

DOI: 10.12209/CAIM202605270002

· 中西医结合临床案例 ·

1 例 90 岁高龄多病共存合并重症肺炎、 上消化道出血患者的护理报告

石 晶

(北京市回民医院 急诊科, 北京, 100054)

摘要: 本文总结 1 例 90 岁高龄多病共存合并细菌性肺炎、脓毒症、上消化道出血患者的个体化护理经验。通过系统梳理该患者的全程护理实施过程,明确高龄重症、多病共存患者的核心护理难点与针对性干预对策,可为临床同类高龄复杂患者的精细化护理实践提供参考依据。

关键词: 高龄患者; 多病共存; 中西医结合护理; 个案护理

Nursing Report of a 90-Year-Old Patient with Multiple Comorbidities Complicated by Severe Pneumonia and Upper Gastrointestinal Hemorrhage: A Case Report

SHI Jing

(Department of Emergency, Beijing Huimin Hospital, Beijing, 100054)

ABSTRACT: This paper summarizes the individualized nursing experience for a 90-year-old patient with multiple comorbidities complicated by bacterial pneumonia, sepsis, and upper gastrointestinal hemorrhage. Through a systematic review of the entire nursing process for this patient, the core nursing challenges and targeted intervention strategies for elderly critically ill patients with multiple comorbidities were clarified, which can provide a reference for refined nursing practice in clinically similar elderly patients with complex conditions.

KEY WORDS: elderly patients; multiple comorbidities; integrated Chinese and Western medicine nursing; case nursing

重症肺炎是老年人群高发的急危重症,肺部严重感染可诱发全身炎症反应综合征、脓毒症,同时机体应激状态会损伤胃肠道黏膜屏障,进而引发应激性溃疡、上消化道出血,形成“感染—应激出血—多脏器功能损伤”的恶性循环,显著提升老年患者的病死率与致残率^[1]。中西医结合护理模式立足西医精准监护、对症急救的技术优势,同步配合中医辨证施护特色疗法,可兼顾急症救治与慢病调理需求,在改善老年患者临床症状、减少药物不良反应、提升机体耐受度、预防护理相关并发症等方面具备独特的临床应用价值^[2]。本文选取急诊科收治的 1 例 90 岁超高龄、三十余项基础疾病共存,合并重症细菌性肺炎、脓毒症、活动性上消化道出血的危重患者作为研究对象,全程为其开展多系统一体化监护、阶梯式营养支持、全方位

安全防护及个体化中医特色护理,旨在为临床同类高龄危重患者制定精细化、个体化、中西医协同的护理方案提供参考依据。

1 临床资料

1.1 一般资料

患者男,90岁,汉族,已婚,退休人员,北京市户籍,于 2026 年 04 月 01 日首次因“间断咳嗽、咯痰 2 周,伴发热 4 d”入院,2026 年 04 月 13 日因症状未愈再次入院,累计住院 24 d。患者病史陈述者为患者本人及家属,无食物、药物过敏史,家族无遗传性、肿瘤性及精神类疾病病史。患者平素无烟酒嗜好,适龄结婚,配偶及子女身体状态健康,无疫区、有毒有害物质接触史,预防接种史不详。

收稿日期:2026-05-27

OPEN ACCESS

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

1.2 现病史

患者2周前受凉后诱发咳嗽、咯痰,痰液色白质黏、不易咳出,伴随明显乏力表现,无寒战、高热症状,于四季青医院就诊,诊断为细菌性肺炎,予头孢噻肟抗感染治疗后症状轻度缓解。4 d前患者咳嗽、咯痰症状加重,出现发热表现,最高体温达38℃,前往外院急诊就诊,完善胸部CT提示双肺新发间质性炎症渗出,予头孢哌酮舒巴坦抗感染治疗后体温较前下降,但咳嗽、咯痰症状仍持续存在。为接受中西医结合系统治疗,患者于2026年04月01日首次入院。入院症见:咳嗽、咯痰、痰黏难咳,乏力症状显著,伴随反酸、烧心表现,睡眠、食欲状态差,小便量少,大便干结难解。

首次住院期间患者突发活动性上消化道出血,间断排出柏油样便,总出血量约600 mL,伴随血红蛋白水平下降、炎症指标升高,病情处于危重状态。经保守止血、抗感染、脏器支持治疗后,出血症状暂时得到控制,但肺部感染、乏力、纳差症状未完全缓解。2026年04月13日,患者因间断咳嗽、咯痰伴发热1月余再次入院,住院期间新增咽部剧痛、口腔黏膜溃疡症状,经耳鼻喉科会诊确诊为溃疡性咽炎,同时持续存在下肢活动不利、留置尿管可见絮状沉淀、间断黑便等表现,全程予以对症治疗及精细化护理,最终各类症状改善,顺利出院。

