

DOI: 10.12209/CAIM202604090001

· 中西医结合临床案例 ·

1 例脑梗死静脉溶栓后并发脑出血的中西医护理报告

史陈红

(北京市健宫医院 脑病科, 北京, 100054)

摘要: 本文探讨脑梗死静脉溶栓后并发脑出血的中西医结合护理方法及效果, 为临床护理提供实践参考, 以减少并发症不良影响、促进患者康复。总结 1 例脑梗死静脉溶栓后并发脑出血的临床资料, 西医护理重点为病情监测、配合降压控颅压、规范用药护理及并发症防控; 中医护理遵循辨证施护原则, 实施中药塌渍、穴位按摩及耳穴压丸等特色护理, 辅以情志与药膳调护。经过系统的中西医结合护理干预后, 患者脑出血症状得到有效控制, 未出现血肿扩大、严重感染等不良并发症, 神经功能缺损症状逐渐改善, 血压控制平稳, 日常生活活动能力逐步恢复, 顺利出院。对脑梗死静脉溶栓后并发脑出血患者实施中西医结合护理, 可有效控制出血症状、预防并发症发生, 改善患者神经功能及生活质量, 发挥中西医护理优势互补作用, 临床应用效果显著, 值得推广应用。

关键词: 脑梗死静脉溶栓; 脑出血; 中西医护理

Nursing Care Report on Integrated Traditional Chinese and Western Medicine for A Case of Cerebral Hemorrhage Complicating Intravenous Thrombolysis for Cerebral Infarction

SHI Chenhong

(Department of Encephalopathy, Beijing Jiangong Hospital, Beijing, 100054)

ABSTRACT: This paper explores the methods and effects of integrated traditional Chinese and Western medicine nursing for a patient with cerebral hemorrhage complicating intravenous thrombolysis for cerebral infarction, aiming to provide practical reference for clinical nursing, reduce the adverse impact of complications, and promote patient recovery. The clinical data of one patient with cerebral hemorrhage following intravenous thrombolysis for cerebral infarction were summarized. Western medicine nursing focused on condition monitoring, cooperation in blood pressure reduction and intracranial pressure control, standardized medication care, and prevention of complications. Traditional Chinese medicine nursing followed the principle of syndrome differentiation-based care, implementing characteristic nursing measures including traditional Chinese medicine hot compress and staining, acupoint massage, and auricular point pressing with beans, supplemented by emotional care and medicinal diet regulation. Following systematic integrated traditional Chinese and Western medicine nursing intervention, the patient's cerebral hemorrhage symptoms were effectively controlled, with no occurrence of hematoma expansion, severe infection, or other adverse complications. Neurological deficit symptoms gradually improved, blood pressure was stably controlled, activities of daily living progressively recovered, and the patient was successfully discharged. The implementation of integrated traditional Chinese and Western medicine nursing for patients with cerebral hemorrhage complicating intravenous thrombolysis for cerebral infarction can effectively control bleeding symptoms, prevent complications, improve neurological function and quality of life, and demonstrate the complementary advantages of integrated Chinese and Western medicine nursing. The clinical application effect is remarkable and worthy of promotion and application.

收稿日期: 2026-04-09

OPEN ACCESS

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

KEY WORDS: cerebral infarction intravenous thrombolysis; cerebral hemorrhage; integrated traditional Chinese and Western medicine nursing

急性缺血性脑卒中(脑梗死)是临床高发的脑血管疾病^[1]。静脉溶栓治疗作为急性脑梗死超早期(发病4.5 h内)的核心治疗手段^[2],存在出血转化、再灌注损伤等并发症,其中颅内出血是最严重的并发症^[3]。目前,临床针对脑梗死静脉溶栓后并发脑出血的治疗以西医对症支持为主,主要包括控制出血、脱水降颅压及稳定生命体征等;中医将该病归属于“中风”范畴,认为其发病与正气亏虚、痰浊内生、瘀血阻络及热盛动血密切相关,通过辨证施护可实现标本兼顾,辅助控制病情、促进康复^[4]。中西医结合护理将西医的精准监测、对症干预与中医的辨证施护、整体调理相结合,取长补短,在改善患者预后、降低并发症发生率方面展现出独特优势^[5]。本文旨在分享1例脑梗死静脉溶栓后并发脑出血患者的临床资料,详细总结其中西医结合护理过程、措施及效果,为临床同类病例的护理工作提供参考依据,现报告如下。

