

1 例急性心包炎合并心包积液行穿刺引流的护理体会

张 虹

(北京朝阳中西医结合急诊抢救医院 心血管内科病房, 北京, 100020)

摘要: 本文总结 1 例急性心包炎合并大量心包积液患者行心包穿刺引流的围术期的护理体会。护理要点包括早期识别产生大量心包积液后患者出现的 BECK 三联征, 即低血压、心音低弱和颈静脉怒张, 配合医生完成心包穿刺, 动态评估病情, 监测引流液性质, 积极预防并发症发生, 加强患者心理与疼痛护理。

关键词: 急性心包炎; 心包积液; 引流护理; 中西医结合护理

Nursing Experience of One Case of Acute Pericarditis with Pericardial Effusion Undergoing Puncture Drainage

ZHANG Hong

(Department of Cardiovascular Medicine, Beijing Chaoyang Hospital of Integrated Traditional Chinese and Western Medicine Emergency Rescue, Beijing, 100020)

ABSTRACT: This article summarizes the perioperative nursing experience of a patient with acute pericarditis and massive pericardial effusion undergoing pericardial puncture drainage. Key nursing points include early recognition of Beck's triad (hypotension, diminished heart sounds, and jugular vein distension) secondary to massive effusion, assisting physicians in performing pericardial puncture, dynamic condition assessment, monitoring drainage fluid characteristics, proactive prevention of complications, and enhanced psychological and pain management.

KEY WORDS: acute pericarditis; pericardial effusion; drainage nursing; integrated traditional Chinese and Western medicine nursing

急性心包炎为心包脏层和壁层的急性炎症性疾病, 约占心包疾病的 0.2%, 以胸痛、心包摩擦音、心电图改变及心包渗出后心包积液为特征。可从无症状到危及生命, 漏诊及误诊的发生率较高^[1]。心包积液最突出的症状是呼吸困难, 当积液迅速或积液量达到一定程度时, 可造成心脏输出量和回心血量明显下降而产生临床症状, 即心脏压塞^[2]。急性心包炎合并大量心包积液是临床急症之一, 其起病隐匿、进展迅速, 若未能及时干预治疗可能因心脏压塞导致循环衰竭甚至死亡^[3]。心包穿刺引流是挽救心包压塞患者的关键, 其并发症的发生率在 4%~10%, 最常见的是心律失常, 并有可能发生气胸、心肌及冠脉损害等^[4]。需要围术期精细化的护理, 一方面, 观察患者是否出现因引流速度和量诱发再灌注性水肿或迷走神经反射; 另一方面, 关注引流管相关性感染、再填塞等并发症发生。

本例患者存在心脏压塞的典型症状合并感染, 病情危急, 通过及时有效的治疗和护理使患者转危为安。本病例总结急性心包炎合并大量心包积液患者行心包穿刺引流的围术期中西医结合的护理措施, 现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

患者男性, 35 岁, 主因“间断胸痛、气短 6 d”于 2023 年 10 月 06 日入院。患者于 6 d 前出现发热, 最高体温(T) 37.6℃, 伴有咳嗽、咳痰, 自服感冒药后体温正常, 之后出现心前区胸痛, 约手掌大小, 气短, 持续 30 min 不能缓解, 伴有前胸、后背部、双上肢疼痛, 无一过性黑蒙及视物模糊, 无恶心、呕吐现象。既往体健, 否认药物及食物过敏史, 无家族史。

1.2 体格检查

入院查体:患者神志清,精神可,语音清晰,端坐卧位;患者呼吸(R)18次/min,体温(T)36.5℃,血压(BP)112/90 mm Hg,脉搏(P)136次/min,律齐,心音遥远,各瓣膜听诊区未闻及杂音;全身皮肤黏膜无黄染及出血点,颈静脉回流征(-),气管位置居中,呼吸运动对称,听诊双肺呼吸音粗,未闻及干湿啰音。中医查体:患者发育正常,体态自如,未闻及明显特殊气味,舌淡红,苔薄黄,脉细滑。实验室检查:C反应蛋白(CRP)91.06 mg/dL,中性粒细胞 $0.704 \times 10^9/L$,肌红蛋白23.5 ng/mL,高敏肌钙蛋白T0.023 ng/mL。心脏彩超提示大量心包积液。心电图示I、II、aVL、V3-V6导联广泛的ST段抬高,PR段压低。痰培养提示肺炎克雷伯。胸部X线检查示双肺炎性改变。

