

DOI: 10.12209/CAIM202607220017

· 中西医结合临床案例 ·

# 1 例多病共存高龄老人“三级医院—社区—居家” 联动模式下居家康复护理报告

刘巾铭<sup>1</sup>, 文佳<sup>1</sup>, 覃丽妮<sup>1</sup>, 梁莉<sup>1</sup>, 商明霞<sup>2</sup>

(1. 清华大学北京清华长庚医院 转介护理组, 北京, 102218;

2. 北京市昌平区天通苑北社区卫生服务中心 护理科, 北京, 102218)

**摘要:** 本文总结 1 例 87 岁多病共存高龄老人在三级医院—社区—居家联动模式下的居家康复护理经验。患者共病 16 种, 伴吞咽障碍、认知障碍及重度照护依赖; 出院后转介至护理师制定个性化康复护理计划并每周督导, 社区护士每周≥3 次上门实施吞咽、呼吸、营养、活动及认知康复训练, 同时建立快速响应通道。居家 1 个月期间, 患者无因误吸再入院, 血氧饱和度维持≥93%, 体重从 79 kg 增至 80 kg, 活动耐力延长至 60 min。该模式通过无缝交接、双向质控与快速响应机制, 破解了高龄多病患者“出院即失管”的困局, 为同类患者的居家康复护理提供了可复制的实践路径。

**关键词:** 多病共存; 居家康复护理; 三级医院—社区—居家模式; 吞咽障碍; 病例报告

## Home Rehabilitation Nursing Care Report for a Multimorbid Elderly Patient Under a "Tertiary Hospital-Community-Home" Linkage Model

LIU Jinming<sup>1</sup>, WEN Jia<sup>1</sup>, QIN Lini<sup>1</sup>, LIANG Li<sup>1</sup>, SHANG Mingxia<sup>2</sup>

(1. Transitional Care Nursing Team, Beijing Tsinghua Changgung Hospital, Tsinghua University, Beijing, 102218;

2. Department of Nursing, Tiantongyuanbei Community Health Service Center, Changping District, Beijing, 102218)

**ABSTRACT:** This article summarizes the home rehabilitation nursing experience of an 87-year-old elderly patient with multiple comorbidities under a tertiary hospital-community-home linkage model. The patient presented with 16 coexisting conditions, accompanied by dysphagia, cognitive impairment, and severe care dependency. Following discharge, the case was referred to transitional care nurses who developed an individualized rehabilitation nursing plan with weekly supervision, while community nurses conducted on-site rehabilitation training targeting swallowing, breathing, nutrition, physical activity, and cognition at least three times per week, along with the establishment of a rapid response channel. During the one-month home rehabilitation period, the patient was not readmitted due to aspiration, oxygen saturation was maintained at ≥93%, body weight increased from 79 kg to 80 kg, and activity tolerance extended to 60 minutes. By ensuring seamless handover, implementing bidirectional quality control, and establishing a rapid response mechanism, this model addresses the common challenge of "loss of follow-up care immediately after discharge" faced by elderly multimorbid patients and provides a replicable practical pathway for home rehabilitation care in similar patients.

**KEY WORDS:** multimorbidity; home rehabilitation nursing; tertiary hospital-community-home model; dysphagia; case report

随着我国人口老龄化程度不断加深, 老年人慢性病患者率高达 76.3%, 多病共存(同时患有 2

种及以上慢性病)已成为老年人群的普遍健康问题<sup>[1-2]</sup>。其中, 高龄多病共存患者具有病情复杂度

收稿日期: 2026-07-22

OPEN ACCESS

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

高、致残率高及再入院率高的“三高”特点<sup>[3]</sup>。然而,现行照护体系在该类患者出院后仍存在诸多短板,如三级医院难以提供持续跟进服务,社区与医院的照护衔接存在断层,居家康复过程缺乏有效管控,应急响应机制不健全等,导致患者极易陷入“出院即失管”的困境<sup>[4]</sup>。构建贯通医院、社区与家庭的连续性护理体系,是破解上述难题的关键路径。

