

DOI: 10.12209/CAIM202605170001

· 中西医结合临床案例 ·

1 例高龄膀胱填塞合并多器官功能障碍患者的 中西医结合护理体会

王 旭

(北京市健宫医院 重症医学科, 北京, 100054)

摘要: 总结 1 例 75 岁膀胱填塞术后继发心、肾、呼吸及消化等多器官功能障碍患者的中西医结合护理经验。西医层面实施持续膀胱冲洗、CRRT 容量管理、机械通气、多管路维护及营养支持; 中医层面紧扣“气不摄血”至“阳气衰微”的病机演变, 分期应用耳穴压豆、穴位贴敷、中药内服及辨证施护。经 28 d 救治与护理, 患者成功脱机拔管, 多器官功能显著改善。中西医结合护理对高龄多器官功能障碍患者具有协同增效作用。

关键词: 膀胱填塞; 多器官功能障碍; 中西医结合护理; 穴位贴敷; CRRT

Nursing Experience of Integrated Traditional Chinese and Western Medicine for an Elderly Patient with Bladder Tamponade Complicated by Multiple Organ Dysfunction

WANG Xu

(Department of Critical Care Medicine, Beijing Jiangong Hospital, Beijing, 100054)

ABSTRACT: This paper summarizes the nursing experience of integrated traditional Chinese and Western medicine for a 75-year-old patient with secondary multiple organ dysfunction (involving the heart, kidney, respiratory, and digestive systems) following surgery for bladder tamponade. From the Western medicine perspective, continuous bladder irrigation, continuous renal replacement therapy (CRRT) volume management, mechanical ventilation, multi-lumen catheter maintenance, and nutritional support were implemented. From the Traditional Chinese Medicine (TCM) perspective, nursing interventions were closely aligned with the disease mechanism evolution from "Qi failing to control blood" to "Yang Qi exhaustion and decline," and were administered in different stages, including auricular bean pressing, acupoint application, oral administration of Chinese herbal medicine, and nursing care based on syndrome differentiation. Following 28 days of treatment and nursing care, the patient was successfully weaned from mechanical ventilation and extubated, with significant improvement in multiple organ function. The integrated traditional Chinese and Western medicine nursing care demonstrates synergistic effects for elderly patients with multiple organ dysfunction.

KEY WORDS: bladder tamponade; multiple organ dysfunction; integrated traditional Chinese and Western medicine nursing; acupoint application; continuous renal replacement therapy (CRRT)

1 临床资料

1.1 一般资料

患者男, 75 岁, 主因“血尿 2 d, 膀胱造瘘术后 1 d”于 2026 年 04 月 09 日 12:05 由急诊收入院。入院症见: 患者 2 d 前因心功能不全、昏迷于外院留置导尿管后出现血尿, 膀胱冲洗效果不佳; 1 d

前因尿管堵塞行膀胱穿刺造瘘术, 术后血尿加重。发病以来精神尚可, 食欲不佳, 睡眠欠佳, 活动能力减退, 大便规律成型, 尿量正常, 体重无明显变化。查体可见膀胱区膨隆, 留置尿管及膀胱造瘘管引流出暗红色尿液伴凝血块。既往史: 冠心病 30 余年, 曾行冠脉搭桥及支架植入术; 心功能不全、心力衰竭 1 周, 于外院行保守治疗; 2 型糖尿病

收稿日期: 2026-05-17

OPEN ACCESS

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

1 年,口服药物控制;慢性肾功能不全病史近 5 年(外院肌酐波动于 $170 \sim 220 \mu\text{mol/L}$)。否认高血压、脑卒中病史,否认肝炎、结核等传染病史,否认手术、外伤、输血或药物过敏史。

1.2 查体

一般情况:体温(T) 36.5°C ,脉搏(P) 90 次/min,呼吸(R) 21 次/min,血压(BP) 130/80 mmHg,疼痛数字评分(NRS) 0 分。神志清楚,精神可,营养良好,自主体位,查体合作。专科查体:腹部平坦,膀胱区膨隆,留置尿管及膀胱造瘘管,引流出暗红色尿液伴凝血块;肾区无叩击痛,输尿管行走区无压痛;外生殖器发育正常,包皮水肿。中医查体:神色自如,面色红润,精神良好,形体正常;语声清,无异常气味;舌淡红,苔薄黄,舌下脉络正常,脉濡。

