DOI：10. 12209/CAIM202607120003

·中西医结合临床案例·

穴位贴敷治疗1例急性心肌梗死支架术后反复胸闷心悸发作患者的护理报告

徐小芳

（北京市健宫医院 CCU，北京，100054）

摘要：本文为1例穴位贴敷干预急性心肌梗死支架术后反复胸闷心悸发作患者的护理报告。全文通过梳理1例急性心肌梗死支架术后反复胸闷心悸发作患者的临床护理全过程，在西医常规药物治疗基础上配合中药穴位贴敷干预，有效减少患者胸闷、心悸的发作频次，提升患者生活质量。中医适宜技术目前在临床护理领域应用广泛，干预效果确切。

关键词：急性心肌梗死术后；胸闷；心悸；穴位贴敷；护理

Nursing Report on Acupoint Application for a Patient with Recurrent Chest Distress and Palpitations after Stent Implantation for Acute Myocardial Infarction

XU Xiaofang

（*Coronary Care Unit*, *Beijing Jiangong Hospital*, *Beijing*, *100054*）

ABSTRACT: This paper is a nursing report on acupoint application intervention for a patient with recurrent chest distress and palpitations after stent implantation for acute myocardial infarction. The whole article sorts out the entire clinical nursing process of this patient. On the basis of conventional Western medical drug therapy, Chinese herbal acupoint application was adopted as an adjuvant intervention, which effectively reduced the attack frequency of chest distress and palpitations and improved the patient's quality of life. Appropriate techniques of traditional Chinese medicine have been widely applied in clinical nursing at present with definite intervention effects.

KEY WORDS: post-acute myocardial infarction; chest distress; palpitations; acupoint application; nursing

急性心肌梗死是指在冠状动脉病变基础上，发生冠状动脉血供急剧减少或中断，使相应心肌出现持久而严重的缺血，进而引发部分心肌缺血性坏死，临床发病率与病死率均处于较高水平，严重威胁人群生命健康[1]。随着临床血运重建技术持续进步，急性心肌梗死的临床诊治率明显提升，病死率显著下降，但术后心力衰竭的发病率仍处于较高水平，因此尽早干预、控制心室不良重构具有重要临床意义[2]。现有研究显示，心肌梗死患者的心力衰竭发病率约为40%，该类患者后续治疗难度明显提升，整体预后较差，死亡率较高[3]。目前针对心梗后慢性心力衰竭的临床干预仍以西药治疗为核心方案，但单一西药干预的疗效存在局限，中西医结合干预路径正逐步受到临床广泛重视。

中医学理论认为，心肌梗死的核心病机为多种病因诱发的心脉痹阻。在心肌梗死缺血期，血管堵塞可直接导致气机阻遏不通；在再灌注期，PCI术对冠状动脉血管造成机械性损伤，加之郁滞已久的“气”随开通后的血流直冲而下，冠状动脉血管内皮与心肌细胞受到“气”的直接冲击，会造成冠状动脉内气血瘀滞，进而诱发心肌再灌注损伤；除此之外，PCI术后冠状动脉实现再通后，微血栓、粥样斑块等物质会随血流流向冠状动脉远端，造成局部微循环障碍，该病理过程与中医学“痰瘀内结、心络瘀塞”的病机特征高度契合，患者因此出现胸闷、心悸等不适症状。中药穴位贴敷疗法属于规范的中医护理操作技术，既可发挥经

收稿日期：2026－07－12

络腧穴的局部刺激作用，又可通过特定药物在对应体表部位的透皮吸收发挥药物药理作用，两类作用机制有机结合，可实现药物、腧穴的双重干预效应[4]。本文总结1例采用穴位贴敷干预急性心肌梗死支架术后反复胸闷心悸发作患者的护理个案，现报告如下。

