

DOI: 10.12209/CAIM202511250001

· 中西医结合临床案例 ·

1例中风(脑卒中)患者中西医结合治疗 配合早期康复训练的护理

陈宛娇

(天津中医药大学第一附属医院 国家中医针灸临床医学研究中心 北急诊一病区, 天津, 300193)

摘要: 中风(脑卒中)是一种致残率、死亡率均高的脑血管疾病,属于临床常见急危重症,其治疗需兼顾急性期生命支持、恢复期功能康复与后遗症期长期管理。中西医结合康复护理模式旨在整合现代医学与传统中医药学的优势,为脑卒中恢复期患者提供全面、个体化的康复路径。本病例报告总结1例复发脑卒中恢复期伴肺部感染患者的护理经验,通过全面风险评估,构建以“急慢分治、标本兼顾”为核心的中西医结合医护一体化模式,西医护理聚焦气道精细化管理、精准抗感染治疗及管路与安全皮肤安全管理;中医护理予补阳还五汤鼻饲以益气活血通络,温肾通络汤足浴配合针灸、艾灸等特色疗法以疏通经络、促进功能康复。经系统干预,患者肺部感染得到有效控制,住院期间未发生任何不良事件,病情平稳出院。本案例表明,该模式能有效整合中西医优势,为伴有复杂并发症的重症脑卒中患者提供可借鉴的护理方案,具有重要的临床推广价值。

关键词: 中风; 脑卒中; 气虚血瘀证; 中西医结合

Integrated Traditional Chinese and Western Medicine Therapy with Early Rehabilitation Training in the Nursing Care of a Stroke Patient

CHEN Wanjiao

(First Ward of Emergency Department, National Clinical Research Center for Chinese Medicine Acupuncture and Moxibustion, First Affiliated Hospital of Tianjin University of Traditional Chinese Medicine, Tianjin, 300193)

ABSTRACT: Stroke is a cerebrovascular disease with high disability and mortality rates, classified as a common clinical emergency. Its treatment requires a comprehensive approach encompassing acute-phase life support, functional rehabilitation during recovery, and long-term management of sequelae. The integrated Traditional Chinese Medicine (TCM) and Western medicine rehabilitation nursing model aims to combine the strengths of modern medicine and TCM to provide holistic, individualized rehabilitation pathways for stroke patients in the recovery phase. This case report summarizes the nursing experience of a recurrent stroke patient with concurrent pulmonary infection during recovery. Through comprehensive risk assessment, an integrated TCM-Western medicine care model centered on "acute-chronic phase differentiation and simultaneous root-branch treatment" was implemented. Western nursing focused on precise airway management, targeted anti-infection therapy, and tube/skin safety, while TCM interventions included nasogastric administration of Buyang Huanwu Decoction to replenish Qi, activate blood circulation, and unblock collaterals, as well as foot baths with Wenshen Tongluo Decoction combined with acupuncture and moxibustion to dredge meridians and promote functional recovery. Systematic interventions effectively controlled pulmonary infection, with no adverse events during hospitalization, leading to stable discharge. This case demonstrates that this model can effectively integrate the advantages of both traditional Chinese and Western medicine, providing a referenceable nursing plan for patients with severe stroke accompanied by complex complications, and has significant clinical promotion value.

KEY WORDS: stroke; cerebrovascular accident; Qi deficiency and blood stasis syndrome; integrated traditional Chinese and Western medicine