“三级医院—社区—居家”联动模式依托紧密型医联体运行,急性期由三级医院主导,精准控制病情;稳定期由社区负责全程管理,确保康复的连续性;居家阶段由社区与家庭双向联动,及时响应突发健康事件,为患者提供全周期连续化护理服务。本文报告1例87岁多病共存高龄老人在该模式下开展居家康复护理的实践经验,以期为同类患者的照护提供可借鉴、可复制的实践路径。

## 1 病例资料

### 1.1 患者信息

患者男,87岁,主因“在家中误吸后出现喘憋”于2024年12月03日由急诊入院。现病史:慢性阻塞性肺疾病(COPD)病史30年,病情逐年加重,长期卧床,近年因肺炎多次反复入院,日常需家属全程照护,照料负担较重,居家康复依从性受家属照护技能培训程度影响。

### 1.2 体格检查

双肺可闻及痰鸣音,存在混合通气功能障碍,长期咳痰,有误吸史;体重79 kg,血清白蛋白34 g/L;长期卧床,骶尾部为压疮高危区域;意识状态呈嗜睡与夜间躁动交替,简易精神状态检查(MMSE)评分9分、蒙特利尔认知评估量表(MoCA)评分4分、画钟试验(CDT)评分0分(检查配合度受限),日常生活活动能力量表(ADL)评分20分(重度依赖),无法独立站立或行走,需借助助行器及他人辅助。

### 1.3 诊断

诊断方法:结合实验室检查(痰培养、血常规及血清白蛋白)、影像学检查(胸部CT、肺功能)、吞咽功能检查(食管造影/视频吞咽造影)及认知功能量表(MMSE、MoCA及CDT)结果综合判断。明确吞咽功能障碍是反复发生吸入性肺炎的根本原因;COPDⅣ级与长期卧床共同构成高致残、高再入院风险;多病共存导致病理生理相互影响(如误吸诱发重症肺炎、认知障碍降低康复训练配合

度),诊疗需打破“头痛医头”的局限,实施整体化干预。

诊断结果:吸入性肺炎,重症肺炎,慢性阻塞性肺疾病Ⅳ级,支气管扩张症合并感染,支气管哮喘,冠状动脉粥样硬化性心脏病,高血压,早搏,睡眠呼吸暂停低通气综合征,睡眠障碍,认知障碍,前列腺增生,反酸,消化不良,吞咽功能障碍(共病16种)。

### 1.4 治疗与干预(住院阶段)

入院后痰培养示白色念珠菌(少量→大量→极少量);胸部CT示双肺下叶支气管扩张伴感染,肺气肿及慢性支气管炎(符合COPD影像学表现);肺功能检查示混合通气功能障碍;食管造影示对比剂溢入气管,少量面包吞咽后滞留于双侧梨状窝及会厌谷;脑电图示异常,未见满意睡眠波形。

临床予抗炎、抗感染、平喘及祛痰治疗;呼吸治疗科予白天高流量吸氧( $\geq 30$  L/min)、夜间无创正压通气,每日行气道廓清+呼吸肌阻抗训练+呼吸控制技术,监测血氧饱和度( $SpO_2$ , 目标值 $\geq 92\%$ );精神心理科调整药物剂量,富马酸喹硫平增至每晚75 mg、丙戊酸钠增至每日早0.5 g;营养科设定每日能量摄入目标1700 kcal、蛋白质85 g(曾建议鼻饲/胃造瘘,家属拒绝);康复科予床旁吞咽功能及肢体功能康复训练。因患者为出院后照护高危人群,以转介专职护理师为核心,驱动多学科协作制定居家康复出院计划,患者于2024年12月17日出院并启动居家康复。

## 2 护理

### 2.1 护理评估

#### 2.1.1 一般评估

患者意识状态呈嗜睡与夜间躁动交替;双肺可闻及痰鸣音,排痰无力,存在混合通气功能障碍;体重79 kg,血清白蛋白34 g/L;无法独立站立或行走,骶尾部为压疮高危区域。

