

DOI: 10.12209/CAIM202505250001

· 中西医结合临床案例 ·

急性肾衰竭伴糖尿病性酮症酸中毒患者的中西医结合护理

晋 向

(北京市健宫医院 急诊科, 北京, 100054)

摘要: 本文总结应用中西医结合护理成功救治 1 例 87 岁急性肾衰竭合并糖尿病性酮症酸中毒患者的实践与经验。西医护理包括监测生命体征、动脉置管, 评估血透管通畅性并以肝素盐水冲封管, 行床旁血滤(CVVH 模式, 枸橼酸抗凝), 动态监测血气电解质, 予无创呼吸机、抗感染、补液纠酸、降钾、胰岛素泵控糖及鼻饲肠内营养。中医辨证为泄泻病脾胃虚证, 予患者中药热奄包治疗以温脾散寒, 膻中穴贴敷以宽胸理气, 耳穴压丸治疗以调节脏腑, 配合艾灸足三里健脾。护理中动态观察患者血滤管路、酸碱及血糖, 中西医协同治疗以促进病情稳定。

关键词: 急性肾衰竭; 糖尿病性酮症酸中毒; 中西医结合护理; 床旁血滤; 中药热奄包

Integrated Traditional Chinese and Western Medicine Nursing for a Patient with Acute Renal Failure Complicated by Diabetic Ketoacidosis

JIN Xiang

(Department of Emergency, Beijing Jian Gong Hospital, Beijing, 100054)

ABSTRACT: This article summarizes the practice and experience of applying integrated traditional Chinese and Western medicine (TCM-WM) nursing to successfully treat an 87-year-old patient with acute renal failure (ARF) complicated by diabetic ketoacidosis (DKA). Western medical interventions included monitoring vital signs, arterial catheter placement, assessing hemodialysis catheter patency and maintaining it with heparinized saline flushes and locks, bedside continuous venovenous hemofiltration (CVVH mode, citrate anticoagulation), dynamic monitoring of blood gas and electrolytes, non-invasive ventilator support, anti-infective therapy, fluid resuscitation and acidosis correction, potassium reduction, insulin pump for glycemic control, and nasogastric enteral nutrition. Traditional Chinese medicine interventions were tailored to the patient's syndrome differentiation of "diarrhea disorder due to spleen-stomach deficiency syndrome." These included applying Chinese herbal hot compress packs to warm the spleen and dispelling cold, acupoint application at Danzhong (CV17) to regulate chest qi, auricular acupressure with magnetic beads to regulate visceral functions, and moxibustion at Zusanli (ST36) to strengthen the spleen. Throughout the care process, dynamic monitoring of hemofiltration circuit status, acid-base balance, and blood glucose was emphasized, with integrated TCM-Western interventions synergistically promoting clinical stabilization.

KEY WORDS: acute renal failure; diabetic ketoacidosis; integrated traditional Chinese and Western nursing; continuous venovenous hemofiltration; Chinese herbal hot compress packs

急性肾衰竭(ARF)合并糖尿病性酮症酸中毒(DKA)是糖尿病严重急性并发症,病情进展迅猛,常伴随电解质紊乱、酸碱失衡及多器官功能损伤,具有较高的致残率与死亡率^[1]。ARF可导致代谢废物滞留及水、电解质代谢紊乱,DKA则因

胰岛素严重缺乏引发糖、脂肪代谢失衡,两者协同作用加剧全身炎症反应与器官功能衰竭风险^[2]。临床治疗以血液净化、胰岛素泵控血糖、纠正酸中毒及对症支持为主,但老年患者常合并多种基础疾病(冠心病、高血压、慢性肾功能不全等),单纯

收稿日期:2025-05-25

OPEN ACCESS

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

西医治疗在改善胃肠功能紊乱、调节免疫状态及促进机体整体康复方面存在局限性。中医外治法在危重症患者症状改善中逐渐显现优势,中医认为,本病属“关格”“消渴厥”范畴,与脾胃虚弱、肾元衰竭、毒瘀互结相关,治以健脾和胃、益肾解毒、活血通腑为法。通过中药热奄包、穴位贴敷等外治手段,可协同西医治疗调节机体代谢,改善胃肠功能,减轻炎症反应。本文通过总结1例87岁的急性肾衰竭伴糖尿病性酮症酸中毒患者的中西医结合护理经验,探讨该模式在危重症患者综合管理中的应用价值,为临床护理提供新思路。

