

DOI: 10.12209/CAIM202505290009

· 中西医结合临床案例 ·

皮内针联合中西医护理减少 1 例冠脉搭桥术后 桥血管再狭窄患者心绞痛发作的护理实践

徐小芳, 吴 仪

(北京市健宫医院 心血管内科, 北京, 100054)

摘要: 本文总结 1 例冠脉搭桥术后桥血管再狭窄患者, 在药物治疗基础上联合皮内针及中西医护理, 减少心绞痛发作的实践。经治疗, 患者心绞痛日发作频次从 3 次降至 0 次, 数字分级评分法 (numerical rating scale, NRS) 评分从 2 分降至 0 分, 有效提高患者生活质量。

关键词: 冠脉搭桥术后; 桥血管再狭窄; 反复心绞痛; 皮内针; 护理

Intradermal Acupuncture Combined with Integrated Chinese-Western Nursing to Reduce Angina Episodes in a Post-CABG Patient with Graft Restenosis: A Nursing Practice Report

XU Xiaofang, WU Yi

(Department of Cardiovascular Medicine, Beijing Jiangong Hospital, Beijing, 100054)

ABSTRACT: This article presents a nursing intervention for a post-coronary artery bypass grafting (CABG) patient with graft restenosis and recurrent angina, combining intradermal acupuncture with integrated Chinese-Western nursing alongside pharmacological therapy. The intervention significantly reduced the patient's daily angina episodes (from 3 to 0) and Numerical Rating Scale (NRS) score (from 2 to 0), effectively improving quality of life.

KEY WORDS: post-CABG; graft restenosis; recurrent angina; intradermal acupuncture; nursing

冠心病手术治疗包括经皮冠脉介入治疗和冠脉搭桥手术治疗, 两种手术方法均是治疗冠心病的重要手段, 即使手术成功, 也会存在血管再狭窄的风险。据统计冠脉搭桥大隐静脉桥 1 年内再狭窄约 10% ~ 15%, 10 年超过 50% 的静脉桥可能完全闭塞或严重狭窄。动脉桥狭窄率低于大隐静脉桥, 因手术难度大风险高, 仅有 3% ~ 5% 患者选择二次手术。手术 1 年内持续性或复发性心绞痛发生率在 18.3% ~ 20%, 多支病变的患者复发心绞痛的比例接近 30%^[1]。所以冠脉手术治疗后心绞痛时有发生, 成为冠心病治疗中的重要问题和治疗难点。中医将心绞痛称之为胸痹心痛病, 胸闷、胸痛是常见的症状。根据中医经络学说, 内关穴属于手厥阴心包经的络穴, 联络于手少阳三焦经, 是八脉交会穴中与阴维脉的穴位。针刺内关对冠

心病心绞痛患者心功能及冠脉血流量呈现良好的调整作用, 可有效地改善冠脉供血, 减轻心肌缺血从而改善患者临床症状^[2]。本文总结 1 例皮内针治疗冠脉搭桥术后桥血管再狭窄反复心绞痛发作患者的护理报告, 报告如下。

1 病历资料

1.1 患者信息

患者男性, 79 岁, 主诉 1 周前, 无明显诱因再发胸痛不适, 伴憋气, 后背部疼痛, 伴汗出、乏力及喘息等不适, 自行口服“丹参滴丸”后症状稍有好转; 今日再发胸痛不适, 伴周身乏力, 自行服用“丹参滴丸”, 约 5 min 后症状减轻, 为求进一步系统诊疗就诊于我院急诊, 由急诊于 2025 年 01 月 04 日 17:39 收入我科。既往史: 高血压病史, 高脂血