1 病例资料

1.1 患者信息

患者男性,78岁,于2 h前无明显诱因出现右侧肢体活动不利,伴言语不利、进食水偶有呛咳、头晕,就诊于我院急诊。完善相关检查:头颅CT平扫示多发腔隙性脑梗塞,考虑“急性脑血管病”,请我科会诊。美国国立卫生研究院卒中量表(NIHSS)评分为4分,建议静脉溶栓治疗,并告知其溶栓相关风险及并发症,患者及家属表示同意。根据患者体重95千克,给予阿替普酶85.5 mg,于12:34将总量的10%静脉注射,余量1 h静脉泵入,过程顺利。

因患者急性脑梗塞静脉溶栓后需进一步中西医结合诊疗,急诊以“缺血性中风、脑梗死”于2025年12月27日收入我科。入院后NIHSS评分为3分,复查头颅CT示左侧基底节区小片状高密度影,周围无明显水肿带,出血量约5 mL,诊断为“脑出血”。刻下症:患者发病以来精神尚可,右侧肢体活动不利,可抬离床面,进食水偶有呛咳,舌体僵直,心慌憋闷,咳嗽咳痰,双下肢水肿,右耳听力下降,言语不利,食欲不佳,睡眠欠佳,活动受限,大便不畅,尿频。既往史:高血压15年余,最高收缩压达180 mmHg,舒张压不详,现未服药;

冠心病史,间断服用欣康;糖尿病5年余,现规律服用盐酸二甲双胍片;心电图提示心房颤动;过敏性皮炎病史,间断出现皮疹,外用醋酸曲安奈德益康唑乳膏。

1.2 体格检查

入院后完善体格检查,具体如下:生命体征:体温(T)36.2℃,脉搏(P)78次/min,呼吸(R)20次/min,血压(BP)175/86 mm Hg,疼痛数字评分0分。西医查体:患者神志清楚,言语不利,查体合作,瞳孔正常,直接及间接对光反射存在,右侧肢体肌力4级。中医查体:患者神色自如,面色含蓄,舌暗淡、苔薄白,精神尚可,形体正常,动静姿态无异常,语声清,无异常气味,脉弦滑。辅助检查:头颅平扫示左侧顶叶脑梗塞伴脑出血,多发腔隙性脑梗塞,脑白质变性,老年性脑改变。

1.3 诊断

中医诊断:缺血性中风;辨证分型:气虚血瘀证;西医诊断:急性脑梗死(静脉溶栓术后),出血性脑梗死,高血压病3级(极高危),2型糖尿病,心房颤动,下肢水肿,过敏性皮炎,突发性耳聋,焦虑状态。

1.4 治疗干预

西医予脱水降颅压、控制血压及营养神经等对症支持治疗,予胞磷胆碱、甲钴胺营养神经;用二甲双胍、单硝酸异山梨酯控制基础病,并行雾化、乳果糖及艾司唑仑等对症处理;予醋酸曲安奈德益康唑乳膏外用治疗过敏性皮炎,地塞米松磷酸钠注射液治疗右耳突发性聋。中医予补阳还五汤加减口服,配合中药塌渍、针灸、穴位按摩、耳穴压丸及药膳调护。经14 d治疗护理,患者病情稳定、出血吸收良好、神经功能及失眠症状改善,无并发症发生,于2026年01月09日顺利出院。

