DOI：10. 12209/CAIM202607260002

·中西医结合临床案例·

中医刮痧联合头面部疾病推拿护理1例心力衰竭合并失眠患者的体会

李晶如[1]，陈　盼[2]

（1. 北京中医药大学东直门医院通州院区 门诊咨询，北京，101121；
2. 北京中医药大学东直门医院通州院区 老年医学科，北京，101121）

摘要：总结1例心力衰竭合并失眠患者应用中医刮痧联合头面部推拿的护理经验。患者心功能Ⅳ级，左心室射血分数（LVEF）18%，伴随胸闷喘憋、双下肢水肿及夜眠不安症状，临床予双联抗血小板聚集及强化利尿方案治疗。护理过程中，在系统评估患者心功能状态、容量负荷水平、睡眠质量及潜在安全风险的基础上，实施轻刺激耳部刮痧、头面部推拿中医特色干预，同步配合规范化容量管理、针对性睡眠护理及跌倒、出血风险预防措施。出院前患者胸闷喘憋症状明显减轻，双下肢水肿完全消退，N末端B型利钠肽前体（NT-proBNP）指标回落，匹兹堡睡眠质量指数（PSQI）由12分降至7分，住院期间未发生出血、皮肤损伤及跌倒不良事件。

关键词：心力衰竭；失眠；中医刮痧；头面部疾病推拿；中西医护理

Nursing Experience of Traditional Chinese Medicine Scraping Therapy Combined with Craniofacial Tuina for a Patient with Heart Failure Complicated by Insomnia

LI Jingru[1]，CHEN Pan[2]

（*1. Outpatient Consultation，Tongzhou Campus of Dongzhimen Hospital，Beijing University of Chinese Medicine，Beijing，101121*；
2. Department of Geriatrics，Tongzhou Campus of Dongzhimen Hospital，Beijing University of Chinese Medicine，Beijing，101121）

ABSTRACT：This paper summarizes the nursing experience of traditional Chinese medicine scraping therapy combined with craniofacial tuina in one patient with heart failure complicated by insomnia. The patient was classified as New York Heart Association（NYHA）class IV cardiac function with a left ventricular ejection fraction（LVEF）of 18%，accompanied by chest tightness，dyspnea，bilateral lower limb edema and disturbed nocturnal sleep. Dual antiplatelet therapy and intensive diuretic regimen were administered clinically. During nursing care，on the basis of systematic assessment of the patient's cardiac function，volume load，sleep quality and potential safety risks，characteristic traditional Chinese medicine interventions including low-intensity auricular scraping and craniofacial tuina were performed，along with standardized volume management，targeted sleep care，and preventive measures for fall and bleeding risks. Before discharge，the patient's chest tightness and dyspnea were markedly alleviated，bilateral lower limb edema completely subsided，and the level of N-terminal pro-B-type natriuretic peptide（NT-proBNP）decreased. The Pittsburgh Sleep Quality Index（PSQI）decreased from 12 points to 7 points. No adverse events such as bleeding，skin injury or fall occurred during hospitalization.

KEY WORDS：heart failure；insomnia；Traditional Chinese Medicine scraping therapy；craniofacial tuina；integrated Chinese and western nursing

收稿日期：2026－07－26

通信作者：陈盼，E-mail：chen6221988@126. com

心力衰竭是多种心血管疾病进展至严重阶段的临床综合征，我国现有心力衰竭患者约890万，疾病总体负担仍处于较高水平[1]。慢性心力衰竭急性加重患者常出现胸闷、喘憋、水肿、活动耐力下降及夜间不适症状，需在规范药物治疗基础上，强化容量状态、循环灌注水平和治疗反应的动态监测[2]。失眠可表现为入睡困难、睡眠维持障碍、早醒及日间功能受损，持续睡眠障碍又可能进一步加重患者疲乏、焦虑情绪，降低治疗依从性[3]。老年慢性心力衰竭患者的睡眠质量还易受呼吸困难、夜尿频繁、对疾病的过度担忧、住院环境干扰及用药时间安排等多重因素共同影响[4]。本文总结1例应用中医刮痧联合头面部推拿护理心水病合并失眠患者的完整过程，现报告如下。

