

慢性肾衰竭的日常护理指南

慢性肾衰竭是各种肾脏疾病进展至终末期的共同结局。在漫长的治疗过程中，患者往往更关注药物治疗，而容易忽视日常护理的重要性。事实上，科学的居家护理是保护残余肾功能、提高生活质量的关键。其核心在于“减负”与“平衡”：既要减轻肾脏的排泄负担，又要保证机体的营养与体力，同时需将血压、贫血、骨代谢等并发症纳入一体化管理。

一、少盐是底线：把水肿和血压管住，肾才有喘息空间

慢性肾衰竭患者对钠更加敏感，吃咸了容易口渴、喝水增多、体液潴留，进而出现水肿、血压升高、夜间憋醒。盐吃得少就是给血管、心脏减压，也使肾脏少做排钠排水的苦活。

少盐不只是看盐罐子。酱油、豆瓣酱、咸菜、腊肉、火腿、泡面、外卖酱料、零食调味粉等都含有大量的钠。

做饭时先用葱姜蒜、香料、醋、柠檬、胡椒等来提味，把“咸味依赖”慢慢降下来。

外出就餐最好选择清蒸、清炖、少汤少汁的菜肴，酱料单独使用，防止“看起来不咸但实则钠高”的陷阱。

二、限水要讲方法：不是越少越好，而是有边界、有记录

1. 每天称体重，先看“水分是否在涨”

限水不能凭经验。建议每天定时测量体重，最好早晨起床后不进食、不饮水的情况下进行，将结果记入本子或者手机上。体重短期内升高多为水分在体内积聚所致。配合观察脚踝、眼睑水肿、衣袜勒痕、夜间气促，可以发现得早一些。体重记录要长期保存，复诊时用“我感觉有点肿”来评价是没有意义的。

2. 把水分分配到全天，避免集中猛喝

很多人越限越渴，一渴就大量灌入，导致当天的尿量偏少，血压也不稳定。更好的办法就是将允许的液体量分在不同的时间段里，小口慢喝。当口渴比较明显时，可以漱口、含一小块冰、嚼无糖口香糖或者用清凉湿润的水果味道来代替“灌水冲渴”。汤、粥、牛奶、果汁等都算作液体，不能只看白开水。

3. 结合尿量和医嘱定上限，别盲目照搬别人的标准

限水上限要根据尿量、心功能、水肿的情况而定。有的人还会有一定的尿量，液体的限制可以比较宽松；有的人尿量明显减少，限水要更加严格。把前一天24小时尿量的信息带给医生，一般可以得到更加符合个体的建议。限得过紧也会造成头晕、低血压、便秘加重等不良反应，出现明显的不适要及时反映。

三、饮食结构要“护肾又护人”：营养跟不上，反而更危险

蛋白质的摄入要遵医嘱，一般认为量要适量、质要高。优先选用鸡蛋清、鱼、瘦肉、禽肉、豆制品，在医生的指导下进行搭配，不宜长时间只吃白粥咸菜，容易造成营养不良。能量不足时，身体就会分解自身的蛋白质来产生更多的代谢废物，加重肾脏的负担。

钾、磷的控制也非常重要。高钾可能会引起心律失常，常见于香蕉、橙汁、土豆、番茄汁、浓肉汤等；高磷多见于动物内脏、坚果、可乐、加工食品。蔬菜可以先焯水后再烹制，减少一部分的钾含量；主食及菜品尽量少加工、少加调料，避免“看不见的磷”。

四、并发症管理要抓住“关键三件事”：血压、贫血、骨代谢

1. 血压管理决定肾功能下降速度

慢性肾衰竭与高血压互相加重。居家护理时建议固定时间测量血压，记录数值及当天的症状。血压忽高忽低会加重肾小球的损伤，也会增加心脑血管的风险。药物要按医嘱规定的时间和剂量服用，不能因为一天的血压正常而停止用药，也不能因为一次偏高就自行加大剂量。

2. 贫血会让乏力加重，加重心脏负担

肾功能不全会抑制促红细胞生成素的产生，进而导致贫血，造成很多患者出现疲劳、心慌、耐力减退的情况。规律复查血常规，出现贫血使用人促红细胞生成素进行治疗，可以明显增强患者的体力，提高患者的生活质量。贫血不加以控制，长期慢性的贫血会使心脏长时间处于缺血缺氧的状态，心脏负担重，可发展为心力衰竭。

3. 骨代谢紊乱要早管，预防骨痛和血管钙化

磷的控制不好、维生素D代谢异常，会造成骨痛、抽筋、骨质疏松，时间长了还会加重血管钙化。按照医嘱服用磷结合剂、调整饮食、监测钙磷及甲状旁腺激素水平，属于“看不见但很重要的”长期护理内容。