2 护理

2.1 护理评估

2.1.1 神经功能缺损评估

采用美国国立卫生研究院卒中量表(NIHSS)评估患者神经功能缺损程度,该量表由Brott等首次提出^[6],涵盖意识、视力、肢体活动及语言等11个维度,总分0~42分,分数越高提示神经功能缺损越严重。本例患者溶栓前评分为4分(轻度缺

损),入院后降至3分,并发脑出血后维持3分(轻度缺损),提示脑出血未导致神经功能缺损加重,需重点关注肢体活动、语言功能及意识状态的动态变化。

2.1.2 意识水平评估

采用格拉斯哥昏迷量表(GCS)评估患者意识状态,该量表由 Teasdale 和 Jennett 于 1974 年提出^[7],从睁眼、语言及肢体运动3个维度评分,总分3~15分,13~15分为清醒,8~12分为嗜睡,3~7分为昏迷。本例患者全程GCS评分为15分,神志清楚,无意识障碍,提示脑出血未造成明显脑组织压迫,病情相对平稳。

2.1.3 肢体运动功能评估

采用Fugl-Meyer运动功能评分量表评估患者肢体活动能力,该量表由Fugl-Meyer等制定^[8],上肢、下肢各0~100分,分数越高提示运动功能越好。本例患者右侧肢体肌力4级,上肢评分65分,下肢评分70分;左侧肢体肌力5级(评分98分),提示右侧肢体运动功能轻度受损,并发脑出血后肌力无下降,维持稳定。

2.1.4 听力功能评估 采用纯音测听量表评估患者听力功能,该量表由Fletcher等建立^[9],以听力阈值(dB)为量化指标,正常听力阈值为0~25 dB,26~40 dB为轻度听力减退,41~55 dB为中度听力减退,56~70 dB为中重度听力减退,≥71 dB为重度听力减退。本例患者右耳听力阈值为38 dB,评定为轻度听力减退;左耳听力阈值为22 dB,听力正常,提示右耳存在轻度听力障碍,与脑出血后瘀血阻滞耳脉、气血不能濡养耳窍相关。

2.1.5 吞咽功能评估

采用洼田饮水试验评估患者吞咽功能,分为Ⅰ~Ⅴ级,Ⅰ级为正常,Ⅱ级为可疑吞咽障碍,Ⅲ级及以上为明确吞咽障碍。本例患者进食水偶有呛咳,评定为Ⅲ级,存在轻度吞咽障碍,需预防误吸风险。

2.1.6 生活质量与心理状态评估

①日常生活活动能力(ADL量表):该量表由Mahoney等建立^[10],总分0~100分,60分以上为基本自理,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;入院时评分55分,基本生活自理能力轻度受损,可自主翻身、进食。

②睡眠质量(PSQI量表):该量表总分0~21分,评分≤7分为睡眠质量正常,评分>7分为睡眠

质量差,分数越高睡眠质量越差;患者入院评分11分,睡眠质量差,与病情不适、焦虑情绪相关。

③焦虑状态(SAS量表):该量表标准分0~100分,评分<50分为无焦虑,50~59分为轻度焦虑,60~69分为中度焦虑,评分≥70分为重度焦虑;本例患者评分58分,存在轻度焦虑,与基础疾病多、病情轻微波动、担心预后相关。

2.2 护理诊断

有出血加重的风险:与溶栓药物导致的凝血功能紊乱、高血压未有效控制有关。躯体活动障碍:与脑梗死、脑出血导致的脑组织损伤有关。语言沟通障碍:与言语不利有关。有皮肤完整性受损的风险:与长期卧床、肢体活动障碍有关。知识缺乏:与患者及家属对疾病预后、基础疾病用药方法不了解有关。潜在并发症:肺部感染、深静脉血栓,与长期卧床、肢体活动减少有关。

