第一篇 肾内科护理常规

内科一般护理常规

（1） 热情接待病人，做好入院介绍，并立即通知医生，对重危者交接后积极抢救处理。
（2） 24h 内完成护理入院录，新病人测体温、脉搏、呼吸 2 次/日，测 2 天。体温 37.5℃以上者 3 次/日，体温不升或 38℃以上者 4 次/日，39℃以上者 6 次/日。病危病人按医嘱及病情需要测体温、脉搏、呼吸、血压。
（3） 新病人入院时测体重 1 次，以后每周 1 次。不能测体重时，分别用“平车”或“卧床”表示。
（4） 新病人入院后按医嘱留送大小便标本及进行其他化验检查，每日记录大便次数，观察色、量、性状。3 天以上无大便者，应做通便处理；大便异常者，应及时留取标本送检，按病情正确记录尿量或出入量。
（5） 密切观察病情，有变化者应及时与医生联系。
（6） 做好晨、晚间护理，做好病人头发、皮肤护理。新病人入院时做好病人的清洁卫生处置。
（7） 了解病人饮食习惯，进餐时护士巡视病房，了解病人饮食及进食情况，尤其是治疗饮食及试验饮食落实情况，并做好饮食指导。自理困难者协助进食。
（8） 了解病人的心理、生理、社会文化及精神的需求，向病人介绍有关疾病知识，做好心理疏导，防止一切医源性刺激。
（9） 所有病人出院前做好出院指导。

急性肾小球肾炎护理

急性肾小球肾炎〔简称急性肾炎〕是以多种病因引起的肾小球疾患。可由链球菌感染后引起的急性肾小球肾炎，以小儿和青少年发病较多。非链球菌感染后肾小球肾炎病因以细菌、病毒为多见。

【临床表现】

发病前常有上呼吸道炎症、咽峡炎，2-4 周后以水肿、血尿病症多见，小儿有时出现头痛、恶心、呕吐等病症，病情轻重不一。主要表现：

〔1〕水肿，清晨起床时眼睑水肿，严重时可为浆膜腔渗液。

〔2〕高血压病症程度不一，一般为轻度或中度。

〔3〕尿异常，尿量在水肿时减少，血尿轻重不等，轻、中等度蛋白尿，尿沉渣有多量红细胞外，白细胞异常增加。

【护理要点】

〔1〕按内科护理常规。

〔2〕严密观察病情，注意尿量、血压、水肿程度及原发感染的控制情况。

〔3〕准确记录 24h 出入量，每日测血压 2 次、体重 1 次，并记录。

〔4〕急性期卧床休息 2-3 周，直至病症消退，可安排渐进性离床活动。假设离床活动使蛋白尿和血尿加重时，那么需催促病人再卧床休息。

〔5〕由于病人卧床时间长，可能会经常来自工作、经济、家庭等各方面的压力，而常有焦虑不安情绪，病人也常担忧病情是否会恶化，精神负担很大。因此护士应鼓励病人说出其害怕及担忧的事情，协助病人解决问题，并向病人解释疾病的演变过程及治疗方案，以减轻病人的焦虑情绪。

〔6〕给予高碳水化合物、低蛋白饮食〔急性期一般限制在 0.5-0.8g/kg，肾功能正常者无需限制蛋白质的摄入〕，并注意各种维生素的补充，少尿、水肿明显及血压高者应限制水和钠的摄入〔1-3g/d〕，少尿者同时限制高钾食物及药物。

〔7〕治疗护理：①一般不主张长期预防性使用抗生素，但有上呼吸道或皮肤感染者，应选用无肾毒性抗生素治疗，如青霉素。防止使用或及时停用对肾脏有损害的药物。②应用药物利尿降压时，须随时注意药物疗效及副作用，宜小剂量开始，逐渐加量。③有透析指征者〔尿毒症或高血压〕应及时行透析治疗。

〔8〕防止急性心力衰竭、高血压脑病、急性肾功能衰竭等并发症的发生。

〔9〕健康教育：①保持口腔及皮肤清洁，遵守个人卫生原那么，注意保暖，预防感冒，防止与上呼吸道感染者接触。②恢复期每日应有适度的活动。充分的休息与睡眠，防止身心过劳。③按医嘱定期测量血压及返院做尿液、肾功能检查。④如出现尿量减少、尿液混浊、水肿、感冒等病症时，应立刻就医。

