

DOI: 10.12209/CAIM202509170004

· 中西医结合临床案例 ·

皮内针联合八段锦治疗 1 例冠心病搭桥术后患者的中西医康复护理报告

常 瑜, 郝晓倩

(北京市大兴区中西医结合医院 心内科, 北京, 102600)

摘要: 本研究针对 1 例冠状动脉旁路移植术(CABG)后患者,创新性整合皮内针疗法、八段锦训练与西医基础护理构成多维度康复方案。通过标准化评估(PSQI 睡眠指数、HAMA 焦虑量表及 NYHA 心功能分级)发现,患者术后存在显著睡眠障碍(PSQI 评分 15 分)、中度焦虑(HAMA 评分 25 分)及心功能Ⅲ级受限。经系统干预后,睡眠质量显著改善(PSQI 评分降至 9 分),焦虑状态缓解(HAMA 评分降至 10 分),心功能分级提升至Ⅱ级,伴随症状如肢体麻木完全缓解。结果表明,该方案通过皮内针调节自主神经张力、八段锦改善心肺适应性、西医护理控制风险因素的协同作用,有效突破传统康复瓶颈。

关键词: 中西医康复护理; 冠心病搭桥术后; 睡眠质量; 心功能

Report on the Rehabilitation Nursing of a Patient with Coronary Heart Disease After Coronary Artery Bypass Graft Surgery Using Subcutaneous Needles Combined with Baduanjin Exercises

CHANG Yu, HAO Xiaoqian

(Department of Cardiology, Beijing Daxing Integrated Traditional Chinese and Western Medicine Hospital, Beijing, 102600)

ABSTRACT: This study innovatively integrated intradermal needle therapy, Qigong training, and basic Western medical care to form a multi-dimensional rehabilitation plan for a patient after coronary artery bypass grafting (CABG). Through standardized evaluations (PSQI sleep index, HAMA anxiety scale, and NYHA cardiac function classification), it was found that the patient had significant sleep disorders (PSQI = 15 points), moderate anxiety (HAMA = 25 points), and cardiac function restricted to grade III. After systematic intervention, sleep quality significantly improved (PSQI dropped to 9 points), anxiety was relieved (HAMA dropped to 10 points), cardiac function was improved to grade II, and symptoms such as numbness in the limbs were completely resolved. The results indicate that this plan, through the synergistic effect of intradermal needle regulation of autonomic nerve tension, Qigong improvement of cardiopulmonary adaptability, and Western medical care control of risk factors, effectively breaks through the traditional rehabilitation bottleneck.

KEY WORDS: integrated traditional and Western rehabilitation nursing; post-CABG coronary heart disease; sleep quality; cardiac function

随着我国人口老龄化加速,冠心病(CHD)已成为重大公共卫生问题。冠状动脉旁路移植术(CABG)作为治疗复杂CHD病变(如多支血管狭窄、左主干病变)的金标准术式,虽能有效改善心肌血供,但其开胸操作导致的创伤性应激反应可

引发系列并发症:包括胸部疼痛(发生率38.7%)、呼吸功能受限(FEV1平均下降25%)、心律失常(术后72h内发生率约15%~30%)等,甚至可能诱发急性心脑血管事件或多器官功能障碍。研究表明,约40%的CABG术后患者存在持续性睡眠

收稿日期:2025-09-17

OPEN ACCESS

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

障碍(PSQI ≥ 10 分)和焦虑情绪(HAMA ≥ 14 分),显著影响康复进程^[1-3]。

当前西医康复护理虽能通过早期活动、呼吸训练等改善生理功能,但对情志障碍和亚临床症状(如肢体麻木)干预有限。中医特色技术如皮内针(通过持续穴位刺激调节自主神经张力)和八段锦(通过低强度有氧运动提升心肺适应性)在慢性病管理中已证实可降低炎症指标(IL-6下降35%)并提高生活质量评分(SF-36提升20分)^[2]。本研究通过整合两种中医干预手段与西医基础护理,对1例CABG术后患者实施多模态康复,系统评估其对心功能(NYHA分级)、睡眠质量(PSQI)、焦虑状态(HAMA)及肢体症状的改善效果,旨在为术后综合康复提供循证依据。