1 临床资料

1.1 一般资料

患者女性,87岁,主因“间断腹泻2周,伴喘憋12 h”于2025年04月13日09:51由急诊收入院。患者近2周无诱因出现腹泻,排糊状便及水样便,进食后排便,无腹痛、发热等;2 d前出现昏睡、言语错乱,社区医院治疗后腹泻稍好转;12 h前喘憋发作,含服硝酸甘油无效,由120送我院。急诊查CT示右侧中等量胸腔积液、胆囊多发结石等;血气分析示酸碱度7.03↓、血钾7.74 mmol/L↑↑、血糖18.8 mmol/L↑↑,诊断为急性肾衰竭、糖尿病性酮症酸中毒等。既往史:高血压病30余年,口服“沙库巴曲缬沙坦”;2型糖尿病30余年,口服“阿卡波糖、二甲双胍”,血糖控制差;冠心病、心功能IV级、阵发性心房颤动等病史多年,长期口服相关药物;慢性肾功能不全6年,肾性贫血、高脂血症等病史。手术史:右乳切除术后10年,右肺结核球术后多年,否认输血史、过敏史。

1.2 体格检查

患者体温(T)36.6℃,脉搏(P)82次/min,呼吸(R)20次/min,血压(BP)101/63 mm Hg,疼痛数字评分为4分;神志清楚,营养一般,精神倦怠,皮肤干燥、弹性差,黏膜干燥,巩膜无黄染;双侧瞳孔等大等圆,直径4 mm,对光反射灵敏,无眼震,双侧额纹对称,无眼睑下垂;口唇无紫绀,颈静脉无怒张,伸舌居中,咽部无充血、水肿,扁桃体不大,未见脓性分泌物,双侧鼻唇沟对称;胸廓对称无畸形,心律齐,心音尚可,双肺呼吸音粗,未闻及干湿性啰音,呼气无明显烂苹果味;腹平软,肝脾肋下未触及,Murphy氏征阴性,无压痛及反跳痛,未触及包块,肠鸣音弱;双下肢无水肿,四肢活动尚可。

舌质红,苔黄燥,舌下脉络无淤血,脉细数。

1.3 诊断

辅助检查:血气分析:酸碱度7.03↓、血钾7.74 mmol/L↑↑、血糖18.8 mmol/L↑↑、实际碳酸氢根3.7 mmol/L↓、阴离子间隙25.0 mmol/L↑↑。生化全项:尿素53.95 mmol/L↑↑、肌酐878.7 μmol/L↑↑、尿酸341 μmol/L↑、白蛋白37.2 g/L↓。西医诊断:急性肾衰竭、糖尿病性酮症酸中毒、2型糖尿病伴血糖控制不佳、糖尿病性周围神经病、慢性肾功能不全、肾性贫血、冠状动脉粥样硬化性心脏病、不稳定性心绞痛、心功能IV级(NYHA分级)、阵发性心房颤动、高血压、高脂血症、高钾血症、代谢性酸中毒、高尿酸血症、慢性支气管炎、右侧股静脉置管术后;中医诊断:泄泻病,脾胃虚证(舌质淡红,苔薄白,舌下脉络未及,脉弱)。

1.4 治疗

西医治疗:基础治疗:特级护理,持续心电监护,每小时记录生命体征,严格维持24 h液体负平衡300~500 mL,鼻导管吸氧改善缺氧。血液净化:2025年04月12日18:15至2025年04月14日09:10行连续性床旁血滤(CVVH模式),体外枸橼酸抗凝,动态监测血气及血钙,调整抗凝剂用量。血糖与电解质管理:胰岛素泵控糖(目标7~10 mmol/L),静脉滴注碳酸氢钠纠酸,联合血滤、葡萄糖酸钙及胰岛素降钾(血钾从7.97 mmol/L降至4.47 mmol/L)。脏器支持与营养:抗感染(左氧氟沙星、哌拉西林他唑巴坦),抑酸护胃(奥美拉唑),鼻饲肠内营养混悬液(SP)从5 mL/h逐步增至10 mL/h,静脉补充白蛋白。

