

DOI: 10.12209/CAIM202603030002

· 中西医结合临床案例 ·

葫芦灸联合中药贴敷治疗1例热射病恢复期合并横纹肌溶解症患者的护理报告

张楠

(天津中医药大学第一附属医院 中医国家临床医学研究中心 针灸部九病区, 天津, 300193)

摘要: 热射病是一种严重的急性中暑类型,属于危及生命的急症,常并发横纹肌溶解症、多器官功能障碍等严重并发症,病死率极高。本文通过回顾1例热射病恢复期合并横纹肌溶解症患者采用葫芦灸联合中药贴敷治疗的临床护理过程,总结护理要点,包括病情观察、葫芦灸护理、中药贴敷护理、并发症预防、心理护理及健康指导等方面,为临床此类患者的护理提供参考。经积极治疗与精心护理,患者病情好转出院,随访1个月恢复良好。

关键词: 葫芦灸; 中药贴敷; 热射病; 横纹肌溶解症

Gourd Moxibustion Combined with Traditional Chinese Medicine Acupoint Application in Treating a Patient with Heat Stroke in the Convalescent Stage Complicated by Rhabdomyolysis: A Nursing Report

ZHANG Nan

(Ninth Ward of Department of Acupuncture and Moxibustion, National Clinical Research Center for Traditional Chinese Medicine, First Teaching Hospital of Tianjin University of Traditional Chinese Medicine, Tianjin, 300193)

ABSTRACT: Heat stroke is a severe form of acute heat illness classified as a life-threatening emergency, often complicated by rhabdomyolysis and multiple organ dysfunction, with an extremely high mortality rate. This paper retrospectively reviews the clinical nursing process for a patient with heat stroke in the convalescent stage complicated by rhabdomyolysis who received gourd moxibustion combined with traditional Chinese medicine (TCM) acupoint application. Key nursing points are summarized, encompassing condition observation, gourd moxibustion care, TCM acupoint application care, complication prevention, psychological nursing, and health guidance, aiming to provide references for the nursing care of similar patients. Following active treatment and meticulous nursing care, the patient's condition improved and the patient was discharged, with favorable recovery during the one-month follow-up.

KEY WORDS: gourd moxibustion; Traditional Chinese Medicine acupoint application; heat stroke; rhabdomyolysis

热射病是因暴露在高温高湿环境中,身体调节体温的功能失衡,导致核心体温迅速升高,并伴有中枢神经系统功能障碍及多器官损伤的致命性疾病。根据发病原因可分为劳力型热射病和非劳力型热射病,其中劳力型多见于健康年轻人,常因高强度体力活动诱发^[1]。横纹肌溶解症是热射病常见的严重并发症之一,主要是由于横纹肌细胞

受损破裂,大量肌红蛋白、肌酸激酶等细胞内物质释放进入血液,可引发急性肾损伤、电解质紊乱等一系列严重问题,进一步加重病情,增加治疗难度^[2]。

目前,西医对热射病合并横纹肌溶解症的治疗主要以快速降温、液体复苏、纠正电解质紊乱、保护脏器功能等对症支持治疗为主,但部分患者

收稿日期:2026-03-03

OPEN ACCESS

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

治疗后仍存在乏力、肌肉酸痛及胃肠功能紊乱等不适症状^[3]。中医认为热射病属“暑温”与“暑厥”范畴,其发病机制多为暑热之邪侵袭人体,灼伤津液,阻滞气机,进而导致脏腑功能失调;横纹肌溶解症可归属“痹证”与“肌痹”范畴,多由湿热瘀阻、气血亏虚所致^[4]。

葫芦灸作为一种新型艾灸疗法,通过葫芦的导热性和透气性,结合艾灸的温热刺激,可达到温通经络、散寒祛湿及调和气血的功效;中药贴敷则是通过药物的皮肤渗透作用,直达病灶,发挥清热祛湿、活血化瘀及益气健脾等作用^[5]。本病例针对1例热射病合并横纹肌溶解症患者,在西医常规治疗的基础上,采用葫芦灸联合中药贴敷治疗,并配合针对性的护理措施,取得了良好的临床效果,现将护理过程及体会报告如下。

