

1 例老年重症肺炎合并多系统疾病的护理查房案例

王 薇

(北京市健宫医院 急诊科, 北京, 100054)

摘要: 本文探讨中西医结合护理查房对老年重症肺炎合并多系统疾病患者的护理效果。通过详细分析 1 例 79 岁老年患者的护理查房过程, 系统展示如何综合运用中西医护理知识制定并实施个性化护理方案。研究表明, 通过穴位贴敷、耳穴压丸及中药热奄包等中医护理适宜技术的应用, 该患者在住院期间病情得到显著改善, 临床症状明显缓解, 康复进程加快, 护理满意度显著提升。中西医结合护理查房模式充分整合中西医护理的各自优势, 能够为老年复杂疾病患者提供更全面、更优质的护理服务, 具有重要的临床应用价值。

关键词: 重症肺炎; 多系统疾病; 中西医结合; 个性化护理

Nursing Ward Round Case of an Elderly Patient with Severe Pneumonia Complicated by Multisystem Diseases

WANG Wei

(Department of Emergency, Beijing Jiangong Hospital, Beijing, 100054)

ABSTRACT: This article explores the nursing efficacy of integrated traditional Chinese and Western medicine (TCM-WM) ward rounds for elderly patients with severe pneumonia complicated by multisystem diseases. Through a detailed analysis of the nursing ward round process for a 79-year-old patient, it systematically demonstrates the development and implementation of a personalized nursing plan by comprehensively applying TCM and WM knowledge. The results indicate that the application of TCM nursing techniques, such as acupoint sticking, auricular acupressure, and herbal hot compress packs, significantly improved the patient's condition during hospitalization, alleviated clinical symptoms, accelerated recovery, and enhanced nursing satisfaction. The integrated TCM-WM nursing ward round model effectively combines the strengths of both approaches, providing more comprehensive and higher-quality care for elderly patients with complex diseases, demonstrating significant clinical value.

KEY WORDS: severe pneumonia; multisystem diseases; integrated traditional Chinese and Western medicine; personalized nursing

重症肺炎(severe pneumonia, SP)是由肺组织炎症进展导致的以呼吸衰竭和多器官功能障碍为主要临床表现的疾病,病死率高达 30%~50%^[1]。该病具有高发病率、高危害性及高死亡率等特点,一旦发病需立即采取紧急抢救措施,以降低死亡风险并改善患者预后。在临床实践中,重症肺炎合并呼吸衰竭确诊后,需迅速启动多维度治疗方案,包括精准药物干预、呼吸支持及生命体征监护等综合策略,旨在阻断炎症风暴蔓延并促进受损肺组织修复^[2-4]。中医学将此类病症归为“喘证”范畴,认为肺脏娇嫩,易受外邪侵袭而化热,导致痰热壅肺,故治疗上以清肺化痰为核心原

则。本文通过分析 1 例老年重症肺炎合并多系统疾病患者的中西医结合护理查房案例,探讨如何融合中医护理理念(如辨证施护)与西医护理技术,通过多学科协作制定个性化护理方案,从而提升护理质量与临床疗效。

1 临床资料

1.1 一般资料

患者男性,79 岁,主诉“咳嗽、喘息半月,加重 6 d”于 2024 年 09 月 21 日 20:14 入院。自发病以来,患者精神状态差,食欲不振,睡眠尚可,活动能力减退,大便偏稀,尿量正常。既往史:2 型糖尿

病 10 年、慢性阻塞性肺疾病 9 年、高脂血症多年、高血压病 6 年、脑出血后 6 年,间断口服药物对症治疗。

1.2 查体

体格检查:体温(T)36.6℃,脉搏(P)78 次/min,呼吸(R)20 次/min,血压(BP)113/76 mm Hg;患者呈昏睡状态,疼痛刺激可见肢体活动,但不能沟通、对答;双肺呼吸音粗糙,左下肺呼吸音减弱,双肺可闻及湿啰音;心律齐,各瓣膜听诊区未闻及病理性杂音;腹部柔软,全腹无明确压痛点,双下肢可见可凹性水肿。

