

DOI: 10.12209/CAIM202604010001

· 中西医结合临床案例 ·

1 例痛风合并肾性尿崩症及低钾性肾病 罕见病例的中西医结合护理报告

康 杰¹, 范 姣¹, 王金环¹, 马 琳¹, 张 莹¹, 康 庆²

(1. 北京中医药大学东直门医院 门诊超声科, 北京, 100700;

2. 北京中医药大学东直门医院 放射科, 北京, 100700)

摘要: 本研究分析 1 例罕见的痛风合并肾性尿崩症及低钾性肾病病例, 凸显多系统共病患者的诊疗难点。护理团队采用中西医融合干预策略, 通过耳穴贴压联合中药熏洗协同镇痛; 严格管控液体平衡, 制定低嘌呤、高钾膳食方案以维持电解质稳定; 依据疲乏评估结果动态调整活动量与补钾方案; 开展结构化健康宣教, 提升患者自我管理能力。经干预后, 患者疼痛症状显著缓解, 尿量及生化指标恢复正常。本病例证实, 中西医协同护理在缓解症状、维持内环境稳定及提高生活质量方面具有显著优势, 为复杂多系统共病病例的临床护理提供了参考范式。

关键词: 痛风; 肾性尿崩症; 低钾性肾病; 中西医结合护理; 个案护理

Integrated Traditional Chinese and Western Medicine Nursing Report of a Rare Case of Gout Complicated with Nephrogenic Diabetes Insipidus and Hypokalemic Nephropathy

KANG Jie¹, FAN Jiao¹, WANG Jinhuan¹, MA Lin¹, ZHANG Xuan¹, KANG Qing²

(1. Department of Outpatient Ultrasound, Dongzhimen Hospital, Beijing University of Chinese Medicine, Beijing, 100700;

2. Department of Radiology, Dongzhimen Hospital, Beijing University of Chinese Medicine, Beijing, 100700)

ABSTRACT: This study analyzes a rare case of gout complicated with nephrogenic diabetes insipidus and hypokalemic nephropathy, highlighting the diagnostic and therapeutic challenges in patients with multi-system comorbidities. The nursing team adopted an integrated Traditional Chinese and Western Medicine (TCM-WM) intervention strategy, combining auricular acupressure with herbal fumigation for synergistic analgesia, strictly managing fluid balance, and formulating a low-purine, high-potassium dietary plan to maintain electrolyte stability. Activity levels and potassium supplementation were dynamically adjusted based on fatigue assessment results, while structured health education was implemented to enhance the patient's self-management ability. Post-intervention, the patient's pain symptoms were significantly alleviated, with urine output and biochemical indices returning to normal. This case demonstrates that integrated TCM-WM nursing offers significant advantages in symptom relief, homeostasis maintenance, and quality-of-life improvement, providing a reference paradigm for the clinical care of complex multi-system comorbidities.

KEY WORDS: gout; nephrogenic diabetes insipidus; hypokalemic nephropathy; integrated Traditional Chinese and Western Medicine nursing; case nursing

痛风是因嘌呤代谢紊乱及尿酸排泄障碍导致高尿酸血症, 进而引起尿酸盐晶体在关节、软组织及肾脏沉积并诱发炎症损伤的代谢性疾病^[1]。该

病典型表现为急性关节炎发作, 第一跖趾关节为最常见受累部位; 若病程迁延不愈, 可进展为痛风石形成, 甚至出现严重肾损害。肾性尿崩症则因

收稿日期: 2026-04-01

通信作者: 康庆, E-mail: 641952074@qq.com

OPEN ACCESS

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

肾脏对抗利尿激素反应低下或激素分泌不足,导致尿液浓缩功能丧失,临床以多尿、烦渴为主要特征;低钾性肾病是由长期低钾血症引发的肾小管功能进行性损害。当这三种疾病罕见地共存于同一患者时,不仅临床表现错综复杂,更显著提升了诊疗难度。目前,针对此类多系统共病患者的标准化护理方案仍较为匮乏,亟需构建更全面、合理的干预策略。中西医结合护理模式可整合二者优势,通过协同效应弥补单一疗法的局限性。本文深入分析1例痛风合并肾性尿崩症及低钾性肾病的罕见病例,详细阐述中西医协同护理在缓解剧烈疼痛、重建内环境稳态及改善患者生活质量方面的独特优势与实践价值,以期临床处理此类复杂疑难病例提供实证依据与新的视角。

