

DOI: 10.12209/CAIM202605230003

· 中西医结合临床案例 ·

1 例多重慢性病患者肾造瘘术后发热护理体会

乔金艳

(北京市健宫医院 泌尿外科, 北京, 100054)

摘要: 本文报道 1 例高龄女性左肾造瘘术后感染发热患者的护理经验。患者基础疾病多, 双侧肾造瘘管在位, 存在感染进展、管路并发症、营养不足、电解质紊乱及血糖波动等风险。护理过程中围绕体温、感染指标、造瘘管引流情况、血糖水平、营养状态和皮肤状况开展动态评估, 提出针对性护理问题, 配合抗感染、退热、纠正低钾血症、营养支持及血糖管理等治疗措施, 实施管路维护、病情观察、用药护理、饮食指导和出院宣教。结果显示患者发热缓解, 造瘘管通畅, 病情趋于稳定。本案例提示, 高龄肾造瘘术后感染患者的护理需突出早期识别、管路安全管理及多因素综合干预的重要性。

关键词: 肾造瘘; 术后发热; 复杂性尿路感染; 多重慢性疾病

Nursing Experience of Fever Management Following Nephrostomy in an Elderly Patient with Multiple Chronic Comorbidities: A Case Report

QIAO Jinyan

(Department of Urology, Beijing Jiangong Hospital, Beijing, 100054)

ABSTRACT: This paper reports the nursing experience of an elderly female patient who developed postoperative infection and fever following left-sided nephrostomy. The patient had multiple underlying comorbidities, with bilateral nephrostomy tubes in situ, and faced risks including infection progression, catheter-related complications, malnutrition, electrolyte imbalance, and glycemic fluctuations. The nursing process involved dynamic assessment of body temperature, infection indicators, nephrostomy drainage, blood glucose levels, nutritional status, and skin condition. Targeted nursing problems were identified, and corresponding interventions were implemented in conjunction with anti-infection therapy, antipyretic treatment, correction of hypokalemia, nutritional support, and glycemic management, along with catheter maintenance, condition monitoring, medication care, dietary guidance, and discharge education. The results showed that the patient's fever was resolved, the nephrostomy tubes remained patent, and the condition stabilized. This case highlights the importance of early identification, catheter safety management, and multifactorial comprehensive interventions in the care of elderly patients with post-nephrostomy infection.

KEY WORDS: nephrostomy; postoperative fever; complicated urinary tract infection; multiple chronic comorbidities

复杂性尿路感染常与泌尿道梗阻、留置管路、糖尿病及高龄等因素相关, 病情可从局部感染进展为全身感染^[1]。肾造瘘是解除上尿路梗阻、保障尿液引流的重要措施, 但留管期间仍需关注引流通畅性、逆行感染、堵管、脱管、出血及管周皮肤损伤等问题^[2]。本病例护理重点聚焦于感染控制与管路安全两方面, 同时结合患者糖尿病、低钾血

症、低蛋白血症、抗凝用药及活动能力下降等情况, 实施体温与感染指标动态监测、双侧肾造瘘管分侧管理、血糖与电解质监测、营养支持、出血与血栓风险观察及出院延续性指导。本例患者为高龄, 合并多种慢性疾病且双侧肾造瘘管在位, 左肾造瘘术后出现高热, 护理需在抗感染治疗基础上同步落实管路维护、血糖与电解质监测、营养支持

收稿日期: 2026-05-23

OPEN ACCESS

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

及并发症预防措施。本文总结其护理过程,以期
为同类复杂病例的综合护理提供参考。

1 病例资料

1.1 患者信息

患者女性,78岁,因“左肾造瘘术后伴发热
4 d”于2026年03月15日收入泌尿外科。患者4 d
前于外院行左肾造瘘术,术后当日出现发热,最高
体温39.6℃,伴排尿困难,予口服抗感染药物治
疗后症状无明显改善,急诊以“泌尿系感染、肾造
口状态”收入院。患者入院时神志清,精神尚可,
食欲欠佳,睡眠可,大便成形,尿量基本正常,近期
体重无明显变化。