1 病历资料

1.1 患者信息

患者男，43岁，1 d前因胸痛加重前往外院就诊，完善心电图与心肌酶检查未见明显异常后返家。本次入院前4 h患者无明显诱因出现心前区绞痛，症状持续半小时以上，伴大汗，无发热、咳嗽或咳痰，无放射痛及牵扯痛，偶有反酸、烧心，无恶心、呕吐，伴头痛，无头晕，无黑矇、晕厥、言语及四肢运动功能障碍等不适，于2026年04月26日就诊于我院急诊。急诊查心电图提示窦性心律，V1-V3导联ST段抬高幅度大于0.2 mV；心梗五联检验结果示：CKMB10.1 ng/mL、MYO200 ng/mL。

既往健康状况：疾病史方面，高血压病史5年，最高血压180/100 mmHg，长期规律服用琥珀酸美托洛尔联合奥美沙坦酯氨氯地平治疗，血压控制情况尚可；高脂血症病史2年，未规律服药；反流性食管炎病史多年；上呼吸道感染、感冒2 d。否认脑卒中病史。传染病史方面，否认肝炎、结核等传染性疾病病史。手术史方面，否认手术史，否认重大外伤史。输血史方面，否认输血史。过敏史方面，否认食物过敏史，既往有注射用青霉素钠药物过敏史。

急诊入导管室行冠脉造影+必要时支架置入术，冠状动脉造影结果提示：冠状动脉为右优势型；左主干未见狭窄阻塞性病变；前降支近段可见100%闭塞性病变；回旋支远段可见60%狭窄阻塞性病变；右冠状动脉中段可见60%狭窄阻塞性病变。经介入团队讨论，决定对LAD（前降支）病变进行干预，于LAD近段病变处置入吉威品牌（3.0×24）mm药物洗脱支架1枚，手术操作成功。术后复查造影示LAD病变处无残余狭窄，支架膨胀、贴壁良好，血流分级为TIMI3级。手术过程顺利，未出现相关并发症，术毕患者安返病房。最终手术过程顺利，患者确诊冠心病三支病变，LAD近段闭塞，药物洗脱支架植入成功。

1.2 体格检查

生命体征：体温（T）36.5℃，脉搏（P）64次/min，呼吸（R）18次/min，血压（BP）105/81 mmHg。

西医查体：视诊见患者发育正常，营养状况良好，神志清楚，言语流利，由平车推入病房，自主体位，查体合作；触诊见皮肤弹性可，无水肿，无皮下结节，皮温与湿度均处于正常范围；叩诊见双肺叩诊呈清音，双肺上下界无异常偏移；听诊见双肺呼吸音清，未闻及干湿性啰音，心率（HR）64次/min，心律齐，各瓣膜听诊区未闻及病理性杂音。

中医四诊：望诊见患者神色自如，面色红润，精神状态良好，形体正常，动静姿态平稳；舌脉象示舌暗，舌苔薄白，舌下脉络青紫。闻诊见患者言语流畅，周身及呼出气味无异常。问诊获知患者偶发胸闷隐痛，时作时止，伴心悸气短，倦怠懒言。切诊脉弦涩。

1.3 诊断

西医诊断：急性前壁心肌梗死。西医诊断依据：心电图检查提示窦性心律，V1-V3导联ST段抬高幅度大于0.2mV；心梗五联复查结果示：CKMB>300.00 ng/mL↑、MYO73.35 ng/mL、DDIM0.13 ng/mL、超敏肌钙蛋白70.717 ng/mL↑、N端B型利钠肽2152.49 ng/mL↑。

中医诊断：胸痹心痛，辨证分型：心血瘀阻证。中医诊断依据：患者为急性病程，间断胸痛1周，症状加重4 h后入院。瘀血内停，络脉痹阻不通，故见胸部刺痛；血脉凝滞，故痛处固定不移；血属阴，夜亦属阴，故患者夜间疼痛症状加重；瘀血阻塞脉络，心失所养，故见心悸不宁；舌质紫暗，苔薄白，脉涩，均为瘀血内停的典型证候表现。

