

DOI: 10.12209/CAIM202506290025

· 中西医结合临床案例 ·

双心护理联合手指操训练干预 1 例 PCI 术后患者的护理体会

朱晓藏, 王佳丽, 杨洁, 王萍萍, 王晓强, 韩明星

(北京中医药大学房山医院 心血管病科, 北京, 102400)

摘要: 本文报告 1 例冠心病经皮冠状动脉介入治疗(PCI)术后患者接受“双心护理”联合手指操训练的中西医结合护理经验。护理团队基于“双心医学”理念,分阶段实施认知行为干预、情绪管理和手指操训练等综合措施,有效改善患者生理功能、心理状态及代谢指标。患者术后恢复顺利,短期无胸痛复发,生活质量显著提高,并在术后 3 个月随访中保持稳定。本案例证实,融合中医情志调护与手指经络刺激的“双心—体感”模式,可协同改善 PCI 术后患者心身预后,为心脏康复提供新范式,需进一步开展多中心随机对照试验验证其普适性。

关键词: 双心护理; 经皮冠状动脉介入治疗; 手指操训练; 中西医结合护理

Nursing Experience of Dual-Heart Care Combined with Finger Exercise Training in a Post-PCI Patient

ZHU Xiaozang, WANG Jiali, YANG Jie, WANG Pingping,
WANG Xiaoqiang, HAN Mingxing(Department of Cardiovascular Diseases, Fangshan Hospital Beijing University of
Chinese Medicine, Beijing, 102400)

ABSTRACT: This case report presents an integrated Traditional Chinese and Western medicine nursing approach combining "Dual-Heart Care" with finger exercise training for a patient after percutaneous coronary intervention (PCI). Guided by the Dual-Heart Medical model, the nursing team implemented stage-specific interventions including cognitive-behavioral therapy, emotional regulation, and meridian-based finger exercises. These strategies significantly improved the patient's physiological function, psychological status, and metabolic indicators. The patient achieved uneventful recovery without recurrent angina during 3-month follow-up. This case demonstrates that the "Dual-Heart-Somatosensory" paradigm, integrating TCM emotional regulation with peripheral neuromodulation via finger exercises, can synergistically enhance post-PCI cardiopsychological outcomes. Further multicenter randomized controlled trials are warranted to verify its generalizability.

KEY WORDS: Dual-Heart care; percutaneous coronary intervention (PCI); finger exercise training; integrated traditional Chinese and Western medicine nursing

近年来,心血管疾病的发病率逐年递增,目前已成为我国居民的首要致死原因。经皮冠状动脉介入治疗(percutaneous coronary intervention, PCI)是缓解、治疗心血管疾病的优选方式,可改善心肌供血,迅速开通狭窄或阻塞的冠状动脉,挽救濒死心肌^[1]。PCI介入路径包括桡动脉(TRA)及股动脉路径,相较股动脉路径,TRA介入创伤更小,穿刺更方便,患者术后压迫时间更短、并发

症更少、不适感更轻,是患者行 PCI 的首选途径^[2]。但由于手术导致的应激反应以及围术期现有护理措施的局限性,导致患者术前术后出现焦虑、抑郁等不良情绪,加之术后卧床修养,心功能恢复缓慢,大大降低患者生命质量^[3]。因此,术后需寻求有效护理,以促进患者尽早康复,改善预后。目前,常规护理中护理人员主要根据如《美国心肺康复协会(AACVPR)心脏康复指南第六版》

收稿日期:2025-06-29

OPEN ACCESS

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

《冠心病患者心脏康复健康教育处方护理专家共识》等^[4-5]护理指南、医嘱实施相关护理服务,护理重点是帮助患者改善病情,患者心理护理需求未能获得良好满足。而双心护理为一种以双心医学为基础,同时涵盖心理健康、心血管健康护理的新型干预模式^[6],不仅强调关注患者的心血管疾病,并同时关注患者的精神心理问题,尊重患者的主观感受。而手指操运动以按、数、弹、握、爬为口诀,可调节术侧肢体血运,且操作简单,易被患者所接受^[7]。本文主要总结1例双心护理联合手指操训练在PCI术后的护理体会,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

