承 德 医 学 院 学 报
JOURNAL OF CHENGDE MEDICAL UNIVERSITY
Vol.43 No.5 2026

和谐护理对急性ST段抬高型心肌梗死PCI术后护理效果的影响

李春博，蒋芬菲，刘冰心

（北京中医药大学东直门医院洛阳医院，河南 洛阳 471000）

摘要：目的 设计并实施和谐护理策略，探讨其在急性ST段抬高型心肌梗死（STEMI）经皮冠脉介入术（PCI）术后患者中的应用效果。**方法** 选取2024年9月—2025年9月北京中医药大学东直门医院洛阳医院接诊STEMI并行PCI治疗患者100例，按随机数字表法分为对照组（n=49）和研究组（n=51）。对照组接受常规护理干预措施，研究组在常规护理基础上叠加和谐护理策略。通过调查问卷，对比2组治疗依从性和护理满意度（自行设计问卷调查表）；出院前1 d，完成心理弹性[家庭弹性量表（FRAS）、Connor-Davidson心理弹性量表（CD-RISC）]、负性情绪[贝克抑郁量表（BDI）、贝克焦虑量表（BAI）]等测试和记录。**结果** 出院前1 d，与对照组比较，研究组患者治疗依从性显著升高，有统计学差异（96.08% vs 81.63%，χ^2=5.327，P=0.021）；出院前1 d，与对照组比较，研究组患者满意度明显升高，有统计学差异（100.00% vs 87.76%，χ^2=6.550，P=0.031）。出院前1 d，与对照组相比，研究组BAI分值、BDI分值均较少，有统计学差异（16.95±2.34 vs 22.38±2.68、6.87±0.29 vs 8.63±0.23，t=10.805、33.538，P均＜0.001）；出院前1 d，与对照组相比，研究组FRAS分值、CD-RISC分值均较高，有统计学差异（104.89±5.64 vs 92.08±6.09、71.29±4.26 vs 60.57±4.15，t=10.919、12.740，P均＜0.001）；**结论** 和谐护理应用于STEMI患者PCI术后，可明显提高治疗依从性，减轻负性情绪，优化心理弹性、家庭弹性，增强患者护理满意度。

关键词：心肌梗死；急性ST段抬高型；和谐护理；经皮冠脉介入术

中图分类号：R542.22 **文献标志码：**A **文章编号：**1004-6879（2026）05-0414-05

急性ST段抬高型心肌梗死（acute ST-segment elevation myocardial infarction，STEMI）为临床常见心血管疾病，具有死亡率高、病情变化快、预后差等特点，已严重危及人类健康[1]。经皮冠脉介入术（percutaneous coronary intervention，PCI）为STEMI的首选治疗方案，可开通病变血管，促进心肌灌注恢复，但仍有部分患者预后不佳[2]。但患者因对于疾病认知度不佳，极易出现焦虑、害怕、抑郁等情绪，从而导致STEMI术后预防现状不理想，影响预后，继而增加家庭经济负担，导致家庭支持度下降[3]。因此临床在治疗同时需辅以相关护理措施以改善预后。传统护理措施是以满足患者生理、心理需求为主，缺乏社会、神经层面需求的护理，可能影响治疗依从性，导致护理质量无法达到理想效果。目前，临床常用的Roy适应模式、Orem自护理论等成熟护理模式，均无法实现生理、心理、社会、精神以及环境等多个层面全面协同改善。和谐护理理论核心内涵是创建患者的自身身心和谐、社会融入和谐、人际相处和谐以及外界环境和谐的平衡状态，从而实现心理、生理、社会、精神层面的全面和谐[4-5]。和谐护理理论内容与STEMI患者PCI术后社会角色失调、负性情绪、信心缺失等问题契合，但具体效果如何仍有待研究。鉴于此，本研究探讨和谐护理在STEMI患者PCI术后中的应用价值，期望能够为临床完善护理方案提供思路。

1 资料和方法

1.1 一般资料

本研究已通过伦理委员会审核同意[审批号：洛中医伦（科）2024第02号]。选取2024年9月—2025年9月我院接诊的100例STEMI并行PCI治疗患者行前瞻性研究。（1）纳入标准：①与STEMI的诊断标准相符[6]；②经临床表现、心电图检查、冠脉造影、心肌酶等检查确诊，即心电图ST段抬高不低于0.12 mV，胸痛持续超出20 min，肌钙蛋白水平升高；③首次发病，并符合PCI手术指征，并于发病12h内实施；④Killip心功能分级为Ⅰ级、Ⅱ级；⑤具有完整临床资料；⑥患者知情本研究内容，且自愿签署知情同意书。（2）排除标准：①伴重度贫血、白血病、凝血功能异常、血小板异常等可能影响术后康复的严重血液系统疾病；②伴自身免疫行血管炎、类风湿关节炎、系统性红斑狼疮等全身