1 病例资料

1.1 一般资料

患者男性,28岁,工人。患者于2025年04月20日参加马拉松比赛过程中突然出现意识不清、呼之不应,伴恶心呕吐2次,呕吐物为胃内容物,二便失禁,就诊于某医院,当时测体温40℃,间断四肢抽搐,考虑热射病,于ICU住院治疗,予呼吸机辅助呼吸,予盐酸乙哌立松、碳酸氢钠、复方甲氧那明、富马酸比索洛尔、注射用胸腺法新、甲磺酸倍他司汀、左乙拉西坦、磷酸铝凝胶、利培酮、复合维生素B、维生素B₁、甲钴胺、双环醇片及多烯磷脂酰胆碱胶囊等对症治疗。

经治患者病情平稳,主因“吞咽困难伴四肢活动不力1月余”于2025年05月27日收治康复病区。患者神志模糊,烦躁不安,语言不利,构音障碍,四肢活动不力,流质饮食,饮食自胃管注入,间断咳嗽,咯白痰,二便可自控。既往体健,生于唐山市,长期居住在唐山市,平素性情温和;饮食无特殊偏嗜;否认吸烟史、饮酒史,长期从事工人职业,未婚未育,父母体健,家庭和睦。

1.2 查体

体温(T)37.5℃,脉搏(P)85次/min,呼吸(R)19次/min,血压(BP)110/73 mm Hg。神志模糊,烦躁不安,双侧瞳孔等大等圆,直径约3 mm,对光反射迟钝。皮肤黏膜干燥,无黄染、皮疹,全身浅表淋巴结未触及肿大。颈软,无抵抗。双肺呼吸音粗,可闻及少量湿性啰音。心率(HR)132次/min,律齐,各瓣膜听诊区未闻及病理性杂音。腹

平软,无压痛、反跳痛,肝脾肋下未触及。双下肢肌肉压痛明显,活动受限,生理反射存在,病理反射未引出,四肢肌力4级。

中医四诊:望诊:神志模糊,烦躁不宁,躁动不安,属神乱范畴;面色、皮肤黏膜干燥,少津无华,提示阴津耗伤、燥热内盛;双下肢活动受限,肌力减弱,肢体拘滞不利;舌质红或暗红,舌干少津,苔黄腻。闻诊:言语无序或不能正确对答;呼吸气促,双肺可闻及湿啰音,提示肺气不宣、痰热内蕴;无明显腐臭、腥臭味,暂无明显溃腐、重症秽浊之象。问诊:纳食情况不详;烦躁不安,夜卧不宁,热扰心神。切诊:脉数、疾、滑或洪数,提示热毒内盛、气分热盛、扰动心神。

1.3 辅助检查

颅脑CT:颅脑平扫未见异常,左侧上颌窦黏膜囊肿。血常规:白细胞计数 $18.6 \times 10^9/L$,中性粒细胞百分比92.3%,血红蛋白156 g/L,血小板计数 $210 \times 10^9/L$ 。生化检查:肌酸激酶(CK)28640 U/L,肌酸激酶同工酶(CK-MB)320 U/L,乳酸脱氢酶(LDH)1850 U/L,天门冬氨酸氨基转移酶(AST)680 U/L,丙氨酸氨基转移酶(ALT)420 U/L,血肌酐(Scr)186 $\mu\text{mol/L}$,尿素氮(BUN)12.8 mmol/L,尿酸(UA)580 $\mu\text{mol/L}$,血钾5.8 mmol/L,血钠132 mmol/L,血氯98 mmol/L。尿常规:尿蛋白(+++),尿潜血(++++) ,尿糖(-),尿酮体(-),尿胆红素(-)。凝血功能:凝血酶原时间(PT)14.8 s,活化部分凝血活酶时间(APTT)42.6 s,纤维蛋白原(FIB)2.1 g/L,D-二聚体1.8 mg/L。