患者男性,56岁,因“阵发性胸背痛半月余”于2025年01月05日14:22入院。主诉半月前无诱因出现活动后胸背痛,持续数分钟,休息可缓解,未规范诊治。入院症见:胸背痛反复发作,活动加重,纳可眠差,二便调。既往高血压病史4年(最高170/110 mm Hg,现用比索洛尔2.5 mg控制,1次/d);高尿酸血症及痛风5年(别嘌醇0.25 mg,1次/d);高脂血症未治疗。否认家族性心血管疾病史及传染病史。患者为办公室职员,长期久坐,饮食偏油腻,偶饮酒,否认吸烟史。2024年12月30日外院冠脉造影示“冠心病三支病变”(前降支中段90%狭窄,回旋支远段90%狭窄,右冠50%~60%狭窄),建议搭桥被拒。

1.2 查体

西医查体:体温(T)36.2℃,脉搏(P)68次/min,呼吸(R)20次/分,血压(BP)126/83 mm Hg;心肺听诊双肺呼吸音粗,未闻及啰音,心界不大,心率齐,无病理性杂音;腹部软,无压痛,双下肢无水肿;神经系统检查阴性。中医四诊:望诊:舌质暗红、苔白腻;闻诊:未闻及异常气味;问诊:胸痛如刺,固定不移;切诊:脉弦滑。专科查体:术后右桡动脉穿刺处肿胀Ⅲ级(周径差>2 cm),视觉模拟评分法(Visual Analogue Scale, VAS)评分为5分,桡动脉搏动减弱。

1.3 诊断

西医诊断:不稳定性心绞痛(冠脉三支病变),高血压3级(极高危),高尿酸血症,高脂血症;中医诊断:胸痹心痛(痰瘀阻络证)。辨证依据:①主症:胸痛如刺、舌暗脉弦;②次症:眠差、苔腻;③辅助检查:冠脉狭窄+舌下络脉迂曲(Ⅳ级)。

1.4 治疗

1.4.1 诊疗经过

患者于2024年12月27日经我院冠脉CTA检查示多支血管狭窄(前降支近中段中度狭窄,回旋支近段重度狭窄,右冠中远段重度狭窄);2024年12月30日于外院冠脉造影确诊“冠心病、三支病变”,但拒绝搭桥建议;2025年01月05日收入我院并于01月07日行冠脉造影+PCI术,术后出现右桡动脉区疼痛肿胀(VAS评分为5分,肿胀Ⅲ级),经梯度减压处理24 h内症状完全缓解。

1.4.2 治疗方案

西药治疗:采用抗血小板(阿司匹林肠溶片100 mg,1次/d+硫酸氢氯吡格雷片75 mg,1次/d)、调脂稳斑(阿托伐他汀钙片20 mg,1次/晚+依折麦布片10 mg,1次/d)、控制心率血压(富马酸比索洛尔片2.5 mg,1次/d)及降尿酸(别嘌醇缓释胶囊0.25 g,1次/d)联合用药方案。中医治疗:内服瓜蒌薤白半夏汤加減(含瓜蒌皮15 g、薤白10 g、法半夏9 g及丹参30 g等,1剂/d),配合膻中穴穴位贴敷治疗(丹参、川芎、瓜蒌皮及桂枝等药末调膏,每日贴敷4 h)。康复干预:术后6 h启动手指操训练,包括手指按摩、对指练习及虎口扩张,3次/d,15 min/次;实施肢体管理,动态监测桡动脉穿刺部位,术后2 h/4 h/6 h分阶段间歇减压;开展双心护理,包括认知干预、情绪管理(每日正念呼吸训练2次,10 min/次)及家庭参与(家属监督血压监测及用药依从性)。

1.4.3 治疗结果

术后24 h胸痛未再发作且右上肢功能完全恢复,NT-proBNP维持在正常参考值内,出院前中医证候积分下降40%;患者于2025年01月12日结束出院,总住院时长为7 d。

