



高等医学院校护理专业教材改革示范教材

临床护理

(下册)



主 编 于 红

副主编 包晓红 阎 妍

编 委 (按姓氏笔画排序)

王翠蓉 田 春 朱冬菊 吴结苟

余峰彬 张华英 郎中云 周 春



华中科技大学出版社
<http://www.hustp.com>



高等医学院校护理专业教材改革示范教材

临床护理

(下册)

主 编 于 红

副主编 包晓红 阎 妍

编 委 (按姓氏笔画排序)

王翠蓉 田 春 朱冬菊 吴结苟

余峰彬 张华英 郎中云 周 春



华中科技大学出版社

<http://www.hustp.com>

中国·武汉

内 容 提 要

本书是高等医学院校护理专业教材改革示范教材。本书秉承“以人的健康为中心”的现代护理理念,以护理程序为主线进行编写,分为上、下册,内容包括儿科护理、内科护理、外科护理、急救护理、妇产科护理、精神科护理和传染病护理等内容。本书主要供高等医学院校护理专业学生及老师使用。

图书在版编目(CIP)数据

临床护理.下册/于红主编. —武汉:华中科技大学出版社,2015.10
ISBN 978-7-5680-1372-7

I. ①临… II. ①于… III. ①护理学 IV. ①R47

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2015)第 265626 号

临床护理(下册)
Linchuang Huli

于 红 主 编

策划编辑:车 巍
责任编辑:车 巍
封面设计:原色设计
责任校对:刘 竣
责任监印:周治超
出版发行:华中科技大学出版社(中国·武汉)
武昌喻家山 邮编:430074 电话:(027)81321913
录 排:华中科技大学惠友文印中心
印 刷:武汉鑫昶文化有限公司
开 本:880mm×1230mm 1/16
印 张:22.75
字 数:778 千字
版 次:2016 年 1 月第 1 版第 1 次印刷
定 价:98.00 元



华中出版

本书若有印装质量问题,请向出版社营销中心调换
全国免费服务热线:400-6679-118 竭诚为您服务
版权所有 侵权必究

前言

本书是以培养面向 21 世纪高素质护理技术专门人才为目标而编写的护理专业课程的综合性教材。本书改革传统的按临床学科设置临床护理专业课程的模式,以专业培养目标为导向,以职业技能培养为根本组织教材内容,突出应用性和实践性,注重教学内容的密切联系和相互衔接,避免重复和遗漏。

本书以适应社会需要为目标,教学内容坚持“三基”(基本知识、基本技能、基础理论)、“五性”(思想性、科学性、先进性、启发性、适用性),融传授知识、培养能力、提高素质为一体,坚持理论与实践相结合。本书内容丰富,深入浅出,图文并茂,便于培养学生自学能力,强化临床思维方法和工作方法。

全书分上、下两册,共 23 章,包括儿科护理、内科护理、外科护理、急救护理、妇产科护理、精神科护理和传染病护理等内容,编写时结合人的生命周期将上述内容进行整合,按护理程序进行编写,具体包括疾病概要、护理评估、主要护理诊断/问题、护理目标/评价、护理措施、健康指导等栏目,体现“以人的健康为中心”的现代护理理念和整体护理的科学内涵。本书既反映当代护理理论和护理技术的发展方向,又立足于培养综合能力和良好的职业道德行为。

本书由于红主持教学大纲的拟定并与所有编者共同完成教学大纲的编写工作,于红和包晓红负责本书结构体系设计,于红与阎妍负责完成上册和下册的统稿和校稿工作。于红、包晓红、阎妍、张华英、余峰彬、周春、田春、郎中云、吴结苟、朱冬菊及王翠蓉共同完成教材编写工作。

“临床护理”是我校新设置的护理专业课程,全体编者以高度认真负责的态度参与编写工作,由于编者的学识水平和能力有限,加上编写这种模式的教材属首次,书中错误和疏漏之处在所难免,敬请提出宝贵意见,以便本书再版时改进。

目 录

第十四章 泌尿及男性生殖器疾病患者的护理	(1)
第一节 概述	(1)
第二节 肾小球疾病概述	(6)
第三节 肾小球肾炎	(7)
第四节 肾病综合征	(11)
第五节 尿路感染	(13)
第六节 急性肾衰竭	(15)
第七节 慢性肾衰竭	(18)
第八节 泌尿系统损伤患者的护理	(21)
第九节 尿石症患者的护理	(27)
第十节 良性前列腺增生症	(32)
第十五章 血液与造血系统疾病患者的护理	(35)
第一节 概述	(35)
第二节 小儿造血和血液的特点	(41)
第三节 贫血	(43)
第四节 出血性疾病	(49)
第五节 白血病	(55)
附:骨髓穿刺术的护理	(61)
第十六章 内分泌营养与代谢性疾病患者的护理	(62)
第一节 概述	(62)
第二节 内分泌代谢性疾病患者常见症状体征的护理	(63)
第三节 甲状腺疾病	(64)
第四节 糖尿病	(70)
第五节 小儿能量与营养素的需要	(76)
第六节 婴儿喂养	(79)
第七节 维生素营养障碍	(84)
第十七章 骨及关节疾病患者的护理	(89)
第一节 概述	(89)
第二节 风湿热	(94)
第三节 系统性红斑狼疮	(96)
第四节 类风湿性关节炎	(99)
第五节 骨折	(101)
第六节 关节脱位	(111)
第七节 骨与关节感染	(114)
第八节 腰腿痛及颈肩痛	(119)
第十八章 神经系统疾病患者的护理	(125)
第一节 概述	(125)
第二节 神经系统疾病常见症状体征的护理	(129)
第三节 周围神经疾病	(133)
第四节 脑血管疾病	(138)
第五节 癫痫	(147)
第六节 颅内压增高	(150)



第七节 颅脑损伤	(154)
附:腰椎穿刺术及护理	(164)
第十九章 肿瘤患者的护理	(166)
第一节 概述	(166)
第二节 乳腺癌	(170)
第三节 肺癌	(173)
第四节 食管癌	(177)
第五节 胃癌	(181)
第六节 结直肠癌	(182)
第七节 原发性肝癌	(185)
第八节 膀胱癌	(189)
第九节 骨肿瘤	(192)
第十节 子宫颈癌	(196)
第十一节 子宫肌瘤	(199)
第十二节 子宫内膜癌	(201)
第十三节 卵巢肿瘤	(203)
第二十章 精神疾病患者的护理	(207)
第一节 概述	(207)
第二节 精神障碍的常见症状	(208)
第三节 精神科护理的基本技能	(211)
第四节 精神科的常用护理	(214)
第五节 精神疾病患者危机状态的防范与护理	(216)
第六节 精神分裂症患者的护理	(219)
第七节 情感性精神障碍的护理	(221)
第八节 神经症患者的护理	(226)
第二十一章 妊娠生理与产科患者的护理	(228)
第一节 妊娠期妇女的护理	(228)
第二节 分娩期妇女的护理	(243)
第三节 产褥期妇女的护理	(254)
第四节 高危妊娠妇女的护理	(262)
第五节 妊娠期并发症妇女的护理	(268)
第六节 妊娠合并症妇女的护理	(280)
第七节 异常分娩妇女的护理	(288)
第八节 分娩期并发症妇女的护理	(295)
第二十二章 妇科疾病患者的护理	(306)
第一节 女性生殖系统炎症患者的护理	(306)
第二节 月经失调患者的护理	(310)
第三节 妊娠滋养细胞疾病患者的护理	(321)
第二十三章 传染病患者的护理	(326)
第一节 概述	(326)
第二节 病毒性肝炎	(333)
第三节 艾滋病	(339)
第四节 麻疹	(342)
第五节 水痘	(345)
第六节 流行性腮腺炎	(347)
第七节 猩红热	(349)
第八节 细菌性痢疾	(351)
参考文献	(355)

