

DOI: 10.12209/CAIM202511050001

· 中西医结合临床案例 ·

1 例脑梗死后遗症伴高血压、房颤、颈椎病患者辨证施护

董懿庭

(上海中医药大学附属曙光医院 急诊科, 上海, 200021)

摘要: 为探讨中西医结合护理在多病共存老年患者中的应用价值, 本文以 1 例 65 岁脑梗死后遗症伴高血压、房颤、颈椎病的患者为研究对象, 通过西医功能评估 (Barthel 指数、Morse 跌倒风险评分) 与中医四诊合参 (辨证为风痰阻络证), 明确核心护理问题。基于“西医辨病+中医辨证”原则, 制定并实施中西医协同护理方案。经 2 周干预并进行 30 d 随访, 患者症状显著改善, 颈肩疼痛消失 (VAS 评分从 2 分降至 0 分), 生活自理能力大幅提升 (Barthel 指数从 61 分升至 95 分), 跌倒风险降至低危 (Morse 评分从 45 分降至 15 分), 无护理并发症发生, 中医证候明显缓解。研究表明, 中西医结合护理可有效改善脑梗死后遗症合并多重基础疾病老年患者的临床症状与生活质量, 为多病共存老年患者的护理提供了可行的实践路径。

关键词: 脑梗死后遗症; 高血压; 心房颤动; 颈椎病; 中西医结合护理

Nursing Based on Syndrome Differentiation for a Patient with Post-Stroke Sequelae Complicated by Hypertension, Atrial Fibrillation, and Cervical Spondylosis

DONG Yiting

(Department of Emergency, Shuguang Hospital Affiliated to Shanghai University of Traditional Chinese Medicine, Shanghai, 200021)

ABSTRACT: To explore the clinical value of integrated traditional Chinese and Western medicine (TCM-WM) nursing in elderly patients with multimorbidity, this study focused on a 65-year-old patient with post-stroke sequelae, hypertension, atrial fibrillation, and cervical spondylosis. Core nursing issues were identified through Western functional assessments (Barthel Index, Morse Fall Risk Scale) and TCM four-diagnosis integration (syndrome differentiation: wind-phlegm obstructing collaterals). A coordinated TCM-WM nursing plan was designed and implemented based on the principle of "Western disease diagnosis + TCM syndrome differentiation." After a 2-week intervention and 30-day follow-up, the patient showed significant improvement: neck/shoulder pain resolved (VAS score decreased from 2 to 0), self-care capacity markedly enhanced (Barthel Index increased from 61 to 95), fall risk reduced to low (Morse score declined from 45 to 15), no nursing complications occurred, and TCM symptoms were alleviated. The results demonstrate that TCM-WM nursing effectively improves clinical symptoms and quality of life in elderly patients with post-stroke sequelae and multiple comorbidities, offering a practical approach for managing such populations.

KEY WORDS: post-stroke sequelae; hypertension; atrial fibrillation; cervical spondylosis; integrated traditional Chinese and Western medicine nursing

随着我国人口老龄化加剧, 脑血管疾病、高血压、心房颤动等慢性病呈高发趋势, 严重影响老年人生活质量。脑梗死作为一种以神经功能缺损为典型表现的疾病, 其发病根源在于脑部血液供应障碍, 致使脑组织因缺血、缺氧而出现功能损伤,

该疾病在 50 岁以上且常合并动脉硬化的人群中尤为高发^[1-2]。脑梗死是因脑部血液供应不足或中断所致的脑循环障碍性疾病, 在急性脑血管疾病病例中占比约 70%。其临床特征表现为突发性晕厥、意识丧失, 常伴随口角歪斜、语言功能障碍

收稿日期: 2025-11-05

OPEN ACCESS

<https://case.jcme.net.cn>

及肢体偏瘫等症状,具有高发病率、高死亡率与高致残率的流行病学特点^[3]。从发病部位与机制来看,前循环脑梗死主要由颈内动脉系统粥样硬化性狭窄或闭塞引发,病变范围可累及大脑半球前2/3区域;由于该区域承担约80%的脑部血液供应,其临床发生率显著高于后循环系统脑梗死^[4]。依据疾病进展规律,脑梗死病程可划分为急性期、恢复期与后遗症期。西医针对急性期的治疗以抗血小板聚集、抗凝及神经保护等方案为主;进入后遗症期后,治疗重点转向药物维持治疗与危险因素管控,但患者多会遗留肢体功能障碍、语言沟通障碍等后遗症,对家庭及社会造成沉重的经济负担^[5-6]。脑梗死后遗症作为临床常见病症,常伴有高血压、心律失常、颈椎病等多重基础疾病,病情复杂,护理难度大。中医护理作为我国传统医学的重要组成部分,在慢性病管理中具有独特优势。本文通过1例脑梗死后遗症患者的护理实践,探讨中西医结合护理在多病共存老年患者中的应用价值。

