

DOI: 10.12209/CAIM202606060004

· 中西医结合临床案例 ·

1 例卡氏肺孢子菌肺炎并多器官功能不全患者的 中西医结合护理体会

赵子曼

(北京市健宫医院 重症医学科, 北京, 100054)

摘要: 总结 1 例 69 岁长期口服激素致免疫功能低下、感染耶氏肺孢子菌后出现重症肺炎合并多器官功能不全患者的中西医结合护理经验。护理评估涵盖呼吸、循环、营养、凝血、皮肤及中医证候, 中医证候由痰浊阻肺演变为痰热壅肺; 护理诊断包括气体交换受损、清理呼吸道无效及营养失调等; 护理计划为实施个体化无创通气、抗感染、抗凝、保肝及营养支持, 并分期应用耳穴压豆、中药热奄包及辨证中药内服治疗。经 27 d 护理, 患者呼吸功能改善, 多器官功能好转后转院。提示中西医结合护理可发挥协同增效作用, 适宜在 ICU 推广应用。

关键词: 卡氏肺孢子菌肺炎; 重症肺炎; 多器官功能不全; 中西医结合护理; 耳穴压豆

Nursing Experience of Integrated Traditional Chinese and Western Medicine for a Patient with Pneumocystis Pneumonia Complicated by Multiple Organ Dysfunction

ZHAO Ziman

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

ABSTRACT: This paper summarizes the nursing experience of integrating traditional Chinese and Western medicine in the care of a 69-year-old immunocompromised patient who developed severe pneumonia with multiple organ dysfunction after Pneumocystis infection due to long-term oral corticosteroid therapy. Nursing assessment encompassed respiratory, circulatory, nutritional, coagulation, and integumentary functions, along with Traditional Chinese Medicine (TCM) syndrome differentiation, with the TCM pattern evolving from phlegm-turbidity obstructing the lung to phlegm-heat congesting the lung. Nursing diagnoses included impaired gas exchange, ineffective airway clearance, and imbalanced nutrition. The care plan incorporated individualized non-invasive ventilation, antimicrobial therapy, anticoagulation, hepatoprotective measures, and nutritional support, complemented by stage-specific auricular acupressure, TCM herbal hot compress therapy, and syndrome-differentiated oral administration of Chinese herbal medicine. Following 27 days of nursing intervention, the patient's respiratory function improved and multi-organ function demonstrated recovery before being transferred to another hospital. This case indicates that integrated TCM-Western medicine nursing exerts a synergistic therapeutic effect and is suitable for promotion and application in the intensive care unit (ICU).

KEY WORDS: Pneumocystis pneumonia; severe pneumonia; multiple organ dysfunction; integrated traditional Chinese and Western medicine nursing; auricular acupressure

卡氏肺孢子菌肺炎(Pneumocystis carinii pneumonia, PCP)是由耶氏肺孢子菌(Pneumocystis jirovecii)引起的机会性感染,多见于免疫功能低下人群,病情进展迅速,易发展为重症肺炎、呼吸衰竭乃至多器官功能不全^[1]。近年来,非 HIV

感染的免疫抑制患者中 PCP 发病率呈上升趋势,且因基础疾病复杂、临床表现不典型,病死率较高^[2]。老年患者常合并多种基础疾病,同时存在免疫功能衰退,一旦感染 PCP,病情更易迅速恶化。当前 PCP 的诊疗护理标准以早期病原学诊

收稿日期:2026-06-06

OPEN ACCESS

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

断、足量复方磺胺甲噁唑抗感染、呼吸支持及多器官功能维护为核心^[2]。但对于老年危重症患者,单一西医治疗常难以同时应对呼吸衰竭、凝血紊乱、营养障碍及多脏器损伤等多重问题,护理难度大,亟需探索更为综合的干预策略。本例患者为69岁老年男性,因长期口服激素致免疫功能低下,感染耶氏肺孢子菌后病情迅速恶化为重症肺炎合并I型呼吸衰竭及多器官功能不全。护理团队在常规西医护理基础上,结合中医辨证施护,分期应用耳穴压豆、中药热奄包及内服中药,经27 d护理取得良好效果。本案例旨在总结中西医结合护理在该类危重症患者中的应用经验,为临床提供参考,尤其突出中医护理在改善全身状态、协同西医治疗中的独特价值。