1 临床资料

1.1 一般资料

患者女性,65岁,主因“3 d前于外院行冠脉搭桥术,术后持续胸闷、气短”于2024年11月01日入我院心内科治疗。主诉症状:站立后头晕,轻微活动后心慌、气短加重,休息后缓解;伴阵发性汗出、咳嗽由以夜间明显,咳白色黏痰,不易咳出;左侧肘关节下尺侧、左手无名指及小指麻木;双下肢轻度水肿;口干,睡眠差,每日睡眠时间不足4 h。既往史:2型糖尿病病史10年,长期规律服用降糖药物,空腹血糖控制在7.0~8.5 mmol/L;高脂血症病史10年,服用他汀类药物,血脂未达标;吸烟40余年,累计吸烟800支/年,无饮酒史;否认食物、药物过敏史。

1.2 查体

1.2.1 体格检查

生命体征:体温(T)36.2℃,脉搏(P)81次/min,呼吸(R)18次/min,血压(BP)102/65 mm Hg;神志清,精神差,营养中等;胸骨正中可见术后手术切口(长约15 cm),切口未拆线,局部无红肿、渗液;双肺呼吸音粗,未闻及明显干湿啰音;心音低钝,律齐,各瓣膜听诊区未闻及病理性杂音;腹平软,无压痛、反跳痛;双下肢轻度凹陷性水肿;左侧肘关节下尺侧皮肤触觉减退,左手无名指、小指麻木。

1.2.2 专科检查

心电图:窦性心律,未见明显ST-T异常。心功能分级:依据纽约心脏协会(NYHA)分级标准,评为Ⅲ级。心脏超声(2024年10月29日外院):左房前后径39.1 mm、上下径44 mm、左右径

36.3 mm,左室舒张末径52.3 mm;节段性室壁运动异常(左室前壁、侧壁运动减弱);主肺动脉及右肺动脉内径增宽;三尖瓣轻度反流;左心室射血分数(LVEF)37%,提示左心功能减低。肺部CT(2024年10月29日外院):双上肺肺气肿伴肺大泡,慢性支气管炎,左上肺支气管扩张,双肺局部肺组织膨胀不全。神经超声(2024年11月02日我院):左侧肘管近端尺侧神经内径增宽(0.4 cm,正常 < 0.3 cm),神经回声增强,提示尺神经肿胀。

1.2.3 中医四诊

望诊:神志清,面色淡白,舌暗淡红、边有齿痕,苔白腻;闻诊:言语清晰,呼吸稍促,无特殊气味,情绪急躁,易烦躁;问诊:胸闷、心慌反复发作,夜间尤甚,入睡困难(平均入睡时间 > 1 h),多梦易醒(每晚醒3~4次),醒后头晕、烦躁,大便溏(2~3次/d),小便量可,口干不欲饮;切诊:脉沉细无力。

1.3 诊断

中医诊断:胸痹心痛病(气虚血瘀证)。本病例呈现典型气虚血瘀证候群:①气虚表现为神疲乏力、气短声低、脉沉细弱,符合“心阳不足”之本虚病机;②血瘀表现为胸胁闷痛、肢体麻木、舌质紫暗,反映CABG术后“经络瘀阻”的标实病理。病机关键为“因虚致瘀”,手术创伤加重气虚耗伤,形成“气虚推动无力—血瘀络阻—津液输布失常”的恶性循环,继而引发心神失养(失眠焦虑)、脾失健运(便溏齿痕)等兼证。治疗需把握“心—小肠经别相通”理论,通过神门、后溪等穴配伍调节气血,结合八段锦“调息导引”改善气化功能。

西医诊断:①冠状动脉粥样硬化性心脏病(CABG术后状态,NYHAⅢ级,LVEF37%);②左侧尺神经损伤(与术中体位相关);③慢性呼吸系统疾病(双上肺肺气肿伴大泡、支气管扩张、慢性支气管炎);④代谢综合征(2型糖尿病、高脂血症)。该诊断体系体现“心血管—神经—呼吸—代谢”多系统交互影响的病理特点,其中心功能不全与尺神经损伤为术后直接相关并发症,而基础疾病(糖尿病等)构成二次损伤风险因素。

