

DOI: 10.12209/CAIM202604240006

· 中西医结合临床案例 ·

耳穴压豆辅助治疗 1 例老年风温肺热咳痰患者的护理报告

贺冰涛

(北京市回民医院 呼吸科, 北京, 100054)

摘要: 本文总结 1 例超高龄风温肺热病(痰湿蕴肺证)重症肺部感染患者的护理经验。在西医常规抗感染、化痰、氧疗、营养支持及纠正电解质紊乱等综合治疗基础上,联合耳穴压豆中医特色护理技术,配合俯卧位护理、高流量湿化氧疗、呼吸道管理、辨证施护及高龄安全防护等一体化护理措施。经干预后,患者咳嗽、咳痰及喘憋明显缓解,体温恢复正常,肺部啰音减少,氧合改善,炎症指标逐步好转,整体病情趋于平稳。

关键词: 风温肺热病; 痰湿蕴肺证; 耳穴压豆; 中西医护理; 老年重症肺炎

Nursing Report on Auricular Acupoint Bean-Pressing Therapy as an Adjunctive Treatment for an Elderly Patient with Wind-Warmth Lung-Heat Disease and Productive Cough

HE Bingtao

(Department of Respiratory Medicine, Beijing Muslim People's Hospital, Beijing, 100054)

ABSTRACT: This article summarizes the nursing experience in managing a super-elderly patient with severe pulmonary infection attributed to wind-warmth lung-heat disease (pattern of phlegm-dampness amassment in the lungs). On the basis of comprehensive Western medical treatment, including anti-infection therapy, expectorant administration, oxygen therapy, nutritional support, and correction of electrolyte imbalance, the characteristic traditional Chinese medicine nursing technique of auricular acupoint bean-pressing therapy was integrated, accompanied by a bundle of integrated nursing measures, including prone positioning care, high-flow humidified oxygen therapy, respiratory tract management, syndrome differentiation-based nursing, and safety protection for the elderly. Following the intervention, the patient's cough, sputum production, and wheezing and chest tightness were markedly alleviated, body temperature returned to normal, pulmonary rales decreased, oxygenation improved, inflammatory indicators gradually ameliorated, and the overall condition tended toward stability.

KEY WORDS: wind-warmth lung-heat disease; phlegm-dampness amassment in the lungs pattern; auricular acupoint bean-pressing therapy; integrated traditional Chinese and Western medicine nursing; severe pneumonia in the elderly

风温肺热病是临床常见的急性外感热病,多因外感风热、痰湿内蕴,肺失宣降,肺气上逆所致,以发热、咳嗽、咳痰、喘憋及胸闷乏力为主要临床表现^[1]。老年尤其是超高龄患者脏腑功能衰退、正气亏虚、咳痰无力,易致痰湿阻肺、气道壅塞,病情迁延且易快速进展为呼吸衰竭,临床护理难度显著增高^[2-3]。当前针对老年重症肺部感染的护理仍以西医抗感染、氧疗、化痰及营养支持等常规措施为主^[4],虽能控制感染与稳定生命体征,但对咳嗽咳痰、喘憋、乏力等症状的改善多依赖药物,

存在起效慢、依从性不佳、高龄耐受度差等不足。

中医外治在呼吸系统疾病护理中具有独特优势。耳穴压豆是国家推荐的中医特色护理技术,通过刺激耳部相应腧穴,疏通经络、调和气血、宣肺化痰、理气止咳,具有无创、安全、舒适且依从性高等优势,尤其适合老年、体弱、不耐受侵袭性操作的患者^[5-6]。目前耳穴压豆用于慢性呼吸系统疾病护理的报道较多,但针对 100 岁超高龄、风温肺热病(痰湿蕴肺证)、重症肺部感染的一体化中西医结合护理个案仍较少,缺乏可直接借鉴的标