1.3 既往史

患者基础疾病种类繁多,病程漫长。2型糖尿病病史20余年,平素规律餐前注射甘精胰岛素10IU,因进食状态不佳入院后停用该方案;腔隙性脑梗死病史10余年,未规律服药治疗。2026年03月确诊心肌损害、肾功能不全、心包积液、陈旧性第12肋骨折;血管相关检查提示双下肢动脉粥样硬化、双侧腘动脉重度狭窄、多段胫动脉闭塞,同时合并颈动脉硬化。入院后完善相关检查新增低钾血症、低钠低氯血症、高尿酸血症、甲状腺功能异常、低蛋白血症、凝血功能异常、高乳酸血症及流行性感冒等多项并发症。

1.4 入院查体

二次入院查体结果:体温(T)36.9℃,脉搏(P)73次/min,呼吸(R)15次/min,血压(BP)105/47 mmHg。患者存在营养不良表现,神志处于嗜睡状态,查体欠配合。双肺呼吸音粗糙,可闻及明显湿性啰音;心律齐,心音低钝,各瓣膜听诊区未闻及病理性杂音;腹壁紧张度增高,剑突下存在轻

压痛,无反跳痛,腹部叩诊呈鼓音,移动性浊音为阴性,肠鸣音2次/min。双侧瞳孔等大等圆,直径3 mm,对光反射灵敏,四肢肌力查体欠配合,肌张力处于正常水平,生理反射可引出,病理反射未引出。中医望闻切诊:面色萎黄,声低懒言,舌淡暗、苔白腻,脉细滑。

1.5 辅助检查

2026年03月29日胸部CT:右肺上叶后段、左肺上叶下段新发间质性炎症渗出,双肺可见小结节及钙化灶,左侧第12肋陈旧性骨折,肝内胆管积气。住院期间实验室检查结果提示:白细胞、中性粒细胞、C反应蛋白、降钙素原及白介素-6等炎症指标显著升高;血红蛋白、白蛋白及甲状腺功能相关指标水平降低;血糖、尿素氮、尿酸及乳酸水平升高;存在凝血功能异常、电解质紊乱表现;便潜血结果为阳性,肿瘤标记物轻度升高。耳鼻喉科内镜检查结果:咽腭弓及口腔黏膜可见大片灰白色溃疡灶。

1.6 入院及出院诊断

中医诊断:咳嗽病,痰浊闭肺证。西医诊断:细菌性肺炎、脓毒症、流行性感、急性肾功能不全、心功能不全、心肌损害、上消化道出血、残胃溃疡伴出血、胃术后状态、胆囊术后状态、双下肢动脉粥样硬化伴多段血管闭塞、颈动脉硬化、陈旧性肋骨骨折、心包积液、溃疡性咽炎、中度贫血、低蛋白血症、电解质紊乱、高尿酸血症、高乳酸血症、甲状腺功能异常、凝血功能异常、营养风险等三十余项诊断。

1.7 诊疗经过

患者入院后完善血常规、生化、痰培养及影像学等相关检查,西医予厄他培南抗感染、氨溴索化痰、布地奈德抗炎平喘;生长抑素、凝血酶、去甲肾上腺素冰盐水止血,奥美拉唑抑酸护胃;辅酶Q10营养心肌、复合维生素营养支持;留置尿管并予氯化钠膀胱冲洗。中医联合针灸科会诊,予化痰降浊、通经活络针灸治疗,配合穴位贴敷、中药泡洗及中药热奄包等特色疗法。针对溃疡性咽炎,予葡萄糖氯己定漱口液含漱、口腔湿化护理。入院后完善血常规、生化全套、痰培养、胸部CT及内镜等检查明确病情;西医予厄他培南抗感染、氨溴索联合雾化化痰平喘,生长抑素、冰盐水去甲肾上腺素、凝血酶局部给药联合奥美拉唑抑酸止血,辅酶Q10护心、肠外营养纠正低蛋白与贫血,留置尿管行氯化钠膀胱冲洗防控泌尿系感染;中

