

DOI: 10.12209/CAIM202604290005

· 中西医结合临床案例 ·

1 例经心尖行介入二尖瓣瓣中瓣生物瓣膜植入术后 患者的中西医护理体会

王 鑫, 习海飞, 杨长艳

(天津中医药大学第一附属医院 中医国家临床医学研究中心 ICU, 天津, 300381)

摘要: 总结 1 例经心尖介入二尖瓣瓣中瓣生物瓣膜植入术后患者的中西医结合护理经验。在围术期常规护理基础上融入中医整体观与辨证施护理念, 针对患者术后气血亏虚、痰浊瘀阻、心神不宁的核心病机, 制定并实施包含情志调节、中医特色技术在内的个体化中医护理方案。经过 7 d 中西医结合护理, 患者术后恢复良好, 未发生严重并发症, 心功能分级(NYHA)改善至 I 级, 疼痛评分明显下降, 护理满意度较高。可见中西医结合护理能够有效促进经心尖二尖瓣瓣中瓣植入术后患者康复, 降低并发症发生风险, 改善患者心功能及生活质量。

关键词: 二尖瓣瓣膜植入术; 术后护理; 并发症预防; 中医护理方案

Nursing Experience of Integrated Traditional Chinese and Western Medicine for a Patient Undergoing Transapical Transcatheter Mitral Valve-in-Valve Bioprosthetic Implantation

WANG Xin, XI Haifei, YANG Changyan

(Intensive Care Unit, National Clinical Research Center for Chinese Medicine, First Teaching Hospital of
Tianjin University of Traditional Chinese Medicine, Tianjin, 300381)

ABSTRACT: This article summarizes the nursing experience of integrated traditional Chinese and Western medicine (TCM-WM) for a patient who underwent transapical transcatheter mitral valve-in-valve bioprosthetic implantation. On the basis of routine perioperative nursing care, the holistic concept of TCM and the principle of syndrome differentiation and individualized nursing were incorporated into the intervention. Aiming at the core pathogenesis of postoperative qi and blood deficiency, phlegm-turbidity and blood stasis obstruction, and restlessness of the heart-mind, an individualized TCM nursing protocol was developed and implemented, including emotional regulation and characteristic TCM techniques. After 7 days of integrated TCM-WM nursing care, the patient recovered smoothly without serious complications. The New York Heart Association (NYHA) functional classification improved to Class I, the pain score decreased significantly, and a high level of nursing satisfaction was achieved. These findings indicate that integrated TCM-WM nursing can effectively promote postoperative recovery in patients undergoing transapical transcatheter mitral valve-in-valve implantation, reduce the risk of complications, and improve cardiac function and quality of life.

KEY WORDS: mitral valve-in-valve implantation; postoperative nursing; prevention of complications; Traditional Chinese Medicine nursing protocol

心脏瓣膜病以二尖瓣受累最为常见,严重影响患者生存质量,甚至危及生命。心脏瓣膜置换术已成为治疗心脏瓣膜病的重要手段^[1],术后护理是保障手术成功的关键环节。常规西医护理侧

重生命体征监测与并发症防控,在整体康复、情志调理、脏腑调和方面存在一定局限。中西医结合护理将中医整体观念、辨证施护理念与西医规范化护理相融合,在心血管疾病术后康复中优势显

收稿日期:2026-04-29

OPEN ACCESS

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

著。本文报告 1 例经心尖二尖瓣瓣中瓣植入术后患者的中西医结合护理体会,为临床同类病例护理实践提供参考。

1 病例介绍

1.1 时间表

本例患者治疗时间及经过,详见表 1。

表 1 治疗时间表

时间	治疗经过
2014 年	于外院行二尖瓣人工瓣膜置换术
2019 年	于外院行射频消融术、封堵术
2022 年	于外院行前降冠状动脉支架植入术
2025 年 11 月 06 日	因“间断胸痛喘憋 10 余年,加重 3 d”收入我院脑血管病科
2025 年 11 月 25 日	因心力衰竭转入 ICU;同日在全身麻醉下行经右侧股静脉心脏起搏器置入、经心尖生物瓣膜植入及胸腔引流管置放术,术中出血约 100 mL
术后即刻	心率(HR)80 次/min,血压(BP)120/70 mmHg,血氧饱和度(SpO ₂)100%,转入 ICU 监护
术后第 7 日	生命体征平稳,无严重并发症,由监护室转回普通病房
术后第 14 日	心功能改善至 NYHA I 级,无胸闷、心悸不适,康复出院

