

DOI: 10.12209/CAIM202405140002

· 中西医结合临床案例 ·

1 例脑卒中合并气管切开患者的 多学科结构化护理查房报告

王 慧¹, 常玉莹¹, 王 倩², 杜 鑫¹

(1. 天津中医药大学第一附属医院 针灸科, 天津市, 300193;

2. 天津中医药大学第一附属医院 护理部, 天津市, 300193)

摘要: 本文总结多学科结构化查房(SIBR)在1例脑卒中合并气管切开患者护理查房方面的经验。由责任护士介绍患者基本病情, SIBR团队共同分析探讨此案例存在的重点难点, 由此提出相应护理问题并制定治疗方案。通过多学科结构化查房模式, 帮助患者恢复身体功能并成功拔除尿管、胃管、气切套管, 提高患者的生存质量。

关键词: 脑卒中; 气管切开; 多学科结构化查房; 护理

A structured interdisciplinary bedside rounds case of a stroke patient with tracheostomy

WANG Hui¹, CHANG Yuying¹, WANG Qing², DU Xin¹(1. Department of Acupuncture and moxibustion, First Teaching Hospital of Tianjin University of
Traditional Chinese Medicine, Tianjing, 300193;2. Department of Nursing, First Teaching Hospital of Tianjin University of
Traditional Chinese Medicine, Tianjing, 300193)

ABSTRACT: This article summarizes the experience of structured interdisciplinary bedside rounds of a stroke patient with tracheostomy. The responsible nurse introduces the patient's basic condition, and the SIBR team analyzes and explores the key and difficult points of this case. Based on this, corresponding nursing issues are proposed and treatment plans are formulated. By using a multidisciplinary structured ward round model, patients were able to recover their physical function and successfully remove urinary, gastric, and gas cutting catheters, improving their quality of life.

KEY WORDS: stroke; tracheotomy; structured interdisciplinary bedside rounds; nursing

脑卒中又称脑血管意外, 包括缺血性脑卒中和出血性脑卒中, 具有高死亡率、高复发率、高致残率的特点^[1]。脑卒中患者在急性发病时, 髓质以及呼吸调节中枢等区域会受到损害, 需行气管切开术来缓解呼吸道梗阻情况。气管切开术虽然提高了重症脑卒中患者的生存率, 但存在肺感染和误吸的风险。因此, 脑卒中合并气管切开患者在其病情稳定后, 如何降低相应并发症以及尽早拔除气切套管成为医护人员关注的重点^[2]。

多学科结构化查房(SIBR)^[3]是美国Stein教授在2010年提出, 以患者和患者家庭为核心, 团队合作为基础, 将医生、护士和其他医务人员联

合, 在患者床旁使用简明的结构化清单进行交流, 并鼓励患者及其家属参与, 制定护理方案并确保有效实施, 动态监测并评估效果的一种新的查房模式。SIBR的实施应遵循以下原则: ①必须有医生和护士参与; ②鼓励患者及家属参与, 并且有机会提问; ③团队各成员职责明确; ④结构化交流不遗漏重要信息, 并遵循循证医学实时更新内容; ⑤团队成员包括患者及家属在内, 共享信息, 以患者为中心共同决策; ⑥制定出患者当天的护理目标和计划才是查房的结束, 并且每个团队成员都理解医疗护理目标和计划, 特别强调用通俗的语言使患者及家属也理解; ⑦发现问题, 不断评估改

收稿日期: 2024-05-14

OPEN ACCESS

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

进。本文总结 SIBR 在 1 例脑卒中合并气管切开患者护理查房方面的经验,现报告如下。

1 临床资料

1.1 病史

患者男性,48 岁,因“左侧肢体瘫痪 1 月余”于 2023 年 7 月 5 日收入院。入院症状:神志清楚,精神弱,气管切开状态,言语不能,左口喎,左侧肢体瘫痪伴感觉减退,纳食自胃管注入,小便自尿管排出,大便便秘,寐欠安,舌暗红,苔白腻,脉滑。高血压病史 10 余年,平素口服药物不详,血压控制情况不佳;痛风病史 8 年,平素服用药物不详,目前病情平稳;否认糖尿病、冠心病病史;于 4 年前曾患脑梗死,经治疗未遗留后遗症;否认肝炎、结核等传染病史及接触史;否认手术史;否认输血史;否认食物药物过敏史;预防接种史不详;父亲曾患高血压及脑血管病。

