

DOI: 10.12209/CAIM202504300004

· 中西医结合临床案例 ·

拔罐技术改善 1 例重症肺炎咳嗽症状的护理报告

王燕鹏

(北京市健宫医院 呼吸与危重症医学科, 北京, 100054)

摘要: 总结 1 例重症肺炎患者运用拔罐联合西医药物治疗的临床护理体会。患者入院后, 予抗感染、止咳化痰、营养支持、改善循环等西医综合治疗, 同时结合中医诊断辨证施治, 予疏风散寒类中药汤剂口服及规范化拔罐治疗。护理方面, 重点加强并发症预防护理、营养支持护理及心理护理干预。经治疗与护理, 患者整体症状得到有效控制, 在不吸氧或低流量吸氧状态下动脉血氧分压(PaO_2)稳定在 60 mmHg 以上, 肺通气功能改善, 咳嗽症状明显好转, 未发生严重并发症, 缩短了住院时间, 降低了整体治疗费用, 同时提高了患者对中医护理技术的认可度及对整体护理服务的满意度。患者遵医嘱顺利出院, 出院后定期随访, 短期内疾病未再复发, 对本次住院期间的治疗及护理服务高度认可。

关键词: 拔罐; 重症肺炎; 中西医结合护理

Nursing Report on Cupping Therapy for Alleviating Cough Symptoms in a Patient with Severe Pneumonia

WANG Yanpeng

(Department of Respiratory and Critical Care Medicine, Beijing Jiangong Hospital, Beijing, 100054)

ABSTRACT: This report summarizes the clinical nursing experience of a patient with severe pneumonia treated with cupping therapy combined with Western medication. Upon admission, the patient received comprehensive Western medical treatment, including anti-infection therapy, antitussive and expectorant agents, nutritional support, and circulation improvement, alongside TCM syndrome differentiation. The patient was prescribed oral decoctions for dispelling wind-cold pathogens and standardized cupping therapy. Nursing interventions focused on complication prevention, nutritional support, and psychological care. After treatment, the patient's symptoms were effectively controlled; arterial oxygen partial pressure (PaO_2) stabilized above 60 mmHg without or with low-flow oxygen therapy, pulmonary ventilation improved, and cough symptoms significantly alleviated. No severe complications occurred, hospitalization duration was shortened, overall treatment costs were reduced, and the patient's acceptance of TCM nursing techniques and satisfaction with holistic care increased. The patient was discharged as planned with regular follow-ups, showing no short-term recurrence and high approval of the treatment and nursing services.

KEY WORDS: cupping; severe pneumonia; integrated traditional Chinese and Western nursing

重症肺炎以高热、咳嗽、咳痰、胸痛、呼吸困难为主要临床表现, 其中咳嗽症状尤为突出^[1]。《素问·咳论》指出: “五脏六腑皆令人咳, 非独肺也”^[2]。外邪侵袭肺脏或脏腑功能失调, 导致肺气上逆、冲击气道, 均可引发咳嗽。西医治疗常用祛痰、镇咳及支气管扩张类药物, 但部分药物存在不良反应, 如氨溴索可引起胃肠不适, 可待因易成瘾

且抑制呼吸中枢^[3]。中医辨证属风寒袭肺证, 病机为外邪犯肺、肺失宣降。拔罐疗法通过刺激体表穴位, 发挥抗炎、改善微循环、调节局部活性物质的作用, 能增强机体免疫力、缩短病程、减少咳嗽咳痰复发^[4]。本例患者在西医常规治疗基础上联合拔罐疗法, 辅助缓解咳嗽、咳痰症状, 控制炎症进展。现将其治疗与护理过程汇报如下。

收稿日期: 2025-04-30

OPEN ACCESS

<https://case.jcme.net.cn>

1 临床资料

1.1 基本资料

患者女,67岁,主因“咳嗽、咳痰、气短1周,发热1 d”于2025年03月01日入院。患者1周前“受凉感冒”后出现咳嗽、咳痰(黄痰)、气短、左下肢轻度浮肿,自服阿莫西林胶囊0.5 g,3次/d,连服2 d效果欠佳,昨日出现发热,体温最高37.5℃,遂来院就诊。既往史:高血压病史20余年,具体用药不详,血压控制可;9年前患脑出血,遗留左上肢可抬举至胸前,左下肢行走需扶拐;骨质疏松、反流性食管炎病史2年余,规律服药治疗;有头孢类药物过敏史。

