

1 例高龄重症病毒性肺炎患者的护理体会

宁玲娜, 冯雪梅

(中国中医科学院望京医院 呼吸科, 北京, 100102)

摘要: 本研究旨在通过 1 例 86 岁病毒性肺炎患者的治疗和护理经验, 探讨针对高龄重症病毒性肺炎患者的有效护理策略。予患者无创通气治疗、中药内服、中医外治、抗生素治疗及物理治疗的同时, 采取高热护理、呼吸支持、营养支持、安全管理及心理护理等一系列护理措施, 取得良好治疗效果。本案例强调综合治疗与护理在提高高龄重症康复率、减少并发症中的重要性, 以期临床护理实践提供参考。

关键词: 病毒性肺炎; 高龄; 中西医结合护理

Nursing Experience of an Elderly Patient with Severe Viral Pneumonia

NING Lingna, FENG Xuemei

(Department of Respiratory Medicine, Wangjing Hospital, China Academy of Chinese Medical Sciences, Beijing, 100102)

ABSTRACT: This study aims to explore effective nursing strategies for elderly patients with severe viral pneumonia through the treatment and nursing experience of an 86-year-old patient. The patient received non-invasive ventilation therapy, oral administration of traditional Chinese medicine (TCM), external TCM treatments, antibiotic therapy, and physical therapy, along with a series of nursing measures including high fever care, respiratory support, nutritional support, safety management, and psychological care, achieving favorable therapeutic outcomes. This case highlights the importance of integrated treatment and nursing in improving recovery rates and reducing complications in elderly patients with severe conditions, providing a reference for clinical nursing practice.

KEY WORDS: viral pneumonia; elderly; integrated traditional Chinese and Western medicine nursing

甲型 H1N1 流感是临床一种新型的流感病毒, 主要通过呼吸道传播, 具有较强的传染性^[1]。临床症状咳嗽、发热、流涕、鼻塞及全身酸痛等^[2]。高危人群主要集中在妊娠期妇女、儿童、肥胖者以及 65 岁以上老年人^[3]。该人群一旦感染极易发展成为重症病人, 严重者将会进一步发展成为病毒性肺炎等严重并发症, 部分病例可出现病情迅速恶化, 导致呼吸衰竭以及多器官功能障碍, 严重者可导致死亡^[4]。本文总结 1 例高龄重型流感患者的护理现将相关治疗护理经验总结如下, 以期临床护理实践提供参考。

1 临床资料

1.1 一般资料

患者女, 86 岁, 主诉“咳嗽发热 1 d”。患者 1 d 前接触甲流患者后出现咳嗽, 干咳为主, 咳痰无力, 恶寒, 测体温(T)39℃, 头痛, 身痛, 乏力, 为求系统治疗, 于 2025 年 01 月 15 日收入我院呼吸科。患者入院时嗜睡, 呼之可应, 发热恶寒, 无寒战, 头痛身痛, 咳嗽, 干咳为主, 咳痰无力, 口干咽干, 头痛, 身痛, 乏力, 无汗出, 食欲差, 便干, 3 d 一行, 小便黄, 尿量少, 尿频, 无尿急尿痛, 睡眠欠佳, 时有夜间认知障碍。既往高血压、慢性心功能不全、高

脂血症病史,半年前诊断抑郁症,1 年余前患新冠肺炎,双肺遗留少许间质病变。否认药物及食物过敏史。

1.2 体格检查及辅助检查结果

患者为老年男性,营养状态中等,发育良好,呈无力体型,自主体位。查体可见:全身皮肤黏膜无黄染及出血点,浅表淋巴结未触及肿大;头面部检查示双眼睑无下垂,眼球运动正常,球结膜水肿,双侧瞳孔等大正圆,对光反射灵敏;口唇发绀,咽部充血,扁桃体无肿大;双下肢无水肿。神经系统检查发现理解力、计算力、定向力及记忆力均明显减退。生命体征监测显示:体温(T)39℃,脉搏(P)106 次/min,呼吸(R)26 次/min,血压(BP)167/85 mm Hg,未吸氧状态下血氧饱和度 83%。