1.4 治疗

西医基础治疗采用多靶点药物干预策略:①心血管保护方面,联合应用阿司匹林(100 mg,1次/d)与替格瑞洛(90 mg,2次/d)双联抗血小板,配合美托洛尔(12.5 mg,2次/d)控制心率,沙库巴曲缬沙坦(50 mg,2次/d)逆转心室重构;②代谢调控通过二甲双胍(0.5 g,2次/d)联合胰岛素强化

血糖管理,瑞舒伐他汀(10 mg,1次/晚)调节血脂;③对症治疗包括呋塞米(20 mg,1次/d)减轻容量负荷,氨溴索(30 mg,3次/d)改善呼吸道功能,曲美他嗪(35 mg,2次/d)优化心肌能量代谢。

中西医康复护理实施动态阶梯化干预:术后早期(第3~6天)患者体力受限阶段,采用皮内针联合坐式八段锦训练,通过持续72 h的穴位刺激调节自主神经功能,配合“双手托天”等改良动作维持胸廓活动度;恢复期(第7~28天)过渡至皮内针结合渐进式运动康复,同步开展认知行为疗法缓解术后焦虑。

2 护理

2.1 护理评估

2.1.1 一般状况评估

患者Barthel指数评分为85分(总分100分),属生活自理范畴,但在活动(如上下楼梯、长距离行走)时仍需辅助。Morse跌倒风险评估得分为50分(临界值>45分),因术后头晕、肢体乏力及使用助行器被判定为跌倒高风险,需实施防跌倒措施(如床边护栏、陪护协助)。

2.1.2 心理与睡眠评估

睡眠障碍:PSQI量表总分21分(满分21分),表现为入睡困难(>60 min)、睡眠碎片化(夜间觉醒≥3次)及日间功能障碍,符合重度失眠诊断^[4];焦虑状态:HAMA评分28分(临界值21~29分),以紧张、躯体性焦虑(心悸、出汗)为主要表现,需心理干预联合放松训练。

2.1.3 症状与功能评估

疼痛管理:胸骨切口NRS评分4分(中度疼痛),活动时加重,但未影响基础自理能力,建议阶梯镇痛;神经功能:左侧尺神经支配区触觉评分2分(轻度减退),表现为对细微触觉辨识力下降,未影响抓握等日常功能;心肺功能:NYHA分级Ⅲ级(6MWD 270 m,显著低于同龄预期值);Borg气促评分3分(轻微活动后气短);结合LVEF 37%,提示需严格控制运动强度。

2.1.4 社会支持与治疗风险

患者家属参与度高,能协助完成康复训练及ADL护理;经筛查符合皮内针治疗指征(无皮肤/凝血异常),运动耐受性评估允许低强度康复(心电监护下进行)。

2.2 护理诊断

慢性疼痛(胸骨切口处)与CABG术后手术

创伤有关;活动无耐力与心功能不全、肢体乏力有关,易诱发跌倒;肢体感觉异常(左侧肘关节下尺侧及左手无名指、小指麻木):与左侧尺神经损伤(术后压迫或炎症)有关;睡眠型态紊乱(重度失眠):与疼痛、焦虑、胸闷有关;焦虑(明显焦虑):与担心术后恢复、疾病预后有关;心输出量减少:与左心功能减低(LVEF 37%)、泵血功能下降有关;气体交换受损(呼吸困难):与肺气肿、肺大泡、肺组织膨胀不全有关,影响肺通气与换气功能。

2.3 护理计划与目标

2.3.1 护理计划

术后早期(入院第1~6天):进行疼痛管理、睡眠干预、皮内针治疗及床上康复运动;康复中期(入院第7~20天):逐步增加八段锦运动时长,开展室内步行训练,强化心理疏导;出院前期(入院第21~27天):调整运动强度至室外活动,完善出院指导。

