

DOI: 10.12209/CAIM202605210009

· 中西医结合临床案例 ·

1例急性脑梗死患者行静脉溶栓的中西医结合护理

段慧青

(北京市健宫医院 脑病科, 北京, 100054)

摘要: **目的** 探讨1例急性脑梗死患者行静脉溶栓的中西医结合护理效果。**方法** 选取1例68岁急性脑梗死患者为研究对象,针对其存在的出血风险、躯体活动障碍等5项护理诊断,落实中西医结合护理措施,涵盖溶栓后出血防控、肢体康复训练、吞咽护理、皮肤护理及心理护理,联合中医耳穴压丸、情志相胜疗法及穴位按摩。**结果** 患者住院期间未发生并发症,出院时右上肢肌力恢复正常,吞咽功能改善,焦虑情绪缓解。**结论** 对接受静脉溶栓治疗的急性脑梗死患者实施针对性中西医结合护理,可有效防控并发症,促进患者肢体功能与心理健康恢复,具有较高临床应用价值。

关键词: 急性脑梗死; 静脉溶栓; 中西医结合护理

Integrated Traditional Chinese and Western Medicine Nursing Care for a Patient with Acute Cerebral Infarction Undergoing Intravenous Thrombolysis

DUAN Huiqing

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

ABSTRACT: Objective To explore the effectiveness of integrated traditional Chinese and Western medicine (TCM-Western) nursing care for a patient with acute cerebral infarction undergoing intravenous thrombolysis. **Methods** A 68-year-old patient with acute cerebral infarction was selected as the study subject. In response to five identified nursing diagnoses, including hemorrhage risk and impaired physical mobility, integrated TCM-Western nursing interventions were implemented, encompassing post-thrombolysis hemorrhage prevention and control, limb rehabilitation training, swallowing care, skin care, and psychological care, combined with TCM auricular acupressure, emotional restraint-counteraction therapy, and acupoint massage. **Results** No complications occurred during hospitalization. At discharge, the muscle strength of the right upper limb had returned to normal, swallowing function was improved, and anxiety symptoms were alleviated. **Conclusion** Targeted integrated TCM-Western nursing care for patients with acute cerebral infarction receiving intravenous thrombolysis can effectively prevent and control complications, promote the recovery of limb function and psychological well-being, and demonstrates high clinical application value.

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

急性脑梗死(Acute cerebral infarct)是指脑血供突然中断后引发的脑组织坏死,通常因供应脑部的动脉发生粥样硬化、血栓形成,导致管腔狭窄甚至闭塞,进而引发局灶性急性脑缺血^[1]。重组组织型纤溶酶原激活剂(rt-PA)静脉溶栓是目前早期改善脑缺血、挽救缺血半暗带脑组织的关键手段,可有效开通阻塞血管,减轻神经功能缺

损^[2];但溶栓后易出现出血、肢体活动障碍等并发症,影响治疗效果。中西医结合护理兼具现代护理的精准防控优势与中医辨证施护特色,可针对性防控并发症、促进肢体功能与心理健康恢复,弥补单一护理模式的不足^[3],在急性脑梗死患者护理中具有重要应用价值。鉴于此,本文回顾1例急性脑梗死静脉溶栓治疗的护理要点,以期为临

收稿日期:2026-05-21

OPEN ACCESS

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

床护理实践提供参考。

1 临床资料

1.1 一般资料

患者男,68岁,因“右上肢无力1 h余”于2026年02月26日09:34入院。患者晨8时洗漱后突发右上肢活动不利、抓握困难,伴行走不稳,无意识障碍、肢体抽搐、头痛头晕及恶心呕吐症状,由家属陪同就诊于我科门诊。既往有多年高血压病史,同时患有反流性食管炎、后天获得性周围神经病、高脂血症;已戒烟戒酒10余年。

