DOI：10.12209/CAIM202607280012

·中西医结合临床案例·

1例湿热蕴结型臌胀患者的中西医结合护理报告

石冰清[1]，黄砚萍[2]，董　硕[2]，刘书华[3]，李小娜[1]，何丽丽[1]，王丽蓉[4]

（1. 首都医科大学附属北京中医医院 肝病科，北京，100010；
2. 中国中医科学院西苑医院 脾胃病科，北京，100091；
3. 首都医科大学附属北京中医医院 护理部，北京，100010；
4. 河南中医药大学第一附属医院 脾胃肝胆病科，河南 郑州，450000）

摘要：目的　总结1例湿热蕴结型臌胀患者的分阶段中西医结合护理实践经验。**方法**　结合患者病程演变规律，急性期采用中药塌渍外治干预，缓解期联合中药泡洗与悬空灸开展特色中医护理，恢复期针对性实施饮食指导、运动干预及情志调护，全程贯穿防跌倒、防出血等专项风险管理，动态监测患者体重、腹围、24 h尿量及相关症状变化情况。**结果**　经过18 d规范治疗与护理干预后，患者腹水深度由5.6 cm降至3.0 cm，体重、腹围同步下降，24 h尿量较干预前明显增加；腹胀、喘憋症状评分分别由8分、6分降至0分，下肢水肿程度由2级完全消退；中医证候总积分由18分降至4分，疗效指数达77.8%。**结论**　基于病机演变规律开展的分阶段中西医结合护理模式，可充分落实辨证施护要求、实现精准干预，有效促进湿热蕴结型臌胀患者的临床症状改善，具备临床推广应用价值。

关键词：臌胀病；肝硬化腹水；中药塌渍；悬空灸；中药泡洗

Integrated Chinese and Western Medicine Nursing Report of One Patient with Tympanites of Dampness-Heat Accumulation Syndrome

SHI Bingqing[1]，HUANG Yanping[2]，DONG Shuo[2]，LIU Shuhua[3]，LI Xiaona[1]，HE Lili[1]，WANG Lirong[4]

（*1. Department of Hepatology，Beijing Hospital of Traditional Chinese Medicine，Capital Medical University，Beijing，100010*；
2. Department of Gastroenterology，Xiyuan Hospital，China Academy of Chinese Medical Sciences，Beijing，100091；
3. Department of Nursing，Beijing Hospital of Traditional Chinese Medicine，Capital Medical University，Beijing，100010；
4. Department of Spleen，Stomach，Liver and Gallbladder Diseases，The First Affiliated Hospital of Henan University of Chinese Medicine，Zhengzhou，Henan，450000）

ABSTRACT：Objective　To summarize the practical experience of staged integrated Chinese and Western medicine nursing for one patient with tympanites of dampness-heat accumulation syndrome. **Methods**　According to the progression of the disease，traditional Chinese medicinal infiltration therapy was applied in the acute stage；characteristic TCM nursing including herbal soaking and suspended moxibustion was adopted in the remission stage；targeted dietary guidance，exercise intervention and emotional nursing were carried out in the recovery stage. Special risk management such as fall prevention and hemorrhage prevention was implemented throughout the whole course. The body weight，abdominal circumference，24-hour urine output and related symptoms of the patient were dynamically monitored. **Results**　After 18 days of standardized treatment and nursing intervention，the depth of ascites decreased from 5.6 cm to 3.0 cm，accom-

收稿日期：2026－07－28
基金项目：首都医科大学附属北京中医医院工会委员会（2026-11-C）
通信作者：黄砚萍，E-mail：yunxiaopan@126.com

panied by reductions in body weight and abdominal circumference, and the 24-hour urine output increased significantly. The scores of abdominal distension and dyspnea decreased from 8 points and 6 points to 0 points respectively, and grade 2 lower limb edema subsided completely. The total TCM syndrome score declined from 18 points to 4 points, with a therapeutic index of 77.8%. **Conclusion** The staged integrated Chinese and Western medicine nursing model formulated in accordance with the pathogenesis progression can fulfill the requirements of syndrome differentiation-based nursing and realize precise intervention. It can effectively relieve clinical symptoms of patients with tympanites of dampness-heat accumulation syndrome, which is worthy of clinical promotion and application.

