

DOI: 10.12209/CAIM202605110002

· 中西医结合临床案例 ·

1 例慢性心功能不全急性加重伴双下肢水肿患者的 中西医结合护理报告

赵璐菲¹, 杨倩倩²

(1. 北京市回民医院 急诊科, 北京, 100054;

2. 北京市回民医院 护理部, 北京, 100054)

摘要: 本文总结 1 例 84 岁高龄慢性心力衰竭急性加重合并多系统疾病患者的中西医结合护理经验。患者因双下肢重度凹陷性水肿入院, 合并冠心病、高血压、肾衰竭、甲型流感及贫血等多种基础疾病。西医予抗心衰、利尿、抗感染及营养纠正等对症治疗; 中医辨证为心水病(阳虚水泛证), 予真武汤加减内服, 配合中药塌渍、艾灸及耳穴压丸外治。护理围绕容量管控开展中西医协同干预, 重点落实水肿护理与皮肤防护。经 14 d 住院护理, 患者水肿消退、心肺症状改善, 无严重并发症, 顺利出院。中西医结合护理可有效改善老年心衰患者顽固性水肿, 系统化量表评估是多病共存老年患者护理的关键。

关键词: 慢性心功能不全; 急性加重; 中西医结合护理; 中药塌渍; 病例报告

Nursing Care Report on Integrated Traditional Chinese and Western Medicine for a Patient with Acute Exacerbation of Chronic Cardiac Insufficiency Complicated by Bilateral Lower Extremity Edema

ZHAO Lufei¹, YANG Qianqian²

(1. Department of Emergency Medicine, Beijing Huimin Hospital, Beijing, 100054;

2. Department of Nursing, Beijing Huimin Hospital, Beijing, 100054)

ABSTRACT: This paper summarizes the nursing experience of integrated traditional Chinese and Western medicine for an 84-year-old elderly patient with acute exacerbation of chronic heart failure complicated by multiple systemic diseases. The patient was admitted due to severe pitting edema of both lower extremities, accompanied by multiple underlying conditions including coronary heart disease, hypertension, renal failure, influenza A, and anemia. Western medical treatment was administered for anti-heart failure, diuresis, anti-infection, and nutritional correction. Traditional Chinese medicine syndrome differentiation identified the condition as Xin Shui Bing (cardiac edema disease) with the pattern of Yang Deficiency with Water Diffusion, for which modified Zhenwu Decoction was prescribed orally, combined with external treatments including traditional Chinese medicine hot compress and staining, moxibustion, and auricular point pressing with beans. Nursing interventions focused on volume management through integrated Chinese and Western collaborative approaches, with particular emphasis on edema care and skin protection. Following 14 days of inpatient nursing care, the patient's edema resolved, cardiopulmonary symptoms improved, no severe complications occurred, and the patient was successfully discharged. Integrated traditional Chinese and Western medicine nursing can effectively improve refractory edema in elderly patients with heart failure, and systematic scale-based assessment is the key to the care of elderly patients with multiple comorbidities.

KEY WORDS: chronic cardiac insufficiency; acute exacerbation; integrated traditional Chinese and Western medicine nursing; Traditional Chinese Medicine hot compress and staining; case report

慢性心功能不全是常见的心血管疾病终末阶段,具有发病率高、再入院率高等特点,其急性加重期病情复杂,常伴水钠潴留及多系统功能异常^[1]。双下肢水肿是其典型表现之一,不仅影响患者生活质量,还易导致皮肤破损及感染,增加护理难度^[2]。目前西医治疗以利尿、强心为主,但对局部顽固性水肿和整体机能调节效果有限。中医学认为此类水肿多属“阳虚水泛”证,治宜温阳利水为原则,中药塌渍、艾灸等中医外治法具有直接作用于局部、起效快、副作用小等优势^[3-4]。本院收治1例高龄多病共存心衰急性加重伴重度下肢水肿患者,全程实施中西医一体化护理,现将病例资料总结如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

