

综合护理干预在脑出血患者中的应用效果研究

王 玉, 员玉芳

新疆生产建设兵团医院神经外科护理团队, 新疆 乌鲁木齐

收稿日期: 2026年7月6日; 录用日期: 2026年7月29日; 发布日期: 2026年8月12日

摘 要

目的: 探讨综合护理干预在脑出血患者中的应用效果, 为临床护理提供科学依据。方法: 选取2023年1月至2024年6月我院神经外科收治的脑出血患者80例, 采用随机数字表法分为综合护理组($n = 40$)和常规护理组($n = 40$)。常规护理组给予病情监测、基础护理及健康教育等常规护理措施, 综合护理组在常规护理基础上实施病情监测、并发症预防、早期康复训练、心理护理及健康指导等综合护理干预。比较两组患者干预前后美国国立卫生研究院卒中量表(NIHSS)评分、Barthel指数、格拉斯哥昏迷量表(GCS)评分、改良Rankin量表(mRS)评分、并发症发生率及护理满意度。计量资料采用均数 $\pm$ 标准差($\bar{x} \pm s$)表示, 组间比较采用独立样本t检验, 组内比较采用配对t检验; 计数资料以率(%)表示, 采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。结果: 干预后综合护理组GCS评分、Barthel指数显著高于常规护理组, NIHSS评分、mRS评分显著低于常规护理组($P < 0.05$); 综合护理组并发症总发生率为7.50% (3/40), 显著低于常规护理组的25.00% (10/40) ($P = 0.034$); 综合护理组护理总满意度为95.00% (38/40), 显著高于常规护理组的80.00% (32/40) ($P = 0.043$)。结论: 对脑出血患者实施系统化综合护理干预, 可有效改善预后、减少并发症、促进功能恢复, 具有较高的临床推广价值。

关键词

脑出血, 综合护理干预, 并发症预防, 康复护理, 护理效果

A Study on the Application Effect of Comprehensive Nursing Intervention in Patients with Intracerebral Hemorrhage

Yu Wang, Yufang Yuan

Neurosurgery Nursing Team, Xinjiang Production and Construction Corps Hospital, Urumqi Xinjiang

Received: July 6, 2026; accepted: July 29, 2026; published: August 12, 2026

Abstract

Objective: To investigate the application effect of comprehensive nursing intervention in patients with cerebral hemorrhage, and to provide a scientific basis for clinical nursing. **Methods:** 80 patients with cerebral hemorrhage admitted to the Department of Neurosurgery from January 2023 to June 2024 were randomly divided into comprehensive nursing group (n = 40) and routine nursing group (n = 40). The routine nursing group received routine nursing measures, while the comprehensive nursing group received comprehensive nursing intervention on the basis of routine nursing. NIHSS score, Barthel Index, GCS score, mRS score, complication rate and nursing satisfaction were compared between the two groups. **Results:** After intervention, GCS score and Barthel Index in the comprehensive nursing group were significantly higher than those in the routine nursing group, while NIHSS score and mRS score were significantly lower ($P < 0.05$). The total incidence of complications was 7.50% vs. 25.00% ($P = 0.034$), and nursing satisfaction was 95.00% vs. 80.00% ($P = 0.043$). **Conclusion:** Systematic comprehensive nursing intervention can effectively improve prognosis, reduce complications and promote functional recovery.

Keywords

Cerebral Hemorrhage, Comprehensive Nursing Intervention, Complication Prevention, Rehabilitation Nursing, Nursing Effect

Copyright © 2026 by author(s) and Hans Publishers Inc.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License (CC BY 4.0).

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



Open Access

1. 引言

脑出血是临床常见的急性脑血管疾病,具有起病急、进展快、致残率及病死率高等特点,严重威胁患者生命健康[1]。该病多由高血压合并细小动脉硬化破裂引起,患者常伴有意识障碍、肢体偏瘫、言语功能受损等表现,治疗周期长、恢复慢,且在治疗与康复过程中极易出现多种并发症[2]。大量临床证实,在积极治疗的基础上,科学、规范、全面的护理干预是改善患者预后、降低并发症发生率、提高生活质量的关键环节[3][4]。本研究针对脑出血患者实施综合护理干预,观察其临床效果,为临床护理工作提供参考。

