



护理查房

——慢肾衰病人护理查房

肾病二科
张明云



内容

1

疾病概述

2

病情简介

3

护理诊断、措施、评价

4

潜在并发症

5

护理学习



PBL简单模式——六步问答法

(1) 什么是...

(2) 是不是...

(3) 是什么性质和类型

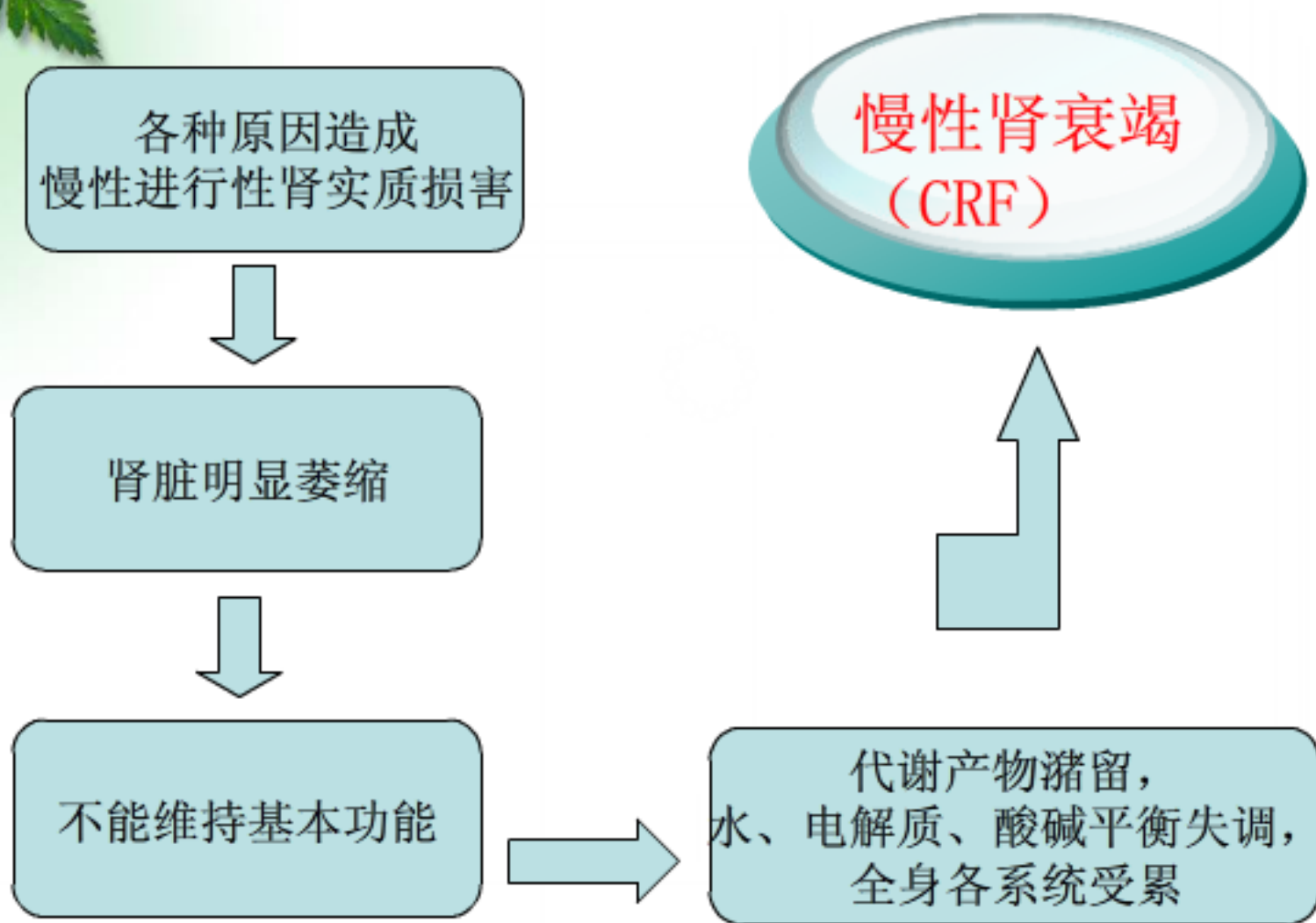
(4) 是什么原因

(5) 健康指导

(6) 如何掌握



什么是？（定义）



什么是？（中医定义）

慢肾衰

•因暴病及肾，损伤肾气或肾病日久所致

•以急起少尿甚或无尿，继而多尿，或以精神萎靡，面色无华，口中尿味等为主要临床表现

•病位在肾，涉及膀胱、三焦

•属于中医学水肿癃闭、关格、溺毒肾劳等范畴

什么是？(临床表现)