1 病例资料

1.1 一般资料

患者男性,38岁,因“间断足跟及跖趾关节疼痛10余年,加重伴多尿、乏力1周”于2025年05月07日入院。主诉:足跟、跖趾关节疼痛10余年,加重伴多尿、乏力1周。入院情况:右侧第1跖趾关节红肿热痛,拒按;24 h尿量7200 mL,口渴多饮,全身乏力,伴睡眠障碍。既往史:①痛风病史10余年,反复发作;②低钾血症、肾小管酸中毒病史5年,曾接受透析治疗,现已停用利尿药物;③2型糖尿病病史2年,目前用药为阿卡波糖(拜糖平)2片,3次/d,门冬胰岛素30注射液(诺和灵)16 U,2次/d;④偏头痛病史。个人史:吸烟10余年,日均约10支。家族史:父亲有高血压病史。

1.2 查体

一般情况:体温(T)36.5℃,脉搏(P)92次/min,呼吸(R)20次/min,血压(BP)131/90 mm Hg;身高175 cm,体重85 kg,BMI27.8 kg/m²(超重)。专科查体:右足第1跖趾关节局部皮肤红肿、皮温升高、压痛明显,无法主动完成背伸及跖屈动作。中医体征:舌质红,苔黄腻,脉滑数。

1.3 诊断

西医诊断:痛风伴高尿酸血症,肾性尿崩症,低钾性肾病,2型糖尿病。中医诊断:痛风(痹证),辨证为气阴两虚、湿热瘀阻型。因病程日久耗损气阴,故见乏力、口渴;湿热瘀阻经络关节,致关节红肿热痛;舌、脉征象均提示湿热内蕴。

1.4 治疗

入院后采用中西医结合治疗方案,具体如下。

西药治疗:予氯化钾缓释片补钾,非布司他片抑制尿酸生成,胰岛素控制血糖;中药治疗:以益气养阴、清热利湿、活血通络为治则,予四妙散合生脉饮加减(黄柏10 g,苍术10 g,薏苡仁30 g,牛膝15 g,太子参15 g,麦冬15 g,五味子6 g,丹参15 g及土茯苓20 g),1剂/d,水煎分早晚两次温服;同时配合护理团队系统护理干预。经治疗与护理后,患者关节肿痛消失,24 h尿量恢复至2000~3000 mL,乏力症状减轻,血钾、尿酸水平恢复正常,于2025年05月19日出院。

2 护理

2.1 护理评估

疼痛程度评估:采用视觉模拟评分量表(Visual Analogue Scale, VAS)^[2]量化评估患者右足关节疼痛程度,初始评分为7分(重度疼痛),临床表现为持续性钝痛,活动后加剧。水电解质平衡监测:建立24 h出入量精确记录制度,入院评估显示日尿量达7200 mL(多尿状态),尿液外观澄清,实验室检查提示低钾血症(血钾2.8 mmol/L),患者主诉明显口渴、多饮。运动耐力评估:采用汉化版疲乏评定量表(Chinese Fatigue Scale, CFS)^[3]评估,该量表含14个维度,采用5级Likert评分,总分70分,得分越高提示疲乏程度越重,患者初始评分为58分(重度疲乏),临床表现为轻度活动后即出现显著乏力。心理状态评估:采用焦虑自评量表(Self-rating Anxiety Scale, SAS)^[4]测评,临床界值为50分,患者初始评分为62分(中度焦虑),主要心理困扰为过度担忧疾病预后与复发风险。疾病认知评估:采用自行设计的《痛风及相关并发症知识问卷》(满分100分)评估,患者初始得分为45分,在低嘌呤饮食管理、补钾治疗、足部护理及病情监测等关键知识领域存在明显认知不足。

