

DOI: 10.12209/CAIM202605190006

· 中西医结合临床案例 ·

1 例急性下壁右室心梗 IABP 辅助 PCI 术后合并 上消化道出血患者的分层中医护理体会

杨昱琦, 张芳芳, 亢丽娟

(首都医科大学附属北京中医医院 心血管科, 北京, 100010)

摘要: 本文总结 1 例急性下壁右室心梗 IABP 辅助 PCI 术后合并上消化道出血患者的分层中医护理实践。基于患者病情特点, 护理团队实施严密循环监护、出血监测与管控、抗凝止血平衡管理、多管路精细化维护及并发症预防; 针对卧床与出血双重禁忌, 采用分层中医特色护理干预。经系统干预, 患者出血停止、循环稳定且心功能逐步恢复, 顺利康复出院。

关键词: 急性下壁右室心肌梗死; IABP; 急诊 PCI; 上消化道出血; 分层中医护理; 便秘预防

Stratified Traditional Chinese Medicine Nursing Experience for a Patient with Acute Inferior and Right Ventricular Myocardial Infarction Complicated by Upper Gastrointestinal Bleeding Following IABP-Assisted PCI: A Case Report

YANG Yuqi, ZHANG Fangfang, KANG Lijuan

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

ABSTRACT: This article summarizes the stratified traditional Chinese medicine (TCM) nursing practice for a patient with acute inferior wall and right ventricular myocardial infarction complicated by upper gastrointestinal bleeding following intra-aortic balloon pump (IABP)-assisted emergency percutaneous coronary intervention (PCI). Based on the patient's clinical characteristics, the nursing team implemented rigorous hemodynamic monitoring, bleeding surveillance and control, balanced management of anticoagulation and hemostasis, meticulous maintenance of multiple catheters, and prevention of complications. In view of the dual contraindications of bed rest and active bleeding, stratified TCM-specific nursing interventions were applied. Following systematic intervention, the patient's bleeding ceased, hemodynamic status stabilized, and cardiac function gradually recovered, leading to a successful recovery and discharge.

KEY WORDS: acute inferior wall and right ventricular myocardial infarction; intra-aortic balloon pump (IABP); emergency percutaneous coronary intervention; upper gastrointestinal bleeding; stratified Traditional Chinese Medicine nursing; constipation prevention

急性下壁右室心肌梗死起病急、病情凶险, 易合并多种危重并发症, 临床常需 IABP(主动脉内球囊反搏术)循环支持联合急诊 PCI(经皮冠状动脉介入治疗), 但术后抗凝治疗易诱发上消化道出血, 增加护理复杂性^[1]。此类患者兼具心系急危重症与脾胃血证双重病机, 分层中医护理可有效规避护理禁忌、调和脏腑气血^[2]。本文报道 1 例有胃溃疡病史的 39 岁急性下壁右室心肌梗死患者,

该患者行 IABP 辅助 PCI 术后出现呕血、黑便等上消化道出血症状。护理过程中, 护理团队重点落实循环监护、出血管控、抗凝止血平衡管理及多管路维护, 同时结合病情分期实施分层中医特色护理, 即出血期予耳穴压豆、远端穴位点按; 出血停止后采用中药膏膜摩腹预防便秘。经系统护理干预, 患者出血停止、循环稳定且心功能恢复, 顺利出院, 现将该病例的护理过程及体会报告如下。

收稿日期: 2026-05-19

OPEN ACCESS

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

1 临床资料

1.1 一般资料

患者男性,39岁,主因“7:30搬运重物时突然出现胸前区闷痛,范围约一掌大小,呈憋闷状,伴濒死感、大汗及恶心呕吐,随即晕厥”于2023年09月12日8:24来我院急诊就诊。急诊查心电图提示窦性心律不齐,Ⅱ、Ⅲ、aVF、V3R-V5R导联ST段抬高0.1~0.2 mV。在局麻下行急诊CAG(冠状动脉造影)+右冠状动脉血栓抽吸+右冠状动脉支架植入术+IABP(主动脉内球囊反搏术)置入术。患者既往有胃溃疡病史10余年,10年前行胃穿孔修补术,未规律服药。

