

DOI: 10.12209/CAIM202606260004

· 中西医结合临床案例 ·

# 叙事护理联合中医辨证施护干预 1 例 阴虚动风证缺血性脑梗死恢复期患者护理报告

尹明琴

(北京市昌平区中西医结合医院 脑病科, 北京, 102208)

**摘要:** 缺血性脑梗死阴虚动风证恢复期患者常伴肢体拘挛及焦虑抑郁症状, 常规护理存在身心干预脱节的问题。本文选取 1 例 71 岁患者, 在基础治疗上联合李春模式叙事护理与滋阴熄风类中医辨证施护, 同步开展心理重构、经络外治、分期康复及风险防护。干预两周后, 患者焦虑抑郁评分回归正常, 肢体运动功能、生活自理能力与康复依从性均显著改善, 未发生护理不良事件。该模式践行中医形神共养思想, 实现身心同调, 疗效确切, 可为同类卒中患者的中西医结合整体护理提供实践参考。

**关键词:** 脑梗死恢复期; 阴虚动风证; 叙事护理; 中医辨证施护

## Nursing Report of Narrative Nursing Combined with TCM Syndrome Differentiation-Based Care for a Patient with Ischemic Cerebral Infarction at the Convalescent Stage Presenting the Yin Deficiency Wind-Stirring Pattern: A Case Study

YIN Mingqin

(Department of Encephalopathy, Beijing Changping District Hospital of Integrated Traditional Chinese and Western Medicine, Beijing, 102208)

**ABSTRACT:** Patients recovering from ischemic cerebral infarction with the Yin deficiency wind-stirring pattern frequently present with limb spasm and comorbid anxiety-depressive symptoms, while conventional nursing care tends to entail a disconnection between physical and psychological interventions. This report describes a 71-year-old patient who, on the basis of standard treatment, received the Li Chun model of narrative nursing in conjunction with TCM syndrome differentiation-based care for nourishing Yin and extinguishing wind. Psychosocial restructuring, external meridian-based therapies, staged rehabilitation, and risk prevention were implemented in a coordinated manner. Following two weeks of intervention, the patient's anxiety and depression scores returned to normal ranges, with marked improvements in limb motor function, self-care ability, and rehabilitation adherence. No nursing-related adverse events occurred. This model embodies the TCM concept of "nurturing both body and spirit", achieves simultaneous regulation of physical and psychological well-being, and demonstrates definitive therapeutic efficacy, thereby providing a practical reference for integrated TCM-Western medicine holistic nursing in stroke patients with similar conditions.

**KEY WORDS:** ischemic cerebral infarction convalescent stage; Yin deficiency wind-stirring pattern; narrative nursing; TCM syndrome differentiation-based care

脑梗死属于缺血性脑血管疾病, 因脑组织局部供血突发性减少或中断, 引发脑组织缺血、缺氧进而导致坏死<sup>[1]</sup>。它不仅是重要的公共卫生问

题, 同时带来沉重的经济与社会负担, 是人类三大致死原因之一<sup>[2]</sup>, 仅次于冠心病和癌症。WHO 调查结果显示, 我国脑卒中发病率居全球首位, 其中

收稿日期: 2026-06-26

OPEN ACCESS

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

缺血性脑卒中(Ischemic Stroke, IS), 又称脑梗死, 占比达 85%<sup>[3]</sup>。此外, 脑卒中已成为我国人口死亡和致残的首要原因, 年死亡人数高达 170 万; 幸存患者中约四分之三存在不同程度劳动力丧失, 重度病残者占 40%<sup>[4]</sup>。脑梗死患者恢复期在接受康复训练的同时, 常因日常生活活动能力下降、康复周期漫长等因素, 伴发焦虑、抑郁等负面情绪, 部分患者甚至丧失生活信心<sup>[5]</sup>。对此, 需强化脑梗死患者的心理护理干预。叙事护理是源于叙事医学的护理模式, 指具备叙事能力的医护人员通过解读、回应患者叙事回忆中的经历, 与其建立互信关系, 并提供充满人文关怀的医疗照护<sup>[6]</sup>。阴虚动风证是脑梗死恢复期的常见中医证型, 以阴虚为本、风动为标, 核心病机为阴虚血少、脉络失濡、虚风内动夹瘀阻络。本文以 1 例阴虚动风证脑梗死恢复期患者为研究对象, 采用李春模式叙事护理联合中医辨证施护, 实施身心协同干预。从心理疏导、情志调护、经络调理、康复指导及安全防护等多维度开展个体化护理, 观察患者心理状态、肢体运动功能、日常生活能力及康复依从性的变化, 为中西医结合身心一体化护理提供临床参考。

