

急性肾小球肾炎 PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文

https://www.100test.com/kao_ti2020/309/2021_2022__E6_80_A5_E6_80_A7_E8_82_BE_E5_c22_309309.htm 名称急性肾小球肾炎
所属科室儿科病因根据流行病学、免疫学及临床方面的研究，证实本症是由beta.溶血性链球菌A组中，由呼吸道感染所致肾炎的菌株以12型为主，少数为1、3、4、6、26、49型，引起肾炎的侵袭率约5%。由皮肤感染引起的肾炎则以49型为主，少数为2、55、57和60型，侵袭率可达25%。病理关于感染后导致肾炎的机制，一般认为是机体对链球菌的某些抗原成分（如胞壁的M蛋白或胞浆中某些抗原成分）产生抗体，形成循环免疫复合物，随血流低达肾脏。并沉积于肾小球基膜，进而激活补体，造成肾小球局部免疫病理损伤而致病。但近年还提出了其他机制。有人认为链球菌中的某些阳离子抗原，先植入于肾小球基膜，通过原位复合物方式致病。有人认为感染后通过酶的作用改变了机体正常的IgG，从而使其具有了抗原性，导致发生抗IgG抗体，即自家免疫机制也参与了发病；还有人认为链球菌抗原与肾小球基膜糖蛋白间具有交叉抗原性，此少数病例则应属抗肾抗体型肾炎。【病理改变】以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。本病时的高血压，目前认为是由于血容量增加所致，是否与rdquo.活力增强

有关，尚无定论。临床表现本症在临床上表现轻重悬殊，轻者可无。即除实验室检查异常外，并无具体临床表现；重者并发高血压脑病、严重循环充血和急性肾功能衰竭。

1. 前驱感染和间歇期 前驱病常为链球菌所致的上呼吸道感染，如急性化脓性扁桃体炎、咽炎、淋巴结炎、猩红热等，或是皮肤感染，包括脓疱病、疖肿等。由前驱感染至发病前有一无症状间歇期，呼吸道感染引起者约10天（6~14天），皮肤感染引起者为20天（14~28天）。
2. 典型病例的临床表现 前驱链球菌感染后经1~3周无症状间歇期而急性起病，表现为水肿、血尿、高血压及程度不等的肾功能受累。水肿是最常见的症状，系因肾小球滤过率减低水钠潴留引起。一般水肿多不十分严重，初仅累及眼睑及颜面，晨起重；重者波及全身，少数可伴胸、腹腔积液；轻者仅体重增加，肢体有胀满感。急性肾炎的水肿压之不可凹，与肾病综合征时明显的可凹性水肿不同。半数患儿有肉眼血尿；镜下血尿几乎见于所有病例。肉眼血尿时尿色可呈洗肉水样、烟灰色、棕红色或鲜红色等。血尿颜色的不同和尿的酸碱度有关；酸性尿呈烟灰或棕红色，中性或碱性尿呈鲜红或洗肉水样。肉眼血尿严重时伴排尿不适甚至排尿困难。通常肉眼血尿1~2周后即转为镜下血尿，少数持续3~4周。也可因感染、劳累而暂时反复。镜下血尿持续1~3月，少数延续半年或更久，但绝大多数可恢复。血尿时常伴程度不等的蛋白尿，一般为轻至中度，少数可达肾病水平。尿量减少并不少见，但真正发生少尿或无尿者为少数。高血压见于30%~80%的病例，系因水钠潴留血容量扩大所致，一般为轻或中度增高。大多于1~2周后随利尿消肿而血压降至正常，若持续不降应考虑慢性

肾炎急性发作的可能。出现上述症状的同时，患儿常有乏力、恶心、呕吐、头晕，年长儿诉腰部钝痛，年幼儿中诉腹痛。

3.晨典型病例表现有以下几种类型：(1)无症状的亚临床病例，可全无水肿、高血压、肉眼血尿，仅于链球菌感染流行时，或急性肾炎患儿的密切接触者中行尿常规检查时，发现镜下血尿，甚可尿检正常，仅血中补体C3降低，待6~8周后恢复。(2)临床表现有水肿、高血压，甚或有严重循环充血及高血压脑病，而尿中改变稍微或常规检查正常，称rdquo.，此类患儿血补体C3呈急性期下降，6~8周恢复的典型规律性变化，此点有助于诊断。(3)尿蛋白及水肿重，甚至与肾病近似，部分患儿还可有血浆蛋白下降及高脂血症，而与肾病综合征不易区别