资助项目：河南省临床中药学中医药重点学科建设项目（No.豫卫中医药科教〔2024〕1号）
作者简介：李春博（1988—），女，主管护师，学士，研究方向：心血管护理；E-mail：lichun471000@126.com。

性的自身免疫系统病变；③伴重要脏器（肾、肝、肺等）功能障碍；④恶性肿瘤；⑤入组前3个月近期有重大创伤史；⑥入组前3个月行外科手术史；⑦伴精神障碍、认知障碍而无法配合护理、量表评估。按随机数字表法分为对照组（n=49）和研究组（n=51），并利用密封不透光信封进行分配隐藏。2组发病到治疗时间、病变血管数、年龄、梗死位置、性别、Killip心功能分级、家庭人均月收入、医保类型、文化程度对比，无明显差异（P＞0.05），具有可比性，见表1。

表1 2组一般资料对比

分组	例数	性别[n(%)]		年龄($\bar{x}\pm s$,岁)	发病到治疗时间($\bar{x}\pm s$,h)	梗死位置[n(%)]				Killip心功能分级[n(%)]		家庭人均月收入[n(%)]		医保类型[n(%)]			文化程度[n(%)]		病变血管数[n(%)]		
		男性	女性			左室前壁	左室高侧壁	左室下后壁	其他	Ⅰ级	Ⅱ级	＜3000元	≥3000元	城镇职工	城乡居民	自费及其他	高中及以下	大专及以上	单支	双支	多支
对照组	49	27(55.10)	22(44.90)	60.93±3.19	6.40±1.15	22(44.90)	11(22.45)	10(20.41)	6(12.24)	30(61.22)	19(38.78)	17(34.69)	32(65.31)	21(42.86)	25(51.02)	3(6.12)	41(83.67)	8(16.33)	19(38.78)	24(48.98)	6(12.24)
研究组	51	25(49.02)	26(50.98)	61.25±3.22	6.51±1.19	23(45.10)	11(21.57)	10(19.61)	7(13.73)	33(64.71)	18(35.29)	19(37.25)	32(62.75)	24(47.06)	22(43.14)	5(9.80)	40(78.43)	11(21.57)	20(39.22)	25(49.02)	6(11.76)
统计值		χ^2=0.370		t=0.499	t=0.470	χ^2=0.059				χ^2=0.130		χ^2=0.071		χ^2=0.852			χ^2=0.446		u=0.059		
P		0.543		0.619	0.640	0.996				0.719		0.790		0.653			0.504		0.953		

注：文化程度、医保类型、家庭人均月收入、Killip心功能分级、梗死位置、性别行χ^2检验，病变血管数行u检验。

1.2 护理方法

1.2.1 对照组 接受常规护理干预。为规避注意力效应、沟通时长不均等混杂因素偏倚，统一设定护理沟通的频次、时长，和研究组保持一致的干预时长与基础交流频率，仅不实施和谐护理。具体措施为监测生命体征、心电图变化，并叮嘱严格按医嘱用药；指导健康饮食，即低脂、高纤维、低盐饮食，并严格控制糖分与酒精摄入，维持均衡饮食；叮嘱患者尽量不开展大幅度活动，必要时予以吸氧，维持呼吸通畅；指导开展适量有氧运动、柔韧性训练以及力量训练，注意循序渐进原则。