实验室检查结果显著异常:血常规提示血红蛋白 106 g/L,淋巴细胞绝对值 $0.31 \times 10^9/L$ 伴中性粒细胞百分比 87.7%;炎症指标 C-反应蛋白 131.9 mg/L;甲型流感病毒核酸检测阳性;心功能指标 B 型钠尿肽 2821.87 pg/mL;血气分析(吸氧 3 L/min)示 pH7.21, PaCO₂74.7 mm Hg, PaO₂64.5 mm Hg。影像学检查显示双肺多发斑片状高密度影,心电图示窦性心动过速。中医四诊:患者神志嗜睡,精神萎靡,形体消瘦;呼吸急促浅表,咳嗽;舌红无苔而干,脉细数。综合西医查体与中医辨证,患者呈现热毒壅肺、气阴两伤之证,病情危重。

1.3 诊断

患者老年女性,正气不足,此次外邪首犯肺卫,卫表不舒,正邪交争于表,热壅肺气,肺失清肃,气逆于上,邪热炼液为痰,煎灼津液,至痰粘难咳出,邪热耗气,痰阻中焦脾胃,纳差,四诊合参,本病病位在肺脾,病性属本虚标实,以邪实为主,辨证为痰热壅肺型。中医诊断:风温肺热,证属痰热壅肺;西医诊断:病毒性肺炎,Ⅱ型呼吸衰竭。

1.4 治疗及转归

患者接受中西医结合的综合治疗方案,具体如下:西医治疗方面:呼吸支持治疗:采用无创呼吸机辅助通气(ST 模式, IPAP18 cm H₂O, EP-AP6 cm H₂O, 氧浓度 35%);抗病毒治疗:立即口服玛巴洛沙韦 40 mg;对症治疗:必要时口服对乙酰氨基酚缓释片 0.65 g;抗感染治疗:静脉滴注头孢哌酮舒巴坦钠 3 g(1 次/12 h);液体及电解质管理:每日静脉输注 0.9% 氯化钠注射液 250 mL+10% 氯化钠注射液 30 mL+15% 氯化钾注射液

5 mL;化痰治疗:静脉滴注盐酸氨溴索 45 mg(2 次/d)联合雾化吸入(布地奈德 1 mg+盐酸氨溴索 15 mg, 2 次/d);营养支持:给予肠内营养混悬液(TPF-D)500 mL/d(分次温服)。中医治疗方面:内服汤剂:以清热化痰、益气固表为法,1 剂/d(浓煎 160 mL,分早晚 2 次温服);外治法:采用中药热奄包外敷神阙穴(2 次/d, 30 min/次);物理治疗:2 次/d,机械振动排痰辅助治疗。经过上述综合治疗,患者病情显著改善,表现为体温持续 3 d 稳定在 37℃ 以下,呼吸衰竭症状明显缓解,实验室指标(血常规等)显著好转。患者最终于 2025 年 02 月 06 日康复出院,顺利完成治疗。

2 护理

2.1 护理评估

患者体温过高,咳嗽,咳痰无力,口唇发绀;气息急促而浅表,呼吸频率过快,氧饱和度低;神情萎靡,嗜睡,形体消瘦。听诊双肺呼吸音低,双肺散在干啰音;患者抑郁病史因环境改变以及疾病发生导致内心恐惧,产生焦虑不安心理,夜间认知障碍。

生活自理能力评估采用 Barthel 指数评定量表(barthel index, BI),包括进食、洗澡、修饰、穿衣、大便控制、小便控制、如厕、床椅转移、平地行走、上下楼梯共计 10 项内容。100 分为评分总分,100 分以下即判定为存在日常生活能力(ADL)受损。根据评分分成 4 个等级,生活完全自理为 100 分;61~99 分为轻度 ADL 受损;41~60 分为中度 ADL 受损;评分≤40 分为重度 ADL 受损,评分越低,ADL 越差。患者入院时日常生活能力评分 0 分,生活上完全依赖。压力性损伤评估采用 Braden 压疮风险评估量表(Braden Scale for Predicting Pressure Sore Risk),通过对感知能力、潮湿度、摩擦力等方面的评分,进行压力性损伤发生危险程度分级。患者入院时评分为 11 分,轻度危险。

2.2 护理诊断

结合患者症状,得出如下护理诊断:①体温过高:发热与病毒感染有关;②低效性呼吸型态:与缺氧,呼吸肌无力有关;③气体交换受损:与肺泡通气量不足,呼吸肌疲劳、肺泡弥散功能减退有关;④清理呼吸道无效:与呼吸道分泌物粘稠,患者咳嗽无力有关;⑤营养失调低于机体需要量:与体液丢失较多,营养供给不能满足身体所需有关;

