

DOI: 10.12209/CAIM202210130001

· 中西医结合临床案例 ·

1例急性ST段抬高型心肌梗死PCI术后突发室颤的 中医西结合个案护理

林 艳, 薛美娟, 董亚芬, 杨月东

(南京中医药大学附属医院 江苏省中西医结合医院 心血管科, 江苏 南京, 210028)

摘要: 室颤是急性心肌梗死后常见的恶性心律失常, 严重威胁患者的生命安全。本文总结1例急性ST段抬高型心肌梗死PCI术后突发室颤患者的中医西护理体会, 包括早期识别、胸外按压、球囊辅助通气、医护配合、心脏电除颤、抢救等流程以及抢救成功后中西医结合护理措施的干预, 有效解决了PCI术后难治性护理问题。

关键词: 急性ST段抬高型心肌梗死; 心室颤动; 中西医结合护理; 心律失常

Nursing care of acute ST segment elevation myocardial infarction with sudden ventricular fibrillation after PCI

LIN Yan, XUE Meijuan, DONG Yafen, YANG Yuedong

(Department of Cardiovascular Disease, Jiangsu Province Hospital on Integration of Chinese and Western Medicine, Nanjing, Jiangsu, 210028)

ABSTRACT: Ventricular fibrillation is a common malignant arrhythmia after acute myocardial infarction, which seriously threatens the life safety of patients. This report takes a patient with acute ST-segment elevation myocardial infarction with sudden ventricular fibrillation after PCI as the research object. Key issues of early recognition, chest compressions, balloon-assisted ventilation, doctor-nurse cooperation, electrical defibrillation, rescue procedure were summarized. At the same time, the intractable nursing problem after PCI was successfully solved by the application of integrated traditional Chinese and Western medicine nursing methods.

KEY WORDS: acute ST-segment elevation myocardial infarction; ventricular fibrillation; integrated traditional Chinese and western medicine nursing; standardized management

急性心肌梗死(AMI)是指冠脉急性闭塞导致血流急剧中断或减少, 造成心肌局部坏死, 具有发病快、病情危急、致死率高等特点, 这类患者应尽早地实施再灌注治疗^[1]。此类患者在行再灌注治疗后仍有恶性心律失常、心脏破裂、急性心力衰竭等并发症发生可能。而恶性心律失常是急性心肌梗死患者最常见的并发症之一, 同时也是导致急性心肌梗死患者死亡的主要原因之一。研究表明, 急性心肌梗死并发恶性心律失常患者病死率约为49.54%^[2], 其中最常见的是室颤, 而及时有效的护理措施能降低病死率和减少并发恶性心律失常的次数, 从而提高患者生存质量。2021年3月5日本院心内科成功抢救了1例行急诊冠状动脉支架植入术(PCI)后24小时内突发室颤的急性广泛前壁心肌梗死患者, 因救治及时,

住院11天, 病情稳定后于2021年3月16日出院, 现将护理体会报告如下。

1 临床资料

1.1 患者信息

患者, 男, 48岁, 在2022年3月5日16:00因运动后半小时出现心前区疼痛感, 呈压榨样, 疼痛难忍, 伴大汗淋漓, 休息10分钟后缓解, 19:00晚餐后再次出现上述症状, 而且程度较前加重, 伴濒死感, 休息后不能缓解。遂来本院急诊就诊。既往史有“高血压”病史10年余。不规则饮酒。

1.2 体格检查

患者体温36.8℃, 脉搏68次/分, 呼吸18次/分, 血压105/60mmHg。神志清醒、精神状态良

收稿日期: 2022-10-13

OPEN ACCESS

www.case.jcme.net.cn

好,身体营养情况良好,患者舌苔颜色呈现发白,脉搏较弱。全身皮肤无黄染及出血点,浅表淋巴结未扪及肿大,头颅正常无畸形,双侧瞳孔等大等圆,对光反射灵敏,耳鼻无异常分泌物,唇无发绀,伸舌居中,颈软无抵抗,颈静脉无怒张,气管居中,甲状腺无肿大。胸廓对称无畸形,双肺呼吸音清。未闻及干湿性啰音,心率68次/分,律齐,未闻及杂音。腹平软,无压痛反跳痛,肝脾肋下未及,未扪及包块,移动性浊音阴性,肠鸣音正常。脊柱四肢无畸形,双下肢无水肿,神经系统检查生理反射存在,病理反射未引出,四肢肌力V级。

