

DOI: 10.12209/CAIM202605160004

· 中西医结合临床案例 ·

1例急性心力衰竭患者中西医结合护理报告

贾晓志

(北京市昌平区中西医结合医院 急诊科, 北京, 102208)

摘要: 本文报告1例急性心力衰竭患者治疗护理的全病程个案管理。本案例涵盖入院急诊预检分诊早期快速识别、急救护理路径的高效实施及个性化护理措施的制定,经过及时有效的抢救护理,患者好转出院。

关键词: 中西医结合护理; 心衰; 预检分诊; 急诊护理; 容量管理; 心理护理; 五音疗法; 情志护理

A Nursing Report of One Patient with Acute Heart Failure Treated with Integrated Traditional Chinese and Western Medicine Nursing

JIA Xiaozhi

(Department of Emergency Medicine, Beijing Changping District Hospital of Integrated Traditional Chinese and Western Medicine, Beijing, 102208)

ABSTRACT: This article reports the full-course case management of one patient with acute heart failure, encompassing treatment and nursing care. The case covers the early and rapid identification through pre-hospital triage in the emergency department, the efficient implementation of the emergency nursing pathway, and the formulation of individualized nursing measures. Following timely and effective rescue and nursing interventions, the patient's condition improved, and the patient was discharged.

KEY WORDS: integrated traditional Chinese and Western medicine nursing; heart failure; pre-triage; emergency nursing care; volume management; psychological care; five-element music therapy; emotional nursing

心力衰竭(HF)是由于心脏结构或功能异常导致心室充盈或射血能力受损的一组临床综合征,主要表现为呼吸困难、乏力及体液潴留。急性心衰是指继发于心功能异常而迅速发生或恶化的症状和体征,并伴有血浆利钠肽(BNP)水平升高^[1]。2003年流行病学调查显示,我国35~74岁成人中心衰患病率为0.9%,且呈持续升高趋势。急性心衰预后极差,住院病死率为3%,6个月再住院率约为50%,5年病死率高达60%^[2]。急性心力衰竭病情凶险,急诊救治以“早期识别、分层治疗、目标导向”为核心策略,强调依据收缩压分层用药,以减充血和氧合支持为主要目标,病情稳定后启动指南指导的药物治疗(GDMT)及随访计划^[3-4]。然而,现有报道多聚焦药物与器械治疗,中西医结合护理模式在急诊全病程个案管理中的系统性应用,尤其是中医辨证施护在容量管理、情

志调摄及早期心脏康复中的整合实践,尚缺乏详细报告。本病例基于急诊预检分诊快速识别与急救护理路径的高效实施,系统阐述中西医结合护理在急性心衰全病程管理中的具体措施与效果,为急诊护理实践提供可复制的临床参考,并为中西医结合护理模式在心血管疾病急危重症中的应用提供个案层面的证据支撑。

1 病例资料

1.1 一般资料

患者男,48岁,因“胃区不适、腹胀、憋气2 d”于2025年02月12日由院前120急救车送入我院急诊科。患者近1周出现双下肢水肿,3 d前就诊于天坛医院急诊科,接受抗炎、利尿及扩血管等药物对症治疗,医院建议住院治疗,患者因家庭因素拒绝住院。昨日起患者出现胃区不适、腹胀及憋

收稿日期:2026-05-16

OPEN ACCESS

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

气,伴咳嗽,双下肢可见出血点,遂来我院就诊。既往史:冠心病20年,不规则服用阿司匹林、氯吡格雷、他汀类及硝酸酯类药物,症状控制欠佳;否认高血压、糖尿病等疾病史。过敏史:否认药物、食物及其他接触物过敏史。遗传史:母亲有心脏问题,具体情况不详。不良生活史:长期吸烟30年,10支/d;饮酒史10余年,以白酒为主;缺乏运动,高盐高脂饮食。

