

DOI: 10.12209/CAIM202606290002

· 中西医结合临床案例 ·

气道管理联合中医特色护理在 1 例 高龄细菌性肺炎伴咯血患者中的应用

陈 闯

(北京市健宫医院 重症医学科, 北京, 100054)

摘要: 本文总结 1 例细菌性肺炎患者采用中西医结合护理干预的护理体会。针对患者高龄、咳嗽咳痰、气短、支气管扩张合并咯血、营养不良、低蛋白血症及误吸风险高等临床问题,采用抗感染护理、气道管理、咯血急救护理、营养支持护理联合中医特色护理的综合干预方案。临床实践表明,该护理方案可有效改善患者咳嗽咳痰及气短症状,控制咯血进展,维持氧合稳定,提高营养支持安全性,对促进细菌性肺炎合并支气管扩张患者病情恢复具有积极临床意义。

关键词: 细菌性肺炎; 中西医结合护理; 支气管扩张; 咯血; 气道管理

Application of Airway Management Combined with Traditional Chinese Medicine Characteristic Nursing in an Elderly Patient with Bacterial Pneumonia Complicated by Hemoptysis

CHEN Chuang

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

ABSTRACT: This article summarizes the nursing experience of integrated traditional Chinese and Western medicine nursing interventions applied to an elderly patient with bacterial pneumonia. In response to the clinical challenges of advanced age, cough and sputum production, dyspnea, bronchiectasis complicated by hemoptysis, malnutrition, hypoalbuminemia, and a high risk of aspiration, a comprehensive intervention protocol was implemented, encompassing anti-infection nursing, airway management, emergency nursing for hemoptysis, nutritional support nursing, in conjunction with traditional Chinese medicine characteristic nursing measures. Clinical practice demonstrated that this nursing protocol effectively alleviated the patient's cough, sputum production, and dyspnea, controlled the progression of hemoptysis, maintained oxygenation stability, and improved the safety of nutritional support, exhibiting positive clinical significance for promoting the recovery of patients with bacterial pneumonia complicated by bronchiectasis.

KEY WORDS: bacterial pneumonia; integrated traditional Chinese and Western medicine nursing; bronchiectasis; hemoptysis; airway management

细菌性肺炎是老年患者常见的呼吸系统感染性疾病,病变主要累及肺泡、肺间质及终末气道,临床以咳嗽、咳痰、气短、发热及肺部啰音为主要表现,严重者可合并呼吸衰竭、胸腔积液及感染中毒性休克^[1]。高龄患者常伴随营养不良、贫血、低蛋白血症、支气管扩张及脑梗死后吞咽功能障碍等基础问题,肺部感染后气道清除能力减弱,痰液滞留及误吸风险增加,病情易迁延反复^[2]。支气管扩张症合并感染时,支气管壁结构破坏及局部

血管增生可诱发咯血,短时间内咯血量增加可造成气道阻塞、窒息及循环不稳定,护理风险较高^[3]。

中西医结合护理在细菌性肺炎患者管理中具有整体干预优势,即西医护理强调感染控制、氧合监测、气道通畅、咯血急救、营养支持及并发症预防;中医护理则依据“咳嗽病”“风寒袭肺证”及“虚劳类病”等辨证结果,通过中药调护、穴位贴敷、耳穴压丸、情志护理及起居饮食指导,促进肺气宣

收稿日期:2026-06-29

OPEN ACCESS

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

降、化痰止咳并扶正祛邪^[4]。本文总结 1 例细菌性肺炎患者采用中西医结合护理干预的护理体会, 现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

患者男, 91 岁, 因“咳嗽、咳痰、气短 1 月余, 加重 4 d”于 2026 年 04 月 24 日收入呼吸与危重症医学科。入院症见: 患者间断咳嗽、咳痰, 痰液黏稠不易咳出, 夜间咳嗽、咳痰症状加重, 活动后出现轻度气促、乏力, 患者鼻饲饮食, 饮水呛咳症状显著, 无发热。舌淡红, 苔薄黄, 舌下脉络粗胀, 脉浮数。患者既往有支气管扩张病史多年, 发现胸腔积液 2 月余, 于外院住院期间确诊存在营养不良、低蛋白血症、贫血、血小板减少、肠道菌群紊乱、反流性食管炎、皮肤感染、失眠、便秘、下肢深静脉血栓形成、高脂血症及急性脑梗死; 否认高血压、冠心病、糖尿病病史, 否认药物及食物过敏史。

