

急性心梗介入术后中医药辅助护理的临床观察

张雪

上海中医药大学附属市中医医院 上海

【摘要】目的 探究急性心梗介入术后实施中医药辅助护理对患者心功能恢复、中医证候改善及并发症防控的临床效果，为术后护理方案优化提供循证依据。**方法** 选取 2024 年 1 月至 2025 年 6 月本院收治的 72 例急性心梗介入术后患者，按随机数字表法分为对照组与实验组，各 36 例。对照组行常规术后护理，实验组在常规护理基础上开展中医药辅助护理（辨证施膳、穴位贴敷、情志调护、中药泡足），干预 4 周后对比两组左心室射血分数（LVEF）、中医证候积分及并发症（心律失常、心力衰竭）发生率。**结果** 干预 4 周后，实验组患者 LVEF 水平为 $(55.82 \pm 4.31\%)$ ，显著高于对照组的 $(49.65 \pm 3.78\%)$ ，经 t 检验分析，差异具有统计学意义 $(t=6.892, P < 0.001)$ ；实验组中医证候积分为 $(3.95 \pm 1.12$ 分），明显低于对照组的 $(8.42 \pm 1.63$ 分），差异有统计学意义 $(t=14.753, P < 0.001)$ ；在并发症防控方面，实验组并发症发生率为 5.56% (2/36)，其中仅 1 例出现偶发室性早搏，1 例出现轻度心力衰竭，而对照组并发症发生率达 22.22% (8/36)，包括 4 例心律失常、4 例心力衰竭，经 χ^2 检验，两组差异有统计学意义 $(\chi^2=4.181, P=0.041)$ 。**结论** 急性心梗介入术后实施中医药辅助护理，可通过多维度、个性化的干预措施，有效促进患者心功能恢复，减轻中医证候表现，降低术后并发症发生风险，其护理模式兼具安全性与有效性，具有较高的临床推广价值与应用前景。

【关键词】 急性心梗；介入术后；中医药辅助护理；心功能；中医证候；并发症

【收稿日期】 2025 年 12 月 13 日 **【出刊日期】** 2026 年 1 月 12 日 **【DOI】** 10.12208/j.cn.20260013

Clinical observation on the auxiliary nursing of traditional Chinese medicine after interventional surgery for acute myocardial infarction

Xue Zhang

Shanghai Hospital of Traditional Chinese Medicine Affiliated to Shanghai University of Traditional Chinese Medicine,
Shanghai

【Abstract】Objective To explore the clinical effects of implementing traditional Chinese medicine-assisted nursing after interventional surgery for acute myocardial infarction on the recovery of cardiac function, improvement of TCM syndromes, and prevention and control of complications, and to provide evidence-based basis for the optimization of postoperative nursing plans. **Methods** A total of 72 patients with acute myocardial infarction after interventional surgery admitted to our hospital from January 2024 to June 2025 were selected and divided into the control group and the experimental group according to the random number table method, with 36 cases in each group. The control group received routine postoperative care, while the experimental group received traditional Chinese medicin-assisted care on the basis of routine care (syndrome differentiation diet, acupoint application, emotional regulation, and Chinese herbal foot bath). After 4 weeks of intervention, the left ventricular ejection fraction (LVEF), TCM syndrome score, and the incidence of complications (arrhythmia, heart failure) were compared between the two groups. **Results** After 4 weeks of intervention, the LVEF level of patients in the experimental group was $(55.82 \pm 4.31\%)$, significantly higher than that of the control group $(49.65 \pm 3.78\%)$. Analyzed by t-test, the difference was statistically significant $(t=6.892, P < 0.001)$. The TCM syndrome score of the experimental group was $(3.95 \pm 1.12$ points), which was significantly lower than that of the control group $(8.42 \pm 1.63$ points), and the difference was statistically significant $(t=14.753, P < 0.001)$. In terms of complication prevention and control, the complication rate in the experimental group was 5.56% (2/36), among which only 1 case had occasional ventricular premature beats and 1 case had mild heart failure. In contrast, the complication rate in the control