2. 资料与方法

2.1. 一般资料

选取 2023 年 1 月至 2024 年 6 月我院神经外科收治的脑出血患者 80 例作为研究对象。纳入标准: (1) 符合《中国脑出血诊治指南(2022)》诊断标准[1],经头颅 CT 或 MRI 检查确诊; (2) 首次发病,病程 ≤ 72 h; (3) 年龄 40~75 岁; (4) GCS 评分 ≥ 8 分; (5) 患者或家属知情同意并签署知情同意书。排除标准: (1) 合并严重心、肝、肾功能不全(Child-Pugh C 级或 $eGFR < 30$ mL/min); (2) 合并恶性肿瘤或预期生存期 < 6 个月; (3) 既往有精神疾病史或严重认知功能障碍(MMSE 评分 < 10 分); (4) 合并严重感染或败血症; (5) 妊娠期或哺乳期妇女; (6) 因病情恶化需转科或放弃治疗者。脱落标准: (1) 研究过程中出现严重不良事件; (2) 患者或家属主动要求退出; (3) 依从性差,无法配合完成护理干预及评估。

2.1.1. 样本量计算

依据预试验结果, 综合护理组与常规护理组主要结局指标 NIHSS 评分改善差异为 3.5 分, 合并标准差为 4.2 分, 设双侧检验 $\alpha = 0.05$, 检验效能 $(1 - \beta) = 0.80$, 采用 G*Power 3.1 软件计算, 每组需样本量 36 例, 考虑 20%脱落率, 最终每组纳入 40 例, 共 80 例。

2.1.2. 随机化与分组

采用随机数字表法将 80 例患者按 1:1 比例分为综合护理组(观察组)和常规护理组(对照组), 每组 40 例。由不参与本研究的独立统计人员生成随机分配序列, 按纳入顺序依次分配入组。两组患者在性别、年龄、出血量、出血部位、GCS 评分等基线资料方面比较, 差异均无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性。见表 1。

2.2. 护理方法

两组患者入院后均给予脱水降颅压、控制血压、营养神经、预防感染等常规治疗。对照组实施常规护理干预, 观察组在常规护理基础上实施综合护理干预。干预周期为入院至出院(平均住院 14~21 d), 出院后随访 3 个月。具体护理措施如下。

2.2.1. 病情监测与基础护理

(1) 生命体征监测: 采用心电监护仪持续监测意识、瞳孔、体温、脉搏、呼吸、血压及血氧饱和度, 每 1~2 h 记录 1 次, 发现异常立即报告医师并配合处理。(2) 呼吸道管理: 保持呼吸道通畅, 及时清除口腔及呼吸道分泌物, 必要时给予吸氧(流量 2~4 L/min), 维持 $SpO_2 \geq 95\%$ 。(3) 体位护理: 绝对卧床休息, 抬高床头 $15^\circ \sim 30^\circ$, 以减轻脑水肿; 偏瘫侧肢体保持功能位, 每 2 h 翻身 1 次, 避免压疮。(4) 环境管理: 保持病房安静、温度 $18^\circ\text{C} \sim 22^\circ\text{C}$ 、湿度 50%~60%, 限制探视, 避免不良刺激[5]。

2.2.2. 并发症预防护理

(1) 压疮预防: 采用 Braden 量表评估压疮风险, 每 2 h 翻身拍背 1 次, 使用气垫床, 保持皮肤清洁干燥, 骨突处涂抹润肤霜。(2) 肺部感染预防: 指导有效咳嗽排痰, 必要时给予雾化吸入(布地奈德混悬液 2 mg + 生理盐水 2 mL, 每日 2 次), 定期叩背促进痰液排出。(3) 下肢静脉血栓预防: 入院 24 h 后开始肢体被动活动(踝泵运动, 每组 10~15 次, 每日 3 组), 病情稳定后指导主动活动; 高危患者给予间歇性气压治疗。(4) 口腔与泌尿道护理: 每日口腔护理 2 次, 留置导尿管每日会阴护理 2 次, 尽早拔除导尿管。(5) 再出血监测: 密切观察头痛性质、呕吐频率及意识状态变化, 控制血压在 140/90 mmHg 以下[6]。

2.2.3. 心理护理

(1) 心理评估: 采用 Hamilton 焦虑量表(HAMA)和 Hamilton 抑郁量表(HAMD)评估患者心理状态, 每周 1 次。(2) 心理疏导: 护理人员主动与患者及家属沟通, 耐心解释病情、治疗方案及护理措施, 采用认知行为疗法缓解负性情绪。(3) 家庭支持: 鼓励家属陪伴, 建立家庭支持系统, 共同帮助患者树立康复信心。(4) 同伴支持: 组织恢复良好的病友分享康复经验, 增强患者康复信念[7]。

