

DOI: 10. 12209/CAIM202507250002

· 中西医结合临床案例 ·

耳穴压丸辅助乌梅液含漱治疗 1 例 心力衰竭患者口渴感的中医护理体会

张楠, 梁亚惠, 白蕊, 闫琳琳, 王兆嘉

(北京中医药大学东方医院 CCU, 北京, 100078)

摘要: 本文总结 1 例耳穴压丸辅助乌梅液含漱液治疗气虚血瘀型心力衰竭患者口渴感的中医护理经验。在中医辨证施护理论指导下,根据患者口渴的问题,在常规护理基础上配合耳穴压丸辅助乌梅液含漱液疗法,有效减少心力衰竭患者口渴症状。治疗后患者口渴明显好转,心力衰竭口渴困扰量表(Thirst Distress Scale for patients with Heart Failure, TDS-HF)由 33 分降至 17 分,对促进患者康复具有重要意义。

关键词: 耳穴压丸; 乌梅液含漱; 心力衰竭; 口渴; 中医护理

Experience of Traditional Chinese Medicine Nursing in Treating Thirst in a Patient with Heart Failure by Auricular Point Pressing Combined with Mume Mouthwash

ZHANG Nan, LIANG Yahui, BAI Rui, YAN Linlin, WANG Zhaojia

(CCU, Dongfang Hospital Beijing University of Chinese Medicine, Beijing, 100078)

ABSTRACT: This article summarizes the experience of traditional Chinese medicine nursing in treating thirst in a patient with heart failure of qi deficiency and blood stasis type by auricular point pressing combined with mume mouthwash. Under the guidance of the theory of syndrome differentiation and nursing in traditional Chinese medicine, based on the patient's thirst symptom, auricular point pressing combined with mume mouthwash therapy was applied on the basis of routine nursing, which effectively alleviated the thirst symptom of the heart failure patient. After treatment, the patient's thirst was significantly improved. The score of Thirst Distress Scale for patients with Heart Failure (TDS-HF) decreased from 33 to 17, which is of great significance for promoting the patient's recovery.

KEY WORDS: auricular point pressing; mume mouthwash; heart failure; thirst; Traditional Chinese Medicine nursing

心力衰竭(HF)是各类心血管疾病的终末阶段^[1],气喘、乏力及口渴感等不适严重影响患者日常活动质量。口渴感是身体缺水时的主观表现^[2],频繁且严重的口渴会让患者承受强烈痛苦^[3],还会削弱其对限水治疗的配合度,进而加重病情,且该症状常未获医护人员充分重视。临床数据显示,约 50% 的 HF 患者频繁口渴,三分之一人群每日受明显困扰。传统医学认为, HF 由心气、心血亏虚引发,导致全身气血循环障碍及多器官功能紊乱^[4];口渴感与心气不足、肾精亏耗等病理机制相关。中医针对 HF 伴口渴需辨证施治,采用汤剂、针灸等综合干预,且需与现代诊疗结合

以达最优疗效^[5]。本文回顾耳穴压丸辅助乌梅液含漱治疗 1 例 HF 患者口渴感的效果,现将案例报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

患者男性,83 岁,主因“心慌间断发作 20 余年,加重伴胸闷憋气 4 年,双下肢水肿加重 4 d”于 2024 年 12 月 02 日收入院。既往史:心衰病史 24 年、肺动脉高血压病史 4 年、房颤病史 4 年,规律服药控制良好,磺胺药物过敏。入院症状:患者双下肢轻微可凹形水肿,伴阴囊及后腰水肿,胸闷憋

收稿日期:2025-07-25

OPEN ACCESS

<https://case.jcme.net.cn>

气,动则喘促,咳嗽咳痰,不能平卧。

1.2 查体

入院后完善患者体格检查,体温(T)36.5℃,心率(HR)90次/min,呼吸(R)22次/min,血压(BP)146/78 mm Hg。实验室检查:患者BNP1200 pg/mL;凝血功能提示凝血酶原时间25.3 s;生化结果显示直接胆红素20.4 μmol/L,肌酐112 μmol/L,尿酸523 μmol/L。辅助检查:心脏超声提示左心房扩大,左室舒张功能减低,二尖瓣、三尖瓣及主动脉瓣均存在不同程度反流;胸部CT可见双肺陈旧性病变,心影增大,同时伴有冠状动脉及主动脉管壁钙化表现。

