

DOI: 10.12209/CAIM202606140003

· 中西医结合临床案例 ·

1 例延髓出血合并重症肺炎患者的护理

朱琳

(北京市大兴人民医院 神经重症监护室, 北京, 102600)

摘要: 本文总结 1 例延髓出血合并重症肺炎患者的护理经验。护理要点包括实施规范化气道管理联合俯卧位通气以改善氧合状态, 落实目标导向性肠内营养支持方案, 系统性防控神经系统、消化系统及血栓相关性并发症, 早期开展多学科协作模式下的康复训练。经过 22 d 的治疗与护理, 患者病情趋于稳定, 家属要求出院转运。

关键词: 延髓出血; 重症肺炎; 人工气道; 气道管理; 护理

Nursing Care of a Patient with Medullary Hemorrhage Complicated by Severe Pneumonia

ZHU Lin

(Neurocritical Care Unit, Beijing Daxing People's Hospital, Beijing, 102600)

ABSTRACT: This article summarizes the nursing experience of a patient with medullary hemorrhage complicated by severe pneumonia. Key nursing measures included the implementation of standardized airway management combined with prone position ventilation to improve oxygenation, the application of a goal-directed enteral nutrition support protocol, the systematic prevention of neurological, gastrointestinal, and thromboembolism-related complications, and the early initiation of multidisciplinary collaborative rehabilitation training. Following 22 days of treatment and nursing care, the patient's condition stabilized, and the family requested discharge and transfer.

KEY WORDS: medullary hemorrhage; severe pneumonia; artificial airway; airway management; nursing care

1 临床资料

1.1 一般资料

患者男, 54 岁, 主因“突发头晕 1 d”于 2026 年 01 月 21 日急诊入院。入院症见: 无明显诱因突发持续性头晕, 伴视物旋转、全颅胀痛, 恶心呕吐 2 次, 呕吐物为胃内容物, 无咖啡样物质; 伴行走困难、吞咽困难及言语障碍, 无肢体偏瘫、抽搐, 病程中无发热、寒战。既往史: 既往体健, 否认高血压、糖尿病、冠心病及脑血管基础病史, 否认手术、外伤及输血史, 否认药物、食物过敏史。

1.2 查体

一般查体: 体温(T)36.7℃, 心率(HR)82 次/min, 呼吸(R)15 次/min, 血压(BP)115/76 mmHg; 神志清楚, 言语流利, 营养中等, 体型正常, 全身皮肤黏膜无黄染、出血点, 双肺呼吸音粗, 可闻及散

在痰鸣音, 心律齐, 心音有力, 腹软, 肠鸣音偏弱, 双下肢无水肿。

西医专科查体: 神经系统专科查体: 双侧瞳孔等大等圆, 直径 3.0 mm, 对光反射灵敏, 眼球运动充分, 无眼震, 面纹对称, 右侧面部感觉减退, 伸舌居中, 颈无抵抗; 四肢肌力 V 级, 肌张力正常, 腱反射对称存在, 双巴氏征阴性, 左侧肢体感觉减退, 共济查体欠配合。

中医查体: 神志清, 面色如常, 气息粗促, 喉间可闻痰鸣; 舌质暗红、苔白腻, 脉滑。辨证: 肺气亏虚、痰浊瘀阻、清窍失养。

1.3 诊断

西医诊断: 延髓出血, 高血压病 1 级(极高危)? 应激性溃疡伴出血, 细菌性肺炎(重症), 肝内血管瘤、肝内多发钙化灶、淤胆, 胆囊淤积、胆囊炎待查, 电解质紊乱(低钠血症)。

