

# 医疗护理技术操作常规

中 医 科

第 十 册

10

黑龙江省医院



## 前 言

在党的十一届三中全会精神指引下，为加速四个现代化建设，更好地为社会主义建设服务，加速医院自身现代化和医药技术现代化建设，进一步提高医疗护理质量和医疗技术水平，保护人民的健康。我们在贯彻党的“调整、改革、整顿、提高”八字方针的过程中，在加强医院管理工作的同时，于一九七九年编写了《医疗护理技术操作常规》，经一年试行和重新修订，经院《医疗护理技术操作常规》编审委员会修改审阅，以分册形式出版。“常规”共分二十四册：

第一册，急诊室；第二册，内科；第三册，外科；第四册，妇产科；第五册，儿科；第六册，眼科；第七册，耳鼻喉科；第八册，口腔科、整形外科；第九册，皮肤科；第十册，中医科；第十一册，针灸科；第十二册，麻醉科；第十三册，保健科；第十四册，营养部；第十五册，理疗科；第十六册，同位素室；第十七册，手术室；第十八册，护理；第十九册，药剂科；第二十册，检验科；第二十一册，放射线科；第二十二册，病理科；第二十三册，物理诊断科；第二十四册，病案室。

由于经验不足，内容尚欠完善，各科室在执行中要认真总结、修改和补充，不断丰富其内容，使本“常规”能更好地指导我院的医疗和护理工作。错误之处，望批评指正。

黑龙江省医院《医院医疗护理技术操作常规》编审委员会

一九八〇年三月一日

# 黑龙江省医院《医疗护理技术操作常规》

## 编 审 委 员 会

总 编：李 仁

副总编：葛登洲、戴修善、赵博施、曲日赢、姚 凯、  
贾树华。

编 委：叶孔鑫、甘 义、朱雅琪、贾永令、赵麟阁、  
崔凤德、刘 迪、杨恩山、田福泉、郑述言、  
薛明伦、尤 刚、王志廉、周 刚、王玉才、  
常玉新、林文光、王宗政、华玉成、李一焕、  
任金声、陈 奇、王 相、国秀清、金中友、  
王宝仁、吴 波、丛庆珍、常连甲、徐廉洁、  
朴春梅、夏景致、张 哲、申尊茂、张树春、  
曲 录。

# 目 录

第一章： 原发性肾小球疾病	1
第一节： 急性肾炎	3
第二节： 隐匿型肾炎	5
第三节： 肾 病	6
第四节： 慢性肾炎	7
(一) 普通型	7
(二) 肾病型	7
(三) 高血压型	8
(四) 肾功能不全	8
1、肾功能正常期	9
2、肾功能不全代偿期	9
3、肾功能不全失代偿期	9
4、尿毒症期	9
第二章 肾盂肾炎、泌尿系感染	14
第三章 溃疡病	18
第四章 肺 炎	23
第五章 脉管炎	27
第六章 尿路结石	31
第七章 胆囊炎、胆结石	35
第八章 再生障碍性贫血	38
第九章 过敏性紫癜	41
第十章 血小板减少性紫癜	43
第十一章 尿崩症	46

# 第一章 原发性肾小球疾病

## 第一节 急性肾炎

本病是一种由感染后变态反应引起的两侧肾脏弥漫性肾小球损害为主的疾病。中医属水肿病中的风水或阳水的范围。

### 〔诊断要点〕

- (一) 起病急，病程多在一年以内；
- (二) 有血尿（肉眼或镜下）、管型尿、且白尿、可有高血压、短期肾功能衰竭；
- (三) 部分病人兼有肾病综合征表现，但伴有血尿（肉眼或镜下）和或/高血压和或/肾功能衰竭。

〔治疗原则〕：本病大多数可单纯用中医中药辨证治疗。

### (一) 初期

1、风寒型：浮肿先见面目后及全身、小便不利，来势较急，畏风怕冷，头痛、肢节酸楚、咳喘、咽喉肿痛、舌苔薄白、脉浮。

(1) 治则：宣肺利水

(2) 方药：越婢加术汤加减：

麻黄15g 石膏50g 甘草10g 白术20g

2、风热型：除上述症状外，主要表现是发烧，舌苔薄黄，脉浮数。

(1) 治则：疏风清热凉血解毒

(2) 方药：银翘汤加减：双花20g 连召15g 桔梗15g 木通15g 竹叶10g 荆芥15g 牛蒡子15g 薄荷10g 芦根15g 咽痛加寸冬15g 生地15g。