1.4 诊断

中医诊断:暑厥(气阴两虚证)。鉴别诊断:暑厥需与中风病鉴别,中风常于情志刺激、劳累、饱食、饮酒后发病,昏倒后多有口眼歪斜、半身不遂等症状,一般无高热汗出、胸闷呕吐等症状。患者发病过程中感受暑热之邪,损伤气阴,导致气机逆乱、神明被扰,出现突然昏倒,不省人事,发为暑厥。西医诊断:热射病。

1.5 治疗干预

患者入院后立即给予西医常规治疗,具体如下:①纠正电解质紊乱:给予葡萄糖酸钙、胰岛素+葡萄糖静脉滴注纠正高钾血症,适当补充氯化钠纠正低钠血症;②保护脏器功能:给予还原型谷胱甘肽、多烯磷脂酰胆碱保护肝肾功能,美洛西林钠舒巴坦钠抗感染治疗;③对症支持治疗:镇静、止痛及营养支持等。在西医常规治疗的基础

上,于入院第3天患者体温稳定在37.5℃以下且意识转清后,加用葫芦灸联合中药贴敷治疗。

2 护理

2.1 护理评估

2.1.1 日常生活能力评估

巴氏指数评定量表^[6](Barthel Index, BI)包含进食、洗漱及穿衣等10个条目,总分100分,评分≤20分重度依赖、21~40分中度依赖、41~60分轻度依赖、评分>60分基本自理。患者评分60分,属于轻度依赖。

2.1.2 压力性损伤风险评估

诺顿评分量表^[7](Norton Scale)从身体状况、活动能力等5个维度进行评估,总分20分,评分≤14分提示高压压力性损伤风险、15~18分提示中压力性损伤风险、19~20分提示低压压力性损伤风险。患者评分18分,属于中压力性损伤风险。

2.1.3 跌倒风险评估

莫尔斯跌倒风险评估量表^[8](Morse Fall Scale, MFS)包含跌倒史、意识状态等6个条目,总分125分,0~24分无风险、25~44分低风险、评分≥45分高风险。患者评分55分,属于高跌倒风险。

2.1.4 抑郁评估

抑郁筛查病人健康问卷^[9](PHQ-9)共9个条目,总分27分,0~4分无抑郁、5~9分轻度抑郁。患者评分0分,无抑郁。

2.1.5 焦虑评估

广泛性焦虑量表^[10](GAD-7)共7个条目,总分21分,0~4分无明显焦虑、5~9分轻度焦虑。患者评分5分,属轻度焦虑。

2.2 护理诊断

①体温过高:与热射病导致的体温调节中枢功能紊乱、热毒内盛有关;②意识障碍:与热射病所致脑组织损伤、热毒扰心有关;③气体交换受损:与肺部感染、肺气不宣及痰热内蕴有关;④肢体活动障碍:与横纹肌溶解、湿热瘀阻及经络不通有关;⑤吞咽困难:与热射病所致神经功能损伤有关;⑥焦虑、恐惧:与病情危重、环境陌生、对治疗方案不了解及担心预后有关。

2.3 护理计划

患者体温维持在36.5~37.5℃,意识逐渐清晰,语言功能及肢体活动能力逐步改善;体液平衡恢复,皮肤黏膜湿润;肺部感染得到控制,呼吸平稳;吞咽功能逐步恢复,能逐步过渡到正常进食;