1.2 患者信息

患者男,67 岁,主诉间断胸痛喘憋 10 余年,于 2025 年 11 月 03 日至 2025 年 11 月 06 日期间加重 3 d。现病史:患者咳喘日久,胸闷憋气加重,伴自汗,夜间及活动后明显,纳差、寐欠安,小便可,大便 2 d 一行。既往史:高血压病史 20 余年,血压波动于 135 ~ 140/70 ~ 80 mmHg,近期服药不规律;陈旧性脑梗死病史;多次心脏手术史:2014 年二尖瓣人工瓣膜置换术;2019 年射频消融术、封堵术;2022 年前降支冠状动脉支架植入术;平素嗜食辛辣煎炸厚味之品。

1.3 体格检查

西医查体:神志清,精神弱,术后即刻心率、血压及血氧饱和度稳定,HR80 次/min, BP120/70 mmHg, SpO₂100%。肺部可闻及湿啰音,腹部平软。

中医查体:望诊:面色少华、舌暗苔白厚;闻诊:语声低微、偶有咳喘;问诊:胸闷、自汗(夜间及活动后加重)、纳差、寐欠安、小便可,大便 2 d 一行;切诊:脉弦数。

1.4 诊断

西医诊断:二尖瓣生物瓣膜损毁,心力衰竭

(入院时 NYHA IV 级,术后改善至 I 级),高血压病,陈旧性脑梗死,冠状动脉支架植入术后。中医诊断:病名:喘证;辨证:痰浊瘀阻证,兼气血亏虚、心神不宁。诊断结论:二尖瓣生物瓣膜损毁致心力衰竭,为本次症状加重的主要病因;结合舌脉与症状,中医辨证为痰浊瘀阻、肺失宣降,兼气血亏虚、心神不宁。

1.5 治疗干预

患者接受手术治疗,包括经右侧股静脉心脏起搏器置入术、经心尖生物瓣膜植入术及胸腔引流管置放术,术中采用全身麻醉。术后给予抗感染、抗凝及血管活性药物治疗,维持血压和心率稳定,同时实施中西医结合护理干预,包含情志调护、耳穴压豆、穴位按摩及中药外治等措施。术后患者心功能 NYHA 分级由 IV 级改善至 I 级,胸闷、自汗等症状缓解,无严重并发症。患者于术后第 14 天康复出院,出院后日常生活无胸闷、心悸不适。

2 护理

2.1 护理评估

2.1.1 一般评估

本病例患者为 67 岁男性,有多次心脏手术史,包括二尖瓣人工瓣膜置换术、射频消融术、封堵术及冠状动脉支架植入术。术前心功能 NYHA 分级 IV 级,主诉胸闷喘憋、自汗、纳差、寐欠安且便秘。术后存在出血、心律失常、血栓形成、肺部感染及胃肠功能紊乱等潜在并发症风险。心理状态评估提示患者存在焦虑、恐惧情绪及睡眠障碍。

2.1.2 专科评估

心功能评估:采用纽约心脏协会心功能分级(NYHA-FC)进行评估^[2]。术前评估为 IV 级,即任何体力活动均可诱发症状,静息状态下仍有不适。术后早期血压波动明显,返回 ICU 时 BP196/102 mmHg,需静脉泵入硝酸甘油及盐酸乌拉地尔注射液维持,提示血流动力学欠稳定。

呼吸功能评估:术前床旁肺功能仪检测最大呼气峰流速(PEF)为预计值的 55%,静息状态下指脉氧饱和度(SpO₂)为 92%,轻微活动(床旁坐起)后降至 88%。听诊双肺呼吸音粗,未闻及干湿性啰音。上述结果提示患者存在通气储备不足及活动后氧合下降风险。

出血风险评估:术中经心尖入路及心尖荷包

缝合操作可增加术后创面渗血风险,且手术路径涉及肋间动脉,存在血管损伤可能;患者既往有冠状动脉支架植入史,需长期抗凝/抗血小板治疗,多重因素叠加致围术期出血风险增高。

血栓形成风险评估:患者年龄 67 岁,术后需卧床制动,合并高血压病史及陈旧性脑梗死,符合下肢深静脉血栓(DVT)形成的多项高危因素。中医辨证方面,气血亏虚、血行不畅亦为血脉瘀滞的重要病机。

心理状态评估:采用广泛性焦虑障碍量表(GAD-7)进行评估^[3],该量表共 7 个条目,总分 0~21 分。本病例患者 GAD-7 评分为 15 分,属重度焦虑范畴。焦虑情绪主要与病情危重、多次手术创伤经历及对疾病预后的不确定性有关。

