

《内科护理》临床案例护理实践练习

练习方法和要求：学生每 4 人一组，依据提供的病人资料和临床情景，以角色扮演的方式（1 人扮演病人，1 人扮演家属，2 人扮演护士），针对病人的病情给予相应的护理操作。

第五章 泌尿系统疾病病人的护理

慢性肾小球肾炎病人的护理

【病历摘要】

高某，男性，48 岁，因“反复水肿、蛋白尿 3 年，加重伴乏力 1 周”入院。病人 3 年前体检时发现尿蛋白（++），伴有眼睑及下肢轻度水肿，未重视，未规律治疗。近 1 周来自觉水肿加重，波及全身，伴有明显乏力，活动耐力下降，遂来我院就诊。既往无高血压、糖尿病等慢性病史，无药物过敏史。

身体评估：体温 36.8℃，脉搏 80 次/min，呼吸 18 次/min，血压 150/90mmHg。神志清楚，慢性病容，全身水肿，以双下肢为著，呈凹陷性。心肺听诊无异常，腹软，无压痛及反跳痛，肝脾肋下未触及。

实验室及其他检查：尿常规示蛋白（+++），潜血（++），红细胞 10~15 个/HP，白细胞 0~2 个/HP；24 小时尿蛋白定量 3.5g；血生化示血清白蛋白 28g/L，血肌酐 150 μmol/L，尿素氮 8.5mmol/L；血脂示总胆固醇 6.5mmol/L，甘油三酯 2.5mmol/L。

模拟情景一

门诊拟“慢性肾小球肾炎，肾病综合征型”收入院。作为责任护士，依据病人目前的情况，请做好病人的体液管理与饮食护理。

1. 体液管理 准确记录 24 小时出入量，包括饮水量、食物含水量、尿量、呕吐物量等；定期测量体重和腹围，每周 1~2 次；遵医嘱给予利尿剂，观察药物疗效及不良反应，如有无低钾血症、低钠血症等；指导病人低盐饮食，每日食盐摄入量不超过 3g，避免食用腌制食品、咸菜等。

2. 饮食护理 给予优质低蛋白饮食，蛋白质摄入量为 0.6~0.8g/（kg·d），以动物蛋白为主，如牛奶、鸡蛋、瘦肉等，同时保证足够的热量摄入，一般为 30~35kcal/（kg·d）；补充维生素和微量元素，多吃新鲜蔬菜和水果；遵医嘱补充白蛋白，提高胶体渗透压，改善营养状况。

模拟情景二

为明确诊断与病例分型，病人接受了肾穿刺活组织检查术，过程顺利。术后穿刺点以沙袋压迫，并缚以腹带，返回病房。依据病人目前的情况，给予相应的

护理。

1. 术后立即压迫穿刺路径：穿刺活检结束后，须在原位压迫穿刺部位 8~10 分钟以止血，在病人穿刺侧腰部放置沙袋等压迫物，并用腹带对压迫物加以固定。
2. 体位：平车送病人回病房，并小心平移至病床上。
3. 休息与活动：术后卧床 24 小时；前 4~6 小时必须仰卧，腰部严格制动，四肢可缓慢小幅度活动，严禁翻身和扭转腰部。术后 3 周内禁止剧烈运动或重体力劳动。
4. 病情监测：术后 6 小时内密切监测血压、脉搏，观察尿色、有无腹痛和腰痛等。
5. 若病情允许，嘱病人多饮水，以免血块阻塞尿路。
6. 避免或及时处理便秘、腹泻和剧烈咳嗽。
7. 用药护理：可给予 5%碳酸氢钠注射液静脉滴注，以碱化尿液，促进排泄；必要时使用止血药及抗菌药物，以防止出血和感染。

慢性肾衰竭病人的护理

【病历摘要】

屈某，男性，62 岁，因“反复双下肢水肿 3 年，呼吸困难加重伴乏力 3 天”就诊。自诉近 3 日夜间无法平卧，需高枕卧位，伴咳嗽、咳粉红色泡沫样痰，尿量明显减少（24 小时尿量约 300ml）。

身体评估：体温 36.8℃，血压 180/110 mmHg，心率 120 次/min（律齐），呼吸 28 次/min，血氧饱和度 88%（未吸氧）。意识清醒，烦躁不安，面色苍白，口唇发绀，颈静脉怒张。双肺满布湿啰音，以中下肺野为著，心界向左下扩大，心尖区闻及奔马律。腹部移动性浊音阳性，肝颈静脉回流征阳性。双下肢重度凹陷性水肿（至膝关节），肢端湿冷。