1.3 诊断

中医诊断:痰饮,饮停胸胁证;西医诊断:急性心包炎,心包积液。辨证依据:患者为青年男性,发病前有感冒、发热症状,素体不强,肺虚卫弱,因外感寒湿,困遏卫阳,致使肺不能宣布水津、脾无以运化水湿,水津停滞,积而成饮。本病症位于心,胸胁疼痛,咳唾引痛,伴咳逆气喘,息促不能平卧,结合四诊合参,患者舌苔白,脉沉,弦滑,辨证属饮停胸胁证。

1.4 治疗干预

入院予患者内科一级护理,24 h心电监护,低流量吸氧。西医予心包穿刺引流置管术(心包穿刺治疗过程如图1所示)、抗感染,控制心率等治疗;中医予以苓桂术甘汤利水消肿,耳穴压丸治疗取心、脾、肺及肾等穴位以温通心脉、行气止痛、养心安神及健脾和胃。

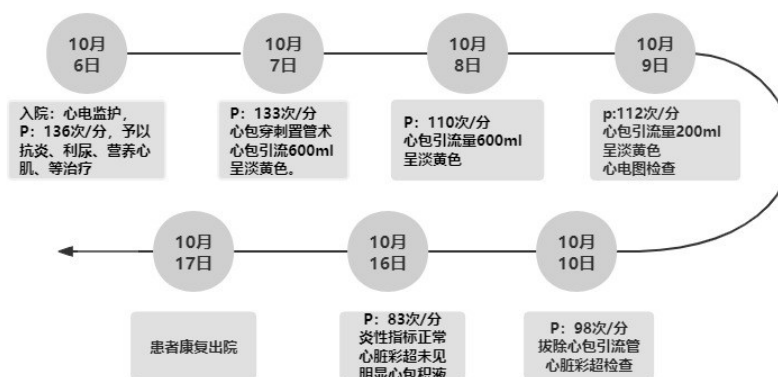


图1 心包穿刺治疗过程

2 护理

2.1 护理评估

2.1.1 中医四诊

①望诊:患者神志清,精神得神,发育正常,喘息不得卧,口唇发绀,舌质暗红,苔色白;②闻诊:语音清晰缓慢;③问诊:患者间断胸闷、周身乏力,纳差,二便调;④切诊:脉象沉,弦滑。

2.1.2 自理能力评估

采用Barthel指数评定量表评估患者自理能力等级,评估总分100分,共分为四个等级,100分为无需依赖,61~99分为轻度依赖,41~60分为中度依赖,评分≤40分为重度依赖。本例患者评估总分为65分,属轻度依赖,少部分需要他人照顾。

2.1.3 疼痛程度评估

采用数字分级评分法(numerical rating

scale, NRS)评估患者疼痛程度,疼痛分为4个等级,0分属于0级(无痛),1~3分属于1级(轻度疼痛),4~6分属于2级(中度疼痛),7~10分属于3级(重度疼痛)。该患者评估分值为4分,属中度疼痛,疼痛明显,影响睡眠,需要止疼药。

2.1.4 跌倒坠床风险评估

跌倒/坠床危险因素评估(Morse)分为3个等级,0~20分为存在危险,25~40分为中度危险,评分≥45分为高度危险。此患者评分为35分,属中度危险,需要专人陪护,悬挂警示标识,落实宣教。

2.1.5 预防非计划拔管

采用非计划拔管(Unplanned Extubation, UEX)进行评估,共分为3个等级,评估总分<6分为I度,评估总分6~10分为II度,评估总分>10分为III度。此患者评估总分为6分,属于易发生,需要妥善固定,悬挂警示标识,落实宣教,严格交接班。

2.2 护理诊断

气体交换受损:与患者疼痛、心包积液有关;
慢性疼痛:与心包炎症有关;有感染的风险:与留置心包引流管有关;管路滑脱的风险:与留置心包引流管的固定方式有关;活动无耐力:与患者胸闷、喘憋有关。

