

DOI: 10.12209/CAIM202406200014

· 中西医结合临床案例 ·

1 例重症肺炎合并呼吸衰竭患者的护理

莫莲英

(北京市健宫医院 急诊科, 北京, 100054)

摘要: 本文总结 1 例重症肺炎合并呼吸衰竭患者的护理经验。患者严重低氧血症, 采用有创呼吸机辅助通气, 做好人工气道机械通气管理, 纤维支气管镜吸痰灌洗, 并采用中西医结合治疗的方法, 有效缓解患者的症状, 促进患者康复。

关键词: 重症肺炎; 呼吸衰竭; 气管插管; 中西医护理; 康复

Nursing care of a patient with severe pneumonia complicated with respiratory failure

MO Lianying

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

ABSTRACT: This article summarizes the nursing experience of a patient with severe pneumonia complicated with respiratory failure. The patient suffered from severe hypoxemia and was assisted with invasive ventilators for ventilation. Artificial airway mechanical ventilation was well managed, and fiberoptic bronchoscopy was used for suctioning and lavage. A combination of traditional Chinese and Western medicine was used to effectively alleviate the patient's symptoms and promote their recovery.

KEY WORDS: severe pneumonia; respiratory failure; tracheal intubation; traditional Chinese and western medicine nursing; recovery

重症肺炎(Severe Pneumonia, SP)是临床常见的呼吸道疾病,由多种病原体入侵机体肺部引发炎症而造成,其发病急骤、病情复杂、病情进展快,若得不到有效治疗,易损伤呼吸肌功能,诱发器官功能衰竭等多种并发症,增加死亡风险^[1-2]。而呼吸衰竭为 SP 最常见的严重合并症,此病进展迅速,病死率极高^[3],有创机械通气^[4]可引流痰液、提供有效的通气,改善患者缺氧状态,缓解症状^[5-6],促进患者自主呼吸功能的恢复,治疗重症肺炎的有效方法,能维持正常呼吸循环,快速纠正患者缺氧状态。本文结合采取中西医治疗和护理的方法,取得显著的效果,现将护理经验报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

患者女性,90 岁,主因“咳嗽、喘息 6 d,加重伴意识不清 1 d”收入我科。入院时,家属代诉患者

6 d 前于敬老院无明显诱因出现咳嗽、咳痰、伴喘息,发热,体温(T)最高 37.7℃,给予头孢、鲜竹沥、连花清瘟、布洛芬口服后,体温较前下降。患者逐渐出现嗜睡、食欲不振,1 d 前患者出现咳嗽、喘息加重,嗜睡,呼之不应,言语含糊不清,完全不能进食,给予留置胃管。来院立即给予吸氧及心电监护,脉搏(P)103 次/min,呼吸(R)20 次/min,血压(BP)146/67 mm Hg,末梢血氧饱和度(SPO₂)84%,告知家属病情及风险并征得同意后,给予经口气管插管,呼吸机辅助呼吸,并应用咪达唑仑、枸橼酸舒芬太尼、右美托咪定镇静镇痛治疗。新型冠状病毒 IgG 抗体阳性;肺部 CT 示肺多发细支气管炎,左肺上叶前段支气管闭塞,前段肺不张,右侧胸膜多发钙化,双侧少量胸腔积液,主动脉及冠状动脉钙化。考虑重症肺炎,给予左氧氟沙星、厄他培南钠抗感染;呋塞米利尿减轻心脏负荷;宣肺败毒颗粒宣肺化湿,清热透邪,泻肺解毒;奥美拉唑钠抑酸护胃;氨溴索、乙酰半胱氨

收稿日期:2024-06-20

OPEN ACCESS

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

酸、复方异丙托溴胺解痉平喘、化痰祛痰；氨基酸、肠内营养液营养支持。患者既往美尼尔病史 30 余年，未用药；高血压病史 10 余年，具体不详，用药不详，控制情况不详；2 型糖尿病 20 余年，未吃药，未监测；左髌骨折手术后 10 年余，现内有钉子；慢性支气管炎、哮喘 10 余年，间断口服“孟鲁司特钠”；卧床半年，语言尚可，记忆力尚可；冠状动脉粥样硬化性心脏病，心功能 II 级(NYHA 分级)半年余，未用药；肾功能不全病史半年余，未用药；否认手术史，否认重大外伤史，否认输血史，否认食物过敏史，否认药物过敏史，预防接种史不详。