实验室检查：血常规：血红蛋白 85 g/L，血小板正常。肾功能：血肌酐 682 $\mu\text{mol/L}$ （eGFR 8 mL/min/1.73m²），尿素氮 32.1 mmol/L，血钾 6.8 mmol/L。动脉血气：pH 7.28，HCO₃⁻ 16 mmol/L，PaO₂ 60 mmHg。心肌标志物：NT-proBNP 8500 pg/mL。心电图：窦性心动过速，T 波高尖，QRS 波增宽。尿常规：蛋白（+++），尿比重 1.010，可见颗粒管型。电解质：血磷 2.1 mmol/L，血钙 1.9 mmol/L，血钠 130 mmol/L。

诊断：慢性肾衰竭（CKD 5 期）；急性左心衰；高钾血症。

模拟情景一

病人由急诊科转入肾内科，作为责任护士，依据病情给予以下护理措施。

1. 体位与急救处理：协助病人取端坐位，双下肢下垂，减少回心血量。高流量吸氧（6-8L/min），必要时无创通气支持。建立两条静脉通路，遵医嘱使用血管扩张剂（如硝酸甘油泵入）、利尿剂（呋塞米）、5%碳酸氢钠。

2. 高钾血症紧急处理：立即心电监护，备好除颤仪；遵医嘱给予：10%葡萄糖酸钙 10 mL 缓慢静推（拮抗心肌毒性）。胰岛素 10 U+50%葡萄糖 50 mL 静滴（促进钾离子向细胞内转移）。呋塞米 20-40 mg 静推（促进排钾，需评估尿量）。

备好透析用物（如深静脉置管包、透析管路），随时准备行急诊血液透析。

3.液体管理：严格限制液体摄入（每日入量=前一日尿量+500ml）；记录 24 小时出入量。输液速度控制在 20-40 滴/分。

4.病情监测与记录：每 15~30 分钟监测血压、心率、呼吸、血氧饱和度、尿量；持续心电监护（重点观察 T 波高尖、QRS 波增宽等高钾血症表现）；观察有无低血压、心律失常等并发症；严格记录 24 小时出入量；动态监测血钾、血肌酐、尿素氮及动脉血气。

5.安全与并发症预防：保持环境安静；加床栏防坠床，协助病人缓慢变换体位（避免体位性低血压）；加强口腔护理，预防感染；定时翻身，预防压疮。

6.饮食护理：禁止含钾药物及食物（如香蕉、橙汁、土豆、蘑菇、深绿色蔬菜等）；未进入血透阶段予优质低蛋白饮食（0.6 g/kg/d，以鸡蛋、牛奶为主），进入血透阶段参照透析病人饮食；限盐限水（钠<2 g/d，液体量根据尿量调整）。

7.心理护理：安抚病人及家属情绪，解释病情危重性及治疗措施（如透析的必要性）；指导家属配合治疗，避免在病人面前表露焦虑情绪。

模拟情景二

病人血钾持续升高至 7.0 mmol/L，心电图示 QRS 波进一步增宽，出现室性早搏，药物治疗效果不佳，需紧急血液透析，作为责任护士，依据病情给予以下护理措施。

1.快速评估与医嘱执行

护士 A（责任护士）：

立即通知医生，确认透析医嘱（如：急诊血液透析、抗凝方案）。

评估病人生命体征、意识状态及血管通路条件（本例无内瘘，需临时深静脉置管）。

护士 B（辅助护士）：

备齐深静脉置管包、透析管路、生理盐水、抗凝剂（如低分子肝素）。

核对病人身份及透析知情同意书，向家属解释操作风险及必要性。

2.透析前准备

(1) 体位与安全

协助病人取平卧位，头偏向一侧（防误吸），固定肢体避免躁动。

连接心电监护，配备除颤仪、急救药品（如 10%葡萄糖酸钙、阿托品）。

(2) 建立血管通路

医生行颈内静脉或股静脉置管，护士协助消毒、铺巾、递送器械。

开机自检；血液透析器和管路的安装；密闭式预冲。

(3) 透析过程监护

① 参数设置与观察：初始血流量 100-150 mL/min，逐渐增加至 200-250 mL/min。

② 监测动脉压、静脉压及跨膜压，调整超滤率；严密观察病情及机器使用情况，及时处理监测系统的报警；严密监测生命体征，检查穿刺部位有无异常，血液循环系统有无凝血和出血等。