1.3 诊断

西医诊断:膀胱出血、膀胱填塞、急性肾损伤、冠状动脉粥样硬化性心脏病、急性非 ST 段抬高型心肌梗死(近期)、心功能不全、2 型糖尿病、中度贫血、低蛋白血症、泌尿系感染、膀胱造口状态、前列腺增生。中医诊断:血淋(气不摄血证)。辨证依据:患者久病体虚,气不摄血,血溢脉外,故见小便浑浊、血尿及膀胱内凝血块填塞;气虚失运,水湿内停,故见包皮水肿;舌淡红、苔薄黄、脉濡,为气不摄血、兼有郁热之象。病位在膀胱与肾,病性属本虚标实。

1.4 治疗

1.4.1 西医治疗及结果

2026 年 04 月 09 日 13:00 在局部麻醉下行“经尿道膀胱镜下膀胱血块清除术”,术中清除约 1/2 血块时因血压升高、心功能异常停止操作,留置三腔导尿管,术后予持续膀胱冲洗,转入 ICU。04 月 11 日患者出现腹胀腹痛、腹盆壁皮下积气、腹腔积液。04 月 13 日因喘憋、低氧血症行经口气管插管机械通气;同日因膀胱内血块再次填塞行第二次膀胱镜血块清除术(喉罩全麻);同日心脏超声示左室射血分数 34%,诊断为急性心肌梗死、心力衰竭。04 月 14 日行右侧颈内静脉血滤置管,启动持续性肾脏替代治疗(CRRT);同日行右侧胸腔穿刺引流,抽出淡黄色液体 90 mL。04 月 13 日胃肠减压液隐血阳性,诊断为上消化道出血。抗感染治疗方面,根据感染指标先后予头孢噻肟钠他唑巴坦、美罗培南、利奈唑胺及左氧氟沙星等药物应用。治疗结果:04 月 21 日拔除气管插管,序贯无创呼吸机辅助呼吸。04 月 29 日因家属强烈要求,

患者自动出院。出院时神志清楚,生命体征平稳,多器官功能较入院时显著改善(肌酐 $222.8 \mu\text{mol/L}$,肌钙蛋白 I 0.802 ng/mL ,血红蛋白 73 g/L)。

1.4.2 中医治疗及结果

入院后予耳穴压豆(肾、膀胱、神门及皮质下),危重期(患者四肢厥冷)予温阳贴(附子、干姜、肉桂、吴茱萸、砂仁及冰片)贴敷双侧涌泉穴。04 月 23 日起予参附汤合苓桂术甘汤加减(人参 90 g、附片 30 g、茯苓 90 g、桂枝 30 g、白术 30 g、酒大黄 15 g、白茅根 60 g、车前草 30 g 及小蓟 30 g)口服,并予参附注射液静脉输注。治疗结果:患者四肢转温,水肿消退,可少量进食,肾功能、心功能指标较前好转。

2 护理

2.1 护理评估

2.1.1 一般评估

患者为 75 岁男性,因膀胱填塞、多器官功能障碍综合征入住重症监护室。患者入院时神志清楚,精神尚可,食欲减退,肢体活动能力完全丧失;全身水肿显著,伴胸壁、腹盆壁广泛皮下气肿。循环系统检查:心肌肌钙蛋白 I 峰值达 12.300 ng/mL ,N 末端 B 型脑钠肽前体持续 $>35000 \text{ pg/mL}$,心脏超声提示左室射血分数 34%;呼吸系统检查:氧合指数最低 174.8 mmHg ,存在双侧胸腔积液,右侧积液最深 7.8 cm、左侧 5.1 cm;感染相关指标:C 反应蛋白峰值 210.28 mg/L ,降钙素原峰值 5.47 ng/mL ,白细胞计数峰值 $40.54 \times 10^9/\text{L}$ 。

2.1.2 量表评估

采用 Braden 压疮风险评估量表评估压力性损伤风险,该量表包含感觉知觉、皮肤潮湿、活动能力、移动能力、营养状况、摩擦力与剪切力 6 个维度,总分 6~23 分,15~18 分为轻度风险、13~14 分为中度风险、10~12 分为高度风险、评分 ≤ 9 分为极度风险^[1]。本例患者评分为 11 分,属于压疮高度风险,结合患者全身水肿、广泛皮下气肿、活动能力完全丧失的躯体状况,压力性损伤发生风险极高。