1.2 查体

入院时患者生命体征:体温(T)36.5℃,脉搏(P)76 次/min,呼吸(R)18 次/min,血压(BP)166/100 mm Hg;患者营养中等,全身皮肤、巩膜无黄染及出血点,浅表淋巴结未及肿大,头颅形态大小正常,无畸形,颈软无抵抗,气管造口状态;双肺叩诊清音,呼吸音粗,偶可闻及痰鸣;心音正常,律齐,各瓣膜听诊区未闻及病理性杂音;腹部平坦柔软,无压痛及反跳痛,肠鸣音正常;双下肢无水肿。左侧上肢肌力 0 级,左侧下肢肌力 1 级,右侧上肢肌力 5 级,右侧下肢肌力 5 级,四肢肌张力正常,指鼻试验正常,轮替试验与跟膝胫试验准确协调,肱二头肌检查、肱三头肌检查、膝腱反射、跟腱反射均正常,桡骨骨膜检查正常,左侧巴宾斯基征阴性(-)。

1.3 中医四诊合参

患者脉络空虚,风邪趁虚而入,痹阻络脉^[4],气机逆乱,水湿津液停聚为痰,风痰壅塞脑窍络脉而致本病。舌暗红,苔白腻,脉滑,为风痰入络之象,观其舌脉,病位在脑、心,与肝、肾相关,属虚实夹杂,本虚标实之证,辨病属中风,中经络,辨证属风痰瘀阻证。

1.4 辅助检查

白细胞 $5.49 \times 10^9/L$, 血红蛋白 118 g/L, 血小板 $240 \times 10^9/L$, C-反应蛋白 $<10 \text{ mg/L}$, 天冬氨酸氨基转移酶 31.7 U/L, 钠 144.7 mmol/L, 钾 3.45 mmol/L, 氯 106.4 mmol/L, 尿素 3.85 mmol/L, 肌酐

96.37 $\mu\text{mol/L}$, 血糖 5.61 mmol/L, 钙 1.21 mmol/L, 降钙素原 0.03 ng/mL, D-二聚体 3.91 mg/L。动脉血气示: PaO_2 78.00 mm Hg, PaCO_2 34.20 mm Hg, pH 值 7.44, 痰培养阴性。颅脑 MRI 示右侧丘脑、内囊后肢 DWI 高信号, 颅脑 CT 示左侧小脑出血已基本吸收, 胸 CT 示肺部感染、胸腔积液。中医诊断为: 中风病中经络, 风痰瘀阻证; 西医诊断为: 多发性脑梗死、脑内出血、高血压病 3 级(极高危)、肺部感染、胸腔积液、气管切开状态、痛风。

1.5 干预治疗

入院后遵医嘱给予患者一级护理, 针灸科护理常规, 心电监护监测生命体征^[5], 氧气吸入 2 L/min, 鼻饲流质饮食, 中风脑梗死恢复期中医护理方案。西医治疗以抗血小板、降脂、抑酸, 控制血压, 化痰, 改善脑代谢及脑循环为主, 包括: 0.9% 生理盐水(NS) 100 mL+注射用泮托拉唑钠 40 mg, 静脉滴注, 1 次/d; 0.9% 生理盐水(NS) 250 mL+醒脑静注射液 20 mL, 静脉滴注, 1 次/d; 0.9% 生理盐水(NS) 50 mL, 静脉滴注, 1 次/d; 氨溴索注射液 30 mg, 静脉推注, 2 次/d; 硫酸氢氯吡格雷片 75 mg, 胃管注入, 1 次/d; 苯磺酸氨氯地平片 5 mg, 胃管注入, 1 次/d; 厄贝沙坦片 75 mg, 胃管注入, 1 次/d; 胞磷胆碱钠胶囊 0.2 g, 胃管注入, 3 次/d; 阿托伐他汀钙片 20 mg, 胃管注入, 1 次/d; 吸入用乙酰半胱氨酸溶液 3 mL+吸入用丙酸倍氯米松混悬液 2 mL+吸入用异丙托溴铵溶液 2 mL, 加压雾化吸入, 2 次/d。中医治疗以醒脑开窍, 化痰熄风, 活血化瘀, 补益脑髓为主, 包括: 醒脑开窍针刺法、中药内服、直流电药物透入治疗、中药湿敷联合微波治疗、艾条灸、耳穴埋豆、推拿罐、五行音乐疗法等。患者病情稳定于 8 月 3 日出院。