1.3 诊断

中医四诊:望:精神差,神志清楚,面色荣润,形体正常,舌淡红,苔白腻;闻:言语清晰,呼吸急促,未闻及异味;问:双下肢水肿,食欲欠佳,大便多日未行,睡眠差;切:脉象芤、革。中医诊断:心水病(气虚血瘀证)。患者年老体衰,元气既虚,久病,致气虚不能鼓动血脉运行,血行乏力,脉络不畅而成气虚血瘀证。气虚元气不足,会导致疲乏无力,水液运化失调,则症见口渴水肿。西医诊断:心力衰竭。

1.4 治疗

治疗原则:西医则以利尿消肿、降压、改善心功能为主;中医以益气活血,化痰散瘀为主。非药物疗法包括耳穴压丸联合乌梅液含漱液治疗,治疗周期为4周。2025年01月03日,患者喘憋已消,水肿症状及口渴症状均得到有效控制,病情稳定经医生查房后予以遵医嘱出院。

2 护理

2.1 护理评估

2.1.1 日常生活能力评估

患者精神良好,入院查体生命体征正常,心理社会状况良好,予患者日常生活能力评定(Barthel)指数量表评估^[6]。其中,0级=无依赖:总分100分,无需他人照护;1级=轻度依赖:总分61~99分,少部分需他人照护;2级=中度依赖:总分41~60分,大部分需他人照护;3级=重度依赖:总分<40分,全部需要他人照护。本例患者Barthel评分为60分(少部分需他人照顾),2级(中度依赖)。

2.1.2 水肿程度评估

水肿程度可分为三个等级,具体划分标准如下:①轻度水肿:主要表现为眼周、面部、小腿前侧

及足踝等部位轻微肿胀,按压后可见短暂凹陷但恢复迅速,部分病例初期仅表现为体重骤增而无明显水肿体征;②中度水肿:全身疏松结缔组织均出现肿胀现象,按压后形成明显凹陷且恢复时间延长;③重度水肿:全身组织显著肿胀,尤其身体下垂部位皮肤紧绷发亮,严重者可出现渗出液,部分患者合并胸腹腔及鞘膜腔积液^[7]。临床评分标准为轻度1分、中度2分、重度3分。本例患者经评估得分为3分,符合重度水肿诊断标准。

2.1.3 口渴症状评估

心衰患者口渴痛苦量表(TDS-HF)用于评估患者口渴痛苦的程度。TDS-HF量表包含8个项目,每个项目1~5分(“非常不同意”为1分,“非常同意”为5分),最低为8分,最高为40分^[7]。本例患者评分33分,表示该心力衰竭患者患者口渴痛苦极高,非常口渴。经评估,患者24 h入量限制在1000~1500 mL,患者口渴欲饮强烈。

2.2 护理诊断

根据对患者的评估,护理诊断结果如下:①体液过多,与机体调节机制受损有关;②气体交换受损,与心功能不全有关;③舒适度的改变,与阴液不足、气机不畅有关;④清理呼吸道无效,与咳嗽咳痰有关。

2.3 护理计划

针对患者存在的相关因素,制定如下护理计划:①耳穴压丸联合乌梅含漱液运用到患者身上,减轻患者口渴症状;②加强患者情志护理,做好心理疏导;③给予患者讲解及辅助患者排痰,保持呼吸道通畅。

2.4 护理措施

2.4.1 专科护理

遵医嘱予患者CCU护理常规,一级护理,病重通知,重症监护,低盐低脂饮食,记录24 h总出入量;西医治疗以华法林口服抗凝、富马酸比索洛尔以控制心率、他汀类药物以降脂稳斑,并予呋塞米利尿以改善喘憋、水肿症状;中医以益气活血,化痰散瘀为法;中医外治运用耳穴压丸联合乌梅液含漱治疗,用于改善患者口渴症状。