1.2 体格检查

患者体温(T)36℃、脉搏(P)74次/min、呼吸(R)18次/min、血压(BP)140/80 mmHg,身高172 cm、体重101 kg,NIHSS评分2分;神志清楚,精神可;双侧瞳孔等大等圆(直径3 mm),对光反射灵敏;额纹对称,鼻唇沟无变浅,示齿口角不偏,鼓腮、闭目动作完成可;右上肢近端肌力5级、远端肌力4级,右下肢及左侧肢体肌力均为5级,双侧肌张力正常;舌淡、苔白、脉沉。头颅CT示:双侧基底节区、侧脑室旁、放射冠可见小点片状低密度影,部分边缘略模糊;双侧脑室旁和半卵圆中心可见多发斑片状低密度模糊影,提示多发腔隙性脑梗死,未见明确出血灶。头颅MR示:多发腔隙性脑梗死,左侧中央前回点状急性脑梗死,左侧上颌窦外侧囊性病灶。

1.3 诊断

西医诊断:急性脑梗死,高血压2级,高脂血症,反流性食管炎,后天获得性周围神经病。中医诊断:缺血性中风(气虚血瘀证)。

1.4 治疗及转归

患者于2026年02月26日09:34入院后行rt-PA静脉溶栓治疗,根据体重101 kg计算总剂量为90 mg,于9:38予10%剂量(9 mg)静脉推注1 min,9:39予剩余90%剂量(81 mg)持续泵入,10:38泵入完成;期间予心电监护、吸氧等基础支持治疗,治疗后患者主诉右上肢无力症状较前缓解,查体示右上肢近端肌力5级、远端肌力5级。转运至病房后,予静脉滴注丁苯酞、依达拉奉右莰醇以改善脑缺血区血液循环及血流量,泮托拉唑抑酸护胃,肌肉注射维生素B₁₂及维生素B₁营养神经,口服苯磺酸氨氯地平片降压、阿托伐他汀钙片降脂稳斑;同时予耳穴压丸(取穴脑干、皮质下、缘中、心、肝及神门)及针灸治疗(取穴风池、风府、百

会、内关、极泉、尺泽、委中、三阴交、足三里、丰隆、合谷及太冲)以改善中风症状及肢体平衡。03月03日复查头颅CT提示脑缺血区血供较前改善,03月05日患者无不适主诉,予办理出院。

2 护理

2.1 护理评估

2.1.1 生理评估

患者为68岁男性,因突发右上肢无力、抓握困难伴行走不稳入院,神志清楚,生命体征平稳。既往有高血压、高脂血症、反流性食管炎及后天获得性周围神经病病史;体型肥胖、体重偏高,肢体活动部分受限,皮肤褶皱多、易出汗,局部受压风险高;存在基础血管病变及溶栓治疗指征,有潜在出血倾向。

2.1.2 量表评估

美国国立卫生研究院卒中量表(National Institutes of Health Stroke Scale, NIHSS)用于量化脑卒中患者神经功能缺损程度,总分0~42分,0~1分提示正常或近乎正常,1~4分为轻度卒中/小卒中,5~15分为中度卒中,16~20分为中重度卒中,评分>20分为重度卒中^[4]。本例患者入院NIHSS评分2分,属于轻度卒中。

Braden压疮风险评估量表(Braden Pressure Ulcer Risk Scale, Braden量表)总分6~23分,15~18分为轻度风险,13~14分为中度风险,10~12分为高度风险,评分≤9分为极高危,分值越低压疮风险越高^[5]。本例患者Braden评分14分,评定为压疮中度风险。

洼田饮水试验(Kubota Water Swallowing Test)共分为5级,1级为正常吞咽,2级为轻度吞咽障碍(饮水偶有呛咳),3级为中度吞咽障碍(频繁呛咳),4级为重度吞咽障碍,5级为无法经口进食^[6]。本例患者吞咽功能为2级,存在轻度吞咽障碍。

焦虑自评量表(Self-Rating Anxiety Scale, SAS)满分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^[7]。本例患者SAS标准分60分,评定为中度焦虑。