第一节 概 述

泌尿系统是由肾脏、输尿管、膀胱、尿道及有关的血管和神经组成,其主要功能是生成和排泄尿液。肾对维持机体内环境的稳定起重要作用,例如,排泄机体的代谢废物,维持水、电解质和酸碱平衡,并分泌多种激素。泌尿系统疾病与其他系统疾病密切相关,本系统疾病可引起其他器官的病变,而其他系统疾病也可引起肾损害,故泌尿系统疾病及功能紊乱对人体影响很大。本章主要阐述原发性肾疾病。

【泌尿系统的解剖结构和生理功能】

(一) 肾

肾为实质性器官,左右各一,位于腹膜后脊柱两侧,形似蚕豆,长、宽、厚分别为 10.5~11.5 cm、5~7.2 cm、2~3 cm,各重 100~140 g,每个肾由约 100 万个肾单位组成,每个肾单位由肾小体及与之相连的肾小管组成,是肾脏的基本功能单位。

1. 肾小体 肾小体是由肾小球及肾小囊构成的球状结构。肾小球由盘曲的毛细血管袢构成,为血液过滤器,当血液流经肾小球时,除了血细胞和大分子蛋白质外,几乎所有血浆成分均可通过肾小球滤过膜进入肾小囊而形成与血浆几乎等渗的原尿。肾小囊由内外两层组成,内层为肾小囊脏层,紧紧包在肾小球毛细血管及球内血管系膜区的周围,在脏层和毛细血管内皮间有共同的基底膜;外层称为壁层,是肾小囊的外壁,壁层与近端小管曲部的管壁相连接。内外层之间为一囊腔,与近端肾小管的管腔相连通,原尿经肾小球滤出后经该囊腔进入肾小管。肾单位中由内皮细胞层、基底膜和上皮细胞层构成滤过膜。滤过膜的屏障作用包括:①机械屏障:即滤过膜仅允许一定大小的蛋白质分子通过;②电荷屏障:滤过膜中富含带负电荷的涎酸蛋白和硫酸类肝素,可阻止带负电荷的血浆清蛋白从滤过膜通过。上述任何一种屏障损伤均可引起蛋白尿。

2. 肾小管 肾小管按不同的形态结构,分布位置和功能分成三部分:近端小管、髓袢和远端小管。肾小管的主要功能有:①重吸收功能:原尿流经肾小管时,绝大部分物质被选择性地重吸收而回到肾小管周围的毛细血管,其中近曲小管的重吸收量最大。原尿滤液中绝大部分的葡萄糖、氨基酸、蛋白质、维生素、 K^+ 、 Ca^{2+} 、 Na^+ 、水、无机磷等都在近曲小管重吸收。②分泌和排泄功能:肾小管上皮细胞将本身产生的或血液内的物质分泌或排泄到尿液中,如 H^+ 、 NH_4^+ 、肌酐等,借此调节人体电解质和酸碱平衡;排出代谢产物和进入人体内的某些物质,如药物等。③浓缩和稀释功能:浓缩和稀释功能可反映远端肾小管、集合管对水平衡的调节。正常人在机体缺水时,组织渗透压升高,通过渗透压感受器促进抗利尿激素的分泌,使远端小管和集合管对水的重吸收增加,尿比重上升,尿液浓缩;反之,当体内水分过多时,抗利尿激素的分泌减少,肾小管和集合管对水的重吸收减少,从而使尿比重降低,尿液稀释而排出机体多余的水分。

3. 肾小球旁器 肾小球旁器位于皮质肾单位,由球旁细胞、致密斑和球外系膜细胞三者组成。肾素绝大部分由肾小球旁器的球旁细胞分泌,分泌主要受交感神经、压力感受器的调节,体内钠量也可调节其分泌。球旁细胞可以感受入球小动脉内压力和血容量的变化,当全身有效循环血容量减少时,肾内灌注压下降,入球小动脉内压力下降,肾素分泌增加。肾素使肝脏产生的血管紧张素原转变为血管紧张素 I,血管紧张素 I 再经血管紧张素转换酶的作用,生成血管紧张素 II 及血管紧张素 III,它们均可通过收缩血管和增加细胞外液量两种作用而使血压升高,血管紧张素 III 和血管紧张素 II 还通过刺激醛固酮的合成和分泌,促进



肾小管对钠的重吸收,增加血容量。

4. 肾的皮质和髓质 肾的皮质和髓质内含有大量肾单位和许多集合小管,它们密集分布,构成肾的实质部分。在这些结构之间,含有少量结缔组织,称为肾间质,内有血管、淋巴管和神经穿行。肾皮质可产生1-羟化酶,使25-羟维生素D₃转化为有活性的1,25-二羟维生素D₃,从而调节钙、磷代谢。肾脏髓质中的间质细胞能分泌前列腺素,主要有PGE₂、PGA₂及少许PG2a,前两者能扩张肾血管,增加肾血流,促进水钠排出,使血压降低;PG2a则有收缩血管的作用。肾皮质内所含缓激肽释放酶促使激肽原生成激肽(在肾脏主要为缓激肽),对抗血管紧张素的作用,使小动脉扩张,增加肾血流量,促进水和钠的排泄,使血压降低。此外,激肽释放酶还可促使前列腺素的释放。肾素、前列腺素、激肽释放酶共同调节肾的血液循环和肾小球滤过,并与其他激素共同维持血压和水盐代谢平衡。

此外,肾脏产生促红细胞生成激素(EPO)增多,刺激骨髓红系增殖、分化,使红细胞数目增多和血红蛋白合成增多。

(二) 输尿管、膀胱和尿道

1. 输尿管 输尿管是一对细长的肌性管道,起于肾盂、止于并开口于膀胱,全长25~30 cm。输尿管全长粗细不等,有3个狭窄部,即输尿管的起始部、跨越髂血管处、膀胱壁内,是结石易滞留之处。

2. 膀胱 膀胱是储存尿液的肌性囊状器官,有较大的伸缩性,成人一般容量为300~500 mL。膀胱的肌层由平滑肌纤维构成,又称逼尿肌,在尿道口有较厚的环形平滑肌,形成尿道括约肌。

