

小儿尿崩症_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_E5_B0_BF_E5_c22_609048.htm 尿崩症(diabetes insipidus)是由于缺乏抗利尿激素(adh)或肾脏对adh不反应而排出大量未浓缩的低比重尿的一种病症。本症可分为两大类:即中枢性尿崩症和肾性尿崩症。中枢性者是指由于adh缺乏而致，又可进而分为原发性或继发性.原发性者病因不明，少数可能为遗传性.继发性者见于颅内肿瘤(颅咽管瘤)、颅底骨折、颅内手术、放射治疗、组织细胞增生症x、中枢神经系统感染等情况。肾性尿崩症可见于先天性肾髓质腺苷环化酶对adh的不反应，或多种能影响肾髓质及集合管的情况如低血钾、高血钙、梗阻性肾病、药物的应用(如锂、过期四环素、两性霉素b等)。**【诊断】**(一)临床表现 尿量增多，且每日尿量变动不大，小儿可表现有遗尿。在尿量增多的同时有烦渴、多饮。婴儿期如供水不足则有发热、烦躁、脱水、甚而抽搐。继发者尚可有原发病表现。(二)实验室及其他检查1.血、尿检查 血渗透压正常或增加，尿渗透压 $>300\text{mosm/L}$ (比重约为1.010)或体重减少 $>3\%$ 则应及时停止继续进行。3.加压素治疗试验 用于区别中枢性抑或肾性尿崩症。肌肉注射水溶性加压素 0.1u/kg ，如尿量减少，尿比重达1.015是为中枢性尿崩症，如注射后无变化是肾性尿崩症。4.其他检查对继发性者查找原发病，如眼底、视野检查、蝶鞍正侧位x拍片、头颅ct检查等。**【鉴别诊断】**当确定为尿崩症后进一步进行限水试验及加压素试验，以区别真性尿崩或精神性烦渴、中枢性尿崩或肾性尿崩症，并参考病史及体检或必要的其他检查

，以找寻有无引起尿崩症的原发疾病。【治疗】（一）中枢性尿崩症1.替代疗法 可注射鞣酸加压素(长效尿崩停))1~2u/次，可维持效力24~72小时，故可每2~3天注射1次。ddavp(1-脱氨-8-右旋精氨酸)鼻腔滴入，每次1.25~10 μg，能维持效力12~24小时。或吸入垂体后叶素粉剂15~25 mg/次(鼻腔吸入)。近年也有人应用弥凝(minimin)，口服，取得较好效果。2.非激素辅助治疗 氯磺丙脲150~250mg/(m²·d)分2次口服.双氢克尿脲1~2mg/(kg·d)口服.或安妥明50mg/(kg·d)分2~3次服。（二）肾性尿崩症 除治疗原发病外可给双氢克尿噻口服。并注意给予低盐饮食，勿进食过高蛋白。尿崩症患者应供给足量水分。 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