

1例缩窄性心包炎的中西医结合护理体会

郑春霞

(北京市健宫医院 心胸血管外科病房, 北京, 100054)

摘要: 本文系统总结1例缩窄性心包炎患者接受中西医结合治疗的护理经验。在常规西医治疗基础上,创新性采用耳穴压丸、温灸疗法及穴位贴敷等中医特色技术作为辅助治疗手段,配合精细化饮食管理、围术期全程护理、个性化症状干预、心理疏导及系统化健康教育等综合护理措施,显著改善患者的负性情绪状态,有效提升临床疗效和生活质量。经规范化治疗与护理,患者病情稳定并顺利完成手术治疗,最终康复出院。实践证明,中西医结合护理模式在缩窄性心包炎围术期管理中具有显著的协同增效作用,值得临床推广应用。

关键词: 缩窄性心包炎; 胸痹; 水肿; 中西医结合护理

Integrated Traditional Chinese and Western Medicine Nursing Experience in a Case of Constrictive Pericarditis

ZHENG Chunxia

(Department of Cardiothoracic and Vascular Surgery, Beijing Jiangong Hospital, Beijing, 100054)

ABSTRACT: This article systematically summarizes the nursing experience of a patient with constrictive pericarditis treated through an integrated Traditional Chinese Medicine (TCM) and Western medicine approach. In addition to conventional Western medical therapy, innovative TCM techniques—including auricular acupressure with seed embedding, moxibustion therapy, and acupoint application—were employed as adjunctive treatments. These interventions were combined with comprehensive nursing measures such as refined dietary management, perioperative care, personalized symptom intervention, psychological counseling, and systematic health education. The integrated approach significantly alleviated the patient's negative emotional state, enhanced clinical efficacy, and improved quality of life. Through standardized treatment and nursing, the patient achieved stable condition, successfully underwent surgery, and was eventually discharged with full recovery. This case demonstrates that the integrated TCM-Western nursing model exerts synergistic effects in perioperative management of constrictive pericarditis, warranting broader clinical application.

KEY WORDS: constrictive pericarditis; chest impediment; edema; integrated traditional Chinese and Western medicine nursing

缩窄性心包炎(Constrictive Pericarditis, CP)是一种由于慢性炎症导致心包增厚、粘连甚至钙化,进而限制心脏舒张和收缩功能的严重疾病。在我国,CP约占住院心脏病的1.1%,其中结核性缩窄性心包炎(Tuberculous Constrictive Pericarditis, TCP)是最常见的病因,通常由淋巴逆流、血行感染或邻近结核病灶直接蔓延所致^[1]。患者常表现为体循环淤血(如水肿、肝大、腹水)和肺循环淤血(如呼吸困难、胸腔积液),严重者可因长期低心输出量导致恶病质,甚至多器官功能衰竭。

目前,内科治疗(如利尿、抗结核)仅能暂时缓解症状,心包剥脱术是唯一有效的方法^[2]。然而,手术风险较高,研究报道其围术期死亡率达6.9%,5年死亡率高达32.7%^[1]。因此,优化围术期管理(如纠正低蛋白血症、贫血及控制积液)至关重要。此外,TCP患者常因长期疾病消耗合并营养不良及胃肠功能障碍,进一步影响术后康复。近年来,中医特色护理技术(如耳穴压豆、穴位贴敷、艾灸等)在改善心血管疾病患者症状及促进术后康复方面展现出独特优势。耳穴压豆通过刺激

心、肝、交感等穴位,可调节气血、宁心安神^[3];中药穴位贴敷(如天枢、关元穴)能疏通经络、促进肠蠕动^[4-6];艾灸中脘、神阙等穴位则可健脾和胃,加速胃肠功能恢复^[7-9]。然而,目前关于中西医结合护理在TCP围术期管理中的应用研究仍较少。本病例报告通过分析1例TCP患者的诊疗及护理过程,探讨中西医结合干预在改善患者症状、优化围术期管理及促进康复中的作用,以期为临床提供参考。

1 临床资料

1.1 一般资料

患者女,47岁,于2024年07月出现胸闷、气短、腹胀,以活动后较为明显,伴有双下肢水肿就诊。于2024年10月下旬诊断为“结核性胸膜炎、结核性腹膜炎及结核性心包炎”,先后就诊于多家医院行“心包腔引流术”“右侧胸腔引流术”及“腹膜腔引流术”对症抗结核及利尿等治疗,效果不佳。为进一步治疗,随诊我院,2025年03月19日门诊以“缩窄性心包炎”收入我科。患者无既往病史,身体状况一般。