既往有14年冠心病病史,2012年行冠状动脉
搭桥术,2022年行冠状动脉支架植入术;高血压
病史5年;2型糖尿病病史8年余,长期规律使用
胰岛素联合口服降糖药物控制血糖;高脂血症病
史8年;蛋白尿病史3个月余;右下肢静脉血栓病
史2周,规律口服利伐沙班抗凝治疗。2018年因
卵巢恶性肿瘤行手术治疗,术后行辅助化疗。患
者右肾造瘘状态约9个月,左肾造瘘状态4 d。既
往有输血史,否认食物、药物过敏史。

1.2 查体

入院查体:体温(T)36.70℃,脉搏(P)70次/
min,呼吸(R)20次/min,血压(BP)104/56 mmHg,
疼痛数字评分0分,身高152 cm,体重60 kg。患
者神志清楚,言语流利,自主步入病房,自主体位,
查体合作。全身皮肤干燥、弹性可,无皮疹、出血
点及明显水肿。双肺呼吸音清,未闻及干湿性啰
音;心律齐,各瓣膜听诊区未闻及病理性杂音。腹
部平坦,可见陈旧性手术瘢痕,全腹无明显压痛、
反跳痛,双肾区无明显叩击痛,膀胱区无膨隆。双
下肢无明显水肿,四肢肌力、肌张力基本正常,生
理反射存在,病理反射未引出。中医四诊:神色自
如,面色淡白,精神倦怠;语声清晰,无异常口气;
舌苔白厚腻,舌下脉络曲张,脉象浮迟。结合患者
发热、排尿困难、尿常规白细胞显著升高及长期双
侧肾造瘘病史,中医辨证为淋证,肾虚湿热证。

1.3 诊断

中医诊断:淋证,肾虚湿热证。患者高龄久
病,肾气亏虚,肾造瘘术后湿热之邪下注下焦,膀
胱气化失司,故而出现发热、排尿困难、尿液白细
胞升高;面色淡白、精神倦怠为正气亏虚之象,舌
苔白厚腻提示体内湿邪壅盛。

西医诊断:复杂性尿路感染,双侧肾造口状
态,发热,低钾血症,2型糖尿病,冠状动脉搭桥术
后、冠状动脉支架术后,盆腔术后,恶性肿瘤术后
化疗后,双侧肾积水,高脂血症,高尿酸血症。

1.4 治疗

患者入院后完善血常规、C反应蛋白(CRP)、
血气分析、电解质、肾功能、尿常规及心肌标志物
等相关检查,予以抗感染、补液、退热、纠正低钾血
症、血糖监测及营养支持等对症治疗;同时结合患
者冠心病、右下肢静脉血栓病史及抗凝用药情况,
动态监测出血及血栓发生风险。围术期实施规范
化护理,围绕病情评估、管路护理、活动指导、并发
症防控及出院随访开展全程连续性护理干预,治
疗过程详见表1。

2 护理

2.1 护理评估

感染发热评估:患者入院前最高体温
39.6℃,伴随排尿困难症状。入院当日血常规示
白细胞计数 $10.19 \times 10^9/L$ 、C反应蛋白81.57 mg/
L;尿常规检查示隐血2+、尿蛋白2+、尿白细胞
3+、尿糖1+,红细胞计数 $162/\mu L$ 、白细胞计数
 $7741/\mu L$ 、白细胞团8/HP,提示患者处于尿路感染
活动期。

管路评估:患者右肾造瘘置管约9个月,左肾
造瘘术后4 d,双侧肾造口状态易增加逆行感染、
管路堵塞、牵拉脱出及管周皮肤损伤的发生风险。
患者入院时双肾区无明显叩击痛,尿量基本正常,
但尿常规提示白细胞显著升高,临床需重点评估
造瘘管引流通畅度及管周皮肤状态。

慢病与安全评估:患者合并2型糖尿病,入院
血糖11.5 mmol/L,需加强血糖动态监测与管控。
采用微型营养评定简表(Mini Nutritional Assess-
ment-Short Form, MNA-SF)进行营养评估,总分
14分为满分,8~11分提示存在营养不良风险,本
例患者评分为8分,结合血清白蛋白29.7 g/L的
检验结果,提示患者存在营养不良风险^[3]。采用
Caprini 血栓风险评估量表(Caprini Risk Assess-
ment Model)行静脉血栓栓塞症(VTE)风险评估,
评分 ≥ 5 分提示血栓高危,本例患者评分为7分,且
存在2周右下肢静脉血栓病史,属于VTE高危人
群,抗凝治疗期间需密切观察患者皮肤瘀斑、血
尿、引流液颜色及消化道出血等异常表现^[4]。采
用Braden压疮风险评估量表行压力性损伤风险

