

人人享有肾脏健康

—促进医疗平等, 优化用药实践

迎接第十九个世界肾脏日

## 推动实现人人享有肾脏健康

医师报讯 (融媒体记者 黄晶 宋菁) 慢性肾脏病 (CKD) 全球患病人数超过 8.5 亿, 目前是排名第八的死亡原因, 如果不加以重视, 预计到 2040 年, 将上升为影响寿命的第五位原因。3 月 14 日是第十九个“世界肾脏日”, 主题为“人人享有肾脏健康——促进医疗平等, 优化用药实践”。值此世界肾脏日之际, 中华医学会肾脏病学分会呼吁, 要从制定卫生政策、健全医疗体系、加强人员培训、赋能患者和社区等多方面努力, 多措并举, 全力推动我国肾病防控工作高质量发展。为此, 《医师报》特邀肾病领域专家学者对慢性肾脏病防治进行讲解, 以进一步推动慢性肾脏病的诊疗。

扫一扫  
关联阅读专题减重 7% 并长期维持  
可降糖尿病肾病风险

日前, 南方医科大学南方医院国家肾脏病临床医学研究中心侯凡凡院士和秦献辉教授团队与安徽医科大学公共卫生学院联合开展的一项研究发现: (1) 超重或肥胖的 2 型糖尿病患者达到个位数的减重目标 (较起始体重降低 > 5%~7%), 即可显著降低肾脏疾病的发生风险; (2) 减重达标时间 (TTR) 越长, 后续发生肾脏疾病的风险越低。 (Diabetes Care. 2024;47:371)

该研究纳入 3601 例来自“糖尿病健康行动”试验的参与者。参与者平均年龄为 59 岁, 59% 为女性。所有参与者均患有 2 型糖尿病, 体质指数  $\geq 25$   $\text{kg}/\text{m}^2$ , 且基线估

算的肾小球滤过率 (eGFR)  $\geq 60$   $\text{ml}/\text{min}/1.73$   $\text{m}^2$ 。

减重 TTR 定义为在研究前 4 年内体重维持在减重目标范围内 (较基线体重降低  $\geq 7\%$ ) 的时间比例。肾脏复合终点包括在随访过程中首次出现 eGFR 下降  $\geq 30\%$  且达到  $< 60$   $\text{ml}/\text{min}/1.73$   $\text{m}^2$  和终末期肾脏疾病。

在平均 8 年的随访过程中, 435 例参与者发生了复合肾脏终点。研究结果表明: 减重 TTR 与复合肾脏结局的发生风险呈负相关; 减重 TTR 每增加一个标准差, 复合肾脏结局的发生风险显著降低 19%。与减重 TTR 为 0 的参与者相比, 减重 TTR 在 30%~70% 的参与者发生复合肾脏结局的风险显著下降 29%, TTR 在 70%~100% 的参与者发生复合肾脏结局的风险显著下降 46%。以较基线体重降低  $\geq 5\%$  为减重目标计算的减重 TTR 呈现相似的结果。

高血压与肾脏病关系紧密、相互影响。据调查, 约 50% 的高血压患者患有肾脏病。高血压可直接造成肾脏损害, 而肾脏病又可导致血压升高, 若在其中任何一方治疗和掌控不力, 就可导致恶性循环。

怎样才能尽早发现引起高血压的肾脏病变? 最简单的办法就是做尿液检查 (包括尿常规和微量蛋白), 虽然价格便宜, 但是可以直接发现患者有没有血尿、蛋白尿。同时, 抽血检验血清肌酐可以明确肾小球滤过率也同

## 重视肾脏的早期求救信号

▲上海交通大学医学院附属仁济医院肾脏科 周文彦 倪兆慧

样重要。另外, 做腹部超声可以得知肾脏大小、结构及肾动脉狭窄程度等信息。如果条件允许, 肾穿刺组织学检查有助于明确诊断。当然, 监测血压更是一种必要和有用的简便方法。

