

1 例慢性心功能不全急性加重患者的中西医结合护理

安 然

(首都医科大学附属北京中医医院 急诊科, 北京, 100010)

摘要: 本文探讨 1 例慢性心功能不全急性加重患者的中西医结合护理体会。在完善护理评估的基础上, 通过中医辨证施护, 对患者喘憋、气促、心悸等症状实施针对性干预措施, 包括穴位贴敷、耳穴压豆等中医护理技术, 同时配合病情观察、生活起居及饮食指导等常规护理。干预后, 患者喘憋、气促、心悸及汗出症状明显减轻, 生活质量得到提高, 各项身体指标恢复正常。

关键词: 慢性心功能不全急性加重; 中西医结合护理; 穴位贴敷; 耳穴压豆

Integrated Traditional Chinese and Western Medicine Nursing for a Patient with Acute Exacerbation of Chronic Heart Failure

AN Ran

(Department of Emergency, Beijing Hospital of Traditional Chinese Medicine Affiliated to
Capital Medical University, Beijing, 100010)

ABSTRACT: This paper discusses the experience of integrated traditional Chinese and Western medicine nursing for a patient with acute exacerbation of chronic heart failure. Based on a comprehensive nursing assessment, targeted intervention measures were implemented for the patient's symptoms such as shortness of breath, shortness of breath, palpitations, etc., including traditional Chinese medicine nursing techniques such as acupoint application and auricular point pressing. At the same time, routine nursing such as condition observation, daily life and diet guidance was also provided. After the intervention, the patient's symptoms of shortness of breath, shortness of breath, palpitations and sweating were significantly relieved, the quality of life was improved, and all physical indicators returned to normal.

KEY WORDS: acute exacerbation of chronic heart failure; integrated traditional Chinese and Western medicine nursing; acupoint application; auricular point pressing

慢性心功能不全(chronic cardiac insufficiency)出现症状时称为慢性心力衰竭(chronic heart failure, CHF), 根据《中国心力衰竭诊断和治疗指南 2022》, 是多种心脏器质性病变的终末结局。该病主要由心脏功能性或结构性疾病导致心室射血分数降低及心室充盈压升高, 具有较高的发病率和死亡率, 已成为全球健康负担, 且常合并多种疾病, 随着病情进展, 疾病恶化程度加重, 临床死亡风险增加^[1-2]。

急性加重期是指病情稳定的患者在短时间内出现症状和/或体征恶化, 引起心功能急剧下降。因此, 慢性心功能不全急性加重期患者需及时采

取高效干预措施, 控制病情进展, 改善预后, 降低死亡率^[3]。慢性心功能不全是临床常见的心血管疾病, 严重影响患者的生活质量和预后; 急性加重期对患者健康构成严重威胁, 需医护人员密切关注和精心护理。本文回顾科室收治的 1 例慢性心功能不全急性加重患者的治疗护理经过, 现将护理体会总结如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

患者男性, 67 岁, 因“胸闷喘憋伴下肢水肿 1 月余, 加重 1 d”于 2025 年 07 月 30 日收入院。入

院症状:喘憋气促,心悸汗出,难以平卧,夜间尤甚,双下肢水肿,纳可,眠差,二便调。既往史:高尿酸血症 13 年余,曾口服碳酸氢钠片降尿酸治疗,复查正常后停药;高血压病史 12 年,曾口服苯磺酸氨氯地平片 5 mg 降压,1 次/d,后因耳鸣、脑鸣停药,未规律监测血压;2019 年 06 月患急性脑梗死(右侧基底节、放射冠急性梗塞),2019 年 08 月于我院行全脑 DSA+右椎动脉支架植入术,术后口服阿司匹林联合氯吡格雷双联抗血小板聚集治疗,遗留左手活动欠灵活,后因牙龈出血停用双抗治疗;高脂血症 6 年余,曾口服匹伐他汀 1 mg 降脂稳斑,1 次/晚,后自行停药。吸烟史 20 余年,平均 10 支/d,已戒烟 20 年;少量饮酒 10 余年,最多约 1 两白酒,已戒酒 8 年。过敏史:否认药物及食物过敏史。