表 1 治疗过程

时间	治疗与处置	护理配合	阶段结果
2026年03月11日	患者于外院行左肾造瘘术,术后出现发热,最高体温39.6℃,合并排尿困难,予口服抗感染药物对症治疗,症状无改善	详细评估患者病情,询问发热发生时间、既往用药情况、造瘘手术时长、尿量、尿色及基础疾病规律用药情况	患者发热症状未得到有效控制,转入本院进一步治疗
2026年03月15日	入院后完善血常规、CRP、血气分析、电解质及尿常规等相关辅助检查,予以抗感染、补液、退热及全身支持等综合治疗	动态监测患者体温变化曲线、血压、心率及24小时尿量,密切观察双侧肾造瘘管引流状态及管周皮肤情况	辅助检查示WBC 10.19×10 ⁹ /L, CRP81.57 mg/L, Hb100 g/L, 血清白蛋白29.7 g/L
2026年03月16日	持续予抗感染治疗,积极纠正低钾血症,调控血糖波动,全面评估患者营养状态及抗凝治疗相关风险	严格执行补钾治疗安全核对制度,精准记录出入量,密切观察患者有无心悸、乏力、血尿、皮下瘀斑等出血、血栓相关异常体征	复查CRP降至34.55 mg/L,血清白蛋白27.4 g/L,血钾最低值1.99 mmol/L
住院中后期	持续控制感染,加强营养支持,规范血糖管理,动态监测抗凝风险,定期维护肾造瘘管路	妥善固定造瘘管路,落实个体化活动指导,严密监测低血糖、出血等并发症,开展饮食及居家护理健康宣教	患者体温逐渐恢复平稳,造瘘管引流通畅,未发生脱管、局部压伤、低血糖及明显出血等并发症
2026年05月10日 (出院当日)	综合评估患者感染控制效果、居家管路维护能力及家庭照护条件,制定个体化出院复查及随访计划	指导患者居家监测体温、尿量、尿色及造瘘管管周皮肤情况,告知用药相关不良反应及异常情况处理方式	患者住院治疗37 d,病情好转,顺利出院

评估,15~18分为低风险等级,本例患者评分17分,需做好全身皮肤及受压部位护理^[5]。采用Morse跌倒评估量表(Morse Fall Scale, MFS)评估跌倒风险,评分≥45分提示跌倒高风险,本例患者评分为45分,需严格落实防跌倒护理措施^[6]。采用医院焦虑抑郁量表焦虑分量表(Hospital Anxiety and Depression Scale-Anxiety, HADS-A)评估心理状态,8~10分提示可疑焦虑状态,本例患者评分为10分,存在轻度焦虑情绪,主要与反复发热、造瘘管长期护理顾虑等因素相关^[7]。

2.2 护理诊断

结合患者病情、检查结果及风险评估结果,确立如下护理诊断:①体温过高:与复杂性尿路感染及造瘘术后机体炎症反应相关;②感染扩散风险:与双侧肾造瘘留置、尿液引流装置留存、糖尿病基础疾病及高龄机体抵抗力下降有关;③电解质紊乱:与感染应激、进食量不足及低钾血症相关;④血糖不稳定风险:与2型糖尿病病史、感染应激刺激及食欲波动有关;⑤营养失衡风险:与低蛋白血症、慢性疾病长期消耗有关;⑥出血与血栓并存风险:与抗凝药物使用、右下肢静脉血栓病史及卧床、活动量减少有关;⑦焦虑:与病情复杂、疾病预后不确定相关;⑧跌倒及压力性损伤风险:与高龄、低钾所致肢体乏力、活动耐力下降有关。

2.3 护理计划

患者72 h内体温可稳定维持在37.3℃以下,高热、寒战症状无反复;双侧肾造瘘管固定牢固、引流通畅,管周皮肤无红肿、渗液及浸渍等损伤表

现;机体炎症指标持续下降,未出现意识改变、血压下降等感染加重征象;血糖稳定控制在医嘱目标范围,低钾血症完全纠正;患者营养摄入改善,血清白蛋白水平逐步回升;住院期间未发生跌倒、压力性损伤、低血糖、活动性出血、管路脱落及血栓进展等不良事件;出院前患者及家属熟练掌握体温、尿量、尿色、管周皮肤的观察方法及用药异常反应的识别与处理方式。