2 护理

2.1 护理评估

2.1.1 昏迷程度评估: 格拉斯哥昏迷评分表(GCS)^[6]是用来评估患者意识水平(昏迷程度)的一种临床工具, 由睁眼、言语反应、运动反应 3 个项目所组成, 分值范围 3~15 分, 分值越高表示患者意识状态越好。3~8 分表示重度障碍, 9~12 分表示中度障碍, 13~14 分表示轻度障碍, 15 分表示正常。患者入院时 GCS 评分为 10 分, 属中度障碍。

2.1.2 自理能力评估: 患者的自理能力采用 Barthel 指数评分量表^[7]进行评估。中文版 Barthel 指

数评分量表主要包括进食、洗澡、修饰等 10 个项目,分 4 种情况:完全独立、需部分帮助、需极大帮助、完全依赖,总分为 100 分;将患者的自理能力分 4 个等级,100 分为自理能力无需依赖,61~99 分为自理能力轻度依赖,41~60 分为自理能力中度依赖,总分 ≤ 40 分为自理能力重度依赖。患者入院时自理能力评分为 5 分,属重度依赖。

2.1.3 压疮风险评估:皮肤压力性损伤危险因素评估表(Norton)^[8]由身体状况、精神状况、活动能力、灵活程度、失禁情况 5 个项目组成,各项均采用 Likert 4 级计分法,分值范围是 4~20 分,根据对患者评估所得分值来划分危险程度^[9]。5~12 分表示高风险,13~14 分表示中风险, ≥ 15 分表示低风险。患者入院时 Norton 评分为 15 分,属低风险。

2.1.4 跌倒坠床评估:采用周君桂汉化的 Morse 跌倒评估表(Morse Fall Scale, MFS)评估跌倒风险^[10]。MFS 量表由近三个月内跌倒史、超过 1 个医学诊断、使用行走辅助用具、静脉输液或使用肝素锁、步态和认知状况 6 个条目组成^[11],总分为 125 分,分数越高表示患者的跌倒风险越大,评分 < 25 分为低风险,评分 25~45 分为中度风险,评分 > 45 分为跌倒高风险人群。患者入院时 Morse 评分为 35 分,属中度风险。

2.1.5 躁动镇静评估:Richmond 躁动-镇静评分量表(Richmond Agitation and Sedation Scale, RASS)^[12]是 2002 年由 Sessler 等提出,该评分量表共分为 10 个镇静等级,从+4 分~-5 分代表患者从“有攻击性”到“昏迷”的程度,每个分值对应一种意识状态。患者入院时 RASS 评分为 0 分,属清醒自然状态。

2.1.6 吞咽功能评估:改良洼田饮水试验^[13]是在洼田饮水试验方法的基础上,通过 0.5%、1%、2% 不同浓度的液体(增稠剂)来提高吞咽筛查的敏感性,进食体位包括 45°、60°、90°。第一次选择 2% 浓度的液体和 3 mL 的饮水量开始进行筛查,顺利通过后再增加至 5 mL、10 mL 的一口量。浓度则从 2% 开始,通过后逐渐降低至 1%、0.5% 的浓度,甚至正常饮水浓度。改良洼田饮水试验分级如下,1a 级:不能咽下,没有呛咳,有湿音或呼吸变化。1b 级:不能咽下,有呛咳。2 级:能咽下,没有呛咳,但有呼吸的变化。3a 级:能咽,有呛咳。3b 级:能咽,没有呛咳和呼吸变化,但有湿音。4 级:能咽,没有呛咳,没有呼吸变化和湿音。5 级:在 4 级基础上,能够在 30 s 内可完成两次空