1.2 体格检查

1.2.1 中医四诊

望诊: 神志清楚, 精神尚可, 发育正常, 体型营养不良, 口唇红润、无发绀; 舌淡红, 苔薄黄, 舌下脉络粗胀。闻诊: 言语流利, 时有咳嗽、咳痰, 痰咯不畅。问诊: 咳嗽、咳痰、气短 1 月余, 加重 4 d, 饮水呛咳明显, 夜寐欠佳, 大便正常。切诊: 脉浮数。

1.2.2 专科查体

入院查体: 体温(T) 36.50℃, 脉搏(P) 92 次/min, 呼吸(R) 18 次/min, 血压(BP) 146/68 mmHg。患者神志清楚, 言语流利, 口唇红润无发绀, 扁桃体无肿大; 双肺呼吸音粗, 无呼吸音减弱, 可闻及干、湿性啰音, 未闻及胸膜摩擦音; 心律齐, 无早搏, 第一心音强弱一致, 未闻及心包摩擦音; 双下肢无水肿。

辅助检查: 2026 年 04 月 20 日外院胸部 CT 提示双侧肺炎伴肺膨胀不全、支气管扩张样改变。2026 年 04 月 24 日血常规+C 反应蛋白+血清淀粉样蛋白 A 检查示: 白细胞 $7.82 \times 10^9/L$, 红细胞 $2.87 \times 10^{12}/L$, 血红蛋白 93 g/L, 红细胞压积 27.8%, C-反应蛋白 12.63 mg/L, 人血清淀粉样蛋白 A 55.90 mg/L; 降钙素原 0.062 ng/mL; 白蛋白 34.0 g/L。2026 年 04 月 30 日胸部 CT 提示: 右肺及左肺下叶炎症, 慢性支气管炎、肺气肿改变, 双侧胸膜增厚、胸腔少量积液。

1.3 诊断

中医诊断: 咳嗽病, 风寒袭肺证; 虚劳, 髓海不足证。西医诊断: 细菌性肺炎, 真菌性肺炎, 支气管扩张症合并感染, 胸腔积液, 低蛋白血症, 贫血, 反流性食管炎, 高脂血症, 下肢深静脉血栓形成, 失眠, 便秘, 咯血。辨证依据: 患者系高龄男性, 以咳嗽、咳痰、气短为主要症状入院, 归属于中医“咳嗽病”范畴。患者因起居不慎, 外感邪气侵袭肺脏, 致肺失宣肃、肺气上逆, 津液聚而成痰, 故而出现咳嗽、咳痰、气短等症; 舌淡红、苔薄黄、脉浮数, 为外邪袭肺、肺气失宣之征。患者高龄体虚, 久病耗伤机体正气, 加之长期营养不良, 兼具虚劳之象。四诊合参, 辨证为风寒袭肺证, 兼髓海不足证。

1.4 治疗

患者入院后予以中西医结合治疗, 西医以抗感染、化痰、平喘、止咳、抑酸护胃、营养支持及防控并发症为治疗原则, 中医以疏风散寒、宣肺止咳及扶正养阴为核心治法, 同时配合耳穴压丸、穴位贴敷及中医情志护理。入院后予头孢噻肟钠他唑巴坦抗感染、氨溴索化痰及奥美拉唑抑酸护胃, 联合布地奈德混悬液雾化吸入止咳平喘、乙酰半胱氨酸雾化吸入稀释痰液。2026 年 04 月 30 日, 患者咳嗽后突发咯血, 咯鲜红色血液, 量约 30~40 mL, 即刻予以侧卧位、负压吸引与胃肠减压, 同时予矛头蝮蛇血凝酶静脉注射、垂体后叶素泵入、氨甲环酸静脉滴注、维生素 K1 静脉注射及补液扩容治疗, 1 h 后患者咯血症状明显好转, 转入重症医学科继续治疗。经系统治疗与护理干预, 患者急性咯血症状于 2026 年 04 月 30 日抢救后完全控制, 后续未再发生咯血, 喘憋症状较前缓解, 氧合状态维持稳定。本次急性咯血专项救治工作于 2026 年 04 月 30 日结束, 本病例中西医结合护理观察周期至 2026 年 05 月 30 日结束; 观察结束时患者仍存在痰液量多、感染指标升高及贫血等情况, 持续予以抗感染、气道管理、纠正贫血及营养支持等对症治疗。