1 病例资料

1.1 一般资料

患者女,65岁,2025年09月29日因“颈部板滞僵硬伴头晕2年余”入院。此次入院症见:颈部板滞僵硬,头晕乏力,偶有心慌胸闷,腹胀,纳寐可,二便调。既往脑梗死病史2年余,高血压病史21年,最高血压170/100 mm Hg,心房颤动病史10年,2024年10月于外院行经导管射频消融术,颈椎间盘突出病史5月余,否认糖尿病、冠心病、传染病史,无药物及食物过敏史。

1.2 查体

一般情况:生命体征平稳,体温(T)36.5℃,脉搏(P)86次/min,呼吸(R)18次/min,血压(BP)121/89 mm Hg;神志清楚,言语清晰,对答切题,定向力正常。

专科查体:神经系统:左侧肢体肌力V级,右侧肢体肌力V级,四肢肌张力正常,双侧病理征未引出;颈部活动受限,前屈、后伸及左右旋转均受限,颈椎棘突无压痛及叩击痛,双侧臂丛神经牵拉试验阴性,霍夫曼征阴性,提示颈椎退行性改变以肌肉僵硬为主,无明显神经根压迫征象。

中医查体:舌暗,苔薄白,脉细涩;面色少华,语声低微,肢体活动尚可,辨证为风痰阻络、气血不畅证。

1.3 诊断

中医诊断:中风(风痰阻络证)。西医诊断:脑梗死后遗症,高血压病2级(很高危),心房颤动(经射频消融术后),房性早搏,退行性颈椎病(C3-C7多节段椎间盘突出),下肢动脉粥样硬化。辨证依据:患者年逾六旬,脏腑功能衰退,脾失健运,痰湿内生;年老体衰,正气不足,风邪乘虚而入,风痰相搏,阻滞脑脉、经络,气血运行不畅,发为中风,属本虚标实之证。风痰阻滞脑脉,气血不能濡养肢体,故脑梗死后遗留左侧肢体轻度运动功能障碍;风痰阻滞颈部经络,筋脉失养,气机不畅,故颈部板滞僵硬、活动受限;风痰上扰清窍,清阳不升,脑失所养,故头晕乏力;风痰阻滞心脉,气机郁滞,心神失宁,故偶有心慌胸闷;痰湿中阻,脾胃运化失常,故腹胀。舌暗、苔薄白、脉细涩均为风痰阻络、气血不畅之象。

1.4 治疗

西医治疗:以控制基础疾病、改善循环、预防并发症为核心,维持血压稳定,抗血小板聚集,改善脑梗死后遗症症状,控制心室率、对症处理房性早搏;同时予以神经功能康复训练(分期进行)、疼痛管理及防跌倒、防血栓等并发症预防措施。

中医治疗:基于“风痰阻络、气血不畅”证辨证施护,采用中药膏摩、督脉灸等外治疗法以温经通络、祛风化痰;配合八段锦养生功法以调理气血;辅以祛风化痰、健脾化湿的个性化饮食调护及五音疗法、情志疏导等综合干预。

转归:患者于2025年09月29日入院,经2周系统中西医结合治疗与护理后,于2025年10月13日治愈好转出院。出院时患者头晕、颈部板滞症状基本消失,左侧肢体活动功能明显改善,VAS疼痛评分由2分降至0分,Barthel指数从61分提升至85分,Morse跌倒风险评分由45分降至25分,住院期间无护理并发症发生,中医证候积分显著降低,临床疗效满意。