⑥活动无耐力:与呼吸肌受损导致机体缺氧状态有关;⑦皮肤完整性受损的危险:与患者消瘦,活动受限有关;⑧焦虑:与健康状况改变、担心预后有关;⑨潜在并发症:感染性休克、心衰、误吸、与呼吸机相关胃胀气、等潜在并发症风险;⑩有感染危险:与甲流后并发症有关,如继发细菌感染、真菌感染。

2.3 护理目标

根据患者实际及护理诊断结果,制定如下护理目标:①患者体温维持在正常范围内,无发热现象;②维持有效呼吸功能,无创通气人机协调;③患者缺氧和二氧化碳潴留症状得到改善;④保持呼吸道通畅,稀释痰液,患者能够有效地清理气道;⑤降低感染的危险因素;⑥患者全身无水肿,每日能量和营养摄入达到推荐量;⑦患者呼吸肌和活动耐受能力提高;⑧患者无压疮发生;⑨患者焦虑恐惧状态减轻,积极配合治疗;⑩无感染性休克和呼吸衰竭等并发症发生。

2.4 护理措施

2.4.1 体温护理

护理人员密切关注患者热型与体温变化,患者入院第1~3天反复发热,体温波动于37.5~39.5℃。患者发热时,每隔1 h测量体温1次,根据患者体温变化予以相应的护理措施,具体如下:①患者体温高于38.5℃时,遵医嘱给予对乙酰氨基酚0.65 mg口服退热,在退烧过程中,监测生命体征预防脱水性低血压,保持患者全身清洁干燥,及时更换汗湿的内衣裤,注意保暖,避免受凉;②患者体温在上升期37.5~38.5℃时,予患者物理降温,如冷敷、温水擦浴擦拭颈部、腋窝等;③遵医嘱予抗炎,抗感染及补液治疗,观察疗效及不良反应;④准确记录患者出入量,包括显性失水和隐性失水量。患者体温控制在低热到中等热时,每隔4 h测量1次患者体温,密切观察患者心电监护情况;减少药物退热,予患者物理降温联合耳穴刮痧治疗退热,具体如下。

耳朵是多条主要经络汇聚之地,耳部刮痧基于中医基础理论及耳穴全息理论,使用特制的铜砭刮痧工具和特定手法,辅以适量介质,在耳部及其周围进行刮拭。这一过程旨在疏通脏腑经络,调节气血功能,促进人体的阴阳平衡,从而达到治疗的效果^[5]。用耳部专用刮痧板,根据耳穴综合诊断法进行判断,进行耳部刮痧。操作步骤:体位:患者取坐位或侧卧位,充分暴露耳廓。消毒:

75%酒精棉片擦拭耳廓(避免液体流入耳道)。刮拭角度:刮板与皮肤呈30~45°,避免垂直角度导致皮肤破损。手法:方向自下而上(顺应耳廓淋巴回流方向),单程刮拭长度≤1 cm(“寸刮”),耳部通刮后重点刮拭耳尖、肺区、肾上腺及神门穴^[6]。频率:3次/s,总时长≤15 min,1次/d,两耳交替进行,3 d为一个疗程,共两个疗程。力度以患者耳廓潮红、微热为度,禁止暴力刮拭(尤其老年患者皮肤菲薄)。本例患者经治疗感染得到有效控制,体温维持在正常范围。

2.4.2 呼吸支持

根据患者血气分析、呼吸频率、血氧饱和度、痰液性状与疾病特点,制定动态化、阶梯式呼吸支持方案,兼顾治疗效果与患者耐受性。患者入科时PaCO₂74.7 mm Hg, PaO₂64.5 mm Hg, SpO₂90.1%,遵医嘱予无创呼吸机辅助通气。观察患者的自主呼吸频率、节律与呼吸机是否同步,呼吸形态及呼吸困难改善情况,及时监测生命体征的变化及血氧饱和度变化,患者咳痰无力,予患者循径拍背,机械排痰^[7-8]。本例患者护理过程中,采用吉林省日成医用电子器材有限公司多频振动排痰机(型号:PTJ-50020E)进行治疗。利用排痰机排痰叩击头在患者双侧足太阳膀胱经进行自动拍打震动,刺激穴位,协调各脏器机能^[9]。护理人员单手固定患者肩部,另一只手握住仪器把手,将标准叩击头沿患者背部两侧膀胱经从下向上慢慢叩击,每次治疗5 min,2次/d。操作中注意观察患者的面部表情、呼吸、咳嗽、咳痰情况以及有无发绀、憋气、胸闷、呼吸困难、出汗、疲劳等不适。排痰操作后指导患者进行深呼吸及有效咳嗽,必要时给患者吸痰。出院前患者无创通气依赖时间从24 h/d降至2 h/d,可自主咳嗽咳痰,夜间低流量吸氧末梢血氧饱和度即可维持在95%以上。

