

住

列丛书

肾内科

医嘱速查

主 编 尹爱萍

SHENNEIKE YIZHU SUCHA



人民军 医 出版社

PEOPLE'S MILITARY MEDICAL PRESS

肾内科

医嘱速查

主编 尹世萍

临床医师快速查阅指南



人民卫生出版社
RENMEN JIAOYU CHUBANSHE

住院医师医嘱速查系列丛书

肾内科医嘱速查

SHENNEIKE YIZHU SUCHA

主 编 尹爱萍

编 者 (以姓氏笔画为序)

尹爱萍 吕 晶 孙吉平

杨世峰 赵 军 路万虹

解立怡 谭 峰



人民军医出版社

PEOPLE'S MILITARY MEDICAL PRESS

北 京

图书在版编目(CIP)数据

肾内科医嘱速查/尹爱萍主编. —北京:人民军医出版社,2012.6
(住院医师医嘱速查系列丛书)

ISBN 978-7-5091-5341-3

I. ①肾… II. ①尹… III. ①肾疾病—医嘱 IV. ①R692.05

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2012)第 097153 号

策划编辑:王琳 文字编辑:王三荣 伦踪启 责任审读:黄翎兵

出版人:石虹

出版发行:人民军医出版社

经销:新华书店

通信地址:北京市 100036 信箱 188 分箱

邮编:100036

质量反馈电话:(010)51927290;(010)51927283

邮购电话:(010)51927252

策划编辑电话:(010)51927409

网址:[www. pmmp. com. cn](http://www.pmmp.com.cn)

印、装:京南印刷厂

开本:850mm×1168mm 1/32

印张:4.625 字数:168千字

版、印次:2012年6月第1版第1次印刷

印数:0001—3500

定价:20.00元

版权所有 侵权必究

购买本社图书,凡有缺、倒、脱页者,本社负责调换

内 容 提 要

编者列出肾内科常见病、多发病常用医嘱,并详细说明每种疾病的主要分类、重要检查、用药方法及注意事项,本书紧密结合临床,突出实用,适合各级医院的内科医师、实习医师、医学生和基层医护人员阅读参考。

前 言

现有的流行病学证据表明,慢性肾病已经成为威胁公众健康的主要疾病。慢性肾疾病不是单独的系统疾病,它与糖尿病、高血压及心脑血管疾病之间有密切关系。一方面,慢性肾病是导致上述疾病发生率高和病死率高的重要原因之一;另一方面,糖尿病、高血压的发展又常导致肾损害。其防治形势十分严峻。慢性肾病防治具有“三高”和“三低”特点。“三高”指慢性肾病患病率高、心血管疾病合并率高和死亡率高;“三低”指公众对慢性肾病的知晓率低、防治率低和合并心血管疾病认知率低。因此,即使是 21 世纪的今天,世界上多数国家和地区的大多数患有慢性肾病患者或高血压患者,仍没有得到早期诊断和及时、有效的治疗。

我国多个地区进行的流行病学调查研究显示,普通人群慢性肾病患病率达 10% 以上,据此推算,中国慢性肾病患者超过 1 亿。因此,用于透析的医疗费用也迅速增长,并已成为发达国家的严重负担。在我国,多数终末期肾衰患者得不到透析救治的机会。因此,对贫困国家而言对慢性肾病患者的防治更有特殊意义。然而,在我国,尤其是基层医院,仍然有很多医务工作者对肾病缺乏认识或缺乏足够的认识,对最新进展更是知之甚少,治疗相当不规范。为此,我们立足于临床实际,力争做到临床医生拿来能用,舍弃大量基础、机制方面的说明,编写了《肾内科医嘱速查》,全面系统地介绍了肾疾病治疗的成熟观点,对于最新的但尚未定论的观点也一一列举并加以讨论。本书内容丰富、新颖,特别实用,是肾科医生的实用手册。希冀能通过此书的出版,为肾科医师,尤其是基层医师提供切实可行的参考读物,对延缓慢性肾病的进展贡献一份力量。