2.2 护理诊断

基于全面评估结果,按临床优先级确立以下护理诊断:急性疼痛:与痛风性关节炎急性发作引发的关节炎症反应及局部微循环障碍相关;体液不足:与肾性尿崩症导致的病理性多尿相关;活动无耐力:与低钾血症引起的神经肌肉功能异常相关;焦虑:与慢性疾病复杂性、病程迁延及预后不确定性相关;知识缺乏:缺乏痛风、肾性尿崩症及低钾血症的系统性自我管理知识。

2.3 预期护理目标

疼痛控制目标:72 h内将关节疼痛VAS评分

降至 ≤ 3 分(轻度疼痛);水电解质平衡目标:建立稳定体液平衡状态,24 h 尿量控制在生理范围(< 3000 mL),血清钾维持在 $3.5 \sim 5.5$ mmol/L 安全区间;运动功能改善目标:7 d 内显著提升运动耐力,CFS 评分较基线下降 ≥ 10 分,恢复基本日常生活活动能力;心理状态改善目标:48 h 内有效缓解焦虑症状,SAS 评分降至正常范围(≤ 50 分);知识掌握目标:出院前疾病知识掌握度达 80% 以上(知识问卷得分 ≥ 80 分),重点掌握饮食管理、药物使用、症状监测等核心自我管理技能。

2.4 护理措施

2.4.1 中西医结合疼痛护理

①动态疼痛监测:建立标准化疼痛监测体系,以视觉模拟评分量表(VAS)为核心工具,每班由责任护士完成疼痛评估,记录疼痛部位、性质、程度及影响因素,同时结合患者面部表情、肢体活动等细节,客观准确地追踪疼痛变化过程。

②耳穴贴压干预:选取神门穴(镇静安神、调节自主神经)、皮质下穴(平衡大脑皮层兴奋与抑制)、内分泌穴(调节内分泌代谢)及肾穴(补肾固本、强壮筋骨)进行贴压。操作流程:术前检查耳部皮肤有无破损、炎症等禁忌;用 75% 医用酒精消毒穴区;将王不留行籽贴于医用胶布中心,准确贴敷于对应穴位;指导患者每日自行按压 3~5 次,每次每穴 1~2 min,以产生酸、麻、胀、热等“得气”感为宜;采用双耳轮换法,每 3 d 更换一次,持续至出院。

③中药熏洗治疗:采用经典方剂组方(黄柏 15 g,清热燥湿、泻火解毒;苍术 15 g,燥湿健脾、祛风除湿;薏苡仁 30 g,利湿舒筋、健脾止泻;牛膝 15 g,活血通经、引药下行)。操作方法:将药物装入无纺布袋,加 2000 mL 纯净水浸泡 30 min,大火煮沸后转小火煎煮 20 min;将药汁倒入恒温足浴盆,待温度降至 $38 \sim 40^{\circ}\text{C}$ (温度计测定)后,先用药汽熏蒸双足 15 min,再调至适宜水温双足浸泡 20 min,1 次/d。治疗期间注意防烫伤,结束后立即擦干双足保暖,休息 15 min 后再下床活动。

④体位与休息指导:急性期严格卧床休息,用专用垫枕抬高患肢 $15 \sim 30^{\circ}$,保持关节功能位制动;教会患者正确翻身及体位变换方法,避免加重关节负担;定时观察局部肿胀及皮肤完整性,动态调整护理措施。

