

实用护理理论与 操作实践

(下)

阮兰红等◎主编

实用护理理论与操作实践

(下)

阮兰红等◎主编

图书在版编目 (C I P) 数据

实用护理理论与操作实践/ 阮兰红等主编. — 长春:
吉林科学技术出版社, 2017. 3
ISBN 978-7-5578-1832-6

I. ①实… II. ①阮… III. ①护理学 IV. ①R47

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2017)第 042372号

实用护理理论与操作实践

SHIYONG HULI LILUN YU CAOZUO SHIJIAN

主 编 阮兰红等
出 版 人 李 梁
责任编辑 许晶刚 陈绘新
封面设计 长春创意广告图文制作有限责任公司
制 版 长春创意广告图文制作有限责任公司
开 本 787mm×1092mm 1/16
字 数 1110千字
印 张 44.5
印 数 1—1000册
版 次 2017年3月第1版
印 次 2018年3月第1版第2次印刷

出 版 吉林科学技术出版社
发 行 吉林科学技术出版社
地 址 长春市人民大街4646号
邮 编 130021
发行部电话/传真 0431-85635177 85651759 85651628
85652585 85635176

储运部电话 0431-86059116
编辑部电话 0431-86037565
网 址 www.jlstp.net
印 刷 永清县晔盛亚胶印有限公司

书 号 ISBN 978-7-5578-1832-6
定 价 130.00元 (全二册)

如有印装质量问题 可寄出版社调换

因本书作者较多,联系未果,如作者看到此声明,请尽快来电或来函与编辑部联系,以便商洽相应稿酬支付事宜。

版权所有 翻印必究 举报电话: 0431-85677817

目 录

第一章 基础护理技术	(1)
第一节 体温的评估与护理	(1)
第二节 脉搏的评估与护理	(7)
第三节 血压的评估与护理	(10)
第四节 各种标本的采集	(14)
第五节 医院清洁、消毒、灭菌	(23)
第二章 围手术期护理	(35)
第一节 术前访视	(35)
第二节 手术护理	(37)
第三节 特殊患者术中护理要点	(46)
第四节 麻醉护理配合	(48)
第五节 体位变化对机体的影响	(52)
第六节 手术体位的安置	(53)
第三章 心血管疾病的护理	(54)
第一节 心力衰竭的护理	(54)
第二节 心律失常的护理	(60)
第三节 冠状动脉粥样硬化性心脏病的护理	(67)
第四节 原发性高血压的护理	(73)
第五节 感染性心内膜炎的护理	(78)
第六节 病毒性心肌炎的护理	(81)
第七节 心肌疾病的护理	(83)
第八节 急性心包炎的护理	(86)
第九节 风湿性心脏瓣膜病的护理	(88)
第十节 冠状动脉旁路移植术后的护理	(92)
第十一节 胸腔镜下心脏瓣膜手术的护理	(95)
第四章 神经及精神疾病的护理	(100)
第一节 脑血管疾病的护理	(100)
第二节 精神活性物质所致精神障碍的护理	(108)
第三节 神经症性障碍的护理	(112)
第四节 癔症的护理	(125)
第五节 严重应激反应和适应障碍的护理	(128)
第六节 颅内压增高的护理	(139)
第七节 颅脑损伤的护理	(145)

第八节	颅内肿瘤的护理	(151)
第九节	神经外科手术配合护理	(156)
第五章	呼吸系统疾病的护理	(174)
第一节	急性呼吸道感染的护理	(174)
第二节	肺炎的护理	(176)
第三节	支气管扩张症的护理	(181)
第四节	肺脓肿的护理	(184)
第五节	肺结核的护理	(187)
第六节	支气管哮喘的护理	(195)
第七节	慢性阻塞性肺疾病的护理	(200)
第八节	慢性肺源性心脏病的护理	(206)
第九节	原发性支气管肺癌的护理	(209)
第十节	肺癌介入护理	(215)
第六章	普通外科疾病的护理	(224)
第一节	甲状腺疾病的护理	(224)
第二节	乳房疾病的护理	(231)
第三节	胸部损伤的护理	(238)
第四节	肺癌的护理	(246)
第五节	食管癌的护理	(250)
第六节	急性化脓性腹膜炎的护理	(255)
第七节	腹部损伤的护理	(259)
第八节	腹外疝的护理	(265)
第九节	胃、十二指肠疾病的护理	(270)
第十节	肠梗阻的护理	(278)
第十一节	急性阑尾炎的护理	(282)
第十二节	直肠肛管良性疾病的护理	(287)
第十三节	大肠癌的护理	(293)
第十四节	门静脉高压症的护理	(298)
第十五节	原发性肝癌的护理	(305)
第十六节	胆石症与胆道感染的护理	(310)
第十七节	胰腺癌的护理	(318)
第十八节	周围血管疾病的护理	(322)
第七章	消化内科疾病的护理	(329)
第一节	慢性胃炎的护理	(329)
第二节	消化性溃疡的护理	(332)
第三节	溃疡性结肠炎的护理	(339)
第四节	肝硬化的护理	(343)