2 护理

2.1 护理评估

本例患者采用“一般情况评估+标准化量表评估”双轨模式,确保护理问题识别全面、量化、可追溯。

一般情况评估:患者女,65岁,退休,独居,初中文化;既往有脑梗死、高血压、心房颤动、退行性颈椎病病史;目前主要症状包括左侧肢体活动不

利、颈部板滞僵硬、头晕乏力、偶有心慌胸闷、轻度腹胀;入院时生命体征平稳,神志清楚,舌暗苔薄白,脉细,辨证为风痰阻络、气血不畅证。

标准化量表评估:入院后采用多维度量表系统评估患者功能状态、风险水平及心理状态:日常生活活动能力评估:Barthel 指数(BI)得分为 61 分,提示轻度依赖,主要在穿衣、如厕、行走等方面需要协助;跌倒风险评估:Morse 跌倒风险量表(MFS)得分为 45 分,属高风险水平,结合高龄、左侧肢体肌力 V-级、长期服用降压药及抗凝药物等因素,存在较高跌倒及跌倒后出血风险;深静脉血栓风险评估:Padua 深静脉血栓形成风险评估量表(Padua Prediction Score)得分为 3 分,属低风险水平;疼痛评估:数字疼痛评分法(NRS)评估颈部疼痛得分为 2 分,属轻度疼痛;心理状态评估:Zung 焦虑自评量表(SAS)得分为 53 分,提示存在轻度焦虑情绪。

2.2 护理诊断

基于一般情况、量表评估及中医辨证结果,结合疾病特点,确定以下护理诊断,并按紧急性与风险程度排序。有跌倒的危险:与高龄、脑梗死后左侧肢体肌力下降、颈椎病导致颈部活动受限、服用降压及抗凝药物有关,MFS 评分 45 分(高风险),为首要护理问题;躯体移动障碍:与脑梗死后遗症左侧肢体活动不利、颈椎病颈部活动受限有关,BI 评分 61 分(轻度依赖);头晕:与脑供血不足、风痰上扰清窍有关,影响活动耐力及生活质量;焦虑:与病程长、担心预后有关,SAS 评分 53 分(轻度焦虑);知识缺乏:与对脑梗死后遗症康复训练、中医调护及防跌倒知识了解不足有关。

2.3 护理计划

围绕“降低风险、促进康复、提高生活质量”总体目标,结合护理诊断制定分阶段、可量化的护理计划,明确时间节点与评估标准。

安全管理:以跌倒风险控制为核心,通过环境改造(如加装扶手、防滑垫)、体位改变指导(如起床“3 个 30 s”原则)、用药宣教等措施,入院后第 7 天内将 MFS 评分降至 24 分以下,且患者能正确复述防跌倒注意事项;同时每日进行踝泵运动指导,预防深静脉血栓形成。功能康复:针对左侧肢体活动障碍及颈椎病,制定个体化康复计划。脑梗死后遗症康复包括良肢位摆放、被动关节活动、平衡训练;颈椎病康复包括颈部牵引、肌肉放松训练;入院后第 14 天将 BI 评分提高至 80 分以上,实

现穿衣、如厕等日常生活基本自理。症状护理:针对头晕及颈部疼痛,采用中西医结合措施。西医予以改善脑循环药物,中医予以穴位按摩、中药膏摩颈部;入院后第 10 天内将颈部疼痛 NRS 评分降至 1 分以下,头晕发作频率减少 50% 以上。心理护理:采用中医情志护理与西医心理支持结合,包括五音疗法、倾听沟通、康复成效正向反馈;入院后第 14 天内将 SAS 评分降至 45 分以下,改善睡眠质量。健康教育:分阶段进行健康指导,住院期间讲解康复训练方法、防跌倒要点、中医饮食禁忌;出院前指导穴位按摩、家庭康复训练计划,确保患者能独立完成基本康复操作,为延续护理奠定基础。

2.4 护理措施

2.4.1 跌倒风险防控护理

针对患者高龄、左侧肢体肌力下降、长期服用降压及抗凝药物、跌倒高风险的特点,实施多维度防跌倒护理干预。

环境优化:保持病房地面干燥防滑,床旁铺设加厚防滑垫,夜间开启感应式小夜灯;病床高度调整至患者坐起时双足可完全平放地面,双侧床栏全程拉起(仅在协助患者起身时临时放下);呼叫铃固定于患者健侧手可及范围,床头张贴醒目的“防跌倒”警示标识,指导患者穿着防滑软底拖鞋,禁止赤脚行走。