## 1 临床资料

### 1.1 一般资料

患者男, 71 岁, 退休工厂技术骨干。既往高血压病史 20 余年, 血压长期控制不佳; 2 型糖尿病病史 20 年; 冠状动脉粥样硬化性心脏病病史 6 年。否认药物、食物过敏史, 无脑血管病家族史。2024 年 12 月突发右侧肢体麻木无力、言语含糊, 于外院确诊为急性缺血性脑梗死, 经静脉溶栓治疗后病情趋于稳定。2026 年 02 月因右侧肢体活动不利 3 月余, 转入我院脑病科接受系统康复治疗。患者家庭关系和睦, 配偶全程陪同照料, 经济条件尚可, 对康复期望值较高, 但初期自我否定情绪严重。

### 1.2 入院专科查体

体温(T) 36.3℃, 脉搏(P) 80 次/min, 呼吸(R) 20 次/min, 血压(BP) 200/110 mmHg。意识清楚, 问答切题, 精神萎靡, 情绪低落易烦躁。右上肢近端肌力 4 级、远端肌力 3 级, 右下肢近端肌力 2+ 级、远端肌力 3+ 级, 右侧肢体肌张力增高, 精细动作无法完成; 睡眠浅、易早醒。面色无华, 舌质红而干, 少苔, 脉涩。

### 1.3 诊断

中医诊断: 患者为老年男性, 主因“右侧肢体

无力加重 3 月余”入院, 辨病属中医“缺血性中风”范畴。患者年事已高, 平素脾气暴躁, 怒郁伤肝, 劫耗肝阴, 致肝阴不足、肝阳相对过盛, 肝火上炎、热扰神明, 故见肢体活动不利; 结合舌质红、少苔、脉弦, 四诊合参, 病性属虚实夹杂, 病位在脑, 病势较缓, 患者合并症相对较少, 故预后较好。辨证为缺血性中风, 阴虚动风证。西医诊断: 急性缺血性脑梗死(恢复期), 高血压 2 级(很高危)。

### 1.4 治疗

西医予阿司匹林抗血小板聚集, 阿托伐他汀调脂稳斑, 硝苯地平缓释片控制血压, 落实脑血管病二级预防措施; 中医以益气、活血、通络及安神为原则, 兼顾子午气血节律, 协同运用穴位按摩、艾灸温通、耳穴压豆、五音情志调护及饮食辨证调护等多种中医技术进行系统干预。患者于 2026 年 02 月 10 日入院, 同步实施李春模式叙事护理联合中医辨证施护综合干预, 全程治疗护理周期 44 d, 于 2026 年 03 月 25 日结束院内全部治疗干预并出院。干预后患者焦虑抑郁情绪明显缓解, 患肢肌力、Fugl-Meyer 运动功能评分及 Barthel 指数显著提升, 康复训练依从性大幅改善; 住院期间未发生跌倒、压疮或深静脉血栓等护理不良事件, 身心恢复情况达到出院标准。

## 2 护理

### 2.1 护理评估

心理评估: 焦虑自评量表(SAS)标准分 58 分<sup>[7]</sup>, 提示轻度焦虑; 抑郁自评量表(SDS)标准分 63 分, 提示中度抑郁<sup>[8]</sup>。

功能评估: Fugl-Meyer 运动功能评分(FMA) 42 分<sup>[9]</sup>, Barthel 指数 55 分<sup>[10]</sup>, 日常生活中度依赖; 康复主动性差, 常以疲惫为由拒绝训练。

