

2009年内科辅导：急性肾衰竭的临床特征临床执业医师考试  
PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文

[https://www.100test.com/kao\\_ti2020/647/2021\\_2022\\_2009\\_E5\\_B9\\_B4\\_E5\\_86\\_85\\_c22\\_647905.htm](https://www.100test.com/kao_ti2020/647/2021_2022_2009_E5_B9_B4_E5_86_85_c22_647905.htm) 急性肾衰竭是由各种原因引起的

肾功能在短时间（几小时至几天）内突然下降而出现的临床综合征。主要表现为血肌酐（Cr）和尿素氮（BUN）升高，水、电解质和酸碱平衡紊乱及全身各系统并发症。广义的急性肾衰竭可分为肾前性、肾性和肾后性三类。狭义的急性肾衰竭是指急性肾小管坏死（ATN）。【诊断】1.临床表现：

临床病程典型可分为三期：（1）起始期：此期患者常遭受一些已知ATN的病因，例如低血压、缺血、脓毒病和肾毒素等。（2）维持期：又称少尿期，典型者7~14天，长至4~6周，出现一系列尿毒症表现：1）急性肾衰竭的全身并发症

消化系统症状：食欲减退、恶心、呕吐等，严重者可发生消化道出血。 呼吸系统症状：呼吸困难、咳嗽、憋气、胸痛等症状。 www.Examda.CoM考试就到百考试题 循环系统症状：高血压、心力衰竭、肺水肿、心律失常等。 神经系统症状：意识障碍、躁动、谵妄、抽搐、昏迷等尿毒症脑病症状。 血液系统症状：出血倾向及轻度贫血现象。 感染。

多脏器功能衰竭，死亡率可高达70%。2）水、电解质和酸碱平衡紊乱 代谢性酸中毒。 高钾血症。 低钠血症。

（3）恢复期：尿量逐渐增多，每日可达3000~5000ml，持续1~3周或更长。 百考试题论坛 2.实验室检查（1）血肌酐

绝对值每日平均增加 $44.2\mu\text{mol/L}$ 或 $88.4\mu\text{mol/L}$ ；或在24~72小时内血肌酐值相对增加25%~100%者即可诊断急性肾衰竭。

（2）影像学检查：尿路超声显像对排除尿路梗阻和慢性

肾功能不全很有帮助。（3）肾活检：在排除了肾前性及肾后性原因后，没有明确致病原因（肾缺血或肾毒素）的肾性急性肾衰竭都有肾活检指征。这些包括了肾小球肾炎，系统性血管炎，急进性肾炎及急性过敏性间质性肾炎。【鉴别诊断】

1.慢性肾衰竭基础上的急性肾衰竭：慢性肾衰竭存在贫血、尿毒症面容、肾性骨营养不良症、神经病变等表现，影像学检查示双侧肾萎缩可鉴别。

2.肾前性和肾后性原因所致急性肾衰竭：前者发病前有容量不足、体液丢失等病史，体检发现皮肤和粘膜干燥、低血压，经补液后尿量可增加。后者有导致尿路梗阻的原发病如结石、肿瘤、前列腺肥大病史，突然发生尿量减少或与无尿交替，肾绞痛，查体可有肾区叩击痛阳性，膀胱区叩诊呈浊音，超声等检查有助于鉴别。采集者退散

3.肾性急性肾衰竭：可见于急进性肾小球肾炎，急性间质性肾炎，全身性疾病的肾损害如狼疮肾炎、过敏性紫癜肾炎。肾病综合征偶亦可引起。通常根据各种疾病所具有的特殊病史、临床表现、化验异常及对药物治疗的反应便可做出鉴别诊断。肾活检常可帮助鉴别。

【治疗】

1.纠正可逆的病因，预防额外的损伤

（1）纠正可逆病因：对于各种严重外伤、心力衰竭、急性失血等都应进行治疗。应停用影响肾灌注或肾毒性的药物。

（2）应用小剂量多巴胺（每分钟 $0.5 \sim 2 \mu\text{g}/\text{kg}$ ）可扩张肾血管，增加肾血浆流量以增加尿量，但循证医学没有证据表明其在预防或治疗急性肾衰竭上有效，故临床上不应常规使用。

（3）应用利尿药可能会增加尿量，从而有助于清除体内过多的液体，但循证医学尚未证实利尿药治疗能改变急性肾衰竭的临床病程或降低死亡率。

2.维持体液平衡：每日大致的进液量，可按前一日尿量

加500ml计算。 3.饮食和营养：每日所需能量应为每公斤体重147kJ.主要由碳水化合物和脂肪供应；蛋白质的摄入量应限制为0.8g/（kgd）。 4.高钾血症：血钾超过6.5mmol/L，心电图表现为QRS波增宽等明显的变化时，应予以紧急处理，包括： 钙剂（10%葡萄糖酸钙10~20ml）稀释后静脉缓慢（5分钟）注射； 5%碳酸氢钠100~200ml静滴； 50%葡萄糖溶液50ml加普通胰岛素10U缓慢静脉注射； 口服离子交换（降钾）树脂（15g~30g，每日3次）； 血液透析。 5.代谢性酸中毒：如HCO<sub>3</sub><sup>-</sup>低于15mmol/L，可选用5%碳酸氢钠100~250ml静滴。对于严重酸中毒患者，应立即开始透析。 来源：考试大 6.感染：应尽早使用抗生素。根据细菌培养和药物敏感试验选用对肾无毒性或毒性低的药物，并按内生肌酐清除率调整用药剂量。 7.心力衰竭：对利尿药的反应很差；对洋地黄制剂疗效也差，易发生洋地黄中毒。药物治疗以扩血管为主，使用减轻前负荷的药物。容量负荷过重的心力衰竭最有效的治疗是尽早进行透析治疗。 8.透析疗法。 9.多尿期的治疗：维持水、电解质和酸碱平衡，控制氮质血症和防止各种并发症。已施行透析的患者，仍应继续透析。 10.恢复期的治疗：无需特殊处理，定期随访，避免使用对肾有损害的药物。 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相关推荐：2009年内科辅导：过敏性紫癜肾炎的临床特征 2009年内科辅导：急性肾盂肾炎的临床特征 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)