

• 康复护理 •
• 论 著 •

分层运动联合中医辨证施治对中老年阳虚型慢性心力衰竭患者衰弱的影响

张丽艳¹, 张琳¹, 袁玉红¹, 陈洁², 叶瑞海³, 黄双英⁴

摘要:目的 探讨分层运动联合中医辨证施治对中老年阳虚型慢性心力衰竭患者衰弱的效果。方法 以 118 例中老年阳虚型慢性心力衰竭的衰弱患者作为研究对象,按照时间分组,对照组(2024 年 7—12 月)65 例给予常规心脏康复护理,干预组(2025 年 1—6 月)65 例给予分层运动联合中医辨证施治康复方案。结果 两组各 59 例完成研究,干预 1 个月后,干预组衰弱得分、中医证候积分显著低于对照组,生活自理能力改善显著优于对照组(均 $P < 0.05$)。结论 分层运动联合中医辨证施治可促进中老年阳虚型慢性心力衰竭患者衰弱和证候改善,提升其生活自理能力。

关键词:慢性心力衰竭; 衰弱; 阳虚型; 运动; 辨证施治; 中医康复; 康复护理

中图分类号:R473.5;R248 **DOI:**10.3870/j.issn.1001-4152.2026.08.102

Effects of graded exercise combined with TCM treatment based on syndrome differentiation on frailty in elderly patients with chronic heart failure of Yang deficiency type

Zhang Liyan, Zhang Lin, Yuan Yuhong, Chen Jie, Ye Ruihai, Huang Shuangying. Department of Cardiopulmonary Rehabilitation, Affiliated Hospital of Zhejiang Chinese Medical University, Hangzhou 311122, China

Abstract: **Objective** To explore the effects of graded exercise combined with traditional Chinese medicine (TCM) treatment based on syndrome differentiation on frailty in elderly patients with chronic heart failure of Yang deficiency type. **Methods** A total of 118 elderly patients with frailty and chronic heart failure of Yang deficiency type were enrolled as study participants. Using a time-based grouping method, 65 patients in the control group (July to December 2024) received routine cardiac rehabilitation nursing, while 65 patients in the intervention group (January to June 2025) received a rehabilitation program comprising graded exercise combined with TCM treatment based on syndrome differentiation. **Results** A total of 59 patients in each group completed the study. After one month of intervention, the frailty score and TCM syndrome score in the intervention group were significantly lower than those in the control group, and the improvement in activities of daily living was significantly better than that in the control group (all $P < 0.05$). **Conclusion** Graded exercise combined with TCM treatment based on syndrome differentiation can improve frailty and symptoms in elderly patients with chronic heart failure of Yang deficiency type, thereby enhancing their activities of daily living.

Keywords: chronic heart failure; frailty; Yang deficiency type; exercise; treatment based on syndrome differentiation; traditional Chinese medicine rehabilitation; rehabilitation nursing

慢性心力衰竭(Chronic Heart Failure, CHF)是由多种原因导致的心脏结构和/或功能的异常改变,进而引发的复杂临床综合征。衰弱是由于生理储备下降、机体易损性增加以及抗应激能力减退而引起的一种非特异性状态,主要表现在身体、心理和社会等多个维度^[1-2]。研究发现,中老年 CHF 患者衰弱的发生率为 24.6%~70.6%,这可能导致其预后更差,再住院率和病死率显著增加^[3-4]。现阶段,药物康复、运动康复、中医康复等心脏康复方式的安全性及有效性

已得到证实,且被相关指南^[5-7]强烈推荐。在中医领域,CHF 临床分型包括气虚血瘀证、气阴两虚血瘀证、阳气亏虚血瘀证等多种证型^[8],而以阳气亏虚血瘀证在中老年人中发病率最高^[9]。研究发现,将中医理念与运动干预融入患者的康复护理,对改善衰弱症状有较好效果^[10],但未对不同证型患者开展研究。本研究探究分层运动联合中医辨证施治对中老年阳虚型 CHF 患者衰弱症状的干预效果,以期为临床实施针对性康复管理提供参考。