辅助检查:胸部 CT 提示左下肺炎伴左侧胸腔积液;血常规示白细胞升高($11.44 \times 10^9/L$)、中性粒细胞比例增高($8.56 \times 10^9/L$)及淋巴细胞减少(18.4%),提示细菌感染可能;炎症标志物 C-反应蛋白显著升高(34.51 mg/L),纤维蛋白原增高(401.2 mg/dL);生化检查显示低白蛋白血症(38.5 g/L)、尿素氮升高(15.65 mmol/L)及高血糖(12.45 mmol/L),提示代谢紊乱与营养失衡;血气分析示代谢性酸中毒(pH 7.21)伴高乳酸血症(1.86 mmol/L),氧分压升高(173.9 mm Hg)与二氧化碳潴留(122.5 mm Hg)提示呼吸衰竭及通气功能障碍。

1.3 诊断

中医诊断:喘证,痰浊阻肺;西医诊断:重症肺炎,Ⅱ型呼吸衰竭,慢性阻塞性肺疾病急性加重,高脂血症,2 型糖尿病,低蛋白血症。

1.4 治疗

入院后患者接受中西医结合治疗,具体包括监护、有创呼吸机辅助通气(后改为无创呼吸机序贯治疗),药物抗炎、化痰及营养支持等综合措施。中医治疗方面采用清热化痰、宣肺平喘方法,并结合中医护理适宜技术,如耳穴压丸、穴位贴敷及中药热奄包治疗,根据辨证选用不同方药。经治疗后患者无不适,心肺腹查体未见新发阳性体征,于 2024 年 10 月 08 日出院。

2 护理

重症中医护理在对危重患者实施护理的过程中,遵循中医学理论和方法,采用中医护理技术和措施进行的专业护理活动,旨在调整患者的阴阳平衡,增强其身体的自我修复能力,促进疾病的恢复^[7]。基于讨论结果,制定中西医结合的护理方案。

2.1 护理评估

责任护士从西医角度对患者进行全面评估,患者呈昏睡状态,疼痛刺激可见肢体活动,不能沟通和应答。 $BMI \geq 23 \text{ kg/m}^2$,MNA-SF 评分 10 分,需行营养支持;功能评定 ADL 指数 0 分,无生活自理能力,完全需要他人照料;Braden 压疮危险评估表得分 10 分,风险程度严重。中医护理人员对患者进行中医评估,患者神色形态表现为少神、面色灰、精神差、体型肥胖及衰惫姿态;语声气味方面不能言语,未及异常气味;舌象脉象为舌体肥大、舌质淡、苔白腻、脉滑。结合中医理论,判断患者为喘证、痰浊阻肺证,存在肺失宣降、痰湿内阻等问题,同时伴有气血不足、脾胃虚弱的表现。

2.2 护理诊断

患者存在气体交换受损、清理呼吸道无效、营养失调、皮肤完整性受损及潜在并发症等护理问题。气体交换受损与肺部感染、通气和换气功能障碍有关;清理呼吸道无效是由于痰液黏稠、咳嗽无力;营养失调低于机体需要量,与疾病消耗、食欲不佳相关;有皮肤完整性受损的风险是由于患者病情危重精神状态差,无自主活动能力,大小便失禁有关;潜在并发症包括感染性休克、多器官功能衰竭、深静脉血栓形成等。

2.3 护理计划

①维持有效氧合,监测动脉血气分析值维持在 $PaO_2 \geq 60 \text{ mmHg}$, $SpO_2 \geq 95\%$;②促进痰液引流,实施雾化吸入 1 次/8 h,机械振动排痰,2 次/d,指导有效咳嗽技巧;③改善营养状态,制定高蛋白肠内营养方案,监测血清白蛋白每周提升 $\geq 5 \text{ g/L}$;④患者在院期间无压力性损伤、医疗器械相关性损伤及失禁性皮炎等情况发生;⑤预防并发症,建立深静脉血栓风险评估表(Caprini 评分 ≥ 5 分时,启用低分子肝素皮下注射),实施感染性休克预警监测(每小时监测尿量及乳酸水平)。通过多学科协作模式,每日进行护理效果动态评估,及时调整干预策略。

