

# 贵阳医学院教案首页

2010 年 9 月 29 日 授课年级

专业 08 级 独立学院 班 甲

授课时间	10Am—12Am
总学时 108	本人授课学时 52
讲课学时 72	考试课/考查课 考试课
实验学时 36	教学地点: 3202

课程名称: 内科护理学

教研室: 内科护理学

教师: 付蕾

室主任审核签字:

教学内容: 教材名称(版次) 内科护理学 李秋萍主编 (第2版)

起止章节页码 223—227

讲授题目 肾小球肾炎

计划用时 2 课时

教学要求: 掌握内容 急慢性肾炎的病因、肾炎的临床表现、慢性肾炎进展的辅助因素

熟悉内容

肾炎的诊断、实验室检查治疗

了解内容

慢性肾炎病理

教学要点: 重点、难点、疑点

重点: 急慢性肾炎的病因、肾炎的临床表现、慢性肾炎进展的辅助因素

难点: 慢性肾炎病理

教学进程  
(步骤)

肾小球疾病、病因、临床分型、病理分型

急性肾小球肾炎

病因 (Etiology)

临床表现

实验室检查(experiment)

诊断(Diagnosis ) 治疗 (Treatment)

慢性肾小球肾炎

病因和病理、临床表现

慢性肾炎进展的辅助因素

治疗要点

教学方法:

讲授

举例

图片

多媒体

参考资料

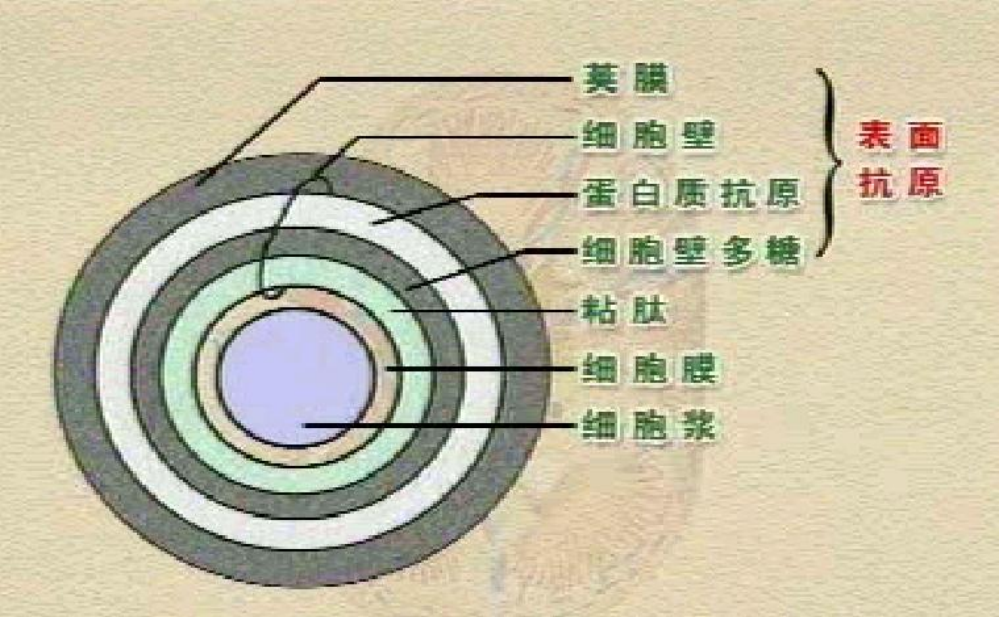
内科学 第6版 人民卫生出版社

作业





# 教案续页

辅助手段和时间分配	基本内容
20分钟 讲授 图片	 <p><b>临床表现</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>⌘ 轻重不一</li><li>⌘ (一) 前驱感染 90% 病例有链球菌的前驱感染，以呼吸道及皮肤感染为主。<ul style="list-style-type: none"><li>⌘ 呼吸道 6-12 天 (平均 10 天)，发热、颈淋巴结大、咽部渗出。</li><li>⌘ 皮肤感染 14-28 天 (平均 20 天)。</li></ul></li><li>⌘ (二) 典型表现<ul style="list-style-type: none"><li>⌘ 全身不适、乏力、食欲不振、发热、头痛、头晕、咳嗽、气急、恶心、呕吐。</li></ul></li></ul> <p>前驱感染：呼吸道感染、猩红热、皮肤感染等 潜伏期：呼吸道 6-12 天；皮肤 14-28 天</p> <p>⌘ 典型表现： 水肿：晨起重，疏松部开始、非凹陷性</p> <p><b>2、血尿</b></p>