1 病例资料

1.1 一般资料

患者男，64岁，因“间断胸闷、喘憋3年余，加重1周”于2026年06月10日收入老年医学科。既往冠状动脉造影提示三支病变，明确诊断为冠心病、心肌梗死及心功能不全，2025年09月行冠状动脉介入治疗并置入支架2枚。此次入院前1周胸闷、喘憋症状明显加重，活动及静息状态下均可发作，同时出现双下肢中度可凹性水肿和夜眠不安表现。既往另有心脏扩大、瓣膜反流、心房扑动、2型糖尿病、高脂血症、慢性萎缩性胃炎、反流性食管炎及前列腺增生病史。

1.2 入院检查与中医辨证

入院时患者体温（T）36.3℃，脉搏（P）72次/min，呼吸（P）18次/min，血压（BP）101/60 mmHg；神志清楚，精神欠佳；双肺呼吸音清，心界向左下扩大，心率（HR）72次/min，心律齐，二尖瓣和三尖瓣听诊区可闻及收缩期吹风样杂音；双下肢中度可凹性水肿。中医望诊见面色偏暗、唇色紫暗、舌质暗、苔腻，脉弦。结合患者久病心系疾患、心阳受损、血行不畅、水液输布失常及痰瘀互结的临床表现，辨证为心水病痰瘀互结证。

1.3 辅助检查

2026年06月10日心电图提示左室高电压，Ⅱ、Ⅲ、aVF导联Q波形成；N末端B型利钠肽前体（NT-proBNP）3602.53 pg/mL。2026年06月12日心脏彩色多普勒超声提示左心室射血分数（LVEF）18%，全心扩大、全心功能减低，肺动脉主干及分支增宽，二尖瓣及三尖瓣轻度反流，重度肺动脉高压。

1.4 诊断

中医诊断：心水病，痰瘀互结证。西医诊断：慢性心功能不全急性加重、心功能Ⅳ级、冠状动脉粥样硬化性心脏病、不稳定性心绞痛、冠状动脉支架植入术后状态、陈旧性心肌梗死、心脏扩大、心脏瓣膜病、心房扑动、脑动脉粥样硬化、2型糖尿病、高脂血症、慢性萎缩性胃炎、反流性食管炎、前列腺增生、失眠；出院时补充诊断室性期前收缩。

1.5 治疗经过

入院后予利尿、改善心力衰竭、抗血小板聚集、降脂稳斑及降糖等综合治疗，早期利尿反应欠佳后调整方案行强化利尿，2026年06月22日予左西孟旦静脉泵入。遵医嘱同步开展耳部刮痧及头面部推拿干预，两类操作每周各实施3次，并配套开展容量管理、睡眠护理及安全防护。至2026年06月25日治疗结束准予出院，患者胸闷、喘憋症状明显减轻，双下肢水肿完全消退，24 h尿量达3150 mL，NT-proBNP指标回落，睡眠状态较前改善，住院期间未发生明显出血、皮肤损伤、跌倒及中医外治相关不良反应。

2 护理

2.1 护理评估

一般评估：患者活动及静息状态下均存在胸闷、喘憋表现，心功能Ⅳ级，左心室射血分数（LVEF）18%，N末端B型利钠肽前体（NT-proBNP）3602.53 pg/mL，伴随双下肢中度可凹性水肿。

睡眠评估：采用匹兹堡睡眠质量指数（Pittsburgh Sleep Quality Index，PSQI）评估患者近1个月睡眠质量，该量表涵盖7个维度，总分0～21分，分值越高提示睡眠质量越差[5]。本例患者入院时PSQI评分为12分。

跌倒风险评估：Morse跌倒风险评估量表（Morse Fall Scale，MFS）总分0～125分，0～24分为跌倒低风险，25～44分为跌倒中风险，得分≥45分为跌倒高风险[6]。本例患者入院评估得分为45分，属于跌倒高风险人群。