2.1.3 心理—社会评估

患者因急性起病出现肢体无力、行走不稳症状,担忧自身恢复情况及预后,存在轻度焦虑情绪;有家属陪同就诊,家属对其病情重视,能为患

者提供良好的生活照料与情感支持。

2.1.4 中医评估

四诊评估:望诊:神清,面色淡白无华,体型肥胖,行走不稳,右上肢活动不利、抓握困难,舌淡苔白。闻诊:语声清晰,无异常气味。问诊:主诉右上肢无力、活动不利、抓握困难;既往有高血压、反流性食管炎、后天获得性周围神经病、高脂血症病史;二便、寒热、汗出、饮食、胸腹、口渴、耳窍均无异常。切诊:皮肤正常,右上肢远端肌力4级,腹部无异常,脉沉。

辨证分析:患者年近七旬,正气亏虚,气虚无力推动血液运行,致瘀血阻滞脑脉、经络,发为缺血性中风。望诊见舌淡苔白、面色淡白、体型肥胖,切诊见脉沉,均为气虚之征;突发右上肢无力、行走不稳,为瘀血阻滞经络、肢体失养所致;结合既往高血压、高脂血症病史,进一步加重血瘀之象,综上辨证为气虚血瘀证。治疗原则:益气活血、通络开窍。

2.2 护理诊断

有出血的风险:与静脉溶栓治疗、高血压病史有关;躯体活动障碍:与脑梗死导致神经功能缺损、后天获得性周围神经病有关;吞咽障碍:与脑血管病变影响吞咽协调能力及反流性食管炎病史有关;有皮肤完整性受损的危险:与肥胖、躯体活动受限有关;焦虑:与急性起病、担心肢体功能恢复及病情预后有关。

2.3 护理计划

针对患者上述护理问题,制定以下护理计划:密切监测生命体征,防控溶栓后出血及血压波动;配合针灸、耳穴压丸等中医护理技术,指导患者进行简易肢体功能训练;调整饮食结构以适应吞咽需求,定时翻身、预防皮肤受损;加强与患者的沟通交流,疏导焦虑情绪,从而促进肢体功能恢复,降低护理风险,帮助患者顺利康复。

2.4 护理措施

2.4.1 出血管理

静脉溶栓药物(rt-PA)会影响体内凝血平衡,易诱发颅内或全身出血;长期高血压可致脑小动脉硬化变脆^[8],血压波动时更易破裂出血,一旦发生颅内出血,可迅速加重神经功能缺损,甚至危及生命。溶栓前备好急救药品及物品,包括止血药、脱水剂及吸痰器等,同时为患者建立双静脉通路,选用上肢粗直血管进行穿刺,避免反复穿刺损伤血管;溶栓开始后,每15 min测量一次血压,维持

收缩压<150 mmHg、舒张压<90 mmHg,期间患者血压波动在135~145/75~85 mmHg,无骤升骤降,遂继续按该频率监测至溶栓结束后2 h,之后改为每30 min监测1次,持续24 h。

溶栓期间及溶栓后24 h内,持续为患者进行心电监护,观察肢体活动情况,警惕颅内出血发生^[9];同时每日观察患者皮肤黏膜、牙龈及鼻腔有无渗血,检查穿刺点有无出血、渗血,观察大小便颜色。溶栓期间及溶栓后24 h内,避免对患者进行热敷、艾灸及针刺强刺激操作,仅进行轻柔的耳穴按压,选取脑干、皮质下、缘中、心及神门等穴位,操作时用食指和拇指指腹按压耳穴,力度以患者感到轻微酸胀、能耐受为宜,每个穴位按压1 min,两耳交替进行,每日按压3次;按压后观察患者有无不适,患者耐受良好,无头晕、局部疼痛等异常反应。