睡眠状况评估:采用匹兹堡睡眠质量指数(PSQI)进行评估^[4],量表包含 7 个维度,总分范围 0~21 分,得分>5 分提示存在睡眠障碍。本病例患者 PSQI 总分为 16 分,提示存在严重睡眠障碍,其发生与术后疼痛、心神不宁、ICU 环境噪声及焦虑情绪等因素密切相关。

胃肠功能评估:患者术前纳差,大便 2 d 一行。

术后因卧床制动、麻醉药物影响及气血亏虚,气机升降失调,胃肠蠕动减慢,存在腹胀、排气延迟及便秘等胃肠功能紊乱的风险。

中医证候评估:中医查体示面色少华、语声低微、自汗(夜间及活动后加重)、舌暗苔白厚、脉弦数。辨证属痰浊瘀阻、肺失宣降,兼气血亏虚、心神不宁。

2.2 护理诊断

①心输出量减少:与瓣膜病变、心肌顺应性差及术后血流动力学不稳定有关;②气体交换受损:与痰浊瘀阻、肺失宣降及术后呼吸功能未恢复有关;③有出血的风险:与手术创伤、心尖部缝合及抗凝治疗有关;④有下肢深静脉血栓形成的风险:与高龄、术后卧床、气血亏虚及血行不畅有关;⑤焦虑/恐惧:与病情危重、多次手术及担心预后有关;⑥睡眠障碍:与心神不宁、术后疼痛及 ICU 环境有关;⑦胃肠功能紊乱:与术后卧床、气血亏虚及气机失调有关。

2.3 护理计划

以西医监护为基础、中医辨证施护为核心,制定个体化护理目标与措施,详见表 2。

表 2 护理计划

护理诊断	护理目标	护理措施要点
气体交换受损	患者呼吸平稳,SpO ₂ 维持在 95% 以上,无缺氧表现	腹式/缩唇呼吸锻炼、雾化吸入、排痰护理及中医化痰祛瘀干预
心输出量减少	血流动力学稳定,心功能改善,无心力衰竭发生	心电监护、血管活性药物管理、液体管理及中医宁心安神干预
有出血的风险	无活动性出血及大出血并发症发生	引流液监测、穿刺部位护理及凝血功能监测
有下肢深静脉血栓风险	无下肢深静脉血栓发生	下肢中药湿敷、中医定向药透及早期康复锻炼
焦虑/恐惧	患者情绪稳定,焦虑情绪缓解,积极配合治疗	情志疏导、耳穴压豆及成功案例分享
睡眠障碍	患者睡眠质量改善,夜间睡眠时间>6 h	耳穴埋豆、改善环境及中医安神调理
胃肠功能紊乱	患者胃肠功能恢复,能正常进食、排便	穴位贴敷、饮食指导及腹部护理

2.4 护理措施

2.4.1 术前护理

2.4.1.1 心功能不全护理

①控制血钾情况:遵医嘱服药期间监测患者电解质水平,将血清钾浓度控制在 4.0~5.0 mmol/L;同时关注有无洋地黄类药物中毒的症状,使用心电监护持续监测患者心律和心率的变化,发现异常及时汇报医生并处理。

②控制液体的摄入:每日患者总摄入量<2 L,遵循量出为入原则,每日定时测量患者体重,及时记录和统计患者 24 h 尿量。

③避免诱因:去除各种容易引起心力衰竭的诱因,如注意保暖预防感染,避免疲乏劳累、情绪激动及用力排便等。

④耳穴疗法:使用 75% 酒精消毒耳部皮肤,一手持耳轮后上方,另一手持探棒由上而下在选区内寻找敏感点,遵循中医辨证选穴与对症选穴结合的原则将王不留行籽固定于心穴、神门穴及肾穴处,采用对压法逐渐加力,直至产生酸胀热痛的感觉,每个穴位按压 1~2 min,2~3 次/d,共治疗 7 d。注意观察耳部皮肤有无红、肿、破溃等情况。

⑤中药贴敷及中药熨熨:使用通腑通便外用方,即麸炒枳实 20 g、姜厚朴 20 g、大黄 20 g、醋青皮 20 g、草豆蔻 20 g、燀桃仁 30 g、北柴胡 20 g 及川楝子 20 g 等,将药包放在加温箱内加热至 50℃ 左右。遵循中医辨证选取中脘穴、神阙穴及天枢穴进行热敷,先轻提药袋,使其间断接触皮肤,温