2.4.2 中医特色护理

采用耳穴压丸技术结合乌梅含漱液,改善患者口渴症状。耳穴选择以内分泌(耳甲腔前下部)、皮质下(耳屏边缘下1/3内侧面中点)、肾区(对耳轮下脚下方后部)、渴点(耳屏外侧面,耳屏上结节与根部中点连线中点)、脑点(对耳屏边缘

上 1/3 中点,对耳屏尖与轮间切迹中点)、神门区(三角窝内,对耳轮上下脚分叉点稍上方)为主。若患者气血瘀滞,可加选肝区和肺区;若湿邪瘀滞,可加选阑尾区、皮质下区和大肠区。肾区主水液,被称为“水脏”,调节人体水液,藏精纳气。渴点是调节口渴的特效穴,通过与内分泌和神经系统互动,调节“渴”与“不渴”的信号,影响饮水需求。肾区与渴点协调,肾处理摄入的水,渴点发出“需要水”的信号,共同恢复津液平衡。耳穴压丸前用 75% 酒精消毒一侧耳朵,待干燥后,左手稳定耳廓,右手用探棒精准定位穴位。按压 60 s/次,3~5 次/d,每隔 3~7d 更换至对侧耳部,4 周为一个疗程。

将乌梅粉制成小包装中药颗粒剂,溶解于 42℃ 的 100 mL 温开水或生理盐水中,待其冷却至常温后形成乌梅含漱液备用。该含漱液用于湿润口腔、刺激津液分泌、缓解口干渴感,严禁吞服。使用时,患者需用特制量杯准确取出 10~20 mL 含漱液含入口中,感觉极度口干或餐后使用,5~10/d 次或更多。利用脸颊和舌头的力量鼓动漱口 30~60 s,确保液体充分接触口腔内壁、舌下、牙龈和上颚,感受酸味带来的唾液分泌感后将液体吐出,不再复用。最佳使用温度为室温(20~25℃)或略低于室温的凉开水,避免过烫损伤口腔黏膜。冰凉或微凉的液体能更好地刺激唾液分泌,提供清爽的止渴感,而过热的液体会加重口干。禁止使用冰水,尤其是心肾功能不佳的患者,冰水刺激可能引起血管收缩和不适。乌梅含漱液是在严格限水要求下提高生活质量的辅助工具,不能增加饮水量。含漱不等于饮水,所有含漱液必须吐出,不能咽下,其目的是欺骗口渴中枢、清洁湿润口腔、减少因口干带来的烦躁感,从而更轻松地遵守限水规定。

含漱吐出的液体不计入出量,记录的饮水量仍然是实际喝下去的那部分。即使使用含漱液,仍需每日定时监测体重、血压及水肿情况(如脚踝、小腿)。如果体重增长过快或水肿加重,说明实际摄入(包括隐藏的水分)可能超量,需重新评估所有摄入来源。或者按照患者口渴的感觉来酌情使用,但上限为每天不超过十次。该疗法需持续 4 周,以完成整个治疗过程。

2.4.3 常规护理

患者采取卧位,双腿自然下垂以降低静脉回流负荷,有助于改善呼吸困难现象,予 3 L/min 流

量的氧气支持,持续监测心电图数据变化,动态调节报警值,观察胸闷气喘持续时间、性质、部位、心率及节律的变化,做好记录,保持大便通畅等。

2.4.4 出入量管理

详细且准确地登记液体摄入排出情况,包括各种经口摄入的液体,为患者配备标有容量刻度的水杯,固体食品需经电子秤称重后,参照食物水分含量对照表进行折算记录,具体包括显性失水与隐形失水,隐形失水包括呼吸、汗液分泌,显性失水为尿量、呕吐物、大便等。尿量采用标准量具进行计量,排便量依据粪便含水量参照表进行估算。确保 24 h 排出总量较摄入量多出 500 mL,使用专用量具测量时需规范读数操作,防止计量误差。