2.4.2 躯体障碍护理

患者左侧中央前回点状急性脑梗死,损伤大脑运动传导通路,导致右侧肢体神经功能缺损,出现右上肢无力、抓握困难及行走不稳等症状^[10];若长期肢体活动受限,会导致关节僵硬、肌肉萎缩,还可能诱发深静脉血栓。患者急性期(溶栓后24 h内)以休息为主,协助患者进行良肢位摆放,采用仰卧位与健侧卧位交替的方式:仰卧时,将患者右上肢外展90°,伸肘、腕背伸,掌心向上,用软枕支撑,避免肩关节半脱位;右下肢屈膝,踝部垫软枕,保持踝背屈,防止足下垂。健侧卧位时,将患者右上肢放在胸前,垫软枕支撑;右下肢屈膝,放在健侧下肢前方,确保肢体摆放舒适。溶栓后24 h患者病情稳定,指导其进行康复训练,先从被动训练开始,协助患者活动右上肢肩、肘及腕关节,从近端到远端,每个关节做屈伸、旋转动作,每次活动20 min,2次/d,活动时动作轻柔,避免用力过猛,防止关节损伤。被动训练3 d后,指导患者进行主动训练,鼓励其自主活动右上肢,做抓握、持物动作,从抓握小毛巾、勺子开始,逐步过渡到抓握水杯、筷子;同时指导患者进行床边坐位平衡训练,先在床边静坐,双手支撑床面,保持平衡,10 min/次,2次/d,患者逐渐能够独立静坐,无倾倒情况。之后逐步过渡到站位平衡训练和辅助行走训练,由护理人员搀扶患者站立,缓慢行走,逐步减少搀扶力度;同时配合中医针灸治疗,遵医嘱选取风池、风府、百会及内关等穴位,每日针灸1次;针灸后为患者按揉肩髃、曲池、手三里、环跳及阳

陵泉等穴位,每个穴位按揉 1~2 min,力度适中,促进气血流通、疏通经络^[11],患者针灸及按揉后无不适,肢体酸胀感减轻。

2.4.3 吞咽障碍护理

急性脑梗死导致脑血管病变,损伤吞咽中枢及吞咽协调纤维,使咽喉肌肉控制能力下降,吞咽动作不协调^[12];加之患者有反流性食管炎病史,咽喉部受炎症刺激,敏感性增高,进食时易出现呛咳、误吸,严重时可引发吸入性肺炎。患者进食时将床头抬高 45~60°,取半坐位,颈部稍前屈,减少食物反流和误吸的风险。饮食上为患者选择糊状、软食,如米糊、蛋羹、烂粥、豆腐及蒸蛋等,避免干硬、黏性或过烫的食物,防止呛咳;每日分 5~6 次进食,每次进食量不宜过多,小口慢喂,每口 5~10 mL,喂完一口后观察患者吞咽情况,确认食物完全咽下后再喂下一口,避免催促患者进食。进食后让患者保持半坐位 30 min,避免立即平卧,防止食物反流;同时指导患者进行简单的吞咽训练,如空咽训练、鼓腮训练。每日为患者进行 2 次口腔护理,用温水或淡盐水漱口,清洁口腔,预防口腔感染。

2.4.4 皮肤管理

患者体重 101 kg,体型肥胖,皮下脂肪较厚,局部组织压力高、散热差,且易出汗,汗液浸渍皮肤易导致皮肤损伤;同时患者存在躯体活动受限,活动量明显减少,局部血液循环不畅,组织供氧、供血不足,易发生压疮。患者入院后立即为其更换纯棉、宽松且透气的衣物,同时使用交替式减压气垫床,调节气垫床压力至合适范围。每 2 h 协助

患者翻身,翻身时采用 30°侧卧位,避免 90°侧卧,动作轻柔^[13],避免拖、拉、推等动作,防止皮肤摩擦受损;翻身时同时检查患者皮肤情况,重点查看骶尾部、肩胛部及足跟等骨突部位。每日用温水为患者擦浴 1 次,擦浴时重点清洁腋下、腹股沟及肛周等褶皱部位,擦浴后用干净毛巾轻轻擦干,保持皮肤清洁干燥。同时每日为患者按揉脾俞、胃俞及足三里等穴位,用拇指指腹按揉,每个穴位 2 min,1 次/d,以健脾益气,改善营养代谢,增强皮肤抵抗力。