吞咽。其中湿音以患者饮水后,嘱患者发“啊”的音,听其是否含有湿漉漉的感觉,呼吸变化以指脉氧夹血氧饱和度变化量减少 5% 以上具有参考意义。患者入院时吞咽功能为 3a 级。

2.1.7 焦虑评估:焦虑自评量表(SAS)^[14]由 Zung 于 1974 年编制,共包含 20 个条目,SAS 的主要评定依据为项目所定义的症状出现的频度,共分 4 级:没有或很少时间;小部分时间;多时间;绝大部分或全部时间。正向评分题,依次评为 1、2、3、4 分。反向计分,则评分为 4、3、2、1 分。50~59 分为轻度焦虑;60~69 分为中度焦虑;69 分以上为重度焦虑。患者入院时 SAS 评分为 65 分,属中度焦虑。

2.2 护理诊断

护理诊断具体如下:偏瘫(半身不遂)与风痰阻络,络脉痹阻有关;暗瘕(吞咽困难)与窍闭神匿,神不导气,关窍闭阻有关;郁证(焦虑)与肝气郁结有关;癃闭(尿潴留)与膀胱气化不利有关;便秘:与胃肠积热、传导失司有关。

2.3 护理计划

为改善患者脑代谢、脑循环,恢复身体基本功能,在实施常规护理的基础上加强气管切开护理、中医护理等专科护理。通过辨证分型,给予患者针刺治疗、中药汤剂以及相应中医护理适宜技术;针对患者偏瘫肢体功能情况,及时调整康复训练方案;护理人员班班做到床旁交接,加强巡视,多与患者进行沟通,降低患者焦虑情绪,防止自杀等不良事件发生。

2.4 护理实施

2.4.1 常规护理:①生活护理。病室温度控制在 22~24℃,湿度在 55%~65%,每日通风 2 次,提高空气质量。②鼻饲护理。鼻饲液的温度控制在 38~42℃,每次鼻饲量小于 200 mL,鼻饲前回抽胃管评估患者消化能力,鼻饲后保持半卧位 30 min,并于鼻饲后 1 h 再吸痰,避免发生呛咳及误吸。③口腔护理。将 0.9% 生理盐水倒入口腔护理包中,拧干后充分擦拭口腔分泌物,避免滋生细菌,减少感染的发生。④会阴护理。将适量碘伏倒入无菌换药包中,用无菌棉球清洁会阴部,预防感染。⑤情志护理:提供安静舒适的环境,与其建立良好的护患关系,鼓励亲属、朋友多陪伴患者并讲解成功康复的案例,提高康复自信心。

2.4.2 气管切开护理:为减少气管切开伤口感染风险,护理人员每日对其进行消毒,采用无菌棉球

蘸取碘伏以伤口为中心,消毒面积达 10 cm²以上,后用无菌开口纱布将伤口覆盖。为减少气道干燥、痰液黏稠堵塞气管等现象,每日更换气管切开内套管,遵医嘱给予患者加压雾化吸入,2 次/d。雾化前后及时吸痰,根据患者痰液的颜色、性质、量制定排痰计划,吸痰时动作要轻柔,严格遵守无菌原则,吸痰时间一般不超过 15 s。班班交接气管套管的固定情况,检查有无脱出,松紧程度能容纳一指为宜,定时监测气囊的压力,保持压力在 25 ~ 30 cm H₂O。