3. 尿道 尿道是膀胱通到体外的排尿管道。男性尿道起始于膀胱的尿道内口、终于尿道外口,成人平均长18 cm,可分为前列腺部、膜部、海绵体部;尿道海绵体部称前尿道,前2部分称后尿道。尿道全程有尿道内口、尿膜部、尿道外口3处狭窄,是尿路结石最易滞留处。女性尿道较男性尿道宽、短、直,起于尿道内口,以尿道外口开口于阴道前庭,长3~5 cm,在穿过尿生殖膈时有尿道阴道括约肌环绕,可由意识控制排尿。由于女性尿道宽、短、直,后方又邻近肛门等原因,因而易患尿路逆行感染。

【泌尿系统疾病常见症状、体征及护理】

(一) 肾性水肿

肾性水肿是由于肾脏疾病而引起的人体组织间隙有过多的液体积聚使组织水肿,是肾小球疾病最常见的临床表现。由肾性水肿可分为两类:一类是肾炎性水肿,主要是由于肾小球滤过率下降,而肾小管的重吸收功能正常,从而导致“球-管失衡”,引起水钠潴留、尿量减少而出现水肿,因同时全身毛细血管通透性增加,水肿常为全身性,常从组织疏松处开始,如眼睑、头皮、外阴等,严重时波及全身,出现胸腔积液、腹腔积液等,常伴有血压增高。另一类是肾病性水肿,主要是由于大量蛋白尿造成血浆蛋白过低,血浆胶体渗透压降低,导致液体从血管内进入组织间隙而产生水肿,这类水肿受重力影响,多从下肢开始,水肿部位指压凹陷性强,常伴浆膜腔积液。

1. 护理评估

应重点评估引起肾性水肿的原因、诱因,水肿的特征,尿量、体重和血压变化等情况,以及伴随的身心变化及家庭、社会支持情况。

1) 健康史

泌尿系统疾病一般病程较长,病因各异,起病方式可缓可急。应详细询问:①有无诱因,如反复咽炎、扁桃体炎、皮肤脓肿等感染病史。②有无高血压、糖尿病、过敏性紫癜、系统性红斑狼疮等既往病史。③水肿的特征,如水肿部位、出现时间、进展情况,局限性还是全身性。④伴随症状,如:少尿、夜尿、血尿、尿液浑浊等;尿频、尿急、尿痛及腰痛、肾区疼痛,肾绞痛等;呼吸困难、心悸、乏力、食欲低下、恶心、呕吐等。⑤治疗情况,尤其是用药情况及效果等。

2) 身体状况

主要评估尿量、水肿的部位、性质及其程度,注意有无晨起眼睑水肿、外阴水肿等;心肺检查有无啰音、胸腔积液征、心包摩擦音;腹部检查有无腹腔积液征等。重度水肿患者注意有无生命体征的改变。

3) 心理-社会状况

由于水肿出现,加之部分患者可能出现肾损害,因此患者常可出现紧张、焦虑不安等心理反应,应注意评估疾病对患者日常生活、工作的影响,患者对有关疾病的性质、过程、预后、防治等各方面知识的了解程

度,有无焦虑、抑郁等负性情绪及其程度。患者的家庭经济、文化、教育背景及家庭成员对患者所患疾病的认识,对患者的关怀和支持程度,患者工作单位对患者所能提供的支持情况等;社区保健资源及状况如何,能否满足患者出院后的医疗、保健需求。

4) 实验室及其他检查

(1) 尿液检查:包括尿液的量、颜色、透明度、pH 值、比重等;尿蛋白、尿糖定性是否阳性;尿沉渣镜检有无血尿、白细胞尿、管型尿等。

(2) 其他:包括血清电解质、肾功能检查、尿路平片、静脉肾盂造影、B 超等检查结果。

2. 护理诊断

(1) 体液过多 与肾小球滤过率下降和神经内分泌功能紊乱导致水钠潴留,以及血浆清蛋白下降引起血浆胶体渗透压下降及摄入过多钠盐或水分等有关。

(2) 有皮肤完整性受损的危险 与皮肤水肿、营养不良有关。

3. 护理目标/评价

(1) 水肿程度减轻或完全消退。

(2) 无皮肤破损或感染发生。

4. 护理措施

(1) 一般护理 休息能减轻肾脏负担,加强利尿作用,应增加患者卧床时间,重度水肿有器官功能损害的患者应卧床休息至水肿消退。休息时宜抬高下肢,增加静脉回流,以减轻水肿。

(2) 饮食护理 ①水的摄入:按照“量出为入”的原则补充入液量,宜控制在前一日尿量加 500 mL。②钠盐的摄入:视水肿及血压升高的程度而定;轻度水肿、高血压患者,全日氯化钠摄入量 $<3\text{ g}$,禁用咸肉、咸菜、海产品等;水肿严重、血压明显升高者,应禁用食盐、酱油及其他含盐食物,全日主副食中含钠量 $<700\text{ mg}$;水肿极为明显、血压极高的患者,全日主副食中含钠量 $<500\text{ mg}$,限制摄入含钠量高的食物如发酵粉、汽水等,尽量不吃罐头及冷冻食品。③蛋白质的摄入:肾功能正常的患者可给予优质蛋白饮食 $1\text{ g}/(\text{kg}\cdot\text{d})$;对于有氮质血症的水肿患者,由于血中含氮物质浓度升高,此时应限制食物中蛋白质的摄入量,并适量补充必需氨基酸;透析患者可适当增加蛋白摄入。④热量:低蛋白饮食的患者需提供足够的热量,一般为 $125.5\text{ kJ}/(\text{kg}\cdot\text{d})$,碳水化合物和脂类在饮食热量中的比例应适当增加。以免引起负氮平衡。饮食应注意给予易消化、热量充足和富含维生素的食物。

(3) 皮肤护理 由于水肿,皮肤表面张力增高,皮肤有渗液,皮肤受压部位潮红、破溃,故应加强皮肤护理。保持皮肤清洁,嘱患者经常变换体位,对年老体弱者可协助翻身,用软垫支撑受压部位,并适当予以按摩。阴囊水肿者,可用吊带托起。严重水肿者应避免肌肉注射,可采用静脉途径。静脉穿刺拔针后,用无菌干棉球按压穿刺部位,至液体不外渗为止,防止液体从针口渗漏出来,注意无菌操作。

(4) 病情观察 ①液体出入量:准确记录患者 24 h 的液体出入量,入量包括饮水量、补液量、食物所含水量等,出量包括尿量、呕吐物、粪便、透析的超滤液量等。②水肿情况:包括水肿的分布、部位、特点、程度及变化等,在相同条件下定期测量患者的体重、腹围,并注意其变化情况。③生命体征:特别是血压的变化,如血压下降及尿量明显减少时,应警惕循环衰竭或急性肾衰竭。④严密观察有无心、脑等重要器官损害的表现,以及有无水中毒、稀释性低钠血症、低钾血症以及有无呼吸道、泌尿道、皮肤等部位感染的征象。