1.2 体格检查

体温(T)36.1℃,血压(BP)121/73 mm Hg,心率(HR)100次/min,脉率(PR)92次/min,呼吸(R)20次/min,血氧饱和度(SpO₂)95%。神志清楚,精神状态差,腹软,无明显压痛、反跳痛及肌紧张;听诊双肺呼吸音稍粗,未闻及明显干湿性啰音;心律不齐,脉率小于心率,第一心音强弱不等;双下肢水肿,可见出血点。

1.3 辅助检查

心电图提示房颤、早搏、ST-T改变,心梗三项未见异常,BNP4538 pg/mL;血气分析提示 pH 7.488, PaO₂86 mmHg, PaCO₂34.4 mmHg, 血钾 3.3 mmol/L, 乳酸 1.73 mmol/L, 血糖 8.9 mmol/L, BE 2.8 mmol/L;心脏超声提示全心增大,各室壁运动普遍减低,心包积液,左心功能减低(EF:33%)。

1.4 诊断

西医诊断:急性心力衰竭,心房颤动,心包积液待查;中医诊断:心水病(气虚血瘀,水饮内停证)。辨证依据:患者久病心气不足,心失所养,血行无力,瘀阻心脉,日久水湿内停,泛滥肌肤,故见双下肢水肿、腹胀、喘憋;心气虚则神疲乏力、活动耐力下降;结合其长期吸烟、高盐高脂饮食、情绪焦虑、睡眠紊乱等表现,符合气虚血瘀、水饮内停之证。

1.5 治疗干预

立即予心电监测、鼻导管2 L/min低流量吸氧、建立静脉通路,给予硝酸异山梨酯扩血管、呋塞米利尿、头孢曲松抗炎及平喘等对症治疗。02月22日患者症状减轻出院,出院时心功能Ⅱ级,无腹胀喘憋症状,无下肢水肿体征。

2 护理

2.1 护理评估

2.1.1 生理评估

心血管系统:NT-proBNP4538 pg/mL, NYHA

心功能分级Ⅳ级,提示心力衰竭。呼吸系统:听诊双肺呼吸音粗,未闻及干湿啰音;气促(Borg)评分6分(严重呼吸困难);血气分析提示 pH 7.488, PaO₂86 mm Hg, PaCO₂34.4 mm Hg, 提示轻度呼吸性碱中毒。

自理能力评估:采用Barthel指数评定量表评估,总分为35分,评定为重度依赖。该量表由Mahoney和Barthel于1965年研制,包含进食、洗澡、修饰、穿衣、控制大便、控制小便、如厕、床椅转移、平地行走及上下楼梯共10个项目,总分范围0~100分,得分越低表示依赖性越强^[5]。0~20分为完全依赖,21~60分为重度依赖,61~90分为中度依赖,91~99分为轻度依赖,100分为完全独立。

压疮风险评估:采用Braden压疮风险评定量表评估,总分为15分,评定为低危。该量表由Braden和Bergstrom于1987年研制,包含感知能力、潮湿度、活动能力、移动能力、营养摄入、摩擦力和剪切力6个维度,总分范围6~23分,得分越低提示压疮风险越高^[6]。15~18分为低危,13~14分为中危,10~12分为高危,评分≤9分为极高危。

营养风险筛查:采用营养风险筛查2002(NRS 2002)评估,总分为3分,提示存在营养风险。该量表由丹麦肠外肠内营养协会于2002年发布,包含营养状况受损评分(0~3分)、疾病严重程度评分(0~3分)及年龄调整项(≥70岁加1分),总分≥3分提示存在营养风险,需制定营养干预计划^[7]。实验室检查示白蛋白34.3 g/L↓,支持营养状况受损;BMI 27.55。

运动耐量:6分钟步行试验仅能完成200 m,显著受限;饮食二便:饮食、二便正常;皮肤/口腔黏膜:皮肤完整;双下肢水肿:重度水肿,足背及胫前皮肤发亮,双小腿腿围55 cm。