2.3.2 护理目标

疼痛控制:出院前胸骨切口疼痛评分降至0~1分;活动能力:六分钟步行距离从270 m提升至350 m以上,无跌倒发生;肢体症状:左侧肢体麻木减轻,左手小指触觉评分提升至3分以上;睡眠与焦虑:PSQI评分降至10分以下,HAMA评分降至10分以下;心功能与呼吸:心功能改善至NYHAⅡ级,Borg(气促)评分降至1分以下;出院准备:患者及家属掌握用药、康复运动及应急处理知识,能独立完成居家护理。

2.4 护理措施

2.4.1 常规护理

2.4.1.1 病情监测

每日监测生命体征,记录胸闷、气短发作次数;予患者心电监护,观察心率、心律变化。

2.4.1.2 疼痛管理

患者中度疼痛时,遵医嘱予布洛芬缓释胶囊口服;采用“呼吸放松法”缓解疼痛,保持切口敷料清洁干燥,避免牵拉切口。

2.4.1.3 饮食护理

遵循“低盐、低脂、低糖、高蛋白”原则,避免辛辣、生冷食物;每日饮水1500~2000 mL,多食膳食纤维改善大便溏;糖尿病饮食控制总热量,少食多餐,避免餐后血糖骤升。

2.4.1.4 睡眠护理

协助患者调整床头角度(术后早期以30~45°半卧位为宜,避免压迫胸骨切口),使用柔软透气的纯棉枕套与被单;若患者因心功能问题出现

夜间胸闷,可在其背部垫软枕支撑,或指导采用右侧卧位(减轻心脏负担),提升睡眠舒适度。

固定作息:晨间照护与日间活动时间为7:00~12:30;每日晨间7:00准时协助患者翻身,翻身时动作轻柔缓慢,避免牵拉胸骨切口或左侧肘关节,翻身后检查受压部位皮肤状态(如有无发红、压痕);随后协助患者完成洗漱,若患者肢体活动受限,可使用温毛巾擦拭面部、手部,刷牙时采用软毛牙刷,动作轻柔以减少不适。

洗漱后先协助患者在床边坐起,坐起时予背部支撑(如放置靠垫),观察5~10 min,确认患者无头晕、乏力等不适后,再引导其进行缓慢行走。行走初始阶段以病房内短距离(如绕床1~2圈)为主,速度控制在20~30步/min,每日可根据患者耐受度逐渐增加行走时长与范围,活动过程中密切关注患者是否出现疼痛(尤其是胸骨切口处)或肢体不适,若疼痛评分超过4分需立即停止活动并休息。

午间休憩管理,时间固定在12:30~13:00;12:30前协助患者完成午餐后简单活动(如缓慢散步5 min),避免餐后立即躺下;随后为患者营造安静舒适的休憩环境,拉上窗帘减少光线干扰,调暗室内灯光,关闭手机等电子设备声音。严格控制小憩时长在30 min左右,避免超过1 h,若患者入睡后超过40 min未醒,可轻声呼唤或轻拍肩部唤醒,防止过长午睡打乱夜间睡眠节律;休憩期间每隔15 min观察一次患者呼吸、面色,确保睡眠姿势舒适(如避免左侧肘关节受压),若患者出现多梦、惊醒等情况,及时记录并调整休憩环境。

21:00后进行晚间睡前准备,21:00后彻底停止所有可能刺激神经、影响睡眠的活动,如使用手机刷视频等。睡前1 h内避免与患者谈论易引发焦虑、紧张的话题(如病情进展、治疗压力),可通过缓慢按摩手部(避开左侧肘关节不适部位)帮助患者放松情绪;检查床上用品是否平整(无褶皱、异物),确保患者入睡时体位舒适,减少因环境不适导致的睡眠中断。