1.2 查体

入院患者呈浅昏迷，双侧瞳孔等大等圆，对光反射灵敏，双肺呼吸音粗，可闻及明显干鸣音及少量湿罗音，心律齐，各瓣膜听诊区未闻及明显杂音，腹软，按压腹部患者未见明显痛苦表情，双下肢未见明显水肿。实验室检查：酸碱度 7.23，氧分压(PO₂) 73.7 mm Hg，二氧化碳分压(PCO₂) 100.4 mm Hg，酸<1.0000 mmol/L，氧合血红蛋白 91.5%。血常规：白细胞 9.81×10⁹/L，血红蛋白 138 g/L，血小板 358×10⁹/L，中性细胞比率 79.4%，C-反应蛋白 33.77 mg/L。心梗五项：BNP 749.0 pg/mL，DIM 2430.0 ng/mL；肺炎衣原体 IgM 抗体阴性，甲型流感病毒抗原阴性，乙型流感病毒抗原阴性，新型冠状病毒 IgG 抗体阳性；钾 6.23 mmol/L。腹部 CT：胃置管术后改变，胃内大量液体；肝左叶小囊肿可能；双侧肾上腺增粗；双肾多发囊肿，部分为复杂囊肿，双侧多发肾盂旁囊肿；右肾小结石；左侧股骨颈内固定术后。主动脉粥样硬化。肺部 CT：双肺多发细支气管炎；左肺上叶前段支气管闭塞，前段肺不张；右侧胸膜多发钙化，双侧少量胸腔积液；主动脉及冠状动脉钙化；胸 10 椎体骨水泥术后。头部 CT：多发腔隙性脑梗，重度脑白质变性，老年脑改变。

1.3 诊断

西医诊断：重症肺炎，呼吸衰竭，气管插管术后；中医诊断：喘脱危证。辨证分型：偶有咳嗽咯痰，属中医咳嗽病，辨证为风邪犯肺，当以祛风散邪为法，中医认为风为阳邪，袭阳位。本例患者舌淡苔白，脉沉细，符合“少阴之为病”。

1.4 治疗

入院后予抗感染、利尿、抑酸护胃、祛痰化痰、镇静止痛、营养支持，肠内营养液治疗。同时，每日于 10:00~16:00 予中药热奄包及穴位贴敷治

疗，患者喘憋症状明显好转。西医治疗予心电监护，呼吸机吸氧；呋塞米利尿减轻心脏负荷；宣肺败毒颗粒宣肺化湿，清热透邪，泻肺解毒；奥美拉唑钠抑酸护胃；氨溴索、乙酰半胱氨酸、复方异丙托溴胺解痉平喘、化痰祛痰，支气管镜吸痰；氨基酸、微量元素、葡萄糖、水溶性维生素、肠内营养液营养支持；咪达唑仑、右美托咪定、枸橼酸芬太尼镇静止痛；左氧氟沙星、厄他培南钠抗感染等。入院后第 3 日，患者神志转清，SBT 实验成功，顺利脱机改用无创高流量鼻导管吸氧，咽部无不适。在常规西医治疗的基础上，予扶阳固脱，震慑肾气，代表方参附汤送服黑锡丹加减，方扶阳固脱，后方震慑气。患者进食不佳，疲倦乏力，舌淡，苔白，脉沉细，符合“少阴之为病，脉沉，但欲寐也”所述，故用中药热奄包及穴位贴敷治疗，1 次/d。患者偶有咳嗽咯痰，属中医咳嗽病，辨证为风邪犯肺，选用风门、风池、肺腧、列缺、足三里、内廷等穴实施耳穴压丸，1 次/d。患者便秘，予中药灌肠治疗，1 次/d。

2 护理

2.1 护理评估

患者入院时末梢血氧饱和度(SPO₂) 84%，密切监测患者血氧情况；患者呈浅昏迷状，需关注患者神志变化；患者双肺呼吸音粗，可闻及明显干鸣音及少量湿罗音，评估患者能否咳痰，评估患者痰液颜色、性质、量，有无呼吸困难；评估患者营养情况及坠床与压疮情况。

2.2 护理诊断

气体交换受损与患者双肺感染有关；清理呼吸道无效与患者双肺呼吸音粗，可闻及明显干鸣音及少量湿罗音有关；有神志改变的风险，与患者血氧低，缺氧的状态有关；有皮肤完整性受损的风险，与患者卧床有关；有误吸的风险与患者胃内容物有关。