2.1.2 社会关系与支持评估

家庭功能评估:采用家庭功能评定量表(FAD)中的家庭功能评分评估,总分为5分,提示中度障碍。该量表基于McMaster家庭功能模式编制,包含问题解决、沟通、角色、情感反应、情感介入、行为控制和总体功能7个维度,得分范围1~4分,分数越高表示家庭功能越差^[8]。本例患者主要表现为离异后家庭结构不完整,年迈母亲承担主要照护角色。

家庭支持评估:采用感知社会支持量表-家庭版(PSS-Fa)评估,总分为8分,评定为支持充分。该量表由Procidano和Heller于1983年研制,

共 20 个条目,采用“是、否、不知道”三级评分,总分范围 0~20 分,得分越高表示家庭支持越充分^[9]。本例患者母亲为主要照护者,但存在照护能力不足的问题。

2.1.3 心理与功能评估

焦虑评估:采用焦虑自评量表(SAS)评估,标准分为 58 分,评定为轻度焦虑。该量表由 Zung 于 1971 年编制,包含 20 个条目,采用 1~4 分四级评分法,标准分=总分 $\times$ 1.25 取整数,标准分 $<$ 50 分为正常,50~59 分为轻度焦虑,60~69 分为中度焦虑,评分 $\geq$ 70 分为重度焦虑^[10]。本例患者主要表现为担心母亲无人照看、自身疾病及往返医院路途安全。

睡眠质量评估:采用匹茨堡睡眠质量指数(PSQI)评估,总分为 18 分,评定为睡眠质量差。该量表由 Buysse 等于 1989 年编制,包含主观睡眠质量、入睡时间、睡眠时间、睡眠效率、睡眠障碍、催眠药物使用、日间功能障碍 7 个维度,总分范围 0~21 分,得分 $>$ 5 分提示睡眠质量差,得分越高表示睡眠质量越差^[11]。

2.2 护理诊断

气体交换障碍:与急性左心衰竭致肺淤血有关;潜在并发症:恶性心律失常、猝死;体液过多:与体循环淤血、水钠潴留及肾血流量减少有关;活动无耐力:与急性左心衰竭导致心输出量减少有关;睡眠型态紊乱:与焦虑及病情不适有关。

2.3 护理计划

实施以容量管理为核心的护理策略,减轻患者腹胀喘憋症状;严密监测生命体征,识别恶性心律失常;开展心理护理,提高治疗依从性。

2.4 护理实施

2.4.1 预检分诊早期快速识别

患者因腹胀喘憋症状入院,分诊护士立即识别端坐呼吸、面色苍白、双下肢重度水肿伴出血点三大核心体征,结合冠心病 20 年、水肿加重病史,快速判定为急性心力衰竭 II 级急危患者,1 min 内转入抢救区,避免因消化道症状延误救治^[12]。

2.4.2 急救护理路径的高效快速实施

严格执行急性心衰急救流程,具体如下:2 min 内,安置端坐卧位、心电监护、建立肘正中静脉通路、抽取血标本(电解质、BNP、心梗三项);5 min 内,完成十八导联心电图,明确房颤、早搏、ST-T 改变;9 min 内,完成血气分析,提示轻度呼吸性碱中毒;20 min 内,完成床旁 POCT 检测,全

程无延误、无遗漏,快速支撑诊疗决策。

2.4.3 体位、氧疗及活动休息

体位:全程保持端坐卧位,双下肢持续下垂,每 2 h 协助调整肢体角度,减轻肺淤血,同时预防下肢受压;出现轻度乏力时短暂垫高平卧位,避免强制体位加重不适。

氧疗:固定鼻导管 2 L/min 低流量吸氧,不调高流量、不使用酒精湿化,每 4 h 监测 SpO₂ 与血气分析结果,维持氧合稳定,避免加重呼吸性碱中毒^[13]。

