

醫療新知

簡介慢性腎臟疾病分期(二)

- 接著我們要先了解慢性腎臟疾病的定義(它常常是是不可逆的也就是說它常常無法恢復)

(一)腎臟損傷超過三個月，包括腎臟功能上或結構上的異常，其表現包括：病理切片上的異常或著腎臟受損的指標(血液或尿液的檢查結果異常：如 BUN、Cr 上升，蛋白尿...等)或是腎臟影像學檢查異常，在此特別強調的是這是針對第

一期及第二期慢性腎

臟腎臟疾病的病人而

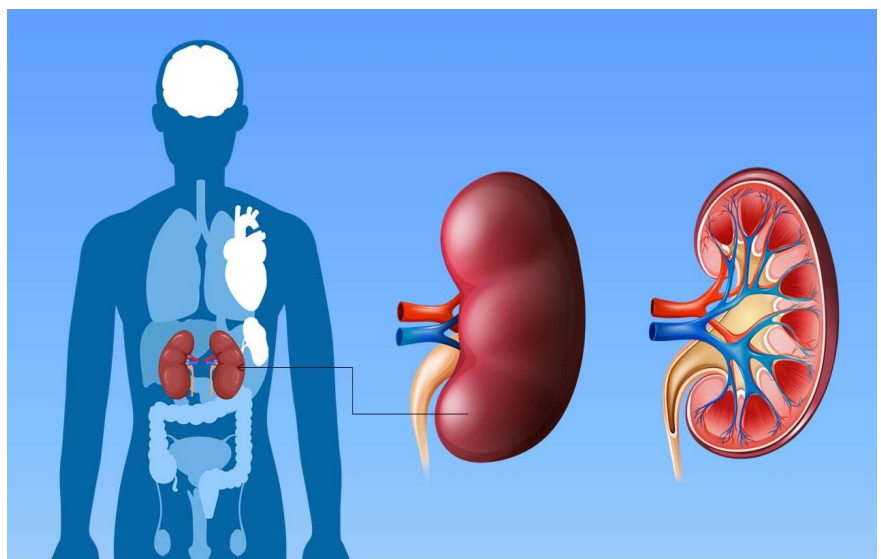
言, GFR60 至 90 之間

的病人, 此階段的病人

病人除了有 eGFR 下

降以外還需符合(1)

腎臟功能上或結構上



的異常(2) 腎臟損傷超過三個月，才能說是慢性腎臟疾病

(二)只要 $GFR < 60 \text{ mL/min/1.73 m}^2$ 超過三個月，便符合慢性腎臟疾病

- 臨床上評估腎臟功能上或結構上的異常我們常常最初會請病人留小便做檢查，看看有沒有蛋白尿或是血尿，蛋白質和血是我們腎臟結構及功能正常時，蛋白質及紅血球是我們身上重要的物資，腎臟應完全回收，但由於腎臟結構有問題，於是蛋白質或是紅血球便掉入小便中，我常比喻腎臟像一個過濾器一樣，不過它是很聰明的過濾器，它會把我們身上需要的東西回收，而把廢物排至小便，但當腎臟有問題時，它排除蛋白尿的同時，會引發一些發炎反應，使得腎臟惡化。我們小便檢查常先用試紙檢查是否有血尿及蛋白尿，一旦尿中有蛋白尿或血尿就表示您的腎臟結構上有問題，試紙檢查屬於定性的檢查，定量檢查方面在臨床上常用單泡尿液檢查，定量蛋白尿 UPCR 及定量白蛋白尿 UACR{正常白蛋白尿 $UACR < 20\mu\text{g}/\text{min}$ (相當於 24 小時小便白蛋白尿小於 30 毫克)，微量白蛋白尿 $URCR 20\text{-}200 \mu\text{g}/\text{min}$ (相當於 24 小時小便白蛋白尿 30 至 300 毫克)，巨量白蛋白尿 $> 200 \mu\text{g}/\text{min}$ (相當於 24 小時小便白蛋白尿大於 300 毫克)}。當然評估腎臟功能上或結構上的異常還有其它檢查，在此不再詳述。下面舉兩個我親身經歷的例子，給大家做參考。
- A 男生 45 歲上下，他去診所就醫，告訴他血中肌酸酐 1.5， $eGFR=78$ ，轉介至腎臟科門診，他是一位重訓運動員，身材魁武，定性檢查沒有蛋白尿及血尿，我不放心，在驗 UPCR 及 UACR 皆正常，請記住 $eGFR$ 是代入公式計算，我們看公是中 $Scr -1.154$

- 它是肌酸酐的-1.154次方，因此把肌酸酐 1.5 帶入，eGFR 數值便變小了。因此對一個重訓的運動員而言，尤其 eGFR 60 至 90 之間的人而言沒有腎臟功能上或結構上的異常，他並不符合慢性腎臟疾病
- B 女士 79 歲，長期臥床病人，去年來我們醫院由於呼吸困難，當時 BUN(尿素氮) 44，Cr(肌酸酐) 4.4，eGFR 10.0 而開始透析，對我們腎臟科醫師而言面對一個透析病人，需要向健保局申請重大傷病卡，每次申請皆被駁回，理由是肌酸酐太低，腎臟還可能回復，由於台灣透析病人密度是世界第一，因此審查非常嚴格，此病人後來住了兩次院，皆由於肺水腫(小便排不出去)，呼吸困難，每次抽血肌酸酐皆在 4 至 5，GFR 皆在 10 至 15 之間，它是屬於慢性腎臟疾病，我們血中肌酸酐是由肌肉代謝而來，此病人長期臥床，她的肌肉自然不高，因此帶入上述公式，eGFR 自然不高，在此特別強調 eGFR 只是一個估計值，尤其一個大於 75 歲病人，它會失真，會高估實際的腎臟功能，即使是估計值只能當參考用，還是要以臨床的真實狀況為主，此病人後來我把整個透析病歷上傳給健保局，重大傷病也通過了審查。
- 因此我們估計腎絲球過濾率值 (eGFR) 當參考用，臨床上還是要考慮其它個別影響的因素，才能做出正確的診斷。

資料來源：中慎診所洗腎室 黃達堯醫師提供