2.4.3 营养支持

患者病毒性肺炎合并呼吸衰竭是一种全身消耗性疾病合理的营养补充有利于疾病的恢复,支持治疗不够会导致病程延长并出现呼吸机疲劳。早期为兼顾呼吸支持与营养摄入,缩短进餐,遵医嘱予肠内营养乳剂(TPF-D)500 mL/d分次温服,100 mL/次。进餐时予患者半卧位(床头抬高30~45°),餐后仍应保持此体位30 min,禁止翻身,尽量避免吸痰等操作。1周后可给予肠外营养补充^[10],选择软烂、稠厚的食物,合适的一口量进食^[11],少量多餐富含高蛋白、高热量、丰富维生素

的易消化半流饮食,如瘦肉粥、瘦肉汤、鱼汤等优质蛋白的食物和水果。同时配合静脉营养支持补充电解质,静脉补液时,补液量不宜过多,速度 40~60 滴/min,避免加重心肺负担。

患者腹部不适结合中医四诊,辨证属肠腑气滞,遵医嘱予中药热奄包治疗^[12]。中药苏子,小茴香,豆蔻,延胡索,荔枝核组方。方中苏子降气平喘化痰通腑,小茴香为臣药,温经通络,豆蔻行气和中,延胡索活血化瘀、行气止痛,荔枝核行气止痛散结,混以粗盐,在微波炉中高火加热 2 min^[13],取出摇晃散热 30 s,采用红外测温仪实时监测热奄包表面温度($\leq 50^{\circ}\text{C}$)。患者取仰卧位,暴露神阙穴区域覆盖双侧天枢穴,腹部覆盖治疗巾保暖,每 5 min 调整接触面位置,持续治疗 20~30 min。治疗中每 5 min 询问患者感受,观察皮肤潮红程度(正常微红为度),如出现灼痛立即停止。

2.4.4 安全护理

避免局部皮肤受刺激,保持床单位清洁干燥,给予气垫床持续减压护理皮肤,一般 1~2 h 协助患者更换体位一次,协助时应避免拖、拉、推等动作,以防擦伤皮肤。做到勤观察、按摩、勤整理、勤翻身、勤擦洗及勤更换。使用无创呼吸机时,面部给予泡沫敷料衬垫^[14],及时清除口鼻腔分泌物保持呼吸道通畅。患者夜间时有认知障碍,使用床栏预防坠床。予患者半坐位,减少呼吸道压力。监测血氧饱和度,确保患者的血氧饱和度在正常范围内。每日记录出入量,严格控制液体摄入量在 1500 mL 以内,夜间巡视时重点关注患者的呼吸情况,及时发现并处理心衰加重的迹象。

2.4.5 心理护理

家属参与护理,指导家属通过视频通话或床边陪伴,给予情感支持;鼓励家属协助喂食、擦洗等生活护理,增强患者安全感。在医师指导下,逐步增加床旁坐立、肢体活动时间,提升对康复的掌控感。夜间认知障碍管理,夜间保持柔和地灯照明,避免强光刺激;减少夜间护理操作,保持环境安静。日间多与患者交流,询问患者感受,控制午睡时间,减少昼夜颠倒风险。

2.4.6 健康教育

指导患者无创通气时闭口用鼻,呼吸每 2~4 h 放松面罩并检查皮肤,使用泡沫敷料保护骨突处。针对疾病相关的知识,帮助患者及家属理解病毒性肺炎、呼吸衰竭及基础疾病的病理机制与日常管理要点。掌握呼吸训练、药物管理及营养