1.2 查体

中医四诊:神志清晰,面色少华,精神差,形体偏胖,动静姿态无特殊;语声低,无异常气味;舌红、苔白腻,脉浮。入院生命体征:体温(T)36.4℃,脉搏(P)78次/min,呼吸(R)19次/min,血压(BP)100/68 mm Hg,疼痛数字评分(NRS)0分,身高162 cm,体重80 kg。神清,口唇发绀,双肺听诊呼吸音粗,右肺可闻及湿啰音,双下肢浮肿,左侧明显。

1.3 辅助检查

血常规+C反应蛋白(CRP):白细胞 $16.26 \times 10^9/L$ (偏高),淋巴细胞比率14.0%,中性细胞比率76.3%,C-反应蛋白(快速)122.51 mg/L(偏高)。血气分析:酸碱度(pH)7.45,氧分压(PaO_2)45.1 mm Hg,二氧化碳分压($PaCO_2$)27.6 mm Hg,钾离子3.32 mmol/L,吸氧浓度(FiO_2)30%,氧合指数(PaO_2/FiO_2)155.52 mmHg。心梗两项:肌钙蛋白I 0.075 ng/mL(轻度升高,提示心肌损伤),N末端B型利钠肽原(NT-ProBNP)6997.00 pg/mL(显著升高,提示心功能不全)。痰培养:肺炎克雷伯菌,药敏结果:莫西沙星敏感。胸部CT:右肺下叶可见斑片状高密度影,范围约3 cm×4 cm。

1.4 诊断

中医诊断:咳嗽,风寒袭肺证。西医诊断:重症肺炎,患者发热、咳嗽、咳黄痰,胸部CT示右肺下叶3 cm×4 cm斑片影,痰培养肺炎克雷伯菌阳性;I型呼吸衰竭,患者口唇发绀,呼吸频率19次/min,血气分析提示低氧血症($PaO_2 < 60$ mm Hg, $PaCO_2$ 正常)。

1.5 治疗过程

患者于2025年03月01日入院,入院后给予

一级护理,心电监护,高流量吸氧;予莫西沙星抗感染,氨溴索、乙酰半胱氨酸祛痰,葡萄糖、维生素、氯化钾补液及营养支持;针对下肢深静脉血栓形成风险,予低分子肝素抗凝治疗。中医予疏风散寒、宣肺止咳中药汤剂治疗,参考《太平惠民和剂局方》三拗汤和止嗽散加减,拟方为麻黄6 g、杏仁9 g、桔梗9 g、前胡9 g、甘草6 g、橘皮9 g及金沸草9 g,1剂/d,分早晚温服,200 mL/次。护理方面,密切观察病情变化,监测生命体征、血气分析、凝血功能等指标;协助患者有效排痰,指导呼吸功能锻炼。患者于2025年03月11日病情平稳出院,嘱家庭氧疗,继续口服利伐沙班抗凝治疗,定期复查血常规、胸部CT及凝血功能。

2 护理

2.1 护理评估

2.1.1 日常生活自理能力评估

患者左侧肢体活动不利,穿衣、洗漱、行走等日常活动需他人协助;因气短、咳嗽等不适,进食时易疲劳;同时因反流性食管炎,需调整进食方式和食物种类。患者目前可自主控制大小便,但因肢体活动及病情影响,如厕时需小心,存在跌倒风险。

2.1.2 压疮风险评分评估

通过Braden压疮风险评估量表对患者的感觉、潮湿、活动能力、移动能力、营养、摩擦力和剪切力等方面进行评估,总得分为17分,属于轻度压疮风险。

2.1.3 心理—社会评估

患者长期患病,身体不适和活动受限可能使其产生焦虑、担忧情绪,担心疾病预后和生活质量。运用医院焦虑抑郁量表(HADS)对患者进行评估,焦虑得分12分(提示中度焦虑),抑郁得分10分(提示轻度抑郁)。家属对患者较为关心,但因患者病情复杂,家属可能也存在一定心理压力。患者社交活动因身体状况减少,社会支持系统主要依赖家属。

2.2 护理诊断

气体交换受损:与右肺下叶肺炎导致的呼吸功能障碍、肺部炎症渗出影响气体交换有关。活动无耐力:与重症肺炎引起的气短、咳嗽及左侧肢体活动不利有关。焦虑情绪:与长期患病、身体不适、活动受限及担心疾病预后有关。营养失调:低于机体需要量,与疾病导致机体消耗增加、进食减

