

2010年外科护理：等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_146.htm 等渗性缺水又称急性缺水或混合性缺水。

外科病人最易生这种缺水。水和钠成比例地丧失，血清钠仍在正常范围，细胞外液的渗透压也保持正常。它造成细胞外液量（包括循环血量）的迅速减少。肾入球小动脉壁的压力感受器受到管内压力下降的刺激，以及小球滤过率下降所致的远曲肾小管液内Na的减少，引起肾素 - 醛固酮系统的兴奋，醛固酮的分泌增加。醛固酮促进远曲肾小管对钠的再吸收，随钠一同被再吸收的水量也有增加，使细胞外液量回升。由于丧失的液体为等渗，基本上不改变细胞外液的渗透压，最初细胞内液并不向细胞外间隙转移，以代偿细胞外液的缺少。故细胞内液的量并不发生变化。但这种液体丧失持续时间较久后，细胞内液也将逐渐外移，随同细胞外液一起丧失，以致引起细胞，缺水。采集者退散 病因常见的有：消化液的急性丧失，如大量呕吐，肠痿等； 体液丧失在感染区或软组织内，如腹腔内或腹膜后感染、肠梗阻、烧伤等，这些丧失的液体有着与细胞外液基本相同的成分。来源：考试大的美女编辑们 临床表现病人有尿少、厌食、恶心、乏力等，但不口渴。舌干燥，眼球不陷，皮肤干燥、松弛。短期内体液的丧失达到体重的5%，即丧失细胞外液的25%时，病人出现脉搏细速、肢端湿冷、血压不稳定或下降等血容量不足的症状。体液继续丧失达体重的6%~7%时（相当丧失细胞外液的30%~35%），休克的表现更严重。常伴发代谢性酸中毒。如病人丧失的体液主要为胃液，因有Cl⁻的大量丧

失，则可伴发代谢性碱中毒，出现碱中毒的一些临床表现。诊断主要依靠病史和临床表现。应详细询问有无消化液或其他体液的大量丧失；失液或不能进食已持续多长时间；每日的失液量估计有多少，以及失液的性状等。实验室检查可发现红细胞计算、血红蛋白质量和红细胞压积明显增高，表示有血液浓缩。血清 Na^+ 和 Cl^- 一般无明显降低。尿比重增高。必要时作血气分析或二氧化碳结合力测定，以确定有否酸（或碱）中毒。治疗尽可能同时处理引起等渗性缺水的原因，以减少水和钠的丧失。针对细胞外液量的减少，用平衡盐溶液或等渗盐水尽快补充血容量。脉搏细速和血压下降等症常表示细胞外液的丧失量已达体重的5%，可先从静脉给病人快速滴注上述溶液约300ml（按体重60kg计算），以恢复血容量。如无血量不足的表现时，则可给病人上述用量的 $1/2 \sim 2/3$ ，即1500~2000ml，补充缺水量，或按红细胞压积来计算补液量。补等渗盐水量（L）= 红细胞压积上升值 / 红细胞压积正常值 * 体重（kg）* 0.20。此外，还应补给日需要量水2000ml和钠4.5g。www.Examda.CoM考试就到百考试题 等渗盐水含 Na^+ 和 Cl^- 各154mmol/L，而血清内 Na^+ 和 Cl^- 的含量分别为142mmol/L和103mmol/L。两者相比，等渗盐水的 Cl^- 含量比血清的 Cl^- 含量高50mmol/L。正常人肾有保留 HCO_3^- 、排出 Cl^- 的功能，故 Cl^- 大量进入体内后，不致引起高氯性酸中毒。但在重度缺水或休克状态下，肾血流减少，排氯功能受到影响。从静脉内输给大量等渗盐水，有导致血 Cl^- 过高，引起高氯性酸中毒的危险。平衡盐溶液的电解质含量和血浆内含量相仿，用来治疗缺水比较理想，可以避免输入过多的 Cl^- ，并对酸中毒的纠正有一定帮助。目前常用的

平衡盐溶液有乳酸钠和复方氯化钠溶液（1.86%乳酸钠溶液和复方氯化钠溶液之比为1：2）与碳酸氢钠和等渗水溶液（1.25%碳酸氢钠溶液和等渗盐水之比为1：2）两种。在纠正缺水后，钾的排泄有所增加， K^+ 浓度也会因细胞外液量增加而被稀释降低，故应注意低钾血症的发生。一般应在尿量达40ml/h后补充氯化钾。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