1.3 诊断评估

经本院急诊检查血常规,白细胞计数 $10.86 \times 10^9/L$,淋巴细胞值 $6.17 \times 10^9/L$,中性细胞比率36.8%,淋巴细胞比率56.8%,血红蛋白159.0g/L,血小板计数 $212 \times 10^9/L$,高敏感C-反应蛋白0.10mg/L;cTnT 4.91Pg/mL,BNP<50 Pg/mL;生化结果为ALT 32U/L,AST 26U/L,CK 220U/L,Cr 101umol/L,Clu 7.68 mmol/L,K3.59umol/L;凝血功能未见异常。心电图示:V4,V5,V6ST段抬高。心脏彩超示EF60%。室间隔近心尖瓣节段性运动异常;轻度二尖瓣关闭不全;轻度主动脉瓣关闭不全;轻度三尖瓣关闭不全。经科室医生会诊后诊断为,中医诊断:胸痹心痛病—气滞血瘀证。西医诊断:1. 急性广泛前壁心肌梗死(killip I级);2. 高血压病。

1.4 治疗干预

患者入院后立即行急诊PCI术,术中血压下降,出现快速性室性心律失常,遵医嘱予大剂量多巴胺泵入,患者呕吐1次,予胃复安10 mg,肌肉注射。冠脉造影显示,左前降支近段完全闭塞(见图1),予左前降支近段置入支架1枚,再造影显示支架释放满意,冲服造影未见血栓、夹层、残余狭窄,前向血流为TIMI 3级(见图2)。



图1 左前降支近段完全闭塞

1.5 随访和结果

术后21:45患者在医生陪同下安返病房,入科时患者神志清楚,精神状态良好,自诉仍胸痛隐隐,予患者氧气吸入;心电监护提示:窦性心律,心



图2 造影显示支架释放未见血栓、夹层、残余狭窄

率68次/min,血压105/60 mm Hg。SPO₂ 96%,给予补达秀6 g口服,纠正电解质紊乱;低分子肝素钠(杭州九源基因工程有限公司,批号:H0980115,4 000IU/支)3 000IU皮下注射,拜阿司匹林肠溶片(德国拜耳集团,批号:J20130078,100 mg/片)200 mg、倍林达(阿斯利康有限公司,批号:J20130020,90 mg/片)180 mg口服,硝酸甘油(山东信谊制药有限公司。批号:H37021445,0.5 mg/片)0.5 mg舌下含服等药抗凝、抗血小板、改善心肌供血等治疗。患者在术后3小时,心电监护示室速律,持续约3 s后,患者突发意识不清,呼之不应,心电监护示室颤律,立即给予心肺复苏,并紧急给予200 J非同步直流电除颤1次后,患者心电图转为窦性心律,并遵医嘱给予可达龙0.15 g(赛诺非有限公司,批号:J20181048,0.15g/支)静脉输注,之后予可达龙0.3 g静脉50 mL/h泵入。4 min后患者意识转清。术后结果确诊该患者为冠心病,单支病变,累及左前降支。本次左前降支PCI术成功,建议6个月后复查造影。

2 护理

2.1 护理评估

Killip分级I级;Braden评分13分;Barthel 20分;Morse 45分;疼痛评分2分;舌苔干而厚,舌底脉络淡紫色,舌有瘀斑瘀点;脉促、弦涩。再对患者进行术后的护理观察期间,需要对患者的自身精神状态进行评估,判断患者神志是否清醒、精神状态是否平静等;护理观察期间需注意观察患者五官头面是否伴有疼痛、歪斜、肿胀、情况;观察患者舌苔颜色是否正常^[3];评估判断患者面部状态,有无光泽与脸色情况是否红润等;其次还要对患者术后的身体整体状态进行评估判断,观察患者是否有消瘦、活动是否正常、肢体是否行动自如等等来进行对患者的整体生命活动来进行术后恢复的整体情况判断^[4]。