1 资料与方法

1.1 一般资料 采用便利抽样,选取 2024 年 7 月至 2025 年 6 月我院收治的中老年 CHF 患者作为研究对象。纳入标准:①符合 CHF 中医诊疗指南的诊断标准^[11],处于康复期;②年龄 ≥ 45 岁;③心功能分级^[12](New York Heart Association Functional Classification, NYHA) II ~ IV 级;④ Tilburg 衰弱得分(Tilburg Frailty Indicator, TFI)^[13] ≥ 5 分;⑤沟通及

作者单位:浙江中医药大学附属第一医院 1. 心肺康复科 2. 心血管内科 3. 呼吸与危重症医学科 4. 护理部(浙江 杭州, 311122)

通信作者:黄双英, huangsy2008@126.com

张丽艳:女,硕士,护士长, 24994207@qq.com

科研项目:浙江省中医药科技计划项目(2022ZA077, 2025ZF008)

收稿:2025-11-15;修回:2026-02-15

理解能力正常,自愿参与研究并签署知情同意书。排除标准:①CHF 急性加重期;②并存恶性肿瘤;③存在认知功能障碍(Mini-Mental State Examination, MMSE≤24 分)^[14]、痴呆或精神疾病等无法交流;④操作局部皮肤存在破损、感染、过敏等情况。脱落标准:①未严格按研究方案执行或中途要求退出;②在观察期出现病情变化,不能耐受或出现严重不良反应。样本量按照两样本均数比较的估计方法, $n_1 = n_2 = 2[(t_{\alpha} + t_{\beta})\sigma/(\mu_1 - \mu_2)]^2$,以衰弱得分作为主要指标,参考以往研究^[15]中对照组和干预组衰弱得分

的均数分别为 4.51、5.36 分,取两组中最大标准差 1.37, $\alpha = 0.05, \beta = 0.20$,则 $t_{\alpha/2} = 1.960, t_{\beta} = 0.842$,计算每组需要样本数 41,考虑 20% 失访率,每组至少需要 52 例。本研究将 2024 年 7—12 月收治的 65 例设为对照组,2025 年 1—6 月收治的 65 例纳入干预组。干预过程中,两组各因费用或病情变化脱落 6 例,共 118 例完成研究。两组一般资料比较,见表 1。本研究已通过浙江中医药大学附属第一医院伦理委员会审批(2024-K-192-01)。

表 1 两组一般资料比较

组别	例数	性别(例)		年龄[岁,	BMI(kg/m ² ,	合并症数量[个,	文化程度(例)			医保类型(例)			心功能(例)		
		男	女	$M(P_{25}, P_{75})$	$\bar{x} \pm s$	$M(P_{25}, P_{75})$	小学及以下	中学	大专及以上	医保	农保	自费	Ⅱ	Ⅲ	Ⅳ
对照组	59	33	26	69(58.0, 78.0)	23.0±2.8	1(1.0, 2.0)	30	23	6	48	9	2	18	32	9
干预组	59	27	32	68(56.0, 75.0)	22.4±3.1	1(1.0, 2.0)	30	18	11	52	5	2	23	29	7
统计量		$\chi^2 = 1.221$		$Z = -0.116$	$t = 1.004$	$Z = -1.533$	$Z = -0.430$						$Z = -0.988$		
P		0.269		0.908	0.317	0.125	0.667			0.557*			0.323		

注: * 为 Fisher 确切概率法。

1.2 干预方法

对照组实施常规心脏康复护理,由责任护士根据患者心功能情况指导其适当进行活动和锻炼。依据患者阳虚体质给予益气温阳、化痰利水之中医膳食,如莲子山药饭、山楂黑木耳粥、当归黄芪乌鸡汤、西蓝花猪肉煲、化湿利水老鸭汤等;控制液体摄入量,减轻心脏负荷,24 h 入量比出量少 200~300 mL 为宜;指导患者每日辅以微调或宫调式音乐以舒缓情绪、健脾益气,如《百鸟朝凤》《月光下的凤尾竹》《春江花月夜》等。干预组在此基础上给予连续 1 个月分层运动联合中医辨证施治干预,具体如下。