2.2 护理诊断

心输出量减少：与心肌收缩功能严重下降、陈旧性心肌梗死及心脏扩大病理改变直接相关；体液过多：与心功能不全引发的水钠潴留有关；睡眠型态紊乱：与胸闷喘憋不适、夜间排尿频繁、对疾病的过度担忧及住院环境改变等多重因素相关；活动耐力下降：与心功能Ⅳ级、LVEF显著降低及

全身组织灌注不足有关；有出血的风险：与吲哚布芬联合替格瑞洛双联抗血小板治疗方案及中医刮痧的局部刺激作用相关；有跌倒的风险：与患者基础血压偏低、强化利尿治疗后容量变化、体位快速变动及夜间频繁如厕等因素有关。

2.3 护理计划

以维持呼吸循环功能稳定、快速改善容量超负荷状态为首要护理目标，动态监测患者胸闷喘憋程度、水肿消退情况、24 h尿量、体重波动、血压及心律变化；针对夜眠不安症状规范实施中医刮痧、头面部推拿及个体化睡眠护理方案；结合双联抗血小板聚集、强化利尿、血糖控制及基础血压偏低的临床特点，重点强化出血、跌倒、电解质紊乱及各类药物不良反应的防范措施。

2.4 护理措施

2.4.1 中医刮痧护理

患者辨证属痰瘀互结证，心神受扰引发夜眠不安，同时正在接受双联抗血小板治疗，因此本例刮痧操作严格遵循“轻刺激、不过度出痧、严密观察局部反应”的核心原则。遵医嘱每周开展3次操作，安排在上午患者病情相对稳定的时段实施，选取心、肝、脾、胃、皮质下、内分泌及交感对应耳穴，左右耳交替进行干预。操作前核对医嘱，详细询问患者近期有无鼻出血、牙龈出血、血尿或黑便等出血征象，观察耳廓皮肤有无破损、感染、散在瘀点及瘀斑，同步测量血压、心率，确认患者无明显胸闷、喘憋及心悸不适。协助患者取30～45°半卧位，清洁耳廓皮肤后涂抹少量刮痧介质，使用小号刮痧板圆钝边沿在对应穴区缓慢、轻柔、单向刮拭，每个区域操作约20～30次，全程时长约8～10 min，以局部皮肤微热、轻度潮红且患者自觉舒适为度，不以出现明显痧点为操作目标。操作过程中持续询问患者有无疼痛、头晕、心慌及呼吸不适，如出现针尖样出血、迅速扩大的瘀点、明显疼痛或生命体征异常，立即停止操作。操作结束后再次清洁耳廓皮肤并留观5～10 min，详细记录操作涉及穴区、刺激强度、局部皮肤反应及患者当晚睡眠主诉。患者住院期间耳廓皮肤保持完整，未出现明显瘀斑和出血征象。

2.4.2 头面部推拿护理

针对患者LVEF仅18%、基础血压偏低且无法耐受长时间平卧的特点，推拿操作全程采用半卧位体位、轻柔操作手法和短时程干预方案。遵医嘱每周开展3次操作，每次时长15～20 min，安排在午睡前或晚间常规治疗操作集中完成后进行。操作前测量患者血压、心率和呼吸频率，评估胸闷、喘憋、心悸和头晕程度，协助患者取30～45°半卧位。先以掌面轻抚前额、眉弓和颞部，引导患者逐步放松；随后以指腹依次按揉印堂、双侧太阳、神庭、百会、四神聪及双侧安眠穴，每穴按揉时长约1～2 min，以局部产生酸胀舒适感、无明显疼痛为度；廉泉、承浆穴采用轻柔点按手法，避免持续压迫颈前区域；最后由印堂向两侧分推至太阳穴，再由前额向头顶部轻推收尾。操作过程中引导患者配合缓慢呼吸，每3～5 min询问有无胸闷、头晕、恶心和心悸不适，出现异常立即停止操作；操作结束后维持半卧位休息5～10 min，再协助患者缓慢改变体位。患者每次治疗后主诉头面部肌肉明显放松，夜间烦躁情绪和睡眠不安症状较前减轻。

