

DOI: 10.12209/CAIM202606240006

· 中西医结合临床案例 ·

1例房颤合并重症肺炎患者俯卧位通气联合序贯式排痰的中西医结合一体化护理案例

张虹¹, 李菁¹, 邵兴龙¹, 王金阳²

(1. 北京朝阳中西医结合急诊抢救医院 心血管内科病房, 北京, 100020;

2. 北京朝阳中西医结合急诊抢救医院 护理部, 北京, 100020)

摘要: 本文总结1例房颤合并重症肺炎患者的中西医结合护理经验。患者入院后,基于其临床症状,实施俯卧位通气联合序贯式排痰,改善肺部通气、促进痰液引流;同步开展中医适宜技术干预,缓解疼痛和焦虑;严格落实规范化抗凝药物应用管理。经过16 d的综合诊疗护理,患者肺部感染得到完全控制,后续顺利完成射频消融术,康复出院。

关键词: 心房颤动; 重症肺炎; 俯卧位通气; 序贯式排痰; 抗凝护理; 中西医结合护理

Integrated Traditional Chinese and Western Medicine Nursing Care for a Patient with Atrial Fibrillation Complicated by Severe Pneumonia Undergoing Prone Position Ventilation Combined with Sequential Sputum Clearance: A Case Report

ZHANG Hong¹, LI Jing¹, SHAO Xinglong¹, WANG Jinyang²

(1. Cardiovascular Medicine Ward, Beijing Chaoyang Emergency Rescue Hospital of Integrated Traditional Chinese and Western Medicine, Beijing, 100020;

2. Department of Nursing, Beijing Chaoyang Emergency Rescue Hospital of Integrated Traditional Chinese and Western Medicine, Beijing, 100020)

ABSTRACT: This article summarizes the nursing experience of integrated Traditional Chinese and Western medicine for a patient with atrial fibrillation complicated by severe pneumonia. Following admission, based on the patient's clinical symptoms, prone position ventilation combined with sequential sputum clearance was implemented to improve pulmonary ventilation and promote sputum drainage. Simultaneously, appropriate Traditional Chinese Medicine interventions were performed to alleviate pain and anxiety, while standardized management of anticoagulant therapy was rigorously implemented. After 16 days of comprehensive diagnosis, treatment, and nursing care, the patient's pulmonary infection was completely controlled, and the patient subsequently successfully underwent radiofrequency ablation and was discharged after recovery.

KEY WORDS: atrial fibrillation; severe pneumonia; prone position ventilation; sequential sputum clearance; anticoagulation nursing; integrated traditional Chinese and Western medicine nursing

房颤是一种快速室上性心律失常,体表心电图显示为P波消失或无明确可重复的P波,常以“f”波代之;在无房室传导阻滞的情况下,R-R间期绝对不规则^[1]。据统计,我国当前心血管疾病患病例数约为3.3亿例,其中心房颤动约有487万

例^[2]。我国≥35岁人群中,因心房颤动导致的伤残调整寿命年损失为66.54万人年^[3]。重症肺炎(SP)是肺组织(细支气管、肺泡、间质)炎症发展至一定阶段后恶化加重形成,可引起器官功能障碍,甚至危及生命^[4]。

收稿日期:2026-06-24

通信作者:王金阳, E-mail: 715728470@qq.com

OPEN ACCESS

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

临床中房颤合并重症肺炎患者病情复杂,一方面,房颤导致心排血量下降、肺循环瘀血,患者自主排痰能力下降;另一方面,重症肺炎释放大炎症介质,加重心脏负担,还会导致呼吸道症状加重、痰液黏稠度升高,气道梗阻风险进一步加剧。同时患者需接受抗凝治疗,存在出血风险,护理难度大幅提升。因此,如何在保障安全的前提下,有效清除痰液、控制心律、规范管理抗凝药物,是此类患者的护理重点。本文总结1例重症肺炎合并心房颤动患者,采用俯卧位通气联合序贯式排痰的中西医结合一体化护理的完整实施过程及临床效果。