(5) 用药护理 遵医嘱使用利尿剂、糖皮质激素或其他免疫抑制剂,观察药物的疗效及可能出现的副作用。长期使用利尿剂可出现电解质紊乱如低钾血症、低氯血症;呋塞米等强效利尿药有耳毒性,表现为耳鸣、眩晕、听力丧失,一般是暂时性的,也可发生永久性耳聋,应避免与链霉素等氨基糖苷类抗生素同时使用。使用糖皮质激素和免疫抑制剂时,应向患者及家属反复叮嘱不可擅自加量、减量或停药。注意观察糖皮质激素的副作用,如水钠潴留、消化道出血、骨质疏松、继发感染等;使用环磷酰胺等免疫抑制剂时,容易引起出血性膀胱炎、骨髓抑制、消化道症状、肝功能损害、脱发等。

(6) 防止感染 肾病性水肿多存在血浆清蛋白下降,加上应用糖皮质激素或免疫抑制剂,常导致机体抵抗力下降,应采取相应防止感染的措施:①保持清洁的病室环境,病室保持合适的温度和湿度,定期做好病室空气的消毒;②协助患者做好全身皮肤黏膜的清洁卫生,避免皮肤感染;③糖皮质激素大剂量冲击疗法时,患者免疫力及机体防御能力受到很大抑制,应对患者实行保护性隔离,防止继发感染。



(二) 尿路刺激征

尿频(排尿次数多而尿量不多)、尿急(一有尿意即要排尿,常伴尿失禁)、尿痛(排尿时伴有膀胱区和会阴尿道有疼痛或灼热感)和排尿不尽等,称为尿路刺激征。尿路刺激征常见于尿路感染。

1. 护理评估

1) 健康史

注意询问患者过去有无尿路感染、泌尿系统结核、结石或肿瘤、前列腺疾病、盆腔疾病等病史;有无留置导尿管、尿路器械检查等病史;起病前有无明显诱因,起病以来的治疗经过,用过哪些药物,药物的剂量、用法、疗程及疗效如何,有无出现不良反应。

2) 身体状况

评估患者排尿的情况,有无尿频、尿急、尿痛和排尿不尽,并应了解排尿症状的起始时间,有无伴发其他不适,如发热、腰痛、肉眼血尿等。检查患者的体温、精神及营养状况。检查肾区有无叩击痛、耻骨上膀胱区及各输尿管压痛点有无压痛,以及尿道口有无红肿等。

3) 心理-社会状况

由于尿路刺激征反复发作带来的不适,患者和其家属可出现紧张、焦虑等心理反应。

4) 实验室及其他检查

(1) 尿液检查:有无白细胞尿(脓尿)、血尿、蛋白尿、管型尿;尿细菌学培养。

(2) 其他检查:血常规,肾功能检查,双肾B超,静脉肾盂造影。

2. 护理诊断/问题

排尿异常:尿频、尿急、尿痛与尿路感染、理化因素刺激膀胱等有关。

3. 护理目标/评价

排尿状况恢复正常,排尿时无不适,伴随症状消失。

4. 护理措施

(1) 一般护理:急性发作期间患者应卧床休息,增加水分的摄入。在无禁忌证的情形下,应嘱患者尽量多饮水、勤排尿,以达到不断冲洗尿路的目的,减少细菌在尿路停留的时间,减轻尿路刺激征,并向患者指出不要憋尿,以免加重病情。疼痛明显的患者可用热水袋热敷下腹部或轻按下腹部,可减轻膀胱区疼痛。

(2) 病情观察 观察排尿情况尤其是尿量变化,注意体温和伴随症状的变化,以及有无器官功能损害。

(3) 用药护理 高热时予以物理降温,必要时遵医嘱给予退热药。遵医嘱使用抗生素,注意观察药物的治疗反应及有无出现副作用,指导患者正确留取尿标本和中段尿培养标本,以便根据药物敏感试验结果选择有效抗生素。给予碳酸氢钠口服,以碱化尿液、减轻尿路刺激征,尿路刺激征明显者遵医嘱予以阿托品、普鲁苯辛等抗胆碱能药物治疗。

(三) 尿量异常

尿量异常(abnormal amount of urine)是指24 h排尿量的异常,包括多尿、少尿、无尿。正常人24 h尿量为1000~2000 mL。24 h尿量超过2500 mL为多尿,少于400 mL为少尿,不足100 mL为无尿。

1. 护理评估

1) 健康史

评估尿量异常的原因和诱因,如既往有无心、肾器官病变等病史,近期有无药物应用史。多尿,见于多种原因引起的肾小管功能不全,如慢性肾盂肾炎、肾动脉硬化、肾实质退行性变等;肾外疾病引起的多尿多见于尿崩症、糖尿病、肾上腺皮质功能减退等。少尿或无尿,可由肾前性(如心排血量减少、血容量不足等)、肾实质性(如急、慢性肾衰竭)和肾后性(如尿路梗阻等)3类因素引起。

2) 身体状况

询问患者每日排尿情况,注意了解尿量异常的程度及病程、尿色变化等,以及有无伴随情况如水肿、心悸、乏力、呼吸困难、多饮、多食、体重改变及腰痛等。有无由于多尿引起的低钾血症、高钠血症及脱水情况;有无由于少尿、无尿引起的高钾血症、代谢性酸中毒、低钠血症、低氯血症等。高钾血症常表现为疲乏、四肢软弱、心率减慢、心律失常,严重者可引起心跳骤停;低钠血症常表现为极度乏力、表情淡漠、恶心、肌肉痉挛、抽搐、昏迷等;代谢性酸中毒常表现为乏力、嗜睡、感觉迟钝、深大呼吸等。

3) 心理-社会状况

尿量异常可引起患者和其家属产生焦虑不安,甚至恐惧的心理反应。

4) 实验室及其他检查

(1) 尿液检查 有无血尿、白细胞尿(脓尿)、管型尿等,尿蛋白、尿糖定性检查是否阳性。

(2) 血液检查 血清电解质、血液酸碱度、血糖及肾功能检查有无异常。

(3) 其他检查 心电图、B超、尿路X线平片及泌尿系统造影等检查有无异常。

2. 护理诊断/问题

潜在并发症:水、电解质代谢紊乱和酸碱平衡失调。

3. 护理目标/评价

尿量恢复正常,无水、电解质代谢紊乱和酸碱平衡失调。

4. 护理措施

(1) 一般护理:①指导患者合理饮食,对少尿、无尿、明显水肿患者要限制水的摄入,尽量避免食用含钾较多的食物,如蘑菇、榨菜、马铃薯、柑橘、香蕉等;对多尿的患者鼓励多饮水。②向患者解释病情特点及治疗、护理内容,做好心理护理,劝慰患者保持良好心态,积极配合治疗。