作 者

目 录

第 1 章 原发性肾小球疾病	(1)
第一节 急性肾小球肾炎.....	(1)
第二节 慢性肾小球肾炎.....	(3)
第三节 急进性肾炎.....	(5)
第四节 原发性肾病综合征.....	(7)
第五节 IgA 肾病.....	(9)
第 2 章 继发性肾小球疾病	(12)
第一节 狼疮性肾炎	(12)
第二节 过敏性紫癜性肾炎	(15)
第三节 乙型肝炎病毒相关性肾炎	(17)
第四节 糖尿病肾病	(19)
第五节 高血压肾损害	(20)
第六节 肝硬化肾损害和肝肾综合征	(22)
第七节 干燥综合征肾损害	(24)
第八节 多发性骨髓瘤肾损害	(25)
第九节 淀粉样变肾损害	(29)
第十节 原发性小血管炎肾损害	(30)
第十一节 系统性硬化病肾损害	(33)
第 3 章 肾小管间质性疾病	(37)
第一节 肾小管酸中毒	(37)
第二节 范科尼综合征	(39)
第三节 肾小管-间质性肾病.....	(42)
第四节 常见小管-间质性肾炎(病).....	(45)
第 4 章 先天性及遗传性肾病	(49)
第一节 先天性多囊肾	(49)
第二节 髓质海绵肾	(51)
第三节 Alport 综合征	(53)

• 2 • 肾内科医嘱速查

第四节	薄基底膜肾病	(54)
第五节	假性醛固酮增多症	(55)
第六节	Fabry 病	(57)
第七节	Bartter 综合征	(58)
第八节	指甲-腭骨综合征	(60)
第 5 章	尿路感染	(62)
第一节	急性单纯性膀胱炎	(62)
第二节	反复发作性膀胱炎	(62)
第三节	急性单纯性肾盂肾炎	(63)
第四节	复杂性尿路感染	(64)
第五节	特殊类型尿路感染	(65)
第 6 章	梗阻性肾病	(66)
第 7 章	急性肾衰竭	(68)
第 8 章	慢性肾衰竭	(72)
第 9 章	肾血管疾病	(78)
第一节	肾动脉狭窄	(78)
第二节	肾动脉栓塞和血栓形成	(79)
第三节	肾静脉血栓形成	(81)
附录 A	肾内科护理常规	(84)
附录 B	肾内科常用药物	(104)
附录 C	肾内科常用手术及操作	(115)
附录 D	肾内科常用检测正常参考值	(134)

第 1 章 原发性肾小球疾病

第一节 急性肾小球肾炎

急性肾小球肾炎(acute glomerulonephritis, AGN),简称急性肾炎,是多种原因引起免疫反应而触发的一组弥漫性肾小球疾病,临床上急性起病,主要表现为血尿、高血压和水肿,并常伴有少尿及肾小球滤过率降低。临床上很多疾病亦可出现上述临床表现,即通常所指的急性肾炎综合征(acute nephritic syndrome, ANS),都可以表现为急性肾炎综合征。而急性肾炎狭义上指急性链球菌感染后肾小球肾炎,需与表现为急性肾炎综合征的疾病鉴别。

【常用医嘱】

长期医嘱	临时医嘱
肾内科常规护理	血气分析 急
一级护理	血常规 急
低盐低脂优质蛋白饮食	凝血 4 项 急
测血压 2 次/日	肾功电解质 急
记 24h 尿量	血常规
贝那普利 10mg 口服 1 次/日	尿常规
氨氯地平 5mg 口服 2 次/日(血压高时)	粪常规
双嗜达莫 100mg 3 次/日	肝功能+肾功能+电解质
吠塞米 20mg 口服 3 次/日(有水肿或 心功能不全时,注意低血压和血钾)	补体测定
	C 反应蛋白
螺内酯 20mg 口服 3 次/日(有水肿或 心功能不全时,注意低血压和血钾)	抗链球菌溶血素“O”
	尿红细胞检查
百令胶囊 1g 口服 3 次/日;或金水宝 0.99g 口服 3 次/日	24h 尿蛋白定量
	肾 B 超
生理盐水 100ml 静脉滴注 2 次/日 青霉素 240 万 U 10~14 日	血、尿 β_2 微球蛋白
	肝炎系列
	胸部 X 线
	心电图

