

慢性肾功能衰竭应该如何治疗临床执业医师考试 PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文

[https://www.100test.com/kao\\_ti2020/646/2021\\_2022\\_\\_E6\\_85\\_A2\\_E6\\_80\\_A7\\_E8\\_82\\_BE\\_E5\\_c22\\_646427.htm](https://www.100test.com/kao_ti2020/646/2021_2022__E6_85_A2_E6_80_A7_E8_82_BE_E5_c22_646427.htm) 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（ $<0.6$ g/kg.d）加用必需氨基酸或 $\beta$ -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

$\mu\text{mol/L}$ 而未透析的病人慎用或不用ACEI；酌情合用利尿剂、选择性 $\alpha_1$ -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) D3 0.5 ~ 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。更多信息请访问：百考试题医师网校 医师论坛 医师在线题库 百考试题执业医师加入收藏 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)