收稿日期: 2025-05-29

通信作者: 吴仪, E-mail: 280319497@qq.com

OPEN ACCESS

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

症病史,肾功能不全病史,带状疱疹1年(已痊愈);否认食物、药物过敏史。

1.2 体格检查

入院生命体征,患者体温(T)36.5℃,脉搏(P)88次/min,血压(BP)89/52 mm Hg,呼吸(R)20次/min,疼痛评分为2分。西医查体:视诊:发育正常,营养良好,神志清楚,言语流利,推入病房,自主体位,查体合作;触诊:皮肤弹性可,无水肿,无皮下结节,皮温及湿度正常;叩诊:双肺叩诊呈清音,双肺上下界无异常;听诊:双肺呼吸音清,未闻及干湿罗音,无心包摩擦感,第一心音强弱不等,心音低顿,各瓣膜区未闻及病理性杂音,未闻及心包摩擦音。中医四诊:望诊:神色自如,面色红润,精神良好,形体正常,动静姿态,舌质暗,苔薄白;闻诊:言语流畅,气味正常;问诊:胸闷隐痛,时作时止,心悸气短,倦怠懒言;切诊:涩脉。

1.3 诊断

西医诊断:急性非ST段抬高型心肌梗死。西医诊断依据:心电图:窦性心律,心率(HR)99次/min,II、III、AVF导联Q波形成,ST段抬高0.1mV,I、AVL、V2-V4导联ST段压低、T波倒置;心梗三联:CKMB6.2 ng/mL↑,TNI0.77 ng/mL↑,MYO247 ng/mL↑。中医诊断:胸痹心痛,心血瘀阻证。中医诊断依据:患者主因“胸痛34年,再发伴憋气1周,加重1d”入院。瘀血内停,络脉不通,故见胸部刺痛。血脉凝滞,痛处固定不移。血属阴,夜亦属阴,故入夜痛甚。瘀血阻塞,心失所养,故心悸不宁。舌质紫暗,苔薄白,脉涩,均为瘀血内停之候^[3]。

1.4 治疗

西医治疗予阿司匹林100 mg,早餐前服用1次;硫酸氢氯吡格雷片75 mg口服,1次/d;依诺肝素钠注射液0.4 mL,1次/12 h;阿托伐他汀钙片20 mg,每晚服用1次;尼克地尔5 mg,3次/d。中医方药予血府逐瘀汤合生脉饮加减,方中川芎、桃仁及红花等中药均为活血化瘀要药,可发挥活血通脉止痛的效果^[4];胸痛发作时予丹参滴丸,速效救心丸舌下含服;皮内针治疗双侧内关,每周二、四、六各治疗1次,每次留针48 h。

2 护理

2.1 护理评估

2.1.1 疼痛评估

数字分级评分法(numerical rating scale,

NRS)分值范围为0~10分^[5],评估患者疼痛程度,0表示没有疼痛,10表示最剧烈疼痛。患者NRS评分为2分。

2.1.2 跌倒风险评估

Morse跌倒风险评估量表(Morse Fall Scale)^[6],0~25分为低危跌倒者,25~45分为中危跌倒者,评分>45分为高危跌倒者。本例患者评分为35分,属跌倒中风险,跌倒风险较高。

2.1.3 日常生活能力评估

日常生活能力评定采用Barthel指数量表进行评估^[7],包括进食、大小便控制、如厕、穿衣、修饰、平地行走、洗澡、上下楼梯、床椅转移等方面。本例患者评估为55分,表示生活需要依赖他人。

2.1.4 心功能分级

根据纽约心脏病学会(NYHA)分级^[8],分级标准具体如下:I级:体力活动不受限,日常活动不引起乏力、心悸、呼吸困难或心绞痛;II级:体力活动轻度受限,休息时无症状,但日常活动(如爬楼梯、快步走)可引起症状;III级:体力活动明显受限,休息时无症状,但轻微活动(如穿衣、慢走)即诱发病状;IV级:不能进行任何体力活动,休息时也有症状活动后加重。本例患者心功能评估为III级。

