

DOI: 10.12209/CAIM202605120012

· 中西医结合临床案例 ·

中医外治法联合气道廓清治疗 1 例 重症肺炎的护理体会

孙丽娜, 马丽娇

(北京朝阳中西医结合急诊抢救医院 急诊一区, 北京, 100123)

摘要: 本文总结 1 例中医外治法联合气道廓清技术治疗肺炎的临床护理经验。采用耳穴压丸、艾灸、中药塌渍、穴位放血、点穴疗法联合气道廓清技术, 并配合系统性中医护理干预, 有效改善患者咳嗽、咳痰及胸闷等症状。

关键词: 中医外治法; 气道廓清; 肺炎; 耳穴压丸; 艾灸

Nursing Experience of Traditional Chinese Medicine External Therapy Combined with Airway Clearance in the Treatment of One Case of Severe Pneumonia

SUN Lina, MA Lijiao

(Beijing Chaoyang Integrative Chinese and Western Medicine Emergency Rescue Hospital, Beijing, 100123)

ABSTRACT: This article summarizes the clinical nursing experience of integrating traditional Chinese medicine (TCM) external therapies with airway clearance techniques in the treatment of one case of severe pneumonia. A combination of auricular bean pressing, moxibustion, TCM wet compress, acupoint bloodletting, and acupoint pressure therapy, together with airway clearance techniques and systematic TCM nursing interventions, was employed. This integrative approach effectively alleviated the patient's symptoms of cough, expectoration, and chest distress.

KEY WORDS: traditional Chinese medicine external therapy; airway clearance; pneumonia; auricular bean pressing; moxibustion

肺炎是临床高发的呼吸系统感染性疾病, 老年患者因呼吸肌肌力减弱、排痰能力差, 易出现气道分泌物潴留、肺部感染迁延不愈, 属中医“咳嗽”及“肺炎喘嗽”范畴, 核心病机为外感邪毒、肺失宣降及痰湿内蕴^[1]。单纯西医抗感染、祛痰治疗对痰液黏稠、咳痰无力者效果有限, 中医外治法通过经络、穴位刺激及皮肤给药, 可直达病所, 起到宣肺化痰、理气祛湿之效, 联合气道廓清技术能协同提升排痰效果^[2]。本文将 1 例肺炎患者的中西医结合治疗及护理体会报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

患者男性, 75 岁, 退休, 主诉“间断发热伴咳嗽、咳痰 3 月余”于 2026 年 03 月 16 日收治入院。入院症见: 神清, 精神低落, 语声低微, 纳少, 寐差, 大便溏薄。既往史: 高血压病史 4 年, 规律服药,

血压控制在 130 ~ 140/80 ~ 90 mm Hg; 慢性支气管炎病史 2 年, 秋冬季节易急性发作; 否认糖尿病、冠心病等慢性病史, 否认药物、食物过敏史, 否认传染病及家族遗传病史。

1.2 体格检查

1.2.1 西医查体

体温(T)38.7℃, 脉搏(P)92 次/min, 呼吸(R)24 次/min, 血压(BP)135/85 mm Hg。神志清楚, 急性病容, 咽部轻度充血, 双侧扁桃体无肿大。胸廓对称, 双肺呼吸音粗, 双下肺可闻及散在湿性啰音及少量干性啰音, 心率(HR)92 次/min, 律齐, 无病理性杂音。腹平软, 无压痛、反跳痛, 双下肢无水肿。辅助检查: 胸部 CT 示双肺下叶炎性渗出灶; 血常规: WBC $11.2 \times 10^9/L$, NEUT%78.5%。