第五节	肝性脑病的护理	(351)
第六节	急性胰腺炎的护理	(357)
第七节	上消化道大出血的护理	(361)
第八章	泌尿系统疾病的护理	(368)
第一节	急性肾小球肾炎的护理	(368)
第二节	急进性肾小球肾炎的护理	(372)
第三节	慢性肾小球肾炎的护理	(375)
第四节	肾病综合征的护理	(379)
第五节	泌尿系统感染的护理	(383)
第六节	免疫性肾病的护理	(388)
第七节	急性肾衰竭的护理	(393)
第八节	慢性肾衰竭的护理	(397)
第九节	泌尿系统损伤的护理	(401)
第十节	尿石症的护理	(408)
第十一节	良性前列腺增生症的护理	(413)
第十二节	泌尿系统肿瘤的护理	(417)
第九章	五官疾病的护理	(424)
第一节	结膜病的护理	(424)
第二节	巩膜病的护理	(431)
第三节	角膜病的护理	(432)
第四节	白内障的护理	(437)
第五节	玻璃体混浊的护理	(442)
第六节	青光眼的护理	(443)
第七节	先天性耳畸形的护理	(448)
第八节	耳外伤的护理	(453)
第九节	外耳疾病的护理	(456)
第十节	急性化脓性中耳炎的护理	(467)
第十一节	慢性化脓性中耳炎的护理	(470)
第十二节	前庭系统疾病的护理	(474)
第十三节	鼻先天性疾病的护理	(478)
第十四节	鼻外伤的护理	(484)
第十五节	外鼻炎症性疾病的护理	(491)
第十六节	鼻变应性疾病的护理	(493)
第十七节	急性鼻炎的护理	(499)
第十八节	慢性鼻炎的护理	(500)
第十九节	先天性喉蹼的护理	(502)
第二十节	喉外伤的护理	(505)

第二十一节 急性会厌炎的护理	(513)
第二十二节 急性喉炎的护理	(515)
第二十三节 龋病的护理	(517)
第二十四节 急性牙髓炎的护理	(521)
第十章 骨科疾病的护理	(525)
第一节 四肢骨折的护理	(525)
第二节 关节脱位的护理	(540)
第三节 骨盆骨折的护理	(543)
第四节 髌臼骨折的护理	(548)
第五节 脊柱骨折的护理	(553)
第六节 下肢深静脉血栓形成的护理	(555)
第七节 骨筋膜室综合征的急救护理	(561)
第十一章 产科护理	(566)
第一节 异位妊娠的护理	(566)
第二节 前置胎盘的护理	(569)
第三节 胎盘早剥的护理	(572)
第四节 早产的护理	(575)
第五节 过期妊娠的护理	(576)
第六节 多胎妊娠和羊水过多的护理	(578)
第七节 子宫收缩力异常的护理	(581)
第八节 产道异常的护理	(587)
第十二章 内分泌与代谢性疾病的护理	(591)
第一节 腺垂体功能减退症的护理	(591)
第二节 甲状腺功能亢进症的护理	(594)
第十三章 老年病的护理	(601)
第一节 老年性耳聋的护理	(601)
第二节 老年性白内障的护理	(604)
第三节 老年性青光眼的护理	(607)
第四节 睡眠呼吸暂停综合征的护理	(609)
第五节 老年胃食管反流病的护理	(611)
第六节 老年慢性胃炎的护理	(614)
第七节 短暂性脑缺血的护理	(616)
第八节 脑血栓的护理	(618)
第九节 脑出血的护理	(620)
第十节 骨质疏松症的护理	(623)
第十一节 股骨颈骨折的护理	(626)
第十二节 骨性关节炎的护理	(628)