#### 2.1.2 量表评估

(1)出院准备高危筛查:2024年12月03日评分8分(高危,需整合照护),评估依据《老年患者出院准备服务指南》完成<sup>[5]</sup>。

(2)Morse跌倒评估量表(Morse Fall Scale, MFS)总分0~125分,评分 $\geq 45$ 分为跌倒高危、25~44分为中危、评分 $< 25$ 分为低危<sup>[6]</sup>。患者入院当日(2024年12月03日)评分100分,为跌倒极高

危;12月10日及16日复评评分均为100分。

(3)Braden压疮风险评估量表(Braden Scale for Predicting Pressure Sore Risk)总分6~23分,评分 $\leq 9$ 分为压疮极高危、10~12分为高危、13~14分为中危、15~18分为低危、评分 $\geq 19$ 分为无风险<sup>[7]</sup>。患者入院当日(2024年12月03日)评分12分,为压疮高危;12月10日复评评分13分(中危),12月16日复评评分仍为13分。

(4)Barthel指数评定量表(Barthel Index, BI)/日常生活活动能力量表(Activities of Daily Living, ADL)总分0~100分,0~40分为重度依赖、41~60分为中度依赖、61~99分为轻度依赖、100分为基本自理<sup>[8]</sup>。患者入院当日(2024年12月03日)评分20分,为重度依赖;12月10日复评评分25分,12月16日复评评分30分,仍处于重度依赖状态。

(5)营养风险筛查2002(Nutritional Risk Screening 2002, NRS 2002)量表总分0~7分,评分 $\geq 3$ 分提示存在营养风险<sup>[9]</sup>。患者入院当日(2024年12月03日)评分7分,为高营养风险;12月10日及16日复评评分均为7分。

(6)FRAIL衰弱量表(FRAIL Scale)包含疲乏、耐力、活动能力、疾病数量及体重下降5个条目,总分0~5分,评分 $\geq 3$ 分为衰弱、1~2分为衰弱前期、0分为健壮<sup>[10]</sup>。患者入院当日(2024年12月03日)评分4分,为衰弱状态;12月16日复评评分仍为4分。

(7)静脉血栓风险评估(Caprini血栓风险评估量表,Caprini Risk Assessment Model),0~1分为低危、2分为中危、3~4分为高危、评分 $\geq 5$ 分为极高危<sup>[11]</sup>;出血风险评分2分(低危)。患者入院当日(2024年12月03日)评分6分,为血栓极高危,需积极预防;12月10日及16日复评评分同前。

(8)认知功能评估:简易精神状态检查量表(Mini-Mental State Examination, MMSE)总分30分,21~26分为轻度认知障碍、10~20分为中度认知障碍、评分 $\leq 9$ 分为重度认知障碍<sup>[12]</sup>;蒙特利尔认知评估量表(Montreal Cognitive Assessment, MoCA)总分30分,评分 $\geq 26$ 分为正常、评分 $< 26$ 分提示认知障碍<sup>[12]</sup>;画钟试验(Clock Drawing Test, CDT)评分0~4分,得分越低提示视空间及执行功能损害越重<sup>[12]</sup>。患者入院当日(2024年12月03日)MMSE评分9分、MoCA评分4分、CDT评分0分,符合重度认知障碍诊断。

## 2.2 护理诊断

气体交换受损:与慢性阻塞性肺疾病(COPD)Ⅳ级、支气管扩张合并感染及排痰无力相关;营养失调(低于机体需要量):与吞咽功能受限致经口摄入不足相关(NRS 2002评分7分,血清白蛋白34 g/L);活动无耐力:与重度依赖(ADL评分20分)、长期卧床相关;睡眠形态紊乱:与重度认知障碍、夜间躁动有关(MMSE评分9分);皮肤完整性受损风险:与长期卧床、稀糊便刺激及骶尾部持续受压相关(Braden评分12分);误吸/非计划性再入院风险:与吞咽功能障碍(食管造影显示对比剂溢入气管)、认知障碍致配合度差相关。

