1 例胰腺癌癌性疼痛患者联合热奄包与悬空灸的中医护理

黄鹤群　钱婷婷（通讯作者）　姬梦雨

上海中医药大学附属市中医医院 上海 200071

【摘　要】：患者郑某某，性别男，年龄65岁，因“确诊胰腺癌伴肝转移2年余，乏力1周”于2026年5月12日入院。现症：周身存在明显乏力症状，右侧肝区、肋部有隐痛，间或胸闷心慌，食欲差，每日大便5次且不成形。舌苔淡红，苔薄白，脉细。

中医诊断：胰癌（肝郁脾虚证）。西医诊断：①胰头恶性肿瘤；②肝继发恶性肿瘤；③慢性肝病（乙肝）；④胆道感染。护理评估：形体瘦削，依赖轮椅，活动耐力差。中医护理评估：舌淡红苔薄白，脉细。症状评估：肝区隐痛（NRS 2分）、纳差、腹泻（5次/日）、PG-SGA 19分（重度营养不良）。风险评估：癌痛加重、营养失调、跌倒/坠床、压疮。确定护理问题：①疼痛；②蛋白质-能量营养不良；③活动耐力下降；④感染风险；⑤皮肤完整性受损风险。实施辨证施护：①热奄包疗法：加热至60~70℃隔薄毛巾外敷神阙穴，QD，每次20min；②悬空灸：取双侧足三里、三阴交，温和灸每穴10min，QD；③辨证施膳：低脂高蛋白、少量多餐；④辨证施情：正念呼吸与五音疗法缓解焦虑。经2–3周干预，NRS评分由5分降至2分，PG-SGA由19分降至14分，大便次数由5次/日减至2~3次/日，白蛋白由31.8g/L回升至33.5g/L，未发生烫伤或感染等并发症。

【关键词】：胰腺癌;中医护理;肋部隐痛;癌痛

DOI:10.12417/2811-051X.26.13.027

1 病史资料

1.1 一般信息

患者姓名郑某某，性别男，年龄65岁，籍贯上海市，于2026年5月12日入院，发病节气立夏后。

1.2 主诉：确诊胰腺癌伴肝转移2年余，乏力1周。

表1 患者诊疗时间轴

时间	诊疗事件
2023.12	外院超声:胰体部实性团块(MT)
2024.01	腹部CT示胰头MT;PET/CT确认胰头癌;行ERCP及粒子植入术
2024.01–05	化疗(AG方案+瑞利珠单抗)6次后,长期口服中药
2025.11	PET/CT:胰头部肿块仍具肿瘤活性,肝右叶及胰周多发转移
2025.12	行胰体病灶HIFU治疗
2026.01	CT:两肺多发结节、胸腔积液、胆囊壁增厚、腹腔积液
2026.05.12	因乏力入我院治疗

现症：周身存在明显乏力症状，右侧肝区、肋部有隐痛，间或胸闷心慌，食欲差，每日大便5次且不成形。舌苔淡红，苔薄白，脉细。

2 体格检查

一般检查：发育正常，形体消瘦，营养状态一般，神志清楚，精神可，轮椅入院，患者可自主体位，言语对答切题。

专科检查：精神偏弱，呼吸平顺，双肺听诊呼吸音清，心率76次/分，心律齐。腹壁可见手术瘢痕，腹软，中上腹存在按压痛。肝脾肋下未触及，Murphy征阴性，肠鸣音未见异常，双下肢无水肿。

3 辅助检查

2025-11-18行PET-CT检查：胰头部占位，病灶FDG代谢增高，提示肿瘤仍存在活性；肝右叶包膜下转移病灶，待排查；胰周多发淋巴结转移。

2026-01-03行CT检查：双肺多发结节，双侧胸腔积液；胆囊壁增厚，周围有炎性渗出；肠系膜增厚伴多发小结节，腹膜后多发小淋巴结，转移可能性大；合并腹腔积液。

4 护理评估

（1）一般评估：患者体型消瘦，身体营养状况尚可，肢体乏力明显，日常活动需依靠轮椅，整体活动耐力下降。

（2）中医护理评估：望：舌淡红、苔薄白，面色无华，体型消瘦。闻：语言流利，无特殊异味。切：脉细。

（3）症状评估：①疼痛：患者右侧肝胁部存在隐痛，疼痛评分（NRS）2分（轻度），BPI疼痛干扰评分38分。②消化道：患者食欲下降，每日排稀便5次。③心肺：患者时有胸闷、心慌等症状发作。

（4）营养评估：PG-SGA19分，存在重度营养不良）；实验室检查结果白蛋白31.8g/L、前白蛋白128mg/L。

（5）心理情志状态评估：SAS评分58分，处于中度焦虑。

（6）潜在风险评估：①癌性疼痛加剧；②营养失调；③跌倒/坠床；④压疮。

5 治疗方案

西医治疗：予以患者辅酶Q10改善心肌代谢状况；予以醋酸奥曲肽抑制激素分泌；予以胸腺法新增强机体免疫力；联合

应用托伐普坦、螺内脂、托拉塞米以利尿；予以厄他培南实施抗感染治疗；予以比索洛尔维持心率稳定。

中医治疗：穴位贴敷选择患者双侧血海、丰隆、足三里；手指点穴选择双侧阴陵泉、地机、三阴交、太白、合谷；悬空灸选择双侧足三里；耳穴压丸选择肺、脾、肾、交感；热奄包选择神阙穴等穴位。