2 护理

2.1 护理评估

2.1.1 生理功能评估

术后肢体并发症量化监测:疼痛评估^[8]:采用视觉模拟评分法(VAS),动态记录术后0.5 h(5分,中度疼痛,显著影响舒适度,需药物干预)、2 h(4分,轻度疼痛,活动时明显不适)、4 h(2分)至拆止血器后1 h(0分,无痛,达到护理目标)的疼痛变化,重点关注桡动脉穿刺点放射痛性质(胀痛为主)与活动相关性。肿胀分级:依据专家共识^[9],按皮肤张力与周径差分为Ⅲ级(术后0.5 h周径较

健侧增加 >2 cm,重度肿胀,周径差 >2 cm,提示局部组织灌注严重不足),I级(术后4 h周径差 ≤ 0.5 cm,轻度肿胀,周径差 ≤ 0.5 cm,属可接受范围)。

生活能力评估:采用改良 Barthel 指数(Modified Barthel Index, MBI)评估术后上肢功能,术前评分95分(完全自理);术后6 h因右肢活动受限降至65分,中度功能缺陷,需协助完成穿衣等自理活动;24 h恢复至90分,轻度功能缺陷,仅个别活动需少量帮助。

2.1.2 心理社会评估

焦虑状态:使用焦虑自评量表(SAS)评估,术前得分62分,中度焦虑,表现为过度担忧、睡眠障碍,经干预后出院前降至48分,轻度焦虑,仍存治疗疑虑但可控。社会支持:患者家属对患者治疗表示支持,但患者对长期用药依从性存在担忧,反映药物认知偏差(常见误区),需强化用药教育。工作满意度:采用自制的护理满意度问卷以评估患者对护理工作的满意度,问卷的总分为10分,其中不满意为分数 <7 分,满意为分数7~8分,非常满意为分数 ≥ 9 分。

2.1.3 中医护理评估

四诊辨证评估:望诊:术后初期见暗红舌、白腻苔(痰瘀蕴结),干预5 d后转为淡红舌、薄白苔(痰瘀渐化),瘀血化散程度 $>50\%$ (舌色评分降幅显著);切诊:脉象由弦滑(痰瘀气滞)转为细滑(气血未充),主病从实证(痰瘀)转为虚实夹杂(气血未充);症状积分:参照既往研究^[10-11],胸痛频率评分由3分降为1分,眠差评分由2分降至1分。情志与体质辨识:七情问卷显示致病因素以“忧(45%)、惊(30%)”为主,对应中医“惊则气乱,忧则气郁”病机。

2.2 护理诊断

外周组织灌注无效(右桡动脉区域)与止血器持续性压迫致气血运行受阻、痰瘀阻络证相关,核心矛盾源于桡动脉并发症风险。急性疼痛(右上肢穿刺部位)与桡动脉血管创伤、止血器机械压迫导致局部气滞血瘀有关,属气滞血瘀证,首要问题体现为PCI术后桡动脉并发症风险(痰瘀阻络+止血器压迫)。有心绞痛再发的风险与冠脉三支病变基础及痰瘀未彻底化解相关,核心矛盾涉及患者治疗信心不足。有代谢紊乱的风险与高尿酸血症基础状态联用活血化瘀中药(含瓜蒌皮、丹参等)可能产生代谢交互作用有关,属潜在药物安全

性风险。自我照顾能力缺陷(穿衣/洗漱)与术侧上肢活动受限及气血运行失和相关,首要问题中止血器压迫加重功能受限。知识缺乏(冠心病长期管理及药物安全性)与健康信息认知偏差有关,潜在风险聚焦高尿酸血症患者使用活血类中药的代谢监测需求。焦虑与疾病预后不确定性、治疗决策冲突(拒绝搭桥—接受介入)及肝失疏泄相关,属肝郁气滞证,反映核心矛盾中的信心不足。

2.3 护理计划

2.3.1 首要目标

针对患者术后桡动脉区急性疼痛及重度肿胀(Ⅲ级,周径差 >2 cm),结合中医“气滞血瘀、痰瘀阻络”诊断,首要目标为恢复术侧肢体灌注并预防血管并发症。通过梯度减压与动态监测(术后2 h/4 h/6 h分阶段减压),预期术后24 h内肿胀降至I级(周径差 ≤ 0.5 cm)、桡动脉搏动恢复(超声血流速度 ≥ 20 cm/s),红外热成像示手厥阴心包经温差 $<1.2^{\circ}\text{C}$;长期目标为零桡动脉闭塞事件,舌下络脉分级由Ⅳ级(紫黑迂曲)转为Ⅱ级(淡红细络)。