2.3 护理计划

结合患者病情和现存问题,制定如下护理计划:配合心包引流管穿刺术,加强心包引流管的护理,观察引流液颜色、量,妥善固定,避免管路感染及管路滑脱,经护理后可成功拔管;疼痛影响疾病康复,采用中医适宜技术和心理疏导,以减轻患者疼痛,提升患者舒适度;做好气道管理,减轻喘憋症状,加强宣教以预防跌倒坠床的发生。

2.4 护理措施

2.4.1 心包穿刺术配合与护理

2.4.1.1 术前护理

向患者说明心包穿刺术是治疗心包积液的有效方法,介绍穿刺的过程,减轻焦虑,取得患者配合;重点询问患者是否咳嗽,必要时给予镇咳治疗;备齐物品,协助患者取治疗体位,保护病人隐私,并注意保暖;操作前开放静脉通路,准备好急救药品;进行心电、血压监测。

2.4.1.2 术中配合

嘱病人勿剧烈咳嗽或深呼吸,如有不适随时告知医生;协助医生严格无菌操作,抽液过程中随时夹闭引流管,防止空气进入心包腔;抽液要缓慢,每次抽液量不超过 1000 mL,以防急性右室扩张^[5];若抽出新鲜血液,应立即停止抽吸,密切观察有无低血压、心音低弱及颈静脉怒张的心脏压塞症状;术中密切观察患者的反应,如患者心率加快、出冷汗及头晕等异常情况,立即汇报医生,停止操作,及时协助医生处理。

2.4.1.3 术后护理

穿刺部位覆盖无菌敷料并固定引流管^[6],穿刺后 24 h 内继续心电、血压监测,嘱病人休息,并密切观察生命体征变化;向患者讲解心包引流管留置的重要性,管路需要合理妥善放置避免牵拉,固定牢固^[7];每班评估引流管穿刺周围皮肤情况,管路置入深度,无菌敷料情况,记录抽液量、颜色及性质,按要求及时送检;引流袋更换严格按照无菌要求,留置引流管的接口处消毒的时间大于 15 s,使用重力方式消毒,充分待干后用无菌技术更换新的引流袋。

2.4.1.4 拔管后护理

拔管前与患者沟通,询问患者是否有不适情况;嘱患者均匀呼吸,拔管过程中如有不适随时告知;注意无菌操作,准备用物,配合医生拔除引流管;给予无菌敷料覆盖穿刺口处皮肤,敷料整洁。

2.4.2 疼痛护理

予患者耳穴压丸治疗,入院当天开始治疗,每隔 2 d 更换一次胶布,每日早、中、晚各按压耳穴压丸处 1 次,10 ~ 15 min/次,胸痛症状明显时按压心的穴位处耳豆,直至胸痛症状缓解。治疗 5 d 为一个疗程,共治疗 2 个疗程。通过胶布将王不留行籽固定于耳部相应穴位之上,能够起到持续刺激作用,发挥运行气血、疏通经络、调整脏腑及止痛等功效^[8]。操作步骤:①准备好用物。②使用探针选取耳穴敏感点,穴位选定后,用 75% 酒精棉签消毒外耳后待干,用镊子夹取贴有王不留行籽的胶布,对准穴位敏感点进行贴压,选取心、肺、肾穴,配穴取胸、交感穴。③用食指和拇指依次按压贴好后的穴位至发热发胀。注意事项:①观察皮肤情况,如有破溃、炎症等不宜进行。②两耳交替贴压,根据季节贴压的时间不等,冬季耳豆每 7 d 更换一次,夏季每 3 d 更换一次。③留置期间防止胶布脱落。④护士每日评估留置部位皮肤情况,做好健康指导。如患者疼痛持续不缓解,遵医嘱给予止疼药物治疗,观察疗效,保持病室舒适安静。

2.4.3 康复运动

指导患者住院期间练习六字诀功法,拔除心包引流管 1 d 后,监测生命体征平稳、无不适主诉,可开始进行院内康复运动,患者练习中医气功六字诀,通过“调身”“调息”及“调心”三调合一的锻炼方式,以达到促进人体身心健康,改善心肺功能,提高运动耐力的目的^[9]。操作步骤:①播放国家体育总局 2003 版《健身气功六字诀》让患者熟悉流程并跟练习,护士进行床旁指导。②指导患者发“嘘(xu)、呵(he)、呼(hu)、咽(si)、吹(chui)、嘻(xi)”双手配合动作。③每日早晚跟练 2 次,15 ~ 20 min/次,每 7 d 为一疗程。注意事项:操作时保持病房安静,心态平和,避免干扰,做好安全防护措施,专人陪护,出现出虚汗、头晕等不适立即通知医生。