2.2.4. 早期康复护理

(1) 康复时机: 患者病情稳定(生命体征平稳、颅内压正常、无进行性神经功能恶化)后 48 h 内开始早期康复介入。(2) 肢体功能训练: ① 被动运动: 入院 24 h 后开始, 由康复师对患者偏瘫肢体进行各关节全范围被动活动, 每个关节 10~15 次, 每日 2 次; ② 主动运动: 病情稳定后指导患者进行床上主动运动(Bobath 握手、桥式运动), 逐步过渡到坐位平衡、站立训练; ③ 步行训练: 肌力 ≥ 3 级后在辅助下进行步行训练。(3) 言语功能训练: 针对失语患者, 采用 Schuell 刺激法, 从单音节词开始, 逐步过渡到短语、

句子训练, 每日 30 min。(4) 吞咽功能训练: 采用 VitalStim 电刺激联合吞咽手法训练, 每日 2 次, 每次 20 min [8]。

2.2.5. 饮食与健康指导

(1) 营养评估与干预: 入院 24 h 内采用 NRS-2002 评估营养状态, NRS 评分 ≥ 3 分者给予营养支持。给予低盐(<6 g/d)、低脂(<50 g/d)、高蛋白($1.2\sim 1.5$ g/kg/d)、高维生素易消化饮食, 昏迷或吞咽困难者给予鼻饲肠内营养支持。(2) 排便管理: 指导患者多饮水(>1500 mL/d)、多摄入膳食纤维, 必要时给予缓泻剂, 保持大便通畅。(3) 生活方式指导: 指导患者戒烟限酒, 保持情绪稳定。(4) 出院指导: 出院时进行健康宣教, 内容包括用药指导、康复训练延续方案、饮食原则、复诊时间, 并建立微信群进行远程随访。

2.3. 观察指标

(1) 格拉斯哥昏迷量表(GCS)评分: 评估患者意识状态, 总分 3~15 分, 分别于入院时、干预后(出院前 1 d)进行评估。(2) 美国国立卫生研究院卒中量表(NIHSS)评分: 评估神经功能缺损程度, 总分 0~42 分, 分别于入院时、干预后(出院前 1 d)及随访 3 个月时进行评估。(3) Barthel 指数(BI): 评估日常生活活动能力(ADL), 总分 0~100 分, 分别于入院时、干预后(出院前 1 d)及随访 3 个月时进行评估。(4) 改良 Rankin 量表(mRS)评分: 评估神经功能恢复及残疾程度, 0 分表示无症状, 6 分表示死亡。(5) 并发症发生情况: 记录住院期间肺部感染、压疮、下肢静脉血栓、泌尿道感染、消化道出血、再出血等并发症的发生例数及发生率。(6) 护理满意度: 出院前采用自制问卷评估, 包括护理服务态度、操作技术、健康指导、心理支持、康复指导等 5 个维度, 共 20 个条目, 采用 Likert 5 级评分法, 总满意度 = (非常满意 + 满意)例数 / 总例数 $\times 100\%$ 。

2.4. 统计学方法

采用 SPSS 26.0 统计软件进行数据分析。计量资料先行正态性检验(Shapiro-Wilk 检验)和方差齐性检验(Levene 检验), 符合正态分布且方差齐的计量资料以均数 $\pm$ 标准差($\bar{x} \pm s$)表示, 组间比较采用独立样本 t 检验, 组内比较采用配对 t 检验; 计数资料以例数(百分率) [n (%)]表示, 组间比较采用 χ^2 检验或 Fisher 精确检验; 等级资料比较采用 Mann-Whitney U 检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

3. 结果

3.1. 两组基线资料比较

两组患者在性别、年龄、出血量、出血部位、GCS 评分等基线资料方面比较, 差异均无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。见表 1。

Table 1. Comparison of baseline data between the two patient groups
表 1. 两组患者基线资料比较

项目	综合护理组(n = 40)	常规护理组(n = 40)	t/ χ^2 值	P 值
性别(男/女)	23/17	25/15	0.208	0.648
年龄($\bar{x} \pm s$, 岁)	62.35 $\pm$ 8.42	63.18 $\pm$ 7.96	0.452	0.652
出血量($\bar{x} \pm s$, mL)	28.56 $\pm$ 10.23	29.84 $\pm$ 11.05	0.537	0.593
出血部位[n (%)]			0.312	0.958
基底节区	18 (45.00)	19 (47.50)		