2.4.1.5 跌倒防护

床头悬挂“跌倒高风险”标识,协助患者起身三部曲原则,床栏拉起,病房地面保持干燥,避免障碍物,患者穿防滑鞋,随身携带呼叫器。

2.4.1.6 心理疏导

每日与患者沟通15~20 min,倾听其顾虑;用“成功案例”增强信心,指导家属给予情感支持,缓解焦虑情绪。

2.4.2 中医特色护理

2.4.2.1 皮内针

取穴依据:结合“心—小肠相表里”病机,选取心经(少府、神门)、小肠经(少海、后溪、支正、小海、肩贞)穴位,疏通经络、调和气血,缓解肢体麻木与胸闷。其中,少府缓解心悸、胸闷;神门宁心安神,改善睡眠与焦虑;少海、小海、支正、后溪及肩贞疏通上肢经络,减轻尺神经区域麻木。

操作方法:①皮肤消毒:用75%乙醇棉球擦拭穴位局部皮肤;②埋针:选用0.25 mm×4 mm皮内针,沿经络走向平刺刺入皮下(深度0.3~0.5 cm),针柄贴于皮肤,用胶布固定;③按压刺激:埋针后每日按压3~5次,3~5 min/次,力度以患者感“酸胀而不痛”为宜;④埋针周期:每3 d更换1次穴位(左右侧交替),避免同一部位长期刺激导致皮肤损伤,共治疗27 d。

注意事项:①埋针期间观察皮肤情况,若出现胶布过敏,及时更换为防过敏胶布;②告知患者避免埋针部位沾水,防止感染;③若出现局部疼痛加剧或麻木感加重,立即取下皮内针并告知护士。

2.4.2.2 八段锦康复运动

运动原则:全程在心电监护或护士陪同下进行,避免过度劳累。阶段1:坐式八段锦(入院第3~6天,术后早期体力较弱时);体位:取半坐卧位(床头抬高45~60°),背后垫软枕支撑;动作选择:选取“两手托天理三焦”“左右开弓似射雕”及“调理脾胃须单举”3个简单动作;运动强度:5~10 min/次,1~2次/d,动作缓慢,配合深呼吸。

阶段2:坐式转立式八段锦(入院第7~20天,体力逐步恢复后);体位:先坐式完成5 min,再在护士协助下站立,过渡至立式;动作增加:在阶段1基础上,增加“五劳七伤往后瞧”“摇头摆尾去心火”2个动作;运动强度:15~20 min/次,2次/d,站立时观察有无头晕。

阶段3:立式八段锦+步行训练(入院第21~27天,出院前期);八段锦:完整完成8个动作,动作幅度逐步加大;联合步行:八段锦后,在室外缓慢步行(速度30~40 m/min),10~15 min/次,2次/d;运动强度:20~30 min/次,2~3次/d,运动后心率控制在<100次/min。

注意事项:①运动前测量血压、心率(血压<140/90 mm Hg,心率60~80次/min时开始);②若运动中出现胸闷、气短、胸痛或心率>100次/min,立即停止并休息;③避免在饭后1 h内运动。

2.5 护理评价

采用“入院时—入院第3天—入院第6天—出院时”4个时间节点,从身体机能、心理状态及运动能力3方面进行评价,具体结果如表1所示。

表1 疗效评估

评估项目	入院时	入院第3天	入院第6天	出院时
BI/分	85	/	/	100
Morse/分	50	45	40	30
PSQI/分	21	15	14	9
HAMA/分	28	25	15	10
NRS/分	4	4	3	0
肢体麻木/分	2	2	3	4
NYHA/级	Ⅲ级	Ⅲ级	Ⅱ级	Ⅱ级
Borg Scale/分	3	3	2	1
六分钟步行试验/min	270	290	350	370

3 结果与随访

3.1 治疗结果

患者经27 d中西医康复护理干预后,达到以下康复效果:症状改善:胸闷、气短、咳嗽及双下肢水肿完全消失,胸骨切口愈合良好,左侧肘关节下尺侧麻木基本缓解,仅左手小指残留轻微麻木感;功能提升:生活自理能力提升,跌倒风险降低;指标达标:PSQI评分9分、HAMA评分10分、NYHA分级Ⅱ级、LVEF提升至42%、空腹血糖控制在6.5~7.5 mmol/L、血脂(LDL-C)降至2.6 mmol/L。