2.4.4 出院宣教

活动:嘱患者出院回家后仍以休息为主,可进行日常生活,活动感觉以不劳累为主,3 个月内避

免剧烈运动,避免过度劳累,居家练习六字诀和八段锦,八段锦是一种低强度的有氧运动,可增强体质、提高免疫力、改善睡眠等^[10]。饮食:宜选择进食高蛋白质、高维生素易消化饮食,补充疾病消耗,保证各种营养素的供给,以增强机体抵抗力。日常自我调护:日常注意适时增减衣物,避免感冒和感染,防止呼吸道感染和胃肠道感染,适当进食水果和蔬菜,宜清淡,忌肥甘、生冷,戒烟、酒,保证大便通畅^[11]。定期随访:嘱患者规律用药,避免擅自停药,规律复查。

2.5 护理评价

经过 11 d 的护理,患者 NRS 评分为 0 分,属无疼痛;Barthel 评估为 100 分,属无需依赖;住院期间无跌倒、坠床发生,行心包穿刺引流后患者未出现不良反应(心包引流液情况,详见表 1),无脱管不良事件发生;患者胸闷症状消失,炎性指标恢复正常,患者安全出院。

表 1 心包引流液情况

评估时间	引流量/mL	引流液性状	引流液颜色	HR/(次/min)
10月07日	600	清亮	淡黄色	133
10月08日	600	清亮	淡黄色	110
10月09日	200	少量絮状物	淡黄色	112

3 结果和随访

患者于 10 月 17 日各项指标均恢复正常,达到出院标准,住院期间无不良事件发生。于出院后 1 个月和 3 个月予患者电话随访,患者未出现再次感染症状,定期体检,已恢复到正常的工作和生活中。

4 讨论

中医认为痰饮是指体内水液输布、运化失常,停积于某些部位的一类病证。正常生理情况下,水液的输布、排泄,主要依靠三焦的气化作用和肺、脾、肾的功能活动^[12]。若三焦失通失宣,阳虚水液不运,必致水饮停积为患。痰饮总属阳虚阴盛,本虚标实。因饮为阴邪,遇寒则凝,得温则行,因此阳虚阴盛,治疗应以温化为原则。通过温阳化气,可杜绝水饮之生成^[13]。

根据 2015 欧洲心脏病学会心包疾病诊断和指南中提到,心包疾病相关临床流行病学数据仍十分缺乏,有限的流行病学资料表明,心包炎的发病率可能被低估^[14]。急性心包炎患者常表现为胸痛、呼吸困难及心悸等症状,随着疾病进展还可诱

发心包积液、心律失常等严重并发症,威胁患者的身体健康与生命安全^[15]。早期的识别,采取对应的治疗和护理措施能够缩短治疗时间,减轻患者痛苦,避免并发症的发生。心包炎复发率较高,初发心包炎患者复发率为 15%~30%^[16],因此出院后的健康指导和定期随访至关重要。

此患者出院后按照医嘱规律服药,避免感冒,居家时进行心脏康复运动等,后期随访未出现复发性心包炎。患者转危为安,总结以下几点:心包引流管置管术中全程指导患者在体位、呼吸等的配合,术后引流管固定、引流液观察及拔除后的护理等,减轻患者痛苦,有效避免并发症发生。护士科学地评估,利用中医适宜技术耳穴贴压,通过穴位的刺激,减轻患者疼痛,加快病情的好转,体现中医的适宜技术在此胸痛患者中应用效果良好,有利于提高患者舒适度,加快疾病的转归^[17]。中医康复运动秉承整体观念、天人相应、形神共调核心理念,主张分阶段实施个性化运动疗法^[18]。针对饮停胸胁证“水饮停聚胸胁,阻滞气机”的核心病机,即肺失宣降、脾不化湿、三焦壅滞导致水道阻塞。六字诀健身气功通过呼吸吐纳协同导引动作,实现四重干预:精准靶向:主练“咽”字诀疗肺疾,借声振扩胸、导引开阖,直接宣降肺气、通调水道,化解胸胁水饮;源头调控:辅以“呼”字诀疗脾疾,健运化湿以绝生饮之源,“吹”字诀疗肾疾,温阳助气化以升腾水液;通路疏浚:配合“嘻”字诀疗三焦,托举导引,畅通三焦气化通道,引水下行。“嘘”疗肝疾病,“呵”疗心疾,从而提高生理机能,增进心理健康^[19]。操作核心:深长腹式呼吸(呼气尽而忌努责),动作舒缓以无痛为限,1~2 次/d,15 min/次。此法通过“声振—导引—意念”协同机制,同步调节形体、气机与神志,完美契合中医“形—气—神—体化”康复理论。鼓励患者进行健身气功八段锦的锻炼,八段锦是现阶段最具代表性、流传最广的一种保健功法,为中低强度有氧运动,对人体各系统疾病的防治均有疗效,属中医导引术的范畴研究证实,八段锦能够通过调节气血运行,恢复心肺的阴阳平衡^[20]。六字诀和八段锦具改善心肺功能、调节内分泌及情绪的作用^[21],对饮停胸胁证患者实现标本兼治、安全增效的康复目标。