焦虑恐惧情绪缓解,治疗依从性提高;掌握疾病相关知识及康复注意事项;无严重并发症发生;营养状况逐步改善,BI评分、Norton评分及Morse评分逐步改善。

2.4 护理措施

2.4.1 一般护理

2.4.1.1 病情观察

①入院前3d每30min监测1次体温、脉搏、呼吸及血压,体温稳定后改为1次/h,后续根据病情调整为1次/4h;重点监测核心体温,确保维持在36.5~37.5℃。②每1小时观察患者神志、精神状态,记录烦躁程度、语言表达情况,使用格拉斯哥昏迷量表评估意识障碍程度,直至意识转清后改为1次/4h。③每日监测血常规、生化、凝血功能,观察指标变化,判断病情恢复及治疗效果;每周监测1次BI评分、Norton评分、Morse评分及焦虑抑郁评分,评估康复及心理状态。④观察患者咳嗽、咯痰情况,记录痰液颜色、量、性状;观察四肢活动情况、肌肉压痛程度,记录肌力变化;观察吞咽功能恢复情况;观察二便情况,确保二便自控。

2.4.1.2 生活起居护理

①取平卧位头偏一侧防误吸,每2h轻柔翻身,忌拖拽,预防压疮与肌肉损伤;意识清醒后循序渐进开展床上、床边及下床活动,改善肢体循环与活动功能。②温水清洁全身皮肤,重点护理骶尾、髌、足跟等受压处,保持床单元整洁。③每日2次口腔护理,保持口腔卫生。④肢体被动活动至主动锻炼,2~3次/d,15~20min/次,配合肢体拉伸舒缓肌肉僵硬疼痛,劳逸结合避免过劳损伤。⑤病房维持22~24℃、湿度50%~60%,避免噪音刺激,营造安静舒适休养环境。

2.4.1.3 饮食护理

①遵循中医“清热生津、益气养阴、健脾和胃”的原则,结合西医营养支持要求,给予高热量、高蛋白、高维生素及易消化的流质饮食,避免辛辣、油腻及生冷食物,防止加重脾胃负担。②入院初期,患者吞咽困难,通过胃管注入饮食,每次注入量150~200mL,温度38~40℃,4~5次/d,避免过快、过量注入,防止呛咳、误吸;意识转清、吞咽功能逐步恢复后,逐步尝试经口进食,先给予少量米汤,无不适后过渡到稀粥、蛋羹等半流质饮食,逐步减少胃管注入量,直至脱离胃管。③适当给予绿豆汤、冬瓜汤及百合粥等清热生津的食物;补

充优质蛋白,如瘦肉、鸡蛋及牛奶等,促进机体修复;多摄入新鲜蔬菜水果,补充维生素,促进电解质平衡。④根据舌脉表现,可在饮食中加入少量黄芪、麦冬及丹参等,益气养阴、活血化瘀,辅助康复;避免食用温热性食物,如羊肉、辣椒等,防止加重热毒。

2.4.1.4 用药护理

①严格遵医嘱给予液体复苏、保护肝肾功能、抗感染、纠正电解质紊乱及镇静等药物,准确掌握用药剂量、输注速度及用药时间;观察药物疗效及不良反应,如输注冬眠合剂时观察患者意识、血压变化,避免血压过低;输注葡萄糖酸钙时观察有无静脉刺激、心律失常等,发现异常及时报告医生。②意识转清后,向患者及家属讲解所用药物的作用、用法及注意事项,强调遵医嘱用药的重要性,避免自行增减药量或停药;指导患者观察自身用药反应,如有不适及时告知医护人员。

2.4.2 专科护理

①体温管理:密切监测体温变化,体温稳定后,继续观察体温变化,避免复升,若出现体温升高,及时报告医生并协助降温。②输液与血容量监测:严格遵医嘱控制输液速度,观察患者有无心慌、胸闷或呼吸困难等输液反应,监测血压、尿量(每日记录24 h尿量,确保尿量 ≥ 30 mL/h),判断血容量是否充足,及时调整输液方案。③电解质监测:密切监测血钾、血钠及血氯等电解质指标,遵医嘱给予纠正电解质紊乱的药物,观察患者有无高钾血症(四肢无力、心律失常)、低钠血症(头晕、恶心、嗜睡)等症状,发现异常及时报告医生。④呼吸道护理:指导患者有效咳嗽、排痰,协助拍背,1次/2 h,促进痰液排出;给予雾化吸入治疗,2次/d,稀释痰液,改善呼吸;观察咳嗽、咯痰情况,记录痰液颜色、量及性状。⑤横纹肌溶解相关护理:观察双下肢肌肉压痛、肿胀情况,避免剧烈活动,协助患者进行穴位按摩,促进肌肉恢复;监测肌酸激酶、肌红蛋白指标变化,观察尿色。