• 2 • 肾内科医嘱速查

	青霉素皮试(-)
	生理盐水 100ml 青霉素 240 万 U(如皮试阴性)
	静脉滴注
	呋塞米 20mg 静脉推注
	如合并严重水肿或心功能不全时注意低 血压和低钾血症

【说明】

1. 休息 急性起病后必须卧床休息,直至肉眼血尿消失、利尿消肿、血压正常;各种临床表现均恢复,仅遗留尿检异常时可以适当活动,但应该监测病情变化,出现异常及时就诊。

2. 饮食 低盐饮是指日摄入食盐 $<3\text{g}$;肾功能正常者多不需控制蛋白质摄入量,肾功异常时,应给予低蛋白饮食,按每日 $0.6\text{g}/\text{kg}$ 计算,并以优质蛋白(动物蛋白)为主(占50%以上)。同时给予足够热量每日 $146.4\text{kJ}(35\text{kcal})/\text{kg}$ 。

3. 抗感染 治疗用于有前驱感染未治愈时,溶血性链球菌 A 组感染时予青霉素制剂(10~14 日)仍是目前基本的治疗,也可以使用二代或三代头孢菌素,通常不选用一代头孢。如青霉素过敏者,可选用红霉素族抗生素治疗。

4. 水肿、少尿 严重时需使用襻利尿药。但如果对利尿药及原发病的治疗无反应,持续少尿致尿素氮、血清肌酐持续上升时,需考虑透析治疗。

5. 高血压 一般通过利尿达到降压效果。必要时可使用钙通道阻滞药。临床实际工作中以舒张压降至 $12\text{kPa}(90\text{mmHg})$ 以下为目标值。

6. 血尿、蛋白尿 如果本病出现肉眼血尿没有必要应用止血药,关于蛋白尿的治疗意见不一,通常不主张使用,如严重水肿、利尿效果差,一般情况极差,生命征,特别是血压不稳时可酌情使用。

7. 糖皮质激素 常使用泼尼松及甲泼尼龙,应注意排除感染、消化道溃疡、糖代谢紊乱,同时股骨头坏死、精神异常也为主要并发症。目前尚无应用激素治疗本病确切疗效的证据,只用于特殊的病理改变(如毛细血管内增生伴有系膜增生或大量炎细胞浸润等)。

8. 中医治疗 多数采用宣肺利水,清热解毒治则。但因一些中草药可引起肾损害,如马兜铃等应慎用。肾功能不全时可加用缓泻药与吸附剂。

9. 透析治疗 出现以下情况应考虑透析治疗:少尿性急性肾衰竭、尤其是伴随高血钾;严重水钠潴留、导致急性左心衰竭。

10. 其他 可使用血管扩张药,如山莨菪碱。对于病程超过 8 周,蛋白尿持续不缓解者,建议肾活检排除其他肾小球疾病。

第二节 慢性肾小球肾炎

慢性肾小球肾炎(chronic glomerulonephritis, CGN)指以蛋白尿、血尿、高血压、水肿为基本临床表现的一组疾病,起病方式各不相同,病情迁延,病变缓慢进展,可有不同程度的肾功能减退,最终将发展为慢性肾衰竭。