中风即脑卒中(Stroke),是以突然昏仆、半身不遂(偏瘫)、口舌歪斜、言语不利为主要临床表现的脑血管疾病,对应现代医学中的缺血性脑卒中(脑梗死)和出血性脑卒中(脑出血、蛛网膜下腔出血等)。脑卒中发作后,脑细胞会在短时间内出现损伤,引发大脑神经功能障碍,即使患者经抢救存活,也常遗留不同程度的后遗症,其中偏瘫最为常见^[1]。本病的病因与风、火、痰、瘀、虚等多种因素相关,其中与“内风”关系尤为密切,多因肝肾阴虚、肝阳上亢化风,或气血逆乱所致;过食肥甘厚味或情志失调可滋生痰浊、瘀血,阻滞经络,导致脑脉闭阻;年老体虚、久病耗气则使气血运行无力,也易引发中风。临床辨证分型以虚实为纲,结合病位、病机分为中经络和中脏腑两类^[2]。中经络(病位较浅,无神志障碍)包括风痰阻络证,治以祛风化痰通络;痰热腑实证,治以清热化痰、通腑泄浊;肝阳上亢证,治以平肝潜阳、息风通络。中脏腑(病位较深,伴神志障碍)包括阳闭证,治以清热息风、豁痰开窍;阴闭证,治以温阳化痰、醒神开窍;脱证,阳脱者治以回阳救逆,阴脱者治以益气养阴固脱。临床应结合患者个体差异动态调整治法,急性期以西药溶栓、降颅压、抗血小板聚集、神经保护等治疗为主,同时根据证型配合中医活血化瘀、疏通经络或醒神开窍法;恢复期可选取百会、风池、曲池、足三里等穴位进行针灸治疗,并配合推拿、艾灸等疗法,以改善肢体功能、促进神经功能重塑。

本病例为二次复发患者,在外院经对症治疗后脑血管病病情平稳,为求进一步康复治疗转入我院。住院期间采用中西医结合模式制定个性化护理措施,目前患者病情平稳,现将其诊疗及护理情况汇报如下。

1 病历资料

1.1 一般资料

患者女,62岁,主因“双侧肢体活动无力5 d,加重一周”于2025年09月30日收入院。患者于2025年09月20日无明显诱因自觉双下肢无力,未予重视;09月25日双侧肢体活动无力较前加重,当时神清,无二便失禁等症,就诊于外院,查头颅MRI示右侧大脑后动脉末端管腔狭窄,考虑脑

梗死,予抗凝、降脂、稳定斑块、改善脑循环及脑代谢等治疗。住院期间查胸部CT考虑占位性病变,予化痰、抗生素及止咳对症治疗,后脑血管病情平稳,为求进一步康复治疗收入院。入院后完善相关检查,心电图示窦性心动过速伴房性早搏,下壁心肌梗死(考虑陈旧性)。既往史:2024年患脑梗死,经治疗遗留右侧肢体活动无力;否认传染病史、手术外伤史及其他慢性内科病史。药物过敏史:青霉素过敏,否认其他药物及食物过敏史。个人史:适龄结婚,育有1子2女;否认吸烟、饮酒史。家族史:否认家族性遗传病史及类似疾病史。

1.2 体格检查

西医查体:体温(T)36.5℃,脉搏(P)120次/min,呼吸(R)21次/min,血压(BP)162/95 mm Hg。查体配合,被动体位;心前区无隆起,无震颤,心界不大,心音正常,律齐,各瓣膜听诊区未闻及病理性杂音;腹软,腹部平坦,未见胃肠蠕动波及腹壁静脉曲张,无压痛、反跳痛及腹部包块,肠鸣音正常,腹部叩诊鼓音,移动性浊音阴性,肾区叩击痛阴性,肝、脾肋下未触及,肝颈静脉回流征阴性,肝浊音界存在,脾区无叩痛;脊柱四肢无畸形,双下肢无水肿,右侧肢体肌力3级,左侧肢体肌力5级,生理反射存在,病理反射未引出。中医查体:神志清,面色正常,言语流利,呼吸平稳,二便调,脉弦细。

1.3 诊断

中医诊断:中风,气虚血瘀证。西医诊断:脑梗死。

1.4 治疗及转归

患者入院后完善相关检查,住院期间实施中西医结合治疗。西医治疗方面,予美罗培南(0.5 g+0.9%氯化钠注射液100 mL,1次/8 h静脉滴注)联合硫酸依替米星(0.1 g+0.9%氯化钠注射液100 mL,1次/12 h静脉滴注)抗感染,同时予盐酸氨溴索祛痰、多索茶碱平喘、泮托拉唑钠抑酸护胃及依诺肝素钠皮下注射抗凝等对症处理,并持续监测生命体征。中医治疗方面,结合“气虚血瘀证”辨证,内治予补阳还五汤加减经胃管鼻饲,以益气活血、通经活络;外治综合运用针灸、艾灸、温肾通络汤足浴及耳穴压豆等中医适宜技术,以疏通经络、调和气血。经23 d系统治疗与护理,患

