

1例慢性肾脏病5期合并多种基础病高龄患者的护理报告

周佳怡

(北京市健宫医院 ICU, 北京, 100054)

摘要: 本研究聚焦1例91岁慢性肾脏病5期合并冠心病、脑梗死等多种基础疾病及后续感染、呼吸衰竭等并发症的高龄患者,详述中西医结合护理的临床实践。通过动态病情监测、精准对症护理、中医辨证施护及人文关怀,虽患者最终死亡,但护理过程为同类复杂病例积累经验,分析护理难点与改进方向,助力提升高龄多并发症肾病患者护理质量。

关键词: 慢性肾脏病5期; 高龄患者; 多并发症; 中西医结合护理; 个案护理

Nursing Report on an Elderly Patient with Stage 5 Chronic Kidney Disease Complicated by Multiple Comorbidities

ZHOU Jiayi

(ICU, Beijing Jianguo Hospital, Beijing 100054)

ABSTRACT: This study details the integrated traditional Chinese and Western medicine nursing approach for a 91-year-old patient with stage 5 chronic kidney disease (CKD5) complicated by coronary heart disease, cerebral infarction, and subsequent infections and respiratory failure. Through dynamic condition monitoring, precision symptom management, TCM syndrome differentiation-based interventions, and humanistic care, the case—though ultimately resulting in patient demise—provided valuable insights for managing similarly complex geriatric cases. The analysis of nursing challenges and improvement strategies aims to enhance care quality for elderly CKD patients with multiple complications.

KEY WORDS: stage 5 chronic kidney disease; elderly patient; multiple comorbidities; integrated traditional Chinese and Western medicine nursing; case study

慢性肾脏病5期(CKD5期)是肾病终末阶段,患者肾功能严重衰竭,临床常需依赖连续性肾脏替代疗法(CRRT)维持生命^[1]。而高龄患者因机体各器官功能衰退、储备能力低下,且多合并心血管、呼吸等系统基础疾病,常规护理模式难以满足其需求。而中西医结合护理通过融合西医精准监测、对症干预与中医辨证施护理念,在改善患者临床症状、延缓病情进展、提升生活质量方面展现出独特优势^[2]。本病例患者91岁,基础疾病多,病程中出现感染、低氧血症等并发症,在住院期间实施动脉穿刺、气管插管及颈静脉置管等多项操作,病情复杂度高、护理难度大。通过对该病例中西医结合护理过程的系统梳理,既能为同类高龄、多并发症CKD5期患者的临床护理提供具体参考,也能进一步验证中西医结合护理在复杂重症病例中

的应用价值,为完善此类患者的护理规范提供实践依据。现回顾护理过程,为临床工作提供参考。

1 临床资料

1.1 一般资料

患者男,91岁,因“发现肌酐升高1年余,少尿1周”于2025年05月08日15:11入院。1年前于外院住院时查肌酐波动400~500 μmol/L,无颜面水肿等,经口服用药及中药(具体不详),后肌酐波动290~350 μmol/L。1周前尿量减少,就诊于外院,查肌酐719.5 μmol/L、尿素64.3 mmol/L、血钾5.46 mmol/L,以“慢性肾脏病5期”急诊收入我院。既往史:平素身体情况差,患冠心病、高血压、脑卒中等多种疾病,长期口服华法林抗凝,有磺胺类药物过敏史,否认手术、重大外伤及输血史。

1.2 查体

1.2.1 一般情况

体温(T)36.4℃,脉搏(P)68次/min,呼吸(R)14次/min,血压(BP)137/64 mm Hg,神志清,强迫卧位、查体欠合作;皮肤干燥无水肿,浅表淋巴结未触及肿大,头颅无畸形瘢痕。

