

# 1 例急性心力衰竭伴子宫脱垂患者的中西医护理体会

杨建盼 贾静宇 王爽 安然 耿胜华

(首都医科大学附属北京中医医院急诊科, 北京, 100010)

**摘要:** 本文总结 1 例 70 岁女性急性心力衰竭(心衰)伴子宫脱垂、非 ST 段抬高型心肌梗死(NSTEMI)、原发性血小板增多症等多系统疾病患者的中西医结合护理经验。护理团队围绕心衰管理、出血风险防控、子宫脱垂护理及中医辨证施护展开干预,包括病情监测、氧疗与呼吸支持、抗凝抗板护理、利尿与容量管理、子宫脱垂创面护理、皮肤感染护理及中药猪苓汤加减辅助治疗等。经积极治疗与护理,患者心衰症状缓解,出血得到控制,病情趋于稳定,好转出院,为同类多系统危重患者护理提供参考。

**关键词:** 急性心力衰竭; 子宫脱垂; 非 ST 段抬高型心肌梗死; 中西医护理

Nursing Experience of a Patient with Acute Heart Failure Complicated by Uterine Prolapse: An Integrated Traditional Chinese and Western Medicine Approach

Yang Jianpan, Jia Jingyu, Wang Shuang, An Ran, Geng Shenghua

(Department of Emergency, Beijing Hospital of Traditional Chinese Medicine, Capital Medical University, Beijing, 100010)

**Abstract:** This paper summarizes the integrated Traditional Chinese and Western medicine nursing experience of a 70-year-old female patient with acute heart failure (HF) complicated by uterine prolapse, non-ST-segment elevation myocardial infarction (NSTEMI), and essential thrombocythemia. The nursing team focused on heart failure management, bleeding risk prevention, uterine prolapse care, and TCM syndrome differentiation. Interventions included condition monitoring, oxygen therapy and respiratory support, anticoagulant and antiplatelet nursing, diuretic and volume management, wound care for uterine prolapse, skin infection management, and adjunctive treatment with a modified Zhuling Decoction. Following active treatment and nursing care, the patient's heart failure symptoms were alleviated, bleeding was controlled, and her condition stabilized, leading to an improved discharge. This case provides a valuable reference for the nursing care of similar critically ill patients with multisystem diseases.

Keywords: Acute Heart Failure; Uterine Prolapse; Non-ST-segment Elevation Myocardial Infarction (NSTEMI); Integrated Traditional Chinese and Western Medicine Nursing

急性心力衰竭(acute heart failure, AHF)是指继发于心脏功能异常而迅速发生或恶化的症状和体征,临床表现以肺淤血、体循环淤血及低心排血量和组织器官低灌注为特征,严重者并发急性呼吸衰竭、心源性休克<sup>[1]</sup>。我国每年新增心衰患者约 300 万例,2023 年患病人数约 1 430 万。心衰患者预后较差,出院后 1 年及 3 年全因死亡率分别高达 13.7%和 28.2%,呈现高发病率、高患病率、高死亡率、高住院率及高经济负担的“五高”特征<sup>[2]</sup>。当合并子宫脱垂、血液系统疾病等基础病时,护理难度显著增加。患者长期子宫脱垂Ⅲ°伴创面破损,易引发感染、出血,同时心衰需严格控制容量、抗凝抗板,两者护理存在矛盾,如何在维持心功能稳定的同时,避免妇科创面出血及感染,是临床护理的棘手难题。中西医结合护理可发挥中医整体观与西医精准护理优势,在改善心功能、缓解症状、控制并发症方面具有重要价值。2025 年 12 月,我科对 1 例此类患者实施了针对性的中医辨证护理,有效平衡了治疗冲突,取得了满意疗效。现将护理经验总结如下。

## 1 临床资料

### 1.1 基本信息

患者赵某,女,70 岁,于 2025 年 12 月 15 日因“间断胸闷胸痛喘憋 1 周,加重 1 天”入院。既往史:右侧乳腺恶性肿瘤术后 21 年,右上肢淋巴回流障碍 2 年;原发性血小板增

多症多年，口服羟基脲治疗；陈旧性脑梗死 3 年；冠状动脉粥样硬化性心脏病、阵发性室上性心动过速、房颤病史 1 年余；反流性食管炎多年。否认高血压、糖尿病、肝炎结核等病史。过敏史：否认药物及食物过敏。