2 护理

2.1 护理评估

2.1.1 呼吸功能及气道清除能力评估

采用呼吸频率、血氧饱和度、肺部听诊、血气分析及胸部影像学检查综合评估患者呼吸功能^[5]。患者入院时咳嗽、咳痰及气短症状明显, 双

肺呼吸音粗,可闻及干湿性啰音。咯血发作后心电图监护示心率(HR)90~100次/min,呼吸(R)25次/min,血压(BP)110/80 mmHg,血氧饱和度(SpO_2)维持95%以上。转入ICU后予以常压高流量吸氧治疗,2026年05月03日血气分析示pH7.48、动脉血氧分压199.8 mmHg、动脉血二氧化碳分压38.0 mmHg、 SpO_2 100%,提示患者氧合状态稳定。结合患者痰液黏稠、夜间咳痰症状显著、双肺可闻及干湿性啰音,且高龄导致自主排痰能力减退等临床表现,评估提示患者存在气道分泌物潴留,存在清理呼吸道无效及气体交换受损风险。

2.1.2 咯血及窒息风险评估

结合患者咯血颜色、咯血量、呼吸状态、血压、血红蛋白水平及支气管扩张病史综合评估咯血风险^[6]。本例患者既往有多年支气管扩张病史,胸部CT提示慢性支气管炎、肺气肿及肺部感染改变。2026年04月30日患者突发鲜红色咯血,咯血量约30~40 mL,血红蛋白由93 g/L降至82 g/L,存在气道阻塞、窒息及失血风险,需持续动态监测咯血情况、血压、血氧饱和度及血红蛋白变化。综合评估判定患者为咯血后窒息高风险状态,护理期间需保证负压吸引装置及各类抢救物品随时备用,重点观察气道血液堵塞、血氧骤降、呼吸困难及意识改变等危险预警征象。

2.1.3 营养风险评估

采用营养风险筛查2002量表(NRS 2002)评估患者营养风险,该量表从营养受损状况、疾病严重程度及年龄因素进行综合评分,总分 ≥ 3 分提示存在营养风险^[7]。本例患者NRS 2002评分为6分,属于高营养风险人群。患者高龄、体型消瘦,合并低蛋白血症、贫血,存在饮水呛咳且长期鼻饲进食,入院白蛋白34.0 g/L,后续降至31.9 g/L,需强化营养支持治疗,积极预防误吸,密切监测患者胃肠道耐受情况。

2.1.4 感染指标评估

结合白细胞计数、C-反应蛋白、降钙素原、血清淀粉样蛋白A及病原学检查结果动态评估患者感染控制情况^[8]。患者入院时白细胞 $7.82 \times 10^9/\text{L}$,C-反应蛋白12.63 mg/L,人血清淀粉样蛋白A55.90 mg/L;2026年05月01日C-反应蛋白50.44 mg/L,降钙素原0.338 ng/mL;2026年05月29日细菌培养结果提示检出肺炎克雷伯菌。结合患者支气管扩张基础病史及痰量增多的临床表

现,提示患者感染迁延难愈,气道管理难度较大。

2.1.5 误吸风险评估

结合患者饮水呛咳、鼻饲进食、急性脑梗死病史、意识状态及呼吸道分泌物情况综合评估误吸风险。患者饮水呛咳症状明显,既往急性脑梗死病史,长期经鼻胃管进食,气道保护能力显著下降;同时患者痰液黏稠、自主咳痰能力减弱,口咽分泌物及胃内容物误吸风险较高。根据评估结果,需严格落实床头抬高、鼻胃管位置核查、鼻饲耐受监测及家属进食宣教管理等护理措施。

2.1.6 心理状态评估

通过床旁观察、沟通交流及家属访谈方式评估患者心理状态。患者神志清楚,沟通应答正常,突发咯血转入ICU后,因病情突发变化、存在再次咯血可能,产生明显担忧情绪,家属同时存在紧张、焦虑心理。评估提示患者存在焦虑风险,需通过病情讲解、治疗效果反馈、情绪疏导及联合家属沟通陪伴等方式,减轻患者心理负担。