采用 Morse 跌倒评估量表评估跌倒风险,该量表包含跌倒史、合并次要诊断、辅助器具使用、静脉置管、步态状态及精神状态 6 个条目,总分 0~125 分,评分 <25 分为低风险、25~45 分为中风险、评分 >45 分为高风险^[2]。本例患者评分为 55 分,为跌倒高风险,需强化跌倒预防护理。

采用导管滑脱风险评估表评估管路风险,该量表从患者意识状态、导管类型、固定方式、活动能力及治疗配合度等方面进行评估,总分>12分即为导管滑脱高危^[3]。本例患者评分为16分,属于导管滑脱高危,患者留置气管插管、股静脉及颈内静脉深静脉导管、胸腔引流管、胃管、尿管、膀胱造瘘管等多条管路,管路滑脱风险显著升高。

采用营养风险筛查2002量表评估营养状况,该量表包含营养状态受损评分、疾病严重程度评分及年龄加分(≥70岁加1分),总分≥3分提示存在营养风险^[4]。本例患者评分为5分,存在明确营养风险,需尽早实施个体化营养支持治疗。

2.2 护理诊断

结合上述护理评估结果,确立如下护理诊断:

①出血:与膀胱凝血块堵塞、手术创面渗血相关,临床表现为引流液可见暗红色血块,患者血红蛋白最低降至60 g/L。②心输出量减少:与急性心肌梗死、心力衰竭及容量负荷过重相关,辅助检查提示心肌肌钙蛋白I峰值12.300 ng/mL、N末端B型脑钠肽前体持续>35000 pg/mL、左室射血分数34%。③气体交换受损:与双侧胸腔积液、肺膨胀不全及广泛皮下气肿相关,患者氧合指数最低174.8 mmHg,因喘憋症状行机械通气治疗。④急性肾损伤:与肾后性梗阻、肾灌注不足及全身感染相关,患者血肌酐峰值449.5 μmol/L,合并肾积水,感染指标显著升高。⑤有感染的风险:与多管路留置、机体免疫力低下及全身水肿相关,患者共计留置6条医用管路,C反应蛋白210.28 mg/L、降钙素原5.47 ng/mL,周身水肿明显。⑥营养失调:低于机体需要量,与进食摄入受限、重症高代谢消耗及消化道出血相关,患者营养风险筛查2002评分5分,血清白蛋白25.6 g/L,大便隐血试验阳性。⑦有皮肤完整性受损的风险:与全身水肿、广泛皮下气肿、绝对卧床及管路摩擦刺激相关,患者Braden量表评分11分,为压疮高危^[1],肢体活动完全丧失。⑧焦虑/恐惧:与病情危重、多管路束缚、濒死感及死亡威胁相关,患者多次接受有创操作,家属曾提出自动出院诉求。⑨中医辨证问题:疾病早期为气不摄血证,危重期为阳气衰微、水湿内停证,恢复期为脾肾阳虚证,辨证依据患者舌脉及病情症状动态演变确立。

2.3 护理计划

针对患者病情及护理诊断,制定个体化护理计划:①严密监测生命体征及各脏器功能,实施个

体化血流动力学支持治疗;②持续行膀胱冲洗,保持尿路引流通畅,预防膀胱再次堵塞;③规范开展机械通气治疗与系统化呼吸道护理;④行连续性肾脏替代治疗,精准管控机体容量,减轻心肾脏器负荷^[5];⑤落实多管路系统化管理,预防管路相关感染及导管滑脱;⑥根据病情分期实施个体化营养支持治疗^[6];⑦实施中西医结合皮肤护理,预防压力性损伤;⑧依据中医辨证分期开展辨证施护,合理使用中医适宜技术^[7-8];⑨予患者心理护理。

2.4 护理措施

2.4.1 持续膀胱冲洗与出血管理

予患者生理盐水持续膀胱冲洗,根据冲洗液颜色动态调节滴速,冲洗液呈鲜红色时调节为100~120滴/min,洗肉水样时调节为60~80滴/min,液体转清亮后维持40~60滴/min。每小时挤压尿管及膀胱造瘘管,保障管路通畅、引流顺畅。若发生管路堵塞,采用50 mL注射器脉冲式抽吸血凝块,并配合医师经造瘘管注入生理盐水反复冲洗疏通。精准记录膀胱冲洗入量及引流液出量,准确估算出血量。动态监测血红蛋白数值变化,患者入院时血红蛋白为60 g/L,后续回升至70~88 g/L,遵医嘱为患者输注悬浮红细胞2U。结合泌尿外科会诊意见,予以氨甲环酸、蛇毒血凝酶等止血药物对症治疗。患者共行两次膀胱镜血块清除术,围手术期规范落实专科护理,术前备好负压吸引装置,术中配合医师反复冲洗、彻底清除膀胱内血凝块,术后强化各类引流管路固定,防止管路移位、滑脱。