度以患者能耐受、不烫伤皮肤为度,20 min/次,2次/d,共治疗7 d。注意观察患者的皮肤反应,有无烫伤、水疱、药物过敏或瘙痒等症状发生。

基于“经络传导”及“辨证施治”理论,可通过皮肤透药、温热刺激改善中焦郁结、腑气不通所致的腹胀便秘,辅助缓解心功能不全相关症状。患者在手术前未出现心力衰竭等症状。

2.4.1.2 术前肺功能的康复锻炼

①肺功能评估:患者术前心功能NYHA分级Ⅳ级,主诉胸闷喘憋、自汗,中医辨证为痰浊瘀阻、肺气失宣。采用床旁肺功能仪检测最大呼气峰流速(PEF)为预计值的55%,指脉氧静息状态下92%,轻微活动(床旁坐起)后降至88%。听诊双肺呼吸音粗,未闻及干湿性啰音。

②个性化呼吸功能锻炼方案:根据评估结果,患者存在通气储备不足、活动后氧合下降风险,制定如下方案,每次锻炼前后监测心率、血氧饱和度及主观疲劳程度(Borg评分)。腹式呼吸训练:指导患者取半卧位(床头抬高30~45°),双膝屈曲放松腹部。嘱患者将一手放于胸部,另一手放于腹部,经鼻缓慢吸气时腹部隆起,经口缩唇呼气时腹部内收。根据患者自汗、体力差的特点,初始训练时间缩短为10 min/次,2次/d(晨起及午后),待耐受后逐步延长至20 min/次,3次/d。训练时床旁备氧气,若 SpO_2 下降至90%以下或Borg评分 ≥ 3 分,立即予鼻导管吸氧(2 L/min)并暂停训练。缩唇呼吸训练:与腹式呼吸结合,强调呼气时缩唇(如吹口哨状),吸气与呼气时间比维持1:2~1:3。针对患者胸闷喘憋,指导在感觉气急时立即采用“缩唇—腹式呼吸”组合技术,每次持续5~8个呼吸周期。有效咳嗽训练:患者咳嗽无力,术前3次/d(早、中、晚),每次练习5~10次有效咳嗽。嘱患者坐直,深吸气后屏气2 s,身体前倾,用腹肌力量短促有力咳嗽2~3声。针对患者便秘、腹肌力量弱的问题,训练前护士用手掌按压患者上腹部,辅助增加腹内压。训练后指导患者少量温水润喉,避免咽喉干痛。

训练过程中如出现 $\text{SpO}_2 \leq 90\%$ 、 $\text{HR} \geq 120$ 次/min或较基础值增加30%以上、胸闷喘憋加重无法缓解,立即停止锻炼,给予坐位或半卧位吸氧(2~4 L/min),并通知医师。体力不支时,因患者纳差、气血亏虚,每次训练后记录疲劳恢复时间。若休息15 min后Borg评分仍 ≥ 4 分,则下次训练减半起始时间,并增加营养支持(如术前补充肠内营养

制剂)。自汗管理:训练前擦干汗液,更换干爽衣物,训练中控制室温22~24℃,避免汗出当风。训练后立即拭汗,防止感冒诱发肺部感染。通过上述个性化措施,患者在术前3 d内逐步耐受训练,静息指脉氧提升至95%,轻微活动后未再出现明显低氧。

2.4.2 术后护理

2.4.2.1 血流动力学的监测和护理

患者术后二尖瓣血流量突然增加,由于术前心功能差,心肌顺应性差,血流动力学不稳定,潜在并发症较多,因此需要密切的监测和护理。①生命体征的监测:患者术后回重症监护室(ICU),予心电监护、有创血压监测及中心静脉压(CVP)监测,严密观察患者的心律、心率、血氧饱和度与心电图的变化,发现异常及时处理^[5]。②血管活性药使用和护理:患者术后回ICU时,HR86次/min, BP196/102 mmHg,遵医嘱予以硝酸甘油注射液、盐酸乌拉地尔注射液静脉泵入。

2.4.2.2 出血的护理

出血是术后最常见的并发症,因术中经过心尖,若心尖荷包缝合欠佳、左室压力太高,容易造成缝合部位渗血,同时手术易损伤肋间动脉。术后密切观察引流液、血压及尿量,维持收缩压在100~120 mmHg,定时监测血气分析、凝血功能等。当患者出现连续3 h引流液 >200 mL/h的情况时,护士遵医嘱给予血制品和止血药物输注,做好患者再次手术的准备^[6]。