## 1.2 体格检查

入院时生命体征：T 36.5℃，P 80 次/分，R 20 次/分，BP 130/80mmHg。胸闷喘憋、周身水肿，腹软无压痛，双肺呼吸音粗，双下肺呼吸音低，可闻及干湿性啰音。心律不齐，各瓣膜听诊区未闻及杂音。肝脾未及异常，子宫颈及宫体全部脱出阴道口外（III° 子宫脱垂），子宫水肿，表面可见多处破溃，较大处约 2cm×1cm，5 点方向可见裂伤，有新鲜渗血。面部、四肢及胸前皮肤发红，双下肢多发红色斑疹、抓痕及局部破溃。血常规：PLT 814×10<sup>9</sup>/L（危急值），WBC 19.44×10<sup>9</sup>/L，NEUT% 92.5%。心肌标志物：TnI 0.31ng/ml，CK-MB 36.8ng/ml，BNP 4364.8pg/ml。血气分析：pH 7.131，PO<sub>2</sub>52mmHg，PCO<sub>2</sub>74.2mmHg，HCO<sub>3</sub><sup>-</sup>24.2mmol/L。

## 1.3 诊断

西医诊断：急性心力衰竭、非 ST 段抬高型心肌梗死、心房颤动、原发性血小板增多症；子宫脱垂 III° 伴创面出血；肺部感染；II 型呼吸衰竭。中医诊断：心水病。中医辨证：阳虚水泛证。患者为 70 岁老年女性，脏腑功能渐衰，久病耗伤阳气，心阳虚衰，无力推动血行，气机不畅，故见胸闷、喘憋；肾阳虚衰，不能温化水液，水湿内停，是本证的根本病机。

## 1.4 治疗

患者经过美罗培南 0.5g Q12hivgtt 抗感染。心衰治疗：无创呼吸机辅助通气，利尿治疗，减轻心脏负荷；可达龙控制心律失常，美托洛尔控制心室率；硝酸异山梨酯泵入扩冠。抗凝抗板：阿司匹林 + 氯吡格雷 + 依诺肝素，预防血栓，监测凝血功能，泮托拉唑抑酸护胃，谷胱甘肽保肝，枸橼酸钾补钾，皮肤感染予环丙沙星凝胶外用，子宫创面予聚维酮碘消毒、止血处理。中医治疗方面采用配合耳穴埋豆疗法，取内生殖器、肺穴。皮内针治疗，取双侧曲池、足三里穴位。患者经过 24d 的综合治疗与护理，患者胸闷喘憋较前明显好转，可平卧，周身水肿减轻，成功脱离无创呼吸机，过渡至鼻导管吸氧。感染得到控制，心肌损伤标志物下降，心功能趋于稳定。子宫脱垂局部创面渗出减少，未见活动性出血。患者精神、体力逐渐恢复，可自行进食进水，于 2026 年 1 月 9 日好转出院，为后续专科治疗创造了条件。

## 2 护理

### 2.1 护理评估

#### 2.1.1 全身评估

根据患者入院的体格检查、实验室检查及辅助检查结果，结合患者一般情况的评估，本案患者高龄、长期患有慢性疾病。患者入院后给予 ADL 评分为 0 分，重度功能障碍；Morse 跌倒风险评分 75 分，高度危险，Braden 压疮风险评分 12 分，中度危险。

#### 2.1.2 伤口评估

经过伤口造口失禁护理护士首次评估，患者子宫颈及宫体全部脱出阴道口外（III° 子宫脱垂），子宫水肿，表面可见多处破溃，较大处约 2cm×1cm，5 点方向可见裂伤，有新鲜渗血。对该患者采用疼痛视觉模拟量表（VAS）<sup>[3]</sup>评估患者疼痛程度，0 分为无痛或无症状，1-3 分为轻度疼痛，4-6 分为中度疼痛，7-10 分为重度疼痛。该患者疼痛评分为 7 分，属重度疼痛。疼痛评分为 6 分。除此之外，患者因慢性心功能不全急性加重而长时间卧床，并伴有下肢水肿，双下肢多发红色斑疹、抓痕及局部破溃，一般情况差。

#### 2.1.3 喘憋程度评估

于治疗前、治疗后比较分析患者血气分析指标的变化，临床症状明显缓解，有所好转及无任何变化分别表示患者治疗显效、有效及无效<sup>[4]</sup>。患者治疗前血气分析中 pH7.131，氧分压 52mmHg，二氧化碳分压 74.2mmHg 氧饱和度 88%，喘憋不能平卧；治疗后血气分析中 pH 7.40，氧分压 99mmHg，二氧化碳分压 56.4mmHg，氧饱和度 98.9%，喘憋症状较前好转，治疗有效。