1.2.2 中医查体

咳嗽声重浊, 咳黄稠黏痰, 量多难以咳出, 胸闷憋气, 神疲乏力, 纳呆食少, 大便溏薄。舌淡胖、

收稿日期: 2026-05-12

OPEN ACCESS

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

边有齿痕,苔白腻,脉滑数。四诊合参,辨证为痰湿壅肺、肺失宣降证。

1.3 诊断

中医诊断:咳嗽(痰浊阻肺、肺失宣降证)。中医辨证:肺主宣发肃降、司呼吸,为贮痰之器。患者外感邪气,肺失清肃,脾失健运,痰湿内生,聚而成浊痰,上渍于肺,壅遏气道,致使肺失宣降,气机升降失常,肺气上逆而发咳嗽。痰浊阻滞肺络,气机郁滞,故见胸闷、咳痰;痰浊内阻,肺气不得宣通,故呼吸欠畅。肺失宣降、痰浊内蕴,气机壅滞于胸肺,故见胸膈满闷;痰湿内阻,津液输布失常,痰多黏稠。舌苔白腻或厚腻、脉滑,均为痰浊阻肺、肺失宣降之征。西医诊断:细菌性肺炎,失眠,高血压2级(高危)。

1.4 治疗

西医予头孢类抗生素抗感染、氨溴索祛痰及补液支持治疗,同时联合中医外治与气道廓清技术及中医护理技术,具体包括耳穴疗法、穴位放血、中药塌渍、点穴疗法、气道廓清技术、悬空灸(入院后6 d,患者体温正常后实施)及化痰开窍针刺治疗,中药以疏通经络、清热利湿为原则。中医治则为燥湿化痰、宣肺降气及止咳平喘,全程实施辨证护理。患者于2026年03月16日入院,14 d后临床症状消失,各项指标恢复正常,03月30日痊愈出院。

2 护理

2.1 护理评估

2.1.1 一般评估

患者神志昏蒙,精神极度萎靡,面色晦暗、口唇青紫,呈急性病容,呼吸急促困难,鼻翼煽动,喉间痰鸣辘辘,咳喘声高而无力,咯吐少量黄稠黏痰或带血丝,胸高胁胀,身热不退,汗出而热不解,四肢厥冷,口干唇焦,渴不欲饮,纳呆腹胀,小便短赤,大便数日未行。舌质暗红或紫暗,苔黄厚腻而干,脉滑数或细数无力。

2.1.2 量表评估

患者入院后完善相关评估,具体如下:①Barthel指数为临床康复领域评估患者日常生活活动能力(ADL)的核心工具,总分100分,涵盖进食、洗澡、修饰、穿衣、大小便控制、如厕、床椅转移、平地行走及上下楼梯共10个基础项目;得分越高提示患者独立性越强,通常以60分为界,60分以上代表生活基本自理,41~60分属中度缺陷需极大

帮助,21~40分为重度缺陷、生活明显依赖他人,20分及以下代表完全残疾、生活需完全照护,该评分可客观反映患者功能状态,是制定康复方案与判断预后的重要依据,患者评分为40分。②咳嗽咳痰评分采用4级评分法(1~4分)评估患者咳痰困难程度,得分越高提示咳痰越困难,患者评分为3分,属重度,需用力方能咳出痰液。③mMRC呼吸困难量表通过0~4级五个等级,依据患者日常活动时的气短程度量化评估呼吸困难严重程度,主要用于慢阻肺等呼吸系统疾病患者的病情分级与风险评估^[3],患者平地行走40 m或步行几分钟需停下呼吸,伴间断喘息、咳嗽咳痰,评分为3分。

2.2 护理诊断

本例患者护理诊断结果,具体如下:①清理呼吸道无效:与肺部炎症、痰液黏稠及咳痰无力有关;②体温过高:与肺部细菌感染、邪毒郁热有关;③知识缺乏:缺乏肺炎治疗及中医外治护理相关知识。

2.3 护理计划

①畅通呼吸道,促进痰液排出,改善气道通气;②控制体温,缓解咳嗽、胸闷等不适症状;③做好中医外治护理,预防皮肤损伤、烫伤等并发症;④疏导负面情绪,提高治疗依从性;⑤开展健康宣教,提升患者自我护理能力。

2.4 护理措施

2.4.1 西医护理

2.4.1.1 呼吸道护理

保持室内空气流通,维持室温22~24℃、湿度55%~65%,避免粉尘、刺激性气体及冷空气刺激,减少气道痉挛,每日通风2次;密切观察痰液性状、量并及时记录,若出现痰液堵塞、呼吸困难加重,立即报告医生并做好吸痰准备,防止窒息;遵医嘱给予吸氧,根据血氧饱和度调整氧流量,保证供氧充足,改善缺氧状态。