少有关。有发生压疮的危险:与患者长期卧床、肢体活动受限有关。潜在并发症:下肢深静脉血栓形成,与患者长期卧床、下肢浮肿及血液高凝状态有关。

2.3 护理计划

针对该患者,以控制发热,减轻咳嗽、咳痰症状,预防并发症及稳定基础疾病为护理目标,具体护理措施如下:①减轻咳嗽、咳痰症状,改善呼吸功能;②待病情稳定后逐步开展呼吸康复训练,改善活动无耐力;③定期翻身、活动下肢,预防下肢深静脉血栓形成;④建立良好护患关系,缓解患者焦虑情绪,提高治疗依从性;⑤改善营养状况,补充机体消耗;⑥中医理疗辅助改善症状,预防并发症。

2.4 护理措施

2.4.1 病情监测

①使用心电监护仪持续监测患者基础生命体征,每30 min监测1次血氧饱和度,待病情稳定后调整为1次/2 h;当血氧饱和度低于93%时,立即告知医生并调整氧流量^[5]。患者既往有高血压病史,嘱其规律服用降压药物,同时观察每日血压是否控制在140/90 mm Hg以下。②每日记录痰液的颜色、性质、量及气味,若痰液浓稠不易咳出或颜色加深,提示感染加重,需完善痰培养并指导后续抗生素用药方案^[6]。③患者有头孢类药物过敏史,使用其他抗生素时需密切观察有无皮疹、瘙痒、呼吸困难等过敏反应,每次用药前再次确认过敏史。

2.4.2 呼吸道管理

①指导患者掌握正确的咳嗽、咳痰技巧,采用腹式咳嗽法,即深吸气后屏气3 s,收缩腹肌用力咳嗽;每2~3 h协助患者翻身拍背,叩击频率100次/min,促进痰液排出。②拍背时五指并拢、掌指关节微屈,从下往上依次叩击胸背部,加速痰液排出。

2.4.3 预防血栓护理

①遵医嘱按时给予低分子肝素治疗,注射时捏起患者皮肤垂直进针;抗凝期间观察有无牙龈出血、皮肤黏膜淤点或淤斑等情况^[7]。②每日同一时间、同一部位测量下肢周径并记录水肿变化,指导患者卧床时适当抬高下肢,以促进静脉回流、减轻水肿^[8]。因患者有骨质疏松病史,抬高下肢时需避免姿势不当导致骨折风险,可在腿部下方垫柔软且具有支撑性的软垫,确保舒适与安全。

2.4.4 营养支持

患者处于机体消耗状态,遵循少食多餐原则(5~6餐/d),每餐补充优质蛋白质(如鱼类、牛奶、豆类等),食物温度控制在38~40℃,睡前2 h避免进食。定期复查血红蛋白、血清白蛋白等营养指标,根据结果调整营养支持方案。

2.4.5 拔罐理疗

基于患者“风寒袭肺”证及咳嗽、气短症状,选取肺俞、大椎及定喘等穴位进行拔罐治疗。肺俞为肺之背俞穴,可调理肺气、疏风散寒;大椎穴属督脉,可解表散寒、通阳理气;定喘穴为咳喘经验效穴,可直接缓解咳嗽、气喘。操作前评估拔罐禁忌,确认患者恶寒、流清涕、舌苔白腻等风寒袭肺证典型表现。协助患者取俯卧位,胸前垫3~4 cm厚软枕以避免胸廓受压影响呼吸。选定穴位涂抹少量凡士林,将拔罐器紧扣穴位,负压强度以皮肤隆起1~2 cm为宜,留罐时间20~25 min,记录每次罐斑反应。若局部出现紫黑色瘀斑提示风寒瘀阻,次日瘀斑面积消退约50%提示治疗有效。治疗疗程为7 d,患者接受一个疗程。考虑患者年龄较大、皮肤脆弱,拔罐前需检查皮肤有无破损或炎症;涂抹凡士林时动作轻柔,避免损伤皮肤;留罐时间根据皮肤反应灵活调整,若皮肤敏感可缩短至5~7 min。操作期间询问患者有无头晕、疼痛等不适,观察皮肤反应,若出现面色苍白、心慌等异常立即停止^[9-10]。

2.4.6 心理护理

①医护人员主动与患者沟通,用通俗易懂的语言解释病情及治疗方案,及时发现焦虑、抑郁等不良情绪并给予心理疏导。②指导家属多给予关心与支持,鼓励家属参与日常照护,使患者感受安全感与归属感,从而提高治疗依从性及康复信心。