(2) 病情观察每日监测尿量的动态变化,正确记录24h排尿次数及尿量;留取尿标本送常规检查和细胞学检查,及时采集血标本,监测电解质的变化;观察有无脱水或水肿、电解质和酸碱平衡紊乱的表现,一旦发现及时汇报医生并配合处理。

(3) 用药护理遵医嘱准确使用药物,同时观察有无药物蓄积引起的副作用,以防止加重水、电解质和酸碱平衡紊乱。对肾功能不全引起少尿伴高钾血症患者,配合医生及时采集血标本,监测电解质变化,做好抢救的准备;如需输血则应禁用库血。

(四) 肾性高血压

肾性高血压(renal hypertension)是继发性高血压最常见的原因,可分为肾实质性高血压和肾血管性高血压两种,前者是肾性高血压的常见原因,主要由急性或慢性肾小球肾炎、慢性肾盂肾炎、慢性肾衰竭等引起;后者占5%~15%,主要由肾动脉狭窄或堵塞引起。肾性高血压按发生机制又可分为以下两类:①容量依赖型,约80%以上,系因水钠潴留引起,用排钠利尿剂或限制水钠摄入可明显降低血压;②肾素依赖型,仅10%左右,是因肾素-血管紧张素-醛固酮系统被激活引起,过度利尿常使血压更加升高,应用血管紧张素转换酶抑制剂、钙通道阻滞剂可使血压下降。

1. 护理评估

1) 健康史

主要了解患者有无急性或慢性肾小球肾炎、慢性肾盂肾炎等病史。

2) 身体状况

询问患者有无头痛、头昏、眼花、乏力、呕吐等症状,了解血压变化及用药情况。肾性高血压的严重程度和原发病有关:肾血管性高血压,高血压程度较重,四肢血压多不对称、差别大,进展快,常呈恶性高血压表现;急性肾小球肾炎,多为一过性,以舒张压升高为主的中度高血压;慢性肾小球肾炎和肾功能不全,常引起持续性中度以上高血压。短期内血压急剧升高时可发生高血压脑病;持久的血压升高可加重肾脏的损害和导致心、脑血管病变。

3) 心理-社会状况

在原有肾脏疾病的基础上出现血压升高,或突然发生血压急剧升高时,患者及其家属常会出现紧张、焦虑,甚至恐惧的心理反应。

4) 实验室及其他检查

(1) 实验室检查 尿常规可有血尿、蛋白尿、管型尿;肾功能检查可见血尿素氮增高。

(2) 其他检查 ①腹部超声检查,可显示双侧肾脏的形态改变及肾实质的病变。②静脉肾盂造影和核素检查肾扫描,可显示双侧肾脏的形态及排泄功能,后者还可显示双侧肾脏血流分布情况。

2. 护理诊断/问题

(1) 疼痛:头痛与肾性高血压有关。



(2) 潜在并发症:高血压脑病。

3. 护理目标/评价

血压平稳下降以及头痛、头晕、心悸等症状减轻或消失。

4. 护理措施

(1) 一般护理 ①根据血压及肾功能情况安排卧床休息时间,有利于增加尿量降低血压。②给予易消化、热量充足和富含维生素的饮食;对明显水肿、高血压患者要限制水钠的摄入;对有氮质血症的患者应限制蛋白质的摄入量($0.5 \sim 0.8 \text{ g}/(\text{kg} \cdot \text{d})$),其中 60% 以上应为优质蛋白。③劝慰患者保持良好心态,正确应对疾病的变化,积极配合治疗,鼓励患者家属给患者以理解和支持。

(2) 病情观察 每日监测血压的动态变化,掌握血压波动的规律;了解患者的头痛、头晕、心悸、失眠等症状有无减轻;密切观察、及早发现高血压脑病及心脏受累的征象。发现异常应立即报告医生,并配合治疗和护理。

(3) 用药护理 遵医嘱正确使用降压、利尿药物,监控给药剂量和给药速度,以防止发生低血压,同时观察有无药物蓄积引起的副作用。嘱患者在服药期间注意缓慢地坐起和站立,避免因快速改变体位,导致直立性低血压,而发生摔倒和受伤。

(朱冬菊)

第二节 肾小球疾病概述

肾小球疾病是一组以血尿、蛋白尿、水肿、高血压等为主要临床表现的肾脏疾病。根据病因可分原发性、继发性和遗传性三大类,原发性肾小球疾病大多原因不明;继发性肾小球疾病是指继发于全身性疾病的肾脏损害,如系统性红斑狼疮肾炎、糖尿病肾病等;遗传性肾小球疾病是指遗传基因突变所致的肾小球疾病,如 Alport 综合征等。其中,原发性肾小球疾病占绝大多数,是引起慢性肾衰竭的主要疾病。下面主要介绍原发性肾小球疾病。

【发病机制】

多数肾小球疾病属于免疫介导性炎症性疾病,在慢性进展过程中也有非免疫非炎症机制参与,有时可成为病变持续和恶化的重要因素。

1. 免疫介导性炎症反应 多数肾小球疾病的发病起始于免疫反应,按发生机制可分为两类:①循环免疫复合物沉积:为肾脏免疫损伤中最常见的免疫复合物形成机制。系外源性抗原(如致病菌株的某些成分)或内源性抗原刺激机体产生相应抗体,在血循环中形成免疫复合物,沉积于肾小球系膜区和基底膜的內皮细胞下而导致肾脏损伤。②原位免疫复合物形成:肾小球自身抗原(如肾小球基膜)或外源性种植抗原刺激机体产生相应抗体,抗原与抗体在肾脏局部结合成原位免疫复合物而导致肾脏损伤。

2. 非免疫非炎症损伤 在肾小球疾病的慢性进行性发展过程中,非免疫因素起着重要作用,主要包括:①健存肾单位代偿性肾小球毛细血管内高压、高灌注及高滤过,可促进肾小球硬化;②高脂血症具有“肾毒性”,可加重肾小球的损伤;③大量蛋白尿可作为一个独立的致病因素参与肾脏的病变过程。

【原发性肾小球疾病的分类】

目前常用的分类方法包括病理分型和临床分型。

1. 原发性肾小球疾病的病理分型根据 1995 年 WHO 的分类标准,分型如下。

(1) 轻微性肾小球病变(minimal glomerular abnormalities)。

(2) 局灶性节段性病变(focal segmental lesions),包括局灶性肾小球肾炎(focal glomerulonephritis)。

(3) 弥漫性肾小球肾炎(diffuse glomerulonephritis)。

① 膜性肾病(membranous nephropathy)。

② 增生性肾炎(proliferative glomerulonephritis):a. 系膜增生性肾小球肾炎(mesangial proliferative glomerulonephritis);b. 毛细血管内增生性肾小球肾炎(endocapillary proliferative glomerulonephritis);c. 系膜毛细血管性肾小球肾炎(mesangiocapillary glomerulonephritis);d. 新月体和坏死性肾小球肾炎(crescentic

and necrotizing glomerulonephritis)。

③ 硬化性肾小球肾炎(sclerosing glomerulonephritis)。

(4) 未分类的肾小球肾炎(unclassified glomerulonephritis)。

2. 原发性肾小球疾病的临床分型根据 1992 年原发性肾小球疾病分型与治疗及诊断标准专题座谈会纪要,分型如下。

(1) 急性肾小球肾炎(acute glomerulonephritis, AGN)。

(2) 急进性肾小球肾炎(rapidly progressive glomerulonephritis, RPGN)。

(3) 慢性肾小球肾炎(chronic glomerulonephritis, CGN)。

(4) 隐匿性肾小球肾炎(latent glomerulonephritis),包括无症状性蛋白尿和(或)血尿。

(5) 肾病综合征(nephrotic syndrome, NS)。

肾小球疾病的临床分型与病理类型之间有一定的联系,但并无肯定的对应关系。同一病理类型可呈现多种临床表现,而同种临床表现又可见于不同的病理类型。肾活组织检查是确定肾小球疾病病理类型和病变程度的必要手段,而正确的病理诊断又必须与临床紧密结合。

