

肾病

◎主编 孙伟

实用中西医结合治疗

SHENBING
SHIYONG ZHONGXIYI
JIEHE ZHILIAO



人民军医出版社

肾病实用中西医结合治疗

SHENBING SHIYONG ZHONGXIYI JIEHE ZHILIAO

主 编 孙 伟

副主编 李 平 张 宁

编著者 (以姓氏笔画为序)

万毅刚 王新东 卢 玲 许陵冬

孙 伟 纪 伟 杨 光 李 平

吴 限 张 宁 陈继红 周 玥

周 栋 郑艳辉 高 坤

 人民军医出版社

PEOPLE'S MILITARY MEDICAL PRESS

北 京

图书在版编目(CIP)数据

肾病实用中西医结合治疗/孙 伟主编. —北京:人民军医出版社,2008.1
ISBN 978-7-5091-1487-2

I. 肾… II. 孙… III. 肾疾病—中西医结合疗法 IV. R692.05

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2007)第 198598 号

策划编辑:黄建松 王媛媛 文字编辑:刘 平 责任审读:黄栩兵

出 版 人:齐学进

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)51927270;(010)51927283

邮购电话:(010)51927252

策划编辑电话:(010)51927300—8057

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

印刷:北京天宇星印刷厂 装订:京兰装订有限公司

开本:710mm×960mm 1/16

印张:38 字数:716千字

版、印次:2008年1月第1版第1次印刷

印数:0001~3500

定价:80.00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

作者从中西医结合的角度简明扼要地阐述了肾脏疾病的发生机制、诊断要点、鉴别诊断等,详细地介绍了各种肾脏疾病的中西医结合治疗原则和具体方法,并对中医、西医、中西医结合治疗优势进行了综合阐述,内容系统全面,方法科学实用,有利于提高临床医疗水平和降低医疗费用。适合肾脏疾病相关科室的医师及相关人员阅读参考。

岐黄之术,源远流长,绵延千载,中医学是世界医学之林中的奇葩,它不仅在历史上为民族的繁衍、国家的昌盛作出过重大贡献,在现代卫生保健事业上仍发挥着不可取代的作用。它具有丰厚的中华文化底蕴,其辨证论治和整体观思想体现了中医学的特色与优势,疗效显著,彪炳史册。时至今日,中医学的独特理论体系和卓越的临床疗效,深受世界医学界的青睐。肾脏病是临床常见病、多发病,严重危害广大人民群众的身心健康,给家庭和社会带来了巨大负担。资料显示,1999年至今,我国血液透析患者的最常见病因仍为肾小球肾炎(50%),其次分别为糖尿病肾病(13.5%),高血压肾病(8.9%)和多囊肾(2.7%)。腹膜透析患者亦以肾小球肾炎为主(49.25%),其次为高血压肾病(14.8%)、糖尿病肾病(12%)和多囊肾(3.8%)。防治肾脏病一直是中医及中西医结合医学界的重大研究课题。

目前,我国的临床医学存在着中医和西医两个不同的体系,中医学和西医学的交流和互相促进早已成为学术交流的重要内容。早在三国时代乃至更早,我国即有名医外访,诊疗疾病,最迟至唐代贞观九年(公元635年,)西医开始传入我国,在19世纪下半叶至20世纪初,西医学得到了广泛传播与发展。随着中西医学的交融,形成了中国医学史上独特的新的一个学术流派——中西医会通派。20世纪50—60年代,中西医结合迎来了一个良好的发展机遇。在我国医学领域开展了“西学中”、“西研中”,促进了中西医结合研究,使中西医会通派的探索思维及结果得到了延伸和进步,中西医结合内科学随之逐步形成和发展成我国独特的内科临床学科。在国家“中西医并重”,中医、西医、中西医结合共同发展的卫生方针指引下,我国的中西医结合展现出欣欣向荣的发展局面。在几十年的实践过程中,中西医结合临床和实验研究取得了不少可喜的成就和宝贵经验,事实证明中西医结合是继承发扬中医药学的重要途径之一。近20年来,中西医结合肾脏科临床与基础研究逐渐发展,中西医结合肾脏病学的学科建设也得到较快发展。到了20世纪80年代初期,西医肾科、中医肾科或中西医结合肾科逐渐在全国部分医院成为独立科室。临床诊治水平、肾脏专科医师培养、肾脏疾病基础与临床研究,均有了长足的进步,取得了一系列成果。