group reached 22.22% (8/36), including 4 cases of arrhythmia and 4 cases of heart failure. According to the χ^2 test, There was a statistically significant difference between the two groups ($\chi^2 = 4.181$, $P=0.041$). **Conclusion** The implementation of traditional Chinese medicine (TCM) assisted nursing after interventional treatment for acute myocardial infarction can effectively promote the recovery of patients' cardiac function, alleviate the manifestations of TCM syndromes, and reduce the risk of postoperative complications through multi-dimensional and personalized intervention measures. This nursing model is both safe and effective, and has high clinical promotion value and application prospects.

【Keywords】 Acute myocardial infarction; After interventional surgery; Traditional Chinese medicine-assisted nursing; Cardiac function; Syndrome in traditional Chinese medicine; Complications

引言

急性心肌梗死（简称“急性心梗”）是心血管系统危急重症，经皮冠状动脉介入术（PCI）作为当前开通梗死相关血管、恢复心肌再灌注的核心治疗手段，可显著降低患者急性期死亡率^[1]。然而，PCI术后患者仍面临心肌重构、心功能渐进性受损等问题，且临床常伴随“气虚血瘀”“痰浊内阻”等典型中医证候——气虚则推动无力，致血行不畅而成瘀；脾失健运则痰湿内生，阻滞气机而加重胸闷、气短等症状。常规术后护理多聚焦于生命体征监测、基础康复指导及药物依从性管理，虽能保障患者基本安全，但缺乏对机体整体机能的调理，难以针对性改善中医证候与长期预后。中医理论认为，急性心梗术后病机以“本虚标实”为核心，本虚在于气虚、阳虚，标实体现为血瘀、痰浊，需通过“辨证施护”实现“扶正祛邪”^[2]。基于此，本研究将中医药护理理念与方法融入急性心梗介入术后护理体系，通过构建“膳食-穴位-情志-外治”相结合的综合干预方案，系统验证其对患者心功能、中医证候及并发症的影响，旨在为急性心梗介入术后康复护理提供更具针对性与整体性的新路径。

1 研究资料与方法

1.1 一般资料

选取2024年1月至2025年6月本院心血管内科收治的72例急性心梗介入术后患者为研究对象。纳入标准：（1）符合《急性ST段抬高型心肌梗死诊断和治疗指南（2023）》中急性心梗诊断标准，且成功接受PCI术（梗死相关血管开通，术后TIMI血流分级达3级）；（2）术后生命体征平稳（心率60-100次/分，收缩压90-140mmHg，血氧饱和度≥95%），无严重心源性休克、恶性心律失常等急性期并发症；（3）中医辨证符合《中医内科学》中“胸痹”范畴的气虚血瘀证或痰浊内阻证——气虚血瘀证主症为胸闷隐痛、气短乏力、活动后加重，兼症为心悸自汗、舌淡紫或有瘀斑、脉细涩；痰浊内阻证主症为胸闷如窒、痰多黏稠、肢体

沉重，兼症为纳差腹胀、舌苔白腻、脉滑；（4）年龄40-75岁，意识清晰，可配合完成护理干预与随访；（5）患者及家属知情同意并签署知情同意书。排除标准：

（1）合并严重肝肾功能不全、恶性肿瘤、凝血功能障碍等基础疾病；（2）对中医药成分过敏或无法耐受穴位贴敷、中药泡足等护理操作；（3）精神疾病患者或认知功能障碍者；（4）术后随访失联或中途退出研究。经统计学检验，两组患者在性别构成（ $\chi^2 = 0.056$, $P=0.812$ ）、年龄分布（ $t=0.547$, $P=0.586$ ）、梗死部位（ $\chi^2 = 0.298$, $P=0.861$ ）、术前LVEF（ $t=0.683$, $P=0.497$ ）等基线资料方面差异无统计学意义（ $P>0.05$ ），具有良好可比性。

