急性肾小球肾炎的诊疗规范

水平下降，尿沉渣中可见畸形红细胞，应高度怀疑急性肾小球肾炎。实验室检查可进一步确诊，包括尿常规、血常规、血沉、肾功能检查、链球菌感染检查等。诊断时应排除其他原因引起的肾脏疾病，如肾小球肾炎的自身免疫性疾病、药物性肾炎等。

二、治疗

一）一般治疗

对于轻症患者，应卧床休息，限制盐和水的摄入，避免感染，密切观察病情变化。对于重症患者，应住院治疗，严密监测血压、尿量、血尿素氮、血清肌酐等指标，必要时进行血液透析或血浆置换治疗。

二）药物治疗

1.抗生素治疗：对于链球菌感染后的急性肾小球肾炎患者，应选用对链球菌敏感的抗生素进行治疗，如青霉素、头孢菌素

等。对于其他病原微生物感染引起的急性肾小球肾炎，应根据病原菌的药敏试验结果选用合适的抗生素。

2.利尿剂治疗：对于水肿明显的患者，可选用袢利尿剂或噻嗪类利尿剂进行治疗。但应注意避免过度利尿导致肾功能进一步恶化。

3.抗高血压治疗：对于高血压明显的患者，应选用降压药进行治疗，如 ACEI、ARB 等。但应注意避免过度降压导致肾脏灌注不足。

4.免疫抑制剂治疗：对于重症患者或肾功能迅速恶化者，可选用免疫抑制剂进行治疗，如糖皮质激素、环磷酰胺等。但应注意副作用及禁忌症。

三）预后

大多数急性肾小球肾炎患者预后良好，病程一般为 2-4 周，可自行恢复。但少数患者可出现肾功能不全、肾病综合征等并发症，需要长期随访治疗。预防感染是预防本病发生的关键，应注意个人卫生及环境卫生，加强感染控制。

慢性肾小球肾炎（CGN）是一种病程迁延，有多种病理类型的肾小球疾病。其病因目前尚未完全清楚。诊断上，临床表现主要包括高血压、水肿、乏力、纳差、腰痛，以及肾衰竭的表现。辅助检查方面，需要进行血、尿、粪常规检查，肝肾功能检查，尿红细胞形态检查及尿红细胞分布曲线，血沉，24小时尿蛋白定量，GFR或Ccr检测，血、尿β2微球蛋白，血总补体及补体C3检测（C3、CH50），血免疫球蛋白，以及类风湿因子等检查。

治疗上，以休息和对症治疗为主，同时应纠正各种病理生理改变、防治并发症并保护肾脏功能，以利于疾病自然恢复。一般不用激素及细胞毒药物。具体治疗措施包括卧床2-3周，控制感染灶，限制水、钠摄入，控制高血压，利尿，以及血液或腹膜透析等。预防方面，需要预防感染，锻炼身体增强体质，注意卫生。出院标准为症状好转，感染控制，肾功正常或接近正常。

在鉴别诊断方面，需要注意以下疾病，包括系膜增生性肾小球肾炎（包括IgA肾病和非IgA系膜增生性肾小球肾炎），膜增生性肾小球肾炎，急进性肾小球肾炎，以及某些系统性疾

病引起的肾损害，如系统性红斑狼疮、过敏性紫癜、系统性血管炎等。对于病程2-3个月没有明显好转，仍有高血压或持续的低补体血症，或肾小球滤过率进行性下降的患者，应进行肾活检以明确诊断。

如有肾功能损害，应进行相应治疗，具体可参见肾功能不全的治疗方法。一般情况下，不建议使用糖皮质激素和细胞毒类药物。但当24小时尿蛋白定量超过1.5克时，可以酌情选用强的松、雷公藤多甙片、骁悉等。

预防肾脏损害加重的原则是避免使用肾毒性的中、西药，避免妊娠和感染，控制好血压。对于有高脂血症、高血糖、高血钙症或高尿酸血症的患者，应根据情况给予相应的治疗。

出院标准是症状好转，血压平稳。

肾病综合征是肾小球疾病的常见表现，由多种病因引起，其对治疗的反应和预后差异甚大。临床上不能仅满足肾病综合征的诊断，必须对其作出病因、病理、并发症乃至完整诊断，以提高治疗缓解率，改善预后。引起原发性肾病综合征的病理类型有多种，其中微小病变肾病、肾小球局灶节段硬化、系膜