江苏省中医院全国中医肾病医疗中心,是我国最早成立的中医肾脏病专业单位之一。1996年我在该中心成立会上曾寄希望于将其建设成具有一流人才、一流

设备、一流疗效、一流服务、一流科研、一流管理的真正的全国中医肾病医疗中心，发挥示范作用。经过 10 多年的艰苦创业、建设发展，这里人才辈出，实力雄厚，医疗、科研、教学硕果累累，中医特色突出。现任学科带头人孙伟教授是国内著名的年轻的中医肾病学者，德才兼备，治学严谨。他带领的全国中医肾病医疗中心的团队，在各级领导支持下，传承先师邹云翔教授学术思想，“博览古今”、“发古融新”，在临床实践中继承创新发展中医肾病学，成绩卓著。时下以孙伟教授为主编写的《肾病实用中西医结合治疗》，熔铸着作者对肾病的中医药、中西医结合诊疗实践经验，又集成了建国 50 多年来全国关于肾病的中医药、中西医结合诊疗研究成果和新进展。其显著特点是：博采精思，融会新知，以临床实践为根基，著书立说，独树一帜。全书内容丰富、翔实、新颖。在保证全书系统性基础上，重点介绍了原发性及继发性肾小球疾病、肾小管间质疾病、肾血管疾病、感染性疾病等的治疗，是一部切合临床实际的专著。

另外，我认为该书更有意义的时代效应，是让人们认识到只有实践（包括临床实践和科研实践）才会深化对中医药学及中西医结合医学的科学性、有效性、实用性的理解；才能深化对中西医药学各自优势的理解。更让人们充满希望地看到科技部、卫生部、国家中医药管理局等 16 个部门联合制定的 2006—2020 年《中医药创新发展规划纲要》所指出的“中西医药学的优势互补及相互融合，为创建有中国特色的新医药学奠定基础”的现实性和端倪。

“胡适先生说过，他到处劝他的朋友写自传，因为他深感中国缺乏传记文学”（《林语堂传》）。我是到处劝我的朋友写中西医结合专著，因为我国中西医结合医学研究，已发展到需要专家们系统总结、著书立说，推动中西医结合学科建设发展的时期。因此，非常感谢主编孙伟教授及各位编著者。他们的创作，不仅为从事肾脏疾病临床、科研、教学的医学工作者提供了一部优秀的参考书，更为中西医结合肾病学学科建设铺垫了一块基石。

该书付梓之际，孙伟教授邀我为之写序，实觉愧不敢当。但我与孙伟教授是多年相知和朋友，盛情难却；加之我为该书的出版确有情不自禁的发自内心的欣喜！故乐于向广大读者推荐，并为之序。

陈士奎

2007 年 12 月于北京苦丁香书屋

（国家中医药管理局医政司原司长
中国中西医结合学会副会长兼秘书长）

序 二

我与孙伟教授忘年交已十余载,丁亥春,孙教授于宁惠书相邀为其即将付梓之大作写序,写不写,怎样写,这不是一件小事情,思索再三,并仔细研读书稿后方才动笔,以期敝序能起到发现精品,扶植新人之功。

近年来,肾脏病无论在基础理论研究,还是在诊断及治疗的措施方面,均有长足的发展。在我国,肾脏病诊疗的中西医有机结合和方案的不断优化是该方向研究的总体趋势。2003年,温家宝总理曾欣然题词“实行中西医结合,发展传统医药学”,为肾脏病的中西医结合道路指明了方向。“十五”期间,肾脏病中西医结合研究的成果卓著,其中包括许多优秀的中西医结合类肾脏病著作问世;“十一五”期间,国家将投入大量的经费用于肾脏病中西医结合的临床研究,这也必将伴随更高层次肾脏病专著的出版。此番有幸先读《肾病实用中西医结合治疗》一书,其内容有序,纲目分明,便于研学,易于探索,它的出版将为广大临床医师学习这一专业的新知识、掌握新技能、获得新发展提供帮助。此书全面系统地总结了目前中西医诊疗肾脏病的优势和特点,密切结合临床工作,有较强的实用性。参与编撰此书的均为国内中医肾病学界年富力强的中青年专家,他们提出的诸多新观点在目前中西医结合研究肾脏病的大方向下具有一定的代表性。