## 2.3 护理计划

总目标:以三级医院—社区—居家联动模式为实施框架,制定个体化康复护理计划,力争居家1个月内达成:无误吸性非计划性再入院,血氧饱和度( $\text{SpO}_2$ )维持 $\geq 93\%$ ,体重稳定无下降,活动耐力达60 min,夜间躁动发作频率 $\leq 1$ 次/周。

具体目标:①降低误吸风险:通过改良食物质地、吞咽功能训练及体位管理,实现1个月内无误吸所致非计划性再入院;②改善呼吸功能:通过呼吸训练、有效排痰与氧疗管理,使居家期间 $\text{SpO}_2$ 维持 $\geq 93\%$ ;③优化营养状态:通过动态营养评估、膳食调整,维持体重稳定无下降;④提升活动能力:通过渐进式下地活动、辅助器具支持,将每日活动时间延长至60 min;⑤稳定认知与情绪:通过认知刺激训练、药物管理及家庭参与,将夜间躁动发作频率降至 $\leq 1$ 次/周;⑥维护皮肤完整性:通过皮肤评估、翻身减压及清洁护理,确保皮肤异常能被及时发现并处理。

## 2.4 护理实施

### 2.4.1 三级医院—社区—居家联动机制

出院前由转介护理师依据吞咽造影、营养评估等结果制定个体化出院计划,24 h内通过微信同步至社区护理团队,实现照护无缝交接;出院当日由三级医院护士与社区护士联合上门,示范食物性状调整、一口量控制及舌肌训练方法,并录制教学视频供家属反复学习。居家期间实施双向质控,社区护士每周 $\geq 3$ 次上门落实康复措施,转介护理师每周 $\geq 1$ 次现场评估措施执行质量并动态调整计划;建立快速响应通道,社区护士发现患者皮肤异常、 $\text{SpO}_2 < 93\%$ 或体重周下降 $> 0.5$  kg时,可在48 h内获得伤口造口、呼吸治疗及营养专科的远程干预指导。

## 2.4.2 分项护理措施

2.4.2.1 吞咽功能康复(依据:食管造影示对比剂溢入气管;高龄伴重度认知障碍,对糊状食物存在抵触情绪)

食物性状个体化调整:将食物制作成糊状,采取坐位喂食,使用小勺控制每口喂食量为半勺;吞咽功能训练:每日进行舌肌运动(前后、左右各5次)、空吞咽10次、鼓腮训练、抗阻低头维持5 s、口面肌按摩1 min<sup>[13]</sup>;趣味化进食干预:采用咬咬袋装入水果供患者咀嚼,既训练咀嚼功能,又增加进食乐趣;动态进阶调整:因患者排斥增稠剂的味道及口感,出院1周后以黑芝麻糊/藕粉替代增稠剂改善食物口感,出院2周后逐步过渡至颗粒直径<0.5 cm的食物。

2.4.2.2 呼吸功能锻炼(依据:COPDⅣ级、支气管扩张合并感染、排痰无力;缩唇呼吸初期因枯燥导致依从性差)

气道廓清护理:每日拍背排痰4次,配合雾化吸入稀释痰液;呼吸功能训练:指导患者进行缩唇呼吸、腹式深呼吸及有效咳嗽训练(参照《慢性阻塞性肺疾病急性加重诊治中国专家共识》<sup>[14]</sup>);趣味化提升依从性:引入吸管(从3根逐步增加至7根,以提升呼吸阻力)、阿卡贝拉等工具,将呼吸训练游戏化;个性化激励措施:根据患者性格特点,将每日咳出痰液拍照记录并展示,鼓励患者每天多咳出一口痰,以可视成果激发其主动进行有效咳嗽的积极性。