患者男性,84岁,主因“双下肢水肿1周余”于2026年01月15日入院。入院时表现为双下肢重度指凹性水肿,偶有咳嗽咳痰、乏力、纳眠差、小便少及大便黏腻。患者既往有冠状动脉粥样硬化性心脏病、慢性心功能不全病史20年,高血压病3级(极高危)病史20年,胃恶性肿瘤术后5年,2型糖尿病史15年,慢性肾功能不全史3年;既往长期口服药物治疗,但未规律坚持,入院前病情控制不佳,本次因症状加重入院。

1.2 查体

入院时患者体温(T)37.2℃,心率(P)80次/min,呼吸(R)20次/min,血压(BP)157/97 mm Hg。患者营养不良,呈贫血貌,神志清晰,精神弱,自主体位。双肺呼吸音粗,可闻及散在细湿性啰音;心界向左下扩大,心律绝对不齐,第一心音强弱不等;腹部查体无异常。双下肢呈重度对称性指凹性水肿,皮肤紧绷光亮,皮温低,无破溃。中医四诊合参:患者精神萎靡,面色少华,形体偏瘦,呼吸短促,双下肢肿胀,按之凹陷难起,畏寒,手足不温,脉沉细而结代。

1.3 诊断

中医诊断:心水病(阳虚水泛证)。辨证分析:年老脾肾心阳气亏虚,水液运化失司,水湿泛滥肌肤则肢体浮肿,水气凌心射肺引发咳喘。西医诊断:慢性心功能不全急性加重,冠状动脉粥样硬化性心脏病,心功能Ⅲ级(NYHA分级),高血压病3级(极高危),胃恶性肿瘤术后,低蛋白血症,肾功能不全,肺部感染,轻度贫血,心房颤动,2型糖尿

病,低钾血症,甲型流行性感胃。

1.4 治疗干预

西医予沙库巴曲缬沙坦、达格列净改善心肌重构,呋塞米利尿,艾多沙班抗凝;静脉输注白蛋白纠正低蛋白血症,琥珀酸亚铁改善贫血,胰岛素调控血糖;奥司他韦抗甲型流感,辅以护胃、调脂对症处理。中医予真武汤加减内服,联合双下肢中药塌渍+红外线照射、足三里艾灸及耳穴压丸治疗。经14 d规范治疗,患者水肿明显消退,BNP由2696 pg/mL降至1497.1 pg/mL,各项指标好转出院。

2 护理

2.1 护理评估

2.1.1 一般评估

患者生命体征、心肺体征同入院查体;患者进食少、活动耐量极差,轻微活动即胸闷气喘,下肢水肿致皮肤张力大,存在破溃、跌倒、血栓、电解质紊乱及营养不良多重风险;中医辨证为阳虚水泛,本虚标实,病位在心、脾、肾。

2.1.2 量表评估

营养风险筛查量表(Nutritional Risk Screening 2002, NRS2002)总分≥3分提示存在营养风险,需营养支持治疗。本例患者年龄≥80岁、合并低蛋白血症、贫血、进食差且感染消耗增加,总分>3分,存在高营养风险^[5]。巴氏指数评定量表(Barthel Index, BI),60~41分为中度依赖,生活需部分帮助;评分≤40分为重度依赖。本例患者乏力、水肿重且活动后气短,评分60分,为中度依赖^[6]。约翰霍普金斯跌倒风险评估量表(Johns Hopkins Fall Risk Assessment Tool, JHFRAT)评分≥13分为跌倒高风险,需强化防跌倒措施。本例患者高龄、体弱、水肿、乏力且用药复杂,评分15分,属高度危险^[7]。Braden压疮风险评估量表(Braden Scale for Predicting Pressure Ulcer Risk)15~18分为轻度风险;评分≤9分为极高风险。本例患者虽水肿重、皮肤张力高,但活动能力尚可、皮肤干燥,评分19分,为低度风险^[8]。综上,本例患者存在体液过多、活动耐力下降、皮肤潜在破损、营养不良、跌倒高危、肺部感染致气体交换受损、低钾风险及负面情绪,护理以容量管控+中西医辨证施护为整体思路,动态监测病情变化。