1 临床资料

1.1 一般信息

患者男,69岁,因“喘憋伴乏力1月余,加重5 d”于2026年04月04日15:01由急诊收入ICU。入院症见:喘憋,乏力,伴咳嗽、无咳痰,口唇紫绀,精神差,活动欠佳,饮食可,睡眠可,大便正常成形,尿量正常。患者有肺气肿病史数年,未规律诊治;双下肢湿疹2年,双下肢静脉曲张2年;16年前曾诊断肺结核,口服药物治疗6个月;7年前因右侧锁骨骨折行钢板内固定术;32年前右侧股骨骨折已愈合。近3个月规律口服甲泼尼龙片、多烯磷脂酰胆碱胶囊。否认高血压、糖尿病病史。发病以来精神差,活动欠佳。

1.2 体格检查

患者体温(T)36.3℃,脉搏(P)112次/min,呼吸(R)21次/min,血压(BP)164/92 mmHg;神志清楚,精神弱,双侧肺听诊呼吸音粗,可闻及干湿性啰音。中医望闻切诊:面色少华萎黄,舌淡红,苔薄白,脉弦滑。

1.3 诊断

中医诊断:咳嗽病(痰浊阻肺证);西医诊断:重症肺炎、卡氏肺孢子菌肺炎、间质性肺炎、I型呼吸衰竭、心功能不全、低蛋白血症、肝功能不全、血小板减少、下肢肌间静脉血栓形成^[3-4]。诊断依据:血气分析示氧分压61.7 mmHg(正常值80~100 mmHg);胸部CT提示双肺弥漫性间质和实变病变较前加重;2026年04月06日支气管镜留痰NGS回报:耶氏肺孢子菌、肺炎链球菌、鲍曼不动杆菌、医院不动杆菌、铜绿假单胞菌、嗜麦芽窄

食单胞菌^[5]。

1.4 治疗干预

入院后予重症监护、无创呼吸机辅助通气。根据NGS结果,04月06日起予复方磺胺甲噁唑口服联合左氧氟沙星静滴抗感染,停用美罗培南^[5]。04月05日血管超声提示右侧胫后及双侧小腿肌间静脉血栓形成,予依诺肝素钠注射液抗凝^[6]。因转氨酶升高(04月05日ALT65.3 U/L),04月10日起予多烯磷脂酰胆碱口服保肝治疗。04月15日营养科会诊评估为中度营养不良,予短肽型复合营养粉及双蛋白复合营养粉营养支持^[7]。中医治疗:耳穴压豆(取肺、气管、神门、皮质下及交感等穴),中药热奄包外敷(活血祛瘀方);中药内服分期施护,早期拟予二陈汤合三子养亲汤(患者拒服),04月13日予益气活血、宣肺通络方(党参、红景天、黄芪、丹参、桃仁及地龙等),后因转氨酶升高调整方药,去除蜜麻黄、鱼腥草;04月23日因病情变化辨证转为“痰热壅肺、胃气上逆”,予清热化痰、降逆止呕方(生石膏90 g、桑叶、旋覆花等),后因肝功能异常调整方药,加用垂盆草、五味子及丹参,并减少生石膏用量。

1.5 病情动态演变

04月05日患者出现下肢肌间静脉血栓,予抗凝治疗。04月10日出现间断恶心呕吐,考虑为磺胺类药物不良反应,予甲氧氯普胺、维生素B6止吐。04月13日皮肤科会诊诊断为紫癜、皮肤感染,破溃处予莫匹罗星软膏外用。04月15日营养科会诊明确为中度营养不良,予营养粉支持治疗。04月23日再次出现呕吐、喘憋,氧分压下降,随即调整中药方案。04月29日家属要求转院进一步诊治,患者于05月01日出院。

2 护理

2.1 护理评估

(1)疼痛数字评定量表(Numerical Rating Scale, NRS):采用0~10分评定疼痛程度,0分表示无痛,1~3分为轻度疼痛,4~6分为中度疼痛,7~10分为重度疼痛。患者入院时主诉无疼痛,NRS评分为0分,属无痛。

(2)营养风险筛查2002(Nutritional Risk Screening 2002, NRS2002):包括营养状况受损程度评分、疾病严重程度评分及年龄调整评分^[8]。评估总分≥3分提示患者处于营养不良或存在营养风险,需结合临床情况制定营养计划。患者入