1.2.1 方案制订 研究小组由心内科 3 名副高级及以上职称的医生、1 名副高级心肺康复师,副主任护师和护师各 2 名组成。小组成员进行文献回顾明确方案初稿;以“慢性心力衰竭、中医康复、运动干预、衰弱、阳虚、辨证施治”等为关键词检索中国知网、万方数据知识服务平台、SinoMed 等中文数据库;以“heart failure、Traditional Chinese Medicine rehabilitation、exercise therapy、frail/frailty”等为关键词检索 PubMed、Web of Science、Cochrane Library 等英文数据库,结合临床实践和文献回顾结果设计干预方案初稿。组织 6 名副高级及以上医生和副主任护师进行专家会议(医护各 3 名;心内科各 2 名、中医各 1 名)对方案进行分析、调整,形成中老年阳虚型 CHF 患者分层运动联合中医辨证施治康复方案。

1.2.2 方案实施

1.2.2.1 分层运动训练 ①依据心功能进行分级运动:a. 心功能Ⅱ级。速度为 3~5 km/h 的快走或平板机训练 25 min,哑铃或橡皮筋(3~5 kg)训练 10 min;4 次/周;目标心率≤HRmax 的 60%~70%。b. 心功能Ⅲ级。缓步行走及床上阻力为 10~50 N 自行车训

练 20 min,1~2 kg 哑铃阻力训练 10 min;3 次/周;目标心率≤HRmax 的 50%~60%。c. 心功能Ⅳ级。缓步行走和床上踩阻力为 10~20 N 自行车,持续 20~30 min,逐渐增加时间和强度;3 次/周;目标心率≤HRmax 的 40%~50%。每个层级运动前均热身运动 5~10 min,运动结束后行低强度放松运动 5~10 min。②锻炼强度:责任护士和康复治疗师在患者运动前后采用运动目标心率及 Borg 主观疲劳程度相结合的强度监测指标,动态调整运动计划,如患者不能承受,则先从低一个层级开始,至适应且无明显不适症状下保持或升级。患者出院后,保持该层级运动频率和强度不变。③安全监测:运动前全面评估病史、心肺功能及衰弱程度;运动前血压不得超过 180/110 mmHg;运动时采用“呼气用力、吸气放松”的原则,勿屏气,若出现胸痛、呼吸困难、头晕、发绀、大汗等不适,立即停止运动。出院前帮助患者或家属学会使用智能设备辅助监测,指导其识别运动不良反应及应急处置相关知识。帮助患者制订居家运动康复计划,包括步行、八段锦、慢跑等形式的有氧运动 30 min,哑铃或弹力带(3~5 kg)训练 10 min;3~5 次/周,目标心率≤HRmax 的 60%~70%。出院 2 周后来院复查,以全面评估病情和动态调整运动训练计划。

1.2.2.2 中医辨证施治 由通过统一培训考核的中西医结合专科护士实施。①扶阳特色技术之火龙罐综合灸。a. 选穴与选经:督脉、足太阳膀胱经(督脉大椎-长强、足太阳膀胱经大杼-下髎穴;大椎、心俞、神堂、膏肓、脾俞、肾俞、命门穴),手少阴心经(极泉-少冲穴循经施罐;极泉、少海、神门穴),手厥阴心包经(天池-中冲穴循经施罐;内关穴),膻中、神阙。b. 循经走罐采用扶阳疏经法:罐口 3 个罐齿与皮肤贴合呈 30°角,小鱼际紧贴皮肤,配合手掌在施罐部