2.4.3 心功能与症状监测

慢性心力衰竭急性加重期予持续心电监护，根据病情动态监测血压、心率、呼吸和血氧饱和度，重点关注心律异常波动及低血压征象。日常巡视时主动询问患者胸闷喘憋的诱发因素、持续时间及缓解情况。症状急性发作时立即协助患者停止活动，取半卧位或端坐位，遵医嘱对症处理后复测生命体征。左西孟旦静脉泵入期间重点观察患者有无心悸、头晕、血压下降及心律异常变化。

2.4.4 容量管理与利尿安全护理

每日晨起排空膀胱后、早餐前，着相近衣物固定时间测量体重；每班准确记录饮水、饮食含水量、静脉入量、尿量及其他体液排出量；每日观察胫前、踝部及足背水肿范围和凹陷恢复时间，结合呼吸困难程度、肺部体征、体重波动和NT-proBNP变化综合判断患者容量状态。强化利尿治疗后重点观察患者有无口渴、乏力、肌肉抽搐、心悸、头晕和尿量突然下降等表现，同步结合尿素、肌酐、血钠及血钾检验结果，早期识别肾灌注不足和电解质异常风险。协助患者如厕或改变体位前先评估血压水平，指导患者避免快速站立。06月25日患者24 h入量1789.5 mL、出量3255 mL，其中尿量3150 mL，双下肢水肿完全消退。

2.4.5 睡眠护理

每日晨间主动询问患者前一晚入睡时间、夜间觉醒次数、觉醒诱因、再次入睡情况及晨起精神状态，精准区分因呼吸困难、排尿需求、环境噪声或情绪因素引发的觉醒。白天病情允许时安排患者短时坐起和轻度活动，避免长时间日间睡眠；晚

间提前完成洗漱、排尿和病室环境整理，调暗室内灯光，将测量、用药和护理巡视操作尽量集中安排，减少不必要的声光刺激。利尿药物严格按医嘱时间执行，同步记录夜间排尿行为对睡眠的影响。睡前配合头面部推拿指导患者开展缓慢呼吸训练 5 ~ 10 min；若夜间出现不能平卧、喘憋或突发心悸症状，优先按心功能变化流程进行评估，不简单归因于失眠对症处理。

2.4.6 抗栓、血糖及药物安全护理

每日观察患者牙龈、穿刺部位及全身皮肤有无出血点、瘀斑，主动询问有无鼻出血、血尿、黑便及胃部不适表现；静脉采血、拔针后适当延长穿刺点按压时间。给药前结合患者实时血压、心率和尿量评估用药耐受性，出现明显低血压或不适症状及时报告医师处理。按医嘱定时监测血糖水平，观察患者有无脱水、低血糖等相关表现。住院期间患者未出现活动性出血及明确低血糖不良事件。

2.4.7 活动指导与跌倒预防

针对患者基础血压偏低、活动耐力下降及利尿后排尿频繁的特点，将夜间如厕作为跌倒高风险重点防范情境。病床日常保持低位状态，呼叫器和尿壶放置在患者易取范围内，夜间保留病室基础照明。患者有尿意时先呼叫护理人员协助，严格按照“抬高床头—床边坐位—床旁站立”的分步流程改变体位，全程观察患者有无头晕、胸闷、心悸及下肢无力表现。日常活动范围根据患者喘憋缓解程度和血压耐受情况逐步增加。住院期间患者未发生跌倒、坠床及活动诱发的明显心血管不良事件。

2.5 健康教育

患者既往有出院后未规律服药的经历，因此出院健康教育重点聚焦于规律用药指导、容量变化识别及异常症状预警。指导患者及家属严格按医嘱服药，不得因症状自行缓解随意停药；每日相对固定时间监测体重、血压和心率，观察下肢水肿程度、尿量变化及活动耐量波动。出现胸闷喘憋明显加重、不能平卧、夜间憋醒次数增多、体重短期快速上升、水肿重新出现、尿量显著减少、晕厥、持续心悸、黑便或其他异常出血表现时，及时就医处置。日常饮食以清淡、易消化为原则，钠盐和液体摄入量严格按出院医嘱执行；保持规律作息，家属协助记录睡眠状态和夜间不适症状。