院评分为10分,诊断为营养不良。

(3)改良版英国医学研究委员会呼吸困难问卷(modified Medical Research Council dyspnea scale, mMRC):用于评估呼吸困难对活动能力的影响。患者入科时喘憋明显,静息状态下即感气促,无法独立下床活动,综合评估为mMRC4级^[9]。

(4)格拉斯哥昏迷评分(Glasgow Coma Scale, GCS):患者神志清楚,言语流利,遵嘱活动,GCS评分为15分。

(5)压疮风险评估:采用Braden压疮风险评估量表,该量表包含感知能力、潮湿程度、活动能力、移动能力、营养摄取能力及摩擦力和剪切力6个维度,总分为6~23分。9分及其以下为极高危风险,10~12分为高危风险,13~14分为中危风险,15~16分为低危风险。患者入院评分为14分,属中危风险。

2.2 护理诊断

气体交换受损:与肺部感染导致肺泡通气不足、肺间质炎症水肿有关;清理呼吸道无效:与感染后痰液黏稠、咳痰无力有关;营养失调:低于机体需要量,与疾病高代谢状态、摄入不足及恶心呕吐有关;有皮肤完整性受损的危险:与抗凝治疗所致凝血功能异常、长期卧床、紫癜及皮肤破溃有关;活动无耐力:与缺氧、全身乏力及心功能不全有关;焦虑:与病情危重、反复住院及预后不确定有关。

2.3 护理计划

针对上述护理诊断,制定以下护理计划,以期达到稳定呼吸功能、改善氧合、维护多脏器功能、纠正营养状态、预防并发症及促进中医证候好转的整体护理目标:①严密监测生命体征及血气分析,实施个体化呼吸支持,预期患者氧分压稳定、喘憋缓解、呼吸机支持强度降低;②做好无创正压通气管理,动态调整参数,预期患者自主呼吸功能增强;③多脏器功能监测与支持,预期转氨酶下降、D-二聚体恢复正常、血小板回升;④分阶段营养支持,预期白蛋白维持正常、体重稳定及恶心呕吐得到控制;⑤做好抗凝治疗与出血风险的平衡管理,预期无新发血栓形成,紫癜无加重;⑥分期辨证施护配合中医适宜技术,预期中医证候平稳,症状减轻;⑦做好心理护理^[10],预期焦虑缓解,治疗配合度提高。

2.4 护理实施

2.4.1 无创正压通气与呼吸管理

患者入科即给予重症监护,持续心电、血氧饱

和度监测。采用无创呼吸机(ResMed Stellar 150)辅助通气,初始模式为S/T,IPAP12 cmH₂O,EPAP6 cmH₂O,FiO₂50%。根据血气分析结果动态调整参数:04月07日氧分压升至162.6 mmHg,FiO₂下调至40%;04月08日氧分压105.5 mmHg;04月10日氧分压降至59.6 mmHg,立即将IPAP调至14 cmH₂O、EPAP 8 cmH₂O、FiO₂60%,30 min后复查氧分压回升至83.7 mmHg^[11]。每班检查面罩密闭性和舒适度,使用水胶体敷料预防压疮;每日评估脱机指征,患者04月21日起可耐受间断脱机(30 min/次,2次/d)^[12]。遵医嘱予氨溴索30 mg静脉推注,2次/d;布地奈德混悬液1 mg+生理盐水3 mL雾化吸入,2次/d;保持床头抬高30°,每2 h协助翻身拍背。

2.4.2 抗感染治疗护理

遵医嘱予复方磺胺甲噁唑片(每片含磺胺甲噁唑0.4 g、甲氧苄啶80 mg)口服,2片/次,3次/d,联合左氧氟沙星0.5 g静脉滴注,1次/d,停用美罗培南^[4]。患者04月10日出现间断恶心呕吐(2~3次/d),考虑为磺胺类药物不良反应,遵医嘱予甲氧氯普胺10 mg静脉注射,2次/d、维生素B60.2 g静脉滴注,1次/d,止吐;指导患者将药片碾碎与温凉米汤混合分次服用(每次半片,间隔15 min),减轻胃肠道刺激。每日监测感染指标:04月06日WBC17.60×10⁹/L、CRP27.65 mg/L,至04月24日WBC降至10.70×10⁹/L,04月27日CRP<6.00 mg/L^[13]。