2.4.2.3 营养管理(依据:NRS 2002评分7分、血清白蛋白34 g/L、体重79 kg,吞咽功能受限致经口摄入不足)

定量膳食供给:严格按照每日能量1700 kcal、蛋白质85 g的目标制定膳食计划;口感与质地个体化调整:以患者习惯的黑芝麻糊/藕粉替代增稠剂,提升食物接受度;出院2周后因患者厌倦糊状食物,调整为部分小颗粒食物;动态营养干预:出院后第2周发现患者蛋白摄入不足、体重下降,联合营养科制定干预方案,以家中现有蛋白粉/藕粉作为代餐(额外增加200 kcal能量),教会照护者进行等量替代,确保营养目标达成,2周后患者体重回升。

2.4.2.4 活动与认知康复(依据:ADL评分20分提示重度依赖,MMSE评分9分提示重度认知障碍、存在夜间躁动症状)

渐进式活动训练:按照床上活动→床边站立

→助行器辅助下地的顺序逐步推进,将每日下地活动时间逐步延长至60 min;环境刺激干预:将泡脚、进餐等活动安排在客厅、餐厅等不同区域,增加环境变化,减少日间嗜睡及夜间躁动;个体化认知刺激:根据患者既往喜好选择抗战、武打题材电视节目,配合家人陪伴聊天、书写鼓励话语,维持认知功能<sup>[12]</sup>;自理能力训练:鼓励患者完成梳头、洗脸等力所能及的活动,增强其参与感与自我价值感。

2.4.2.5 皮肤与并发症管理(依据:Braden评分12分提示压疮高危、长期卧床、稀糊便刺激)

定时翻身减压:每2 h提醒协助患者翻身1次;体位管理:每日坐位时间控制在2 h内,骶尾部使用泡沫敷料减压;皮肤清洁护理:保持皮肤清洁干燥,尤其是会阴部;预警联动干预:出院后11 d居家访视时发现患者精神萎靡、夜间排稀糊便5次,骶尾部出现10 cm×10 cm发红(压之可褪色),立即联合伤口造口小组调整护理方案,暂停摄入芒果,将坐位时间缩短至0.5~1 h,采取大侧卧位,便后用温水轻洗并沾干,短时暴露肛周皮肤,5 d后患者骶尾部皮肤恢复正常。

## 3 结果和随访

患者出院后转入三级医院—社区—居家联动康复管理模式,干预1个月后各项结局指标均达成护理计划目标(详见表1):未发生误吸事件及非计划性再入院,SpO<sub>2</sub>维持≥93%,体重由79 kg增至80 kg,活动耐力由15 min延长至60 min,夜间躁动发作频率由2~3次/周降至≤1次/周,骶尾部受压红斑经快速响应干预后5 d消退,未出现压疮进展。

患者于出院后1个月完成本阶段强化康复管理,经转介护理师综合评估达标后,转入社区常规随访。随访以社区护士上门访视为核心(强化期每周≥3次),结合转介护理师现场评估(每周≥1次)、电话/微信回访及信息化平台数据同步,动态评估患者吞咽进食状态、呼吸康复训练依从性、体重与营养摄入情况、活动能力、认知状态与睡眠质量、皮肤完整性、SpO<sub>2</sub>水平及再入院风险,并核查照护者技能掌握程度。