《肾病实用中西医结合治疗》一书经诸贤还寒送暑,费精雕细琢之功,即将与广大读者见面,“文章有定评,议论乃至公”,相信广大读者读完此书后自会有正确的评价,吾实感编者之仁心,愿为中西医结合肾病事业的振兴与同道共勉,谨致数语,爰之为序。

陈以平

2007年12月于沪上

(中国中西医结合学会肾病专业委员会主任委员)

前 言

肾脏病是常见病、多发病,严重危害广大人民群众的身体健
康,给家庭和社会带来了巨大负担。随着社会的发展和人民生活水平的不断提高,其发病率呈上升趋势,受到全世界的广泛关注。肾脏病学是主要研究泌尿系统疾病的学科。中医肾脏病学是指以中医“肾”的病理变化为主要病机的一系列疾病的总称,广义上包括了现代医学的泌尿系统疾病、生殖系统疾病、遗传性疾病及部分内分泌疾病等。在中医古典医籍中无肾脏病概念,肾病多指水肿、腰痛、淋证、癃闭、尿血、尿浊、遗精、阳痿、早泄、五迟、五软、消渴等范畴。狭义的中医肾病学主要指肾脏泌尿系统疾病,病种包括肾小球疾病、肾小管间质疾病、感染性疾病。具体有急性肾小球肾炎、慢性肾小球肾炎、急进性肾小球肾炎、肾病综合征、急慢性小管间质性肾病、泌尿系感染、急慢性肾衰竭、肾囊肿性疾病等。中医学是我国优秀的传统医学,当历史的脚步跨入 20 世纪的时候,几千年来传统医学一统天下的格局已被打破了,中西医学的碰撞、交流与互补形成了中国医学发展的时代特征。近 20 年来,中西医结合研究、治疗肾脏病的领域百花齐放,确实提高了临床疗效,取得了可喜的成绩。以江苏省中医院全国中医肾病医疗中心为主,联合北京、广西等地的肾脏病学者编撰的《肾病实用中西医结合治疗》,就是近年来中西医结合肾脏病临床治疗的最新进展与成果的汇集。本书共 13 章,涉及多种原发性与继发性肾脏疾病,详细介绍了中西医诊断与治疗常规,还特别收集了中医内治、外治等特色疗法及中西医名家的治疗经验。其中肾脏病各论主要介绍了原发性肾小球疾病、常见的继发性肾脏病、肾小管间质疾病、感染性肾脏病、囊肿性肾脏病、肾血管疾病、肾脏肿瘤等。肾衰竭和肾移植部分重点介绍了急慢性肾衰竭、血液透析、腹膜透析、肾移植等内容。附录介绍了目前常用的肾脏病理诊断标准、国际上慢性肾脏病的临床指南。全书内容翔实,简明实用,适合从事肾脏病临床、教学、科研的医疗工作者及研究生学习参考。

由于水平有限及时间仓促,书中存在的疏误之处,敬请各位读者不吝指正。

孙 伟

2007 年 11 月于南京

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 急进性肾小球肾炎	(14)
第三节 肾病综合征	(26)
第四节 慢性肾小球肾炎	(50)
第五节 无症状性蛋白尿和(或)血尿	(64)
第六节 IgA 肾病	(74)
第 2 章 继发性肾小球疾病	(89)
第一节 系统性红斑狼疮性肾炎	(89)
第二节 类风湿关节炎的肾损害	(111)
第三节 过敏性紫癜性肾炎	(127)
第四节 糖尿病肾病	(138)
第五节 乙型肝炎相关性肾炎	(155)
第六节 肝硬化的肾损害	(166)
第七节 妊娠与肾脏病	(175)
第 3 章 尿路感染性疾病	(190)
第一节 尿路感染	(190)
第二节 慢性肾盂肾炎	(209)
第三节 肾结核	(215)
第四节 真菌性尿路感染	(227)
第五节 性病的泌尿系感染	(232)
第六节 非感染性尿道综合征	(240)
第 4 章 肾小管-间质疾病	(247)
第一节 急性间质性肾炎	(247)
第二节 慢性间质性肾炎	(261)

