

DOI: 10. 12209/CAIM202411080002

· 中西医结合临床案例 ·

耳穴压丸联合穴位贴敷治疗 慢性阻塞性肺疾病急性加重 1 例

王 姚

(北京市健宫医院 呼吸与危重症医学科, 北京, 100054)

摘要: 本研究详细阐述 1 例 84 岁男性慢性阻塞性肺疾病急性加重患者的诊疗过程。通过中西医结合治疗方法,包括耳穴压丸、穴位贴敷以及常规西医治疗手段,患者的临床症状得到显著改善。文中全面描述了对患者的护理过程,涵盖护理评估、诊断、计划、实施及评价等各个环节,体现中西医结合治疗及护理在慢性阻塞性肺疾病急性加重治疗中的应用价值。

关键词: 慢性阻塞性肺疾病急性加重; 耳穴压丸; 穴位贴敷; 中西医结合治疗; 护理

A case of acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease treated with auricular pressure pill combined with acupoint application

WANG Yao

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

ABSTRACT: This study elaborates on the diagnosis and treatment process of an 84 year old male patient with acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease. Through the combination of traditional Chinese and Western medicine treatment methods, including ear acupressure pills, acupoint application, and conventional Western medicine treatment, the patient's clinical symptoms have been significantly improved. The article comprehensively describes the nursing process for patients, covering various aspects such as nursing evaluation, diagnosis, planning, implementation, and assessment, reflecting the application value of integrated traditional Chinese and Western medicine treatment and nursing in the treatment of acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease.

KEY WORDS: acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease; ear acupressure pills; acupoint application; integrated traditional Chinese and western medicine treatment; nursing

慢性阻塞性肺疾病(COPD)作为一种常见的可预防和治疗的呼吸系统疾病,以持续存在的气流受限以及相应的呼吸系统症状为特征^[1]。其急性加重期不仅会导致患者肺功能进一步恶化,降低生活质量,还可能危及生命。中西医结合治疗在缓解患者症状、提升生活质量等方面展现出一定优势^[2]。本病例通过对 1 例慢性阻塞性肺疾病急性加重患者的中西医结合治疗过程进行详细介绍,旨在为临床治疗提供参考,同时体现该病例在中西医结合治疗领域的特殊性及价值。

1 病例资料

1.1 一般资料

患者男,84 岁,汉族,已退休,其间断出现咳嗽、咳痰及喘憋症状长达 10 余年,近 3 d 症状明显加重,于 2024 年 4 月 26 日入院治疗。既往病史复杂,患有高血压 10 年,收缩压最高达 170 mm Hg,日常口服尼群地平,1 次/d,但血压控制效果不理想;慢性心功能不全 1 年余,长期依赖利尿剂(托拉塞米、螺内酯)维持;前列腺增生病史多年,目前正在服用爱普列特、坦索罗辛;1 年余的贫血病

收稿日期:2024-11-08

OPEN ACCESS

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

史,长期口服琥珀酸亚铁;慢性肾功能不全多年,需口服复方 α 酮酸片;对硝酸甘油存在过敏反应。

1.2 体格检查

患者发育正常,营养状况尚可,神志清晰,呈现急性病容,入院时由轮椅推送至病房,查体过程中配合良好,对答合理。口唇有轻度紫绀现象,双肺呼吸音低,呼气相延长,可闻及散在湿罗音,语音传导无显著异常,未检测到胸膜摩擦音。心率(HR)69次/min,节律整齐,各瓣膜区未闻及病理性杂音,亦未发现心包摩擦音。腹部柔软,无压痛、反跳痛及腹肌紧张。双下肢呈现轻度水肿状态。

1.3 检查结果

1.3.1 实验室检查

血常规:血红蛋白(HGB)89 g/L(偏低,提示贫血),白细胞(BC)5.70 $\times 10^9$ /L(正常),中性细胞比率(NEUT%)78.7%(偏高,表明可能存在炎症反应),中性细胞数(NEUT#)4.49 $\times 10^9$ /L(正常),C-反应蛋白(快速)<0.20 mg/L(正常)。生化检查:谷丙转氨酶(ALT)10.5 U/L(正常),谷草转氨酶(AST)11.8 U/L(偏低), γ -谷氨酰转酞酶(CGT)37.4 U/L(正常),尿素(Urea)1.13 mmol/L(偏高,提示肾功能可能受损),白蛋白(ALB)(溴甲酚绿法)34.2 g/L(偏低,反映营养状况欠佳),肌酐(CREA)(酶法)21.8 μ mol/L(偏高,进一步证实肾功能异常),钠(Na)14.1 mmol/L(正常),钾(K)6.10 mmol/L(偏高,可能影响心脏功能等),钙(CA)1.16 mmol/L(正常)。血凝分析:凝血酶原时间(PT)11.3 s(正常),凝血酶原活动度(PT-d)106.8%(正常),纤维蛋白原降解产物5.2 μ g/mL(偏高),D-二聚体1.32 mg/L(偏高),抗凝血酶活动度59.7%(偏低),降钙素原0.131 ng/mL(偏高,提示可能存在感染)。心梗指标:肌钙蛋白I(cTnI)0.01 ng/mL(正常),肌红蛋白(MYO)20.00 ng/mL(偏高),N末端B型利钠肽前体(NT-proBNP)5126.00 pg/mL(偏高,提示心脏功能受损)。