2.3.2 关键目标

基于术后6 h右上肢活动受限及疼痛的气血阻滞病机,关键目标为控制急性疼痛并维持上肢功能。通过正念呼吸训练及间歇减压,预期术后6 h的VAS评分降至3分以下(轻度痛),24 h的VAS评分降至1分(微痛)且基本自理,同步逆转“不通则痛”病机(太冲穴压痛消失)。

2.3.3 功能恢复目标

针对术后6 h上肢自理缺陷及气血失和状态,目标为提升生活自理能力与心脏康复适应性。通过手指操训练(术后6 h启动,3次/d),预期术后48 h握力恢复率 $\geq 90\%$ (术前基线),MBI ≥ 95 分(完全自理);术后72 h六分钟步行距离 ≥ 350 m(较入院提升25%),中医筋络通畅度达标(手三阴经红外对称性 $>90\%$)。

2.3.4 心理支持目标

针对术前中度焦虑及“拒绝搭桥—接受介入”决策冲突(肝郁气滞证),目标为缓解决策矛盾性焦虑并增强治疗信心。通过家属参与及认知干预,预期出院前SAS ≤ 45 分(无临床焦虑)、“忧思”致病比例 $<20\%$,治疗信心评分 $\geq 8/10$ (视觉模拟),脉象由弦转平。

2.3.5 风险防控目标

基于冠心病三支病变、高尿酸血症及活血中

药联用风险,目标为预防心绞痛复发并规避代谢紊乱。通过监测尿酸及肝肾功能,预期住院期间零胸痛再发、血尿酸稳定 $<360\text{ }\mu\text{mol/L}$ (未新增降尿酸药),肝肾功能波动 $<$ 基线10%(ALT $<40\text{ U/L}$,Cr $<84\text{ }\mu\text{mol/L}$),中医证候积分 ≤ 3 分(胸痛频率0分)。

2.3.6 教育核心目标

针对患者“西药肝肾毒性”认知偏差及活血—尿酸代谢知识缺乏,目标为纠正健康误区并建立自我管理能力。通过用药安全教育,预期认知纠偏率100%(用药依从性=100%)、冠心病知识正确率 $\geq 85\%$,出院前独立完成手指操达标率100%,家庭血压日志完整率 $\geq 90\%$ 。

2.4 护理措施

基于护理质量评价标准及“双心医学”理论,本案例围手术期护理以时序管理为核心,分三个阶段实施,具体如下。

2.4.1 术前护理措施(入院至术前2 h)

患者入院后需同患者及其家属实施积极的、主动的沟通。在患者主动接受治疗的前提下营造出相对乐观和轻松的氛围,提升患者及家属对护理的信任程度。护理人员同患者沟通时需注意倾听,探查患者的心理承受能力、社会支持系统能力、家庭经济状况等,协助建立相互信任的、良好的护患关系,增加患者对护士的依赖感和信任度,提高护理配合度。

入院24 h内主管医生完成改良Allen试验^[12]、血管超声检查,结合中医切诊评估手太阴肺经/手少阴心经循行部位气血充盈度,综合两侧气血充盈度以及桡动脉充盈量和桡动脉搏动力度(术侧桡动脉搏动力度 $\geq$ 健侧80%为合格),综合选择拟穿刺桡动脉,为穿刺路径选择提供依据。同步监测活化凝血时间(ACT)及中医舌下络脉瘀斑变化。术前6 h启动“双心预康复”,采用冠心病解剖模型联合中医五行音乐疗法(角调疏肝曲目,30 min/次),降低术前焦虑(目标SAS评分 <50 分)^[13]。

2.4.2 术后过渡期护理措施(术后0~6 h)

术后即刻连接无线心电监测系统,前一小时内每15 min记录血压、心率变异性重点关注心率/脉律突变,术后即刻复查心电图。采取时相性减压方案,即术后2 h首次减压1/3(压力降至13~15psi),4 h减压至8~10psi,6 h完全解除,每次减压后观察患者术侧肢体的皮温皮色及有无皮下出血。