风险评估: Morse 跌倒评分 48 分<sup>[11]</sup>, 为跌倒高风险; Braden 压疮评分 16 分<sup>[12]</sup>, 属低风险; 无营养障碍。

### 2.2 护理诊断

躯体活动障碍: 与阴虚血少、虚风内动, 致脉络失濡、肢体拘挛僵硬有关; 情绪调节障碍: 焦虑、抑郁、自我价值感降低, 与疾病致残、社会及家庭角色转变、对康复前景迷茫相关; 康复知识缺乏: 畏惧训练痛苦, 存在消极避练行为, 与功能恢复缓慢及负性心理暗示相关; 睡眠形态紊乱: 入睡困难、早醒, 与情志不舒、气血失和及心神失养相关; 潜在并发症风险: 跌倒、肌肉萎缩、深静脉血栓, 与肢体活动受限、肌力下降相关。

## 2.3 护理计划

短期目标:疏导负性情绪,使SAS、SDS评分降至正常范围;建立基础康复信念,愿意配合日常训练;改善睡眠质量,规避跌倒等不良事件。中期目标:肢体肌力显著提升,言语表达清晰,可完成短句交流;Barthel指数提升至70分以上,达到轻度生活依赖。远期目标:患者掌握居家康复技能,形成长期锻炼习惯,回归家庭日常,实现身心协同康复。

## 2.4 护理措施

### 2.4.1 李春模式叙事护理干预

以五大核心技术为框架,分阶段开展心理叙事干预,每周固定3次深度沟通,日常护理中碎片化融入关怀引导。

前期准备:建立信任护患关系,日常巡视时主动关心饮食、睡眠,晨间护理温和交流,营造放松的叙事环境。同步与家属沟通,鼓励配偶多表达支持,避免负面言语,构建稳固的家庭支持系统。

问题外化:引导患者讲述患病体验,将肢体不便、言语不畅的痛苦命名为“铁块”,区分“疾病问题”与“个人本身”,明确“铁块是共同对抗的敌人,而非自身缺陷”,帮助患者剥离自我否定认知,宣泄压抑情绪。

叙事解构:挖掘患者人生经历,其早年从学徒成长为技术骨干,具备攻坚克难的坚韧特质。引导患者认识到当前困境是中风带来的阶段性问题,否定自我价值属于情绪应激的误区,从而弱化“致残等于无用”的固化认知,理性看待康复过程。

故事改写:梳理例外事件,搭建行为蓝图与认同蓝图。以左手递水杯、右手微弱抬举及说出短句等微小进步为支线故事,制定每日可量化的康复小目标,将康复训练类比为技术攻关,把被动照护转变为主动挑战,重塑“坚韧自强”的自我身份。

外部见证:以配偶、医护团队为外部见证人,家属实时肯定日常进步,责任护士与主管医生每日反馈功能改善情况,强化正向行为,巩固康复信心。

治疗文件:定制手写版《康复挑战计划》,每日打卡训练任务;出院时发放居家康复手册,内含训练要点、用药提醒及情绪疏导小技巧,保障护理连续性。

### 2.4.2 阴虚动风证中医辨证施护

遵循滋阴息风、养血通络及安神定痉原则,开展多技术协同中医护理,每日定时实施,兼顾子午阴阳消长节律,优化干预时机。

### 2.4.2.1 穴位按摩

选取患侧肩髃、曲池、手三里、环跳、阳陵泉及血海以活血通络,配以双侧太溪、三阴交及肾俞以滋阴潜阳、柔筋止颤。采用按、揉、点法,每穴1~2 min,以酸胀得气为度,每日早晚各1次(晨起卯时、酉时前后),以疏通肢体经络、濡养筋脉,缓解拘急震颤。

### 2.4.2.2 艾灸温通(减量调穴)

阴虚动风者慎用大温,改取双侧足三里、气海,采用温和灸,每穴5~8 min,隔日1次,以健脾助运而不助火;去百会(升散易耗阴),加三阴交(滋阴养血)轻灸。共奏培土制木、滋养阴血之效,改善肢体颤动与疲乏。