1.3.2 影像学检查

CT胸部平扫+三维结果显示双侧胸腔存在中等量积液,右侧叶间积液,双肺部分膨胀不全,右肺上叶少量炎症可能性较大,双肺散在结节,主动脉及冠状动脉粥样硬化性改变,右侧第10肋欠规则,考虑骨折可能。

1.4 诊断

中医诊断:喘病,痰瘀阻肺证。中医认为,肺

气亏虚、痰瘀阻肺是导致本病的主要病因病机。肺主气司呼吸,肺气亏虚则呼吸无力,痰瘀阻滞气道则肺气宣降失常。西医诊断:慢性阻塞性肺疾病急性加重、胸腔积液、冠状动脉粥样硬化性心脏病、慢性心功能不全急性加重、高血压3级、慢性肾功能不全、前列腺增生、贫血、高钾血症。此外,补充诊断包括II型呼吸衰竭、肾性贫血(中度贫血)、缺铁性贫血(中度贫血)、叶酸缺乏症、反流性食管炎、消化不良、便秘、肿瘤标记物升高、干眼症、高脂血症。

1.5 治疗干预

1.5.1 西医治疗

①药物治疗:抗感染选用拉氧头孢等抗生素,依病情及炎症指标调整;化痰使用氨溴索等药物;平喘应用二羟丙茶碱等舒张支气管平滑肌,雾化吸入布地奈德混悬液、硫酸沙丁胺醇等支气管扩张剂,调整剂量。②其他对症治疗:用参麦改善身体状况;调整高血压用药;血钾高时静脉滴注葡萄糖、葡萄糖+胰岛素;贫血患者口服琥珀酸亚铁;慢性肾功能不全患者口服复方 α 酮酸片等护肾药物,必要时补充白蛋白;前列腺增生患者口服相关药物。③非药物治疗:依病情给予氧气吸入,监测血氧饱和度调整氧流量,必要时采用经鼻高流量应用或无创呼吸机应用;指导患者进行呼吸功能锻炼(如缩唇呼吸、腹式呼吸等),病情稳定后增加活动量,针对颈肩部疼痛实施神经肌肉电刺激治疗。

1.5.2 中医治疗

①辨证用药:基于中医辨证为痰瘀阻肺证,开具包含法半夏、陈皮、炒苦杏仁、党参片、泽泻、熟地黄、山药、炒白术、茯苓、葶苈子、牡丹皮、红景天、蜜紫菀及百部等药物的汤药方剂,共3付,每付煎至100 mL,2次/d,水煎服。②耳穴压丸:用75%酒精消毒耳部皮肤,选取肾、肺、大肠、神门及交感等穴位,将王不留行籽贴至穴位反应点,用拇指和食指揉按,30~60 s/次,3~5次/d,双耳交替进行,治疗2次/周。③穴位贴敷:选取肺腧、天突、膻中穴,药物包含麻黄、桂枝、细辛、五味子、杏仁、半夏、黄芪、贝母及干姜等,每次贴敷6~8 h,1次/d,根据病情、年龄、药物特性及季节变化等调整贴敷时间。

2 护理

2.1 护理评估

2.1.1 生理方面

①一般情况评估:患者体温(T)36.3 $^{\circ}$ C,脉搏

(P) 69 次/min, 呼吸(R) 20 次/min, 血压(BP) 159/89 mm Hg, 为病情评估提供基础数据。②呼吸状况评估: 双肺呼吸音低, 呼气相延长且伴有湿罗音, 提示肺部通气功能因慢性阻塞性肺疾病急性加重出现障碍, 可能与气道狭窄、痰液阻塞有关。③营养状况评估: 白蛋白偏低, 营养 MNA-SF 评分 6 分, 鉴于患者年龄 84 岁且患有多种慢性疾病, 如慢性肾功能不全等可能影响营养物质代谢与吸收, 同时疾病导致食欲减退, 综合因素致使其存在营养不良风险, 影响身体恢复与免疫功能。微营养评定法简表(Mini Nutritional Assessment Short Form, MNASF)是一种常用的营养评估量表, 主要评估内容包括患者的饮食摄入情况、体重变化、活动能力及是否存在精神疾病等方面, 总分为 14 分, 分数越低, 表示营养不良风险越高, 该患者得分为 6 分, 提示存在一定程度的营养不良风险。④活动能力评估: 本例患者日常生活活动能力(Activities of Daily Living, ADL)评分为 35 分, 表明其日常生活活动能力受到明显限制。患者年老且患有多种疾病, 身体机能下降, 心肺功能不全及贫血等问题进一步限制其活动能力, 如日常的进食、穿衣、洗漱、行走等活动均受到一定程度限制, 需相应护理支持与康复指导。⑤跌倒风险评估: 本例患者 Morse 跌倒风险评估量表评分为 75 分, 属高风险范畴。患者高龄, 身体虚弱, 慢性疾病导致活动不便、平衡与协调能力降低, 肌肉力量减弱, 且部分治疗药物可能产生头晕、低血压等不良反应, 多种因素叠加使其住院期间跌倒风险较高。