位推揉。穴位加强采用点按补益法,罐口的 1 个罐齿对应相应穴位,再与皮肤呈 30°角进行旋刮,使患者感觉酸、胀、麻为度;然后将艾灸对准穴位,反复开合罐体,直至局部皮肤红润;最后采用温和灸至局部酸麻感消失。②对症施治。喘促:足三里艾灸或选用白术、茯苓、白芍等药物内关穴行穴位贴敷。胸闷、心悸:取主穴心、皮质下及配穴交感等进行耳穴贴压。神疲乏力:取主穴三焦、皮质下及配穴便秘点等进行耳穴贴压;也可按摩腹部中脘、中极、关元等穴位促进肠蠕动或神阙穴行穴位贴敷促进排便。尿少肢肿:耳穴贴压,可取主穴(肾)和配穴(交感、三焦等)进行耳穴贴压。每周 2 次,10 次为 1 个疗程,患者出院后按治疗时间复诊。

1.2.2.3 教育和随访 采用结构化教育与闭环随访机制。患者首次运动前通过小视频学习和理解运动要领;运动过程中康复师和责任护士一对一陪伴和指导,反复纠正动作要领直至全部掌握。科室定期举办教育小课堂,由责任护士集体讲解心力衰竭患者运动及中医辨证施治相关知识,如运动重要性及运动安全、施治原理及作用、自我管理与情绪调节等。建立患者运动微信群,发送动作要领掌握较好患者的运动小视频供大家共同学习,对依从性较好、坚持打卡患者给予公开表扬和鼓励,以榜样的力量激励患者提高锻炼依从性。对出院患者,责任护士通过群公告发布任务提醒(如运动打卡、体质量记录),督促患者回院复诊。同时通过微信了解患者居家锻炼情况,及时回复和解答患者疑问。

1.3 评价方法 于干预前和干预 1 个月后进行评价。①衰弱得分:采用奚兴等^[16]汉化的中文版 Tilburg 衰弱评估量表测评。分为 3 个子量表,共 15 个项目组成。其中 8 项对应于躯体衰弱(自我意识健康状况、体重减轻、行走、姿态、听力、视力、握力和身体疲劳),4 项对应心理衰弱(应对能力、认知能力、抑郁和焦虑症状),3 项对应社会衰弱(独居、社会关系和社会支持),各子量表评分均为“有”评 1 分,“无”评 0 分,得分越高,表明该项目衰弱程度越重。总分 ≥ 5 分为存在衰弱^[17]。②中医证候积分:包括喘促、胸闷(痛)、心悸、神疲乏力、尿少、面肢浮肿 6 个证候,每个证候的严重程度采用 0~3 分 4 级评分,0 分代表无症状,1~3 分分别代表轻度、中度、重度,总分范围 0~18 分,分值越高表明证候越严重^[18]。③生活自理能力:以 Barthel 指数评价,由进食、修饰、洗澡、穿衣、小便、大便、如厕、平地行走、上下楼梯和床椅转移 10 项内容组成。总分 0~100 分,100 分为日常生活完全自理,61~99 分为轻度依赖,41~60 分为中度依赖,≤ 40 分为严重依赖。

1.4 统计学方法 采用 SPSS26.0 软件进行数据统计分析,服从正态分布的计量资料采用均数 ± 标准差,行两独立样本 *t* 检验;不服从正态分布资料采用 $M(P_{25}, P_{75})$ 表示,行 Mann-Whitney *U* 检验;计数资料及等级资料采用频数表示,行 χ^2 检验、秩和检验、Fisher 确切概率法。检验水准 $\alpha=0.05$ 。

2 结果

2.1 两组干预前后衰弱评分比较 见表 2。

表 2 两组干预前后衰弱评分比较 $M(P_{25}, P_{75})$

组别	例数	总分		躯体衰弱		心理衰弱		社会衰弱	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
对照组	59	7.0(5.0,7.0)	5.0(4.0,6.0)	3.0(3.0,4.0)	2.0(1.0,3.0)	1.0(0,2.0)	1.0(1.0,2.0)	2.0(1.0,3.0)	1.0(0,2.0)
干预组	59	6.0(5.0,8.0)	3.0(2.0,4.0)	3.0(3.0,4.0)	2.0(1.0,2.0)	1.0(0,2.0)	1.0(0,2.0)	2.0(1.0,3.0)	1.0(0,1.0)
<i>Z</i>		-0.398	-5.974	-0.170	-3.346	-0.678	-4.341	-0.908	-3.649
<i>P</i>		0.691	<0.001	0.865	0.001	0.498	<0.001	0.364	<0.001