1.2 体格检查

患者体温(T)36.9℃,脉搏(P)95次/min,呼吸(R)19次/min,血压(BP)114/79 mm Hg,疼痛数字评分为0分。平卧可见颈静脉怒张,胸廓对称,无畸形,双侧胸壁正常,双侧肋间隙正常。双侧肺呼吸运动度正常,无反向呼吸运动,双侧肺听诊呼吸音粗,下肺呼吸音有减弱,无干湿性啰音,无胸膜摩擦音,心前区无病理性杂音,腹部膨隆,移动性浊音阳性,可见腹腔引流管,双下肢轻度浮肿。舌淡红偏暗,细短,濡脉。

1.3 辅助检查

入院前检查:心脏彩超示心包增厚粘连,室间隔抖动,下腔静脉增宽,心包积液(少—中量,不易定位),心脏舒张受限,提示缩窄性心包炎可能。心脏彩超(2024年11月22日)示节段性室壁运动异常,室间隔及左室后壁增厚,心包积液,二尖瓣少量反流,肺动脉瓣少量反流,肺动脉瓣少量反流,室壁顺应性减低;胸腔彩超(2024年12月26日)示双侧胸腔积液;腹腔彩超(2024年12月26日)示腹腔积液。

入院后补充检查:2025年03月20日胸部CT(平扫+三维)示心包积液,心包增厚;双侧少量胸腔积液、右侧叶间积液,右肺少许膨胀不全;胸壁

软组织水肿。上下腹+盆腔CT(平扫+三维)示腹腔内大量积液,皮下组织肿胀。生化全项:总蛋白52.6 g/L↓,白蛋白(溴甲酚绿法)24.0 g/L↓。2025年03月20日胸腹水常规检查:李凡他试验阳性。胸腹水生化:总蛋白19.2 g/L↓,葡萄糖6.66 mmol/L↑↑,乳酸脱氢酶84 U/L↓,氯110.9 mmol/L↑↑。

1.4 诊断

中医诊断:患者中年女性,素体脾肾不足,痰湿内蕴,久病入络,痰浊与瘀血互结,症见胸闷、胸痛;久病伤阳,脾肾阳虚,水液失于温化,泛溢肌肤,症见下肢或周身浮肿、小便不利。舌淡红、苔白腻,脉细或濡,均为痰瘀互结、脾肾阳虚之象。故诊断为胸痹(痰瘀互结证),兼病水肿(脾肾阳虚证)。西医诊断:缩窄性心包炎,心包积液,胸腔积液,腹腔积液。

1.5 治疗

患者缩窄性心包炎,外院考虑结核导致,入院结核抗体阴性及未检测出结核杆菌,目前无支持证据。患者心功能Ⅳ级,主要第三间隙水分过多,予患者布美他尼1 mg静脉注射,2次/d,以利尿。中医治疗予穴位贴敷,贴于神阙穴、双涌泉穴,1次/d,6 h/次,温肾利水消肿。人血白蛋白20 g静脉泵入,1次/d,10 mL/次,补充蛋白,患者血压低、外周血管条件差,需要输液及白蛋白,使用血管活性药。予患者双腔深静脉置管,多巴胺200 mg加盐水至50 mL,静脉泵入辅助利尿,小剂量多巴胺对多巴胺、肾上腺素能受体进行刺激,增加尿量和肾血流,利尿剂对肾脏浓缩与稀释功能有抑制作用,进而发挥其利尿效果^[10]。监测出入量及空腹体重,注意电解质及内环境情况、观察患者病情变化。患者入院调整21 d,心功能分级为Ⅲ级,于2025年04月08日在手术室全麻下行心包剥脱术,术后2 d于2025年04月10日由ICU转入心胸血管外科继续治疗,予患者温灸关元穴温阳固脱,30 min/次,1次/d。穴位贴敷贴于天枢穴,6 h/次,1次/d,以促进肠胃功能恢复。患者于2025年04月18日顺利出院,患者出院时生活基本自理,生活质量得到极大提升,预后良好。