1.2 查体与辅助检查

心电图示窦性心律,未见明显 ST-T 改变;床旁超声心动图示左室前壁、室间隔节段性室壁运动异常,左房增大,二尖瓣少—中量反流,主动脉瓣、三尖瓣少量反流,左心室舒张功能降低,左心室射血分数(LVEF)正常低限,轻度肺动脉高压。心梗五项:肌钙蛋白 I(cTnI)1.26 ng/mL,肌酸激酶同工酶(CK-MB)3.13 ng/mL,肌红蛋白(Myo)37.9 ng/mL,B 型钠尿肽(BNP)777.2 pg/mL,D-二聚体(D-D)0.28 mg/L;吸氧状态下血气分析:pH 7.483,二氧化碳分压(PCO₂)28.5 mm Hg,氧分压(PO₂)59.5 mm Hg,血氧饱和度(SO₂)90.3%,剩余碱(BE)-1.3 mmol/L,碳酸氢根(HCO₃⁻)20.9 mmol/L,血钾(K⁺)3.17 mmol/L。

1.3 诊断

中医四诊:望:急性面容,体型适中,表情痛苦;闻:语音清晰,无异常气味;问:纳可,眠差,小便量少,大便正常,1 次/d;切:舌体胖大、质红、苔白腻,脉滑数。中医诊断:心水病;中医辨证:气虚水停证;辨证依据:心气亏虚,心脉鼓动无力,卫气不固则见心悸、汗出、喘憋气促;气虚无力运化水湿,水饮内停、泛溢肌肤则见双下肢水肿、按之凹陷不起;舌体胖大、质红、苔白腻为气虚水湿内蕴之象,脉滑数为水饮内阻之征。西医诊断:慢性心功能不全急性加重。

1.4 治疗与护理

完善血常规、肝肾功能等相关检查,定期复查心肌酶、心电图及 BNP,动态评估心功能变化。予利尿、强心、扩冠治疗,喘憋伴血氧偏低时,予无

创呼吸机辅助通气以改善氧合。予呋塞米 20 mg 静脉注射联合呋塞米 20 mg 持续泵入以利尿,硝酸异山梨酯 50 mg 持续泵入以扩冠;评估后予阿司匹林联合氯吡格雷抗血小板聚集,阿托伐他汀钙片降脂稳斑,沙库巴曲缬沙坦钠片(诺欣妥)改善心功能,雷贝拉唑钠肠溶胶囊抑酸护胃。予益气利水中药汤剂(含生黄芪、太子参等 16 味药材)水煎,1 剂/d,100 mL 温服,2 次/d。取心俞、膻中穴行穴位贴敷以理气通阳;取心、三焦、神门等耳穴行耳穴压豆以调节脏腑、宁心安神。2025 年 08 月 07 日患者未诉明显胸闷喘憋、心悸汗出等不适,由一级护理改为二级护理;患者于 2025 年 08 月 08 日病情好转出院。

2 护理

2.1 护理评估

2.1.1 一般评估

①基础生命体征监测:定时测量血压、心率、呼吸及血氧饱和度。②液体平衡评估:准确记录 24 h 出入液量。③心力衰竭症状评估:密切观察患者是否存在呼吸困难、端坐呼吸、夜间阵发性呼吸困难等症状。④用药效果与不良反应评估:观察喘憋、胸闷等症状缓解情况及心功能相关指标稳定趋势;不良反应监测包括电解质失衡、低血压、心律失常等,同时观察抗血小板药物出血风险,及时发现异常并干预。⑤心理状态初步评估:主动与患者沟通,观察其情绪状态,倾听其对病情、治疗的顾虑及需求。