水、电解质和酸碱平衡的失调



是不是？（鉴别诊断）

- 肾前性急性肾衰竭

- ① 有效血容量减少
- ② 心输出量减少。
- ③ 全身血管扩张
- ④ 肾脏血管收缩
- ⑤ 影响血液动力学

- 肾后性急性肾衰竭

是慢性肾功能衰竭！

- 肾性急性肾衰竭

- ③ 急性间质性肾炎
- ④ 肾微血管疾病
- ⑤ 急性肾大血管疾病
- ⑥ 某些慢性肾脏疾病

是什么性质和类型？（分期）

CRF根据肾脏损害的不同分期

分期	肾功能代偿期	氮质血症期	肾衰竭期	尿毒症期
GFR（占正常的%）	约50%~80%	约25%~50%	约10%~25%	10%以下
内生肌酐清除率（ml/min）	80~50	50~25	25~10	<10
血肌酐（ $\mu\text{mol/L}$ ）	正常	高于正常， <450	450~707	>707
临床症状	无症状	肾衰早期，通常无明显症状，可有轻度贫血、多尿和夜尿	贫血较明显，夜尿增多，水、电解质紊乱，并可有轻度胃肠道、心血管和中枢神经系统症状	肾衰晚期，肾衰的临床表现和血生化异常十分显著