2.4.5 情志护理

患者发病突然,对疾病相关知识不了解,担心肢体功能无法恢复,害怕影响日后日常生活自理,同时担心给家人带来负担,进而产生焦虑情绪。护理人员主动与患者及家属沟通,用通俗易懂的语言向患者讲解病情、静脉溶栓治疗的目的、获益及注意事项,分享同类患者康复的案例,减少患者对疾病的未知恐惧。中医护理方面,结合五行相胜疗法^[14],患者焦虑属“肝郁气滞”,对应五行之“木”,根据“木克土、土生金、金克木”的五行相胜规律,采用“思胜忧”的情志调节法,引导患者专注于简单的手工活动,如折叠毛巾、整理衣物,或指导家属陪伴患者回忆过往愉快的生活片段,让患者处于温和的“思”志状态,以制约过度的“忧思焦虑”情绪,缓解心理紧张。同时保持病房安静、光线柔和,减少噪音干扰,为患者营造舒适的休养环境^[15]。

2.5 护理评价

经治疗,患者相关症状得到改善,详见表 1。

表 1 疗效评估

评价维度	干预前	干预后
有出血的风险	存在静脉溶栓及高血压病史,属于出血高危人群	血压波动控制在 135~145/75~85 mmHg,未发生颅内出血、皮肤黏膜渗血、牙龈鼻腔出血及穿刺点渗血
躯体活动障碍	右上肢近端肌力 5 级、远端肌力 4 级,行走不稳	右上肢肌力恢复至 5 级,抓握、持物动作灵活,站立及行走平稳,肢体活动障碍改善,神经功能缺损症状恢复,NIHSS 评分 0 分
吞咽障碍	吞咽功能 2 级,轻度吞咽障碍,合并反流性食管炎	住院期间无呛咳、误吸发生,未并发吸入性肺炎,进食顺畅,食物反流症状明显减轻,洼田吞咽功能分级 1 级
有皮肤完整性受损的危险	Braden 评分 14 分,压疮中度风险	住院期间全身皮肤完整无破损,皮肤抵抗力及局部循环得到改善,Braden 评分 18 分
焦虑	存在明显焦虑情绪	焦虑情绪明显缓解,能够正确认知病情与溶栓治疗获益,心态平稳,SAS 评分 48 分

3 结果和随访

于患者出院后 1 个月进行定期随访,主要采

用电话随访结合微信线上问询的方式开展延续性随访,随访内容包括肢体功能、吞咽进食、生命体征与基础病、心理情绪、康复依从性及并发症情

况。出院1个月随访显示,患者NIHSS评分降至0分,SAS评分降至40分,洼田吞咽功能评估为1级;右上肢肌力维持正常,抓握、持物及行走活动自如,无行走不稳表现;进食吞咽顺畅,无呛咳、反流现象;血压控制平稳,遵医嘱规律服药,无擅自停药、减药行为;情绪心态平和,无焦虑复发,睡眠及精神状态良好;居家康复训练坚持到位,皮肤完整无压疮、无出血及新发脑梗相关并发症,整体康复效果维持良好。

4 讨论

急性脑梗死具有起病急、致残率高及并发症多的特点,静脉rt-PA溶栓是目前符合指征急性脑梗死患者早期再灌注的一线推荐方案,已纳入脑卒中诊疗相关指南^[16]。但单一西医常规护理仅能完成病情监测与基础照护,在并发症精准防控、肢体功能早期康复、情志调护及体质调理方面存在局限。当前临床护理领域倡导中西医结合护理模式,以现代循证护理标准为基础,结合中医辨证施护、耳穴压丸、穴位按摩及情志相胜等传统护理技术,既遵循卒中溶栓规范化监护流程,又从整体观、辨证观入手,改善气血运行、疏通经络、调畅情志,已在脑梗死急性期护理中得到广泛应用并取得研究进展。