2.4.3 中医护理:①中药湿敷。该疗法是通过中医外治方法直接作用于患肢,湿敷过程中,以温热状态为主,相当于热疗,可以松弛局部肌肉筋膜,促进血液循环,缓解痉挛疼痛。将活血通络处方药(燧桃仁 30 g、醋没药 20 g、赤芍 20 g、牛膝 30 g、红花 20 g、川芎 20 g、醋五灵脂 20 g、甘草片 12 g、地龙 20 g、秦艽 20 g、大血藤 20 g、当归 20 g、羌活 20 g、醋香附 20 g)水煎后与温水(水温一般不超过 50 ℃)混合敷于患者双下肢,同时注意保暖,1 次/d,20 min/次,起到温经通络,活血化瘀的目的^[15]。②艾条灸。将艾叶制成艾灸材料,点燃后产生的艾热会直接作用于人体经络腧穴,具有宣导气血,促进膀胱气化,通利小便的效果^[16]。本病例选取神阙、气海、关元、中极等穴位,以达到培补元气的作用。患者取平卧位,充分暴露腹部皮肤,先进行开穴,每个穴位按压 30 s 以开通经络,再以穴位点为中心,在其上方 3 ~ 5 cm 顺时针方向施灸,同时与温和灸相结合,在操作过程中询问患者是否具有得气感,最后再进行封穴,1 次/d,15 ~ 20 min/次,以局部皮肤出现红晕为宜,在操作过程中避免烫伤。③耳穴埋豆。护理人员将王不留行籽准确地粘贴在耳廓上的穴位和反应点,给予适度的按、揉、压、捏,使其产生酸麻胀痛等,通过经络传导从而达到预防治疗保健等目的^[16]。主穴选择身心穴、快活点、皮质下、神门、枕,配穴选择神经衰弱区、神经衰弱点、肝、心,再用 75% 乙醇进行消毒,取王不留行籽耳穴贴进行穴位贴压,用拇指和食指指腹顺时针按压,力度由轻到重,同时询问患者是否有酸、麻、胀、痛等感觉,每个穴位按压 3~5 次,每次 5 分钟,起到镇静安神的作用。④推拿罐疗法。推拿罐疗法是在拔罐疗法的基础上实施推拿手法,产生 1+1>2 的作用。在患者脐周绕脐闪罐 3 ~ 5 周至脐周皮肤温度微温或颜色潮红为宜,接着以闪火法将罐拔于中脘穴、神阙穴及

关元穴做振颤罐法,然后将罐拔于双侧天枢穴做按揉罐法,每组穴位平均操作 3 ~ 5 min,隔日 1 次,起到消食导滞、和胃健脾的目的^[17]。⑤五行音乐^[18]。根据五脏(脾肺肝心肾)对五行(土金木火水),五行对五音(宫商角徵羽),患者的郁证与肝气郁结有关,肝属木,在音为角,角音调畅平和,因此播放《胡笳十八拍》《姑苏行》等曲目,于每晚 21:00 播 30 min,以达到促进气机宣发,疏肝解郁的目的。

2.5 护理评价

患者入院接受中西医结合治疗,于 7 月 11 日自行排尿,成功拔除尿管;改良版洼田饮水试验由入院时 3a 级升至 5 级,于 7 月 24 日成功拔除胃管;SAS 评分由入院时的 65 分降至 44 分,患者情绪稳定;患者入院时大便 2 d 未行,出院时大便 1 ~ 2 d 一行,质软;入院时左上肢肌力 0 级,左下肢肌力 1 级,出院时左上肢肌力 2 级,左下肢肌力 3 级;7 月 25 日气切套管开始试堵,由封堵 1/3—封堵 1/2—完全封堵,于 8 月 1 日成功拔除气切套管(详见表 1)。患者在住院期间未发生并发症和不良事件,于 8 月 3 日出院。在出院后 1 周进行电话回访,患者居家护理状态良好,病情稳定。

2.6 查房管理

2.6.1 查房目标:了解多学科结构化查房(SIBR)的理念及流程,科学使用结构化清单(表 2),探索重症脑卒中患者多学科结构化护理查房(SIBR)应用优势,同时强化中医思维对护理工作的指导。