同时做好预防患者腹股沟局部血管穿刺处的出血护理,患者回室后即刻用沙袋压迫4~6 h,穿刺侧肢体制动12 h,绝对卧床24 h,期间每小时观察穿刺处有无渗血和血肿,监测足背动脉搏动情况,以及肢体的颜色和皮肤温度等。该患者未出现局部血管穿刺处出血的情况。

2.4.2.3 术后康复锻炼

痰浊瘀阻型喘证患者术后护理需围绕“化痰祛瘀、降气平喘”的中医核心治则,给予相应的雾化吸入、翻身拍背,使用高频胸廓震荡装置协助排痰。予中药汤剂,即姜半夏8 g、胆南星8 g、化橘红6 g、枳实6 g、茯苓6 g、人参3 g及生姜6 g,水煎服,1剂/d。方中制南星、半夏燥湿化痰为君药,陈皮、枳实增强行气化痰之功,使痰随气下行,畅通经络;石菖蒲化除心窍之痰浊,恢复神志清明,竹茹兼顾痰热扰心之象;茯苓健脾渗湿,杜绝生痰之源,同时宁心安神,助心气恢复,人参大补元气,扶

正祛邪;甘草调和诸药,益气和中,缓和药性。

术后气血亏虚多因手术创伤耗伤元气、失血伤津所致,患者常表现为乏力、面色苍白、气短懒言、心悸失眠及食欲减退等,需遵循益气养血、健脾和胃的中医护理原则,通过无创适宜技术调节机体机能,促进气血恢复。予穴位按摩,治疗选取双侧足三里、双侧血海、气海、关元及双侧脾俞,2次/d。

术后设置呼吸机的模式为同步间歇指令通气(SIMV),设置吸入氧浓度为40%,呼吸频率为12次/min。患者初醒后评估肌力为3级时,将呼吸机改为压力支持通气(PSV)模式。康复锻炼在中医中属于“导引”及“吐纳”范畴,通过调形、调息、调神,达到益气活血、疏通经络与调和脏腑的目的。每日在康复师的陪同下进行床上被动训练,如手腕关节、踝关节的运动。气管插管拔除后即进行有氧训练等。术后进行床边轮椅转移活动,床边站立和日常活动能力训练^[7]。进行简化版八段锦练习,指导患者完成“双手托天理三焦”“左右开弓似射雕”及“调理脾胃须单举”等动作,术后早期避免大幅度扭转和下蹲,可起到疏通经络、调和气血与改善心肺功能的作用。

2.4.2.4 并发症的观察

心脏传导阻滞的发生与主动脉瓣和房室传导系统的希氏束、左束支解剖关系毗邻有关,瓣膜输送过程中压迫传导束区心肌,造成组织水肿、缺血或坏死等,引发各种传导异常。研究指出40%传导异常发生在置入过程中,术后1周发生率极低,因此常规术中放置心外膜临时起搏器^[8]。需密切观察心率、心律情况,每日行心电图检查,及时发现并处理心律失常。严格落实临时起搏器的交接班制度,严密观察临时起搏器的感知和起搏功能、参数设置、电池电量,确认起搏导线在位、连接紧密等。患者于12月02日心电图示正常,遵医嘱拔出临时起搏器,未出现心律失常。

下肢深静脉栓塞(DVT)是外科手术后常见的并发症之一,以下肢最为常见,严重者栓子脱落可形成肺栓塞而危及生命^[9]。针对此患者这类DVT高危人群,如高龄、合并心血管疾病等,予下肢中药湿敷疗法,1次/d,通过中药的活血通络、化瘀祛湿功效,改善下肢局部血液循环,减少血液瘀滞风险^[10]。

予中医定向药透治疗,针对ICU术后卧床、肢体循环障碍且疼痛明显的患者,中医定向药透具

有无创、靶向性强及副作用小的特点,可有效改善局部血液循环、减轻疼痛肿胀、降低下肢血栓等并发症风险,且不增加患者机体代谢负担,提升护理安全性与患者舒适度。该患者未出现下肢血栓的情况^[11]。

中药贴敷是中医外治法的重要手段,以“辨证施治、穴位靶向”为核心,通过皮肤渗透将中药有效成分作用于局部或脏腑,在术后患者的康复中可起到减轻症状、促进恢复及减少并发症的作用,针对术后胃肠蠕动减慢、腹胀及排气延迟等问题,贴敷脐周穴位(神阙、天枢等),可调节气机、通利肠腑,加速胃肠功能恢复。

2.4.2.5 心理护理

①由于该患者年龄大,病情重且经历多次手术,在情志调节方面,采用言语开导、移情易性的中医情志护理方法,针对患者术后焦虑、恐惧情绪,通过讲解成功案例、引导患者专注于兴趣活动等方式疏解不良情志,契合“百病生于气也”的中医理论,避免情志失调进一步耗伤气血、加重病情^[12]。