续表

脑叶	12 (30.00)	11 (27.50)		
丘脑	7 (17.50)	7 (17.50)		
脑干	3 (7.50)	3 (7.50)		
GCS 评分($\bar{x} \pm s$, 分)	10.25 $\pm$ 1.86	10.08 $\pm$ 1.92	0.402	0.689

注: GCS——格拉斯哥昏迷量表。

3.2. 两组 GCS 评分比较

干预后, 两组 GCS 评分均较干预前升高, 且综合护理组 GCS 评分显著高于常规护理组, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 2。

Table 2. Comparison of GCS scores between the two groups ($\bar{x} \pm s$, points)

表 2. 两组患者 GCS 评分比较($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	干预前	干预后	t 值(组内)	P 值(组内)
综合护理组	40	10.25 $\pm$ 1.86	13.68 $\pm$ 1.42*	9.324	<0.001
常规护理组	40	10.08 $\pm$ 1.92	11.85 $\pm$ 1.63*	4.856	<0.001
t 值(组间)		0.402	5.284		
P 值(组间)		0.689	<0.001		

注: *表示与同组干预前比较, $P < 0.05$; GCS——格拉斯哥昏迷量表。

3.3. 两组 NIHSS 评分及 Barthel 指数比较

干预后, 两组 NIHSS 评分均较干预前降低, Barthel 指数均较干预前升高, 且综合护理组 NIHSS 评分低于常规护理组, Barthel 指数高于常规护理组, 差异均有统计学意义($P < 0.05$)。随访 3 个月时, 综合护理组 NIHSS 评分和 Barthel 指数改善程度仍优于常规护理组($P < 0.05$)。见表 3。

Table 3. Comparison of NIHSS scores and Barthel Index between the two groups ($\bar{x} \pm s$, points)

表 3. 两组患者 NIHSS 评分及 Barthel 指数比较($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	NIHSS 干预前	NIHSS 干预后	Barthel 干预前	Barthel 干预后
综合护理组	40	16.85 $\pm$ 3.42	8.32 $\pm$ 2.15*	35.62 $\pm$ 8.45	72.38 $\pm$ 9.26*
常规护理组	40	17.02 $\pm$ 3.18	11.85 $\pm$ 2.68*	34.85 $\pm$ 8.92	58.65 $\pm$ 8.73*
t 值(组间)		0.230	6.524	0.397	6.853
P 值(组间)		0.819	<0.001	0.693	0.001

注: *表示与同组干预前比较, $P < 0.05$; NIHSS——美国国立卫生研究院卒中量表。

随访 3 个月时, 综合护理组 NIHSS 评分为(5.85 $\pm$ 1.62)分, 低于常规护理组的(8.42 $\pm$ 2.15)分($t = 6.042$, $P < 0.001$); 综合护理组 Barthel 指数为(82.56 $\pm$ 8.42)分, 高于常规护理组的(68.35 $\pm$ 7.86)分($t = 7.824$, $P < 0.001$)。

3.4. 两组 mRS 评分比较

干预后, 综合护理组 mRS 评分显著低于常规护理组; 随访 3 个月时, 综合护理组 mRS 评分进一步

降低, 两组比较差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 4。

Table 4. Comparison of mRS scores between the two groups ($\bar{x} \pm s$, points)

表 4. 两组患者 mRS 评分比较($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	干预后	随访 3 个月
综合护理组	40	2.35 ± 0.82	1.68 ± 0.75
常规护理组	40	3.12 ± 0.95	2.45 ± 0.88
t 值		3.864	4.152
P 值		<0.001	<0.001

注: mRS——改良 Rankin 量表。

3.5. 两组并发症发生率比较

综合护理组并发症总发生率为 7.50% (3/40), 显著低于常规护理组的 25.00% (10/40), 差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 5。

Table 5. Comparison of complication incidence between the two groups (n %)

表 5. 两组患者并发症发生情况比较(n %)

并发症类型	综合护理组(n = 40)	常规护理组(n = 40)	χ^2 值	P 值
肺部感染	1 (2.50)	4 (10.00)	1.829	0.176
压疮	0 (0)	2 (5.00)	2.051	0.152
下肢静脉血栓	1 (2.50)	3 (7.50)	1.157	0.282
泌尿道感染	0 (0)	1 (2.50)	1.013	0.314
消化道出血	1 (2.50)	0 (0)	1.013	0.314
总发生率	3 (7.50)	10 (25.00)	4.501	0.034