中医治疗:外治干预:中药热奄包(脾俞、胃俞等穴位)每日治疗1次,温脾散寒;膻中穴贴敷宽胸理气,耳穴压丸(心、肺、神门、交感穴)每周治疗2次;顺时针按摩腹部促进胃肠蠕动。辨证调理:中医辨证为脾胃虚证,辅以艾灸足三里健脾。

治疗转归:指标改善:血滤后血钾4.47 mmol/L、血糖12.0 mmol/L、酸碱度7.30,尿素从53.95 mmol/L降至27.04 mmol/L,肌酐从878.7 μmol/L降至331.4 μmol/L。症状缓解:腹泻次数减至每日1~2次,成形便,喘憋消失,意识转清可对答。出院随访:2025年04月出院后1周随访,患者血糖空腹为6.5~8.0 mmol/L,未再发酮症酸中毒,腹泻未复发,可自主轻度活动。

表1 护理评估内容及结果

评估项目	评分方法	评分结果	依据/关键指标
自理能力评估	Barthel指数	45分(中度依赖)	卧床休息,独立进食、穿衣费力,如厕需协助,不能沐浴
跌倒风险评估	Morse评分	65分(高风险)	急性肾衰竭、静脉输液、卧床/轮椅活动、精神倦怠
压疮风险评估(Braden)	Braden评分	12分(中风险)	卧床、移动受限、皮肤干燥、鼻饲营养、汗液/排泄物刺激风险
营养风险评估	NRS 2002	4分(存在风险)	急性肾衰竭、鼻饲肠内营养、未明确BMI值(基础分0分)
静脉血栓风险评估(Padua)	Padua评分	5分(高风险)	卧床/轮椅、心功能IV级、感染指标升高(CRP↑、中性粒细胞↑)
疼痛评估	数字评分法(NRS)	4分(中度疼痛)	主诉腹部隐痛,影响睡眠但可耐受

2 护理

2.1 护理评估

本例患者护理评估内容及结果,详见表1。

2.2 护理诊断

首优:自理能力缺陷:①依据:Barthel指数45分(中度依赖),患者卧床休息,独立进食、穿衣费力,如厕需协助,不能沐浴;②相关因素:体力或耐力下降、昏睡状态。腹泻:①依据:患者近2周间断腹泻,排糊状便及水样便,中医辨证为泄泻病(脾胃虚证);②相关因素:脾胃虚弱、运化失职。急性疼痛:①依据:疼痛数字评分(NRS)4分,主诉腹部隐痛,影响睡眠但可耐受;②相关因素:脾胃虚弱、肠道功能紊乱。营养失调:低于机体需要量:①依据:NRS2002评分4分(存在风险),白蛋白降低(37.2 g/L、28.4 g/L),鼻饲肠内营养支持;②相关因素:急性肾衰竭、腹泻,导致营养吸收障碍、摄入不足。潜在并发症:心律失常:①依据:血钾显著升高(最高7.97 mmol/L)、电解质紊乱(代谢性酸中毒);②相关因素:高钾血症、酸碱失衡影响心肌电生理。

中优:有跌倒的危险:①依据:Morse评分65分(高风险),存在急性肾衰竭、静脉输液、卧床/轮椅活动、精神倦怠等因素;②相关因素:体力虚弱、活动受限、意识状态改变。有发生压疮的危险:①依据:Braden评分12分(中风险),存在卧床、移动受限、皮肤干燥、鼻饲营养、汗液/排泄物刺激风险;②相关因素:局部组织受压、皮肤屏障功能下降、营养状态不良。有静脉血栓形成的危险:①依据:Padua评分5分(高风险),存在卧床/轮椅活动、心功能IV级、感染指标升高(CRP↑、中性粒细胞↑);②相关因素:血流缓慢、血液高凝状态、血管内皮损伤。

次优:有感染的危险:①依据:患者接受抗感染治疗(左氧氟沙星、哌拉西林他唑巴坦),存在侵入性操作(血滤管路、鼻饲管);②相关因素:免疫

力低下、侵入性操作破坏生理屏障。有体液不足的危险:①依据:皮肤干燥、弹性差,黏膜干燥,24 h出入量需维持负平衡(300~500 mL);②相关因素:腹泻丢失体液、血液净化治疗、摄入受限。知识缺乏:①依据:患者及家属缺乏糖尿病及急性肾衰竭自我管理知识(如血糖监测、饮食控制、药物使用);②相关因素:疾病复杂性、信息获取不足。