2 护理

2.1 护理评估

2.1.1 日常生活能力评估

采用Barthel指数评定量表进行自理能力评

估^[11], Barthel 量表包括进食、洗澡、修饰、穿衣、控制大便、控制小便、如厕、床椅转移、平地行走、上下楼梯这 10 个日常生活的必要活动项目。100 分表示日常生活活动能力良好,不需要依赖他人;评分 >60 分表示有轻度功能障碍,但日常基本生活基本自理;60~41 分表示有中度功能障碍,日常生活需要一定的帮助;40~21 分表示有重度功能障碍,日常生活明显需要依赖他人;评分 <20 分为完全残疾,日常生活完全依赖他人。本例患者 ADL 评分为 40 分,日常生活明显需要依赖他人。

2.1.2 跌倒风险评估

采用 Morse 跌倒风险评估表评估患者跌倒风险^[12],评估表包括有无跌倒史/视觉障碍、有无超过一个医学诊断、有无助行器具、静脉输液/置管/使用药物治疗、步态、认知和精神状况六个条目,总分 125 分。0~25 分,属于轻度风险;26~45 分,属于中度风险,评分 >45 分,属于高度风险。本例患者跌倒评分为 60 分,属跌倒高风险。

2.1.3 营养风险评估

营养风险 2002(NRS2002)筛查表包括疾病有关评分、营养状况评分、年龄评分^[13]。评估总分 ≥3 分,属于营养不良或营养风险,结合临床需制定营养计划。本例患者入科评分为 5 分,属营养不良。

2.1.4 心理状况评估

采用汉密顿焦虑量表(Hamilton Anxiety Scale, HAMA)评估患者心理状况。HAMA 包括 14 个项目,每个项目评分为 0~4 分,根据评分共分为 5 个等级。评分 <7 分,表示没有焦虑症状;8~14 分,表示可能有焦虑;15~21 分,表示肯定有焦虑;22~29 分,表示有明显焦虑;评分 >29 分,表示可能为严重焦虑。本例患者入科 HAMA 评分为 25 分,属存在明显焦虑。

2.2 护理诊断

①体液过多与患者自身疾病进展有关;②营养失调,低于机体需要量与患者恶心、食欲不振、低蛋白血症有关;③活动无耐力与心功能及水肿有关;④气体交换受损与胸腹腔积液有关;⑤电解质紊乱与低钾低钠有关;⑥焦虑与长期疾病状态及预后有关。

2.3 护理计划

①体液过多:限制钠盐(<2 g/d)、液体(1000~1500 mL/d);体重稳定,水肿减轻,尿量增加。②营养失调,低于机体需要量:高蛋白(1.0~

1.2 g/kg/d)、低盐、低脂饮食;补充白蛋白,血清白蛋白>35 g/L,体重稳定。③活动无耐力:提供卧床休息,逐步增加活动;患者能耐受日常活动,无气促加重。④气体交换受损:取半卧位(30~45°),低流量吸氧(2~4 L/min),呼吸频率正常(12~20次/min),SpO₂>95%。⑤电解质紊乱:鼓励含钾食物(如香蕉、橙子),遵医嘱调整利尿剂,血钾 3.5~5.0 mmol/L,血钠>135 mmol/L。⑥焦虑/恐惧:解释病情及治疗计划,提供心理支持,鼓励家属陪伴。

2.4 护理措施

2.4.1 体液过多

记录患者出入量,限盐、限制液体摄入、严格记录 24 h 尿量(目标>1000 mL/d)。予患者体重监测,每日晨起空腹称重(增长>1 kg/d,提示液体潴留)。予患者布美他尼 1 mg 静脉注射,2 次/d,以利尿;穴位贴敷(取附子 3 g、肉桂 3 g 及吴茱萸 3 g,以生姜汁调配,涂于敷贴中央,厚度 0.2~0.5 cm)贴于神阙穴、双涌泉穴,1 次/d,6 h/次,每 7 d 为一个疗程,共治疗 3 个疗程,以温肾利水消肿。

2.4.2 营养失调

①低盐(<2 g/d):避免腌制食品,用香料替代盐。②限水:1000~1500 mL/d,包括汤、粥及果汁。③高蛋白:包括但不限于鸡蛋清、鱼肉、豆制品,人血白蛋白 20 g,静脉泵入,1 次/d,以补充蛋白。④避免刺激性食物:忌酒精、咖啡、辛辣食物,注意患者宗教饮食禁忌。