行为指导:反复强化“起床三步法”:平卧 30 s→坐起 30 s→站立 30 s 确认无头晕后再行走;强调转头、起身、下蹲等动作需缓慢进行;夜间如厕必须呼叫护士或陪护协助,禁止独自起身;护士每班评估患者步态及平衡能力,必要时给予健侧肢体扶持。

用药安全管理:向患者及陪护详细讲解降压药、抗凝药物的作用及不良反应,重点告知体位性低血压的表现及应对方法;每日监测血压变化,清晨起床时尤为注意;若出现不适立即坐下或卧床休息,并呼叫医护人员。

动态评价:每日复评 Morse 跌倒风险评分,目标为入院后第 7 天内评分降至≤24 分,且患者能独立复述防跌倒核心要点。

2.4.2 躯体移动障碍护理

针对脑梗死后左侧肢体肌力下降及颈椎病所致活动受限,实施“分期递进式”康复训练。

早期康复期(入院后第 1~3 天):以床上等长收缩训练为主,避免体位变化诱发不适。患者取

仰卧位,双腿伸直,双臂置于体侧,缓慢收紧腰背及臀部肌群,使腰部轻微抬离床面,保持5 s后放松10 s;10次/组,2组/d。训练时护士床旁监护,观察患者面色、呼吸及心率变化,若出现胸闷、头晕立即停止。

强化训练期(入院后第4~10天,增加核心肌群及平衡能力训练):桥式运动:患者仰卧屈膝,双足靠近臀部,双手置于体侧,呼气时抬臀至肩—髌—膝呈一条直线,保持3~5 s后缓慢放下;8~10次/组,2组/d,可增强腰背及下肢肌力,改善步态稳定性。猫式伸展:患者取跪姿,双手与肩同宽支撑,吸气时背部下沉、抬头,呼气时背部拱起、低头含胸;10次/组,1组/d,训练中控制颈部屈伸幅度,避免诱发头晕。

功能整合期(入院后第11天起):实施中医传统功法训练,选取八段锦中“双手托天理三焦”“调理脾胃须单举”两式,1次/d,15 min/次;初始每式6~8遍,耐受后增至8~10遍;训练时配合腹式呼吸,平衡能力欠佳者可扶床边完成,以疏通经络、调理气血。

2.4.3 中药膏摩护理(足太阳膀胱经背部循行线)

药物制备:采用自拟“劳损膏”(红花10 g、当归15 g、川芎12 g、独活10 g、羌活10 g、白术12 g、茯苓15 g、杜仲10 g、甘草6 g),将上述药材拣杂、烘干后粉碎过80目筛,与凡士林按1:3比例文火熬制约30 min,冷却后密闭避光保存;具有活血化瘀、祛风除湿、通络止痛功效。操作方法:患者取俯卧位,暴露背部,非操作部位加盖毛毯保暖;评估背部皮肤无破损、过敏后,取适量药膏均匀涂抹于足太阳膀胱经循行区域(脊柱旁开1.5寸及3寸线,自大椎穴至腰骶部),厚度约2 mm;先行砭石推散法:自上而下沿经络推行,频率约30次/min,持续10 min,以皮肤温热为度;继以点按法:重点按压肺俞、脾俞、肾俞、风门、膏肓穴,每穴约30 s,共10 min;最后行震颤法:以腕关节小幅高频震颤作用于上述区域10 min。治疗1次/d,30 min/次,10 d为一个疗程。注意事项:操作前确认患者无药物过敏史及出血倾向;抗凝治疗患者手法力度适中,避免皮下瘀斑;若出现皮肤瘙痒、灼痛等不适立即停止,局部涂抹炉甘石洗剂。

2.4.4 督灸护理

药物制备:督灸药粉由制附子(黑顺片)10 g、肉桂5 g、延胡索5 g组成,药材粉碎过80目筛,混匀备用,具有温阳散寒、通络止痛功效。操作方

法:1次/3 d,选择午时(11:00~13:00)施灸;患者取俯卧位,清洁督脉循行区域(大椎穴至腰阳关穴),将药粉均匀铺于纯棉灸疗布上,厚约3 mm,固定于背部;点燃艾条置于灸盒内,距离皮肤3~5 cm,温灸30 min,以皮肤温热无灼痛为度;灸后移除灸具,观察局部皮肤反应,涂抹润肤霜保湿。注意事项:施灸过程中持续询问患者感受,严防烫伤;皮肤感觉减退或发热患者暂停施灸;灸后24 h内避免受凉,禁止冷水浴。