3、湿热型：全身水肿，按之没指，小便少，身体困重，纳呆胸闷，发烧泛恶苔黄腻脉濡或数。

(1) 治则：清热利湿（或清热解毒）

(2) 方药：神解汤（或用增损双解散）加减  
木通15g 神曲15 黄柏15g 黄连10g 黄芩15g 双花15g 薄荷10g 姜虫10g 蝉蜕15g 滑石20g。

（附：增损双解散方：姜虫10g 蝉蜕15g 大黄10g 防风15g 荆芥15g 麻黄10g 枝子10g 白芍10g 连召15g 当归15g 滑石15g 川芎10g 薄荷10g 黄芩15g 姜黄10g

（二）恢复期：此期主要是湿热未尽，所以其治则应继续清热化湿，适当佐以健脾养阴。

方药：肾炎丸加减（六味地黄丸合五子衍宗丹）

生地50g 山药50g 茯苓40g 泽夕30g 丹皮35g 芋肉40g 五味子40g 车前子40g 复盆子40g 丝子40g 枸杞子50g 寸云40g 巴戟40g 共为蜜丸每丸2~3钱，每次一丸每天2~3次。

（三）在有链球菌感染或其他化脓性感染灶时，可用抗菌素治疗。

（四）对症处理：水肿比较顽固，用中药治疗、效果不著者，可用西药利尿消肿，有心衰、高血压等合并症者，应及时应用西药控制心衰，高血压。

（五）对于急性肾炎肾病型表现者应用中药治疗效果不著时，可用西药免疫抑制剂进行治疗。用法见肾病的治疗：

〔急性肾炎护理〕

(一) 绝对卧床休息，直至症状消失，始可离床活动；  
(二) 饮食护理原则：有水肿高血压应忌盐，其他可给低盐，低蛋白高热量的饮食（每日给盐1~2克，蛋白25~40克，热量3000卡）每天给水量不超过1000~1500毫升，尿闭时限制含钾食物。

(三) 详细记录24小时出入量，每周四测体重一次，密切观察水肿情况和舌脉象变化。

(四) 防止并发症，注意保暖，避免着凉防止呼吸道感染，与呼吸道感染者隔离，重视口腔护理。

(五) 详细观察症状，如有视力障碍，呼吸困难，谵妄抽搐、昏迷等症状应立即报告医生处理。

## 第二节 急进性肾炎

本型病情重，进展快，一旦发现即应迅速处理急性肾功能衰竭。

### 〔诊断要点〕

- (一) 起病急骤，病情发展迅速；
- (二) 少尿（少于400毫升/24小时）或无尿；
- (三) 蛋白尿、血尿（肉眼或镜下）
- (四) 迅速发展的肾功能损害，以至尿毒症；
- (五) 可有迅速发展的贫血及低蛋白血症
- (六) 如无有效治疗，多于半年至一年中死亡。

### 〔治疗原则〕

主要应用强地松、环磷酰胺、潘生丁、肝素及滋补肝肾活血化淤的中药联合治疗。

具体用法是：

- (一) 强地松：15克，每天三次，用四到六周后，每周

递减5毫克，直至停药。

(二) 环磷酰胺：200毫克，加生理盐水20毫升，每天一次，或隔日一次静脉注射。用药期间，注意查血象（每周查一次），如果白血球小于4000个/mm<sup>3</sup>时，应暂停用药，待血象好转后再用。用药总量6~8克。

(三) 潘生丁：100~200毫克，加5~10%葡萄糖500毫升，每天一次。为避免病人有较重的反应（头痛、恶心、呕吐等），开始可试用50~80毫克潘生丁。如无严重反应，可再加大剂量应用。一般十五天为一个疗程，休息数日后继续静点，直至痊愈。不适合静点者，可用潘生丁片剂50~100毫克口服，每天三次。对应用潘生丁有明显不良反应或疗效不佳者，可应用复方丹参（或丹参）注射液静点，每次8~12毫升（每毫升含生药3克）加5~10%葡萄糖500毫升，每天一次静点。每15天为一个疗程，之后休息数日再点，直至痊愈。

(四) 肝素：100毫克（12500单位）加5~10%葡萄糖200毫升，每天一次静点。在应用肝素前要测定病人的凝血酶元时间，应用肝素后，每1~2周测定一次。应用本药期间，凝血酶元时间应保持在正常值的2~2.5倍。如果超过这个时间（35秒）或发生少量出血时即应暂时停用肝素。出血严重时，应即刻注射鱼精蛋白硫酸盐，以中和肝素的作用。此药每40~50毫克可中和5000单位肝素。或者用维生素K15~25毫克溶于注射用水内，以每分钟5毫克的速度静点。肝素可用至临床痊愈。为了巩固疗效，在肾功能基本恢复正常后，可继续口服华法令（Wanfazinrodum），每天3~10毫克口服。

