

穴位贴敷在风热袭肺型非重症老年社区获得性肺炎患者中的应用

余美玲*, 陆 慧#, 王 京, 秦立新

上海市光华中西医结合医院内科, 上海

收稿日期: 2026年9月12日; 录用日期: 2026年10月2日; 发布日期: 2026年10月15日

摘 要

目的: 研究旨在探讨以列缺穴为主的多穴位贴敷疗法对非重症老年社区获得性肺炎(CAP)患者的护理效果。方法: 选取2025年1~6月收治的老年CAP患者100例, 随机分为试验组和对照组, 每组50例。对照组采用常规治疗护理, 试验组在此基础上加用双侧列缺、照海、定喘、膻中、天突、肺腧穴位贴敷, 连续干预7天。比较两组排痰费力改善率、临床疗效等级、血氧饱和度(SpO_2)、焦虑程度及干预安全性。结果: 最终完成研究98例(试验组和对照组各49例)。干预7天后, 试验组排痰费力改善率(97.96%)高于对照组(81.63%) ($P < 0.05$); 临床疗效等级优于对照组($P < 0.001$), 临床痊愈率(44.90%)高于对照组(14.29%) ($P < 0.001$), 试验组以痊愈层级优势体现疗效提升, 两组均有较高有效病例, 故总有效率无差异。试验组干预后7天 SpO_2 ($96.54 \pm 1.45\%$)高于对照组(95.12 ± 1.39) ($P < 0.05$); 焦虑症状改善效果优于对照组($P < 0.05$)。干预期间试验组未发生皮肤过敏、破损等不良事件。结论 列缺为主穴位贴敷可有效改善非重症老年CAP患者排痰功能、提升血氧饱和度、缓解负性情绪, 显著提升患者临床痊愈率, 优化整体康复效果, 且干预安全无创、操作性强, 适合应用于老年CAP临床护理。

关键词

穴位贴敷, 风热袭肺型, 老年, 社区获得性肺炎, 非重症

Application of Acupoint Application in Nursing of Elderly Patients with Non-Severe Community-Acquired Pneumonia of Wind-Heat Invading Lung Syndrome

Meiling Yu*, Hui Lu#, Jing Wang, Lixin Qin

*第一作者。

#通讯作者。

文章引用: 余美玲, 陆慧, 王京, 秦立新. 穴位贴敷在风热袭肺型非重症老年社区获得性肺炎患者中的应用[J]. 护理学, 2026, 15(10): 270-279. DOI: 10.12677/ns.2026.1510351

Department of Internal Medicine, Shanghai Guanghua Hospital of Integrated Traditional Chinese and Western Medicine, Shanghai

Received: September 12, 2026; accepted: October 2, 2026; published: October 15, 2026

Abstract

Objective: To explore the application efficacy of multi-acupoint application therapy mainly targeting Lieque (LU7) in nursing care for elderly patients with non-severe community-acquired pneumonia (CAP). **Methods:** A total of 100 elderly patients with CAP admitted between January-June 2025 were enrolled and randomly assigned to an experimental group and a control group, with 50 patients in each group. The control group received conventional treatment and nursing care. On the basis of the routine management, the experimental group was additionally treated with acupoint application on bilateral Lieque (LU7), Zhaohai (KI6), Dingchuan (EX-B1), Tanzhong (CV17), Tiantu (CV22) and Feishu (BL13) for 7 consecutive days. The improvement rate of difficult expectoration, grading of clinical efficacy, peripheral blood oxygen saturation (SpO₂), anxiety level and intervention safety were compared between the two groups. **Results:** 98 cases (49 cases in the experimental group and 49 cases in the control group) were finally completed. After 7 days of intervention, the improvement rate of difficult expectoration in the experimental group was 97.96%, which was higher than 81.63% in the control group ($P < 0.05$). The clinical efficacy grading of the experimental group was superior to that of the control group ($P < 0.001$), and its clinical cure rate (44.90%) was significantly higher than 14.29% of the control group ($P < 0.001$). No statistically significant difference was found in the total effective rate between the two groups ($P > 0.05$). The SpO₂ level of the experimental group at day 7 post-intervention was $96.54\% \pm 1.45\%$, markedly higher than $95.12\% \pm 1.39\%$ in the control group ($P < 0.05$). The relief of anxiety symptoms was more obvious in the experimental group ($P < 0.05$). No adverse reactions such as skin allergy or skin erosion were observed in the experimental group throughout the intervention period. **Conclusion:** Acupoint application dominated by Lieque (LU7) can effectively improve expectoration function, elevate blood oxygen saturation and relieve negative emotions in elderly patients with non-severe CAP. It can remarkably raise the clinical cure rate and improve overall rehabilitation outcomes. Moreover, this intervention is safe, non-invasive and easy to operate, which is worthy of wide application in clinical nursing for elderly patients with CAP.

Keywords

Acupoint Application, Wind-Heat Invading Lung Syndrome, Elderly, Community-Acquired Pneumonia, Non-Severe

Copyright © 2026 by author(s) and Hans Publishers Inc.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License (CC BY 4.0).

