

中医临床实习手册

肾内科

住院医师掌中宝
实习医生速查通

总主编 · 王新陆
主编 · 邱振刚 张风霞 阴永辉

中国医药科

中医临床实习手册

肾内科

总主编 王新陆

主 编 邱振刚 张风霞 阴永辉

中国医药科技出版社

内 容 提 要

本书包括西医诊治和中医诊治两部分，其中西医诊治由临床表现、西医诊断要点、西医鉴别诊断、西医治疗等方面组成；中医诊治则介绍了治疗肾病的治则、方药和常用中成药等。该书具有简明、易行、实用且携带方便之特点，适于各级中西医院肾内科住院医师、进修医师、实习医师、研究生临床学习使用。

图书在版编目 (CIP) 数据

肾内科/邱振刚, 张风霞, 阴永辉主编. —北京: 中国医药科技出版社, 2013.10

(中医临床实习手册/王新陆主编)

ISBN 978 - 7 - 5067 - 6314 - 1

I. ①肾… II. ①邱… ②张… ③阴… III. ①肾疾病 - 中西医结合 - 诊疗 - 手册 IV. ①R692 - 62

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2013) 第 189863 号

美术编辑 陈君杞

版式设计 郭小平

出版 中国医药科技出版社

地址 北京市海淀区文慧园北路甲 22 号

邮编 100082

电话 发行: 010 - 62227427 邮购: 010 - 62236938

网址 www.cmstp.com

规格 787 × 1092mm¹/₃₂

印张 8⁵/₈

字数 130 千字

版次 2013 年 10 月第 1 版

印次 2013 年 10 月第 1 次印刷

印刷 廊坊市九洲印刷厂

经销 全国各地新华书店

书号 ISBN 978 - 7 - 5067 - 6314 - 1

定价 25.00 元

本社图书如存在印装质量问题请与本社联系调换

《中医临床实习手册》

肾内科

总主编 王新陆

副总主编 张风霞 荀丽英 邱振刚

主 编 邱振刚 张风霞 阴永辉

副主编 贾玘君 董 斐 李春林

编 委 (按姓氏笔画排序)

马 冲 王 燕 王栋先

王海明 车伯琛 孙灵芝

赵 岩 荀丽英 姚晓东

前言

近年来，随着我国中医教育事业的不断发展，每年都有大量的青年中医学子走上医疗岗位。而如何实现课本知识向临床知识的过渡，尽快胜任本职工作，是各级医疗机构及青年中医师十分关切的问题。有鉴于此，山东中医药大学的临床专家以王新陆教授兼容中西医特色的学术思想为宗，以中医临床科室住院医师阶段应掌握的知识技能为基础，以规范、实用、简明、新颖为原则，编写了这套《中医临床实习手册》。

本丛书涵盖了中医临床医学的各个学科，其中包括神经内科、心内科、呼吸内科、消化内科、肾内科、风湿免疫内科、内分泌科7个分册，以疾病为纲，每病又按照西医诊治和中医诊治两部分编写。西医诊治按照临床表现、西医诊断要点、西医治疗等栏目次第编写，中医诊治按照中医证型、临床表现、治则、方药栏目次第编写。全书采撷了近年较为权威的医技成果，并融汇了作者们多年的临床和教学经验，使本书极具科学性、实用性及可操作性的特点。

本书分册还根据专业需要，对有关疾病的症状、

诊断及检查技术、治疗原则及有关诊疗标准给予了详尽的说明，以使读者能对本专业的知识有一个全面的了解，是住院医师、进修医师、实习医师阶段一套难得的临床参考书。

书中疏漏之处难免，恳请同仁指正。

丛书编委会
2013年5月

编写说明

本书为《中医临床实习手册》肾内科分册，本手册依据该系统疾病分类特点，列为6章，从西医临床表现、诊断要点、鉴别诊断、西医治疗方案、中医辨证、方药治疗等方面展开论述，并附录有王新陆教授论治该系统疾病常用验方的组成，既方便检索、又可灵活运用，还附录有常用实验室检测项目，方便医师对病情发展及预后的判断。