2.4 护理措施

2.4.1 气道护理

在呼吸道护理方面,责任护士严格按照西医护理操作规范,协助患者取半坐卧位,每 2 h 翻身拍背 1 次,指导有效咳嗽咳痰,遵医嘱予布地奈德等药物雾化吸入,3 次/d,及时吸痰等,以改善通气功能,提高通气顺畅性,稳定各项生命体征,延缓疾病进展,改善患者预后情况^[5]。有效实施排痰

护理可有效清除患者呼吸道中的分泌物,改善呼吸道中痰液的粘稠程度,降低呼吸阻力,改善患者肺部同换气功能,促使药物充分发挥作用,加快疾病改善速度,提高疾病治疗效^[6]。同时,中医护理人员每天为患者贴敷肺俞、定喘穴位,2 h/次,起到宣肺平喘的作用;进行耳穴压丸,选择脾、胃、三焦、胰及胆等穴位,每隔3 d更换一次耳穴贴,调节脏腑功能,辅助改善呼吸症状。

2.4.2 营养护理

责任护士依据患者营养评估结果,为其制定个体化高蛋白、高维生素及易消化的饮食计划。患者入院初期存在脾胃虚弱、运化功能减弱的情况,在无法自主进食阶段,及时予鼻饲肠内营养混悬液支持。随着病情好转,逐步在饮食中添加山药、薏仁等健脾益胃的食物。同时指导患者使用中药热奄包,1次/d,20 min/次,以促进脾胃运化,增强食欲。

2.4.3 皮肤护理

强化皮肤完整性管理,建立压疮风险动态评估体系,每2 h使用电动翻身床实施30°侧卧位交替。针对医疗器械相关性损伤风险(如无创面罩压迫、电极片黏贴部位),每4 h检查接触部位皮肤弹性及温湿度。实施失禁相关性皮炎预防策略,使用PH中性清洁剂联合无纺布轻柔擦拭,肛周涂抹液体敷料隔绝粪水,对高风险部位(骶尾部、足跟)应用水凝胶或泡沫敷料保护。

2.4.4 其他护理

并发症预防方面护士密切监测患者生命体征,每小时记录1次,发现异常及时报告医生。严格控制输液速度和量,遵医嘱准确使用抗生素。通过监测肝肾功能、凝血功能等指标,预防多器官功能衰竭。为预防深静脉血栓形成,除给予依诺肝素皮下注射外,还指导患者进行肢体被动运动,4~5次/d,20~30 min/次;使用气压驱动治疗,2次/d,30 min/次。同时加强情志护理,患者意识恢复后,积极与患者及家属沟通,缓解其焦虑情绪。

2.5 护理评价

经过17 d护理,患者咳嗽、咳痰及喘息症状明显减轻,呼吸频率和节律恢复正常,血氧饱和度维持在95%以上。患者食欲逐渐增加,营养状况得到改善,血清蛋白水平有所上升。住院期间未发生感染性休克、多器官功能衰竭或深静脉血栓形成等严重并发症。患者及家属对护理工作满意度较高,积极配合治疗和护理。

3 查房实施

3.1 查房目的

本次护理查房紧密衔接个性化护理方案,旨在通过多学科协作实现以下目的:①动态评估患者病情变化,精准优化中西医结合护理措施,持续监测护理效果,及时预判并防控并发症,加速患者康复进程;②系统梳理重症肺炎合并多系统疾病的中西医护理要点与临床思维,提升护理团队对复杂病例的综合照护能力;③强化医护、中西医护理人员间的协作与知识共享,保障护理决策的科学性与全面性。