慢性肾小球肾炎护理

慢性肾小球肾炎是任何原发或继发性肾小球炎在进入终末期肾衰前的进展阶段，此时不同类型肾小球肾炎的病理和临床表现渐趋一致。肾脏缩小，肾功能减退，肾损害呈不可逆性。

【临床表现】

病人常有贫血、高血压、体力衰退和其他系统病症，早期常有夜尿，尿浓缩能力减退，对钠的保存及排泄功能也有下降。

【护理要点】

〔1〕按内科护理常规。

〔2〕密切观察病情，观察尿量、尿色和比重，记录 24h 尿量，定时测血压，观察有无头痛及精神状况、电解质紊乱等的变化。

〔3〕水肿明显、大量蛋白尿、血尿、高血压或急性发作期病人，应指导卧床休息。

〔4〕由于病情易反复、病程迁延，病人心理负担大而容易出现不良情绪，护士应主动关心、体贴病人，协同家属帮助解决问题，以减轻病人烦躁、焦虑情绪。

〔5〕根据肾功能状况给予优质低蛋白饮食〔每日 0.6-1.0 g/kg〕，同时控制饮食中磷的摄入，适当增加碳水化合物的供应，防止负氮平衡。如有水肿或高血压那么应限制钠盐摄入。

〔6〕治疗护理：①应用药物利尿降压时，须随时注意药物的疗效及副作用。②防止使用或及时停用对肾脏有损害的药物。③防止心、脑并发症及泌尿道、呼吸道感染等并发症的发生。

〔7〕健康教育：①加强环境和个人卫生防护措施，保持口腔和皮肤清洁，注意保暖，预防感冒。②指导病人生活要有规律，防止劳累。③按时测量血压，定期复查尿常规和肾功能。④出现少尿、尿液混浊、水肿、感冒等病症时，应及时就医。⑤育龄妇女应避孕，以免因妊娠导致肾炎复发和病情恶化。

肾盂肾炎护理

肾盂肾炎主要是由于细菌侵袭肾盂和肾实质引起的炎症病变。

【临床表现】

1、急性肾盂肾炎

全身出现寒战、高热，体温 38-39℃，也可高达 40℃，疲乏无力、头痛、食欲减退、腰部酸痛等。泌尿系统有尿频、尿急、尿痛等膀胱刺激征，偶有血尿，大局部病例有肾区疼痛或叩击痛，尿检有红细胞、白细胞、蛋白、细菌等。

2、慢性肾盂肾炎

常有乏力、低热、厌食及腰酸腰痛等病症，伴有尿频、尿急、尿痛等下尿路刺激病症。

【护理要点】

1、急性肾盂肾炎

〔1〕按内科护理常规。

〔2〕密切观察病情，监测生命体征，特别注意体温、血压、血尿、膀胱刺激病症及全身情况的变化。

〔3〕卧床休息，一般 7-10d，病症减轻后可起床活动。

〔4〕给予易消化食物，多饮水、多排尿，每天应保持尿量在 1500ml 以上，到达长期冲洗尿道作用。

〔5〕治疗护理：①尿路刺激病症明显者，按医嘱给予普鲁本辛、阿托品、654-2 等抗胆碱能药物或碱性药物治疗。②高热、头痛及腰痛者按医嘱适中选用退热镇痛剂。③按医嘱正确、合理地选用抗生素，可参照药物敏感试验联合、交替使用。一般抗菌药物需要至病症消失、实验室检查正常、尿培养阴性，再给药 1-2 周，中疗程不小于 4 周。

〔6〕做好健康指导，消除体内病灶，去除诱因，妇女应做好月经期、妊娠期、产期卫生，防止逆行感染。治疗应及时、彻底，以防止复发和再感染。

2、慢性肾盂肾炎

慢性肾盂肾炎急性发作期护理与急性肾盂肾炎相同，再急性发作控制后，应积极寻找易感因素，并加以治疗，同时可根据药物敏感实验选用抗生素，间歇轮换及时给药，每疗程约 2 周，总疗程 2-6 个月，以减少复发。