2.2 两组干预前后中医证候积分比较 见表 3。

表 3 两组干预前后中医证候积分比较

$M(P_{25}, P_{75})$

组别	例数	$M(P_{25}, P_{75})$	
		干预前	干预后
对照组	59	10.0(8.0,11.0)	3.0(2.0,3.0)
干预组	59	10.0(8.0,12.0)	1.0(0,2.0)
<i>Z</i>		-0.299	-6.233
<i>P</i>		0.765	<0.001

2.3 两组干预前后生活自理能力比较 见表 4。

表 4 两组干预前后生活自理能力比较 例

组别	例数	干预前			干预后	
		≤40 分	41~61 分	≥61 分	41~61 分	≥61 分
对照组	59	0	29	30	13	46
干预组	59	2	29	28	1	58
<i>Z</i>			-0.542			11.670
<i>P</i>			0.588			<0.001

3 讨论

3.1 分层运动联合中医辨证施治有助于减轻中老年阳虚型 CHF 患者衰弱程度 本研究结果显示,干预 1 个月后干预组衰弱总分及躯体、心理、社会衰弱维度得分显著低于对照组(均 $P<0.05$),提示分层运动联合中医辨证施治有助于减轻中老年阳虚型 CHF 患者衰弱程度。生理层面,火龙罐等温阳活血技术可能通过温通经络、改善微循环与组织供氧、降低外周血管阻力并减轻心脏后负荷,联合按心功能分级的有氧及抗阻训练改善血管内皮功能、骨骼肌灌注与线粒体能量利用效率,从而提升患者运动耐受,缓解乏力、气促与肌力下降等躯体衰弱表现^[19-20]。心理层面,症状负担减轻与规律运动带来的掌控感与自我效能提升,可能缓冲患者疾病不确定性相关的焦虑抑郁与活动恐

惧,促进睡眠和情绪恢复,进而减轻其心理衰弱^[21]。社会层面,体能与日常生活能力的改善有助于促进患者参与社会活动,责任护士通过集体教育讲堂和微信群等方式强化信息支持与互动,帮助患者建立康复信心,促进其社会联系恢复。本综合方案以“温通扶阳—运动重建—持续支持”协同作用于衰弱的多维机制,减轻了患者衰弱症状。

3.2 分层运动联合中医辨证施治可促进中老年阳虚型 CHF 患者中医证候改善 本研究结果显示,干预 1 个月后干预组中医证候积分显著低于对照组($P < 0.05$)。表明分层运动联合中医辨证施治可促进中老年阳虚型 CHF 患者中医证候改善。中医理论认为,随着病情加重,阳气亏虚会导致水液代谢障碍,出现阳虚水泛证;阳虚日久会损及阴液,形成阴阳俱虚;阳虚时气虚推动血液运行无力,易形成瘀血;阳虚水液代谢障碍还会导致水湿内停,聚为痰饮^[22]。火龙罐综合灸督脉及足太阳膀胱经施罐,督脉为阳脉之海,总督一身之阳气;足太阳膀胱经既司卫外又主水液代谢^[23]。罐法结合艾灸的温热效应,可振奋心肾阳气、温通经络、行血利水,从而减轻喘促、浮肿等症状,并为运动康复奠定阳气基础^[24]。结合本研究根据患者心功能制订的分级运动处方,可有效提升骨骼肌氧化能力与心肺耐力,且动作和缓、重心转移平稳^[25]。多手段协同作用下,阳气得复、水饮得化、瘀血得行,患者从“乏力、浮肿、气促”的负向循环转向“阳气充、水湿去、肌肉壮”的良性循环。中医证候的改善不仅能缓解患者的核心症状,还促进其机体功能、心理状态及社会适应全面提升,从而对衰弱的减轻具有积极意义。