1.4 治疗干预

中医治疗：以活血化瘀、通络止痛为治则，同步指导患者节饮食、避风寒、畅情志，予血府逐瘀汤合失笑散加减汤剂口服，联合中药穴位贴敷干预，选取膻中穴进行贴敷，1次/d。

西医治疗：予持续心电监护，采用阿司匹林联合替格瑞洛双联抗血小板治疗，瑞舒伐他汀调脂稳定斑块，琥珀酸美托洛尔、奥美沙坦氨氯地平控制血压，环磷腺苷葡胺改善心脑循环，泮托拉唑抑酸护胃等对症支持治疗。

患者采用口服中药汤剂联合中医穴位贴敷，配合西医扩冠、降脂及改善心功能等对症方案干预后，病情逐步好转，于2026年05月03日10:00办理出院。出院时嘱患者按时规律服药，合理调整饮食结构，日常注意保暖，定期返院复查，若出现不适症状及时就诊。

2 护理

2.1 护理评估

2.1.1 疼痛评估

采用数字疼痛评分量表(NRS)开展评估,量表分值范围为0~10分,用于量化评估患者疼痛程度,0分代表无疼痛感受,10分代表可感知的最剧烈疼痛。该患者最终疼痛评分为0分,无疼痛主诉。

2.1.2 跌倒风险评估

采用摩尔斯跌倒风险评估表(Morse量表)开展评估,0~25分为跌倒低危人群,25~45分为跌倒中危人群,得分>45分为跌倒高危人群。该患者跌倒风险得分为35分,判定为跌倒中风险,存在相对较高的跌倒发生可能性。

2.1.3 日常生活能力评估

采用Barthel指数量表(巴塞尔日常生活能力评定量表)开展评估,评估维度覆盖进食、大小便控制、如厕、穿衣、修饰、平地行走、洗澡、上下楼梯及床椅转移等日常活动项目,量表满分为100分。该患者最终得分为60分,提示其日常生活活动需要极大帮助。

2.1.4 心功能评估

采用纽约心脏病学会(NYHA)心功能分级标准开展评估,分级判定规则如下:Ⅰ级:体力活动不受限,日常活动不会诱发乏力、心悸、呼吸困难或心绞痛症状;Ⅱ级:体力活动轻度受限,休息时无不适症状,但开展日常活动如爬楼梯、快步走时可诱发相关症状;Ⅲ级:体力活动明显受限,休息时无不适症状,但开展轻微活动如穿衣、慢走即可诱发相关症状;Ⅳ级:无法进行任何体力活动,静息状态下也存在不适症状,活动后症状进一步加重。该患者心功能分级为Ⅲ级,需严格卧床休息,休息体位选取半卧位或端坐位[5]。

2.2 护理诊断

胸闷、心悸:与急性心肌梗死导致的心肌供血不足直接相关;有猝死的风险:与急性心肌梗死的疾病病理特征相关;有跌倒的风险:与患者心功能受限、日常活动能力下降相关;自理能力缺陷:与患者心功能不全、活动能力受限直接相关。

2.3 护理计划

患者发作性胸闷、心悸症状完全消失;患者住院期间心功能分级恢复至Ⅱ级;患者住院全程不发生跌倒不良事件;患者出院前日常生活能力Barthel指数评分提升至70分以上。

2.4 护理实施

2.4.1 胸闷、心悸专项护理

该患者为急性心肌梗死支架置入术后状态,住院期间仍间断主诉心前区不适,偶发胸闷、心悸症状。西医干预方案延续原有规范治疗,即采用阿司匹林联合替格瑞洛双联抗血小板治疗,瑞舒伐他汀调脂稳定斑块,琥珀酸美托洛尔、奥美沙坦氨氯地平控制血压,环磷腺苷葡胺改善心脑循环。中医干预方案给予中药穴位贴敷治疗,选取膻中穴进行贴敷,每日干预1次。操作方法:取丹参20 g、川芎15 g、桃仁15 g、红花15 g、黄芪30 g、党参15 g、五味子10 g、檀香15 g、薤白20 g、瓜蒌20 g、延胡索20 g、乳香10 g、没药10 g及冰片5 g,将上述全部药材研磨成细粉,以食醋调和成糊状,均匀摊涂于空白穴位贴的中心区域。取穴操作规范:男性、儿童患者可直接取两乳头连线中点定位膻中穴;女性、存在乳房下垂情况的患者,以胸骨中线、平第4肋间的位置作为取穴标准。将制备完成的中药敷贴精准贴敷于膻中穴位置,以拇指指腹或食指关节对穴位进行按揉,每日按揉3次,每次按揉时长5~10 min,次日更换新的穴位贴[6]。