2.4.3 循环系统护理

持续监测心率、血压及中心静脉压,记录24 h出入量。入科时心率(HR)112次/min,血压(BP)164/92 mmHg,CVP8 cmH₂O。严格控制输液速度<80 mL/h,每日液体入量控制在1800~2000 mL,出量1500~1800 mL,保持轻度负平衡。住院期间心率降至80次/min左右,血压稳定在120/60~80 mmHg。

2.4.4 凝血功能与血栓护理

遵医嘱予依诺肝素钠注射液0.4 mL(4000IU)皮下注射,1次/d,抗凝^[6]。严格观察有无出血倾向,每日检查皮肤、黏膜、牙龈及大小便颜色。04月13日颈前区、右耳后及右手臂出现多处豆粒大小瘀斑(暗紫红色,压之不褪色),立即报告医生,经皮肤科会诊后诊断为紫癜、皮肤感染。护理措施包括避免局部受压,翻身时注意保护瘀斑部位;禁止热敷、按摩及过度搔抓;破溃处(颈部约1 cm×1 cm大小)予莫匹罗星软膏外用,3次/d,

保持局部干燥。同时予血液循环驱动治疗(双下肢气压泵治疗,2次/d,30 min/次)。定期复查D-二聚体,从04月05日10.87 mg/L(危急值)降至04月25日2.65 mg/L,04月27日D-二聚体2.01 mg/L,未发生新发血栓及肺栓塞。

2.4.5 营养支持护理

根据04月15日营养科会诊意见,制定个性化营养方案:全天能量1200 kcal,蛋白质120 g,脂肪60 g。予短肽型复合营养粉40 g,2次/d,双蛋白复合营养粉20 g,1次/d,温水冲服;指导自主饮食选择温热软烂、低盐低脂食物。恶心呕吐期间(04月10日至14日)给予清淡流质(米汤、藕粉),100~150 mL/次,6~8次/d。每日监测体重(入院80 kg,出院78 kg)及白蛋白(维持在34~36 g/L)。04月15日后恶心呕吐得到控制,逐渐增加营养粉及软食摄入^[6]。

2.4.6 多脏器功能监测与保肝治疗

动态监测肝功能:04月05日ALT65.3 U/L,04月10日起予多烯磷脂酰胆碱胶囊(456 mg,3次/d)口服保肝,但ALT仍进行性升高,至04月28日达190.5 U/L、AST102.9 U/L。04月23日中药方中去除蜜麻黄、鱼腥草;04月29日加垂盆草30 g、五味子10 g及丹参20 g。至04月30日ALT降至159.7 U/L。肌酐维持在36~57 μ mol/L,尿量正常。血小板最低至 68×10^9 /L(04月21日),出院时回升至 107×10^9 /L^[14]。

2.4.7 中医特色护理

根据四诊变化紧跟辨证演变调整护理方案^[7]。早期(04月04日至22日)辨证为痰浊阻肺证,护理上注意保暖防寒,维持病室温度22~24℃,指导患者少量频饮温开水。04月23日辨证转为痰热壅肺、胃气上逆,予暂禁食2 h,取半卧位,头偏向一侧,遵医嘱予中药汤剂鼻饲。

2.4.7.1 耳穴压豆

遵医嘱取肺、气管、神门、皮质下及交感等穴^[15]。操作前评估耳部皮肤,用75%酒精消毒耳廓,以探棒寻找敏感点,将王不留行籽贴于0.5 cm×0.5 cm胶布中央,对准穴位贴压,采用对压法每穴按压30 s。嘱患者每日按压3次(早、中、晚),双耳交替,每3 d更换一次,本例患者从04月05日至出院共进行8次耳穴压豆。注意事项:避免指甲掐压,耳廓出现红肿疼痛时立即取下。

2.4.7.2 中药热奄包外敷(活血祛瘀方)