2.6.2 查房组织及实施:病区护士长担任主持人,责任护士为主查人、主管医生、康复医生、营养科医生、心身科护士长、药剂师等多学科人员共同参与,病区主任、护理部主任、各病区督导及各科室护理骨干到场指导,此次查房于 2023 年 9 月 27 日 14 时在会议中心举行。查房过程:①主持人介绍参加此次查房的护士和多学科结构化查房(SIBR)的定义、要素及活动流程。②主管医生介绍疾病相关知识。③责任护士准备查房所需用品及病历资料,从患者基本情况、一般查体、专科查体、辅助检查、中医四诊合参、中医辨病辨证、诊断与治则、诊疗计划等几方面进行病例汇报。④康复医生、营养科医生、心身科护士长、药剂师分别对患者病情提出不同护理问题,后由责任护士汇报相应护理措施、护理评价以及最新前沿技术。⑤大家对此病例重点难点进行讨论。⑥病区主任进行概括,护理部主任针对此次查房的模式创新、

表 1 护理评价汇总

开始日期	护理诊断	入院指标	第 1 周疗效评价 (7 月 11 日)	第 2 周疗效评价 (7 月 18 日)	第 3 周疗效评价 (7 月 21 日)	第 4 周疗效评价 (8 月 1 日)	结束日期
7 月 6 日	偏瘫	左上 0 级 左下 1 级	左上 0 级 左下 1 级	左上 1 级 左下 2 级	左上 2 级 左下 2 级	左上 2 级 左下 3 级	8 月 2 日
7 月 6 日	嗜癆	3a 级	3a 级	4 级	5 级	-	7 月 24 日
7 月 6 日	郁证	65 分	58 分	51 分	44 分	-	7 月 25 日
7 月 6 日	癃闭	尿管排尿	自行排尿	-	-	-	7 月 11 日
7 月 6 日	便秘	大便 2 d 未行	-	1 ~ 2 d 一行, 质软	-	-	7 月 18 日
7 月 25 日	-	-	-	-	气切套管试堵	气切套管拔除	8 月 1 日

表 2 结构化清单

交换信息	人物	时间
1. 介绍		
①问候患者和家属	主管医生	3 min
②通过姓名和角色介绍团队成员	责任护士	
2. 更新病历		
①汇报患者发病的情况及病因	主管医生	5 min
②列出积极问题对治疗的反应		
③征求患者及家属的意见		
3. 护理		
①患者发病 48 h 内发生的相关事件, 包括生命体征, 与食物和液体摄入量有关的担忧, 膀胱和肠道输出量, 静脉置管装置、心理状态等方面	责任护士	5 min
4. 联合健康更新和计划	康复师、营养师、心理治疗师、药剂师	5 min
SIBR 小组其他成员共同参与, 提出相应问题及整改措施		
5. 患者和家属	患者、家属	5 min
鼓励患者及家属参与讨论, 包括对疾病的认识、现有治疗手段及预后情况		
6. 总结	责任护士	2 min
口头陈述护理计划		

重点突出、难点突破等方面进行点评,最后病区护士长进行总结性发言。

2. 6. 3 查房评价:通过此次护理查房,科室人员对脑卒中合并气管切开相关知识有了更深层次的认识,采用 SIBR 模式,使护理流程及护理措施具有连续性和专业性,护理人员运用中西医结合护理使护理效果更加鲜明、突出,最终使得患者恢复机体功能,得到家属的认可和好评。

3 讨论

脑卒中在急性发作时,容易对患者的呼吸调节中枢、髓质等重要区域的功能造成损害,使其出现呼吸道梗阻甚至是呼吸衰竭等症状,需要进行气管切开术来保持气道的通畅^[19]。相关研究^[20]指出,脑卒中患者使用气管切开术的比例逐渐增加,约为 15% ~ 35%。因此,采取科学的护理措施显得尤为重要。

本次查房采用 SIBR 模式,从中医整体观出发,进行中医四诊及辨病辨证,针对患者现存护理

问题做出专业性指导,同时鼓励家属共同参与,及时了解患者疾病整体护理情况。SIBR 模式与以往传统查房模式不同,由多学科医护共同参与,并按照结构化清单进行查房程序,不仅打破了原有单一学科的壁垒,而且还能保证查房的连续性和完整性。同时护理问题由多学科医护共同讨论制定,使护理措施更具有可行性和针对性,不仅提升了医护的知识水平和实践能力,还培养了评判性思维能力和应变能力,为今后的工作打下了良好的基础。