2.1.2 量表评估

①心功能分级量表—纽约心脏病协会(NYHA)心功能分级量表^[4],I 级表患有心脏病,日常活动量不受限制,一般活动不引起乏力、呼吸困难、心悸、胸闷等心力衰竭症状;II 级表患有心脏病,体力活动轻度受限,休息时无自觉症状,日常活动即可出现乏力、呼吸困难、心悸、胸闷等心力衰竭症状,休息后迅速缓解;III 级表患有心脏病,体力活动明显受限,休息时无症状,低于日常活动量即出现乏力、呼吸困难、心悸、胸闷等心力衰竭症状,休息较长时间后方可缓解;IV 级表患有心脏病,不能从事任何体力活动,休息状态下仍存在乏力、呼吸困难、心悸、胸闷等心力衰竭症状,体力活动后症状加重。入院时患者喘憋持续不缓解,血氧饱和度偏低,不能从事任何体力活动,休息状态下仍有喘憋症状,评估为 NYHA 心功能 IV 级。

②生活质量评估量表—明尼苏达心力衰竭生活质量量表(Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire, MLHFQ)^[5],量表共21个条目,每个条目按“0分(无影响)~5分(极度影响)”评分,总分0~105分,总分越高提示心力衰竭对患者生活质量影响越大。0~20分:生活质量良好,心力衰竭对日常活动、情绪无明显影响;21~40分:生活质量轻度受损,心力衰竭对部分日常活动有轻微影响;41~60分:生活质量中度受损,心力衰竭明显限制日常活动,伴随情绪波动;61~105分:生活质量重度受损,心力衰竭严重影响日常活动,情绪状态差。入院时患者因喘憋无法正常活动,生活自理能力受影响,量表评分为65分,提示生活质量重度受损。

③焦虑评估量表—广泛性焦虑障碍量表(Generalized Anxiety Disorder Scale, GAD-7)^[6],量表共7个条目,每个条目按“完全没有(0分)、有些日子(1分)、一半以上天数(2分)、几乎每天(3分)”评分,总分0~21分,根据总分划分焦虑程度。0~4分:无焦虑或轻度焦虑,无需特殊干预,予常规心理疏导即可;5~9分:中度焦虑,需加强心理疏导,定期随访情绪变化;10~21分:重度焦虑,需联合心理科会诊,制定针对性干预方案。入院时患者病情较重,症状明显(喘憋、心悸,不能平卧),对治疗效果及预后存在顾虑,情绪紧张,量表评分为8分,提示中度焦虑。

2.2 护理诊断

①气体交换受损:与急性加重期肺淤血、肺水肿导致肺通气/换气功能障碍有关,表现为喘憋气促、呼吸困难、难以平卧、血氧饱和度降低。②心输出量不足:与心肌收缩力减弱、心脏前负荷增加有关,表现为心悸、汗出。③体液过多:与心功能急剧下降导致体循环淤血、水钠潴留有关,表现为双下肢水肿。④焦虑:与急性加重期症状突发且严重、担心病情恶化有关,表现为情绪紧张、对治疗效果及预后存在顾虑。⑤潜在并发症:电解质紊乱(与利尿剂使用有关)。

2.3 护理计划

针对患者存在的症状及护理诊断,制定如下护理计划:配合医生实施合理氧疗、利尿、强心、扩冠治疗,改善患者喘憋、水肿、心悸等症状;运用穴位贴敷、耳穴压豆等中医特色护理技术调节脏腑功能;开展早期康复指导,逐步提高患者活动能力与生活质量;实施中医情志护理联合心理干预,倾

听患者诉求,增强其战胜疾病的信心,减轻焦虑情绪。

2.4 护理措施

2.4.1 病情观察

①生命体征:心率:持续心电监护,警惕房颤、室速等心律失常,心率波动异常时及时记录;血压:每15 min测量1次,关注收缩压(SBP)<90 mm Hg(提示低灌注)或>180 mm Hg(警惕高血压危象);血氧:持续监测,维持血氧饱和度(SpO₂)≥90%,异常时结合血气分析调整氧疗方案;呼吸:观察呼吸频率及深度,识别端坐呼吸、夜间阵发性呼吸困难等症状。