针对下肢肌间静脉血栓(气滞血瘀证),予中

药热奄包外敷^[14]。药物组成:羌活30 g、独活30 g、防风30 g、铁线透骨草10 g、伸筋草15 g、苏木10 g、姜黄10 g、醋没药10 g、醋乳香10 g、续断片10 g、桑寄生10 g、威灵仙15 g、鸡血藤10 g、烫骨碎补10 g、牛膝30 g、当归30 g、红花30 g及大青盐150 g。将药物(除大青盐)粉碎成粗末,加入大青盐拌匀,装入棉布袋,微波炉中高火加热1.5 min,温度控制在50~60℃。患者取平卧位,将热奄包置于双侧小腿后侧,覆盖毛巾,20~30 min/次,2次/d。每剂药物可使用3 d,本例从04月05日持续使用至出院(共5剂)。注意事项:皮肤破损、紫癜区域禁用,操作过程中观察有无烫伤。

2.4.7.3 中药内服分期施护

第一阶段(04月04日至13日):痰浊阻肺证,拟二陈汤合三子养亲汤(法半夏12 g、陈皮10 g、茯苓15 g、炙甘草6 g、炒紫苏子10 g、炒莱菔子10 g、炒白芥子6 g、苦杏仁10 g、桔梗10 g、厚朴10 g、款冬花10 g及紫菀10 g),浓煎100 mL分早晚温服。因患者拒服,未执行。

第二阶段(04月13日至21日):肺气虚损、瘀阻肺络,予益气活血、宣肺通络方,包括党参片15 g、红景天12 g、黄芪20 g、丹参15 g、桃仁10 g、地龙10 g、浙贝母12 g、蜜麻黄6 g、葶苈子1袋(配方颗粒)、金银花10 g、干鱼腥草15 g、麦冬15 g及醋五味子6 g。加水500 mL浸泡30 min,煎煮30 min取汁150 mL,加葶苈子溶解后浓缩至50 mL,1次/d,鼻饲。04月21日因转氨酶升高,去除蜜麻黄、鱼腥草。

第三阶段(04月23日至29日):痰热壅肺、胃气上逆,予清热化痰、降逆止呕方,包括生石膏90 g、桑叶30 g、炙甘草20 g、蜜枇杷叶20 g、阿胶珠30 g、炒苦杏仁20 g、麦冬90 g、火麻仁30 g、茜草30 g、旋覆花30 g、薤白30 g及地黄150 g。生石膏先煎20 min,余药(除阿胶珠)浸泡30 min,合并煎煮40 min,阿胶珠烊化兑入,浓缩至100 mL,50 mL/次,2次/d,鼻饲。04月23日首次给予20 mL试喂,无呕吐后加至50 mL。04月29日因肝功能异常,生石膏减至30 g,加垂盆草30 g、五味子10 g及丹参20 g。至04月30日ALT降至159.7 U/L。

2.4.7.4 情志护理

患者因病情危重、反复住院(本次为第2次住院),存在明显焦虑情绪。每日与患者沟通至少

30 min, 采用倾听、安抚及鼓励等方法, 介绍成功案例增强信心; 指导患者深呼吸放松法(吸气 4 s, 屏气 2 s, 呼气 6 s), 3 次/d, 5 min/次; 播放舒缓的五行音乐(宫调、商调), 每日上午、下午各 30 min, 以宁心安神。

2.4.7.5 辨证调护

护理人员动态记录舌脉, 分阶段调护。入院时舌淡红、苔薄白、脉弦滑, 辨证为痰浊阻肺, 予半卧位、翻身拍背, 遵营养科会诊意见予温热软烂、低盐低脂饮食, 忌寒凉生硬, 补充维生素 C 类食物, 予耳穴压豆(肺、气管、神门、皮质下及交感)宣肺宁神。04 月 13 日出现紫癜及皮肤破溃, 停止局部热敷按摩, 破溃处予莫匹罗星软膏外用。04 月 23 日突发呕吐、喘憋加重, 舌暗、苔薄白、脉弦滑, 辨证转为痰热壅肺、胃气上逆, 予暂禁食 2 h, 半卧位预防误吸, 改清淡流质少量多餐。出院时舌淡红、苔薄白、脉弦滑, 证候趋稳。