(朱冬菊)

第三节 肾小球肾炎

一、急性肾小球肾炎

急性肾小球肾炎(acute glomerulonephritis, AGN),简称急性肾炎。该病起病急,以血尿、蛋白尿、水肿和高血压为特征的肾脏疾病,可伴一过性肾损害,多见于链球菌感染后,其他细菌、病毒和寄生虫感染后也可引起。本节主要介绍链球菌感染后急性肾炎。

本病儿童较成人多见,发病前常有前驱感染史,多为急性链球菌感染所致上呼吸道感染,少见皮肤感染。多在感染后 1~3 周发病,其中皮肤感染引起者潜伏期较呼吸道感染稍长。起病较急,病情轻重不一,轻者可无明显临床症状,仅表现为镜下血尿及血清补体异常,重者表现为少尿型急性肾衰竭,大多数预后良好,一般在数月内痊愈。本病为自限性疾病,无特效治疗,主要在于休息和对症治疗,防治急性期并发症、保护肾功能,以利其自然恢复。

【护理评估】

(一) 健康史

评估患者起病前 1~3 周有无链球菌感染史,如急性扁桃体炎、咽炎、皮肤脓疮疮;患者年龄,既往就诊及用药情况。

(二) 身体状况

本病起病较急,病情轻重不一,典型者呈急性肾炎综合征的表现。

1. 尿液改变

(1) 尿量减少:见于大部分患者起病初期,尿量常降至 400~700 mL/d,1~2 周后逐渐增多,但无尿少见。

(2) 血尿:常为首发症状,几乎所有病例均有血尿,约 40% 出现肉眼血尿。肉眼血尿多于数日或 1~2 周转为镜下血尿,镜下血尿持续时间较长,常为 3~6 个月或更久。

(3) 蛋白尿:绝大多数患者有蛋白尿,程度不等,多为轻中度,少数为大量蛋白尿。

2. 水肿 常为首发症状,见于 80% 以上的患者,性质为非凹陷性,轻者仅见眼睑、颜面,晨起明显,重者遍及全身可伴有胸腔积液和腹腔积液。

3. 高血压 见于 80% 的患者。多为一过性高血压,利尿后血压可很快恢复正常。严重高血压较少见,重者可发生高血压脑病。

4. 肾功能异常 部分患者在起病早期可因尿量减少而出现一过性的轻度氮质血症,常于 1~2 周后,随



尿量增加而恢复正常,极少数患者可出现急性肾衰竭。

5. 并发症

(1) 心力衰竭:以老年患者多见。多于起病后 1~2 周内发生,但也可为首发症状,其发生与严重循环充血有关。

(2) 高血压脑病:儿童多见,多发生于病程早期。

(3) 急性肾衰竭:极少见,为急性肾炎死亡的主要原因,多数可逆。

(三) 心理-社会状况

由于起病较急、病情发展快,少数患者出现肾功能恶化,需进行透析治疗等,常使患者及家属感到焦虑不安,出现紧张、抑郁、恐惧等负性心理反应。

(四) 实验室及其他检查

(1) 尿液检查:几乎所有患者均有镜下血尿,尿中红细胞为多形性。尿沉渣中常有红细胞管型、颗粒管型,并可见白细胞、上皮细胞。尿蛋白多为(+)~(++)。

(2) 血液检查:稀释性贫血,血沉增快。

(3) 抗链球菌溶血素“O”抗体(ASO)测定:ASO 常在链球菌感染后 2~3 周出现,3~5 周滴度达高峰而后下降。

(4) 血清补体测定:发病初期总补体及 C_3 下降,8 周内逐渐恢复至正常水平。

(5) 肾功能检查:可有轻度肾小球滤过率降低,血尿素氮和血肌酐升高。

【主要护理诊断/问题】

1. 体液过多 与肾小球滤过率下降导致水钠潴留有关。

2. 活动无耐力 与疾病所致高血压、水肿等有关。

3. 潜在并发症 如急性左心衰竭、高血压脑病、急性肾衰竭等。

4. 知识缺乏 缺乏自我照顾的有关知识。

5. 有皮肤完整性受损的危险 与皮肤水肿、营养不良有关。

【护理目标/评价】

(1) 尿量恢复正常,水肿明显减轻或消退。

(2) 患者住院期间无严重循环充血、高血压脑病、急性肾功能不全等情况发生,或发生时能得到及时发现和处理。

(3) 让患者和家属了解休息、限制活动的意义,理解调整饮食的必要性,配合治疗与护理。

【护理措施】

1. 饮食护理 急性期严格限制钠的摄入,以减轻水肿和心理负担。一般每天盐的摄入应低于 3 g,待病情好转、水肿消退、血压下降后由低盐转为正常饮食。少尿者还应注意水和钾的摄入。另外,应根据肾功能调节蛋白质的摄入量,同时给予足够的热量和维生素。

2. 休息 急性期绝对卧床休息,症状明显者卧床休息 4~6 周,待水肿消退、肉眼血尿消失、血压恢复正常后,逐步增加活动量。1~2 年内应避免重体力活动和劳累。

3. 皮肤护理 由于水肿,皮肤表面张力增高,甚至皮肤有渗液及皮肤受压部位潮红、破溃,故应加强皮肤护理。

4. 病情观察 ①液体出入量:准确记录患者 24 h 的液体出入量,若持续少尿提示可能有急性肾衰竭;尿量增加,肉眼血尿消失则提示病情好转。②水肿情况:包括水肿的分布、部位、特点、程度及消长等,定期测量患者的体重、腹围,并注意其变化情况。③严密观察有无心、脑等重要器官损害的表现,以及有无电解质紊乱。

5. 用药护理 ①使用利尿剂应注意观察尿量、水肿、血压变化,观察水、电解质紊乱的症状。②使用降压药时应定期检测血压,还应防治直立性低血压;如应用硝普钠应新鲜配制,避光,准确地控制液体速度及浓度,以避免遇光后变色,影响疗效。