者肺部感染得到有效控制,咳嗽咳痰症状消失,双下肢肌力改善,住院期间未发生其他并发症,病情平稳出院。

2 护理

2.1 护理评估

2.1.1 一般评估

患者入院后由责任护士进行系统性身体评估。西医查体:神志清,精神疲软,被动体位;双肺呼吸音粗;双侧肢体活动受限,右侧肢体肌力减退(陈旧性脑梗死遗留),左侧肢体及双下肢肌力明显下降,长期卧床;留置胃管及尿管,管路固定通畅。中医辨证:结合望闻问切四诊合参,望诊见患者面色晦暗、舌质暗淡、苔白腻;闻诊语音低微;问诊纳差乏力;切诊脉沉细涩,辨证为中风病 气虚血瘀证。

2.1.2 量表评估

2.1.2.1 日常生活活动能力评估

采用改良 Barthel 指数评定量表(Modified Barthel Index, MBI)评估^[3],量表总分 100 分,从进食、洗澡、修饰、穿衣、控制大小便、如厕、床椅转移、平地行走及上下楼梯 10 个项目进行评分。100 分为生活自理,61~99 分为轻度依赖,41~60 分为中度依赖,21~40 分为重度依赖,评分 ≤ 20 分为完全依赖。该患者总分为 0 分,提示生活完全不能自理(完全依赖)。

2.1.2.2 压力性损伤风险评估

采用诺顿评分量表(Norton Scale)^[4]评估,量表包括身体状况、精神状态、活动能力、身体移动能力、排泄控制能力 5 个维度,每项 1~4 分,总分 5~20 分。总分 ≤ 14 分提示有压力性损伤发生风险,评分 ≤ 12 分为高风险。该患者总分为 7 分,属于压力性损伤高风险。

2.1.2.3 跌倒/坠床风险评估

采用莫尔斯跌倒评估量表(Morse Fall Scale, MFS)^[5]评估,量表涵盖近 3 个月跌倒史、超过一个医疗问题、使用行走辅助用物、接受静脉输液/置管、步态不稳、认知状态 6 个维度。0~24 分为无风险,25~45 分为低风险,评分 ≥ 45 分为高风险。该患者总分为 35 分,为跌倒/坠床低风险。

2.1.2.4 非计划性拔管风险评估

采用住院患者非计划拔管风险评估量表(Unplanned Extubation Risk Assessment Scale)^[6]评估,量表从患者意识、年龄、导管数量、导管种

类、依从性等维度综合评分,0~2 分为低危,3~4 分为中危,评分 ≥ 5 分为高危,分值越高风险越高。该患者总分为 4 分,属于非计划性拔管中危风险。

2.1.2.5 吞咽功能评估

采用洼田饮水试验(Kubota Water Swallow Test)^[7]评估,患者端坐,喝下 30 mL 温开水,观察所需时间及呛咳情况。I 级为能顺利 1 次咽下,无呛咳;II 级为分 2 次以上咽下,无呛咳;III 级为能 1 次咽下,但有呛咳;IV 级为分 2 次以上咽下,且有呛咳;V 级为频繁呛咳,不能全部咽下。该患者评估为 V 级,提示存在严重吞咽障碍。

2.2 护理诊断

吞咽障碍:与脑卒中致假性球麻痹、吞咽肌群运动障碍有关;清理呼吸道无效:与肺部感染致分泌物增多、咳嗽无力有关;语言沟通障碍:与脑卒中损伤语言中枢致运动性失语有关;躯体活动障碍:与脑缺血致神经受损、右侧肢体陈旧性偏瘫及左侧肢体新发肌力下降有关;压力性损伤高风险:与长期被动卧床、躯体移动障碍、营养摄入不足、二便失禁致会阴部潮湿刺激有关。

2.3 护理计划

根据护理评估结果和确立的护理诊断,制定以下中西医结合护理计划:①营养支持与误吸预防:针对吞咽障碍,遵医嘱鼻饲流质饮食,保障营养摄入,落实鼻饲安全管理及基础吞咽训练。②气道管理与感染控制:针对肺部感染及痰液滞留,实施有效排痰措施及环境管理,配合抗感染治疗。③语言功能康复:针对语言沟通障碍,制定分阶段语言训练计划并建立辅助沟通渠道。④肢体功能恢复:针对躯体移动障碍,结合中医特色技术及西医康复理论开展早期被动/主动训练。⑤皮肤安全防护:针对极高危压疮风险,执行皮肤完整性保护方案及减压措施。