(五) 加强对症处理：如伴有高血压，应迅速降压，必



要时静注快速降压药物；贫血明显者应给予输血(或血球)；伴发感染者，控制感染。

(六) 中药治疗：在辨证基础上，可用金匱肾气汤或六味地黄汤合八珍汤；合用活血化瘀药，重用丹参加减治疗。

### 第三节 隐匿型肾炎

#### 〔诊断要点〕

- (一) 尿蛋白 $>0.2$ 克/24小时，但一般不 $>1.5$ /24小时(定性微量~廿)；
- (二) 或呈屡发性或持续性镜下血尿偶发肉眼血尿，
- (三) 肾功能良好；
- (四) 无其他明显的临床症状。

此型肾炎病情较轻，病程较长，但大部分病例予后良好，只有极少数进展至肾功不全。因此，必须认真检查，仔细鉴别诊断，必要时可观察一段时间，以利正确诊断。

#### 〔中医中药辨证治疗〕

(一) 以血尿为主者，用清热养阴法，佐以活血凉血。可用小蓟饮子合导赤散加减，顽固者可用十灰散加减治疗。

(二) 以蛋白尿为主者，重用健脾补肾，佐以固肾涩精。可用四君子汤合五子衍宗丹加减。重用黄芪、党参、毛根、坤草等。

(三) 血尿、蛋白尿均持续而量较多者，宜用宣气健脾、活血固肾法加减治疗。

上述方法见效后，需巩固3~6个月。

对于病情顽固，尿液改变较重，屡治不愈者，可用中等量的激素与免疫抑制剂短程治疗，见效后减量，继续巩固一段时间。

## 第四节 原发性肾小球肾病（简称肾病）

### 〔诊断要点〕

- (一) 尿蛋白3.5g/24小时，定性>卅；
- (二) 血浆蛋白低，白蛋白<3克%
- (三) 常有高胆固醇血症；
- (四) 有水肿常较明显，
- (五) 无持续性高血压，离心红血球小于10个/高倍视野，无持续性氮质血症或肾功能减退；
- (六) 起病可急可缓。

### 〔治疗原则〕

为提高疗效，缩短疗程，降低复发率，可采用激素，免疫抑制剂和中药联合治疗。

(一) 激素：强地松，每天45~60毫克，持续4~6周，以后每周减去5毫克，直至停药。整个治疗过程一般需要3~4个月。长期用应采取间歇疗法。对于水肿严重，病情较剧不能口服者，初期可考虑用地塞米松肌注以代替口服。每次5~10毫克，每天两次。

(二) 免疫抑制剂应用：

在激素治疗开始1~2周症状有明显缓解时应用。常用环磷酰胺200毫克，加生理盐水20毫升，每日或隔日静注，总量6~8克。在使用期间，每周查一次血象。

(三) 中药治疗：此型多见脾肾阳虚，故治则是温肾健脾，化气行水：

方药：真武汤合五皮饮加减。

制附子20g 干姜15g 茯苓皮25g 白术15g 陈皮15g

桑皮35g 大腹皮50g 泽夕15g 党参20g 黄芪25g 益母草25g 车前子25g 猪苓25g 山药15g 龟胶15g 鹿角胶15g (或阿胶15g)。

(四) 对症治疗：浮肿严重不消者，可口服双氢克尿塞25毫克，安体舒通20毫克每天三次，服三天停四天。必要时可间断静脉注射速尿40—100mg

(五) 一般治疗：低盐或无盐高蛋白饮食，少数病人低蛋白血症明显，浮肿显著，用利尿药效果不著，应补给血浆，全血或白蛋白或用706代血浆。

## 第五节 慢性肾炎

### 一、普通型：

〔诊断要点〕

(一) 病程迁延；

(二) 尿旦白1.5~3.5克/24小时 (定性+~卅)

(三) 可有血压高，离心红血球>10个/高倍镜视野、有管型尿，肾功损害。

〔治疗原则〕在辨证治疗的前提下，对于血压偏高者同高血压型治疗；血尿、红血球多者，可用六味地黄汤合小蓟饮子加减，尿旦白明显者，用六味地黄汤加重用党参、黄芪、白术、山药、丹参等。