③ 生活护理：做好透析中病人的生活护理，安排舒适的体位。

④ 妥善固定管路，避免受压、折叠和扭曲，防止脱出。

(4) 并发症预防

① 低血压：严密监测血压情况，若透析过程中收缩压下降 ≥ 20 mmHg，或平均动脉压下降 ≥ 10 mmHg，病人出现恶心、呕吐、胸闷、面色苍白、出冷汗、头晕、心悸，甚至一过性意识丧失等，立即减慢血流速度，停止超滤，协助病人平躺，抬高床尾，并给予吸氧；输注生理盐水或高渗葡萄糖溶液等；监测血压变化，必要时使用升压药，若血压仍不能回升，须停止透析。

② 出血风险：观察穿刺点渗血、牙龈出血、黑便等（抗凝剂副作用）。

③ 心律失常：若病人出现室颤，立即停止透析，断开体外循环，进行心肺复苏；遵医嘱静推 10%葡萄糖酸钙 10 mL（拮抗高钾心肌毒性）。

④ 失衡综合征：如病人出现头痛、恶心、呕吐、躁动、抽搐、昏迷等，应立即减慢血流速度、吸氧，静脉输注高渗葡萄糖溶液、高渗盐水；严重者立即终止透析，静脉滴注 20% 甘露醇并进行相应抢救。

⑤ 透析器反应：因使用新透析器产生的一组症状，又称为首次使用综合征。表现为透析开始 1 小时内出现的皮肤瘙痒、荨麻疹、流涕、腹痛、胸痛、背痛，重者可发生呼吸困难，甚至休克、死亡。处理措施：一般给予吸氧、抗组胺药物、止痛药物等对症处理后可缓解，无须停止透析。但如明确为 I 型变态反应，须立即停止透析，舍弃透析器和管路中的血液，并使用异丙嗪、糖皮质激素、肾上腺素等控制症状。

(5) 透析后护理

① 血管通路处理：中心静脉留置导管使用生理盐水冲管，肝素或枸橼酸钠封管，无菌敷料覆盖穿刺点。穿刺侧肢体制动 2 小时（股静脉）或 4 小时（颈内静脉）。

② 询问不适主诉：询问病人有无头晕、出冷汗等不适，如病人透析后血压下降，应卧床休息或补充血容量。

③ 测量并记录体重、血压、透析时间、脱水量、抗凝剂用量及并发症处理。

④ 病情观察：

监测血钾（透析后 1 小时复查）、血压、尿量及呼吸困难是否缓解。

评估肺水肿体征（湿啰音减少、血氧饱和度上升至 95%以上）。

⑤ 家属沟通与记录

护士 B：

向家属说明透析效果（如：“血钾已降至 5.2mmol/L，心率恢复正常”）。

指导家属观察病人有无乏力、心悸等低钾症状（透析后可能出现低钾血症）。

模拟情景三

经紧急透析治疗后，病人呼吸困难缓解，尿量增至 800ml/日，血钾降至 5.2mmol/L，血肌酐 480 μ mol/L，血压 150/90mmHg。此时需进行恢复期护理指导。

1. 规律透析与液体管理

制定个体化透析计划（如每周 3 次），强调不可擅自减少透析频率。

教会病人每日晨起空腹测体重（增幅 ≤ 1 kg/日），控制饮水量（包括食物含

水量)。每日液体摄入量=前一日尿量+500ml；使用小杯饮水，含冰块缓解口渴；避免汤、粥等高水分食物。

2.饮食指导

严格低盐、低钾、优质高蛋白、低磷饮食。避免腌制品、罐头、加工食品（如火腿、香肠）；禁食高钾食物：香蕉、橙子、土豆、番茄、蘑菇、坚果等；选择鸡蛋、牛奶、瘦肉、鱼；避免高磷食物：奶制品、可乐、巧克力、蛋黄。

3.药物指导

遵医嘱服用降压药、磷结合剂；禁止使用肾毒性药物（如 NSAIDs）。

4.并发症预防

卧床期间指导踝泵运动、下肢抬高，预防深静脉血栓；逐步过渡至床边坐立、短距离行走。识别心衰先兆（夜间阵发性呼吸困难、水肿加重）及高钾症状（肢体麻木、心率减慢）。心血管并发症：定期复查心电图、心脏超声；控制血压、血脂。贫血管理：遵医嘱补充铁剂、叶酸；观察乏力、苍白等症状。骨病预防：定期监测血钙、血磷、甲状旁腺激素（iPTH）；避免高磷饮食。

5.长期随访与教育

定期复查肾功能、电解质、心脏彩超；教会家属紧急处理高钾（口服降钾树脂）。

血管通路护理：每日换药并检查导管局部有无感染、渗血、渗液等，检查导管是否固定完好。并指导病人尽快做好长期血管通路（如内瘘手术）。

6.注意事项：饮食与药物需个体化调整，定期营养科、肾内科随访；家属需参与监督液体摄入及用药依从性。

（付秋月 邓凤英 张燕）