

慢性肾功能衰竭_泌尿外科疾病库 PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文

https://www.100test.com/kao_ti2020/610/2021_2022__E6_85_A2_E6_80_A7_E8_82_BE_E5_c22_610110.htm 慢性肾功能衰竭 (crf

) 是由各种原因造成的慢性进行性肾实质不可逆损害，以尿毒素潴留、水电解质紊乱、肾性贫血和钙磷代谢紊乱等为主要表现的一组综合征。慢性肾功能衰竭是肾功能不全的严重阶段。【诊断】一、病史及症状 既往多有各种肾小球肾炎、肾盂肾炎、高血压病、糖尿病及痛风病等病史。早期常有纳差、恶心呕吐、头痛、乏力和夜尿多，逐渐出现少尿、浮肿或血压高。多数病人口中有异味、口腔粘膜溃疡、鼻出血或消化道出血等，可有注意力不易集中、反应迟钝、肢体麻木、嗜睡或躁动不安等神经精神症状，严重者大小便失禁甚至昏迷；有胸闷、气短、心前区不适者，提示并发尿毒症性心肌病，咳嗽、咯痰或咯血、夜间不能平卧者，提示并发肺水肿或尿毒症性肺炎；少数病人胸闷、持续性心前区疼痛，或伴有不同程度发热，可能为心包积液；如皮肤瘙痒、骨痛或肌肉抽搐，甚至行走不便，提示并发继发性甲旁亢或肾性骨病；病人易罹患各种感染，如呼吸道感染、泌尿道感染或皮肤感染等。二、体格检查 多数血压高、贫血貌或面色黝黑，颜面部或下肢浮肿。可有精神神志异常、全身或局部出血、呼吸浅快或端坐呼吸、颈静脉怒张、肺部干湿性罗音、心界扩大、胸膜或心包摩擦音、心率或心律改变、肝肿大及腹水等体征。三、实验室检查 (一) 尿常规：尿比重下降或固定，尿蛋白阳性，有不同程度血尿和管型。(二) 血常规：血红蛋白和红细胞计数减少，红细胞压积和网织红细胞计数减

少，部分病人血三系细胞减少。（三）生化检查：gfr50~80ml/min，血尿素氮、肌酐正常，为肾功能不全代偿期；gfr50~20ml/min，血肌酐186~442 μ mol/l，尿素氮超过7.1mmol/l，为肾功能不全失代偿期；gfr20~10ml/min，血肌酐451~707 μ mol/l，尿素氮17.9~28.6mmol/l为肾功能衰竭期；gfr小于10ml/min，血肌酐高于707 μ mol/l，尿素氮28.6mmol/l以上，为肾功能衰竭终末期。肾功能衰竭时，常伴有低钙高磷血症、代谢性酸中毒等。（四）影像学检查：b超示双肾体积缩小，肾皮质回声增强；核素肾动态显象示肾小球滤过率下降及肾脏排泄功能障碍；核素骨扫描示肾性骨营养不良征；胸部x线可见肺淤血或肺水肿、心胸比例增大或心包积液、胸腔积液等。（五）肾活检可能有助于早期慢性肾功能不全原发病的诊断。

四、鉴别诊断

当无明显肾脏病史、起病急骤者应与急性肾衰相鉴别。严重贫血者应与消化道肿瘤、血液系统疾病相鉴别。此外还应重视对原发病及诱发因素的鉴别，判定肾功能损害的程度。

【治疗措施】

治疗的目的在于缓解症状、延缓crf病程的进展。具体措施如下：

- 一、原发病治疗：坚持长期对原发或继发性肾小球肾炎、高血压病、糖尿病肾病等合理的治疗；避免或消除使crf恶化的因素，如血容量不足、严重感染、泌尿道梗阻、肾毒性药物的使用等。
- 二、饮食治疗：热量30~35kcal/kg.d，肾功能不全代偿期可予优质低蛋白(0.6~0.8g/kg.d)、低磷(<750mg/d)饮食，必要时加用必需氨基酸或 β -酮酸。晚期非透析的病人应予优质低蛋白饮食(<0.6g/kg.d)加用必需氨基酸或 β -酮酸。
- 三、控制高血压：首选acei和钙离子拮抗剂，但要防止功能性gfr下降，当血肌酐大于350 μ mol/l而未透析的病人慎