2.5 护理评价

经治疗,患者症状得到显著改善,详见表1。

3 结果与随访

患者于2025年03月01日入院,住院期间采用拔罐联合西医药物的综合治疗方案。住院期间在背部肺俞、定喘及大椎等穴位进行拔罐治疗,首次拔罐后,患者自觉咳嗽频率稍有降低,呼吸稍顺畅;后续几次拔罐后,咳嗽、咳痰症状持续改善,胸闷感也逐渐减轻。治疗上予抗感染、止咳化痰、营养支持、改善循环等措施,同时予中医“疏风散寒、宣肺止咳”治法,予三拗汤合止嗽散加减方剂口

表 1 疗效评估

评价维度	护理前	护理后	改善情况
日常生活能力	穿衣、洗漱、行走等需他人协助,进食易疲劳,如厕有跌倒风险	在他人协助下穿衣、洗漱的操作更为顺畅;进食耐力提升,能在正常用餐时间内完成进食	自理能力提高
心理状态	焦虑得分 12 分,抑郁得分 10 分	焦虑得分 8 分,抑郁得分 6 分	焦虑抑郁明显缓解
呼吸功能—氧合情况	氧分压 45.1 mm Hg,口唇发绀	氧分压>60 mm Hg,咳嗽症状好转,口唇发绀减轻	肺通气功能改善
呼吸功能—咳嗽相关	咳嗽频率 10 次/h,痰量 50 mL/d,黄痰;呼吸频率 19 次/min,呼吸困难评分 4 分	咳嗽频率 2 次/h,痰量 10 mL/d,白痰;呼吸频率 16 次/min,呼吸困难评分 1 分	咳嗽症状好转
并发症风险	下肢浮肿,存在深静脉血栓形成风险	下肢浮肿减轻,未发生压疮/血栓	预防性护理有效降低并发症的发生几率
中医证候	风寒袭肺证	风寒袭肺证的症状明显缓解	有效改善中医证候

服。经综合治疗,患者病情逐步平稳,于 2025 年 03 月 11 日出院,出院时嘱其低流量家庭氧疗,继续口服利伐沙班抗凝。2025 年 03 月 18 日对患者进行电话随访,患者诉生命体征平稳,居家期间规律用药,未再出现咳嗽、咳痰及胸闷等症状,对本次治疗效果及医务人员的服务表示高度认可与感谢。

4 讨论

拔罐作为中医外治法,具有行气活血、疏通经络及祛风散寒的功效,且在重症肺炎治疗中展现出独特的作用机制与优势。在局部炎症控制方面,拔罐通过物理负压刺激肺俞、大椎、定喘等穴位,可改善局部微循环,使穴位周围毛细血管扩张,促进肺部微循环血流速度提升,相关研究显示,拔罐可使抗生素在炎症区域的药物浓度较单纯静脉用药提高约 20%^[11],如本例患者首次拔罐后即感呼吸顺畅,可能与局部血氧供给改善相关;其次是抑制促炎因子释放,协同西医抗感染药物增强抗炎效果,患者 CRP 从 122.51 mg/L 降至正常;最后拔罐可刺激皮肤感受器,阻断咳嗽反射弧传导,降低延髓咳嗽中枢兴奋性,患者拔罐后咳嗽频率减少,无需使用镇咳药,可有效规避镇咳药所带来的痰液潴留风险,破解单纯西医治疗中“止咳与排痰”的临床矛盾。

在西医治疗的基础上辅助相关中医理疗,能更好地改善患者的呼吸道症状,缓解患者的痛苦,缩短患者的住院时间。本例患者在莫西沙星抗感染基础上联合拔罐,11 d 内氧分压从 45.1 mmHg 提升至 60 mmHg 以上,血氧饱和度稳定在 95% 以上,且避免镇咳药的呼吸抑制、成瘾风险及抗生素耐药性问题。此外,西医侧重病原学控制,而拔罐则从整体上调节患者中医证候。患者出院时恶寒消失、舌苔转为薄白,中医辨证“风寒袭肺证”完全