2.2 护理诊断

护理诊断如下:潜在并发症室颤与心律失常

有关;潜在并发症猝死与便秘有关;胸闷与心肌梗死发作有关;恐惧与发生室颤、担心预后有关;知识缺乏与缺少疾病认知有关。

2.3 护理计划

根据护理诊断制定护理计划:室颤恢复窦性心律;患者未发生猝死,便秘积分降至0分;患者胸痛、胸闷症候评分降至0分;患者住院期间情绪稳定,恐惧评分量表达到1分;患者能描述疾病相关知识。

2.4 护理实施

2.4.1 潜在并发症:室颤-与心律失常有关

2.4.1.1 高危阈值的把控:采用心血管监护

表1 心血管监护病房(CCU)MEWS评分表

参数	分值/分						
	3	2	1	0	1	2	3
心率(次/min)	>150	120~150	100~120	60~100	50~60	40~50	<40
收缩压/mm Hg)	200	160~200	140~159	100~140	90~100	80~90	<80
血氧饱和度/%	<90		90~92	≥93			
心电图	无脉性室速	快速/缓慢性心律失常	ST段压低≥0.05 mv	正常范围			
	室颤	(血流动力学稳定)	T波改变	两个以上相关导联ST段抬高			
	心脏骤停		心律失常伴血流动力学不稳定				
危急值:INR	INR:>5.0	INR:3.0~5.0	INR:2.5~3.0	INR:1.8~2.5			
NT-proBNP(Pg/mL)	>标准值	NT-proBNP:300~标志值	NT-proBNP:<300	NT-proBNP<125			
TNT(Pg/mL)	TNT:>2倍以上	TNT:1-2倍	TNT:2倍以上	>标准值			
K+(mmol/L)	K+:>6.5	K+:6.0~6.5	K+:5.5~6.0	K+:4.0~5.5	K+:3.5~4.0	K+:3.0~3.5	K+:<3.0
诊断	发病一周内的心源性休克、急性心肌梗死、主动脉夹层、持续发作的室性心动过速、大面积的肺动脉栓塞、冠状动脉治疗术后发生严重并发症,3度房室传导阻滞						

2.4.1.2 空间预警区域的设定:按病情危重,依据MEWS评分表安置合适床位,该患者属于极危重症患者,将床位安置与离护士站最近的13床,便于医护人员的观察与救治。

2.4.1.3 床边抢救器材一级战备:床边备好抢救仪器和抢救车,抢救车中的急救药品和物品均有定位提示表。

2.4.1.4 快速识别恶性心律失常:熟知恶性心律失常概括图(详见图3),了解恶性心律失常

病房(CCU)MEWS评分表(详见表1)对危重症患者进行评级,每项指标0~3分,总分为24分,评分值越高,代表病情越危重,入选患者的病因可以是一项明确诊断的心血管科突发疾病,包括如下心血管重症病房的常见病种:发病1周内的心源性休克、急性ST段抬高型心肌梗死、急性主动脉夹层、持续性发作的室性心动过速、大面积肺动脉栓塞、冠脉介入治疗术后发生严重并发症。MEWS≥6分,汇报管床医生立即处理,做好抢救准备。

类型,快速识别并配合抢救。

2.4.1.5 SBAR模式:全程采用SBAR沟通模式(详见表2),让医护间,护士之间的沟通无障碍,及时有效。

2.4.2 潜在并发症—心脏破裂(因便秘引发)

