

原发性急进性肾小球肾炎 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\\_\\_E5\\_8E\\_9F\\_E5\\_8F\\_91\\_E6\\_80\\_A7\\_E6\\_c22\\_302276.htm](https://www.100test.com/kao_ti2020/302/2021_2022__E5_8E_9F_E5_8F_91_E6_80_A7_E6_c22_302276.htm) 名称原发性急进性肾小球肾炎所属科室肾内科病因 病因不明，可能是一组病理改变，临床表现极相似，而病因却有多种，半数以上患者有上呼吸道感染史，其中少数呈典型链球菌感染表现。有些病例可能与病毒或各种烃化物的污染有关。病理 肾脏体积稍增大，肿胀，呈苍白色或暗灰色，可见到瘀点，切面皮质增厚，肾小球呈灰色点状。镜下见主要病理改变为肾小球上皮细胞增殖，广泛性上皮细胞新月体形成，布满肾小球囊腔，致使囊腔闭塞。肾小球四周有中性粒细胞。单核细胞、淋巴细胞浸润。肾小球系膜细胞及内皮细胞也可明显增生。另一少见类型为开始时肾小球毛细血管丛坏死病变，肾小球几乎完全破坏，继之被疤痕组织所代替，而肾小球囊腔之新月体数目和程度都较轻。应用免疫荧光检查，发现免疫沉积物呈线条状分布，其中主要含IgG，说明是属于抗肾基底膜病；一小部分属免疫复合物病；也有极小部分查不到任何免疫性病变证据。临床表现 一、前驱症状 大多数病人在发病前一个月有先驱感染史，起病多忽然，但也可隐性缓慢起病。二、起病多以少尿开始，或逐渐少尿，甚至无尿。可同时伴有肉眼血尿，持续时间不等，但镜下血尿持续存在，尿常规变化与急性肾小球肾炎基本相同。三、水肿 约半数病人在开始少尿时出现水肿，以面部及下肢为重。水肿一旦出现难以消退。四、高血压 起病时部分病人伴有高血压，也有在起病以后过程中出现高血压，一旦血压增高，呈持续性，不易自行下降。五

、肾功能损害呈持续性加重是本病的特点。肾小球滤过率明显降低和肾小管功能障碍同时存在。检查突出表现是血尿素氮及肌酐呈持续性增高，内生肝酐清除率明显降低，不同程度的代谢性酸中毒及高血钾，血钙一般正常，血磷也在正常范围，始终镜下血尿，尿FDP多高于正常，血清补体水平正常，常伴有冷球蛋白血症，血常规主要有贫血表现。血液免疫学检查；Ⅰ型患者可检出抗肾小球基膜抗体；Ⅱ型患者可有免疫复合物，冷球蛋白及类风湿因子阳性。血清总补体及C3在Ⅰ、Ⅱ型患者可降低；Ⅲ型患者上述检查均无非凡变化。诊断凡青壮年男性，不明原因或一个月前有前驱感染史，忽然或逐渐出现少尿、血尿、类似急性肾小球肾炎的起病，但肾功能呈进行性恶化，尿FDP含量增加，临床诊断原发性急进型肾小球肾炎即可成立。但准确诊断要靠肾穿刺。即发现50%以上的肾小球有阻塞性的新月体形成即可诊断。鉴别诊断在做出原发性急进型肾小球肾炎为诊断时，须排除有无继发性急进型肾小球肾炎的可能性。比较常见的是继发于系统性红斑狼疮，结节性多动脉炎、过敏性紫癜、进行性系统性硬化症。这些原发病的诊断在临床上多无困难，只要是在此基础上出现急进型肾炎表现，即可诊为继发性急进型肾小球肾炎。伴有急性肾功能衰竭的急性肾小球肾炎与急进型肾小球肾炎的临床表现及为相似，很难鉴别。肾穿刺做病理组织检查有助鉴别。回顾性诊断，即前者只要度过急性肾衰阶段，多可明显好转或治愈，而后者病情呈进行性加重，再结合血清补体含量、血清中冷球蛋白定性有助于鉴别诊断。与急性肾小管坏死的鉴别；急性肾小管坏死常有明确的发病原因如肾中毒因素（药物、鱼胆中毒等）、休克、挤压伤、异

型输血等，病变以肾小管功能损害为主，尿少、尿比重低；尿钠  $> 30\text{mmol/L}$ ，而急进性肾炎，则因原尿生成少，尿比重一般不降低，尿钠排出亦少 ( $< 30\text{mmol/L}$ )。治疗一、一般治疗 卧床休息，进低盐、低蛋白饮食，每日每公斤体重所给蛋白质质量及水分可按急性肾炎原则处理。纠正代谢性酸中毒及防治高钾血症。二、皮质激素冲击疗法 甲基强的松龙  $0.5\text{-}1.0\text{g}$  静滴，每日或隔日1次共3 - 7次；以后改为口服强的松，每日  $40\sim 80\text{mg}$ ，3~6个月后递减，全疗程为一年左右。该法对 、 型患者疗效尚可。三、四联疗法 即皮质激素、环磷酰胺、肝素、潘生丁联合疗法。皮质激素用量及方法同上；环磷酰胺每日  $150\text{-}200\text{mg}$ ，静注，每日1次，10次为1疗程，总  $6\text{-}12\text{g}$ ；肝素  $60\text{-}100\text{mg}$ ，每日1次，静注、静滴或皮下注射（用量以凝血时间较用药前延长1倍为度）；潘生丁  $200\text{-}300\text{mg/日}$ ，分3次服。肝素与潘生丁4周为一疗程，间歇7 - 10天可重复作用。总疗程3个月至半年，该法在临床上应用最多，其疗效尚难肯定。四、纤溶疗法 尿激酶  $2\text{-}6\text{万u/日}$ ，加于5%葡萄糖液  $20\text{ml}$ ，静注，或加于5%葡萄糖液  $250\text{ml}$  中静滴，10次为1疗程，间隔7天后，可行下一疗程，共计3个疗程。五、血浆置换疗法 目的在于清除血循环中抗原、抗体、免疫复合物及炎症性介导物质，目前多用血浆交换装置（经大孔径纤维膜超滤），将血浆与血球分离，去除血浆，每次2至4升，每日或隔日1次，然后补回等量健康人新鲜血浆或4%人体白蛋白林格氏液。应用该疗法常需伴用皮质激素及细胞毒类免疫抑制剂。如强的松  $60\text{mg/日}$ ，环磷酰胺  $3\text{mg/kg/日}$ ，血浆置换疗法对 、 型患者疗效较好，但价昂。六、抗氧化剂应用 因为氧自由基参与炎症损伤，目前

有应用SOD及大剂量维生素E（剂量：1g/平方米体表面积）  
治疗本病而取得疗效。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)