2.6 护理评价

经中西医结合规范治疗与护理，患者胸闷、喘憋发作频率及严重程度明显下降，双下肢水肿由中度可凹性水肿完全消退，NT-proBNP 由 3602. 53 pg/mL 降至 2949. 51 pg/mL，24 h 尿量增至 3150 mL；PSQI 评分由 12 分降至 7 分，提示睡眠质量较前显著改善；出院前患者 BP91/58 mmHg，虽仍处于偏低水平，但无头晕、晕厥等低灌注相关表现（详见表 1）。住院期间未发生明显出血、皮肤损伤、跌倒及推拿相关不适反应。

表 1 疗效评估

评价项目	入院时	出院前
胸闷、喘憋	活动及静息状态下均可发作，每日数次	发作频率及程度明显下降
双下肢水肿	中度可凹性水肿	水肿完全消退
NT-proBNP	3602. 53 pg/mL	2949. 51 pg/mL
24 h 尿量	利尿反应欠佳	3150 mL
BP	101/60 mmHg	91/58 mmHg（无头晕、晕厥表现）
PSQI	12 分（睡眠质量较差）	7 分（睡眠状态较前改善）
安全性	存在明确出血及跌倒高风险	无明显出血、皮肤损伤、跌倒及推拿相关不适

3 结果与随访

3.1 结果

患者于 2026 年 06 月 25 日顺利出院，出院前胸闷、喘憋症状较入院时明显减轻，双下肢水肿完全消退，睡眠状态较前改善，一般情况平稳。06 月 25 日 06：00 患者 BP91/58 mmHg，24 h 总入量 1789. 5 mL、总出量 3255 mL，其中尿量 3150 mL，当日体重 62 kg；06 月 20 日检验结果示尿素 11. 6 mmol/L、血钠 135. 8 mmol/L，N 末端 B 型利钠肽前体（NT-proBNP）2949. 51 pg/mL。查体示心律齐，二尖瓣及三尖瓣听诊区仍可闻及收缩期吹风样杂音。住院期间未发生跌倒、明显出血及中医外治相关不良反应。

3.2 随访

出院后 2 周采用电话方式完成首次随访，患者自述按医嘱规律服药，家属协助每日监测体重、血压及下肢水肿情况；胸闷、喘憋症状较出院时无

明显加重，可平卧休息，夜间偶因排尿觉醒 1 ~ 2 次，多数可自行再次入睡；双下肢未再出现明显水肿，体重维持在 61 ~ 62 kg 区间，家庭自测血压多波动于 90 ~ 100/55 ~ 65 mmHg，无头晕、晕厥不适。随访期间患者未出现鼻出血、黑便、明显皮下瘀斑及跌倒事件；患者未自行在家开展刮痧操作，居家期间仅延续睡前轻柔头面部按揉、缓慢呼吸训练及规律作息的干预方案。出院后 1 个月再次完成电话随访，患者胸闷喘憋和睡眠状态总体稳定，未因心力衰竭急性加重再次住院。

4 讨论

心力衰竭患者的睡眠障碍常与呼吸困难、心悸、夜尿增多、负性情绪及住院环境干扰等多重因素共同相关，可直接影响患者生活质量。本例采用 PSQI 作为结构化评估工具，同步观察患者夜间喘憋发作、排尿频次、觉醒诱因及次日精神状态，精准区分疾病相关症状与普通睡眠问题[7]。中医辨证认为，本例患者痰瘀互结、心神受扰是夜眠不安的核心病机。现有相关研究提示，规范刮痧及头面部推拿可作为改善失眠症状的安全辅助干预手段[8-9]。本例全程采用耳部轻柔刮拭及头面部穴位按揉操作，配合半卧位体位和缓慢呼吸引导。考虑患者正在接受双联抗血小板治疗，且左心室射血分数（LVEF）仅 18%、基础血压偏低，护理操作中不追求明显出痧效果，重点严格控制刺激强度、操作体位及全程生命体征监测，治疗期间未发生明显出血、皮肤损伤或心功能相关不适。