1.2.2 研究组 在常规护理基础上接受和谐护理。

1.2.2.1 身心和谐 （1）生理和谐：①监测生命体征。严密监测血氧饱和度、血压、心律等，以早期发现低血压、心律失常等并发症；②穿刺部位护理。观察股动脉或者桡动脉穿刺位置有无血肿、出血、假性动脉瘤等，并维持清洁干燥，以促进愈合；③疼痛管理。于平卧位下，协助患者≤30°向健侧轴向翻身，或者双手托患者臀部与肩背部实施局部按摩，以缓解背部酸痛；利用视觉模拟量量表评价患者手术伤口疼痛度、心肌疼痛度，其中VAS＜7分，则可由家属通过与患者交谈、播放患者感兴趣视频、家属读患者感兴趣的读物等转移注意力以减轻痛感，针对VAS≥7分者，可予以镇痛药；④用药和谐。保障双抗、其他药物的定时、定量服用，并讲述定时定量用药重要性；⑤活动和休息和谐。对于使用血管缝合器或封堵器患者制动2～4 h，使用手工压迫或者机械压迫器者，制动6～8 h。术后6～12 h指导患者尝试从做起-站立-行走，注意每个过程适应3～5 min之后确认无不适之后再开展下一步。（2）心理和谐。①情绪疏导。护士主动倾听与鼓励患者表述内心担忧、恐惧，结合表述内容予以心理抚慰，协助构建积极心理状况。②认知重建。纠正患者对于疾病的错误认知，例如放入支架并不代表就彻底治愈，而是治疗开始，建立和疾病和谐共存的观念；③压力管理。指导患者掌握音乐疗法、深呼吸、冥想等放松技巧，协助患者缓解因疾病、手术所带来的心理负担。

1.2.2.2 人与人的和谐 （1）家庭支持系统。①家属教育。通过视频、PPT等同步开展健康教育，使家属了解疾病知识、护理要点、情绪支持重要性等，形成护士-家属统一照护；②鼓励家庭参与。邀请患者家属参与到患者的术后康复计划中，例如共同学习制作健康食物、与患者共同散步等，营造和谐家庭氛围；③创造沟通桥梁。护士鼓励家庭成员予以患者情感上理解、关爱，而不是过度保护或者指导。（2）护患关系和谐：①创建良好护患关系。护士以真诚、共情、尊重态度和患者沟通，使患者感受到关心、理解；②多学科协作。护士和康复师、心理咨询师、营养师、主治医生等保持密切沟通，为患者构建一个协调一致、无缝衔接的照护团队。

1.2.2.3 人与社会的和谐 （1）职业和社会角色的回归。①复工指导。结合患者病情状况、职业性质，提供个性化复工时间、强度建议，协助平稳过渡，避免因患者急于复

工或者恐惧复工而导致社会角色失调，具体为：对于轻体力或者脑力劳动者，一般于术后2～4周考虑逐步返岗；对于重体力劳动者，一般需要至少3个月恢复，需经过心脏运动负荷试验评估之后确认是否能够返岗；针对高压、高强度工作者，则需要评估患者心理承受能力，可能需要更长时间调整；②社会交往鼓励。初期选择氛围轻松、压力小活动，此外，鼓励患者和家属坦诚沟通，避免由于被过度保护产生无助感，同时也避免因急于证明自己而过度劳累。(2)健康行为的社会化。①支持团体。创建病友沟通小组，每组10人左右，由护理人员引导患者之间相互分享术后恢复期疑问、治疗成功经验，互相帮助，每周开展1次，每次约30 min；告知家属积极陪同患者参与社交活动，如病友交流会、兴趣爱好交流会等，积极鼓励患者勇敢自我表达，增强社交能力；②社区资源。协助患者了解、利用社区康复资源与健康讲座，使患者康复过程和社区支持网络连接。

2组持续干预至出院。

1.3 观察指标

(1)2组治疗依从性。于出院前1 d，采用自制治疗依从性调查问卷评估，从药物依从性、生活方式调整依从性、总体依从性等维度评估，每个维度共分为4个条目，每个条目0～1分，总分为0～12分，其中＞10分为完全依从，≥7分为部分依从，＜7分为不依从，该量表的Cronbach's α系数0.80，说明该调查问卷的一致性较高。治疗依从性=完全依从率+部分依从率。

(2)2组术后当天、出院前1 d负性情绪。采用贝克抑郁量表(Beck depression inventory，BDI)[7]、贝克焦虑量表(Beck anxiety inventory，BAI)[8]评估，其中BAI共分为21个项目，每个项目0～3分，经公式Y=INT(1.19x)将粗分转换为标准分，标准分为0～75分，总分值≥45分则为有焦虑，且该量表Cronbach's α系数＞0.90，说明内部一致性较高。BDI共分为21个项目，每个项目为0～3分，总分为0～63分，分值与抑郁成正比，其中分值≥14分则认为有抑郁，量表的Cronbach's α＞0.85，提示内部一致性高。