1 病历资料

1.1 基础信息

患者女,48岁,因“突发心悸10h,伴头晕、乏力、胸闷咳嗽、咳少量黄色黏痰、不易咳出,体温最高达39℃”,于2023年12月30日入院。入院症见:患者神志清楚、精神萎靡,急性病容,呈半卧位,张口呼吸,呼吸急促,自诉心悸、胸闷、全身乏力;口唇发绀,四肢末梢皮温凉、末梢循环欠佳;咳嗽频繁,咳少量黄色黏痰,痰液黏稠、不易咳出,咳痰费力,纳差,睡眠差,二便尚可。入院第2天心悸症状加重,脉搏(P)122次/min,立即给予强心药物治疗后20min,脉搏降至95次/min,心悸症状缓解。既往史:反流性食管炎1周,无高血压、糖尿病病史,无药物食物过敏史、家族遗传病史。

1.2 查体

体征:患者神志清,精神差,查体可合作,半卧位,四肢末梢凉。生命体征:体温(T)38.6℃,脉搏(P)105次/min,呼吸(R)30次/min,血压(BP)

125/90 mmHg;身高165 cm,体重72 kg,BMI 26.5 kg/m²,提示超重。全身黏膜无黄染及出血点,口唇无发绀,气管居中,胸廓对称,呼吸平稳,频繁咳嗽、咳痰,痰液呈黄色脓痰,量少且不易咳出;听诊双肺呼吸音粗,双肺可闻及湿啰音和哮鸣音。心脏听诊:心律绝对不齐,第一心音强弱不等。

实验室检查:血气分析结果显示:剩余碱-3.8 mmol/L,动脉-肺泡氧分压差:75.4 mmHg,氧分压79.4 mmHg。C反应蛋白111.3 mg/L,白细胞13.75×10⁹/L,中性粒细胞绝对值11.97×10⁹/L,白介素-6测定705 pg/mL。心电图检查示:心房颤动。

1.3 诊断

中医诊断:心悸,心血不足证;西医诊断:心律失常、心房颤动,重症肺炎。辨证依据:《内经》中已有针对心悸疾病的记载,《素问·举痛论》记载:“惊则心无所倚,神无所归,虑无所定,故气乱。”中医理论认为心悸与气虚相关,气虚患者阳气内虚,心下空虚,火气内动则可诱发心悸;长期处于血虚状态也可出现心脉失养的表现。心主血脉,与气血运行密切相关,阴血具有濡养作用,心气阴血不足,导致心失所养,可发生心悸症状^[5]。

1.4 治疗干预

予以内科一级护理,24h持续心电监护,密闭式吸氧。西医治疗:予抗凝、控制心室率、抗炎、化痰平喘、抑酸护胃。中医干预:予以耳穴压丸调理气血、宁心安神;体位管理:半卧位和清醒俯卧位通气交替实施,以增加肺部容积,同时给予序贯式排痰护理。各项炎症指标恢复正常,排除心房血栓后,于2024年01月13日行房颤射频消融术,01月16日康复出院,治疗流程如图1所示。



图1 治疗过程

2 护理

2.1 护理评估

2.1.1 中医评估

望:神志清,精神差,舌淡红,苔薄黄;闻:语音清晰,未闻及明显特殊气味;切:脉弦滑细。

2.1.2 风险评估

2.1.2.1 痰液黏稠度评估

予患者痰液黏稠度评估,具体分级如下:I度(稀痰):如米汤样或泡沫样,收集袋内壁上无痰液滞留;II度(中黏性痰液):外观较黏稠,收集后有少量痰液在收集袋内壁滞留,但容易被水冲净;III度(重度黏性痰液):外观明显黏稠,呈黄色,痰液大量附着在收集袋内壁,且不易被水冲净。本例患者痰液黏稠度评估为III度^[6],痰液外观明显黏稠,呈黄色且不易咳出,咳出后不易被水冲走。

