

烧伤后急性肾功能衰竭 PDF转换可能丢失图片或格式，建议  
阅读原文

[https://www.100test.com/kao\\_ti2020/306/2021\\_2022\\_\\_E7\\_83\\_A7\\_E4\\_BC\\_A4\\_E5\\_90\\_8E\\_E6\\_c22\\_306450.htm](https://www.100test.com/kao_ti2020/306/2021_2022__E7_83_A7_E4_BC_A4_E5_90_8E_E6_c22_306450.htm) 名称烧伤后急性肾功能衰竭所属科室烧伤外科诊断1、少尿补足血容量及水分后仍少尿，少尿应鉴别肾前性及肾后性。2、尿比重低固定在1.010~1.018，尿沉渣有粒管型、上皮细胞碎片、红细胞和白细胞。3、氮质血症尿尿素氮/血尿素氮 $< 14 : 1$ ，尿肌酐/血肌酐 $< 10 : 1$ ，血尿素氮/血肌酐 $< 10 : 14$ 。4、自由水清除率的测定自由水清除率正常值是负值，越接近零值，说明肾功能损害越严重。自由水清除率比血液化学测定（BUN，Cr）敏感，有助于早期诊断。5、滤过钠排泄分数FENa 肾功不全为功能性改变时，肾小管能大量地重吸收钠离子，FENa减少；而肾小管器质性改变时，对钠离子的重吸收能力明显下降，FENa增大，因而可通过FENa来推测肾小管对钠重吸入的能力，从而判定肾功不全的性质和程度，其计算公式为：注：UNa尿钠（mmol）；Pna血钠（mmol）；Cr肌酐清除率；PCr血肌酐（mg/dl）；V尿量（L）；GFR肾小球滤过率；UCr尿肌酐（mg/dl）；FENa正常值1~3。FENa $< 1$ 提示肾功能不全为肾前性或功能性的。FENa $> 3$ 提示急性肾小管损害，肾功不全为肾性的或器质性的。治疗1、积极有效的抗休克、抗感染和创面处理是防止发生急性肾衰的要害。早期切除坏死组织同时覆盖创面，可避免霉素释放和感染。2、能量供给烧伤后急性肾衰每日需供给5000KCal热量，必须通过口服联合静脉供给营养的方法来达到。为减少液体入量，可应用浓缩的高热量静脉营养。对急性肾衰患者使用一定量的必需氨基酸并

不会使尿素氮升高，相反有了充足的必需氨基酸及热量供给，促使利用内源性尿素，以减少内源性蛋白质的分解，使血尿素氮下降，同时也降低血钾，但对肌酐清除率明显下降的病人，应适当控制蛋白质的供给量。

3、控制液体入量在治疗过程中要严防输液过多，天天测体重，准确估计病人的液体入量。成人烧伤合并ARF的液体需要量=500ml 24小时尿量 胃肠丢失量 体表蒸发失水量 额外失水量。额外丢失量包括气管切开失水量1000ml、使用热吹风时增加的失水量2000~3000ml。

4、透析治疗常用的有腹膜透析和血液透析两种方法。腹膜透析方法简便，使用高渗透析液较易控制体液过多，不必限制饮食。但腹膜透析时间长，不便于翻身和创面处理；白蛋白和氨基酸丢失较多；易并发腹腔和胸腔的感染。血液透析需要作动静脉瘘手术；血液通过透析器时必须进行肝素化，操作相对复杂些，但血液透析每次透析时间短有利于创面处理，无腹腔和胸腔感染的危险，而且血液透析效果好，速度快。

透析的指征：  
血清钾高于6.5mEq/L；  
水中毒、充血性心力衰竭、肺水肿、脑水肿、软组织水肿；  
血尿素氮大于100mg/dl或每日上升30mg/dl；  
进行性酸中毒，CO<sub>2</sub>-CP < 15mmol/L或血pH < 7.15者。

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](http://www.100test.com)