2.3 护理计划

患者在住院期间双肺感染得到有效改善，血氧恢复到正常值，浅昏迷状。经过有效治疗后，患者神志转清，协助患者清理呼吸道，改善患者氧合，使患者无呼吸困难；每日给予患者口腔护理，及时给予患者更换舒适的体位，避免患者发生皮肤压力性损伤及误吸。

2.4 护理措施

2.4.1 基础护理

密切观察患者生命体征，加强人工气道的管

理,使用装有电热恒温蒸气发生器的呼吸机,维持气道持续湿润;将湿化器的温度调节在 33~35℃,使呼吸机管路内吸入气体的相对湿度达到 70~90%;及时添加湿化器储液罐内的灭菌注射用水,因湿化器内水耗干导致气道温度上升、湿度下降、气道灼伤;给予患者充足的水分,以保证每日所需的液体摄入,避免因液体摄入量不足,引起痰液黏稠而导致气道阻塞^[7]。严密观察,适时吸痰,按病情和痰液情况,一般每 1~2 h 吸痰 1 次;如患者出现咳嗽、痰鸣音明显、呼吸机气道压力增高、血氧饱和度下降等情况时,随时吸痰;更换体位、雾化吸入、更换呼吸机管路及鼻饲前,应先吸痰;严格无菌技术操作,放松气管套管气囊前,一定要充分吸除口咽部分泌物;吸痰管做到口、鼻、气道内分开使用;吸痰盘用物每 4 h 更换一次,用一次性吸痰管和呼吸机管路,呼吸机管路更换间隔时间不少于 7 d;协助患者每 2 h 翻身扣背,遵医嘱予患者背部机械排痰,15~20 min/次,2 次/d。予患者葡萄糖醋酸氯己定漱口水口腔护理,2 次/d;保持病室空气新鲜,定时通风换气,物品表面用消毒液擦拭,使用紫外线空气消毒;予患者抬高床头 30~45°,防止患者误吸。

2.4.2 中医护理

2.4.2.1 穴位贴敷

穴位贴敷取天突穴,患者仰卧位或仰靠坐位,用压舌板将所需药物(百部 10 g、密紫菀 10 g、白前 10 g、桔梗 10 g、甘草片 10 g、薄荷 10 g、荆芥 10 g、陈皮 10 g、炒苦杏仁 10 g 及冰片 10 g,打成粉末和醋调成糊状)均匀涂抹于绵纸中央,厚薄以 0.2~0.5 cm 为宜,贴敷治疗 1 次/d,6 h/次,取下原敷料,以 0.9% 生理盐水擦洗皮肤上的药渍,观察创面情况及药物效果。如皮肤出现红疹、瘙痒、水泡等过敏现象,应暂停使用,告知医生。

2.4.2.2 耳穴贴压

根据患者病情,选择肺、气管、神门及皮质下等穴位,手持探棒自上而下在选区内寻找敏感点,同时询问患者有无热、麻、胀、痛,即“得气”感觉,使用 75% 酒精自上而下、由内到外消毒耳部皮肤,将王不留行籽黏附在 0.7 cm×0.7 cm 大小的胶布中央,用镊子夹住贴敷于选好耳穴的部位上,并予适当按压,询问患者有无“得气”感觉。在耳穴贴压期间,嘱患者按压 3~5 次/d,每次每穴 1~2 min,耳穴贴压每次选择一侧耳穴,双侧耳穴轮流使用,夏季易出汗留置时间为 1~3 d,冬季留置

时间为 3~7 d。观察耳部皮肤情况,留置期间防止胶布脱落或污染,对普通胶布过敏者可改用脱敏胶布。

2.4.2.3 中药灌肠

将中药药液(玄参 30 g、火单桃仁 12 g、麦冬 30 g、木香 20 g、姜厚朴 30 g、麸炒枳实 30 g、火麻仁 20 g、当归 20 g、大枣 9 g、炙甘草 12 g、大黄 18 g、人参片 10 g、地黄 30 g 及桔梗 12 g,水煎)从肛门灌入直肠或结肠,使药液保留在肠道内,通过肠黏膜的吸收,达到清热解毒、软坚散结、泄浊排毒、活血化瘀,有效缓解患者腹痛、腹胀症状。协助患者左侧卧位,将 200 mL 中药装入一次性灌肠袋内,药液温度控制在 39~41℃,液面距肛门不超过 30 cm,插管深度 10~15 cm,保留时间 15~20 min,促进结肠对药物的吸收,中药灌肠治疗 1 次/d。