容量超负荷是本例患者喘憋、水肿及睡眠受扰的核心诱因。护理过程中将尿量、出入量平衡、体重波动、水肿程度、血压水平、肾功能及电解质变化进行联合动态观察，并根据强化利尿后的治疗反应，针对性加强低血压、低灌注及跌倒风险的分级防范[10]。出院前患者尿量显著增加、水肿完全消退、NT-proBNP 指标回落，但血压仍处于偏低区间，提示容量负荷改善的同时，后续居家安全监测仍需持续重视。出院指导重点帮助患者掌握规律用药、固定时间监测体重、观察水肿和尿量变化以及识别夜间憋醒、不能平卧等病情恶化预警信号，切实提升居家容量管理的依从性与实操能力[11]。

此外，睡眠护理需与心理支持、环境管理及安全护理同步协同实施。通过集中晚间护理操作、减少不必要声光刺激、睡前提前完成排尿准备、呼吸放松训练和疾病认知宣教，可有效减轻住院期间的睡眠干扰和患者紧张情绪[12]；针对患者基础血压偏低、活动耐力下降及夜间频繁如厕等风险特点，严格落实陪同下床活动、分步改变体位和床旁辅助排尿等个体化跌倒预防措施[13]。本例患者症状的全面改善是规范循证药物治疗、中医外治干预、精细化容量管理及全维度综合护理共同作用的结果，中医刮痧和头面部推拿仅作为辅助干预措施，完全不能替代心力衰竭的标准循证治疗方案[14]。本报告为单病例临床实践总结，且缺少更长周期的完整随访数据，今后仍需通过更多病例积累进一步观察该干预方案的适用性与长期辅助效果。

对心水病合并失眠患者实施护理时，应首先以稳定心功能和改善容量状态为核心前提，再针对影响睡眠的喘憋、心悸、夜尿、低血压及情绪等多重因素开展个体化精准干预。本例在规范西医治疗基础上实施轻刺激中医刮痧和头面部推拿，同步强化容量管理、用药安全及跌倒风险管控，最终患者胸闷喘憋症状减轻、水肿完全消退、夜眠不安明显缓解，全程未发生明显出血、皮肤损伤及跌倒不良事件。中医外治可作为心力衰竭合并失眠的安全辅助干预措施，但操作强度、体位选择和实施频次必须根据患者心功能分级及抗栓治疗方案进行动态调整。

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] 刘明波，王增武，樊静，等. 《中国心血管健康与疾病报告 2023》要点解读[J]. 中国心血管病研究，2024，22(7)：577-593.
Liu M B，Wang Z W，Fan J，et al. Key points of report on cardiovascular health and diseases in China 2023[J]. Chin J Cardiovasc Res，2024，22(7)：577-593.（in Chinese）

[2] 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.
Cardiology Branch of the Chinese Medical Association，Cardiology Branch of the Chinese Medical Doctor Association，and Heart Failure Professional Committee of the Chinese Medical Doctor Association，et al. Chinese guidelines for the diagnosis and treat-

ment of heart failure 2024 [J]. Chin J Cardiol, 2024, 52(3): 235-275. (in Chinese)

[3] 中华医学会神经病学分会睡眠障碍学组. 中国成人失眠诊断与治疗指南(2023版)[J]. 中华神经科杂志, 2024, 57(6): 560-584.
Sleep Disorders Group of the Neurology Branch of the Chinese Medical Association. Guidelines for the Diagnosis and Treatment of Insomnia in Chinese Adults (2023 Edition) [J]. Chinese Journal of Neurology, 2024, 57(6): 560-584. (in Chinese)

[4] 张莉, 覃光球, 蒋青健, 等. 老年慢性心力衰竭患者睡眠障碍影响因素的质性研究[J]. 临床医学进展, 2024(10): 972-978.
Zhang L, Qin G Q, Jiang Q J, et al. A qualitative study of factors influencing sleep disorders in elderly patients with chronic heart failure [J]. Adv Clin Med, 2024(10): 972-978. (in Chinese)