2.2 护理诊断

①体液过多:与慢性心功能不全急性加重、肾

功能不全致水钠潴留相关;②活动无耐力:与心排出量减少、组织缺氧、重度水肿及乏力相关;③有皮肤完整性受损的危险:与双下肢重度水肿、皮肤张力高、高龄体弱相关;④营养失调:低于机体需要量,与高龄、胃恶性肿瘤术后、摄入不足、感染及心衰消耗增加相关;⑤有跌倒的危险:与高龄、体弱乏力、双下肢水肿、用药复杂及心功能不全相关;⑥气体交换受损:与肺部感染、心衰致肺淤血相关;⑦电解质紊乱风险:与使用利尿剂、进食差相关;⑧焦虑:与病情危重、反复住院、疾病不确定性及躯体不适相关。

2.3 护理计划

短期:控制液体潴留,减轻水肿,稳定生命体征,改善饮食睡眠;中期:逐步消退水肿,纠正贫血、低蛋白血症、低钾血症,防范皮肤破损、血栓、感染等并发症;长期:强化健康宣教,提升自我管理能力,降低再住院率。全程采用西医专科护理联合中医内服外治,标本兼顾。

2.4 护理措施

2.4.1 容量管理与心功能监测

予患者持续心电、血氧监护,严格24 h出入量登记;遵医嘱规范使用利尿剂,定期复查电解质、肾功能。严格低盐饮食(<5 g/d),按需限制液体摄入量,依据体重、腿围变化调整利尿方案。

2.4.2 双下肢水肿及中药塌渍护理

针对患者双下肢重度指凹性水肿、皮肤紧绷光亮、皮温低及破溃风险高的特点,护理以改善静脉回流、促进水液代谢及保护皮肤为核心,实施体位护理联合规范化中医外治。

体位护理:指导患者卧床时抬高双下肢 $15^{\circ} \sim 30^{\circ}$,避免下肢下垂及局部受压,促进静脉与淋巴回流,减轻水肿。每日定时观察双下肢腿围、皮温、色泽及肿胀程度变化。

中药塌渍:药物组成:选用桂枝、干姜、防己、茯苓皮、赤小豆、五加皮、桑白皮、黄芪、麸炒白术及陈皮,按比例煎煮取汁。操作方法:将无菌纱布充分浸透药液,拧至不滴水为宜,均匀敷于双下肢水肿部位;外层覆盖保鲜膜保温,20~30 min/次,2次/d,疗程共14 d。治疗目的:温阳通脉、利水消肿,改善局部微循环,促进组织液回吸收。

红外线照射疗程与操作:联合方式:中药塌渍同时配合红外线局部照射,距离皮肤30~40 cm,以局部温热、无灼痛为宜。疗程:20~30 min/次,1~2次/d,连续使用14 d。治疗目的:扩张局部血

管,改善血液循环,增强中药渗透吸收,加速水肿消退^[9]。

注意事项:①严格控制药液温度 $38 \sim 40^{\circ}\text{C}$,避免烫伤水肿薄弱皮肤;②敷药过程中观察有无瘙痒、皮疹及发红等过敏反应,出现不适立即停用;③保持患处皮肤清洁干燥,禁止摩擦、搔抓,防止皮肤破损;④红外线照射时专人看护,定时询问患者感受,避免局部过热、出汗过多或虚脱;⑤治疗后及时擦干皮肤,做好保暖,防止受凉加重阳虚症状。

2.4.3 呼吸功能护理与感染防控

给予低流量吸氧,指导患者有效咳嗽,每日行体位拍背排痰;针对甲型流感落实飞沫+接触隔离措施,病房定时通风,严控探视,动态监测体温、痰液性状^[10]。严格执行手卫生及隔离措施,减少交叉感染风险。规范呼吸道护理可显著降低老年心衰患者感染相关并发症发生率。

2.4.4 营养支持与代谢管理

指导患者进食低盐优质蛋白饮食,采取少量多餐方式;静脉输注白蛋白时密切监测有无过敏、胸闷等反应;口服铁剂时避开浓茶,以免影响吸收;采用分次口服+静脉补钾的方式纠正低钾,日常搭配高钾果蔬;每日4次分段监测血糖,协助患者进行床边被动活动以改善消化功能,定期复查白蛋白、血象及电解质^[11-12]。

