

肾动脉狭窄 PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文

[https://www.100test.com/kao\\_ti2020/302/2021\\_2022\\_\\_E8\\_82\\_BE\\_E5\\_8A\\_A8\\_E8\\_84\\_89\\_E7\\_c22\\_302245.htm](https://www.100test.com/kao_ti2020/302/2021_2022__E8_82_BE_E5_8A_A8_E8_84_89_E7_c22_302245.htm) 名称肾动脉狭窄所属

科室肾内科病因 肾动脉狭窄引起的肾性高血压，约占高血压病人的5% - 10%。肾动脉狭窄的原因常见为动脉粥样硬化、多发性大动脉炎和肾动脉肌纤维增生症。前者多见于老年人，后二者常见于青年人，尤其是女性。临床表现 肾动脉狭窄

由动脉粥样硬化或大动脉炎引起者，常有原发病的肾外表现，前者可出现脑卒中、冠心病及外周动脉硬化，后者可出现

元脉症。一、肾血管性高血压高血压进展迅速，舒张压升高明显（常超过110~120mmHg），为本病特点，并可表现为恶性高血压（见第三篇第六章）。有时腹部（或腰部）可闻及血管杂音（高调、粗糙收缩期或双期杂音）。B超患侧肾缩小（两肾长径相差1.5cm以上）。约15%患者因血浆醛固酮增多而出现低钾血症。患者尿常规改变稍微（轻度蛋白尿，少量红细胞及管型）。单侧肾动脉狭窄后期高血压已导致对侧肾损害时，或双侧肾动脉狭窄进展时，肾功能均会渐进减退。

二、缺血性肾病 常见于具有多部位动脉粥样硬化表现的老年人，可伴或不伴高血压（常为近期出现或加重的难治性高血压）。肾病变主要表现为肾功能进行性减退（肾小管浓缩功能损伤出现早，患者夜尿多，尿比重及渗透压减低；而后肾小球功能受损，患者内生肌酐清除率下降，血清肌酐增高），轻度尿异常（轻度蛋白尿、少量红细胞及管型）及肾的体积渐进缩小（两肾大小常不对称）。辅助检查 一、血管造影：是确诊肾动脉狭窄的唯一方法。不同病因的狭窄，造影表现可有一定差异。动脉粥样硬化性狭窄：狭窄多位于肾动脉起始部

二、缺血性肾病 常见于具有多部位动脉粥样硬化表现的老年人，可伴或不伴高血压（常为近期出现或加重的难治性高血压）。肾病变主要表现为肾功能进行性减退（肾小管浓缩功能损伤出现早，患者夜尿多，尿比重及渗透压减低；而后肾小球功能受损，患者内生肌酐清除率下降，血清肌酐增高），轻度尿异常（轻度蛋白尿、少量红细胞及管型）及肾的体积渐进缩小（两肾大小常不对称）。辅助检查 一、血管造影：是确诊肾动脉狭窄的唯一方法。不同病因的狭窄，造影表现可有一定差异。动脉粥样硬化性狭窄：狭窄多位于肾动脉起始部

或近端1/3。粥样斑块狭窄多呈偏心性，较大斑块突入管腔可表现为充盈缺损，狭窄段后可出现梭形扩张。腹主动脉常同时可见迂曲、延长、扩张及狭窄等动脉硬化的表现。肾动脉肌纤维增生症：肾动脉狭窄多位于中或远端1/3，呈长或短段向心性狭窄，常伴有狭窄后扩张，典型者因多发节段性狭窄使肾动脉呈串珠状表现。主动脉或其他动脉无狭窄及扩张等异常表现。多发性大动脉炎：狭窄多位于肾动脉起始段，狭窄段光滑呈管状，常伴有狭窄后扩张，腹主动脉、髂总动脉或胸主动脉同时有狭窄与扩张相间，甚至动脉瘤扩张表现。