收稿日期: 2026-06-14

OPEN ACCESS

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

中医诊断:中风病—中经络,肺气亏虚证;辨证依据:患者中年男性,突发头晕、视物旋转,清窍瘀阻,气机失调,发为中风;患者神志清楚、无神识昏蒙,辨为中风病中经络范畴。患者延髓受损,呼吸气机升降失常,久病卧床,肺气亏虚,肺失宣降,痰液内生壅阻气道,故喉间痰鸣、自主呼吸乏力;卧床日久,脾胃运化失司,腑气传导无力,加之肝胆疏泄失常,胆汁排泄不畅,进而出现胆囊淤胆、肠鸣音减弱、排便不畅;气血运行不畅,脉络瘀滞,脏腑运化失常,机体正气亏虚;舌质暗红、苔白腻、脉滑,均为肺气亏虚、痰浊瘀阻之征象,结合针灸科会诊辨证结果,辨证成立。

1.4 治疗

西医治疗:予特级重症监护,持续心电及呼吸机监护;早期予氨甲环酸止血、奥美拉唑抑酸护胃、谷胱甘肽保肝;先后予头孢噻肟他唑巴坦、亚胺培南西司他汀阶梯式抗感染;乙酰半胱氨酸联合氨溴索雾化祛痰;丙泊酚、异戊巴比妥镇静以管控躁动;鼻饲浓盐纠正低钠血症;建立人工气道行机械通气,完成2次床旁支气管镜肺泡灌洗^[1-2];实施下肢被动干预预防血栓,后期予抗凝治疗;全程予以肠内营养支持。中医治疗:针灸科辨证取穴针刺,予益气固元、通调肺气针刺治疗;中药保留灌肠通腑理气,改善胃肠蠕动^[3]。

入院后患者先后出现呼吸骤停、二氧化碳潴留、胆囊炎性反应、肝功能升高及肢体肌力减退等并发症,经中西医结合干预、个体化护理后,颅内出血无进展,肺部感染逐步控制,血气指标趋于平稳,腹痛症状消失,电解质恢复正常,可遵嘱完成指令动作,生命体征平稳。结束院内治疗时间为2026年02月12日,家属知情同意后转运外院康复。

2 护理

2.1 护理评估

2.1.1 一般评估

健康评估:中年男性,急性起病,既往无基础慢病,延髓出血累及呼吸、三叉、疑核中枢,病情进展快,合并多脏器继发损伤,家属依从性良好,全程配合诊疗护理。

生命体征评估:入院血压(BP)115/76 mmHg,病程波动于110~160/65~90 mmHg;病程最高体温(T)37.5℃,自主呼吸节律紊乱,多次出现自主呼吸暂停,需机械通气维持氧合。

脏器功能评估:呼吸:咳嗽反射消失,气道痰

液量大且粘稠,支气管粘液栓形成,反复出现Ⅱ型呼吸衰竭;消化:胃液潜血阳性,肠鸣音偏弱,胆囊淤胆、Murphy征阳性,卧床后胃肠蠕动减慢,肠内营养初期胃肠耐受度差,自主排便频次减少;神经:右侧面部感觉减退,后期右上肢肌力4级,右下肢5级;循环:血液高凝,下肢静脉回流缓慢,患者镇静制动、下肢自主活动量极少;营养:进食吞咽障碍,误吸风险极高。

社会心理评估:家属知晓患者病危,患者需长期机械通气支持,住院期间先后出现呼吸骤停、出血加重、感染反复等病情波动,家属长期陪护,担忧患者预后,存在明显焦虑、无助情绪。

2.1.2 标准化量表评估

营养风险筛查2002量表(Nutritional Risk Screening 2002, NRS 2002):评分标准为总分0~7分,评分<3分无营养风险,评分≥3分存在营养不良风险;分值由疾病严重程度、营养状态、年龄三项相加得出^[4]。本例入院评分4分,存在中度营养不良风险。

里士满躁动镇静评分量表(Richmond Agitation-Sedation Scale, RASS):评分标准为+4分攻击性躁动,0分警觉安静,-5分无法唤醒,重症机械通气适宜镇静分值为-2~0分^[5]。本例住院镇静期评分-1~-2分,镇静达标,间断可遵嘱睁眼配合查体。