第十四章 小儿疾病的护理	(632)
第一节 营养不良患儿的护理	(632)
第二节 小儿肥胖症患儿的护理	(635)
第三节 急性上呼吸道感染患儿的护理	(637)
第四节 急性感染性喉炎患儿的护理	(639)
第五节 急性支气管炎患儿的护理	(641)
第六节 支气管哮喘患儿的护理	(643)
第七节 口炎患儿的护理	(646)
第八节 脑性瘫痪患儿的护理	(648)
第九节 注意力缺陷多动症患儿的护理	(650)
第十节 儿童糖尿病患儿的护理	(652)
第十一节 过敏性紫癜患儿的护理	(657)
第十五章 康复护理	(660)
第一节 脑血管疾病患者的康复护理	(660)
第二节 颅脑损伤患者的康复护理	(675)
第三节 冠心病患者的康复护理	(685)
第四节 高血压患者的康复护理	(690)
第五节 糖尿病患者的康复护理	(693)
第六节 癌症患者的康复护理	(696)
参考文献	(702)

第八章 泌尿系统疾病的护理

第一节 急性肾小球肾炎的护理

一、概述

急性肾小球肾炎(acute glomerulonephritis, AGN)简称急性肾炎,临床以急性发作的血尿、蛋白尿、水肿和高血压为主要表现,可伴有一过性肾损害。常见于 A 组 β 溶血性链球菌导致的呼吸道感染(如急性扁桃体炎、咽炎)或皮肤感染(脓疱疮)以后,也可发生于其他细菌、病毒和寄生虫前驱感染之后。

二、病因及流行病学

急性肾小球肾炎由多种原因引起,以 β 溶血性链球菌“致肾炎菌株”感染引起的变态反应最为多见。常见于上呼吸道感染、皮肤感染等链球菌感染后,链球菌的主要致病抗原刺激机体产生特异抗体,抗原抗体结合成免疫复合物,激活补体而造成肾小球免疫病理损伤。

急性肾小球肾炎好发于儿童,男性多见,儿童约占总发病率的 90%。高峰发病年龄 2~6 岁,<2 岁的儿童占总发病率的 5%以下,>40 岁的成人占总发病率的 10%以下。老年人急性肾小球肾炎常常缺乏典型症状;易进展为急性肾衰竭;首诊确诊率低,仅为 16%;预后不良,死亡率高。

三、病理

肾脏体积可增大,病理类型为毛细血管内增生性肾小球肾炎。病变主要累及肾小球,光镜下为弥漫性肾小球病变,以内皮细胞及系膜细胞增生为主,急性期可伴有中性粒细胞及单核细胞浸润,严重时,增生和浸润的细胞可压迫毛细血管袢使管腔狭窄或闭塞。肾小管病变不明显,肾间质可有灶性炎性细胞浸润及水肿。免疫病理检查可见 C3 及 IgG 呈颗粒状沿毛细血管壁和系膜区沉积。电镜下可见肾小球上皮细胞下有驼峰状大块电子致密物存在。

四、诊断要点

1. 临床表现 本病好发于儿童,男性多见。前驱感染后常有平均 10 天左右的潜伏期,以 1~3 周不等,呼吸道感染的潜伏期较皮肤感染者短。本病起病较急,病情轻重不一,轻者仅表现为镜下血尿及血清补体 C3 异常而无明显临床症状;重者呈急性肾小球肾炎综合征的表现,可表现为急性肾衰竭。本病大多预后良好,常在数月内临床自愈。

(1) 尿液改变

1) 少尿:见于 50%患者,无尿罕见。起病初期可出现尿量减少,一般 400~700ml/d,多数起病 1~2 周后尿量渐增。

2) 血尿:几乎所有患者均有肾小球源性血尿,约 40%出现肉眼血尿。尿液呈洗肉水样,一般于数天内消失,也可持续数周转为镜下血尿。镜下血尿可持续数月。

3)蛋白尿:为肾小球源性蛋白尿,多为轻、中度蛋白尿,约 $1/4$ 患者 24 小时蛋白定量不超过 3.5g。

(2)水肿:多为晨起眼睑水肿,严重者可波及全身,可见凹陷性。

(3)高血压:60%~80%患者会出现一过性高血压,多因肾小球滤过率下降引起的水、钠潴留所致,属于轻、中度高血压,经利尿后血压可逐渐恢复正常。少数患者可因严重高血压导致高血压脑病。

(4)肾功能异常:大部分患者起病时因尿量减少、肾小球滤过率下降导致一过性的轻度氮质血症。随着病情的缓解,尿量会逐渐增加,1~2 周后,肾功能可恢复正常,只有极少数患者出现急性肾衰竭。

(5)全身症状:患者疲乏、无力、厌食、恶心、呕吐等。

(6)并发症:少数重症患者可发生急性左心衰竭、高血压脑病及急性肾衰竭。

2. 辅助检查

(1)尿液检查;