②症状体征:心衰症状:观察呼吸困难程度,警惕咳粉红色泡沫痰;体液潴留:每日测量体重、腹围及双下肢腿围;全身表现:监测疲劳乏力、心悸胸闷、活动耐力骤降等情况。

③辅助检查(动态追踪):实验室指标:监测BNP/NT-proBNP(评估心衰严重程度)、电解质(预防心律失常)、血肌酐、心肌酶谱(监测肾功能及心肌损伤情况);影像/功能检查:胸部X线或肺部超声(评估肺淤血程度)、超声心动图(动态评估心功能)。

2.4.2 生活起居护理

保持室内空气清新,维持适宜温湿度(温度18~22℃,湿度50%~60%),避免烟尘等刺激性气味,严禁吸烟;保证病室环境清洁整齐,指导患者建立健康生活方式,做到起居有常、劳逸适度,保持良好精神状态。避免劳累、饱餐、情绪激动、寒冷、便秘及感染等诱发因素;急性发作期绝对卧床休息,缓解期适当进行快步走、太极拳或八段锦等锻炼,以不感疲劳为度。双下肢水肿时适当抬高患肢30~45°,定时更换体位,保持皮肤清洁干燥,预防压疮。

2.4.3 饮食护理

予低盐(每日钠盐<5 g)、低脂、低胆固醇、高维生素、易消化的清淡饮食,如新鲜蔬菜水果、洋葱、木耳、芹菜及玉米等;忌生冷、油腻之品,少量多餐,避免过饱,禁烟酒。宜食冬瓜、玉米须、薏苡仁与绿豆等利水渗湿食品,限制钠盐摄入,增加富含膳食纤维食物(如燕麦、芹菜)以保持大便通畅。

2.4.4 用药护理

遵医嘱予呋塞米20 mg静脉注射联合20 mg持续泵入利尿,硝酸异山梨酯50 mg持续泵入扩冠;医生评估后予阿司匹林肠溶片100 mg+硫酸

氢氯吡格雷片(波立维)75 mg 口服,1次/d,抗血小板聚集,阿托伐他汀钙片20 mg 口服,1次/晚,降脂稳斑,沙库巴曲缬沙坦钠片(诺欣妥)100 mg 口服,2次/d,改善心功能,雷贝拉唑肠溶片20 mg 口服,1次/d,抑酸护胃。指导患者掌握药物疗效、剂量、用法、时间及不良反应观察要点。

中药汤剂:结合患者症状及舌脉,病属心水病,四诊合参,辨证属气虚水停证,治以益气利水,方药如下:生黄芪30 g、太子参20 g、蜜桑白皮15 g、防己15 g、葶苈子15 g、玄参15 g、水红花子6 g、大枣6 g、麦冬15 g、醋五味子6 g、冬瓜皮15 g、土鳖虫3 g、制水蛭3 g、降香10 g、炙甘草10 g及酒当归15 g。1剂/d,水煎温服,100 mL/次,2次/d。指导患者中药汤剂宜温服,服药后观察寒热、汗出及症状变化。

2.4.5 气道管理

予鼻导管吸氧与无创呼吸机交替使用,鼻导管吸氧流量3 L/min;呼吸机模式:S/T,参数设置:吸气压力(IPAP)10 cmH₂O,呼气压力(EPAP)4 cmH₂O,呼吸频率(F)12次/min,吸入氧浓度(FiO₂)40%。指导患者有效咳嗽(深吸气后屏气3 s,用力咳出痰液),无力排痰者予拍背排痰(空心掌从下往上、从外往内叩击背部)。