2.3 护理计划

控制颅内出血,稳定生命体征与基础疾病,缓解肢体活动障碍、听力下降及失眠等不适,护理过敏性皮炎,防控肺部感染、深静脉血栓等并发症,指导患者及家属掌握居家护理、用药及康复要点,促进患者顺利出院。护理过程中兼顾西医精准控症与中医辨证施护,西医重点落实病情监测、出血控制、用药护理、基础护理及并发症防控;中医重点开展辨证施护,包括中药护理、针灸、中药塌渍及穴位按摩等特色措施,同时做好药膳调护与情志护理。

2.4 护理措施

2.4.1 常规护理

2.4.1.1 基础护理

保持病室安静、整洁,温湿度控制在适宜范围(温度22~24℃,湿度50%~60%),避免噪音、强光刺激;针对患者右耳听力减退及失眠问题,夜间关闭不必要灯光,拉好窗帘,减少病室及周边噪音,营造安静舒适的休养环境,睡前避免大声交谈、剧烈操作。

2.4.1.2 皮肤护理

保持皮肤清洁干燥,每日用温水擦拭皮肤,更换宽松、柔软且透气的棉质衣物;针对患者过敏性皮炎,指导其保持皮肤清洁干燥,避免搔抓皮疹部位,正确涂抹药物,每日观察皮疹变化情况。

2.4.1.3 专项症状护理

针对右耳听力减退,避免患者处于嘈杂环境,与患者沟通时耐心细致;针对失眠,指导患者睡前

1 h 避免情绪激动、剧烈活动,可采用温水泡脚(水温 40~45℃, 15 min/次)、听舒缓音乐等方式,规律作息,避免日间嗜睡,逐步改善睡眠质量。

2.4.1.4 用药护理

针对高血压、糖尿病等基础疾病实施个体化护理,遵医嘱规律用药,定时监测血压、血糖,指导患者规范服药,不可擅自停药减药,观察用药后血糖、心率及血脂变化,避免影响脑出血恢复。

2.4.1.5 心理护理

加强与患者及家属的沟通,通俗讲解病情及预后,缓解患者对康复的担忧。指导患者通过听舒缓音乐、深呼吸调节情绪,结合失眠护理帮助建立规律作息,缓解焦虑状态。

2.4.1.6 并发症的预防

以预防为主、适度干预,降低肺部感染及深静脉血栓发生率。指导患者有效排痰,每日监测体温及痰液情况;协助患者进行下肢活动,指导穿戴医用压力袜,观察下肢皮肤变化,发现异常及时报告。

2.4.2 中医特色护理

2.4.2.1 药膳调护

遵循“益气活血、健脾化痰、通络祛湿”的原则,指导患者食用清淡、易消化、富含营养的食物,如山药、红枣及桂圆等,避免肥甘厚味、辛辣刺激、生冷食物,戒烟戒酒;同时兼顾高血压、糖尿病及冠心病饮食禁忌,采取低盐、低脂、低糖饮食,控制主食摄入量。可适量饮用黄芪泡水益气,搭配冬瓜薏米汤、山药红枣粥等药膳,辅助益气健脾、化痰祛湿,改善食欲不佳、大便不畅及双下肢水肿等问题;针对失眠,可适量食用百合莲子粥,辅助宁心安神;针对右耳听力减退,可适量食用核桃、黑芝麻等滋养耳窍的食材,辅助改善听力。

2.4.2.2 口服中药治疗

遵医嘱给予中药汤剂(补阳还五汤加减,加茯苓、白术、半夏等健脾化痰、祛湿之品,加酸枣仁、远志宁心安神,加枸杞、菊花滋养耳窍),药物组成包括黄芪 30 g、当归 15 g、赤芍 12 g、川芎 10 g、桃仁 10 g、红花 6 g、地龙 10 g、茯苓 15 g、白术 12 g、半夏 10 g、酸枣仁 15 g、远志 10 g、枸杞 12 g 及菊花 10 g。1 剂/d,分 2 次温服,200 mL/次,疗程为两周,服用后观察患者有无恶心、呕吐等不适症状。