2.4.2 水电解质平衡综合干预

①精准液体管理:建立标准化出入量监测流

程,采用分类记录表格详细追踪摄入(饮用水、食物含水量)与排出(尿液、汗液等)情况;指导患者及家属参与记录,责任护士每 8 h 进行数据汇总与趋势分析,对异常指标及时干预。

②个体化营养支持:联合临床营养科制定定制化饮食方案:低嘌呤膳食:严格限制动物内脏、浓肉汤及海产品摄入,适度控制肉类、豆类制品,优先选择蛋类、乳制品及新鲜蔬果;补钾策略:增加香蕉、柑橘、马铃薯及深色绿叶蔬菜等高钾食物摄入比例。

③科学饮水指导:采用分时段均衡饮水法,维持 24 h 液体净摄入量较排出量多 500~1000 mL;避免睡前 2 h 大量饮水,以减少夜间排尿频率。

④规范化给药管理:严格指导氯化钾缓释片服用方法,需完整吞服,禁止咀嚼或压碎;建议餐后 30 min 服用,以降低胃肠道反应风险;持续监测生命体征及神经肌肉功能,建立高钾血症预警机制,发现异常立即启动医疗干预。

2.4.3 运动康复与疲劳控制 ①阶梯式活动方案:依据疲乏评定量表(CFS)评分及血钾水平制定个体化活动计划:血钾 < 3.0 mmol/L 时严格卧床;血钾恢复正常后,按序开展床上被动活动→床边站立→室内步行,单次活动时长 10~15 min,以不诱发心悸、呼吸困难为限;每日采用疲劳严重程度量表(FSS)评估症状,动态调整活动强度。

②症状监测教育:系统培训患者识别低钾血症典型表现(渐进性肌无力、腹胀、心悸、腱反射减弱等),培养自我监测与及时上报能力,确保异常症状得到及时处理。

2.4.4 结构化健康教育体系

推行“理论讲授—操作示范—患者复述—效果强化”四阶段教学模式,内容包括疾病病理生理知识(痛风、肾性尿崩症、低钾血症等);药物治疗规范(药理机制、给药方案、不良反应监测);营养管理策略(配发可视化饮食指导手册);关节保护与足部护理技术;自我管理技能(尿量监测、症状识别、随访计划)。教育课程分 4 次完成(30 min/次),通过标准化知识测试评估掌握程度。

2.4.5 心理干预与压力管理

①标准化心理疏导:每日进行 15~20 min 的针对性访谈,精准识别心理困扰根源并实施疏导;分享康复成功案例,提升患者治疗依从性。

②放松训练指导:推广“4-2-6”呼吸训练法(吸气 4 s、屏气 2 s、呼气 6 s),指导患者每日练习 3 次,5 min/次。

③多学科支持体系:建立由医师、护士及心理治疗师组成的多学科协作团队,通过连续性心理监测与专业化干预,缓解疾病引发的心理应激反应。

2.5 护理评价
经上述干预措施,患者各项指标均获改善,护理前后关键指标对比见表1。

表1 疗效评估

评价项目	评价工具/标准	护理前(入院时)	护理后(出院前)
关节疼痛	视觉模拟评分法(VAS)	7分(重度)	2分(轻度)
24 h尿量	出入量记录	7200 mL	2700 mL
血钾水平	实验室检查	2.8 mmol/L	4.0 mmol/L
血尿酸水平	实验室检查	598 μmol/L	450 μmol/L
疲乏程度	中文版疲乏量表(CFS)	58分(重度)	42分(中度)
焦虑状态	焦虑自评量表(SAS)	62分(中度焦虑)	48分(无焦虑)
疾病知识掌握度	自制知识问卷(满分100分)	45分	85分