2.2 护理诊断

清理呼吸道无效:与肺部感染、支气管扩张、痰液黏稠及高龄所致咳痰能力下降相关;有窒息的危险:与支气管扩张合并咯血、气道痰液潴留相关;气体交换受损:与细菌性肺炎、肺膨胀不全、肺气肿及胸腔积液相关;营养失衡:低于机体需要量,与高龄、营养不良、低蛋白血症、贫血及进食方式受限相关;有误吸的危险:与饮水呛咳、脑梗死后吞咽功能障碍及鼻饲进食相关;焦虑:与病情危重、突发咯血及ICU环境改变相关。

2.3 护理计划

针对患者病情及护理问题,采取抗感染护理、规范化气道管理、咯血急救护理、个体化氧疗护理、精准营养支持护理、误吸风险防控、管路精细化护理、情志护理及中医特色护理技术等综合干预措施,改善患者咳嗽、咳痰及气短症状,维持气道通畅,遏制咯血进展,稳定机体氧合水平,保障营养支持安全有效,促进患者病情逐步康复。

2.4 护理措施

2.4.1 对症护理

患者咳嗽、咳痰症状显著,护理过程中密切观察痰液的颜色、性状、量及咳出难易程度,协助患者取半卧位,指导其开展有效咳嗽,必要时采用负压吸引技术清除气道分泌物。雾化治疗前全面评估患者呼吸状态与自主咳痰能力,治疗期间密切监测患者有无胸闷、气促、血氧饱和度下降等不良

反应,治疗结束后协助患者翻身叩背、促进排痰。患者发生咯血后,立即协助其取侧卧位或患侧卧位,保持头部偏向一侧,有效规避血液误吸及气道阻塞风险;同步备好并启用负压吸引装置,全程保证抢救设备随时备用。严密监测患者咯血量、痰液颜色、血压、心率、呼吸、血氧饱和度及意识状态变化,严格遵医嘱实施止血、扩容治疗,维持机体水电解质平衡。干预1 h后患者咯血症状显著好转,血氧饱和度持续维持在95%以上。

2.4.2 常规护理

指导患者规律作息,保持病室空气流通、温湿度适宜,规避冷空气、烟雾及各类刺激性气味,防止诱发咳嗽。强化安全防护管理,床旁常规安置床档,严格落实跌倒、坠床及管路滑脱预防措施。患者高龄、机体营养不良、皮肤抵抗力低下,日常保持床单位清洁、干燥、平整,定时协助患者翻身,密切观察全身受压部位皮肤状况,预防压疮发生。饮食护理遵循高蛋白、高营养及易消化的原则,结合患者误吸高风险,严格按照吞咽安全标准调整进食方式。建立良好护患沟通,及时安抚患者因突发咯血、ICU住院产生的紧张焦虑情绪,向家属详细讲解病情观察要点及护理配合要点,提升治疗配合度。

2.4.3 气道管理

2.4.3.1 氧疗护理

患者转入ICU后予以常压高流量吸氧治疗,护理中严密检查吸氧装置连接情况、氧流量参数、气道湿化状态及患者耐受情况。动态监测血氧饱和度、呼吸频率、呼吸节律、口唇色泽及胸闷、憋气等症状变化,一旦出现氧合下降、呼吸费力、烦躁不安或咯血增多等情况,立即上报医师处置。加强血气分析动态监测,2026年05月03日患者血气分析示氧分压199.8 mmHg、SpO₂100%,提示氧疗干预效果良好。氧疗期间重点做好鼻腔黏膜保湿护理,观察局部皮肤受压情况,规避黏膜干燥、皮肤破损等不适症状。

2.4.3.2 排痰护理

患者因支气管扩张、肺部感染及高龄因素,气道痰液清除能力显著下降,临床采用雾化吸入、体位引流、背部叩击排痰、负压吸引联合电子支气管镜吸痰的综合气道管理方案。背部叩击时避开脊柱、肩胛骨及肾区,遵循由下向上、由外向内的叩击原则,松动气道深部潴留痰液。患者痰量增多时,配合电子支气管镜检查及镜下吸痰治疗,同步

留取气道分泌物送检,2026年05月29日细菌培养结果提示检出肺炎克雷伯菌。气道护理全程严格执行无菌操作,有效降低交叉感染发生风险。经规范干预,患者咯血症状完全停止,痰液量较前明显减少,喘憋症状显著缓解。