(2)红细胞沉降率;

(3)血清补体及免疫球蛋白测定;

(4)肾功能检查;

(5)细菌培养基血清学试验;

(6)B 超检查;

(7)肾活检。

少尿 3~7 天以上或进行性尿量减少,肾小球滤过功能呈进行性损害,疑为急进性肾小球肾炎者;病程 1~2 个月以上,临床表现无好转趋势,考虑其他原发或者继发性肾小球疾病者,则应考虑肾活检。

五、治疗

目前尚无直接针对肾小球免疫病理过程的特异性治疗。主要为通过对症治疗、控制感染和休息,以防治急性期并发症、保护肾功能,利于其自然恢复。

1. 一般治疗

(1)休息:急性期卧床休息,症状缓解后逐渐增加活动量。

(2)饮食:在水肿、少尿和高血压期要维持水、电解质的平衡,应适当控制水、盐和蛋白质的摄入。水分摄入以不显性失水加尿量计算供给,同时给予易消化的高糖、低盐、低蛋白饮食,食盐以 $60\text{mg}/(\text{kg} \cdot \text{d})$ 、蛋白质以 $0.5\text{g}/(\text{kg} \cdot \text{d})$ 为宜,保证热量摄入。尿量增多、氮质血症消除后恢复正常蛋白质供给,保证患儿生长发育需要。

2. 感染灶的治疗 对仍有咽部、皮肤感染灶者应给予青霉素或其他敏感药物治疗 7~10 天。待肾炎病情稳定后,经常反复发生的慢性感染灶如扁桃体炎、龋齿等予以清除。

3. 利尿剂的应用 凡经控制水、盐而仍尿少、水肿、血压高者均应给予利尿剂。噻嗪类无效时可用强有力的袢利尿剂,如呋塞米和利尿酸。

4. 降压药的应用 凡经休息、限水盐、利尿而血压仍高者应给予降压药。

5. 透析 对少数发生急性肾衰竭,严重心力衰竭和不能控制的高血压可予血液透析或腹膜透析治疗。

六、主要护理问题

1. 体液过多 与肾小球滤过功能下降致水、钠潴留有关。
2. 潜在并发症 急性肾衰竭、急性心力衰竭、高血压脑病、电解质紊乱。
3. 有皮肤完整性受损的危险 与皮肤水肿有关。
4. 活动无耐力 与疾病所致高血压、水肿有关。
5. 知识缺乏 缺乏急性肾小球肾炎相关知识。
6. 焦虑/恐惧 与疾病病情进展快有关。

七、护理目标

1. 维持体液平衡,水肿消失,血压恢复正常。
2. 未出现急性肾衰竭、急性心力衰竭、高血压脑病、电解质紊乱等并发症。
3. 保持皮肤完整性,无破溃、受损。
4. 活动能力恢复。
5. 患者了解急性肾小球肾炎相关知识,了解相关预防和康复知识,自我照顾和管理能力提高。
6. 患者焦虑/恐惧减轻,配合治疗和护理,树立战胜疾病的信心。

八、护理措施

1. 休息与活动 急性期应卧床休息,待水肿消退、肉眼血尿消失、血压恢复正常后,下床活动并逐步增加活动量。患儿应待红细胞沉降率正常后才可上学。2年内应避免劳累及重体力劳动。

2. 饮食护理

(1)保证热量供给,每日不少于 126kJ/kg ,可给予高糖、易于消化和吸收的食物。

(2)盐:有水肿、高血压时严格限制钠盐摄入($<3\text{g/d}$),以减轻水肿和心脏负担。当病情好转、血压下降、水肿消退、尿蛋白减轻后,由低盐饮食逐渐过渡到普通饮食,防止长期低钠饮食及应用利尿剂引起水、电解质紊乱或其他并发症。

(3)水:严格记录24小时的出入水量。尿量 $>1000\text{ml/d}$ 可不限水,少尿时每天入水量为不显性失水量(约 500ml)加上前一日的24小时尿量。入水量包括:饮食、饮水、服药、输液等所含水的总量。