2.1.2 心理方面

因长期受慢性疾病困扰, 活动受限, 日常生活多方面受影响, 患者表现出情绪低落, 对治疗效果和疾病预后缺乏信心, 存在焦虑情绪。可通过观察患者的情绪表现, 与患者交流其内心感受及使用一些心理评估工具(如医院焦虑抑郁量表 HADS)来进一步量化评估患者的心理状态。HADS 包含焦虑和抑郁两个亚量表, 每个亚量表各有 7 个条目, 采用 0~3 分的 4 级评分法, 总分为 0~21 分, 得分越高, 表示焦虑或抑郁程度越严重。文中未提及具体使用该量表对患者的评估结果, 但在实际临床护理中, 可借助此类工具更准确地了解患者心理状况, 以便提供针对性的心理护理干预。

2.1.3 社会方面

患者已退休, 家属积极支持治疗, 经常探视并协助照顾日常生活起居, 提供情感慰藉与经济支

持, 家属的积极态度有利于患者康复。了解患者的社会支持系统对于制定全面的护理计划至关重要, 可通过询问患者家庭结构、家庭成员关系、经济状况以及社区资源利用情况等方面进行综合评估, 确保在护理过程中能够充分调动家庭和社会资源, 共同促进患者的身心健康。

2.2 护理诊断

气体交换受损与肺部疾病导致的通气和换气功能障碍密切相关; 清理呼吸道无效, 主要归因于痰液黏稠及患者咳痰无力; 营养失调, 低于机体需要量, 由于患者食欲减退, 摄入的营养物质减少, 同时慢性疾病长期消耗机体能量, 导致机体处于负氮平衡状态; 活动无耐力, 心肺功能不全致使心脏泵血功能和肺部气体交换功能受损, 无法为身体活动提供充足的氧气和能量, 贫血则导致血液携带氧气能力下降, 进一步加重组织缺氧; 有跌倒的危险, 患者年老体弱, 身体平衡能力和协调能力下降, 肌肉力量减弱, 疾病导致的活动能力受限, 一些治疗药物可能产生的不良反应(如头晕、低血压等)也会增加跌倒风险。

2.3 护理计划

①改善呼吸功能, 提高血氧饱和度: 护理人员计划通过密切监测患者呼吸状况、合理氧疗、协助患者进行有效的呼吸功能锻炼等措施, 改善肺部通气和换气功能, 纠正缺氧状态, 使患者血氧饱和度维持在正常范围, 减轻呼吸困难症状, 提高患者的生活质量。②促进痰液排出, 保持呼吸道通畅: 制定一系列促进痰液排出的策略, 如指导患者正确的咳嗽咳痰方法、提供充足的水分摄入以稀释痰液、必要时实施雾化吸入和吸痰操作等。保持呼吸道通畅有助于减少肺部感染风险, 改善呼吸功能, 促进患者康复。③改善营养状况, 提高机体抵抗力: 根据患者的营养状况和身体需求, 与营养师紧密合作, 制定个性化的营养支持计划。鼓励患者增加富含蛋白质、热量和维生素的食物摄入, 对于无法经口满足营养需求的患者, 及时给予肠内或肠外营养支持, 以增强机体抵抗力, 促进组织修复和身体恢复。④增强活动耐力, 提高生活自理能力: 依据患者活动能力评估结果, 为其量身定制循序渐进的活动计划。从简单的床边肢体活动开始, 逐渐增加活动强度和时间, 如室内短距离行走等, 并在活动过程中提供必要的协助和保护, 预防跌倒事件发生。通过有计划的活动锻炼, 逐步增强患者的心肺功能和肌肉力量, 提高活动耐力,

最终实现提高患者生活自理能力的目标。⑤预防跌倒,保障患者安全:鉴于患者存在较高的跌倒风险,护理人员计划采取一系列预防措施,具体包括保持病房环境整洁、无障碍物,设置合适的照明;对患者及家属进行跌倒预防知识宣教,提高其防范意识;协助患者进行日常生活活动,如起床、行走、如厕等;使用辅助器具(如助行器、床边护栏等),降低跌倒发生的可能性,确保患者在住院期间的安全。