2.4.3 活动无耐力

急性期绝对卧床,减少心脏负荷;稳定期逐步增加活动,从床边坐起到短距离步行。根据患者自身情况指导患者训练深呼吸、咳嗽(预防术后肺不张)。多巴胺 200 mg 加盐水至 50 mL,静脉泵入以发挥强心、利尿功效。

2.4.4 气体交换受损

①生命体征监测:予患者心电监护及鼻导管低流量吸氧(2~4 L/min),每小时监测血压、心率、呼吸及血氧饱和度。②体位管理:半卧位(30~45°),减轻呼吸困难;下肢抬高、促进静脉回流,减轻水肿。

2.4.5 电解质紊乱

鼓励患者进食含钾食物(如香蕉、橙子),遵医嘱定时监测离子,根据结果调整利尿剂,维持血钾 3.5~5.0 mmol/L,血钠>135 mmol/L。

2.4.6 心理护理

向患者及家属解释疾病进展及治疗计划,减轻焦虑。鼓励患者表达感受,加强沟通,全面了解患者及家属的顾虑,加强疾病及围术期宣教,做好医患沟通的桥梁,提供放松技巧。

2.4.7 中医特色护理

2.4.7.1 耳穴压豆

观患者耳部皮肤完好,用酒精棉签消毒患者耳部,探针选取穴位后,镊子夹取耳穴贴,贴压于患者耳部(心、肺、交感、神门、皮质下),用拇指与食指对压或食指点压耳穴贴(使患者感到酸、麻、胀、微痛为佳),嘱患者每日自行按压3~5次,每穴10~15 s,穴位贴敷每日1换,双耳交替使用。

2.4.7.2 温灸

术前温灸关元穴,以温阳固脱,关元为元气之根,艾灸可振奋心阳,改善术后低血压、四肢厥冷等阳气虚脱症状;采用艾箱灸法(距皮肤2~3 cm),30 min/次,1次/d。术后温灸神阙穴,以调理脾胃、补益气血、温脾暖肾,从而帮助患者胃肠功能恢复;采用艾箱灸

法(距皮肤2~3 cm),30 min/次,1次/d。

2.4.7.3 穴位贴敷

术前穴位贴敷取附子3 g、肉桂3 g及吴茱萸3 g,以生姜汁调和,涂抹于敷贴中央,厚度0.2~0.5 cm,贴于神阙穴、双涌泉穴,1次/d,6 h/次,以温肾利水消肿。术后穴位贴敷取木香3 g、厚朴3 g及大黄3 g,用黄酒调和,涂抹于敷贴中央,厚度0.2~0.5 cm,贴于天枢穴,1次/d,6 h/次,以促进肠胃功能恢复。

2.5 护理评价

03月19日患者入院时,心功能为Ⅳ级,HAMA评分为25分,属于存在明显焦虑。经中西医结合护理,于04月07日即术前1 d再次评估,患者心功能为Ⅲ级,HAMA评分为8分,可能存在焦虑;白蛋白水平及空腹体重符合预期,详见图1。于04月08日行心包剥脱术,04月18日患者出院前进行评估,患者心功能为Ⅰ级,日常活动无气促、疲乏或心悸,HAMA评分为5分,没有焦虑症状,遵医嘱予以出院。

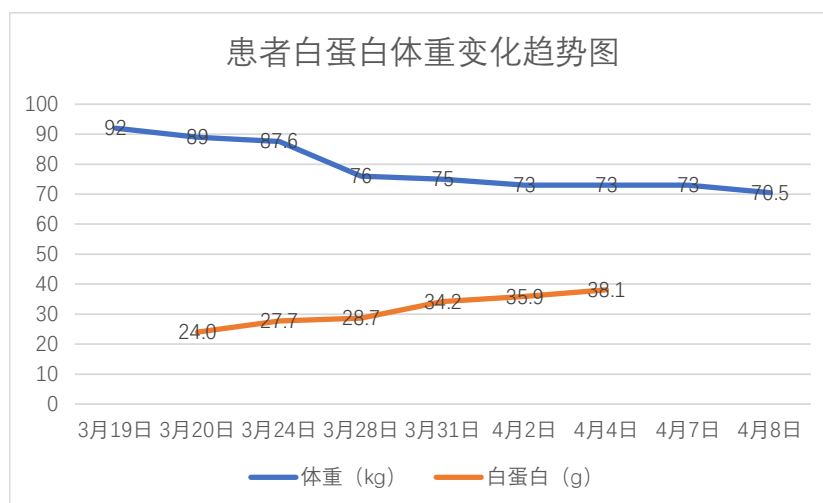


图1 疗效评估

3 结果和随访

患者出院后3 d予电话随访患者家属,患者生活基本自理,无胸闷不适症状;排便每天1次,为成型软便;双下肢无水肿,腹软;饮食及作息规律正常,无焦虑症状。予患者家属宣教生活、饮食注意事项,嘱患者不适时及时就诊。