2.2 护理诊断

胸闷、心痛与心肌梗死、缺血有关;有猝死的风险与患者疾病有关;有跌倒的风险与活动受限有关;自理能力缺陷与急性心肌梗死、心功能不全相关。

2.3 护理计划

结合本例患者实际及护理诊断结果,制定如下护理计划:患者住院期间无胸痛、猝死及跌倒发生,提高患者日常生活能力,将患者BI评分提升至60分以上。

2.4 护理措施

2.4.1 中医特色护理

中医予患者皮内针治疗,治疗取双侧内关,于每周二、四及六进行治疗。操作方法:选择内关穴(位于前臂掌侧,腕横纹中点上2寸),用酒精棉签以穴位为中心由内向外螺旋式消毒皮肤直径≥5 cm;带手套取出带胶布的皮内针,用镊子夹住针柄,针尖对准穴位,垂直快速刺入皮下0.2~0.3 cm,按住胶布,使其牢固粘贴于皮肤上;于每日上午10:00、下午16:00检查针体固定情况,留置时间48 h;取针时使用镊子夹取皮内针,检查皮

内针完整性。内关穴走至于手少阳三焦经,是八脉交会穴中阴维脉的会穴据,针刺内关可有效增加冠脉血流,改善心肌缺血缺氧状态,从而缓解患者胸闷及心痛等临床症状。

2.4.2 疼痛护理

保持病室安静、整洁、舒适,空气新鲜、温湿度适宜。胸痛发作时严格卧床休息,协助日常生活护理。严格限制探视,防止情绪波动。保持大便通畅,必要时遵医嘱给缓泻剂。严密观察患者血压、脉搏、呼吸、心率及心律变化,注意患者疼痛部位、性质、程度、持续时间及有无伴随症状等。使用硝酸甘油,注意观察患者有无头痛、面色潮红、心动过速及低血压等不良反应。

2.4.3 生活起居护理

患者心功能评估为Ⅲ级,嘱患者卧床休息,严格限制一般的体力活动。在日常生活方面,帮助床边进餐,坐椅,上厕所及坐式沐浴等。恢复期可采用静坐调息法,有助于降低基础代谢率,减少心脏耗氧量的功能,具体如下。患者取坐位,双手伸开平放于大腿上,双脚分开与肩等宽,膝关节、髋关节匀成90°沉肩坠肘,含胸收腹,双眼微闭,全身放松,有意识调整呼吸;采用自然腹式呼吸,要求呼吸做到深、长、细、匀、稳、悠,呼气时轻轻用力,使腹肌收缩,膈肌上抬;呼气完毕后不要憋气,立即吸气,使胸廓膨胀,膈肌下移,腹壁鼓起,要求做到自然柔和,缓慢松弛,避免紧张。呼气 and 吸气时间之比为3:2,每分钟呼气10~15次,10~15 min/次,并逐渐延长至30 min,治疗1~2次/d,疗程视病情而定^[9]。

2.4.4 饮食护理

气阴两虚、心血瘀阻者,宜食益气养阴、活血通络之品,如甲鱼、鸭肉、海参、木耳、香菇、山药、荸荠、甘蔗、百合、莲子及藕汁等,食疗方山药粥、百合莲子羹等。嘱患者避免劳累、饱餐、情绪激动、寒冷、便秘及感染等诱发因素,戒烟限酒;起居有常,发作时休息,缓解期适当锻炼,如快步走、打太极拳等,以不感疲劳为度^[10]。

2.4.5 情志护理

鼓励患者表达内心感受,针对性给予心理支持。指导患者掌握自我排解不良情绪的方法,如音乐疗法,根据角、徵、宫、商、羽和肝、心、脾、肺、肾五脏对应原则,心的音节为徵音,故选取徵调式乐曲,如《紫竹调》《花好月圆》《喜洋洋》及《荷花映日》等,操作方法如下。向患者讲解五行音乐疗法