【常用医嘱】

长期医嘱	临时医嘱
内科一级护理	血常规
低盐优质蛋白高热量饮食	尿常规
记录 24h 出入量	粪常规
测血压 2 次/日	肝功能+肾功能+电解质+血脂全套
贝那普利 10mg 口服 2 次/日	免疫球蛋白测定
缬沙坦 80mg 口服 2 次/日	补体测定
氨氯地平 5mg 口服 2 次/日	C 反应蛋白
呋塞米 20mg 口服 3 次/日	抗链球菌溶血素“O”
螺内酯 20mg 口服 3 次/日	尿红细胞检查
百令胶囊 1g 口服 3 次/日	24h 尿蛋白定量
碳酸钙 600mg 餐中嚼服 2 次/日	血、尿 β_2 微球蛋白
尿毒清颗粒 5g 口服 1 次/日	肝炎系列
药用炭片 0.3g 口服 3 次/日	凝血全套
复方 α 酮酸 4 片 口服 3 次/日	结缔组织全套
定期血液透析每周 2 次或 1.5% 腹膜透析液 2 000ml 腹膜透析 4 次/日 每次保留 4h(必要时)	抗中性粒细胞胞质抗体
	肾 B 超
	胸部 X 线
叶酸 10mg 3 次/日	心电图
多糖铁复合物 150mg 1 次/日	经皮肾活检术(排除禁忌证后)
复合维生素 B 2 片 3 次/日	肾穿刺术病理检查
红细胞生长素 150U/kg, 皮下注射	
维生素 K_1 10mg 肌内注射 1 次/日 (肾穿前连续 3 日)	

【说明】

1. 蛋白入量 慢性肾病第 1 期、2 期推荐蛋白入量每日 0.8g/kg; 第 3 期起推

• 4 • 肾内科医嘱速查

荐蛋白入量每日 0.6g/kg,并补充复方 α 酮酸制剂每日 0.12g/kg;肾小球滤过率(GFR)重度下降[$<25\text{mg}/(\text{min} \cdot 1.73\text{m}^2)$],如病人对更严格蛋白限制能够耐受,则蛋白入量可减至每日 0.4g/kg,并补充复方 α 酮酸制剂每日 0.20g/kg。

2. 能量摄入 透析前施行低蛋白饮食时,热量摄入量应为每日 125.5~146.4kJ(30~35kcal)/kg。维持性透析的患者 60 岁以下热量应给予每日 146.4kJ(35kcal)/kg,60 岁以上,营养状况良好者,热量减少至每日 125.5~146.4kJ(30~35kcal)/kg。

3. 其他营养素 贫血的患者,尤其是使用促红细胞生成素时,应同时补充叶酸、维生素 B₁₂ 和铁剂,透析患者应增加 B 族维生素等水溶性维生素来补充透析液中丢失的营养素、由于透析无法清除脂溶性维生素,应减少维生素 A 及维生素 E 等的摄入。

4. 水肿治疗 在严格控制水入量的同时,可静脉注射呋塞米(40~80mg,一般每日不超过 200mg);对严重水肿、用呋塞米无明显效果的患者,可试用布美他尼或托拉塞米(通常每次使用 40~80mg 不等)或采用透析超滤脱水。

5. 低钙血症、高磷血症的治疗 补充钙剂,如口服碳酸钙等磷结合剂;补充 1,25-(OH)₂D₃,如骨化三醇、维生素 D₃ 等。

6. 控制高血压

血管紧张素转换酶抑制剂(ACE-I)和血管紧张素 II 受体拮抗药(ARB):为首选,常用的 ACEI 的口服制剂如下表。

常用的 ACEI 的口服制剂

通用名	商品名	剂型	剂量	用法
贝那普利	洛丁新/信达怡	片剂	10mg	10mg 2次/日
福辛普利	蒙诺	片剂	10mg	10mg 2次/日
雷米普利	瑞素坦/瑞泰	片剂	2.5mg/5mg	2.5mg/5mg 2次/日
西拉普利	—平苏	片剂	2.5mg	2.5mg 2次/日
咪达普利	达爽	片剂	2.5mg	5mg 2次/日
卡托普利	开博通	片剂	25mg	50mg 2次/日

应用中应注意防止高钾血症,有肾功能不全者如 Scr $>356\mu\text{mol/L}$ 及双侧肾动脉狭窄应慎用或不用此类药物。干咳者,应停用 ACEI,或换用 ARB。