急性肾功能衰竭护理

急性肾功能衰竭是由各种病因引起的肾功能在短时间〔数小时或数天〕内突然急剧地进行性下降而出现的临床综合征。表现为血肌酐和尿素氮迅速升高，尿量明显减少，或出现其他有关肾功能急性减退的病症，水、电解质和酸碱平衡紊乱，及全身各系统并发症。

【临床表现】

急性肾功能衰竭典型的临床病程分为三个阶段：

〔1〕少尿期：尿量明显减少，每日＜400ml 为少尿，＜100ml 为无尿。食欲减退、恶心、呕吐、腹胀、腹泻等，严重者可发生消化道出血。呼吸系统病症出现容量过多和感染的病症、循环系统因体内水分积聚严重过多，出现气促、端坐呼吸、肺部湿罗音等心力衰竭表现。神经系统表现为性格改变、神志模糊、定向障碍甚至昏迷。出现生化、电解质异常，肌酐、尿素氮升高，酸中毒，高钾血症，低钠血症等。

〔2〕多尿期：从少尿逐渐 niaol 增多并超过正常范围，尿量可每日达 3000-5000ml，而肌酐和尿素氮仍可上升。由于尿量过多，少局部病人尿比重下降，可出现脱水、血压下降等病症。多系统病症减轻。

〔3〕恢复期：肾功能恢复，容量正常或正常偏高。

【护理要点】

〔1〕按内科护理常规。

〔2〕密切注意体温、脉博、呼吸、血压、心率及意识状态的变化，发现异常及时与医生联系，及时处理。

〔3〕正确记录 24h 出入量，注意水、电解质的平衡，每日测体重。

〔4〕急性期应卧床休息，保持安静，尿量增加、病情好转时，可逐渐增加活动量。

〔5〕营养和水分的摄入：①少尿期：营养供应很重要，应尽可能摄入足够的热能〔8368kj/d〕,蛋白质限制为每日 0.8g/kg.。②多尿期 4-7d 后，水和饮食的控制可逐日放宽，病人可逐渐地恢复正常的饮食，但蛋白质仍应继续适当地限制，直至血肌酐和尿素氮水平降至正常时才可放宽。

〔6〕多与病人交流，给予情感上的支持，以减轻其焦虑不安程度。

〔7〕治疗护理：①密切观察药物的疗效及副作用，不用对肾脏有损害的药物。②每日检测血电解质，纠正酸中毒，保持水、电解质平衡，按医嘱控制液体的摄取量：少尿期每日液体进入量按前一天液体排出量加上 500ml 给予；多尿期那么按前一天尿量乘以 2/3 再加上 720ml 给予。③积极防治心力衰竭、急性成人呼吸窘迫综合征等并发症。

〔8〕保持环境的清洁，防止与患有上呼吸道感染者接触，保持呼吸道通畅，指导病人做深呼吸及有效咳嗽，协助病人翻身，做好口腔护理，保持会阴部清洁，防止感染。

〔9〕健康教育：①遵循个人卫生原那么，保持皮肤清洁，勤漱口。②告诉病人疾病的演变过程及卧床休息、饮食控制的重要性。

慢性肾功能衰竭护理

慢性肾功能衰竭是指各种原因导致肾脏慢性进行性损害，使其不能维持根本功能，临床以代谢产物和青霉素潴留，水、电解质和酸碱平衡以及某些内分泌功能异常等表现为特征的一组综合征。

【临床表现】

慢性肾功能衰竭早期〔代赸期〕临床上常无尿毒症病症，仅有内生肌酐去除率＞50%，肌酐＜1.5mg/cm3。氮质血症期通常除轻度贫血、夜尿增多等病症外，无明显不适。尿毒症早期有明显的消化道病症及贫血病症，可由轻度代谢性酸中毒及轻度钙磷代谢异常，尿毒症晚期呈现各种尿毒症病症，如明显贫血，严重恶心呕吐，以及各种神经系统并发症，水盐代谢和酸碱平衡明显紊乱。

