

新版中国肾脏病年度数据报告发布

监测慢性肾脏病流行病学特征 改善患者预后

近日，中国肾脏疾病数据网络（CK-NET）发布第二份中国肾脏病年度数据报告（Kidney International.2019;3: 501），该报告基于2015年监测的全国住院患者数据，全面描述了中国肾脏疾病的流行特征与疾病负担。2014年，CK-NET开始系统监测我国慢性肾脏病数据，并于2017年在AJKD期刊发布了第一份报告，与第一份报告相比，本次报告内容更为丰富与深入。慢性肾脏病（CKD）是全球性公共卫生问题，负担越来越重，但在全球范围内肾脏疾病的监测系统仍然缺乏。

www.kidney-international.org

executive summary

Executive summary for the 2015 Annual Data Report of the China Kidney Disease Network (CK-NET)

Check for updates

Fang Wang¹, Chao Yang¹, Jianyan Long², Xinju Zhao³, Wen Tang⁴, Dongliang Zhang⁵, Kunhao Bai⁶, Zaiming Su⁷, Bixia Gao¹, Hong Chu¹, Jinwei Wang¹, Xiaoyu Sun⁷, Song Wang⁴, Li Zuo³, Yue Wang⁴, Feng Yu^{1,5}, Haibo Wang^{2,8}, Luxia Zhang^{1,2} and Ming-Hui Zhao^{1,9}

慢性肾脏病

住院 CKD 患者的特征	CKD 定义为蛋白尿和（或）肾小球滤过率 < 60 ml/（min · 1.73 m ² ）。1850 万住院患者中，CKD 患者占 4.8%，其中男性多于女性，并且近半年龄 ≥ 60 岁。 CKD 的病因排名前四位的为糖尿病肾病（27.0%），高血压肾病（20.8%），梗阻性肾病（15.6%）和肾小球肾炎（15.1%）。
住院 CKD 患者心血管病特点	CKD 患者血管负担较重，冠心病（CHD）最常见（18.2%），其次是心衰（16.0%），卒中（12.9%）和房颤（3.7%）。
住院 CKD 患者卫生资源利用情况	住院 CKD 患者支出费用为 237.8 亿元人民币（截至 2018 年 10 月约为 34.3 亿美元），占总支出的 6.3%。其中，CKD 合并心衰患者医疗支出相对较高。 CKD 患者中位住院时间高于糖尿病患者和非 CKD 患者。
住院 CKD 患者院内死亡率	CKD 患者院内死亡率为 2.6%，高于非 CKD 患者（0.8%）和糖尿病（1.5%）患者。伴有心衰的 CKD 患者院内死亡率显著增加。
急性肾损伤	急性肾损伤（AKI）患者占比为 0.3%，而在重症监护室中 AKI 患者占比则高达 3.9%。AKI 患者中，27.1% 为 CKD，16.7% 为糖尿病。

终末期肾病

透析患者患病率、发病率与特征	我国透析患者平均透析年龄 55.0 岁，低于美国和日本。血液透析（HD）和腹膜透析（PD）患病率分别为 402.18/ 百万（553 000 人）和 39.95/ 百万（55 000 人），该数据可能比实际数据低。
透析患者临床检测和治疗	血透患者血红蛋白、铁蛋白、磷、甲状旁腺激素、白蛋白检测符合指南推荐频率的百分比分别为 50.0%、47.8%、42.6%、44.4% 和 31.5%；腹透患者则分别为 59.2%、59.4%、53.2%、53.9% 和 46.8%。血透患者使用促红细胞生成素、磷结合剂和骨化三醇的患者百分比为 71.3%、40.7% 和 59.6%，腹透患者为 59.7%、47.0% 和 60.1%。
血管通路	血液透析是肾脏替代治疗的主要方式，占有透析患者的 91.0%。
透析患者心血管疾病和糖尿病情况	透析患者心血管病（CVD）患病率为 45.5%，其中冠心病和心衰最常见。相比美国肾脏病数据系统 2017 年 ADR 数据，中国血透患者 CHD 患病率与其相近，但中国腹透患者患病率更高。 透析患者中糖尿病患病率为 27.1%，血透与腹透患者患病率相似。
住院率	透析患者全因住院率为 1.8/（人年），与美国 2017 年 ADR 相似，后者为 1.7/（人年）。透析患者总住院天数为 29.2d/（人年）。 关于住院原因，血透患者中心血管病更常见，而腹透患者血管通路事件更常见。
透析患者医疗支出	2015 年透析患者医疗总支出为 4.29 亿元人民币，其中 76.6% 由医保报销，主要花销是透析维护，其次是药物。
肾移植等候名单	等待肾移植的人有 25 472 人，中位等待时间为 17.5 个月。大多数（94.1%）患者在等待过程中已经开始透析治疗。