增生性肾炎、膜性肾病、系膜毛细血管性肾炎等几种类型最为常见。

肾病综合征根据病因分为原发性和继发性，前者的诊断主要依靠排除继发性肾病综合征。继发性肾病综合征的病因常见于糖尿病肾病、狼疮性肾炎、肾淀粉样变性、药物、肿瘤等。

诊断肾病综合征的要点包括大量蛋白尿、低白蛋白血症、水肿、高脂血症等，尿沉渣镜检红细胞可增多，可见管型，肾功能正常或受损（GFR 下降），可伴免疫指标、肿瘤指标、病毒指标、骨髓穿刺活检异常。对于激素治疗反应不佳或估计是难治性肾病综合征的患者，尽可能进行肾脏病理检查。

鉴别诊断时，需要除外继发性肾病综合征的可能性后，才能作出原发性肾病综合征的诊断。在我国，系统性红斑狼疮、糖尿病以及过敏性紫癜是继发性肾病综合征的常见病因。对于原因不明或常规治疗效果不佳或老年人的肾病综合征，肾穿刺活检有助于确定病理类型。

治疗肾病综合征的目标不仅是减少或消除尿蛋白，还应重视保护肾功能，减缓肾功能恶化的程度，预防并发症的发生。

对于肾病综合征患者，降低血压是非常重要的治疗措施之一，可以减轻肾小球滤过膜的压力，减缓病情的进展。常用的降压药物包括 ACEI、ARB、钙通道阻滞剂等，选择药物应根据患者的具体情况而定。同时，应避免使用对肾脏有毒性的药物，如 NSAIDs 等。

四、对症治疗：针对病情的不同表现，可以采取相应的对症治疗。如对于高蛋白尿患者，可以采用 ACEI 或 ARB 等药物进行治疗；对于肾病综合征患者的水肿症状，可以采用利尿剂或白蛋白进行治疗。同时，应注意避免使用对肾脏有毒性的药物，如氨基糖苷类抗生素等。

五、预防并发症：肾病综合征患者容易出现多种并发症，如感染、血栓等。因此，应注意预防并发症的发生。如避免感染、进行适当的抗凝治疗等。

六、维持治疗：肾病综合征是一种慢性疾病，需要长期维持治疗。患者应定期复查肾功能、尿常规等指标，及时调整治疗方案。同时，应注意保持良好的生活惯，如戒烟限酒、合理饮食、适当运动等。

肾病综合征患者需要严格控制血压，降压的目标应该低于130/80mmHg。尽管血管紧张素转换酶抑制剂（ACEI）和血管紧张素受体拮抗剂（ARB）可以有效地降低血压、蛋白尿、延缓肾衰进展、减少心血管并发症的发生率和死亡率等，但在肾病综合征严重水肿时，应避免使用，以免引起肾前性急性肾衰。在肾病综合征部分缓解或稳定后开始应用，并可根据病情逐渐增加剂量，以降低蛋白尿。

对于原发性肾病综合征的治疗，最基本的药物仍然是糖皮质激素。需要注意的原则包括：①起始剂量要足够。成人的泼尼松剂量为 1mg/(kg·d)，最大剂量不超过 60-80mg/d；儿童的剂量可达到 2mg/(kg·d)，最大剂量不超过 80mg/d。足量治疗的时间为 4-12周，具体视病理类型而定。目前一般不建议使用足量激素治疗膜性肾病，而是采用半量糖皮质激素联合免疫抑制剂治疗。②在肾病综合征缓解后逐渐递减药物。③激素治疗的总疗程一般在 6-12 个月，对于常复发的肾病综合征患者，在激素减至 0.5mg/(kg·d)或接近肾病综合征复发的剂量时，需要维持足够长的时间，然后再逐渐减量。激素剂量在 10mg 左右时，副作用较大剂量时明显减少。目前常用的激素是泼尼松，在有肝功能损害的患者选用泼尼松龙或甲泼尼龙口服。糖皮质