1.2.2 专科查体

眼、耳、鼻、口腔未见明显异常;颈部活动正常,气管居中,甲状腺无异常;胸廓对称,双肺呼吸音粗,心律齐、腹软,左下肢局部淤紫,双下肢无水肿。

1.2.3 中医查体

舌象为水滑舌、舌质淡白、苔黑腻,舌下脉络青紫;脉象沉细,伴神疲懒言、肢体困重、纳差、便秘等表现。

1.3 诊断

中医诊断:慢性肾衰(脾肾亏虚,湿浊瘀阻证);辨证依据:老年男性素体虚,久病致脾肾亏,脾虚失运则乏力纳少,肾虚气化不行见尿少,四诊可得水滑舌、苔黑腻、脉沉细等表现。西医诊断:慢性肾脏病5期、心功能不全、心房颤动、肺栓塞、下肢肌间静脉血栓形成、高血压、慢性阻塞性肺疾病、高脂血症、陈旧性脑梗死、凝血功能异常。

1.4 治疗

初期(05月08日05月09日):告病危、特级护理、重症监护,完善相关检查;予尿毒清颗粒降尿素氮,促红素促进造血,蔗糖铁补充造血原料,扩冠、降压、调脂、化痰等治疗;中医辨证施护,予穴位贴敷(双肾俞、委中双侧)、通腑泄浊等。病情进展(06月17日~06月20日):因呼吸衰竭、严重低氧血症再次进入ICU行气管插管、支气管镜吸痰,见黄绿色粘稠分泌物,予镜下吸净,留取分泌物培养;行颈内静脉穿刺置管、右侧股静脉血滤置管行床旁血液净化。06月18日再次支气管镜下吸痰,输B型RH阳性新鲜冰冻血浆改善凝血;06月19日输白蛋白纠正低蛋白血症。期间予美罗培南抗感染、甲泼尼龙抑制炎症、西维来司他钠改善肺功能等。06月20日患者心率突发下降,予肾上腺素静推抢救,家属拒绝胸外按压及电除颤,最终因心跳停止、大动脉搏动消失死亡。

2 护理

2.1 护理评估

①生理:持续监测生命体征、肝肾功能、电解

质、凝血功能、血气分析等,关注尿量、体重变化,气管插管、穿刺置管等侵入性操作部位有无渗血、感染等情况。采用Braden量表评估压疮风险,评分8分,提示极高压疮风险;通过营养风险筛查2002(Nutritional Risk Screening 2002, NRS 2002)评估,评分5分,存在高营养风险;采用数字评价量表(Numeric Rating Scale)评估疼痛,患者无明显疼痛主诉,评分0分。②心理:高龄患者病情危重,治疗依从性低下,患者对预后不明而存在明显担忧、焦虑情绪。采用汉密尔顿焦虑量表(Hamilton Anxiety Scale, HAMA)评估其心理状态,评分18分,提示中度焦虑。③社会:家属对疾病认知有限,需通过科普宣教了解疾病知识、用药目的及饮食注意事项,经济支持尚可,照护意愿积极,但患者社会支持系统以家庭为主,缺乏其他外部支持。采用社会支持评定量表(Social Support Rating Scale)评估,总分32分,提示社会支持水平中等。④中医:参照《中药新药临床研究指导原则》中的中医症状积分量表,针对乏力、纳差、少尿等核心症状进行评分,评分24分,提示存在中度脾肾亏虚症状。

2.2 护理诊断

体液过多:与肾功能不全、水钠潴留有关;营养失调:低于机体需要量与肾功能不全、食欲差、消耗增加有关;活动无耐力:与心功能不全、贫血、虚弱有关;感染的危险:与侵入性操作、免疫力低下有关;焦虑、恐惧等不良情绪:与病情重、预后差有关;潜在并发症:出血、血栓、电解质紊乱、酸碱平衡紊乱、呼吸衰竭加重等。

2.3 护理计划

稳定生命体征,控制体液平衡;血钾水平恢复正常,肌酐、尿素氮较前稳步下降,无明显水钠潴留。感染与并发症:感染指标恢复正常,无导管感染、新压疮,血栓无进展。营养状况:血红蛋白 ≥ 90 g/L,白蛋白 ≥ 35 g/L。活动与生活质量:无新发压疮,被动活动无不适。心理状态:患者及家属的焦虑情绪明显缓解。中医症状:尿量 ≥ 400 mL/d,乏力、纳差缓解,舌象、脉象改善。治疗安全:心功能稳定,无药物不良反应。

