

2010年外科护理：低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_145.htm 低渗性缺水又称慢性缺水或继发性缺水。

水和钠同时缺失，但缺水少于失钠，故血清钠低于正常范围，细胞外液呈低渗状态。机体减少抗利尿激素的分泌，使水在肾小管内的再吸收减少，尿量排出增多，以提高细胞外液的渗透压。但细胞外液量反更减少，组织间液进入血液循环，虽能部分地补偿血容量，但使组织间液的减少更超过血浆的减少。面临循环血量的明显减少，机体将不再顾及到渗透压而尽量保持血容量。肾素 - 醛固酮系统兴奋，使肾减少排钠， Cl^- 和水的再吸收增加。故尿中氯化钠含量明显降低。血容量下降又会刺激垂体后叶，使抗利尿激素分泌增多，水再吸收增加，导致少尿。如血容量继续减少，上述代偿功能不再能够维持血容量时，将出现休克。这种因大量失钠而致的休克，又称低钠性休克。病因主要有：胃肠道消化液持续性丧失，如反复呕吐、胃肠道长期吸引或慢性肠梗阻，以致钠随着大量消化液而丧失；大创面慢性渗液；肾排出水和钠过多，例如应用排钠利尿剂（氯噻酮、利尿酸等）时，未注意补给适量的钠盐，以致体内缺钠相对地多于缺水。临床表现随缺钠程度而不同。常见症状有头晕、视觉模糊、软弱无力、脉搏细速、起立时容易晕倒等。当循环血量明显下降时，肾的滤过量相应减少，以致体内代谢产物潴留，可出现神志不清、肌痉挛性疼痛、肌腱反射减弱、昏迷等。来源：考试大的美女编辑们 诊断根据病人有上述特点的体液丧失病史和临床表现，可初步作出低渗性缺水的诊断。进

一步可作：尿 Na^+ 、 Cl^- 测定，常有明显减少。轻度缺钠时，血清钠虽可能尚无明显变化，但尿内氯化钠的含量常已减少。血清钠测定，根据测定结果，可判定缺钠的程度；血清钠低于 135mmol/L ，表明有低钠血症。红细胞计数、血红蛋白量、红细胞压积、血非蛋白氮化钠和尿素均有增高，而尿比重常在 1.010 以下。治疗积极处理致病原因。针对细胞外液缺钠多于缺水和血容量不足的情况，采用含盐溶液或高渗盐水静脉输注，以纠正体液的低渗状态和补充血容量。百考试题 - 全国最大教育类网站(www.Examda.com)

1.轻度和中度缺钠根据临床缺钠程度估计需要补给的液体量。例如，体重 60kg 的病人，测定血清钠为 135mmol/L ，则估计每公斤体重丧失氯化钠 0.5g ，共缺钠盐 30g 。一般可先补给一半，即 15g ，再加上钠的日需要量 4.5g ，共 19.5g ，可通过静脉滴注 5% 葡萄糖盐水约 2000ml 来完成。此外，还应给日需要液体量 2000ml ，并根据缺水程度，再适当增加一些补液量。其余一半的钠，可在第二日补给。

2.重度缺钠对出现休克者，应先补足血容量，以改善微循环和组织器官的灌注。晶体液如乳酸复方氯化钠溶液、等渗盐水和胶体溶液如羟乙基淀粉、右旋糖酐和血浆蛋白溶液等都可应用。但晶体液的用量一般要比胶体液用量大 $2\sim 3$ 倍。接下去静脉滴注高渗盐水（一般 5% 氯化钠溶液） $200\sim 300\text{ml}$ ，尽速纠正血钠过低，以进一步恢复细胞外液量和渗透压，使水从水肿的细胞内移。以后根据病情再决定是否需继续输给高渗盐水或改用等渗盐水。

3.缺钠伴有酸中毒在补充血容量和钠盐后，由于机体的代偿调节功能，酸中毒常可同时得到纠正，一般不需一开始就用碱性药物治疗。如经血气分析测定，酸中毒仍未完全纠正时，可静脉滴

注1.25%碳酸氢钠溶液100 ~ 200ml或平衡盐溶液200ml，以后视情况再决定是否继续补给。在尿量达到40ml/h后，应补充钾盐。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：低渗性缺水的分度 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