2.4.6 情志护理

加强与患者及家属的沟通,建立信任关系;动态观察和评估患者心理状态,通过健康宣教向患者及家属介绍疾病知识,准确解答疑问,帮助患者正确认识病情,树立治疗信心。

2.4.7 中医特色护理

根据辨证予患者中医特色护理,包括穴位贴敷(心俞、膻中穴)及耳穴压豆(心、三焦、神门、交感、肝、脾穴),以调节脏腑功能。

2.4.7.1 穴位贴敷

目的:调节心肺功能、疏通经络气血,辅助缓解胸闷喘憋、心悸等心衰症状。具体操作:取丹参粉、黄芪粉、冰片按5:3:1比例混合,用生理盐水调成糊状;取心俞穴(背部,第5胸椎棘突下,旁开1.5寸)、膻中穴(胸前区,横平第4肋间隙,前正中线上),生理盐水清洁穴位后敷贴固定。贴敷时间:4~6 h/次,期间每2 h查看皮肤有无红肿、瘙痒;频率:1次/d,7~10 d为一个疗程。

2.4.7.2 耳穴压豆

目的:调节脏腑功能、疏通经络气血,辅助改善胸闷喘憋、心悸失眠及焦虑情绪。具体操作:生

理盐水清洁耳廓,将王不留行籽贴中心对准穴位固定,轻轻按压3~5 s。每日按压3~4次,每穴按压10~15 s(以自觉酸胀无疼痛为宜),避免用力抠揉耳廓;取下后温水擦拭耳廓,观察皮肤情况。频率:1次/d,5~7 d为一个疗程。穴位定位:心穴:耳甲腔正中凹陷处(耳轮脚消失处与对耳轮下脚内侧缘之间的中心区域);三焦穴:耳甲腔底部,耳轮脚下方偏外侧(心穴与肺穴之间);神门穴:三角窝后1/3处(三角窝内靠近耳尖方向的凹陷处);交感穴:对耳轮下脚末端与耳轮内侧缘交界处;肝穴:耳甲艇后下部(耳甲艇内靠近对耳轮上脚的下方区域);脾穴:耳甲腔后上部,耳轮脚上方偏外侧(肝穴与心穴之间)。

2.4.8 出院指导

嘱患者注意四时气候变化,随气温增减衣被,防寒保暖,避免外邪侵袭;保证充足休息,加强营养,饮食有节,忌肥甘、辛辣、过咸之品。适当进行散步、慢跑、太极拳、保健操等有氧运动,活动量循序渐进、量力而行,以不引起胸闷、憋气、心悸为宜。指导患者及家属学习慢性心力衰竭及原发病知识,掌握自我监测病情方法,避免诱因(如感染、劳累),防止复发。注意调节情志,保持乐观情绪,解除顾虑及烦恼。

3 结果和随访

在为期9 d的中西医综合护理干预期间,患者喘憋气促、心悸汗出较前明显改善,双下肢水肿明显减轻,体力活动逐渐恢复;NYHA 心功能改善至I级,MLHFQ评分为18分;经对症治疗缓解病情、护理人员心理疏导及安慰支持后,患者心态积极乐观,GAD-7评分为3分。患者出院后2周门诊复查,询问患者有无喘憋气促、心悸汗出、双下肢水肿等情况,患者诉症状基本消失,近期未再出现,日常生活能力明显改善,对治疗效果满意。

4 讨论

慢性心功能不全急性加重往往迅速引发心力衰竭(简称心衰)症状,心衰通常被视为心血管疾病发展的严重阶段及终点^[7]。据《2022年中国心血管健康报告》显示,国内心血管疾病患者总数已达3.3亿,慢性心功能障碍患者数目达890万^[8]。慢性心功能不全(chronic cardiac insufficiency, CCI)是由多种原因引起心肌损伤、心室功能下降的疾病,表现为呼吸困难、乏力和液体潴留^[9]。主

要由于各种因素导致心肌收缩力降低,心脏前向性排血减少,血液瘀滞于肺循环和体循环,出现呼吸困难、气短乏力及心悸怔忡^[10-12]。随着我国社会老龄化进程加快,慢性心功能不全的发病率呈上升趋势,其疾病相关经济负担及患者家庭心理负担已成为不可忽视的社会问题。