术后回到病房30 min开始手指操训练^[14],包含5组动作:①揉捏通络:健侧三指从术侧指尖至掌心顺序揉捏10~15次;②顺序屈伸:术侧握拳后从小指至拇指逐指伸展,再从拇指至小指逐指屈曲,循环10~15次;③弹击活络:拇指依次快速弹击其余四指指腹10~15次;④握放交替:掌心向上做握拳—伸展交替动作10~15次;⑤爬行促循:手指模拟爬行动作在平面移动20~30 cm,重复10~15次。以上5个步骤各循环做10~15次,3~5 min/次,直至加压止血器解除为止。嘱患者锻炼时动作轻柔、力度适中、速度均匀,避免加压止血器松动或移位,同时注意观察术侧肢体穿刺处有无出血、肿胀,患者有无疼痛等不适感觉。

2.4.3 术后恢复期护理措施(术后6 h至出院)

第一阶段(0~24 h):术后24 h内复查血常规、凝血功能、电解质、心肌三项及心肌酶;术后启动个体化营养支持,西医执行地中海饮食模式^[15],忌肥甘厚味,尽量多食用富含维生素和蛋白质等的食物;术后第1天监督绝对卧床休息,在床上展开被动关节运动。第二阶段(24~72 h):第2天在床上展开关节活动,在家属的协助下行日常护理,如擦浴、洗脸等;第3天在他人帮助下下床站立,做热身运动,在病房内慢速行走,在完全生活自理时可步行至其他区域。第三阶段(72 h后):调整为中速步行,在病房走廊中可以随时散步;在第6~7天时可上下楼梯,适当增加日常生活护理强度。针对于患者出院后的运动应遵循心脏病患者的运动康复原则,通过患者心功能和体力制定患者的运动处方,同时也要根据个人喜好选择对应的运动锻炼方式,同样遵循个性化及循序渐进的基本原则,运动强度根据患者自身心率、自我感知负荷程度等决定,若出现心慌、心绞痛等症状应立即停止活动。

2.4.4 延续护理期(出院后1~3月)

建立电子健康档案,每周远程监测中医证候积分(胸痛频率)与西医指标(家庭自测血压);出院1月时指导调整中药方剂中活血与扶正药物比例。针对患者“西药毒性”认知误区,运用中医“君臣佐使”理论解读双联抗血小板治疗的必要性(如将氯吡格雷类比为“破血逐瘀臣药”),向患者及家属讲解PCI术后是否合理用药与发生血管再狭窄等不良反应直接相关,合理用药对预防PCI术后心血管事件至关重要,还可同时预防胃肠道并发

症。药物管理的内容包括宣教相关药物知识、密切观察药物不良反应,向患者及家属讲解常用药物的用法、用量、作用及副作用,防止 PCI 患者术后不良心血管事件的风险,鼓励家属参与监督和学习,使患者能够做到科学合理用药,提高患者的药物管理效果。

2.4.5 外周组织灌注无效的干预措施:动态循环监测体系

参照专家共识^[9]建立四维评估模型,每小时记录:①周径差(健侧—患侧);②毛细血管再充盈时间(>3 s 为异常);③组织氧饱和度(Near-infrared spectroscopy, NIRS<90%)

2.4.6 急性疼痛的护理措施

术后 0.5 h 首次 VAS 评估后,根据评分分层干预:评分为 5 分时予洛索洛芬钠片 60 mg 口服(必要时);评分 2 分以下时以行为干预为主,包括正念呼吸训练(吸气 4 s—屏息 2 s—呼气 6 s,3 组/d)。所有镇痛措施实施后 30 min 复评 VAS,确保 24 h 内评分稳定≤2 分。

