

(上接第16版)

■ 图片新闻



中国医师协会肾脏内科医师分会第三届委员会领导班子合影。左起梅长林、刘健、丁小强、黄锋先、侯凡凡、陈香美(会长)、刘章锁、李雪梅、唐政、李明霞

余学清 肾病综合征免疫抑制治疗：尽早缓解 减少不良反应

余学清教授介绍了“中国成人肾病综合征免疫抑制治疗专家共识”的主要内容。他强调，由于临床研究的局限性和临床实践的复杂性，医生对共识要有清醒的认识，借鉴而不照搬，临床

中还应根据患者具体情况实施个体化治疗。

该共识囊括了微小病变性肾病、局灶阶段性肾小球硬化、免疫球蛋白A肾病、特发性膜性肾病、膜增生性肾小球肾炎、狼

疮性肾病综合征等不同肾病综合征的治疗策略。余教授指出，肾病综合征免疫抑制治疗目标是诱导期尽早获得完全缓解或部分缓解，并密切监测免疫抑制剂的不良反应。维持期

治疗目标是以最小的有效剂量维持疾病稳定，减少复发和尽量避免不良反应，保护肾功能。而新型免疫抑制剂的不断出现，使提高肾病综合征的缓解率、减少不良反应成为可能。

刘章锁 老年人血管炎肾损害治疗应考虑人、症、病、药四要素



刘章锁 教授

郑州大学第一附属医院刘章锁教授指出，

血管炎治疗仍以免疫抑制治疗为主要手段，但目前尚缺乏老年人血管炎肾损害的针对性共识，可参照2012年KDIGO指南。

诱导治疗推荐应用激素和环磷酰胺进行(1A)；对于非重症患者如存在环磷酰胺禁忌，可应用激素和利妥昔单抗进行诱导治疗(1B)；对于合并心肌

血、抗肾小球基底膜抗体阳性的患者应联合血浆置换疗法(2C)。

此外，国外有应用抗白介素-5(Mepolizumab)和抗白介素-6治疗难治性肉芽肿性血管炎，临床缓解率高，但停药后易复发。指南还推荐诱导缓解的患者应进行维持治疗，维持治疗时间至少为18个月，在药物选择上，推荐应用口服硫唑嘌呤1~2

mg·kg⁻¹·d⁻¹(1B)，也可用霉酚酸酯1g bid，或甲氨蝶呤，初始治疗剂量为每周0.3mg/kg，最大剂量为25mg/周(1C)，注意加用复方磺胺甲恶唑以预防感染(2B)。

刘教授认为老年人血管炎的治疗应尊重指南，更强调个体化，治疗要综合考虑人、症、病、药四个因素，警惕感染合并症。

刘健 糖尿病肾病疗法新探索



刘健 教授

新疆医科大学第一附属医院刘健教授介绍了糖尿病肾病的新疗法。他指出，糖尿病肾病缓慢进展的特性，为临床医生控制该病的进展提供了宽松时间。

现有糖尿病肾病治疗方法包括：更为积极地控制血糖、血压、血脂和尿酸，通过低蛋白饮食+肾素血管紧张素系统(RAS)阻断剂，来减少蛋白尿的排泄、改善贫血，可大大延缓糖尿病肾病进程。

在此基础上，一些新的治疗方法也从基础研究进入临床，如不同RAS阻断剂的联合应用：血管紧张素转换酶抑制剂+血管紧张素II受体拮抗剂，血管紧张素II受体拮抗剂+肾素抑制剂、具有抗氧

化应激和炎症反应药物(Bardoxolon、己酮可可碱)、糖基化终末产物抑制剂(Aminoguanidine、吡哆胺、硫胺素)、糖基化终末产物交联阻断剂(Alagebrium)、蛋白激酶C的抑制剂(Ruboxistaurin)、TGF-β抑制剂(吡非尼酮)、内皮细胞受体拮抗剂(阿曲生坦)等。不同治疗方法对糖尿病肾病患者各具疗效，同时也会出现相应的不良反应。

面对众多新疗法和新药物，需结合临床辨证分析其应用价值。例如，不同类型RAS阻断剂联合应用是临床备受争议的问题，虽然随机对照研究不支持联合用药，但糖尿病肾病合并大量蛋白尿患者是否联合用药却没有给出循证证据。

同样，《柳叶刀》和《新英格兰医学杂志》发表的文章也对去肾交感神经消融治疗顽固性高血压的疗效有争议，表明即便是在高质量杂志发表的随机对照研究仍有其缺陷之处。

唐政 干细胞移植为淀粉样变性治疗首选方案



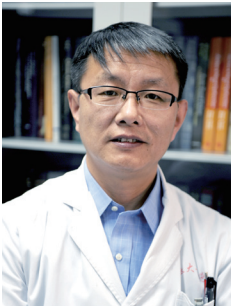
唐政 教授

南京军区南京总医院唐政教授指出，免疫球蛋白轻链型(AL型)淀粉样变性治疗仍无理想方案，但化疗及干细胞移植治疗能有效抑制淋巴浆细胞的异常增殖，改善患者预后。近年来大剂量马法兰联合自体干细胞移植治疗AL型淀粉样变性的疗效已被多项RCT证实，成为AL

型淀粉样变性的主要治疗手段之一。故临床选择治疗方案时应首先判断患者是否适合自体干细胞移植。合适者可先行干细胞移植治疗，再根据移植效果考虑后续治疗方案。

南京军区南京总医院全军肾脏病研究所采取化疗(硼替佐米联合地塞米松)结合自体干细胞移植的方案治疗AL淀粉样变性取得良好效果：1年血液学反应率可达82%，高于单纯干细胞移植患者。不适合移植者可选择含新型药物的化疗方案，如硼替佐米、雷利度胺、沙利度胺等，先改善患者症状及病情，再看是否有机会接受干细胞移植治疗。

赵明辉 狼疮肾炎不应视为一个独立疾病



赵明辉 教授

北京大学第一医院赵明辉教授指出，狼疮肾炎由多种免疫炎症和病理生理发病机制造成，患者临床和病理表型差异较大。因而，有人认为狼疮肾炎不应视为一个独立的疾病，应根据患者不同的病理生理机制开展个体化精准治疗。这是提高疗效和改善预后

的有效措施之一，也是肾脏病医师应追求的目标。

2003年国际肾脏病学学会发布的狼疮肾炎病理分型已得到了国际广泛认可和临床应用。但是该分型主要基于肾活检组织病理中肾小球内的经典炎症性病变等制定的，对于新月体肾炎、足细胞病变，以及肾小球外的血管病变和肾间质小管的病变重视不足。

赵教授所在实验室基于有长期临床随访、肾活检证实狼疮肾炎的患者队列开展了一系列针对上述科学问题的临床研究。结果发现，狼疮新月体肾炎患者中约1/3合并抗中性粒细胞胞质抗体阳性，推

测存在小血管炎的发病基础；具有明显足细胞病变者尿蛋白量大、且对钙调磷酸酶抑制剂反应良好；多数患者存在肾小球外的血管病变，其中约17%的患者存在血栓性微血管病，这类患者预后最差；大部

分肾间质小管的病变指标也可独立预测长期预后。

因此，如果在肾活检病理分型中能够充分考虑上述因素并应用于临床指导治疗，可以为开展个体化的精准治疗提供病理学基础。



参会代表们正在阅读《医师报》为大会制作的特刊