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



Open Access

1. 引言

社区获得性肺炎(Community-Acquired Pneumonia, CAP)是由细菌、真菌、病毒等多种病原微生物引起的全球性急性疾病[1], 全球发病率与病死率居高不下, 造成沉重的医疗与社会经济负担[2]。该病老年患病群体占比超半数, 且发病年龄集中于 70 岁以上高龄人群[3]。临床表现为发热、咳嗽、咳痰、胸闷或胸痛等[4], 根据病情严重程度, 可分为重症社区获得性肺炎和非重症社区获得性肺炎(Non-Severe

Community-Acquired Pneumonia, NSCAP)。其中 NSCAP 为老年人群高发类型,虽无危及生命的危重表现,但病情迁延反复,易诱发各类并发症,严重影响老年患者生活质量与身心健康[5][6]。流行病学数据显示,我国老年人群 CAP 发病率随年龄递增显著升高,60~69 岁人群发病率为 7.80/1000 人年,70~79 岁为 11.90/1000 人年,≥80 岁高龄人群可达 14.98/1000 人年[6];老年 CAP 患者普遍存在症状不典型、致病菌复杂、合并基础疾病多、机体耐受能力差等特点,是老年感染性疾病高病死率的重要诱因[7]。目前国内针对 CAP 的西医疗法多以化痰止咳、雾化吸入、糖皮质激素、抗生素及氧疗等为主,但西医药方案存在治疗成本偏高、患者依从性不足等局限,一定程度上削弱了整体疗效。药物经济学研究显示,西医治疗 CAP 的直接医疗成本增加[8]。CAP 老年患者因多重用药、认知功能减退、药物不良反应等因素,导致漏服、擅自停药现象普遍,服药依从性不高,进一步影响了疾病康复进程[9],单纯西医干预难以实现标本兼顾的干预效果。中医学将社区获得性肺炎归属于“风温肺热病”“咳嗽”“喘病”等范畴[10][11],老年患者脏腑功能衰退、正气亏虚,外感风热、风寒之邪侵袭肺脏,致使肺失宣肃、痰热壅肺、毒瘀互结,形成“正虚邪实”的核心病机[12]。正气亏虚为本,痰热、瘀毒阻滞肺络为标,因此临床干预需兼顾扶正固本、清热化痰、宣肺平喘。穴位贴敷作为中医特色外治疗法,通过药物功效及对穴位(肺俞、列缺、大椎、膻中、天突、定喘)作用可激发经络传导,实现疏通经络、行气活血之效[8]。现有研究证实,列缺穴位贴敷在改善慢性咳嗽[13]、鼻窦炎[14]、慢性支气管炎[15]、哮喘[16]等方面取得显著效果,但当前临床研究多聚焦于呼吸系统慢性稳定期疾病,针对老年非重症 CAP 急性期咳嗽不畅、低氧、焦虑共病状态的靶向穴位贴敷干预研究较少,现报道如下。

2. 对象与方法

2.1. 研究对象

本研究为前瞻性随机对照试验。采用便利抽样法,选取 2025 年 1~6 月在某三级甲等医院急诊内科住院的老年 CAP 的 100 例患者作为研究对象。纳入标准:1) 符合 NSCAP 的西医诊断标准参照《中国成人社区获得性肺炎诊断和治疗指南(2016 版)》[4][12][17];2) 中医证型为风热袭肺证,完整中医诊断标准[12]:主症:发热恶风,咳嗽,咳白或黄痰或干咳,咽干咽痛,鼻塞流涕,舌尖红,苔薄黄,脉浮数。具备全部 2 项主症,加任意 2 项次症,结合舌脉,即可辨证为风热袭肺证;同时肺部听诊可闻及湿啰音;3) 年龄范围限定为 ≥65 岁,性别不限;4) 病历资料完整,可满足研究数据采集与疗效判定需求;5) 具有基本读写及理解能力;6) 自愿参加本研究,签署知情同意书。排除标准:1) 依据相关诊疗指南确诊为重症肺炎的患者;2) 发病前 7 天内有住院治疗史,无法排除院内感染可能性的患者;3) 病情严重需行气管插管机械通气治疗,或需依赖血管活性药物维持生命体征的重症肺炎患者;4) 合并严重心功能不全、肾功能不全等其他器质性疾病的患者;5) 病历资料存在缺失,影响研究数据完整性与疗效判定的患者;6) 纳入本研究前 1 周内接受过其他穴位疗法或参与过其他临床试验的患者。病例剔除标准:1) 研究开展期间,对于依从性较差,且已明确拒绝继续配合完成试验治疗流程的患者;2) 研究资料收集不全,无法进行疗效判定的患者。脱落标准:1) 研究开展期间,患者贴敷穴位区域出现皮肤破损、过敏反应等不良事件,经研究者评估后确认已不具备继续参与本研究的条件,此类患者按脱落处理;2) 因个人主观意愿改变、病情进展超出研究预期等各类因素,患者主动提出退出研究,且未能完成本研究全部观察与治疗流程,纳入脱落病例范畴。参照两样本率比较的样本量计算公式:
$$n = \frac{(Z_{\alpha} + Z_{\beta})^2 \times \pi(1-\pi)}{\delta^2}$$
, (其中 n 为每组