2.4.5 中医整体护理干预

在西医规范治疗基础上,结合患者心水病,阳虚水泛证实施中医辨证施护,严格遵循医嘱完成中药内服、艾灸及耳穴压丸等操作,具体如下。

2.4.5.1 真武汤加减方护理

药物组成与剂量:茯苓30 g,麸炒白术60 g,黄芪60 g,陈皮20 g,赤小豆30 g,泽泻10 g,防己10 g,附片1袋(炮制黑顺片),干姜15 g,蜜桑白皮15 g,五加皮10 g,人参片10 g,桂枝6 g,盐车前子3袋及赤芍15 g。炮制说明:附片选用炮制黑顺片,降低毒性,保证用药安全;白术采用麸炒,增强健脾利水功效;桑白皮采用蜜炙,增强润肺止咳、利水消肿作用;车前子采用盐炙,引药入肾,增强利水通淋之效。使用方法:1剂/d,煎煮制成50 mL/袋颗粒剂,1袋/次,早晚温服,连续服用14 d为一疗程。服药期间观察有无恶心、腹胀、心悸等不适,监测心率、心律变化。

2.4.5.2 艾灸护理

穴位选择:双侧足三里穴(犊鼻下3寸,胫骨

前嵴外1横指处)。操作步骤:协助患者取仰卧位或半坐卧位,充分暴露下肢,注意保暖防风;点燃艾条一端,对准足三里穴,采用温和灸;艾条距皮肤2~3 cm,以局部温热、发红、无灼痛为度。手法与时间:采用固定不移的温和持续熏灸手法,每侧穴位15 min,双侧共30 min,1次/d。疗程:连续治疗14 d为一疗程。

2.4.5.3 耳穴压丸护理

穴位选择:主穴为心、脾、肾及交感;配穴为肺、气管及神门(兼顾止咳、安神)。用物准备:耳穴贴(王不留行籽)、75%乙醇及棉签。操作步骤:用75%乙醇棉签消毒双耳穴皮肤,待干;用镊子夹取耳穴贴,准确贴压于选定穴位上;以拇指、食指指腹在耳穴贴处由轻至重按压,以局部出现酸、麻、胀、痛、热感为“得气”。手法与频次:采用点按+揉按结合的手法,力度均匀,每穴每次按压1 min,每日自行按压3~5次,睡前加按1次以助眠。疗程:每3 d更换一次耳穴贴,双耳交替贴压,连续14 d为一疗程。

2.4.6 并发症预防护理

DVT预防:指导患者每日进行踝泵、髌膝屈伸锻炼;每日行间歇气压治疗1次,20 min/次;使用艾多沙班抗凝期间监测全身有无出血、瘀斑,每日对比双侧腿围。压疮防控:使用气垫床,每2 h协助患者翻身,避免拖拽动作;采用足跟软垫保护足跟,温水擦浴,为下肢涂抹润肤霜防止皮肤干裂。后期患者足部出现癣病,遵医嘱外用抗真菌药膏。电解质监测:动态监测血钾水平,规范补钾的输注速度与浓度,规避低钾诱发心律失常。用药监护:使用心衰药物期间定时监测心率、血压,发现异常及时汇报^[13]。

2.4.7 心理护理与健康教育

患者病程长、病情反复,易产生焦虑情绪。护理人员应加强沟通,给予心理支持,增强其治疗信心。开展健康教育,指导患者坚持低盐饮食、规律服药、监测体重及定期复诊。

2.5 护理评价

经14 d系统化中西医结合护理干预,患者各项护理问题均得到明显改善,护理目标基本达成,护理效果评价如下。核心症状与体征变化:体液过多改善:体重下降3.2 kg,膝下腿围缩小4.5 cm,水肿基本消退,尿量平稳;活动能力提升:BI评分由60分升至80分,可床边站立,活动后喘息症状消失;皮肤状态稳定:无皮肤压裂破溃,足