辅助检查

- 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，尿中红细胞多为严重变形红细胞，但应用袪利尿剂时可暂为非肾变形红细胞。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()~()，尿蛋白多属非选择性，尿中纤维蛋白降解产物(FDP)增多。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 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。血沉增快，2~3月内恢复正常。
- 3.血化学及肾功能检查 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。与肾小球功能受累相较，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。不限水量的患儿，可有一轻度稀释性低钠血症。此外患儿还可有高血钾及代谢性酸中毒。血浆蛋白可因血液稀释而轻度下降，在蛋白尿达肾病水平者，血白蛋白下降明显，并可伴一定程度的高脂血症。

4. 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“急性肾炎”急性肾功能衰竭

· d) 分次口服，主要副作用有头痛、心率加快、胃肠刺激。血压增高明显，需迅速降压时近年还常用钙通道阻滞剂，如硝苯吡啶，口服或舌下含服，20分钟后血压开始下降，1~2小时作用达高峰，持续6~8小时，或用血管紧张素转移酶抑制剂，如巯甲丙脯酸。发生高血压脑病需紧急降压者可选用下列静脉用药：硝普钠，对伴肺水肿者尤宜，本药作用迅速，滴注后数10秒钟即见效。但维持时间短。停用后3~5分钟作用消失，须维持静点，小儿可给5~20mg，溶于100ml葡萄糖液中，以1·min)速度开始，视血压调整滴数。应注重点滴速度、需新鲜配制、输液瓶应黑纸包裹避光。另一静脉快速降压药氯甲苯噻嗪（低压唑,diazoxide）具直接扩血管作用，用量3~5mg/kg，快速静脉注射，效果不满足时30~60分钟后可重复一次。用后5分钟即达最大降压效果，维持8小时。副作用为偶见恶性、头痛、心悸、一过性室性心律不齐等。既往常用的降压药硫酸镁，因已有其他有效药物，且肾功能不全少尿时还镁中毒危险，近年已少用。

6. 急性期并发症的治疗

(1) 急性循环充血的治疗：本症主因水钠潴留、血容量扩大而致，故本症治疗重点应在纠正水钠潴留、恢复血容量，而不是应用加强心肌收缩力的洋地黄类药物。除应用利尿剂外必要时加用酚妥拉明或硝普钠以减轻心脏前

后负荷，经上述治疗仍未能控制者可行腹膜透析，以及时迅速缓解循环的过度负荷。(2)高血压脑病的治疗：除以强有效的降压药控制血压外，要注重对症处理。对持续抽搐者可应用安定 $0.3\text{mg}/(\text{kg}\cdot\text{次})$ ，总量不超过 20mg ，静脉注射，或采用其他止痉药。利尿剂有协助降压的效果，本症常伴脑水肿，宜采用速效有力的利尿剂。(3)急性肾功能衰竭：见有关章节。7.其他治疗一般不用肾上腺皮质激素。对内科治疗无效的严重少尿或无尿、高度循环充血状态及不能控制的高血压可用透析治疗。8.中医药治疗 中医认为急性肾炎是由风邪、湿热、疮毒内侵所致，影响肺、脾、肾三经的气化功能，故急期以祛邪为主，治以清宜利湿，可用麻黄连翘 9g ，赤小豆 30g ，茯苓皮 15g ，泽泻 10g ，冬瓜皮 $15\sim 30\text{g}$ ，白茅根 15g 。加随证加减：表邪重加防风 10g ，芥穗 6g ；毒热重加双花 10g ，蒲公英 10g ；浮肿尿少加车前子 15g ；血尿重加大小蓟 10g ，生地 10g ；血压高加生石决明 $15\sim 30\text{g}$ ，黄芩 10g ，菊花 10g 。恢复期仅留稍微尿异常时可治以理脾益肾，清化余邪，常用健脾汤加减。处方举例：茯苓 10g ，山药 10g ，妇女贞子 10g ，侧柏 10g ，早莲草 10g ，通草 3g 。预防及预后根本的预防是防治链球菌感染。平日应加强锻炼，注重皮肤清洁卫生，以减少呼吸道及皮肤感染。如一旦感染则应及时彻底治疗。感染后 $2\sim 3$ 周时应检尿常规以及时发现异常。

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