2.4.4 营养支持护理

患者NRS 2002评分为6分,存在重度营养风险。结合营养科会诊意见,给予患者每日总能量供给880 Kcal、蛋白质48 g、脂肪40 g,规律补充营养制剂,包括双蛋白复合营养粉20 g、1次/d,短肽型复合型营养粉40 g、3次/d,酶解营养米糊3次/d,血蓆红枣提取液1支/d。护理过程中每次鼻饲前严格核查鼻饲管位置,动态监测患者胃潴留量,密切观察有无恶心、呕吐、腹胀、腹泻及大便隐血异常等情况。患者既往存在胃肠减压管引流红色液体、大便隐血阳性情况,营养支持期间定期复查胃液及大便潜血试验,持续动态监测血红蛋白水平变化。患者临时追加肠内营养后,未出现恶心、呕吐及胃潴留现象,提示机体对肠内营养耐受良好。

2.4.5 误吸预防护理

患者存在明显饮水呛咳症状,合并急性脑梗死病史,长期鼻饲饮食,误吸风险极高。患者进食及鼻饲期间,严格抬高床头30~45°,鼻饲结束后持续维持半卧位,短期内禁止翻身、叩背及体位搬动,避免诱发反流误吸。鼻饲前精准确认管路位置,合理控制营养液输注速度及温度,全程观察患者有无呛咳、湿性啰音、呼吸急促、血氧饱和度下降及口鼻反流等误吸征象。规范落实口腔护理,减少口咽部细菌定植,降低感染风险。同时做好家属健康宣教,严禁家属自行喂水、喂食,所有进食操作均需在吞咽功能评估及医护人员指导下开展,有效规避吸入性肺炎及肺部感染反复的风险。

2.4.6 管路护理

患者高龄、体型消瘦,外周静脉穿刺难度大,且需输注刺激性静脉药物,予以左上肢贵要静脉中等长度静脉导管置管。护理中妥善固定导管,保持透明敷料清洁、干燥且完整,密切观察穿刺点有无渗血、红肿、疼痛或渗液等异常。输液前后采用脉冲式冲管、正压封管规范操作,有效预防导管堵塞。患者转入ICU后行右侧桡动脉穿刺置管,护理中严密监测穿刺点有无出血、血肿,观察术侧肢体末梢肤色、皮温变化,定期规范换药,预防局部感染。所有管路均做好清晰标识,妥善固定,避免

管路牵拉、折叠或扭曲,杜绝非计划拔管事件发生。

2.4.7 中医特色护理

患者辨证为风寒袭肺证兼髓海不足证,中医护理以宣肺止咳、化痰平喘、扶正养阴及宁心安神为核心原则,遵医嘱分阶段予以中药汤剂干预。入院初期予三拗汤合止嗽散加减,组方: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,加水煎煮取汁 200 mL,1 剂/d,分早晚两次温服。针对患者夜寐欠佳、乏力及胸闷症状,予七福饮合开心散合六味地黄丸加减治疗,组方:熟地黄 30 g、人参片 10 g、白术 15 g、炙甘草 10 g、当归 10 g、制远志 10 g、炒苦杏仁 10 g、石菖蒲 10 g、砂仁 10 g、黄芪 30 g、山药 15 g、酒萸肉 15 g、泽泻 10 g、茯苓 15 g、醋鸡内金 15 g 及炒麦芽 30 g,共 7 剂,水煎服,2 次/d,于早晚饭后 30 min 温服。患者鼻饲给药期间,给药前严格核对胃管位置、评估胃潴留情况,调控药液适宜温度,缓慢注入药液,给药前后均用温水冲管,全程观察患者有无呛咳、反流、腹胀或腹泻等不良反应。方剂中注明炒、炙、制、酒、醋等炮制规格的饮片严格遵照医嘱调配,未标注特殊炮制要求的饮片均按照医院中药饮片调剂规范执行;三拗汤合止嗽散加减的用药疗程,根据患者咳嗽、咳痰、舌脉变化及胃肠道耐受情况动态调整。

予以耳穴压丸治疗,主穴选取肺、神门、交感及皮质下,入院初期结合患者咳嗽、便秘症状,配伍肾、大肠穴位。操作前评估耳廓皮肤完整性,采用 75% 乙醇由内向外规范消毒耳廓皮肤,待干后将王不留行籽贴敷于对应耳穴,采用拇指对压法按压穴位,以患者局部出现酸、麻、胀、痛感且可耐受为度,每穴按压 30~60 s,单次操作 3~5 min,3~5 次/d,双耳交替进行,每 2~3 d 更换 1 次耳穴贴。按压过程中密切监测患者心率、呼吸及整体耐受情况,咯血活动期降低按压力度、避免强力刺激;若出现耳廓红肿、皮肤破损、感染或剧烈疼痛等情况,立即停止操作。其中肺穴可清肺止咳,神门穴宁心安神,交感穴缓急理气止痛,皮质下穴可调节机体脏腑功能。