## 4 讨论

在人口老龄化背景下,多病共存高龄患者出院后常面临“出院即失管”的困境<sup>[1-2]</sup>,其中吞咽障

表1 疗效评估

| 评估项目   | 干预前                                     | 干预后                                                        |
|--------|-----------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| 误吸风险   | 食管造影示对比剂溢入气管,存在客观吞咽功能障碍                 | 居家1个月未发生误吸所致非计划性再入院                                        |
| 气体交换受损 | 慢性阻塞性肺疾病(COPD)Ⅳ级、支气管扩张合并感染              | 居家期间血氧饱和度(SpO <sub>2</sub> )持续≥93%,缩唇呼吸时较前延长               |
| 营养失调   | NRS 2002评分7分、血清白蛋白34 g/L、体重79 kg,经口摄入不足 | 体重回升至80 kg,营养状况明显改善                                        |
| 活动无耐力  | ADL评分20分(重度依赖),活动耐力仅15 min,无法独立站立       | 每日活动时间延长至60 min,可在辅助下站立5 s                                 |
| 睡眠形态紊乱 | MMSE评分9分(重度认知障碍),夜间躁动每周发作2~3次,影响康复训练配合度 | 夜间躁动发作频率降至≤1次/周,训练配合度明显提高                                  |
| 皮肤完整性  | Braden压疮风险评估量表评分12分(压疮高危),出院时皮肤完整       | 居家期间骶尾部出现10 cm×10 cm受压性红斑(1期压疮),经快速响应联动干预后5 d消退,未发生2期及以上压疮 |

碍所致误吸是导致患者非计划性再入院的主要风险因素<sup>[13]</sup>。尽管延续性护理政策倡导构建医院—社区—家庭联动服务模式,但临床落地经验仍较为匮乏。本病例通过无缝交接、双向质控、快速响应机制,配合个体化护理措施(如以黑芝麻糊替代增稠剂、趣味化呼吸训练等)提升患者依从性;期间骶尾部红斑与营养不足两次预警事件,均在48 h内获得专科干预并实现逆转,最终实现居家1个月无误吸再入院的目标。但需注意,单病例研究结果不能直接推广至一般患者,且该模式的实施依赖充足的社区资源,推广应用需结合各地实际情况因地制宜。综上,“无缝交接+双向质控+快速响应”的三级医院—社区—居家联动模式,配合个体化护理措施,可有效保障多病共存高龄吞咽障碍患者的居家康复安全,降低非计划性再入院风险。

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] 唐天娇,曹立,董碧蓉,等.老年人多病共存名词和定义专家共识(2022)[J]. 中华老年医学杂志, 2022, 41(9): 1028–1031.  
Tang T J, Cao L, Dong B R, et al. Chinese expert consensus on the term and definition of multimorbidity in older adults (2022) [J]. Chin J Geriatr, 2022, 41(9): 1028–1031. (in Chinese)
- [2] 朱鸣雷,刘晓红,董碧蓉,等.老年共病管理中国专家共识(2023)[J]. 中国临床保健杂志, 2023, 26(5): 577–584.  
Zhu M L, Liu X H, Dong B R, et al. Chinese expert consensus on management of elderly patients with multimorbidity (2023) [J]. Chin J Clin
- [3] 张丽,李耘,钱玉英,等.老年共病的现状及研究进展[J]. 中华老年多器官疾病杂志, 2021, 20(1): 67–71.  
Zhang L, Li Y, Qian Y Y, et al. Current status and research progress of comorbidity in the elderly [J]. Chin J Mult Organ Dis Elder, 2021, 20(1): 67–71. (in Chinese)
- [4] 刘晓晨,王秀丽,马月珍.基于“互联网+医联体”的老年慢病患者延续护理实践[J]. 护理学杂志, 2023, 38(2): 100–104.  
Liu X C, Wang X L, Ma Y Z. Practice of continuous care for elderly patients with chronic diseases using “Internet Plus” strategy with the aid of hospital alliance [J]. J Nurs Sci, 2023, 38(2): 100–104. (in Chinese)
- [5] 吴思雨,李莉,李兵,等.脑卒中患者出院准备服务的最佳证据总结[J]. 检验医学与临床, 2024, 21(5): 645–649, 653.  
Wu S Y, Li L, Li B, et al. The best evidence summary of discharge preparation service for stroke patients [J]. Lab Med Clinic, 2024, 21(5): 645–649, 653. (in Chinese)
- [6] 鲍冠君,朱琳,刘苑菲,等.患者跌倒风险感知量表的汉化及信效度检验[J]. 中华护理杂志, 2022, 57(22): 2811–2816.  
Bao G J, Zhu L, Liu Y F, et al. The reliability and validity of the translated Chinese version of Fall Risk Perception Questionnaire for Patients [J]. Chin J Nurs, 2022, 57(22): 2811–2816. (in Chinese)
- [7] European Pressure Ulcer Advisory Panel, National Pressure Injury Advisory Panel, Pan Pacific Pressure Injury Alliance. Prevention and Treatment of Pressure Ulcers/Injuries: Clinical Practice Guideline (the International Guideline 2019) [M]. 3rd ed. EPUAP/NPIAP/PPPIA, 2019.