2.4.1.2 气道廓清护理

①主动循环呼吸技术:协助患者取坐位,放松上半身,平静呼吸后深吸气2~3次,随后用力呼气(声门打开、腹部收紧),再做2~3个呵气动作,整套动作重复至少5次,可根据患者情况调整频次;②胸部叩击:协助患者取侧卧位,由外而内、由下而上叩击胸部,频率≥2次/s,每次持续5~6 min,每日至少3次;③体位引流:根据听诊结果判断痰液聚集部位,采取对应体位引流,如左侧肺

上叶中内段取右侧侧卧位,左侧肺下叶基底段取头低脚高右侧侧卧位,右侧肺段体位与左侧相反;④咳嗽训练:指导患者深吸气后关闭声门,屏气 ≥ 3 s,随后身体前倾、收缩腹肌并按压上腹部,用力咳嗽以排出痰液,重复3~5次;⑤俯卧位通气:借助重力促进肺背段、基底段淤积的痰液向大气道流动,便于咳出或吸出,配合体位引流可增强气道廓清效果。

2.4.1.3 病情与生命体征监测

①严密监测体温变化,每4 h测量1次,高热时给予温水擦浴、冰袋冷敷等物理降温,体温 $\geq 38.5^{\circ}\text{C}$ 时遵医嘱使用退烧药,出汗后及时更换衣物、被褥并补充水分,防止脱水;②监测呼吸、脉搏、血压及血氧饱和度,观察意识状态、面色及口唇色泽,若出现呼吸急促、发绀或意识模糊,立即通知医生抢救;③遵医嘱按时给予抗生素、祛痰及平喘药物,观察用药疗效及不良反应,如抗生素过敏、胃肠道不适等,及时处理。

2.4.1.4 休息与活动护理

①急性期嘱患者卧床休息,取半卧位或舒适体位,减少耗氧量,缓解胸闷气喘;避免劳累、剧烈活动,保证充足睡眠。②病情缓解后,指导患者逐步增加活动量,如床边坐起、室内慢走,活动以不感疲劳、气喘加重为宜,循序渐进提升活动耐力。

2.4.1.5 饮食护理

①给予高热量、高蛋白、高维生素及清淡易消化饮食,如瘦肉、鸡蛋、牛奶及新鲜蔬果等,避免生冷、肥甘厚味、辛辣油腻食物,防止助湿生痰;②鼓励患者多饮水,每日饮水量1500~2000 mL,以稀释痰液、促进代谢,食欲差者可少食多餐,避免过饱加重胸闷。

2.4.1.6 心理护理

采用埃利斯情绪疗法协助患者正确应对心理诉求,对患者的积极行为给予口头表扬和肯定,缓解负面情绪,帮助其建立积极心态,树立战胜疾病的信心。

2.4.2 中医外治专项护理

2.4.2.1 耳穴疗法

耳穴压丸通过经络传导调整脏腑功能及内分泌系统,达到防治疾病的目的。针对患者咳嗽、痰浊阻肺证,主穴选取肺、大肠、气管及三焦,配穴选取肾、神门及交感。按压操作:以拇指与食指指腹相对捏住耳穴贴处的王不留行籽,指导患者用食指和拇指指腹置于耳廓正面和背面相对按压,至

出现热、麻、胀、痛等感觉,持续按压20~30 s后稍作间隔,重复按压,每次按压3~5 min;每2 d更换1次耳穴贴,更换时用酒精轻轻擦拭原穴位,更换对侧耳廓,若贴敷期间耳穴贴脱落、潮湿,需立即更换,防止感染。