#### 2.1.4 心理社会评估

患者高龄、多系统重病，对病情及子宫脱垂手术存在焦虑、恐惧，同时因长期疾病产生疲惫感。采用焦虑自评量表（SAS）<sup>[5]</sup>评估患者焦虑程度，SAS 评分 $\leq 50$ 分为正常或无焦虑；50~60分为轻度焦虑；60~70分为中度焦虑；评分 $> 70$ 分为重度焦虑。本例患者 SAS 评分为 75 分，属重度焦虑。患者住院期间家属陪护，但对疾病认知不足，需加强健康宣教与沟通。

#### 2.2 护理诊断

①**气体交换受损**：与心衰、肺部感染、II型呼衰有关，表现为胸闷喘憋、血氧饱和度下降、血气异常。②**体液过多**：与心功能不全、水钠潴留有关，表现为周身水肿、体重增加、出入量失衡。③**有感染的危险**：与皮肤破损、子宫脱垂创面、肺部感染有关，表现为皮肤红斑破溃、子宫创面渗血、白细胞升高。④**有出血的危险**：与抗凝抗板治疗、子宫创面裂伤、血小板增多症有关，表现为子宫创面渗血、皮肤瘀斑。⑤**焦虑**：与病情危重、担心预后及手术风险有关，表现为情绪低落、烦躁不安。

#### 2.3 护理计划

根据护理评估、诊断结果，制定如下护理计划：①**气体交换受损**：通过氧疗，监测呼吸、血氧、血气，指导有效咳嗽排痰。改善患者喘憋症状。②**体液过多**：通过严格记录 24h 出入量，限制钠盐摄入，遵医嘱使用利尿剂，监测体重、水肿程度、电解质。来改善目标：患者水肿减轻，出入量平衡，体重下降，心衰症状缓解。③**加强皮肤护理**，子宫创面消毒换药，严格无菌操作，监测体温、血常规，合理使用抗生素。来防止皮肤感染。④**通过加强沟通**，讲解病情及治疗方案，鼓励家属陪伴，给予心理支持。来稳定患者及家属情绪，使之能配合治疗与护理。

#### 2.4 护理实施

##### 2.4.1 心衰与呼吸护理

氧疗：初始予无创呼吸机辅助通气，改善 CO<sub>2</sub>潴留，后过渡为鼻导管吸氧（2L/min），监测血气分析，根据结果调整氧疗参数。

体位：协助患者取半卧位，减轻心脏负荷，缓解呼吸困难。

监测：持续心电监护，记录心率、血压、血氧饱和度，每 4h 测量呼吸频率，每日复查血气分析。

排痰：指导患者有效咳嗽，协助翻身拍背，必要时吸痰，保持呼吸道通畅。

##### 2.4.2 容量管理与利尿护理

出入量管理：遵医嘱予患者留置尿管，严格记录 24h 出入量，控制入量，保持出量略大于入量。

利尿剂护理：遵医嘱予布美他尼、呋塞米、螺内酯，观察利尿效果，监测体重（每日晨起空腹测量）、水肿程度，定期复查电解质，及时补钾。

##### 2.4.3 抗凝抗板与出血护理

用药护理：遵医嘱予阿司匹林、氯吡格雷、依诺肝素，观察有无牙龈出血、皮下瘀斑、子宫出血等，监测凝血功能、血小板计数，调整羟基脲剂量。

子宫创面护理：通过多学科会诊，综合皮肤科及妇科医师会诊意见，动态调整子宫创面换药，予 1% 聚维酮碘消毒创面，外用普罗雌烯乳膏，出血多时予云南白药胶囊外用 + 口服止血，避免剧烈活动，防止创面撕裂。