3.6. 两组护理满意度比较

综合护理组护理总满意度为 95.00% (38/40), 显著高于常规护理组的 80.00% (32/40), 差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 6。

Table 6. Comparison of nursing satisfaction between the two groups (n %)

表 6. 两组患者护理满意度比较(n %)

组别	例数	非常满意	满意	一般	不满意	总满意度
综合护理组	40	22 (55.00)	16 (40.00)	2 (5.00)	0 (0)	38 (95.00)
常规护理组	40	15 (37.50)	17 (42.50)	6 (15.00)	2 (5.00)	32 (80.00)

注: $\chi^2 = 4.114$, $P = 0.043$ 。

4. 讨论

脑出血是神经科常见的危急重症, 具有起病急、进展快、致残率及病死率高等特点, 严重威胁患者生命健康。脑出血后除原发性脑损伤外, 继发性脑水肿、颅内压增高、炎症反应等病理过程进一步加重

神经功能损害, 导致患者出现意识障碍、肢体偏瘫、言语及吞咽功能障碍等, 严重影响患者生活质量。在积极药物及手术治疗的基础上, 科学、规范、全面的护理干预对于改善患者预后、降低并发症发生率、促进功能恢复具有重要意义。

常规护理模式多以疾病为中心, 侧重于生命体征监测和基础治疗配合, 内容较为单一, 缺乏系统性、个体化的护理干预, 难以满足脑出血患者在病情监测、并发症防控、早期康复、心理疏导等方面的多元化需求。综合护理干预是一种以患者为中心、基于循证医学证据的全程化、个体化护理模式, 将病情监测、并发症预防、早期康复训练、心理护理及健康指导有机整合, 形成系统、全面、规范的护理体系, 旨在最大限度地改善患者临床结局。

本研究结果显示, 干预后综合护理组 GCS 评分显著高于常规护理组(13.68 ± 1.42 vs. 11.85 ± 1.63 , $P < 0.001$), NIHSS 评分显著低于常规护理组(8.32 ± 2.15 vs. 11.85 ± 2.68 , $P < 0.001$), Barthel 指数显著高于常规护理组(72.38 ± 9.26 vs. 58.65 ± 8.73 , $P < 0.001$), mRS 评分显著低于常规护理组(2.35 ± 0.82 vs. 3.12 ± 0.95 , $P < 0.001$)。这表明综合护理干预能有效改善脑出血患者的意识状态, 促进神经功能恢复, 提高日常生活活动能力, 降低残疾程度。随访 3 个月时, 综合护理组各项指标改善程度仍优于常规护理组, 提示综合护理干预的远期效果持续存在。

与国内相关研究相比, 本研究结果与既往文献报道基本一致。综合护理组 NIHSS 评分低于常规护理组, Barthel 指数显著高于常规护理组($P < 0.05$), 并发症发生率为 4.55%, 显著低于常规护理组的 20.45%。朱文英[8]研究结果显示, 综合护理干预后观察组 NIHSS、ADL 量表评分明显优于对照组($P < 0.05$)。苏玲等[9]报道, 基于聚焦解决模式的心理干预在高血压脑出血患者围手术期护理中可显著改善患者心理状态。本研究中综合护理组并发症发生率为 7.50%, 略高于相关报道的 4.55%, 可能与纳入患者病情严重程度、样本量及干预周期不同有关。

与国际研究相比, Zhang 等[10]在 PubMed 发表的多学科管理临床护理路径研究显示, 研究组并发症发生率为 3.23%, 低于对照组的 15.00% ($P < 0.05$), 护理满意度为 95.16%, 高于对照组的 83.33% ($P < 0.05$), 与本研究结果趋势一致。Hong 等[11]研究显示, 综合护理组护理满意度高于常规护理组, 并发症总发生率低于常规护理组($P < 0.05$)。本研究综合护理组并发症发生率(7.50%)高于上述两项国际研究, 可能与研究对象、护理干预方案及并发症定义标准不同有关。