目的和方法,根据患者对音乐的喜好选择徵调式乐曲;聆听音乐时保持病房环境安静,嘱患者平卧,两手掌心朝上,轻闭双眼,护士声音低柔,语速缓慢;随着乐曲的节拍说引导语,即嘱患者用鼻子深深地吸气,用嘴慢慢地呼气,使呼吸均匀、缓慢,感觉乐曲声音传遍全身,依次放松脚掌、小腿、大腿、臀部、腰背部及腹部,感觉到心脏放松,心跳缓慢,头面部放松,从脚趾到头部比羽毛还轻,在身体放松的同时把所有的注意力集中到乐曲上。于每日17:00~19:00倾听1次,30 min/次,音量控制在40 dB左右,可根据患者耐受度微调,7 d为一个疗程,共干预12 d^[11]。

3 结果和随访

患者自觉胸闷胸痛症状明显好转,皮内针治疗期间依从性好,自理能力提高,患者已于2025年01月15日出院。出院后指导家属协助患者每日按摩内关穴2次(5 min/次),予患者定期电话随访并记录症状变化,随访结果示患者无胸闷、心痛发作,可适当进行行走,活动后无明显喘憋。

4 讨论

胸痹心痛病临床所见,多为本虚标实,随着病程长短不同,所表现的本虚、标实程度亦不同。标实多表现为,痰阻、血瘀,本虚多表现为气虚阴虚^[12]。根据中医经络学说,内关穴属于手厥阴心包经,位于前臂内侧,为心主别络,通达联络表里二经,故名内关。一说内,指内脏;关,指关隘。本穴为八脉交会阴维,阴维为病在脏,本穴擅治内脏疾患,故名内关^[13]。《针灸甲乙经》:“心澹澹而善惊恐,心悲,内关主之”,《备急千金要方》:“凡心实者,则心中暴痛,虚则心烦,惕然不能动,失智,内关主之”^[14],《针灸大成》:“主手中风热,失志,心痛,目赤,支满肘挛。实则心暴痛泻之,虚则头强补之。”针刺内关对冠心病心绞痛患者心功能及冠脉血流量呈现良好的调整作用,可有效地改善患者临床症状,改善冠脉供血减轻心肌缺血。针刺一般为毫针刺,但对操作手法和技术有一定要求,操作难度大,且针身较长,易引起患者恐惧心里,患者接受度低,而皮内针疗法是以特制的小型针具固定于腧穴的皮内或皮下,进行较长时间埋藏的一种方法,又称埋针疗法。本法可给穴位以持续刺激,减少反复针刺的麻烦,患者还可自己手压埋针以加强刺激。较之传统的毫针刺法,皮内