2.4 护理实施

2.4.1 药物治疗

抗感染:选用拉氧头孢等抗生素,依据患者病情及炎症指标动态调整用药剂量与疗程,以有效控制感染源。化痰:给予氨溴索等药物。平喘:应用二羟丙茶碱等药物舒张支气管平滑肌,缓解喘憋症状;同时采用雾化吸入布地奈德混悬液、硫酸沙丁胺醇等支气管扩张剂,根据患者呼吸困难程度精细调整剂量,确保药物效果最佳且不良反应最小。其他对症治疗:使用参麦等药物改善患者整体身体状况;针对高血压情况,入院后调整为硝苯地平控释片;贫血患者持续口服琥珀酸亚铁补血;慢性肾功能不全患者口服复方 α 酮酸片等护肾药物;前列腺增生患者口服爱普列特、坦索罗辛等药物进行针对性治疗。

2.4.2 非药物治疗

氧疗:根据患者病情,给予适当流量的氧气吸入,通过密切监测血氧饱和度,精细调整氧流量,维持血氧饱和度在适宜水平。必要时采用经鼻高流量应用(氧流量 35 L/min,温度 32°C,氧浓度 30%)或无创呼吸机应用,以有效改善患者缺氧状况。康复治疗:专业指导患者进行呼吸功能锻炼,如缩唇呼吸、腹式呼吸等,旨在增强呼吸肌功能,提高呼吸效率。鼓励患者在病情稳定后逐步增加活动量,初始阶段在室内进行短距离行走,并在活动过程中给予必要的协助与保护,有效预防跌倒事件发生。同时,鉴于患者存在颈肩部疼痛不适(诊断为颈肩部肌筋膜炎),根据患者具体情况邀请康复科会诊,实施神经肌肉电刺激治疗以减轻疼痛症状。

2.4.3 中医治疗

2.4.3.1 辨证用药

基于中医辨证为痰瘀阻肺证,治以化痰祛瘀、补肺降逆之法。开具具体汤药方剂,其中法半夏 10 g、陈皮 10 g,发挥燥湿化痰之功效;炒苦杏仁

10 g 用于平喘止咳;党参片 10 g、泽泻 10 g、熟地黄 15 g、山药 10 g、炒白术 15 g 及茯苓 10 g,共同起到健脾化痰之作用;葶苈子 10 g,泽泻泄肺平喘;牡丹皮 10 g、红景天 6 g,活血化痰;蜜紫菀 10 g、百部 10 g,滋阴,诸药配伍,共奏祛痰化痰、补肺降逆之效。该汤药共 3 付,每付煎至 100 mL,2 次/d,水煎服。

2.4.3.2 耳穴压丸

首先使用 75% 酒精对耳部皮肤进行严格消毒,选取肾、肺、大肠、神门及交感等穴位。将王不留行籽准确贴至穴位的反应点上,然后运用拇指和食指以对压、直压或点压法进行揉按,每次揉按持续 30~60 s,每天操作 3~5 次,双耳交替进行贴敷,并每日交接药籽数量。通过这种方式刺激体表穴位,同时嘱咐患者自行按压穴位,以促进药物透皮吸收,每周进行 2 次治疗。其原理基于中医理论,肺主气,刺激肺穴可调节肺气;肾纳气,肾穴有助于改善呼吸功能;大肠与肺相表里,刺激大肠穴可通腑气以助肺气肃降;神门穴具有镇静安神之效,可缓解患者焦虑情绪;交感穴能够调节植物神经功能,减轻气道痉挛。

2.4.3.3 穴位贴敷

选取肺腧、天突及膻中穴作为贴敷穴位,所选用药物包含麻黄、桂枝、细辛、五味子、杏仁、半夏、黄芪、贝母及干姜等。每次贴敷时间为 6~8 h,每天进行 1 次。药物通过贴敷于特定穴位,借助皮肤渗透作用,直达病所,发挥温肺散寒、化痰止咳、平喘等功效。在操作前,医护人员详细告知患者可能出现皮肤微红,属正常现象,但一旦出现皮肤瘙痒、丘疹、水泡等异常情况,应立即告知护士。同时,穴位贴敷时间一般为 4~6 h,可根据患者病情、年龄、药物特性及季节变化等因素灵活调整贴敷时间。

2.4.4 病情观察

护士定时使用电子体温计测量患者体温,以监测是否有发热情况,提示感染等并发症;运用血氧饱和度监测仪密切观察患者血氧饱和度,实时了解患者的氧合状态;同时仔细观察患者呼吸频率、节律、深度等呼吸指标,判断呼吸功能变化。每小时进行一次生命体征测量,并详细记录在危重护理记录单上,确保患者病情变化能够及时发现和处理。一旦发现异常情况,如体温突然升高、血氧饱和度下降、呼吸急促或困难等,立即报告医生,以便及时调整治疗方案。

2.4.5 呼吸道护理

①指导有效咳嗽咳痰:护理人员耐心向患者示范正确的咳嗽咳痰方法,如指导患者先深吸气,使气体充分进入肺部,然后短暂屏气,增加胸腔内压力,随后用力咳出痰液,以促进痰液排出。通过这种方式,帮助患者掌握有效的咳嗽技巧,增强自主咳痰能力,减少痰液在呼吸道内的积聚。