2.1.2.2 误吸/窒息危险因素评估

误吸/窒息危险因素评估分级标准,具体如下:评估分值1分,提示存在危险;评估分值2~3分,属于中度危险;评估分值4分以上,属于高度危险。本例患者得分为2分,属中度危险。

2.1.2.3 自理能力评估

自理能力评估量表(ADL)评分越低,表示功能障碍越重。生活可自理不需帮助:100分;轻度依赖:61~99分;中度依赖:41~60分;重度依赖:评分≤40分。患者ADL得分60分,属于中度依赖。

2.1.2.4 跌倒/坠床危险因素评估

根据跌倒/坠床危险因素评估量表(Morse),评分越高,表示风险越高。低度风险:得分<25分;中度风险:25~45分;高度风险:得分>45分。本例患者评分为30分,属于中度危险。

2.1.2.5 焦虑程度评估

焦虑自评量表(SAS)适用于具有焦虑症状的成年人,包括20个项目,评定采用1~4制计分,其中第5、9、13、17及19条共5个项目的计分必须反向计算。把20题的得分相加得总分,把总分乘以1.25,四舍五入取整数,即得标准分,焦虑评定的分界值为50分,50~59分为轻度焦虑,60~69分为中度焦虑,70分以上为重度焦虑,分值越高,焦虑倾向越明显。本例患者SAS得分63分,属中度焦虑。

2.1.2.6 疼痛程度评估

采用数字评分量表(NRS)评估患者疼痛程

度,0分无痛,1~3分轻度疼痛,4~6分中度疼痛,7~9分重度疼痛,10分剧痛。本例患者房颤射频消融术后NRS评分为3分,属轻度疼痛。

2.1.2.7 抗凝出血风险评估

HAS-BLED抗凝出血风险评分包含高血压、肝肾功能、脑卒中、出血史、异常INR值、年龄及药物共7项评估指标,各项指标对应不同分值,累计得分为总分,分值越高,提示患者抗凝后出血风险越高。0~2分属于低风险,得分≥3分属于高风险。本例患者HAS-BLED score评分2分,属于低风险。

2.2 护理诊断

清理呼吸道低效:与患者痰液III度黏稠,咳痰无力,痰液引流不畅有关;有误吸的风险:与患者痰液黏稠不易咳出、乏力有关;有受伤的风险:与自理能力中度依赖,躯体活动能力受限有关;焦虑:与担心疾病预后有关;疼痛:与房颤射频消融术后伤口疼痛有关;有出血风险:与患者使用抗凝药物有关。

2.3 护理计划

结合患者病情变化和上述护理诊断,制定护理计划:采用俯卧位通气联合序贯式排痰增加肺部通气,促进痰液引流、保持呼吸道通畅,同时预防因痰液黏稠可能引发的误吸。落实安全防护护理,配合患者自理能力状态做好日常照护和风险预警;对于疼痛和焦虑,发挥中医适宜技术优势,开展耳穴压丸治疗,宁心安神,缓解负性情绪,减轻伤口疼痛。对于房颤患者的抗凝治疗需求,规范抗凝药物注射护理,精准把握注射流程,严密监测凝血功能及出血、瘀血并发症,保障用药安全。

2.4 护理措施

2.4.1 气道精细化管理:俯卧位通气+序贯式排痰

2.4.1.1 清醒俯卧位通气

患者痰液不易咳出,采用体位引流的方式协助患者排痰,同时增加胸壁和肺的顺应性,改善通气。在进食2h后进行俯卧位,头肩部和髋部均垫软枕,患者俯卧位时头偏向一侧,予低流量吸氧,双手放于头部两侧,双腿伸直或者呈跪式,下半身略高于上半身,以患者无不适为宜^[7]。俯卧位时由护士床旁观察患者有无不适,同时叩背频率为100次/min,加速痰液引流。俯卧位时间每次15~30min,2次/d。俯卧位时监测患者心律、心率和患者主诉。