第三节	高尿酸血症肾病	(274)
第四节	反流性肾病	(290)
第五节	肾小管性酸中毒	(302)
第六节	药物引起的肾损害	(314)
第七节	肾性尿崩症	(325)
第八节	肾性糖尿	(332)
第5章	肾脏的血管疾病	(341)
第一节	原发性高血压	(341)
第二节	缺血性肾脏病	(354)
第三节	肾血管性高血压	(364)
第四节	血栓性血小板减少性紫癜肾损害	(370)
第6章	肾脏囊性病变	(383)
第7章	肾结石与梗阻性肾病	(407)
第一节	肾结石	(407)
第二节	梗阻性肾病	(433)
第8章	肾脏肿瘤	(450)
第9章	急性肾衰竭	(482)
第10章	慢性肾衰竭	(504)
第11章	血液透析	(529)
第12章	腹膜透析	(546)
第13章	肾移植	(558)
附录	常用肾脏疾病诊断、分型标准	(570)

第1章 原发性肾小球疾病

第一节 急性肾小球肾炎

一、疾病概述

急性肾小球肾炎(acute glomerulonephritis),简称急性肾炎,是一组常见的肾小球疾患。起病急,以血尿、少尿、蛋白尿、水肿及高血压等为其临床特征。急性肾炎可由多种病因所致,其中最常见的是链球菌感染后肾炎。在我国上呼吸道感染占60%~70%,皮肤感染占1%~20%,除链球菌之外,葡萄球菌、肺炎球菌、脑膜炎双球菌、淋球菌、流感杆菌及伤寒杆菌等感染都可引起肾小球肾炎。任何年龄均可发病,但以学龄儿童为多见,青年次之,中年及老年少见。一般男性发病率较高,男女之比约为2:1。

本病发病机制多与抗原抗体介导的免疫损伤有关。机体感染链球菌后,其体内某些成分作为抗原,经过2~4周与体内产生的相应抗体结合,形成免疫复合物,通过血液循环,沉积于肾小球内,当补体被激活后,炎症细胞浸润,导致肾小球损伤而发病。肾小球毛细血管的免疫性炎症使毛细血管腔变窄、甚至闭塞,并损害肾小球滤过膜,可出现血尿、蛋白尿及管型尿等,并使肾小球滤过率下降,因而对水和各种溶质(包括含氮代谢产物、无机盐)的排泄减少,发生水钠潴留,继而引起细胞外液容量增加,因此临床上水肿、尿少、全身循环充血状态如呼吸困难、肝大、静脉压增高等表现。本病的高血压,目前认为是由于血容量增加所致,是否与“肾素-血管紧张素-醛固酮系统”活力增强有关,尚无定论。

近年来,认为链球菌感染后肾炎不只一种抗原,与链球菌有关的内源性抗原抗体系统可能也参与发病。致肾炎链球菌通过酶作用或其产物与机体的免疫球蛋白(Ig)结合,改变Ig化学组成或其抗原性,然后形成免疫复合物而致病。如致肾炎链球菌能产生唾液酸酶(sialidase)使Ig发生改变。目前认为致肾炎链球菌抗原先植

入肾小球毛细血管壁,然后与抗体作用而形成免疫复合物(原位形成)是主要的发病机制。

本病预后一般良好,在儿童 85%~99%,在成人 50%~75%可完全恢复,就儿童急性肾炎来说,6 个月内血尿消失者达 90%,持续或间歇蛋白尿超过 1 年者占 58%,在 2 年以上仍有蛋白尿者占 32%,急性肾炎演变为慢性肾炎者不超过 10%。

急性肾小球肾炎起病较急,与患者体质有一定关系,临床表现以水肿、血尿为主要特征。水不自行,赖气以动,故水肿一证是全身气化功能障碍的一种表现,涉及的脏腑也较多,但与肺、脾、肾三脏的关系最为密切,其中又以肾为本。究其病因主要为:①先天不足,房劳过度:先天不足,肾元亏虚,复遭外邪侵袭,则气化失司,水湿内蕴而成本病;若肾津亏虚,则阴虚不能制阳,可致虚热伤络,发为血尿。②外邪侵袭,风水相搏:风邪外袭,内舍于肺,肺失宣通肃降,以致风遏水阻,风水相搏,风鼓水溢,内犯脏腑经络,外溢四肢肌肤。③湿毒侵淫,内归脾肺:湿热之邪蕴于肌肤,郁久则热甚成毒,湿毒之邪蕴于局部,则化为痈疡疮痍,邪归脾肺,致脾失健运,肺失宣降,水湿不行,运行受阻,溢于肌肤四肢。④食居不节,水湿困脾:水湿之邪内盛则湿困脾胃,运化转输功能失司,水湿不运,溢于肌肤四肢。综上,风邪与寒、热、湿、毒等邪气兼挟侵袭是本病的主要原因,肾元亏虚则是发病的内因,过度劳累、汗出当风、冒雨涉水等则为本病发病的诱因。

