

2010年外科护理：高渗性缺水的概述护士资格考试 PDF转换
可能丢失图片或格式，建议阅读原文

https://www.100test.com/kao_ti2020/0/2021_2022_2010_E5_B9_B4_E5_A4_96_c21_143.htm

高渗性缺水又称原发性缺水。水和钠虽同时缺失，但缺水多于缺钠，故血清钠高于正常范围，细胞外液呈高渗状态。位于视丘下部的口渴中枢受到高渗刺激，病人感到口渴而饮水，使体内水分增加，以降低渗透压。另一方面，细胞外液的高渗可引起抗利尿激素分泌增多，以致肾小管对水的再吸收增加，尿量减少，使细胞外液的渗透压降低和恢复其容量。如继续缺水，则因循环血量显著减少引起醛固酮分泌增加，加强对钠和水的再吸收，以维持血容量。缺水严重时，因细胞外液渗透压增高，使细胞内液移向细胞外间隙，结果是细胞内、外液量都有减少。最后，细胞内液缺水的程度超过细胞外液缺水的程度。脑细胞缺水将引起脑功能障碍。病因主要为：摄入水分不够，如食管癌的吞咽困难，重危病人的给水不足，鼻饲高浓度的要素饮食或静脉注射大量高渗盐水溶液。水分丧失过多，如高热大量出汗（汗中含氯化钠0.25%）、烧伤暴露疗法、糖尿病昏迷等。临床表现随缺水程度而有不同。根据症状轻重，一般将高渗性缺水分为三度：1.轻度缺水除口渴外，无其他症状。缺水量为体重的2%~4%。2.中度缺水极度口渴。乏力、尿少和尿比重增高。唇舌干燥，皮肤弹性差，眼窝凹陷。常出现烦躁。缺水量为体重的4%~6%。3.重度缺水除上述症状外，出现躁狂、幻觉、谵妄，甚至昏迷等脑功能障碍的症状。缺水量超过体重的6%。来源：考试大的美女编辑们 诊断根据病史和临床表现一般可作出高渗性缺水

的诊断。实验室检查常发现：尿比重高。红细胞计数、血红蛋白量、红细胞压积轻度增高。血清钠升高，在150mmol/L以上。治疗应尽早去除病因，使病人不再失液，以利机体发挥自身调节功能。不能口服的病人，给静脉滴注5%葡萄糖溶液或0.45%氯化钠溶液，以补充已丧失的液体。估计需要补充已丧失的液体量有两种方法：根据临床表现的严重程度，按体医学教|育网搜集整理重百分比的丧失来估计。每丧失体重的1%，补液400~500ml。根据血Na⁺浓度来计算。补水量（ml）=[血钠测得值（mmol/L）-血钠正常值（mmol/L）]*体重（kg）*4.计算所得的补水量不宜在当日一次补给，以免发生水中毒。一般可分二日补给。当日先给补水量的一半，余下的一半在次日补给。此外，还应补给日需要量200ml。必须注意，血清Na⁺测定虽有增高，但因同时有缺水，血液浓缩，体内总钠量实际上仍有减少。故在补水的同时应适当补钠，以纠正缺钠。如同时有缺钾需纠正时，应在尿量超过40ml/h后补钾，以免引起血钾过高。经过补液治疗后，酸中毒仍未纠正时，可补给碳酸氢钠溶液。

更多信息请访问：[百考试题护士网校](#) [护士论坛](#) [护士在线题库](#)
[百考试题执业护士加入收藏](#) 相关推荐：2010年外科护理：水中毒的概述 2010年外科护理：慢性胃炎临床表现 100Test 下载频道开通，各类考试题目直接下载。详细请访问

www.100test.com