医经针灸科会诊辨证施以化痰通络针灸、穴位贴敷、中药热奄包及足部泡洗等特色干预,予氯己定含漱液对症处理溃疡性咽炎。2026年05月06日复查结果提示炎症指标回落、便潜血阴性、溃疡创面愈合、脏器相关指标稳定,经24 d综合干预,患者肺部感染完全控制、活动性消化道出血终止,咳嗽咳痰、咽痛、乏力及腹胀等不适症状全部缓解,生命体征平稳,无新发并发症,于2026年05月06日评估达到出院标准,予以办理出院。

2 护理

2.1 护理评估

2.1.1 心理社会评估

患者为高龄人群,长期受多种慢性疾病困扰,本次住院病情危重、病程较长,反复出现出血、感染等不适症状,长期卧床、活动受限,极易产生焦虑、恐惧、无助等负面情绪。采用广泛性焦虑障碍量表(Generalized Anxiety Disorder-7, GAD-7)^[3]对患者心理状态开展标准化量化评估。本例患者在清醒状态下完成量表测评,总分为20分,提示存在重度焦虑,该结果与患者意识嗜睡、清醒时情绪低落、配合治疗主动性一般的临床表现完全相符。患者家属对患者高龄重症的预后存在担忧,但整体依从性良好,能够积极配合医护人员开展治疗与护理工作,家庭支持系统完善,为患者康复提供了良好的社会基础。

2.1.2 营养风险评估

采用营养风险筛查2002量表(Nutritional Risk Screening 2002, NRS 2002)^[4]于患者入院24 h内完成营养风险标准化筛查。本例患者筛查总分为7分,提示存在重度营养风险。患者因消化道出血、溃疡性咽痛、纳差症状长期进食摄入不足,叠加重症感染带来的高代谢消耗,入院检验结果可见低蛋白血症、中度贫血表现,全身皮下脂肪、肌肉消耗明显,重度营养不良直接导致机体组织修复能力、免疫防御功能显著下降,延缓肺部炎症、消化道及口腔黏膜创面的愈合进程,是造成病情迁延、并发症多发的关键危险因素。

2.1.3 安全风险评估

患者高龄嗜睡、反应迟钝、肢体活动不利,采用Morse跌倒风险评估量表(Morse Fall Scale, MFS)^[5]开展跌倒坠床风险筛查,该量表总分区间为0~125分,本例患者得分为62分。Braden压疮风险评分量表是临床通用的压疮风险量化评估

工具,整体总分区间为6~23分,分值越低提示压疮发生风险越高,本例患者得分8分,提示压力性损伤处于极高危状态。患者下肢血管闭塞、肢体感觉减退,痛温觉感知存在障碍,开展中医理疗期间易发生低温烫伤;患者留置中心静脉导管、导尿管,采用导管滑脱风险评估量表(Catheter Unplanned Extubation Risk Assessment Scale, CUERA)^[6]开展评估,该量表总分区间为0~15分,得分≥6分提示为高危状态,本例患者得分11分,存在导管感染、非计划拔管的高风险。此外患者合并残胃溃疡,存在消化道再出血风险,同时重症肺炎、多脏器损害可诱发呼吸衰竭、心力衰竭、肾功能恶化及下肢动脉血栓栓塞等潜在致命并发症,多重风险相互叠加,整体安全风险等级极高。

2.2 护理诊断

气体交换受损:与肺部感染、痰液黏稠堵塞气道、肺间质渗出、肺换气功能下降有关。清理呼吸道无效:与高龄体弱、咳嗽无力、痰液白黏难咳、长期卧床体位受限有关。体液不足风险:与上消化道活动性出血、禁食禁饮、摄入不足、肾功能异常导致尿量异常有关。营养失调—低于机体需要量:与咽部溃疡疼痛、纳差、消化道出血、进食受限、疾病高消耗、脾胃运化失常有关。急性疼痛:咽痛、上腹部隐痛,与溃疡性咽炎、残胃溃疡的炎症刺激有关。口腔黏膜受损:与感染、机体抵抗力低下、长期卧床口腔清洁不到位有关。躯体活动障碍:与双下肢血管闭塞、脑梗死病史、高龄肌力不足有关。焦虑恐惧:与病情危重、症状反复、预后未知、长期卧床不适有关。有感染加重的风险:与脓毒症、高龄免疫力低下、留置尿管、口腔黏膜破损、肺部感染未愈有关。有皮肤完整性受损的风险:与长期卧床、营养不良、低蛋白血症、肢体活动障碍有关。有跌倒、坠床、导管滑脱的风险:与高龄嗜睡、反应迟钝、肢体活动受限、留置多类导管有关。潜在并发症:失血性休克、呼吸衰竭、心力衰竭、肾功能恶化、电解质紊乱、下肢深静脉血栓、导管相关感染、多器官功能衰竭。