所需样本量, Z_{α} 和 Z_{β} 分别为检验水准 α 和把握度 $1 - \beta$ 对应的标准正态变量值, π 为试验组与对照组排痰有效率的合并估计值, δ 为两组有效率的差值)。本研究设定检验水准 $\alpha = 0.05$ (双侧检验), $\beta = 0.1$, 同

时考虑 10% 的研究脱落率, 经计算每组需纳入 50 例患者, 总样本量为 100 例。其中对照组有 1 例因依从性差退出本研究而脱落, 实验组有 1 例因个人问题而退出。分组方为根据患者来院治疗顺序进行编号, 从随机数字表中的任意数字开始, 沿同一方向读取的 100 个数字编码与预先编号的数据对应排列, 将得到的随机数字按升序排列, 得到序号。序号 1~50 为试验组, 51~100 为对照组。

2.2. 研究方法

2.2.1. 对照组干预方法

根据《中国成人社区获得性肺炎诊断和治疗指南(2016 版)》[17]实施常规治疗与护理, 具体措施如下: ① 用药护理: 西医抗感染治疗选用头孢哌酮钠舒巴坦钠[海南合瑞股份有限公司, 国药准字 H20103514, 规格: 1.0 g (含头孢哌酮 0.5 g、舒巴坦 0.5 g)], 给药前先以 10 mL 稀释液充分溶解药物, 随即加入 100 mL 生理盐水中行静脉滴注; ② 给药规范: 静脉滴注时长需超过 30 min, 给药频次为每 8 小时 1 次, 连续用药 7 天; ③ 饮食护理: 指导患者吃清淡、易消化的食物, 少量多餐原则, 同时增加饮水量并保证卧床休息; ④ 病情监测: 密切关注患者主观症状主诉, 动态观察痰液情况, 发现异常情况及时上报医师; ⑤ 情志护理: 通过心理安慰缓解患者紧张、焦虑等负面情绪, 改善其心理状态。

2.2.2. 试验组干预方法

在对照组的基础上给予以列缺穴为主的多穴位贴敷干预, 干预周期 7 天。本团队制定穴位贴敷治疗操作流程如下: 1) 组建专项研究团队, 以保障干预实施的专业性与规范性。团队核心成员包括 1 名组长(具备中医背景、10 年以上工作经验、主管护师职称), 成员涵盖 1 名中医背景护理研究生、2 名中医院资深护理专家、2 名内科主治医师及 1 名呼吸科专家。团队主要职责包括文献检索、研究方案设计、专家咨询、临床干预实施、数据采集及统计分析等。为确保研究的科学性与可行性, 干预方案正式实施前, 经专家会诊、试点测试及专项评估等全流程验证。操作者培训[18]与资质要求: 选取急诊内科 2 名护士作为干预操作者, 其资质要求为: 具备 15 年以上工作经验、护师职称, 通过上海市护理学会中医适宜技术认证, 具备扎实的呼吸系统疾病相关知识及专业护理技能。2) 培训重点内容包括:

a) 穴位定位: 严格依据《经穴名称与定位》(GB/T12346-2021) [19]进行穴位定位, 确保定位准确统一, 避免因定位偏差影响干预效果¹;

b) 穴位贴敷操作流程及注意事项: 研究者对实施人员进行集中培训, 要求实施人员使用统一规范的术语对患者进行常规护理的宣教工作, 同时按照操作标准, 使其熟练掌握穴位贴敷的每一个步骤和注意事项。实施人员理论、操作考核均 ≥ 90 分方可进入正式试验。全程统一操作标准, 保障干预同质化。

c) 穴位贴敷药饼制备流程: ① 药材前处理: 全部药材去除杂质, 常温通风干燥; 使用高速中药粉碎机粉碎, 过 100 目不锈钢药筛, 得到混合药粉; 药粉密封避光, 4℃冷藏保存, 有效期 7 d。② 调和基质: 取上述混合药粉 50 g, 加入新鲜生姜榨汁(姜汁: 药粉质量比 0.45:1), 充分搅拌, 逐步调节稠度, 至手握成团、轻触即散、不黏手状态; 禁止加水、蜂蜜等其他辅料。③ 药饼成型: 使用统一圆形模具压制, 每枚药饼直径 2.0 cm、厚度 0.3 cm, 单枚药饼净重 3.0 g; 药饼现配现用, 当日配置当日用完, 剩余药饼丢弃, 不隔夜复用。④ 配套穴位贴基材: 选用医用透气无纺布穴位贴, 规格 5 cm × 5 cm, 中央防渗圈内径 2.2 cm; 将成型药饼置于防渗圈中央, 药饼居中, 边缘无药物溢出, 密封包装, 即刻用于临床操作。

d) 选穴。依据《经穴名称与定位》[19]进行定位实施, 干预用腧穴包含核心主穴肺俞, 及辅助次穴

¹全国针灸标准化技术委员会. 经穴名称与定位: GB/T12346-2021 [S]. 北京: 中国标准出版社, 2021.