2.4.2 血流动力学支持与心功能监护

持续监测患者心率、血压及中心静脉压(CVP),精准记录每小时出入量。配合医师实施液体负平衡管理策略,患者液体总平衡量为-4852 mL,有效减轻心脏前负荷。遵医嘱经中心静脉通路泵入硝酸甘油扩张冠脉、呋塞米利尿、去甲肾上腺素升压,所有血管活性药物均使用独立通路并做好清晰标识。每日动态监测心肌酶谱变化、观察心电图演变情况,患者心肌肌钙蛋白I(TnI)由2.100 ng/mL升至峰值12.300 ng/mL,后逐步回落至0.802 ng/mL,同时主动询问患者有无胸闷、心前区不适等症状。心脏超声提示患者左室射血分数(EF)为34%,护理过程中严格控制输液速度,维持<80 mL/h,避免加重心力衰竭。心肌酶达峰值期间,加强持续心电监护,床旁备好除颤仪等抢救设备,防范恶性心律失常发生。

2.4.3 CRRT及容量管理

为患者建立右侧颈内静脉血液净化通路,启动连续性静脉-静脉血液透析滤过(CVVHDF)模式治疗,采用后稀释方式及体外枸橼酸抗凝方案。CRRT治疗期间每小时精准记录机器动脉压、静脉压、跨膜压及超滤量,每2 h监测滤器后血钙浓度,根据数值及时调整枸橼酸输注泵速。患者治疗期间总超滤量17.09 L,液体净平衡为-7634 mL。严格精细化容量管理,出入量统计精准至毫升,将CRRT超滤量、各类引流量、尿量及不显性失水全部纳入液体平衡核算。患者累计尿量1650 mL,液体总平衡-3286 mL,周身水肿症状显著改善。后续患者血肌酐再次升高至302.1 $\mu\text{mol/L}$,予以第二次CRRT治疗,护理期间重点强化血液净化血管通路的维护与专科管理^[5]。

2.4.4 呼吸道管理与机械通气

患者因呼吸衰竭行经口气管插管机械通气治疗,呼吸机模式设置为同步间歇指令通气+压力支持通气(SIMV+PSV),吸入氧浓度(FiO_2)0.50~0.80,呼气末正压(PEEP)5~8 cmH_2O 。常规将床头抬高30°,按需实施密闭式吸痰,单次吸痰时间严格控制在15 s以内。每4 h监测气管插管气囊压力,维持压力在25~30 cmH_2O ,每日使用氯己定漱口液完成4次口腔护理。患者后续行右侧胸腔穿刺置管引流,妥善连接水封瓶并做好管路护理。患者脱机功能锻炼耐受性良好,血气分析提示动脉血氧分压93.8 mmHg,成功拔除气管插管后给予无创呼吸机序贯支持,同时指导患者进行缩唇呼吸、有效咳嗽训练。危重症患者实施集束化呼吸道护理,可有效降低呼吸机相关性肺炎(VAP)等院内感染的发生率^[9]。

2.4.5 感染控制与营养支持

实行专人分组护理,严格执行手卫生规范,接触患者前后规范落实手消毒。根据降钙素原(PCT)、C反应蛋白(CRP)动态变化,配合医师实施抗生素降阶梯治疗,用药方案依次为头孢噻肟钠他唑巴坦、美罗培南联合利奈唑胺、美罗培南联合左氧氟沙星。患者胃肠减压引流液隐血阳性,确诊合并上消化道出血,即刻暂停肠内营养,予以全肠外营养(TPN)支持。待出血停止、肠鸣音恢复后,先试泵入温水耐受良好,逐步过渡至短肽型肠内营养。治疗期间遵医嘱为患者输注人血白蛋白共6次、悬浮红细胞共4U。早期规范化营养支持可有效改善危重症患者预后,降低患者28天死亡率^[6]。