3 结果和随访

患者于2025年05月19日康复出院,出院时关节疼痛等临床症状完全缓解,每日尿量恢复至正常水平,全身乏力感显著改善,血清钾、尿酸均回落至正常参考范围,患者已建立积极的健康自我管理意愿与初步能力。2025年06月20日电话随访显示,患者出院后严格遵医嘱用药,坚持执行个体化饮食控制方案;随访期间未再发生急性痛风性关节炎发作;每日尿量稳定在2500~3000 mL;患者能较好完成自我监测,并明确表示将按计划定期返院复查。

4 讨论

本病例报告呈现1例极为罕见的痛风合并肾性尿崩症、低钾性肾病多系统共病综合征^[5]。此类代谢紊乱的叠加不仅导致临床症状错综复杂、显著增加诊疗难度,更对护理工作的系统性、精准性及个体化水平提出了严峻挑战,传统单一维度护理模式难以有效应对。本次护理实践通过深度融合中西医理论与技术,构建多维度个体化干预策略并取得显著疗效,为同类复杂病例的处置提供了参考范式。

痛风急性发作期的剧烈疼痛是患者最迫切的痛苦根源。本次护理在常规疼痛评估与体位管理基础上,创新性联合耳穴贴压与中药熏洗两种中医外治技术。耳穴贴压通过刺激神门、皮质下等穴位,发挥镇静安神、调节神经内分泌作用,可能从中枢层面提升痛阈,削弱焦虑情绪对疼痛感知的放大效应^[6];四妙散加减方中药熏洗则直接作用于患处,利用药液温热效应促进局部微循环,使黄柏、苍术等药物的清热燥湿、活血通络成分经皮

吸收直达病灶,有效消退关节红、肿、热、痛等炎症表现^[7]。这种“内调外治”的整合策略,实现疼痛生理机制与心理感知的双重干预,是患者72 h内VAS评分从7分降至2分的关键原因。

肾性尿崩症引发的多尿与低钾性肾病互为因果,极易形成恶性循环。护理团队未采取简单限水或盲目补钾,而是建立精准的24 h出入量监测体系,实现液体管理的可视化与量化;结合个体化营养策略(低嘌呤、高钾膳食)及科学饮水指导,在保证肾脏有效灌注的前提下,逐步引导尿量恢复至生理区间,协同药物治疗成功纠正低钾血症。这表明,复杂病理生理背景下的护理措施必须依托动态数据支撑,才能实现精细化调控目标^[8]。

慢性共病患者常因信息过载或认知局限难以有效自我管理。本次护理采用“讲授—示范—复述—强化”四阶段教学模式,将疾病知识、药物管理规范、饮食方案及监测技能转化为学生可理解、可执行的操作步骤。出院时患者知识问卷得分从45分升至85分,且随访期间依从性良好,充分证实系统化健康教育在延伸院内护理成效、预防疾病复发中的决定性作用^[9]。

慢性复杂疾病常伴随焦虑情绪,直接削弱患者治疗信心与行为依从性。本案例通过SAS量表及时识别患者焦虑状态,综合运用针对性访谈、康复案例分享及呼吸训练等方法干预,不仅使SAS评分恢复正常,更通过增强心理韧性间接提升患者对治疗方案的配合度,构建了生理—心理康复的良性循环^[10]。

综上所述,针对痛风合并肾性尿崩症及低钾性肾病这类罕见复杂病例,以整体观为指导、精准评估为基础、融合中西医特色技术的协同护理模式,在快速缓解症状、重建内环境稳态、提升自我

管理能力及改善生活质量方面展现出综合优势。但本结论源于单一病例,普适性仍需大样本研究验证。未来可设计更严谨的临床研究,深入探讨中西医结合护理措施的作用机制及优化策略,积累更高等级的循证医学证据^[11]。