2.4.2.1 减少活动:绝对卧床休息,减少探视,集中护理操作,减轻患者心肌耗氧量;协助生活护理。夜间加强观察,减少因活动引起的“交感风暴”。

表2 SBAR沟通模式表

SBAR模式	内容
Situation	13床,男,50岁,HR 68次/min,BP 106/60 mmHg,SPO ₂ 96%,心电监护示:窦性心律,频发室早、房早、短阵室速、房速。
Background	患者因急性前壁心肌梗死入院,03-05行急诊PCI术,前降支植入支架一枚
Assessment	介入影像显示前降支近端完全闭塞,听诊双肺呼吸音清
Recommendation	今日继续关注患者心电图情况,是否需要急查急诊离子,了解电解质特别是血钾情况,及时发现并处理恶性心律失常

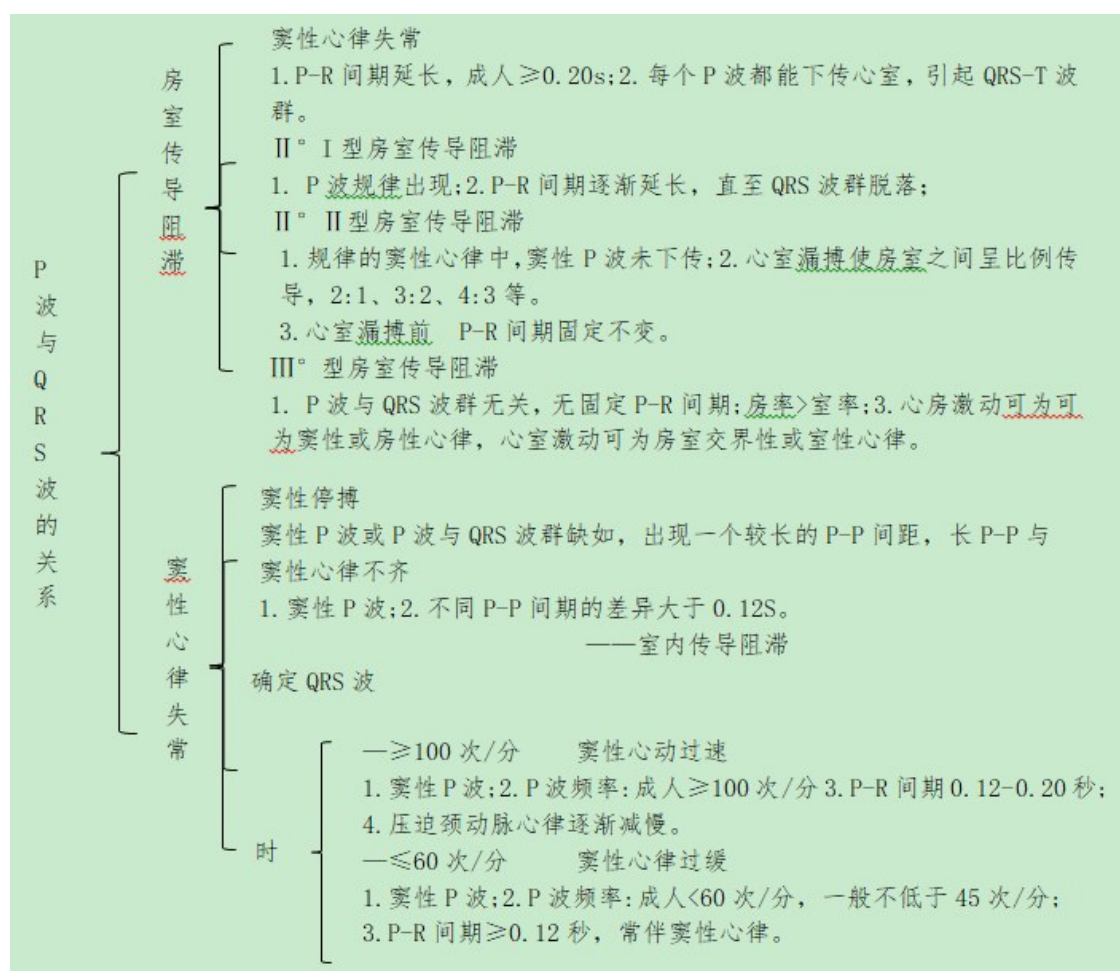


图3 心律失常概括图

2.4.2.2 活动指导: 采用 AMI-RISK 评分表 (详见表 3-4)^[5] 对患者进行评分, 并采用 AMI 患者活动及生活护理分级表 (详见表 5), 为患者制定康复活动计划。