2.4.6 多管路与皮肤护理

建立患者专项管路登记卡,完善床旁交接班制度,动态记录管路留置情况。结合患者CT检查提示的腹盆壁皮下积气表现,使用记号笔标记积气范围,动态观察病情变化。针对患者全身重度水肿症状,将患者肢体抬高30°,采用专用托带承托阴囊部位,局部涂抹赛肤润保护皮肤。患者全程使用防压疮气垫床,在全身骨隆突处粘贴泡沫敷料进行减压保护。经系统治疗与专科护理后,患者全身水肿逐步消退,住院期间未发生压力性损伤。

2.4.7 中医特色护理

2.4.7.1 分期辨证施护

疾病早期辨证为气不摄血证,保持病室环境安静静谧,各项护理操作轻柔稳妥,规避不良刺激,嘱患者避免观察血性引流液,稳定情绪。疾病危重期辨证为阳气衰微、水湿内停证,患者四肢厥冷,予以棉被包裹保暖、热水袋温敷四肢,同时配合温阳贴敷涌泉穴温通阳气。疾病恢复期辨证为脾肾阳虚证,指导患者行床旁端坐康复锻炼,饮食予以小米油、山药粥等健脾益肾、养胃固本的食疗方案。

2.4.7.2 耳穴压豆

遵医嘱选取肾、膀胱、神门及皮质下四穴开展耳穴压豆治疗^[10]。肾穴位于对耳轮上下脚分叉处下方,膀胱穴与肾穴水平对应、位于肾穴内侧,神门穴位于耳廓三角窝后1/3上方,皮质下穴位于对耳屏内侧面。操作前使用75%医用酒精棉签消毒耳廓皮肤,待皮肤干燥后,用探棒在对应穴位探寻敏感压痛点。将粘贴有王不留行籽的0.5 $\text{cm} \times 0.5 \text{ cm}$ 医用胶布贴敷于选定穴位,以拇指、示指指腹垂直对压按压,采用一压一放的操作手法,力度由轻至重,以患者耳廓局部产生酸、麻、胀、痛感为宜,严禁揉搓按压。每日按压3~4次,每穴单次按压1~2 min,双耳交替施治,每3 d更换一次贴敷胶布,留置期间保持耳廓皮肤干燥清洁。操作注意事项:按压时禁止揉搓,防止皮肤破损;密切观察耳廓皮肤有无红肿、胶布过敏等不良反应。本例患者自入院至出院持续接受耳穴压豆治疗,总疗程20 d。

2.4.7.3 穴位贴敷

采用医院协定方温阳贴贴敷双侧涌泉穴,药物组成为附子、干姜、肉桂、吴茱萸、砂仁及冰片。将上述药物等比例混合,研磨成细末后过80目筛,密封保存备用。使用时取药末3~5 g,加入适

量生姜汁调和成糊状,制作成直径约 1.5 cm、厚度 0.3 cm 的圆形药饼,粘贴于透气医用胶布中央。涌泉穴定位:足底第 2、3 趾蹼缘与足跟连线的前 1/3 与后 2/3 交点处。操作前清洁擦干双足皮肤,将药饼精准贴敷于双侧涌泉穴并轻轻按压固定。每日贴敷 1 次,每次持续 4~6 h,以患者皮肤耐受度为准,常规夜间睡前贴敷、次日晨起取下,7 d 为一个疗程。注意事项:贴敷前详细询问患者药物过敏史;贴敷期间密切观察局部皮肤有无红肿、瘙痒或水疱等刺激反应,出现严重不适立即停用;附子、吴茱萸含毒性成分,严禁口服;贴敷期间指导患者忌食生冷、油腻食物。本例患者于危重期 04 月 10 日起开展温阳贴穴位贴敷治疗,连续贴敷 7 d,四肢厥冷症状改善后停止治疗。