列缺、照海、膻中、天突、定喘。肺腧：在背部，第三胸椎棘突，后正中线旁开 1.5 寸；列缺：在前臂外侧，腕掌侧远端横纹上 1.5 寸，拇短伸肌腱与拇长伸肌腱之间，拇长展肌腱沟的凹陷中；照海：在足内侧，内踝尖下 1 寸，内踝下缘边缘凹陷中；膻中：在前胸部，横平第 4 肋间隙，前正中线上；天突：在颈前部，胸骨上窝中央，前正中线上。

e) 时间：根据子午流注纳子法时间认为巳时(9:00~11:00)足太阴脾经气血最为旺盛[20]，故选取每日上午 9:00 进行 1 次贴敷操作，单次贴敷时长在 4 小时。考虑到个体皮肤耐受度差异，实际贴敷时长可根据受试者皮肤状态(如有无发红、瘙痒等)灵活调整，连续贴敷周期为 7 天，形成完整的干预疗程，保障药物作用的持续性。

f) 流程：参照国家中医药管理局发布的《护理人员中医技术使用手册》[21]中穴位贴敷技术规范执行，具体流程如下：① 操作前评估：评估患者临床症状、既往病史、药物及敷料过敏史、妊娠情况，以及敷药部位皮肤状态(如有无破损、炎症等)；② 健康宣教：向患者解释穴位贴敷的作用机制、操作流程及贴敷时长，获得患者知情同意与配合；③ 体位准备：协助患者取舒适体位，充分暴露治疗部位，做好保暖措施，保护患者隐私；④ 皮肤清洁：采用 75%乙醇擦拭敷药部位皮肤进行消毒，待皮肤自然干燥后，再次观察局部皮肤情况；⑤ 药物敷贴：根据敷药面积选取大小合适的穴位贴，将所需药物均匀摊于穴位贴上(厚薄适中)，随后将药物准确敷贴于目标穴位，固定牢固，避免药物溢出污染衣物；⑥ 贴敷后护理：贴敷 4 小时后取下药贴，清洁局部皮肤，观察皮肤状态，询问患者有无不适；⑦ 更换与不良反应处理：每日定时更换药贴，更换时仔细检查贴敷部位皮肤情况；若出现过敏反应，立即停用穴位贴敷，并给予对症处理。

2.2.3. 评价工具

1) 排痰效果：排痰费力改善情况：主诉咳痰情况是判定病人排痰有效性的重要指标之一[22]，干预开始后 1、7 天使用视觉模拟评分法(Visual Analogue Scale, VAS)评估病人自觉排痰费力程度，0 分表示咳痰容易，1~3 分表示咳痰较易，4~6 分表示咳痰难，7~10 分表示咳痰很难。本研究以评分 ≤ 3 分为排痰费力改善标准。

2) 疗效指数：采用尼莫地平法计算疗效指数。疗效指数 = (治疗前的积分 - 治疗后的积分) $\div$ 治疗前的积分 $\times 100\%$ 。症状、体征积分来源：参照《社区获得性肺炎中医诊疗指南(2018 修订版)》的证候积分量表[12]，对咳嗽、咳痰、发热、胸闷气喘、肺部啰音 5 项指标分别进行 0~3 分分级评分。0 分：无；1 分：轻度；2 分：中度；3 分：重度；5 项相加得到证候总积分。疗效指数分为 4 个等级：临床痊愈(临床症状、体征消失或基本消失，疗效指数 $\geq 95\%$)、显效(临床症状、体征明显好转， $70\% \leq$ 疗效指数 $< 95\%$)、有效(临床症状、体征均有好转， $30\% \leq$ 疗效指数 $< 70\%$)、无效(临床症状、体征均未见明显好转，甚至加重，疗效指数 $< 30\%$)。总有效率 = (临床痊愈例数 + 显效例数 + 有效例数) $\div$ 总例数 $\times 100\%$ 。

3) 经皮脉搏血氧饱和度(SpO_2)：依据子午流注纳子法及脏腑经络气血循行的时间特异性，制定于早上病人静息状态下穴位贴敷前、穴位贴敷治疗结束病人静息状态下实施干预，每日 2 次，具体如下：① 上午贴敷操作之前静息状态；② 当日贴敷结束取下药贴后，继续静息 10 min 再行测量。操作流程：清洁患者指端，选取无甲癣、无末梢循环严重障碍的食指或中指，血氧仪探头固定，待读数稳定 30 s 后记录数值；每一次测量连续采集 2 次读数，取算术平均值作为该时点结果；统计分析时，取入组基线平均值、干预第 7 天两次测量的日平均值进行组间比较。

4) 焦虑自评量表(SAS)：采用 Zung 编制的焦虑自评量表(SAS)评价患者焦虑情况[23]。该量表由 20 个条目组成，采用 4 级评分法，主要评定病人症状出现的频率，总分 20~80 分， < 50 分为无焦虑，50~59 分为轻度焦虑，60~69 分为中度焦虑， ≥ 70 分为重度焦虑。量表 Cronbach's α 系数为 0.77~0.90，结构效度为 0.60~0.80，具有良好信效度[24][25]。