收稿日期:2026-04-24

OPEN ACCESS

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

准化实践路径。

本文结合1例100岁超高龄风温肺热病(痰湿蕴肺证)重症肺部感染患者的临床护理实践,在西医综合治疗基础上联合耳穴压豆,并协同俯卧位护理、高流量湿化氧疗、呼吸道管理、辨证施护及高龄安全防护等措施,系统总结实施方法、观察要点与护理效果,弥补超高龄重症肺部感染患者中西医结合护理的个案短板,为临床提供可复制、可推广的实践依据。

1 临床资料

1.1 一般资料

患者男性,100岁,因“咳嗽、咳痰伴发热2 d”于2024年05月30日09:44由门诊收入院。既往史:因泌尿系感染已留置尿管1月余;精神障碍病史5年,长期口服劳拉西泮治疗;双膝关节病病史3年;近3年反复因肺部感染、肺真菌感染住院,近1个月我院肺泡灌洗液培养提示多重耐药铜绿假单胞菌;间质性肺病病史3年余,未治疗;诊断胆囊及胆管结石、慢性胆囊炎,长期口服复方消化酶、消炎利胆片治疗;诊断脑萎缩、便秘病史2年;低蛋白血症、高脂血症、多发动脉硬化伴斑块形成病史3年余;坐骨神经痛病史10年余;否认糖尿病史等其他慢性病史。14年前因右侧髌关节骨折行手术治疗,5年前因摔倒致左侧髌关节骨折行保守治疗,长期卧床。诊断肿瘤标记物升高、外痔病史2年余;诊断药物性肝损伤半年余。现病史:患者2 d前受凉后出现咳嗽、咳痰,痰为白黏痰,自主咳痰费力;伴发热,最高体温38.8℃,畏寒、寒战,稍活动即喘憋明显,伴全身乏力、精神萎靡、食欲极差。今晨呕吐1次,呕吐物为咖啡色胃内容物,无咳脓臭痰及粉红色泡沫痰,无咯血及痰中带血。院外予对症退热治疗效果不佳,为进一步诊治收入院。

1.2 体格检查

体温(T)38.8℃,脉搏(P)123次/min,呼吸(R)25次/min,血压(BP)98/45 mm Hg。神志清,精神弱,喘息貌;胸廓对称,呼吸运动对称,语颤对称;双肺呼吸音粗,可闻及明显干湿性啰音,无胸膜摩擦音。心律齐,心音尚可。腹软,无压痛。双下肢无水肿。舌淡红,苔白腻,脉滑。

1.3 辅助检查

血常规:WBC $9.67 \times 10^9/L$, NEUT% 94.8%, RBC $4.15 \times 10^{12}/L$, Hb 132 g/L, PLT $102 \times 10^9/L$; CRP: 32.86 mg/L; 血气分析:K⁺ 3.0 mmol/L, SpO₂ 98.9%,

PaCO₂ 32.5 mm Hg, 血氧浓度 65.0%; 肺部CT: 双肺可见炎性病变。

1.4 诊断

中医诊断:风温肺热病(痰湿蕴肺证)。辨证依据:患者急性起病,以发热、咳嗽、咳痰、喘憋为核心表现。咳痰白黏稠、咳痰费力,为痰湿内阻、肺失宣降;胸闷、倦怠乏力、食欲差,为脾失健运、痰湿内生;舌淡红、苔白腻、脉滑,为痰湿内盛之典型舌脉。病机契合:高龄正气亏虚,外感风热引动内湿,痰湿阻肺、肺气上逆,故辨证为痰湿蕴肺证。西医诊断:社区获得性肺炎(重症倾向);电解质紊乱:低钾血症;低蛋白血症;多发动脉硬化伴斑块形成;脑萎缩;前列腺增生;精神障碍。

1.5 治疗

抗感染:头孢哌酮舒巴坦钠 1.5 g 静脉滴注, 1次/12 h;化痰:氨溴索 30 mg 静脉滴注, 2次/d, 乙酰半胱氨酸雾化吸入, 2次/d;纠正电解质紊乱,营养支持,保护胃黏膜,对症退热,维持循环稳定;中医治疗:宣肺化痰、理气止咳中药汤剂口服;中医特色护理:耳穴压豆;呼吸支持:高流量湿化氧疗、间断俯卧位护理。