2.4.2.2 中医穴位放血

本疗法适用于痰热壅肺、肺失宣降证型高热,多因外感温邪毒入里化热,灼津成痰,痰热互结壅塞肺气,致使肺宣发、肃降功能失常,气机郁闭,正邪交争剧烈引发高热不退;痰热阻滞气道可见咳嗽、咳吐黄稠脓痰、胸闷喘促;热邪上扰清窍伴头晕头痛、面红目赤及烦躁不安。选取双侧耳尖、商阳、少商、关冲、隐白及厉兑穴位,遵循“清热泻火、豁痰开窍、宣肺降气”原则,以井穴为主配合经外奇穴,直击痰热病机;单次总放血10~15滴,宁少勿多,避免耗伤气血;所有穴位放血、止血完成后,再次用75%酒精棉签轻擦穴位,保持局部清洁干燥,避免感染;指导患者饮用温凉的淡盐水、芦根水及金银花水,以清热生津、化痰润燥,严禁饮用冰水、冷饮或碳酸饮料。

2.4.2.3 悬灸疗法(温和灸)

借助艾火温热之力、纯阳之气循经络入肺、脾、三焦,达到温肺散寒、宣肺降气、健脾化痰及固本止咳的功效,治疗选穴三阴交穴、阴陵泉穴及双侧肺俞穴。护士将点燃的艾条对准穴位皮肤,保持艾条与皮肤距离2~3 cm,施行温和灸,施灸过程中可将手置于穴位旁感知温度,避免烫伤;以局部皮肤微红、有温热感且无灼痛、刺痛为适宜温度,每穴连续艾灸15 min;艾灸顺序为先上后下、先背后肢,即先灸肺俞穴,再灸三阴交、阴陵泉穴;施灸期间密切观察患者反应,询问温度感受,若患者感觉过热可适当抬高艾条,若皮肤出现灼痛立即调整距离,防止起泡;单穴艾灸完毕后,将艾条稍抬高,缓慢移至下一穴位。

2.4.2.4 中药塌渍疗法

①宣发肺气,恢复宣降:药液经胸背部皮肤透皮吸收,开宣肺气、疏散肺络郁邪,纠正肺失宣降病机,使肺气正常宣发肃降,气机条达则咳嗽自缓;②清热燥湿,化痰利嗽:药液直达肺之体表对应区,清热泻火、燥湿化痰、稀释黏痰,化解痰浊壅滞气道,使痰易咳出、气道得清;③疏通皮部经络,透邪外出:肺主皮毛,中药塌渍作用于胸背肺区,刺激皮部、经络腧穴,疏通肺经气机,引导风热、痰浊之邪从肌表透散而出;④理气宽胸,降逆止嗽:

方中配伍理气之品,直达上焦,宽胸理气、降逆下气,缓解肺气上逆引发的咳嗽、胸闷、气喘;⑤局部给药,直达病所:不经肠胃吸收,胸背部局部焗渍,药力直接作用于肺脏对应投影区域,靶向作用强、不伤脾胃,适合体虚、久咳、痰多患者。

选方包括麻黄 6 g、桔梗 12 g、杏仁 10 g、浙贝母 15 g、鱼腥草 20 g 及陈皮 10 g。将药物用无纺布包装好,用热水浸透,精准调至 40℃(温度过高易烫伤皮肤,过低则影响药效渗透);协助患者取仰卧或俯卧位,充分暴露双肺下叶对应的胸背部区域,将浸好药物的敷料轻轻敷于膻中穴和肺俞穴上,确保敷料完全贴合皮肤,无空隙、无移位;敷药过程中用保鲜膜轻轻覆盖敷料,防止药汁蒸发过快、温度下降;每次焗渍 20 min,期间每隔 5 min 检查一次敷料温度,若温度降低可重新浸药加温;密切观察局部皮肤反应,查看有无发红、瘙痒、皮疹、灼痛等过敏或烫伤迹象;焗渍完毕,取下纱布,用干净毛巾轻轻擦干局部皮肤,避免药液残留刺激皮肤,协助患者穿衣保暖,每日施行 1 次。

2.4.2.5 点穴疗法

以宣肺降气、理气化痰及宽胸肃肺为治则,通过循经穴位轻柔点按,疏通肺经气机,恢复肺宣发肃降功能,健脾绝痰之源、疏利气道,从而改善咳嗽、痰多、胸闷气促等症状,选穴膻中、中府、尺泽、列缺及中脘。以拇指指腹对准穴位,采用顺时针轻柔点按手法,沉肩、垂肘、悬腕,力度由轻至重、循序渐进,先轻按穴位 10 s 让患者适应,再逐渐加大力度,以患者感觉局部酸胀、麻沉(得气感)为度,禁止暴力按压、掐按;按膻中→中府→中脘→尺泽→列缺的顺序依次点按,每穴持续点按 3 min,点按过程中可配合轻微旋转动作增强穴位刺激感,随时询问患者感受并调整力度;全部穴位点按完毕,用手掌轻轻揉搓局部皮肤,放松肌肉、缓解酸胀感,协助患者调整体位休息片刻。