2.2 护理诊断

气体交换受损:与延髓呼吸中枢受损、重症肺部感染、气道粘液栓滞留及自主呼吸节律紊乱有关;清理呼吸道无效:与延髓损伤致咳嗽反射消失、痰液粘稠、人工气道建立及卧床体位受限有关;有颅内出血加重的风险:与延髓出血急性期、血压波动性升高及躁动应激有关;营养失调:低于机体需要量:与吞咽障碍、重症高代谢及进食阻断有关^[6];有皮肤完整性受损的危险:与长期卧床、俯卧位通气、镇静制动及肢体自主活动减少有关;便秘:与长期卧床、胃肠蠕动减弱、胆汁淤积及肠内喂养初期胃肠功能偏弱有关;有深静脉血栓进展的危险:与卧床制动、血液高凝及下肢自主活动减少有关;焦虑(家属):与患者病危、机械通气及病情反复波动有关;潜在并发症:应激性溃疡大出血、胆囊穿孔、肺栓塞、呼吸骤停及气道滑脱。

2.3 护理计划

2.3.1 短期目标(入院1周内:2026年01月21日~2026年01月27日)

维持气道固定通畅,血氧饱和度稳定≥95%,

纠正重度二氧化碳潴留;血压波动控制在110~140/65~85 mmHg,无颅内出血加重;顺利启动肠内营养,无腹胀、反流或胃潴留;无气道滑脱、压力性损伤或呼吸骤停突发不良事件;家属焦虑情绪得到缓解。

2.3.2 长期目标(住院全程:2026年01月21日~2026年02月12日)

肺部感染炎症指标稳步下降,自主呼吸功能逐步恢复,完成呼吸机模式阶梯下调;营养指标逐步回升,电解质维持稳态;胆囊炎、肝损伤对症好转,无消化道大出血;下肢血栓无进展,肢体肌力维持稳定;完成中西医结合干预,可配合简单指令活动;病情平稳满足外院转运条件。

2.4 护理措施

2.4.1 个体化人工气道与机械通气专项护理

气管插管精细化固定护理:2026年01月22日置入7.5#气管插管,门齿刻度固定23 cm,采用双耳Y型胶布+牙垫双重固定,每班交接班核对插管深度、双侧胸廓起伏度;每日更换固定胶布,清洁口周皮肤,规避面部感觉减退侧皮肤受压;每日评估气囊压力,维持25~30 cmH₂O,预防误吸及气道黏膜缺血损伤。

呼吸机阶梯化参数适配护理:根据患者自主呼吸能力动态切换模式:呼吸骤停期采用PRVC控频通气;自主呼吸恢复期切换CPAP自主触发模式;二氧化碳潴留加重期调整V-A/C控压通气;躁动氧合差时段上调氧浓度至70%,病情平稳后逐步下调至40%;PEEP值根据肺部实变程度5~10 cmH₂O梯度调整,每4 h复查血气,一对一微调潮气量、呼吸频率。

个体化气道廓清实操:结合患者痰培养口腔定植菌、白色念珠菌感染特点,定制雾化方案为:每日3次氨溴索+乙酰半胱氨酸雾化,15 min/次,雾化后即刻俯卧位排痰;针对左肺下叶粘液栓偏重,翻身侧重右侧卧位引流左肺痰液;严格执行密闭式按需吸痰,痰液粘稠时先气道滴入无菌注射用水湿化,吸痰负压控制0.02~0.04 MPa,单次吸痰时长≤15 s;配合2次床旁支气管镜灌洗,术前禁食2 h、暂停肠内营养,术中专人监护心率血氧,术后即刻吸净残留灌洗液,预防术后低氧。

俯卧位通气专属护理:结合患者右侧面部感觉减退、右肢体肌力偏弱特点,俯卧位时避开右侧面颊受压,颧骨、髌骨及膝关节粘贴硅胶减压贴;