2.2.4. 统计学方法

采用 SPSS 20.0 软件分析。计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示，组间比较采用独立样本 t 检验；计数资料以例(%)表示，组间比较采用 χ^2 检验，理论频数 $1 \leq T < 5$ 时采用校正 χ^2 检验；等级资料采用 Wilcoxon 秩和检验。检验水准 $\alpha = 0.05$ ， $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

3. 结果

1) 研究共纳入患者 100 例，其中对照组有 1 例因个人原因自动退出本研究而脱落，试验组有 1 例因依从性差退出本研究而脱落，共有 98 例患者完成全部资料收集，对照组与试验组各 49 例。两组患者在年龄、性别、文化程度、肺部基础疾病等一般资料上的差异均无统计学意义($P > 0.05$)，基线资料均衡可比，见表 1。

Table 1. Comparison of general characteristics between the two groups (n)

表 1. 两组患者一般资料比较(单位：例)

项目	分类	试验组($n = 49$)	对照组($n = 49$)		P
年龄(岁)		79.33 ± 8.72	79.55 ± 8.94	$t = 0.125$	0.902
性别	男	27	29	0.167	0.683
	女	22	20		
文化程度	初中及以下	40	38	0.476	0.804
	高中或中专	6	8		
	专科及以上	3	3		
肺部基础疾病	有	33	31	0.180	0.671
	无	16	18		
使用抗生素种类	≤ 1 种	27	29	0.167	0.683
	2 种	22	20		
吸烟情况	吸烟	23	21	0.165	0.685
	不吸烟	26	28		
美国胸科改善肺炎(CURB-65)评分	低危(0 分或 1 分)	31	33	$Z = -0.306$	0.760
	中危(2 分)	17	15		
	高危(3~5 分)	1	1		

2) 两组病人排痰费力改善情况比较(见表 2)

Table 2. Comparison of improvement in difficult expectoration between the two groups (n [%])

表 2. 两组患者排痰费力改善情况比较(单位：例(%))

组别	例数	干预开始后 1 天	干预开始后 7 天
试验组	49	1 (2.04)	48 (97.96)
对照组	49	5 (10.20)	40 (81.63%)
χ^2 值		校正 $\chi^2 = 1.598$	7.127
		$P = 0.206$	$P = 0.008$

两组干预前后排痰费力改善情况比较：干预前 2 组排痰费力改善情况无统计学差异($P > 0.05$)，干预后 7 天两组排痰费力改善情况有统计学差异， $P < 0.05$ ，见表 2。

3) 两组干预后疗效指数的比较(表 3)

Table 3. Comparison of clinical efficacy grading between the two groups after intervention [n (%)]

表 3. 两组干预后临床疗效等级的比较(例(%))

组别	例数	临床痊愈	显效	有效	无效	总有效率
试验组	49	22 (44.90)	16 (32.65)	8 (16.33)	3 (6.12)	46 (93.88)
对照组	49	7 (14.29)	8 (16.33)	26 (53.06)	8 (16.33)	41 (83.67)
统计值		$Z = -2.890$ $P < 0.001$				$\chi^2 = 2.560$ $P = 0.109$

两组干预 7 天后临床疗效等级分布比较：试验组整体疗效优于对照组，差异有极显著统计学意义($Z = -2.890, P < 0.001$)；两组总有效率比较差异无统计学意义(校正 $\chi^2 = 2.560, P = 0.109$)。

4) 两组病人 SpO₂ 比较(见表 4)

Table 4. Comparison of SpO₂ between the two groups ($\bar{x} \pm s, \%$)

表 4. 两组患者 SpO₂ 比较($\bar{x} \pm s, \%$)

组别	例数	入组时	干预后
试验组	49	91.25 $\pm$ 1.39	96.54 $\pm$ 1.45
对照组	49	91.16 $\pm$ 1.79	95.12 $\pm$ 1.39
t 值		0.278	4.949
		$P > 0.05$	$P < 0.001$

两组病人的 SpO₂ 得分比较：干预前两组 SpO₂ 评分比较无统计学差异，具有可比性。试验组干预 7 天后 SpO₂ 从 91.25% $\pm$ 1.39% 提升至 96.54% $\pm$ 1.45%，对照组从 91.16% $\pm$ 1.794% 提升至 95.12% $\pm$ 1.39%，试验组的提升幅度更显著，干预后两组病人的 SpO₂ 有统计学差异， P 值为 < 0.001 。

5) 两组病人焦虑程度比较(见表 5)

Table 5. Comparison of anxiety levels between the two groups (n)

表 5. 两组患者焦虑程度比较(单位：例)

组别	例数	入组时				干预后			
		无	轻度	中度	重度	无	轻度	中度	重度
试验组	49	0	33	16	0	19	29	1	0
对照组	49	0	30	19	0	10	29	10	0
Z 值		-0.407				-2.424			
P		0.684				0.015			

两组干预前后焦虑的得分比较。干预前 2 组病人焦虑评分比较差异无统计学差异，组间具有可比性均($P > 0.05$)，干预后 2 组病人焦虑程度有统计学差异，试验组焦虑改善效果优于对照组 $P = 0.015$ ($P <$