2.3 护理计划

自理能力缺陷:预期目标:住院期间,患者在护理人员协助下能完成洗漱、进食、穿衣等基本生活需求,Barthel指数提升至60分以上(部分依赖)。护理措施:协助患者进行口腔护理、皮肤清洁及穿衣,2次/d;指导家属学习协助进食技巧,采用半流质饮食,少量多餐。腹泻:预期目标:住院期间,患者腹泻次数减少至1~2次/d,大便成形,中医辨证脾胃虚证改善(舌质淡红、苔薄白,脉缓)。护理措施:中药热奄包敷神阙、关元穴,1次/d,温脾散寒;耳穴压丸(脾、胃、大肠穴),2次/周,调节胃肠功能;腹泻期间予米汤、粥等流质饮食,避免油腻生冷,恢复后逐步过渡至优质低蛋白饮食。急性疼痛(腹部隐痛):预期目标:患者疼痛数字评分(NRS)降至2分以下,腹部隐痛缓解,不影响睡眠。护理措施:顺时针按摩腹部(中脘、天枢穴),15 min/次,2次/d,促进胃肠蠕动;耳穴压丸(神门、交感穴),每日按压3次,1~2 min/次,缓解疼痛。营养失调,低于机体需要量:预期目标:住院期间,患者白蛋白水平回升至35 g/L以上,NRS2002评分≤2分,无明显体重下降。护理措施:西医营养支持予鼻饲肠内营养混悬液(SP)从5 mL/h逐步增至10 mL/h,每日总量500~1000 mL,静脉补充白蛋白;糖尿病饮食管理,控制总热量,碳水化合物占50%~60%,优质蛋白(蛋、奶、瘦肉)占15%~20%,避免植物蛋白。潜在并发症,心律失常:预期目标:住院期间,患者血钾维持在3.5~5.5 mmol/L,心电图无高钾血症

表现(T波高尖、Q-T间期延长)。护理措施:每2 h监测1次血钾,直至 <5.5 mmol/L,之后每日监测1次;血滤期间密切观察体外枸橼酸抗凝效果,维持血钙浓度(1.0~1.3 mmol/L)。有跌倒的危险:预期目标:住院期间,患者Morse评分降至45分以下(低风险),未发生跌倒事件。护理措施:病床加护栏,移除病房地面障碍物,保持通道通畅;协助患者床上大小便,如需下床需护理人员陪同。有发生压疮的危险:预期目标:住院期间,患者Braden评分提升至16分以上(低风险),皮肤无红肿破溃。护理措施:每2 h翻身1次,骨突处垫减压垫,使用气垫床;保持皮肤清洁干燥,腹泻后及时清洗肛周,涂抹护臀霜。有静脉血栓形成的危险:预期目标:住院期间,患者Padua评分降至4分以下,下肢无肿胀、疼痛,未发生静脉血栓。护理措施:被动按摩双下肢4次/d,10 min/次,促进血液循环;指导家属协助患者做踝泵运动,3组/d,10次/组。有感染的危险:预期目标:住院期间,患者体温正常,血白细胞计数及中性粒细胞比例恢复正常,无导管相关感染。护理措施:严格无菌操作,血滤管路每48 h更换,鼻饲管每周更换;口腔护理,2次/d,会阴护理2次/d,预防菌群失调。有体液不足的危险:预期目标:患者皮肤弹性改善,24 h出入量维持负平衡300~500 mL,无脱水表现(黏膜湿润、尿量 ≥ 30 mL/h)。护理措施:精确记录24 h出入量,包括尿量、血滤净平衡量、鼻饲量及腹泻量;监测皮肤弹性、黏膜湿润度,每日评估脱水征象。知识缺乏:预期目标:出院前患者及家属能复述糖尿病饮食原则、血糖监测方法及急性肾衰竭自我管理要点(如体重、尿量监测)。护理措施:发放糖尿病及肾衰竭健康教育手册,每日讲解1个知识点;示范胰岛素注射、血糖监测操作,指导家属模拟练习。