(3)2组术后当天、出院前1 d心理弹性。采用家庭弹性量表(The family resilience assessment scale，FRAS)[9]、Connor-Davidson心理弹性量表(Connor-Davidson resilience scale，CD-RISC)[10]分别评估家庭弹性、患者心理弹性。CD-RISC从坚韧性、对压力耐受性、接受变化、控制感以及精神信仰等5个维度评估，共分为25个条目，每个条目0～4分，总分是0～100分，分值与心理弹性成正比，其Cronbach's α系数为0.89，说明该量表内部一致性较高。FRAS从家庭沟通与问题解决、家庭信念系统、家庭组织模式、社会支持、家庭应对策略、家庭情感连接等6个维度评估，共分为54个条目，每个条目1～4分，总分是54～216分，分值与家庭弹性成正比，其Cronbach's α系数为0.96，说明该量表内部一致性较高。

(4)2组护理满意度。于出院前1d，用自制满意度问卷评价，从医疗质量(2个条目)、沟通与关怀(3个条目)、医疗环境(4个条目)、服务响应性(4个条目)、个性化服务(4个条目)、家属参与(4个条目)、总体满意度(4个条目)，每个条目0～1分，总分0～25分，其中＞22分为非常满意、＞18分为满意、≤18分为不满意，该量表的Cronbach's α系数0.82，说明该调查问卷的一致性较高。满意度=非常满意率+满意率。

1.4 统计学方法

选择SPSS27.0软件处理数据。计量资料以($\bar{x}\pm s$)表示行t检验；计数资料以n(%)表示行χ^2检验，等级资料行秩和检验。以P＜0.05，表示差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 2组治疗依从性对比

出院前1 d，研究组治疗依从性96.08%高于对照组81.63%，差异有统计学意义(P＜0.05)，见表2。

表2 2组治疗依从性比较[n(%)]

分组	例数	完全依从	部分依从	不依从	治疗依从性
研究组	51	34 (66.67)	15 (29.41)	2 (3.92)	49 (96.08)$^{\triangle}$
对照组	49	17 (34.69)	23 (46.94)	9 (18.37)	40 (81.63)
χ^2					5.327
P					0.021

2.2 2组入院当天、出院前1 d负性情绪对比

入院当天2组负性情绪对比，无明显差异(P＞0.05)；出院前1 d，与对照组相比，研究组BAI分值、BDI分值均较少(P＜0.05)，见表3。

表3 2组入院当天、出院前1 d负性情绪对比($\bar{x}\pm s$，分)

分组	例数	BAI		BDI	
		术后当天	出院前1 d	术后当天	出院前1 d
研究组	51	45.86±2.65	16.95±2.34*	12.68±0.40	6.87±0.29*
对照组	49	46.14±2.73	22.38±2.68*	12.60±0.41	8.63±0.23*
t		0.520	10.805	0.988	33.538
P		0.604	＜0.001	0.326	＜0.001

注：与同组术后天对比，$^{*}P$＜0.05。

2.3 2组入院当天、出院前1 d心理弹性对比

2组入院当天FRAS分值、CD-RISC分值对比，无明显差异（$P>0.05$）；出院前1 d，和对照组对比，研究组FRAS分值、CD-RISC分值均较高（$P<0.05$），见表4。

表4 2组入院当天、出院前1 d心理弹性对比（$\bar{x}\pm s$，分）

分组	例数	FRAS		CD-RISC	
		术后当天	出院前1 d	术后当天	出院前1 d
研究组	51	83.69±11.73	104.89±5.64*	44.89±6.35	71.29±4.26*
对照组	49	84.05±12.09	92.08±6.09*	45.12±6.49	60.57±4.15*
t		0.151	10.919	0.179	12.740
P		0.880	<0.001	0.858	<0.001

注：与同组术后天对比，*$P<0.05$。

2.4 2组护理满意度对比

出院前1 d，研究组满意度100.00%，高于对照组87.76%（$P<0.05$），见表5。

表5 2组护理满意度对比[n(%)]

分组	例数	非常满意	满意	不满意	满意度
研究组	51	20（39.22）	31（60.78）	0（0.00）	51（100.00）
对照组	49	17（34.69）	26（53.06）	6（12.24）	43（87.76）
χ^2					6.650
P					0.031