# 教案续页

辅助手段和时间分配	基本内容
	<p>⌘ (1) 起病时几乎都有血尿, 50%-70%肉眼血尿。</p> <p>⌘ (2) 血尿的颜色与尿的酸碱度有关:</p> <p>⌘ 中性和碱性——呈鲜红色或洗肉水样</p> <p>⌘ 酸性——呈浓茶样和烟灰水样。</p> <p>⌘ (3) 肉眼血尿 1~2 周消失转为镜下血尿, 镜下血尿一般持续 1-3 个月。</p> <p>⌘ (4) 血尿明显并不影响预后。</p> <p>⌘ (5) 与感染、活动有关。</p> <p>⌘</p> <p>⌘ 可伴不同程度的蛋白尿: &lt; 3g/d, 有 20%可达肾病水平。</p> <p>⌘ 严重表现: 见于发病的头 1—2 周</p> <p>⌘ 严重循环充血 (circulatory congestion) 表现: 咳嗽、呼吸困难、水泡音、心界扩大、心率加快、肝大等</p> <p>⌘ 高血压脑病 (hypertension encephalopathy) 表现: 头痛、恶心、呕吐、惊厥、昏迷等。</p> <p>⌘ 急性肾功能不全 (acute renal failure) 表现: 少尿、尿闭、氮质血症、高血钾、代谢性酸中毒等, 持续 3-5 天。</p> <p>实验室检查 (experiment)</p> <p>⌘ 尿液分析 (urinalysis):</p> <p>PRO. +—+++                      RBC &gt; 10/Hp</p> <p>WBC 数十个                      各种管型</p> <p>⌘ 尿 RBC 形态: 芽孢, 环状, 穿孔 &gt; 30%, 为肾小球性血尿。</p> <p>肾 B 超: 双肾增大, 光密度减低,</p> <p>⌘ ESR</p> <p>⌘ ASO : 2-3 周开始, 3-5 周达高峰, 3-6 月正常</p> <p>⌘ 肾功能检查: BUN, Scr 一过性增高</p> <p>⌘ 血清补体 C3, C4 降低</p>

# 教案续页

辅助手段和时间分配	基本内容
	<p><b>诊断(Diagnosis )</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>⌘ 前驱感染: 病前 1-3 周, 上感, 猩红热、脓皮病等</li> <li>⌘ 主要症状和体征: 水肿、血尿、蛋白尿、高血压、少尿、循环充血、高血压脑病、急肾衰</li> <li>⌘ 实验室检查: 血尿、蛋白尿, ESR      ASO      补体 C3C4      BUN Scr</li> </ul> <p><b>治疗 (Treatment )</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>⌘ 一般治疗</li> <li>⌘ 休息: 卧床, 下床, 上学, 体力活动</li> <li>⌘ 饮食: 限盐、限水, 盐 60mg/kg.d; 有氮质血症限蛋白 0.5g/kg.d</li>   <li>⌘ 药物治疗</li> <li>⌘ 抗感染: 有感染灶时用青霉素 10-14 天。</li> <li>⌘ 对症治疗:</li> </ul> <p>水肿: 限盐、限水; HCT; 速尿</p> <p>高血压: 利尿;</p> <p style="padding-left: 40px;">Ca+2 通道阻滞剂—硝苯地平</p> <p style="padding-left: 40px;">ACEI—卡托普利</p> <p>严重循环充血:</p> <p>强力利尿剂—速尿</p> <p>肺水肿—硝普钠</p> <p>无效者—慎用快速毛地黄</p> <p>仍无效者—腹膜透析、血液透析</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>⌘ 高血压脑病:</li> </ul> <p>降压--硝普钠; 止痉; 脱水; 利尿</p>

# 教案续页

辅助手段和时间分配	基本内容
	<p><b>慢性肾小球肾炎</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 简称慢性肾炎，是指<b>起病隐匿</b>，起病方式各有不同，病情迁延，病变缓慢进展，可有不同程度的肾功能减退，<b>最终将发展为慢性肾衰竭的一组肾小球病。主要临床表现为蛋白尿、血尿、高血压、水肿</b></li> <li>• 最常见</li> <li>• 多见于成年人。尤其 20~40 岁的青壮年，男性多病程长，呈缓慢进行性发展趋势。</li> </ul> <p><b>病因和病理</b></p> <p>病因：绝大多数的确切病因尚不清楚，起病即属慢性 仅有少数是由急性肾炎发展所致</p> <p>常见病理类型：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>系膜增生性肾小球肾炎</li> <li>系膜毛细血管性肾小球肾炎</li> <li>膜性肾病</li> <li>局灶性节段性肾小球硬化等</li> </ul> <p><b>进行性肾单位破坏机制</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>免疫介导性炎症的持续性</li> <li>高血压</li> <li>健存肾单位的高滤过，高灌注，高压</li> <li>长期大量蛋白尿</li> <li>脂质代谢异常</li> </ul> <p><b>临床表现</b></p> <p>临床表现差异大，症状轻重不一，可有相当长的无症状尿异常期</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 早期可有乏力、疲倦、腰痛、纳差等不典型表现</li> <li>• <b>蛋白尿</b>：是本病必有表现，尿蛋白常在 1~3g/d</li> <li>• <b>血尿</b>：多为镜下血尿，红细胞可上升，也可见肉眼血尿</li> <li>• <b>水肿</b>：可有可无，一般不严重，由水钠潴留和低蛋白血症引起 多为眼睑和/或下肢轻、中度可凹性水肿，少有体腔积液</li> </ul> <p><b>腔积液</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>高血压</b>：肾衰时，90%以上有之， 以血压（尤其 DBP）持续中度以上升高为特点</li> <li>• <b>肾功能损害</b>：呈慢性进行性损害 进展速度主要与相应的病理类型有关</li> </ul> <p><b>关</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>其他</b>：贫血 长期高血压可引起心脑血管并发症</li> </ul>