是什么性质和类型？（辨证分型）

正虚诸证

- 脾肾气虚证
- 脾肾阳虚证
- 气阴两虚证
- 肝肾阴虚证
- 阴阳两虚证



邪实诸证

- 湿浊证
- 湿热证
- 水气正
- 血瘀证
- 浊毒证

是什么原因？（病因）

国外常见病因

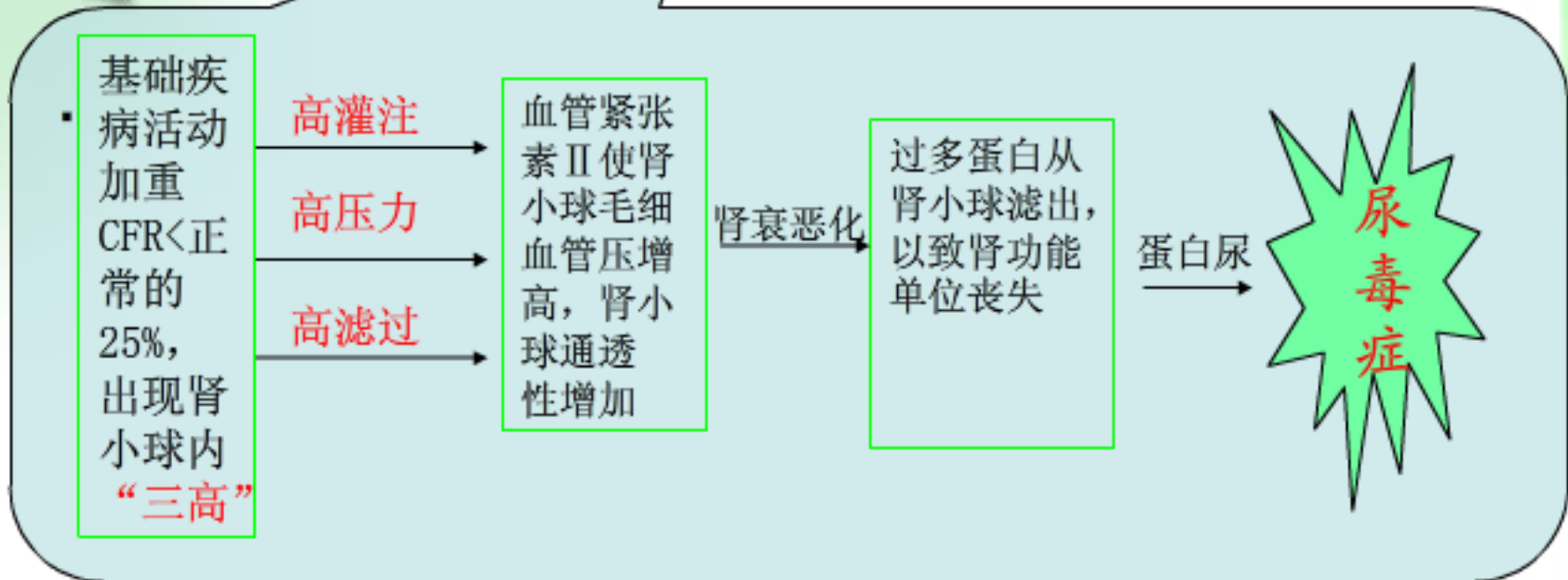
- ★糖尿病肾病
- ★高血压肾损害
- 肾小球肾炎
- 多囊肾

国内常见病因

- ★原发性肾炎
- ★高血压肾损害
- 糖尿病肾病
- 慢性肾盂肾炎

是什么原因？（发病机制）

（一）慢性肾衰竭进行性恶化的机制



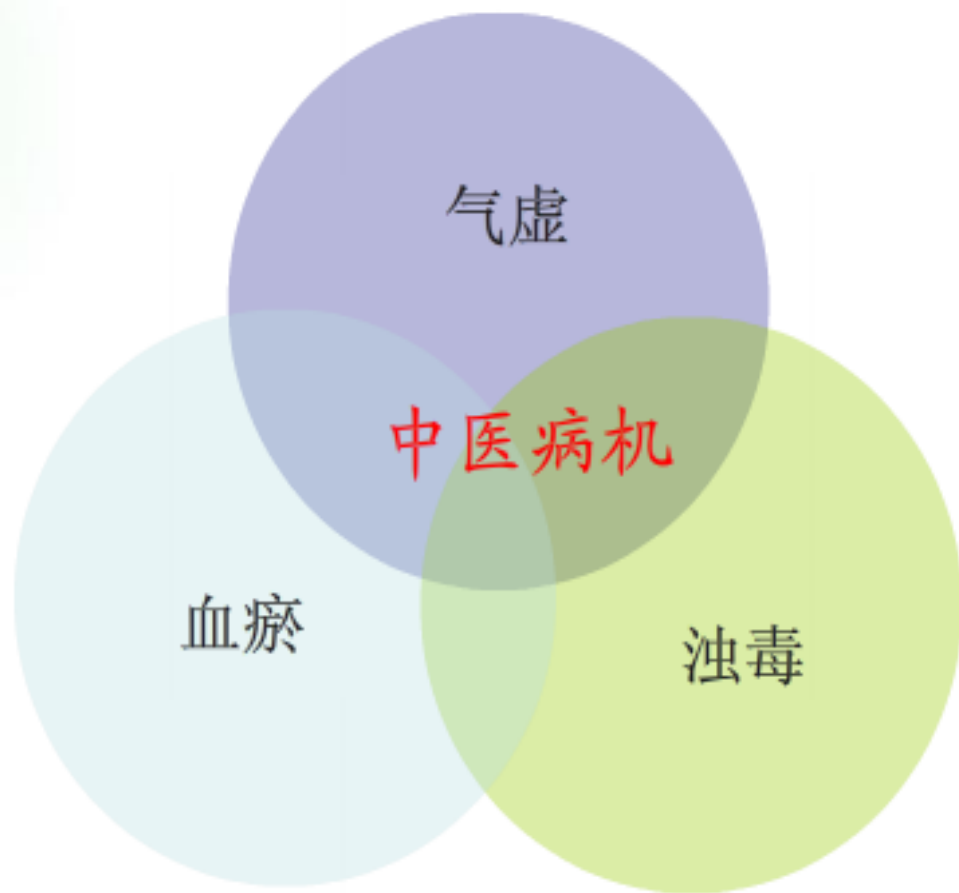
（二）尿毒症各种症状的机制

水、电解质和酸碱平衡失调

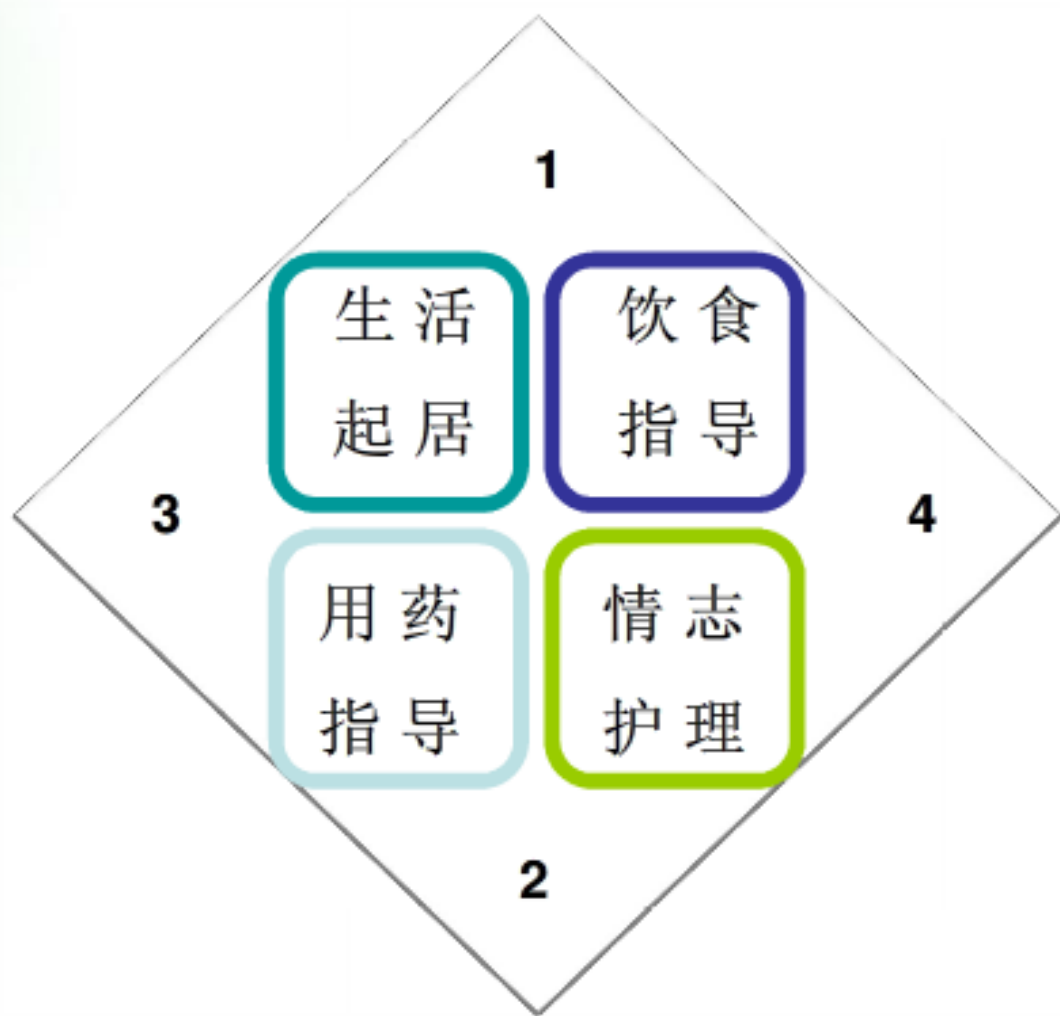
尿毒症毒素

肾的内分泌功能障碍

是什么原因？（发病机制）



健康指导



二、病情简介

- 姓名：徐光华
- 性别：女 年龄：82岁
- 住院号：16010446
- 入院时间：2016-1-5 08:59
- 中医诊断：慢肾衰-脾肾阳虚，兼血瘀证
- 西医诊断：
 - 1.尿毒症
 - 2.老年性瓣膜退变性心脏病
 - 3.心房颤动
 - 4.高血压三级



病情简介

现病史:

患者诉反复胸闷气促10余年，浮肿少尿2年余，加重一周等不适症状。

曾予2年前出现下肢浮肿伴少尿，入住我院心病科，明确诊断：老年瓣膜退变性心脏病，三闭，主闭，心脏扩大，心功能4级，高血压3级，予以降压、抑制神经内分泌异常激活等对症综合治疗后症状好转出院，此后间断在我院门诊随访，予利尿、改善心功能等对症处理，未再住院系统治疗。

1周前出现胸闷气促症状加重，伴有浮肿少尿，由门诊以“尿毒症、心功能不全”收入我科，查：神清，精神差，诉胸闷气促，头晕乏力，双下肢凹陷性水肿，时有咳嗽，时有恶心欲吐，无腹痛腹泻，大便尚调，小便量少，睡眠差。

既往史:有心功能不全病史，有高血压病史，否认糖尿病等病史，否认乙肝、结核等传染病史，否认药物及食物过敏史，否认输血史，否认手术及外伤史，预防接种史不详，

中医辨证及证型：

患者以“反复胸闷气促10余年，浮肿少尿2年余，加重1周”为主苦，辩证当属中医“慢肾衰”范畴，四诊合参，证属脾肾阳虚，兼血瘀证。患者先天肾气不足，肾阳亏虚，加之后天脾胃失养，致气血阴阳皆虚，湿浊尿毒不得排泄，而发为本病，脾阳亏虚，运化水谷精微功能失司，头目四肢失养，可见乏力头晕，肾失主水，水邪失司，溢于肌表，发为水肿，脾肾亏虚，运化水液失司，聚湿生毒，湿浊毒邪不得排泄，故见毒素升高，口中有尿味，久病必瘀，故见病情反复，舌暗淡，苔薄白，脉沉细符合该证之象