【护理要点】

〔1〕按内科护理常规。

〔2〕密切观察 T、P、R、BP，神志变化，正确记录 24 出入量，每日测体重，观察水肿情况。

〔3〕按医嘱监测血常规、肾功能、血浆蛋白、血电解质、血气分析等情况。

〔4〕饮食护理：1、限制蛋白饮食，优质低蛋白饮食每日 0.6 g/kg，并根据肾小球率过滤做适当调整。2、给予高热量、高维生素饮食。3、低磷饮食。4、少尿者应限制摄入高钾食物。

〔5〕根据肾功能损害程度，安排体力活动，尿毒症期应卧床休息，病情稳定期可适当活动。
〔6〕治疗护理：1、根据医嘱积极病因治疗，及时纠治诱发因素，纠治肾前性和肾后性因素等。2、高血压病人应限制钠盐摄入，给予利尿、降压治疗，注意药物疗效及副作用，防止快速。显著降压。3、根据医嘱纠正水、电解质紊乱和酸碱平衡。4、控制感染。5、对症处理：出现呕吐时，除积极病因治疗外，注意饮食调整，必要时对无明显诱因者可用氯丙嗪或灭吐灵，针刺内关、足三里等穴位。对有烦燥不安、意识改变者，应有专人护理，防止意外。慎用镇静剂、安眠药。6、贫血严重者应防止剧烈活动，适当补充铁剂、叶酸，输新鲜血，必要时应用促红细胞生成素治疗。7、中医中药治疗。8、防止使用或停用对肾脏有损害的药物。9、血透治疗。
〔7〕做好卫生宣教，养成良好生活习惯，防止受凉、过劳、潮湿。
〔8〕保持病房空气新鲜，每日用紫外线照射，加强对口腔及水肿皮肤的护理。
〔9〕尽量减少创伤性治疗，如插管、导尿、

血液透析护理

血液透析是指血液和透析液借助于透析器使血液侧的尿毒症毒素和体内多余的水分排出，从透析液侧补充对机体有益的物质的过程。

1. 血透前的准备

（1） 了解病人病情，加强心理护理。必要时让已行血透病人现身说法，减轻病人顾虑，以良好心理状态接受治疗，同时应取得病人家属的密切配合。

（2） 建立血管通路。急性肾衰需建立临时性血管通路，如颈内静脉、股静脉单针双腔透析导管留置，也可临时行动静脉直接穿刺。慢性肾衰病人，应预先建立动静脉内瘘，以获得满意的血流量和尽可能长的使用寿命。

（3） 做好内瘘血管护理。内瘘术后适当抬高患肢，防止屈曲、受压，以保证血流通畅，内瘘侧肢体防止测血压，防止非透析用血管穿刺。内瘘血管一般术后 4—6 周后启用，要求护士有熟练的穿刺技术，力争一次成功，每次穿刺与前一次穿刺点相隔一定距离，防止动脉瘤的形成。

（4） 按透析室要求做好消毒隔离工作，进入透析室要换鞋和戴口罩等。

（5） 透析机组给予清洗、消毒，同时确保血路管、透析器、穿刺针等用物无菌无热源，以防发生不良反响。

（6） 严格无菌操作，用 0.9%氯化钠 2000—2500ml 冲洗血路管、透析器，最后 500ml 液体内加 20mg 预冲，待用。

（7） 血透开始前，在了解病情同时测量病人的体重、体温、血压、脉搏、呼吸，并加以记录。

2. 血透过程监护

（1） 取半卧位或半坐卧位，要求透析床能自动调节，以利病人采取适宜体位，减轻疲劳感。

（2） 行内瘘穿刺或单针双腔透析导管插管，然后连接血管路，建立体外循环，使病人血液和透析液借助透析器半透膜进行逆向的弥散和交换，经过“净化”的血液返回病人体内，而经交换过的透析液那么被废弃。如此反复进行，每次透析约 4—6h，慢性病人 2—3 次/周，急性肾衰根据病情而定。