五、用药与生活细节：别让“伤肾因素”在家里悄悄加码

慢性肾衰竭病人最怕的就是“错用药物”。很多止痛药、某些感冒药、来历不明的保健品、草药偏方都会伤肾或者影响电解质。任何新的药物都要向医生或者药师咨询，不能凭经验叠加使用。复诊时将正在服用的所有药物（中成药、营养补充剂）列出来，便于医生做出评价，提高治疗效果。（霍山县医院内三科 任慧）

在重症监护室里，医护人员时刻关注着患者的原发疾病——心脏问题、肺部感染、脑部损伤……然而，有一个容易被忽视的“隐形杀手”，可能悄无声息地带来致命后果，它就是深静脉血栓。

人体血管分为动脉和静脉。动脉负责将血液从心脏输送至全身，而静脉负责将血液从身体末端送回心脏。深静脉血栓，就是指在小腿、大腿或骨盆等处的深静脉中形成了血凝块，也就是血栓。这个血凝块会堵塞血管，影响血液正常回流。更危险的是，如果血栓脱落，它会随着血流经过心脏，最终堵塞肺动脉，引起肺栓塞，严重时可导致心跳骤停。

ICU患者之所以容易发生深静脉血栓，首先，血流缓慢是最常见的诱因。ICU患者病情危重，大多长期卧床无法自主活动，腿部肌肉无法通过收缩帮助挤压静脉促进血液回流，血液在静脉中流速会减慢甚至淤滞，从而容易凝固形成血栓。其次，血管壁损伤在ICU患者中十分普遍，许多患者经历过大型手术，手术本身就可能损伤血管内壁；此外为了输液和监

孩子咳嗽不止、高烧难退时，家长多认为是“感冒”或“流感”。但有一种病原体引起的肺炎，临床表现具有“迷惑性”，易延误诊治，即肺炎支原体感染。肺炎支原体既非病毒也非典型细菌，是无细胞壁的特殊微生物，这一特点导致呼吸道感染病程较长，部分常规抗生素（如青霉素、头孢类）对其无效。在儿童社区获得性肺炎中，支原体感染占比很高，好发于学龄前及学龄期儿童。了解其临床特征，及早识别重症迹象，对孩子健康至关重要。

极具“欺骗性”的临床特征

儿童支原体肺炎起病通常不如细菌性肺炎急骤，早期症状与普通感冒或流感重叠，如发热、头痛、咽痛等。随着病程进展，会逐渐展现出核心特征。

最突出症状是“干咳”，表现为阵发性、刺激性剧烈干咳，初期痰少、咳嗽频繁且剧烈，严重影响孩子作息，可持续数周，体温恢复正常后咳嗽仍可能持续，部分患儿后期会咳出少量黏痰。

发热也是常见表现，多为中高热，热程较长，常规退烧药效果不佳或退热后易反复。此外，患儿存在“症状与体征不匹配”的特点，虽咳嗽剧烈、高烧不退，但早期肺部听诊可能无典型湿性啰音，体征较轻微，数日

ICU卧床患者深静脉血栓预防

测，患者颈部或大腿根部常常需要放置深静脉导管，这种侵入性操作也可能对血管壁造成轻微损伤，受损的血管壁会激活凝血系统，促使血小板聚集，从而启动血栓形成的过程。最后，血液高凝状态是第三个重要因素：危重状态下患者的血液往往变得更黏稠，严重感染或炎症会激活机体的凝血系统，导致血液处于高凝状态；某些肿瘤会释放促凝物质使血液更容易凝固；脱水会使血液相对浓缩；创伤后的应激反应也会改变凝血功能。这些因素叠加在一起，血栓形成的风险就大大增加了。

对于深静脉血栓而言，预防远胜于治疗。对于ICU卧床患者，医护人员会采取一套“组合拳”式的预防措施，从基础预防、物理预防到药物预防，层层设防，最大限度降低血栓风险。基础预防是所有预防措施的基础，看似简单，却至关重要。体位管理是第一步。卧床期间，可将患者下肢抬高，略高于心脏水平，利用重力促进静脉血液回

流。需要注意的是，避免在膝下垫枕，以免影响血液循环。同时，定时协助患者翻身，防止局部肢体长期受压。早期活动干预是核心。在患者病情允许的前提下，指导并协助其进行主动或被动活动。主动活动包括足背伸屈、踝泵运动、膝关节屈伸等。踝泵运动是临床上最受推崇的下肢功能锻炼方法。这个动作简单有效，能像水泵一样促进小腿肌肉收缩，加速静脉血液回流。对于无法自主活动的患者，家属或护理人员需进行肢体被动按摩，从远端向近端揉捏，也就是从脚踝开始，沿着小腿、大腿方向轻轻揉捏，促进肌肉收缩，加速静脉血流。生活方式调整同样重要。保证患者充足的饮水量，有助于降低血液黏稠度；饮食上选择低脂、高纤维食物，保持大便通畅，避免因便秘导致腹压增高，阻碍下肢静脉回流。

