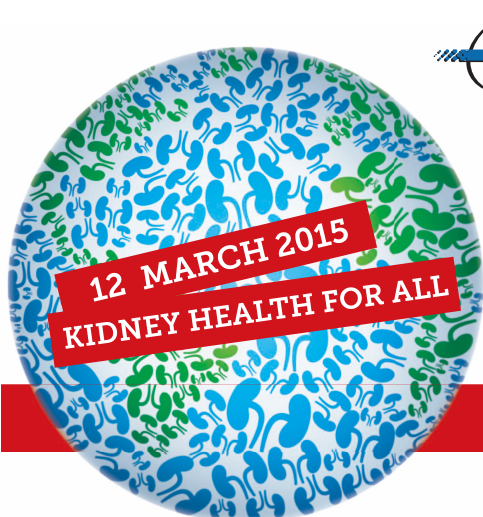




肾脏是维持机体内环境稳定的重要器官。肾脏健康不论对贫富、老幼、男女都是重要、必不可少的。由于贫困人口容易患肾脏病，患了慢性肾脏病（CKD）缺乏费用治疗，更缺乏费用透析和移植，因此从某种意义上说，贫困人口面临的肾脏健康问题更加严峻，如何防治肾脏损害、促进肾脏健康对贫困人口更重要。

由于肾脏病患病率高、预后差、医疗费用大，严重危害人类健康和生活质量，因此，国际肾脏病学会（ISN）和国际肾脏基金会联盟（IFKF）于 2006 年提议，在每年三月份的第二个星期四设立世界肾脏日（World Kidney Day），目的是向政府卫生官员、医生、保健人员、个人及其家庭传播肾脏病知识，引起大家的重视，共同防治肾脏病（J Am Soc Nephrol. 2006;17:600）。2015 年世界肾脏日是 3 月 12 日，为第十个世界肾脏日，其主题是贫困人群的慢性肾脏病（Chronic kidney disease in disadvantaged populations），口号是全民肾脏健康或者说人人需要肾脏健康（Kidney health for all）（Am J Kidney Dis. 2015;65:349）。

GET INVOLVED

World Kidney Day is a joint initiative of



## 世界肾脏日：人人需要肾脏健康 关注贫困人群的慢性肾脏病

▲ 解放军总医院肾脏病科 谢院生 魏凯 陈香美



### 贫困人群面临的肾脏健康问题更严峻

我国农村药物所致间质性肾炎常见

为什么贫困人群面临的肾脏健康问题更加严峻？贫困人群，卫生状况差、安全饮用水供给不足、环境污染、经常接触高密度的致病微生物和有害物质，容易继发感染性疾病及其相关疾病；加之缺乏健康的生活方式、良好的健康理念和保健知识以及及时有效诊治疾病、延缓其发展的就医条件和经济条件，很多疾病未能得到有效控制。



谢院生 教授

在美国，非洲裔美国人、西班牙人和土著美国人等少数人群，尽管早期 CKD 的患病率与其他人群相似，但终末期肾病（ESRD）的发生率是其他人群的 1.5~4 倍。在新加坡，马来人和印度人 CKD 的患病率比华人高，其主要危险因素为社会经济学和行为学因素。

在澳大利亚，过去 25 年中新增肾脏替代治疗的土著人数量比非土著人多 3.5 倍，主要原因是 2 型糖尿病肾病所致的 ESRD 患者数量猛增，2 型糖尿病肾病的发生通常与生活方式有关，如营养不均衡和缺乏运动；土著人肾小球肾炎和高血压导致的 ESRD 发生率也较高。

尽管糖尿病肾病是许多发达国家 ESRD 的主要原因，但在许多发展中国家肾小球肾炎和间质性肾炎仍是 CKD 的主要病因。在撒哈拉以南的非洲地区人类免疫缺陷病毒（HIV）相关性肾病是 CKD 的主要病

因。在美国中部、埃及、印度以及斯里兰卡等地的农村农耕人群中 CKD 高发，临床表现及肾活检均提示为间质性肾炎，其原因可能与农用化学品、脱水以及水质污染有关。在墨西哥，贫困群体中 CKD 的患病率比普通人群高 2~3 倍，30% 的 ESRD 患者病因不明。此外，在贫困人群中传统草药的应用很常见，也与 CKD 有关。