KEY WORDS: tympanites; cirrhotic ascites; Traditional Chinese Medicinal infiltration therapy; suspended moxibustion; herbal soaking

臌胀是以腹部胀大如鼓为核心临床表现的中医病证，多因肝病迁延日久，气血运行瘀滞不畅，水湿浊液停聚于腹中而发病，属于中医“风、痨、鼓、膈”四大顽证之一[1]。现代医学范畴中该病多对应肝硬化腹水，是肝硬化失代偿期临床常见且病情严重的并发症，若干预控制不佳，可引发持续性腹胀、呼吸困难，进一步诱发腹腔感染、电解质紊乱、肝肾综合征等严重不良事件，直接影响患者疾病预后。西医临床主要采用病因针对性治疗、利尿及腹腔穿刺引流等干预手段，虽可在短期内缓解不适症状，但长期干预疗效存在一定局限性。中医药疗法在促进腹水消退、减轻临床症状、降低远期复发风险方面具备明确的特色优势[2-3]。本文总结1例肝硬化腹水患者的中西医结合护理实践经验，在落实常规护理及上消化道出血、跌倒专项风险防控的基础上，结合患者病情动态变化调整中医特色护理干预方案，现将相关内容汇报如下。

1 病例资料

1.1 一般资料

患者女，72岁，主因“发现肝硬化腹水5年，加重伴腹胀10 d”于2026年06月26日收入院。入院症见：腹胀、喘憋、周身乏力、双下肢畏寒、口干不欲饮、双下肢水肿，纳眠尚可，小便量少，大便排出不畅。既往史：2型糖尿病病史6年余，平素空腹血糖控制在8 mmol/L左右，规律口服西格列汀二甲双胍片50/850 mg，1次/d；口服甲钴胺片0.5 mg，3次/d；3年前曾行腰椎手术治疗；40年前曾行阑尾切除术。过敏史：否认药物及食物过敏史。家族史：母亲有糖尿病病史。患者平素性情平和，日常偏好肥甘厚腻类食物，无吸烟、饮酒等不良嗜好。

1.2 体格检查

生命体征：体温（T）36.6℃，脉搏（P）94次/min，呼吸（R）20次/min，血压（BP）115/72 mmHg。

中医四诊：望诊：患者神志清楚，精神状态尚可，面色少华，呈现典型肝病面容，可见双侧肝掌，腹部膨隆，双下肢可见凹陷性水肿，舌质红，舌苔黄厚腻；闻诊：患者语音清晰，呼吸平稳，周身无特殊异常气味；问诊：患者存在腹胀、喘憋、乏力、口干不欲饮、下肢畏寒、小便量少、大便排出不畅等症状，纳眠状态尚可；切诊：脉濡滑，腹部触诊质地偏软，移动性浊音结果为阳性。

1.3 诊断

中医诊断：臌胀病（湿热蕴结证）。辨证依据：患者肝病迁延日久，肝脾功能失调，水液代谢输布失司；叠加长期嗜食肥甘厚味，湿热内生，蕴聚中焦，清浊升降失常，气机壅滞不畅，水湿浊液内停于腹中，结合舌质红、苔黄厚、脉濡滑的舌脉表现，辨证为湿热蕴结证。

西医诊断：肝硬化失代偿期、药物性肝损害、胆汁淤积性肝炎、2型糖尿病、2型糖尿病性周围神经病。

1.4 治疗干预

整体采用中西医结合治疗方案，西医治疗以药物保肝利胆、利尿、提升血小板计数、纠正低蛋白血症及平稳控制血糖等对症支持治疗为主，中医治疗以中药内服清热利湿、攻下逐水为核心，再结合患者实时症状变化，辅以中药塌渍、砭石熨摩中药透入、中药泡洗及悬空灸等中医适宜技术干预，实现健脾利湿、通络消胀的功效。经过18 d规范治疗后，患者相关症状、体征较入院时明显好转，于2026年07月14日顺利出院。