2.5 护理评价

经 27 d 治疗与护理, 患者各系统功能较入院时显著改善, 护理目标基本达成, 具体评价如下。

呼吸功能: 干预前患者喘憋明显、口唇紫绀, 氧分压 61.7 mmHg, 需无创呼吸机(IPAP12 cmH₂O、EPAP6 cmH₂O、FiO₂50%)支持, mMRC 呼吸困难评分为 4 级; 干预后喘憋明显缓解, 04 月 07 日氧分压升至 162.6 mmHg, 04 月 25 日达 173.2 mmHg, 04 月 27 日氧合指数 315.67 mmHg, 至 4 月下旬成功过渡至低强度无创呼吸机支持(IPAP10 cmH₂O、EPAP5 cmH₂O、FiO₂30%), 出院前已能下调呼吸机参数至低水平支持^[12]。

循环功能: 干预前心率(HR)112 次/min、血压(BP)164/92 mmHg; 干预后心率降至 82 次/min, 血压稳定在 130~150/70~85 mmHg。

凝血与血栓: 干预前 D-二聚体 10.87 mg/L(危急值)、纤维蛋白原降解产物 39.4 μg/mL, 血管超声提示下肢肌间静脉血栓形成; 干预后 D-二聚体降至 2.65 mg/L(04 月 25 日), 未出现新发血栓或肺栓塞。

肝功能: 干预前 ALT65.3 U/L(04 月 05 日), 虽在病程中一度升至峰值 190.5 U/L(04 月 28 日), 经保肝治疗及中药调整后, 04 月 30 日 ALT 逐步回落至 159.7 U/L, AST 从 102.9 U/L 降至 75.4 U/L。

营养状态: 干预前白蛋白最低 34.0 g/L, NRS 2002 评分 4 分, 营养科评估中度营养不良, 患者间

断恶心呕吐; 干预后白蛋白维持在 34~36 g/L, 恶心呕吐已控制, 可经口进食半流质^[6]。

皮肤黏膜: 干预前 04 月 13 日出现多处豆粒大小瘀斑(紫癜)及皮肤破溃; 干预后紫癜未再新发, 破溃处结痂愈合。

中医证候: 干预前辨证为痰浊阻肺证(舌淡红、苔薄白、脉弦滑); 04 月 23 日辨证转为痰热壅肺、胃气上逆(舌暗、苔白、脉弦滑); 经辨证施护后, 出院时舌脉转为舌淡红、苔薄白、脉弦滑, 趋于平稳。

感染指标: 干预前 WBC10.87×10⁹/L、CRP56.32 mg/L; 干预后 WBC 降至 6.78×10⁹/L(04 月 28 日), CRP<6.00 mg/L(04 月 27 日)^[13]。

3 结果

患者于 2026 年 05 月 01 日出院, 出院时神志清楚, 生命体征平稳, 可经口进食半流质。血红蛋白 131 g/L, 血小板 107×10⁹/L, 肌酐 39.8~49.8 μmol/L, D-二聚体 2.65 mg/L。因家属要求转院进一步诊治, 出院后失访。

4 讨论

耶氏肺孢子菌是免疫功能低下人群机会性感染的重要病原体, 非 HIV 感染免疫抑制患者中 PCP 发病率呈逐年上升趋势, 病情进展迅速, 病死率高达 30%~50%^[1-2]。当前疗护标准以早期病原学诊断(如 mNGS)、足量复方磺胺甲噁唑抗感染、呼吸支持及多器官功能维护为核心^[1-2]。然而, 老年危重症患者常合并多种基础疾病及免疫功能衰退, 单一西医治疗难以同时应对呼吸衰竭、凝血紊乱、营养障碍及多脏器损伤等多重问题。近年来, 中西医结合在危重症领域日益受到重视, 国家中医药管理局鼓励在 ICU 中开展中医适宜技术及辨证施护^[10]。本例正是在此背景下, 尝试将中医护理整体观融入 PCP 合并多器官功能不全患者的全程管理。

本病例在规范化西医治疗基础上引入中医辨证施护, 实现“病证结合、分期论治”的动态护理模式; 耳穴压豆、中药热奄包等中医技术操作简便、安全性好, 在 ICU 环境中可行性高; 护理评估贯穿全程, 及时捕捉病情演变信号, 为医疗决策提供了临床依据。但作为单一病例观察, 结果存在个体差异, 不能直接外推至所有同类患者; 因病情危重、治疗措施复杂, 难以将疗效单独归因于某一护

理措施;患者因家属要求转院,缺乏出院后长期随访资料,无法评估远期康复效果及复发情况。上述局限性是病例报告研究类型的固有特点,需通过后续大样本、前瞻性研究加以弥补。