2.4 护理措施

2.4.1 发热与感染观察护理

患者入院前峰值体温39.6℃,入院后将体温波动、寒战、出汗、精神状态及退热效果作为核心观察指标。病情急性期每4 h测量体温1次,出现高热、寒战症状时随时复测,同步监测并记录血压、心率、呼吸、尿量及尿色变化。严格遵医嘱执行抗感染药物治疗,输液期间密切观察患者有无皮疹、恶心、腹泻或静脉炎等药物不良反应。规范尿液标本采集,禁止从引流袋留取标本,严格消毒造瘘管采样口后采集新鲜尿液,标本采集后及时送检。若患者出现体温反复升高、尿液浑浊加重、腰痛、尿量减少或意识状态改变等异常,立即上报医师并配合处置。

2.4.2 双侧肾造瘘管护理

患者右侧肾造瘘置管9个月、左侧肾造瘘置管4 d,对双侧造瘘管分别粘贴“左”“右”标识进行区分管理。每日交接班时逐一核对管路位置、固定牢固度、引流袋悬挂高度及尿液性状。日常保持引流袋位置始终低于肾区水平,有效预防尿液

反流引发逆行感染;患者翻身、下床活动、如厕及转运前,提前理顺管路,预留适宜长度,避免管路牵拉、打折、受压。每日精准记录双侧造瘘管引流量、尿液颜色、沉淀物及气味,密切观察管周敷料有无渗血、渗液、松脱及皮肤浸渍情况,敷料潮湿、污染后及时更换。若发现尿液引流突然减少、血尿加重、管路脱出、管周皮肤红肿或发热反复等异常,立即禁止管路牵拉操作,第一时间通知医师处理。

2.4.3 血糖、电解质及用药安全护理

患者合并2型糖尿病,入院血糖11.5 mmol/L,感染期间严格遵照医嘱监测空腹、餐后及睡前血糖,密切观察患者出汗、心慌、手抖、乏力及嗜睡等低血糖前驱症状。针对患者食欲欠佳的情况,每日主动评估进食量,协助医师根据患者进食情况及血糖波动调整降糖方案,规避空腹、少食状态下低血糖风险。患者低钾血症症状显著,静脉补钾治疗前后严格核对医嘱、药液浓度、输注速度及静脉通路通畅性,补钾期间持续观察患者有无心悸、肌无力、腹胀等症状,必要时监测心电变化。每日核对患者阿司匹林、利伐沙班、降压药、降糖药及补钾药物的服用情况,重点监测有无血尿、黑便、牙龈出血、皮下瘀斑或穿刺点渗血等出血倾向表现。

2.4.4 VTE、活动与皮肤护理

患者存在2周右下肢静脉血栓病史,指导患者卧床期间于非血栓侧肢体及可耐受范围内开展康复锻炼,包括踝泵运动、足趾屈伸运动及股四头肌等长收缩训练,5~10 min/次,3~4次/d,严禁按摩血栓侧下肢,防止血栓脱落。协助患者下床活动前,妥善固定造瘘管及引流袋,活动全程由家属或护士陪同,防范跌倒及管路牵拉损伤。患者Braden评分17分,为压力性损伤低风险,重点观察骶尾部、足跟、管路压迫部位及敷料边缘皮肤状态,保持床单位平整、干燥、清洁,协助患者定时变换体位,减轻局部皮肤受压。每日评估患者进食、饮水、排便及体重变化,结合血清白蛋白29.7 g/L、MNA-SF评分8分的营养状况,指导患者少量多餐,优先摄入鱼、蛋、奶及瘦肉等优质蛋白,同时结合血糖及肾功能情况合理调整饮食结构与摄入量。

2.4.5 心理护理与居家照护指导

患者因反复发热、需长期护理造瘘管存在明显担忧,护士采用通俗简洁的语言,向患者讲解发热、尿液浑浊、引流不畅及血糖波动的内在关联,缓解患者紧张、焦虑情绪。指导患者及家属建立居家护理记录表,每日规范记录体温、血糖、双侧