3.3 分层运动联合中医辨证施治可改善中老年阳虚型 CHF 患者的日常生活能力 本研究结果显示,干预 1 个月后干预组日常生活能力改善显著优于对照组($P < 0.05$),表明分层运动联合中医辨证施治在提升患者生活质量方面具有积极意义。火龙罐作为中医特色疗法,其温热刺激兼具推拿、刮痧与艾灸的综合效应,通过热力和近红外辐射作用深入经络,不仅可温阳益气、活血通络,还能改善局部微循环和组织供氧,从而缓解肌肉僵硬与关节不适,提升患者肢体灵活性^[26]。相比传统火罐,火龙罐使用点、摇、闪、震、碾等 10 种手法发挥调、通、温、补功效,舒适感更佳,更适合体质虚弱患者的长期康复应用^[27]。与此同时,运动康复在提高心肺储备、增强骨骼肌功能和改善自主神经调节方面具有独特优势^[28]。本研究通过分级制订的个体化运动处方,在提升患者耐力和活动耐受度的同时,还可改善呼吸功能,降低活动后气促与疲乏感。两者结合应用,既能在治疗期通过火龙罐温通经络、改善心肌供血,为患者运动康复提供良好的体质基础;又能在康复期通过运动训练固本培元,进一步增强体能和自理能力,形成优势互补,进而改善患

者的日常生活能力。

4 结论

分层运动联合中医辨证施治能促进中老年阳虚型 CHF 患者衰弱程度和中医证候改善,提高其日常生活能力。本研究存在一定局限性,样本仅来源于 1 所三甲医院,且干预时间较短,未来需进一步完善干预方案并开展多中心大样本的随机对照研究。

参考文献:

- [1] Jujo K, Kagiya N, Saito K, et al. Impact of social frailty in hospitalized elderly patients with heart failure: a fragile-HF registry subanalysis[J]. J Am Heart Assoc, 2021,10(17):e019954.
- [2] 丁华,李朝凤,程钰,等.慢性心力衰竭患者衰弱变化轨迹及其影响因素[J].护理学杂志,2024,39(3):39-44.
- [3] Zheng P P, Yao S M, He W, et al. Frailty related all-cause mortality or hospital readmission among adults aged 65 and older with stage-B heart failure inpatients [J]. BMC Geriatr,2021,21(1):125.
- [4] Yang Y, Liu Y, Zhang Z, et al. Frailty and predictive factors in Chinese hospitalized patients with heart failure: a structural equation model analysis [J]. Eur J Cardiovasc Nurs,2023,22(4):400-411.
- [5] Taylor R S, Dalal H M, McDonagh S T J. The role of cardiac rehabilitation in improving cardiovascular outcomes[J]. Nat Rev Cardiol,2022,19(3):180-194.
- [6] McDonagh T A, Metra M, Adamo M, et al. 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure [J]. Eur Heart J, 2021, 42 (36): 3599-3726.
- [7] Wu Y C, Chen Y H, Huang W M, et al. Home-based, short-duration, high-intensity interval inspiratory muscle training improves exercise capacity of patients with chronic heart failure:a double-blind study [J]. Eur J Cardiovasc Nurs,2025,24(7):1161-1169.
- [8] 陈可冀,吴宗贵,朱明军,等.慢性心力衰竭中西医结合诊疗专家共识[J].中国中西医结合杂志,2016,36(2):133-141.
- [9] 张述萍,赵建全,高建东.高建东教授自拟复阳利水汤治疗慢性心衰经验总结[J].中国民族民间医药,2017,26(22):73-76.
- [10] 宋建飞.中医整体理念融入现代康复治疗中的实践价值[J].中医药管理杂志,2025,33(4):108-110.
- [11] 中华中医药学会慢性心力衰竭中医诊疗指南项目组.慢性心力衰竭中医诊疗指南(2022年)[J].中医杂志,2023,64(7):743-756.
- [12] 何竟,贾杰,陈欣,等.老年慢性心力衰竭全周期康复专家共识[J].康复学报,2025,35(2):112-123.
- [13] 王怡,王静宇,邓辉胜. Fried 衰弱表型和 Tilburg 衰弱指数对社区老年人生活质量的评估研究[J].重庆医学,2024,53(8):1244-1247,1253.
- [14] 中华医学会神经病学分会神经心理与行为神经病学组.常用神经心理认知评估量表临床应用专家共识[J].中华神经科杂志,2019,52(3):166-176.
- [15] 邓小英,陈巧松,李滢,等.多学科康复干预联合叙事心理护理在慢性心力衰竭合并衰弱患者中的应用效果[J].中西医结合护理(中文),2025,11(5):61-64.