活动与休息:急性期(02 月 12 日至 02 月 14 日):绝对卧床,每日 3 次肢体被动运动,10 min/次,重点活动双下肢预防血栓。稳定期(02 月 15 日至 02 月 16 日):床上坐起 5 min/次,3 次/d,记录心率、呼吸耐受情况,无不适再递增时长。康复期(02 月 17 日起):每日 1 次坐式八段锦,10~15 min/次,仅练习“内关曲泽通心包”“膻中鸠尾调心经”及“两手攀足固肾腰”3 式,不增加心脏负荷^[14];02 月 19 日起,床边坐起→室内短距行走,2 次/d,5 min/次,以不喘憋、心率增幅 $<$ 20 次/min 为限。

2.4.4 用药护理

利尿剂:呋塞米静脉泵入,严格记录尿量,每小时尿量 $<$ 30 mL 立即报告,每日监测血钾,口服补钾配合橙汁服用,减少胃肠道刺激,将血钾纠正至 3.5~5.0 mmol/L。

血管扩张剂:硝酸异山梨酯用注射泵匀速输注,采用双泵法续泵以保证给药不中断,监测血压维持在 110~130/70~80 mmHg,避免低血压。

抗炎平喘药:头孢曲松按时输注,观察有无皮疹、胃肠道反应,确保用药安全。

用药指导:每日用图示卡片讲解药物作用、服用时间、剂量,告知不可自行停药,提升用药依从性^[15]。

2.4.5 个性化的容量管理方案

成立急诊医护协同容量管理小组,针对本例重度水肿、容量超负荷患者实施精准管理^[16-17]。监测:每日固定时间(空腹排空小便后)测体重、双小腿腿围,记录 24 小时出入量,目标出入量负平衡 1000 mL。限液:急性期每日入量严格控制在 1500 mL,含饮水、输液、食物含水量,用带刻度水杯定量饮用。口渴干预:采用维生素 C 泡腾片喷雾(8~10 mL/d)喷腮腺、金津及玉液穴;口含 5 mL 小冰块,每日 $\leq$ 5 次,缓解口渴不超量^[18]。宣教:用 Teach-back 法让患者与母亲复述记录方法^[19],发放专属 24 小时出入量记录本,每日核对纠正。

2.4.6 中医特色辨证施护

针对气虚血瘀、水饮内停及肝气郁结证型,实施个体化干预:耳穴埋豆:取心、肾、交感、皮质下及神门穴,生王不留行籽贴压,两耳交替,保留3 d、间隔2 d再贴,每日按压3~4次,1~2 min/次,以酸胀为度,缓解焦虑、改善睡眠^[20]。情志护理:每日15 min一对一沟通,聚焦“担心母亲照护”核心焦虑,协助联系社区照护资源,讲解病情好转趋势,减轻孤独与担忧。五音疗法:每日早晚各30 min,徵调《紫竹调》养心、角调《胡笳十八拍》疏肝交替播放,音量40~50 dB,卧床静听,不增加活动负荷^[21]。环境优化:夜间集中护理操作,关灯、拉帘并保持安静,减少干扰,助力睡眠。

2.4.7 不良生活习惯改善

戒烟干预:讲解吸烟加重心肌缺血、心衰进展的危害,制定每日减2支的戒烟计划,家属监督,远离吸烟环境,必要时申请戒烟辅助支持。戒酒干预:告知白酒损害心肌、升高血压的风险,制定每日减半饮酒量至完全戒除的计划,避免空腹饮酒,观察戒断反应。饮食护理:低盐(<3 g/d)、低脂、易消化饮食,少食多餐,5~6餐/d,避免过饱;禁食腌制、油炸食品,增加优质蛋白与蔬菜摄入,控制总热量。

2.5 护理评价

通过精细化管理,患者容量负荷得到纠正,心衰指标下降,水肿消退,体重较前降低,心衰进展得到控制,病情稳定,未发生恶性心律失常等并发症,详见表1。

表1 疗效评估

评价指标	护理前(入院时)	护理后(出院时)
BNP/(pg/mL)	4538	896
EF/%	33	48
血钾/(mmol/L)	3.3	4.1
双小腿腿围/cm	55	41
Borg/分	6	1
BI/分	35	85
SAS/分	58	46
PSQI/分	18	6
NYHA/级	Ⅳ	Ⅱ