尿量、尿色、用药情况及身体异常症状。患者出院前,通过实物示范的方式,向患者及家属讲解手卫生、引流袋规范摆放、管路固定、敷料观察方法及各类异常情况的应急处理措施,重点强调出现高热、寒战、尿量骤减、鲜红色血尿、管路脱出及管周红肿渗液等情况时,需立即就医复诊。

2.4.6 中医辨证施护

本例患者中医诊断为淋证,肾虚湿热证。发热期以清淡饮食为主,保持会阴部清洁,指导患者少量多次饮水,忌食辛辣、油腻及甜腻食物,避免加重体内湿热。患者体温平稳后,在评估皮肤完整、无明显出血倾向的前提下开展穴位按揉干预,选取三阴交、足三里及阴陵泉穴位,每穴按揉1~2 min,以局部酸胀、患者可耐受为度,1次/d,连续干预3 d;按揉过程中避开造瘘口、穿刺点及血栓侧下肢。若行耳穴压豆辅助治疗,选取肾、膀胱、神门及交感穴位,每穴按压30~60 s,每日按压3次,告知患者若出现耳廓疼痛、皮肤破溃或明显不适,需立即停止操作。

2.5 护理评价

经全程规范化治疗与系统性护理干预,患者发热症状得到有效控制,炎症水平、营养状态、血糖水平、电解质及各项安全风险指标均较入院时显著改善,护理前后各项关键评价指标对比结果见表2。

3 结果与随访

患者于2026年03月15日入院,入院前最高体温39.6℃。入院后予以抗感染、退热、补钾、血糖精细化管理、肾造瘘管维护及综合性安全护理等干预措施。2026年03月16日复查血常规及C反应蛋白,白细胞计数 $10.81 \times 10^9/L$,C反应蛋白由入院时81.57 mg/L降至34.55 mg/L,提示机体炎症反应较前明显减轻。住院期间患者体温逐步恢复正常,未再出现持续性高热、寒战等症状;双侧肾造瘘管固定牢固、引流通畅,管周敷料清洁干燥,未发生管路脱落、堵塞及明显渗血等不良事件。经规范补钾治疗后,患者低钾血症得以纠正,全程血糖监测中未发生低血糖事件。安全结局方面,患者可在家属协助下完成床旁活动,住院期间未出现跌倒、压力性损伤、活动性出血及血栓进展等并发症。

出院当日,责任护士对患者及家属开展肾造瘘管居家照护专项培训,重点指导其每日监测体温、双侧尿量、尿色,观察引流袋状态及穿刺口皮

表 2 疗效评估

评估项目	护理前	护理后(出院前)
体温	最高达 39.6℃(入院体温 36.7℃)	36.4~36.8℃,无寒战发作
WBC	10.19×10 ⁹ /L	6.92×10 ⁹ /L
CRP	81.57 mg/L	8.43 mg/L
尿液/造瘘管	尿白细胞 3+,尿白细胞计数 7741/μL;双侧肾造瘘管留置状态	尿色清亮,造瘘管引流通畅,管周皮肤干燥无异常
血钾	最低 1.99 mmol/L	3.72 mmol/L
血糖	入院血糖 11.5 mmol/L	空腹血糖 6.8~7.4 mmol/L,无低血糖发生
白蛋白/营养	血清白蛋白 29.7 g/L,MNA-SF 评分 8 分	血清白蛋白 34.2 g/L,MNA-SF 评分 11 分
疼痛	NRS 评分 0 分	NRS 评分 0 分
皮肤	Braden 评分 17 分	Braden 评分 20 分,皮肤无压红、破损
跌倒风险	Morse 评分 45 分	Morse 评分 30 分,住院期间无跌倒事件
焦虑情绪	HADS-A 评分 10 分	HADS-A 评分 6 分
出血/VTE 风险	右下肢静脉血栓,Caprini 评分 7 分,规律抗凝治疗中	无黑便、肉眼血尿、皮下瘀斑及血栓进展表现