开展穴位贴敷治疗,选取肺俞、天突及膻中穴位,以补肺气、宣肺止咳为主要功效。操作前核对医嘱,评估并清洁穴位局部皮肤,将院内统一配制的贴敷药物精准贴于对应穴位并按压固定,每次贴敷 4~6 h,1 次/d,连续干预 7 d;若患者贴敷部位出现灼热、瘙痒、红斑或水疱等过敏反应,立即

取下药物并对症处理。针对患者长期卧床、便秘症状,采用科室协定通便贴敷于神阙及双侧劳宫穴,该通便贴由大黄、芒硝、厚朴、枳实及冰片按院内协定比例配制而成,每贴 1 剂,具有通腑泻热、理气导滞的功效;贴敷前清洁穴位局部皮肤,每次贴敷 4~6 h,1 次/d,动态观察患者排便次数、腹胀缓解情况及局部皮肤反应。贴敷期间避免药物接触破损皮肤,取下药物后采用温水清洁局部皮肤,预防皮肤刺激、过敏及水疱形成。

2.5 护理评价

经中西医结合系统化护理干预,患者咯血症状完全得到控制,SpO₂持续维持在 95% 以上,后期复查血气分析示 SpO₂ 为 100%,咳嗽、咳痰及喘憋等临床症状较干预前显著改善。患者全程耐受营养支持治疗,未出现明显胃潴留、恶心或呕吐等不耐受表现。针对患者血红蛋白下降情况,临床予以动态监测并积极申请输血治疗;结合规范化抗感染治疗与精细化气道管理,患者感染相关指标呈阶段性改善,整体病情各项指标较病情加重阶段明显好转,具体疗效评估结果详见表 1。

表 1 疗效评估

评估项目	护理前	护理后
咯血量	鲜红色血液,约 30~40 mL	未再发生明显咯血
呼吸频率	25 次/min	20 次/min
血氧饱和度	95% 以上	100%
C-反应蛋白	50.44 mg/L	26.62 mg/L
血红蛋白	82 g/L	85.3 g/L
气道情况	咳嗽、咳痰,痰黏难咳	痰量减少,喘憋症状好转
营养风险	NRS 2002 评分 6 分,高营养风险	可良好耐受肠内营养支持治疗

3 结果和随访

患者经规范抗感染、止血、氧疗支持、气道精细化管理、个体化营养支持及中医特色护理等综合干预后,2026 年 04 月 30 日急性咯血症状得到有效控制,后续未再出现明显咯血,喘憋症状显著改善,机体氧合状态维持稳定,当日完成急性咯血专项救治工作。本病例中西医结合护理观察周期于 2026 年 05 月 30 日结束。于 2026 年 05 月 30 日采用床旁访视结合院内病历追踪的方式完成病例随访,随访内容涵盖咯血复发情况、意识状态、呼吸节律、氧合指标、痰液排出情况、感染指标、血红蛋白水平及营养支持耐受情况等。随访结果显示,患者未再出现咯血复发,血气分析示动脉血氧

分压 179.7 mmHg、SpO₂100%，可良好耐受营养支持治疗；但患者仍存在痰量增多表现，病原学培养提示肺炎克雷伯菌感染，C-反应蛋白 82.97 mg/L，血红蛋白 70 g/L，仍需持续予以抗感染、气道管理、纠正贫血及营养支持等对症治疗。护理人员针对患者及家属开展健康宣教，内容包括有效排痰方法、咯血先兆识别、误吸预防要点、日常营养管理、管路保护措施及用药病情观察等，进一步保障后续康复治疗安全。

4 讨论

细菌性肺炎是老年人群高发的呼吸系统感染性疾病，在中医范畴多归属于“咳嗽病”及“喘证”等病证，其病位主在肺，与脾、肾脏腑功能失调及机体正气亏虚密切相关。高龄患者多存在肺脾气虚、卫外不固的体质特点，外感邪气侵袭肺脏后，易致肺失宣肃、肺气上逆，津液聚而成痰，进而引发咳嗽、咳痰或气短等症状；同时高龄患者久病体虚、营养摄入不足、合并低蛋白血症等基础问题，会进一步削弱机体抗感染能力，造成肺部感染迁延反复^[9-10]。现代医学研究表明，老年肺炎患者气道纤毛清除功能减退，咽喉部吞咽保护反射减弱，合并支气管扩张时气道正常结构遭到破坏，痰液潴留、肺部感染及咯血发生风险会显著升高^[11]。