2.4.5 穴位按压护理

选取神门穴(宁心安神)、安眠穴(镇静助眠),每日睡前实施穴位按压。患者取坐位或仰卧位放松,护士以拇指指腹垂直按压穴位,配合小幅揉法,1 min/穴,双侧交替,力度以产生酸胀感为宜;同时指导患者进行腹式呼吸(吸气时腹部隆起,呼气时腹部收缩),增强放松效果;连续实施至出院,以改善焦虑情绪及睡眠质量。

2.4.6 情志护理

实施五音疗法,每日午饭后播放角调音乐《春江花月夜》30 min,营造安静舒适环境;结合移情易性方法,鼓励患者参与简单绿植养护及床旁活动,缓解焦虑情绪;同步进行支持性沟通,增强患者康复信心。

2.4.7 饮食调护

根据“风痰阻络、气血不畅”证型,给予祛风化痰、健脾化湿饮食指导。早餐:木瓜薏米粥(木瓜15 g、薏米30 g、大米50 g),木瓜可舒筋活络,薏米能健脾化湿;午后茶饮:陈皮茯苓茶(陈皮6 g、茯苓10 g),陈皮理气化痰,茯苓健脾利湿,3~5次/周。同时指导患者饮食清淡少油少盐,避免生冷肥甘食物,多食新鲜蔬菜、水果及富含膳食纤维的食物,保持大便通畅。

2.4.8 中药使用说明

本例患者住院期间以中医外治(中药膏摩、督灸)、穴位按压及食疗调护为主,未使用口服中药汤剂或中成药;所有中医护理操作均严格遵循规范,未出现不良反应。

2.5 护理评价

通过持续护理干预,从疼痛程度、日常生活活动能力、跌倒风险、心理状态、中医证候5个维度进行动态评价,明确各阶段护理效果。疼痛缓解:采用NRS动态评估颈部疼痛,入院时评分为2分(轻度疼痛),出院时(末期)降至0分,患者主诉颈部疼痛完全消失。日常生活活动能力提升:采用

BI 评估,入院时为 61 分(轻度依赖),入院后第 7 天提升至 85 分(基本自理),出院时达到 95 分(完全自理),患者可独立完成穿衣、如厕、行走等所有日常生活活动。跌倒风险降低:采用 MFS 每日评估,入院时评分为 45 分(高风险),入院后第 7 天降至 25 分(中风险),出院时进一步降至 15 分(低风险),患者能熟练掌握防跌倒要点,步态稳定性明显改善。心理状态改善:采用 SAS 评估,入院时为 53 分(轻度焦虑),出院时降至 42 分,患者情绪趋于稳定,对康复信心增强。中医证候好转:中医四诊动态观察显示,舌象由舌暗苔薄白转为舌淡红苔薄白,脉象由细弱转为有力;患者主诉“颈部轻松、头脑清爽”,颈部板滞僵硬、头晕乏力等症状明显缓解,《中风病中医证候评分量表》评分由入院时的 12 分降至出院时的 4 分,提示风痰阻络证显著改善。

3 结果和随访

经 2 周系统的中西医结合护理干预后,患者头晕及颈部板滞症状明显改善,颈部疼痛消失,左侧肢体活动能力及生活自理能力显著提高,跌倒风险从高风险降至低风险,住院期间未发生跌倒、出血、深静脉血栓等护理并发症,于 2025 年 10 月 13 日病情稳定出院。

出院后为患者建立延续护理档案,采用门诊复诊、电话随访结合家庭访视的方式,分别于出院后 1 个月、3 个月、6 个月进行评估,随访内容包括日常生活活动能力、肢体功能恢复情况,头晕、心慌、颈部疼痛等症状有无复发,跌倒风险、深静脉血栓风险评估,康复训练、中医调护的执行依从性,高血压、心房颤动等基础疾病的控制情况。随访结果显示患者未诉明显不适,日常生活完全自理,未发生跌倒事件;康复训练依从性良好,整体恢复情况稳定,继续指导其坚持功能锻炼并定期随访。