2.4.1.2 序贯式排痰的护理

先进行雾化吸入治疗 15~20 min,雾化结束半小时后再予拍背,遵循患者背部自下而上、由外而内的顺序操作,叩背频率 100 次/分,叩背时长 10 min/次,同时鼓励患者进行有效咳嗽。教会患者正确的咳嗽方法,可以深吸后屏气 3~5 s,双手轻压腹部后进行咳嗽,排痰后使用温开水漱口,嘱患者休息。

2.4.2 预防跌倒坠床安全护理

床栏持续拉起固定,床旁清除杂物,地面保持干燥;如厕、起身、翻身及俯卧位时需要全程专人协助;护士加强预防措施宣教,提升患者安全意识;增加夜间、晨起高危时段巡视频次,及时满足生活需求。

2.4.3 中医相关护理操作

耳穴压丸:术前选取心穴,用以养血安神;肺穴,可行气补虚;交感穴,用于调节自主神经系统;脾穴,助气血生化。术后优化耳穴压丸方案,保留心、肺、脾及交感穴,配以神门穴,强化宁心安神,改善术后切口疼痛。用 75% 酒精棉片消毒双耳耳廓,待干,将粘贴有胶布的王不留行籽附于相应穴位上;用指腹按压揉搓耳部压豆区,以患者感到酸、胀、麻、热为宜;按压 3~5 次/d,2~3 min/次,每个穴位按压 15~20 下;每 2 d 更换 1 次耳贴,若出现潮湿、脱落等情况,及时更换,5 d 为一疗程,共治疗一疗程。

2.4.4 情志护理

严格遵循中医情志护理规范及临床护理流程,结合患者病情、心理状态及家庭情况开展个体化情志护理,具体措施如下。主动与患者及家属沟通交流,耐心倾听主诉,及时掌握患者及家属存在的顾虑、疑问与护理相关问题。针对患者及家属提出的病情相关问题,结合专业知识给予客观、准确且通俗易懂的解答,规避负面、消极表述,积极缓解其担忧等不良情绪。针对性开展健康心理引导,帮助患者正确认知自身疾病,纠正对疾病的错误认知与消极心态,结合病情恢复案例鼓励患者,增强其战胜疾病的信心;在日常护理中及时发现并肯定患者的配合行为与康复进步,给予正向激励,提升患者治疗依从性。依据中医七情致病理论及情志调理原则,为患者实施个性化情志调护。灵活运用音乐疗法、沟通谈心疏导、带领患者练习六字诀呼吸调息等方式舒缓情绪,避免七情过激加重病情。面向患者及家属开展疾病知识、

用药知识专项宣教,详细讲解疾病发展、康复要点及所用药物的功效、用法用量、不良反应、注意事项等,重点强调遵医嘱用药的重要性,严禁患者及家属自行增减药量、更换药物或擅自停药,引导患者及家属主动配合临床治疗与护理工作,保障诊疗安全。

2.4.5 抗凝药物规范化护理

注射部位的选择:腹壁是国内外公认的皮下注射首选部位,腹部区域皮下组织层较厚,可降低药液外渗风险;所含神经纤维较少,痛感相对较轻;注射面积大、药物吸收快、不受运动影响;易被患者接受,便于操作。避开瘢痕及皮肤破损处,使用抗凝剂皮下注射腹部定位卡,此卡中间大孔为禁止注射区域,其余小孔按数字自小至大依次选择,每次注射去掉一个小孔,能有效保证 2 次注射点间隔 2 cm 以上,并有规律进行轮换注射^[8]。注射体位的选择:半卧位,床头抬高 15°,双下肢屈膝,减少腹壁张力,可用一手捏起皮肤皱褶。注射针剂为预灌式注射器,无需排气,注射时垂直进针,匀速注射后停留 10 s 再拔针,无出血时无需按压。向患者进行宣教,如有鼻腔和牙龈出血及时通知医护人员。