(4)钾:少尿、无尿或血钾升高时,限制含钾高的食物。注意见尿补钾,尿量增多后补充含钾高的食物。

(5)蛋白质:肾功能正常时,给予正常量的蛋白质摄入为 $1.0\text{g}/(\text{kg}\cdot\text{d})$,出现氮质血症时,限制蛋白质的摄入为 $0.5\text{g}/(\text{kg}\cdot\text{d})$,优质动物蛋白占50%以上,如牛奶、鸡蛋、鱼等,以防增加血中含氮代谢产物的潴留。病情好转,尿量增多($>1000\text{ml/d}$),可增加蛋白质摄入但不超过 $0.8\text{g}/(\text{kg}\cdot\text{d})$,病情稳定2~3个月,蛋白质恢复正常量。

3. 皮肤护理

(1)水肿较严重的患者应着宽松、柔软的棉质衣裤、鞋袜。协助患者做好全身皮肤黏膜的清洁,指导患者注意保护好水肿的皮肤,如清洗时注意水温适当、勿过分用力;避免擦伤、撞

伤、跌伤、烫伤。阴囊水肿等严重的皮肤水肿部位可用中药芒硝粉袋干敷或硫酸镁溶液敷于局部。水肿部位皮肤破溃应用无菌敷料覆盖,必要时可使用稀释成 1:5 的碘伏溶液局部湿敷,以预防或治疗破溃处感染,促进创面愈合。

(2)注射时严格无菌操作,采用 5~6 号针头,保证药物准确及时的输入,注射完拔针后,应延长用无菌干棉球按压穿刺部位的时间,减少药液渗出。严重水肿者尽量避免肌肉和皮下注射,尽力保证患者皮肤的完整性。

4. 病情观察

(1)定期测量患者体重,观察体重变化和水肿的部位、分布、程度和消长情况,注意有无腹水及胸腔、心包积液的表现;观察皮肤有无红肿、破损、化脓等情况发生。

(2)监测生命体征,尤其是血压的变化,注意有无剧烈头痛、恶心、呕吐、视力模糊,甚至神志不清、抽搐等高血压脑病的表现,以及有无呼吸困难、发绀、咳嗽、咯粉红色泡沫样痰等急性左心衰竭表现。

(3)准确记录 24 小时出入量,如经治疗尿量没有恢复正常,反而进一步减少,提示严重的肾实质损害。同时密切监测追踪尿常规、肾小球滤过率、血尿素氮、血肌酐、血浆蛋白、血清电解质等变化。

5. 用药护理 遵医嘱使用利尿剂、降压药及抗生素。密切观察药物的疗效、可能出现的不良反应,如利尿剂使用后可能出现的低钾、低氯等电解质紊乱,耳鸣、眩晕、听力丧失等暂时性耳毒性不良反应;降压过程中直立性低血压的预防及抗生素使用过程中过敏反应的观察与处理。

6. 心理护理 患者多为儿童及青少年,血尿、血压升高、严重的水肿可能让患者恐惧不安、限制患者活动,可导致焦虑、烦躁、抑郁等负性心理。护士应充分理解患者的感受和心理压力,通过健康教育使患者及家属了解病情、疾病的临床表现、治疗、预后等,了解急性期卧床休息及恢复期限制运动的重要性。卧床期间,护士尽量多关心、巡视,及时解决患者的合理需要。

7. 健康指导

(1)休息与活动:急性期注意休息,限制活动量;平时适当参加体育锻炼,增强体质。注意选择合适的运动方式与运动量,避免过度劳累。

(2)预防感染和交叉感染:及时治疗感冒、咽炎、扁桃体炎、皮肤感染,实施预防感染的措施,如及时添减衣被和清洁皮肤,避免大汗、淋雨及过度劳累;注意居住环境的通风,少去人员拥挤的公共场所。在幼儿园、小学等儿童集中的场所,特别要注意预防呼吸道感染,做好隔离工作。

(3)饮食指导:使患者了解合理饮食对疾病康复的意义,指导患者及家属制订正确的饮食计划并认真实施。建议患者戒烟、戒酒。

(4)定期随访:急性肾小球肾炎临床症状消失后,蛋白尿、血尿等仍可能存在 1~2 年,故应定期随访直至完全康复。

(史新果)

第二节 急进性肾小球肾炎的护理

一、概述

急进性肾小球肾炎(rapidly progressive glomerulonephritis, RPGN)简称急进性肾炎,是一组病因不同而临床表现相似的急性肾小球肾炎综合征,患者病情危重,是以蛋白尿(肾小球性蛋白尿)、血尿(畸形红细胞尿)、水肿和高血压为特征的肾脏疾病,迅速发展为无尿或少尿性急性肾衰竭。该病预后差,因肾小囊腔内广泛新月体形成,又名新月体性肾小球肾炎。