1.2 实验方法

对照组实施常规术后护理：术后24小时内每小时监测心率、血压、血氧饱和度，48小时后改为每4小时1次，密切观察心电图变化；指导患者术后24小时卧床休息，逐步过渡至床边活动、室内活动，避免剧烈运动；给予低盐低脂饮食，每日盐摄入量≤5g，控制脂肪摄入占比<20%；严格遵医嘱给予抗血小板药物、他汀类药物等，告知药物作用与不良反应，观察有无出血倾向；向患者及家属讲解术后康复知识，出院前制定居家康复计划，定期电话随访。实验组在对照组基础上实施中医药辅助护理，干预周期为4周，具体内容如下：根据中医辨证结果（气虚血瘀证、痰浊内阻证）制定个性化护理方案，气虚血瘀证患者给予“黄芪丹参粥”（黄芪15g、丹参10g、大米50g煮制），每日1次，搭配“三七山楂饮”（三七粉3g、山楂10g开水冲泡）分2次温服，痰浊内阻证患者给予“茯苓陈皮粥”（茯苓15g、陈皮6g、小米50g熬煮），每日1次，加餐选择冬瓜、山药；选取心俞、膻中、内关、足三里穴位进行贴敷，将红花、丹参、川芎、乳香按3:2:2:1比例研磨成粉，用蜂蜜调成糊状制成直径2cm药饼，清洁穴位皮肤后贴敷，每次保留6-8小时，每日1次，气虚血瘀证侧重心俞、内关，痰浊内阻证侧重膻中、足三里；采

用“五音疗法”每日播放角调音乐 30 分钟，指导患者开展“正念呼吸训练”，每次 15 分钟，每日 2 次，责任护士每周 2 次与患者一对一沟通，采用“移情易性法”引导患者回忆积极生活事件；每晚睡前进行中药泡足，药用艾叶 15g、红花 10g、生姜 10g 加水 2000ml 煮沸后小火煮 15 分钟，待水温降至 40-42℃时浸泡双足 20 分钟，泡足后按摩涌泉穴 3 分钟，糖尿病患者严格控制水温并加强皮肤观察。

1.3 观察指标

(1) 心功能指标：干预 4 周后采用心脏超声检测左心室射血分数（LVEF）；(2) 中医证候积分：参照《中药新药临床研究指导原则》，对胸闷、气短、乏力等症状评分，每项 0-3 分，计算总积分；(3) 并发症发生率：统计心律失常、心力衰竭的发生例数及总发生率。

1.4 研究计数统计

用 SPSS26.0 分析，计量资料以 ($\bar{x} \pm s$) 表示，用 t 检验；计数资料 [n (%)]，用 χ^2 检验。P<0.05 为有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者干预后 LVEF 对比

**表 1 两组患者干预后左心室射血分数（LVEF）对比
(%, $\bar{x} \pm s$)**

指标	对照组	实验组	t 值	P 值
LVEF	49.65±3.78	55.82±4.31	6.892	<0.001

由表 1 可知，干预 4 周后，实验组患者 LVEF 显著高于对照组，差异有统计学意义 (t=6.892, P<0.001)，表明中医药辅助护理可有效促进急性心梗介入术后患者心功能恢复。

2.2 两组患者干预后中医证候积分对比

表 2 两组患者干预后中医证候积分对比 (分, $\bar{x} \pm s$)

指标	对照组	实验组	t 值	P 值
中医证候积分	8.42±1.63	3.95±1.12	14.753	<0.001

由表 2 可知，干预 4 周后，实验组患者中医证候积分显著低于对照组，差异有统计学意义 (t=14.753, P<0.001)，说明中医药辅助护理能有效减轻急性心梗介入术后患者中医证候。