癣皲裂好转,Braden压疮风险评分下降;营养状况改善:白蛋白由23.1 g/L升至26.3 g/L,食欲明显改善;跌倒风险降低:跌倒风险评分降至低危,住院期间未发生跌倒事件;呼吸功能好转:肺部啰音基本消失,血氧饱和度稳定在98%~100%,甲型流感痊愈;电解质恢复正常:血钾由3.32 mmol/L升至3.8~4.2 mmol/L。中医证候改善:畏寒症状消失,二便调畅,舌淡苔薄,脉平缓,全疗程无血栓、大出血或重症感染等不良事件发生。

3 结果和随访

经14 d综合治疗护理,患者水肿消退,咳喘、乏力症状改善,各项化验指标好转,生命体征平稳,满足出院指征。出院1周、2周及1个月分别通过电话+门诊随访,患者无水肿反复,血压、血糖平稳,服药依从性良好,无心衰再入院情况,日常生活可自理。

4 讨论

依据《中国心力衰竭诊断和治疗指南2024》,容量管理是心衰急性期核心护理内容。老年心衰患者多属阳虚水泛证,中药内服联合局部塌渍、艾灸及耳穴压丸等外治法,可实现内外协同利水消肿,弥补单纯西药在局部消肿方面的不足;目前高龄多病心衰患者的个体化中西医结合护理方案仍处于优化完善阶段^[14]。

本病例护理实践严格遵照心衰指南落实容量精细化管理,动态管控出入量、体重、腿围;辨证选用真武汤配合系列中医外治,紧扣阳虚病机,有效改善顽固性水肿;通过四项标准化量表量化筛查各类风险,实现护理风险的早识别、早干预;构建多并发症闭环预防体系,全疗程未发生严重不良事件。但本研究为单病例报告,患者基础病繁杂,个体特异性强,结论无法直接推广至全部心衰人群,中医外治的疗效缺少大样本量化对照数据支撑。综上所述,本病例为高龄多病伴重度下肢水肿的心衰患者提供了可复制的中西医结合护理方案,证实中药塌渍联合护理在皮肤保护、消除顽固性水肿方面优势突出,“量表化评估+中医特色护理”模式值得临床推广应用。