3 结果和随访

02月22日,患者各项功能及指标基本恢复正常,达到出院标准,住院期间无不良事件及意外事件发生。1个月后(2025年03月22日)电话随访,患者已完全康复,回归正常社会生活。

4 讨论

急性左心力衰竭(AHF)是急诊科最常见的危重症之一,其病理生理核心为心室充盈或射血功能急剧下降,导致肺循环和/或体循环淤血及组织低灌注,临床表现为呼吸困难、乏力及体液潴留等,病情进展迅速,若未及时有效干预,可在数十分钟至数小时内发展为心源性休克甚至猝死^[22]。根据《中国急性心力衰竭急诊管理指南(2022)》^[23]及2025年日本循环学会(JCS)心力衰竭指南,AHF的急诊管理应遵循“早期识别、分层治疗、目标导向”的核心策略,强调依据收缩压分层用药,以减充血和氧合支持为主要目标,病情稳定后启动指南指导的药物治疗(GDMT)及随访计划。本案例患者入院时表现为端坐呼吸、双下肢重度水肿、Borg呼吸困难评分6分,BNP高达4538 pg/mL,病情危重,符合AHF的典型临床特征。

本病例的中西医结合护理实践具有以下优势:在急诊预检分诊阶段,护士通过识别“端坐呼吸、双下肢重度水肿伴出血点”三大核心体征,结合冠心病病史,快速判定为AHFⅡ级危急患者,1 min内转入抢救区,有效避免了因以消化道症状为主诉而延误救治的风险。急救护理路径严格执行时间节点管理(2 min内完成监护与静脉通路建立,5 min内完成心电图,9 min内完成血气分析,20 min内完成床旁POCT),实现了护理行为的标准化与可追溯性。本病例首次系统整合中医辨证施护于AHF全病程管理中,包括耳穴埋豆(心、肾、神门等穴位)缓解焦虑与改善睡眠;五音疗法(徵调《紫竹调》养心、角调《胡笳十八拍》疏肝)每日早晚各30 min,患者被动欣赏,不增加心脏负荷^[21];情志护理聚焦患者“担心母亲照护”的核心焦虑,协助链接社区照护资源。这些中医护理措施与现代容量管理、用药护理、早期康复(坐式八段锦)形成互补,体现了中西医结合护理的整合优势。

但本病例作为单个病例报告,其结果具有个体差异性,可能不适用于所有急性心力衰竭患者,尤其是合并多器官功能衰竭、高龄或认知障碍等复杂情况者;五音疗法和耳穴埋豆的疗效受患者文化背景、音乐偏好及操作者技术熟练度影响,缺乏大样本、随机对照研究的支持;本病例随访时间仅为1个月,远期心功能维持、再住院率及生活质量等关键结局指标尚未评估。因此,未来需要开

展前瞻性、多中心的研究,以验证本护理方案的外部有效性和可推广性。本病例为急诊科护士提供了一套可复制的中西医结合护理路径,涵盖从预检分诊、急救实施、容量管理及中医特色干预到康复指导的全流程。尤其在中医情志护理与五音疗法改善AHF患者睡眠及焦虑状态方面,提供了具体、可操作的临床示例,弥补现有指南中非药物护理证据的不足,也为中西医结合护理模式在心血管急危重症中的规范化应用,提供了个案层面的证据支撑。