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] 中华医学会内分泌学分会. 中国高尿酸血症与痛风诊疗指南(2024)第一部分:对一般痛风患者的建议[J]. 中华内分泌代谢杂志, 2025, 41(10): 806-817.
Endocrinology Branch of the Chinese Medical Association. 2024 update of Chinese guidelines for diagnosis and treatment of hyperuricemia and gout. Part I: Recommendations for general patients[J]. Chin J Endocrinol Metab, 2025, 41(10): 806-817. (in Chinese)
- [2] HAWKER G A, MIAN S, KENDZERSKA T, et al. Measures of adult pain: visual analog scale for pain (VAS pain), numeric rating scale for pain (NRS pain), McGill pain questionnaire (MPQ), short-form McGill pain questionnaire (SF-MPQ), chronic pain grade scale (CPGS), short form-36 bodily pain scale (SF-36 BPS), and measure of intermittent and constant osteoarthritis pain (ICOAP) [J]. Arthritis Care Res, 2011, 63 (S11): S240-S252.
- [3] 乔欣然,詹艳,崔荣,等. 简化版Piper疲劳量表的汉化及信效度检验[J]. 护理研究, 2024, 38(20): 3603-3608.
QIAO X R, ZHAN Y, CUI R, et al. Chinese version of the Piper Fatigue Scale-12 and its reliability and validity test[J]. Chin Nurs Res, 2024, 38(20): 3603-3608. (in Chinese)
- [4] MOLITOR A, LEDERLE A, RADOSAVLJEVIC M, et al. A pleiotropic recurrent dominant *ITPR3* variant causes a complex multisystemic disease [J]. Sci Adv, 2024, 10(37): eado5545.
- [6] 王瑞云,石志敏,张军,等. 巨刺法联合耳穴贴压及塞来昔布胶囊治疗湿热蕴结型急性单侧痛风性关节炎的疗效观察[J]. 广州中医药大学学报, 2022, 39(2): 339-344.
WANG R Y, SHI Z M, ZHANG J, et al. Observation on the curative effect of opposing needling combined with auricular point pressing and celecoxib capsules in the treatment of acute unilateral gouty arthritis with damp heat accumulation type [J]. J Guangzhou Univ Tradit Chin Med, 2022, 39(2): 339-344. (in Chinese)
- [7] 李璇,吕红梅. 中药熏洗在急性痛风性关节炎患者中的护理效果[J]. 光明中医, 2022, 37(3): 515-517.
LI X, LV H M. Nursing effect of fumigation and washing with traditional Chinese medicine in patients with acute gouty arthritis [J]. Guangming J Chin Med, 2022, 37(3): 515-517. (in Chinese)
- [8] KIM J S, SCOTT J, FISHER L, et al. Development of a personalized visualization and analysis tool to improve clinical care in complex multisystem diseases with application to scleroderma [J]. Arthritis Care Res, 2026, 78(2): 197-207.
- [9] 黄叶飞,杨克虎,陈澍洪,等. 高尿酸血症/痛风患者实践指南[J]. 中华内科杂志, 2020, 59(7): 519-527.
HUANG Y F, YANG K H, CHEN S H, et al. Practice guideline for patients with hyperuricemia/gout [J]. Chin J Intern Med, 2020, 59(7): 519-527. (in Chinese)
- [10] 徐征华,田丽,宫玺. 心理干预对老年慢性阻塞性肺疾病病人负性情绪及生活质量影响的Meta分析[J]. 护理研究, 2021, 35(6): 1008-1015.
XU Z H, TIAN L, GONG X. Effect of psychological intervention on negative emotion and quality of life of elderly patients with chronic obstructive pulmonary disease: a Meta-analysis [J]. Chin Nurs Res, 2021, 35(6): 1008-1015. (in Chinese)
- [11] 吕萍,张欢. 中西医结合临床路径在慢性肾小球肾炎患者护理中的应用效果[J]. 临床医学研究与实践, 2020, 5(26): 166-168.
LV P, ZHANG H. Application effect of clinical pathway of integrated traditional Chinese and western medicine in nursing of patients with chronic glomerulonephritis [J]. Clin Res Pract, 2020, 5(26): 166-168. (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 BY 4.0)许可协议,作者可在其他媒体再次发表。