经综合治疗及系统中西医护理干预后,患者体温逐步降至正常,咳嗽咳痰明显减轻,喘憋缓解,肺部啰音减少,氧合稳定,炎症指标改善,未再呕吐,食欲及精神好转,于2024年06月30日病情稳定好转后离院。

2 护理

2.1 护理评估

入院后予患者护理评估,压疮风险评分18分,跌倒风险评分4分,日常生活能力评分35分,整体营养及体力状况差。采用中医证候评分表进行评估,量表参照《中医病证诊断疗效标准》制定。评估标准:主症(咳嗽、咳痰、喘息)按0=无、2=轻度、4=中度、6=重度分级记分;次症(气短、胸闷、倦怠乏力、痞满、食少、便溏)按0=无、1=轻度、2=中度、3=重度分级记分。本例患者入院评估结果为咳嗽6分(重度)、咳痰6分(重度)、喘息6分(重度)、气短2分(中度)、胸闷1分(轻度)、倦怠乏力3分(重度)、痞满1分(轻度)、食少2分(中度)、便溏0分(无),中医证候总评分27分,提示痰湿蕴肺、肺失宣降证候显著。

2.2 护理诊断

气体交换受损:与肺部感染、痰湿阻肺、通气/

血流比例失调有关。清理呼吸道无效:与高龄体弱、咳痰无力、痰液黏稠有关。体温过高:与肺部炎性反应、邪热壅肺有关。活动无耐力:与肺功能减退、感染消耗、高龄体弱有关。营养失调:低于机体需要量,与纳差、呕吐、低蛋白血症有关。有误吸/窒息的风险:与咳痰无力、呕吐、意识状态偏弱有关。躁动:与脑萎缩病史、躯体不适、环境改变有关。胃肠功能紊乱:与长期卧床、气虚、气机不畅有关。

2.3 护理计划

气体交换受损:遵医嘱给予患者持续氧疗、呼吸道管理、俯卧位通气及耳穴压豆宣肺理气。预期结果:喘憋缓解,呼吸平稳,肺部啰音减少,氧合维持在正常范围。清理呼吸道无效:遵医嘱给予患者湿化氧疗、雾化吸入、翻身叩背、指导有效咳嗽及耳穴压豆化痰。预期结果:痰液变稀、易咳出,气道通畅,无痰堵及窒息。体温过高:遵医嘱给予患者严密监测体温、物理降温、补液及抗感染护理。预期结果:体温降至正常,畏寒、寒战消失,无高热惊厥及虚脱。活动无耐力:遵医嘱给予患者卧床休息、循序渐进活动、营养支持及改善缺氧。预期结果:乏力减轻,活动后无明显喘憋,日常生活能力改善。营养失调:低于机体需要量:遵医嘱给予患者少量多餐温软饮食、营养支持、纠正低钾及低蛋白。预期结果:食欲改善,呕吐停止,营养指标逐步恢复。有误吸/窒息的风险:给予患者体位管理、口腔护理、吸痰准备并严密观察。预期结果:住院期间无误吸、无窒息、无肺部感染加重。躁动:与患者沟通时语气温和、安抚情绪、保持环境安静、减少刺激。预期结果:情绪稳定,配合治疗护理,无躁动及坠床。胃肠功能紊乱:遵医嘱给予患者腹部按摩、穴位按揉、饮食调理及耳穴调理脾胃。预期结果:纳差、痞满改善,胃肠功能恢复正常。

2.4 护理措施

2.4.1 常规护理

严密监护:持续监测患者每日体温、脉搏、呼吸、血压及末梢血氧饱和度;重点观察喘息、意识、口唇面色、痰液颜色、量及黏稠度;准确记录24 h出入量,重点监测尿量与补液平衡,预防高龄患者容量负荷异常。