3.2 查房组织

查房管理团队在科主任与护士长的联合指导下组建,成员涵盖主治医师、护士长、责任组长、中西医结合专科、伤口造口失禁专科以及重症专科护士。在急诊科病区查房过程中,主治医师负责患者的西医病情研判与诊疗方案解读;护士长统筹查房流程与质量把控;责任组长落实患者护理细节汇报;各专科护士从专业维度(如中西医结合护理、伤口管理、重症监护等)提供评估与干预建议,形成多维度协作的查房模式。

3.3 查房实施

3.3.1 医生查体

患者咳嗽、咳痰症状较前明显好转,无发热、恶心、呕吐及喘息;双肺呼吸音粗,未闻及干湿性啰音;心律齐,各瓣膜听诊区未闻及病理性杂音;腹软,全腹无压痛、反跳痛及肌紧张;肠鸣音正常;双下肢无水肿。结合查体结果,医生判断患者感染得到有效控制,整体病情呈好转趋势。

3.3.2 护士护理评估

护士从西医评估与中医辨证两方面开展综合评估:西医维度:①生命体征监测:体温(T)36.8℃,脉搏(P)86次/min,呼吸(R)18次/min,血氧饱和度(SpO₂)97%(无创呼吸机辅助);②功能状态评估:ADL指数30分(进食、个人卫生部分依赖),Braden评分升至14分(中危);③皮肤黏膜评估:面罩压迫部位皮肤完整度良好;④痰液性状记录:由黄稠转为白稀痰,24 h痰量约30 mL;⑤营养状态跟踪:肠内营养耐受量达500 mL/d,未出现腹胀腹泻。中医维度:①中医护理干预效果追踪:耳穴压丸后肠鸣音由2次/min增至4次/min,矢气次数达3~5次/d;中药热奄包应用后四肢末梢温度由32℃升至34.5℃,掌心潮湿度改善。②

中医证候观察:患者神志转清但少气懒言,舌体胖大减轻、苔薄白微腻,脉象由滑转濡;

3.3.3 护理问题复盘与干预优化

结合最初确立的护理诊断结果,复盘当前护理效果并优化干预措施,具体如下:清理呼吸道无效:原措施(雾化、机械排痰、中医穴位贴敷)有效,继续维持;新增呼吸功能训练指导(如缩唇呼吸、腹式呼吸),助力患者逐步恢复自主排痰能力。营养失调(低于机体需要量):肠内营养耐受良好,在原有健脾益胃饮食基础上,增加优质蛋白摄入指导(如鱼肉、鸡蛋羹等易吸收食材),并持续监测血清白蛋白水平。有皮肤完整性受损的风险:压疮风险降低,继续执行原有皮肤护理方案(翻身、器械部位评估、失禁防护),重点关注患者活动量增加后(如部分自主活动)的皮肤受力变化。

3.3.4 健康教育

疾病认知:向患者及家属解释“重症肺炎与基础疾病(糖尿病、慢阻肺等)相互影响”的机制,指导家属识别“咳嗽加重、呼吸急促”等病情反复的早期信号。自我照护技能:示范并指导家属掌握家庭版穴位按摩(如按揉内关、足三里穴,2次/d,5 min/次),辅助调理脏腑功能;讲解居家翻身、拍背的正确手法,为出院后护理做准备。心理与社会支持:鼓励患者参与简单的康复活动(如床边坐起、缓慢活动肢体),增强康复信心;与家属沟通,强调“情感支持对患者康复的积极作用”,指导家属通过陪伴、聊天等方式缓解患者可能的焦虑情绪。