3.2 随访

随访时间:出院后1个月(2024年12月28日)及3个月(2025年2月28日)进行电话随访+门诊复查。1个月随访:患者无胸闷、心慌发作,左手小指麻木感消失,坚持每日早晚各做1次立式八段锦(20 min/次),未发生跌倒;复查LVEF43%,血糖、血脂控制稳定。3个月随访:患者可独立完成日常活动,六分钟步行距离达400 m,PSQI评分7分,HAMA评分6分;复查心脏超声提示左房前后径36 mm(恢复正常),三尖瓣反流减轻,无新增并发症。

4 讨论

4.1 临床背景与现状

当前冠心病搭桥术(CABG)后康复以西医基础治疗(抗血小板、 β 受体阻滞剂等)联合运动训练为主,虽能改善心功能(如LVEF提升5%~10%),但存在以下局限:对术后常见症状(失眠、

焦虑、肢体麻木)干预不足;传统运动方案(如步行训练)与患者术后体力、心功能适配性差,易诱发心律失常等风险^[5-6]。中西医结合康复为此提供新思路,即基于“心—小肠相表里”理论,通过心经(神门)、小肠经(后溪)穴位配伍调节气血;八段锦的“调息导引”特性可安全提升运动耐量(6MWD增加35~50 m),其动作可分级(坐式→立式→行进式)适配康复阶段^[7]。

4.2 本病例的优势与局限性

优势:病程适配性干预,分三阶段动态调整,即术后早期(1~6 d)以皮内针(内关、膻中)+坐式八段锦为主,规避运动风险^[8];中期(7~20 d)过渡至立式八段锦+室内步行(200 m/d递增);后期(21~27 d)结合室外活动,实现“低风险—渐进性—功能强化”的康复路径^[9]。中西医协同机制:西医控制基础疾病(如替格瑞洛预防支架内血栓),中医针对性改善症状^[10]。局限性:样本代表性不足:单病例结果可能受个体差异影响(如年龄、合并症),需多中心RCT验证(建议后续研究纳入NYHAⅡ~Ⅳ级患者);长期数据缺失:3个月随访虽显示心功能稳定(NYHAⅡ级),但缺乏5年再入院率、死亡率等终点指标。

4.3 临床价值

标准化路径探索:明确“评估—干预—调整”闭环流程,填补中西医结合护理操作细节空白;卫生经济学效益:患者住院时间缩短,随访期未发生再入院,有效降低医疗成本。中医护理技术(皮内针、八段锦)在术后康复中体现独特价值:无创性适合虚弱患者,通过“经络—神经—免疫”网络多靶点调节。未来研究需关注开发智能化评估工具(如可穿戴设备监测八段锦动作标准度),建立风险预测模型(整合LVEF、Borg评分等指标)。

5 结论

本案例构建的“分阶段—多模态”中西医结合康复方案,通过早期(中医症状管理)、中期(功能训练)及后期(社区延伸)三阶段干预,实现以下突破:症状缓解率提升,运动安全性保障,患者依从性优化。该方案虽仅基于单病例,但其核心经验(如分阶段干预、中西医互补、风险全程防控)可为同类术后患者的康复护理提供实践参考,为中医护理技术在外科术后康复领域的推广奠定基础,对提升患者术后生活质量、降低医疗负担具有重要意义。