2.4 护理措施

2.4.1 常规护理

休息与体位:嘱患者绝对卧床休息,取舒适体位,避免劳累。保持病房安静、整洁,温湿度适宜,减少探视,保证患者充足的休息和睡眠^[3]。生命体征监测:密切监测患者体温、脉搏、呼吸、血压、血氧饱和度等生命体征,每2 h记录一次,直至病情稳定。同时,监测患者意识状态、瞳孔变化,及时发现病情变化。基础护理:协助患者做好口腔护理、皮肤护理及会阴护理,预防感染。保持床铺清洁、干燥、平整,定时为患者翻身、拍背,预防压

疮及肺部感染。心理护理:多与患者及家属交流沟通,了解其心理需求,予心理支持和安慰^[4]。向患者及家属介绍疾病的相关知识、治疗方案及预后,缓解其紧张、焦虑情绪,增强战胜疾病的信心。

2.4.2 饮食护理

糖尿病饮食管理:根据患者体重、活动量及血糖水平,制定个性化的饮食方案。严格控制总热量,碳水化合物、蛋白质、脂肪按合理比例分配。予患者低糖、低脂及高纤维饮食,避免食用辛辣、刺激性食物及含糖高的食物,如糖果、饮料等。肾功能不全饮食调整:由于患者存在急性肾衰竭,需限制蛋白质的摄入,选择优质低蛋白饮食,如鸡蛋、牛奶、瘦肉等,避免食用植物蛋白,如豆类、豆制品等。同时,控制水分和盐分的摄入,避免加重水肿和高血压。腹泻期间饮食:患者腹泻期间,给予清淡、易消化的流质或半流质饮食,如米汤、粥、面条等,避免食用油腻、生冷、不易消化的食物。鼓励患者少量多餐,避免暴饮暴食。

2.4.3 中医特色护理

2.4.3.1 中药热奄包

操作方法:选用具有温脾散寒、祛湿止泻作用的中药(如艾叶、干姜、肉桂、茯苓等),打碎后装入布袋,蒸热温度以40~45℃为宜,敷于患者腹部(神阙穴、关元穴、气海穴等穴位),20~30 min/次,1次/d,7 d为一个疗程。注意事项:操作前检查热敷部位皮肤有无破损、红肿,避免烫伤;热敷过程中密切观察患者反应,如出现皮肤发红、瘙痒等不适,应立即停止操作^[5]。

2.4.3.2 穴位贴敷

治疗选取膻中穴、中脘穴、天枢穴及足三里穴等穴位,选用吴茱萸粉、生姜汁等调和成糊状,制药贴,贴于穴位上,每次贴敷4~6 h,1次/d,7 d为一个疗程。膻中穴可宽胸理气;中脘穴、天枢穴可调理脾胃,消食化积;足三里穴可健脾和胃,增强免疫力。通过穴位贴敷,达到温通经络、调理脾胃、止泻的作用^[6]。

2.4.3.3 耳穴压丸

耳穴压丸治疗选穴心、肺、神门、交感、脾及胃等耳穴。操作方法:先用75%乙醇棉球消毒耳部皮肤,然后将王不留行籽贴于耳穴上,用手指按压,使局部产生酸、麻、胀、痛等感觉,每日按压3~5次,每次每穴按压1~2 min,两耳交替进行,每周贴敷2次。通过刺激耳穴,调节脏腑功能,缓解患者腹泻、喘憋等症状,同时具有镇静安神的作用^[7]。

2.5 护理评价

自理能力:通过护理人员的协助,患者能完成基本的生活需求,如洗漱、进食等,住院期间未发生因自理能力缺陷导致的并发症。心律失常:密切监测电解质及心电图,患者血钾从入院时的 7.97 mmol/L 降至 4.47 mmol/L,电解质逐渐恢复平衡,住院期间未发生心律失常。腹泻:经过中药热奄包、穴位贴敷及耳穴压丸等中医特色护理

及饮食调理,患者腹泻症状明显缓解,腹泻次数从每日多次减少至每日 1~2 次,大便逐渐成形。知识掌握情况:通过健康教育,患者及家属对糖尿病及急性肾衰竭的相关知识有一定的了解,掌握了基本的自我管理技能,如饮食控制、血糖监测、药物使用等。本例患者治疗前后评估指标改善情况,详见表 2;实验室指标数据改善情况,详见表 3。