2.5 护理评价

经过 10 d 的护理,患者各项护理问题及潜在风险均得到有效控制,具体效果如下:咳嗽咳痰症状好转,痰液呈 II 度,颜色为白色,炎性指标恢复正常,听诊双肺无明显湿啰音,胸部影像学提示肺部炎症明显吸收;全程落实安全防护措施,住院期间未发生不良事件;经耳穴压丸联合情志护理干预,患者对于手术和预后的担忧明显减轻,情绪平稳;手术伤口轻度疼痛得到有效缓解,干预后 NRS 评分为 0 分;抗凝药物注射期间未出现出血现象,采用标识卡片轮换注射部位,严格依照注射要求操作,未出现皮下淤血情况。患者于 01 月 13 日完善食道超声检查,明确心脏内无血栓形成,顺利完成房颤射频消融术,术后心电图提示为窦性心律,无并发症发生。

3 结果和随访

01 月 16 日患者各项功能及指标基本恢复正常,达到出院标准,住院期间无不良事件、出血、误吸发生。分别于出院 1 周、1 个月及 3 个月后电话随访,患者无心悸症状发生,已融入正常社会生活。

4 讨论

本文总结 1 例房颤合并重症肺炎患者,应用俯卧位通气联合序贯式排痰的中西医结合一体化护理经验。重症肺炎为临床急危重症感染性疾病,病情进展速度快,可诱发机体强烈全身性炎症反应^[9],造成肺通气功能障碍及机体代谢紊乱,炎症可损伤心肌细胞,诱发心房电活动紊乱,导致快速心房颤动。据国家心血管病中心流行病学数据^[10],国内房颤患病率呈逐年上升趋势,房颤发生后心室节律紊乱,心排量下降,可加重肺循环淤血。两种疾病相互叠加,会进一步影响肺换气功能,降低患者自主排痰能力,导致脓痰潴留、气道梗阻,形成肺部感染与心律失常的恶性循环,增加护理难度。

从中医病机层面,重症肺炎核心在于“正邪交争、虚实转化”,“正”涵盖脏腑气血功能介导的机体防御与修复能力,“邪”包括外来病原体和疾病引发的继发性病理产物,过度炎症损伤即“热毒”,津液凝聚即为“痰浊”,血行不畅即为“瘀血”^[11]。邪热耗伤机体气血,加之久病气虚、气血生化匮乏,致使心阴心血亏虚、心脉失养,患者发为心悸,中医辨证理论为本次病例开展中西医结合护理、实施耳穴压丸与情志调理提供了理论支撑。

从临床护理干预效果分析,本病例优势在于落实气道精细化管理、安全管理、焦虑缓解、疼痛干预及规范化抗凝等综合护理措施,有效疏通气道、稀释黏稠脓痰、纠正低氧和动脉—肺泡氧分压差异常问题,缩短肺部炎症消退时间;结合中医适宜技术与情志护理,有效改善患者焦虑情绪,缓解术后疼痛;规范落实抗凝药物护理流程,落实出血风险评估与动态监测,有效规避血栓及出血相关并发症。本病例为单一病例分析,无同期对照病例研究,患者个体病情、体质和治疗方案存在特异性,后续可扩充临床样本,进一步验证精细化中西医结合护理路径对于多病共存患者的应用效果,并完善远期随访工作。

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] 中华医学会心电生理和起搏分会,中国医师协会心律学专业委员会,黄从新,等. 中国心房颤动管理

指南(2025)[J]. 中国心脏起搏与心电生理杂志, 2025, 39(4): 273-343.