呼吸道管理:每2 h翻身1次,采用空心掌由下向上、由外向内叩背;因患者咳痰无力,指导腹式呼吸配合有效咳嗽;痰液黏稠时及时雾化吸入;

按需吸痰,动作轻柔、时间 <15 s,避免气道损伤与缺氧加重。

氧疗护理:采用经鼻高流量湿化氧疗,根据患者耐受度设置温度 37°C 、湿度近100%,维持 $\text{SpO}_2 \geq 95\%$;每日检查鼻腔黏膜,预防干燥出血,确保气道持续温湿化。

高热护理:体温 $>38.5^{\circ}\text{C}$ 时以温水擦浴物理降温为主,避免冰敷刺激;高龄患者慎用退热药物,防止大汗虚脱;及时更换汗湿衣物与床单位,注意保暖避风。

呕吐护理:呕吐时立即头偏向一侧,清除口鼻分泌物,严防误吸;呕吐后做好口腔护理,观察并记录呕吐物颜色、量及性状;本例曾呕吐咖啡色胃内容物,加强胃黏膜保护护理。

营养支持:予温软、清淡、易消化、健脾化痰饮食,少量多餐(5~6次/d);配合静脉营养纠正低蛋白、低钾;避免生冷、甜腻、油腻食物,防止助湿生痰。

安全护理:落实超高龄防护措施:床挡保护、防跌倒标识,每1 h巡视;压疮风险评分18分,予减压床垫、定时翻身;活动能力差,指导被动肢体活动,预防深静脉血栓。

情志护理:患者有脑萎缩及精神病史,易躁动,采用轻声、近距离、一对一沟通,减少环境噪音与人员刺激;家属协同安抚,提高治疗配合度。

胃肠调理:每日顺时针腹部按摩2次,10~15 min/次;按揉中脘、天枢、足三里,促进胃肠蠕动;改善纳差、痞满、腹胀,减少痰湿内生。

2.4.2 耳穴压豆

选穴依据:针对本例风温肺热病(痰湿蕴肺证),主穴取肺、气管、咽喉及神门,配穴取交感、皮质下及脾,共奏宣肺化痰、止咳平喘、健脾祛湿及安神定喘之功。穴位定位:肺:耳甲腔正中凹陷处,心区上方、气管区周围。气管:外耳道口与心区之间,肺区前方。咽喉:耳屏内侧面上1/2处。神门:三角窝后1/3上部。交感:对耳轮下脚末端与耳轮交界处。皮质下:对耳屏内侧面。脾:耳甲腔后上部。

操作方法:以75%乙醇轻柔消毒耳廓,待干,避免刺激破损皮肤;选用王不留行籽耳贴,对准穴位轻压固定,粘贴牢固不紧绷;指导家属协助按压,3~5次/d,每次每穴30 s,力度以酸胀微热、无痛、皮肤不红为度,避免高龄皮肤损伤;双耳交替,每2 d更换1次;保持耳廓干燥,避免沾水脱落或

感染;全程动作轻柔,评估皮肤耐受度,不强行按压。观察与护理要点:操作前检查耳廓有无破损、皮疹、炎症,过敏体质者慎用;每日评估咳嗽、咳痰、喘息改善情况,作为按压强度与频次调整依据;注意耳部保暖,避免冷风刺激诱发咳喘加重;出现发红、瘙痒、皮疹立即去除耳贴,对症处理。

2.4.3 俯卧位通气护理

患者100岁、体弱、不耐受长时间俯卧位,采取间断、短程、渐进式俯卧位。每日餐后2h进行俯卧位通气,避免呕吐、误吸;30~60min/次,2次/d,逐步延长至1~2h;俯卧位时胸部、骨盆、踝部垫软枕,保护受压部位;头偏向一侧,保持气道通畅;全程监测患者呼吸、末梢血氧饱和度及面色,如出现喘憋、烦躁立即恢复平卧;俯卧位配合耳穴压豆、高流量湿化氧疗,促进背部痰液引流、改善通气血流比例、提升氧合。