2.4 护理措施

2.4.1 中医特色疗法

2.4.1.1 中药汤剂

遵医嘱予以补阳还五汤加减^[8],1 剂/d,分早晚两次鼻饲,150~200 mL/次。给药前严格执行三查七对制度,同时检查药液质量及有效期。将袋装药液置于温水中水浴复温,使用水温计测量药液温度,使其维持在 38~40℃,此温度既能减少对胃肠道的冷刺激,又能防止温度过高损伤胃黏膜。鼻饲前先回抽胃液,结合听诊气过水声、观察气泡溢出等方法确认胃管位置,且胃残余量<

100 mL(无胃潴留)方可给药。鼻饲时遵循“温开水—药液—温开水”的冲管原则,每次冲管用量10~20 mL,防止药液黏附管壁导致堵塞或变质。给药后协助患者保持半卧位(床头抬高30~45°)至少30 min,利用重力作用促进药液排空,有效预防药液返流及吸入性肺炎的发生。

2.4.1.2 中药泡洗

操作前评估患者足部皮肤情况,若存在破损、溃疡或严重皮肤感染,则禁止泡洗。遵医嘱使用“温肾通络汤”进行足部泡洗,先将药液温度调节至38~40℃,鉴于脑卒中患者常伴有肢体末梢感觉减退,严禁凭患者主观感觉试温,操作前必须用水温计复核水温。协助患者取半卧位,将双足浸入药液中,液面以浸没足背为宜(避免超过踝关节),每次浸泡15~20 min,1次/d。浸泡过程中,协助按揉足部太冲、涌泉等穴位,力度以患者耐受为宜,以促进药物透皮吸收。治疗结束后立即用干毛巾擦干双足并穿棉袜保暖,避免受凉。

2.4.1.3 针灸治疗

气虚血瘀证因气虚无以行血,血行不畅而成瘀,瘀阻经络发为中风^[9]。针灸治疗以益气活血通络为原则,在医师实施针刺治疗时,协助患者排空大小便,取平卧位或舒适体位,充分暴露内关、三阴交、足三里、合谷等施针部位,同时做好非暴露部位的保暖。在留针期间,加强巡视,密切观察患者面色、出汗及精神状态。若患者出现面色苍白、大汗淋漓、胸闷恶心等晕针反应,应立即报告医师停止操作并协助起针,嘱患者平卧休息,喂服温开水。对于烦躁或肢体不自主抽动的患者,需经医师医嘱并告知家属后,在旁协助固定肢体或采取必要的保护性约束措施,防止因体位变动造成弯针、断针或皮肤损伤。医师起针后,检查针孔有无出血,若有出血,应用无菌干棉球按压片刻,后清点针数并核对。

2.4.1.4 艾灸疗法

研究表明,对于气虚血瘀证中风患者,艾灸外关、合谷、手三里等穴位,利用艾火的热力具有温经散寒、活血通络之效,有助于改善血液循环,缓解痉挛与偏瘫症状^[10-11]。遵医嘱对患侧外关、合谷等穴位实施温和灸,施灸前评估患者对热痛的感知能力。针对本例存在感觉障碍的患者,采用“医护人员感温法”,即医护人员用示指、中指置于施灸穴位两侧2~3 cm处,感受局部温度,随时调整艾条高度(通常距离皮肤2~3 cm),以局部皮

肤红润、温热为度,严防烫伤起泡。施灸过程中注意用屏风遮挡,避免艾烟直接刺激呼吸道引起呛咳,治疗结束后及时开窗通风。灸毕嘱患者30 min内避免接触冷水或吹风,并饮用适量温开水以助药力运化。

2.4.1.5 耳穴贴压

遵医嘱选取心、肝、神门、皮质下、偏瘫耳穴,使用王不留行籽进行贴压^[12]。操作前用75%酒精脱脂棉球消毒耳廓皮肤,待干后准确贴敷于对应耳穴。指导患者或家属掌握正确的按压手法:每日按压3~5次,每次每穴1~2 min,采用对压法,即用拇指和食指分别按压耳穴的正反面,力度以患者产生酸、麻、胀、痛感(得气)及耳廓发热为宜,但避免用力过度搓破皮肤。夏季留置1~3 d,冬季3~5 d,双耳交替进行。护士每日查房时评估耳部皮肤情况,若出现胶布过敏或皮肤破溃应立即取下,并报告医师给予相应处理。