中医护理理念强调以人为本,注重整体观念和辨证施护。穴位贴敷是常用的中医外用干预方法,通过对疾病相应穴位进行药物贴敷,可改善临床症状,减轻病痛^[13]。本例患者入院时喘憋气促、心悸汗出、眠差,予中药穴位贴敷治疗。该疗法在中医基础理论指导下,将中药制成膏状敷于体表穴位,通过药物持续刺激穴位,作用于全身经络脏腑,达到疏通经络、调和气血、扶正祛邪的目的^[14]。耳穴压豆是利用王不留行籽贴压耳部特定穴位,贴压心、三焦、神门、交感、肝、脾穴可通经活络,减轻血脉瘀阻所致的心痛不适,调节交感神经及气血流动;每日按压刺激穴位,通过经络传导奏养血生脉、平衡阴阳、活血化瘀之效^[15]。穴位贴敷和耳穴压豆作为中医特色疗法,具有作用持久、耐受性好、无毒副作用的特点,在发挥疗效的同时对机体无刺激性^[16]。本例患者通过中西医综合护理干预,结合多项中医特色护理技术及饮食调护、情志护理、用药指导等措施,喘憋气促、心悸症状明显减轻,对中医治疗及护理的满意度显著提升。

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] MCDONAGH T, METRA M. 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure [J]. Russ J Cardiol, 2023, 28 (1): 5168.
- [2] 秦少强, 张占帅, 石金铮, 等. 沙库巴曲缬沙坦治疗老年慢性心功能不全的疗效及机制研究[J]. 实用老年医学, 2021, 35(8): 837-839, 848.
QIN S Q, ZHANG Z S, SHI J Z, et al. Study on the efficacy and mechanism of sacubitril valsartan in the treatment of elderly patients with chronic heart failure [J]. Pract Geriatr, 2021, 35 (8): 837-839, 848. (in Chinese)
- [3] 侯修敏, 张银妆, 匡圆圆, 等. 2013—2016年湘雅医院心力衰竭住院患者的病因、诊治特点及预后影响因素[J]. 临床与病理杂志, 2018, 38 (3): 538-546.
- [4] HOU X M, ZHANG Y Z, KUANG Y Y, et al. Etiology, treatment and prognostic factors in patients with heart failure in Xiangya Hospital from 2013 to 2016[J]. Int J Pathol Clin Med, 2018, 38(3): 538-546. (in Chinese)
- [5] ADAMO M, GARDNER R S, MCDONAGH T A, et al. The 'Ten Commandments' of the 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure [J]. Eur Heart J, 2022, 43 (6): 440-441.
- [6] 闫海慧, 张艳. 心力衰竭中西医结合临床研究现状[J]. 辽宁中医药大学学报, 2025, 27(6): 14-19.
YAN H H, ZHANG Y. Current research status of clinical treatment of heart failure using traditional Chinese and western medicine [J]. J Liaoning Univ Tradit Chin Med, 2025, 27 (6): 14-19. (in Chinese)
- [7] SPITZER R L, KROENKE K, WILLIAMS J B W, et al. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7 [J]. Arch Intern Med, 2006, 166(10): 1092-1097.
- [8] 中华医学会心血管病学分会, 中国医师协会心血管内科医师分会, 中国医师协会心力衰竭专业委员会, 等. 中国心力衰竭诊断和治疗指南 2024[J]. 中华心血管病杂志, 2024, 52(3): 235-275.
Chinese Society of Cardiology, Chinese Medical Association, Cardiovascular Physician Branch, Chinese Medical Doctor Association, Heart Failure Professional Committee, Chinese Medical Doctor Association, et al. Chinese guidelines for the diagnosis and treatment of heart failure 2024[J]. Chin J Cardiol, 2024, 52(3): 235-275. (in Chinese)
- [9] 刘明波, 何新叶, 杨晓红, 等. 《中国心血管健康与疾病报告 2024》要点解读[J]. 中国心血管杂志, 2025, 30(4): 384-399.
LIU M B, HE X Y, YANG X H, et al. Interpretation of report on cardiovascular health and diseases in China 2024 [J]. Chin J Cardiovasc Med, 2025, 30 (4): 384-399. (in Chinese)
- [10] 张颖微, 邱慈桂, 蔡华. 景天生脉饮治疗气阴两虚型慢性心功能不全临床疗效观察[J]. 现代诊断与治疗, 2021, 32(17): 2703-2705.
ZHANG Y W, QIU C G, CAI H. Clinical observation on Jingtian Shengmai decoction in treating chronic heart failure with deficiency of both qi and Yin [J]. Mod Diagn Treat, 2021, 32 (17): 2703-2705. (in Chinese)