支持等技能,预防并发症。缓解焦虑抑郁情绪,增强家庭支持系统的照护能力。同时,进行药物管理教育,详细说明各种药物的名称、用途、剂量、服用频次以及可能的副作用,确保患者和家属能正确使用药物。定期询问患者及家属对疾病、治疗和护理的理解程度,及时解答疑问。出院前指导患者及家属坚持家庭氧疗,呼吸机 2~4 h/d,呼吸机接氧 3 L/min,勿自行调整治疗参数,鼻导管低流量吸氧维持 SpO_2 在 90% 以上。营养支持少食多餐,进餐取坐位,高蛋白、低糖、低脂饮食,避免产气食物,呛咳立即停止进食。指导家属循径拍背,用药遵医嘱服药,告知家属紧急就医指征。

3 结果和随访

患者住院期间积极配合治疗,经积极治疗与护理后疗效显著,出院时患者体温正常,ADL 评分为 40 分,Braden 为 18 分,呼吸功能明显改善,已于 2025 年 02 月 06 日出院。住院期间通过对患者实施全面的系统管理、个性化的护理措施、安全性的保障、多学科协作以及动态调整,为患者提供全方位的护理支持。责任护士分别于出院后 1 周、4 周进行随访。1 周回访,家属告知患者遵医嘱服药,坚持家庭氧疗,无明显不适或并发症,药物依从性良好,患者未发生复发感染;4 周回访家属告知患者可在家人搀扶下每日下床活动两次,10 min/次。

4 讨论

随着人口老龄化加剧,高龄(≥ 80 岁)患者成为重症甲流肺炎的高危人群,易进展至急性呼吸衰竭。本案中患者基础疾病复杂(如多脏器功能减退、免疫功能受损)、合并症多样(认知障碍、抑郁等),成为临床治疗与护理的难点。本案在“生物—心理—社会”医学模式下,依据老年患者多病共存、身心需求多元的特点。针对本案呼吸衰竭患者,无创通气护理需平衡“呼吸支持效果”与“皮肤损伤、人机对抗”风险;心理照护需关注认知障碍对治疗依从性的影响(如误吸、坠床风险)。然而,现有指南对中西医结合护理的规范较模糊,缺乏“传统医学舒适度干预+现代医学循证支持”的标准。

本病例运用中西医结合个性化护理降低药物依赖,提升老年患者生活质量。耳穴刮痧退热,通过神经反射调节,抑制致热因子释放,改善微循

环,调节免疫功能,减少退热药物使用,由此减少药物对老年患者身体的刺激,尤其适合基础疾病复杂、对药物耐受性较差的高龄患者。循径拍背,按足太阳膀胱经背部循行段走向进行拍背,可鼓舞阳气,促进痰液排出,有助于保持呼吸道通畅,减轻呼吸负担,与西医呼吸支持形成互补。

同时,动态随访(1周、4周)精准追踪康复进程,为护理方案调整提供可靠依据。验证中西医结合护理在老年照护中的可行性,通过平衡“高代谢需求与心衰限液”“呼吸支持与皮肤保护”及“认知障碍与治疗依从性”三大矛盾,为同类复杂病例提供“身心同治、中西医协同”的护理范本。但仍然存在显著局限性:高龄患者个体差异大,本案例的护理策略难以直接复制到所有同类患者;中西医结合护理的效果评价,缺乏长期、多中心数据验证,且“个性化护理决策”依赖医护经验,尚未形成标准化流程。因此,本病例结果仅为临床复杂案例护理提供思路参考,不代表普遍适用结论。未来需构建中西医护理效果综合评价体系,结合循证医学验证传统护理技术的临床价值,推动老年重症护理向“精准化、个性化、整合化”发展。