2.4.3 营养支持与饮食护理

营养支持与饮食护理在重症肺炎的治疗和康复过程中具有重要作用^[8]。患者需要高蛋白、高热量、高维生素及易消化食物,提供足够的能量和营养素,以促进身体恢复并增强免疫力。同时,患者需要补充足够的水分,以保持体液平衡和预防脱水;宜多食蔬菜水果,食物宜软烂,以利于消化吸收,应避免辛辣、肥腻、过甜及易产气等食物,宜进食清肺化痰止咳的食物,如雪梨、银耳及百合汤等。

2.4.4 心理护理

与患者进行有效沟通,了解其心理状态,并鼓励其说出内心感受,对其存在的疑虑进行解答。同时,告知患者治疗的有效性、重要性及可行性,提高患者对该治疗措施相关知识的了解程度,以缓解其因治疗而导致的不良情绪。协助患者每日进行适当康复训练及放松练习,以避免患者在治疗后出现肌体萎缩等情况。

3 结果与随访

经过中西医结合治疗,患者的肺部的感染得有效地控制,呼吸衰竭的症状明显好转。患者出院后,嘱患者有效地咳嗽、咳痰,保持良好的生活习惯,避免紧张和焦虑;提高免疫力,适当地活动,保证充足的睡眠;定期体检,合理饮食,多饮水,避免暴饮暴食及辛辣刺激食物,宜选择高蛋白、高热量及高维生素食物,如瘦肉、鸡蛋、牛奶、蔬菜及水果等。2024 年 6 月 3 日,予患者电话随访,患者在家属搀扶下可在床旁站立,精神差;2024 年 6 月 10

日,予患者第二次电话随访,患者血氧饱和度正常,精神状态好转,食欲好,无不良反应,可自行下床,可于床边缓慢行走,嘱患者注意保暖,避免着凉,按时遵医嘱服药,定时复查。

4 讨论

呼吸衰竭是重症肺炎患者常见并发症,易诱发低氧血症、酸碱失衡,甚至全身器官缺氧性损伤,机械通气是其主要的辅助治疗方法,可纠正机体缺氧、代谢紊乱等症状^[9]。有研究指出,控制呼吸衰竭进展是保障重症肺炎患者生命安全的关键^[10],纤维支气管镜吸痰灌洗可在直接看到气道内异常的情况下进行吸痰操作^[11],对气道炎症介质、气道表面病原体等予以强有效清除,减轻炎症对气道黏膜的损害,并将痰液吸除后给予灌洗,能确保支气管内分泌物充分稀释,促使炎性分泌物排出,以改善临床症状。将中药贴敷患处或者穴位上,使药物经皮吸收,刺激腧穴及经络,促进经络气血循环,调和脏腑功能气血,发挥药物疗效与循经导络的协同作用^[12]。本案例通过结合中西医结合治疗,改善肺通气功能,减轻炎症反应,提高临床疗效,减少患者的并发症且安全性好,可供临床推广借鉴。