2.4.7 焦虑状态的护理措施

术后 2 h 内完成焦虑状态基线评估(SAS 评分 62 分),基于“双心护理”模式及中医“形神一体”理论,构建分阶段心理干预方案。第一阶段(术后 6~24 h)以急性应激疏导为核心:采用视频动画演示 PCI 手术效果,用通俗易懂的语言,向患者解释手术后可能出现的生理和心理变化,帮助其理解自身状态的正常性,从而减少不必要的焦虑。同步在膻中穴位行穴位贴敷,以“活血通络”。第二阶段(术后 24~72 h)侧重认知重构与情志平衡:引入五音疗法(角调音乐)^[16],于每日 15:00 播放 30 min,同时运用中医情志相胜法,指导家属在探视时采用“喜胜忧”策略,分享患者既往工作成就案例,冲淡其对预后的过度忧思。第三阶段(术后 72 h 至出院前):强化自我效能与社会支持,告知患者心脏健康与心理健康之间的关系,良好的心态可减轻心脏负担,大幅降低心脏病发病率和死亡率,督促患者家属对患者心理状态给予重视,鼓励患者家属多与患者进行交流,改善患者的心理状态,增强家庭支持力量,给予经济支持和精神陪伴,播放舒缓音乐缓解患者焦虑紧张的情绪,减轻患者的负性情绪。出院前 2 d 开展家庭协作工作坊,教授家属运用“耳穴按摩三步法”(揉心、肝、皮质下穴)协助患者缓解焦虑。

针对患者“拒绝搭桥—接受介入”的决策冲

突,术后 6 h 启动动机访谈技术,结合中医体质辨识结果(土形人易思虑过度),采用“利弊分析四象限法”引导其理性看待治疗选择。将西医血运重建利弊与中医“通补兼施”原则对照可视化(如支架“通瘀”速效性与中药“补虚”长期性互补)。为缓解“西药伤身”认知偏差,在术后 48 h 引入药食同源体验活动,指导患者配制“双心代茶饮”(丹参 5 g、玫瑰花 3 g 及茯苓 2 g),2 次/d,同步讲解阿司匹林与丹参“活血不同途、中西可相济”的作用机理,增强治疗依从性。

干预全程及时调整情志干预强度,出院前 1 d 采用改良版心脏病患者心理弹性量表评估,得分从入院时 42 分提升至 68 分,佐证“肝气调达—心脉通畅—情志平和”的干预逻辑闭环。

2.5 护理评价

生理功能:术后 24 h 术侧肢体肿胀分级从 III 级降至 I 级,VAS 评分从 5 分降至 1 分;术后 72 h 改良 Barthel 指数恢复至 92 分,握力恢复率达 85% (术前 95%)。心理状态:SAS 评分从 62 分(中度焦虑)降至出院前 36 分(正常范围),中医情志问卷显示“忧思”致病比例从 45% 降至 12%。代谢指标:血尿酸水平从入院未测值降至出院时 320 $\mu\text{mol/L}$ (未使用额外降尿酸药),术后一月复查 300 $\mu\text{mol/L}$,术后三个月复查 289 $\mu\text{mol/L}$,肝肾功能指标(ALT、Cr)保持正常范围。

3 结果和随访

3.1 临床结果与患者评价

客观疗效:术后 24 h 胸痛未再发,冠脉 CTA 复查(出院后 1 月)示支架通畅,未见新发狭窄。主观反馈:患者自述“手指操后手臂麻木明显减轻”“中药饮片口感可接受,尤其代茶饮有安心效果”,家属反馈“能清晰理解双抗治疗的必要性,不再自行减药”。

3.2 干预依从性与耐受性

依从率:手指操执行率 95%,中药汤剂服用依从性 100%,双联抗血小板治疗未出现漏服。

3.3 随访结果(出院后 3 月)

短期随访(1 月)未再出现胸痛症状,双抗药物未漏服,家庭自测血压达标率(<130/80 mm Hg)达 91%,中医证候积分维持 3 分(出院时水平);中期随访(3 月)LDL-C 控制于 1.8 mmol/L,尿酸稳定于 280~300 $\mu\text{mol/L}$,再住院率 0%,心绞痛复发率 0%。

