

临床执业医师 尿崩症应该如何治疗临床执业医师考试 PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文

[https://www.100test.com/kao\\_ti2020/593/2021\\_2022\\_\\_E4\\_B8\\_B4\\_E5\\_BA\\_8A\\_E6\\_89\\_A7\\_E4\\_c22\\_593612.htm](https://www.100test.com/kao_ti2020/593/2021_2022__E4_B8_B4_E5_BA_8A_E6_89_A7_E4_c22_593612.htm)

(一) 水剂加压素  
尿崩症可用激素替代治疗。血管加压素口服无效。水剂血管加压素5~10U皮下注射，作用可持续3~6小时。这种制剂常用于神智不清的继发于脑外伤或神经外科术后起病的尿崩症患者的最初治疗。因其药效短，可识别神经垂体功能的恢复，防止接近静脉输液的病人发生水中毒。

(二) 粉剂尿崩症  
赖氨酸加压素是一种鼻腔喷雾剂，使用一次可产生4~6小时抗利尿作用。在呼吸道感染或过敏性鼻炎时，鼻腔粘膜水肿，对此类药物吸收减少。在这种情况下和意识丧失的尿崩症病人，应皮下注射脱氨加压素。

(三) 长效尿崩停  
长效尿崩停是鞣酸加压素制剂，每毫升含5U，从0.1ml开始，可根据每日尿量情况逐步增加到0.5~0.7ml/次，注射一次可维持3~5天，深部肌肉注射。注射前充分混匀，发勿过量引起水中毒。

(四) 人工合成DDAVP (1-脱氨-8-右旋-精氨酸血管加压素desmopressin)  
DDAVP增加了抗利尿作用而缩血管作用只有AVP的1/400，抗利尿与升压作用之比为4000:1，作用时间达12~24小时，是目前最理想的抗利尿剂。1~4 $\mu$ 皮下注射或鼻内给药10~20 $\mu$ g，大多数病人具有12~24小时的抗利尿作用。

(五) 其他口服药物  
具有残存AVP释放功能的尿崩症病人，可能对某些口服的非激素制剂有反应。氯磺丙脲可刺激垂体释放AVP，并加强AVP对肾小管的作用，可能增加小管cAMP的形成，但对肾性尿崩症无效。200~500mg，每日一次，可起到抗利尿作用。吸收后数小时开始起作用，可持

续24小时。氯磺丙脲可以恢复渴觉，对渴觉缺乏的病人有一定作用。此药有一定的降糖作用，但按时进餐可必免发生低血糖。其他副作用还有可引起肝细胞损害、白细胞减少。双氢克尿塞的抗利尿作用机理不明。起初作用为盐利尿，造成轻度失盐，细胞外液减少，增加近曲小管对水份的再吸收，使进入远曲小管的初尿量减少，增加近曲小管对水份的再吸收，使进入远曲小管的初尿量减少，确切机理不详。对肾性尿崩症也有效，可使尿量减少50%左右。与氯磺丙脲和用有协同作用。剂量50~100mg/d，分次服。服药时宜低盐饮食，忌喝咖啡、可可类饲料。安妥明能刺激AVP的释放，也可用于治疗尿崩症。100~500mg，每日3~4次。副作用有肝损害、肌炎及胃肠道反应。酰氨基脲也可通过刺激AVP的释放产生抗利尿作用，每日400~600mg有效。但此要有其他毒副作用而未广泛使用。继发性尿崩症应首先考虑病因治疗，如不能根治者也可按上述药物治疗。更多信息请访问：百考试题  
医师网校 医师论坛 医师在线题库 百考试题执业医师加入收藏  
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)