表3 AMI-RISK评分表(主要指标)

指标	0分	1分	2分	3分	4分
心率(次/分)	56~79	≤ 55 ; 80~89	90~99	100~109	≥ 110
收缩压/mm Hg	100~140	140~160; 90~99	—	>160	<90
Killip 分级 (级)	I	—	II	III	IV
心律类型	1. 窦性心律 2. 偶发房早 3. I 度 AVB	1. 频发房早; 2. 偶发室早 3. II 度 I 型 AVB 4. 房颤, 心率 ≤ 100 次/min	1. 频发或多源室早 2. 非持续性室速 3. 左束支传导阻滞	1. R“on”T 室早 2. 房速、快速房颤发作停止 8~24 h 3. 室速、室颤发作停止 24~48 h	1. II 度 II 型 AVB; III 度 AVB 2. 房速、快速房颤发作 8 h 内 3. 室速、室颤发作 24 h 内

2.4.2.3 心梗急性期(术后 1 周): 个性化活动指导 (见表 6)。

2.4.2.4 密切观察电解质变化: 经过 MDT 团队的合作讨论, 保持血钾高限水平, 将患者的血钾水平控制在 4.0~4.5 mmol/L 之间。

2.4.2.5 用药后监测: 见尿补钾, 尿量每天在 700 mL 以上, 或每小时尿量为 30 mL; 控制浓度, 补钾溶液的钾浓度一般为 0.3% 的氯化钾, 每天补氯化钾含量一般为 3~8 g; 缓慢静滴, 补钾速度一般不宜超过 20 mmol/h (1.5 g/h)。

表4 AMI-RISK评分表(次要指标)

指标	发病3d内			发病4~7d	
	0分	1分	2分	0分	1分
年龄/岁	<75	≥75	—	—	—
cTnT(ng/mL)	<1	1~2	>2	<2	≥2
ST段变化导联数	≤3	4~5	≥6	<6	≥6
再灌注治疗TIMI血流分级	3级	2级	无再灌注治疗;0~1级	无再灌注治疗;0~1级	

注: 其中ST段变化导联数是指ST段压低≥0.1mv; 肢导联ST段抬高≥0.1mv或胸导联ST段抬高≥0.2mv。

表5 AMI患者活动及生活护理分级表

等级	活动方式	生活护理及自我照顾方式
B	卧床,按需床头抬高30°~60°;床上翻身、舒适体位	自己床上完成饮食,半流质;床上或用床边座便器大、小便;自己床上刷牙;在大部分帮助和准备下,自己床上擦脸、擦手等
C	床上坐起1~2h/d;上下肢屈、伸活动2~3次,5~10min/次	自己坐床上饮食;半流质(少量软饭);自己坐起刷牙;在部分帮助下自我照顾:擦脸、擦手、擦身、如厕等
D	下床活动1~2h/d;床边步行到厕所,室内步行	自己床上或床边饮食;半流质或软饭;自己如厕;卫生间刷牙;在准备好的前提下自我照顾
E	室内或室外病区内活动;100~150m/次,2~3次/d	按平时习惯饮食;自己如厕;卫生间刷牙;生活自理

表6 个性化活动指导

术后天数	活动方式	生活护理及自我照顾方式
第1~3天	绝对卧床,抬高床头30°,床上翻身	喂软食,吸管饮水,床上使用便器进行大、小便;中药漱口液漱口;完全由护理人员进行生活护理
第4~6天	卧床休息,床上翻身,舒适体位,可做深呼吸运动,上下肢的被动运动,动作宜慢	自己完成进食,饮食宜清淡易消化;用水杯喝水;床上使用便器进行大、小便;在护理员帮助下,自己在床上刷牙、洗脸、擦手等
1周后	床上休息,可坐起,可做踝泵运动,动作宜慢	自己完成饮食、饮食宜清淡易消化;可床上或床边使用便器;在护理员部分帮助下,自行床上或床边刷牙、洗脸、擦手等