2.4.4 高流量湿化氧疗护理

确保高流量参数设置为温度37℃、湿度100%,充分温湿化以保护气道黏膜、稀释黏痰;患者进行俯卧位训练时,选择合适鼻导管并妥善固定,避免压迫鼻黏膜;每周2次给予耳穴压豆,每日2次给予叩背排痰,提高痰液廓清效率,减轻呼吸做功;每日观察鼻腔黏膜,及时添加灭菌注射用水,保证湿化效果;动态监测血气与氧合变化,及时调整高流量参数。

2.5 护理评价

经治疗,患者体温由入院时38.8℃降至36.5~37.2℃,恢复正常,畏寒、寒战消失。呼吸频率由入院时25次/min降至18~20次/min,呼吸节律规整,喘憋显著缓解。心率由入院时123次/min降至82~90次/min,循环状态稳定。双肺干湿性啰音显著减少、基本消失,2024年06月28日CT显示气道痰量明显减少,炎症指标明显改善。痰液由白黏、难咳出转为量少、稀薄、易咳出,清理呼吸道无效问题得以纠正。炎症指标均降至正常范围,低钾血症得以纠正,低蛋白血症改善,呕吐停止,食欲恢复,血氧浓度维持正常,气体交换受损得以纠正。耳穴压豆治疗全程无皮肤发红、破损、过敏或感染等不良反应,患者耐受良好,依从性高,适合超高龄体弱患者长期应用。

3 讨论

风温肺热病属中医急性外感热病范畴,临床以发热、咳嗽、咳痰及喘憋为主要表现,老年患者

因正气亏虚、脏腑功能衰退,易发展为痰湿蕴肺证,表现为咳痰无力、气道壅塞,病情易进展为重症肺炎甚至呼吸衰竭,护理难度显著增高^[1-3]。当前临床针对老年重症肺部感染的护理以西医常规干预为主,中医外治技术的个体化、一体化应用仍有待完善。耳穴压豆作为国家推荐的中医特色护理技术,通过刺激耳部腧穴疏通经络、调和气血及宣肺化痰,具有无创、安全且依从性高的特点,已被多项研究证实可改善呼吸系统疾病患者咳喘症状^[7-8]。经鼻高流量湿化氧疗、俯卧位护理则是现代呼吸支持与气道管理的标准措施,可有效改善氧合、促进痰液引流^[4,9-10],二者联合应用为超高龄重症肺部感染患者提供了“中西协同、内外同治”的实践基础。

本病例针对100岁超高龄、风温肺热病(痰湿蕴肺证)、重症肺部感染患者,构建了西医规范治疗联合耳穴压豆、高流量湿化氧疗、俯卧位护理、辨证施护及高龄安全防护的一体化护理模式,优势突出。高度个体化,全程围绕超高龄体弱、咳痰无力、多基础病、皮肤脆弱等特点制定操作强度与频次,安全性与耐受性显著提升;中西医协同,西医快速控制感染、稳定生命体征,中医耳穴压豆靶向改善咳喘、健脾祛湿,实现标本兼顾;可复制可推广,操作简便、设备常见、无需侵入性操作,适合基层医院与老年病房开展;结局改善明确,中医证候评分、生命体征、炎症指标、氧合状态、营养状况均显著改善,不良事件为零。但本研究为单病例个案报告,样本量有限,干预效果仅反映该例超高龄患者的个体化结局,无法直接外推至所有老年肺炎或重症感染人群;同时未设置对照组,难以完全区分耳穴压豆的独立效应与综合护理的协同作用;此外,缺乏长期随访数据,无法评估远期疗效与复发情况。

本病例首次系统呈现耳穴压豆联合现代呼吸护理用于100岁超高龄风温肺热病(痰湿蕴肺证)重症肺部感染患者的完整实践路径,填补了该类特殊人群中西医结合护理的个案空白,为临床提供三方面重要价值,为超高龄重症肺炎患者提供可借鉴的护理范式,证实耳穴压豆在改善痰湿蕴肺证咳喘症状中的有效性与安全性,为中西医结合护理在老年呼吸疾病中的推广提供实证依据。