与本病例类似的研究均指出,非 HIV 相关 PCP 患者病情更重、并发症更多,护理难度显著高于 HIV 相关 PCP 患者。采用自拟化痰方贴敷联合西医常规治疗重症肺炎痰浊阻肺证患者,结果显示中医干预组炎症指标下降更快、机械通气时间更短^[7],与本病例早期痰浊阻肺阶段应用耳穴压豆宣肺化痰的趋势一致。研究表明^[14],中药热奄包可有效预防老年下肢骨折术后深静脉血栓形成,其机制可能与改善局部微循环、降低血液黏稠度有关,与本病例热奄包联合抗凝治疗后 D-二聚体逐步下降的临床观察相符。随机对照研究证实,耳穴贴压可降低重症肺炎患者 CRP、PCT 水平并改善焦虑评分^[15],为本病例选用耳穴压豆提供了循证依据。目前国内外尚无 PCP 合并多器官功能不全的中西医结合护理病例报道,本案例填补了该领域空白。

本病例报告价值体现在三方面:第一,验证中西医结合护理在 ICU 危重症中的可行性与协同增效,即西医“救急治标”(呼吸支持、抗感染、抗凝)与中医“扶正固本、调和整体”(分期辨证、中药内服、中医适宜技术)形成有机互补;第二,提供老年 PCP 患者全程护理管理的实操范例,护理评估的动态性(氧合变化、肝功能波动、证型演变)与干预措施的及时调整,对一线 ICU 护士具有直接参考价值;第三,耳穴压豆改善焦虑与呼吸功能、中药热奄包协同抗凝,体现了中医护理技术“简、便、廉、验”的优势。

本病例提示,对于老年卡氏肺孢子菌肺炎合并多器官功能不全的重症患者,在西医规范化治疗与护理基础上融入中医辨证施护,有助于稳定呼吸功能、改善全身状态、协同脏器功能恢复,是一种安全、有效且可行的综合护理模式。护理人员应动态追踪病情与证型演变,及时调整护理策略,以实现个体化、精准化护理。基于本案例经验,未来可从以下方向深入探索:构建中西医结合护理 PCP 标准化方案,明确不同证型阶段的最佳中医护理技术组合;开展多中心前瞻性队列研究,系统评价其对机械通气时间、ICU 住院日、多器官功能恢复及病死率的影响;加强出院后长期随访,评估中医调护对康复质量及复发率的影响;探索

中医护理技术的效应机制,如耳穴压豆对炎症—神经免疫调节通路的影响、中药热奄包的局部微循环改善作用等,为其推广应用提供更充分的科学证据。

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] Ibrahim A, Chattaraj A, Iqbal Q, et al. *Pneumocystis jirovecii* pneumonia: a review of management in human immunodeficiency virus (HIV) and non-HIV immunocompromised patients[J]. *Avicenna J Med*, 2023, 13(1): 23–34.
- [2] Hänsel L, Schumacher J, Denis B, et al. How to diagnose and treat a patient without human immunodeficiency virus infection having *Pneumocystis jirovecii* pneumonia? [J]. *Clin Microbiol Infect*, 2023, 29(8): 1015–1023.
- [3] 于翠香,王西艳.《中国成人医院获得性肺炎与呼吸机相关性肺炎诊断和治疗指南(2018年版)》解读[J]. *中国医刊*, 2021, 56(9): 951–953.
Yu C X, Wang X Y. Interpretation of the guidelines for the diagnosis and treatment of ventilator-associated pneumonia in adult hospitals of China(2018)[J]. *Chin J Med*, 2021, 56(9): 951–953. (in Chinese)
- [4] Trubin P A, Azar M M. Current concepts in the diagnosis and management of *Pneumocystis pneumonia* in solid organ transplantation[J]. *Infect Dis Clin North Am*, 2023, 37(3): 617–640.
- [5] 李燕,葛静萍,尹媛媛.下肢深静脉血栓形成介入治疗护理实践指南[J]. *介入放射学杂志*, 2025, 34(1): 5–17.
Li Y, Ge J P, Yin Y Y. Guidelines for nursing practice in interventional treatment of lower extremity deep venous thrombosis[J]. *J Interv Radiol*, 2025, 34(1): 5–17. (in Chinese)
- [6] Chong S H, Huang Y X, Heng M S, et al. Association between energy delivery and outcomes in adult critically ill patients diagnosed with or At risk of malnutrition: a systematic review and meta-analysis with trial sequential analysis[J]. *Nutr Rev*, 2025, 83(8): 1425–1437.
- [7] 唐林,周松晶,黎宗宝.自拟化痰方贴敷结合西医常规疗法治疗重症肺炎痰浊阻肺证的临床研究[J]. *国际中医中药杂志*, 2023, 45(5): 553–557.
Tang L, Zhou S J, Li Z B. Clinical study of self-