2 护理

2.1 护理评估

2.1.1 一般评估

患者入院时体重71 kg，腹围103 cm，24 h尿量1000 mL，结合其腹胀明显，伴喘憋、乏力、小便量少及大便排出不畅的临床表现，提示机体存在明显水液潴留状态。

2.1.2 腹胀、喘憋症状评估

采用数字评定量表（Numerical Rating Scale，NRS）完成主观症状严重程度评价[4-5]，该量表以0分代表无腹胀/喘憋，10分代表难以忍受的重度腹胀/喘憋。患者入院时腹胀评分为8分，喘憋评分为6分，分别对应重度腹胀与中度喘憋，该评估结果提示腹胀、喘憋为当前阶段最突出的临床症状，需优先开展症状缓解干预与舒适护理。

2.1.3 水肿分级评估

参照《水肿诊治与管理专家共识（2025）》发布的凹陷性水肿分级标准[6]，患者入院时双下肢凹陷性水肿为2级，表现为局部按压后凹陷深度2～4 mm，皮肤凹陷恢复时间10～15 s。

2.1.4 乏力程度评估

采用疲乏严重程度量表（Fatigue Severity Scale，FSS）完成乏力状态评估[7]，该量表共包含9个条目，各条目采用1～7分赋分，总分范围9～63分，总分≥36分提示存在显著疲乏状态，得分越高代表乏力症状越严重；患者入院时该量表评分为60分，提示存在重度乏力表现。

2.1.5 中医证候疗效评估

所有评估症状分为无、轻度、中度、重度4个等级，其中主证按等级分别赋0、2、4、6分，次证按等级分别赋0、1、2、3分，患者入院时中医证候总积分为18分。疗效指数计算公式为：疗效指数=（治疗前积分−治疗后积分）/治疗前积分×100%；疗效判定标准为：临床痊愈指主要症状、体征消失或基本消失，疗效指数≥95%；显效指主要症状、体征明显改善，70%≤疗效指数<95%；有效指主要症状、体征明显好转，30%≤疗效指数<70%；无效指主要症状、体征无明显改善，甚至出现加重，疗效指数<30%，用于评价护理干预后的症状改善效果[1]。

2.1.6 风险评估

2.1.6.1 出血风险评估

患者有5年肝硬化病史，影像学检查提示门静脉增宽伴食管胃底静脉曲张，存在明确门静脉高压相关出血风险[8]。护理过程中重点评估患者皮肤黏膜有无异常出血征象，密切观察牙龈、鼻腔、尿液及粪便的颜色变化，各项护理操作严格把控动作力度，避免人为增加出血风险。

2.1.6.2 跌倒风险评估

患者为高龄人群，合并肝硬化失代偿期，入院时存在乏力、双下肢水肿及腹胀不适表现，且治疗期间需使用利尿药物，活动能力与平衡功能可能受到影响，存在跌倒风险。采用中华护理学会团体标准推荐的Morse跌倒风险评估量表（Morse Fall Scale，MFS）[9]完成评估，该量表判定标准为总分<25分为跌倒低风险，25～45分为跌倒中风险，得分>45分为跌倒高风险。该患者入院时量表得分为45分，判定为跌倒中风险。

2.2 护理诊断

体液过多：与肝硬化失代偿期门静脉高压、低蛋白血症及水液代谢功能障碍直接相关；活动耐力下降：与慢性疾病迁延、腹水进行性增加及重度疲乏状态相关；潜在并发症：出血，存在肝硬化失代偿期及门静脉高压相关的上消化道出血风险；有跌倒的风险：与高龄、乏力、双下肢水肿及利尿治疗后血容量波动等因素相关；有营养失调的风险：与慢性肝病导致营养代谢异常及既往饮食结构不合理相关。