Chinese Society of Cardiology Electrophysiology and Pacemaker, Chinese Medical Doctor Association Cardiology Professional Committee, Huang C X, et al. Chinese Guidelines for the management of atrial fibrillation (2025) [J]. Chin J Card Pacing Electrophysiol, 2025, 39(4): 273-343. (in Chinese)

[2] 刘明波,何新叶,杨晓红,等.《中国心血管健康与疾病报告 2023》要点解读[J]. 中国全科医学, 2025, 28(1): 20-38.

Liu M B, He X Y, Yang X H, et al. Interpretation of report on cardiovascular health and diseases in China 2023[J]. Chin Gen Pract, 2025, 28(1): 20-38. (in Chinese)

[3] Wang Z W, Chen Z, Wang X, et al. The disease burden of atrial fibrillation in China from a national cross-sectional survey[J]. Am J Cardiol, 2018, 122(5): 793-798.

[4] 杨文豪,刘瀚旻. 重症肺炎的概念演变[J]. 中国实用儿科杂志, 2026, 41(3): 192-194.

Yang W H, Liu H M. Evolution of the concept of severe pneumonia[J]. Chin J Pract Pediatr, 2026, 41(3): 192-194. (in Chinese)

[5] 石园园. 炙甘草汤加减治疗心悸的研究进展[J]. 吉林医学, 2024, 45(4): 937-939.

Shi Y Y. Research progress of Zhigancao decoction in treating palpitation [J]. Jilin Med J, 2024, 45(4): 937-939. (in Chinese)

[6] Wang Q, Ma H L, Li M, et al. Construction and application of a risk prediction model for sputum viscosity in patients with laryngeal malignant tumors after operation[J]. BMC Surg, 2025, 25(1): 549.

[7] 叶巧灵,吴金香,范春霞,等. 经鼻高流量湿化氧疗联合俯卧位通气在急性呼吸窘迫综合征患者改善通气中的应用效果[J]. 中国防痨杂志, 2024, 46(S1): 141-143.

Ye Q L, Wu J X, Fan C X, et al. Effect of nasal high-flow humidified oxygen therapy combined with prone position ventilation on improving ventilation in patients with acute respiratory distress syndrome[J]. Chin J Antituberc, 2024, 46(S1): 141-143. (in Chinese)

[8] 李燕,莫伟,葛静萍. 抗凝剂皮下注射护理规范专家共识[J]. 介入放射学杂志, 2019, 28(8): 709-716.

Li Y, Mo W, Ge J P. Expert consensus on nursing standards for subcutaneous injection of anticoagulant

- agents[J]. J Interv Radiol, 2019, 28(8): 709–716. (in Chinese)
- [9] 王龙, 王广军, 梁群. 重症肺炎发病机制及中西医治疗研究进展[J]. 长春中医药大学学报, 2023, 39(11): 1275–1279.
- Wang L, Wang G J, Liang Q. Research progress in the pathogenesis of severe pneumonia and the treatment with traditional Chinese and Western medicine [J]. J Changchun Univ Chin Med, 2023, 39(11): 1275–1279. (in Chinese)
- [10] 刘明波, 王增武. 《中国心血管健康与疾病报告 2024》概要(心血管疾病流行及介入诊疗状况)[J]. 中国介入心脏病学杂志, 2025, 33(12): 687–695.
- Liu M B, Wang Z W. Interpretation of report on cardiovascular health and diseases in China 2024 [J]. Chin J Interv Cardiol, 2025, 33(12): 687–695. (in Chinese)
- [11] 曾昭璐, 郭安, 孙露颜, 等. 重症肺炎免疫失衡机制与中医药调节作用研究进展[J]. 中国实验方剂学杂志, 2026, 32(15): 275–286.
- Zeng Z L, Guo A, Sun L Y, et al. Immune imbalance mechanism of severe pneumonia and regulating effect of traditional Chinese medicine: a review [J]. Chin J Exp Tradit Med Formulae, 2026, 32(15): 275–286. (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。