2.4.3 中医特色护理

2.4.3.1 葫芦灸

入住康复科第3天开始,1次/d,协助患者取俯卧位,暴露腰背部穴位(肾俞、命门、大肠俞及脾俞),清洁皮肤,放置特制葫芦,点燃艾炷,每次艾灸30 min,每周治疗7次,共治疗2周;艾灸期间观察患者面色、呼吸及意识状态,避免烫伤皮肤,艾灸后清洁穴位皮肤,告知患者艾灸后避免受凉、沾

水,休息30 min以上。06月12日,患者各项指标达标、症状显著改善,停止葫芦灸治疗。

2.4.3.2 中药贴敷

与葫芦灸同期开始,2次/d,将研成细末的中药(药物组成包括黄连、黄芩、黄柏、金银花、连翘、蒲公英、丹参、红花、当归、白术及茯苓等)用蜂蜜调成糊状,清洁贴敷穴位(脐周神阙穴、双侧足三里及三阴交),将药糊均匀涂抹于贴敷部位,固定牢固,每次贴敷4~6 h,共治疗2周;贴敷期间观察皮肤反应,贴敷后及时清理皮肤,若出现皮肤发红、瘙痒等不适,及时处理并报告医生。06月12日,患者各项指标达标、症状显著改善,停止中药贴敷治疗。根据暑厥及湿热瘀阻、气血亏虚的辨证,指导患者进行中医养生护理,艾灸后饮用温水,补充阴津;指导患者进行简单的自主穴位按摩(足三里、三阴交),2次/d,5~10 min/次,促进气血运行、经络通畅。

2.4.4 情志护理

①意识模糊期间采用温和、轻柔的语气每1~2 h安抚患者1次,每次安抚时长5~10 min,避免大声说话、强光刺激,反复告知患者“病情正在逐步好转,医护人员一直在身边照顾,不用害怕”,缓解其烦躁情绪,避免情绪激动加重病情。②意识转清后心理疏导:每日上午10点、下午3点各安排1次沟通,15~20 min/次,耐心倾听患者诉求,用通俗易懂的语言讲解病情、治疗方案及康复进度,针对性解答患者的疑虑,消除其焦虑、恐惧心理。③放松训练指导:每日上午11点、下午4点各指导患者进行1次放松训练,10~15 min/次,指导患者取舒适卧位,闭眼,双手自然放置于身体两侧,缓慢深呼吸(吸气4 s、屏息2 s、呼气6 s),同时引导患者放松全身肌肉,从头部开始,依次放松颈部、肩部、躯干及四肢,反复循环,帮助患者缓解紧张情绪。④环境调节:保持病室安静、整洁、光线柔和,控制病室噪音 ≤ 40 dB,减少人员走动,为患者创造舒适的休养环境,避免环境刺激加重烦躁。⑤音乐干预:每日上午9点、下午2点各播放1次舒缓音乐,选择轻音乐、古典民乐(如《高山流水》等),音量调至30~40 dB,每次播放20~30 min,播放时关闭门窗,减少外界干扰,帮助患者平复情绪、调节情志。⑥家属协同安抚:指导家属通过视频、语音方式安抚患者,多给予鼓励性语言(如“你恢复得很好,我们都在等你回家”),让患者感受到家庭支持,缓解孤独感。