1.2 体格检查

入院时患者体温(T)36.9℃,脉搏(P)85次/min,呼吸(R)26次/min,血压(BP)89/56 mm Hg,血氧饱和度(SpO₂)98%;神志清,精神弱,胸闷痛缓解,仍有恶心呕吐。中医四诊:舌淡暗,苔腻,脉细弱;少神,言语清晰流利,未闻及异常气味。西医及专科查体:双肺叩诊呈清音,两肺呼吸音粗,右肺可闻及干啰音及少量湿啰音;心前区无畸形,心尖搏动未见异常,心界不大,心律齐,心音可,各瓣膜听诊区未闻及病理性杂音及心包摩擦音;腹平软,无压痛及反跳痛,肝脾肋下未触及,双肾区无叩击痛,肠鸣音正常;双下肢无水肿,双侧股动脉及足背动脉搏动可,全身皮肤完整无破损。患者嗜食肥甘,性情平和,吸烟20余年,20支/d,否认饮酒史;否认药物及食物过敏史;否认家族遗传病史。

1.3 诊断

西医诊断:急性下壁右室心肌梗死,上消化道出血,肝功能异常。中医诊断:真心痛;辨证分型:气阴两虚、痰瘀互结证。患者平素嗜食肥甘辛辣油腻之品,生活不规律,暗耗津液致气阴不足;心之气阴亏虚,气为血帅,血流不畅;气虚运化失常,水液内停聚而成痰;阴虚血少则血行滞涩,最终痰瘀互结、阻于心脉,不通则痛,发为真心痛,表现为胸闷痛。舌淡暗、苔腻、脉细弱为气阴两虚、痰瘀互结之征。综观症、舌、脉,病位在心,病性本虚标实,证属气阴两虚、痰瘀互结证。

1.4 治疗干预

2023年09月12日10:29在局麻下行急诊CAG+血栓抽吸+支架植入术+IABP置入术。遵医嘱予内科特级护理、病重通知,禁食水,持续低流量吸氧3 L/min。

西医治疗:予阿司匹林+氯吡格雷口服、低分子肝素钠皮下注射、替罗非班注射液持续泵入以抗血小板、抗凝;多巴胺、间羟胺持续泵入升压;奥美拉唑泵入抑酸;凝血酶经胃管注入止血^[3];阿托伐他汀钙口服降脂稳斑;5%复方氨基酸(18AA)+10%葡萄糖注射液500 mL补充肠外营养;根据血钾指标动态调节补钾。

中医治疗:予参麦注射液100 mL泵入益气回阳救逆;参附注射液100 mL泵入益气固脱、温阳化瘀^[4]。经治疗护理,2023年09月16日患者便潜血阴性,暂停凝血酶胃管注入,停止持续胃肠减压,由禁食水改为流食;09月17日患者未诉恶心,予拔除胃管,可经口进流食;09月18日患者胸闷痛症状缓解,继续应用IABP泵,多巴胺泵逐渐减量至停用;09月20日患者未诉恶心等不适,由流食改为半流食;09月23日患者生命体征平稳,将IABP反搏比调至1:2,1 h后反搏压维持在100 mmHg左右,暂停IABP泵应用,协助医生拔除左股动脉置管,间羟胺泵逐渐减量至停用;09月25日,拔除右颈内静脉置管,患者康复出院。

2 护理

2.1 护理评估

2.1.1 日常生活自理能力评估

采用日常生活能力评定Barthel指数量表(Barthel Index of Activities of Daily Living, BI)进行评估^[5],涵盖进食、洗澡、修饰、穿(脱)衣、控制大便、控制小便、如厕、床椅转移、平地行走及上下楼梯10项内容,满分100分,分值越高提示生活自理能力越好。本例患者Barthel指数量表评分为15分,属重度功能障碍。

2.1.2 压疮风险评估

采用Braden压疮风险评估量表进行评估^[6],包含感知能力、活动能力、移动能力、皮肤潮湿度、营养摄入能力及摩擦力/剪切力6个维度,总分6~23分,分值越低压疮发生风险越高。本例患者Braden压疮风险评估量表评分为13分,属于中度风险。

2.1.3 静脉血栓栓塞症的发生风险评估

采用Caprini风险评分量表(Caprini Risk Assessment Model, RAM)进行评估,涉及患者年龄、手术类型、卧床时间、基础疾病(如心血管疾病、肿瘤等)、凝血功能等多项危险因素^[7],总分0~40分,分值越高静脉血栓栓塞症发生风险越高。本

例患者 Caprini 风险评分为 9 分,属于极高危风险。

2.1.4 出血风险评估

结合患者腹部体征、胃液性状,并对照血红蛋白、大便潜血试验等实验室检查结果综合评估出血风险。患者处于疾病应激状态,胃酸分泌紊乱,存在消化道黏膜充血、破损及应激性黏膜损伤,加之机体凝血功能异常,止血与凝血机制失衡,存在明确的消化道出血风险,为本次病情主要高危因素之一。