[16] 奚兴,郭桂芳,孙静. 中文版 Tilburg 衰弱评估量表的信效度研究[J]. 护理学报,2013,20(16):1-5.

[17] Dong L, Liu N, Tian X, et al. Reliability and validity of the Tilburg Frailty Indicator (TFI) among Chinese community-dwelling older people[J]. Arch Gerontol Geriatr, 2017,73:21-28.

[18] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则:试行[M]. 北京:中国医药科技出版社,2002:173-176.

[19] Taylor J L, Myers J, Bonikowske A R. Practical guidelines for exercise prescription inpatients with chronic heart failure[J]. Heart Fail Rev, 2023, 28(6): 1285-1296.

[20] Taylor R S, Sagar V A, Davies E J, et al. Exercise-based rehabilitation for heart failure[J]. Cochrane Database Syst Rev,2014,2014(4):Cd003331.

[21] Gobbens R J, Vanassen M A, Luijkx K G, et al. The Tilburg Frailty Indicator: psychometric properties[J]. J Am Med Dir Assoc,2010,11(5):344-355.

[22] 陈易珠,李彩霞,刘梦君,等. 中医药益气温阳、活血利水法治疗慢性心力衰竭作用机制的研究进展[J]. 上海中医药杂志,2024,58(7):89-94.

[23] 欧阳效强,曾观华,熊建华,等. 从足太阳膀胱经论治慢性心力衰竭[J]. 江西中医药大学学报,2025,37(6):1-4, 9.

[24] 李祖强,丁攀婷,梁枝懿,等. 电针内关、膻中穴改善慢性心力衰竭模型大鼠的症状及代谢组学特征[J]. 湖南中医药大学学报,2025,45(1):65-72.

[25] 赵黎,阮华玲,张韬,等. 八段锦联合沙库巴曲缬沙坦对维持性血液透析伴慢性心力衰竭患者心脏功能及生活质量的影响[J]. 湖北医药学院学报,2025,44(2):167-171.

[26] 张焕葵,姚伯智. 火龙罐治疗对脑梗偏瘫患者肌力恢复的效果研究[J]. 内蒙古中医药,2025,44(6):110-112.

[27] 孙安琪,孙海燕,桂亚茹,等. 火龙罐的临床应用研究进展[J]. 中国中医药科技,2024,31(4):767-769.

(本文编辑 丁迎春)

(上接第 101 页)

[2] 中共中央,国务院. “健康中国 2030”规划纲要[A/OL]. (2016-10-25) [2025-08-02]. http://www.gov.cn/zhengce/2016-10/25/content_5124174.htm.

[3] WHO. Health and Wellbeing. [EB/OL]. (2022-11-24) [2025-08-24]. <https://www.who.int/data/gho/data/major-themes/health-and-well-being>.

[4] Keyes C L. Promoting and protecting mental health as flourishing:a complementary strategy for improving national mental health[J]. Am Psychol,2007,62(2):95-108.

