

妊娠合并急性肾功能衰竭_妇产科疾病库 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_A6_8A_E5_A8_A0_E5_90_88_E5_c22_609392.htm 急性肾功能衰竭简称肾衰（arf），是指由于某些原因造成的肾缺血，肾中毒引起的急性氮质血症综合征，其临床表现十分凶险，死亡率高，产科arf多见于妊高征、胎盘早剥、失血性休克、严重感染、dic，妊娠期脂肪肝等。临床表现 1.少尿期:一般发生在发病后12~24h，表现为少尿(24h尿量lt.17ml)、无尿(24h尿量lt.400ml，也有不出现少尿者。3.尿检提示蛋白尿，管型，血尿，等低比重尿(尿比重1.010~1.015)。4.血尿素氮、肌酐、血钾进行性增高，而co2cp，血钠，血钙下降。5.食欲下降，恶心、呕吐、嗜睡等尿毒症症状。（二）辅助检查1.尿液检查：酸性、混浊、色深、尿蛋白~，镜检有红细胞，白细胞及肾小管上皮细胞，各种管型、低比重(1.010~1.015左右)，如固定于或小于1.010，可确诊arf。2.血生化：co2cp下降，k lt.130mmol/l, ca gt.3mmol/l, mg gt.7.1mmol/l，肌酐lt.40ml，arf可能性大。用速尿60mg,每小时一次共3次或160~200mg，静脉注射，一小时后尿量仍少于40ml，示急性肾小管坏死。【治疗】（一）功能性肾衰1.去除病因，积极抢救休克，处理dic、产前发病不论妊娠月份大小，均应在24h内终止，引产方法首选催产素静滴，只有绝对产科指征才行剖宫产。2.补充血容量，arf少尿期应严格控制入量，但低血容量本身是肾衰的原因，尤其产科患者早期多为功能性肾衰，应在中心静脉压监测下补足血容量并控制输液速度。?3.利尿：速尿静脉注射，用量按利尿试验，速尿用量增至240mg，而尿量不增者按器

质性肾衰处理。用药时注意心脏功能。（二）器质性肾衰1.

一般治疗：卧床休息，予高热量低蛋白饮食，每日给葡萄糖100~300g，高维生素，适当供应脂肪，减少食物中钾、钠含量。静脉高营养：补充必需氨基酸和糖液，促使机体的正氮平衡。2.严格控制补液量，原则是“量出为入”补液量：显性失液量400ml，体温每升高1℃，宜增补液100ml。补液量指标：每日体重减轻0.3~0.4kg，如体重不减，示输液量过多。无原因的血钠下降，提示入液量过多，血钠稀释。

出现水肿、高血压、甚至心衰、脑水肿症状，说明体内液体量极度过多。3.利尿剂速尿：60~100mg 50%葡萄糖溶液静脉推注每日二次。4.纠正体液代谢紊乱（1）酸中毒：中度酸中毒不需处理，严重者用乳酸钠、碳酸氢钠或三羟甲基甲烷（tham）纠正。（2）电解质紊乱，一般稀释性低钠不需补充，酸中毒纠正时可能发生低钙抽搐，可适当补充，高磷时可服用磷结合剂如氢氧化铝凝胶以促进排泄。纠正高血钾。5.抗感染：肾衰竭病人因机体消耗，抵抗力差，极易继发感染，如产褥感染、泌尿系感染、甚至败血症。常无明显发热，易漏诊。且感染后较难控制，是急性肾衰的主要死因之一。要注意无菌操作及护理，加强预防，有条件时住单人病房，减少探视；静脉导管在同一静脉内不超过3天，及时发现及早处理。感染发生后宜选用肾毒性小的抗生素，并根据清除率调节用量。四、尿毒症的处理（1）抽搐时选用非经肾脏排出的抗惊厥药物，如10%付醛灌肠，10%水合氯醛口服或灌肠、冬眠灵、异丙嗪等，头痛、失眠、烦躁甚至惊厥、烦躁时选用安定，眠而通等。（2）透析疗法：是纠正 ARF 尿毒症，水电解紊乱、酸中毒最理想的治疗，主张早期进行，可及时纠

正尿毒症，预防严重并发症的发生，有利于肾功能恢复。

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