2.1.5 营养状况评估

采用 NRS 2002 营养风险筛查工具评估,包含营养状态受损、疾病严重程度、年龄校正、近期进食/体重变化 4 个维度^[8]。营养状态受损依据体重、进食量下降幅度计 0~3 分;疾病严重程度根据机体应激与代谢水平计 0~3 分;年龄≥70 岁额外加 1 分,总分 0~7 分,总分≥3 分判定为存在营养风险。本例患者因病情需要严格禁食水,无法经口摄入蛋白质、热量、维生素等机体所需营养物质,机体处于持续消耗状态,摄入小于消耗,各项营养指标偏低,存在营养摄入不足、机体营养匮乏的情况,无法满足机体基础代谢,NRS 2002 营养风险筛查评分为 5 分,提示存在营养风险,需启动营养支持干预。

2.2 护理诊断

①出血:与应激性溃疡、消化道出血有关;②活动无耐力:与心肌缺血、消化道出血有关;③营养失调—低于机体需要量:与禁食水有关;④潜在并发症:心律失常、猝死、心衰、管路滑脱/堵管/感染、下肢缺血/血栓、便秘。

2.3 护理计划

针对患者存在的护理问题,制定以下护理计划:密切关注患者胃脘部不适,及时留取便标本、记录出入量,禁食水期间保证肠外营养供给并做好口腔护理;教会患者踝泵运动,结合病情分期实施分层中医特色护理预防便秘;做好各类置管的护理,预防脱管、堵管及导管相关血流感染;IABP 辅助期间保证置管通畅,每日行床边胸片确认置管及球囊位置,监测左下肢血运、双下肢静脉血栓及中心静脉压^[9]。

2.4 护理措施

2.4.1 上消化道出血护理

①严密监测:24 h 心电监护,监测 HR、BP、CVP、SpO₂、尿量,观察意识、面色及肢端温度;记录胃液颜色、量及性状,每 1~2 h 评估出血征象。

②实验室监测:每日监测 Hb、Hct、BUN、电解质及凝血功能,动态判断出血与止血效果。③禁食与胃肠减压:严格禁食水,持续胃肠减压,保持引流通畅,准确记录 24 h 出入量。④止血护理:采用 22℃ 温生理盐水+凝血酶经胃管注入,避免冰盐水刺激心肌诱发缺血;遵医嘱使用 PPI 抑酸,保护胃黏膜^[10-11]。⑤口腔护理:2 次/d,保持口腔清洁,预防口腔感染,提升舒适度。⑥再出血预警:出现心率加快、血压下降、尿量减少、胃液转红或呕血黑便立即报告医生。

2.4.2 IABP 与循环支持护理

①体位管理:IABP 期间绝对平卧位,床头≤30°,左下肢制动,避免屈膝、屈髋及双腿交叉。②反搏监测:保持 1:1 反搏,观察反搏压、波动形态,及时识别气囊异常、心律失常、导管移位。③肢体监护:每 2 h 观察左下肢皮温、颜色及足背动脉搏动,测量腿围,警惕下肢缺血。④冲管与维护:每 2 h 用肝素盐水冲管,禁止经 IABP 导管抽血、输液,保持动脉通路通畅。⑤撤离护理:循环稳定后逐步降低反搏比,观察 1 h 无异常再拔管,局部加压包扎。

2.4.3 抗凝与止血平衡护理

①严密监测凝血指标:ACT、APTT、PT 及 INR,指导抗凝药物剂量调整。②出血观察:观察皮肤瘀斑、穿刺点渗血、牙龈出血、血尿及黑便,及时预警。③药物管理:抗凝、抗血小板药物准时足量给药,与止血、抑酸药物分时段使用,避免配伍禁忌。④穿刺点护理:股动脉、颈内静脉穿刺处加强观察,观察渗血,预防血肿及假性动脉瘤。⑤安全采血:凝血功能监测统一采外周静脉血,避免动脉导管采血干扰结果。

2.4.4 多管路精细化护理

①颈内静脉导管:严格无菌,肝素盐水冲管,1 次/12 h,观察穿刺点红肿渗液,预防 CRBSI。②IABP 导管:双固定、标记刻度,三人协作翻身,避免牵拉、打折或脱出。③胃管:妥善固定,保持通畅,观察引流液,预防非计划性拔管。④标识与交接:挂防脱管标识,床旁交接深度、固定、通畅及局部情况。⑤感染防控:每日评估导管必要性,尽早拔除不必要管路。