2.4 护理实施

2.4.1 病情观察

2.4.1.1 生命体征监测

每30 min记录心率、心律、呼吸频率及血氧饱和度情况,每小时监测血压,同步观察记录意识

状态。记录每小时尿量,严格控制患者每日的水分摄入情况,记录 24 h 液体出入量,控制液体的输入速度,同时遵医嘱给予呋塞米利尿。根据患者的体重和每日 24 h 液体出入量来评估利尿剂效^[3];定期复查肝肾功能、电解质等,发现血钾 $> 5.0 \text{ mmol/L}$ 时立即要采取降钾治疗。

2.4.1.2 侵入性操作部位管理

每 4 h 评估气道湿化效果,吸痰时严格无菌操作,如若痰液为黄绿色提示感染,要采取抗感染治疗,每日更换呼吸机管路,预防呼吸机相关性肺炎。每日消毒穿刺点,观察有无渗血、红肿,更换敷料时严格无菌操作,动作轻柔,避免拖拽导致皮肤损伤。

2.4.2 精准对症护理

2.4.2.1 体液与电解质平衡调控

限制每日液体入量,每日液体摄入量为前 1 d 尿量+500 mL,输液速度控制在 $20 \sim 30 \text{ 滴/min}$,预防心衰等并发症的发生^[4]。出现高钾血症时,遵医嘱给予葡萄糖酸钙静推,同时配合低钾饮食,减少橙子、香蕉等食物的食用,建议食用苹果、黄瓜等低钾食物。

2.4.2.2 饮食营养支持

给予低盐、优质低蛋白饮食,控制蛋白质摄入 $0.6 \sim 0.8 \text{ g/(kg d)}$,选择瘦肉、鸡蛋等优质蛋白。监测血红蛋白、白蛋白等营养指标,根据病情调整饮食方案,必要时肠内营养支持。补充维生素、膳食纤维,鼓励进食新鲜蔬菜水果,考虑患者高龄,咀嚼能力下降,可将蔬菜水果打成碎泥方便进食,但要避免选择香蕉、橙子、香菇等高钾类的食物。中医推荐健脾补肾食疗方,如山药粥等。

2.4.3 并发症预防护理

每 2 h 翻身、拍背,预防压疮及坠积性肺炎,翻身时注意左下肢淤紫部位避免受压,定期为患者开展口腔护理,3 次/d,使用氯己定漱口水,预防口腔菌群移位导致肺部感染^[5]。

2.4.4 中西医专科护理

西医:气管插管护理,做好气道湿化、吸痰,严格无菌操作,预防呼吸机相关性肺炎^[6];血滤置管护理,保持管路通畅,观察滤出液性质、量,监测凝血功能。

中医:①穴位贴敷:肾俞穴位于第 2 腰椎棘突下,旁开 1.5 寸,为肾脏精气输注之处,可补肾益精、温阳利水;委中穴位于腘横纹中点,属足太阳膀胱经,能疏通经络、利湿泄浊。取附子、肉桂、茯

苓、白术各 10 g,研磨成细粉,加生姜汁调制成直径 2 cm、厚 0.5 cm 的药饼;患者取俯卧位,暴露穴位,用 75% 酒精消毒局部皮肤;药饼贴于双肾俞、双侧委中穴,每日贴敷 6 ~ 8 h,7 d 为一个疗程,共治疗两个疗程^[7]。②中药保留灌肠:方剂组成与炮制:大黄 15 g、煅牡蛎 30 g、蒲公英 20 g 及丹参 15 g,上述药材加水 500 mL,取药液 200 mL,冷却至 $38 \sim 40^\circ\text{C}$;患者取左侧卧位,用一次性灌肠管插入肛门 15 ~ 20 cm,缓慢注入药液,灌肠后嘱患者平卧,1 次/d,连续 7 d 为一个疗程。