6. 健康指导 向患者及家属介绍本病为自限性疾病,预后良好。介绍发病因素及防治方法,告知休息

及对症治疗,尤其是强调限制患者活动是控制病情进展的重要措施,锻炼身体,增强体质,避免或减少上呼吸道感染,彻底清除感染灶是预防的主要措施,出院后适当限制活动,定期门诊随访。

二、慢性肾小球肾炎

慢性肾小球肾炎(chronic glomerulonephritis),简称慢性肾炎,是一组病情迁延、病变进展缓慢,最终将发展成为慢性肾衰竭的原发性肾小球疾病。临床上以水肿、高血压、蛋白尿、血尿及肾功能损害为基本表现。由于病理类型及病变所处的阶段不同,使疾病表现呈多样化。病情时轻、时重,个体间差异较大。以青、中年男性患病居多,病程常超过1年或长达十年以上。

慢性肾炎的致病原因仍不甚清楚,仅少数患者由急性肾炎迁延不愈转变而来,慢性肾炎的治疗,以防止或延缓肾功能进行性衰退、改善或缓解临床症状及防治严重合并症为主要目的,而不以消除蛋白尿和尿红细胞为目标,故一般不宜使用糖皮质激素及细胞毒药物。使用单一药物治疗,疗效常不满意,应采取综合性防治措施:①积极控制高血压,但降压不宜过快、过低,以免降低肾血流量。②限制食物中蛋白质的摄入,一般为每日30~40g,尽量食用优质蛋白,可辅以多种氨基酸,以弥补体内必需氨基酸的不足。低蛋白饮食可降低肾小球内压力,减少近端小管 NH_4^+ 的生成,减轻由此而引起的肾小管、肾间质的炎症性损伤。③应用抗血小板药物,因慢性肾炎患者可能出现高凝状态,使用抗血小板药物具有稳定肾功能的作用。④避免加重肾功能损害的因素,如感染、脱水、劳累、妊娠及应用肾毒性药物等均可损伤肾,导致肾功能恶化,应予以避免。

【护理评估】

(一) 健康史

主要询问有无急性肾炎病史,有无与慢性肾小球肾炎发病密切相关的病毒、细菌感染史。此次发病前1周,有无感染、脱水、过度劳累、妊娠和应用肾毒性药物等诱发因素。

(二) 身体状况

1. 尿液改变 ①蛋白尿:慢性肾炎必有表现。有些患者可出现大量蛋白尿而表现为肾病综合征,大量蛋白尿持续存在可促使慢性肾炎病变进展。②血尿:大多为镜下血尿。也可肉眼血尿。③尿量变化:多数患者尿量减少,一般在每日1000 mL以下,少数可出现少尿;肾小管功能损害较明显者,尿量增多,并伴有夜尿量增多。

2. 水肿 系水钠潴留和低蛋白血症所致。多为晨起时眼睑、颜面水肿,下午或劳累后出现下肢轻至中度凹陷性水肿。

3. 高血压 高血压的出现与水钠潴留、血中肾素和血管紧张素的增加有关。患者常有持续性中度以上的高血压,有肾衰竭时90%以上的患者有高血压。个别患者高血压可能是其主要的、十分突出的症状,并可同时出现与高血压有关的心、脑血管的并发症。

4. 肾功能损害表现 肾功能呈慢性进行性损害,早期可逐渐出现夜尿量增多,进一步发展则出现疲倦、乏力、头痛、失眠、食欲减退、营养不良、贫血等表现。进展速度主要与相应的病理类型有关。已有肾功能不全的患者在感染、劳累、失血、脱水、血压增高或应用肾毒性药物时,肾功能可急剧恶化;如能及时去除这些诱因,肾功能仍可得到一定程度的恢复。

(三) 心理-社会状况

慢性肾炎病程长,长期用药而治疗效果不理想,使患者及家属感到焦虑不安和担忧。后期病程进一步恶化,出现肾衰竭时,患者常产生悲观、绝望情绪。

(四) 实验室及其他检查

1. 尿液检查 尿蛋白(+)~(+++),24 h尿蛋白定量常在1~3g;尿中多形性红细胞(+)~(++),以及管型尿(颗粒管型、透明管型)等;尿比重偏低,多在1.020以下,晚期常固定在1.010。

2. 血液检查 有轻至中度正色素性贫血,血沉增快,低蛋白血症,部分患者可有血脂升高,一般血清电解质无明显异常。血免疫复合物阳性,补体正常或下降。

3. 肾功能检查 酚红排泄试验及尿浓缩稀释功能减退;肾衰竭患者有血尿素氮及肌酐增高,肾小球滤



过率下降。

4. B超检查 双肾对称性缩小,可有肾皮质变薄以及皮质和髓质交界处结构不清等改变。
5. 肾活组织检查 可确定慢性肾炎的病理类型。

【主要护理诊断/问题】

1. 体液过多 与肾功能受损,肾小球滤过率下降导致水钠潴留等有关。
2. 营养失调:低于机体需要量 与慢性病程消耗过多及限制蛋白质摄入等有关。
3. 焦虑 与病程长、治疗效果不理想有关。
4. 潜在并发症 慢性肾衰竭。

【护理目标/评价】

- (1) 水肿明显减轻或消退。
- (2) 膳食合理,能摄取足够的营养,贫血及低蛋白血症得到纠正。
- (3) 能正确面对疾病的现状,情绪稳定,焦虑感减轻或消失。

【护理措施】

1. 一般护理 ①增加卧床休息时间,尤其是全身重度水肿、血压升高或有器官功能损害者。长期卧床者应注意活动下肢,以防止静脉血栓形成。②告知患者不良心理反应可造成肾血流量的减少,加速肾功能的减退,应避免长期精神紧张、焦虑、抑郁等,保持良好的心态,坚持合理的防治方案,对预后积极、良好的作用。③注意口腔卫生,做好口腔护理。

2. 皮肤护理 督促患者保持皮肤清洁,养成良好的卫生习惯,对长期卧床的水肿患者,应防止发生压疮。

3. 饮食护理 ①低蛋白饮食:坚持低蛋白饮食是病情发展的重要措施。蛋白质摄入量为 $0.6 \sim 0.8 \text{ g}/(\text{kg} \cdot \text{d})$,其中60%以上为高生物效价蛋白质(如瘦肉、鱼、禽、蛋、奶类);对于已发生慢性肾衰竭的患者,可根据肾小球滤过率调节蛋白质的摄入量。②保证热量供给,以免引起负氮平衡。热量一般为 $125.5 \text{ kJ}/(\text{kg} \cdot \text{d})$,其中饱和脂肪酸和非饱和脂肪酸比为 $1:1$,其余的热量由碳水化合物供给。并注意补充各种维生素。③限水、限盐:应根据水肿及血压升高的程度控制水及钠盐的摄入。重度水肿、无尿患者按照“量出为入”的原则补充入液量,宜控制在前一日尿量加 500 mL 。