0.05)。

6) 安全性观察

研究期间, 试验组未发生皮肤破损、出血等不良事件, 未发生面色苍白、晕厥等迷走神经反射现象, 未发生交叉感染事件。

4. 讨论

(一) 列缺穴位贴敷有助于降低老年 CAP 患者排痰困难程度。本研究结果显示, 干预实施 7 天后, 两组患者在排痰相关指标上均有改善, 其中试验组的表现更为突出。数据显示, 试验组排痰费力 7 天改善率高于对照组, 经统计学检验, 组间差异均具有统计学意义($P < 0.05$), 提示基于以列缺穴为主的穴位贴敷可有效改善老年 CAP 患者的排痰困难症状。与童俊[26]等发现背俞穴指揉弹拨法可改善老年 CAP 患者排痰的效果一致。分析原因如下: 1) 两组均接受 CAP 常规治疗(如头孢哌酮钠舒巴坦钠抗感染、饮食与病情观察护理), 通过控制肺部感染、维持机体基础状态, 为排痰功能恢复奠定基础, 因此两组排痰情况均有一定改善。2) 在中医理论体系中, 老年社区获得性肺炎(CAP)归属于“风温肺热病”的范畴, 其病机关键在于“肺气失宣、痰热壅肺”——肺气宣发肃降功能失常, 痰热之邪阻滞肺络, 导致肺失通调。从穴位主治特性来看, 肺俞作为肺脏在背部的腧穴, 是肺脏经气输注的关键位点, 能够直接作用于肺脏, 调节其宣发与肃降的生理功能; 列缺穴为肺经的络穴, 可疏通肺经气血, 发挥通调肺气、化痰止咳的功效; 而膻中穴作为“气会”之穴, 能理气宽胸、消散胸中郁滞, 进而起到平喘化痰的作用。穴位贴敷所用药物(麻黄、鱼腥草、桑白皮等)经姜汁调和后, 辛香走窜之性增强, 既能通过皮肤渗透直达病所, 发挥清热化痰、止咳平喘之效, 又能通过穴位刺激激发经络气血运行, 改善肺脏功能, 促进痰液排出, 这与“肺主宣发肃降, 通调水道”的中医理论相符。3) 从现代医学角度, 药物中的挥发油成分可降低气道分泌物黏稠度, 改善气道黏液纤毛清除系统功能[27], 而穴位刺激可通过神经反射调节气道平滑肌张力, 减轻气道痉挛[28], 二者协同作用, 进一步提升排痰效果, 与既往“中医外治法可改善呼吸系统疾病患者排痰功能”的研究结论一致。

(二) 列缺穴位贴敷有助于提升老年 CAP 患者临床治愈与血氧饱和度。研究结果表明, 干预措施实施后, 两组疗效相关指标呈现明显差异。其中, 试验组临床疗效等级与痊愈率显著优于对照组, 与何明仙[29]研究显示双侧定喘、双侧肺俞、膻中、天突穴贴敷可促进炎性反应、临床症状减轻, 与上述结果趋势一致。临床痊愈率方面, 试验组更是大幅高于对照组, 经统计学检验, 该差异具有极强的显著性($P < 0.001$); 同时, 试验组干预后 SpO_2 明显高于对照组, 提示穴位贴敷可显著提升老年 CAP 患者的整体疗效与血氧水平。说明因如下: 1) 老年 CAP 患者因脏腑功能衰退, 普遍存在正气亏虚、毒瘀互结的核心病机特点。现代西医常规以抗感染、对症支持治疗为核心干预手段, 虽可有效控制肺部感染、缓解急性期症状, 但难以兼顾机体整体机能调节, 对久病体虚患者正气补益作用较为局限[30]。穴位贴敷属于中医特色外治疗法, 组方配伍兼顾祛邪治标与扶正固本: 方中麻黄、鱼腥草、金荞麦等药材可清热化痰、清热解毒、化瘀通络, 直达病位以祛除浊毒之邪; 黄芪、炒瓜蒌皮等诸药能够益气健脾、培补元气, 固护机体根本[31]。同时, 背部肺俞、定喘等腧穴刺激可通过经络传导激发机体阳气, 调和脏腑气血, 增强机体抗病与修复能力, 契合中医“祛不伤正、扶正祛邪”的治疗理念, 多靶点协同干预, 进而优化整体临床疗效, 改善老年患者预后状态。2) 血氧饱和度的改善与排痰功能的提升直接相关: 穴位贴敷通过促进痰液排出, 减少气道阻塞, 改善肺通气/血流比例, 提高肺脏气体交换效率, 进而提升 SpO_2 水平; 此外, 肺俞、定喘等穴位的刺激可调节呼吸中枢功能, 增强肺通气量, 进一步优化血氧状态, 这与“经络调节可改善脏腑生理功能”的中医机制及“气道通畅度与血氧交换正相关”的现代医学原理相契合。