2.3 护理目标

针对气体交换受损:患者住院期间呼吸节律平稳,无胸闷、气短、呼吸困难症状,双肺湿性啰音逐步减少直至消失,肺换气功能得到改善,血氧饱和度持续维持在95%以上,有效改善肺间质渗出状态,纠正气体交换障碍。

针对清理呼吸道无效:患者气道持续保持通

畅,黏稠痰液可顺利稀释、排出,无痰液淤积、气道堵塞情况;患者咳嗽无力症状逐步改善,卧床期间可实现有效自主排痰,肺部痰液蓄积引发的不适症状完全缓解。

针对体液不足风险:患者住院期间上消化道出血彻底停止,无新发柏油样便、呕血症状,尿量逐步恢复正常,皮肤黏膜湿润、弹性良好,生命体征平稳,电解质水平逐步纠正,有效规避体液不足、失血性脱水风险。

针对营养失调—低于机体需要量:患者咽部疼痛、进食不适症状缓解,可逐步恢复规律进食,通过饮食及肠外营养支持纠正营养缺失;住院期间皮下脂肪、肌肉消耗情况得到改善,白蛋白、血红蛋白指标逐步回升,NRS 2002 营养风险评分显著下降,重度营养风险得到有效缓解,机体抵抗力与组织修复能力同步提升。

针对急性疼痛:患者咽痛、上腹部隐痛症状逐步缓解直至消失,疼痛评分降至正常范围,无持续性疼痛不适,可正常耐受进食、翻身、理疗等日常活动,疼痛引发的烦躁、拒食等情况完全改善。

针对口腔黏膜受损:患者口腔黏膜溃疡创面逐步愈合,口腔黏膜完整、无红肿、糜烂及渗出,口腔清洁度良好,无口腔异味、感染加重情况,口腔黏膜屏障功能恢复正常。

针对躯体活动障碍:患者下肢肢体肌力、肌张力逐步改善,肢体感觉、活动度提升,卧床期间可自主完成轻微肢体活动,可配合翻身、功能锻炼,肢体活动不利症状显著缓解,逐步恢复基础躯体活动能力。

针对焦虑恐惧:患者负面情绪逐步缓解,GAD-7 焦虑评分显著下降,重度焦虑状态得到改善;患者神志清醒时情绪平稳,心态积极,能够主动配合各项治疗、护理操作,无助、恐惧心理完全消除。

针对有感染加重的风险:患者体温恢复并维持正常,白细胞、C 反应蛋白、降钙素原等各类炎症指标逐步回落至正常范围;肺部、口腔、尿路等部位感染得到有效控制,无感染扩散、病情加重情况,机体免疫力逐步提升。

针对有皮肤完整性受损的风险:患者住院期间全身皮肤完整无破损、无红肿、压红及水泡,未发生压力性损伤;皮肤血液循环良好,低蛋白、营养不良所致的皮肤脆弱状态得到改善,全程规避皮肤损伤风险。

针对有跌倒、坠床、导管滑脱的风险:患者住院期间全程无跌倒、坠床、低温烫伤等安全不良事件发生;各类留置导管固定牢固、通畅在位,无导管移位、滑脱、非计划拔管及导管相关损伤,安全风险得到全面管控。

针对潜在并发症:患者住院期间生命体征、心率、血压、血氧、肾功能、电解质、凝血功能等指标持续稳定,未发生失血性休克、呼吸衰竭、心衰、肾衰、下肢血栓、导管感染及多器官功能衰竭等各类潜在并发症,脏器功能逐步恢复并维持平稳,保障患者顺利康复出院。

2.4 护理措施

2.4.1 呼吸系统专项护理

患者核心病症为细菌性肺炎合并脓毒症,气道分泌物多、痰液黏稠难咳,是病情加重的主要诱因,因此呼吸道护理为核心护理重点。

①体位护理:常规抬高床头 $30^{\circ} \sim 45^{\circ}$,取半卧位,促进肺部通气与痰液引流,有效预防反流误吸及坠积性肺炎;每 2 h 协助患者翻身叩背,遵循由下至上、由外向内的叩背原则,力度轻柔,适配高龄患者耐受度,松动气道黏痰。

②氧疗护理:持续低流量吸氧 2 L/min ,实时监测血氧饱和度、呼吸频率、节律及深度,维持血氧饱和度 (SpO_2) $\geq 95\%$,及时更换灭菌湿化水,避免气道干燥及交叉感染^[7]。