本手册内容规范、简明扼要，使用快捷，适用于各级中西医院相关科室住院医师、进修医师、实习医师。

由于编者的学识和专业水平有限，文中遗漏乃至错误在所难免，恳望广大读者指正。

编者
2013年4月

目 录

第一章 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	5
第三节 慢性肾小球肾炎	10
第四节 隐匿性肾小球肾炎	15
第五节 IgA 肾病	21
第六节 原发性肾病综合征	26
第二章 继发性肾脏疾病	33
第一节 狼疮性肾炎	33
第二节 结节性多动脉炎肾损害	40
第三节 过敏性血管炎	43
第四节 Wegener 肉芽肿	46
第五节 变应性肉芽肿	49
第六节 系统性硬皮病	56
第七节 干燥综合征	61
第八节 过敏性紫癜性肾炎	67
第九节 感染性心内膜炎肾损害	71
第十节 糖尿病肾病	77
第十一节 淀粉样变肾损害	82
第十二节 高血压性小动脉性肾硬化	88



2 肾内科

第三章	尿路感染与肾小管-间质性疾病	92
第一节	尿路感染	92
第二节	慢性肾盂肾炎	99
第三节	淋病性尿道炎	104
第四节	非淋病性尿道炎	106
第五节	真菌性尿路感染	109
第六节	肾结核	112
第七节	肾小管性酸中毒	131
第八节	肾性尿崩症	135
第四章	先天性及遗传性肾脏疾病	141
第一节	先天性肾囊性病	141
第二节	髓质海绵肾	144
第三节	髓质囊性病	148
第四节	单纯性肾囊肿	152
第五节	遗传性肾炎	154
第六节	范可尼综合征	157
第五章	肾衰竭	161
第一节	急性肾衰竭	161
第二节	慢性肾衰竭	168
第六章	其他相关性肾病	179
第一节	乙型肝炎相关性肾炎	179
第二节	肝肾综合征	183
第三节	妊娠与肾脏疾病	189
第四节	肿瘤、血液病与肾脏病	204

第五节 肾结石	220
第六节 梗阻性肾病	224
附录	235

原发性肾小球疾病

第一节 急性肾小球肾炎

(一) 西医诊治

【临床表现】

急性起病，血尿、高血压和水肿，常伴有少尿及肾小球滤过率降低。

【西医诊断要点】

急性肾小球肾炎根据有先驱感染史，浮肿、血尿、同时伴高血压和蛋白尿，诊断并不困难。急性期多有抗链球菌溶血素“O”效价增高，血清补体浓度下降，尿中 FDP 含量增高等更有助于诊断。

个别患者有以急性充血性心力衰竭或高血压脑病为起初症状，或病初只有水肿及高血压而仅有轻微或无尿常规改变，对不典型病例应详细询问病史，系统查体结合化验综合分析，才能避免误诊，对临床诊断困难者，必要时做肾活检方能确诊。

典型急性肾炎不难诊断。链球菌感染后，经1~3周无症状间歇期，出现水肿、高血压、血尿（可

2 肾内科

伴不同程度蛋白尿), 再加以血清补体 C_3 的动态变化即可明确诊断。

可根据以下几点进行诊断。

(1) 发病前 1~4 周多有上呼吸道感染, 如扁桃体炎、咽炎、淋巴结炎、猩红热或皮肤感染, 包括脓疱病、疖肿等链球菌感染史。

(2) 浮肿。

(3) 少尿与血尿。

(4) 高血压。

(5) 严重病例, 可出现如下并发症: ①循环充血及心力衰竭; ②合并高血压脑病; ③急性肾衰竭。

(6) 实验室检查: ①尿常规以红细胞为主, 可有轻度或中度的蛋白或颗粒管型; ②血尿素氮在少尿期可暂时升高; ③血沉在急性期增快。抗链球菌溶血素“O”效价增高, 多数在 1:400 以上; ④血清补体 C_3 测定在发病 >2 周明显下降, 1~2 个月恢复正常。