2.4.5 情志护理

主动与家属沟通;每日定时向家属反馈病情,用通俗语言解释治疗措施,如 CRRT 的作用,治疗方案的调整原因,减轻家属焦虑。及时告知病情及需要开展的护理措施,倾听患者的担忧,耐心解答患者疑惑,给予心理支持。取得患者配合:患者神志清时,用温和语言告知操作目的,避免因强迫卧位产生抵触情绪,可配合播放舒缓音乐,缓解焦虑。

2.4.6 用药护理

严格按医嘱给药,观察药物不良反应,如华法林易致出血,监测凝血功能,观察皮肤黏膜有无出血点如牙龈出血、瘀斑^[8];尿毒清颗粒观察有无腹泻情况,若每日排便 > 3 次,及时调整剂量。

2.5 护理评价

前期可有效控制感染、维持体液平衡,治疗期间肌酐、尿素氮等指标短暂下降,后因患者反复感染数值反弹;血红蛋白、白蛋白等营养指标经输血补充有所改善,但难维持,后期因病情过重,未能阻止恶化,详见表 1。已充分与患者家属做沟通工作,告知可能存在的一系列后续问题,家属对护理工作表示理解与配合,患者临终前焦虑情绪稍缓解。

表 1 疗效评估

评价指标	护理前	护理后	变化情况
肌酐/ $(\mu\text{mol/L})$	719.5	423.5	明显下降
尿素氮/ (mmol/L)	64.3	24.6	明显下降
血钾/ (mmol/L)	5.46	4.7	明显下降
血红蛋白/ (g/L)	77	92	较前改善
白蛋白/ (g/L)	28	36	较前改善
Braden/分	8	6	稍有降低
NRS 2002/分	5	3	稍有降低
HAMA/分	18	14	稍有缓解

3 结果

患者因高龄、基础疾病多,病情进展快,虽经积极治疗护理,仍于2025年06月20日死亡,家属对诊疗护理过程表示认可。

4 讨论

高龄CKD5期患者由于肾小球滤过能力的下降,导致毒素以及代谢废物的堆积,常会合并酸碱失衡、电解质紊乱以及心、肺、凝血功能等多器官功能的衰竭。该例者高龄,且既往合并有房颤、冠心病、肺栓塞等多种基础疾病,免疫力低下,更易发生吸入性肺炎、脓毒症等并发症,预后差。

该患者在入院后迅速开展血滤并行支气管镜治疗。但由于该患者的基础疾病复杂,其器官储备功能极差,病情进展迅速并发展为脓毒血症。从本例患者的护理工作中也体现了ICU对多器官功能衰竭患者的整体救治能力,给未来诊治同类患者提供更多的临床经验。在早期需要密切监测患者的生命体征、做好并发症的预防工作,尽早识别并控制感染、严格把握血滤时机。在液体管理方面,本例采用量出为入与中医利水的双轨策略。现代医学强调每日液体平衡 ± 500 mL的精准控制,而中医通腑泄浊理论指导下的中药灌肠大黄可刺激肠黏膜分泌,这种联合疗法使患者血钾从5.46 mmol/L降至4.7 mmol/L仅用48 h,避免常规CRRT的过度超滤风险。在呼吸支持层面,西医支气管镜肺泡灌洗联合甲泼尼龙抗炎治疗与中医肺肾同治理念下的穴位贴敷形成互补,更好地改善患者的呼吸功能,避免肺炎等相关并发症的发生。由于患者高龄先天禀赋不足,加之久病耗伤,致使脾肾阳气亏虚,水湿内停。护理团队在中医辨证的指导下通过观察患者的舌脉、监测大便情况、协助中药给药等,为中医调整治疗方案提供了更多的依据。