③雾化吸入护理:遵医嘱予以布地奈德、氨溴索雾化吸入抗炎、平喘、化痰,2 次/d,雾化后及时清洁口腔、叩背排痰,稀释黏稠痰液,改善气道通气。

④无菌吸痰:患者嗜睡、咳嗽无力,无法自主排痰时,及时予以无菌负压吸痰,动作轻柔、快速,避免损伤气道黏膜,保持气道通畅。

2.4.2 上消化道出血及消化功能护理

患者既往存在残胃溃疡出血病史,本次重症感染诱发应激性溃疡,出现活动性柏油样便,是本次住院的高危并发症,需全程开展精准监护。

①出血期严格禁食禁饮,减少胃肠道刺激,降低胃肠蠕动,为破损黏膜修复创造条件;密切监测生命体征,每 30 min 监测血压、心率、意识、末梢循环,准确记录 24 h 出入量、大便次数、颜色、性状、量,动态监测血红蛋白、便潜血、凝血功能,及时识别活动性出血及休克前兆。

②用药护理:严格遵医嘱准时给药,奥美拉唑持续泵入抑酸护胃,生长抑素抑制胃肠道血流、减

少腺体分泌,凝血酶口服局部止血,去甲肾上腺素冰盐水含漱止血,严格把控药物剂量、输注速度,观察有无腹痛、头晕、血压波动等药物不良反应。

2.4.3 口腔黏膜护理

患者住院期间确诊溃疡性咽炎,口腔黏膜存在大面积溃疡,咽痛剧烈、进食困难,易继发感染加重病情。遵医嘱执行耳鼻喉科会诊意见,予以葡萄糖氯己定漱口液 10 mL 含漱,3 次/d,含漱时指导患者充分浸润口腔、咽部黏膜,缓慢漱口,保证药液作用于溃疡创面,发挥抗菌、消炎、促进创面愈合的作用。每日做好口腔清洁护理,及时清理口腔分泌物,保持黏膜湿润、清洁,观察溃疡创面愈合情况、咽痛程度变化,记录进食改善情况,避免口腔感染扩散。同时减少刺激性食物摄入,最大限度降低黏膜刺激。

2.4.4 心肾功能及循环系统护理

患者合并心肌损害、心功能不全、心包积液、急性肾功能不全、血管多发闭塞,需开展多脏器联合监护。

①心电监护:全程持续心电监护,实时监测心率、心律、血压、血氧饱和度,观察有无胸闷、气短、呼吸困难、下肢水肿等心衰症状,警惕心律失常、心肌缺血加重,发现异常立即报告医师处理。

②液体精细化管理:严格控制每日输液总量 1500 ~ 2000 mL,控制输液速度,避免短时间大量液体输入加重心脏、肾脏负荷;准确记录 24 h 出入量、每小时尿量,维持尿量稳定,动态监测肾功能、电解质、BNP、心肌标志物,及时纠正电解质紊乱、酸碱失衡^[8]。

2.4.5 营养支持护理

针对患者重度营养风险、低蛋白血症、贫血、进食困难问题,实施阶梯式个体化营养支持。

①出血禁食期:完全依靠肠外营养支持,予以葡萄糖、复合维生素、电解质静脉输注,维持机体基础代谢,纠正低血糖、电解质紊乱,严格执行无菌操作,预防静脉导管感染。

②恢复期饮食干预:出血停止、咽痛缓解后,循序渐进恢复肠内营养,优先选择米汤、稀藕粉等无刺激流质食物,少量多餐,5 ~ 6 次/d,逐步增加优质蛋白、维生素摄入,补充机体消耗,改善低蛋白、贫血状态。

2.4.6 中医特色护理

患者中医辨证为咳嗽病、痰浊闭肺证,核心病机为老年体虚、脾胃虚弱、痰浊壅肺、心神失养、经

络瘀阻。结合针灸科会诊方案,明确穴位、手法、时长、中药方剂用量,开展标准化、精细化中医特色护理,具体操作如下。

2.4.6.1 针灸治疗

选取百会、四神聪、风池、丰隆、三阴交及阳陵泉等核心穴位,采用平补平泻联合透刺手法。常规碘伏消毒穴位皮肤,选用 0.25 mm×25 mm 一次性无菌毫针,百会、四神聪平刺 0.5 寸,风池斜刺 0.8 寸,丰隆、三阴交、阳陵泉直刺 1.0 寸,得气后留针 20 min,1 次/d,连续治疗 14 d。可发挥化痰降浊、通经活络及健脾祛湿的功效,改善患者咳嗽痰多、肢体活动不利、周身乏力症状^[9]。操作全程观察患者面色、呼吸及耐受度,针对高龄患者轻柔行针,杜绝强刺激。