针具有其独特的优势^[15]。皮内针留针时间长,刺激温和,相比毫针刺法更易被老年患者接受,且持续刺激内关穴,可稳定改善冠脉供血。

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] 李赵陵,段练,李军. 温阳活血为主辨治冠心病介入术后心绞痛的体会[J]. 辽宁中医杂志, 2024, 51(10): 19-22.
- LI Z L, DUAN L, LI J. Experience of warming Yang and activating blood circulation in treatment of angina pectoris after coronary intervention [J]. Liaoning J Tradit Chin Med, 2024, 51(10): 19-22. (in Chinese)
- [2] 杜峰. 针刺治疗PCI术后心绞痛的临床疗效及作用机制研究[D]. 广州: 广州中医药大学, 2023.
- [3] 王凤,刘大胜,贾海骅,等. “单元式组合辨证分类法”诊疗胸痹心痛临证摘要[J]. 中国中医基础医学杂志, 2021, 27(7): 1129-1131.
- WANG F, LIU D S, JIA H H, et al. “Unit combined syndrome differentiation and classification” in diagnosis and treatment of chest Bi heart pain [J]. J Basic Chin Med, 2021, 27(7): 1129-1131. (in Chinese)
- [4] 霍燕,魏晓鹏,史会娟,等. 血府逐瘀汤治疗经皮冠状动脉介入术后心绞痛患者的临床研究[J]. 辽宁中医杂志, 2024, 51(8): 69-72.
- HUO Y, WEI X P, SHI H J, et al. Clinical research of Xuefu Zhuyu decoction in treatment of patients with angina pectoris after PCI [J]. Liaoning J Tradit Chin Med, 2024, 51(8): 69-72. (in Chinese)
- [5] 潘亚娟,薛明,王柯娜,等. 4种疼痛评估量表在房颤射频消融术患者中的应用比较[J]. 护理学杂志, 2024, 39(4): 29-32.
- PAN Y J, XUE M, WANG K N, et al. Comparison of different pain scales in pain assessment of patients receiving radiofrequency ablation for atrial fibrillation [J]. J Nurs Sci, 2024, 39(4): 29-32. (in Chinese)
- [6] 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)
- [7] 邹瑜聪,林炜明,周静,等. 非医疗专业护工使用Barthel指数评估脑卒中患者日常生活活动能力的可行性分析[J]. 中国医药导报, 2024, 21(13): 120-124.
- ZOU Y C, LIN W M, ZHOU J, et al. Feasibility analysis of non-medical caregivers using the Barthel index for scoring activities of daily living of stroke patients [J]. China Med Her, 2024, 21(13): 120-124. (in Chinese)
- [8] 中华医学会心血管病学分会心力衰竭学组,中国医师协会心力衰竭专业委员会,中华心血管病杂志编辑委员会. 中国心力衰竭诊断和治疗指南2018 [J]. 中华心血管病杂志, 2018, 46(10): 760-789.
- [9] 陈晓冬,修英. 穴位贴敷联合中医优质护理在胸痹心痛发作期的应用效果[J]. 光明中医, 2021, 36(3): 466-468.
- CHEN X D, XIU Y. Study on the significance of traditional Chinese medicine quality nursing combined with acupoint application on chest numbness and heartache in attack stage [J]. Guangming J Chin Med, 2021, 36(3): 466-468. (in Chinese)
- [11] 高静,弋新,吴晨曦,等. 子午流注择时五行音乐疗法在慢性心力衰竭焦虑患者中的应用效果[J]. 中华护理杂志, 2016, 51(4): 443-448.
- GAO J, YI X, WU C X, et al. Effect of midnight-noon ebb-flow of five-element music therapy on somnopathy among patients with chronic heart failure accompanied by anxiety [J]. Chin J Nurs, 2016, 51(4): 443-448. (in Chinese)
- [12] 李若琪,万砺,訾明杰,等. 不同针灸疗法治疗冠心病稳定型心绞痛的网状Meta分析[J]. 中国针灸, 2022, 42(12): 1431-1438.
- LI R Q, WAN L, ZI M J, et al. Stable angina pectoris of coronary heart disease treated with different acupuncture and moxibustion therapies: a network Meta-analysis [J]. Chin Acupunct Moxibustion, 2022, 42(12): 1431-1438. (in Chinese)
- [13] 崔丽琴,张向东. 胸痹心痛的中西医结合辨证施护[J]. 中国医药导报, 2008, 5(20): 88-89.
- CUI L Q, ZHANG X D. The integrated traditional Chinese and Western medicine approach to diagnosing and treating chest pain and heart discomfort. [J]. China Med Her, 2008, 5(20): 88-89. (in Chinese)
- [14] 郝爱丽,刘英,那红巍. 胸痹心痛病的中医护理进展[J]. 中国医药指南, 2021, 19(14): 15-16, 23.
- HAO A L, LIU Y, NA H W. Progress in TCM nursing

- ing of chest Bi and heart pain disease[J]. Guide China Med, 2021, 19(14): 15-16, 23. (in Chinese)
- [15] 马创, 魏甜, 田蓓, 等. 针刺内关穴改善稳定型心绞痛患者结局指标的 Meta 分析[J]. 上海护理, 2020, 20(9): 13-18.
- MA C, WEI T, TIAN B, et al. Meta-analysis on the effect of acupuncture at Neiguan point on the outcomes of patients with stable angina [J]. Shanghai Nurs, 2020, 20(9): 13-18. (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 4.0 BY-NC-ND)许可协议,作者可在其他媒体再次发表。