3 讨论

ATEMI为胸痛持续超过20 min，且经过诊断显示血清心肌坏死指标水平升高并伴心电图ST段典型抬高的危重性冠心病，发病后，患者产生心内膜下心肌受损，出现心绞痛、心悸、乏力以及胸部不适等表现，若未予以及时有效干预，可危及生命[11-12]。PCI可加快心肌血供恢复速度，促进心肌恢复，减少病死率，但术后仍需长期恢复[13-14]。部分PCI术后可能出现心血管死亡、再发心绞痛等风险，加上患者因担心预后、家庭经济负担等出现负性情绪，致使治疗依从性不佳，进一步影响预后[15]。因此，术后多辅以相应护理措施以改善负性情绪、提高治疗依从性以改善预后。

传统护理措施主要针对病情施护，对于患者人文关怀比较缺乏，进而导致护理效果无法达到理想效果。和谐护理理论强调于护理过程中，充分发挥同理性，满足与理解患者心理、生理、社会、精神等多维度需求，同时该理论还重视家庭于疾病诊疗期间参与性，经过增加家庭照护者照护理论、技能、知识水平等方式，发挥家庭能动性[16]，且已有研究证实[17-18]，和谐护理理论能有效改善身心健康状况、生活质量。STEMI起病急，且病情危重，极易使患者产生自我价值感缺失、强烈的疾病不确定感等，且实施手术治疗之后，患者术后多伴有心肌缺血再灌注、交感神经异常、血管内皮功能紊乱等病理改变，同时还产生穿刺口疼痛、胸闷心悸、躯体活动受限等不适感，刺激下丘脑-垂体-肾上腺轴，释放大量应激激素，加剧炎性应激反应，进而诱发情绪反应，加上术后长期修养致使患者暂时脱离社会，极易引发负性情绪，产生治疗抵触的心理，进而降低治疗依从性。本研究显示，研究组治疗依从性96.08%明显比对照组81.63%高（$P<0.05$），表明和谐护理能够提高患者的治疗依从性，利于病情转归，可能是由于其评估和谐需求之后针对患者心理、生理、社会与精神需求制定和谐护理措施，有效满足了患者多维度需求，从而提高治疗依从性。本研究中，出院前1 d，较对照组，研究组BAI分值、BDI分值均较少，FRAS分值、CD-RISC分值均较高（$P<0.05$），可知该护理模式能够减轻负性情绪，增强患者心理弹性以及家庭弹性，有助于协助患者积极参与治疗，促进病情转归。在创建和谐护理的相关内容中，其通过生理和谐缓解患者不适感与疼痛度，从而缓解因生理不适产生的负性情绪，并在心理和谐方面予以认知重建、情绪疏导、压力管理指导，协助患者自我疏解不良情绪，增强疾病认知度，减轻疾病不确定感所致的负性情绪，还有助于调节心理弹性，正确应对疾病，且开展的深呼吸、冥想等放松训练有助于调节自主神经的平衡，减少情绪波动，进一步改善心理状况，增强心理弹性，与此同时，和谐护理通过规范化的疼痛管理、活动指导等，有效缓解术后躯体不适感，缓解过度应激反应，改善神经内分泌，从而减少不良心理状况产生的生理诱发因素。此外，在人与人和谐方面予以家属教育、鼓励家庭参与患者康复、构建家属与患者沟通桥梁，可使家属掌握疾病护理技巧，一定程度增强家庭弹性。与此同时，该模式能够缓解患者不良情绪，调节患者心理弹性、家庭弹性。此外，本研究还表明，经过干预，研究组护理满意度比对照组高，也表明和谐护理有助于改善护理满意度，其原因为，在住院期间，患者得到了家庭支持、护士支持、社会角色回归支持等，均有助于患者以积极心态应对疾病，满意度能够得到提升。

综上所述，STEMI患者PCI术后予以和谐护理，可有效增加治疗依从性，增强患者心理弹性、家庭弹性，缓解不良情绪，提升患者的满意度。但本研究在临床应用时需注意，其涉及心、身、社会与精神等方面，对于护理人员

的临床护理经验要求较高。与此同时，护理期间不仅需要和患者沟通，还要与家属沟通，故参与护理人员需具有较强的沟通技巧。此外，本研究仍存在一定局限性：(1)单中心、样本量小的不足之处，可能导致选例偏倚，因此建议后续开展多中心、大样本量的研究；(2)仅探讨了心功能Ⅰ级、Ⅱ级患者，是否适合Ⅲ级、Ⅳ级患者仍需作进一步研究；(3)本研究中未进行不同年龄、心功能分级、性别等患者之间的护理效果差异，可进行相关研究以增强研究结果普适性；(4)本研究主要分析了和谐护理在STEMI中的效果，而未与其他护理方式进行横向比较，虽结果证实其效果，但无法明确与其他护理模式效果的差异性，故建议后续可开展相关研究。

参考文献

[1] 李婷. 溶栓后即刻行PCI治疗在急性ST段抬高型心肌梗死患者中的应用效果[J]. 实用中西医结合临床，2023，23(20)：49-51,105.

