

(上接第14版)



陈香美院士(左四)获“大会特别奖”



优秀人文风采奖

关爱基金

优秀论文奖

中山大学附属第一医院 余学清教授

狼疮性肾炎诊治现状及思考：国人数据



余学清 教授

我国狼疮性肾炎(LN)发病率较高, LN患者的临床表现、预后及治疗反应都具有明显的种族差异性, 而当前指南主要依据西方国家资料, 来自亚洲(中国)的数据不足。

根据我国LN信息登记系统数据, 我国LN患者以中青年居多, 病理类型

以IV型和V型最多, 复发率为15.5%, 患者10年生存率为92.1%。相关影响因素包括性别、平均动脉压、尿蛋白、肌酐、SLEDAI评分、免疫抑制治疗。

肾脏10年存活率为87.0%。相关影响因素包括系统性红斑狼疮病程、抗心磷脂抗体阳性(ACLA)、平均动脉压、尿蛋白、肌酐。研究显示, ACLA阳性与阴性的LN患者生存无差异, 但ACLA阳性患者的肾脏存活率, 尤其是IgG-ACLA阳性患者, IgG-ACLA阳性是肾脏预后的独立危险因素。

抗中性粒细胞胞质抗体(ANCA)阳性与阴性的LN患者生存无差异, 但ANCA阳性患者的肾脏

存活差。

合并急性肾损伤的LN患者生存更差, 且分级越高, 生存越差; 肾脏存活也更差。中重度肾间质炎症细胞浸润也明显影响LN患者生存及肾脏生存。

此外, 研究显示, 伴新月体形成的LN患者基线相对无新月体者差, 但两组远期肾脏及患者存活无显著差异, 提示积极治疗有助于改善预后; 新月体比例每增加10%是LN患者发生不良预后的独立危险因素, 相对风险增加17%; 伴新月体形成的LN患者整体预后良好, 5年及10年生存率为90%和80%, 然而新月体型LN患者预后较差, 其5年及10年生存率为78.9%和52.6%。

北京协和医院 李学旺教授

膜性肾病进展



李学旺 教授

近年来, 膜性肾病发病机制研究的进展提高了对疾病本质的认识, 促进原发性膜性肾病分类的改进。针对B细胞及补体的单克隆抗体的应用, 使膜性肾病治疗进展到一个新的阶段。

2009年, Beck LH等首次发现了特发性膜性肾病

(IMN)患者血清中存在特异的抗M型磷脂酶A2受体(PLA2R)抗体, 见于70%的IMN。抗PLA2R抗体的发现提高了对膜性肾病的认识, 按照引起疾病的抗原不同, 可将原发性膜性肾病分为抗PLA2R抗体阳性的IMN及抗PLA2R抗体阴性的膜性肾病。

动物实验显示, 由自体反应性B细胞克隆产生的抗体启动了引起肾小球滤过屏障受损以及此后蛋白尿的事件。利妥昔单抗是一种单克隆抗体, 与B细胞表面CD20分子结合, 耗竭B细胞, 起到免疫抑制作用。治疗膜性肾病时可用375 mg/m², 每周1次, 连续4周; 或者分别在每个月的1日、15

日给药1 g, 完全缓解率可达15%~20%、部分缓解率35%~40%; 对其他方法治疗抵抗的患者也同样有效。以滴定循环中的B细胞数量作为治疗指导, 费效比也是合适的。

对于IMN, KDIGO指南建议, 在肾病综合征合并高危进展性疾病, 且一线药物糖皮质激素联合细胞毒药物或钙调神经磷酸酶抑制剂治疗失败后, 再使用利妥昔单抗。利妥昔单抗治疗失败者, 可选用其他治疗。近来用于临床的第二、三代抗CD20单克隆抗体如Obinutuzumab、Ofatumumab, 已成功用于治疗B细胞淋巴瘤, 也可作为新的膜性肾病治疗的选择。