本病病机的转化主要表现为主导病邪的转化和虚实的转化。病初以风寒为主者,病程中可以化热;以风热为主者,可以化火生毒,或伤阴耗气;风热挟湿可化为湿热火毒,湿热伤及脾肾,火热灼伤脉络,耗气伤阴,可致阴虚阳亢而生变症等。病程短者以邪实为主;病程长者,正气耗伤,正虚邪存,难以痊愈,不仅损伤身体,而且涉及肺、脾、肝、心等诸脏。疾病发生发展过程中还可出现气滞、血瘀、痰湿等兼挟证,当分别缓急,详审轻重。

二、诊断要点

(一)临床表现

本病起病较急,病情轻重不等。多数患者有明确的链球菌感染史,如上呼吸道感染、咽炎、扁桃体炎及皮肤感染等。潜伏期相当于致病抗原初次免疫后诱导机体产生免疫复合物所需的时间,呼吸道感染者的潜伏期较皮肤感染者短,一般经过 2~4 周(上呼吸道感染、咽炎、扁桃体炎一般 6~10 天,皮肤感染者约 2 周后)突然起病,首发症状多为水肿和血尿,呈典型急性肾炎综合征表现,重症者可发生急性肾衰竭。本病可见于各年龄组,但以儿童最为常见。

1. 全身症状 起病时症状轻重不一,患者常有头痛、食欲减退、恶心、呕吐、疲乏无力、腰酸等,部分病人先驱感染没有控制,可有发热,咽喉疼痛,体温一般在

38℃上下,发热以儿童为多见。

2. 水肿及少尿 常为本病之首发症状,出现率为80%~90%。在发生水肿之前,病人都有少尿,每日尿量常在500ml左右,少数病人可少至400ml以下,发生尿闭者少见。轻者仅晨起眼睑水肿,面色较苍白,呈“肾炎面容”,重者延及全身,体重亦随之增加。水肿多先出现于面部,特别以眼睑为著,下肢及阴囊亦显著。晨起以面部为著,活动后下肢为著。水肿出现的部位主要决定于两个因素,即重力作用和局部组织的张力,儿童皮肤及皮下组织较紧密,则水肿的凹陷性不十分明显,水肿的程度还与食盐的摄入量有密切关系,食盐摄入量多则水肿加重,反之亦然。大部分患者经过2~4周,可自行利尿退肿,严重者可有胸腔积液、腹水。产生原因主要是全身毛细血管壁通透性增强,肾小球滤过率降低,而肾小管对钠的重吸收增加致水钠潴留。

3. 血尿 肉眼血尿为常见初起症状之一,40%~70%的病人可见到。尿呈浑浊红棕色,为洗肉水样,一般在数天内消失,也可持续1~2周才转为显微镜血尿。镜下血尿多在6个月内消失,也可因感染、劳累而暂时反复,也有持续1~3年才完全消失。此外,也有少数病人肾小球病变基本消退,而镜下血尿持续存在,认为无多大临床意义。

4. 蛋白尿 多数患者均有不同程度蛋白尿,主要为白蛋白,20%~30%表现为肾病综合征(尿蛋白超过3.5g/24h,血浆白蛋白低于30g/L),经2~4周后可完全消失。蛋白尿持续存在提示病情迁延,或转为慢性肾炎的可能。

5. 高血压 见于80%的病例,多为轻中度高血压,收缩压及舒张压均增高。急性肾炎之血压升高多为一过性,往往与水肿及血尿同时发生,一般持续2~3周,多随水肿消退而降至正常。产生原因主要为水、钠潴留使血容量扩张所致,经利尿、消肿后血压亦随之下降。重度高血压者提示肾损害严重,可并发高血压危象、心力衰竭或视网膜病变等。