2.4.5 心电与心律失常监护

①持续心电监护,关注 ST-T、QT 间期、室早、室速及房室传导阻滞。②纠正低钾、低镁,维持电解质稳定,减少恶性心律失常诱因。③床旁备除

颤仪、抢救车、阿托品及多巴胺等急救药品。④出现室速、房室传导阻滞立即处理,配合医生抢救。

2.4.6 营养支持护理

①出血期:肠外营养支持,保证热量与氮平衡。②出血控制后:遵医嘱逐步过渡冷流食→流食→半流食→低盐低脂软食,少食多餐,忌生冷、粗糙、刺激性食物。③监测体重、白蛋白、进食量与胃肠道耐受。④饮食宣教:戒烟限酒,规律进食,避免暴饮暴食。

2.4.7 下肢血栓预防护理

①健侧肢体主动踝泵运动、屈伸膝关节。②术侧肢体被动活动、腓肠肌挤压,3次/d,每次≥10 min。③观察肢体肿胀、疼痛及皮温升高等血栓征象,必要时行下肢血管超声。④避免下肢静脉穿刺,减少血栓诱因。

2.4.8 中医特色护理

急性心肌梗死合并上消化道出血患者需绝对卧床,胃肠蠕动减弱易发生便秘,而用力排便可诱发心律失常、血压骤升甚至心脏破裂,需安全干预。急性上消化道出血活动性出血期为腹部按摩、中药膏摩及腹部推拿绝对禁忌证,腹压增高与胃肠道机械刺激可导致出血创面破裂,加重出血甚至休克,尤其在抗凝、抗血小板治疗下风险更为突出。因此,本例患者活动性出血期间禁止腹部操作,采用不升高腹压、不刺激胃肠道的中医特色技术预防便秘,具体如下。

①耳穴压豆:取穴大肠、直肠、脾、胃、三焦、便秘点。采用王不留行籽耳穴贴压,每日按揉3~5次,每次每穴1 min,以局部酸胀微热为度。耳穴压豆不接触腹部、不增加腹压,安全性高。

②远端穴位点按:取穴大肠俞、胃俞、脾俞、肺俞及足三里,大肠俞、胃俞、脾俞及肺俞均在膀胱经,背部脊柱正中旁开1.5寸,依次为第4腰椎棘突下、第12胸椎棘突下、第11胸椎棘突下、第3胸椎棘突下;足三里位于小腿外侧,犊鼻下3寸,胫骨前嵴外1横指处,犊鼻与解溪连线上。所有尺寸均采用患者同身寸,而非标准尺寸,以患者食指、中指、无名指并拢宽度为2寸,取一半即为1.5寸。轻柔按揉,每穴1~2 min,每日早餐前和睡前各1次,力度以患者耐受为宜,不深压、不震颤。选取背部及下肢远端穴位,不刺激腹腔脏器,不诱发再出血。

③排便监测与宣教:告知用力排便风险,指导床上排便,避免屏气用力;记录排便次数、性状,保

持每日1次软便。

④中药灌肠:出血停止后必要时予以大黄粉、玄明粉各10 g加入38℃的100 mL温水中,协助患者取左侧卧位,插入15 cm缓慢滴入,保留灌肠,温和通便,避免强烈泻药刺激黏膜诱发出血。

⑤中药膏膜摩腹:患者出血完全停止、生命体征稳定后,在严密监护下实施中药膏膜摩腹。选用当归15 g、炒白芍20 g、陈皮12 g、木香10 g、火麻仁15 g及纯蜂蜜30 g,制成温和润肠理气中药膏膜;患者取平卧位,床头≤30°,用一次性棉签取适量膏膜,以神阙穴为中心,均匀轻薄涂抹于脐周腹部,涂抹直径10~15 cm,薄涂均匀、无堆积厚重,禁止厚敷压迫腹部。以神阙穴为中心顺时针轻柔摩腹。严格遵循浅层操作原则,仅作用于皮肤及皮下浅层,只摩不按、不深压、不刺激腹腔,匀速缓慢操作,频率控制在40~60次/min,10~15 min/次,1次/d。操作全程监测心率、血压及腹部反应,禁止使用峻猛泻下类中药及强力按压手法,确保安全促进胃肠蠕动恢复。操作中若患者出现生命体征波动、腹痛加剧、腹部压痛、呕血或黑便等异常,需立即终止操作,嘱患者卧床制动,及时对症处理。