我国是发展中国家，与感染及免疫异常有关的肾小球肾炎仍然是 CKD 和 ESRD 的主要原发病。在农村首先富裕起来的肥胖人群，CKD 和糖尿病的发生率高，其原因可能与其幼儿时或胚胎发育时期贫困、营养不良，长大后缺乏健康的生活方式有关。在农村，药物所致或不明原因的间质性肾炎也很常见，如庆大霉素或一些药典找不到的中草药，城市大医院很少用，但在一些农村的家庭诊所仍在用。因为庆大霉素具有较好的抗菌

作用、使用方便（不做皮试）、价格低，但是庆大霉素对于老年人、脱水等有效循环血量不足、原有肾脏病、联合使用其他肾毒性药物的患者，很容易导致或加重肾损害。近年来，膜性肾病发生率明显增高，是否与环境污染、有害物质接触增多有关，值得考虑。

贫困人群，由于营养不良造成的出生低体重儿与肾脏疾病密切相关。在澳大利亚，土著人中出生低体重的发生率是非土著人的两倍多。一项印度的队列研究发现，出生低体重和生长发育早期营养不良与后期代谢综合征、糖尿病以及糖尿病肾病密切相关。因为早产儿和出生低体重儿容易发生肾小球稀少症、肾小球肥大和肾小球硬化，所以长大成人后容易发生蛋白尿、高血压和糖尿病。笔者在门诊接诊一些肾活检诊断为肾小球稀少症的患者，追问病史多为早产儿和出生低体重儿。

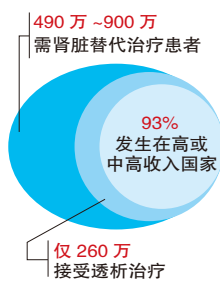


### 贫困人群接受肾脏替代治疗机会少

我国每年导入透析患者为 8.3 万人，总人数为 33 万人

贫困人群接受肾脏替代治疗的机会少，主要原因为经济能力有限，没有足够医疗保险，缺医少药。研究显示，2010 年全球约有 260 万人接受透析治疗，93% 发生在高收入或中高收入国家。相比之下，需肾脏替代治疗患者估计有 490 万~900 万，提示由于没有接受肾脏替代治疗的条件，至少 230 万过早死亡。

ESRD 患者是否及时接受肾脏替代治疗，主要与经济、年龄、文化、居住的地理位置等有关，其中贫穷是重要的不利因素。在印度和巴基斯坦，接受肾脏替代治疗的 ESRD 患者不到 10%。在墨西哥哈利斯科州，肾脏替代治疗的接受度和应用率在经济富裕、有保险的人群中显著



高于无医疗保险患者。在英国，与富裕白人相比，南亚人和黑人接受优先肾移植或活体供体移植的很少。在澳大利亚和新西兰，接受肾移植的土著居民与白人患者相比，减少 77%。一些发展中国家肾移植率低，除经济困难外，还与基础设施落后、地理位置偏远、脑死亡立法不完善、宗教文化和社会约束等因素有关。

日本人口为 1.2 亿，现每年导入慢性透析的人数为 3 万人，现有透

析患者 33 万人。我国人口 13 亿，截止 2013 年底为止，每年导入透析（包括血透和腹透）患者为 8.3 万人，透析总人数为 33 万人，提示相当多 ESRD 患者未接受肾脏替代治疗及长期生存患者较少。没有导入透析及不能长期坚持透析的患者可能主要分布在经济、交通和通讯不发达的地区。

贫困和肾脏病恶化是恶性循环关系，很多 CKD 患者因病致贫或因病返贫；经济困难又导致 CKD 患者不能接受良好治疗而病情加重，甚至过早死亡。

贫困人群和经济欠发达地区，肾科医生少以及缺乏正确肾脏保健知识，CKD 患病率高、患病后不能早期发现及有效治疗，也是 ESRD 高发的重要原因。



### 防治肾脏损害 促进肾脏健康

普及健康生活方式，治疗原发病，推进替代疗法等

肾脏健康人人需要、全民需要！如何才能防治肾脏损害、促进肾脏健康？消除或减少上述对肾脏健康不利的危险因素都有利于肾脏健康，如普及和提高正确的保肾知识和健康的生活方式，每天喝足够的干净水，

保持营养均衡和精力充沛，避免使用肾毒性药物，及时有效预防和控制糖尿病和高血压，有效治疗感染等原发病，减少环境污染和有害物质的摄入，通过发展能够在偏远地区实施的廉价、有效的替代疗法来扩大透析的范

围，促进脑死亡患者器官捐献和尸体肾移植率，应用和推广廉价、有效、安全的免疫抑制剂及肾脏病治疗药物，消除贫困，全民医保。

政府、社会、民众和医务人员共同努力，人人肾脏健康的梦想一定能实现。