2.3 护理计划

严格遵循中医“急则治标，缓则治本”的治护原则，护理干预措施随患者症状演变动态调整；将防跌倒、防出血等各项安全防护措施贯穿疾病干预全程。急性期以治标为核心：采用中药塌渍疗法改善水湿停聚状态，减轻腹部胀满与喘憋症状，提升患者躯体舒适度。缓解期以标本兼治为核心：在维持中药塌渍利水干预的基础上，加用中药泡洗温通经络，配合艾灸干预与针对性营养支持，改善乏力状态，促进气血化生。恢复期以延续护理、固护根本为核心：巩固脏腑功能，降低疾病复发风险，同步开展中医情志调护、饮食指导与运动干预。

2.4 护理实施

2.4.1 全程风险防控

2.4.1.1 出血预防

针对患者肝硬化失代偿期、门静脉高压伴食管胃底静脉曲张的病情特点，全程强化出血风险管理。指导患者进食软烂易消化的少渣食物，严

格避免坚硬、粗糙及刺激性食物摄入；日常密切观察牙龈、鼻腔及皮肤黏膜有无出血点，重点关注呕吐物及粪便的颜色性状变化；开展静脉穿刺、皮下注射等有创操作时动作轻柔，减少局部组织损伤；维持患者大便通畅，避免用力排便诱发腹压异常升高。

2.4.1.2　跌倒预防

针对患者高龄、乏力、双下肢水肿及利尿治疗期间可能出现体位性低血压的特点，强化跌倒风险防护。向患者及家属开展专项安全教育，指导患者严格遵循起床活动“三部曲”，即醒后静卧30 s、坐起维持30 s、站立停留30 s后再开始行走；保持病区通道整洁无障碍物，日常用品放置于患者便于取放的位置；患者起床、如厕及外出检查时主动提供必要协助；密切观察利尿治疗后患者的尿量变化、血压波动及有无头晕不适等表现。

2.4.2　常规护理

2.4.2.1　体液管理

针对患者腹水、水肿及尿量减少的临床表现，动态监测体液代谢变化：每日固定同一时间点测量体重、腹围，准确记录24 h出入量及尿量变化，同步评估腹胀、喘憋及水肿的严重程度。指导患者日常采取半卧位休息，减轻腹部张力同时改善呼吸困难症状；休息时适当抬高双下肢，促进静脉回流，减轻下肢水肿。

2.4.2.2　饮食护理

给予清淡易消化少渣饮食，严格忌用坚硬、粗糙、辛辣及肥甘厚腻类食物；患者血氨水平处于正常范围，在保障日常营养需求的基础上给予适量优质蛋白摄入，优先选择植物蛋白搭配少量优质动物蛋白，蛋白供给量控制在1～1.2 g/(kg·d)；结合患者实时血钠水平合理调整钠盐摄入，避免过度限盐诱发低钠血症。指导患者采用少量多餐的进食模式，减少易产气食物摄入，减轻腹胀不适。

2.4.2.3　用药护理

遵医嘱落实保肝利胆、利尿与补充人血白蛋白等对症治疗措施。严密观察利尿治疗的效果与相关不良反应，每日记录尿量、体重变化，定期监测血清电解质水平变化，告知患者不可自行调整药物使用剂量。

2.4.2.4　病情观察

每日常规监测生命体征，动态评估患者腹胀、喘憋、水肿及乏力的严重程度，同步观察皮肤黄疸、意识状态变化，警惕肝性脑病的发生。

2.4.3　中医特色护理

2.4.3.1　急性期（第1～10天）：清热利湿、行气利水

患者入院时腹胀症状突出，伴喘憋、双下肢水肿及尿量减少，辨证属湿热蕴结、水湿停聚证。针对患者“腹胀为核心矛盾”的临床表现，在常规利尿、保肝治疗基础上，联合中药塌渍疗法干预，促进水湿运化，改善腹部胀满不适。