肤情况,严格保持引流袋位置低于腰部水平,杜绝尿液反流。同时明确告知患者,若出现发热寒战、腰部疼痛、尿量骤减、鲜红色血尿、引流液浑浊伴异味、管路脱出或穿刺口红肿渗液等异常情况,需及时入院就诊。出院后第 3 天予以电话随访,反馈示患者体温正常,双侧肾造瘘管引流通畅,家属可规范完成病情观察与日常记录工作。

4 讨论

复杂性尿路感染好发于老年人群、糖尿病患者、尿路梗阻、留置泌尿系管路及机体免疫功能低下的患者。肾造瘘术可有效解除上尿路梗阻、降低肾盂压力,但造瘘管长期留置期间,患者始终存在逆行感染、管路堵塞、管路脱出、出血及管周皮肤损伤等多重风险。目前临床针对尿路感染的防控工作,已高度重视置管评估、引流管路维护、尿液规范采样及感染动态监测,但各护理环节的临床执行质量仍存在一定差异^[8]。本例患者为高龄女性,合并 2 型糖尿病、双侧肾造瘘、低蛋白血症、恶性肿瘤术后化疗史及右下肢静脉血栓,左肾造瘘术后短期内即出现高热,提示临床护理不可单一聚焦退热对症处理,需将感染动态观察、管路精细化维护、血糖与电解质管控、营养支持及安全风险管理整合为整体,实施系统化、个体化护理干预。

腔内泌尿外科操作后感染进展速度较快,患者合并尿路梗阻、糖尿病、基础状况差及免疫功能低下等高危因素时,极易诱发尿源性感染加重,甚至进展为尿脓毒症,临床需重点警惕。围手术期护理中,体温、寒战、心率、血压、尿量、意识状态及炎症指标的动态变化,是早期识别感染加重的核心观察指标^[9]。本例护理工作中,责任护士将体

温波动与双侧造瘘管引流量、尿液颜色、尿液浑浊度、腰部体征、精神状态及生命体征变化相结合综合评估病情,规避了单一依靠体温判断病情的局限性。同时,患者存在肿瘤术后化疗史、低蛋白血症及糖尿病,机体感染修复能力较弱,需强化血糖动态监测、个体化营养干预及全身皮肤保护。对于免疫功能低下、基础疾病复杂的泌尿系感染患者,临床护理需落实精细化、个体化风险管理,降低感染复发及并发症发生风险^[10]。

本病例的护理亮点在于将双侧肾造瘘留置、复杂性尿路感染、糖尿病、低蛋白血症及静脉血栓栓塞症风险纳入同一护理体系,实施综合性干预,护理措施贴合临床实际,具有较强的临床实用性。其中双侧造瘘管差异化标识、引流袋低位固定、尿液性状动态记录、标准化尿液采样、感染早期异常征象识别及居家照护系统化培训等护理举措,可为同类病例的临床护理提供参考借鉴^[11]。患者合并右下肢静脉血栓,长期口服利伐沙班抗凝治疗,护理过程中兼顾血栓预防与出血风险防控,在指导患者适度功能锻炼的同时,严密监测血尿、黑便、牙龈出血、皮下瘀斑及穿刺点渗血等出血征象,实现血栓与出血双向风险的动态平衡管理。

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] 刘长生,徐志杰.《EAU 泌尿系统感染指南(2023)》要点解读[J]. 中华全科医学, 2024, 22(6): 907-914.
Liu C S, Xu Z J. Interpretation of key points from