### 2.4.2.3 耳穴压豆

治疗取肝、肾、心、神门、皮质下、交感及三焦,以王不留行籽贴压。指导患者每日按压3~5次,睡前轻柔加强刺激,双耳交替,3 d更换一次,以滋水涵木、宁心安神、熄风定颤,改善虚烦不寐与焦虑情绪。

### 2.4.2.4 五音情志调护

基于五行生克,阴虚风动属水不涵木,每日下午(申时)播放羽调(滋阴)与商调(肃降)式音乐,如《梅花三弄》及《阳春白雪》,30 min/次,以养阴清热、平肝潜阳,调和脏腑气机,辅助情志安定。

### 2.4.2.5 饮食辨证调护

遵循低盐低脂、滋阴润燥及养血息风原则,推荐沙参麦冬粥、百合莲子瘦肉汤、天麻炖甲鱼与黑芝麻核桃糊等药膳;多食梨、荸荠、芹菜及菠菜等新鲜蔬果以生津润肠,严禁辛辣燥热、肥甘厚味,忌羊肉、韭菜或酒类等温燥之品,避免耗阴动风;同时注意少量频饮温水,保持津液充足,稳定血压。针对脑梗死恢复期阴虚动风证,全程以“柔润”为要,慎用辛温香燥之法。

### 2.4.3 康复与安全护理

功能康复训练:分阶段开展肢体与言语训练,早期以良肢位摆放、被动关节活动及踝泵运动为主;中期过渡至坐位平衡、床边站立及短距离行走;后期指导自主训练,将康复动作融入日常起居。

跌倒防护:床栏常规拉起,地面保持干燥防滑,走廊设置扶手并张贴警示标识;起身遵循“三部曲”,如厕、行走须家属陪同,每日动态评估跌倒风险,及时调整防护措施。

健康宣教:讲解脑梗死恢复期黄金康复知识,明确坚持训练的重要性;普及高血压慢病管理知识,强调规律服药、监测血压,规避疾病复发诱因。

### 3 结果和随访

干预 44 d 后,患者心理与躯体功能均显著改善,具体如下:SAS 标准分降至 40 分,SDS 标准分降至 46 分,焦虑抑郁情绪恢复正常;右上肢近端肌力提升至 4+级,远端肌力达 3+级,右下肢近端肌力提升至 4 级,远端肌力达 4 级,FMA 评分提高至 58 分;Barthel 指数升至 75 分,日常生活由中度依赖转为轻度依赖。患者主动参与康复训练,每日自主锻炼时长可达 50 min。住院期间未发生跌倒、压疮等不良事件,情绪平稳,顺利出院。

出院后依托微信平台开展延续性护理,每周推送康复知识,每月电话随访。出院 2 周随访得知,患者规律服药,坚持居家康复,可独立缓慢行走,自主完成擦桌、叠衣等简单家务,情绪稳定,家庭生活回归常态。

### 4 讨论

缺血性脑梗死属于高致残、高复发、高死亡率脑血管疾病,是我国居民首要致残诱因,恢复期为神经功能、心理状态修复关键阶段,国内外卒中护理相关指南均倡导开展身心一体化整体干预。现阶段临床常规护理多集中于用药管理、病情监测、肢体康复训练等躯体照护,心理干预多为简短同质化宣教,缺乏个性化人文疏导,易出现躯体治疗与心理干预脱节。现有流行病学数据显示,超半数脑梗死恢复期患者合并焦虑、抑郁情绪,负性情志会阻滞气血运行、降低康复主动性,延缓肢体功能恢复,形成“躯体缺损—情志失调—康复停滞”恶性循环,单一躯体护理难以满足患者整体康复需求。

中医理论秉持形神一体观,认为中风病病机累及五脏,阴虚动风证为老年缺血性脑梗死恢复期高发证型。老年患者肝肾本虚,中风后阴血耗损、脉络失养,水不涵木、虚风内生,兼具肢体拘挛颤动、乏力活动不利、心烦失眠、情绪低落等躯体与情志双重表现,病机以阴虚为本、风动兼瘀为标,病位涉脑、肝、肾、心。传统中医辨证施护多偏重经络、穴位及饮食等躯体调理,对情志失衡缺乏系统性干预,存在重形体、轻心神的短板。