2.4.5 水肿护理

选择质地柔软、宽松且透气性好的衣物,保持皮肤干燥状态,减少局部摩擦和压力刺激。每日定时测量下肢周径,包括踝关节围度,测量时要求患者采取平卧位,膝关节保持自然伸展状态。测量小腿围需首先定位髌骨下缘,垂直向下测量 10 cm 处(约小腿最粗部位),在此位置进行外敷治疗。每日测量腿围、足踝围及腿围,位,然后做“+”标记,尺绕一圈到“+”字标记处即为膝下腿围,足踝围统一测量踝骨上 2 cm。巡视卡与护理记录单做好记录。

2.4.6 药物护理

利尿剂护理是治疗心衰的基石,医护人员需根据患者对利尿药物的敏感性来精准调节用药量,建议每日体重下降幅度控制在 0.5~1 kg。当患者临床症状得到改善且病情稳定后,应采用能够维持疗效的最低剂量进行持续治疗,同时每日记录体重波动情况,及时调整用药方案。需特别注意的是,持续大剂量使用利尿药物可能导致电解质平衡失调,因此要嘱咐患者定期检测血液中钾、钠等电解质浓度,严格遵医嘱规范用药,禁止自行调整剂量或突然中断治疗。

2.4.7 安全护理

卧床期间正确使用床档,避免坠床;恢复期患者下床活动时指导患者应遵守“三部曲”,即平卧 30 s,坐位 30 s 与站立 30 s,避免突然改变体位,走动前先要站稳。

2.5 护理评价

经过全方面护理,该患者每日入量得到严密的控制,患者喘憋、口渴及水肿症状均较前减轻,详见表 1。

表1 疗效评估

评估时间	水肿程度	TDS-HF/分	日饮水量/mL
第1周	全身组织显著肿胀,双下肢重度水肿	33(极度口渴)	1000~1500
第2周	全身组织肿胀减轻,双下肢水肿减轻,按压仍有凹陷	25(重度口渴)	500~1000
第3周	全身组织肿胀及双下肢肿胀均减轻,按压无凹陷	20(中度口渴)	300~500
第4周	全身组织及双下肢肿胀消失	17(轻度口渴)	200~300

3 结果和随访

患者出院后第7天,对其进行电话随访,患者喘憋未发,水肿症状及口渴症状均得到有效控制,每日遵循护理指导,生活质量得到提升。

4 讨论

口渴与缺水、渗透压失衡等多因素相关^[6]。心力衰竭患者口渴主要因限水治疗或利尿剂致水分丢失过多,但临床多重视原发病治疗,对该症状常忽视,严重影响患者身心健康。中医药治口渴有丰富经验,麦门冬汤等均以酸甘药物组方。乌梅最早由张仲景用于蛔厥证,吴鞠通创人参乌梅汤以“酸甘化阴”治阴虚口渴^[7]。心力衰竭患者口渴除水津不足,还伴胃肠血瘀、消化不佳^[8],故本方以乌梅30g为主,配生山楂、生甘草、冰糖各10g、5g磨粉。乌梅、山楂味酸,与甘味甘草、冰糖合用,循“酸甘化阴”之理增强生津效。乌梅含漱液借“望梅止渴”原理,经外部刺激与心理暗示生津,不增饮水量,是限水治疗的优质辅助手段(需严格吐掉并监测);山楂还可消食化瘀,改善胃肠血瘀。同时,本方亦为药食两用之品,口干极佳,患者接受程度高,有利于本研究的顺利开展。现代研究发现,乌梅中的枸橼酸可增加唾液腺体分泌唾液,已达到缓解口渴的功效^[9]。

耳穴贴压的良性刺激可使交感、副交感神经向中枢传冲动^[10],促使中枢释放递质以促唾液分泌,还能刺激神经元释放相关肽类增加唾液流量,长期改善腺体功能及血供^[11]。《伤寒论》提舌干烦渴,《耳针》载神经性多饮主穴为内分泌、皮质下、神门等。内分泌助水精输布,皮质下调神经中枢,肾主水液代谢,渴点生津止渴(常配胰腺点标本兼治);肾与渴点协调体现中医整体观,肾司内在水液代谢,渴点调外在渴觉,上屏点清热、下屏点抑渴。依中医整体观,耳穴压丸联合乌梅含漱液用于心衰口渴患者,标本兼治,肾气、阴阳为津液状态物质基础,渴点为调控指引,此举为临床缓解口渴开启新思路。