2.4.6.2 穴位贴敷治疗

药物组成:白芥子 10 g、甘遂 6 g、细辛 3 g、麻黄 6 g 及杏仁 10 g,所有药材烘干研磨成细粉,用蜂蜜调和成糊状,制成直径 2 cm 的药饼。选取天突、肺俞及定喘穴,常规皮肤消毒后贴敷,单次贴敷 4 ~ 6 h,1 次/d,7 d 为一个疗程。功效为宣肺理气、化痰止咳,缓解痰液黏稠、咳喘症状。贴敷期间密切观察皮肤有无发红、瘙痒或起泡表现,及时处理过敏反应。

2.4.6.3 中药足部泡洗

方剂组成:黄芪 20 g、当归 15 g、丹参 15 g、夜交藤 15 g、艾叶 10 g 及桂枝 10 g。清水煎煮 20 min,取药液 1500 mL,水温控制在 38 ~ 40℃,泡洗双足,20 min/次,1 次/晚。功效为养心安神、疏通下肢经络、改善睡眠及肢体末梢循环,规避血管闭塞加重风险。

2.4.6.4 腹部热奄包治疗

选用中药热奄包(成分包括厚朴 15 g、枳实 10 g、陈皮 10 g 及木香 6 g),预热至 40℃,敷于脐周及上腹部,20 min/次,1 次/d。发挥温通胃肠气机、调理肠腑气机的作用,改善老年患者便秘、腹胀、脾胃虚弱症状。

2.4.6.5 悬空艾灸治疗

选取双侧足三里穴,采用悬空温和灸,艾条距皮肤 2 ~ 3 cm,每侧艾灸 10 min,1 次/d,以局部皮肤温热潮红、无灼痛为度。发挥健脾益气、调和脾胃的作用,改善患者纳差、乏力、气血亏虚状态。

2.4.6.6 超声药物透入

选取太渊、列缺穴,予以化痰通络中药药液超声透入治疗,15 min/次,1 次/d,药物可直达肺经穴

位,强化止咳化痰、疏通肺气的功效。所有中医操作均避开空腹、疲劳、情绪波动时段,严格把控温度、时长,适配 90 岁高龄患者的耐受度。

2.5 护理评价

经过 24 d 系统化、个体化的中西医结合护理,患者病情得到全面改善,护理效果显著(详见表 1)。住院期间未发生坠床、跌倒、压疮、烫伤、导管感染或再出血等护理不良事件;患者情绪稳定,焦虑恐惧情绪完全消失,可积极配合各项护理工作。患者最终病情稳定,于 2026 年 05 月 06 日顺利出院,出院后可开展居家休养,定期随访即可。

表 1 疗效评估

评价指标	护理前(入院时)	护理后(出院时)
GAD-7	20 分	4 分
NRS 2002	7 分	2 分
MFS	62 分	20 分
Braden	8 分	16 分
CUERA	11 分	3 分
SpO ₂	90% ~ 93%	98% ~ 100%
大便潜血试验	阳性	阴性
血清白蛋白	28.5 g/L	36.2 g/L
血红蛋白	85 g/L	112 g/L
炎症指标(PCT)	3.8 ng/mL	0.25 ng/mL
口腔溃疡、咽痛症状	大面积溃疡、咽痛剧烈	溃疡完全愈合、咽痛消失

3 结果和随访

3.1 治疗结果

本例 90 岁超高龄多病共存重症患者,经 24 d 中西医结合系统治疗与精细化护理,于 2026 年 05 月 06 日完成全程治疗并顺利出院。患者肺部感染、脓毒症完全控制,活动性上消化道出血彻底停止,溃疡性咽炎完全愈合,咳嗽、咳痰、乏力、腹胀及咽痛等全部不适症状消失;生命体征平稳,心、肾、循环相关脏器功能显著改善,电解质、凝血功能、营养指标基本恢复正常,无失血性休克、呼吸衰竭、多器官衰竭等严重并发症发生,圆满达成临床治疗与护理目标。

3.2 随访情况

出院后开展为期 1 个月的延续性随访,随访方式以电话随访联合门诊复诊为主,随访周期为每周 1 次电话随访,出院 2 周、1 个月返院门诊复查。随访内容包括患者饮食、睡眠、活动、情绪状态;有无咳嗽、黑便、咽痛、肢体水肿等复发病状;居家血糖、血压波动情况;同时复查血常规、肝肾