②根据患者术后症状,结合中医经络理论与临床实践,在中医特色技术应用上予耳穴埋豆,选取神门穴,发挥其镇静安神、缓解焦虑及改善睡眠的功效,可减轻患者术后焦虑情绪与睡眠障碍。选取心穴,对应人体心脏,能宁心安神、调节心率,辅助改善术后心脏功能相关不适,缓解胸闷、心悸。选取交感穴,可调节自主神经功能,减轻疼痛反应,缓解切口处肌肉紧张性疼痛。选取皮质下穴,能调节大脑皮质功能,增强镇静、镇痛效果,进一步改善焦虑与睡眠。选取肺穴,因“肺主气司呼吸”,可辅助改善术后呼吸功能,缓解拔管后轻微气促感^[13]。

2.5 护理评价

经治疗,患者胸闷、喘憋症状消失,无明显心悸、胸痛;情绪稳定,焦虑缓解,能积极配合治疗护理;睡眠质量改善,夜间可连续睡眠6h以上;食欲好转,排便恢复正常,详见表3。患者心功能NYHA分级由Ⅳ级改善至Ⅰ级,血流动力学稳定;SpO₂持续维持在95%以上,无肺部感染、肺不张发生;无出血、下肢深静脉血栓、严重心律失常或感染等并发症发生;术后3d恢复排气排便,可正常进食。患者术后恢复顺利,术后第7日转出ICU,第14日康复出院,日常生活无胸闷、心悸不适,护理满意度高。

表 3 疗效评估

评价维度	评估工具/症状	干预前(术前/入院)	干预后(术后 7 d/出院前)
心功能	NYHA 分级	Ⅳ级(任何活动均诱发症状,休息亦有不适)	Ⅰ级(日常活动无不适)
睡眠质量	PSQI	16 分	6 分
焦虑程度	GAD-7	15 分	5 分
血氧饱和度	SpO ₂ 静息	92%(轻微活动降至 88%)	96%~100%
中医证候	舌脉	舌暗苔白厚,脉弦数	舌淡红苔薄白,脉缓

3 结果和随访

患者于术后第 14 天结束住院治疗,康复出院。出院时心功能由术前 NYHA Ⅳ级改善至Ⅰ级,胸闷、喘憋及自汗等症状消失,未发生出血、下肢深静脉血栓、严重心律失常或感染等并发症。患者对中西医结合护理方案耐受良好,依从性高。

出院后 1 个月(2026 年 01 月 10 日)进行电话随访。询问患者有无胸闷、心悸或呼吸困难,日常活动耐力,服药依从性及睡眠、排便情况。患者自述日常生活无胸闷、心悸,可进行轻体力家务活动(如慢走、做饭),心功能维持 NYHA Ⅰ级,规律服用抗凝及抗心衰药物,睡眠良好,每日排便 1 次,期间未再入院或急诊就诊。

4 讨论

经导管二尖瓣瓣中瓣植入术(TMViV)是治疗生物瓣衰败患者的一项重要介入手段,尤其适用于再次开胸手术风险高的高龄及合并多种基础疾病的患者^[14]。然而,该术式术后仍面临着心功能恢复迟缓、出血、心律失常、血栓形成、感染及心理障碍等一系列并发症风险^[14]。常规西医围术期护理虽在血流动力学监测、抗凝管理、容量控制及并发症预警等方面发挥了关键作用,但在整体气血调摄、情志疏导及胃肠功能恢复等方面仍存在一定局限。本病例在西医常规监护基础上,融入中医整体辨证施护理念,基于“气血亏虚、痰浊瘀阻、心神不宁”的核心病机^[15],采用耳穴压豆、穴位贴敷、中药定向透药、情志调护及个体化呼吸康复等综合措施,取得了心功能显著改善、焦虑与睡眠障碍明显缓解的效果,体现了“辨病与辨证相结合、局部与整体相统一”的护理理念。

在 TMViV 术后的西医护理方面,文献报道的护理要点主要包括术后血流动力学监测以改善心功能、优化气道管理以降低肺部并发症、监测凝血功能与肾功能、做好血糖管理及临时起搏器护理等。高欣等^[14]总结 3 例经心尖行二尖瓣瓣中瓣手

术老年患者的护理经验,通过多层次干预措施的实施,3 例患者均顺利出院,1 个月随访恢复良好。这些研究侧重于生命体征监测及并发症的预防性管理,体现出围术期专科护理的基础性价值。