3.3.5 人文关怀和整体护理理念体现

落实“以患者为中心”的护理理念,开展以下工作:个性化沟通:针对患者当前神志转清但体力仍弱的特点,采用“简短、鼓励性”的语言交流,同时观察患者眼神、肢体动作等非语言信号,及时回应舒适需求(如调整体位、饮水等)。家属赋能进阶:除基础照护技能培训外,分享患者每日微小进步(如痰液减少、能短暂配合指令),增强家属对护理效果的信心;指导家属记录患者饮食、睡眠、症状变化等情况,便于出院后精准反馈给社区或复诊医生。多学科护理协作可视化:向患者及家属介绍“中西医结合护士、伤口专科护士”等不同角色的护理重点,让其理解“多专业协作保障康复”的意义,提升对护理工作的认可度。

3.3.6 患者/监护人主观感受

通过结构化访谈与满意度调查发现,患者主诉身体不适减轻,护理治疗效果明显。家属特别

提及“阶梯式赋能教育”使其掌握叩背排痰、穴位按摩(内关、足三里)等中西医结合护理技能,家属满意度100%。

3.3.7 潜在问题与解决方案

在本案例中,尽管通过全面的护理措施取得显著的护理效果,但仍存在一些未解决或潜在的护理重点和难点问题。针对“长期卧床可能致肌肉萎缩/关节僵硬”“家属心理压力累积”等潜在问题,制定以下方案:康复预防:由重症专科护士与责任护士协作,增加被动运动频次(从4次/d增至6次/d,15 min/次),并在患者体力允许时,指导其进行小范围主动运动(如握拳、抬腿);其次,为家属提供心理支持和辅导,帮助他们建立积极的应对机制,缓解心理压力,建立“家属沟通群”,便于其随时咨询护理疑问,及时缓解焦虑;最后,加强多学科团队协作,定期评估患者状况,及时调整护理计划,确保患者得到最优质的护理服务。

3.4 查房评价

本次查房通过“医护协同评估—护理问题复盘—多专业干预优化—人文关怀深化”的流程,实现以下效果:护理方案优化:将中医“健脾化痰”理念与西医“呼吸功能训练、营养支持”更紧密结合,使护理措施更贴合患者现阶段“痰浊渐消、正气待复”的病情特点。团队能力提升:中西医护理人员在查房中分享“穴位贴敷对排痰的辅助作用”“肠内营养联合中药热奄包改善脾胃功能”等经验,强化跨专业知识融合。患者与家属反馈:患者对中医护理技术(耳穴压丸、热奄包)接受度高,家属通过“阶梯式赋能教育”掌握更多照护技能,满意度达100%。同时,查房也暴露出需改进的方向,具体如下:①需进一步规范中医适宜技术的操作流程与效果评价标准;②应建立更系统的“中西医结合护理效果量化评估工具”,为后续病例的护理决策提供更精准依据。

4 讨论

老年病人免疫功能较弱,在身体合并多种疾病的情况下,肺炎早期症状往往并不明显,临床重视程度较低,而随着病情的迅速发展,呼吸衰竭等相关并发症会相继出现,严重威胁病人预后生存质量。因此,对老年重症肺炎病人的早期诊治和改善预后成为临床难点,且有研究指出,老年重症肺炎病人的诊治时间决定其预后生存情况^[8-10]。在老年重症肺炎合并多系统疾病患者的护理实践

中,中西医结合护理查房模式显示出其独特的优势。该模式通过全面的护理评估、多学科团队的深入讨论以及个性化护理方案的制定与执行,有效缓解患者的临床症状,预防并发症的发生,显著提升患者的康复效果和生活质量。鉴于此,建议在临床护理领域进一步推广中西医结合护理查房模式,并致力于培养具备中西医结合护理能力的专业人才,为老年复杂疾病患者提供更为优质的护理服务。