气道管理是本例高龄患者护理干预的核心重点。患者入院时存在明显咳嗽、咳痰及痰黏难咳症状，双肺可闻及干湿性啰音，后续因支气管扩张合并急性咯血转入 ICU 治疗。临床通过雾化吸入稀释痰液、负压吸引清理气道、体位引流、背部叩击排痰、支气管镜下吸痰及动态氧疗监测等综合气道干预措施，有效改善患者痰液排出状态，降低气道阻塞及低氧血症发生风险。患者咯血发作时，即刻采取侧卧位并保持头部偏向一侧的体位干预，可有效减少血液误吸、窒息风险；同步动态监测血压、血氧饱和度、咯血量及意识状态，能够早期识别病情恶化征象、及时干预。本例患者咯血症状于 1 h 内明显好转，提示快速、规范的急救护理及气道管理措施，对保障患者气道安全、控制病情进展具有关键作用。

营养支持治疗与误吸预防是高龄细菌性肺炎患者护理的重要环节。本例患者 NRS 2002 评分为 6 分，为高营养风险人群，同时合并营养不良、低蛋白血症、贫血及饮水呛咳等问题，机体组织修复能力、免疫功能显著下降，误吸及吸入性肺炎复

发风险较高。机体营养摄入不足会直接影响呼吸肌收缩力量、抑制机体免疫功能，降低抗感染治疗效果，延长肺部感染康复周期。护理过程中严格遵循营养科会诊方案，精准补充机体所需能量、蛋白质及短肽型营养制剂，结合患者胃肠耐受状态、大便潜血及血红蛋白动态变化调整护理方案，可在保障充足营养供给的基础上，有效降低消化道出血、反流误吸等并发症风险。治疗期间严格落实床头抬高、鼻饲管位置核查、输注速度精准调控及家属健康宣教等措施，是预防误吸事件发生的重要保障。

中医特色护理在高龄细菌性肺炎患者病情恢复阶段可发挥良好的协同治疗作用。本例患者辨证为风寒袭肺证兼髓海不足证，临床以宣肺止咳、化痰平喘、安神扶正及通腑导滞为核心护理原则，开展中药汤剂口服、耳穴压丸、穴位贴敷及通便贴敷等系列中医特色护理干预。肺俞、天突及膻中为治疗肺系疾病的经典穴位，配伍耳穴肺、神门、交感及皮质下，可有效改善患者咳嗽、胸闷症状，缓解患者卧床期间的紧张情绪。患者长期卧床、腑气不通、大便不畅，予以神阙、劳宫穴位贴敷，可促进胃肠蠕动、通腑理气，改善便秘症状。本病例干预结果证实，中西医结合护理方案可在控制肺部感染、维持气道通畅、降低咯血及误吸风险、改善患者整体身心状态等方面形成互补优势，适用于高龄细菌性肺炎合并支气管扩张复杂患者的全程综合护理管理。

本次研究为单病例回顾性报告，样本量单一，护理干预的有效性仍需大样本、多中心同类病例研究进一步验证；患者高龄、基础疾病繁杂，合并真菌感染、支气管扩张、贫血、低蛋白血症及下肢深静脉血栓等多种病症，病情影响因素复杂，无法精准区分单一护理措施的独立干预效果；同时本研究随访周期有限，暂无法评估中西医结合护理干预对患者远期感染复发、咯血再发及长期生活质量的影响。后续临床可基于本研究经验，构建高龄细菌性肺炎患者规范化中西医结合护理路径，完善气道管理、咯血风险预警、个体化营养支持、误吸防控及中医特色护理的标准化评价体系，为同类高龄复杂呼吸系统疾病患者的临床护理提供可靠的实践依据。