2.4.2.3 中药塌渍治疗

遵医嘱给予中药塌渍治疗,取红花 15 g、川芎 10 g、黄芪 20 g、当归 10 g 及地龙 10 g 熬成药汁,

待药汁温度降至 40~45℃ 时,将无菌纱布浸润拧干后敷于患侧肢体及双下肢,1 次/d,20 min/次,疗程为 2 周。期间及时补充药汁保持纱布湿润,避免烫伤,以促进肢体血液循环,缓解肌肉痉挛及双下肢水肿。

2.4.2.4 穴位按摩治疗

穴位按摩选取合谷、曲池、足三里、太冲、百会、风池及三阴交等穴位;右耳听力减退加按听宫、听会及翳风穴;失眠加按神门、内关及安眠穴。每次按摩 10~15 min,2 次/d,10 d 为一个疗程,力度以局部酸胀为度,以疏通经络、缓解肢体不适、心慌憋闷、双下肢水肿、右耳听力减退及失眠症状。

2.4.2.5 耳穴疗法治疗

耳穴疗法选取心、肝、肾、脑、神门、降压沟及脾等穴位;听力减退加选耳尖、内耳及外耳穴;失眠加选安眠、皮质下穴。用王不留行籽按压固定,每日按压 3~4 次,1~2 min/次,两耳交替,每 3 d 更换,10 d 为一个疗程,以调节脏腑功能、镇静安神,缓解患者睡眠欠佳、心慌憋闷、轻微焦虑情绪及右耳听力减退症状。

2.4.2.6 针灸治疗

针灸治疗取穴以足三里、三阴交、合谷、曲池、肩髃及涌泉等为主,加选听宫、听会及翳风(改善右耳听力),神门、安眠(改善失眠),采用平补平泻法,1 次/d,30 min/次,10 d 为一个疗程,以疏通经络,促进神经功能恢复,缓解肢体活动不利、右耳听力减退及失眠症状。

2.4.2.7 情志护理

指导患者通过听舒缓的五行音乐、深呼吸等方式调节情志,避免情绪波动,保持心情舒畅,促进气血运行;同时配合失眠护理,帮助患者建立规律作息,缓解失眠症状。

2.4.2.8 通便护理

患者大便不畅,指导其顺时针按摩腹部(2 次/d, 15 min/次),促进肠道蠕动;必要时遵医嘱给予中药缓泻剂,避免用力排便加重出血,同时兼顾糖尿病饮食,避免缓泻剂影响血糖。

2.5 护理评价

经过 14 d 的中西医结合治疗与护理,患者病情得到有效控制,颅内出血完全吸收,脑水肿消退,生命体征平稳,血糖、心率控制在正常范围,详见表 1。神经功能明显恢复,右侧肢体肌力维持 4 级,可自主翻身、行走,言语不利、进食水呛咳症状

表 1 疗效评估

观察指标	入院时	出院时	疗效评价
NIHSS	4分(轻度神经功能缺损)	3分(轻度神经功能缺损,较前改善)	显效,神经功能缺损明显缓解
右侧肢体肌力	4级,可抬离床面,活动欠灵活	4级,可自主翻身,自行行走	有效,肢体运动功能维持良好,无肌力下降
右耳听力(纯音测听)	40 dB(轻度听力减退)	25 dB(听力恢复正常)	痊愈,右耳听力恢复至正常水平
PSQI	11分(睡眠质量差)	5分(睡眠质量良好)	显效,睡眠质量由差转为良好
SAS	58分(轻度焦虑)	42分(无焦虑)	痊愈,焦虑症状完全缓解
ADL	55分(轻度依赖)	65分(基本自理)	显效,日常生活能力显著提升
双下肢水肿	轻度水肿	水肿完全消退	痊愈,双下肢水肿完全缓解
洼田饮水试验	Ⅲ级(轻度吞咽障碍)	Ⅱ级(可疑吞咽障碍,呛咳消失)	有效,吞咽障碍明显改善,呛咳消失