6. 神经系统症状 主要为头痛、恶心、呕吐、失眠、反应迟钝;重者可有视力障碍,甚至出现昏迷、抽搐,此与血压升高及水、钠潴留有关。

(二) 体征

急性肾炎的主要体征是程度轻重不一的水肿,以组织疏松及低垂部位为明显。晨起时眼睑、面部可见水肿,活动后下肢水肿明显。随病情发展至全身,严重者可出现胸腔、腹腔、阴囊,甚至心包腔的大量积液。重度高血压者眼底检查可出现视网膜小动脉痉挛或视盘水肿。

(三) 检查与检验

1. 尿液检查 血尿为急性肾炎重要所见,或肉眼血尿或镜下血尿。尿沉渣检查中,红细胞多为严重变形红细胞,但应用祥利尿剂时可暂为非变形红细胞,此外

还可见红细胞管型,提示肾小球有出血渗出性炎症,是急性肾炎的重要特点。尿沉渣还常见肾小管上皮细胞、白细胞、大量透明和颗粒管型。

尿蛋白通常为(+)~(++) $1\sim 3\text{g}/\text{天}$,多属非选择性蛋白,若病情好转,则尿蛋白减少,但可持续数周至数月。如果蛋白尿持续在1年以上,多数提示为慢性肾炎或演变为慢性肾炎。

尿常规一般在4~8周内大致恢复正常。残余镜下血尿(或爱迪计数异常)或少量蛋白尿(可表现为起立性蛋白尿)可持续半年或更长。

2. 血常规检查 严重贫血少见,红细胞计数及血红蛋白可稍低,系因血容量扩大,血液稀释所致。白细胞计数可正常或增高,此与原发感染灶是否继续存在有关。

急性肾炎时血沉几乎都增快,一般在 $30\sim 60\text{mm}/\text{h}$,随着急性期缓解,血沉在2~3个月内也逐渐恢复正常。

3. 肾功能检查 急性肾炎病人肾小球滤过率(GFR)呈不同程度下降,但肾血浆流量仍可正常,因而滤过分数常减少。与肾小球滤过功能受累相比较,肾小管功能相对良好,肾浓缩功能多能保持。临床常见一过性氮质血症,血中尿素氮、肌酐增高。不限进水的患儿,可有轻度稀释性低钠血症。此外还可有高血钾及代谢性酸中毒。

4. 血浆蛋白和脂质测定 血清白蛋白浓度常轻度降低,此系水、钠潴留及血容量增加和稀血症所致。急性肾炎病程较短而尿蛋白量少,所以血清白蛋白降低不是由于尿中大量蛋白丢失所造成,且利尿消肿后即恢复正常浓度。血清蛋白电泳多见白蛋白降低, γ 球蛋白增高,少数病例伴有 α_2 和(或) β 球蛋白增高。后者增高的病例往往并存高脂血症。

5. 细胞学和血清学检查 急性肾炎发病后自咽部或皮肤感染灶培养出 β 溶血性链球菌的阳性率约30%,早期接受青霉素治疗者更不易检出。链球菌感染后可产生相应抗体,常借检测抗体证实前驱的链球菌感染。如抗链球菌溶血素O抗体(ASO),其阳性率达50%~80%,通常于链球菌感染后2~3周出现,3~5周滴度达高峰,半年内恢复正常。判断其临床意义时应注意,其滴度升高仅表示近期有过链球菌感染,与急性肾炎的严重性无直接相关性;经有效抗生素治疗者其阳性率减低,皮肤感染灶患者阳性率也低。尚可检测抗脱氧核糖核酸酶B(antiDNAse B)及抗玻璃酸酶(anti-HAse),并应注意于2~3周后复查,如滴度升高,则更具诊断价值。

6. 血补体测定 除个别病例外,肾炎病程早期血总补体及 C_3 均明显下降,6~8周后恢复正常。此规律性变化为本症的典型表现。血补体下降程度与急性肾炎病情轻重无明显相关,但低补体血症持续8周以上,应考虑有其他类型肾炎之可

能,如膜增生性肾炎、冷球蛋白血症或狼疮肾炎等。

7. 尿纤维蛋白降解产物(FDP) 血液和尿液测定中出现 FDP 意味着体内有纤维蛋白形成和纤维蛋白原及纤维蛋白分解代谢增强。尿液 FDP 测定能更正确地反映肾血管内凝血。