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] 王晶, 石欢, 李云梦. ICU 肠内营养支持患者误吸发生风险预测模型的构建及验证[J]. 中华护理杂志, 2026, 61(7): 877-884.
- Wang J, Shi H, Li Y M. Construction and validation of a prediction model for the risk of aspiration in ICU patients receiving enteral nutrition support [J]. Chin J Nurs, 2026, 61(7): 877-884. (in Chinese)
- [2] 《中成药治疗成人社区获得性肺炎临床应用指南(2025 版)》推荐意见[J]. 实用心脑血管病杂志, 2025, 33(9): 69.
- Recommendation of “clinical application guide of Chinese patent medicine in treating adult community-acquired pneumonia (2025 edition)” [J]. Pract J Card Cereb Pneumal Vasc Dis, 2025, 33(9): 69. (in Chinese)
- [3] 中华医学会急诊医学分会, 中国老年医学学会急诊医学分会. 急诊成人社区获得性肺炎医药协同管理抗菌治疗指南[J]. 中华急诊医学杂志, 2025, 34(6): 772-781.
- Chinese Medical Association Emergency Medicine Branch, Chinese Geriatrics Society Emergency Medicine Branch. Guidelines for Collaborative Management and Antimicrobial Treatment of Emergency Adult Community-Acquired Pneumonia [J]. Chin J Emerg Med, 2025, 34(6): 772-781. (in Chinese)
- [4] 陈丽鸥, 张文婷, 刘俊其, 等. 肺叶体表投影定位结合肺段引流排痰技术对吸入性肺炎患者气道廓清的效果研究[J]. 中华护理杂志, 2025, 60(9): 1056-1061.
- Chen L O, Zhang W T, Liu J Q, et al. Study on the effect of pulmonary lobes surface projection localization combined with pulmonary segment drainage and sputum expectoration technique on airway clearance in patients with aspiration pneumonia [J]. Chin J Nurs, 2025, 60(9): 1056-1061. (in Chinese)
- [5] 张琳彦, 沈雪莉, 梁涛. 1 例横纹肌溶解合并急性肾损伤患者行连续性肾脏替代治疗联合血液灌流的护理[J]. 中华护理杂志, 2024, 59(24): 2986-2989.
- Zhang L Y, Shen X L, Liang T. A patient with rhabdomyolysis complicated with acute renal injury receiving continuous renal replacement therapy combined with hemoperfusion [J]. Chin J Nurs, 2024, 59(24): 2986-2989. (in Chinese)
- [6] 陈浩莹, 曾莉容, 杜欣欣, 等. 1 例垂体瘤术后继发垂体功能减退症患者合并重症肺炎的护理[J]. 中华护理杂志, 2024, 59(23): 2915-2919.
- Chen H Y, Zeng L R, Du X X, et al. Nursing care of a patient with hypopituitarism secondary to pituitary tumor surgery complicated with severe pneumonia [J]. Chin J Nurs, 2024, 59(23): 2915-2919. (in Chinese)
- [7] 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)
- [8] 邓伟, 李小珍, 王英, 等. 口咽分泌物微误吸管理方案在 ICU 气管插管患者中的应用研究[J]. 中华护理杂志, 2024, 59(10): 1157-1163.
- Deng W, Li X Z, Wang Y, et al. Application of a management plan for microaspiration of oropharyngeal secretions in ICU patients with tracheal intubation [J]. Chin J Nurs, 2024, 59(10): 1157-1163. (in Chinese)
- [9] 李春红. 阶段性呼吸训练联合振动排痰干预对支气管扩张稳定期患者肺功能和日常生活能力的影响[J]. 反射疗法与康复医学, 2024, 5(22): 73-76.
- Li C H. Effect of staged respiratory training combined with vibration sputum expulsion intervention on lung function and activity of daily living in patients with stable bronchiectasis [J]. Reflexology Rehabil Med, 2024, 5(22): 73-76. (in Chinese)
- [10] 陈梦琳, 李得民, 张洪春. 中西医结合诊治腺病毒引起的重症肺炎 1 例[J]. 北京中医药, 2020, 39(5): 515-517.
- Chen M L, Li D M, Zhang H C. Diagnosis and treatment of severe pneumonia caused by adenovirus by integration of Chinese and western medicine: a case report [J]. Beijing J Tradit Chin Med, 2020, 39(5): 515-517. (in Chinese)
- [11] 吴晓燕. 预见性护理在老年肺炎患者中的应用效果[J]. 中国城乡企业卫生, 2024, 39(9): 92-94.
- Wu X Y. Application effect of predictive nursing in elderly patients with pneumonia [J]. Chin J Urban Rural Enterpr Hyg, 2024, 39(9): 92-94. (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。