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] 张世昌. 急性心力衰竭患者住院期间发生心血管不良事件风险预测模型的构建与验证[J]. 中国现代医学杂志, 2024, 34(1): 7-15.
Zhang S C. Establishment and validation of a risk prediction model for the occurrence of cardiovascular adverse events during hospitalization in patients with acute heart failure[J]. China J Mod Med, 2024, 34(1): 7-15. (in Chinese)
- [2] 中国医师协会急诊医师分会, 中国心胸血管麻醉学会急救与复苏分会. 中国急性心力衰竭急诊临床实践指南(2017)[J]. 中华急诊医学杂志, 2017, 26(12): 1347-1357.
Chinese Society of Emergency Medicine, Chinese Society of Cardiovascular and Anesthesia Care - Emergency and Resuscitation Branch. China emergency clinical practice guidelines for acute heart failure (2017)[J]. Chin J Emerg Med, 2017, 26(12): 1347-1357. (in Chinese)
- [3] Miró Ò, Polyzogopoulou E, Parissis J. Early management of acute heart failure [J]. Curr Opin Crit Care, 2026, 32(3): 217-223.
- [4] 崔新玮, 刘嘉祺, 陈凤英. 急性心力衰竭急诊救治现状的单中心分析[J]. 中国急救医学, 2025, 45(10): 871-876.
Cui X W, Liu J Q, Chen F Y. Current status of emergency treatment for acute heart failure: a single-center analysis[J]. Chin J Crit Care Med, 2025, 45(10): 871-876. (in Chinese)
- [5] Shah S, Vanclay F, Cooper B. Improving the sensitivity of the Barthel Index for stroke rehabilitation [J]. J Clin Epidemiol, 1989, 42(8): 703-709.
- [6] Bergstrom N, Braden B J, Laguzza A, et al. The braden scale for predicting pressure sore risk [J]. Nurs Res, 36(4): 205-210.
- [7] Kondrup J, Rasmussen H H, Hamberg O, et al. Nutritional risk screening (NRS 2002): a new method based on an analysis of controlled clinical trials [J]. Clin Nutr, 2003, 22(3): 321-336.
- [8] Epstein N B, Baldwin L M, Bishop D S. The McMaster family assessment device [J]. J Marital Family Therapy, 1983, 9(2): 171-180.
- [9] Procidano M E, Heller K. Measures of perceived social support from friends and from family: Three validation studies [J]. Am J Community Psychol, 1983, 11(1): 1-24.
- [10] Zung W W K. A rating instrument for anxiety disorders [J]. Psychosomatics, 1971, 12(6): 371-379.
- [11] Buysse D J, Reynolds C F 3rd, Monk T H, et al. The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research [J]. Psychiatry Res, 1989, 28(2): 193-213.
- [12] 金静芬, 陈水红, 张茂, 等. 急诊预检分级分诊标准的构建研究[J]. 中华急诊医学杂志, 2016, 25(4): 527-531.
Jin J F, Chen S H, Zhang M, et al. The establishment of emergency triage scale [J]. Chin J Emerg Med, 2016, 25(4): 527-531. (in Chinese)
- [13] 急诊氧气治疗专家共识组. 急诊氧气治疗专家共识 [J]. 中华急诊医学杂志, 2018, 27(4): 355-360.
Emergency Oxygen Therapy Expert Consensus Group. Expert consensus on emergency oxygen therapy [J]. Chin J Emerg Med, 2018, 27(4): 355-360. (in Chinese)
- [14] 张丹, 李萌, 阴倩. 坐式八段锦对急性心肌梗死PCI术后患者I期心脏康复效果及睡眠质量的影响 [J]. 世界睡眠医学杂志, 2024, 11(10): 2173-2176.
Zhang D, Li M, Yin Q. Effects of sitting Baduanjin on phase I cardiac rehabilitation and sleep quality in patients with acute myocardial infarction after PCI [J]. World J Sleep Med, 2024, 11(10): 2173-2176. (in Chinese)
- [15] 于艳艳, 李庆印, 高学琴, 等. 《血管活性药物静脉输注护理》团体标准解读 [J]. 中华护理杂志, 2024, 59(20): 2444-2446.
Yu Y Y, Li Q Y, Gao X Q, et al. Interpretation of group standards for nursing care of patients with infusion of vasoactive agents [J]. Chin J Nurs, 2024, 59(20): 2444-2446. (in Chinese)