表 2 疗效评估

分

评估项目	护理前	护理后	变化情况
Barthel 指数	45(中度依赖)	65(部分依赖)	提升 20 分,可完成部分自理活动
Morse	65(高风险)	40(低风险)	降低 25 分,危险因素减少
Braden	12(中风险)	17(低风险)	提升 5 分,皮肤状态改善
NRS2002	4(存在风险)	2(低风险)	降低 2 分,营养指标回升
Padua	5(高风险)	3(低风险)	降低 2 分,下肢循环改善
NRS	4(中度疼痛)	1(无痛)	降低 3 分,腹部隐痛消失

表 3 实验室指标改善情况

指标类别	评估项目	护理前	护理后	参考范围
血气与电解质	血钾(K ⁺)	7.97 mmol/L ↑↑	4.47 mmol/L	3.5~5.3 mmol/L
	酸碱度(pH)	7.03 ↓	7.30	7.35~7.45
	实际碳酸氢根(HCO ₃ ⁻)	3.7 mmol/L ↓	10.1 mmol/L	22~27 mmol/L
血糖代谢	血糖(GLU)	18.8 mmol/L ↑↑	12.0 mmol/L ↑	3.89~6.11 mmol/L
肾功能	尿素(UREA)	53.95 mmol/L ↑↑	27.04 mmol/L ↑	2.6~8.8 mmol/L
	肌酐(CREA)	878.7 μmol/L ↑↑	331.4 μmol/L ↑	41~81 μmol/L
症状改善	腹泻次数	每日多次(糊状便/水样便)	1~2 次/d(成形便)	/
	意识状态	昏睡,呼之可睁眼未语	清醒,可间断对答	/

3 结果和随访

患者出院 1 周后电话随访显示,患者居家继续服用中药汤剂(以健脾和胃、益气养阴为法),1 剂/d,分 2 次温服;血糖监测空腹血糖维持在 6.5~8.0 mmol/L,餐后 2 h 血糖<10.0 mmol/L,未再出现酮症酸中毒迹象;腹泻症状未复发,大便 1~2 次/d,成形;食欲及睡眠良好,可自主进行日常轻度活动(如室内散步);无喘憋、胸痛等不适,血压控制在 120/60 mm Hg 左右。嘱其定期复查肾功能、电解质及血糖,继续遵循糖尿病饮食原则,避免劳累及感染。

4 讨论

本案例通过中西医结合护理干预,对急性肾衰竭伴糖尿病性酮症酸中毒患者的整体症状改善及指标调控起到协同作用。从西医角度,连续性床旁血液滤过(CVVH)通过清除毒素、调节电解质及酸碱平衡,迅速纠正高钾血症(7.97 mmol/L

降至 4.37 mmol/L)及代谢性酸中毒(二氧化碳结合力由 19.0 mmol/L 升至 22.5 mmol/L),为患者创造稳定内环境。胰岛素泵入及血糖监测精准控制高血糖状态,避免酮症酸中毒进一步加重。此过程中,动态监测生命体征、血气分析及血生化指标,是西医护理中确保治疗安全性的关键。

中医理论认为,“泄泻、昏睡、肢冷”等症属“脾胃虚证”,因高龄脾胃虚弱,肾阳不足,致水谷不化、湿浊内生。中医特色护理以“健脾温肾、化湿降浊”为核心^[8],中药热奄包热敷中脘、神阙穴,借温热之力促进药物透皮吸收,温通中焦气机,改善胃肠功能;膻中穴贴敷调理宗气,配合耳穴压丸(心、肺、神门等)调节自主神经功能,改善代谢紊乱^[9]。现代研究表明,中药热奄包可通过温热刺激扩张局部血管,增强胃肠蠕动,而耳穴压丸可通过迷走神经反射调节内分泌及代谢^[10]。