二、病因及流行病学

产生急进性肾小球肾炎的疾病种类很多,常常是系统性免疫复合物性疾病的一部分。其病因不十分清楚,可能与感染某些药物、化学物质(碳氢化合物)、自身免疫及遗传易感性等因素有关。其基本发病机制为免疫反应。抗肾小球基膜抗体型肾炎(I型)是由于直接沉积于基膜的Ⅳ型胶原上的外源性抗体作用于该胶原链中的抗原产生的抗原抗体反应导致了肾损伤;免疫复合物型肾炎(Ⅱ型)则是由于循环免疫复合物和(或)原位免疫复合物在毛细血管壁或系膜沉积导致的炎症损伤;非免疫复合物型肾炎(Ⅲ型)的发病则与免疫因素的参与及中性粒细胞的激活有关,即血清抗中性粒细胞胞质抗体(ANCA)呈阳性,可能与肾微血管炎导致的内皮损伤有关。

急进性肾小球肾炎每年的发病率仅在7%以下,在我国绝大多数(91.7%)为Ⅱ型。Ⅱ型以儿童多见;Ⅰ型虽较少见,但有逐渐增多趋势,常发生于青年男性和老年女性;Ⅲ型多见于成年人、特别是老年人。

三、病理

肾脏体积常较正常增大,肿胀,呈苍白色或暗灰色,可见到瘀点。病理类型为新月体肾小球肾炎,光镜下,肾小球囊内大量新月体细胞充填。可伴不同程度的肾间质细胞浸润及纤维化。免疫病理检查是分型的主要依据:Ⅰ型IgG及C3呈光滑线条状沿肾小球毛细血管壁,Ⅱ型IgG及C3呈颗粒状沉积于系膜区及毛细血管壁,Ⅲ型肾小球内可仅有微量免疫沉积物。电镜下可见Ⅱ型有电子致密物在系膜区和内皮下沉积,其他两型均没有。

四、诊断要点

(一)临床表现

起病急骤,主要表现为急性肾小球肾炎综合征,少尿或无尿、血尿(常为肉眼血尿且反复发作)、大量蛋白尿、红细胞管型伴或不伴水肿和高血压,病情持续发作,致使肾功能损害进展迅速,可在数周或数月发展至肾衰竭终末期。患者可有前驱呼吸道感染。

它可有三种转归:①在数周内迅速发展为尿毒症,呈急性肾衰竭表现;②肾功能损害的进展速度较慢,在几个月或1年内发展为尿毒症;③少数患者治疗后病情稳定,甚至痊愈或残留不同程度的肾功能损害。

1. 尿改变 患者尿量减少,出现少尿或无尿,可出现肉眼血尿,常见红细胞管型和蛋白尿,尿中白细胞常增多。

- 2. 贫血 一般是有不同程度的贫血,甚至严重贫血。
- 3. 水肿 半数以上患者出现水肿,以颜面和双下肢水肿为主,亦可出现重度水肿。
- 4. 高血压 部分患者可出现高血压。Ⅰ型及Ⅲ型患者血压正常或轻度升高。
- 5. 肾功能损害 血肌酐、尿素氮进行性增高,内生肌酐清除率显著下降,肾小管功能障碍,最终发展至尿毒症。
- 6. 其他表现 患者咳嗽、呼吸困难、疲乏、无力、精神差。消化道症状常见恶心、呕吐,甚至上消化道出血。可出现肺水肿、心力衰竭和酸碱失衡、电解质紊乱。

(二)辅助检查

- 1. 尿液检查 常为肉眼血尿,镜下可见大量红细胞、白细胞和红细胞管型。尿蛋白常呈阳性。
- 2. 血液检查 血常规、肾功能、电解质和免疫学检查。
- 3. B超检查 双肾增大。
- 4. 肾活检 怀疑本病患者尽早行肾活检。肾穿刺前血肌酐(Scr)>400μmol/L者,应透析以确保肾穿刺顺利进行。

五、治疗

本病应及早做肾活检明确病理类型,以便及早开始治疗。

- 1. 使用大剂量肾上腺皮质激素及免疫抑制剂,以抑制炎症反应,减少抗体生成。
- 2. 应用抗凝剂低分子质量肝素、尿激酶、华法林(warfarin)配合双嘧达莫等治疗。
- 3. 对症治疗 如利尿、降压、抗感染等治疗。
- 4. 透析疗法 由于本病病程为持续进展,预后甚差,非透析疗法无肯定疗效,出现终末期肾衰竭病例应采用腹膜透析或血液透析。
- 5. 血浆置换法 以降低血中抗体或免疫复合物浓度。
- 6. 肾移植。
- 7. 利尿剂的使用,见表 8—1。