2.5 护理评价

患者经治疗护理后,出血得到有效控制,详见表1。09月16日,患者便潜血转阴,胃液转清,停止胃肠减压与止血灌注;循环功能稳定,IABP、多巴胺、间羟胺顺利撤离,BP、HR及CVP指标恢复正常;实验室指标,肌钙蛋白、CK-MB恢复正常,血钾、Hb水平稳定。患者住院期间未发生严重心律失常、心衰、下肢缺血、血栓、导管感染或脱管堵管等并发症,未再出现便秘及再出血情况,各项指标改善情况详见表2。

表1 胃液量、色改善情况

时间段	胃液量	胃液颜色
09月12日12:00至09月13日7:00	400 mL	淡红
09月13日7:00至09月14日7:00	320 mL	褐色
09月14日7:00至09月15日7:00	300 mL	黄绿色
09月15日7:00至09月16日7:00	100 mL	黄色

3 结果和随访

患者于2023年09月25日9:00出院,出院第14天以电话随访方式了解其身体情况,随访时告知患者需严格遵医嘱按时、按量服药,不可自行增

表2 疗效评估

时间节点	护理级别	BI	Braden量表	RAM
入院当天	特级护理	15分,重度功能障碍,极大部分依赖照顾者	13分,中度危险,协助更换体位	9分,极高度风险,辅助进行踝泵运动
09月23日	一级护理	60分,中度功能障碍,可在床上进行自主活动	15分,轻度危险,可自主更换体位	6分,高度风险,自主进行踝泵运动
出院当天	二级护理	80分,轻度功能障碍,可在床边进行活动	22分,无压疮危险	3分,中度风险,适量活动

减药量、停药或更换药物,注意观察抗凝药物可能引发的出血倾向(如皮肤瘀斑、牙龈出血等);遵循低盐、低脂、易消化饮食原则,避免辛辣、过烫、坚硬食物,减少胃黏膜刺激;规律少食多餐,控制饮水量,避免加重心脏负担,同时忌烟酒;避免长期卧床,适当进行温和活动(如慢走),避免剧烈运动、过度劳累;保持规律作息,避免熬夜,促进身体恢复;若出现胸闷、胸痛、头晕或乏力加重,或皮肤瘀斑、呕血、肢体麻木等情况,需立即前往医院就诊。患者表示暂无胸闷胸痛症状,且日常生活可完全自理。

4 讨论

急性下壁右室心肌梗死易合并心动过缓、低血压及休克,IABP(主动脉内球囊反搏术)是重要的循环支持手段;急诊PCI(经皮冠状动脉介入治疗)术后需强化抗栓治疗,但应激性溃疡、既往胃病易诱发上消化道出血,形成“抗凝—止血”的核心护理矛盾。护理关键在于严密监护循环与出血情况、平衡抗凝与止血治疗、精细化管理IABP及多管路、预防便秘与血栓、中西医协同改善心功能与胃肠功能。

本例采用22℃温盐水止血,避免冰盐水刺激心肌;便秘干预严格遵循中医外治安全原则,活动性出血期严禁腹部按摩、中药膏摩,采用耳穴压豆、远端穴位点按及温和通便等无腹部刺激方案,既有效预防便秘,又规避再出血风险。出血停止后,在监护下谨慎使用中药膏膜摩腹促进胃肠功能恢复,体现了危重症中西医结合护理的安全性、个体化与连续性。中医益气回阳、穴位调理及温和通腑的干预方式,显著提升救治效果与安全性。

急性下壁右室心肌梗死IABP辅助PCI术后合并上消化道出血病情危重、护理难度高。通过出血监测、循环支持、抗凝止血平衡管理、多管路护理及分层中医特色便秘预防(出血期采用耳穴压豆+远端穴位点按,恢复期采用中药膏膜摩腹),可有效控制并发症,促进患者康复,本个案可为同类危重症护理提供实践参考。