用或不用acei；酌情合用利尿剂、选择性 α -受体阻滞剂及血管紧张素ii受体拮抗剂等药；对于早期肾功能急骤恶化者，可试用多巴胺、前列腺素e1等；顽固性高血压可口服长压定、静滴酚妥拉明或硝普钠等；对容量性高血压并有心力衰竭时，应及时透析。注意不能降压过快或使血压过低，应控制在16.0/11.3kpa(120/85mmhg)左右。

四、维持水电解质平衡及纠正代谢性酸中毒：

早期有脱水者应适当补液，但不能过多过快；少尿、浮肿及高血压者，应限制水、盐摄入，间断静注速尿，若剂量大于400mg/d仍无反应者不必再用；严重水肿或心力衰竭者应尽早透析脱水。高血钾者应限制钾的摄入，按“钾代谢紊乱”处理，若无效或无尿伴有心肌损害者应急诊血透；少数病人可有缺钾，应谨慎口服补钾。轻度代谢性酸中毒口服碳酸氢钠；严重酸中毒时，尤其是伴有深大呼吸或昏迷者，应静脉补碱或急诊透析，迅速纠正酸中毒，同时静注葡萄糖酸钙，以免发生手足抽搐。

五、清除毒素治疗：

轻症口服包醛氧淀粉、口服透析盐、尿毒清或肾衰宁等药；部分病人利用甘露醇盐水制剂或中药灌肠；终末期肾衰需要替代治疗（透析或肾移植），可参见有关章节。

六、并发症的治疗

（一）心功能不全者应积极去处病因，限制水、盐摄入，静注速尿，酌情用洋地黄、血管扩张剂等，若无效应尽早透析。

（二）心肌病应除去致病因素，纠正贫血和电解质紊乱、控制高血压及抗感染。

（三）心包积液根据原因决定治疗方案。不超过100ml的心包积液无需特殊治疗，常规血液透析可消除；容量负荷引起的心包积液，应严格限制水、盐和进行强化透析以超滤脱水治疗；因透析不充分，致使长期代谢产物潴留引起的心包炎，除强化透析外，要用高效能透

析器以除去中分子量物质或甲状旁腺素，多可获效。如出现心包填塞应紧急穿刺或心包切开引流。（四）重组人类红细胞生成素（r-huepo）是治疗肾性贫血的特效药，一般用量50u/kg，3次/w，皮下注射或静注，用4周后红细胞压积上升幅度小于0.03，或血红蛋白增加少于10g/l，则增至5u/kg，使血红蛋白在100-120g/l和红细胞压积达到33-38%，然后改为维持量50-100u/kg，3次/w，同时应给予补铁和叶酸；若有严重贫血（血红蛋白 < 60g/l）、症状明显者可小量间断输红细胞；肾移植是治疗肾性贫血最有效的措施。（五）肾性骨病首先应低磷饮食、口服磷酸盐结合剂，血透等可迅速降低血磷的浓度，血磷浓度应控制在1.4 ~ 2.4mmol/l；酌情口服钙剂，维持正常的血钙浓度；早期应用1, 25 (oh) 2d3 0.25 ~ 1.0 μg/d或1 (oh) d30.5 ~ 2.0 μg/d治疗。（六）对症治疗：恶心呕吐者，可口服吗叮啉、普瑞博斯或肌注胃复安等；头痛、失眠、烦躁，可用安定等药，出现抽搐者可试补钙；皮肤瘙痒，除了治疗钙磷代谢紊乱外，可外用炉甘石洗剂、口服扑尔敏等；伴有高尿酸血症者，应给予低嘌呤饮食，必要时口服别嘌呤醇。其它还应注意抗感染、止血等。七、中医中药辨证施治：有助于缓解症状和延缓crf的进展，部分病人有用中药导泻、洗剂能减少透析的次数。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