中药塌渍组方：铁线透骨草30 g，冬瓜皮30 g，茯苓30 g，猪苓30 g，附片30 g及川芎30 g，水煎浓缩至200 mL。具体操作方法：将无菌纱布垫浸入预热至38～40℃的温热中药液中，充分浸润后外敷于神阙穴周围区域，每日治疗1次，20 min/次。治疗全程密切观察患者局部皮肤的颜色、温度，有无灼热、瘙痒等不适主诉。因患者合并2型糖尿病，肢体皮肤感觉功能存在不同程度减退，操作前后需强化局部皮肤完整性评估，避免低温烫伤及皮肤损伤。

2.4.3.2　缓解期（第11～18天）：温阳通络、健脾扶正

经过前期干预治疗后，患者腹胀、喘憋症状明显减轻，但仍存在双下肢畏寒表现，新增双下肢肌肉痉挛症状。结合患者病机演变特点，即湿热之邪渐退，脾阳不足、经络失养，在维持原有治疗方案的基础上，加用温通经络类中医护理技术干预。

中药泡洗：泡洗组方：艾叶30 g，红花30 g，细辛10 g，花椒30 g，桂枝20 g，川芎10 g，鸡血藤30 g，透骨草30 g及伸筋草30 g，水煎浓缩至200 mL。具体操作方法：每日睡前使用药液泡洗双足，10 min/次，泡洗水温控制在38～40℃。泡洗过程中护理人员协助患者维持舒适体位，全程观察足部皮肤状态与患者耐受程度，治疗后评估患者下肢寒冷感、肌肉痉挛症状的改善情况。

悬空灸：选取双侧足三里穴施灸，每日治疗1次，10 min/次。操作过程中维持艾条与皮肤的适宜距离，以局部温热感舒适、无灼痛感为宜。足三里为足阳明胃经合穴，具备健脾益气、调理气血的功效，契合该阶段患者脾胃功能不足的病机特点，辅助改善乏力与下肢不适症状。

辨证施膳：指导患者适当进食具备健脾利水功效的食物，如黄花菜、冬瓜、鲤鱼、赤小豆、葫芦及玉米须等。推荐食谱：红豆薏苡仁粥、山药饼、冬瓜汤及玉米须茶等。饮食干预过程中同步监测患者血糖水平，合理控制进食总量，避免过食肥甘

厚腻类食物。

2.4.3.3 恢复期(延续护理):扶正固本

辨证施膳:在前一阶段饮食方案基础上,适当增加具备补肾功效的食物摄入,如板栗、枸杞、黑豆等。推荐食谱:板栗烧鸡块、黄芪炖鸡汤、枸杞茶及黑豆粥等。

情志指导:针对慢性肝病患者长期疾病管理过程中易出现焦虑、情绪低落等情绪问题,指导患者每日睡前开展引导性音乐想象训练,30 min/次,播放音量控制在40~60 dB,选取黄砚萍教授编制的干预乐曲《森林漫步》与《海滩漫步》。

运动指导:结合患者年龄与机体恢复状态,指导其循序渐进开展八段锦锻炼,每周至少锻炼3次,20~30 min/次,重点练习“两手托天理三焦”“调理脾胃须单举”“五劳七伤往后瞧”与“背后七颠百病消”4个动作。

2.5 护理评价

2.5.1 一般情况变化

患者干预后体重、腹围较入院时明显下降,24 h尿量较基线水平显著提升,超声检查提示腹水深度由5.6 cm降至3.0 cm,具体指标变化详见表1。

表1 一般情况变化

评估项目	治疗第1天	治疗第10天	治疗第18天
体重/kg	71	62	60
腹围/cm	103	96	91
24 h尿量/mL	1000	2000	1300
腹水深度/cm	5.6	3.1	3.0

2.5.2 症状改善情况

患者腹胀、喘憋、水肿、乏力、下肢畏寒及肌肉痉挛等症状较入院时均得到明显改善,详见表2。患者入院时中医证候总积分为18分,出院时降至4分,疗效指数达77.8%,症状与体征改善效果符合显效判定标准。