2.4.3 健康宣教

讲解肺炎诱因、治疗方案,示范居家排痰、呼吸锻炼方法,告知中医外治注意事项及复查时间,指导患者规避受凉、劳累等诱发因素。

2.5 护理评价

经治疗,患者痰液顺利排出,呼吸道通畅;体温恢复正常,咳嗽、胸闷完全缓解;无皮肤烫伤、过敏等并发症;焦虑情绪消除,主动配合治疗;掌握疾病护理知识,自我管理能力提升,护理目标全部实现。

3 结果和随访

干预 14 d 后,患者体温(T)36.7℃,脉搏(P)78 次/min,呼吸(R)18 次/min,咳嗽、咳痰及胸闷症状完全消失,双肺呼吸音清晰,无啰音。复查血常规、胸部 CT,炎性指标恢复正常,肺部炎性渗出灶明显吸收,痊愈出院。出院后采用电话联合门诊随访 1 个月,患者无咳嗽、胸闷或发热等不适,精神、食欲及睡眠良好,日常活动正常,肺炎无复发,呼吸功能恢复理想。

4 讨论

肺炎患者气道廓清障碍是影响康复的关键因素,老年患者多存在肺脾气虚、痰湿内生,肺气壅滞则痰液黏滞难咳,单纯西医祛痰治疗难以兼顾病机调理^[4]。中医外治法联合气道廓清技术,实现局部对症与整体调理结合,为重症肺炎治疗提供更优方案^[5]。

气道廓清技术通过高频胸壁振荡、体位引流及支气管镜肺泡灌洗等方式,直接清除深部气道痰液与炎性分泌物,快速解除气道梗阻,改善肺泡通气与氧合状态,是缓解重症肺炎呼吸道梗阻的核心手段,能迅速控制肺部感染进展,降低呼吸衰竭风险^[6]。

本研究采用的中医外治法,紧扣“痰湿壅肺、肺失宣降”核心病机。耳穴取肺、大肠穴,调理肺与大肠表里气机,肾穴固本,神门、交感镇静止咳、缓解气道痉挛;悬灸肺俞温肺化痰,三阴交、阴陵泉健脾祛湿,从根源减少痰液生成^[7]。中药焗渍经皮给药,直达肺部病灶,松解黏痰、减轻局部炎症;点穴疏通肺经经络,理气化痰,联合气道廓清技术机械松动痰液,实现“标本兼治”^[8]。二者联合应用,优势互补。气道廓清快速解决气道阻塞、改善通气,为中医外治发挥作用奠定基础;中医外治从整体调理病机,减少痰液生成,促进肺部炎症吸收,提升机体免疫力,降低病情复发率^[9]。临床实践证实,该联合方案能有效缩短患者机械通气时间、住院时长,改善炎症指标与肺功能,提升救治成功率^[10]。

护理工作贯穿全程,以辨证施护为核心,重点做好中医外治专项护理,规避操作风险,同时兼顾呼吸道管理、心理疏导与饮食调护,有效提升治疗依从性,加速症状缓解^[11]。该联合方案操作简便、安全性高、无明显不良反应,既发挥中医外治特