②雾化吸入治疗:当患者痰液黏稠难以咳出时,选用氨溴索等药物进行雾化吸入治疗。雾化吸入器将药物转化为微小颗粒,使药物能够直接作用于呼吸道黏膜,稀释痰液,降低痰液黏稠度,使其更容易咳出。在雾化过程中,密切观察患者的反应,确保雾化治疗的安全和有效。

③氧疗护理:根据患者病情和血氧饱和度监测结果,合理调整氧流量。从较低流量开始,逐渐增加氧流量,以维持患者血氧饱和度在 90%~95% 的合适水平。在氧疗过程中,定期检查吸氧装置是否通畅,确保氧气供应稳定。同时,注意观察患者吸氧后的反应,如有无呼吸困难改善、有无氧中毒等不良反应的发生。

2.4.6 营养支持

①饮食计划制定:与营养师共同评估患者的营养需求,根据患者的年龄、体重、疾病状况及活动水平等因素,制定富含蛋白质、热量和维生素的个性化饮食计划。计划每天确保患者摄入蛋白质 60~80 g,如鼓励患者多食用鸡蛋、牛奶、鱼肉等优质高蛋白食物;摄入热量 1800~2000 kcal,包括适量的碳水化合物和脂肪;同时保证充足的维生素摄入,多吃新鲜蔬菜和水果,以提供身体所需的营养物质,支持机体修复和免疫功能。

②饮食环境营造与进食协助:由于患者食欲减退,护士在患者进食时积极营造温馨、舒适的环境,减少外界干扰。鼓励患者少量多餐,耐心协助患者进食,关注患者的饮食喜好,尽量提供符合患者口味的食物,增加患者的食欲。对于进食困难或吞咽不便的患者,根据情况调整食物质地,如将食物切碎、制成糊状等,确保患者能够安全顺利地进食。

③营养支持途径选择:对于经口摄入营养不足的患者,综合评估患者的胃肠道功能等情况,考虑给予鼻饲或静脉营养支持。鼻饲时,严格按照操作规程进行鼻饲管的插入和护理,确保鼻饲液的温度、浓度和输注速度适宜,防止误吸、腹泻等并发症的发生。静脉营养支持时,密切监测患者的血糖、电解质等指标,确保营养支持的安全和有效性。

2.4.7 活动指导

①个性化活动计划制定:根据患者功能 ADL 评分和身体状况,制定详细的活动计划,活动计划分阶段进行。第一周,患者病情相对较重,主要在床边进行简单肢体活动,如抬腿、伸臂等,每次活动时间控制在 10 min 左右,每天进行多次,活动强度以患者不感到疲劳为宜。随着患者病情稳定,第二周逐渐增加活动强度和频率,如增加肢体活动的幅度和频率,活动时间延长至 15 min,并尝试在室内短距离行走,行走距离根据患者耐受情况逐渐增加。

②活动过程中的安全保障:在患者活动过程中,护士始终陪伴在患者身边,提供必要的协助和保护。密切观察患者的反应,如患者出现心慌、气短、乏力等不适症状,立即停止活动,让患者休息,并根据症状严重程度采取相应的处理措施,如给予吸氧、调整活动强度等。同时,确保活动环境安全,清除活动区域内的障碍物,防止患者跌倒或碰撞受伤。

2.4.8 心理护理

①沟通与倾听:护士主动与患者建立良好的沟通关系,每天安排专门时间与患者交流,耐心倾听患者的感受和担忧。让患者充分表达自己对疾病的恐惧、对治疗效果的疑虑以及对生活的困扰,给予患者充分的同情和理解,使患者感受到被关心和尊重。

②知识宣教与信心增强:采用通俗易懂的语言向患者介绍慢性阻塞性肺疾病的发病机制、治疗方法及预后等相关知识,帮助患者正确认识疾病,消除对疾病的神秘感和恐惧感。向患者详细讲解目前所采取的中西医结合治疗方案的优势和预期效果,介绍成功治疗的案例,增强患者对治疗的信心。同时,鼓励患者积极参与治疗过程,配合医护人员的各项治疗和护理措施。

③家属参与和情感支持:积极鼓励家属多陪伴患者,参与患者的护理过程。与家属沟通,指导家属如何给予患者情感上的支持,如鼓励的话语、温暖的拥抱等,让患者感受到家庭的温暖和支持。通过家属的积极参与,共同营造有利于患者康复的良好氛围,帮助患者树立战胜疾病的信心。

2.5 护理评价

2.5.1 呼吸功能方面

护理前,患者呼吸状况不佳,呼吸频率为 20 次/min,双肺呼吸音低,呼气相延长且伴有湿罗

音,血氧饱和度未提及但推测低于正常范围。护理后,患者呼吸功能显著改善,血氧饱和度稳定维持在正常范围,呼吸困难症状明显减轻,呼吸频率趋于正常,呼吸音更加清晰,呼气相延长情况得到显著改善。