2.4.5 健康宣教

①疾病认知宣教:用通俗易懂的语言向患者及家属讲解热射病的发病原因、急救措施及预防措施;同时讲解横纹肌溶解症的临床表现、治疗及康复注意事项,提高患者及家属对疾病的认知水平。②康复训练指导:指导患者及家属掌握肢体康复训练方法,强调循序渐进,避免过度活动;指导患者掌握吞咽功能训练方法,促进吞咽功能恢复。③用药指导:强调遵医嘱用药的重要性,指导患者及家属观察用药反应;指导家属掌握家庭护理方法,为患者出院后家庭护理做好准备。④出院后随访指导:告知患者出院后定期复查(出院后1周、2周及1个月复查血常规、生化与肝肾功能等),若出现体温升高、肢体无力加重、尿色异常等情况,及时就医;告知患者避免再次参加剧烈运动,高温环境作业时做好自我保护,定期体检。⑤生活习惯指导:指导患者养成良好的生活习惯,规律作息,避免熬夜,保持心情舒畅,适当进行太极拳、八段锦等中医养生运动,增强体质。

2.5 护理评价

经积极的中西医结合治疗及精心的护理,中医护理干预起到了温通经络、清热祛湿及益气养阴的功效,患者病情逐渐好转,详见表1。入院第3天意识完全清醒,体温稳定在 $36.5\sim 37.5^{\circ}\text{C}$;第5天肌酸激酶降至 12560 U/L ,血钾、血钠恢复正常;第10天肌酸激酶降至 5820 U/L ,血肌酐、尿素氮有所下降;第14天血肌酐、尿素氮恢复正常;第16天肌酸激酶降至正常范围,双下肢肌肉酸痛症状明显缓解,可自主活动。护理相关评分较入院时明显改善,BI评分由60分提升至90分,生活自理能力显著提高;Norton评分由18分提升至20分,压疮风险降低;Morse评分由55分降至25分,跌倒坠床风险得到有效控制;焦虑评分由5分降至0分,心理状态恢复良好。营养状况逐步改善,通过科学的饮食护理及营养支持,患者进食量逐步增加,可摄入足量高热量、高蛋白及高维生素食物,满足机体修复需求。

表1 疗效评估

评价指标	治疗前	治疗后	改善情况
BI/分	60	90	显著提升,生活自理能力大幅改善
NS/分	18	20	略有提升,压疮风险降低
MFS/分	55	25	显著下降,跌倒坠床风险得到有效控制
GAD-7/分	5	0	恢复正常,心理状态良好
意识状态	神志模糊、烦躁不安	神志清晰、情绪平稳	意识完全清醒,心理状态恢复
双下肢肌力/级	4	5	肌力恢复正常,可自主活动
CK/(U/L)	28640	170	逐步下降至正常,横纹肌损伤修复
Scr($\mu\text{mol/L}$)	186	86	恢复正常,肾功能改善
BUN(mmol/L)	12.8	5.9	恢复正常,肾功能改善
血钾(mmol/L)	5.8	4.5	恢复正常,电解质紊乱纠正
血钠(mmol/L)	132	143	恢复正常,电解质紊乱纠正

3 结果和随访

患者经系统治疗与护理后病情显著好转,于2025年06月14日康复出院。采用电话随访结合门诊复查的方式,电话随访主要了解患者日常状态,门诊复查进行实验室指标检测,确保随访全面准确。指导家属做好家庭护理,给予患者心理支持与陪伴,协助养成良好生活习惯,督促按时完成康复训练及定期复查,避免高温环境剧烈活动,预防疾病复发。出院后1个月随访,患者无发热、肌肉酸痛、乏力等不适症状,精神状态良好,饮食、睡眠正常,可自主完成日常活动;出院后3个月随访,患者已恢复正常生活及工作,无任何不适,门

诊复查各项指标均在正常范围,康复效果良好,未出现疾病复发情况。

4 讨论

热射病合并横纹肌溶解症病情凶险,并发症多,病死率高,及时有效的治疗和精心的护理是改善患者预后的关键^[11]。西医常规治疗主要以快速降温、液体复苏、纠正电解质紊乱及保护脏器功能等为主,可快速控制病情进展,但部分患者治疗后仍存在肌肉酸痛、乏力及胃肠功能紊乱等不适症状。中医外治疗法如葫芦灸、中药贴敷等,具有操作简便、副作用小且疗效确切等优点,可作为西医治疗的有效补充,促进患者康复^[12]。