在中医护理方面,耳穴压豆与穴位贴敷联合应用已被证实对心脏术后患者具有显著效果。郭艺贞等^[16]研究发现,心脏外科术后患者在常规护理基础上采用耳穴压豆结合穴位贴敷治疗方案,治疗后观察组焦虑自评量表(SAS)评分显著低于对照组,且中重度焦虑患者例数少于对照组,同时观察组患者胃肠功能恢复速度明显快于对照组。心脏术后失眠的主要诱因包括术后疼痛、痰多咳嗽、各种引流导管刺激、瓣膜开放关闭的声音不适、经济顾虑及体力恢复焦虑,加之重症监护室的陌生环境和仪器噪音等因素^[15]。围手术期睡眠障碍已被证实是心脏术后谵妄的重要风险因素,患者术后谵妄发生率可达 55%,围手术期睡眠障碍的发生率高达 60%,睡眠质量差、失眠及睡眠呼吸障碍是心脏术后谵妄的主要危险因素^[17]。本病例采用耳穴压豆联合穴位贴敷的中医护理措施,促进患者心功能改善、睡眠障碍减轻及情绪稳定,与上述研究结论基本一致。

在护理效果评估方面,本研究采用心功能分级(NYHA)、匹兹堡睡眠质量指数(PSQI)及广泛性焦虑障碍量表(GAD-7)分别评估患者的心功能状态、睡眠质量及焦虑程度。临床专家共识指出,围手术期管理应采用匹兹堡睡眠质量指数(PSQI)评估睡眠质量,结合广泛性焦虑障碍量表(GAD-7)及临床表现进行焦虑筛查,这种综合评估有助于及早识别高风险患者,为后续个体化干预提供依据。本研究将量表评估与中医证候评价相结合,有助于推动护理评价的量化与标准化进程。但本报告为单一个案观察,缺乏对照组,研究结果可能存在选择性偏倚,尚不能推广至一般患者群体。其次,中医护理技术(如中药贴敷、耳穴压豆)的操作规范、穴位选择标准及疗效评价体系仍需进一步规范化。此外,本研究缺乏远期随访

数据(如半年至1年),未能观察护理干预对再住院率、生存率等远期预后的影响,后续可开展大样本、多中心的前瞻性研究,以进一步验证中西医结合护理模式在心脏术后康复中的综合价值。