4. 病情观察 ①严格记录患者24 h的液体出入量,注意水肿的分布、部位、特点、程度及消长等,在相同条件下定期测量患者的体重、腹围,注意其变化情况;观察患者有无出现胸腔积液、腹腔积液等全身水肿的征象。②密切观察生命体征,特别是血压的变化;注意肾衰竭、高血压脑病、循环衰竭、肺梗死、肢体静脉血栓形成等征象和有无呼吸道、泌尿道、皮肤等部位感染的发生。出现异常应及时通知医生处理,并配合做好相应的护理。

5. 用药护理 准确执行医嘱,密切观察治疗反应及副作用。①利尿剂:长期使用可出现电解质紊乱、高凝状态和加重高脂血症等副作用。呋塞米等强效利尿药有耳毒性,应避免与链霉素等氨基糖苷类抗生素同时使用。②糖皮质激素:长期使用的患者可出现水钠潴留、高血压、动脉粥样硬化、糖尿病、精神兴奋性增高、消化道出血、骨质疏松、继发感染、类肾上腺皮质功能亢进症等。③环磷酰胺:容易引起骨髓抑制、肝损害、脱发等,大剂量冲击疗法时,应对患者实行保护性隔离,防止继发感染。④降压药:应用过程中,应定时观察血压的变化,降压不宜过快或过低,以免影响肾灌注;长期服用者,应使患者充分认识降压治疗对保护肾功能的作用,嘱患者不可擅自改变药物剂量或停药,以确保满意的疗效。肾功能不全的高血压患者在使用血管紧张素转换酶抑制剂时,要注意监测有无高钾血症等。⑤血小板解聚药:使用时应注意观察有无出血倾向,监测出、凝血时间等。

6. 特殊护理 需施行肾活组织检查者,实施前应做好解释工作和术前准备工作。

7. 健康指导 告知患者应避免受凉、预防感染;保持乐观情绪,注意劳逸结合,避免剧烈运动和过重的体力劳动。学会自我监测如水肿、尿量、尿色、血压等变化。长期坚持低蛋白饮食,避免使用肾毒性药物。定期门诊随访,复查尿常规及肾功能,以利早期发现病情变化并得到及时治疗。

(朱冬菊)

第四节 肾病综合征

肾病综合征(nephrotic syndrome, NS),简称肾病,是由各种肾脏疾病所致,以大量蛋白尿(尿蛋白 >3.5 g/d)、低蛋白血症(血浆清蛋白 <30 g/L)、水肿、高脂血症为临床表现的一组综合征。

肾病综合征可分为原发性和继发性两大类。原发性肾病综合征是指原发于肾脏本身的肾小球疾病,急性肾炎、急进性肾炎、慢性肾炎均可在疾病发展过程中发生肾病综合征。继发性肾病综合征是指继发于全身性或其他系统的疾病,如系统性红斑狼疮、糖尿病、过敏性紫癜、肾淀粉样变性、多发性骨髓瘤等。本节仅讨论原发性肾病综合征。

本病治疗要点:

(1) 一般治疗:水肿明显者应卧床休息,并限制水、盐摄入。肾功能正常者正常量蛋白摄入 1.0 g/(kg·d),同时注意补充各种维生素。

(2) 对症治疗:①利尿消肿:多数患者经使用糖皮质激素和限水、限钠后可达到利尿消肿目的。经上述治疗水肿不能消退者可用利尿剂,轻度水肿常口服双氢氯噻嗪 $25\sim50$ mg,或加服氨苯蝶啶 50 mg,每天 $2\sim3$ 次。重度水肿可静脉注射袈利尿剂如呋塞米, $20\sim120$ mg/d。②减少尿蛋白:持续大量蛋白尿可致肾小球高滤过,加重损伤,促进肾小球硬化。应用ACEI和其他降压药,可通过有效控制高血压达到不同程度的减少尿蛋白的作用。③降脂治疗:高脂血症可加速肾小球疾病的发展,增加心脑血管病的发生率,常用羟甲基戊二酰辅酶A还原酶抑制剂如洛伐他汀等为首选的降脂药。

(3) 抑制免疫与炎症反应为肾病综合征的主要治疗:①糖皮质激素:糖皮质激素可抑制免疫反应,减轻、修复滤过膜损害,并有抗炎、抑制醛固酮和抗利尿激素等作用。糖皮质激素的使用原则为起始足量、缓慢减药和长期维持。目前常用药为泼尼松,开始口服剂量 1 mg/(kg·d), $8\sim12$ 周后每2周减少原用量的 10% ,当减至 $0.4\sim0.5$ mg/(kg·d)时维持 $6\sim12$ 个月。糖皮质激素可采用全天量顿服;维持用药期间,两天量隔天1次顿服,以减轻糖皮质激素的不良反应。②细胞毒药物:用于“激素依赖型”或“激素抵抗型”肾病综合征,常与糖皮质激素合用。环磷酰胺为最常用的药物,每天 $100\sim200$ mg,分次口服,或隔天静脉注射,总量达到 $6\sim8$ g后停药。③环孢素:用于糖皮质激素抵抗和细胞毒药物无效的难治性肾病综合征。常用剂量为 5 mg/(kg·d),分2次口服。服药 $2\sim3$ 个月后缓慢减量,共服半年左右。

【护理评估】

(一) 健康史

应注意了解患者起病的过程,有无感染或劳累等诱因,病程长短,是首次发病还是复发等。了解饮食情况、浮肿的部位及程度、尿量及性质、曾有的检查、用药情况等。

(二) 身体状况

典型原发性肾病综合征的临床表现如下。

1. 大量蛋白尿 典型病例可有大量选择性蛋白尿(尿蛋白 >3.5 g/d),多以清蛋白为主。其发生机制为肾小球滤过膜的电荷屏障受损,致使原尿中蛋白含量增多,当超过肾小管的重吸收量时,形成大量蛋白尿。

2. 低蛋白血症 血浆清蛋白低于 30 g/L,主要为大量清蛋白自尿中丢失所致。除血浆清蛋白降低外,血中免疫球蛋白、抗凝及纤溶因子、金属结合蛋白等其他蛋白成分也可减少。

3. 水肿 水肿是肾病综合征最突出的体征,其发生与低蛋白血症所致血浆胶体渗透压明显下降有关。严重水肿者可出现胸腔、腹腔以及心包积液。

4. 高脂血症 肾病综合征常伴有高脂血症。其中以高胆固醇血症最为常见;甘油三酯、低密度脂蛋白(LDL)、极低密度脂蛋白(VLDL)也常可增加。

5. 并发症

(1) 感染:最常见的并发症和引起死亡的原因。主要由于肾病患者免疫功能紊乱,蛋白质营养不良及应用糖皮质激素和(或)免疫抑制剂治疗等,使患者常合并各种感染,常见有呼吸道、皮肤、泌尿道感染等。

(2) 高凝状态及血栓形成:由于肝脏合成凝血因子和纤维蛋白原增加、尿中丢失抗凝血酶Ⅲ、高脂血症