对100岁超高龄风温肺热病(痰湿蕴肺证)重症肺部感染患者,在西医综合治疗基础上联合耳穴压豆中医特色护理,并协同高流量湿化氧疗、俯

卧位通气、呼吸道管理、辨证施护、营养支持及高龄安全防护等一体化措施,可快速缓解咳喘、改善氧合、促进痰液引流,显著减轻咳嗽、咳痰、喘息、胸闷及乏力等症状,有效缩短病情恢复时间,提升患者舒适度与安全性。该护理模式简便安全、疗效确切、依从性好,适合在老年及超高龄重症肺部感染患者中进一步实践、优化与推广,可为临床中西医结合护理提供重要实践参考。

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] 周东花. 中医药治疗风温肺热病的研究进展[J]. 中国民间疗法, 2020, 28(12): 113-116.
Zhou D H. Research progress of wind-warm disease with lung heat treated by traditional Chinese medicine [J]. China's Naturopathy, 2020, 28 (12) : 113-116. (in Chinese)
- [2] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[M]. 南京大学出版社, 1994.
- [3] 孙秋华. 中医护理学[M]. 5版. 北京: 人民卫生出版社, 2022.
- [4] 吴勉华, 石岩. 中医内科学[M]. 5版. 北京: 中国中医药出版社, 2021.
- [5] 郭长青, 胡波. 针灸穴位图解[M]. 人民卫生出版社, 2006.
- [6] 陈璐, 原利娟. 中医特色护理联合健康教育对老年慢性支气管炎患者治疗依从性、自我效能及生活质量的影响[J]. 贵州医药, 2025, 49(2): 320-322.
Chen L, Yuan L J. Effect of TCM characteristic nursing combined with health education on treatment compliance, self-efficacy and quality of life of elderly patients with chronic bronchitis[J]. Guizhou Medical Journal, 2025, 49(2): 320-322. (in Chinese)
- [7] 李颖, 周颖, 刘雅芬, 等. 综合护理老年肺炎患者的效果评价[J]. 中国防痨杂志, 2024, 46(S2): 253-255.
Li Y, Zhou Y, Liu Y F, et al. Effect evaluation of comprehensive nursing care for elderly patients with pneumonia [J]. Chin J Antituberc, 2024, 46 (S2) : 253-255. (in Chinese)
- [8] 孙新茹, 董云鹏, 李鑫蕊, 等. 白芥子穴位贴敷治疗呼吸系统疾病的临床应用研究进展[J]. 中成药, 2024, 46(7): 2302-2309.
Sun X R, Dong Y P, Li X R, et al. Research progress on clinical application of acupoint application of white mustard seed in the treatment of respiratory diseases [J]. Chin Tradit Pat Med, 2024, 46 (7) : 2302-2309. (in Chinese)
- [9] 张德振. 经鼻高流量加温湿化吸氧治疗慢性阻塞性肺病合并呼吸衰竭疗效观察[J]. 临床医药实践, 2020, 29(7): : 493-496. .
Zhang D Z. Chronic obstructive pulmonary disease (copd) combined with respiratory failure was treated by nasal hyperflow plus hygroscopic oxygen[J]. Proceeding Clin Med, 2020, 29(7) : : 493-496. . (in Chinese)
- [10] 王本金, 江智霞, 陈俊希, 等. 腹部悬空俯卧位机械通气对ARDS患者肺顺应性及氧合功能的影响[J]. 护理学杂志, 2024, 39(13): 52-55.
Wang B J, Jiang Z X, Chen J X, et al. Effect of mechanical ventilation in prone position with abdominal suspension on pulmonary compliance and oxygenation function in ARDS patients [J]. J Nurs Sci, 2024, 39(13): 52-55. (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。