- made Huatan Prescription combined with conventional western medicine therapy in the treatment of severe pneumonia of phlegm turbidity[J]. *Int J Tradit Chin Med*, 2023, 45(5): 553–557. (in Chinese)
- [8] Kondrup J, Rasmussen H H, Hamberg O, et al. Nutritional risk screening (NRS 2002): a new method based on an analysis of controlled clinical trials[J]. *Clin Nutr*, 2003, 22(3): 321–336.
- [9] Bestall J C, Paul E A, Garrod R, et al. Usefulness of the Medical Research Council (MRC) dyspnoea scale as a measure of disability in patients with chronic obstructive pulmonary disease[J]. *Thorax*, 1999, 54(7): 581–586.
- [10] 余剑波, 董树安, 陈勇. 辨证融合: 开启中西医结合危重症救治新篇章[J]. *中国中西医结合外科杂志*, 2025, 31(2): 170–175.
- Yu J B, Dong S A, Chen Y. Differentiation and integration: opening a new chapter in the treatment of critically ill patients with integrated traditional Chinese and western medicine[J]. *Chin J Surg Integr Tradit West Med*, 2025, 31(2): 170–175. (in Chinese)
- [11] 胡秋菊, 牟敏, 聂周莲. 无创呼吸机间歇正压通气技术联合早期肺康复训练在 COPD 合并呼吸衰竭治疗中的应用[J]. *山东医药*, 2023, 63(23): 58–61.
- Hu Q J, Mou M, Nie Z L. Application of Noninvasive Ventilation with Intermittent Positive Pressure Ventilation Combined with Early Pulmonary Rehabilitation Training in the Treatment of COPD with Respiratory Failure[J]. *Shandong Med J*, 2023, 63(23): 58–61. (in Chinese)
- [12] 徐晓华, 刘睿艳, 林颖, 等. 基于患者健康参与模式的护理方案在无创正压通气患者中的应用效果研究[J]. *护士进修杂志*, 2023, 38(20): 1825–1830.
- Xu X H, Liu R Y, Lin Y, et al. Application effect of care program based on the patient health participation model in patients with non-invasive positive pressure ventilation[J]. *J Nurses Train*, 2023, 38(20): 1825–1830. (in Chinese)
- [13] 吴少婷, 关锦超. 血清 PCT、D-D 联合 CRP/ALB 对重症肺炎患者预后的预测价值[J]. *中国实用医药*, 2025, 20(16): 84–87.
- Wu S T, Guan J C. Predictive value of serum PCT, D-D combined with CRP/ALB on the prognosis of patients with severe pneumonia[J]. *China Pract Med*, 2025, 20(16): 84–87. (in Chinese)
- [14] 覃晓峰, 涂明中, 叶松林, 等. 老年性股骨粗隆间骨折术后联合中药热奄包治疗对下肢深静脉血栓的预防作用[J]. *中国医药科学*, 2025, 15(12): 46–50.
- Qin X F, Tu M Z, Ye S L, et al. The preventive effect of postoperative combined treatment of elderly intertrochanteric fractures with traditional Chinese medicine hot compress on deep vein thrombosis in the lower limbs[J]. *China Med Pharm*, 2025, 15(12): 46–50. (in Chinese)
- [15] 肖卫红, 周玉贞, 蔡碧绸, 等. 耳穴贴压对重症肺炎病人炎症水平及安全性的影响[J]. *护理研究*, 2022, 36(16): 2996–2999.
- Xiao W H, Zhou Y Z, Cai B C, et al. Effects of acupoint point sticking on the inflammation level and safety in patients with severe pneumonia[J]. *Chin Nurs Res*, 2022, 36(16): 2996–2999. (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。