表2 症状改善情况

评估项目	治疗第1天	治疗第10天	治疗第18天
NRS(腹胀)/分	8(重度腹胀)	4(中度腹胀)	0(无腹胀)
NRS(喘憋)/分	6(中度喘憋)	2(轻度喘憋)	0(无喘憋)
水肿分级/级	2	1	无水肿
FSS/分	60(重度乏力)	55(重度乏力)	48(重度乏力)

3 结果和随访

患者经过18 d规范中西医结合治疗后,各类症状、体征较入院时明显好转,于2026年07月14日顺利出院。患者出院1周后接受电话随访,由家属代诉患者乏力症状较前进一步改善,进食量明显增加,无腹胀、喘憋等不适主诉,大小便排泄正常,患者本人对本次治疗与护理的整体效果较为满意。

4 讨论

腹水是肝硬化失代偿期最为常见的严重并发症,患者常伴随明显腹胀、下肢水肿、全身乏力及潜在营养风险,同时面临电解质紊乱、肝肾综合征等严重不良事件的发生风险。现有临床指南明确强调,腹水的规范化管理需整合病因针对性治疗、合理限盐、利尿、营养支持及并发症综合防控等多项措施,动态观察患者对治疗方案的应答反应[10]。

中医学范畴中将肝硬化腹水归属于“臌胀”病证范畴,认为该病核心病机多属本虚标实、虚实夹杂,临床治疗与调护过程需根据病程进展及证候演变动态调整干预方案,同时高度重视饮食调护、情志疏导与起居调摄[1]。现代医学与中医学两套理论体系均强调动态评估与综合管理的核心原则,为本病例开展分阶段中西医结合护理提供了充分的理论依据。本例患者肝硬化病程长达5年,年高体虚,疾病本质属本虚;入院时以腹部高度膨隆、大量腹水、双下肢凹陷性水肿、小便量少为核心表现,结合舌质红、苔黄厚、脉濡滑的舌脉特征,湿热内蕴、水湿停聚等标实证候表现尤为突出,因此在现代医学体液精细化管理、专项安全防护及规范化营养管理的基础上,严格遵循中医“急则治标,缓则治本”的治护原则,根据实时症状变化与证候演变规律落实分阶段辨证施护。

本病例的护理实施过程并非对多项中医护理适宜技术的简单叠加,而是根据不同病程阶段的核心护理问题动态调整干预侧重点。急性期患者腹胀、喘憋、水肿及水液潴留表现突出,在常规利尿治疗与体液精准监测的基础上联合中药塌渍外治,干预原则以清热利湿、行气利水为核心;所用塌渍组方中茯苓、猪苓及冬瓜皮等药物具备利水渗湿的明确功效,川芎等药物可发挥活血行气的作用[11];现有既往研究结果显示,中药塌渍等中医外治法作为常规西医治疗的辅助干预措施,已在肝硬化腹水患者的临床照护中得到一定范围的应用[12]。同时,神阙穴是腹部中医外治的常用核心穴位,中药穴位外治技术在肝硬化腹水症状管理领域已具备相应的前期研究基础[13]。

随着腹胀、喘憋及水肿症状逐步改善，进入缓解期后患者仍存在双下肢畏寒表现，新增下肢肌肉痉挛症状，护理干预重点随之转向健脾利湿、温通经络，在原有干预方案基础上加用中药泡洗与足三里悬空灸疗法。已有既往研究证实，中药足浴及艾灸相关干预手段在肝硬化腹水症状管理中具备明确的临床应用价值[14-16]。进入恢复期后，护理核心重点进一步转向饮食指导、运动干预与情志调护，以此促进患者机体功能恢复，强化长期疾病自我管理能力[17-20]。整个护理实施全程根据患者实时症状、证候表现与耐受程度及时调整干预措施，同时兼顾2型糖尿病性周围神经病等基础疾病带来的皮肤损伤风险，充分体现中医护理因时施护、因证施护的核心特色。