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] GREENLEAF J E. Problem: thirst, drinking behavior, and involuntary dehydration[J]. Med Sci Sports Exerc, 1992, 24(6): 645-656.
- [2] KENNEY W L, CHIU P. Influence of age on thirst and fluid intake[J]. Med Sci Sports Exerc, 2001, 33(9): 1524-1532.
- [3] 陈俊杉, 张爱琴. ICU机械通气患者口渴的研究进展[J]. 护理学杂志, 2018(20): 102-106.
CHEN J S, ZHANG A Q. Research advances on thirst in ICU patients on mechanical ventilation therapy[J]. J Nurs Sci, 2018(20): 102-106. (in Chinese)
- [4] 中华医学会心血管病学分会心力衰竭学组, 中国医师协会心力衰竭专业委员会, 中华心血管病杂志编辑委员会, 等. 中国心力衰竭诊断和治疗指南2018[J]. 中华心血管病杂志, 2018, 46(10): 760-789.
The Cardiac Failure Group of the Chinese Society of Cardiology, the Heart Failure Professional Committee of the Chinese Medical Association, the Editorial Committee of Chinese Journal of Cardiovascular Diseases, et al. Chinese Guidelines for the Diagnosis and Treatment of Heart Failure 2018[J]. Chin J Cardiol, 2018, 46(10): 760-789. (in Chinese)
- [5] WALDRÉUS N, JAARSMA T, VAN DER WAL M H, et al. Development and psychometric evaluation of the Thirst Distress Scale for patients with heart failure[J]. Eur J Cardiovasc Nurs, 2018, 17(3): 226-234.
- [6] 韦尼, 徐江喜, 陈自佳, 等. 原发性干燥综合征涎腺超声改变与中医证型的相关性研究[J]. 环球中医药, 2020, 13(1): 149-152.
WEI N, XU J X, CHEN Z J, et al. A Study on the Correlation between Ultrasound Changes of Salivary Glands in Primary Sjögren's Syndrome and Traditional Chinese Medicine Syndrome Types[J]. Glob Tradit Chin Med, 2020, 13(1): 149-152. (in Chinese)

- [7] (清)吴塘著. 南京中医药大学温病学教研室整理. 温病条辨[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2005: 158.
- [8] 李彦辉, 李巍, 崔泉莅, 等. 参附注射液联合左西孟旦治疗对慢性心力衰竭患者胃肠激素及心室功能的影响[J]. 世界华人消化杂志, 2018(7): 454-459.
- LI Y H, LI W, CUI Q L, et al. The Effects of Shen-fu Injection Combined with Levosimendan on Gastrointestinal Hormones and Ventricular Function in Patients with Chronic Heart Failure [J]. World Chinese Digest Journal, 2018(7): 454-459. (in Chinese)
- [9] 梁晖. 乌梅含漱液对维持性血液透析口渴患者的临床观察及唾液流率与相关因子研究[D]. 广州: 广州中医药大学, 2016.
- [10] 黄烨, 李洁, 张蕾, 等. 危重症患者耳穴刺激结合西医镇痛镇静的治疗进展[J]. 中国中西医结合杂志, 2020, 40(12): 1527-1530.
- HUANG Y, LI J, ZHANG L, et al. Progress in the treatment of critically ill patients using auricular acupuncture combined with Western medicine for pain relief and sedation [J]. Chin J Integr Tradit West Med, 2020, 40(12): 1527-1530. (in Chinese)
- [11] LI L X, TIAN G, HE J. The standardization of acupuncture treatment for radiation-induced xerostomia: a literature review [J]. Chin J Integr Med, 2016, 22(7): 549-554.

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 BY 4.0)许可协议, 作者可在其他媒体再次发表。