8. 其他检查 部分病例急性期可测得循环免疫复合物及冷球蛋白。通常典型病例不需肾活检,但如与急进性肾炎鉴别困难或病后3个月仍有高血压、持续低补体血症或肾功能损害者建议肾活检检查,明确病理类型。

(四)鉴别诊断

1. 热性蛋白尿 急性感染发热的患者可出现蛋白尿、管型或镜下血尿,极易与不典型或轻型急性肾炎相混淆。但前者没有潜伏期,无水肿及高血压,热退后尿常规迅速恢复正常。

2. 急进性肾炎 起病过程与急性肾炎相似,但除急性肾炎综合征外,常早期出现少尿、无尿及肾功能急剧恶化为特征。重症急性肾炎呈急性肾衰竭伴少尿或无尿持续不缓解,病死率高,与该病相鉴别困难时,应及时做肾活检以明确诊断。

3. 慢性肾炎急性发作 发作时症状同本病,但有慢性肾炎史,诱发因素较多,如感染诱发者临床症状(多在1周内,缺乏间歇期)迅速出现,常有明显贫血、低蛋白血症、肾功能损害等,B超检查有的显示双肾缩小。急性症状控制后,贫血仍存在,肾功能不能恢复正常。对鉴别有困难的,除了肾穿刺进行病理分析之外,还可根据病程和症状、体征及化验结果的动态变化来加以判断。

4. IgA 肾病 该病潜伏期短,多于上呼吸道感染后1~2日内即以血尿起病,通常不伴水肿和高血压,链球菌培养阴性,ASO滴度不升高,一般无血清补体下降,1/3患者血清IgA增高。该病多有反复发作史,鉴别困难时需行肾活检,病理免疫荧光示IgA弥漫沉积于系膜区。

5. 全身系统性疾病引起的肾损害 如过敏性紫癜肾炎、狼疮性肾炎等,虽有类似本病之临床表现,但原发病症状明显,不难诊断。

6. 急性泌尿系感染或肾盂肾炎 可表现有血尿、腰痛等与急性肾炎相似的临床表现,但急性肾盂肾炎一般无少尿表现,少有水肿和高血压,多有发热、尿路刺激症状,尿中以白细胞为主,尿细菌培养阳性可以区别,抗感染治疗有效等,均可帮助诊断。

三、现代医学治疗

(一)治疗原则

急性肾小球肾炎为自限性疾病,无特异疗法。主要是对症处理,改善肾功能,预防和控制并发症,促进机体自然恢复。

(二)一般治疗

1. 休息 急性期应卧床休息,通常需2~3周,待肉眼血尿消失、血压恢复、水肿减退即可逐步增加室内活动量。对遗留的轻度蛋白尿及血尿应加强随访观察而无需延长卧床期,但如病情反复,应继续卧床休息。卧床休息能增加肾血流量,可改善尿异常改变。同时3个月内宜避免剧烈体力活动,并应注意防寒、防潮。

2. 饮食治疗

(1)控制钠盐摄入:对有水肿、血压高者用无盐或低盐饮食,一般每日摄取钠1.2g/天,水肿严重时限制为0.5g/d,注意禁用腌制食品,尽量少用味精,同时禁食含碱主食及含钠高的蔬菜,如白萝卜、菠菜、小白菜或酱油。

(2)蛋白质摄入:一般认为血尿素氮 $<14\text{mmol/L}$,蛋白质可没限制;尿素氮如超过 21.4mmol/L ,每日饮食蛋白质应限制到 0.5g/kg 体重。蛋白质以乳类及鸡蛋为最好,羊肉除营养丰富、含优质蛋白质外,还有消肿利尿的作用。糖类及各种维生素应充分供给。

(3)水的摄入:对严重水肿且尿少者液体也应限制,目前多主张每日摄入量以不显性失水量加尿量计算,儿童不显性失水每日为 $15\sim 20\text{ml/kg}$ 体重。在条件许可下,每日测量体重,对决定摄入液体量是否合适较有帮助。

(三)药物治疗

1. 感染灶的治疗 对有前驱感染且病灶尚存者应积极进行治疗,使其痊愈。即使找不到明确感染灶的急性肾炎患者,也有人主张用青霉素(过敏者用红霉素)常规治疗 $10\sim 14$ 天。也有人主张在2周青霉素疗程后,继续用长效青霉素 $2\sim 4$ 周。抗生素对预防本病的再发往往无效,因此不必预防性的使用。对反复扁桃体发炎的患者,在病情稳定的情况下,可做扁桃体切除术。