值得关注的是, 小便泡沫增多, 眼皮、下肢水肿, 夜尿次数增多, 腰腹酸痛等症状一旦出现, 千万不要马虎, 这很可能就是肾脏向你发出的“求救信号”。早期的肾脏病变如果能及时确诊, 就可以通过低费用的治疗控制

病情, 而一旦发展到尿毒症, 除了进行频繁的透析或换肾, 没有什么更好的办法。

肾性高血压治疗方面, 不管是高血压引起肾脏病, 还是肾脏病引起高血压, 对血压控制都有特殊要求。根据 2012 年 KDIGO 指南, 如果患者无白蛋白尿, 血压控制在 140/90 mmHg 以下; 有白蛋白尿者, 推荐血压控制在 130/80 mmHg 以下。目前 2021 年 KDIGO 指南主张对慢性肾脏病合并高血压患者进行强化降压

达标, 如能耐受, 建议收缩压  $< 120$  mmHg。

肾病患者的高血压较原发性高血压难以控制。应积极改善饮食习惯, 尤其应限制钠盐的摄入。在药物上应选择既能有效降压又能保护肾脏的药物。优选血管紧张素转换酶抑制剂 (ACEI) / 血管紧张素 II 受体阻滞剂 (ARB)。如血压仍然控制不佳, 可联合应用其他类型降压药物。当一些特殊情况如肾动脉狭窄或肾功能短期内急剧恶化时, ACEI 或 ARB 要慎用。

## 欧洲两协会声明

## 所有高血压都应评估和管理慢性肾脏病

2023 年, 欧洲高血压学会 (ESH) 更新了高血压管理指南, 该指南得到了欧洲肾脏协会 (ERA) 的认可。近期, 两个协会就指南中的肾脏病相关内容发布了报告。 (Nephrol Dial Transplant. 2024;gfae041)

指南建议, 对于所有新诊断的高血压, 应评估肌酐、估算肾小球滤过率 (GFR) 以及从随机尿样 (最好是晨尿) 中测量尿蛋白肌酐比 (ACR), 作为靶器官

损害评估, 并至少每年进行 1 次。

仅用肌酐来判断肾脏功能不全不敏感, 在肌酐升高之前, 肾功能可能已经大幅度下降。

慢性肾脏疾病 (CKD) 定义为 eGFR  $< 60$   $\text{ml}/\text{min}/1.73$   $\text{m}^2$  或持续超过 3 个月的尿蛋白肌酐比 (ACR)  $> 30$   $\text{mg}/\text{g}$ 。

为突出与白蛋白尿增加相关的风险, 当前的白蛋白尿建议命名为: 正常 / 轻度增加, ACR  $< 30$   $\text{mg}/\text{g}$  (A1, 以前称

为正常白蛋白尿); 中度增加, ACR 30~300  $\text{mg}/\text{g}$  (A2, 以前称为微量白蛋白尿); 严重增加, ACR  $> 300$   $\text{mg}/\text{g}$  (A3, 以前称为大量白蛋白尿)。

肾脏超声检查被推荐为靶器官损伤的检查之一, 因为方便、成本低, 并且能提供有关肾脏形态 (肾脏大小和结构、脂肪度、肾结石) 等信息。

指南还强调了使用多普勒超声评估肾动脉阻力指数 (RRI) 的作用, 作为肾动脉狭窄的初步筛

查, RRI 值  $< 0.7$  传统上表示肾血流阻力正常。

在影响高血压患者心血管风险的因素中, eGFR 降低和白蛋白尿, 除了作为肾脏疾病进展的风险因素外, 也是独立的心血管风险预测因素。

此外, 所有阶段 CKD 均需监测血压, 因为高血压是终末期肾病最重要的危险因素。CKD 患者中夜间高血压患病率增加, 应进行家庭血压监测或动态血压监测。

Kidney Health For All  
Advancing equitable access to care  
and optimal medication practice