功能、电解质、胸部 CT、血管超声等相关指标。随访结果显示患者居家休养期间依从性良好,严格遵循饮食、作息及保暖要求,未出现病情复发;无再次出血、肺部感染、血栓或压疮等并发症,营养状态、肢体活动及精神状态持续改善,各项复查指标稳定,远期康复效果良好。

4 讨论

超高龄多病共存危重症患者是临床护理的高危、难点人群,此类患者脏腑功能衰退、免疫力低下,常由单一急症诱发多脏器连锁损伤,病情复杂多变、并发症发生率高、预后不确定性强,且机体耐受度差、康复周期长,对护理的精准性、系统性、个体化要求远高于普通成年患者。本例患者为 90 岁超高龄人群,合并三十余项基础疾病,以重症细菌性肺炎、脓毒症为始发诱因,继发应激性上消化道出血、溃疡性咽炎、多脏器功能损伤,形成“感染—应激损伤—营养衰竭—多并发症”的恶性循环,老年重症肺部感染引发的全身炎症应激反应,是导致胃肠道黏膜屏障破损、多脏器功能恶化的核心机制,也是高龄患者病死率升高的独立危险因素。因此,针对此类患者需摒弃单一病症护理模式,建立“整体评估、主次兼顾、多系统协同、全程防控”的精细化护理体系,这也是本次个案护理的核心研究重点。

多系统协同西医专项护理是控制急症、稳定生命体征的核心保障。针对患者重症肺炎合并脓毒症,本文实施体位引流、精细化氧疗、雾化靶向干预、无菌气道管理的阶梯式呼吸道护理模式,通过抬高床头、定时翻身叩背、轻柔无菌吸痰等规范操作,有效疏通黏稠痰液、改善肺通气换气功能,快速控制肺部感染,与金泓^[10]针对重症肺炎患者气道护理的核心理念一致,该研究证实规范化气道护理可有效缩短肺部感染控制时间,降低脓毒症恶化风险。针对应激性上消化道出血,采用“禁食制动—精准用药监护—阶梯饮食过渡”的全程护理模式,严格把控止血、抑酸药物的输注速度与剂量,动态监测出血相关指标,精准识别出血前兆,同时循序渐进恢复饮食,有效规避消化道再出血风险,研究表明^[2],阶段性饮食干预联合精准用药监护,可显著提升老年应激性消化道出血的止血成功率,促进胃肠黏膜修复。此外,针对患者多脏器功能损伤,实施精细化液体管理、持续心电图监护、下肢血管专项护理,严格控制输液总量与速

度,规避容量负荷过重导致的心肾功能恶化,同时通过被动肢体训练、肢体保暖护理,有效预防下肢血栓、肌肉萎缩,全方位保障脏器功能稳定。

中西医结合特色护理是改善高龄患者体质、缩短康复周期、减少西药不良反应的重要补充。高龄患者脏腑亏虚、气血不足,单纯西医对症治疗可快速控制急症,但难以改善机体虚弱、脾胃运化失常、经络瘀阻的根本问题。本文基于患者“痰浊闭肺、脾胃虚弱、经络瘀阻”的中医核心证型,制定个体化中医护理方案,通过肺俞、天突穴位贴敷宣肺化痰,丰隆、足三里针灸健脾祛湿、调理气机,腹部热奄包改善胃肠蠕动、缓解腹胀便秘,中药足部泡洗疏通经络、改善末梢循环、安神助眠,多疗法联合辨证施护,标本兼顾。研究证实^[3],针灸、穴位贴敷等中医特色疗法联合西医常规护理,可有效改善老年重症感染患者的咳嗽、乏力及纳差等症状,提升机体免疫力,减少抗生素、止血药物的不良反应。同时,中医理疗温和无创、适配高龄患者低耐受度的特点,可全程辅助调理脏腑功能,打破单一西医治疗的局限性,有效解决本例患者病情迁延、体质虚弱、症状反复的护理难点。

综上所述,对于90岁超高龄、多病共存、重症感染合并应激性出血的复杂患者,单一、常规的护理模式无法适配其复杂病情与多重风险。临床需坚持“量化评估为基础、西医专项护急症、中医辨证调根本、营养心理强支撑、全程防控保安全”的中西医结合精细化护理理念,聚焦高龄患者病情特点与耐受度,精准把控气道管理、止血护胃、脏器监护、中医调理、营养支持、安全防护等核心护理技术,针对性破解多重护理难点。本次个案护理形成的系统化、个体化护理方案,有效阻断患者病情的恶性循环,改善患者预后,为临床同类超高龄多病共存重症患者的精细化护理、并发症防控及康复干预提供切实可行的实践参考。后续临床可进一步优化高龄重症患者中西医结合护理流程,细化分层干预标准,提升高龄复杂病例的专科护理水平。

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] 陈辉,石容,蒋亚玲,等.急诊内镜检查及止血治疗对急性上消化道出血患者的疗效评价[J].临床

消化病杂志,2025,37(5):308-311.