二、B超表现：作为筛选有无缺血性肾萎缩有一定意义。缺血肾体积小，但形态及内部回声正常。彩超可显示肾动脉狭窄，但因肾动脉较小，常显示不太清楚，轻易误诊。

三、CT表现：作为筛选检查除清楚显示肾大小及轮廓外，动态增强扫描早期有时可见肾皮质边缘强化，提示有肾缺血后肾包膜侧支循环供血现象。

四、MR表现：从冠状和矢状位可显示缺血性肾萎缩的全貌，其内部皮髓质分界清楚，有时可显示狭窄的肾动脉，确诊仍需依靠血管造影。

诊断 诊断肾动脉狭窄主要依靠如下5项检查，前两项检查仅为初筛检查，后3项检查才为主要诊断手段，尤其是肾动脉血管造影常被认做诊断的“金标准”。

一、超声检查 B型超声能准确测定双肾大小，彩色多普勒超声能观察肾动脉主干及肾内血液变化，从而提供肾动脉狭窄间接信息。

二、放射性核素检查 仅做核素肾显像意义不大，阳性率极低。需做卡托普利肾显像实验（服卡托普利25~50mg，比较服药前后肾显像结果），肾动脉狭窄侧肾对核素摄人减少，排泄延缓，而提供诊断间接信息。

三、磁共振显像或螺旋CI血管造影 能清楚显示肾动脉及肾实质影像

，并可三维成像，对诊断肾动脉狭窄敏感性及特异性均高，不过它们显示的肾动脉狭窄程度常有夸张。由于螺旋 CT 血管造影的造影剂对肾脏有一定损害，故血清肌酐  $\mu\text{mol/L}$  的肾功能不全患者不宜应用，此时应选用磁共振显像血管造影。

四、肾动脉血管造影 需经皮插管至肾动脉进行选择肾动脉造影，能准确显示肾动脉狭窄部位、范围、程度及侧支循环形成情况，是诊断的“金标准”。肾功能不全患者宜选用非离子化造影剂，造影毕输液、饮水，以减轻造影剂肾损害。表现为肾血管性高血压者，还应检验外周血血浆肾素活性 (PRA)，并作卡托普利试验 (服卡托普利 25~50mg，测定服药前及服药 1 小时后外周血 PRA，服药后 PRA 明显增高为阳性，有条件时还应作两肾肾静脉血 PRA 检验 (分别插管至两侧肾静脉取血化验，两侧 PRA 差别大为阳性)。检测 PRA 不但能帮助诊断，而且还能在一定程度上帮助猜测治疗疗效 (PRA 增高的单侧肾动脉狭窄患者，血管成形术后降血压疗效较好)。

鉴别诊断 肾动脉狭窄的鉴别诊断包括：  
肾动脉先天性发育不良：一般为肾动脉全段纤细伴肾发育不良；  
萎缩性肾盂肾炎：肾动脉主干无局限性狭窄，肾内动脉普遍变细并常相互靠拢或呈卷曲状，肾实质萎缩伴外形不规则，无肾动脉狭窄后扩张及侧支循环表现。

治疗肾动脉狭窄确诊后，可考虑血管成形术或外科手术治疗，若治疗及时，对控制肾血管性高血压及阻止缺血性肾病进展均很有帮助。不宜做上述治疗或上述治疗失败的肾血管性高血压患者，则只能药物治疗控制高血压。

一、血管成形术治疗 常作经皮肾动脉腔内球囊扩张术，此治疗尤适用于纤维肌性发育不良患者。由于动脉粥样硬化及大动脉炎患者在扩张术后易发生再狭窄使治疗失

败，故这些患者宜在扩张术后放置血管支架。二、外科手术治疗 包括动脉内膜切除术、旁路搭桥术及自身肾移植术使病肾重新获得血供，无法进行上述治疗时可考虑切除病肾。三、内科药物治疗 药物治疗不能改善肾动脉狭窄导致的患肾缺血，仅能帮助控制高血压。单侧肾动脉狭窄呈高肾素者，现常首选血管紧张素转换酶抑制剂 (ACEI) 或血管紧张素 受体拮抗剂 (ARB), 但是必须从小量开始。逐渐加量，以免血压下降过快过低，及血清肌酐异常增高 (尤其是已有肾功能不全者)。双侧肾动脉狭窄者应禁服 ACEI 及 ARB。为有效控制血压，常需多种降压药物配伍应用，血容量增高者还需配伍小量利尿药。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)