中西医结合护理的优势体现在多维度干预,西医的对症支持治疗快速控制急症,中医的辨证施护则从整体调理体质,改善腹泻、食欲不佳等症

状。研究显示,中西医结合护理在改善慢性肾衰竭患者营养状态及生活质量方面优于单纯西医护理。本案例中,患者经护理后腹泻次数减少、食欲提升,与中医护理调节脾胃运化功能密切相关。此外,中医护理在预防并发症方面亦有独特价值,如耳穴压丸对血糖波动的调节作用,可降低酮症酸中毒复发风险。当前,中西医结合护理在危重症领域的应用仍需深化研究。本案例中,中医护理措施对肾功能恢复的具体机制尚不明确,需结合分子生物学手段探索其作用靶点。此外,针对老年患者多器官功能衰退的特点,如何优化中西医结合方案的时效性与安全性,仍需更多临床数据支持。未来可进一步开展大样本对照研究,明确中西医结合护理在急性肾衰竭伴代谢紊乱患者中的标准化应用路径。

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] 李丽丽,朱瑞武,李聪,等.连续性血液净化治疗糖尿病肾病酮症酸中毒合并急性肾功能衰竭的疗效[J].川北医学院学报,2022,37(2):213-216.
LI L L, ZHU R W, LI C, et al. Curative effect of continuous blood purification in the treatment of diabetic ketoacidosis with acute renal failure[J]. J N Sichuan Med Coll, 2022, 37(2): 213-216. (in Chinese)
- [2] 谢冬花.个性化护理联合全程健康教育对肾衰竭血液透析患者生活质量和疗效的影响分析[J].智慧健康,2024,10(25):178-181.
XIE D H. Effect analysis of individualized nursing combined with comprehensive health education on life quality and curative effect of hemodialysis patients with renal failure[J]. Smart Healthc, 2024, 10(25): 178-181. (in Chinese)
- [3] 程建敏,陈好.优质护理干预在慢性肾衰竭腹膜透析患者护理中的应用效果[J].现代中西医结合杂志,2022,31(24):3487-3490.
CHENG J M, CHEN Y. Application effect of high-quality nursing intervention in nursing care of peritoneal dialysis patients with chronic renal failure[J]. Mod J Integr Tradit Chin West Med, 2022, 31(24): 3487-3490. (in Chinese)
- [4] 王琼,张丽.中医特色护理在慢性肾衰竭患者中的应用效果研究[J].婚育与健康,2023(20):91-93.
WANG Q, ZHANG L. Application effect of traditional Chinese medicine characteristic nursing in patients with chronic renal failure[J]. Fertil Health, 2023(20): 91-93. (in Chinese)
- [5] 李子涵,张琪琪,马晨稀,等.慢性肾衰竭通腑泄浊法衍义[J].世界中医药,2023,18(6):817-822,827.
LI Z H, ZHANG Q Q, MA C X, et al. Dredging fu-organs and descending the turbid for chronic renal failure[J]. World Chin Med, 2023, 18(6): 817-822, 827. (in Chinese)
- [6] 詹思敏.中医特色延伸护理服务对慢性肾衰竭患者肾功能及营养状况的影响[J].中国中医药现代远程教育,2022,20(11):148-149,155.
ZHAN S M. Effect of traditional Chinese medicine characteristic extended nursing service on renal function and nutritional status of patients with chronic renal failure[J]. Chin Med Mod Distance Educ China, 2022, 20(11): 148-149, 155. (in Chinese)
- [7] 李梦珠.迟华基教授治疗脾胃病的学术思想与临床经验总结[D].济南:山东中医药大学,2021.
- [8] 范奕萱,陈禧,张静.隔药脐灸联合中药热奄包治疗脾胃虚弱型糖尿病胃轻瘫临床观察[J].中西医结合研究,2025,17(2):104-107.
FAN Y X, CHEN X, ZHANG J. Clinical observation on treating diabetic gastroparesis with spleen and stomach deficiency by medicine-separated umbilical moxibustion combined with Chinese medicine reyanbao[J]. Res Integr Tradit Chin West Med, 2025, 17(2): 104-107. (in Chinese)
- [9] 仲文莉,明雨,楼鹏飞,等.中药热奄包源流探析[J].现代中医临床,2023,30(2):90-96.
ZHONG W L, MING Y, LOU P F, et al. Exploration of the origin and development of traditional Chinese medicine heat packages[J]. Mod Chin Clin Med, 2023, 30(2): 90-96. (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。