缓解,能进行简单交流;心慌憋闷、咳嗽咳痰、双下肢水肿完全消退,大便通畅,尿频、右耳听力减退、失眠症状明显改善,食欲、睡眠恢复良好。患者焦虑情绪缓解,积极配合康复训练,无压疮、肺部感染、深静脉血栓等并发症发生,过敏性皮炎未再发作,于2026年01月10日顺利出院。

3 结果与随访

出院后2周对患者进行随访,患者可按时服药,血压控制良好,保持规律生活,无并发症发生,情绪良好,对预后表示满意。随访时再次给予患者用药指导、生活指导以及饮食指导,患者及家属已掌握居家护理、用药及康复要点,具备基本居家照护能力,整体康复效果满意,嘱患者适当锻炼,定期复诊。

4 讨论

急性缺血性脑卒中静脉溶栓是临床恢复脑血流、挽救缺血脑组织的重要治疗手段,可有效改善神经功能缺损^[11],但出血转化为其最严重且高发的并发症,发病隐匿、进展迅速,若干预不及时,会加重脑损伤,增加致残、致死风险,严重影响患者远期预后^[12]。目前临床常规护理多以西医对症干预为主,侧重生命体征监测、出血防控与并发症预防,护理模式单一;而常规中医护理多应用于脑卒中恢复期,在溶栓后脑出血急性期的联合应用报道相对有限^[13]。西医护理以严密监测病情、控制出血、降低颅内压、预防并发症及促进功能恢复为核心^[14];中医护理以“辨证施护”为核心,结合患者的中医证候,从饮食、中药、针灸及情志等方面实施个性化护理,将清热化痰、活血化瘀及益气通络等理念融入护理全过程,既能辅助控制出血、减轻脑水肿,又能促进神经功能恢复,改善患者体质^[15]。中西医结合护理取长补短,西医精准控制急症,中医调理体质、促进康复,两者协同作用,能

有效降低并发症发生率,改善患者预后,提高患者生活质量^[16]。

本病例针对患者溶栓后脑出血合并多种基础病、耳聋、失眠、皮炎及焦虑等复杂病情,采用急性期中西医结合护理。西医严密监测病情、控制出血与基础病、预防并发症;中医辨证施护,平衡止血与通络,多手段改善全身不适,区别于同类病例单一干预模式,护理更全面、个体化。但因为个案报道,样本量小、无量化评估及远期随访,方案推广性有限。

综上所述,本次个案通过中西医结合护理干预,成功控制患者出血症状,促进神经功能恢复,取得良好的护理效果。后续仍需积累更多临床案例,不断优化中西医结合护理方案,为临床同类病例的护理提供更科学、更有效的参考。

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] 中华医学会神经病学分会, 中华医学会神经病学分会脑血管病学组. 中国急性缺血性卒中诊治指南2023 [J]. 中华神经科杂志, 2024, 57 (6): 523-559.
Neurology Branch of the Chinese Medical Association, Cerebrovascular Disease Group of the Neurology Branch of the Chinese Medical Association. Chinese guidelines for diagnosis and treatment of acute ischemic stroke 2023 [J]. Chin J Neurol, 2024, 57 (6): 523-559. (in Chinese)

[2] 吴旭明, 柯先金, 孙波, 等. 应激性血糖升高比值联合糖化血红蛋白水平对老年急性缺血性脑卒中病人静脉溶栓后出血转化的预测价值[J]. 实用老年医学, 2024, 38(1): 54-58.
Wu X M, Ke X J, Sun B, et al. Predictive value of stress hyperglycemia ratio combined with glycosylat-