2.4.2 常规护理及西医配合

2.4.2.1 用药与观察护理

遵医嘱准时输注美罗培南及依替米星,密切观察患者有无皮疹、瘙痒、腹泻等药物不良反应;皮下注射依诺肝素钠时,注意轮换腹壁注射部位(每次注射间距≥2 cm),按压时间3~5 min,避免揉搓,观察患者有无皮下出血、牙龈出血、黑便等出血倾向。

2.4.2.2 气道精细化管理

针对肺部感染及排痰无力,保持患者床头抬高30~45°。严格执行每2 h翻身拍背1次,叩背时手掌呈杯状,由下至上、由外向内叩击背部(避开脊柱、肾区)。落实多索茶碱平喘、氨溴索祛痰治疗,必要时给予无菌负压吸痰(吸痰时间<15 s/次),保持呼吸道通畅。同时加强病室环境管理,每日通风2次,30 min/次,保持空气清新,温度22~24℃,湿度50%~60%。

2.4.2.3 管路与皮肤安全

妥善固定胃管及尿管,胃管采用高举平台法固定,尿管采用工字型固定法,每班评估胃管外露长度、尿管固定情况及尿液性状,若有松动及时更换固定敷料。每日进行2次口腔护理及会阴擦洗,保持口腔及会阴部清洁。严格交接班,使用气垫床减压,配合使用减压贴、足跟垫等辅助器具,每次翻身时检查骶尾部、足跟、髌前上棘等受压部位皮肤情况,观察有无红、肿、热、痛或破损,预防压力性损伤的发生。

2.5 护理评价

通过治疗期间的动态监测、出院前的系统评估及中医四诊合参,并结合患者家属反馈,结果显示,患者在中西医结合护理干预下取得预期的康复效果。护理前后,运用标准化量表对患者进行对比评估详见表1。

综上所述,患者住院期间采用中西医结合医护一体化模式,不仅确保重症恢复期的医疗安全,未发生护理相关并发症,还有效促进神经功能的早期恢复。虽然患者出院时右侧肢体肌力仍欠佳,但生活自理能力已从完全依赖转为重度依赖,为后续居家康复奠定了良好的体能与功能基础。

表1 疗效评估

评估项目	入院评分(2025年10月01日)	出院评分(2025年10月23日)	变化情况
MBI	0分(完全依赖)	25分(重度依赖)	生活自理能力显著提升,需继续加强康复训练。
Norton	7分(高风险)	16分(无风险)	整体营养状况改善,感染得到控制,住院期间无压疮发生。
MFS	35分(低风险)	15分(无风险)	肢体肌力改善,无需输液支持,跌倒风险降至无风险。
非计划性拔管风险	4分(中危)	/(导管已拔除)	住院期间管路在位通畅,未发生非计划性拔管。
中医证候表现	面色晦暗,舌质暗淡,苔白腻,脉沉细涩	面色转红润,舌质淡红,苔薄白,脉细缓	气虚血瘀症状明显改善,气血运行渐趋通畅。

3 结果与随访

经系统治疗与护理,患者于2025年10月23日病情平稳出院。出院后分别于第一周、第二周进行电话随访,家属反馈患者按时到我院针灸康复科门诊复诊,坚持针灸治疗并居家进行肢体康复训练,目前肢体活动能力日益好转,并对我科全体医护人员住院期间的悉心照顾表示由衷感谢。随访中同时告知家属,若患者出现病情变化或康复过程中遇到问题,需及时来我院就诊。

4 讨论

脑卒中具有高致残率及高复发率的特点,尤其是复发性脑梗死伴肺部感染的患者,病情更为凶险且康复难度大^[13]。既往常规护理往往存在急性期与恢复期护理衔接不畅的现象,急性期仅侧重抗感染与生命支持,康复介入滞后;恢复期则机械执行康复指令,缺乏对脏腑功能的整体调理^[14]。本案例的核心亮点在于构建“抗感为基、通络为本、康复为要”的中西医结合医护一体化护理模式,与常规护理不同,未将中西医手段割裂,而是利用西医精准的气道管理与抗感染治疗迅速控制肺部炎症,为中医护理赢得“治疗时间窗”;在护士主导下,早期介入补阳还五汤鼻饲及针灸、艾灸、中药足浴等外治技术,通过辨证施护实现从急性期并发症控制到恢复期功能重塑的无缝衔接,解决“急性期因感染风险不敢过早活动,恢复期因神经损伤导致活动能力丧失”的临床矛盾。