2.4.7.4 中药内服与静脉用药

中药汤剂予以参附汤合苓桂术甘汤加减,浓煎温服,具体方药组成及剂量如下:人参片 90 g、黑顺片 30 g、茯苓 90 g、桂枝 30 g、白术 30 g、酒大黄 15 g、白茅根 60 g、车前草 30 g 及小蓟 30 g。煎煮方法:黑顺片先行煎煮 2 h,至口尝无麻舌感后,加入除酒大黄外的其余药材,加水没过药材 3~4 cm,浸泡 30 min,大火煮沸后转小火煎煮 40 min,最后 10 min 加入酒大黄同煎。共取药液 300 mL,分早晚两次温服,150 mL/次,1 剂/d,连续服用 7 剂(04 月 23 日至 04 月 29 日)。用药注意事项:附子有毒,必须严格执行先煎、久煎流程以减毒;服药后密切观察患者有无口舌麻木、恶心或心律失常等中毒反应;人参大补元气,服药期间需监测血压变化。静脉用药:遵医嘱予以参附注射液治疗,10 mL/支,每次取 20 mL 加入 0.9% 氯化钠注射液 100 mL 中稀释,以 40~60 滴/min 的速度缓慢静脉滴注,1 次/d。用药前排查过敏史,用药期间持续监测血压、心率变化,用药初始 30 min 密切观察患者有无皮疹、胸闷等过敏反应。研究表明,参附注射液可改善慢性心力衰竭患者心脏收缩功能,降低 NT-proBNP 水平^[7-8]。本例患者自 04 月 23 日起开展中药内服联合参附注射液静脉治疗,至 04 月 29 日出院,连续用药 7 d。

2.4.7.5 情志护理

各项操作前提前向患者及家属做好解释说明,每日主动告知患者病情好转情况,缓解其负面情绪。针对家属提出的出院诉求,耐心细致讲解转诊、转运的潜在风险,做好健康宣教与沟通安抚工作。

2.5 护理评价

经系统治疗与专科护理,患者膀胱冲洗液由暗红色凝血块样液体逐渐转为清亮,二次手术后未再次发生膀胱填塞。停用血管活性药物后,患者血压维持平稳,波动于 130~150/50~80 mmHg;心肌肌钙蛋白 I 由峰值 12.300 ng/mL 降至 0.802 ng/mL;血肌酐由 449.5 $\mu\text{mol/L}$ 降至 145.6 $\mu\text{mol/L}$ 。患者成功脱离呼吸机并拔除气管插管,氧合指数回升至 233 mmHg,双侧胸腔积液基本消退;感染指标显著改善并趋于正常,白细胞计数 $6.46 \times 10^9/\text{L}$ 、C 反应蛋白 71.55 mg/L。患者四肢转温,全身水肿完全消退,可少量经口进食。患者住院期间未发生压力性损伤、非计划性拔管等护理相关并发症。

3 结果和随访

患者入院后全程接受中西医结合治疗与系统化护理干预,多脏器功能损伤逐步改善,病情持续好转。患者于 2026 年 04 月 21 日拔除气管插管,术后予以无创呼吸机序贯辅助通气治疗。04 月 29 日因家属强烈要求予以自动出院,出院时患者神志清楚,生命体征平稳,各项脏器功能指标较入院时显著改善。出院复查指标,血肌酐 222.8 $\mu\text{mol/L}$ 、心肌肌钙蛋白 I 0.802 ng/mL、血红蛋白 73 g/L,患者可经口进食半流质饮食。因出院后家属拒绝提供联系方式,未能完成后续随访工作。出院前已向家属详细交代病情,告知其需定期复查心肾功能及泌尿系超声,建议患者于外院继续接受后续规范治疗。

4 讨论

本例患者为 75 岁高龄患者,合并冠心病搭桥支架术后、糖尿病及慢性肾功能不全等多种基础疾病,本次因膀胱填塞诱发心、肾、呼吸、消化、凝血多系统序贯性功能障碍。本例患者护理难点较为突出,病情存在多重矛盾因素,出血、心力衰竭、肾功能衰竭、呼吸衰竭、重症感染及消化道出血等多种危重问题相互影响、相互制约,充分液体复苏可加重心脏容量负荷、加剧心衰,抗感染与止血治疗方案需根据病情动态调整、精准平衡。集束化护理模式应用于危重症患者管理,可有效提升整体护理质量,降低医院获得性感染发生率^[9]。

西医专科护理方面,本研究通过建立冲洗液颜色与滴速联动的个体化膀胱冲洗方案、CRRT

精准容量管理及持续动态血流动力学监测,全程精准把控患者容量状态与出血情况,累计总超滤量 17.09 L,液体净平衡-7634 mL,为临床诊疗方案调整提供了客观、精准的依据,有效规避管路堵塞所致肾功能损伤加重、液体负荷过高诱发急性肺水肿等严重不良事件的发生^[5]。同时严格落实呼吸机集束化护理措施,包括床头抬高、规范化口腔护理及气囊压力动态监测等,有效降低呼吸机相关性肺炎的发生风险。