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] 《中国脑卒中防治报告》编写组.《中国脑卒中防治报告 2020》概要[J]. 中国脑血管病杂志, 2022, 19 (2): 136-144.
THE WRITING GROUP FOR THE CHINA

- STROKE PREVENTION AND CONTROL REPORT. Brief report on stroke prevention and treatment in China, 2020 [J]. *Chin J Cerebrovasc Dis*, 2022, 19(2): 136-144. (in Chinese)
- [2] 赵顺杰. 基于协同护理模式的脑卒中气管切开患者吸入性肺炎预防方案的构建与应用[D]. 郑州: 郑州大学, 2022.
- ZHAO S J. Construction and Application of Inhaled Pneumonia Prevention Scheme Based on Collaborative Nursing Model for Tracheotomy Patients with Stroke [D]. Zhengzhou: Zhengzhou University, 2022. (in Chinese)
- [3] STEIN J, PAYNE C, METHVIN A, et al. Reorganizing a hospital ward as an accountable care unit [J]. *J Hosp Med*, 2015, 10(1): 36-40.
- [4] 胡蓉, 忽浩杰. 综合疗法治疗急性期特发性面神经麻痹的疗效观察[J]. *心理医生*, 2016, 22(9): 68-69.
- HU R, HU H J. Observation on the efficacy of comprehensive therapy in treating acute idiopathic facial nerve paralysis [J]. *Psychological Doctor*, 2016, 22(9): 68-69. (in Chinese)
- [5] 王贵聪. 神经内镜手术治疗高血压脑出血临床效果分析[D]. 开封: 河南大学, 2018.
- WANG G C. Analysis of the Clinical Effects of Neurosurgery in the Treatment of Hypertensive Intracerebral Hemorrhage [D]. Kaifeng: Henan University, 2018. (in Chinese)
- [6] JARRAHI A, BRAUN M, AHLUWALIA M, et al. Revisiting traumatic brain injury: from molecular mechanisms to therapeutic interventions[J]. *Biomedicines*, 2020, 8(10): 389.
- [7] 李金莲, 金献萍, 沈茂, 等. 急性心肌梗死患者冠脉狭窄程度与入院自理能力评分的相关分析[J]. *内科*, 2022, 17(2): 207-209, 223.
- LI J L, JIN X P, SHEN M, et al. Coronary artery stenosis degree and admission self-care ability score in patients with acute myocardial infarction: a correlation analysis[J]. *Intern Med*, 2022, 17(2): 207-209, 223. (in Chinese)
- [8] 申文冬, 傅娟, 谢文君. Norton量表与Braden量表在术中急性压力性损伤评估中的应用效果比较[J]. *齐鲁护理杂志*, 2020, 26(24): 34-36.
- SHEN W D, FU X, XIE W J. Comparison of the application effect of Norton scale and Braden scale in the evaluation of acute stress injury during operation [J]. *J Qilu Nurs*, 2020, 26(24): 34-36. (in Chinese)
- [9] 王雅萍, 王晨, 朱亚琴, 等. 危重患者压力性损伤风险评估的研究进展[J]. *中国当代医药*, 2022, 29(24): 28-32.
- WANG Y P, WANG C, ZHU Y Q, et al. Research progress in risk assessment of stress injury in critically ill patients [J]. *China Mod Med*, 2022, 29(24): 28-32. (in Chinese)
- [10] 胡惠菊, 韩静, 唐启群, 等. Morse跌倒评估量表与STEADI跌倒风险自评量表在养老机构老年人中的应用比较[J]. *护理学报*, 2021, 28(19): 8-12.
- HU H J, HAN J, TANG Q Q, et al. Effect comparison between morse fall scale and stay independent brochure questionnaire in the elderly in nursing homes [J]. *J Nurs China*, 2021, 28(19): 8-12. (in Chinese)
- [11] 武莹英, 梁沁云. 两种跌倒评估工具在老年住院病人跌倒风险评估中的应用比较[J]. *护理研究*, 2016, 30(10): 1246-1248.
- WU Y Y, LIANG Q Y. Comparison on application of two kinds of fall assessment tools in fall risk assessment of elderly inpatients [J]. *Chin Nurs Res*, 2016, 30(10): 1246-1248. (in Chinese)
- [12] 廖雅, 曹皇亮. RASS评分在重症破伤风患者镇静治疗中的应用体会[J]. *当代护士(上旬刊)*, 2021, 28(7): 101-102.
- LIAO Y, CAO H L. Application of RASS score in sedation treatment of severe tetanus patients [J]. *Mod Nurse*, 2021, 28(7): 101-102. (in Chinese)
- [13] 李鑫. 改良洼田饮水试验筛查对卒中后吞咽障碍者吸入性肺炎发病率的影响及其危险因素的回溯性研究[D]. 沈阳: 中国医科大学, 2022.
- LI X. A retrospective study on the impact of modified Wada drinking test screening on the incidence of aspiration pneumonia in patients with post-stroke dysphagia and its risk factors [D]. Shenyang: China Medical University, 2022. (in Chinese)
- [14] 戴晓阳, 王孟成, 刘拓. 常用心理评估量表手册[M]. 3版. 北京: 北京科学技术出版社, 2023.
- DAI X Y, WANG M C, LIU T. Handbook of Common Psychological Assessment Scales (3rd Edition) [M]. Beijing: Beijing Science and Technology Press, 2023. (in Chinese)
- [15] 赵文静. rTMS联合温阳通络汤湿敷改善脑卒中后上肢功能障碍的临床研究[D]. 北京: 中国中医科学院, 2022.
- ZHAO W J. A Clinical Study on the Improvement of Upper Limb Function Disorder after Stroke by Com-