4 讨论

本案例创新性构建基于时序管理的中西医结合护理框架,其核心价值体现在三方面:首先,将“双心护理”理论与中医气血流注节律深度整合,在关键时辰节点实施精准干预—如术前6 h角调音乐疏肝解郁(SAS评分从62分降至48分)、术后6 h启动手指操促进气血初通(肿胀24 h内消退),较常规护理显著提升时效性。其次,开创中西医协同的评估—干预闭环:动态循环监测体系(四维评估模型)与中医经络辨证(舌下络脉分级)相互印证,指导减压策略调整;疼痛管理中洛索洛芬钠与正念呼吸训练阶梯化应用,实现“西药速效镇痛—中医调气治本”的互补,使VAS评分24 h内稳定 ≤ 2 分。第三,突破文化适应瓶颈,运用中医“君臣佐使”理论解构双联抗血小板治疗(如氯吡格雷类比“破血逐瘀臣药”),配合药食同源代茶饮体验,彻底化解患者“西药伤身”认知偏差,用药依从性达100%。

与同类研究相比,本方案的差异化优势在于:①身一心一络多维干预:手指操设计融合经络理论(揉捏通络刺激手三阴经),较单纯关节活动更有效改善末梢循环(术后4 h肿胀分级从Ⅲ级降至Ⅰ级);②情志干预中医特色化:五音疗法角调疏肝(《草木青青》)联合“喜胜忧”情志相胜法,直接针对“土形人”忧思体质,心理弹性评分提升62%;③延续护理突出理论转化:家庭协作教授耳穴按摩(心/肝穴),将“肝气调达则心脉通”机理转化为居家可操作技能。未来研究需深入验证中医时辰药理在护理中的应用机制(如辰时服活血药的科学依据),并探索该模式对高尿酸血症等共病患者代谢交互的长期调控效应。

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] BHATT D L, LOPES R D, HARRINGTON R A. Diagnosis and treatment of acute coronary syndromes: a review [J]. JAMA, 2022, 327 (7): 662–675.
- [2] KOVACH C, BANERJEE S, WALDO S. Radial artery access for acute coronary syndromes; a review of current evidence [J]. Curr Cardiol Rep, 2022, 24 (4): 383–392.
- [3] 毛德楠. 早期心理护理干预对急性心肌梗死患者经皮冠状动脉介入术后心功能恢复的影响 [J]. 中外医药研究, 2025 (5): 144–146.
MAO D N. Effect of early psychological nursing intervention on cardiac function recovery in patients with acute myocardial infarction after percutaneous coronary intervention [J]. J Chin Foreign Med Pharm Res, 2025 (5): 144–146. (in Chinese)
- [4] 周明成, 洪怡. 《美国心肺康复协会(AACVPR)心脏康复指南第六版》关于科学运动与训练的更新要点 [J]. 实用心脑血管病杂志, 2021, 29 (6): 1–6.
ZHOU M C, HONG Y. Updated essentials of scientific exercise and training in the 6th edition of the guidelines for cardiac rehabilitation programs by American association of cardiovascular and pulmonary rehabilitation [J]. Pract J Card Cereb Pneumal Vasc Dis, 2021, 29 (6): 1–6. (in Chinese)
- [5] 北京护理学会心血管专业委员会. 冠心病患者心脏康复健康教育处方护理专家共识 [J]. 中华现代护理杂志, 2022, 28 (9): 1121–1127.
Beijing Nursing Association Cardiovascular Professional Committee. Expert Consensus on Prescriptive Nursing for Heart Rehabilitation Health Education for Patients with Coronary Heart Disease [J]. Chin J Mod Nurs, 2022, 28 (9): 1121–1127. (in Chinese)
- [6] 汤煜琼, 王竹. 基于双心护理模式的心脏康复护理对PCI术后患者焦虑、抑郁与心功能的影响 [J]. 中国医药指南, 2024, 22 (33): 21–24.
TANG Y Q, WANG Z. The impact of cardiac rehabilitation nursing based on the dual heart nursing model on anxiety, depression, and cardiac function in patients after PCI surgery [J]. Guide China Med, 2024, 22 (33): 21–24. (in Chinese)
- [7] 陈祎慧, 彭莹, 程婷, 等. 手指操在经桡动脉冠状动脉介入术后患者中的应用效果 Meta 分析 [J]. 南昌大学学报(医学版), 2024, 64 (4): 75–81, 92.
CHEN Y H, PENG Y, CHENG T, et al. Effectiveness of finger exercises in patients after transradial coronary intervention: a meta-analysis [J]. J Nanchang Univ Med Sci, 2024, 64 (4): 75–81, 92. (in Chinese)
- [8] 王顺星, 徐超, 尚磊, 等. 简明疼痛量表在疼痛评估中的应用 [J]. 河北医药, 2024, 46 (21): 3322–3328.
WANG S X, XU C, SHANG L, et al. Application of concise pain scale in pain assessment [J]. Hebei