# 教案续页

辅助手段和时间分配	基 本 内 容
	<p style="text-align: center;"><b>慢性肾炎进展的辅助因素</b></p> <p>感染，劳累，妊娠，应用肾毒性药物，预防接种 高蛋白，高脂，高磷饮食</p> <p><b>实验室及其他检查</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>尿常规：</b>多数为轻度尿异常 早期表现为程度不等的蛋白尿和（或）血尿 尿蛋白 + ~ + + +，24h 尿蛋白常在 1 ~ 3g 可有红细胞管型、颗粒管型等</li> <li>• <b>血常规：</b>早期多数病人正常或有轻度贫血</li> <li>• <b>血生化：</b>部分可有高血脂、低蛋白血症等</li> <li>• <b>肾功能：</b>多数病人可有较长时间的肾功能稳定期 晚期可出现 BUN、Scr 增高，Ccr 下降 尿浓缩功能减退 (先肾小球功能损害，后肾小管功能损害)</li> <li>• <b>B 超：</b>早期肾脏大小正常 晚期可对称性缩小、皮质变薄</li> <li>• <b>肾活检：</b>可确定病理类型</li> </ul> <p><b>诊断要点：</b>凡尿化验异常（蛋白尿、血尿、管型尿）、水肿及高血压病史达一年以上，无论有无肾功能损害均应考虑此病。在除外继发性肾小球肾炎及遗传性肾小球肾炎后，临床可诊断</p> <p><b>鉴别诊断：</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1、<b>继发性肾炎：</b>有相应的系统表现及特异性实验室检查</li> <li>2、<b>Alport 综合征：</b>常起病于青少年，并有阳性家族史</li> <li>3、<b>其他原发性肾小球病：</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) <b>隐匿型肾炎：</b>主要表现为无症状性血尿和（或）蛋白尿 无水肿、高血压和肾功能减退。</li> <li>(2) <b>感染后急性肾炎：</b>感染后潜伏期，C3 动态变化等有助鉴别</li> </ol> </li> <li>4、<b>原发性高血压肾损害：</b>先有较长期高血压，其后再出现肾损害， 常有其他靶器官 (心、脑) 并发症</li> </ol>

# 教案续页

辅助手段和时间分配	基本内容
	<p>治疗要点</p> <p>目的：防止或延缓肾功进行性恶化 改善或缓解临床症状及防治严重合并症</p> <p><b>一、积极控制高血压：</b> 力争把血压控制在理想水平：蛋白尿 <math>\geq 1\text{g/d}</math>，BP <math>&lt;125/75\text{mmHg}</math></p> <p>尿蛋白 <math>&lt;1\text{g/d}</math>，BP <math>&lt;130/80\text{mmHg}</math> 选择能延缓肾功能恶化，具有肾保护作用的降压药物</p> <ul style="list-style-type: none"><li>➢ 高血压患者应限盐 (<math>&lt;3\text{g/d}</math>)</li><li>➢ 有水钠潴留、容量依赖型者可首选利尿剂</li><li>➢ 对肾素依赖型则首选 ACE-I 或 ARB</li><li>➢ 钙拮抗药</li><li>➢ <math>\beta</math>-受体阻滞剂</li><li>➢ 高血压难以控制时可选用不同类型降压药联用</li></ul> <p><b>二、限制食物中蛋白质及磷的摄入量：</b> 应予优质低蛋白、低磷饮食，并辅以 <math>\alpha</math>-酮酸和肾衰氨基酸</p> <p><b>三、应用抗血小板药：</b> 大剂量双嘧达莫（潘生丁 <math>300\sim 400\text{mg/d}</math>） 小剂量阿司匹林（<math>40\sim 300\text{mg/d}</math>）</p> <p><b>四、糖皮质激素和细胞毒药物：</b> 肾功能正常或轻度受损，肾体积正常，病理类型较轻（如轻度系膜增生性肾炎、早期膜性肾病等），尿蛋白较多，如无禁忌可试用，无效者逐步撤去。</p> <p><b>五、避免加重肾损害因素：</b>感染、劳累、妊娠及应用肾毒性药物</p>

# 教案续页

辅助手段和时间分配	基本内容

# 贵 阳 医 学 院

## 教 学 教 案 本

课 程 名 称 外科护理学

授课班级及专业 2003 级护理本科班

教 研 室 外科护理学

教 师 及 职 称 顾颖 中级

教 研 室 主 任 李亚玲

贵 阳 医 学 院 教 务 处 制