（3） 严密观察病情，透析过程中每 30—60min 监测一次生命体征，急诊病人每 15—30min 一次特重病人随时监测，并记录。

（4） 根据病人干体重、前次透析后体重增加的多少及透析过程中的摄入量，计算跨膜压或设定该下降的体重〔kg〕。

（5） 透析过程中必须随时观察透析机组上各显示值的变化，如血流量、静脉压、透析液温度、流量、透析负压等，同时观察透析器有无破膜、凝血等情况，假设发生异常情况，应立即处理。

（6） 防止危急情况的发生，如失血、空气栓塞、急性溶血，一旦发现立即阻断血流，停止透析。假设发现心脏骤停，应首先行复苏术，然后才考虑停止透析，回血。

（7） 严格控制抗凝剂用量，注意肝素个体化，除非有明显出血倾向，一般不常规使用鱼精蛋白。

（8） 及时发现透析并发症，常见的有热源反响、失衡综合症、低血压、高血压等，应及早采取相应防治措施。

（9） 透析结束时将体外管路及透析器中血液用 0.9%氯化钠静脉制剂 100—200ml 回输体内，拔出穿刺针后，正确压迫穿刺点 15min 以上，以免出血。假设为单针双腔透析导管插管，可用肝素加抗生素给予无菌封管，备用。

3. 透析后处理

(1) 观察病情，注意有无失衡病症，如头痛、恶心、呕吐等，监测生命体征，测体重，及时记录，并与透析前作比拟，告知有关考前须知。

(2) 每次透析结束后，清洗、消毒透析机，整理床单位，防止交叉感染。

4. 透析间歇期护理

（1） 控制水钠摄入，一般两次透析之间的体重增加不超过自身体重的 4%，以减少透析副反响。

（2） 观察病情，每日监测血压、脉搏 1-2 次，测体重、尿量并记录。

（3） 加强营养，给予优质高蛋白饮食，一般 1-1.5g/(kg.d)，补充必需氨基酸，多种水溶性维生素等。

（4） 做好心理护理，防止产生悲观、抑郁情绪，假设条件许可，非透析日可让病人正常上班工作，以表达其自身价值。

（5） 长期血透病人可能并发中枢神经系统功能障碍和周围神经病变，如出现痴呆、失语、行为异常、听力障碍、皮肤瘙痒等，应给予及时治疗。

（6） 做好卫生宣教，培养良好生活习惯，加强锻炼，增强抵抗力，防止呼吸道、泌尿道、口腔粘膜等感染。

腹膜透析护理

腹膜透析是以腹膜为半透膜，将透析液由腹透管注入腹腔，根据膜两侧溶质渗透浓度的不同，使溶质通过弥散作用，而水分那么通过渗透剂渗透超滤作用移动，以到达去除毒素，纠正水、电解质、和酸碱平衡紊乱及治疗目的。

1. 透析前准备

（1） 了解病人病情，做好心理护理，向病人说好腹透的目的、步骤以及治疗所需时间，以减轻其顾虑，使其保持良好的心理状态，同时应取得家属的密切配合。

（2） 插植腹透管，根据病情选用不同腹透管，按一般下腹部外科手术准备，给备皮、皮试排尿、灌肠排便等，导管插入后，即可行腹透治疗。

（3） 准备腹透液，常使用塑料袋装透析液，规格有 1L、2L，应严格检查有无污染、破损等，气温较低时应预热至 37 ℃左右。

（4） 其他用物准备，如治疗车〔包括消费用品物〕、秤或量杯、加热装置、输液架等。

（5） 按透析室要求做好消毒隔离工作。

（6） 透析前监测生命体征，测体重，并加以记录。

2 透析过程及考前须知

（1） 严格执行无菌技术，并根据腹透操作常规进行各项操作。

（2） 每次灌入前按医嘱加药，并确保无菌，输入时病人取坐位或卧位，输入速度每次 1-2L，输入时间约 5—10min，输完后固定腹透管，不要随意牵拉。

（3） 透析期间应密切注意水、电解质平衡情况，准确记录腹透液进出量、色泽等，假设引流量显著少于灌注量，应暂停透析，寻找原因。

（4） 观察病情，注意生命体征变化、透析疗效及副作用等，每日透析次数视病情而定，一般为 6—8 次。高钾血症、肺水肿，或药物中毒者，应连续透析。每日透析结束，再次监测生命体征和测体重，并填好腹透记录表。