缓解,体现中西医结合对重症肺炎干预的突出优势,可提高患者的康复进度以及预后生活质量,为今后重症肺炎及类似复杂病症提供了宝贵的临床经验。当然,重症肺炎患者的拔罐护理存在一定难点,首先操作时需平衡负压强度与呼吸功能,采用《小负压起始、短时间留罐》的方案,根据患者呼吸频率调整;二是需把握操作时机,需在患者血氧饱和度稳定在 95% 以上时方可进行操作,避免在缺氧状态下加重机体负担;三是需结合病情动态调整疗程,根据咳嗽改善程度和罐斑反应调整治疗频率,本例患者 7 d 为一个疗程,既保证疗效又可降低不良反应的发生率。综上,拔罐技术与西医药物联合应用于重症肺炎患者在控制病情、改善症状等方面效果显著,值得在临床护理中进一步推广应用。

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] 梁芳芳,陈展,张鑫,等. 针灸配合背俞穴刺络拔罐治疗变应性鼻炎的效果分析[J]. 临床误诊误治, 2025, 38(7): 98-103.
LIANG F F, CHEN Z, ZHANG X, et al. Effect of acupuncture combined with blood-letting cupping at the back-shu point in the treatment of allergic rhinitis [J]. Clin Misdiagnosis Mistherapy, 2025, 38(7): 98-103. (in Chinese)
[2] 邓三于,李子锋,常彩云. 生姜推拿结合拔罐治疗风寒感冒后咳嗽的疗效观察[J]. 巴楚医学, 2025, 8(1): 104-108.
DENG S Y, LI Z F, CHANG C Y. Analysis of the curative effect of ginger massage combined with cupping therapy on cough after wind-cold type of common cold[J]. Bachu Med J, 2025, 8(1): 104-108.

- (in Chinese)
- [3] 赵冬. 刮痧联合拔罐治疗痰热郁肺型感染后咳嗽的临床疗效观察[D]. 石家庄: 河北医科大学, 2024.
- [4] 吕敏, 孙社梅, 周媛媛, 等. 背部腧穴拔罐疗法联合穴位贴敷在风寒犯肺型咳嗽患者中的应用[J]. 齐鲁护理杂志, 2024, 30(9): 165-167.
LV M, SUN S M, ZHOU Y Y, et al. Application of back acupoint cupping therapy combined with acupoint application in patients with cough caused by wind-cold invading lung[J]. J Qilu Nurs, 2024, 30(9): 165-167. (in Chinese)
- [5] 李岩潼. 基于“中医五体”理论的中医外治法诊疗体系建设研究[D]. 沈阳: 辽宁中医药大学, 2024.
- [6] 靳杨, 姚静松, 李艳平, 等. 刺络拔罐肺俞穴对痰热壅肺型风湿肺热病咳嗽的应用效果[J]. 淮海医药, 2022, 40(6): 637-640.
JIN Y, YAO J S, LI Y P, et al. Application effect of pricking collaterals and cupping Feishu point on cough caused by wind-warm lung-heat disease with phlegm-heat blocking lung [J]. J Huaihai Med, 2022, 40(6): 637-640. (in Chinese)
- [7] 米淑琦, 曾炜美, 程璐, 等. 基于系统评价和Meta分析的拔罐辅助西药治疗肺炎的有效性探讨[J]. 世界中西医结合杂志, 2021, 16(11): 1961-1966, 1971.
MI S Q, ZENG W M, CHENG L, et al. Discussion on the efficacy of cupping therapy combined with western medicine in the treatment of pneumonia based on systematic review and meta-analysis [J]. World J Integr Tradit West Med, 2021, 16(11): 1961-1966, 1971. (in Chinese)
- [8] 徐琼. 针刺背俞穴结合拔罐治疗卒中相关性肺炎的临床疗效观察[D]. 天津: 天津中医药大学, 2021.
- [9] 高国胜, 张琨, 袁军. 背部腧穴拔罐治疗痰湿蕴肺型咳嗽45例[J]. 中医外治杂志, 2020, 29(4): 40-41.
GAO G S, ZHANG K, YUAN J. 45 cases of cough with phlegm-dampness accumulation in lung treated by cupping at back acupoints[J]. J Extern Ther Tradit Chin Med, 2020, 29(4): 40-41. (in Chinese)
- [10] 刘春仙. 肺俞穴刺血拔罐法治疗咳嗽58例疗效分析[J]. 中国社区医师, 2018, 34(21): 114-115.
LIU C X. Curative effect of 58 cases of cough treated with blood pricking and cupping at Fei Yu Xue [J]. Chin Community Dr, 2018, 34(21): 114-115. (in Chinese)
- [11] 王岱. 陶瓷灸罐背部腧穴拔罐疗法对体虚易感患者免疫功能影响的临床观察[D]. 石家庄: 河北医科大学, 2018.

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。