[2] 兰冰，韩文忠，郭晓平，等. 微循环阻力指数对急性ST段抬高型心肌梗死PCI术后病人长期心脏收缩功能的预测价值[J]. 中西医结合心脑血管病杂志，2024，22(14)：2652-2656.

[3] 秦小金，刘晶涛. Roy适应模式在急性ST段抬高型心肌梗死患者介入治疗后延续性护理中的应用效果[J]. 新乡医学院学报，2024，41(7)：684-688.

[4] 杜鑫涛，郭晓琴，冀静，等. 基于和谐护理理论的群组教育对初孕女性盆底功能锻炼康复效果的研究[J]. 中国实用护理杂志，2024，40(29)：2241-2249.

[5] 林灵敏，钟蓉. 基于和谐护理理论的护理模式对抑郁症患者抑郁情绪和自我效能的影响[J]. 浙江医学教育，2024，23(2)：123-127.

[6] Wong G C, Welsford M, Ainsworth C, et al. 2019 Canadian Cardiovascular Society/Canadian Association of Interventional Cardiology Guidelines on the Acute Management of ST-Elevation Myocardial Infarction: Focused Update on Regionalization and Reperfusion[J]. Can J Cardiol, 2019, 35(2): 107-132.

[7] 刘擘，梁佩芬，李彬，等. 贝克抑郁量表评分对透析患者预后的预测截点研究[J]. 中华肾脏病杂志，2022，38(6)：550-554.

[8] 翟曜耀，刘晓霞，孟婵，等. 应用弥散峰度成像评价中重度阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征患者脑损伤与焦虑、抑郁和认知障碍的相关性研究[J]. 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志，2024，59(5)：472-479.

[9] Nadrowska N, Błażek M, Lewandowska-Walter A. Polish adaptation of the Family Resilience Assessment Scale (FRAS)[J]. Community Ment Health J, 2021, 57(1): 153-160.

[10] Elkudssiah Ismail N, Hui W M, Goh K W, et al. Resilience among Malaysian Community Pharmacists and General Medical Practitioners Using the 10-Item Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC): The First National Survey[J]. Behav Sci (Basel), 2022, 12(8): 272.

[11] 唐芬，高红. 急诊介入护理流程对提升急性ST段抬高型心肌梗死患者抢救成功率的效果[J]. 中国急救复苏与灾害医学杂志，2023，18(2)：250-253.

[12] 王延萍，张会丽，张宁. 渐进式康复护理对急性ST段抬高型心肌梗死患者的心脏功能康复及预后的影响分析[J]. 贵州医药，2023，47(5)：796-797.

[13] 邵波，惠丽丽，曹娜，等. 急性ST段抬高型心肌梗死PCI术病人出院后服用速效救心丸的疗效及安全性[J]. 中西医结合心脑血管病杂志，2024，22(23)：4343-4346.

[14] 石健佑，何艳. 急性ST段抬高型心肌梗死患者PCI术后心肌微循环特征与冠状动脉高血栓负荷的相关性[J]. 中国循证心血管医学杂志，2024，16(11)：1374-1378.

[15] 冯雪花，李慧，叶奎. 风险防范管理体系在急性ST段抬高型心肌梗死患者术后恢复中的应用价值分析[J]. 心血管康复医学杂志，2024，33(2)：198-202.

[16] 王雨涵，董琳. 基于和谐护理理论的护理干预对腹腔镜子宫肌瘤切除术患者创伤性应激障碍及氧化应激因子的影响[J]. 中国医药科学，2023，13(9)：134-137.

[17] 韩俊彩，韩萌萌，叶琳. 基于和谐护理理论的护理干预对鼻咽癌放疗患者希望水平和家庭弹性的影响[J]. 中国健康心理学杂志，2022，30(2)：200-204.

[18] 赵琦，张丽萍，洪迎春. 和谐护理理论干预对肺癌根治术患者的影响[J]. 齐鲁护理杂志，2022，28(10)：116-118.

（收稿日期：2026-03-06）

※※※