6 护理诊断/问题

①慢性疼痛——与肝郁气滞、瘀血阻络以及肿瘤侵袭肝包膜等因素有关。

②蛋白质-能量营养不良——与脾胃虚弱、运化失常、食欲下降、肿瘤长期消耗等有关。

③活动耐力下降——与脾虚气血生化匮乏、肿瘤耗损机体气血等有关。

④感染风险——与胆道感染病史、肿瘤晚期免疫低下有关。

⑤皮肤完整性受损风险——与长期卧床、形体瘦削有关。

7 护理目标

短期（1－2 周）：NRS 评分降低≥30%；大便次数≤3 次/日。

中期（2－4 周）：PG-SGA 评分下降≥5 分；SAS 评分降至 50 分以下；白蛋白≥32g/L。

长期（4 周以上）：SF-36 评分≥60 分；延缓恶液质进展。

8 护理措施

8.1 辨证施术

（1）热奄包疗法

原则：温阳散寒，理气消胀，通络止痛。

药物组成：文叶、透骨草、小茴香、花椒、制吴萸、苍术（蜜麸炒）、干姜、蜜炙紫苏子、莱菔子（炒）、芥子（炒）、广藿香。

操作流程：将中药包放入恒温箱进行加热，温度控制在 60~70℃，再使用薄毛巾包裹中药包敷贴神阙穴，单次 20 分钟，每日 1 次。如图 1 所示：

选穴思路：神阙穴属于任脉核心穴位，通过对该穴位进行敷贴可发挥温中散寒、调理脾胃的作用。对中药包进行加热，其温热刺激可促进药效透皮吸收，并配合透骨草、芥子等中药材，还可起到疏通经络、温中止痛的效果[6]。



图 1

（2）悬空灸

原则：健脾益气、疏肝理气、调和肝脾、通络止痛。

选穴：选取双侧足三里，可健脾益气；选择双侧三阴交，可疏肝解郁、调节气机。

操作流程：施以温和灸法，在距皮肤 3~5 厘米处放置点燃的艾条，悬空施灸。每个穴位每次艾灸 10 分钟，总时长不超过 30 分钟，每日 1 次。艾灸结束后，予以患者温米汤饮用，可护脾固胃。

选穴思路：足三里属于足阳明胃经合穴，是保健的关键穴位，通过艾灸该穴位可祛邪扶正、健脾和胃，改善患者食欲下降、体虚等问题；三阴交属于肝、脾、肾三经交会穴，艾灸该部位可疏肝理气、调和气血，可促进患者气血失和的问题得到缓解[7]。

8.2 辨证施情

原则：疏肝理气，调畅情志。

操作流程：对患者进行不评判的倾听，每天 15~20 分钟，并配合回忆疗法，减轻患者的负性情绪。每周开展两次正念呼吸训练，每天早晚各一次，每次 10 分钟。五音疗法：结合五行理论，选择角音曲目，如《姑苏行》，促进患者情绪改善，每天两次，每次 30 分钟[8]。

8.3 辨证施膳

原则：健脾益气、益气养血。

食材：选择低脂、高蛋白的食物，采用少量多餐的饮食方式，将三餐分为 5~6 餐，单次≤200ml。指导患者饮用米汤，增加鱼肉、鸡胸肉、豆腐等优质蛋白质，并严格规避油腻、辛辣、生冷等食物[9]。

8.4 预防与自我保健

并发症预防：患者连续两天每日的排便次数≥4 次，予以焦米汤口服。为预防肛周皮肤糜烂，可在肛周局部氧化锌软膏，做好皮肤保护。

家属指导：向家属讲解疾病加重的危险信号，如持续发热（>38℃）、黑便、意识模糊等。到家属掌握穴位按压技巧，每天对患者的足三里进行按压，每天 5 分钟。

9 护理评价

表 2 护理效果量化评价

评价指标	评估工具	入院时	干预 2 周	变化幅度
疼痛强度	NRS 评分	5 分	2 分	↓60%
疼痛干扰	BPI 评分	38 分	22 分	↓42%
营养状况	PG-SGA 评分	19 分(重度)	14 分(中度)	↓26%
焦虑程度	SAS 评分	58 分(中度)	46 分(正常)	↓21%