Chen H, Shi R, Jiang Y L, et al. Evaluation of emergency endoscopy and hemostasis in patients with acute upper gastrointestinal bleeding[J]. Chin J Clin Gastroenterol, 2025, 37(5): 308-311. (in Chinese)

[2] 杜念梅,何磊,房娟.问题解决模式联合分级阶段性护理在上消化道出血患者中的应用效果[J].医药前沿,2026,16(9):128-131.

Du N M, He L, Fang J. Application effect of problem-solving model combined with graded staged nursing in patients with upper gastrointestinal bleeding[J]. J Front Med, 2026, 16(9): 128-131. (in Chinese)

[3] 杨赞,王淑敏.层级护理联合优质护理对ICU重症合并上消化道出血患者的影响[J].临床研究,2023,31(8):182-185.

Yang Z, Wang S M. Effect of hierarchical nursing combined with high-quality nursing on ICU patients with upper gastrointestinal bleeding[J]. Clin Res, 2023, 31(8): 182-185. (in Chinese)

[4] 孙芹,俞萍,许伊佳,等.1例鹦鹉热衣原体重症肺炎病人的救治及护理[J].全科护理,2022,20(20):2875-2878.

Sun Q, Yu P, Xu Y J, et al. Treatment and nursing care of a patient with severe pneumonia caused by Chlamydia psittaci[J]. Chin Gen Pract Nurs, 2022, 20(20): 2875-2878. (in Chinese)

[5] 吴海燕,王淑芹,郭琪,等.1例肾病综合征合并肺孢子菌及巨细胞病毒肺炎患者的护理[J].中华护理杂志,2022,57(9):1129-1134.

Wu H Y, Wang S Q, Guo Q, et al. Nursing care of a patient with nephrotic syndrome complicated with Pneumocystis and cytomegalovirus severe pneumonia[J]. Chin J Nurs, 2022, 57(9): 1129-1134. (in Chinese)

[6] 王明思.1例ICU重症肺炎合并ARDS患者的营养支持护理[J].中国城乡企业卫生,2021,36(12):214-215.

Wang M S. Nutritional support nursing care of a patient with severe pneumonia complicated with ARDS in ICU[J]. Chin J Urban Rural Enterpr Hyg, 2021, 36(12): 214-215. (in Chinese)

[7] 王丹丹,杨佳佳,王宁,等.人文关怀在重症肺炎患者中的护理效果分析[J].黑龙江中医药,2021,50(4):362-363.

Wang D D, Yang J J, Wang N, et al. Analysis of nursing effect of humanistic care in patients with se-

- vere pneumonia [J]. Heilongjiang J Tradit Chin Med, 2021, 50(4): 362-363. (in Chinese)
- [8] 朱海云, 王云, 韩海玲. 个性化护理对行经鼻持续气道正压通气治疗重症肺炎并心衰患儿心脏功能的影响研究 [J]. 贵州医药, 2020, 44(1): 144-145.
- Zhu H Y, Wang Y, Han H L. Study on the influence of individualized nursing on cardiac function of children with severe pneumonia complicated with heart failure treated by nasal continuous positive airway pressure ventilation [J]. Guizhou Med J, 2020, 44(1): 144-145. (in Chinese)
- [9] 郭文杰, 郎影, 贾美烁, 等. 基于行为分阶段转变理论的上消化道出血患者护理实践研究 [J]. 护理管理杂志, 2025, 25(10): 858-862, 878.
- Guo W J, Lang Y, Jia M S, et al. Nursing practice of patients with upper digestive tract bleeding based on the Transtheoretical Model [J]. J Nurs Adm, 2025, 25(10): 858-862, 878. (in Chinese)
- [10] 金泓. 急诊重症肺炎并发感染性休克的治疗体会 [J]. 中国现代药物应用, 2021, 15(12): 43-45.
- Jin H. Treatment experience of severe pneumonia complicated with septic shock in emergency department [J]. Chin J Mod Drug Appl, 2021, 15(12): 43-45. (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。