钙离子拮抗药:常选用长效钙离子拮抗药。

通用名	商品名	剂型	剂量	用法
氨氯地平	络活喜、施慧达	片剂	5mg	5mg 1~2次/日
		片剂	2.5mg	2.5mg 1~2次/日
硝苯地平控释片或缓释片	拜新同、伲福达	片剂	30mg	30mg 1~2次/日
		片剂	20mg	20mg 2次/日
非洛地平	波依定	片剂	5mg	5mg 1~2次/日
贝尼地平	元治	片剂	2mg	2mg 1~2次/日

β -受体阻滞药:对肾素依赖性高血压有较好的疗效。常用倍他乐克:12.5~25mg,2~3次/日。注意心率过慢(<60次/分钟),房室传导阻滞时不宜使用。

α -受体阻滞药:哌唑嗪0.5~2.0mg,2~3次/日,因其主要不良反应为直立性低血压和过敏,故应小剂量开始逐步增至治疗剂量。

利尿药:有明显水钠潴留或使用ACEI者可加用利尿药,以加强降压效果。但应注意电解质紊乱、高凝状态的出现和加重高脂血症。

根据患者具体情况,上述各类降压药可单用,也可2种以上联合应用。传统的观点要求将血压降到18.7~12kPa(140/90mmHg)。目前认为:对于尿蛋白超过1g/24h的肾病人,血压必须严格控制16.7/10kPa(125/75mmHg),尿蛋白<1g/24h,血压在17.3/10.7kPa(130/80mmHg)以下才能有效延缓肾损害进展。

第三节 急进性肾炎

急进性肾小球肾炎(rapidly progress glomerulonephritis, RPGN)是一组病因不同而临床表现相似的急性肾炎综合征,起病急骤,病情发展迅速,肾功能急剧恶化,由蛋白尿、血尿迅速发展为无尿或少尿性肾衰竭,病理类型表现为新月体性肾小球肾炎。

【常用医嘱】

长期医嘱		临时医嘱
内科一级护理		血气分析 急
低盐优质蛋白饮食		血常规 急
记24h出入量		凝血4项 急
测血压2次/日		肾功能+电解质 急
5%葡萄糖注射液 250ml	静脉滴注 2次/日	肾B超 急
甲泼尼龙 500ml	连用3日	

• 6 • 肾内科医嘱速查

0.9%氯化钠 100ml 环磷酰胺 0.4g	静脉滴注 2次/日	尿常规
	连用 2日	粪常规
泼尼松 60mg	1次/日	肝功能+肾功能+电解质
血浆置换 1次/日 每次置换血浆 2L, 连续 4~5次。		免疫球蛋白测定
		补体测定
肝素 100mg	皮下注射 1次/日	C反应蛋白
双嘧达莫 100mg	3次/日	尿红细胞检查
硝苯地平缓释片 30mg	1次/日	结缔组织全套
定期血液透析 每周 3次或 1.5%腹膜透析液 2000ml 4次/日 每次保留 4h		乙型肝炎系列、丙型肝炎抗体
		蛋白电泳
复方 α 酮酚(开同) 4片	3次/日	抗中性粒细胞胞质抗体
维生素 K ₁ 10mg	肌内注射 1次/日	抗肾小球基底膜抗体
		24h 尿蛋白定量
		经皮肾活检术
		肾穿刺术病理检查

【说明】

1. 经皮肾穿刺活检 因为本病进展急速,故一旦疑诊就应马上行肾活检术明确诊断,考虑本病时即应该急查血常规、凝血 4 项,并肌注维生素 K₁ 10mg, 1 次/日,合并凝血功能异常的还可肌内注射巴曲酶 1kU,甚至输注血小板治疗。

2. 糖皮质激素与免疫抑制药物 一旦确诊通常使用甲泼尼龙 1g,静脉注射,每日 1 次或隔日 1 次,3~4 次为一疗程。间歇 3~4 日后可再用 1~2 疗程;再改用口服泼尼松每日 1mg/kg。本疗法用于血肌酐 < 707 μ mol/L,过晚服则影响疗效。于 II 型、III 型患者,多数加用环磷酰胺 (CTX),每月 1 次,0.5~1g/m²,共 6 个月。冲击间期口服泼尼松每日 60mg,3 个月后减量为每日 30mg,再逐渐缓慢撤下。甲泼尼龙冲击疗法对 II 型、III 型效果好,对 I 型疗效不明显。