表 8—1 利尿剂及其作用特点

类别代表性药物	作用特点
袢利尿剂	1. 呋塞米抑制袢升段 NaCl 主动重吸收 2. 布美他尼破坏髓质间质浓度梯度 3. 丁尿酸限制肾脏稀释功能 4. 托拉塞米损伤肾脏浓缩功能 最大利尿效果可达滤过 Na ⁺ 20%~50%(为噻嗪类药物作用的 6~8 倍) 增加尿 K ⁺ 排泄 扩张肾皮质血管
噻嗪类	1. 氯噻嗪抑制皮质远曲小管 Na ⁺ 重吸收 2. 氢氯噻嗪于 Ccr 下降时作用差 3. 吲达帕胺限制肾脏稀释功能 不影响浓缩功能 增加尿 K ⁺ 排泄 收缩肾血管
保钾利尿剂抗剂	1. 醛固酮拮抗剂:螺内酯利尿作用较弱,不单独使用 2. 抑制排钾:阿米洛利、氨苯蝶啶

六、主要护理问题

1. 潜在并发症 急性肾衰竭。
2. 体液过多 与肾小球滤过功能下降、大剂量激素治疗导致水钠潴留有关。
3. 有感染的危险 与激素、细胞毒药物的应用、血浆置换、大量蛋白尿致机体抵抗力下降有关。
4. 焦虑/恐惧 与疾病进展快、预后差有关。
5. 有皮肤完整性受损的危险 与皮肤水肿有关。
6. 知识缺乏 缺乏急进性肾小球肾炎相关知识。
7. 自理缺陷 与疾病所致贫血、水肿和心力衰竭等有关。
8. 电解质紊乱 与使用利尿剂有关。

七、护理目标

1. 保护残余肾功能,纠正肾血流量减少的各种因素(如低蛋白血症、脱水、低血压等),防治急性肾衰竭。
2. 维持体液平衡,水肿消失,血压恢复正常。
3. 预防感染。
4. 患者焦虑/恐惧减轻,配合治疗护理,树立战胜疾病的信心。
5. 保持皮肤完整性,无破溃、受损。
6. 患者了解急进性肾小球肾炎相关知识,了解相关预防和康复知识,自我照顾和管理能力提高。
7. 生活自理能力恢复。

八、护理措施

1. 病情观察

(1)密切观察病情,及时识别急性肾衰竭的发生。监测内生肌酐清除率(Ccr)、血尿素氮(BUN)、血肌酐(Scr)水平。若 Ccr 快下降,BUN、Scr 进行性升高,提示有急性肾衰竭发生,应协助医生及时处理。

(2)监测尿量的变化,注意尿量迅速减少或出现无尿的现象,此现象往往提示了急性肾衰竭。

(3)监测血电解质及 pH 的变化,特别是血钾情况,避免高血钾可能导致的心律失常,甚至心搏骤停。

(4)观察有无食欲明显减退、恶心、呕吐、呼吸困难及端坐呼吸等症状的发生,及时进行护理干预。

(5)定期测量患者体重,观察体重变化和水肿的部位、分布、程度和消长情况,注意有无腹水及胸腔、心包积液的表现;观察皮肤有无红肿、破损、化脓等情况发生。

2. 用药护理

(1)按医嘱严格用药,密切观察药物(激素、免疫抑制剂、利尿剂)在使用过程中的疗效与不良反应。

(2) 治疗后都需认真评估有无甲泼尼龙冲击治疗常见的不良反应发生,如继发感染和钠潴留、精神兴奋及可逆性记忆障碍、面红、血糖升高、骨质疏松、伤口不愈合、消化道出血或穿孔、严重高血压、充血性心力衰竭等。

(3) 大剂量激素冲击治疗可有效抑制机体的防御能力,必要时实施保护性隔离,预防继发感染。

(4) 观察利尿剂、环磷酰胺冲击治疗的相关不良反应,如血清电解质变化情况及相应的临床症状。

3. 避免正血容量下降的不利因素(低蛋白血症、脱水、一低血压等)。

4. 避免使用损害肾脏的药物 同时积极预防感染。

5. 皮肤护理

(1) 水肿较严重的患者应着宽松、柔软的棉质衣裤、鞋袜。协助患者做好全身皮肤黏膜的清洁,指导患者注意保护好水肿的皮肤,如清洗时注意水温适当、勿过分用力;平时避免擦伤、撞伤、跌伤、烫伤。阴囊水肿等严重的皮肤水肿部位可用中药芒硝粉袋干敷或硫酸镁溶液敷于局部。水肿部位皮肤破溃应用无菌辅料覆盖,必要时可使用稀释成 1:5 的碘伏溶液局部湿敷,以预防或治疗破溃处感染,促进创面愈合。