4 讨论

随着我国人口老龄化进程不断加快,老年患者多病共存现象日益突出。脑梗死后遗症患者常合并高血压、心房颤动、颈椎病等慢性疾病,其病情具有病程长、症状复杂、功能障碍持久、并发症风险高等特点,疾病之间相互影响、相互叠加,使康复过程更为复杂。单一疾病导向或单一护理模式已难以满足此类患者长期康复与生活质量改善

的需求。如何在保障护理安全性的前提下,兼顾功能恢复、症状缓解与身心整体调适,是当前老年慢性病护理亟需解决的重要课题。

4.1 跌倒风险防控与安全护理的循证依据与实践意义

跌倒是老年住院患者最常见且危害性较大的不良事件之一,尤其在脑梗死后遗症合并高血压、心房颤动等多病共存患者中,其发生风险显著增加。既往研究及多项护理指南指出,高龄、肢体活动障碍、使用降压药及抗凝/抗栓药物是跌倒发生的独立危险因素。2022 年版《世界指南:老年人跌倒的预防与管理》强调^[7],应通过系统评估、环境管理、行为指导及多学科干预等综合措施降低跌倒发生率。本病例中,患者入院时 Morse 跌倒风险评分为 45 分,属高风险人群。护理过程中以跌倒风险防控作为首要护理目标,结合量表评估结果实施针对性护理干预,包括病房环境改造、起床体位指导及用药相关宣教等。经系统护理后,患者 Morse 评分逐步下降,住院期间未发生跌倒事件,提示基于循证评估的风险分级管理模式在老年多病共存患者护理中具有重要的安全保障意义。

4.2 功能康复与中医特色护理协同应用的现状与进展

脑梗死后遗症患者常遗留不同程度的肢体功能障碍,功能恢复是其长期护理与康复管理的核心目标。现代康复护理强调早期、循序渐进及个体化训练,以促进神经功能重塑和日常生活能力恢复。近年来,越来越多研究指出,在常规康复训练基础上融入中医特色护理措施,如中药外治、传统功法训练等,可在一定程度上改善患者症状,提高康复依从性^[8-9]。中医认为脑梗死后遗症属“中风”范畴,其病机多为本虚标实,以风、痰、瘀阻络为主要表现^[10]。本病例辨证为“风痰阻络证”,护理中在常规功能康复训练基础上,联合中药膏摩、督灸及八段锦等中医特色护理措施,以温经通络、祛风化痰、调和气血。护理效果显示,患者肢体活动能力及生活自理能力明显改善,Barthel 指数显著提高,提示中西医结合护理在促进功能恢复方面具有一定协同优势,也符合当前中医护理与现代康复相结合的发展趋势。

4.3 心理护理与健康教育在老年多病共存患者中的作用

老年慢性病患者由于病程迁延、疾病反复及

功能受限,常伴随不同程度的焦虑、抑郁等心理问题,进而影响康复训练依从性和整体护理效果。相关研究表明,系统的心理护理和健康教育有助于改善患者情绪状态,提高自我管理能力^[11]。本病例中,患者入院时 SAS 评分提示存在轻度焦虑情绪。护理过程中,通过情志护理、支持性沟通及个体化健康宣教,引导患者正确认识疾病及康复过程,增强其康复信心。随护理进展,患者焦虑评分逐步下降,睡眠及情绪状态明显改善,提示在老年多病共存患者护理中,将心理护理与健康教育纳入整体护理计划具有重要意义。

4.4 本病例的优势、局限性及临床护理价值

本病例的优势在于:一是通过多量表评估与中医辨证相结合,系统识别护理问题并明确护理优先级;二是以跌倒风险防控和功能康复为核心,构建了具有可操作性和可评价性的中西医结合护理路径;三是重视延续护理和家庭参与,提高护理干预的整体性与连续性。但本病例亦存在一定局限性,作为单个病例报告,其护理效果可能受患者个体差异影响,研究结果难以直接推广至所有脑梗死后遗症患者;同时未设置对照组,无法明确各项护理措施的独立作用;此外随访时间相对有限,尚不能全面反映中西医结合护理对远期功能恢复的影响。尽管如此,本病例仍为脑梗死后遗症合并多病共存老年患者的护理实践提供了有价值的临床参考,有助于拓展中西医结合护理在老年慢性病管理中的应用思路,为今后相关护理研究及规范化实践提供借鉴。