(三) 列缺穴位贴敷有助于缓解老年 CAP 患者焦虑状态, 且安全性高。本研究结果显示, 干预后试

验组焦虑程度改善效果显著优于对照组($P < 0.05$): 无焦虑患者占比达 38.78%, 高于对照组的 20.41%; 中度焦虑患者占比仅 2.04%, 低于对照组的 18.37%。同时, 研究期间试验组未出现皮肤破损、过敏、交叉感染等不良事件, 提示该疗法在缓解老年 CAP 患者焦虑状态方面效果显著, 且安全性良好。分析原因如下: 1) 老年 CAP 患者常因躯体病痛、病情迁延及预后不确定等因素, 易诱发焦虑、抑郁等负性情绪。不良情绪可通过神经-内分泌通路紊乱呼吸调节功能, 加重气道高反应与通气障碍, 进而形成“病情加重-情绪异常”的恶性循环。穴位贴敷组方中, 地龙、桔梗等药材兼具宁心安神之功; 膻中、天突等局部穴位刺激可理气宽胸、调和气机, 有效舒缓情志紧张状态[32]。同时, 该疗法可显著改善患者排痰能力与血氧饱和度, 减轻胸闷、咳嗽等躯体不适, 从根源上缓解心理负担, 阻断身心相互影响的恶性循环。2) 穴位贴敷作为中医经典外治手段, 具有操作简便、无创无痛、耐受性良好等优势。相较于口服给药易产生胃肠道刺激、静脉给药存在穿刺损伤等弊端, 穴位贴敷经皮肤渗透局部起效, 可避免药物大量入血引发全身毒副作用, 明显降低不良反应发生率, 用药安全性更高[33]。临床应用中, 通过严格规范穴位定位与敷贴操作、实时观察局部皮肤反应, 可进一步规避皮肤过敏等不良事件。该疗法契合中医经络理论, 兼具简、便、廉、验的应用特点, 贴合老年患者生理耐受特点与治疗需求, 患者接受度与依从性更高, 适宜在基层及老年呼吸病临床中推广应用。

5. 小结

风热袭肺型社区获得性肺炎核心病机在于外感风热之邪, 致使肺气宣发肃降失常, 治疗以宣肺散寒、化痰平喘为宜。老年非重症社区获得性肺炎患者常伴随咳嗽不畅、低血氧饱和度及情绪焦虑等问题, 单纯常规护理干预效果有限。本研究证实, 在常规治疗护理基础上加用列缺为主的穴位贴敷, 可显著改善患者排痰困难, 提升血氧水平, 加快病情痊愈, 并有效疏导负性情绪。该技术无创、易操作、不良反应少, 符合老年患者的生理特点与护理要求, 可作为老年肺炎辅助护理手段在临床及社区医疗机构普及使用。本研究为单中心便利抽样, 样本代表性存在局限, 后续可开展多中心分层随机抽样。

声 明

本研究方案已通过该院伦理委员会的审查与批准, 伦理审批编号为 2025-k-65, 研究实施过程严格遵循《赫尔辛基宣言》相关伦理原则, 所有患者均在充分知情的前提下签署知情同意书。

基金项目

上海中医药大学科技发展项目(护理专项)(24HLZX11), 上海中医药大学“杏林学者——大美护理专项”人才计划项目(2026HLXL13)。

参考文献

- [1] Aliberti, S., Dela Cruz, C.S., Amati, F., Sotgiu, G. and Restrepo, M.I. (2021) Community-Acquired Pneumonia. *The Lancet*, **398**, 906-919. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(21\)00630-9](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(21)00630-9)
- [2] GBD 2019 Diseases and Injuries Collaborators (2020) Global Burden of 369 Diseases and Injuries in 204 Countries and Territories, 1990-2019: A Systematic Analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet*, **396**, 1204-1222.
- [3] Putot, A., Garin, N., Rello, J. and Prendki, V. (2025) Comprehensive Management of Pneumonia in Older Patients. *European Journal of Internal Medicine*, **135**, 14-24. <https://doi.org/10.1016/j.ejim.2025.02.025>
- [4] 瞿介明, 曹彬. 中国成人社区获得性肺炎诊断和治疗指南(2016 年版)修订要点[J]. 中华结核和呼吸杂志, 2016, 39(4): 241-242.
- [5] 中华医学会急诊医学分会, 中国老年社区获得性肺炎急诊诊疗专家共识组. 中国老年社区获得性肺炎急诊诊疗专家共识[J]. 中华急诊医学杂志, 2023, 32(10): 1319-1327.