### 二、肾病型：

〔诊断要点〕除普通型表现外：

(一) 尿旦白>3.5克/24小时，定性>卅

(二) 血浆旦白低，白蛋白<3克%

(三) 水肿可重可轻；

(四) 病程迁延。

〔治疗原则〕同肾病。肾虚明显者，加用熟地20g巴戟15g仙灵脾25g。

### 三、高血压型（相当于肝肾阴虚型）

〔诊断要点〕除普通型表现外，以持续性中度以上高血压为主要表现。

#### 〔治疗原则〕

（一）中医治则：滋肾养肝，降压利水，

方药：杞菊地黄汤加减：生地25g 丹皮15g、泽夕15g、杞子15g、山药15g、芋肉15g、菊花15g、益母草25g、勾屯20g、牛夕20g、杜仲20g、草决明15g、夏枯草15g。

（二）西药：重点降压：可口服复方降压片两片，每日三次。顽固高血压，可口服甲基多巴、250毫克，每天三次重四次。用药期间，注意防止直立性低血压。

#### 〔护理〕

（一）避免过劳，防止受凉，注意口腔清洁，预防上呼吸道感染，以防复发；

（二）如发现血压增高，水肿、血尿等改变，立即报告医生，并令病人卧床休息直至症状消失。

（三）饮食：限制钠盐、水、给高蛋白，有尿毒症时给低蛋白。

（四）详记24小时尿量、色泽、质量，每周测体重一次，观察水肿、舌脉象变化，

（五）避免受风、寒、暑、湿之邪，见有恶寒发冷，头痛、出汗咽痛、脉浮等症状时及时报告医生。

（六）注意皮肤感染。水肿病人要加强皮肤护理，避免发生褥疮。

### 四、肾功不全：

### 〔诊断要点〕

(一) 肾功能正常期：肌酐清除率正常，血肌酐正常，尿素氮正常。

(二) 肾功能不全代偿期：肌酐清除率低为正常的50%，血肌酐正常，血尿素氮正常，其他肾功能出现减退。

(三) 肾功能不全失代偿期：肌酐清除率低于正常的50%，血肌酐大于2毫克%。血尿素氮增高。其他各项进一步损害，并出现一系列临床症状，如疲乏、不安、胃肠症状，瘙痒等。

(四) 尿毒症期，血尿素氮 $>60$ 毫克%（非蛋白氮 $>80$ 毫克%）常伴有酸中毒，出现严重的尿毒症临床表现。

### 〔治疗原则〕

根据本病的病理改变和辨证，以活血化淤为基本治则，以降低尿素氮，改善肾功为目的。

(一) 改善肾功能，降低尿素氮：

1、潘生丁：用法、用量同前（急性性肾炎）

2、或静点丹参注射液，（见前）

3、静点能量合剂（葡萄糖、胰岛素、氯化钾）对于体质衰弱，不能进食或进食很少者可用本剂。可单用或与上述药物交替静点。

4、中药汤剂：在辨证的基础上，根据病人个体情况，可取活血理气、活血温运、活血补益、活血攻下等治则。

活血理气：可用膈淤下逐汤加减

活血温运：可用下方：丹参25g、桃仁20g、红花25g、坤草25g、制附片15~25g、干姜10g、党参25g、补骨脂25g、淫羊藿15~25g、巴戟15~25g、牛夕15~25g、桂枝15~25g。

活血补益：丹参25g、桃仁15—25g、红花15—25g、坤

草25g、红参10—15g（单煎）、黄芪25—50g、生地20g、枸杞子15—25g、山药15g、芋肉15g、丹皮10g、泽夕10g、茯苓15g、丝子20g、刺五加50g、龟胶15g、鹿胶15g

活血攻下：可用大黄庶虫丸之类。

### （二）纠正水与电解质平衡失调：

有明显失水者，若无高血压，心衰，心脏扩大，可静点5%葡萄糖生理盐水。补给量可根据失水程度而定，一般在1000~2000毫升，轻度失水或严重失水经治疗好转者，宜鼓励饮水，一般每天不应超过3000毫升。伴有失钠者，可口服钠盐（加在食物中），失钠严重者，可酌情加用生理盐水或3~5%的高渗盐水静点。凡有浮肿高血压、心衰或晚期患者尿少或无尿者、每天给水量为尿、粪便、呕吐物等的排出量加不显性失水量（每天约500~600毫升）并限制钠盐摄入。如果多尿有失钾者，应予补充10%的氯化钾，10毫升，每天三次口服。少或无尿时有钾潴留，应限制钾的摄入（包括含钾多的水果，如桔子和中药等）并给予降血钾的治疗（高血糖和胰岛素）。伴有缺钙和肾性骨病者，可给乳酸钙1~2克，每日三次口服。同时给予维生素D<sub>2</sub>10~20万单位肌注，到血钙正常时为止。