针对该患者“气虚血瘀”的核心病机及“吞咽

障碍、长期卧床”的护理难点,本案例实施具有针对性的立体化干预策略,其临床有效性主要体现在以下3个方面:第一,鼻饲给药的精细化管理解决了重症患者服药难题。患者入院时 Barthel 指数为0分且伴有假性球麻痹,常规口服给药误吸风险极高。本例通过恒温鼻饲补阳还五汤,既确保药物直达病所,发挥益气活血通络的功效,又避免吞咽障碍导致的药物误吸风险。第二,外治法对神经通路的双向调节作用。区别于常规的温水擦浴,本例采用“中药足浴+穴位刺激”的组合干预,中药足浴(温肾通络汤)利用药物热效应与透皮吸收,直接作用于下肢末梢,改善局部微循环;配合针灸护理与耳穴压豆,通过经络传导调节大脑皮质兴奋性。这种干预模式绕过吞咽屏障,在抗感染的同时激活肢体本体感觉,可能是患者双下肢肌力在卧床期间得以改善的关键因素之一。第三,医护一体化的跨学科协作。本案例中,医生、护士、康复师、中医师组成跨学科团队,共同制定治疗与护理方案,实现医疗、护理、康复的无缝衔接。例如,在急性期感染控制的同时,康复师早期介入肢体被动活动训练,中医师同步开展中医辨证施护,有效预防了肌肉萎缩、关节僵硬等并发症的发生。

本报告为单一个案研究,其护理经验的普遍适用性仍需大样本随机对照试验进一步验证,且远期康复效果仍需持续追踪。但本病例仍具有重要的临床参考价值,对于伴有复杂并发症的脑卒中患者,应跳脱出单纯的对症护理或机械康复的思维局限,主动融入中医辨证思维,开展中药鼻

饲、穴位刺激、中药足浴等综合干预。这种中西医结合的医护一体化模式为解决临床“只治病、难救残”的困境提供了可复制的实践路径,具有重要的临床推广价值。未来可进一步开展大样本、多中心的临床研究,验证该模式的有效性与安全性,为脑卒中患者的康复护理提供更科学的依据。