对于无药物禁忌的长期卧床患者，需在医生指导下进行药物预防。常用药物有低分子肝素、利伐沙班等，这

些药物能有效降低血液的凝血功能，从源头方面杜绝血栓产生。药物治疗期间要密切观察患者的出血倾向，若出现皮肤呈现青斑、口腔出血、血尿等情况时，要立即通知医生。物理预防主要是为不宜用药或者出血风险较高的人群准备的，通过机械辅助措施促进静脉血回流。常用方法主要有：梯度压力弹力袜和间歇充气加压装置。梯度压力弹力袜从足背到大腿根部形成逐步递减的压力，帮助血液从远端朝近心端回流。间歇充气加压装置的特点是气囊交替充气和排气，重现肌肉泵特性，发挥泵血功能，加大静脉血液回流的动力。即便是采取了以上预防方法，深静脉血栓还是会有形成的可能，如患者出现单侧腿部不明原因的肿胀、疼痛，还伴随皮温升高及肤色发红，要立刻通知医护人员。一旦出现高度怀疑血栓形成的症状时，切记不要对患肢进行按摩、热敷或大幅度活动，以降低血栓脱落引发肺栓塞出现的概率。

最后，让我们携手并肩，用温暖和专业化守护患者走过最艰难的时光。（六安市中医院 郭秀）

儿童支原体肺炎：被误判的“伪装者”

后肺部异常体征才会逐渐明显。肺炎支原体感染是“多系统受累”性疾病，除呼吸系统症状外，还可能出现“肺外表现”，如皮疹斑丘疹、关节肌肉疼痛、消化道症状、心脏和神经系统受累以及血液系统异常等，家长需留意孩子其他系统是否出现不适症状。

在影像学检查上，胸部X光片表现多样，与听诊结果常不一致，可能出现“肺外表现”，如皮肤斑丘疹、关节肌肉疼痛、消化道症状、心脏和神经系统受累以及血液系统异常等，家长需留意孩子其他系统是否出现不适症状。

尽管多数儿童支原体肺炎经规范治疗后预后良好，但少数患儿会发展为重症或出现危及生命的并发症。早期识别重症预警信号是避免病情恶化的关键，以下迹象需家长和医生高度警惕：呼吸急促是直观且重要的危险信号，家长可观察孩子呼吸频率，平静状态下不同年龄呼吸快标准不同，若持续超过标准数值，提示可能存在呼吸困难。此外，鼻翼扇动、三凹征、口唇和指甲发紫，都是严重呼吸窘迫的表现。

全身中毒症状加重是另一危险标志。若孩子持续高热超过5-7天且药物治疗效果差，或出现精神萎靡、嗜

睡、烦躁不安，甚至抽搐、意识障碍，伴有面色异常、四肢冰凉、尿量显著减少，提示感染可能引发严重全身炎症反应或脓毒症，病情十分危重。

肺炎支原体感染范围广泛或出现并发症时，患儿会出现持续低氧血症，即便不活动也会存在缺氧表现；若出现胸腔积液等情况，孩子会感到胸痛、呼吸困难加剧。有基础疾病的儿童，感染支原体肺炎后发展为重症的风险会显著升高。

医生诊断支原体肺炎，需结合流行病学史、临床表现和实验室检查综合判断。常用检测方法有血清学抗体检测和核酸扩增检测，血常规检查中白细胞总数，但属于非特异性指标；胸部影像学检查，对明确诊断、评估病变范围和严重程度不可或缺。

科学管理与治疗的核心理念

一旦确诊为支原体肺炎，治疗核心是抗感染治疗与对症支持治疗相结合。因肺炎支原体无细胞壁，临床首选抑制蛋白质合成的抗生素，如大环内酯类（阿奇霉素等）、四环素类（适用于8岁以上儿童）、新型氟喹诺酮类（儿童使用需严格评估，常作为替代药物）。近年来部分地区大环内酯类药物耐药性问题突出，若治疗48-72小时病情无改善或持续发热，医生需

考虑耐药可能并及时调整治疗方案。对症支持治疗也尤为重要，包括保证充足休息、摄入易消化的营养物质、适量补充水分，根据症状使用退热药物等；喘息明显的患儿，需使用平喘药物，重症患儿可能需要短程使用糖皮质激素，有并发症者可能需行胸腔穿刺引流或支气管镜介入治疗。目前暂无肺炎支原体感染专用疫苗，保持良好的个人卫生习惯是预防关键，如教育孩子勤洗手、咳嗽或打喷嚏时用纸巾或肘部遮挡口鼻，高发季避免前往人群密集场所，家中定期通风换气，有呼吸道感染症状者注意做好隔离。同时，通过均衡饮食、规律作息等方式增强孩子免疫力，是抵御病原体的基础。

总之，儿童支原体肺炎具有独特的临床特征，家长和医生要掌握其发病规律，不必过度恐慌，但对重症预警信号保持高度敏锐。孩子出现持续高热、剧烈咳嗽等危险迹象时，务必及时就医。通过早期识别、规范治疗与科学护理，绝大多数患儿都能顺利康复。（铜陵市人民医院儿科 代继松）