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] 徐静. 基于循证理念的心脏康复综合管理在冠状动脉搭桥术后患者中的应用[J]. 当代护士(下旬刊), 2024, 31(7): 63-68.
XU J. The application of comprehensive management based on evidence-based principles in cardiac rehabilitation for patients after coronary artery bypass graft surgery [J]. Mod Nurse, 2024, 31(7): 63-68. (in Chinese)
- [2] 洪雪娇, 陈联发, 王朝阳, 等. 八段锦在冠心病心功能不全患者康复中的作用研究进展[J]. 中国中西医结合杂志, 2020, 40(1): 121-124.
HONG X J, CHEN L F, WANG Z Y, et al. Research progress of Baduanjin in rehabilitation of patients with coronary heart disease with cardiac insufficiency [J]. Chin J Integr Tradit West Med, 2020, 40(1): 121-124. (in Chinese)
- [3] 李晓琴, 杨淑荣, 殷妹. 基于MORSE跌倒评估量表评估结果的分级护理干预在老年患者安全管理中的应用效果分析[J]. 中国社区医师, 2023, 39(31): 150-152.
LI X Q, YANG S R, YIN M. Analysis of the application effect of hierarchical nursing intervention based on the results of the MORSE falls assessment scale in the safety management of elderly patients [J]. Chin Community Dr, 2023, 39(31): 150-152. (in Chinese)
- [4] 路宽, 吕国臣, 何宴, 等. 中医联合经颅磁刺激治疗失眠症对匹兹堡睡眠质量指数的影响[J]. 辽宁中医杂志, 2021, 48(5): 81-84.
LU K, LYU G C, HE Y, et al. Clinical effect observation of traditional Chinese medicine combined with transcranial magnetic stimulation in treatment of insomnia and its effect on PSQI [J]. Liaoning J Tradit Chin Med, 2021, 48(5): 81-84. (in Chinese)
- [5] 廖倩如. IKAP模式护理干预对冠脉搭桥术后患者干预依从性及负面情绪的影响[J]. 心血管病防治知识, 2024, 14(20): 64-66, 74.
LIAO Q R. The impact of IKAP model nursing intervention on the intervention compliance and negative emotions of patients after coronary artery bypass graft surgery [J]. Prev Treat Cardiovasc Dis, 2024, 14(20): 64-66, 74. (in Chinese)
- [6] 李艳鑫, 何慧, 王玉伟, 等. FTS护理在冠脉搭桥手术患者围手术期中的应用效果[J]. 河南医学研究, 2024, 33(14): 2661-2665.
LI Y X, HE H, WANG Y W, et al. Application effect of cardiac rehabilitation nursing under FTS concept in perioperative period of patients undergoing coronary artery bypass grafting surgery [J]. Henan Med Res, 2024, 33(14): 2661-2665. (in Chinese)
- [7] 郑昭红. 叙事医学模式下心理干预联合医护一体化早期康复护理对冠心病冠脉搭桥术患者生活质量恢复的影响[J]. 心血管病防治知识, 2024, 14(7): 71-73, 77.
ZHENG Z H. The impact of psychological intervention combined with integrated medical care and early rehabilitation nursing in the narrative medicine model on the recovery of quality of life in patients undergoing coronary artery bypass grafting for coronary heart disease [J]. Prev Treat Cardiovasc Dis, 2024, 14(7): 71-73, 77. (in Chinese)
- [8] 刘昕, 黎明华. 针灸联合八段锦对冠心病心力衰竭患者运动康复及生活质量的影响[J]. 中外医学研究, 2024, 22(4): 1-4.
LIU X, LI M H. Effect of acupuncture combined with Baduanjin on exercise rehabilitation and quality of life in patients with coronary heart disease and heart failure [J]. Chin Foreign Med Res, 2024, 22(4): 1-4. (in Chinese)
- [9] 徐俊华, 贾慧宇, 李术伟, 等. 丹红注射液对急性心肌梗死PCI术后气虚血瘀患者炎症因子及氧化应激反应的影响[J]. 现代中西医结合杂志, 2025, 34(3): 357-361.
XU J H, JIA H Y, LI S W, et al. The influence of Danhong Injection on inflammatory factors and oxidative stress responses in patients with qi deficiency and blood stasis after PCI for acute myocardial infarction [J]. Mod J Integr Tradit Chin West Med, 2025, 34(3): 357-361. (in Chinese)
- [10] 张李萍. 常规疗法基础上加用温针灸与血府逐瘀汤治疗冠心病心绞痛的疗效观察[J]. 贵州医药, 2022, 46(3): 417-418.
ZHANG L P. Observation on the Therapeutic Effect of Adding Warm Acupuncture and Xuefu Zhuyu Decoction to Conventional Therapy for Coronary Heart Disease and Angina Pectoris [J]. Guizhou Med J, 2022, 46(3): 417-418. (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。