4 讨论

目前,心包剥脱术是治疗CP的最有效方法,虽然疗效确切,但手术风险较高,文献报道其围术

期死亡率达6.9%,5年死亡率高达32.7%^[1]。本病例通过术前纠正低蛋白血症、贫血及控制胸腹水等西医常规处理,结合中医特色护理技术,构建中西医结合的围术期管理模式,优化患者的一般状况,降低手术风险。这与现有研究一致,即术前积极改善营养状态和循环功能可提高手术耐受性,在改善患者预后方面展现出独特优势。

TCP患者长期慢性炎症导致的气血运行障碍与中医“久病入络”理论高度契合。耳穴压豆通过刺激心、肝、交感等穴位,不仅可调节自主神经功能,更能改善微循环,这与现代医学改善心肌灌注

的治疗目标不谋而合^[2]。其次,穴位贴敷(天枢、关元)通过激发精气、调节肠道蠕动,有效预防术后常见的胃肠功能障碍,其作用机制可能与调节胃肠激素分泌及迷走神经兴奋性有关^[7]。艾灸(中脘、神阙)通过温补脾肾阳气,不仅促进胃肠功能恢复,更从整体上改善患者的能量代谢状态^[9],这对于长期消耗的TCP患者尤为重要。值得注意的是,这种中西医结合模式实现三个层面的优势互补:西医着重器官功能支持,中医强调整体调节;西医快速纠正内环境紊乱,中医渐进改善体质状态;西医针对明确病理改变,中医调节功能失衡。这种多靶点、多层次的干预策略,可能正是其临床优势的深层机制。但本病例仅为单例观察存在局限性,缺乏对照研究,且中医护理技术的疗效可能受个体差异影响。未来需通过随机对照试验(RCT)进一步验证其普适性。外科手术结合围术期中西医结合干预可优化患者管理,改善预后。中医护理技术在缓解症状、促进康复方面具有潜在优势,值得进一步研究和推广。