##### 2.4.4 感染与皮肤护理

感染监测：每日测量体温，定期复查血常规，观察肺部啰音、子宫创面分泌物，遵医嘱使用美平抗感染。

皮肤护理：双下肢皮肤红斑破溃处予 5% 聚维酮碘擦拭消毒 + 环丙沙星凝胶外用，避免敷料覆盖，其余皮疹予卤米松三氯生乳膏抗炎，保持皮肤清洁干燥，防止抓挠。

## 2.4.5 中医护理

**2.4.5.1 耳穴埋豆疗法<sup>[6]</sup>**：取内生殖器、肺穴，每日按压 3-5 次，每个穴位按压 30-60 秒，每 3 日更换一次，双耳交替，10d 为一个疗程。操作者需修剪指甲，避免划伤患者耳廓，予患者取舒适体位，告知其操作目的，有轻微酸胀感属正常现象，若患者耳廓有油脂，用干棉签轻轻擦拭干净。用 75%酒精棉签以“螺旋式”擦拭穴位及周围 2cm 范围的耳廓皮肤，待酒精完全挥发，用镊子轻轻夹取耳豆对准目标穴位，缓慢贴上。埋豆后，操作者用拇指指腹轻轻按压胶布上的王不留行籽，力度由轻到重（以患者能耐受的酸胀感为宜，即“得气”感），按压频率为每秒一次，每个穴位按压 30-60 秒，每日按压 3-5 次，每 3 日更换一次，双耳交替（如第 1-3 天埋左耳，4-6 天埋右耳），10d 为一个疗程。

**2.4.5.2 皮内针治疗<sup>[7]</sup>**：取双侧曲池、足三里穴位。核对患者信息，评估皮肤、病情、过敏史，解释操作目的。按医嘱取穴位（如曲池、足三里），定位准确。以穴位为中心，用 75%乙醇由内向外消毒，直径 $\geq 5$ cm，待干。手持皮内针柄，垂直或斜刺入真皮层，胶布固定。指导患者每日自行按压 3~5 次，每次 30~60 秒，力度以酸胀为度。一般留针 1~3 天；取针时消毒后揭去胶布，拔出针具，观察有无红肿、疼痛、出血、感染，记录操作与反应。

**2.4.6 情志调护**：针对患者焦虑情绪，运用中医五行音乐疗法<sup>[8]</sup>，播放徵调或角调音乐以疏肝解郁、安神定志。向患者及家属讲解病情，树立治疗信心。选取足三里、三阴交、内关等穴位进行轻柔按摩，以调节脏腑功能，增强免疫力。

## 2.4.7 心理护理

**沟通**：每日与患者及家属沟通，讲解病情进展、治疗效果及护理注意事项，缓解焦虑情绪。  
**支持**：鼓励家属陪伴，介绍成功案例，增强患者信心，指导患者放松技巧（如深呼吸、听轻音乐）。

## 2.5 护理评价

经过治疗与护理，患者胸闷喘憋缓解，可平卧，血氧饱和度维持在 98%-100%，血气分析  $PCO_2$  降至 50mmHg 左右。患者周身水肿减轻，体重下降，出入量基本平衡，BNP 下降，心衰症状缓解。患者体温正常，白细胞下降，皮肤红斑消退，子宫创面无感染迹象，子宫创面无活动性出血，无皮下瘀斑、牙龈出血，凝血功能稳定。患者住院后情绪稳定，能主动配合治疗与护理，日常生活活动能力较前改善。详见表一及图一。

【表一】疗效评价

项目	治疗前	治疗后
pH	7.131	7.40
P02	52mmHg	99mmHg
PC02	74.2mmHg	56.4mmHg
BNP	4364.8pg/ml	113pg/ml
ADL	0分（重度功能障碍）	60分（轻度功能障碍）
Morse	75分（高度危险）	40分（中度危险）
Braden	12分（中度危险）	15分（轻度危险）
伤口疼痛评分	6分（中度疼痛）	1分（轻度疼痛）
焦虑评分（SAS）	75分（重度焦虑）	50分（正常）