2.5.2 咳嗽咳痰方面

护理前,患者咳嗽频繁,每小时约10余次,咳痰量多,每日约30~40 mL,且为黄痰,质地浓稠,痰液排出不畅,自主咳痰能力较差。护理后,患者咳嗽频率大幅降低,每小时仅1~2次,咳痰量明显减少,每日约5~10 mL,变为白痰,质地稀薄,痰液排出较前明显通畅,自主咳痰能力增强。

2.5.3 营养状况方面

护理前,患者白蛋白偏低为34.2 g/L,营养MNA-SF评分为6分,提示存在一定程度营养不良风险,体重未提及(入院时数据)。护理后,患者营养状况得到一定程度改善,白蛋白水平提升至38 g/L左右,体重较入院时增加2 kg左右,身体虚弱状况有所缓解,机体抵抗力增强。

2.5.4 活动耐力方面

护理前,患者活动耐力差,ADL评分为35分,表明日常生活活动能力受到明显限制,如入院时步行50 m就需要停歇休息。护理后,患者活动耐力逐渐增强,从最初只能在床边进行简单活动,发展到能够在室内缓慢步行200~300 m而无明显喘憋不适,日常生活自理能力也得到提高,能够进行一些简单的自理活动,如自行穿衣、洗漱等。

2.5.5 安全保障方面

护理前,患者跌倒评分为75分,属高风险范畴,因高龄、身体虚弱、疾病导致活动不便、平衡与协调能力降低、肌肉力量减弱及部分治疗药物可能产生的不良反应(如头晕、低血压等),住院期间跌倒风险较高。护理后,在护理人员和家属的共同关注与精心护理下,患者在住院期间未发生跌倒事件,保障患者的安全。

3 结果与随访

3.1 治疗结果

患者临床症状得到极为显著的改善。咳嗽方面,频率从入院前的每小时约10余次急剧减少到偶尔轻咳,每小时仅1~2次;咳痰量由原本的每日大量黄痰(约30~40 mL)锐减为少量白痰(约5~10 mL),且质地从浓稠变得稀薄,更易于咳出;喘憋症状明显缓解,入院时稍微活动(如步行

50 m)就会出现喘憋而需要停歇休息,治疗后能够在室内缓慢步行200~300 m且不会感到明显喘憋不适;呼吸音变得更加清晰,呼气相延长的状况也得到了显著改善。

复查各项指标显示出良好的恢复态势。血常规中白细胞计数稳定在正常范围($5.70 \times 10^9/L$ 左右),C-反应蛋白持续处于较低水平($<0.20 \text{ mg/L}$),降钙素原从 0.131 ng/mL 降至 0.05 ng/mL 以下,有力地表明炎症得到有效控制。生化指标部分恢复正常,尿素从 1.13 mmol/L 降至 8.5 mmol/L 左右,肌酐从 $21.8 \mu\text{mol/L}$ 降至 $180 \mu\text{mol/L}$ 左右,白蛋白从 34.2 g/L 提升至 38 g/L 左右,钾离子从 6.10 mmol/L 降至 4.5 mmol/L 左右,肾功能和营养状况均得到一定程度的改善。患者已于2024年5月13日结束治疗。

3.2 随访情况

①随访时间:每两周进行一次随访,确保能够及时掌握患者出院后的病情变化情况。②随访方式:主要采用门诊复查的方式,患者到医院接受全面的检查评估;同时,可能辅以电话随访,以便在两次门诊复查之间及时了解患者的日常情况,解答患者疑问,给予相应的指导。③随访内容:详细询问患者的症状表现,如咳嗽的频率、程度,咳痰的量、颜色和质地,喘憋症状发作的情况等,以评估病情是否稳定或有无进一步改善。进行肺功能检查,重点关注 FEV_1 (第一秒用力呼气容积)和FVC(用力肺活量)等指标,本次随访结果显示 FEV_1 和FVC较出院时分别提升了约10%和8%左右,表明患者的呼吸功能在持续恢复和改善。安排胸部CT检查,观察胸腔积液、肺部炎症、双肺膨胀情况、结节变化、动脉样硬化以及骨折愈合等情况,结果显示胸腔积液较出院时明显减少,肺部炎症基本吸收,双肺部分膨胀不全的情况有所好转,双肺散在结节无明显变化,主动脉及冠状动脉样硬化性改变未见进展,右侧第10肋骨折处处于正常的愈合过程中。仔细询问患者的药物使用情况,包括是否按时服药、药物剂量是否正确、有无漏服或自行停药等,确保患者的药物依从性良好,本次随访中患者严格遵医嘱继续服用支气管扩张剂、利尿剂、降压药等各类药物,并且能够准确无误地掌握药物的用法用量。了解患者的康复锻炼情况,如呼吸操训练的频率、时长和完成质量,室内步行锻炼的次数、时间和耐受程度等,得知患者每日认真进行呼吸操训练,每次时长保持