3. 血浆置换疗法 主要用于 I 型,常用泼尼松每日 60mg,CTX 每日 100mg 基础上置换血浆,每次 2000ml,每日 1 次或隔日 1 次,4~5 次为一疗程。用于 I 型早期未发展为少尿性肾衰竭,血肌酐 < 530 μ mol/L 之前开始治疗。

4. 三联疗法 皮质激素每日 60mg,CTX 每日 100~150mg,双嘧达莫每日 300~400mg,肝素每日 100mg,联合应用。

具体方法:

(1) 肝素 50~100mg,皮下注射,1~2 次/日。

(2)双嘧达莫 100mg,3次/日。

(3)环磷酰胺 50mg,2次/日。

(4)泼尼松 60~120mg 隔日1次或加用甲泼尼龙冲击治疗。

5. 透析治疗(血透或腹透) 于急性期,Scr>530 μ mol/L,应早期透析治疗,以保障激素的治疗。如果肾功能不能恢复,可长期透析。

6. 肾移植 移植后复发是本病中应注意的(尤其是I型)。I型移植后复发率10%~30%,此项常需在透析基础上,给予强化治疗,使抗GBM抗体转阴6个月后再肾移植。同样II型监测血ANCA水平决定停药和移植时机。

第四节 原发性肾病综合征

肾病综合征(nephrotic syndrome,NS)是由多种原因导致肾损害引起肾小球滤过膜对血浆蛋白通透性增高,大量血浆白蛋白自尿中丢失而引起的临床综合征。

【常用医嘱】

长期医嘱	临时医嘱
内科二级护理	血常规
低盐优质蛋白饮食	尿常规
记录24h出入量	便常规
测血压2次/日	肝功能+肾功能+电解质
泼尼松 60mg 1次/日	免疫球蛋白测定
贝那普利 10mg 口服 2次/日	补体测定
缬沙坦 80mg 口服 2次/日	蛋白电泳
氨氯地平 5mg 口服 2次/日	C反应蛋白
呋塞米 20mg 口服 2次/日	尿红细胞检查
螺内酯 20mg 口服 2次/日	抗链球菌溶血素O
百令胶囊 1g 口服 3次/日	结缔组织全套
阿魏酸钠(保肾康)0.1g 3次/日	肝炎系列
双嘧达莫 100mg 3次/日	抗中性粒细胞胞质抗体
低分子肝素 5000U 皮下注射 每12小时1次	凝血4项

维生素 K ₁ 10mg 肌内注射 1次/日(肾穿前连续3日)	24h尿蛋白定量
	肾B超
	经皮肾活检术(排除禁忌证后)
	肾穿刺术病理检查

【说明】

1. 一般治疗 严重水肿及体腔积液时应多卧床休息。饮食应限盐(食盐每日3g),蛋白质入量宜正常或偏低(每日0.8~1g/kg),热量应充足每日30~35kca/kg。

2. 利尿消肿 以每日减少体重0.5~1.0kg为佳。常以噻嗪类利尿药(如氢氯噻嗪)配合潴钾利尿药(如氨苯蝶啶或螺内酯)做基础治疗。疗效不佳时,可先静脉滴注胶体液(如不含氯化钠的低分子右旋糖酐或羟乙基淀粉)扩容(将组织间隙水分吸回血管),再从静脉滴注小壶注入强利尿药(如襻利尿药呋塞米或布美他尼)。

3. 血管紧张素转换酶抑制剂(ACEI,如贝那普利、福辛普利等)和(或)血管紧张素Ⅱ受体阻断药(ARB,如氯沙坦、缬沙坦等) 常应用于减少蛋白尿,这两类药用量要比其降血压剂量大,故应逐渐增量,禁忌证仍然为高钾血症及急性肾衰竭。