2.4.2.6 密切观察心电图变化:护理人员密切监测心电图指标,发现异常及时告知医生。

2.4.2.7 饮食指导:嘱多食含钾量高的食物,如海带、紫菜、木耳、山药、香蕉、马铃薯、鱼类、西红柿、蘑菇干等;宜食含粗纤维量高的新鲜瓜果蔬菜,如苹果、菜等。

2.4.2.8 胸痹气虚便秘的护理:采用穴位贴敷+艾灸+穴位按摩的中医护理干预。该患者由于术后久卧少动,气虚血瘀,脾肺气虚,化源不足,运化失职,大肠传导无力,肺卫不固,腠理疏松,故汗出乏力,属气虚便秘,因此我们在卯时(5~7点)予患者选用天枢穴、关元穴及气海穴三穴相配合使用,行穴位贴敷+艾灸+穴位按摩治疗,有效缓解患者便秘症状。

2.4.3 胸闷(与心肌梗死发作有关)

2.4.3.1 药物控制:患者术后诉胸闷,呈轻微憋闷堵塞感,观其舌苔干而厚,舌底脉络淡紫色,舌有瘀斑瘀点;脉促、弦涩,诊断为胸痹心痛病,气滞血瘀证。根据医嘱使用薤香方湿化氧疗,此方法主要是通过将薤香方浸膏溶液作为湿化液给

氧,经氧气湿化装置由气道吸入,经肺途径吸收入血的方法,其本质是在给氧的同时,实施了气道的局部给药,芳香物质中的化学成分可兴奋神经,使机体产生放松、镇定的作用;吸入后的药物可直接作用于气道黏膜及肺泡,经毛细血管网迅速吸收,从而发挥药理作用;由于经肺泡吸收药物入血无肝脏的首过效应,因此起效较快。薤香方浸润膏的主要组成成分有:薤白12g,降香6g,木香6g,红花6g,冰片2g^[6]。持续吸氧(氧流量2~4L/min),治以宽胸理气,豁痰除痹。

2.4.3.2 最佳卧位的选择:逐级半卧位的体位护理措施,可减少单纯30°半卧位对于HRV的影响,缓解患者有胸闷胸痛等不适症状。

2.4.3.3 辨证施膳:中医认为根据中医饮食调补的基本原则进行便秘的辨证施膳,食物与中药配伍,达到调整阴阳,协调脏腑机能,起到标本兼治的作用。观患者舌苔干而厚,舌底脉络淡紫色、胸闷胸痛、口唇发紫,动则汗出,倦怠乏力,属气虚血瘀,应选用补中益气之品,我们指导患者选用松仁大米粥和红枣牛奶粥。

2.4.4 恐惧(与发生室颤、担心预后有关)

2.4.4.1 室速室颤专项宣教:给予患者及家属室速室颤专项宣教,提高患者及家属依从性。

2.4.4.2 心理干预:讲述成功的案例树立恢复信心 暗示效应是指在无对抗的条件下,用含蓄、抽象诱导的间接方法对人们的心理和行为产生影响,从而诱导人们按照一定的方式去行动或接受一定的意见,使其思想、行为与暗示者期望的目标相符合^[7]。

2.4.4.3 情志护理:调摄精神—宜平心淡志;谈心释疑—宣教疾病相关知识;避免刺激—休息为主,减少探视;解决困难—生活护理^[8]。

2.4.5 知识缺乏(与缺少疾病认知有关)

护理人员发放 PCI 指导手册和 24 节气专科疾病宣教手册^[9],告知抢救保障措施。24 节气专科疾病宣教手册是依据中医四时、节气养生原则,为患者提供顺应四时变化的起居养生、辨证施膳、经络导引、精神调摄等内容的系列;每个节气一期,形成了养护统一,寓护于养的护理模式。除上述措施外,还需要进一步加强疾病健康宣教。