【西医治疗】

1. 休息 休息对防止症状加重, 促进疾病好转很重要。以卧床休息为宜, 同时应避免受寒、受湿。

2. 饮食 原则上给予低盐 ($<3\text{g/d}$) 饮食并控制水的摄入, 若血压很高, 水肿显著, 应给予无盐饮食, 每日入液量限制在 1000ml 之内。无尿应按急性肾衰竭处理。肾功能正常应按 $0.6\text{g}/(\text{kg}\cdot\text{d})$ 计

算，并以优质动物蛋白为主。

3. 前期感染灶的处理 应该使用抗生素控制感染，目前使用青霉素制剂，特别是苄基青霉素。予青霉素制剂（10~14天）是目前基本的治疗。

4. 水肿、少尿 轻症水肿通过饮食疗法和休息可以改善，严重时需使用袪利尿剂，不可使用保钾利尿剂以防导致高钾血症。少尿可以袪利尿剂（如呋塞米、布美他尼或托拉塞米），如对利尿剂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，需考虑透析治疗。

5. 高血压 轻症应控制饮食，中度以上合理应用以利尿剂（袪利尿剂）为基础的降压药进行治疗。如果单独应用袪利尿剂血压不能有效控制，常合用血管紧张素转换酶抑制剂或血管紧张素Ⅱ受体拮抗剂。若治疗效果仍不佳，可联用钙离子拮抗剂、 α_1 受体阻滞剂和中枢性交感神经抑制剂等。

6. 血尿、蛋白尿 超过8周末恢复迹象（下降趋势）的患者应积极进行精辟肾穿刺活检，如果不是典型毛细血管内增生（多数转化为系膜增生），使用甲泼尼龙每日 $0.5 \sim 1\text{g}/1.73\text{m}^2$ ，进行3日冲击治疗，此后改为口服并逐渐减量。

7. 氮质血症 过了急性期血清肌酐仍持续高水平时，可考虑长期口服尿毒清、肾衰宁等药物甚至长期透析治疗。

(二) 中医诊治

【辨证施治】

1. 肺热壅盛，移结下焦

〔临床表现〕 发热，头痛，咳嗽，咽干咽痛，颜面或全身浮肿，大便秘结，小便短少色赤，舌质红，苔黄，脉浮数。（本型多见于急性肾小球肾炎的早期）

〔治则〕 清上泻下。

〔方药〕 凉膈散加减。

〔常用中成药〕 肾复康颗粒。

2. 湿热蕴阻，气阴两伤

〔临床表现〕 面目浮肿或全身浮肿，身困乏力，口干唇燥或咽干，头晕耳鸣，心烦寐差，尿少色赤或血尿，舌暗红，苔薄黄或黄腻，脉濡数或细弦滑。（此型多见于病程中期肾功能不全氮质血症期）

〔治则〕 清热化湿，补益脾肾。

〔方药〕 甘露消毒丹合生脉散加减。

〔常用中成药〕 黄葵胶囊。

3. 脾肾阳虚，邪毒内盛

〔临床表现〕 精神萎靡，面色晦暗，浮肿，纳呆，泛恶呕吐，口气秽浊，尿少尿闭，或并见肤痒及皮肤瘀斑，衄血，便血，呕血，尿血等，舌质淡，苔薄白，脉沉无力。（此型多见于急性肾小球肾炎的后期，即肾衰竭尿毒症期以浮肿为重者）

〔治则〕 温补脾肾，解毒泄浊。

[方药] 真武汤加减。

[常用中成药] 肾炎消肿片。

4. 肝肾阴虚，肝阳上亢

[临床表现] 头晕目眩，口干欲饮，腰酸乏力，手足麻木，血压增高，甚则神昏，抽搐，舌质红，苔薄，脉细弦。（此型多见于急性肾小球肾炎的后期，肾功能不全尿毒症期以血压升高明显者）

