

执业医师考试辅导：泌尿系统笔记（四）PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文

https://www.100test.com/kao_ti2020/15/2021_2022__E6_89_A7_E4_B8_9A_E5_8C_BB_E5_c22_15117.htm 4、慢性肾小球肾炎

（Chronic Glomerulonephritis）一、病因 仅有少数慢性肾炎是由急性肾炎发展而致，绝大多数慢性肾炎的确切起病原因不明，起病即属慢性。二、发病机制 慢性肾炎的病因，发病机制和病理类型不尽相同，但起始素多为免疫介导炎症。三、临床表现 可发生于任何年龄，但以中青年为主，男性多见。多数起病缓慢，隐匿。临床表现呈多样性，蛋白尿，血尿，高血压，水肿为其基本临床表现，可有不同程度的肾功能衰竭，病情时轻时重，迁延，渐进性发展为慢性肾衰竭。个体差异大：早期患者可有乏力，疲倦，腰部疼痛，纳差；水肿可有可无，一般不重。有的患者无明显症状。血压可正常或轻度升高。肾功能可正常或轻度受损，此种情况可持续数年或数十年，肾功能逐渐恶化并出现相应的表现，进入尿毒症。有的患者除上述慢性肾炎的一般表现外，血压持续性中等以上程度升高时，可有眼底出血渗血甚至视乳头水肿，如血压控制不好，肾功能恶化较快，预后差；有的患者可因感染等诱因作用急性发作。四、诊断 凡化验异常（蛋白尿，血尿，管型尿），水肿及高血压病史达一年以上，无论有无肾功能损害应考虑本病。在除外继发性肾小球肾炎及遗传性肾小球肾炎后可诊断本病。五、鉴别诊断 I.继发性肾小球肾炎 如狼疮肾炎，过敏性紫癜肾炎等。根据相应的系统表现及特异性实验室检查可诊断。 II.Alport综合征 常起病与青少年（多在10岁以前），患者有眼，肾异常，并有阳性家族史（连锁

显性遗传) III.其他原发性肾小球疾病 1.隐匿型肾小球肾炎：临床上轻型慢性肾小球肾炎应与此病鉴别，后者主要表现为无症状性血尿和(或)蛋白尿，无水肿，高血压和肾功能减退。2.感染后急性肾炎：有前驱感染并以急性发作起病的慢性肾炎需与此病鉴别。二者潜伏期不同，血清C3的动态变化可鉴别。疾病转归亦不同，慢性肾炎无自限性。 IV.原发性高血压肾损害：呈血压明显增高的慢性肾炎需与此病鉴别，后者先有较长期高血压，后出现肾损害。远端肾小管功能损伤较肾小球功能损伤早，尿改变轻微，常有高血压的靶器官并发症。 六、治疗 以防止或延缓肾功能进行性恶化，改善或缓解临床症状及防治严重合并症为主要目的。一般不给予糖皮质激素及细胞毒药物。 .积极控制高血压 力争把血压控制在理想水平，蛋白尿 1g/d，血压应控制为125/75mmHg以下，蛋白尿 高血压患者应限制盐摄入 (II.限制食物中蛋白及磷入量 III.应用抗血小板药 大剂量双咪达莫，小剂量阿司匹林 IV.避免加重肾脏损害的因素 感染，劳累，妊娠及应用肾毒性药物均可能损伤肾脏，应予以避免。 E.隐匿型肾小球肾炎

(Asymptomatic Glomerulonephritis) 一、病因及发病机制 多种病理类型的原发性肾小球疾病所致，但病理改变多轻微。 二、临床表现 无水肿，高血压及肾功能损害，仅表现为蛋白尿或(和)肾小球性血尿。 三、分类 病理类型：1.轻微病变性肾小球肾炎。2.轻度系膜增生性肾小球肾炎(可再分为IgA肾病及非IgA系膜增生性肾小球肾炎两型)。3.局灶性节段性肾小球肾炎。 四、诊断及鉴别诊断 对单纯性血尿患者，应鉴别血尿来源，确属肾小球源性血尿，又无水肿，高血压及肾功能减退时，应考虑本病。以反复发作的单纯性血尿为表现者

多为IgA肾病。诊断本病前需要小心排除其他肾小球病可能，如系统性疾病（SLE），Alport综合征，和薄基底膜肾病及非典型的急性肾炎恢复期。必要时依赖肾活检确诊。对无症状蛋白尿患者，需作尿蛋白定量和尿蛋白电泳以区分蛋白尿性质，只有确为肾小球性蛋白尿，且患者无水肿、高血压及肾功能减退时才能考虑本病诊断，作出诊断前还必须排除功能性蛋白尿、体位性蛋白尿等。

五、治疗无特殊疗法，应采取以下措施：

- 1.对患者定期检查，监测尿沉渣，肾功和血压的变化，女性患者在妊娠前期过程中更需加强监测。
- 2.保护肾功能，避免肾损伤因素。
- 3.对反复发作的慢性扁桃体炎与血尿，蛋白尿发作密切相关者，待急性期过后予以切除。
- 4.可用中医药辨证施治。

转贴于：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