患者知情同意:病例报告公开得到患者或家属的知情同意。

利益冲突声明:作者声明本文无利益冲突。

参考文献

- [1] 张虹岩,王东岩,郑茹文,等. 孙申田针刺治疗中风后偏瘫临床经验撷菁[J]. 针灸临床杂志, 2025, 41(11): 88-91.
ZHANG H Y, WANG D Y, ZHENG R W, et al. Clinical insights of professor SUN Shentian in acupuncture treatment of post-stroke hemiplegia [J]. J Clin Acupunct Moxibustion, 2025, 41(11): 88-91. (in Chinese)
- [2] 张云帆,梁晓,魏竞竞,等. 中风病病证结合诊断标准的发展概述与思考[J]. 中华中医药杂志, 2024, 39(9): 4527-4533.
ZHANG Y F, LIANG X, WEI J J, et al. Summarization and thinking of the diagnostic criteria of apoplexy with combination of disease and syndrome [J]. China J Tradit Chin Med Pharm, 2024, 39(9): 4527-4533. (in Chinese)
- [3] 李小峰,陈敏. 改良 Barthel 指数评定量表的设计与应用[J]. 护理研究, 2015, 29(13): 1657-1658.
LI X F, CHEN M. Design and application of improved barthel index rating scale [J]. Chin Nurs Res, 2015, 29(13): 1657-1658. (in Chinese)
- [4] 黄灿,马玉霞,蒋梦瑶,等. 压力性损伤风险评估工具的研究进展[J]. 上海护理, 2021, 21(1): 50-53.
HUANG C, MA Y X, JIANG M Y, et al. Research progress of stress injury risk assessment tools [J]. Shanghai Nurs, 2021, 21(1): 50-53. (in Chinese)
- [5] 王文兰,黎月英,冯锦屏,等. 住院患者跌倒风险评估量表的修订与信度、效度检验[J]. 中国护理管理, 2014, 14(9): 922-926.
WANG W L, LI Y Y, FENG J B/P, et al. Revision of risk assessment scale of inpatients' fall and its reliability and validity [J]. Chin Nurs Manag, 2014, 14(9): 922-926. (in Chinese)
- [6] 沈萍,王清,冯波,等. 住院患者非计划拔管风险评估量表的编制及信效度检验[J]. 护理学杂志, 2022, 37(4): 53-56.
SHEN P, WANG Q, FENG B, et al. Development and validation of the risk assessment score for inpatient unplanned extubation [J]. J Nurs Sci, 2022, 37(4): 53-56. (in Chinese)
- [7] 张通. 中国脑卒中康复治疗指南(2011 完全版) [J]. 中国康复理论与实践, 2012, 18(4): 301-318.
ZHANG T. Chinese Guidelines for Stroke Rehabilitation (2011 Complete Edition) [J]. Chin J Rehabil Theory Pract, 2012, 18(4): 301-318. (in Chinese)
- [8] 张海娥. 补阳还五汤联合针灸治疗中风偏瘫后遗症的临床疗效分析[J]. 名医, 2019(4): 75.
ZHANG H E. Clinical analysis of Buyanghuanwu decoction combined with acupuncture in the treatment of sequelae of stroke hemiplegia [J]. Renowned Dr, 2019(4): 75. (in Chinese)
- [9] 龙凤,向勇,陈益敏,等. 针灸疗法在脑卒中后偏瘫患者中的临床治疗进展[J]. 中医药导报, 2025, 31(4): 127-131.
LONG F, XIANG Y, CHEN Y M, et al. Clinical advances in acupuncture therapy for post-stroke hemiplegia patients [J]. Guid J Tradit Chin Med Pharm, 2025, 31(4): 127-131. (in Chinese)
- [10] 马昀欣,董友朋. 康复治疗联合艾灸治疗中风后痉挛性偏瘫患者的效果及对 CSI 评分的影响分析[J]. 贵州医药, 2022, 46(4): 618-619.
MA Y X, DONG Y P. Analysis of the Effect of Rehabilitation Therapy Combined with Moxibustion on Patients with Spastic Paralysis after Stroke and Its Impact on CSI Scores [J]. Guizhou Med J, 2022, 46(4): 618-619. (in Chinese)
- [11] 黄周绪. 艾灸配合康复治疗脑卒中偏瘫患者手痉挛状态的有效性[J]. 智慧健康, 2022, 8(15): 103-105.
HUANG Z X. Effectiveness of moxibustion combined with rehabilitation in treatment of hand spasm in stroke patients with hemiplegia [J]. Smart Healthc, 2022, 8(15): 103-105. (in Chinese)
- [12] 诸薇薇. 穴位按摩联合耳穴压豆对缺血性脑卒中恢复期患者抑郁、焦虑及生活质量的影响[J]. 中国中医药科技, 2021, 28(6): 1004-1005.
ZHU W W. Effect of acupoint massage combined with auricular point pressing beans on depression, anxiety and quality of life of patients with ischemic stroke in convalescence [J]. Chin J Tradit Med Sci Technol, 2021, 28(6): 1004-1005. (in Chinese)
- [13] 王陇德,彭斌,张鸿祺,等. 《中国脑卒中防治报告

2020》概要[J]. 中国脑血管病杂志, 2022, 19(2): 136-144.

WANG L D, PENG B, ZHANG H Q, et al. Brief report on stroke prevention and treatment in China, 2020 [J]. Chin J Cerebrovasc Dis, 2022, 19(2): 136-144. (in Chinese)

[14] 陈立荣. 脑卒中偏瘫患者早期康复护理研究进展[J]. 中国城乡企业卫生, 2020, 35(12): 53-55.

CHEN L R. Research progress of early rehabilitation nursing of stroke patients with hemiplegia[J]. Chin J Urban Rural Enterp Hyg, 2020, 35(12): 53-55. (in Chinese)

声明:此案例经过本平台同行评议,全文开放获取,采用知识共享(CC BY 4.0)许可协议,作者可在其他媒体再次发表。