[治则] 平补肝肾，育阴潜阳。

[方药] 天麻钩藤饮加减。

[常用中成药] 知柏地黄丸。

第二节 急进性肾小球肾炎

（一）西医诊治

【临床表现】

急性肾炎综合征、肾功能急剧恶化、早期出现少尿性急性肾衰竭。

【西医诊断要点】

对呈急性肾炎综合征表现（急性起病、尿少、水肿、高血压、蛋白尿、血尿）且以严重血尿、明显少尿及肾功能进行性衰竭为表现者应考虑本病，并及时进行肾活检。

急进性肾小球肾炎（RPGN）的诊断包括两方面：①组织病理学诊断；②病因诊断。新月体肾炎的病理诊断标准必须强调两点：①新出现的新月体

为闭塞肾小球囊腔 50% 以上的大新月体，不包括小型或部分性新月体；②伴有新月体的肾小球数必须超过或等于全部肾小球数的 50%。RPGN 是一组临床表现和病理改变相似，但病因各异的临床综合征，因此在诊断 RPGN 时应作出病因诊断。详细询问病史，积极寻找多系统疾病的肾外表现和体征，并进行有关检查（如抗核抗体、抗 ds-DNA 抗体、ANCA、ASO 等）。只有确定了病因、免疫类型、疾病的发展阶段、活动性后，方可选择合理治疗，权衡治疗的利弊与风险，并作出预后评价。

【西医鉴别诊断】

1. 急性肾小管坏死 常有明确的病因，如中毒因素（药物、鱼胆中毒等）、休克、挤压伤、异型输血等，病变主要在肾小管，故见尿少、低比重尿及低渗透压尿，尿中有特征性的大量肾小管上皮细胞，一般无急性肾炎综合征表现。

2. 尿路梗阻性肾衰竭 常见于肾盂或双侧输尿管结石，或一侧无功能肾伴另侧结石梗阻，膀胱或前列腺肿瘤压迫或血块梗阻等。患者常突发或急骤出现无尿，有肾绞痛或明显腰痛史，但无急性肾炎综合征表现，B 超、膀胱镜检查或逆行尿路造影可证实存在尿路梗阻。

3. 急性过敏性间质性肾炎 可以急性肾衰竭起病，但常伴发热、皮疹、嗜酸性粒细胞增高等过敏表现，尿中嗜酸性粒细胞增高。常可查出药物过敏

的原因。

4. 双侧肾皮质坏死 高龄孕妇的妊娠后期，尤其合并胎盘早期剥离者，或各种严重感染及脱水之后亦有发生。本病由于反射性小动脉（尤其肾皮质外层2/3小动脉）收缩所致，病史及肾活检有助于鉴别。上述疾病尿中均无变形红细胞，无肾性蛋白尿，血中无抗GBM抗体，ANCA阴性。

【西医治疗】

1. 强化治疗 病情危重时必须采用强化治疗，包括如下措施。

(1) 强化血浆置换：每日或隔日置换1次，每次置换2~4L。此法清除致病抗体及循环免疫复合物的疗效肯定，已被临床广泛应用。

(2) 双重滤过血浆置换：是在强化血浆置换基础上发展起来的治疗方法。不过临床应用双重滤过血浆置换治疗RPGN的报道不多，疗效是否与强化血浆置换相同，尚有待验证。

(3) 免疫吸附治疗：此法清除致病抗体和（或）循环免疫复合物的疗效肯定，但是价格较昂贵。

(4) 甲泼尼龙冲击治疗：将甲泼尼龙0.5~1.0g静脉滴注，每日或隔日1次，3次为1个疗程，据病情需要应用1~3个疗程（2个疗程间需间隔3~7日）。此治疗对于I型RPGN疗效不肯定，主要应用于II型及III型RPGN的治疗。应用这一疗法时，也需配合常规剂量激素及细胞毒药物治疗。