[5] 罗鑫, 苑成梅. 失眠相关量表汉化及开发现状[J]. 上海交通大学学报(医学版), 2023, 43(11): 1436-1444.
Luo X, Yuan C M. Current status of development of Chinese versions of insomnia-related scales [J]. J Shanghai Jiao Tong Univ Med Sci, 2023, 43(11): 1436-1444. (in Chinese)

[6] 赵政, 王效惠, 徐晓梅, 等. 住院老年慢性病共病患者跌倒风险感知与客观风险评估一致性及影响因素研究[J]. 中国医药导报, 2024, 21(29): 125-129.
Zhao Z, Wang X H, Xu X M, et al. Study on the consistency and influencing factors of fall risk perception and objective risk assessment in hospitalized elderly patients with chronic diseases comorbidity[J]. China Med Her, 2024, 21(29): 125-129. (in Chinese)

[7] Wu J R, Moser D K, Lin C Y, et al. Depressive symptoms and sleep quality mediate the relationship between race and quality of life among patients with heart failure: a serial multiple mediator model[J]. J Cardiovasc Nurs, 2024, 39(5): 449-455.

[8] 胡亚丹, 张德德, 周芳, 等. 基于气机升降理论温灸刮痧治疗心肾不交型失眠临床研究[J]. 河北中医, 2023, 45(11): 1863-1866, 1871.
Hu Y D, Zhang D D, Zhou F, et al. Clinical efficacy analysis of warm moxibustion and scraping therapy for insomnia of heart kidney disharmony type: Based on ascending-descending theory[J]. Hebei J Tradit Chin Med, 2023, 45(11): 1863-1866, 1871. (in Chinese)

[9] 刘姝玥, 李倩, 付雯琴, 等. 针刺联合头面部推拿治疗不寐的临床研究[J]. 医药前沿, 2024, 14(33): 119-121, 124.
Liu S Y, Li Q, Fu W Q, et al. Clinical study on acupuncture combined with head and face massage for insomnia[J]. J Front Med, 2024, 14(33): 119-121, 124. (in Chinese)

[10] 中国医师协会心血管内科分会, 中国老年医学学会心电及心功能分会, 中国心衰中心联盟专家委员会, 等. 心力衰竭患者利尿剂抵抗诊断及管理中国专家共识[J]. 临床心血管病杂志, 2024, 40(4): 257-267.
Chinese Medical Association Cardiovascular Internal Medicine Branch, Chinese Geriatrics Society Electrocardiology and Cardiac Function Branch, Expert Committee of China Heart Failure Center Alliance, et al. Chinese expert consensus for the diagnosis and management of diuretic resistance in patients with heart failure[J]. J Clin Cardiol, 2024, 40(4): 257-267. (in Chinese)

[11] 罗桢蓝, 胡三莲, 朱凌燕, 等. 慢性心力衰竭患者自我容量管理的最佳证据总结[J]. 中华护理杂志, 2022, 57(7): 880-886.
Luo Z L, Hu S L, Zhu L Y, et al. Evidence summary for self volume-management in patients with chronic heart failure[J]. Chin J Nurs, 2022, 57(7): 880-886. (in Chinese)

[12] 梁义, 李爱丽, 王冰冰. 个性化心理护理对老年心力衰竭患者睡眠质量与负性情绪的影响[J]. 中国老年学杂志, 2022, 42(9): 2273-2275.
Liang Y, Li A L, Wang B B. Effect of personalized psychological nursing on sleep quality and negative emotions of elderly patients with heart failure[J]. Chin J Gerontol, 2022, 42(9): 2273-2275. (in Chinese)

[13] 刘加婷, 邓子银, 赵丽蓉, 等. 护士在临床中应用《住院患者跌倒预防临床实践指南》的质性研究[J]. 护士进修杂志, 2023, 38(12): 1118-1122.
Liu J T, Deng Z Y, Zhao L R, et al. Qualitative study of nurses applying the Clinical Practice Guidelines for Fall Prevention in Hospitalized Patients in clinical practice[J]. J Nurses Train, 2023, 38(12): 1118-1122. (in Chinese)

[14] McDonagh T A, Metra M, Adamo M, et al. 2023 Focused Update of the 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure[J]. Eur Heart J, 2023, 44(37): 3627-3639.

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。