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] 蒋泽楠, 胡宪清, 周瑶瑶, 等. 急性ST段抬高型心肌梗死后早期心力衰竭的影响因素分析[J]. 心脑血管病防治, 2025, 25(5): 46-49.
Jiang Z N, Hu X Q, Zhou Y Y, et al. Analysis of influencing factors of early heart failure after acute ST-segment elevation myocardial infarction [J]. Cardio Cerebrovascular Dis Prev Treat, 2025, 25(5): 46-49. (in Chinese)
- [2] 董晓双, 李婷, 董晓婷. 中医辨证护理在冠心病中的价值[J]. 实用中医内科杂志, 2023, 37(2): 86-88.
Dong X S, Li T, Dong X T. Value of TCM nursing based on syndrome differentiation in coronary heart disease [J]. J Pract Tradit Chin Intern Med, 2023, 37(2): 86-88. (in Chinese)
- [3] 王仁花. 上消化道出血患者行全程护理的效果观察和随访价值[J]. 现代消化及介入诊疗, 2016, 21(4): 661-663.
Wang R H. Effect observation and follow-up value of whole-course nursing care for patients with upper gastrointestinal bleeding [J]. Mod Dig Interv, 2016, 21(4): 661-663. (in Chinese)
- [4] 肖坚. 参附注射液救治急性心肌梗死合并心源性休克临床体会[J]. 内蒙古中医药, 2011, 30(12): 40.
Xiao J. Clinical experience of Shenfu injection in treating acute myocardial infarction complicated with cardiogenic shock [J]. Nei Mongol J Tradit Chin Med, 2011, 30(12): 40. (in Chinese)
- [5] 李亚丽, 夏俊博. 基于“中枢-外周-中枢”闭环康复理论经颅磁刺激联合头皮针在首发卒中后认知障碍中的应用[J]. 广东医学, 2025, 46(7): 1057-1061.
Li Y L, Xia J B. Effect of repetitive transcranial magnetic stimulation combined with scalp acupuncture based on the central-pe-ripheral-central closed-

- loop rehabilitation theory on post-stroke cognitive impairment[J]. *Guangdong Med J*, 2025, 46(7): 1057-1061. (in Chinese)
- [6] 宋思平, 汤雨佳, 蒋琪霞, 等. Braden 量表预测 ICU 患者压疮发生风险有效性的系统评价[J]. *东南国防医药*, 2020, 22(4): 420-424.
- Song S P, Tang Y J, Jiang Q X, et al. Systematic review on the effectiveness of braden scale in predicting the risk of pressure ulcer in ICU patients[J]. *Mil Med J Southeast China*, 2020, 22(4): 420-424. (in Chinese)
- [7] 陈央, 周海霞, 胡月红, 等. 老年和非老年肺栓塞的危险因素及 Caprini 血栓风险评估量表的预测价值[J]. *中华医学杂志*, 2017, 97(10): 755-760.
- Chen Y, Zhou H X, Hu Y H, et al. Risk factors of pulmonary embolism in senile and non-senile inpatients and the predictive value of Caprini risk assessment model in these two populations[J]. *Natl Med J China*, 2017, 97(10): 755-760. (in Chinese)
- [8] 张岚. 营养风险筛查 2002 临床应用研究进展[J]. *天津护理*, 2011, 19(1): 7-9.
- Zhang L. Research progress on clinical application of nutritional risk screening in 2002 [J]. *Tianjin J Nurs*, 2011, 19(1): 7-9. (in Chinese)
- [9] 杨传, 梁余东, 谢华颢, 等. IABP 联合 VA-ECMO 治疗急性心肌梗死 PCI 术后并发难治性心源性休克的疗效与安全性[J]. *临床和实验医学杂志*, 2025, 24(14): 1464-1467.
- Yang C, Liang Y D, Xie H X, et al. Efficacy and safety of IABP combined with VA-ECMO in the treatment of refractory cardiogenic shock after PCI for acute myocardial infarction[J]. *J Clin Exp Med*, 2025, 24(14): 1464-1467. (in Chinese)
- [10] 张雪. 冰盐水与常规盐水对提高消化道出血患者止血效果与舒适度的影响[J]. *中国妇幼健康研究*, 2017, 28(S4): 334-335.
- Zhang X. Effects of ice saline and conventional saline on hemostatic effect and comfort in patients with gastrointestinal bleeding [J]. *Chin J Woman Child Heal Res*, 2017, 28(S4): 334-335. (in Chinese)
- [11] 丁雪茹. 延续性护理对急性心梗 PCI 术后消化道出血患者健康行为及复发率的影响[J]. *湖南中医药大学学报*, 2020, 40(S2): 179-181.
- Ding X R. Effect of continuous nursing on health behavior and recurrence rate of patients with gastrointestinal bleeding after PCI for acute myocardial infarction [J]. *J Hunan Univ Chin Med*, 2020, 40(S2): 179-181. (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。