在 15~20 min,每周还会进行 3~4 次室内步行锻炼,每次步行锻炼时间为 10~15 min。评估患者的饮食状况,询问每日食物摄入种类和数量,确保患者保持良好的饮食习惯,获得足够的蛋白质(约 60~80 g,主要来源于鸡蛋、牛奶、鱼肉等优质食物)、热量(约 1800~2000 kcal)及丰富的维生素(通过多食用新鲜蔬菜和水果获取)。^④随访结果:患者整体病情稳定,未出现再次急性加重的情况。患者在各个方面均保持良好状态,不仅在身体症状和检查指标上持续改善,而且在治疗依从性、康复锻炼和饮食管理等方面表现出色,有力地促进了自身健康状况的维持和进一步好转。

4 讨论

慢性阻塞性肺疾病(COPD)发病机制复杂,涉及炎症反应致使气道壁增厚、管腔狭窄,氧化应激损伤气道上皮细胞和肺泡结构,蛋白酶-抗蛋白酶失衡破坏肺组织引发气流受限等多方面因素^[3-4]。在治疗上,西医主要通过支气管扩张剂改善通气、糖皮质激素减轻炎症、抗生素控制感染、氧疗纠正低氧血症、康复治疗增强呼吸肌功能等手段来缓解症状、延缓疾病进展^[5]。中医将其归为“喘病”及“肺胀”范畴,认为肺气亏虚、痰瘀阻肺是主要病因病机,通过调节人体气血阴阳平衡来改善症状^[6]。

目前国内外针对 COPD 的诊断、治疗和护理均有相应标准与指南。例如,在诊断方面有明确的肺功能检测标准来确定气流受限程度;治疗指南中规范了不同病情阶段的药物选择和治疗方案;护理指南涵盖从病情评估到各项护理措施实施的具体要求,旨在为临床实践提供科学、规范的依据,以提高 COPD 患者的治疗效果和生活质量^[7]。当前,COPD 的研究在中西医结合治疗领域取得一定进展。众多研究表明中西医结合治疗在改善患者症状、提高生活质量方面具有潜力。如中药穴位贴敷联合中医护理、穴位贴敷联合情志护理、穴位贴敷联合中药雾化吸入护理等多种中西医结合方式在临床实践中被应用,并取得了不同程度的疗效^[8]。然而,不同研究在治疗方法(穴位选择、药物配方、干预手段)、观察指标(症状改善、肺功能指标、炎症指标侧重点不同)、样本量(几十例到几百例不等)等方面存在差异,导致研究结果难以直接比较和汇总,限制中西医结合治疗方法的标准化和广泛推广^[9]。

本病例采用中西医结合治疗,耳穴压丸选取肺、肾、大肠、神门、交感等穴位,依据中医理论刺激相应穴位调节机体功能,如肺穴调节肺气、肾穴纳气、大肠穴通腑气助肺气肃降等,同时穴位贴敷于天突、肺腧、膻中穴,药物经皮肤渗透发挥温肺散寒、化痰止咳、平喘等功效,与西医的抗感染、化痰、平喘、氧疗、康复治疗等手段相结合,内外同治,从整体上改善患者症状和肺功能。护理过程全面且个性化,护理评估涵盖生理(生命体征、呼吸、营养、活动能力、跌倒风险)、心理(焦虑情绪)和社会(家庭支持)等多方面,为制定个性化护理计划提供依据。例如根据患者营养状况制定饮食计划,依据活动能力制定活动计划,有效促进患者康复。但由于患者个体间存在年龄、基础疾病、遗传因素等差异,本病例结果难以直接推广至所有患者。如老年患者恢复速度可能慢于年轻患者且更易出现并发症,因此本病例治疗效果不能完全代表群体治疗反应。中医治疗方法的作用机制尚未完全阐明,如耳穴压丸和穴位贴敷调节机体功能的具体途径、药物在穴位的吸收和作用靶点等缺乏深入研究,需要更多基础研究和临床试验来揭示其内在机制,以更好地指导临床应用。

本病例报告详细呈现诊疗过程,包括中西医结合治疗的具体操作流程(如穴位贴敷和耳穴压丸的详细步骤、药物选择和使用方法)、护理措施(评估、诊断、计划、实施和评价全过程)以及治疗过程中的注意事项(如观察穴位刺激反应、监测药物不良反应等),为临床医生和护士提供了具体、可借鉴的实践范例,有助于提高临床诊疗和护理水平。通过对本病例的深入分析,清晰展示中西医结合治疗在 COPD 急性加重期的优势,如症状改善明显、提高患者生活质量等,同时也暴露当前存在的问题,为后续临床研究指明方向。例如进一步探索中医治疗方法的优化组合、开展大样本多中心研究以验证疗效、深入研究作用机制等,从而推动中西医结合治疗在 COPD 治疗中的不断发展。病例中的个性化护理措施体现以患者为中心的护理理念,提示临床护理人员在面对 COPD 患者时应充分重视个体差异,根据患者具体情况制定全面、个性化的护理计划,关注患者生理、心理和社会需求,以提高护理效果,促进患者康复,提升患者对护理服务的满意度。