[5] 蔡国容,王英,罗琳,等. 道德困境对急诊科护士患者导向亲社会行为的影响与作用机制研究[J]. 中国临床护理,2023,15(9):529-533.

[6] 张宏丽,刘芳,吾超,等. 急诊科护士工作疏离感潜在剖面分析[J]. 护理管理杂志,2023,23(8):680-683.

[7] 巩丽红,赵宝宝,张鑫鑫,等. 急诊科护理人员工作场所暴力、职业紧张和职业倦怠的相关性分析[J]. 职业与健康,2025,41(5):596-600,606.

[8] Amonoo H L, Lam J A, Daskalakis E, et al. Positive-psychological well-being in hematopoietic stem celltransplantation survivors[J]. Transplant Cell Ther, 2023, 29(9):583.e1-583.e9.

[9] 陈刚,王禹涵,李腾,等. 糖尿病视网膜病变患者心盛现状及影响因素分析[J]. 护理学杂志,2025,(11):82-85, 101.

[10] 张朋佳,韩鹏,姜金霞,等. 急诊科护士抗逆力现状及影响因素的路径分析[J]. 职业与健康,2023,39(9):1222-1227.

[11] Diener E, Wirtz D, Tov W, et al. New well-being measures:short scales to assess flourishing and positive and negative feelings[J]. Soc Indic Res, 2010, 97(2): 143-156.

[12] 赖巧珍. 大学生心盛状况及其在心理健康双因素模型中的应用研究[D]. 广州:南方医科大学,2017.

[13] 胡菁. 护士职业获益感概念框架及测评工具研究[D]. 上海:第二军医大学,2013.

[14] Zimet G D, Powell S S, Farley G K, et al. Psychometric

Characteristics of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support[J]. J Pers Assess, 1990, 55(3-4): 610-617.

[15] 姜乾金. 领悟社会支持量表[J]. 中国行为医学科学, 2001,10(10):41-43.

[16] Pisanti R, Lombardo C, Lucidi F, et al. Development and validation of a Brief Occupational Coping Self-efficacy Questionnaire for Nurses[J]. J Adv Nurs, 2008, 62(2):238-247.

[17] 翟燕雪,柴晓雨,刘堃,等. 护士职业应对自我效能量表的汉化及信效度研究[J]. 现代预防医学,2021,48(3):423-426.

[18] 黄康慧,李梦瑶,张媛媛,等. 不同轮班模式与重症监护室护士职业疲劳的关系研究[J]. 护理学杂志,2025,40(4):57-62.

[19] 程婷婷. 新生代财务人员工作幸福感提升策略研究[D]. 西安:西安理工大学,2023.

[20] 罗慧,田凌云,赵越,等. 临床护士隐性缺勤现状及影响因素分析[J]. 护理学杂志,2024,39(6):12-16.

[21] 汪涛,何龔. 上海市男护士职业锚现状调查及影响因素分析[J]. 中国卫生质量管理,2023,30(6):15-18.

[22] 尚迪. 新医改环境下公立医院人力成本控制问题和对策思考[J]. 中国管理信息化,2025,28(11):140-143.

[23] 马会丽,赵瑞,樊蕴莉,等. 甲状腺癌术后患者心盛现状及影响因素分析[J]. 护理学杂志,2025,40(5):11-16.

[24] 黄柳. 华山医院 HEAP 助力高质量发展[J]. 中国医院院长,2024,20(Z1):30-32.

[25] 周安平. 磁性医院管理应用于科室管理中的方法构建和效果评价[J]. 中国卫生标准管理,2025,16(2):68-71.

[26] 吴际军,荣娟,刘祯帆,等. ICU 护士职业应对自我效能与健康生产力受损的关系:领悟社会支持的作用路径[J]. 四川精神卫生,2024,37(1):77-82.

[27] 颜子媛,王卫宁,马凤艳,等. 领悟社会支持在肺癌术后患者自我感受负担与病耻感间的中介作用[J]. 中国肿瘤临床与康复,2025,32(5):330-340.

(本文编辑 丁迎春)