2.4.2 体位管理

急性期要求患者严格卧床休息:支架仅实现闭塞血管的血运重建,已经发生坏死的心肌需要2~4周才能逐步完成修复,术后前24 h坏死区域的心肌组织仍处于脆弱状态。患者起身、坐起及下地行走等动作会激活交感神经,引发心率加快、血压升高,心肌耗氧量显著上升,可能导致梗死面积进一步扩大,易诱发室性早搏、室性心动过速、心室颤动、急性心力衰竭或心脏破裂等严重不良事件。

体位管理的阶段要求:术后0~12 h(急性期关键期)需绝对卧床休息,股动脉穿刺侧下肢保持伸直制动,桡动脉穿刺侧手腕保持制动,仅可进行四肢轻微被动活动,床上完成大小便,减少不必要的翻身动作,同步开展严密心电监护,警惕恶性心律失常事件发生。该阶段管理的核心目的,一是降低心肌耗氧量,防止梗死范围进一步扩大;二是避免穿刺部位发生出血并发症。术后12~24 h阶段:患者无胸痛、心律失常或低血压等异常表现时,桡动脉穿刺入路的患者可适当抬高床头30~45°,在床上维持坐位休息;股动脉穿刺入路的患者仍需保持下肢伸直状态,仅可开展踝关节活动,不可自主坐起。术后24~72 h阶段:患者病情保持平稳时,桡动脉穿刺入路的患者可在床边静坐;

股动脉穿刺入路的患者在术后24 h撤除穿刺部位敷料后，才可下床开展床边活动。术后第2～3日可维持床边静坐体位，双腿下垂；术后第4～5日可在病室内开展短距离行走活动。

2.4.3 穿刺部位专项护理

桡动脉入路术后护理要求：腕部佩戴加压止血器持续压迫4～6 h；穿刺侧手腕严格制动，手腕禁止发力，不可借助术侧上肢撑床起身；术侧手指可开展轻微主动活动；术侧上肢尽量避免高举、发力动作，防止穿刺部位出现渗血、血肿、假性动脉瘤等并发症。

股动脉入路术后护理要求：穿刺局部保持制动，术后术侧下肢维持伸直状态，12 h内禁止屈膝，绝对卧床休息24 h；术后6 h内，术侧整条下肢严禁屈膝，翻身时仅可向健侧翻身，全程保持患肢伸直状态；术后24 h撤除压迫绷带后才可进行屈膝动作。该护理要求的核心目的为股动脉血管压力较高，过早屈膝极易诱发穿刺部位大出血、腹膜后血肿，严重时可引发失血性休克。发病急性期24 h以内，无论患者是否完成支架植入操作，都需要严格限制身体活动，进食、排便与洗漱全部在床上完成。卧床期间仅可活动健侧下肢，术侧下肢保持伸直不动，仅可开展踝关节轻微勾脚动作，预防下肢深静脉血栓形成[7]。

2.4.4 饮食及生活起居护理

保持病室环境安静，空气流通新鲜，温湿度维持在适宜区间。严格规避劳累、饱餐、情绪激动、寒冷刺激、便秘或感染等疾病诱发因素，指导患者戒烟限酒。日常起居保持规律，症状发作时即刻卧床休息，症状缓解期可开展适度锻炼，如快步走、打太极拳等，活动强度以患者不产生疲劳感为度。针对该气阴两虚、心血瘀阻证患者，指导其食用具有益气养阴、活血通络功效的食物，如甲鱼、鸭肉、海参、木耳、香菇、山药、荸荠、甘蔗、百合、莲子及藕汁等；可选用的食疗方包括山药粥、百合莲子羹等[8]。