北京安贞医院 谌贻璞教授

慢性肾功能衰竭钙磷代谢紊乱治疗四大问题



谌贻璞 教授

严格控制高磷血症
控制高磷血症的措施包括: (1) 限制饮食磷摄入: 800~1000 mg/d。(2) 服用磷结合剂。(3) 通过透析清除血磷: 常规剂量的血液透析及腹膜透析不足以清除每周从饮食中摄入的磷, 因此欲充分清除体内摄入的磷则必须增加透析剂量。

预防医源性高钙血症
慢性肾功能衰竭患者的高钙血症基本由“医源”因素造成, 必须引起高度重视: (1) 摄入总钙量中元素钙不应>2000 mg/d, 含钙磷结合剂及其他含钙药物用量不应过大; (2) 透析液钙离子浓度勿过高, 宜在1.25~1.50 mmol/L; (3) 禁止滥用活性维生素D。

避免滥用活性维生素D
(1) 何时需用: 2003年美国K/DOQI指南推荐, CKD 5期透析患者全段甲状旁腺素(iPTH)>300 pg/ml时服用活性维生素D, <150 pg/ml时停用; 2009年KDIGO指南建议, CKD 5期透析患者的血清iPTH水平应维持在正常值高限的2~9倍。(2) 何时能用: CKD 5期透析患

者血清钙<2.37 mmol/L; 血清磷<1.78 mmol/L才能服用。如果血磷≥2.26 mmol/L, 应短期(<4周)服用含铝磷结合剂尽快降低血磷。(3) 如何服用: 骨化三醇常规剂量为0.25 μg/d; 如果iPTH水平超过目标值上限而常规剂量治疗无效, 可使用大剂量间歇冲击治疗。

重视钙敏感受体激动剂
2014年6月钙敏感受体激动剂西那卡塞在我国上市。此药不仅降低血清iPTH水平, 还能有效降低血钙, 适用于CKD 5期透析患者的继发性甲状旁腺功能亢进症治疗, 尤其适用于前述疗法治疗无法控制的甲状旁腺功能亢进症及合并高钙血症的患者。

北京协和医院 郑法雷教授

CKD 营养治疗：改善营养代谢 保护肾功能



郑法雷 教授

CKD 营养治疗在改善CKD患者营养状况、纠正代谢紊乱、延缓CKD进展及改善患者预后等方面, 均有其良好效果。

实施CKD现代营养治疗, 需注意掌握以下原则: (1) 合理的蛋白质摄入量 and 来源构成。透析前

CKD患者应当摄入合理的低蛋白饮食(LPD); (2) 必需氨基酸、α-酮酸的合理摄入; (3) 充分的热量摄入; (4) 各种营养素摄入的综合平衡, 包括补充某些特殊营养素; (5) 改善食欲, 以保证营养素的足量摄入; (6) 注意各种治疗方法的综合应用, 改善机体内环境, 使营养代谢保持或恢复正常。

LPD是CKD患者营养治疗的基础, 当肾功能受损即应开始限制外源蛋白质的摄入, 来降低肾单位高滤过、高代谢, 减轻肾脏代谢的负担。

LPD是指蛋白质摄入量为0.6~0.8 g·kg⁻¹·d⁻¹(一般不低于0.6 g·kg⁻¹·d⁻¹)

的饮食。少数医生误认为蛋白摄入量“越低越好”, 以致引起明显营养不良, 此种情况应予扭转。

在临床中, 对有蛋白质丢失的个体, 有时LPD需要适当放宽, 即增加蛋白摄入量, 如肾病综合征、糖尿病肾病患者, 可采用0.8 g·kg⁻¹·d⁻¹的标准。对接受替代治疗的CKD患者来说, 则一般不再需要给予LPD。

给予LPD时, 动物蛋白和植物蛋白(包括谷类蛋白和豆类蛋白)比例要适当, 以保证充足的必需氨基酸摄入。

此外, 临床实践中, 应重视对CKD患者的营养状况的检查和评估。