大便次数	次/日	5 次	2~3 次	↓50%
白蛋白	g/L	31.8	33.5	↑5.3%
中医证候积分	肝郁脾虚证量表	18 分	12 分	↓33%

注：续表 2。

并发症预防与安全性：未出现烫伤、过敏、皮肤破损等并发症，耐受性良好。

10 病情变化与转归

（1）病情变化：2026 年 05 月 14 日评估 PG-SGA 评分为 19 分，为患者提供个体化营养干预。05 月 28 日患者出现疼痛症状时，肌内注射盐酸布桂嗪肌后，明显缓解。05 月 30 日患者呕吐，约 50ml，胃内容物隐血（+），予以奥美拉唑护胃、甲氧氯普胺进行止吐干预，得到缓解。白蛋白动态变化：血清白蛋白动态波动，05 月 12 日为 31.8g/L，05 月 13 日降为 30.2g/L，05 月 18 日降至 28.5g/L，05 月 29 为 29.0g/L。经过干预后，06 月 05 日回升至 33.5g/L。

（2）转归：患者病情平稳，各项诊疗和护理措施顺利完成，且达到干预目标。对患者持续予以辨证施膳、悬空灸以巩固疗效，并定期复查 PET-CT 及肿瘤标志物，监测病情变化。

11 临床体会

本例患者诊断为晚期胰腺癌合并肝转移，且伴有低蛋白血症、持续性癌痛等并发症，病情较为复杂，护理干预以症状控制、营养支持和疼痛管理为主。通过对患者的核心病机进行分析，选择热奄包联合悬空灸的方案进行干预，以调和脾胃、益气养血。同时，结合辨证施膳、情志调理等综合护理措施，NRS 评分降至 2 分，PG-SGA 降至 14 分，SAS 降至 46 分，可见中医外治法可缓解晚期肿瘤患者的症状、改善营养状态、疏导负性情绪，临床应用价值良好。

11.1 中医外治法在癌痛管理中的优势分析

中药热奄包主要借助药物热力透皮吸收的原理，辨证选穴能够有效缓解患者腹壁肌肉痉挛、腹膜牵拉痛，促使患者疼痛程度明显减轻[6]。在 Li 等[7]等人的研究中提到，艾灸通过调节疼痛相关信号通路，可减少神经炎症、抑制促炎细胞因子，从而降低疼痛程度。同时，在王菲等[4]人的研究分析中表明，在癌痛治疗中应用悬起灸具有显著效果。在黄月怡[10]的研究中证实了，中药热奄包不仅能有效减轻患者的腹痛症状，还可以降低血清淀粉酶水平，促进腹胀症状缓解。本案例创新性地将热奄包与悬空灸联合，形成“内外兼治”体系，发挥协同增效作用。

11.2 与同类案例的比较分析

王灵钧等[6]报道提到，胃肠道恶性肿瘤患者中应用中药热奄包联合穴位温通法，有助于缓解癌性疼痛。在诸多同类研究的基础上，本案例将悬空灸引入胰腺癌患者的疼痛管理中，并对采用 BPI、PG-SGA、SAS 进行多维量化指标进行评估，可提高患者疼痛程度评价的全面性。与刘瑞等[5]共识推荐的中医外治方案相比，本案例所采用的干预操作标准化程度更高，且安全性记录更完整，可推广。

11.3 护理难点与解决方案

护理难点：①患者病证复杂，涉及消化、心血管、免疫多系统；②中医操作需个体化调整；③晚期患者“虚不受补”。解决方案：建立多学科协作机制，采用“小剂量、短时间、渐进式”操作原则，每 2 周动态评估调整方案。

参考文献：

[1] 刘宁宁,崔文婷,慕淑丽,等.胰腺癌的危险因素、诊断和治疗研究进展[J].胃肠病学和肝病学杂志,2026,35(05):770-776.

[2] 何进.胰腺癌疼痛患者疼痛灾难化现状及影响因素分析[J].西藏医药,2026,47(02):77-78.

[3] 陈卓,张爱琴,钱祥.胰腺癌中医证候研究的困境与展望[J].中华中医药杂志,2026,41(04):1152-1156.

[4] 王菲,韩伟钰,孙韬.艾灸联合三阶梯疗法治疗癌性疼痛的网状 Meta 分析[J].中国全科医学,2026,29(09):1203-1211.

[5] 刘瑞,胡佳奇,姜菊玲,等.中西医联合诊疗胰腺癌专家共识(2023 年)[J].中华中医药杂志,2024,39(7):3544-3548.

[6] 王灵钧,刘样.中药热奄包联合穴位温通法缓解胃肠道恶性肿瘤癌性疼痛护理观察[J].护理研究,2026,40(10):1812-1815.

[7] Li Y,Hong E,Ye W,You J.Moxibustion as an Adjuvant Therapy for Cancer Pain:A Systematic Review and Meta-Analysis.J Pain Res. 2023 Feb 17;16:515-525.

[8] 李苏茜,芦琳,唐玲,等.中医五行音乐疗法的研究进展[J].中西医结合护理,2022,8(8):111-115.

[9] 李融融,于康,中国营养学会肿瘤营养管理分会.恶性肿瘤患者康复期营养管理专家共识(2023 版)[J].中华临床营养杂志, 2023,31(2):65-73.

[10] 黄月怡.中药热奄包联合耳穴疗法对慢性胰腺炎患者腹胀腹痛的疗效研究[J].中国现代药物应用,2026,20(8):117-120.