叙事护理依托叙事医学发展而来,李春模式包含问题外化、叙事解构、故事改写、外部见证及治疗文件五大核心技术,区别于常规心理安抚,深度挖掘患者人生经历与内在优势,分离疾病问题

与自我认知,消解角色落差带来的自我否定,重塑康复信念,从根源改善消极避练行为,弥补传统护理心理干预薄弱、缺乏人文深度的不足。

本病例将李春模式叙事护理与滋阴熄风中医辨证施护联合实施,构建中西医协同身心护理体系。一方面立足阴虚动风核心病机,遵循滋阴养血、熄风通络、安神定痉原则,结合子午流注择时开展穴位按摩、平和减量艾灸、耳穴压豆、五音疗法与辨证药膳等中医适宜技术,疏通经络、滋养阴液并调和脏腑,改善肢体痉挛、失眠烦躁等躯体症状,为心理康复奠定生理基础;另一方面通过叙事护理搭建稳固家庭支持系统,重构患者自我认同,疏导焦虑抑郁,提升康复主观能动性。两种手段内外协同、形神同调,契合中医“形神共养”核心理念,有效解决常规护理身心分离的痛点。

本案例干预 44 d 后,患者焦虑、抑郁量表评分回归正常范围,肢体肌力、运动功能及日常生活自理能力明显提升,康复依从性显著改善,住院期间无跌倒、压疮等不良事件,出院延续随访可见长期康复效果稳定,证实该联合护理方案针对阴虚动风证脑梗死恢复期患者具备良好安全性与短期临床效果。但本研究仅为单病例个案报告,样本量单一,无同期对照,患者年龄、基础慢病、家庭支持条件及病情轻重均存在个体特异性,本次干预方案与疗效结论不具备普遍适用性,无法直接推广至全部同证型卒中患者。即便存在上述局限,本个案仍具备较高临床参考价值。研究创新整合人文叙事护理与中医辨证施护,针对阴虚动风证缺血性脑梗死恢复期患者身心共损特点,形成一套可落地的个体化中西医结合护理流程,理清“中医调躯体、叙事疗心神”双向协同干预逻辑。既落实现代护理人文关怀要求,又传承中医整体辨证理念,有效改善卒中后心理障碍、康复依从性差等临床护理难题,可为中西医结合医院脑病科卒中个体化护理、中医适宜技术规范开展、人文护理临床落地提供真实实践依据,也为后续大样本对照研究、标准化护理路径构建提供理论与实践支撑。

对阴虚动风证缺血性脑梗死恢复期患者实施李春模式叙事护理联合中医辨证施护,可有效缓解卒中后焦虑、抑郁负性情绪,改善消极康复心态,提升肢体运动功能与日常生活自理能力。该模式融合西医人文干预与中医形神共养理论,操作安全、短期疗效确切,弥补常规护理身心干预割裂的缺陷,提升患者整体康复质量,适配卒中恢复