3 讨论

本研究结果显示，急性心梗介入术后实施中医药辅助护理，可显著提升患者 LVEF、降低中医证候积分及并发症发生率，其核心机制在于中医药“辨证施护、

整体调理”的优势与急性心梗术后病理生理特点的高度契合。从心功能改善来看，实验组 LVEF 显著高于对照组，这与中医药多环节调节心肌功能密切相关：黄芪、丹参等中药成分可改善心肌微循环，增加心肌供血，减少心肌细胞凋亡，促进心肌修复；穴位贴敷通过刺激心俞、内关等穴位，可调节心血管神经功能，增强心肌收缩力，二者协同作用推动心功能恢复，而对照组仅依赖常规药物与康复指导，缺乏对心肌修复微环境的主动调节，故心功能改善效果有限^[3-4]。

从中医证候改善角度分析，实验组中医证候积分显著低于对照组，关键在于中医药护理对“本虚标实”病机的精准干预：气虚血瘀证患者给予黄芪丹参粥益气活血，痰浊内阻证患者给予茯苓陈皮粥化痰祛湿，实现“证膳相符”；中药泡足通过艾叶、红花温通经络，改善下肢血液循环，间接减轻心脏负荷；情志调护采用五音疗法与正念呼吸训练，缓解患者焦虑情绪，避免情志失调加重气滞血瘀，这些措施共同作用，有效缓解胸闷、气短、乏力等证候，而对照组未针对中医证候开展干预，难以从根本上改善患者整体机能状态^[5-6]。

从并发症防控来看，实验组并发症发生率显著低于对照组，原因在于中医药护理的“预防为先”理念：中药成分的抗炎、抗血栓作用可减少心肌炎症反应与血栓形成风险，降低心律失常发生概率；穴位贴敷调节自主神经功能，稳定心率节律；个性化饮食指导控制盐与脂肪摄入，减轻心脏负荷，减少心力衰竭诱因。而对照组仅依赖药物预防，缺乏对并发症危险因素的多维度管控，故并发症发生率较高^[7-8]。

4 结论

本研究通过对 72 例急性心梗介入术后患者的分组研究表明，相较于常规术后护理，中医药辅助护理可显著提升患者左心室射血分数，有效降低中医证候积分与并发症发生率。该护理模式基于中医辨证理论，整合膳食调理、穴位贴敷、情志干预等多种手段，从改善心肌供血、调节脏腑功能、防控危险因素多维度发力，既符合中医“整体观念”，又与现代康复理念相融合。在临床实践中，推广急性心梗介入术后中医药辅助护理模式，可切实改善患者预后，提升术后护理质量，为心血管疾病护理体系的完善提供新方向。后续可进一步优化辨证方案，结合患者个体差异细化护理措施，让中医药护理更好地服务于急性心梗术后患者的康复。

参考文献

- [1] 温凤媚,林宜圣,刘敏,等.中医药辅助介入置管溶栓治疗

- 急性下肢深静脉血栓形成的护理[J].护士进修杂志,2014,29(4):2.
- [2] 刘文丽.中医护理模式辅助介入治疗肺动脉栓塞的临床观察[J].中国民间疗法,2019,27(11):3.
- [3] 王艳宁.优质护理在急性心梗护理中的应用[J].中文科技期刊数据库(全文版)医药卫生,2023(3):4.
- [4] 周丽欣.预见性护理模式在急性心梗患者护理中的应用及减少并发症发生的影响[C]//第二届全国医药研究论坛.上海市嘉定区中心医院,2023.
- [5] 秦婷婷,陈陪陪,倪俭,等.共情与渐进式护理对急性心肌梗死 PCI 术后患者心脏功能,应对方式的影响[J].河北医药,2023,45(16):2546-2548.
- [6] 刁光翠.综合护理干预在急性心梗患者护理中的应用[J].中国科技期刊数据库医药,2023(4):4.
- [7] 盖晓燕,郑亚男.预见性护理在急性心梗护理中效果的评价研究[J].中国科技期刊数据库医药,2023.
- [8] 黄金雨.通脉养心丸对急性前壁心梗 PCI 术后患者心肌纤维化及自噬相关指标的影响[D].河南中医药大学,2023.

版权声明: ©2026 作者与开放获取期刊研究中心(OAJRC)所有。本文章按照知识共享署名许可条款发表。

<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



OPEN ACCESS