2. 对症治疗

(1)水肿的治疗:对轻、中度水肿,限制钠水入量及卧床休息即可;高度水肿者应使用噻嗪类或髓襻利尿药,如呋塞米(速尿) 2mg/kg 体重,每日 $1\sim 2$ 次治疗,一般不主张使用贮钾利尿药及渗透性利尿药。多巴胺等多种可以解除血管痉挛的药物也可应用,以促进利尿。

(2)高血压的治疗:轻度高血压经限制钠盐和卧床休息后可纠正。明显高血压者(儿童舒张压 $>100\text{mmHg}$ 或成人舒张压 $>110\text{mmHg}$)应使用抗高血压药物。一般采用利尿药、钙离子通道阻滞药、 β -受体阻滞药及血管扩张药,如硝苯地平(硝苯吡啶) $20\sim 40\text{mg/d}$,或胍屈嗪(胍苄吡嗪) 25mg ,每日3次以使血压适当降低。

3. 抗凝疗法 肾小球内凝血是急性肾炎的重要病理改变之一,主要为纤维素沉积及血小板聚集。因此,采用抗凝疗法将有助于肾炎缓解。可以应用普通肝素静滴或低分子肝素皮下注射,每日1次, $10\sim 14$ 次为1个疗程,间隔 $3\sim 5$ 天,根据

患者凝血指标调整,共2~3个疗程。双嘧达莫(潘生丁)口服,尿激酶2万~6万单位加入5%葡萄糖液250ml静滴,或每日1次,10天为1个疗程,根据病情进行2~3个疗程。注意肝素与尿激酶不可同时应用。

4. 抗氧化剂应用 ①超氧歧化酶可使 O^- 转变成 H_2O_2 。②硒谷胱甘肽过氧化物酶,使 H_2O_2 还原为 H_2O 。③维生素E是体内血浆及红细胞膜上脂溶性清除剂,维生素E及辅酶 Q_{10} 可清除自由基,阻断由自由基触发的脂质过氧化连锁反应,保护肾细胞,减轻肾内炎症过程。

5. 肾上腺糖皮质激素 一般不用,但急性期症状明显时可小剂量短期使用,一般不超过2周。

6. 并发症的治疗

(1)高血压脑病:出现高血压脑病时应选用硝普钠50mg溶于葡萄糖液250ml中静脉滴注,速度为 $0.5\mu g/(kg \cdot min)$,随血压变化调整剂量。

(2)急性心力衰竭:近年研究认为,急性肾炎患者出现胸闷、心悸、肺底啰音、心界扩大等症状时,心排血量并不降低,射血指数亦不减少,与心力衰竭的病理生理基础不同,而是水钠潴留、血容量增加所致的瘀血状态。因此洋地黄类药物疗效不理想,且易引起中毒。严格控制水钠摄入,静脉注射速尿、硝普钠或酚妥拉明等多能使症状缓解。

(3)继发细菌感染:急性肾炎由于全身抵抗力较低,易继发感染,最常见的是肺部和尿路感染。一旦发生应及时选用敏感、强效及无肾毒性的抗生素治疗,并加强支持疗法。常用的为青霉素类和第三代头孢菌素或四代抗生素。

(四)透析治疗

目前对急性肾炎所致的急性肾衰主张“早期、预防性和充分透析治疗”,早期预防性透析是指在并发症出现之前即进行透析治疗,特别是高分解代谢型急性肾衰竭,可以有效降低病死率。血液透析或腹膜透析均可采用,血液透析疗效快速,适用于紧急透析,其中连续性血液透析滤过治疗效果最佳。腹膜透析适用于活动性出血、无法耐受血液透析和无血液透析设备的情况。

四、中医药治疗

(一)治疗原则

急性肾炎多由外感六淫或疮毒之邪,导致肺脾气虚,三焦水道不利,水湿停滞,郁而化热,导致诸症产生。因此,急性期以祛邪为主,发汗、利小便以消水肿,清热解毒以清除病灶;恢复期则重在调补,芳香清利、滋肾护津。

(二)辨证要点

本病总属标实邪盛为主,临床辨证时,须依据病机,辨明正邪盛衰情况。初期