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] 赵建美, 袁杨, 邵岩, 等. Graves病并发急性心包炎伴ATDs相关性肌病1例报告[J]. 国际内分泌代谢杂志, 2023, 43(5): 430-433.
- ZHAO J M, YUAN Y, SHAO Y, et al. A case report of acute pericarditis induced by Graves' disease with ATDs-associated myopathy [J]. *Int J Endocrinol Metab*, 2023, 43(5): 430-433. (in Chinese)
- [2] 尤黎明, 吴瑛. 内科护理学[M]. 6版. 北京: 人民卫生出版社, 2017.
- [3] 张波, 桂莉. 急危重症护理学[M]. 4版. 北京: 人民卫生出版社, 2017: 218.
- [4] PEREZ S A, AMASTHA J, VINCENT L, et al. Severe right ventricular failure following pericardiocentesis: a case report of pericardial decompression syndrome[J]. *JACC Case Rep*, 2021, 3(1): 58-63.
- [5] ADI O, FONG C P, AHMAD A H, et al. Pericardial decompression syndrome: a complication of pericardiocentesis [J]. *Am J Emerg Med*, 2021, 45: 688.e3-688.e7.
- [6] 弓涯娜. 中心静脉导管用于心包积液引流的护理体会[J]. 中国药物与临床, 2020, 20(8): 1399-1401.
- GONG Y N. Nursing experience of central venous catheter in pericardial effusion drainage [J]. *Chin Remedies Clin*, 2020, 20(8): 1399-1401. (in Chinese)
- [7] 裴心阳, 师启众, 尹良涛, 等. 保留主动脉根部及升主动脉后壁的新术式在急性Stanford A型主动脉夹层中的应用及早期临床效果分析[J]. 心肺血管病杂志, 2023, 42(2): 149-153, 174.
- PEI X Y, SHI Q Z, YIN L T, et al. Application and early clinical effect analysis of A new surgical procedure that preserves the aortic root and posterior wall of the ascending aorta in acute Stanford Type A aortic dissection [J]. *J Cardiovasc Pulm Dis*, 2023, 42(2): 149-153, 174. (in Chinese)
- [8] 童丽娜, 周媛, 叶蕾, 等. 1例前列腺癌骨转移患者癌性疼痛的中医外治护理[J]. 中华养生保健, 2024(20): 168-171.
- TONG L N, ZHOU Y, YE L, et al. Case report of traditional Chinese medicine external treatment nursing for cancer pain in a patient with prostate cancer bone metastasis [J]. *Chin Health Care*, 2024(20): 168-171. (in Chinese)
- [9] 胡卓尔, 盖力锟, 沈浩冉, 等. 传统身心调节技术促进大脑健康的科学基础与实践应用[J]. 科技导报, 2022, 40(10): 110-118.
- HU Z E, GAI L K, SHEN H R, et al. Scientific basis and practical applications of mind-body exercise based on Chinese traditional culture to promote brain health [J]. *Sci Technol Rev*, 2022, 40(10): 110-118. (in Chinese)
- [10] 贾颖田, 林可可, 郭少波, 等. 慢性病患者中医传统功法康复训练促进与阻碍因素的Meta整合[J]. 护理学杂志, 2024, 39(22): 16-21.
- JIA Y T, LIN K K, GUO S B, et al. Meta-synthesis of facilitators and barriers of traditional Chinese medicine exercise rehabilitation training in patients with non-communicable chronic diseases [J]. *J Nurs Sci*, 2024, 39(22): 16-21. (in Chinese)
- [11] 张伯礼, 吴勉华, (澳)林子强. 中医内科学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2019.
- [12] 季秀丽. 痰饮概念析疑及饮邪致病临床意义与研究思路[J]. 北京中医药大学学报, 2022, 45(5): 513-518.
- JI X L. Analysis of the concept of "Yin" and "phlegm", and the clinical significance and research ideas on pathogenic factors of Yin [J]. *J Beijing Univ Tradit Chin Med*, 2022, 45(5): 513-518. (in Chinese)
- [13] 徐奚如, 郑开明. 论“病痰饮者, 当以温药和之”及其临床运用[J]. 长春中医药大学学报, 2023, 39(1): 32-35.
- XU X R, ZHENG K M. On the principle of "treating patients with a phlegm-fluid retention syndrome with warm medicines" and its clinical application [J]. *J Changchun Univ Chin Med*, 2023, 39(1): 32-35. (in Chinese)
- [14] 余鹏, 曾文飞, 林凯玲, 等. 大量心包积液病因影响因素的回顾性分析[J]. 中国心血管病研究, 2020, 18(12): 1082-1087.
- YU P, ZENG W F, LIN K L, et al. Retrospective analysis of the etiological factors with large pericardial effusion [J]. *Chin J Cardiovasc Res*, 2020, 18(12): 1082-1087. (in Chinese)
- [15] 王贵芸. 心电图ST段抬高与PR段下移对急性心包炎的评估价值[J]. 医疗装备, 2022, 35(18): 28-30.
- WANG G Y. Evaluation value of ST segment elevation and PR segment depression in acute pericarditis [J]. *Med Equip*, 2022, 35(18): 28-30. (in Chinese)
- [16] 王骏. 2015欧洲心脏病学会心包疾病诊断和治疗指南解读[J]. 世界临床药物, 2016, 37(5): 293-299.