激素治疗 NS 时需要注意个体化，应尽可能采用每天一次顿服。长期糖皮质激素治疗时应注意药物副作用（如高血糖、高血压、股骨头无菌性坏死、消化道溃疡、感染等），并定期进行相关检查。

对于微小病变型（MCD），KDIGO 指南推荐对非频繁复发的患者，复发时建议采用初发 MCD 相同的治疗方案，重新使用大剂量糖皮质激素直到获得缓解。而对于局灶节段性硬化（FSGS），KDIGO 指南推荐只有表现为肾病综合征的特发性 FSGS 患者，才使用糖皮质激素和免疫抑制剂治疗。

对于激素依赖或激素抵抗，或激素有反指征的患者，可以考虑在激素基础上加用或单独使用免疫抑制剂治疗。但需要密切注意药物的毒副反应。

烷化剂是一种常用于治疗肾病综合征的药物，其中环磷酰胺是最常用的一种。CTX 的剂量一般为 2mg/(kg·d)，口服 2-3 个月，或每次 0.5-0.75g/m2，静脉滴注，每月一次。使用过程中应定期检查血常规和肝功能。其主要副作用包括骨髓抑制、肝功能损害、性腺抑制、脱发、出血性膀胱炎、感染加重及消化道反应。

环孢素 A 是一种神经钙调酶抑制剂，可通过选择性抑制 T 辅助细胞及细胞毒效应而起作用。其起始剂量为 3-5mg/(kg·d)，大部分患者在治疗的一个月内起效。起效后逐渐减量，维持剂量≥6个月。血药浓度应维持在谷浓度 100-200ng/ml，峰浓度 800ng/ml 左右。环孢素 A 的主要副作用包括齿龈增生、多毛、肝、肾毒性等。肾功能不全及小管间质病变严重的患者慎用。

除了烷化剂和环孢素 A，还有其他药物如吗替麦考酚酯和他克莫司也可用于治疗激素抵抗和激素依赖的原发性肾病综合征。这些药物主要抑制 T、B 淋巴细胞增殖，能增加肾病综合征的缓解率、降低复发率、减少激素等的副反应。具体剂量和疗程应根据个体情况而定。

对于并发症的治疗，抗凝和抗血小板粘附治疗是常用的方法，建议在血浆白蛋白水平低于 20g/L 的肾病综合征患者中常规应用。常用药物包括普通肝素、低分子量肝素、双香豆素、阿司匹林和磷酸二酯酶抑制药双嘧达莫。此外，降脂治疗也是一种重要的治疗方法，如以胆固醇升高为主，则选用他汀类药

脂药物的主要副作用是肝毒性和横纹肌溶解，使用过程中需注意监测肝功能和肌酶，并避免两类降脂药物同时使用。最后，其他并发症如感染、急性肾衰、代谢紊乱等也需要及时诊疗。

总的来说，肾病综合征的预后取决于病情的严重程度和治疗的及时性。对于早期诊断和及时治疗的患者，预后较好。然而，对于晚期诊断和治疗不及时的患者，预后可能较差。因此，患者应及早就诊，积极治疗，以提高预后。

急性膀胱炎可使用单剂量法或 3 日疗法进行治疗。单剂量法包括服用复方新诺明（SMZ-TMP）2 片和碳酸氢钠片 1.0g。也可以选择阿莫西林 3.0或氧氟沙星 0.4进行一次顿服。3 日疗法包括呋喃妥因 0.1tid、SMZ-TMP2 片 bid、阿莫西林 0.5qid 或氧氟沙星 0.2tid 或其他喹诺酮类、头孢菌素类抗生素。

对于急性肾盂肾炎，抗生素治疗的疗程为 10-14日，应正规给药。全身症状轻者可使用 SMZ-TMP2 片，bid、氧氟沙星 0.2tid、阿莫西林 0.5qid 或环丙沙星等进行治疗。对于全身症状较重者，可以使用静脉给药，如阿莫西林 2.0q8h、美洛西林 0.5tid-qid、头孢噻肟 2-4gbid、头孢呋辛或头孢呱酮等。

以上内容仅为本文档的试下载部分，为可阅读页数的一半内容。如要下载或阅读全文，请访问：https://d.book118.com/965040344011011334