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] 陈杰, 罗勇, 袁武, 等. 112例结核性缩窄性心包炎外科治疗的临床分析[J]. 四川医学, 2024, 45(10): 1057-1060.
CHEN J, LUO Y, YUAN W, et al. Surgical treatment for 112 patients with tuberculous constrictive pericarditis [J]. Sichuan Med J, 2024, 45(10): 1057-1060. (in Chinese)
- [2] 邹坤, 魏大闯, 谭今, 等. 扩大心包剥脱术治疗缩窄性心包炎的效果[J]. 实用医学杂志, 2023, 39(6): 788-792.
ZOU K, WEI D C, TAN J, et al. The effect of extensive pericardectomy in the treatment of constrictive pericarditis [J]. J Pract Med, 2023, 39(6): 788-792. (in Chinese)
- [3] 张姝, 陈民. 胸痹足浴方联合耳穴压豆护理治疗冠心病心绞痛[J]. 长春中医药大学学报, 2018, 34(1): 89-91.
ZHANG S, CHEN M. Thoracic obstruction foot-bathing formula combined with ear point bean pressing nursing therapy on patients with coronary heart disease angina pectoris [J]. J Changchun Univ Chin Med, 2018, 34(1): 89-91. (in Chinese)
- [4] 刘世欢, 梁晖, 张意侗, 等. 中药穴位贴敷联合椎体成形术对高龄骨质疏松性胸腰椎压缩骨折的疗效观察[J]. 河北医药, 2023, 45(10): 1526-1528, 1532.
LIU S H, LIANG H, ZHANG Y T, et al. Therapeutic efficacy of traditional Chinese medicine acupoint application combined with vertebroplasty on elderly patients with osteoporotic vertebral compression fracture [J]. Hebei Med J, 2023, 45(10): 1526-1528, 1532. (in Chinese)
- [5] 任金贤, 黎治荣, 丁秀芝, 等. 中药穴位贴敷治疗对恶性血液病应用格拉司琼致便秘的疗效及对生活质量的影响[J]. 系统医学, 2021, 6(4): 143-145, 195.
REN J X, LI Z R, DING X Z, et al. Therapeutic effect of acupoint application of traditional Chinese medicine on constipation caused by granisetron for hematological malignancies and its influence on quality of life [J]. Syst Med, 2021, 6(4): 143-145, 195. (in Chinese)
- [6] 崔颖. 中药穴位贴敷对心肌梗死患者便秘的影响[J]. 中国城乡企业卫生, 2025, 40(4): 66-68.
CUI Y. Effect of acupoint application of traditional Chinese medicine on constipation in patients with myocardial infarction [J]. Chin J Urban Rural Enterp Hyg, 2025, 40(4): 66-68. (in Chinese)
- [7] 王丹丹, 李雪芹, 谢庆斌, 等. 中药穴位贴敷在胃癌术后患者胃肠道功能恢复中的应用[J]. 实用临床医学, 2024, 25(6): 71-75, 120.
WANG D D, LI X Q, XIE Q B, et al. Clinical efficacy of traditional Chinese medicine acupoint plaster in the recovery of gastrointestinal function for patients after gastric cancer surgery [J]. Pract Clin Med, 2024, 25(6): 71-75, 120. (in Chinese)
- [8] 王华, 袁大为, 唐焕峰, 等. 足三里注射联合腹部穴位贴敷治疗腹腔镜胆囊切除术后患者胃肠功能紊乱的临床研究[J]. 现代消化及介入诊疗, 2023, 28(4): 472-475.
WANG H, YUAN D W, TANG H F, et al. Clinical study on Zusanli injection combined with abdominal acupoint application in the treatment of gastrointestinal dysfunction after laparoscopic cholecystectomy [J]. Mod Interv Diagn Treat Gastroenterol, 2023, 28(4): 472-475. (in Chinese)
- [9] 周爱萍, 王飞鹏. 艾箱灸在胃十二指肠溃疡穿孔修补术后应用效果[J]. 西部中医药, 2019, 32(1): 122-124.
ZHOU A P, WANG F P. Application effects of

- moxa in the repair of gastroduodenal ulcer perforation [J]. West J Tradit Chin Med, 2019, 32(1): 122-124. (in Chinese)
- [10] 王慧敏. 呋塞米联合小剂量多巴胺治疗心力衰竭合并肾功能不全的效果分析[J]. 中国社区医师, 2024, 40(15): 17-19.
- WANG H M. Analysis on effect of furosemide combined with small-dose dopamine in treatment of heart failure complicated with renal insufficiency [J]. Chin Community Dr, 2024, 40(15): 17-19. (in Chinese)
- [11] 周静, 刘芳, 周明超, 等. 一种新型日常生活活动力量表与 Barthel 指数-5 项在康复科中应用的特征比较[J]. 中国康复医学杂志, 2021, 36(12): 1529-1534.
- ZHOU J, LIU F, ZHOU M C, et al. Comparison of a new pictorial-based activities of daily living scale and the Barthel index-5 item in rehabilitation departments [J]. Chin J Rehabil Med, 2021, 36(12): 1529-1534. (in Chinese)
- [12] 胡惠菊, 韩静, 唐启群, 等. Morse 跌倒评估量表与 STEADI 跌倒风险自评量表在养老机构老年人中的应用比较[J]. 护理学报, 2021, 28(19): 8-12.
- HU H J, HAN J, TANG Q Q, et al. Effect comparison between morse fall scale and stay independent brochure questionnaire in the elderly in nursing homes[J]. J Nurs China, 2021, 28(19): 8-12. (in Chinese)
- [13] 李洁茹, 马圣宇, 李雪光, 等. 营养风险筛查 2002 评分、预后营养指数及控制营养状况评分对多发性骨髓瘤患者预后的影响[J]. 肿瘤学杂志, 2025, 31(6): 516-522.
- LI J R, MA S Y, LI X G, et al. Association between nutrition risk screening 2002, prognostic nutritional index and controlling nutritional status with prognosis of patients with multiple myeloma [J]. J Chin Oncol, 2025, 31(6): 516-522. (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。