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] 潘攀, 胡青, 程涛, 等. 507例重症肺炎患者气管插管后预后危险因素分析[J]. 医学研究杂志, 2024, 53(5): 108-112.
- PAN P, HU Q, CHENG T, et al. Analysis of prognostic risk factors in 507 patients with severe pneumonia after endotracheal intubation[J]. J Med Res, 2024, 53(5): 108-112. (in Chinese)
- [2] 涂文萍. 多频振动排痰对重症肺炎合并呼吸衰竭患者护理干预研究[J]. 现代诊断与治疗, 2023, 34(12): 1742-1745.
- TU W P. Study on nursing intervention of multi-frequency vibration expectoration in patients with severe pneumonia complicated with respiratory failure[J]. Mod Diagn Treat, 2023, 34(12): 1742-1745. (in Chinese)
- [3] 杨丽琴. ICU呼吸衰竭患者在抢救治疗过程中气道护理效果分析[C]//临床医学健康与传播学术研讨会论文集. 重庆, 2025: 598-601.
- [4] 赵奇, 马文娟. 气道管理小组在重症呼吸衰竭患者护理中的应用效果观察[J]. 智慧健康, 2022, 8(28): 239-242.
- ZHAO Q, MA W J. Effect of airway management group on nursing of patients with severe respiratory failure[J]. Smart Healthc, 2022, 8(28): 239-242. (in Chinese)
- [5] 杨洋, 王志强, 李思, 等. 中西医结合治疗老年重症肺炎合并呼吸衰竭的临床研究[J]. 当代医药论丛, 2023, 21(20): 156-159.
- YANG Y, WANG Z Q, LI S, et al. Clinical Research on the Combined Treatment of Elderly Severe Pneumonia Complicated with Respiratory Failure with Traditional Chinese and Western Medicine[J]. Contemp Med Forum, 2023, 21(20): 156-159. (in Chinese)
- [6] 黄瑞琼. 中西医结合疗法和排痰护理在重症肺炎合并呼吸衰竭治疗中的临床应用研究[J]. 黑龙江中医药, 2024, 53(3): 247-248.
- HUANG R Q. Clinical Application Research of Integrated Traditional Chinese and Western Medicine Therapy and Sputum Drainage Care in the Treatment of Severe Pneumonia Complicated with Respiratory Failure[J]. Heilongjiang J Tradit Chin Med, 2024, 53(3): 247-248. (in Chinese)
- [7] 刘会娟. 重症患者中医护理质量优化途径分析与思考[J]. 中医药管理杂志, 2025, 33(6): 156-158.
- LIU H J. Analysis and Reflection on the Ways to Improve the Quality of Traditional Chinese Medicine Nursing for Critically Ill Patients[J]. J Tradit Chin Med Manag, 2025, 33(6): 156-158. (in Chinese)
- [8] 张晓曦, 王国兴. 老年重症肺炎继发脓毒症休克患者预后不良的危险因素分析[J]. 中国医刊, 2024, 59(3): 333-336.
- ZHANG X X, WANG G X. Analysis of Risk Factors for Poor Prognosis in Elderly Patients with Severe Pneumonia Complicated by Septic Shock[J]. Chin J Med, 2024, 59(3): 333-336. (in Chinese)
- [9] 哈宗兰, 马丽娜, 马琼, 等. miR-146a、miR-127对老年重症肺炎患者临床风险和预后的预测价值[J]. 中国急救复苏与灾害医学杂志, 2022, 17(9): 1194-1197.
- HA Z L, MA L N, MA Q, et al. Predictive values of miR-146a and miR-127 on clinical risk and prognosis in elderly patients with severe pneumonia[J]. China J Emerg Resusc Disaster Med, 2022, 17(9): 1194-1197. (in Chinese)
- [10] 许友松, 杨薛萍, 杨静, 等. 血清D-二聚体、尿素氮与肌酐比值联合C反应蛋白与白蛋白比值对重症肺炎患者院内死亡的评估价值[J]. 现代生物医学进展, 2023, 23(11): 2130-2134.
- XU Y S, YANG X P, YANG J, et al. Value of serum D-dimer and urea nitrogen to creatinine ratio combined with C-reactive protein to albumin ratio in the assessment of in-hospital mortality in patients with severe pneumonia[J]. Prog Mod Biomed, 2023, 23(11): 2130-2134. (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 BY 4.0)许可协议,作者可在其他媒体再次发表。