2.5 护理评价

干预后,患者恢复为窦性心率;患者住院期间无潜在并发症发生;术后 8 天患者症候评分为 0 分、恐惧评分量表达到 1 分;患者能描述胸痛程度、配合抢救。

3 讨论

3.1 PCI 术后室颤急救护理的重要性

本例急性心肌梗死患者在 PCI 术后 24 小时内突发最危险且致命的室颤,因此,在护理过程中,设置高危预警、发现患者异常情况应及时处理是专科护理关键所在。针对心血管疾病的特点,对急救仪器、设备、急救药物等进行空间管理及目视化标识,随时处于备用状态。通过对此例患者的成功救治,体会到丰富临床经验、准确地判断病情,熟练地操作电除颤,迅速、准确应用急救药物,严密监测病情变化,紧急 PCI 术是急救成功的关键;医护人员反应迅速,紧密配合,团结协作是急救成功的保证。

3.2 急性 ST 段抬高型心肌梗死 PCI 术后中西医结合护理的意义

本案例的患者采取的是西药治疗及中医护理二者相融合的治疗过程,经实际分析发现这种西药治疗及中医护理相结合的治疗效果比较明显,PCI 术

后患者常规治疗一般为抗血小板、抗凝等,但大部分患者术后仍有胸闷胸痛等症状,本案例采用薤香方湿化氧疗来辅助治疗 PCI 术后患者胸闷不适症状,通过芳香疗法,治以宽胸理气,豁痰除痹。有效缓解心肌梗死患者术后胸闷、心悸气短、多汗等临床症状,该患者由于术后久卧少动,属气虚便秘,心肌梗死患者用力排便可能导致心脏负荷增加而诱发心律失常、心室颤动、心力衰竭甚至死亡等严重后果^[10]。在临床护理工作中,预防和改善急性心肌梗死患者便秘症状尤为重要。在西医上通常选用乳果糖、灌肠等方法来治疗,但该类药物泻下作用较强,易导致患者厥脱症的发生,因此我们选用了更温和及安全有效的方法:穴位贴敷+艾灸+穴位按摩,在卯时(5 点至 7 点),大肠经流注最旺的时候选用天枢穴、关元穴及气海穴三穴相配合使用,即可滋阴补血、行气通便,又可调补肝脾肾、温下元之气,选用具有益气养阴、润肠通便的生黄芪、火麻仁、桃仁、当归、玄参研磨成粉后用蜂蜜调和成丸剂,外敷予神阙穴配合艾灸,按摩手法选用先泄后补,有效治疗患者的便秘症状。

3.3 团队合作提高抢救成功率

通过该患者的护理得出以下体会:术后严密监测病情以及对并发症的认识能及时发现病情变化,抢救时医护配合,严密的组织分工将能保持抢救时井然有序,提高抢救的成功率。另一方面对 PCI 术后患者加强自我管理知识的教育,让患者掌握疾病自我管理的方法,将能减少 PCI 术后并发症,提高患者的预后。患者出院后医院加强对患者的随访将能提高患者出院后治疗依从性。

本案例通过护士对患者的心理护理,快速完善术前准备及准确识别恶性心律失常。医生及时行心电图早期诊断,以及术后对患者进行 SBAR 模式——(医护沟通无障碍交班)、营养膳食科对患者术后的辨证施膳以及介入中心、超声科的配合是该患者救治成功的关键,本例患者抢救成功,不但反映本院心内科医护人员的技术水平,也反映了本院 MDT 团队合作的有效性。

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] 中华医学会心血管病学分会,中华心血管病杂志编辑委员会. 急性 ST 段抬高型心肌梗死诊断和治疗指南(2019)[J]. 中华心血管病杂志, 2019, 47