俯卧位频次为1次/d,6 h/次,通气前回抽胃潴留<100 mL方可实施;俯卧位期间约束双侧上肢置于身体两侧,避免牵拉呼吸机管路,每2 h微调头部角度,保护延髓中枢体位稳定。

2.4.2 延髓出血神经专科精细化监护护理

中枢专项监测:实行每小时神经体征巡查,重点监测呼吸节律、自主呼吸频率,区分中枢性呼吸暂停与痰液堵塞呼吸暂停;每日固定时段评估双侧面部痛温觉、肢体肌力,重点对比右上下肢肌力变化;01月26日突发自主呼吸骤停应急处理:即刻调高呼吸机氧浓度至45%、上调机控频率至20次/min,开放气道吸痰,遵医嘱快速推注镇静药物,同步采集血气,全程闭环监护至血氧回升至98%。

血压分级管控护理:急性期严控血压上限≤140/90 mmHg,避免血压骤升诱发出血扩大;躁动时段提前加大镇静深度,杜绝应激性血压飙升;使用输液泵匀速降压,禁止血压短时间降幅>20 mmHg,保护脑组织灌注。

出入量及电解质精准管控:每日拆分早中晚三班核算出入量,重点监测尿量、胃液引流量;针对反复低钠血症,鼻饲浓盐分3次匀速泵入,禁止快速补钠;每日对接血气结果,联动调整补液张力,维持血清钠135 mmol/L稳态。

2.4.3 分级式肠内营养与消化系统并发症专项护理

分阶段肠内营养实施:NRS 2002评分4分,启动阶梯喂养:01月22日起始20 mL/h匀速鼻饲,耐受无腹胀后01月24日上调至1000 mL/d;01月30日合并胆囊炎后,更换低脂匀浆膳,降低脂肪摄入减轻胆囊负荷;俯卧位、支气管镜操作前后各暂停喂养1 h,床头持续抬高30~45°,规避反流误吸。

应激性溃疡+胆囊并发症护理:每日监测胃液潜血,奥美拉唑固定晨起空腹泵入;右侧腹部每日定点触诊,标记胆囊压痛范围,区分肠胀气与胆囊绞痛;Murphy征阳性时段,禁食高脂鼻饲制剂,配合中药保留灌肠,灌肠液面高度<30 cm,低速保留20 min,兼顾通便、疏肝利胆;动态监测肝功能,谷胱甘肽保肝药物固定夜间输注,匹配肝脏代谢节律^[7]。

胃肠功能维护:每日顺时针腹部按摩2次,10 min/次;益生菌固定鼻饲间隔时间给药,避免与抗生素同服导致药效灭活;胃液潴留量>100 mL时即刻下调喂养速度,防范胃肠不耐受。

2.4.4 血栓、皮肤专项预防护理

深静脉血栓分层护理:未确诊血栓前:每日2次下肢被动屈伸、踝泵运动,20 min/次,穿戴梯度弹力袜;确诊小腿肌间静脉血栓后:禁止下肢按摩、热敷及肢体挤压,抬高患肢15°,抗凝药物固定晚间皮下注射,注射部位轮换腹壁,监测皮肤瘀斑、凝血指标,防范抗凝出血^[8]。

定制化皮肤护理:结合右侧面部感觉减退、俯卧位高发受压点,建立专属翻身卡,每2 h体位轮换;镇静躁动期加强四肢约束保护,约束内衬棉垫;每日评估口周、插管贴合处皮肤,及时更换抗过敏敷料,全程院内零压力性损伤。

2.4.5 中西医结合早期康复+人文家属护理

西医床边康复:遵从康复科会诊方案,每日开展肋间肌放松、胸廓松动训练;四肢关节被动活动,重点强化右上肢肌力被动训练,维持关节活动度;呼吸机自主模式阶段,辅助缩唇呼吸被动训