而护理工作作为中西医联合治疗的重要纽带,需进一步强化多学科协作模式,在不干扰急救流程的前提下,适时开展艾灸神阙、关元等穴位温阳固脱,配合中药足浴促进气血运行;同时完善西医护理评估体系,将中医证候观察指标纳入常规监测,实时记录舌象、脉象、二便等变化,为中西医动态调整治疗方案提供客观依据。

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] 闫玉琼, 孙昆, 郭永新, 等. 老年慢性肾脏病患者接受维持性血液透析期间出现营养不良的高危因素分析[J]. 黑龙江医药科学, 2025, 48(6): 63-66.
YAN Y Q, SUN K, GUO Y X, et al. Analysis of high-risk factors associated with malnutrition in elderly patients with chronic kidney disease during maintenance hemodialysis [J]. Heilongjiang Med Pharm, 2025, 48(6): 63-66. (in Chinese)
- [2] 刘政新, 唐睿婕, 尹晓凡, 等. 血浊理论在慢性肾脏病中的应用[J]. 中国中医基础医学杂志, 2025, 31(5): 760-763.
LIU Z X, TANG R J, YIN X F, et al. Application of blood turbidity theory in chronic kidney disease [J]. J Basic Chin Med, 2025, 31(5): 760-763. (in Chinese)
- [3] 刘芳芳, 娄小平, 王文娇, 等. 风险分级管理对慢性肾脏病高钾血症患者的效果研究[J]. 中国血液净化, 2023, 22(6): 467-471.
LIU F F, LOU X P, WANG W J, et al. Clinical practice of grading management scheme for hyperkalemia in chronic kidney disease patients [J]. Chin J Blood Purif, 2023, 22(6): 467-471. (in Chinese)
- [4] 陈巧敏. 多学科合作综合护理对慢性肾脏病住院患者生存质量的影响[J]. 慢性病学杂志, 2018, 19(8): 1046-1047, 1050.
CHEN Q M. The impact of multidisciplinary collaborative comprehensive care on the quality of life of hospitalized patients with chronic kidney disease [J]. Chronic Pathematology J, 2018, 19(8): 1046-1047, 1050. (in Chinese)
- [5] 刘丹阳, 龚妮容, 张广清, 等. 慢性肾脏病非透析患者治疗性高血压抵抗患病率的Meta分析[J]. 中国血液净化, 2023, 22(3): 187-192.
LIU D Y, GONG N R, ZHANG G Q, et al. Prevalence of apparent treatment resistant hypertension in non-dialysis patients with chronic kidney disease: a meta-analysis [J]. Chin J Blood Purif, 2023, 22(3): 187-192. (in Chinese)
- [6] 黄圣洁, 熊维建, 邓星, 等. 1例慢性肾脏病5期半永久中心静脉导管相关性感染的护理[J]. 检验医学与临床, 2020, 17(8): 1150-1152.
HUANG S J, XIONG W J, DENG X, et al. Nursing care for a case of semi-permanent central venous catheter-related infection in chronic kidney disease

- stage 5 [J]. *Lab Med Clin*, 2020, 17 (8): 1150–1152. (in Chinese)
- [7] 林玲慧, 刘翠云, 吴小青, 等. 个案管理模式对慢性肾脏病 3~5 期非透析患者营养状况、肾功能的影响研究[J]. *名医*, 2022(11): 63–65.
- LIN L H, LIU C Y, WU X Q, et al. A Study on the Impact of Case Management Model on the Nutritional Status and Renal Function of Non-Dialysis Patients with Chronic Kidney Disease Stages 3 to 5[J]. *Renowned Dr*, 2022(11): 63–65. (in Chinese)
- [8] 孙凡舒, 尹文雁, 袁雅琪, 等. 补肾化瘀泄浊方治疗慢性肾脏病 3~5 期[J]. *吉林中医药*, 2025, 45 (5): 569–573.
- SUN F S, YIN W Y, YUAN Y Q, et al. Clinical efficacy of Bushen Huayu Xiezhuo decoction in the treatment of chronic kidney disease in stages 3–5 [J]. *Jilin J Chin Med*, 2025, 45(5): 569–573. (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。