首部中国慢性肾脏病矿物质和骨异常诊治指南发布

规范慢性肾脏病矿物质和骨异常诊治与管理，具六大亮点

慢性肾脏病矿物质与骨异常（CKD-MBD）是 CKD 的严重并发症，是 CKD 患者致残、致死等不良结局的重要原因之一。近日，我国首部《中国慢性肾脏病矿物质和骨异常诊治指南》发布，该指南为我国 CKD-MBD 患者的预防、治疗和管理提供指导性建议，进一步提高我国 CKD 患者规范化管理水平，改善患者生活质量和长期预后。

依据生化指标决定监测频率

对于 CKD G3~G5D 期患者，可根据血清钙、磷、ALP（碱性磷酸酶）、iPTH（全段甲状旁腺激素）和 25（OH）D 水平是否异常及其严重程度，以及 CKD 进展速度来决定监测频率。（未分级）

骨密度不能预测所有肾性骨营养不良的类型

对于有 CKD-MBD 证据的 CKD G3a~G5 期患者，骨密度（BMD）不能预测肾性骨营养不良的类型。患者骨折发生风险的预测价值还需要进一步评估。在可能需要根据 BMD 结果选择治疗措施时，建议行 BMD 检测。（2B）

CKD G3a~G5 期患者，建议用血清 iPTH 和 ALP 评价骨病严重程度，显著升高或降低可预测可能的骨转化类型。（2B）

血管钙化诊断和评估

CKD G3~G5D 期患者，可采用侧位腹部 X 光片检查是否存在血管钙化，并使用超声心动图检查是否存在心脏瓣膜钙化，有条件的情况下可采用电子束 CT 及多层螺旋 CT 评估心血管钙化情况。（2C）

CKD G3~G5D 期患者合并血管和（或）心脏瓣膜钙化时，建议将心血管疾病风险列为最高级别。（2A）

CKD-MBD 防治

降低高血磷，维持正常血钙：CKD G3a~G5D 期，建议尽可能将升高的血清磷降至接近正常范围。（2C）成年患者，建议尽可能避免高钙血症。（2C）应限制含钙磷结合剂的使用。（2B）

CKD G5D 期患者，建议采用专业化的强化教育，改善血磷控制。（2B）建议透析液钙离子浓度为 1.25~1.50 mmol/L（血液透析）或 1.25 mmol/L（腹膜透析）。（2C）

继发性甲状旁腺功能亢进治疗：非透析 CKD G3a~G5 期患者最佳 iPTH 水平目前尚不清楚。iPTH 进行性升高或持续高于正常上限的患者，评估是否存在高磷血症、低钙血症、高磷摄入、维生素 D 缺乏。（2C）

建议 CKD G5D 期患者 iPTH 水平维持在正常值上限的 2~9 倍。（2C）CKD G5D 期需要降 PTH 治疗的患者，建议使用活性维生素 D 及其类似物、拟钙剂或使用活性维生素 D 及其类似物联合拟钙剂治疗。（2B）

甲状旁腺切除术（PTX）指征：CKD G3a~G5D 期合并药物治疗无效的严重 SHPT 患者，建议行 PTX。（2B）

CKD 患者血管钙化的防治：需要磷结合剂治疗的 CKD G3a~G5D 期患者，建议限制含钙磷结合剂的使用。（2B）建议患者避免发生高钙血症以降低血管钙化风险。建议使用钙浓度为 1.25~1.5 mmol/L 的透析液。（2C）

CKD 患者骨质疏松的预防与治疗

CKD 患者双膦酸盐使用指征：CKD G1~G2 期患者，如果出现骨质疏松和（或）高骨折风险，建议按照普通人群治疗方案使用双膦酸盐；（2B）CKD G5 期患者使用双膦酸盐治疗时需特别注意根据生化指标或骨活检情况排除无动力骨病。（2B）

对于 CKD 患者，如合并骨质疏松和（或）高骨折风险，可予活性维生素 D 及其类似物和钙剂治疗：CKD G1~G2 期患者，合并骨质疏松和（或）骨折风险高，推荐参照普通人群的治疗方案。（2B）CKD G3a~G3b 期，iPTH 在正常值范围合并骨质疏松和（或）骨折风险高的患者，建议参照普通人群的治疗方案。（2B）CKD G3a~G5D 期患者，如果出现 CKD-MBD 相关生化异常和（或）低 BMD 和（或）脆性骨折，建议根据生化指标改变的度和可逆性及 CKD 的进展情况来选择治疗方案，并考虑进行骨活检。（1A）

CKD 患者降钙素治疗指征：其他药物治疗无效的患者，如高转化骨质疏松、老年骨质疏松、皮质激素治疗引起的骨质疏松。为防止骨量进行性丢失，建议根据个体需要适量补充钙和维生素 D；（2B）伴严重高钙血症的 CKD 患者。（2B）

肾移植受者相关骨病的诊断和治疗

在肾移植术后初期，建议至少每周测定血清钙、磷水平，直至两者达到稳定。（1B）

对于肾移植受者中出现的维生素 D 缺乏和不足，建议参照 CKD 相应分期人群的治疗策略加以纠正。（2C）

建议在肾移植术后发生持续高钙血症时，可进行 PTX。（2D）



扫一扫
关联阅读全文