- WANG J. Interpretation of 2015 European Society of Cardiology guidelines for the diagnosis and management of pericardial diseases [J]. *World Clin Drugs*, 2016, 37(5): 293–299. (in Chinese)
- [17] 赵文婷, 刘玉平. 化痰祛瘀方联合双抗血小板方案治疗痰瘀互结型胸痹心痛病的临床观察[J]. *成都医学院学报*, 2024, 19(6): 1044–1047.
- ZHAO W T, LIU Y P. Clinical observation of Hua-tan Quyu decoction combined with dual antiplatelet regimen in the treatment of phlegm–stasis intermingled thoracic obstruction and heartache[J]. *J Chengdu Med Coll*, 2024, 19(6): 1044–1047. (in Chinese)
- [18] 周荣易, 马丙祥. 整体观念指导下的中西医康复发展趋势探讨[J]. *中华中医药杂志*, 2023, 38(11): 5138–5144.
- ZHOU R Y, MA B X. Discussion on the development trend of Chinese and Western medicine rehabilitation under the guidance of holistic concept[J]. *China J Tradit Chin Med Pharm*, 2023, 38(11): 5138–5144. (in Chinese)
- [19] 国家体育总局健身气功管理中心. 健身气功·六字诀[M]. 北京: 人民体育出版社, 2003.
- [20] 袁天慧, 朱迪, 陈思阳, 等. 浅析心力衰竭的中医康复运动疗法优势特色与潜在机制[J]. *中国中西医结合杂志*, 2023, 43(12): 1502–1509.
- YUAN T H, ZHU D, CHEN S Y, et al. Analysis of features and mechanisms of Chinese medicine rehabilitation exercise therapy for heart failure[J]. *Chin J Integr Tradit West Med*, 2023, 43(12): 1502–1509. (in Chinese)
- [21] 姜佳慧, 毕鸿雁. 健身气功易筋经对轻中度帕金森病病人疲劳及生活质量的影响[J]. *护理研究*, 2023, 37(24): 4452–4457.
- JIANG J H, BI H Y. Influence of fitness Qigong Yijinjing on fatigue and quality of life in patients with Parkinson's disease[J]. *Chin Nurs Res*, 2023, 37(24): 4452–4457. (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。