(2) 注射时严格无菌操作,采用 5~6 号针头,保证药物准确及时的输入,注射完拔针后,应延长用无菌干棉球按压穿刺部位的时间,减少药液渗出。严重水肿者尽量避免肌内和皮下注射,尽力保证患者皮肤的完整性。

6. 心理护理 由于病情重,疾病进展快,患者出现恐惧、焦虑、烦躁、抑郁等心理。护士应加强沟通、充分理解患者的感受和心理压力,并鼓励家属,共同努力疏导患者的心理压力。护士尽量多关心、巡视,及时解决患者的合理需要,让其体会到关心和温暖。护士应鼓励患者说出对患病的担忧,给其讲解疾病过程、合理饮食和治疗方案,以消除疑虑,提高治疗信心。

7. 健康指导

(1) 休息:患者应注意休息、避免劳累。急性期绝对卧床休息。卧床休息时间应较急性肾小球肾炎更长。

(2) 积极预防和控制感染:从病因与治疗方法上对患者进行健康教育,提高患者预防感染的意识。

(3) 提高治疗的依从性:告知患者与家属严格依从治疗的重要性、药物(激素及免疫抑制剂)治疗可能出现的不良反应与转归,避免患者擅自停药或改变剂量,鼓励患者配合治疗。

(4) 避免加重肾损害的因素,建立随访计划,鼓励患者进行自我病情监测,以防止疾病复发及恶化。

(5) 定期复查电解质(低钠、低钾等),有异常及时协助医生处理。

(史新果)

第三节 慢性肾小球肾炎的护理

一、概述

慢性肾小球肾炎是由多种病因引起的一组渐进性、免疫性、炎症性、原发性肾小球疾病。

多具有起病缓慢或隐匿、病情迁延、病程较长,有不同程度的蛋白尿、血尿及管型尿,伴或不伴水肿、高血压和不同程度的肾功能减退等临床特点。

二、病因及流行病学

本病的病因不明。起病前多有上呼吸道感染或其他部位感染,少数慢性肾小球肾炎可能是由急性链球菌感染后肾炎演变而来,但大部分慢性肾小球肾炎并非由急性肾小球肾炎迁延而来,而由其他原发性肾小球疾病直接迁延发展而成,起病即属慢性肾小球肾炎。

慢性肾小球肾炎可发生于任何年龄,但以青、中年为主,男性多见。

三、病理

该病根据其病理类型不同,可分为如下几种类型:

1. 系膜增生性肾小球肾炎,免疫荧光检查可分为以 IgA 沉积为主的系膜增殖性肾炎和非 IgA 系膜增殖性肾炎。
2. 膜性肾病。
3. 局灶节段性肾小球硬化。
4. 系膜毛细血管性肾小球肾炎。
5. 增生硬化性肾小球肾炎。

四、诊断要点

1. 临床表现 以青、中年男性发病为主。多数起病缓慢、隐匿。临床表现个体间差异较大,可以表现为较长期的无症状性尿异常。

(1)蛋白尿:出现较早,是必有表现,24 小时尿蛋白定量为 1~3g,部分患者可出现大量蛋白尿。

(2)血尿:出现较早,为轻至中度镜下血尿,偶见肉眼血尿。

(3)水肿:早期多为眼睑、面部和(或)下肢轻、中度水肿,晚期长期存在,严重者可出现全身性水肿。

(4)高血压:多数患者存在不同程度的高血压,部分患者以高血压为首发症状。

(5)肾功能损害:呈慢性渐进性,持续数年甚至数十年,轻度受损的肾功能可因感染、血压增高、劳累、高蛋白饮食摄入、应用肾毒性药物等因素发生急剧变化,如及时控制这些诱因,肾功能可在一定程度上恢复。多数患者病情逐渐恶化进入尿毒症期。

(6)其他:慢性肾小球肾炎出现肾功能损害时常有贫血表现。长期严重的高血压者可出现心脑血管的并发症。

2. 辅助检查

(1)尿液检查;

(2)血液检查,血常规、肾功能、电解质和免疫学检查;

(3)B 超检查;

(4)肾活组织检查。

五、治疗

本病治疗以防止或延缓肾功能进行性损害为目标。