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] 中华医学会心血管病学分会, 中国医师协会心血管内科医师分会, 中国医师协会心力衰竭专业委员会, 等. 中国心力衰竭诊断和治疗指南 2024[J]. 中华心血管病杂志, 2024, 52(3): 235-275. Chinese Society of Cardiology, Chinese Medical Association Cardiology Physicians Branch, Chinese Medical Association Heart Failure Professional Committee, et al. Chinese guidelines for the diagnosis and treatment of heart failure 2024[J]. Chin J Cardiol, 2024, 52(3): 235-275. (in Chinese)
- [2] 陈亚亚, 丁劲, 蒯英博, 等. 慢性心力衰竭患者容量管理的最佳证据总结[J]. 护理学杂志, 2022, 37(21): 42-46. Chen Y Y, Ding J, Xi Y B, et al. Evidence summary: fluid management in chronic heart failure [J]. J Nurs Sci, 2022, 37(21): 42-46. (in Chinese)
- [3] 王珊珊, 陈旭军. 中医外治法在慢性心力衰竭中的研究进展[J]. 按摩与康复医学, 2021, 12(6): 14-17. Wang S S, Chen X J. Today, nucleic acid detection in Nancheng, Dongguan [J]. Chin Manip Rehabil Med, 2021, 12(6): 14-17. (in Chinese)
- [4] 付士芳, 王宇, 郅晓宇, 等. 基于古籍文献挖掘的中医塌渍技术整理研究[J]. 天津中医药, 2024, 41(11): 1398-1402. Fu S F, Wang Y, Zhi X Y, et al. Research on traditional Chinese medicine sloughing stain technology based on ancient literature mining [J]. Tianjin J Tradit Chin Med, 2024, 41(11): 1398-1402. (in Chinese)
- [5] 岑梅, 金铭. 优护+容量自我管理模式对慢性心衰患者生存质量的影响[J]. 昆明医科大学学报, 2021, 42(12): 177-182. Cen M, Jin M. Effect of optimal care + volume self-management on quality of life in patients with chronic heart failure [J]. J Kunming Med Univ, 2021, 42(12): 177-182. (in Chinese)
- [6] 刘玲. 中西医结合护理措施在慢性心衰患者护理中的应用对其满意度的提升探讨[J]. 首都食品与医药, 2023, 30(4): 123-125. Liu L. The application of integrated traditional Chinese and western medicine nursing measures in the nursing of patients with chronic heart failure to improve their satisfaction [J]. Cap Med, 2023, 30(4): 123-125. (in Chinese)
- [7] 杨丽洁, 张建霞, 李海婷, 等. 心力衰竭病人静脉血栓栓塞症风险预测模型的构建[J]. 护理研究, 2026, 40(3): 403-410. Yang L J, Zhang J X, Li H T, et al. Construction of a risk prediction model for venous thromboembolism in patients with heart failure [J]. Chin Nurs Res, 2026, 40(3): 403-410. (in Chinese)
- [8] 谢海娟, 姚菊峰. 中药塌渍疗法在临床应用中的研究进展[J]. 按摩与康复医学, 2021(12): 90-92. Xie H J, Yao J F. Research Progress of Traditional Chinese Medicine Plaster Therapy in Clinical Applications [J]. Chin Manip Rehabil Med, 2021(12): 90-92. (in Chinese)
- [9] 回雪颖, 郭伟光, 王景, 等. 中医外治法在糖尿病皮肤溃疡治疗中的应用[J]. 医学研究杂志, 2023, 52(1): 175-178. Hui X Y, Guo W G, Wang J, et al. The application of traditional Chinese medicine external therapy in the treatment of diabetic skin ulcers [J]. J Med Res, 2023, 52(1): 175-178. (in Chinese)
- [10] 李磊, 高爽, 刘雅娟. 量化评估分级干预联合呼吸训练在老年慢性心力衰竭患者康复中的应用效果[J]. 河北医药, 2026, 48(1): 74-77. Li L, Gao S, Liu Y J. Quantitative assessment and grading intervention combined with respiratory training on the rehabilitation of elderly patients with chronic heart failure [J]. Hebei Med J, 2026, 48(1): 74-77. (in Chinese)
- [11] 张倩妮. 个体化营养支持结合间断负荷训练对老年慢性心力衰竭患者营养状态和心功能的影响[J]. 心血管病防治知识, 2025, 15(5): 76-79. Zhang Q N. Individualized nutritional support combined with intermittent load training has an impact on the nutritional status and cardiac function of elderly patients with chronic heart failure. [J]. Prev Treat Cardiovasc Dis, 2025, 15(5): 76-79. (in Chinese)
- [12] 周艳艳, 李蕾蕾, 周敏捷. 艾灸足三里联合五倍子外敷神阙穴治疗老年骨折患者术后气虚型汗证的临床研究[J]. 中国现代医生, 2023, 61(4): 72-75. Zhou Y Y, Li L L, Zhou M J. Clinical study on moxibustion of Zusanli combined with Chinese gall external application of Shenque point for treatment Qi deficiency type sweat syndrome after operation in elderly patients with fractures [J]. China Mod Doctor, 2023, 61(4): 72-75. (in Chinese)
- [13] 刘胜荣, 李翠芬. 耳穴疗法联合经络按摩仪应用于咳嗽患者 42 例临床疗效观察[J]. 中外医学研究, 2017, 15(26): 43-44.

- Liu S R, Li C F. Clinical efficacy observation of auricular acupuncture therapy combined with meridian massage device in 42 patients with cough[J]. Chin Foreign Med Res, 2017, 15(26): 43-44. (in Chinese)
- [14] 郝庆莲, 郭桂英. 中西医结合延续护理对糖尿病合并慢性心力衰竭患者生存质量的影响[J]. 反射疗法与康复医学, 2024, 5(21): 158-161.
- Hao Q L, Guo G Y. Effect of the continuous nursing of integrated Chinese and western medicine on the quality of life of patients with diabetes complicated with chronic heart failure [J]. Reflexology Rehabil Med, 2024, 5(21): 158-161. (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 BY 4.0)许可协议,作者可在其他媒体再次发表。