

小儿急性肾功能衰竭_儿科疾病库 PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文

https://www.100test.com/kao_ti2020/609/2021_2022__E5_B0_8F_E5_84_BF_E6_80_A5_E6_c22_609033.htm 急性肾功能衰

竭(acute renal failure)是指肾功能于短期内(数日或数周)显著减退,致不能维持内环境稳定,在临床上以显著的氮质血症、水电解质及酸碱失衡为特点的一个临床综合征。大多数患儿有少尿,少部分也可为非少尿型。本症为儿科危重病征之一,病死率高;近年由于对其病理生理认识的提高及采用包括透析疗法在内的综合治疗,病死率有所下降。本症可由多种病因致成,依病因作用部位常分为: 肾前性:肾实质本身原无器质性病变,但多种病因导致肾血流灌注减少致肾小球滤过下降而致尿少和氮质潴留。如脱水、休克、失血等。

肾后性:各种病因所致的尿路梗阻(如男孩后尿道瓣膜、结石)致肾盂积水、肾实质损伤。 肾性:即肾本身疾病引起,如肾小管坏死[肾缺血或(和)肾毒素致]、各种肾小球疾病、肾血管、肾间质疾病等引起者。儿科各年龄阶段其常见病因不一,如新生儿期以围产期缺氧、败血症、严重溶血或出血为多见;婴幼儿以腹泻、脱水、感染、先天畸形(泌尿系畸形)引起者多见;年长儿则多见于各种类型的肾炎、中毒及休克。本症发病机理迄今未完全阐明,且依病因、病期而异。一般而言,起始期多由各种病因致肾血管持续收缩;其后继之以肾小管的受阻(由于脱落的上皮细胞、管型、溶血的色素等所致),及其基膜完整性受损,致管内液反漏入间质而少尿持续。【诊断】(一)病史及体检有导致肾功能衰竭的病因:如脱水、休克、失血、感染、中毒(如鱼

胆、毒蕈、重金属、农药、杀虫剂、磺胺或其他肾毒性药物史)、尿路梗阻、各种原发或继发性肾小球、肾小管、肾血管疾病史。(二)有少尿「尿量lt.50ml/d」,一般呈少尿期、利尿期和恢复期的典型过程。但注意有10%~30%患儿可为非少尿型。(三)临床表现少尿期呈明显氮质血症、水电解质失衡及代谢性酸中毒表现。1.氮质血症表现有淡漠、恶心、呕吐、厌食、吐血、便血、抽风等。化验检查血尿素氮和肌酐增高。(尿素氮正常血清中为2.9~7.5mmol/l即8~21mg/dl.2岁以下小儿血肌酐正常为27~42umol/l即0.3~0.5mg/dl)。2.水、电解质改变主要为水潴留、高血钾、高血磷、高血镁、低钠血症、低钙血症、低氯血症。而表现为水肿、高血压、心功能不全、肺水肿、心律紊乱、心包摩擦音、嗜睡、烦躁、意识障碍、肌无力、腱反射消失、抽搐惊厥等。心电图上显示高钾血症表现, st-t改变、心律失常或传导阻滞。代谢性酸中毒表现为面色灰、樱桃红唇色及呼吸深长。尿化验:尿量少,尿比重固定于1.010~1.012,多有一定程度的蛋白尿,尿沉渣有肾小管上皮细胞、红细胞及细胞管型。尿渗透压gt.1.020 1.010尿渗透压(mosml/l) lt. 350尿钠(mmol/l) gt.40尿肌酐/血肌酐 lt.20钠排泄分数(fena) *(%) gt.1肾衰指数(rfi) ** lt.1* fena = (尿钠/血钠) / (尿肌酐/血肌酐) × 100** rfi=尿钠/(尿肌酐/血肌酐)此外还可利用补液试验、利尿试验来区别两者。当患儿可能有脱水、血容量不足时可以予补液试验。即给予2:1液(即2份盐水、1份等张碱性液)或生理盐水15~20ml/kg于1小时内输注,如尿量增加,提示有肾灌注不足,否则为肾性者。在无脱水的患儿此试验应慎重,以免导致循环充血甚至肺水肿,此时还可试用利尿试验,即给祥利尿剂呋喃苯胺酸(速尿)1

~ 2mg/kg，或甘露醇(0.2g/kg)加呋喃苯胺酸注射，肾前性者尿量增加。但应注意甘露醇不为机体代谢，肾衰时不能自尿排出，可致循环充血，故最多使用*次。一般而言甘露醇不用于循环充血者，速尿慎用于明显血容量不足者。【治疗】对肾前性者应及时纠正血容量的不足，以恢复肾灌注；肾后性者应解除梗阻以利恢复。对肾性者则应：去除病因，维持水、电解质及酸碱平衡，减轻肾负荷，保护肾功能，防治合并症（如感染），争取时间以待肾功恢复。有时需行透析治疗以维持内环境稳定。（一）少尿期治疗1.严格控制液体入量 24小时液体入量应为：前一日尿量 + 显性失水 + 不显性失水 - 内生水。一般以400ml/ m²为不显性失水计。此部分以不含盐的葡萄糖液补充，尿液部分以1/4张液体即0.25%氯化钠补充。液量控制是否得当，最好的指标是体重每日下降0.5% ~ 1.0%，血钠维持正常，血压正常。2.高钾血症的治疗 离子交换树脂，如聚苯乙烯磺酸钠树脂1g/kg口服或与20% ~ 25%山梨醇50 ~ 100ml混合后保留灌肠。静脉注射葡萄糖及胰岛素(每4g糖给胰岛素iu)。注射后30 ~ 60分钟起作用，可维持效力数小时。当血钾 $lt.120\text{mmol/l}$ 且伴低钠症状时可补充3%氯化钠。每12ml/kg可提高血钠 $l\ 0\text{mmol/l}$ 。注意先可给计算出的半量，视临床表现再给予。高渗钠溶液可诱发心力衰竭、肺水肿应密切观察。如合并透析则更为安全有效。4.低钙、高磷的治疗 氢氧化铝凝胶口服以减少肠道磷吸收，低钙抽搐注射钙剂。5.代谢性酸中毒的纠正 当血 hco_3^- $gt.7.0\text{mmol/l}$ 、尿素氮 $gt.884\text{umol/l}$ ($\>10\text{mg/dl}$)。（四）利尿期治疗 注意脱水及电解质失衡(如低血钾、低钙)。当尿量大，失水失电解质过多时，应补以前一日尿量的1/3 ~ 2/3(按1/3 ~ 1/4张液体)。注意感染。

(五) 恢复期治疗 注意护理，给以充分热量、优质蛋白、维生素。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