2.4.5 情志护理

中医情志护理在中医护理体系中占据至关重要的地位，结合患者心理状态与身体状态同步开展干预，可实现事半功倍的干预效果。结合该患者的实际情况制定针对性情志护理方案，引导患者充分认知自身疾病。维持情绪稳定，规避各类不良情绪刺激；鼓励患者主动表达内心感受，针对性提供心理支持；指导患者掌握自我排解不良情绪的方法，如音乐疗法、谈心释放法及注意力转移法等[8]。

2.5 护理评价

该患者住院期间超敏肌钙蛋白及N端B型利钠肽两项心肌损伤相关指标均出现明显下降，提示心肌细胞损伤标志物水平显著回落，患者心肌细胞坏死进程终止，心肌损伤不再持续进展，整体病情趋于稳定，不同时间节点的核心指标变化如表1所示；患者自述胸闷、心悸症状未再发作，心功能分级维持在Ⅱ级，日常生活能力Barthel指数评估得分为90分，于2026年05月03日10:00顺利出院。

表1 疗效评估

评估日期	超敏肌钙蛋白/(ng/mL)	N端B型利钠肽/(ng/mL)	NYHA/级	BI/分
04月27日	70.717	2152.49	Ⅲ	60
04月28日	26.876	2304.08	无记录	无记录
04月30日	29.046	1695.10	无记录	70
05月01日	7.171	852.42	Ⅱ	无记录
05月03日	0.676	无记录	Ⅱ	90

3 结果与随访

患者急性心肌梗死支架植入术后，注意休息，按时服药，低盐低脂饮食，密切监测血压、心率，避免剧烈运动。注意有无皮肤、粘膜出血，有无血尿、黑便，如有请及时就诊。如有胸闷、憋气、胸痛、剑突下疼痛等不适，及时门急诊就诊。出院一周，2026年5月10日心血管病科门诊随访，复查血常规、离子+肝肾功、心梗五联、心电图、心脏超声等检验检查，择期完善HOLTER(24小时动态心电图)、24小时动态血压等检查，不适门急诊随诊。

4 讨论

在对急性心肌梗死的救治中，冠脉介入治疗有着不可替代的作用，但是已经坏死的心肌细胞是无法再生的，心肌所受的器质性损伤也是客观存在的，如何应用中医的辨证施治是一个值得探讨的论题。本病例患者为心脉痹阻，血行瘀滞引起的胸痹心痛-心血淤阻证，心脉痹阻，血行瘀滞，不通则痛；瘀血痹阻心脉，心肌失养，发为胸痹。本例患者通过西医介入治疗结合中医穴位贴敷治疗，贴敷膏方为“活血化瘀+益气通络”良方。

其中丹参、川芎、桃仁、红花、乳香、没药、延胡索，为活性化瘀主力方，负责疏通血管、消除瘀堵，用于调理冠心病、心绞痛等血瘀问题。 黄芪、党参补气，五味子收敛心气。檀香、瓜蒌“理气化痰”，缓解胸闷痰多。冰片“引药”和止痛。膻中穴，经络属性：任脉穴位、心包募穴、八会穴之“气会”，一身宗气汇聚之处，有宽胸行气、疏肝解郁 改善生闷气、爱叹气、胸口发堵、压抑焦虑、心烦失眠、情绪不畅，被称作人体“出气穴”。刺激膻中穴可起到护心止痛，缓解心慌心悸、胸闷气短、胸口隐痛，对冠心病、胸闷不适等作用。两者向结合能更好的起到疏通经络作用，使心脉畅通，缓解因为经络阻滞引起的疼痛不适[9]。中西医结合治疗急性心肌梗死血管再通后心肌损伤引起的心功能受损，往往比单纯西医治疗会有更好的疗效，且安全性更高，副作用更小[10]。