色,又结合现代气道管理技术,为老年肺炎患者的护理提供了可行方案,值得临床推广应用。

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] 张圆,孙同文,王昊,等.重症肺炎中西医结合诊疗临床路径[J].中国中西医结合急救杂志,2025,32(5):517-525.
Zhang Y, Sun T W, Wang H, et al. Clinical pathway for integrated traditional Chinese and Western medicine diagnosis and treatment of severe pneumonia[J]. Chin J Integr Tradit West Med Intensive Crit Care, 2025, 32(5): 517-525. (in Chinese)
- [2] 张圆,孙同文,王昊,等.重症肺炎中西医结合诊疗临床路径[J].中国中西医结合急救杂志,2025,32(5):517-525.
Zhang Y, Sun T W, Wang H, et al. Clinical pathway for integrated traditional Chinese and Western medicine diagnosis and treatment of severe pneumonia[J]. Chin J Integr Tradit West Med Intensive Crit Care, 2025, 32(5): 517-525. (in Chinese)
- [3] 蔡雅诗,黄常芮,张洪春.中西医结合改善重症肺炎患者营养指标的Meta分析[J].世界中西医结合杂志,2025,20(7):1296-1302.
Cai Y S, Huang C R, Zhang H C. Meta-analysis of nutritional indicators in patients with severe pneumonia improved by integrated traditional Chinese and western medicine [J]. World J Integr Tradit West Med, 2025, 20(7): 1296-1302. (in Chinese)
- [4] 姜艳辉,倪世豪,张先进,等.痰热清注射液治疗老年重症肺炎的Meta分析与试验序贯分析[J].中国中药杂志,2024,49(4):1091-1101.
Jiang Y H, Ni S H, Zhang X J, et al. Meta-analysis and trial sequential analysis of Tanreqing Injection in treatment of severe pneumonia in elderly[J]. China J Chin Materia Med, 2024, 49(4): 1091-1101. (in Chinese)
- [5] 张强.中西医结合治疗助力重症肺炎康复[J].健康之家,2025(13):39-40.
Zhang Q. Integrated Traditional Chinese and Western Medicine Promotes Recovery from Severe Pneumonia[J]. Care Heal, 2025(13): 39-40. (in Chinese)
- [6] 何丽娟.预见性护理在中西医结合治疗老年重症肺炎中的应用[J].医学论坛,2024,6(23).
He L J. Application of Predictive Nursing in the Integrated Chinese and Western Medicine Treatment of Severe Pneumonia in the Elderly [J]. Medical Forum, 2024, 6(23). (in Chinese)
- [7] 田田,杨益宝,罗竟滋,等.重症肺炎对不同年龄段患者中西医结合诊疗进展[J].医学论坛,2024(2).
Tian T, Yang Y B, Luo J Z, et al. Progress in integrated traditional Chinese and Western medicine diagnosis and treatment of severe pneumonia across different age groups[J]. Med Tribune, 2024 (2). (in Chinese)
- [8] 柳光春,贾久权,杨东明.多学科协作护理在重症肺炎患者早期肺康复中的应用[J].深圳中西医结合杂志,2025,35(21):122-125.
Liu G C, Jia J Q, Yang D M. The application of multidisciplinary collaborative care in the early pulmonary rehabilitation of patients with severe pneumonia [J]. Shenzhen J Integr Tradit Chin West Med, 2025, 35(21): 122-125. (in Chinese)
- [9] 孙杰敏,潘雪,赵兴云,等.层级护理模式应用于重症肺炎患者护理中的价值研究[J].中国医药指南,2024,22(9):152-154.
Sun J M, Pan X, Zhao X Y, et al. The value study of applying hierarchical nursing model in the nursing of severe pneumonia patients[J]. Guide China Med, 2024, 22(9): 152-154. (in Chinese)
- [10] 宁利峰,赵青云.预见性护理在老年重症肺炎患者治疗中的应用[J].中国医药指南,2017,15(17):9,11.
Ning L F, Zhao Q Y. Predictive nursing care in the treatment of elderly patients with severe pneumonia [J]. Guide China Med, 2017, 15(17): 9, 11. (in Chinese)
- [11] 李寿,张蕾,王永鑫,等.老年重症肺炎合并呼吸衰竭患者血清 $\alpha 1$ -AT、sIL-2R、Gal-3检测的临床意义分析[J].现代生物医学进展,2024,24(19):3685-3688.
Li S, Zhang L, Wang Y X, et al. Clinical significance of serum $\alpha 1$ -AT, sIL-2R and gal-3 detection in elderly patients with severe pneumonia combined with respiratory failure [J]. Prog Mod Biomed, 2024, 24(19): 3685-3688. (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。