### （三）纠正酸中毒：

若二氧化碳结合力低于30容积%，且有酸中毒症状时，可用11.2%乳酸钠100~200毫升，加入500~1000毫升5%葡萄糖中静点。或5%碳酸氢钠200~400毫升静点（缓点）。轻度酸中毒可口服碳酸氢钠1~2克，每日三次。

有抽搐者，血钙离子浓度降低，可给予10%葡萄糖酸钙10~20毫升静注（缓注！）

### （四）减少氮（质）代谢产物潴留：

给病人高糖、低蛋白饮食，蛋白质每天30克左右，（或每日每公斤1克）如果吃鸡蛋，每天不超过两个，牛奶不超过半斤。病情危重时，应吃素食，并静脉补充葡萄糖，每日至少100克。

同时可用蛋白质同化激素：丙酸睾丸酮或苯丙酸诺龙25~50毫克，隔日或每周1~2次肌注，短期应用。

#### （五）对症治疗：

1、高血压：利血平0.25毫克，每日三次或复方降压片2片，每日三次口服。顽固者，用甲基多巴250毫克，每日三次或四次口服。有高血压脑病和心衰者，应积极控制。

2、恶心呕吐：可用灭吐灵10毫克肌注（或口服）或用氯丙嗪25毫克肌注。

中药可用和胃降逆法，用小半下加茯苓汤（半下茯苓、陈皮），有湿热者，佐以黄连、大黄，苦化清热止吐。

3、贫血严重时，可小量多次输血细胞，血浆蛋白过低者，可输血浆。

4、有明显精神症状时，如果经过调整离子，纠正酸中毒，仍不好转者，燥烦不安，可给予10%水合氯醛10毫升或苯海拉明10毫克口服。但要慎用，防止蓄积中毒，导致低血压或昏迷。

5、合并感染者，应及时应用抗菌素控制。可用青霉素或口服素族药物。但不宜应用链霉素、多粘菌素和卡那霉素。

#### 6、透析疗法：

- （1）结肠透析（中药或西药）
- （2）腹膜透析，
- （3）血液透析；

## 7、肾移植与外科配合选好适合病人。

### 〔尿毒症护理常规〕

(一) 绝对卧床休息，病人有烦躁不安时，应有专人护理，有抽搐时，防止咬破舌头；

(二) 饮食：给高热、高脂肪、低蛋白富于维生素的及易消化饮食；

(三) 注意口腔护理，每天应用朵贝氏液，在饭前、饭后晨起、睡前漱口，防止并发症。

(四) 皮肤护理：保持皮肤清洁，勤翻身，防止褥疮发生。

(五) 严格观察病情变化，对症护理：

1、酸中毒：出现深大而快的大呼吸脉速恶心，呕吐、嗜睡、昏迷，应立即报告医生处理。

2、水电解质代谢紊乱：病人出现恶心、呕吐、口干、腹泻或少尿、无尿肌肉抽搐等症状时，及时报告医生处理；

3、注意呕吐物性质、数量并做好记录并有心衰者，应按心衰护理。

有高血压、脑疾病者按脑出血护理。

详细记录出入量，观察尿色，呕吐时注意呕吐物色泽与量，加强口腔护理。掌握人工肾透析术的术前准备，术后护理。

### 〔急性肾炎治疗标准判定〕

(一) 痊愈（包括基本痊愈）

1、临床症状、体征完全消失（或基本消失）

2、尿旦白（+）以下；

3、尿中管型消失；红、白球在10个以下。

(二) 好转；



- 1、临症状、体征完全消失或有所好转；
- 2、尿检查（旦白、管型、血球—）较入院有好转。

（三）未愈：

临床症状、体征、化验检查与入院时相比，不见好转。

（四）恶化：

症状体征、化验检查均较入院时恶化。

〔慢性肾炎疗效标准判定〕

（一）痊愈（包括基本痊愈）

- 1、临床症状、体征完全或基本消失；
- 2、尿旦白（+）以下；
- 3、尿中血球10个以下；
- 4、血压恢复或基本正常或稍偏高；
- 5、贫血得到纠正或好转；
- 6、肾功能恢复正常。

（二）好转：

临床症状体征、化验检查较入院时有所好转。

（三）未愈：

临床症状、体征、化验检查与入院时相比均未见好转。

（四）恶化：

临床症状体征、化验检查与入院时相比均见恶化。

〔肾炎肾病型疗效标准〕

（一）痊愈（包括基本痊愈）：

- 1、临床症状、体征完全或基本消失；
- 2、肾功能完全恢复正常；
- 3、尿、血浆旦白化验完全或基本恢复正常（尿蛋白（+）以下）
- 4、血胆固醇恢复正常或偏高。