4. 糖皮质激素 常用泼尼松或泼尼松龙。用药应遵循如下原则:起始量要足(每日1mg/kg,不过最大剂量常不超过每日60mg);减撤药要慢(足量服用12周后开始减药,每2~3周减去原用量的10%);维持用药要久(以每日10mg作维持量,服6个月至1年或更久)。

5. 细胞毒药物 常用环磷酰胺,剂量每日100mg,累积量达6~8g停药。

6. 环孢素 为二线药用。起始量常为每日5mg/kg,分2次口服,3个月后逐渐减量,共服6~9个月,肾功损伤、肝病者慎用。

7. 吗替麦考酚酯(商品名骁悉) 为一新型免疫抑制药,不良反应较小。该药起始剂量为每日1~1.5g,分2次空腹服用,3~6个月后逐渐减量,共服药1~1.5年,同样有感染、肝损害等不良作用。

8. 雷公藤多苷 是从中药雷公藤提取的有效成分,常用量为每日30~60mg,分3次口服,月经紊乱、肝损害、肾间质损伤是常见不良作用。

9. 感染 感染一旦出现,即应及时选用敏感、强效、无肾毒性抗微生物药物积极治疗;经常出现感染影响疗效时,还可注射胸腺肽或免疫球蛋白增强免疫力,预防感染。

10. 肾病综合征病人均应给予抗血小板药物(如双嘧达莫每日300mg或阿司匹林每日100mg) 病人血浆白蛋白<20g/L时(此时病人高凝状态常严重)

还应加用抗凝药物(如肝素钙 50mg, 每 12 小时皮下注射 1 次);一旦血栓、栓塞发生,即应尽快给予纤溶药治疗(如尿激酶 20 万 U, 每日静脉滴注 1 次)。膜性肾病尤易发生血栓、栓塞并发症,更应认真防治。

11. 脂质代谢紊乱 只要估计 NS 难迅速缓解,脂代谢紊乱将持续较长时间,就应予以治疗。以胆固醇增高为主者应首选羟甲基戊二酰还原酶抑制剂(他汀类药)治疗,以三酰甘油增高为主者应首选纤维酸衍生物(贝特类药)治疗。

12. 急性肾损害 肾前性氮质血症常在给胶体液扩容并适量利尿后好转;特发性急性肾衰竭却需积极治疗,包括血液透析及甲泼尼龙冲击治疗(0.5~1.0g 溶于 5% 葡萄糖注射液 100ml 中静脉滴注,每日或隔日 1 次,3 次为一疗程),病理类型为微小病变病者,治疗后肾功能可望完全恢复。

13. 双冲治疗 5% 葡萄糖注射液 100ml 加甲泼尼龙 0.5~1.0g 或地塞米松 60kg, 静脉注射,用 3 日,同时环磷酰胺 0.4g, 静脉注射,用 2 日。每 1~2 周 1 次,连用 3 次以上。如果有效,直至尿蛋白 1g 左右停止冲击。如果 3 次以上无效可停止冲击。

14. 免疫球蛋白冲击 对于严重肾病综合征,糖皮质激素使用有禁忌的患者如严重感染可考虑免疫球蛋白冲击,每日 20g, 静脉滴注,1 次/日,连续 5 日为一疗程。

第五节 IgA 肾病

IgA 肾病是一组病理检查在肾小球系膜区有以 IgA 为主的免疫球蛋白颗粒样沉积的疾病,可分为原发和继发。继发性 IgA 肾病(如紫癜性肾炎、血管炎、肝疾病等)与原发性 IgA 肾病在治疗上有原则性的区别。因此,临床上首先必须明确诊断,才能有效地治疗。

【常用医嘱】

长期医嘱	临时医嘱
内科二级护理	血常规
低盐优质蛋白饮食	尿常规
记录 24h 出入量	便常规
测血压 2 次/日	肝功能+肾功能+电解质
强泼松 60mg 1 次/日 排除禁忌证后(胸片、OGTT 试验、肝炎系列正常)给予每日 1mg/kg	OGTT+同步胰岛素测定
	肝炎系列
	胸部正侧位片
来氟米特 30mg 口服 1 次/日	免疫球蛋白测定