葫芦灸是一种结合了葫芦的物理特性和艾灸温热刺激的新型中医疗法,葫芦具有良好的导热性和透气性,可将艾灸的温热刺激均匀作用于穴位,避免局部温度过高导致烫伤。选取肾俞、命门等穴位进行葫芦灸,可起到温补肾阳、调和气血、疏通经络的作用,有助于改善患者乏力、肌肉酸痛等症状^[13]。中药贴敷则是通过药物的皮肤渗透作用直达病所,本病例中所用中药具有清热祛湿、活血化瘀、益气健脾等功效,贴敷于神阙、足三里及三阴交等穴位,可调节脏腑功能、清除体内湿热、促进气血运行,加速横纹肌损伤的修复和脏器功能的恢复^[14]。葫芦灸与中药贴敷联合应用,可实现温热通络与药物渗透协同增效,内外同调、标本兼顾,在缓解躯体不适、改善脏腑机能、修复肌肉损伤的同时,有效缩短康复周期,提升整体治疗效果。

在护理过程中,注重病情的动态监测,尤其是核心体温、生命体征及实验室指标的监测,及时发现病情变化并协助医生调整治疗方案;加强葫芦灸和中药贴敷的专科护理,严格执行操作流程,密切观察患者皮肤反应和治疗耐受性,确保治疗安全有效;积极预防急性肾损伤、电解质紊乱及感染等并发症,降低疾病死亡率;同时,重视患者的心理护理和健康指导,消除患者不良情绪,提高治疗依从性,促进患者康复。

本病例通过葫芦灸联合中药贴敷治疗及针对性的护理措施,患者病情得到有效控制,顺利出院并恢复良好,表明该治疗方案及护理措施具有一定的临床效果。但由于本病例为个案报告,样本量较小,其疗效和护理经验仍需更多临床研究进一步验证和完善。在今后的临床工作中将继续探索中医外治疗法在热射病合并横纹肌溶解症患者中的应用,不断优化护理措施,提高护理质量,为患者提供更优质的护理服务。

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] 常林遇,张玉想,王佳兴. 热射病急性肝衰竭的发生机制和诊疗研究进展[J]. 中国中西医结合急救杂志, 2025, 32(4): 508-512.
Chang L Y, Zhang Y X, Wang J X. Research progress on the mechanism and diagnosis and treatment of acute liver failure in heat stroke[J]. Chin J Integr Tradit West Med Intensive Crit Care, 2025, 32(4): 508-512. (in Chinese)
- [2] 冀霞,杨胜军,彭宁. 呼吸与危重症医学[M]. 广州:世界图书出版广东有限公司, 2022.
- [3] 刘芳. 成人重症患者颅内压增高防控护理专家共识[J]. 中华护理杂志, 2024, 59(21): 2606-2610.
Liu F. Expert consensus on the prevention and control of intracranial hypertension in adult critical illness[J]. Chin J Nurs, 2024, 59(21): 2606-2610. (in Chinese)
- [4] 贾雨,任康妮,程晶. 急诊经典型热射病患者体温管理的证据总结[J]. 护理学杂志, 2026, 41(2): 48-53.
Jia Y, Ren K N, Cheng J. Summary of evidence on temperature management for classic heat stroke patients in emergency care[J]. J Nurs Sci, 2026, 41(2): 48-53. (in Chinese)
- [5] 邓凯元,徐枝芳,郭义. 基于中医理论与现代生命科学的“手-体相关”机制探讨[J]. 中医杂志, 2025, 66(20): 2082-2087.
Deng K Y, Xu Z F, Guo Y. “Hand-body correlation” mechanism based on traditional Chinese medicine theory and modern life sciences[J]. J Tradit Chin Med, 2025, 66(20): 2082-2087. (in Chinese)
- [6] 杨茹侠. 基于巴氏指数量表的照护模式选择[J]. 中国社会保障, 2023(1): 84-85.
Yang R X. Choice of care mode based on Papillon index scale[J]. China Soc Secur, 2023(1): 84-85. (in Chinese)
- [7] 申文冬,傅娴,谢文君. Norton量表与Braden量表在术中急性压力性损伤评估中的应用效果比较[J]. 齐鲁护理杂志, 2020, 26(24): 34-36.
Shen W D, Fu X, Xie W J. Comparison of the application effect of Norton scale and Braden scale in the evaluation of acute stress injury during operation[J]. J Qilu Nurs, 2020, 26(24): 34-36. (in Chinese)
- [8] 薛文函,刘玉洁,成帅,等. 老年脑卒中患者跌倒警觉度潜在剖面分析及影响因素研究[J]. 护理学报, 2026, 33(10): 15-20.
Xue W H, Liu Y J, Cheng S, et al. Latent Profile Analysis of Fall Awareness and Its Influencing Factors in Elderly Stroke Patients[J]. J Nurs, 2026, 33(10): 15-20. (in Chinese)
- [9] 沈蓉,周华,朱浩,等. PHQ-9, PHQ-2量表对恶性肿瘤患者抑郁筛查的应用价值[J]. 临床医药文献电子杂志, 2019, 6(A3).