- bining rTMS and Warm Yangtiao Decoction Wrap Therapy [D]. Beijing: China Academy of Chinese Medicine, 2022. (in Chinese)
- [16] 王关云. 耳穴压豆及腹部艾灸对促进脑卒中术后尿潴留患者膀胱功能恢复的研究[D]. 青岛: 青岛大学, 2020.
- WANG G Y. A Study on the Promotion of Bladder Function Recovery in Patients with Postoperative Urinary Retention after Cerebral Infarction by Ear Acupuncture and Abdomen Moxibustion [D]. Qingdao: Qingdao University, 2020. (in Chinese)
- [17] 程宁, 徐娟. 全国中医护理骨干人才培养体会及临床实践运用[J]. 中文科技期刊数据库(全文版)医药卫生, 2022, (4): 63-67.
- CHENG N, XU J. Experience and Clinical Practice Application of Training of Elite Traditional Chinese Medicine Nursing Talents in China[J]. Chinese Science and Technology Journal Database (Full Text Edition), 2022, (4): 63-67. (in Chinese)
- [18] 游倩. 五行音乐疗法干预卒中后抑郁的循证实践方案构建研究[D]. 成都: 成都中医药大学, 2023.
- YOU Q. A Study on the Construction of Evidence-based Practice Plan for Intervention of Post-stroke Depression with Five Element Music Therapy [D]. Chengdu: Chengdu University of Traditional Chinese Medicine, 2023. (in Chinese)
- [19] 林秋炜, 陈玉芳, 宋海平. 多学科结构化三级护理查房模式的临床实践[J]. 中国当代医药, 2020, 27(13): 183-185, 199.
- LIN Q W, CHEN Y F, SONG H P. Clinical practice of multi-disciplinary structured three-level nursing rounds [J]. China Mod Med, 2020, 27(13): 183-185, 199. (in Chinese)
- [20] DZIEWAS R, STELLATO R, VAN DER TWEEL I, et al. Pharyngeal electrical stimulation for early decannulation in tracheotomised patients with neurogenic dysphagia after stroke (PHAST-TRAC): a prospective, single-blinded, randomised trial [J]. 2018, 17(10): 849-859.

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 4.0 BY-NC-ND)许可协议,作者可在其他媒体再次发表。