- [6] 中国老年医学学会呼吸病学分会. 老年肺炎临床诊断与治疗专家共识(2024 年版) [J]. 中华结核和呼吸杂志, 2025, 48(1): 18-34.
- [7] Zhao, L.H., Chen, J. and Zhu, R.X. (2023) The Relationship between Frailty and Community-Acquired Pneumonia in Older Patients. *Aging Clinical and Experimental Research*, **35**, 349-355. <https://doi.org/10.1007/s40520-022-02301-x>
- [8] 揭琼, 万盟, 朱余兵, 等. 头孢噻肟钠舒巴坦钠联合阿奇霉素与莫西沙星治疗社区获得性肺炎的疗效及经济性对比研究[J]. 中国医院用药评价与分析, 2021, 21(4): 451-454.
- [9] 闫志歌, 杨辉, 孙玉梅, 等. 农村老年慢性病共病患者服药依从性作用机制的潜在剖面类别及其影响因素[J]. 中南大学学报(医学版), 2025, 50(8): 929-936.
- [10] 王玉婷, 王成祥. 王成祥教授治疗老年性肺炎经验探析[J]. 中国社区医师, 2021, 37(10): 76-77+80.
- [11] 孔欣欣, 谢凯, 黄夏瑾, 等. 中医药治疗非重症社区获得性肺炎随机对照试验结局指标现状分析[J]. 中国中药杂志, 2024, 49(19): 5343-5353.
- [12] 余学庆, 谢洋, 李建生. 社区获得性肺炎中医诊疗指南(2018 修订版) [J]. 中医杂志, 2019, 60(4): 350-360.
- [13] 王忠义, 赵舒梅, 赵秋月, 等. 针刺治疗慢性咳嗽临床疗效的 Meta 分析及取穴规律研究[J]. 世界科学技术-中医药现代化, 2025, 27(11): 3304-3315.
- [14] 李晨, 胡新宁, 张欣欣, 等. 基于数据挖掘的针灸治疗鼻窦炎选穴规律分析[J]. 中国中医药信息杂志, 2025, 32(12): 46-52.
- [15] 马杭琨, 王淑友, 宋晓晶, 等. 麻黄粉贴敷肺俞穴对特定穴位激光散斑血流成像的影响[J]. 中医杂志, 2023, 64(15): 1565-1570.
- [16] 骆雨, 姚港林, 李姗姗, 等. 基于数据挖掘探析针药结合治疗哮喘的临床优势与针灸选穴规律[J]. 上海中医药杂志, 2024, 58(9): 6-12+16.
- [17] 中华医学会呼吸病学分会. 中国成人社区获得性肺炎诊断和治疗指南(2016 年版) [J]. 中华结核和呼吸杂志, 2016, 39(4): 253-279.
- [18] 赵俊英, 黄少兰, 付海英, 等. 中医护理技术规范及推广模式的构建研究[J]. 护理研究, 2020, 34(21): 3890-3895.
- [19] GB/T 12346-2021 经穴名称与定位[S]. 北京: 中国标准出版社, 2021.
- [20] 叶璟, 徐东娥, 蓝荣维, 等. 子午流注针灸化痰方经穴透入治疗痰热壅肺型社区获得性肺炎临床研究[J]. 新中医, 2024, 56(22): 171-175.
- [21] 国家中医药管理局. 中医护理技术操作手册[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2014.
- [22] 刘雪娇, 郭桂芳, 李湘萍, 等. 非人工气道老年患者痰液潴留判定标准准确性的评价[J]. 中国护理管理, 2018, 18(10): 1321-1326.
- [23] 李春波, 吴文源. 焦虑自评量表[M]//戴晓阳. 常用心理评估量表手册修订版. 北京: 人民军医出版社, 2015: 170-173.
- [24] 段泉泉, 胜利. 焦虑及抑郁自评量表的临床效度[J]. 中国心理卫生杂志, 2012, 26(9): 676-679.
- [25] 贺美玲, 隆春玲, 郭志华, 等. 小组心理干预对空巢老年人焦虑抑郁情绪的影响[J]. 中华护理杂志, 2013, 48(5): 450-452.
- [26] 童俊, 李军华, 熊桂芝, 等. 背俞穴指揉弹拨法改善老年社区获得性肺炎病人排痰的效果[J]. 护理研究, 2024, 38(10): 1849-1853.
- [27] 邵晓涵, 张艳. 标准桃金娘油肠溶胶囊联合二羟丙茶碱治疗慢性喘息性支气管炎的临床研究[J]. 现代药物与临床, 2024, 39(11): 2833-2837.
- [28] 郭艳枫, 周迎, 邓秋迎, 等. 慢性阻塞性肺疾病急性加重期患者穴位电脑中频刺激的促排痰效果[J]. 中国老年学杂志, 2017, 37(16): 4023-4025.
- [29] 何明仙. 射干麻黄膏穴位贴敷联合西药治疗风寒袭肺型社区获得性肺炎的效果分析[J]. 中外医药研究, 2026, 5(7): 92-94.
- [30] 蔡文君, 吴小妹, 雷鸣, 等. 社区获得性肺炎的中西医治疗研究进展[J]. 世界中医药, 2020, 15(8): 1214-1217.
- [31] 邓中阳, 李文伟, 林惠民, 等. 揪针联合参麦养阴汤治疗老年病毒性肺炎的疗效及作用机制研究[J]. 当代医药论丛, 2024, 22(28): 133-136.
- [32] 李奕呈, 冯万喆, 黄力搜, 等. 多学科联动在内科中医诊疗管理中的应用[J]. 中医药管理杂志, 2024, 32(24): 182-184.
- [33] 邹盼盼. 穴位贴敷联合常规西药治疗慢性阻塞性肺疾病急性加重期患者的效果[J]. 中国民康医学, 2026, 38(16): 109-112.