- Med J, 2024, 46(21): 3322–3328. (in Chinese)
- [9] 李鹏飞, 张珈晨, 郑瑞鹏, 等. 进展期肝癌 TACE 动脉插管: 经股动脉/左远桡动脉入路对照评价[J]. 中国实验诊断学, 2024, 28(4): 426–428.
LI P F, ZHANG J C, ZHENG R P, et al. TACE arterial catheterization for advanced hepatocellular carcinoma: a comparative evaluation through femoral artery/left distal radial artery approach [J]. Chin J Lab Diagn, 2024, 28(4): 426–428. (in Chinese)
- [10] 宋雨晴, 符德玉, 周训杰, 等. 中医药防治 PCI 术后冠状动脉微循环障碍的研究进展[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2025, 23(2): 233–237.
SONG Y Q, FU D Y, ZHOU X J, et al. Research progress on prevention and treatment of coronary microvascular dysfunction after PCI by traditional Chinese medicine [J]. Chin J Integr Med Cardio Cerebrovasc Dis, 2025, 23(2): 233–237. (in Chinese)
- [11] 闫志如, 魏会玉, 张淑萍, 等. 中医优质护理在胸痹心痛发作期患者中的应用效果[J]. 中国民康医学, 2025, 37(2): 162–164.
YAN Z R, WEI H Y, ZHANG S P, et al. Application effects of high-quality nursing of traditional Chinese medicine in patients with chest pain during the attack period [J]. Med J Chin People's Health, 2025, 37(2): 162–164. (in Chinese)
- [12] 甄严杰, 侯倩, 石杉杉, 等. 指脉氧监测下的 Allen 试验与经典 Allen 试验的一致性研究[J]. 护理研究, 2023, 37(9): 1636–1639.
ZHEN Y J, HOU Q, SHI S S, et al. Research on consistency between Allen's test under pulse oxygen monitoring and classical Allen's test [J]. Chin Nurs Res, 2023, 37(9): 1636–1639. (in Chinese)
- [13] 陈莱芬, 崔松, 贾美君, 等. 高血压伴焦虑状态的中医病机及其诊疗进展[J]. 世界中医药, 2023, 18(20): 2993–2997, 3003.
CHEN M F, CUI S, JIA M J, et al. Traditional Chinese medicine pathogenesis, diagnosis, and treatment of hypertension complicated with anxiety [J]. World Chin Med, 2023, 18(20): 2993–2997, 3003. (in Chinese)
- [14] 贺莅奥, 贺麟惠, 张娟, 等. 基于微视频的“四步手指操”联合非阻塞性桡动脉压迫止血在 TRI 术后患者中的应用效果[J]. 重庆医学, 2025, 54(1): 262–267.
HE L A, HE L H, ZHANG J, et al. Application effect of “four-step finger exercise” combined with non-obstructive radial artery compression hemostasis based on micro-video in patients after TRI operation [J]. Chongqing Med J, 2025, 54(1): 262–267. (in Chinese)
- [15] 张倩, 肖莉, 郭畅, 等. 地中海饮食模式和急性非 ST 段抬高型心肌梗死发生风险的关系研究[J]. 中国医药, 2024, 19(1): 1–5.
ZHANG Q, XIAO L, GUO C, et al. A study on the relationship between Mediterranean dietary pattern and the risk of acute non-ST-segment elevation myocardial infarction [J]. China Med, 2024, 19(1): 1–5. (in Chinese)
- [16] 张金, 林毅晴. 穴位敷贴联合角调五音疗法对老年高血压患者血压水平、心理状态和生活质量的影响[J]. 心血管病防治知识, 2024, 14(5): 82–84, 88.
ZHANG J, LIN Y Q. Effect of acupoint application combined with angular tone therapy on blood pressure level, psychological state and quality of life of elderly hypertensive patients [J]. Prev Treat Cardiovasc Dis, 2024, 14(5): 82–84, 88. (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。