（5） 做好腹透管护理，保持导管出口周围皮肤清洁，可淋浴，忌盆浴，每日消毒更换敷料。

（6） 注意有无并发症发生，如腹膜炎、腹痛、水电解质紊乱、肺部感染，低蛋白血症、透析管并发症等。

（7） 血 HBsAg 阳性者，透析液有传染性，应加强消毒隔离。

（8） 供应优质高蛋白，一般为 1~1.5g/kg，摄入足够热量及富含维生素食物。

（9） 加强卫生宣教，防止受凉、过劳，防止呼吸道、泌尿道等感染。

血浆置换护理

血浆置换法是指将病人血液置换装置如血浆别离器，将别离出的血浆弃除，同时补充一定量正常血浆，借以去除血浆中病理性物质来治疗一般疗法无效的多种疾病的血液净化疗法。其方法有膜式〔包括一次别离和二次别离〕、离心式两种，而目前临床上常用的是膜式一次别离。

1. 治疗前准备

血浆置换前准备与透析前准备根本相同，应了解病人病情，明确治疗目的，以选择适宜方法。血路的建立，常临时行单针双腔透析导管插管，或直接动脉穿刺等。

2. 血浆置换过程及考前须知

（1） 取平卧位，监测血压、脉搏。呼吸、体温，并记录。

（2） 建立体外循环，血液经血浆别离器，将血细胞和血浆别离，局部血浆自出口处流出、并弃去。

（3） 注意血浆别离器的跨膜压不应超过 13.3kPa，以防溶血发生，临床上应控制血流量，一般在 60~100ml/min，血浆滤过流量控制在 20~50ml/min，治疗时间约 60~120min。每次别离血浆总量约 2~4L。治疗过程密切掌握容量平衡。