综合护理干预改善脑出血患者预后的机制可能包括以下几个方面: (1) 系统化的病情监测能够及时发现颅内压增高、脑疝先兆等危急征象, 为临床干预争取宝贵时间; (2) 规范化的并发症预防措施(定时翻身、气道管理、下肢主动/被动活动等)有效降低了肺部感染、压疮、深静脉血栓等常见并发症的发生率; (3) 早期康复介入(病情稳定后 48 h 内)遵循神经可塑性原理, 通过被动-主动运动训练、言语及吞咽功能训练, 促进受损神经功能重组与代偿; (4) 心理护理与健康教育提高了患者及家属的疾病认知水平和治疗依从性, 促进了出院后家庭康复护理的延续性。

本研究的局限性: (1) 单中心研究, 样本量相对较小(每组 40 例), 研究结果的外推性可能受限; (2) 随访时间仅为 3 个月, 未能评估综合护理干预对脑出血患者长期预后的影响; (3) 未采用盲法设计, 护理人员和患者均知晓分组情况, 可能存在实施偏倚和测量偏倚; (4) 护理满意度采用自制问卷评估, 未经严格的信效度检验; (5) 未对护理干预的各组成部分进行单独效应分析; (6) 未记录护理干预的依从性数据。

未来研究方向: (1) 开展多中心、大样本、随机双盲对照试验, 进一步验证综合护理干预的有效性和安全性; (2) 延长随访时间至 1~2 年, 评估综合护理干预对脑出血患者长期功能恢复、生活质量及生存率的影响; (3) 采用标准化、经过信效度验证的评估工具; (4) 通过亚组分析明确不同类型脑出血患者对综合护理干预的反应差异; (5) 开展成本-效益分析; (6) 探索基于信息技术的远程护理干预模式。

5. 结论

对脑出血患者实施系统化综合护理干预, 可有效改善患者意识状态(GCS 评分升高)、促进神经功能恢复(NIHSS 评分降低)、提高日常生活活动能力(Barthel 指数升高)、降低残疾程度(mRS 评分降低), 同时显著降低并发症发生率(7.50% vs. 25.00%, $P = 0.034$), 提高护理满意度(95.00% vs. 80.00%, $P = 0.043$)。该护理模式安全、有效、规范, 具有较高的临床应用价值, 值得在神经外科护理工作中广泛应用。

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. 中国脑出血诊治指南(2022) [J]. 中华神经科杂志, 2022, 55(8): 811-844.
- [2] 李小寒, 尚少梅. 基础护理学[M]. 第7版. 北京: 人民卫生出版社, 2022.
- [3] 苏玲, 郭星, 李静, 等. 基于聚焦解决模式的心理干预在高血压脑出血患者围手术期护理中的应用[J]. 中华现代护理杂志, 2020, 26(24): 3316-3320.
- [4] 顾彩萍, 倪志宏, 马颖君, 等. 综合护理措施对高血压脑出血患者实施微创手术的护理效果[J]. 护士进修杂志, 2015, 30(14): 1311-1312.
- [5] 赵丽, 田媚, 辛红娟, 等. Snyder 希望理论的护理干预对急性高血压性脑出血患者心理状态、生命质量及神经功能的影响[J]. 中国实用护理杂志, 2021, 37(2): 81-86.
- [6] 丁亚云, 王伟民, 陈静. 心理护理在脑出血康复期患者中的应用效果[J]. 国际精神病学杂志, 2024, 51(3): 962-965.
- [7] 印周敏. 神经内科综合护理干预对脑出血并发症发生率的影响[J]. 中国医学人文, 2024, 10(2): 130-132.
- [8] 朱文英. 综合护理干预在微创术治疗高血压脑出血的应用效果[J]. 国际护理学杂志, 2013, 32(8): 1771-1772.
- [9] 苏玲, 郭星, 李静, 李香雪. 基于聚焦解决模式的心理干预在高血压脑出血患者围手术期护理中的应用[J]. 中华现代护理杂志, 2020, 26(24): 3316-3320.
- [10] Zhang, L., Shen, T., Zhou, Y., Xie, X., Wang, J. and Gao, H. (2024) Multidisciplinary Management Based on Clinical Nursing Pathway Model for the Treatment of Hypertensive Intracerebral Hemorrhage: A Randomized Controlled Trial. *Medicine (Baltimore)*, **103**, e37644. <https://doi.org/10.1097/md.00000000000037644>
- [11] Hong, Y., Yan, H., Wurichayihu, and Zhang, G.W. (2021) The Effects of Comprehensive Nursing Interventions on the Negative Emotions, Quality of Life, and Nursing Satisfaction in Intracerebral Hemorrhage Patients. *American Journal of Translational Research*, **13**, 4860-4867.