- the "EAU guidelines on urological infections(2023)" [J]. Chin J Gen Pract, 2024, 22(6): 907-914. (in Chinese)
- [2] 中华医学会老年医学分会, 中国医师协会老年医学科医师分会, 《中华老年医学杂志》编辑委员会. 中国老年危重患者营养支持治疗指南(2023)[J]. 中华老年医学杂志, 2023, 42(9): 1009-1028.
- The Geriatrics Branch of the Chinese Medical Association, the Geriatrics Branch of the Chinese Medical Doctors Association, and the Editorial Board of the Chinese Journal of Geriatrics. Practical guideline on nutritional therapy in critical geriatrics in China (2023) [J]. Chin J Geriatr, 2023, 42(9): 1009-1028. (in Chinese)
- [3] 田惠杰, 王闫敏, 辛文玲, 等. 微型营养评定法简表在老年脑卒中患者营养筛查中的应用[J]. 河北医药, 2023, 45(19): 2969-2972.
- Tian H J, Wang J M, Xin W L, et al. Application of the Mini Nutritional Assessment Scale-Short Form in nutritional screening of elderly stroke patients [J]. Hebei Med J, 2023, 45(19): 2969-2972. (in Chinese)
- [4] 全国肺栓塞和深静脉血栓形成防治能力建设项目专家委员会《医院内静脉血栓栓塞症防治质量评价与管理指南(版)》编写专家组. 医院内静脉血栓栓塞症防治质量评价与管理指南(2022版)[J]. 中华医学杂志, 2022, 102(42): 3338-3348.
- The expert committee of the National Project for Building Capacity in the Prevention and Treatment of Pulmonary Embolism and Deep Vein Thrombosis has compiled the "Quality Evaluation and Management Guidelines for the Prevention and Treatment of Venous Thromboembolism in Hospitals (Version)". Quality Evaluation and Management Guidelines for the Prevention and Treatment of Venous Thromboembolism in Hospitals (2022 Edition). [J]. Natl Med J China, 2022, 102(42): 3338-3348. (in Chinese)
- [5] 田野, 尹媛, 金璇. 一种预防俯卧位患者面部压力性损伤装置的设计与应用[J]. 中华危重病急救医学, 2025, 37(10): 968-970.
- Tian Y, Yin Y, Jin X. Design and application of a device to prevent facial pressure injury in prone patients[J]. Chin Crit Care Med, 2025, 37(10): 968-970. (in Chinese)
- [6] 刘雅婷, 彭云, 胡兰, 等. 美国CDC社区老人跌倒风险自评量表与Morse跌倒评估量表在中国住院老年患者中的应用比较[J]. 中国医药导报, 2024, 21(12): 16-19.
- Liu Y T, Peng Y, Hu L, et al. Comparison of the application of United States CDC self-rated fall risk questionnaire and Morse fall scale in hospitalized elderly patients in China [J]. China Med Her, 2024, 21(12): 16-19. (in Chinese)
- [7] 万俊刚. 医院焦虑和抑郁量表在综合性医院住院病人中应用的信度和效度分析[J]. 世界最新医学信息文摘, 2018, 18(54): 55-56.
- Wan J G. Reliability and validity analysis of hospital anxiety and depression scale for inpatients of comprehensive hospital [J]. World Latest Med Inf, 2018, 18(54): 55-56. (in Chinese)
- [8] 刘晨霞, 王霞, 邵欣, 等. 179所三级医院ICU导尿管相关尿路感染防控护理实践的调查[J]. 中华护理杂志, 2022, 57(22): 2750-2757.
- Liu C X, Wang X, Shao X, et al. Investigation of nursing practice for the prevention and control of catheter-associated urinary tract infection in ICUs of 179 tertiary hospitals [J]. Chin J Nurs, 2022, 57(22): 2750-2757. (in Chinese)
- [9] 孙红玲, 刘丽欢, 刘春香, 等. 尿路结石腔内碎石患者围手术期并发尿脓毒症护理专家共识[J]. 中华护理杂志, 2022, 57(8): 914-917.
- Sun H L, Liu L H, Liu C X, et al. Expert consensus on perioperative urosepsis nursing of patients with intracavitary surgery for urinary tract calculi [J]. Chin J Nurs, 2022, 57(8): 914-917. (in Chinese)
- [10] 张寅生, 卢毅, 刘广华, 等. 免疫功能低下合并肾结石患者输尿管软镜治疗围手术期泌尿系感染的临床特点分析[J]. 临床泌尿外科杂志, 2025, 40(2): 110-114.
- Zhang Y S, Lu Y, Liu G H, et al. Clinical characteristics analysis of perioperative urinary tract infections in patients with immune dysfunction and renal calculi treated with flexible ureteroscopy [J]. J Clin Urol, 2025, 40(2): 110-114. (in Chinese)
- [11] 彭德清, 司菲, 吕梅叶, 等. 防治医院获得性静脉血栓栓塞症信息化系统的建立与实践[J]. 中华护理杂志, 2023, 58(14): 1719-1725.
- Peng D Q, Si F, Lv M Y, et al. Establishment and practice of information system for prevention and treatment of hospital-acquired venous thromboembolism [J]. Chin J Nurs, 2023, 58(14): 1719-1725. (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。