本病例以患者核心护理问题为导向，将体重、腹围、24 h尿量等客观量化指标与腹胀、喘憋、水肿、疲乏等主观症状评估结果相结合，根据病情进展与证候演变动态调整护理干预重点，形成“动态评估—辨证分析—分阶段干预—效果评价”的完整护理实施路径，将中医特色护理技术与现代医学体液管理、专项安全防护及出院延续护理有机融合，为湿热蕴结型臌胀患者开展个体化、连续性中西医结合护理提供了可参考的实践范式。

但本报告仅为单病例临床实践总结，患者同期接受西医规范治疗、中药内服及多项护理干预措施，观察到的各类症状与指标改善是综合治疗与护理措施共同作用的结果，无法单独评价单项中医护理技术的独立干预疗效；同时不同患者在病情严重程度、中医证候类型及个体反应性方面存在显著差异，因此本病例的实践结果无法直接推广至所有同类患者。此外，本病例的临床观察与随访时间相对较短，患者远期腹水复发率、长期生活质量及疾病自我管理的远期效果尚未明确，后续仍需通过扩大观察病例数量、延长随访周期并采用标准化结局评价指标，进一步验证该分阶段中西医结合护理模式的临床应用价值与可推广性。

综上所述，中西医结合护理模式可有效辅助改善肝硬化腹水患者的临床症状，能够发挥协同增效、标本兼顾、中西医优势互补的作用；其中，中医辨证施护充分凸显了中医特色护理技术的独特优势，在疾病治疗、并发症预防与全程照护过程中展现出重要的临床应用价值，值得在临床护理场景中进一步推广应用。

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] 中华中医药学会脾胃病分会. 鼓胀中医诊疗专家共识(2023)[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2024, 32(11): 945-951.
Branch of Gastrointestinal Disease, China Association of Chinese Medicine. Expert consensus on traditional Chinese medicine diagnosis and treatment of tympanites (2023) [J]. Chin J Integr Tradit West Med Dig, 2024, 32(11): 945-951. (in Chinese)

[2] 柳镕. 基于数据挖掘探究中药治疗肝硬化腹水的用药规律[D]. 武汉: 湖北中医药大学, 2024.

[3] 孙廷杰, 朱伯扬, 唐广明. 中医药治疗肝硬化腹水的临床研究进展[J]. 中医临床研究, 2026, 18(15): 31-37.
Sun T J, Zhu B Y, Tang G M. Advances in clinical research of traditional Chinese medicine for cirrhotic ascites [J]. Clin J Chin Med, 2026, 18(15): 31-37. (in Chinese)

[4] Yokomichi N, Imai K, Sakamoto M, et al. Feasibility of a fast-track randomized controlled trial of cell-free and concentrated ascites reinfusion therapy for patients with refractory malignant ascites [J]. BMC Cancer, 2022, 22(1): 218.

[5] Leivo-Korpela S, Rantala H A, Lehtimäki L, et al. Management of dyspnea with high-flow nasal air or fan-a randomized controlled crossover trial [J]. J Pain Symptom Manage, 2026, 71(1): 8-15.

[6] 海峡两岸医药卫生交流协会全科医学分会, 浙江省医学会全科医学分会, 浙江省数理医学学会全科未分化疾病专委会, 等. 水肿诊治与管理专家共识(2025)[J]. 中国全科医学, 2025, 28(31): 3861-3878.
General Practice Branch of CrossStraits Medicine Exchange Association; General Practice Branch of Zhejiang Medical Association; General Undifferentiated Disease Professional Committee of Zhejiang Soc, et al. Expert consensus on the diagnosis, treatment, and management of edema (2025) [J]. Chin Gen Pract, 2025, 28(31): 3861-3878. (in Chinese)

[7] Valko P O, Bassetti C L, Bloch K E, et al. Validation of the fatigue severity scale in a Swiss cohort [J]. Sleep, 2008, 31(11): 1601-1607.