本病例为68岁高龄急性脑梗死静脉溶栓患者,同时合并高血压、高脂血症、反流性食管炎、周围神经病及肥胖多重高危因素;护理评估引入多种量表,实现病情、风险、功能及心理的客观量化评估。护理过程严格遵循溶栓后出血防控指南,实施精细化血压管理、心电监护及出血征象观察;同时匹配中医气虚血瘀证病机,联合耳穴压丸、穴位按摩、情志相胜疗法与早期分级康复训练,做到西医精准防控并发症、中医辨证调理促康复,护理措施与评估、诊断高度对应,干预前后量表评分改善显著,未发生出血、压疮或误吸等并发症,肢体、吞咽及心理功能均得到良好恢复,体现出本例中西医结合个体化护理的优势。

但本研究仅为个案诊疗护理经验,样本量单一,且患者个体年龄、基础疾病、体质差异较大,因此不能直接推广适用于所有急性脑梗死静脉溶栓患者;同时个案重点为完成住院急性期护理观察,出院后延续性康复指导及长期远期疗效随访时间有限。尽管存在上述不足,本病例仍具备较高临床参考价值,完整展示急性脑梗死静脉溶栓患者

从护理评估、量表量化、护理诊断、中西医结合措施到护理评价及随访的全流程实践,明确了溶栓后出血防控、良肢位摆放、早期梯度康复、吞咽个体化照护、压疮风险管理及情志干预的实施要点;可为临床脑病科护理人员提供标准化、可复制的个案护理思路,也为后续构建脑卒中溶栓患者规范化中西医护理路径积累临床素材。

本例患者在全面多维度护理评估与量表量化基础上,实施中西医结合护理方案,有效防控溶栓后出血、压疮或误吸等并发症,明显改善患者肢体肌力、吞咽功能及焦虑情绪,促进神经功能与日常生活能力恢复。未来应强化溶栓急性期精细化护理与出院延续性康复随访,进一步提升脑卒中患者整体康复质量。

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] Arba F, Ferretti S, Leigh R, et al. Cerebral small vessel disease and infarct growth in acute ischemic stroke treated with intravenous thrombolysis [J]. *Transl Stroke Res*, 2025, 16(3): 925-932.
- [2] Akbulut N, Ozturk V, Men S, et al. Factors associated with early improvement after intravenous thrombolytic treatment in acute ischemic stroke: Early improvement, intravenous thrombolytic treatment [J]. *Neurol Res*, 2022, 44(4): 353-361.
- [3] 庄平, 郑镇泳, 覃小静, 等. 心脑“协防共管”理念下脑梗死急性期高血压患者中西医结合护理方案的构建[J]. *护理学报*, 2025, 32(24): 65-70. Zhuang P, Zheng Z Y, Qin X J, et al. Construction of integrated traditional Chinese and western medicine nursing scheme for hypertensive patients with acute cerebral infarction under the concept of “coordination, prevention and co-management” [J]. *J Nurs China*, 2025, 32(24): 65-70. (in Chinese)
- [4] Katano T, Doheim M F, Al-Qudah A M, et al. National institutes of health stroke scale at 24 hours is a strong predictor of outcomes after thrombectomy in vertebrobasilar occlusion [J]. *Neurosurgery*, 2026, 98(4): 873-880.
- [5] Gurkan A, Kirtil I, Aydin Y D, et al. Pressure injuries in surgical patients: a comparison of Norton, Braden and Waterlow risk assessment scales [J]. *J Wound Care*, 2022, 31(2): 170-177.