- Shen R, Zhou H, Zhu H, et al. Application value of PHQ-9 and PHQ-2 scales in depression screening of patients with malignant tumor [J]. *Electron J Clin Med Lit*, 2019, 6(A3). (in Chinese)
- [10] 李晓敏, 何桂香. 中国老年人认知功能与身体衰弱的交叉滞后网络分析[J]. *现代预防医学*, 2026, 53(7): 1304-1310.
- Li X M, He G X. Cross-lagged panel network analysis of cognitive function and physical frailty in Chinese older adults[J]. *Mod Prev Med*, 2026, 53(7): 1304-1310. (in Chinese)
- [11] 陈腾飞, 高子恒, 刘清泉, 等. 论中医治疗急危重症之临床理念[J]. *中国中医急症*, 2024, 33(3): 537-539, 545.
- Chen T F, Gao Z H, Liu Q Q, et al. The essence of treating emergency and critical illnesses in traditional Chinese medicine [J]. *J Emerg Tradit Chin Med*, 2024, 33(3): 537-539, 545. (in Chinese)
- [12] 杨新军, 汪晶华, 王丽晖, 等. 老年劳力性热射病患者的临床特点及预后[J]. *临床误诊误治*, 2024, 37(15): 51-55.
- Yang X J, Wang J H, Wang L H, et al. Clinical characteristics and prognosis of exertional heat stroke in elderly patients [J]. *Clin Misdiagnosis Mistherapy*, 2024, 37(15): 51-55. (in Chinese)
- [13] 俞琴. 运用葫芦灸联合穴位贴敷治疗慢性肾脏病脾肾亏虚型水肿的临床观察[J]. *国际护理学研究*, 2025, 7(8).
- Yu Q. Clinical observation on the use of gourd moxibustion combined with acupoint application for the treatment of edema of spleen kidney deficiency type in chronic kidney disease [J]. *Int J Nurs Res*, 2025, 7(8). (in Chinese)
- [14] 徐慧, 严婷婷, 葛慧丽. 中药穴位贴敷联合盐热熨在维持性血液透析合并糖尿病肠病泄泻型患者中的应用效果[J]. *生命科学仪器*, 2025, 23(2): 169-171.
- Xu H, Yan T T, Ge H L. Effect of acupoint application of traditional Chinese medicine combined with salt hot ironing in patients with maintenance hemodialysis complicated with diabetic enteropathy diarrhea [J]. *Life Sci Instrum*, 2025, 23(2): 169-171. (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。