- [16] 中国医疗保健国际交流促进会急诊医学分会, 中华医学会急诊医学分会, 中国老年学会基础与转化医学分会, 等. 老年急危重症容量管理急诊专家共识[J]. 中华急诊医学杂志, 2024, 33(6): 749–760.
The Emergency Medicine Branch of the China International Association for Medical Care Exchange, the Emergency Medicine Branch of the Chinese Medical Association, the Basic and Translational Medicine Branch of the Chinese Geriatrics Society, et al. Consensus of emergency experts on capacity management of elderly patients with critical illness[J]. Chin J Emerg Med, 2024, 33(6): 749–760. (in Chinese)
- [17] 肖衡秀, 陈晓燕, 莫小琴, 等. 协同护理干预模式在慢性心力衰竭患者自我容量管理中的应用[J]. 长治医学院学报, 2021, 35(3): 224–227.
Xiao H X, Chen X Y, Mo X Q, et al. Application of collaborative nursing intervention model in self-volume management of patients with chronic heart failure [J]. J Changzhi Med Coll, 2021, 35 (3) : 224–227. (in Chinese)
- [18] 娄霞, 师冬梅. 集束化措施改善ICU危重症患者口渴症状的效果观察[C]//第五届全国医药研究论坛, 2024: 849–857.
- [19] 赵冰楠, 徐志勇, 姜亦凡, 等. 住院患者急性心力衰竭急救护理最佳证据总结[J]. 齐鲁护理杂志, 2024, 30(7): 106–110.
Zhao B N, Xu Z Y, Jiang Y F, et al. Summary of the best evidence of emergency nursing for inpatients with acute heart failure [J]. J Qilu Nurs, 2024, 30 (7): 106–110. (in Chinese)
- [20] 谷玉红, 兰秀敏, 尹娟, 等. 耳穴埋豆对慢性心力衰竭急性加重患者焦虑抑郁状态影响的临床观察[J]. 现代中医临床, 2017, 24(1): 39–40, 44.
Gu Y H, Lan X M, Yin J, et al. Clinical observation of auricular pressure on anxiety and depression patients with acute exacerbation of chronic heart failure [J]. Mod Chin Clin Med, 2017, 24(1): 39–40, 44. (in Chinese)
- [21] 刘渊, 王平. 基于五脏相音理论运用中华五行音乐治疗失眠探讨[J]. 中国中医基础医学杂志, 2024, 30(2): 209–212.
Liu Y, Wang P. Discussion of the application of Chinese five elements music in the treatment of insomnia based on five organ and sound correlation theory [J]. J Basic Chin Med, 2024, 30(2): 209–212. (in Chinese)
- [22] 中华医学会心血管病学分会, 中国康复医学会心脏预防与康复专业委员会, 中国老年学和老年医学学会心脏专业委员会, 等. 中国心血管病一级预防指南[J]. 中华心血管病杂志, 2020, 48(12): 1000–1038.
Chinese Society of Cardiology, Chinese Society of Rehabilitation Medicine – Cardiac Prevention and Rehabilitation Committee, Chinese Geriatrics Society and Geriatrics Medicine Society – Cardiac Committee, et al. Chinese guideline on the primary prevention of cardiovascular diseases [J]. Chin J Cardiol, 2020, 48(12): 1000–1038. (in Chinese)
- [23] 中国医疗保健国际交流促进会急诊医学分会, 中华医学会急诊医学分会, 中国医师协会急诊医师分会, 等. 急性心力衰竭中国急诊管理指南(2022) [J]. 临床急诊杂志, 2022, 23(8): 519–547.
The Emergency Medicine Branch of the China International Association for Medical Care Exchange, the Emergency Medicine Branch of the Chinese Medical Association, the Emergency Physicians Branch of the Chinese Medical Doctors Association, et al. Guideline for emergency management of acute heart failure in China (2022) [J]. J Clin Emerg, 2022, 23 (8): 519–547. (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。