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] 刘慧,焦芹芹,贺宏杰,等. 甲型H1N1流感病毒感染致病候选基因的鉴定[J]. 中华医院感染学杂志, 2024, 34(4): 481-488.
LIU H, JIAO Q Q, HE H J, et al. Identification of candidate genes for pathogenicity of influenza A H1N1 virus infection [J]. Chin J Nosocomiology, 2024, 34(4): 481-488. (in Chinese)
- [2] JAIN S, KAMIMOTO L, BRAMLEY A M, et al. Hospitalized patients with 2009 H1N1 influenza in the United States, April-June 2009 [J]. N Engl J Med, 2009, 361(20): 1935-1944.
- [3] CHENG P W, ZHAI K, HAN W J, et al. Characterizing the antigenic evolution of pandemic influenza A (H1N1) pdm09 from 2009 to 2023 [J]. J Med Virol, 2024, 96(5): e29657.
- [4] OHMIT S E, THOMPSON M G, PETRIE J G, et al. Influenza vaccine effectiveness in the 2011-2012 season: protection against each circulating virus and the effect of prior vaccination on estimates [J]. Clin Infect Dis, 2014, 58(3): 319-327.
- [5] 陈青萍, 张晓莹, 李思宏, 等. 了解耳部刮痧联合耳穴压豆治疗[J]. 人人健康, 2024(25): 82.
CHEN Q P, ZHANG X Y, LI S H, et al. To understand the treatment of ear scraping combined with auricular point pressing bean [J]. Health EVERYONE, 2024(25): 82. (in Chinese)
- [6] 黄丽春. 耳穴诊断彩色图鉴[M]. 北京: 科学技术文献出版社, 2008.
- [7] 中华医学会呼吸病学分会感染学组. 中国成人医院获得性肺炎与呼吸机相关性肺炎诊断和治疗指南(2018年版)[J]. 中华结核和呼吸杂志, 2018, 41(4): 255-280.
Infection Group of the Chinese Thoracic Society, Chinese Medical Association. Guidelines for diagnosis and treatment of hospital-acquired pneumonia and ventilator-associated pneumonia in China (2018 edition) [J]. Chin J Tuberc Respir Dis, 2018, 41(4): 255-280. (in Chinese)
- [8] 武亮, 郭琪, 胡菱, 等. 中国呼吸重症康复治疗技术专家共识[J]. 中国老年保健医学, 2018, 16(5): 3-11.
WU L, GUO Q, HU L, et al. Chinese Expert Consensus on Rehabilitation Therapy for Severe Respiratory Diseases [J]. Chin J Geriatr Care, 2018, 16(5): 3-11. (in Chinese)
- [9] 袁冰华, 孔维维, 陈雅玲, 等. 排痰机结合循经法拍背在AECOPD患者中的排痰效果分析[J]. 内科, 2016, 11(5): 727-728.
YUAN B H, KONG W W, CHEN Y L, et al. Analysis of expectoration effect of expectoration machine combined with back patting along meridian in patients with AECOPD [J]. Intern Med, 2016, 11(5): 727-728. (in Chinese)
- [10] 中国老年医学学会呼吸病学分会. 老年肺炎临床诊断与治疗专家共识(2024年版)[J]. 中华结核和呼吸杂志, 2025, 48(1): 18-34.
The Respiratory Disease Branch of the Chinese Society of Geriatrics. Expert consensus on clinical diagnosis and treatment of senile pneumonia (2024 edition) [J]. Chin J Tuberc Respir Dis, 2025, 48(1): 18-34. (in Chinese)
- [11] KYODO R, KUDO T, HORIUCHI A, et al. Purified diets containing a gelling agent to reduce the risk of aspiration in elderly patients with moderate to severe dysphagia: a randomized, crossover trial [J]. Medicine, 2020, 99(31): e21165.
- [12] 杨寅芳, 刘宇. 中药热敷结合脐贴在ICU机械通气

- 患者腹胀护理中的应用[J]. 四川中医, 2020, 38(8): 203-206.
- YANG Y F, LIU Y. Application value of traditional Chinese medicine hot compress combined with navel plaster in the nursing of abdominal distension in ICU patients with mechanical ventilation [J]. J Sichuan Tradit Chin Med, 2020, 38(8): 203-206. (in Chinese)
- [13] 华玉玲, 张雷. 中药热奄包治疗无创呼吸机致腹胀的临床研究[J]. 医学食疗与健康, 2022, 20(14): 33-35, 39.
- HUA Y L, ZHANG L. Clinical study on the treatment of abdominal distension caused by non-invasive ventilator with traditional Chinese medicine Reyanbao [J]. Med Diet Health, 2022, 20(14): 33-35, 39. (in Chinese)
- [14] 万晶, 黄洁, 陈热花. 基于 Braden 评分棉纱口罩与非粘性泡沫敷料预防无创呼吸机鼻面部压疮的效果对比[J]. 中国当代医药, 2022(12): 155-158.
- WAN J, HUANG J, CHEN R H. Comparison of the effects of cotton gauze mask and non-sticky foam dressing on preventing nasal and facial pressure ulcers of non-invasive ventilator based on Braden score [J]. Contemporary Chinese Medicine, 2022(12): 155-158. (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 4.0 BY-NC-ND)许可协议, 作者可在其他媒体再次发表。