期整体护理临床需求,可在脑病科临床护理中借鉴应用。

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] 刘颖. 脑卒中偏瘫患者良肢位摆放不正确的影响因素研究进展[J]. 全科口腔医学电子杂志, 2019, 6(36): 4, 15.
- Liu Y. Research progress on influencing factors of incorrect placement of good limb position in stroke patients with hemiplegia[J]. Electron J Gen Stomatology, 2019, 6(36): 4, 15. (in Chinese)
- [2] 黎红琴, 蒋萍萍, 周星豆, 等. 熏动洗一体化治疗方案对脑卒中后踝关节功能障碍的影响[J]. 云南中医中药杂志, 2020, 41(8): 38-40.
- Li H Q, Jiang P P, Zhou X D, et al. Effect of integrated fumigation, exercise and washing on ankle joint dysfunction after stroke [J]. Yunnan J Tradit Chin Med Materia Med, 2020, 41(8): 38-40. (in Chinese)
- [3] Bielewicz J, Kurzepa J, Łagowska-Lenard M, et al. The novel views on the patomechanism of ischemic stroke[J]. Wiad Lek, 2010, 63(3): 213-220.
- [4] 白丽敏. 益气活血汤对气虚血瘀型急性期脑梗死患者神经功能及日常生活能力恢复情况影响的观察[J]. 贵州医药, 2025, 49(2): 265-267.
- Bai L M. Effect of Yiqi Huoxue decoction on neurological function and recovery of daily living ability in patients with acute cerebral infarction of qi deficiency and blood stasis type[J]. Guizhou Med J, 2025, 49(2): 265-267. (in Chinese)
- [5] 崔琼, 杨文华. 提升希望感的心理护理干预对脑梗死介入治疗患者负性情绪和希望水平的影响分析[J]. 山西医药杂志, 2019, 48(14): 1790-1793.
- Cui Q, Yang W H. Analysis of the influence of psychological nursing intervention to improve the sense of hope on the negative emotion and hope level of patients with cerebral infarction undergoing interventional therapy [J]. Shanxi Med J, 2019, 48(14): 1790-1793. (in Chinese)
- [6] 陈妙玲. 在社区康复医学中应用叙事医学的探讨[J]. 医学与哲学, 2019, 40(19): 57-59.
- Chen M L. Discussion on the application of narrative medicine in community rehabilitation medicine [J]. Med Philos, 2019, 40(19): 57-59. (in Chinese)
- [7] 刘贤臣, 唐茂芹, 彭秀桂, 等. 焦虑自评量表SAS的因子分析[J]. 中国神经精神疾病杂志, 1995, 21(6): 359-360.
- Liu X C, Tang M Q, Peng X G, et al. Factor analysis of SAS of anxiety self-rating scale [J]. Chin J Nerv Ment Dis, 1995, 21(6): 359-360. (in Chinese)
- [8] Zung W W, Richards C B, Short M J. Self-rating depression scale in an outpatient clinic. Further validation of the SDS [J]. Arch Gen Psychiatry, 1965, 13(6): 508-515.
- [9] 杨森, 曹云祥, 王征, 等. 中药熏蒸结合针刺治疗对脑梗死恢复期偏瘫患者肢体功能、脑血流动力学及生活质量的影响[J]. 现代中西医结合杂志, 2023, 32(3): 384-387.
- Yang S, Cao Y X, Wang Z, et al. Effects of Chinese medicine fumigation combined with acupuncture on limb function, cerebral hemodynamics and quality of life of hemiplegia patients in recovery period of cerebral infarction [J]. Mod J Integr Tradit Chin West Med, 2023, 32(3): 384-387. (in Chinese)
- [10] 牛凤菊, 丁苏东, 黄修玲, 等. 醒脑开窍针刺法联合补肾益智方口服治疗血管性痴呆效果观察[J]. 山东医药, 2016, 56(26): 91-92.
- Niu F J, Ding S D, Huang X L, et al. Observation on the effect of Xingnao Kaiqiao acupuncture combined with Bushen Yizhi recipe on vascular dementia [J]. Shandong Med J, 2016, 56(26): 91-92. (in Chinese)
- [11] 刘雅婷, 彭云, 胡兰, 等. 美国CDC社区老人跌倒风险自评量表与Morse跌倒评估量表在中国住院老年患者中的应用比较[J]. 中国医药导报, 2024, 21(12): 16-19.
- Liu Y T, Peng Y, Hu L, et al. Comparison of the application of United States CDC self-rated fall risk questionnaire and Morse fall scale in hospitalized elderly patients in China [J]. China Med Her, 2024, 21(12): 16-19. (in Chinese)
- [12] 杨程显, 李戈, 张立颖. Braden量表评估压疮风险的研究进展及展望[J]. 护理学报, 2014, 21(7): 25-27.
- Yang C X, Li G, Zhang L Y. Research Progress and Prospects of Braden Scale in Assessing Pressure Ulcer Risk [J]. J Nurs, 2014, 21(7): 25-27. (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。