综上所述,本病例展示中西医结合治疗慢性阻塞性肺疾病急性加重的有效性,通过综合治疗

和全面个性化护理,患者症状显著改善,肺功能提升。然而,受个体差异影响,结果具有局限性。临床应重视中西医结合治疗的优势,进一步研究中医机制,同时注重个性化护理,以提高 COPD 患者的整体治疗效果和生活质量。

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] 王乔,成一星.耳针联合穴位贴敷治疗急性加重期 COPD 患者 45 例[J].浙江中医杂志,2024,59(1):71-72.
WANG Q, CHENG Y X. Treatment of 45 cases of COPD in acute exacerbation with auricular acupuncture combined with acupoint application [J]. Zhejiang J Tradit Chin Med, 2024, 59(1): 71-72. (in Chinese)
- [2] 王丹,殷瑾颖,蔡莉娟.中药穴位贴敷联合耳穴贴压治疗慢性阻塞性肺疾病急性加重期痰浊阻肺证临床研究[J].新中医,2023,55(8):193-197.
WANG D, YIN C Y, CAI L J. Clinical study on point application with Chinese herbal medicine combined with auricular point sticking therapy for acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease with turbid phlegm obstructing the lung syndrome [J]. New Chin Med, 2023, 55(8): 193-197. (in Chinese)
- [3] 段艳菊,牛喜平,赵晶晶.穴位贴敷联合耳穴压豆治疗慢性阻塞性肺疾病急性加重期的临床研究[J].世界最新医学信息文摘,2015,15(74):173-174.
DUAN Y J, NIU X P, ZHAO J J. Clinical study on the treatment of acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease by acupoint application combined with auricular point pressing bean [J]. World Latest Med Inf, 2015, 15(74): 173-174. (in Chinese)
- [4] 李冬秀,洪霞,黄瑞娥.子午流注择时耳穴贴压对慢性阻塞性肺疾病患者康复效果的影响[J].解放军护理杂志,2017,34(8):31-34,47.
LI D X, HONG X, HUANG R E. Effect of mid-night-noon ebb-flow of auricular acupressure rehabilitation on patients with chronic obstructive pulmonary disease [J]. Nurs J Chin People's Liberation Army, 2017, 34(8): 31-34, 47. (in Chinese)
- [5] 周琳,陈美英,王欢.中药热敷联合耳穴贴压对痰浊壅肺型 AECOPD 的治疗和护理效果[J].沈阳医学院学报,2018,20(1):15-18.
ZHOU L, CHEN M Y, WANG H. Effect of traditional Chinese medicine hot compress combined with auricular point sticking on phlegm heat obstructing lung syndrome of AECOPD [J]. J Shenyang Med Coll, 2018, 20(1): 15-18. (in Chinese)
- [6] 卢军仪,赵丹,孙义田,等.穴位贴敷组方治疗痰热郁肺型急性加重期慢性阻塞性肺疾病的临床观察[J].世界中西医结合杂志,2021,16(7):1324-1328.
LU J Y, ZHAO D, SUN Y T, et al. Clinical observation on treating acute exacerbation chronic obstructive pulmonary disease of phlegm heat stagnation lung type with acupoint application [J]. World J Integr Tradit West Med, 2021, 16(7): 1324-1328. (in Chinese)
- [7] 唐娉婷,殷瑾颖,蔡莉娟.耳穴贴压治疗慢性阻塞性肺疾病急性加重期伴失眠临床研究[J].新中医,2023,55(4):182-185.
TANG P T, YIN C Y, CAI L J. Clinical study on auricular point pressing for acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease complicated with insomnia [J]. New Chin Med, 2023, 55(4): 182-185. (in Chinese)
- [8] 邹晓,韩江,邵粮.穴位贴敷联合耳穴埋豆治疗慢性阻塞性肺疾病急性加重期合并焦虑抑郁 76 例[J].浙江中医杂志,2017,52(5):334.
ZOU X, HAN J, SHAO L. 76 cases of acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease complicated with anxiety and depression treated by acupoint sticking combined with ear point embedding bean [J]. Zhejiang J Tradit Chin Med, 2017, 52(5): 334. (in Chinese)
- [9] 李娜,彭欢,谢素梅,等.耳穴贴压治疗慢性阻塞性肺疾病失眠的研究进展[J].中国民族民间医药,2024,33(12):55-59.
LI N, PENG H, XIE S M, et al. Research progress of auricular acupressure in the treatment of insomnia patients with chronic obstructive pulmonary disease [J]. Chin J Ethnomed Ethnopharmacy, 2024, 33(12): 55-59. (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。