（4） 置换液主要为新鲜或干冻血浆及 5％人血白蛋白。林格氏液，因其输入量大，故使用前应适当加热。治疗前静脉注射地塞米松 5mg，防止血浆反响。

（5） 严密观察病情，注意精神状况，随时监测生命体征。特别是血压，可作为判断血容量的有效指标。

（6） 注意水、电解质平衡情况，防止低反响。一般置换 1000ml 血浆补充 10％葡萄糖酸钙 10ml。

（7） 严格控制抗凝剂用量，常用肝素抗凝。应注意个体化反响。必要时在治疗结束时用适量鱼精蛋白中和肝素。

（8） 注意有无并发症。常见的有低血压、恶心、呕吐、寒战、发热、荨麻疹，肌肉痉挛、出血、凝血等，应及时发现及时处理。

（9） 假设为传染性疾病，如重症肝炎等，应加强消毒隔离。

（10） 血浆置换间隔时间次数，应根据病情和疗效而定。

（11） 给予正确健康指导，防止受凉、过劳，防止继发感染。

肾脏穿刺术护理

肾脏穿刺术是经皮穿刺取得肾脏活体组织作电镜及免疫萤光检查，以明确肾脏病变性质和指导治疗。

【术前准备】

（1） 详细询问病史和体检。

（2） 向病人介绍肾穿的目的、过程，肾穿时的配合及肾穿术后的考前须知。

（3） 指导病人训练床上使用便器及吸气后屏气的动作。

（4） 测定出凝血时间、凝血酶原时间、血小板计数、血细胞比容、血型、血尿常规、肝功能，并作 B 超检查。

（5） 准备穿刺针、消毒用物、标本固定等肾穿用物。

【术后护理】

〔1〕4h 内每 30min 测血压、脉搏一次。

〔2〕绝对卧床 6h〔仰卧于硬板床上〕，6h 后可床上翻身，但不可下床，直到术后 24h。

〔3〕注意有无肉眼血尿、肾区疼痛及附近器官损伤的征象。

〔4〕假设出现肉眼血尿，应适当延长卧床时间至肉眼血尿消失。同时近期内限制剧烈活动。

〔5〕指导病人多饮开水。

〔60〕按医嘱及时留取尿标本作尿常规检查。

嗜铬细胞瘤护理

嗜铬细胞瘤起源于肾上腺髓质、交感神经或其他部位的嗜铬组织、瘤组织持续或间断地释放大量儿茶酚胺，临床上呈持续性或阵发性高血压及代谢紊乱症群。

【临床表现】

高血压：

（1） 阵发性高血压：平时血压不高，发作时血压骤升，可达〔26.7～40.0〕/(17.3～24.0)kpa[(200～300)/(130～180)mmhg];伴剧烈头痛、面色苍白、大汗淋漓、心动过速或其他心律失常，焦虑、恐惧、恶心呕吐、视物模糊等，严重者可发生急性左心衰竭或脑血管意外。

（2） 持续性血压增高，酷似高血压病。该病同时有邻苯二酚胺分泌过多，表现为畏热、多汗、消瘦。

（3） 代谢紊乱：邻苯二酚胺可使根底代谢紊乱，可伴发热、体温上升。

（4） 此外还可出现低血压、休克，或高血压和低血压相交替的表现，心律失常、心肌肥厚等。

【护理要点】

（1） 按内科护理常规。

（2） 密切观察病情，必要时进行血压监护。

（3） 休息按病情而定，如出现血压增高、心悸、头痛，应绝对卧床休息，病症缓解后可适当活动，但应防止劳累。

（4） 给予高蛋白、高维生素、低胆固醇及含钾丰富、易消化的饮食。

（5） 治疗护理：高血压症群等危象时，应立即采取如下抢救措施：①即刻吸氧。②静脉注入苄胺唑啉，严密监测血压、心律。对使用α受体抑制剂的病人，应观察有无直立性低血压的发生及心动过速、心律失常等β受体活性增强的表现。③指导病人正确留取24h尿液〔以供测定香草基杏仁酚，VMA〕；协助医生做好酚妥拉明试验。④对需立即外科手术者，做好术前准备。

（6） 健康宣教：①情绪冲动、剧烈活动、按压腹部等，易引起血压急剧增高或高血压危象，应尽量防止。②使用α受体抑制剂的病人，有发生直立性低血压的可能，坐起或立起时动作应缓慢。

高血压病护理

高血压病是一种以体循环动脉血压升高为主要表现的综合征，可分为原发性和继发性两类，原发性高血压又称高血压病。

【临床表现】

早期有头痛、头胀、耳鸣眼花、健忘、注意力不集中、失眠、心悸等病症。目前，我国采用国际上统一标准即收缩压≥18.7kPa(140mmHg)和/或舒张压≥12.0kPa(90mmHg)即诊断为高血压。后期血压明显而持久的升高，并出现心、脑、肾器质性损害，功能障碍及相应的临床病症。心电图提示左心室肥厚伴心肌劳损。眼底检查可见视网膜动脉硬化、眼底出血或渗出，严重时有视神经乳头水肿。

【护理要点】

（1） 按内科护理常规

（2） 观察头痛病症及血压、心律变化，必要时行动态血压监测。认真做好记录，掌握血压变化及规律。

（3） 保证合理的休息和睡眠，防止劳累，严重高血压病人建议卧床休息，高血压危象者绝对卧床休息。

（4） 给低盐、低胆固醇、低热量饮食，每日食盐量应低于 3g，肥胖者限制总热量的摄入。

（5） 根据医嘱给降压药，密切观察降压药的疗效及副作用，并指导病人定时服药，不能随意停药。使用双克、速尿等利尿剂时，应注意水电解质平衡。降压药有体位性低血压等副作用，应嘱病人变换体位时动作应慢，站立时间不宜过长，安排适当活动。

（6） 观察有无高血压危象、脑出血、高血压心脏病、急性心力衰竭、尿毒症等并发症，并予及时处理。

（7） 教会病人及家属测量血压的正确方法，以观察服药效果和控制血压。向病人说明精神因素与本病关系，指导病人训练自我控制的能力，保持良好心理状态。

糖尿病护理

糖尿病是一组由于胰岛素分泌绝对缺乏或胰岛素的生理效能降低引起，以高血糖为特征的代谢紊乱综合征。

【临床表现】

（1）

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/985332311004011313