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] 杨剑,刘洋. 经导管主动脉瓣置换操作指南手册[M]. 化学工业出版社, 2022.
- [2] Wronski S L, Mordin M, Kelley K, et al. The role of noninvasive endpoints in predicting long-term outcomes in pulmonary arterial hypertension[J]. *Lung*, 2020, 198(1): 65–86.
- [3] Spitzer R L, Kroenke K, Williams J B, et al. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7[J]. *Arch Intern Med*, 2006, 166(10): 1092–1097.
- [4] Khazaie H, Najafi F, Ghadami M R, et al. Sleep disorders in methadone maintenance treatment volunteers and opium-dependent patients [J]. *Addict Health*, 2016, 8(2): 84–89.
- [5] 王文月,杨艳春,刘彤,等. 基于无创血流动力学监测指导心衰患者实施精准化容量管理效果研究[J]. 中文科技期刊数据库(全文版)医药卫生, 2024(2): 105–108.
- Wang W Y, Yang Y C, Liu T, et al. Study on the effect of accurate volume management based on non-invasive hemodynamic monitoring in patients with heart failure [J]. *Chinese Science and Technology Journal Database (Full Text) – Medicine and Health*, 2024(2): 105–108. (in Chinese)
- [6] 国家心血管病专家委员会护理专业委员会,马艳,吴荣,等. 左心室辅助装置植入患者术后护理专家共识[J]. 中华护理杂志, 2024, 59(14): 1687–1690.
- National Committee for Cardiovascular Diseases – Nursing Professional Division, Ma Y, Wu R, et al. Expert consensus on postoperative care of patients with a left ventricular assistant device [J]. *Chin J Nurs*, 2024, 59(14): 1687–1690. (in Chinese)
- [7] 李娜,姜妍,毛艳丽,等. 外科手术患者术中深静脉血栓预防的最佳证据总结[J]. 中国医药导报, 2024, 21(23): 127–131, 163.
- Li N, Jiang Y, Mao Y L, et al. Summary of the best evidence for intraoperative prevention of deep vein thrombosis in surgical patients [J]. *China Med Her*, 2024, 21(23): 127–131, 163. (in Chinese)
- [8] 郝晓阳,石凤梧. 经导管主动脉瓣置换术并发症相关研究进展[J]. 心血管病学进展, 2025, 46(9): 792–795.
- Hao X Y, Shi F W. Complications related to transcatheter aortic valve replacement [J]. *Adv Cardiovasc Dis*, 2025, 46(9): 792–795. (in Chinese)
- [9] 张璐,李杰,廖瑶姬,等. 46例经心尖经导管主动脉瓣置换术后患者并发症观察与护理[J]. 护理学报, 2024, 31(17): 66–68.
- Zhang L, Li J, Liao Y J, et al. Observation and nursing care of 46 patients with complications after transapical and transcatheter aortic valve replacement [J]. *J Nurs China*, 2024, 31(17): 66–68. (in Chinese)
- [10] 郑毅隼,罗哲. 从重症监护角度思考普通外科围手术期静脉血栓栓塞症防治[J]. 中国实用外科杂志, 2020, 40(5): 527–531.
- Zheng Y J, Luo Z. Prevention and treatment of venous thromboembolism in perioperative patients: Thinking from the perspective of intensive care [J]. *Chin J Pract Surg*, 2020, 40(5): 527–531. (in Chinese)
- [11] 于君君,边永彬,刘阳. 中西医结合预防老年髋部骨折围手术期下肢深静脉血栓形成: 评《老年髋部骨折中西医结合精准治疗与管理》[J]. 世界中医药, 2022, 17(21): 3132.
- Yu J J, Bian Y B, Liu Y. Prevention of deep venous thrombosis of lower limbs in perioperative period of elderly hip fracture by integrated traditional Chinese and western medicine: comment on accurate treatment and management of elderly hip fracture by integrated traditional Chinese and western medicine [J]. *World Chin Med*, 2022, 17(21): 3132. (in Chinese)
- [12] 于晓燕,朱文君,王天慈. Orem自护护理联合耳穴压豆对慢性心力衰竭患者自我效能、心理状态及睡眠质量的影响[J]. 武警后勤学院学报(医学版), 2021, 30(6): 138–140.
- Yu X Y, Zhu W J, Wang T C. The effect of Orem self-care nursing combined with auricular points plaster therapy on self-efficacy, mental state and sleep quality of patients with chronic heart failure [J]. *J Logist Univ PAP Med Sci*, 2021, 30(6): 138–140. (in Chinese)
- [13] 郭齐予,胡静文,宋泽. 中医定向透药疗法联合耳穴贴压对膝关节骨关节炎患者疼痛及睡眠质量的影响

- 护理作用[J]. 黑龙江医学, 2025, 49(9): 1135-1137.
- Guo Q Y, Hu J W, Song Z. Nursing effect of directional Chinese medicine penetration therapy combined with auricular point sticking on pain and sleep quality of patients with knee osteoarthritis[J]. Heilongjiang Med J, 2025, 49(9): 1135-1137. (in Chinese)
- [14] 高欣, 翁峰霞, 桑明, 等. 3例经心尖行二尖瓣瓣中瓣手术老年患者的护理[J]. 中华护理杂志, 2022, 57(23): 2912-2916.
- Gao X, Weng F X, Sang M, et al. Nursing care of 3 elderly patients undergoing mitral valve Median valve surgery at the cusp of the heart after mitral valve replacement surgery[J]. Chin J Nurs, 2022, 57(23): 2912-2916. (in Chinese)
- [15] 何姿. 子午流注指导下耳穴压豆治疗心脏术后患者失眠的护理体会[J]. 实用临床护理学电子杂志, 2019, 4(40): 31.
- He Z. Nursing experience of auricular point pressing bean under the guidance of meridian flow injection in the treatment of insomnia after cardiac surgery[J]. Electron J Pract Clin Nurs Sci, 2019, 4(40): 31. (in Chinese)
- [16] 郭艺贞, 石磬, 卢清华, 等. 耳穴压豆结合穴位贴敷在心脏外科术后患者中的应用[J]. 心血管病防治知识(学术版), 2018, 8(12): 63-64.
- Guo Y Z, Shi Q, Lu Q H, et al. Application of auricular point bean pressing combined with acupoint application in patients after cardiac surgery[J]. Prev Treat Cardiovasc Dis, 2018, 8(12): 63-64. (in Chinese)
- [17] Varpaei H, Deka P, Robbins L B, et al. Association between perioperative sleep disorders and post-operative delirium in cardiac surgeries: a systematic review and meta-analysis[J]. J Sleep Res, 2026, 35(3): e70241.

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。