- [6] 邢欢, 刘星瑜, 杨兰, 等. 洼田饮水试验和标准吞咽功能评价量表对老年患者吞咽障碍风险筛查能力的比较[J]. 重庆医学, 2025, 54(7): 1693–1696.
- Xing H, Liu X Y, Yang L, et al. Comparison of water swallowing test and standard swallowing assessment for screening swallowing disorder risk in elderly patients [J]. Chongqing Med, 2025, 54(7): 1693–1696. (in Chinese)
- [7] Guo C Y, Huang X. Hospital anxiety and depression scale exhibits good consistency but shorter assessment time than Zung self-rating anxiety/depression scale for evaluating anxiety/depression in non-small cell lung cancer [J]. Medicine, 2021, 100(8): e24428.
- [8] 潘宏婷. 静脉溶栓治疗联合早期康复护理对急性脑梗死患者的影响[J]. 现代消化及介入诊疗, 2022, 27(S1): 1446–1447.
- Pan H T. The impact of intravenous thrombolytic therapy combined with early rehabilitation care on patients with acute cerebral infarction [J]. Mod Dig Interv, 2022, 27(S1): 1446–1447. (in Chinese)
- [9] 段贝贝. 改良急救护理路径结合规范化护理在急性脑梗死早期 rt-PA 静脉溶栓治疗中的应用[J]. 中国医药导报, 2023, 20(15): 180–183.
- Duan B B. Application of improved emergency nursing pathway combined with standardized nursing in intravenous thrombolytic therapy of rt-PA in the early stage of acute cerebral infarction [J]. China Med Her, 2023, 20(15): 180–183. (in Chinese)
- [10] 程永波, 李佩佩, 贾小红. 针灸“中气法”联合康复训练对中风气虚血瘀型偏瘫患者的疗效观察[J]. 湖南师范大学学报(医学版), 2025, 22(2): 99–103.
- Cheng Y B, Li P P, Jia X H. Observation of efficacy of acupuncture “Zhongqi Method” combined with rehabilitation training on the hemiplegic patients with qi deficiency and blood stasis type of stroke [J]. J Hunan Norm Univ Med Sci, 2025, 22(2): 99–103. (in Chinese)
- [11] 黄茂, 唐雨涵, 刘青松. 电针阳明经联合康复训练治疗脑卒中中后期躯体功能障碍的临床观察[J]. 实用医院临床杂志, 2024, 21(2): 87–89.
- Huang M, Tang Y H, Liu Q S. Clinical observation of electroacupuncture Yangming meridian combined with rehabilitation training in the treatment of somatic dysfunction in the middle and late stages of stroke patients [J]. Pract J Clin Med, 2024, 21(2): 87–89. (in Chinese)
- [12] 李勇, 李滋平, 符文彬. 舌针疗法治疗中风后吞咽障碍的临床研究[J]. 针灸临床杂志, 2005, 21(8): 7–8.
- Li Y, Li Z P, Fu W B. Clinical study on swallowing disturbance after stroke treated with tongue acupuncture [J]. J Clin Acupunct Moxibustion, 2005, 21(8): 7–8. (in Chinese)
- [13] 田园, 梁慧敏, 程秀玲, 等. 侧卧角度对骶尾部软组织压力的有限元分析[J]. 中国矫形外科杂志, 2023, 31(6): 533–537.
- Tian Y, Liang H M, Cheng X L, et al. A finite element analysis on sacrococcygeal soft tissue pressure at different lateral positioning angles [J]. Orthop J China, 2023, 31(6): 533–537. (in Chinese)
- [14] 谢昭明, 黄烁佳, 林远茂. 中医情志相胜相生疗法对情绪调节的研究进展[J]. 医学综述, 2024, 30(11): 1354–1358.
- Xie Z M, Huang S J, Lin Y M. Research progress of restraining and reinforcing emotions method in traditional Chinese medicine on emotion regulation [J]. Med Recapitulate, 2024, 30(11): 1354–1358. (in Chinese)
- [15] 何宇, Kusec A. 中风后长期的心理问题[J]. 中国康复, 2024, 39(9): 547.
- He Y, Kusec A. Long-term psychological outcomes following stroke: the OX-CHRONIC study [J]. Chin J Rehabil, 2024, 39(9): 547. (in Chinese)
- [16] 季一飞, 余静梅. 不同 TOAST 分型急性缺血性脑卒中诊疗指南及专家共识解读[J]. 西部医学, 2022, 34(11): 1565–1570.
- Ji Y F, Yu J M. Interpretation of guidelines and expert consensus on diagnosis and treatment of acute ischemic stroke with different TOAST classifications [J]. Med J West China, 2022, 34(11): 1565–1570. (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。