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] 范瑞杰,金晓烨,贺丽.纤维支气管镜肺泡灌洗对重症肺炎患者的临床价值[J].中国实用医刊,2022,49(3):65-67.
FAN R J, JIN X Y, HE L. Effect of bronchoalveolar lavage on patients with severe pneumonia [J]. Chin J Pract Med, 2022, 49(3): 65-67. (in Chinese)
- [2] 耿开兴.肺泡表面活性物质联合无创呼吸机治疗重症肺炎的临床效果[J].中国实用医刊,2022,49(5):51-53.
GENG K X. Clinical effect of pulmonary surfactant combined with non-invasive ventilator on severe pneumonia [J]. Chin J Pract Med, 2022, 49(5): 51-53. (in Chinese)
- [3] MOSHER C L, WEBER J M, ADAGARLA B S, et al. Timing of treatment outcomes and risk factors for failure of BPAP in patients hospitalized for COPD exacerbation [J]. Respir Care, 2022, 67(12): 1517-1526.
- [4] 丰毅,周智溢,吴晓慧.不同时机行有创机械通气治疗AECOPD呼吸衰竭的效果分析[J].基层医学论坛,2021,25(29):4177-4179.
FENG Y, ZHOU Z Y, WU X H. Effect analysis of invasive mechanical ventilation in the treatment of respiratory failure in AECOPD at different times [J]. Med Forum, 2021, 25(29): 4177-4179. (in Chinese)
- [5] 张媛媛,王庆奎,阿拉坦沙,等.重症肺炎合并急性呼吸衰竭治疗中双水平气道正压通气的应用价值研究[J].重庆医学,2021,50(S1):170-172.
ZHANG Y Y, WANG Q K, (A/E/TEI) L, et al. Study on the application value of bi-level positive airway pressure ventilation in the treatment of severe pneumonia complicated with acute respiratory failure [J]. Chongqing Med, 2021, 50(S1): 170-172. (in Chinese)
- [6] 樊传武.序贯机械通气治疗重症肺炎合并呼吸衰竭的疗效观察[J].中国药物与临床,2021,21(18):3126-3128.
FAN C W. Clinical observation of sequential mechanical ventilation in the treatment of severe pneumonia complicated with respiratory failure [J]. Chin Remedies Clin, 2021, 21(18): 3126-3128. (in Chinese)
- [7] 张莉,孙静.高龄重症肺炎患者并发呼吸衰竭行机械通气的护理[J].中国实用护理杂志,2007,23(36):16-17.
ZHANG L, SUN J. Nursing care of elderly patients with severe pneumonia complicated with respiratory failure treated with mechanical ventilation [J]. Chin J Pract Nurs, 2007, 23(36): 16-17. (in Chinese)
- [8] 陈扬,闫蓓,王微,等.新型冠状病毒肺炎重症患者中医护理实践[J].中华护理杂志,2020,55(S1):832-833.
CHEN Y, YAN B, WANG W, et al. Traditional Chinese Medicine Nursing Practice of Severe Patients in novel coronavirus [J]. Chin J Nurs, 2020, 55(S1): 832-833. (in Chinese)
- [9] 朱秀琪.酚妥拉明多巴胺及多巴酚丁胺联合经鼻持续气道正压通气治疗小儿重症肺炎合并呼吸衰竭的疗效及对炎症细胞因子水平的影响[J].中国妇幼保健,2021,36(12):2773-2776.
ZHU X Q. Therapeutic effect of phentolamine, dopamine and dobutamine combined with nasal continuous positive airway pressure ventilation on children

- with severe pneumonia complicated with respiratory failure and its influence on inflammatory cytokines [J]. *Matern Child Health Care China*, 2021, 36 (12): 2773-2776. (in Chinese)
- [10] 韩振坤, 尹彦斌, 姜素文, 等. 血清 Ang-2 和 PGRN 与老年重症肺炎合并呼吸衰竭患者预后的关系[J]. *中国现代医学杂志*, 2021, 31(21): 91-97. HAN Z K, YIN Y B, JIANG S W, et al. Relationship of serum Ang-2 and PGRN with prognosis of elderly patients with severe pneumonia complicated with respiratory failure treated with nasal high-flow nasal canal humidification oxygen therapy[J]. *China J Mod Med*, 2021, 31(21): 91-97. (in Chinese)
- [11] 豆灿灿, 吕喜兰, 戚彩艳. 纤维支气管镜吸痰灌洗在重症肺炎并发Ⅱ型呼吸衰竭患者中的应用[J]. *中国初级卫生保健*, 2024, 38(5): 97-99, 103. DOU C C, LV X L, QI C Y. Application of bronchoscopic aspiration and lavage in patients with severe pneumonia complicated with type II respiratory failure[J]. *Chin Prim Health Care*, 2024, 38(5): 97-99, 103. (in Chinese)
- [12] 王争艳, 李正军. 健胃止血合剂联合穴位贴敷治疗老年胃热内盛型消化性溃疡出血的疗效及对凝血功能、免疫球蛋白及炎症因子的影响[J]. *中国老年学杂志*, 2021, 41(8): 1638-1642. WANG Z Y, LI Z J. The curative effect of Jianwei Zhixue mixture combined with acupoint application on peptic ulcer bleeding caused by excessive stomach heat in the elderly and its influence on coagulation function, immunoglobulin and inflammatory factors [J]. *Chin J Gerontol*, 2021, 41(8): 1638-1642. (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 4.0 BY-NC-ND)许可协议,作者可在其他媒体再次发表。