中医特色护理充分发挥整体调理、扶正固本的优势。本例患者严格遵循疾病病机演变规律,依据气不摄血、阳气衰微、脾肾阳虚的病情进展特点实施分期辨证施护。危重期紧扣阳气衰微的核心病机,针对患者四肢厥冷、喘憋躁动等临床表现,采用附子、干姜及肉桂等组方的温阳贴涌泉穴贴敷,联合参附注射液静脉给药,温振心肾阳气,与现代医学循环支持治疗理念相辅相成、协同增效。恢复期予以参附汤合苓桂术甘汤加减内服,配伍人参、附片、茯苓、桂枝及白术等药材,联合食疗调理脾胃,固护后天之本,巩固康复效果^[7-8]。

本例诊疗护理经验表明,对于高龄、多基础疾病且合并多器官功能障碍的危重症患者,以规范化西医监护治疗为基础,融合中医辨证施护的中西医结合护理模式,可实现中西医护理优势互补,获得良好的协同临床疗效,可为同类高龄危重症患者的临床护理工作提供可借鉴的实践参考。

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] Preventing pressure ulcers with the braden scale[J]. *AJN Am J Nurs*, 2024, 124(1): 38-40.
- [2] Jewell V D, Capistran K, Flecky K, et al. Prediction of falls in acute care using the morse fall risk scale[J]. *Occup Ther Health Care*, 2020, 34(4): 307-319.
- [3] 鲁志卉,郭晓贝,王颖. 预防住院病人非计划性拔管安全管理策略的研究进展[J]. *全科护理*, 2021, 19(25): 3476-3481.
Lu Z H, Guo X B, Wang Y. Research progress on safety management strategies for preventing un-
- planned extubation of hospitalized patients[J]. *Chin Gen Pract Nurs*, 2021, 19(25): 3476-3481. (in Chinese)
- [4] Wong H J, Harith S, Lua P L, et al. Comparison of concurrent validity of different malnutrition screening tools with the Global Leadership Initiative on Malnutrition (GLIM) among stroke survivors in Malaysia[J]. *Sci Rep*, 2023, 13(1): 5189.
- [5] Thadani S, Fuhrman D, Hanson C, et al. Patterns of multiple organ dysfunction and renal recovery in critically ill children and young adults receiving continuous renal replacement therapy[J]. *Crit Care Explor*, 2024, 6(5): e1084.
- [6] Lee I, Kim J, Ku M, et al. Effect of nutrition support team on 28-day mortality in Korean patients with acute respiratory failure[J]. *Acute Crit Care*, 2025, 40(2): 313-321.
- [7] 刘海燕,于晶晶,师志云,等. 基于 PI3K-AKT-mTOR 信号通路探讨参附注射液对心力衰竭大鼠的作用及其机制[J]. *现代生物医学进展*, 2023, 23(22): 4218-4222.
Liu H Y, Yu J J, Shi Z Y, et al. Exploring the effect and mechanism of Shenfu injection on heart failure rats based on the PI3K-AKT-mTOR signaling pathway[J]. *Prog Mod Biomed*, 2023, 23(22): 4218-4222. (in Chinese)
- [8] 程然,陶怡,王旭栋,等. 生脉注射液与参附注射液单用及联用干预慢性心力衰竭小鼠的比较研究[J]. *中国中西医结合杂志*, 2023, 43(4): 449-454.
Cheng R, Tao Y, Wang X D, et al. Comparative study of Shengmai injection and Shenfu injection alone and in combination for chronic heart failure mice[J]. *Chin J Integr Tradit West Med*, 2023, 43(4): 449-454. (in Chinese)
- [9] 韩文. 改良集束化治疗策略对免疫抑制肺部感染脓毒症患者预后及 ICU-AI 的影响[D]. 北京: 北京协和医学院, 2023.
- [10] 顾云云,蔡银珠,张淑平,等. 耳穴贴压技术在泌尿系统结石患者中应用的证据图分析[J]. *实用临床医药杂志*, 2024, 28(18): 123-128.
Gu Y Y, Cai Y Z, Zhang S P, et al. Evidence map analysis of application of auricular point sticking technique in patients with urinary calculi[J]. *J Clin Med Pract*, 2024, 28(18): 123-128. (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。