- (10):766-783.
- THE EDITORIAL COMMITTEE OF THE CHINESE JOURNAL OF CARDIOVASCULAR DISEASES, BRANCH OF CARDIOLOGY, CHINESE MEDICAL ASSOCIATION. 2019 Chinese Society of Cardiology (CSC) guidelines for the diagnosis and management of patients with ST-segment elevation myocardial infarction [J]. Chin J Cardiol, 2019, 47(10): 766-783. (in Chinese)
- [2] 李玉琼, 李雪娟, 邓方利. 优质护理对急性心肌梗死并发心律失常保守治疗患者的影响[J]. 实用临床医药杂志, 2016, 20(10): 4-6, 13.
- LI Y Q, LI X J, DENG F L. Effect of high quality nursing on conservative treatment of acute myocardial infarction patients complicated with cardiac arrhythmia[J]. J Clin Med Pract, 2016, 20(10): 4-6, 13. (in Chinese)
- [3] 陈蓓蓓, 赵伟. 基于正强化理论的个案护理对急性心肌梗死PCI术后康复的影响[J]. 护理实践与研究, 2021, 18(10): 1423-1427.
- CHEN B B, ZHAO W. Effect of case nursing based on the theory of positive reinforcement on the rehabilitation of acute myocardial infarction after PCI [J]. Nurs Pract Res, 2021, 18(10): 1423-1427. (in Chinese)
- [4] FENG K F, WU M, MA L K. Factors associated with the prognosis of patients with acute myocardial infarction and cardiogenic shock [J]. Med Sci Monit, 2021, 27: e929996.
- [5] 田金萍, 卢新政, 王琴, 等. 急性心肌梗死患者活动护理分级量表的设计与应用[J]. 护理学杂志, 2015, 30(7): 41-43.
- TIAN J P, LU X Z, WANG Q, et al. Design and application of a physical activity scoring instrument for patients with acute myocardial infarction [J]. J Nurs Sci, 2015, 30(7): 41-43. (in Chinese)
- [6] 王琪, 王新东, 沈建平, 等. 薤香方湿化氧疗辅助治疗心肌梗死临床疗效观察[J]. 中医药临床杂志, 2018, 30(7): 1243-1246.
- WANG Q, WANG X D, SHEN J P, et al. Clinical effect of humidified oxygen therapy with Xiexiang formula on myocardial infarction [J]. Clin J Tradit Chin Med, 2018, 30(7): 1243-1246. (in Chinese)
- [7] ZONG Y, DUAN P. Effects of psychological suggestion combined with rational food restriction therapy on blood glucose and lipid metabolism and mental resilience in patients with diabetes [J]. Zhonghua Yu Fang Yi Xue Za Zhi, 2022, 56(3): 346-350.
- [8] 康颖, 梅蕾, 胡宏宇, 等. 全程专业心理护理个案管理对急性心肌梗死患者康复和生活质量的影响[J]. 中国临床研究, 2020, 33(5): 716-718.
- KANG Y, MEI L, HU H Y, et al. Effect of case management of whole-course professional psychological nursing on rehabilitation and quality of life of patients with acute myocardial infarction [J]. Chin J Clin Res, 2020, 33(5): 716-718. (in Chinese)
- [9] 中国中医药研究促进会中西医结合心血管病预防与康复专业委员会. 稳定性冠心病中西医结合康复治疗专家共识[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2019, 17(3): 321-329.
- PROFESSIONAL COMMITTEE OF CARDIOVASCULAR DISEASE PREVENTION AND REHABILITATION OF INTEGRATED TRADITIONAL CHINESE AND WESTERN MEDICINE, CHINA ASSOCIATION FOR THE PROMOTION OF TRADITIONAL CHINESE MEDICINE RESEARCH. Experts consensus on the rehabilitation treatment of integrative medicine for stable coronary heart disease [J]. Chin J Integr Med Cardio/cerebrovascular Dis, 2019, 17(3): 321-329. (in Chinese)
- [10] 杜红艳. 中药敷脐联合耳穴贴压对急性心肌梗死便秘患者的护理研究[J]. 新中医, 2020, 52(17): 140-142.
- DU H Y. Study on Chinese herbal umbilical dressing combined with auricular point application for patients with acute myocardial infarction complicated with constipation [J]. J New Chin Med, 2020, 52(17): 140-142. (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 4.0 BY-NC-ND)许可协议,作者可在其他媒体再次发表。