练,锻炼呼吸肌群。

中医针刺配合护理:针灸针刺时段提前适度镇静,提高患者配合度;针刺肺俞、膻中等穴位后,按压针孔3 min止血,观察有无晕针、局部皮下出血;每日艾灸气海、关元5 min,益气固本,改善机体气虚状态^[9]。

家属心理护理:每日定时沟通病情进展,解读血气、CT报告变化,一对一讲解机械通气、镇静治疗目的,缓解家属病危焦虑;同步宣教转运照护要点,提前做好外院康复衔接宣教。

2.5 护理评价

经治疗,患者全部短期与长期护理目标达成(详见表1),患者颅内出血无加重,肺部感染好转,消化、凝血及电解质指标趋于平稳,无压力性损伤、气道滑脱、肺栓塞或大出血等护理不良事件,家属焦虑缓解,具备转运照护能力,满足外院康复转运条件。

表1 疗效评估

评价项目	护理前	护理后
NRS 2002	4分(营养不良高风险)	2分(营养风险解除)
RASS	-2分,间断躁动	-1分,镇静适配,可遵嘱活动
动脉血气PaCO ₂	97.00 mmHg(重度滞留)	45.00 mmHg(正常范围)
超敏C反应蛋白	115.02 mg/L	42.16 mg/L
肢体肌力	四肢肌力V级,后期右上肢4级	右上肢4级稳定,其余肌力5级
胃液潜血	阳性	阴性
并发症发生情况	呼吸骤停、胆囊压痛及低钠血症	无新发危重并发症

3 结论

延髓为呼吸、吞咽及交感调节核心中枢,延髓出血属于神经重症极高危病种,结合国内《自发性脑出血诊疗指南(2024)》与《ICU成人机械通气气道管理专家共识》,该病合并重症肺炎后,中枢性呼吸衰竭、多脏器继发损伤发生率远超普通脑出血,临床护理存在气道管理难度大、并发症联动发作、脱机周期长等痛点^[10]。目前临床针对延髓出血合并重症肺炎的中西医一体化护理个案较少,同质化护理方案不完善,专科个性化护理经验有待补充。

本病例完整记录动脉瘤源性延髓出血合并肺部感染、应激性溃疡、淤胆性胆囊炎、下肢高凝状态多病共存病程,贴合基层三甲神经ICU真实诊疗场景;构建“气道分级管控+神经精准监护+阶梯肠内营养+中西医康复+并发症分层防控”专属护理模式,所有护理措施均可直接复刻应用于同类病例;同步纳入NRS 2002、RASS双量表量化评

估,护理效果可量化、可对比。但本次为单中心、单病例回顾性研究,患者无基础慢病、出血病因偏向动脉瘤,个体病情特异性较强,护理干预结果无法直接推广至高血压源性、老年合并多慢病延髓出血患者。

本个案补齐延髓出血合并多系统并发症全流程护理实操短板,明确中枢性呼吸骤停应急护理流程、俯卧位通气联合体位引流适配要点及胆囊炎叠加肠内营养的喂养调整方案,可为神经重症护理人员提供标准化实操参考;同时验证中西医联合康复对重症卧床患者呼吸、肢体功能的改善作用,为后续构建同类疾病专科护理路径提供临床依据。延髓出血重症护理不可单一管控颅内病情,需联动呼吸、消化及凝血多系统一体化预判干预,提前防控联动并发症,才可有效改善患者远期预后。