- ed hemoglobin on hemorrhagic transformation after intravenous thrombolysis in elderly patients with acute ischemic stroke [J]. *Pract Geriatr*, 2024, 38 (1): 54–58. (in Chinese)
- [3] 李小寒, 尚少梅. 基础护理学[M]. 6版. 北京: 人民卫生出版社, 2017: 386–390.
- [4] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[M]. 南京: 南京大学出版社, 1994.
- [5] 安静, 范东. 基层医院优化急诊卒中绿色通道对脑梗死静脉溶栓的影响[J]. *重庆医学*, 2024, 53 (S1): 151–153.
- An J, Fan D. The impact of optimizing the emergency stroke green channel in primary hospitals on intravenous thrombolysis for cerebral infarction [J]. *Chongqing Med J*, 2024, 53 (S1): 151–153. (in Chinese)
- [6] Brott T, Adams H P Jr, Olinger C P, et al. Measurements of acute cerebral infarction: a clinical examination scale[J]. *Stroke*, 1989, 20(7): 864–870.
- [7] Teasdale G, Jennett B. Assessment of coma and impaired consciousness. A practical scale[J]. *Lancet*, 1974, 2(7872): 81–84.
- [8] Fugl-Meyer A R, Jääskö L, Leyman I, et al. The post-stroke hemiplegic patient. 1. a method for evaluation of physical performance [J]. *JRM*, 2011, 7 (1): 13–31.
- [9] Fletcher H, Munson W A. Loudness, its definition, measurement and calculation[J]. *J Acoust Soc Am*, 1933, 5(2): 82–108.
- [10] 王赛华, 施加加, 孙莹, 等. 简体版改良 Barthel 指数在脑卒中恢复期中的信度与效度研究[J]. *中国康复*, 2020, 35(4): 179–182.
- Wang S H, Shi J J, Sun Y, et al. Reliability and validity of the simplified version Modified Barthel Index in convalescence period of stroke[J]. *Chin J Rehabil*, 2020, 35(4): 179–182. (in Chinese)
- [11] 李珊珊. 急性缺血性脑卒中患者溶栓后脑出血的危险因素分析[J]. *当代医学*, 2022, 28(3): 46–48.
- Li S S. Analysis of risk factors for cerebral hemorrhage after thrombolysis in patients with acute ischemic stroke[J]. *Contemp Med*, 2022, 28(3): 46–48. (in Chinese)
- [12] 徐影. 尿激酶静脉溶栓治疗急性缺血性脑卒中后脑出血转化的影响因素分析[J]. *中国现代药物应用*, 2022, 16(6): 56–58.
- Xu Y. Analysis of the influencing factors of cerebral hemorrhage transformation after intravenous thrombolysis with urokinase in the treatment of acute ischemic stroke [J]. *Chin J Mod Drug Appl*, 2022, 16 (6): 56–58. (in Chinese)
- [13] 刘博森, 冯雪, 李若溪, 等. 术前衰弱与老年心外科患者术后肺部并发症相关性的前瞻性队列研究[J]. *中国循环杂志*, 2025, 40(6): 591–596.
- Liu B M, Feng X, Li R X, et al. Association between preoperative frailty and postoperative pulmonary complications among elderly patients undergoing cardiac surgery: a prospective cohort study [J]. *Chin Circ J*, 2025, 40(6): 591–596. (in Chinese)
- [14] 金晓燕, 尚少梅, 李硕, 等. 急性期脑卒中患者吞咽障碍预后现状及影响因素分析[J]. *中国护理管理*, 2025, 25(9): 1333–1337.
- Jin X Y, Shang S M, Li S, et al. Prognosis and influencing factors of patients with Post-Stroke Dysphagia in the acute phase [J]. *Chin Nurs Manag*, 2025, 25(9): 1333–1337. (in Chinese)
- [15] 吴勉华, 石岩. 中医内科学[M]. 5版. 北京: 中国中医药出版社, 2021: 328–335.
- [16] 孙晓晖, 彭毛卓玛, 宋晓微, 等. 卒中后神经功能恶化预测模型研究现状的范围综述[J]. *中国脑血管病杂志*, 2025, 22(4): 235–251.
- Sun X H, Peng M, Song X W, et al. Research status of prediction models for post-stroke neurological deterioration: a scoping review [J]. *Chin J Cerebrovascular Dis*, 2025, 22(4): 235–251. (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。