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] 国家心血管病中心，中国心血管健康与疾病报告编写组，胡盛寿．中国心血管健康与疾病报告2025概要[J]．中国循环杂志，2026，41(6)：527-563.
National Center for Cardiovascular Diseases，The Writing Committee of the Report on Cardiovascular Health and Diseases in China，Hu S S. Report on cardiovascular health and diseases in China 2025：an updated summary[J]. Chin Circ J，2026，41(6)：527-563.（in Chinese）

[2] 冯凯歌，王新全，杨怡，等．心肌梗死后心力衰竭的诊疗进展[J]．实用医学杂志，2022，38(8)：923-928.
Feng K G，Wang X Q，Yang Y，et al. Advances in diagnosis and treatment of heart failure after myocardial infarction[J]. J Pract Med，2022，38(8)：923-928.（in Chinese）

[3] 仲惟帝．心肌梗死后心力衰竭的高危人群与中医体质及证型的相关性研究[D]．长春：长春中医药大学，2023.

[4] 李佳丹，高逸凡，张赢月，等．急性心肌梗死的中医药治疗及研究进展[J]．中国循证心血管医学杂志，2022，14(4)：504-506.
Li J D，Gao Y F，Zhang Y Y，et al. Research progress in acute myocardial infarction treated with traditional Chinese medicine[J]. Chin J Evid Based Cardiovasc Med，2022，14(4)：504-506.（in Chinese）

[5] 中国老年医学学会心电及心功能分会，中国医师协会心血管内科分会，中国心衰中心联盟专家委员会，等．慢性心力衰竭加重患者的综合管理中国专家共识2022[J]．中国循环杂志，2022，37(3)：215-225.
Electrophysiology and Cardiac Function Branch of Chinese Society of Geriatrics，Cardiovascular Medicine Branch of Chinese Physicians Association，Expert Committee of China Heart Failure Center，et al. Chinese expert consensus on comprehensive management of patients with worsening heart failure 2022[J]. Chin Circ J，2022，37(3)：215-225.（in Chinese）

[6] 郭晓梅，刘艳军，黄春莉．中药复方穴位贴敷联合心可舒片治疗冠心病心绞痛临床研究[J]．陕西中医，2023，44(2)：255-258.
Guo X M，Liu Y J，Huang C L. Clinical efficacy of acupoint application of Chinese herbal compound combined with Xinkeshu tablets in the treatment of angina pectoris of coronary heart disease[J]. Shaanxi J Tradit Chin Med，2023，44(2)：255-258.（in Chinese）

[7] 李艳．急性心肌梗病人的观察与护理[J]．中国民族民间医药，2010，19(21)：210.
Li Y. Observation and nursing care of patients with acute myocardial infarction[J]. Chin J Ethnomed Ethnopharmacy，2010，19(21)：210.（in Chinese）

[8] 国家中医药管理局医政司．52个病种中医护理方案汇编[M]．北京：中国中医药出版社，2017：74-78.

[9] 陈昕怡，高旭，张前福，等．基于数据挖掘技术的穴位贴敷治疗心绞痛的用药与选穴规律分析[J]．世界中西医结合杂志，2020，15(11)：2007-2012，2035.
Chen X Y，Gao X，Zhang Q F，et al. Analysis of medication and acupoint selection rules for acupoint application based on data mining technology[J]. World J Integr Tradit West Med，2020，15(11)：2007-2012，2035.（in Chinese）

[10] 崔瀚文，贾福运，张茜，等．基于“湿浊痰饮”理论探讨中医药调节免疫机制治疗慢性心衰的研究进展[J]．中医药导报，2026，32(4)：153-159，193.
Cui H W，Jia F Y，Zhang Q，et al. Research progress in traditional Chinese medicine regulating immune mechanisms for chronic heart failure based on the theory of “damp-turbidity-phlegm-rheum”[J]. Guid J Tradit Chin Med Pharm，2026，32(4)：153-159，193.（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。