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] 米元元, 蔡喆斌, 刘静, 等. 非气管插管患者清醒俯卧位实施策略中国专家共识(2023)[J]. 中华危重病急救医学, 2023, 35(4): 337-351.
Mi Y Y, Cai Z Y, Liu J, et al. Expert consensus on implementation strategy of awake prone positioning for non-intubated patients in China (2023)[J]. Chin Crit Care Med, 2023, 35(4): 337-351. (in Chinese)
- [2] 胡梦阳, 黄海燕, 罗健, 等. 成人ICU患者气道廓清的最佳证据总结[J]. 护理学杂志, 2023, 38(2): 16-20.
Hu M Y, Huang H Y, Luo J, et al. Best evidence summary of airway clearance in adult ICU patients [J]. J Nurs Sci, 2023, 38(2): 16-20. (in Chinese)
- [3] 王珍, 张晓宜. 慢性阻塞性肺疾病稳定期中西医结合康复研究进展[J]. 新疆中医药, 2024, 42(1): 137-140.
Wang Z, Zhang X Y. Progress in Integrative Chinese and Western Medicine Pulmonary Rehabilitation for Stable Chronic Obstructive Pulmonary Disease[J]. Xinjiang J Tradit Chin Med, 2024, 42(1): 137-140. (in Chinese)
- [4] 游俊杰, 刘波, 陈梦玲, 等. 重症肺炎患者营养管理的最佳证据总结[J]. 中华护理杂志, 2024, 59(13): 1616-1623.
You J J, Liu B, Chen M L, et al. Summary of the best evidence for nutritional management in patients with severe pneumonia [J]. Chin J Nurs, 2024, 59(13): 1616-1623. (in Chinese)
- [5] 程雷, 项丽君, 曹猛, 等. 医护标准化沟通下缺血性脑卒中介入术后患者镇痛镇静评估流程的临床应用研究[J]. 护理学报, 2025, 32(9): 7-14.
Cheng L, Xiang L J, Cao M, et al. Effectiveness of analgesia and sedation assessment process following endovascular treatment for ischemic stroke under standardized communication between healthcare professionals[J]. J Nurs, 2025, 32(9): 7-14. (in Chinese)
- [6] 张丽, 杨婷婷, 史丽萍, 等. 俯卧位通气患者肠内营养管理的最佳证据总结[J]. 中华急危重症护理杂志, 2023, 4(2): 112-118.
Zhang L, Yang T T, Shi L P, et al. Evidence summary of enteral nutrition management in patients with prone position ventilation [J]. Chin J Emerg Crit Care Nurs, 2023, 4(2): 112-118. (in Chinese)
- [7] 邹思璐, 侯敏, 高艳, 等. 不同质子泵抑制剂预防重症脑卒中患者应激性溃疡的药物经济学评价[J]. 江西医药, 2020, 55(5): 595-596, 608.
Zou S L, Hou M, Gao Y, et al. Pharmacoeconomic evaluation of different proton pump inhibitors in preventing stress ulcer in patients with severe stroke [J]. Jiangxi Med J, 2020, 55(5): 595-596, 608. (in Chinese)
- [8] 刘爱彬. 集束化护理对脑出血手术患者下肢深静脉血栓发生率的影响研究进展[J]. 现代消化及介入诊疗, 2022, 27(S1): 1420-1421.
Liu A B. Research progress on the influence of cluster nursing on the incidence of deep venous thrombosis of lower limbs in patients undergoing cerebral hemorrhage surgery [J]. Mod Dig Interv, 2022, 27(S1): 1420-1421. (in Chinese)
- [9] 杜美昌. 慢性阻塞性肺疾病稳定期的中西医肺康复研究进展[J]. 中西医结合护理, 2023(8): 50-54.
Du M C. Progress in pulmonary rehabilitation of Traditional Chinese Medicine and Western medicine in stable stage of chronic obstructive pulmonary disease [J]. Chin J Integr Nurs, 2023(8): 50-54. (in Chinese)
- [10] 黄巧云, 查姗姗, 关力理, 等. 机械通气治疗呼吸衰竭临床研究年度进展2025[J]. 中华结核和呼吸杂志, 2026, 49(4): 448-452.
Huang Q Y, Zha S S, Guan L L, et al. Annual advances in clinical research on mechanical ventilation in management of respiratory failure 2025 [J]. Chin J Tuberc Respir Dis, 2026, 49(4): 448-452. (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。