- [8] 张琳之, 胡慧秀, 孙超. 老年人失能评估工具和危险因素的研究进展[J]. 中华现代护理杂志, 2022, 28(36): 5007–5012.  
Zhang L Z, Hu H X, Sun C. Research progress on disability assessment tools for the elderly and risk factors[J]. Chin J Mod Nurs, 2022, 28(36): 5007–5012. (in Chinese)
- [9] 中华医学会肠外肠内营养学分会. 中国成人患者肠外肠内营养临床应用指南(2023版)[J]. 中华医学杂志, 2023, 103(13): 946–974.  
Chinese Society of Parenteral and Enteral Nutrition. Guideline for clinical application of parenteral and enteral nutrition in adults patients in China (2023 edition)[J]. Natl Med J China, 2023, 103(13): 946–974. (in Chinese)
- [10] 中华医学会老年医学分会, 《中华老年医学杂志》编辑委员会. 老年人衰弱预防中国专家共识(2022)[J]. 中华老年医学杂志, 2022, 41(5): 9.  
Chinese Society of Geriatrics, Editorial Board of Chinese Journal of Geriatrics. Chinese Expert Consensus on Prevention of Frailty in Older Adults (2022) [J]. Chinese Journal of Geriatrics, 2022, 41(5): 9. (in Chinese)
- [11] 中国老年保健医学研究会血栓防治分会, 《中华老年心脑血管病杂志》编辑委员会, 司全金. 高龄卧床高危静脉血栓栓塞症防治中国专家共识[J]. 中华老年心脑血管病杂志, 2024, 26(12): 1381–1389.  
The Thrombosis Prevention Branch of the Chinese Geriatric Health Care Medicine Research Association, the Editorial Committee of the Chinese Journal of Geriatric Cardiology and Cerebrovascular Diseases, Si Q J. Chinese Expert Consensus on the Prevention and Treatment of Venous Thromboembolism in Elderly Patients with Bedridden Condition [J]. Chin J Geriatr Heart Brain Vessel Dis, 2024, 26(12): 1381–1389. (in Chinese)
- [12] 倪秀石, 吴方, 宋娟, 等. 老年人认知障碍评估中国专家共识(2022)[J]. 中华老年医学杂志, 2022, 41(12): 1430–1440.  
Ni X S, Wu F, Song J, et al. Chinese expert consensus on assessment for cognitive impairment in the elderly [J]. Chin J Geriatr, 2022, 41(12): 1430–1440. (in Chinese)
- [13] 中国康复医学会吞咽障碍康复专业委员会. 中国吞咽障碍康复管理指南(2023版)[J]. 中华物理医学与康复杂志, 2023, 45(12): 1057–1072.  
Chinese Society of Rehabilitation Medicine – Dysphagia Rehabilitation Professional Committee. China Dysphagia Rehabilitation Management Guidelines (2023 Edition) [J]. Chin J Phys Med Rehabil, 2023, 45(12): 1057–1072. (in Chinese)
- [14] 慢性阻塞性肺疾病急性加重诊治专家组. 慢性阻塞性肺疾病急性加重诊治中国专家共识(2023年修订版)[J]. 国际呼吸杂志, 2023, 43(2): 132–149.  
Expert Group for Diagnosis and Treatment of Acute Exacerbation of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. Expert consensus on the acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease in China (revision in 2023) [J]. Int J Respir, 2023, 43(2): 132–149. (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。