- [10] 陈慧玲, 王淑东. 跨理论模型联合健康教育对慢性心力衰竭患者自理能力的影响[J]. 中国健康教育, 2020, 36(3): 278-281.
CHEN H L, WANG S D. Effect of transtheoretical model on self-care ability among patients with chronic heart failure [J]. Chin J Health Educ, 2020, 36(3): 278-281. (in Chinese)
- [11] 彭丽阁, 周宸, 周海霞, 等. 慢性阻塞性肺疾病急性加重住院患者院内死亡危险因素分析[J]. 中华医学杂志, 2021, 101(48): 3932-3937.
PENG L G, ZHOU C, ZHOU H X, et al. Risk factors associated with in-hospital mortality in hospitalized patients with acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease: a multicenter retrospective study [J]. Natl Med J China, 2021, 101(48): 3932-3937. (in Chinese)
- [12] 中国康复医学会心血管病预防与康复专业委员会. 慢性心力衰竭心脏康复中国专家共识[J]. 中华内科杂志, 2020, 59(12): 942-952.
Chinese Society of Rehabilitation Medicine, Section of Cardiovascular Disease Prevention and Rehabilitation. Expert consensus on cardiac rehabilitation for chronic heart failure in China [J]. Chin J Intern Med, 2020, 59(12): 942-952. (in Chinese)
- [13] 周佩夏, 许方慧, 徐非凡, 等. 基于中医经络理论“通经宣肺操”在慢性阻塞性肺疾病稳定期患者中的应用研究[J]. 现代中西医结合杂志, 2024, 33(20): 2908-2911.
ZHOU P X, XU F H, XU F F, et al. Study on the application of “dredging meridians and dispersing lung exercises” based on the meridian theory of traditional Chinese medicine in patients with chronic obstructive pulmonary disease in stable stage [J]. Mod J Integr Tradit Chin West Med, 2024, 33(20): 2908-2911. (in Chinese)
- [14] 高改地, 李军, 何庆勇, 等. 理气活血滴丸治疗冠心病稳定型心绞痛的有效性和安全性研究[J]. 中国循证心血管医学杂志, 2020, 12(1): 62-66.
GAO G D, LI J, HE Q Y, et al. Effectiveness and safety of Regulating-qi Activating-blood Gutta Pills in treatment of stable angina pectoris of coronary heart disease [J]. Chin J Evid Bases Cardiovasc Med, 2020, 12(1): 62-66. (in Chinese)
- [15] 沈娟, 雷志蕊, 潘磊, 等. 穴位贴敷在胸痹心痛患者中的应用效果[J]. 中华现代护理杂志, 2018, 24(21): 2564-2567.
SHEN J, LEI Z R, PAN L, et al. Effects of acupoint application in patients with chest stuffiness and pain [J]. Chin J Mod Nurs, 2018, 24(21): 2564-2567. (in Chinese)
- [16] 何德英, 张秋, 孙文, 等. 宁心通痹汤联合穴位贴敷治疗冠心病不稳定型心绞痛临床观察[J]. 中国中医急症, 2020, 29(3): 504-507.
HE D Y, ZHANG Q, SUN W, et al. Clinical observation of ningxin Tongbi decoction combined with acupoint application on unstable angina of coronary heart disease [J]. J Emerg Tradit Chin Med, 2020, 29(3): 504-507. (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。