【图一】



### 3 结果和随访

**住院期间:** 患者心衰症状缓解, 水肿减轻, 出血控制, 感染好转, 病情趋于稳定, 于 2026 年 1 月 9 日好转出院, 后续需门诊随访。

**随访计划:** 随访截止至出院后 1 个月, 患者门诊复查各项指标均正常、子宫创面愈合情况较前显著改善; 继续指导患者居家护理 (氧疗、子宫脱垂护理、饮食管理、药物护理等)。

### 4 讨论

本例患者同时存在急性心衰、子宫脱垂、原发性血小板增多症等多系统疾病, 护理存在诸多矛盾: 心衰需利尿减轻容量负荷, 易导致电解质紊乱; 抗凝抗板预防血栓, 却增加子宫创面出血风险; 子宫脱垂需卧床休息, 却易加重肺部感染。护理团队通过精准评估、个体化干预, 平衡各系统护理需求: 如利尿同时补钾, 抗凝时密切监测出血, 子宫脱垂护理中兼顾感染防控, 有效化解矛盾, 保障患者安全。西医护理侧重精准监测、对症干预, 如氧疗、利尿、抗凝等, 快速缓解心衰症状; 中医特色护理操作如耳穴埋豆及皮内针等操作改善患者病情。耳穴埋豆疗法, 取内生殖器、肺穴, 刺激内生殖器穴可理气通络、活血化瘀, 改善心脉瘀阻, 缓解间断胸闷胸痛, 同时减少瘀久化热进一步耗伤阴液。内生殖器穴兼具安神之效, 可辅助平复心神, 减少虚热对心神的扰动<sup>[9]</sup>。患者就诊时以胸闷喘憋为主诉, 肺为“华盖”, 主司呼吸。刺激肺穴可宣降肺气、宽胸理气, 缓解因肺失宣肃导致的喘憋、胸闷, 减少因缺氧加重的虚热内生。患者有周身水肿、小便少, 中医认为“肺为水之上源”, 肺气宣降失常则水液代谢障碍。刺激肺穴能恢复肺的通调水道功能, 促进水湿排出, 减轻水肿, 避免水湿进一步郁而化热。皮内针治疗, 取双侧曲池、足三里穴位<sup>[10]</sup>。患者久病体虚, 气血不和, 易有周身不适、乏力。曲池能调和营卫、疏通经络, 改善气血运行不畅导致的肢体沉重、右上肢肿胀不适。患者纳差, 脾胃运化失常, 气血生化无源, 会进一步加重阴虚。足三里是胃之下合穴, 能健脾和胃、益气养血, 改善食欲, 让患者能通过饮食补充营养, 从根源上改善阴

血不足的状态。足三里能健脾化湿、利水消肿，针对患者因脾虚失运、水湿内停导致的周身水肿、尿少，可促进水湿代谢，减轻水肿，同时改善因水肿带来的胸闷、喘憋加重。

本例患者护理难点在于高龄、多系统重病、基础病复杂，需多学科协作（心内科、血液科、妇科、皮肤科等）。护理过程中，需加强多学科沟通，及时调整护理策略；同时关注患者心理状态，缓解焦虑情绪，提高治疗依从性。中西医结合护理可互补优势，在改善心功能、缓解症状、促进康复方面效果显著，为多系统危重患者提供更全面的护理方案。同时，对于多系统危重患者，应建立个体化护理方案，强化病情监测，发挥中西医结合优势，注重多学科协作，提升护理质量，改善患者预后。

利益冲突声明：作者声明本文无利益冲突。

#### 参考文献

- [1]张惜乐, 闫奎坡, 马会华, 等. 急性心力衰竭动物模型的构建方法及应用现状[J]. 实验动物科学, 2026, 43(02):94-99.
- [2]王华, 李莹莹. 中国心力衰竭防治进展报告（白皮书）[J]. 中国循环杂志, 2026, 41(04):318-342.
- [3]牛志涛. 中医综合护理方案在脾胃虚寒型胃痛患者中的应用[J]. 西部中医药, 2021, 34(10):146-148.
- [4]魏娇娇, 潘璐意, 王懿. 无创呼吸机在急性左心衰竭患者急救中的应用分析 [J]. 海军医学杂志, 2025, 46(4):415-417.
- [5]汪向东, 王希林, 马弘. 心理卫生评定量表手册(增订版)[M]. 北京: 中国心理卫生杂志社, 1999.
- [6]张红红. 耳穴埋豆联合情志疏导八法干预对重症监护室重症肺炎患者的影响[J]. 医疗装备, 2026, 39(02):154-156+160.
- [7]党佳敏. 择时揞针治疗混合痔术后水肿疼痛的临床研究[D]. 上海中医药大学, 2026. DOI: 10.27320/d.cnki.gszyu.2022.000359.
- [8]朱玲彦, 厉宏宽, 赵川, 等. 五行音乐联合穴位操对急诊留观患者负性情绪的影响[J]. 齐鲁护理杂志, 2020, 26(22):103-105.
- [9]雷巧灵, 李擎虎. 耳穴贴压联合新四联疗法治疗心衰加重的疗效观察[J]. 新疆医科大学学报, 2024, 47(6):895-900.
- [10]梁立雪, 霍景山, 杨志林, 等. 大承气汤联合皮内针治疗胃、十二指肠穿孔修补术后肠麻痹临床观察[J]. 中国中医急症, 2024, 33(4):702-705.