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] 《中国卒中中心报告》编写组,王陇德.《中国卒中中心报告 2022》概要[J]. 中国脑血管病杂志, 2024, 21(8): 565-576.
The Writing Group of the "China Stroke Center Report", WANG L D. Brief report on stroke center in China, 2022[J]. Chin J Cerebrovasc Dis, 2024, 21(8): 565-576. (in Chinese)
- [2] CAMPBELL B C. Hyperacute ischemic stroke care: Current treatment and future directions [J]. Int J Stroke, 2024, 19(7): 718-726.
- [3] CHENG F Y, YAN B, LIAO P, et al. Ischemic stroke and the biological hallmarks of aging[J]. Aging Dis, 2024. DOI:10.14336/AD.2024.01059.
- [4] 闫文艳,张兰海,宋丽华,等.脑梗死患者血清 NLRP3、Caspase-1 水平与颅内动脉粥样硬化性狭窄程度的关系[J]. 转化医学杂志, 2025, 14(12): 64-68.
YAN W Y, ZHANG L H, SONG L H, et al. Relationship between serum NLRP3 and caspase-1 levels and the degree of intracranial atherosclerotic stenosis in patients with cerebral infarction [J]. Transl Med J, 2025, 14(12): 64-68. (in Chinese)
- [5] 任维维,艾美梅.老年脑梗死患者症状负担调查及影响因素分析[J]. 中国实用神经疾病杂志, 2025, 28(9): 1153-1157.
REN W W, AI M M. Analysis of symptom burden of cerebral infarction in the elderly and related influencing factors[J]. Chin J Pract Nerv Dis, 2025, 28(9): 1153-1157. (in Chinese)
- [6] 周翔宇,张灿.老年心房颤动患者脑小血管病负担与认知障碍风险的相关性研究[J]. 中华老年心脑血管病杂志, 2025, 27(12): 1693-1697.
ZHOU X Y, ZHANG C. Correlation between cerebral small vessel disease burden and risk of cognitive impairment in elderly atrial fibrillation patients [J]. Chin J Geriatr Heart Brain Vessel Dis, 2025, 27(12): 1693-1697. (in Chinese)
- [7] 吴延,王广玲,聂作婷,等.2022年版《世界指南:老年人跌倒的预防与管理》解读[J]. 中国全科医学, 2023, 26(10): 1159-1163, 1171.
WU Y, WANG G L, NIE Z T, et al. Interpretation of the 2022 world guidelines for falls prevention and management for older adults: a global initiative [J]. Chin Gen Pract, 2023, 26(10): 1159-1163, 1171. (in Chinese)
- [8] 徐妍,黄馨睿,严铮,等.脑卒中患者中西医结合居家运动康复的最佳证据总结[J]. 浙江中医药大学学报, 2024, 48(11): 1440-1449.
XU Y, HUANG X R, YAN Z, et al. Evidence summary of integrated traditional Chinese and western medicine home exercise rehabilitation for stroke patients [J]. J Zhejiang Chin Med Univ, 2024, 48(11): 1440-1449. (in Chinese)
- [9] 刘爱梅,吴莎莉,颜新艳,等.脑卒中偏瘫患者康复参与度管理的最佳证据总结[J]. 护理实践与研究, 2026, 23(1): 82-89.
LIU A M, WU S L, YAN X Y, et al. Summary of best evidence for rehabilitation participation management in stroke patients with hemiplegia [J]. Nurs Pract Res, 2026, 23(1): 82-89. (in Chinese)

- [10] 吴远华, 张艺凡. 急性脑梗死早期中西医结合诊疗方案贵州专家共识[J]. 贵州中医药大学学报, 2021, 43(1): 98-102.
- WU Y H, ZHANG Y F. Expert consensus of Guizhou on early diagnosis and treatment of acute cerebral infarction with integrated traditional Chinese and western medicine [J]. J Guizhou Univ Tradit Chin Med, 2021, 43(1): 98-102. (in Chinese)
- [11] 于逢春, 张晨. 卒中相关睡眠障碍评估与管理中国专家共识2023[J]. 中国卒中杂志, 2023, 18(2): 221-239.
- YU F C, ZHANG C. Consensus of Chinese experts on assessment and management of stroke-related sleep disorders 2023 [J]. Chin J Stroke, 2023, 18(2): 221-239. (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。