对症治疗：

遵医嘱予一级护理，吸氧，心电监护必要时，低盐低脂饮食，治疗上予以保肾，改善心功能，利尿消肿，血液透析等对症治疗。

病情进展:

1月5号患者因反复胸闷气促10余年，浮肿少尿2年余，加重1周入院，患者来时胸闷气促，头晕乏力，双下肢凹陷性水肿，时有恶心，肌酐 $567\mu\text{mol/L}$ ，尿素 $963\mu\text{mol/L}$ ，立即行血液透析，患者生活自理能力评分50分，跌倒坠床评分45分，皮肤压疮评分20分。

1月6号，凌晨3点，患者解鲜红色大便，伴有恶心，心慌不适，请脾胃病科会诊，考虑：消化道出血，遵医嘱予禁食水，予氧气、心电监护应用中，心电监护示：心率在120-130次/分，收缩压60-80mmHg，舒张压波动在40-60mmHg，血氧波动在90-98%，予硫酸鱼精蛋白中和肝素，予血凝酶、泮托拉唑、奥曲肽等应用，患者生活自理能力为25分，跌倒坠床为45分，皮肤压疮评分16分。

1月7号患者诉解柏油样大便少许，时有胸闷气促，汇报主管医生，遵医嘱予氧气间断吸入中，予抑制胃酸 奥曲肽 4ml/h 静脉泵入中

病情进展:

1月9号患者主诉胸闷症状较前好转，未在解黑色大便，遵医嘱暂停禁食，予以半流质饮食，予抑制胃酸，营养支持等对症处理，患者生活自理能力为45分，跌倒坠床为45分，皮肤压疮评分17分。

1月10号请肛肠科会诊，会诊印象考虑消化道出血，遵医嘱予抑制护胃，止血等对症处理。

1月11号患者诉活动后胸闷气促，请心病科会诊，会诊诊断：老年性瓣膜退变心脏病，三尖瓣关闭不全，房颤，予对症处理，患者生活自理能力为55分，跌倒坠床为45分，皮肤压疮评分18分。

1月13号患者主诉胸闷气促较好转，未在解黑色大便，生命体征平稳，患者生活自理能力为60分，跌倒坠床为45分，皮肤压疮评分20分。

辅助检查

心脏彩超：右心增大

三尖瓣 大量反流

主动脉瓣少量反流

胸部描述：心影增大，呈“烧瓶样”，双侧膈面光滑，
肋膈角锐利。



生化

	1.5	1.6	1.7	1.12
白蛋白 (34-50g/L)	43.91	---	---	---
尿素 (2.90-8.2mmol/L)	38.82	19.78	19.9	27.15
肌酐 (45-84umol/L)	567	360	413	229.5
尿酸 (155-357umol/L)	963.1	495	554.3	692.3
磷 (0.09-1.43mol/L)	1.62	---	---	---
β 2微球蛋白 (0-5mg/l)	19.74	17.29	117.22	8.85

血常规

	1.5	1.6	1.7	1.12
红细胞 (3.5- 5.5 ^{10¹²} /L)	3.36	3.22	2.95	3.02
血红蛋白 (110- 160g/L)	112	103	95	96
红细胞压积 (37-49/L)	33.4	31	29.3	28.3
白细胞 (4-10 10 ⁹ /L)	2.81	5.05	4.11	3.68
血小板分布 宽度(15.50- 18.10fl)	12.2	11.3	14.7	15.1

病情进展——用药及饮食情况

	1.5	1.6	1.9	1.12	1.13
饮食	低盐低脂	禁食水	温凉半流质		
补肾益气	参附				
补钙、清除氧自由基	还原型谷胱甘肽				
护胃		泮托拉唑			
活血化瘀	血栓通				
营养		脂肪中长链乳、维生素C、B6			
止血		血凝酶、奥曲肽			维生素K1
抗感染				头孢西丁钠	

艾灸

穴位按摩

中医特色护理技术

对症治疗

穴位
按摩

恶遵穴注意告知
心医位意知
欲嘱选观察患
吐取取察者
：合正皮注
谷、内关等穴
正确皮肤注意
情况

艾灸
治疗

倦遵方经告知
怠医法常知
乏嘱正查患
力取确看者
：双，艾注
足次灸意
三数部事
里合位项
等理皮
穴 肤

以上内容仅为本文档的试下载部分，为可阅读页数的一半内容。如要下载或阅读全文，请访问：<https://d.book118.com/175220104001011222>