[8] 徐小元, 丁惠国, 令狐恩强, 等. 肝硬化门静脉高压食管胃静脉曲张出血的防治指南[J]. 临床肝胆

病杂志，2023，39(3)：527-538.
Xu X Y，Ding H G，Linghu E Q，et al. Guidelines on the management of esophagogastric variceal bleeding in cirrhotic portal hypertension[J]. J Clin Hepatol，2023，39(3)：527-538.（in Chinese）

[9] 苏丽菲，莫敏玲，陈川珍，等. 老年眩晕患者住院期间跌倒感知风险评估及相关因素[J]. 中华老年多器官疾病杂志，2026，25(2)：113-117.
Su L F，Mo M L，Chen C Z，et al. Assessment of fall risk perception and influencing factors in elderly vertigo patients during hospitalization[J]. Chin J Mult Organ Dis Elder，2026，25(2)：113-117.（in Chinese）

[10] 中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会，刘成海，邢枫，等. 肝硬化腹水中西医结合诊疗专家共识(2025年)[J]. 中国中西医结合消化杂志，2025，33(4)：371-381.
Professional Committee on Digestive System Diseases，Chinese Association of Integrative Medicine，Liu C H，Xing F，et al. Expert consensus on integrated traditional Chinese and western medicine diagnosis and treatment of cirrhotic ascites(2025)[J]. Chin J Integr Tradit West Med Dig，2025，33(4)：371-381.（in Chinese）

[11] 国家药典委员会. 2015年版 中华人民共和国药典二部[M]. 北京：中国医药科技出版社，2015.

[12] 李安冬. 中药塌渍配合红外线照射治疗肝硬化腹水的回顾性队列研究[D]. 长春：长春中医药大学，2021.

[13] 石俊豪，赵晨露，李亚东，等. 中药穴位贴敷治疗肝硬化腹水研究进展[J]. 中医学报，2023，38(7)：1459-1467.
Shi J H，Zhao C L，Li Y D，et al. Research progress of Chinese medicine acupoint application in treatment of liver cirrhotic ascites[J]. Acta Chin Med，2023，38(7)：1459-1467.（in Chinese）

[14] 栾嵘，郭恒，李丹丹，等. 肝硬化腹水治疗中托伐普坦联合传统利尿剂的优化策略探讨[J]. 临床药物治疗杂志，2026，24(4)：20-24.
Luan R，Guo H，Li D D，et al. Discussion on optimizing strategy of tolvaptan combined with conventional diuretics in the treatment of cirrhotic ascites[J]. Clin Medicat J，2026，24(4)：20-24.（in Chinese）

[15] 王艳娇. 中药足浴联合内科治疗失代偿期肝硬化腹水的临床观察[D]. 南宁：广西中医药大学，2020.

[16] 彭红叶，王一冲，李磊，等. 基于数据挖掘的针灸治疗肝硬化腹水的选穴规律研究[J]. 中医药导报，2021，27(7)：181-185.
Peng H Y，Wang Y C，Li L，et al. Study on the rule of acupoint selection in the treatment of cirrhotic ascites by acupuncture based on data mining[J]. Guid J Tradit Chin Med Pharm，2021，27(7)：181-185.（in Chinese）

[17] 张蓓. 坝上地区农村老年人衰弱中医证候要素及八段锦干预研究[D]. 北京：北京中医药大学，2023.

[18] 曹云松. 五行音乐联合八段锦治疗抑郁和焦虑障碍的临床研究[D]. 北京：北京中医药大学，2020.

[19] 林红，陆丽芬. 肝硬化患者运动康复疗法的研究进展[J]. 中华护理教育，2021，18(10)：951-955.
Lin H，Lu L F. Research progress of exercise rehabilitation therapy for patients with liver cirrhosis[J]. Chin J Nurs Educ，2021，18(10)：951-955.（in Chinese）

[20] 李萍. 引导性音乐想象训练对慢性阻塞性肺疾病合并焦虑患者的干预性研究[D]. 北京：中国中医科学院，2021.

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。