

· 诊疗指南 ·

慢性肾衰竭中西医结合诊疗指南

中国中西医结合学会肾脏病专业委员会

慢性肾脏病(chronic kidney disease, CKD)具有患病率高、预后差和医疗费用高的特点,现已成为危害人类健康的重要疾病。慢性肾衰竭(chronic renal failure, CRF)是 CKD 发展到后期的一种临床综合征,并发症多,严重影响患者的生活质量和寿命。因此,如何延缓 CRF 的进展、减轻并发症的危害、减少尿毒症的发生和提高患者的生活质量,具有重要的学术价值和社会意义。

尽管现代医学诊治 CRF 取得了很大的进展,但是中医药治疗肾病具有悠久的历史 and 较好的疗效。针对 CKD 和 CRF 均有一些西医和中医的诊疗指南或专家共识,但各自均有一定的局限性。长期以来,很多西医医师在临床中广泛使用中成药,但不了解患者的中医证候证型和中成药的功能主治;而一些中医师面对日新月异的现代医学进展和新药的选用,缺乏足够的认识。辨证论治是中医的核心和精髓,但缺乏统一的辨证标准、可重复性差,是限制其发展和开展国内外学术交流的瓶颈。中西医结合可以取长补短、优化诊疗方案、提高诊疗效果,更好地延缓疾病的进展。

本指南以成人 CRF 患者为对象,从临床诊疗的实际出发,坚持科学、实用的原则,提出中医、西医和中西医结合医师易懂、适用的 CRF 中西医相关概念、西医诊断与治疗、中医基本辨证分型及治法方案,力求突出中西医结合诊疗 CRF 的特色。在本指南的形成过程中,中国中西医结合学会肾脏病专业委员会,先后多次组织全体委员和专家开展专题会议讨论及问卷调查,最终形成目前的“慢性肾衰竭中西医结合诊疗指南”,推荐给广大中西医结合肾病工作者在临床和科研工作中应用。

基金项目:北京市科技计划重大项目(No.D131100004713000, No. D131100004713003); 国家科技支撑计划课题(No. 2011BAI10B08); 国家临床医学研究中心资助(No. 2013BAI09B05, No. 2015BAI12B06)

作者单位:解放军总医院肾脏病科、解放军肾脏病研究所、肾脏病国家重点实验室、国家慢性肾病临床医学研究中心(北京 100853)

通讯作者:陈香美, Tel: 010-66935462, E-mail: xmchen301@126.com

DOI: 10.7661/CJIM.2015.09.1029

1 慢性肾衰竭的概念与分期

CRF 是在各种 CKD 基础上缓慢出现肾功能进行性减退直至衰竭的一种临床综合征。临床上以肾小球滤过率下降、代谢产物潴留、水电解质和酸碱平衡失调为主要表现。属中医学“溺毒”、“癃闭”、“关格”、“肾劳”、“虚劳”等疾病的范畴。

关于慢性肾衰竭的分期,我国多采用 1992 年的黄山会议纪要建议,即将 CRF 分为 4 个阶段:肾功能不全代偿期、肾功能不全失代偿期、肾功能衰竭期(尿毒症前期)和尿毒症期。近年来,美国 Kidney Disease Outcomes Quality Initiative (K/DOQI) 工作组和 Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) 工作组分别提出 CKD 的概念及分期。2012 年 KDIGO 对 CKD 定义为对健康产生影响的肾脏结构或功能异常 >3 个月^[1], 包括: (1) 肾脏损伤(肾脏结构或功能异常), 可表现为以下任何一条: 白蛋白尿(尿白蛋白排泄率 ≥ 30 mg/24 h 或尿白蛋白/肌酐比值 ≥ 30 mg/g (≥ 3 mg/mmol)); 尿沉渣检查异常(如血尿、红细胞管型等); 肾小管功能异常导致的电解质异常等; 肾脏病理检查异常; 影像学检查发现肾结构异常; 有肾移植病史。 (2) 肾小球滤过率(glomerular filtration rate, GFR) 下降, $GFR < 60$ mL/(min $\cdot$ 1.73 m²) >3 个月。CKD 和 CRF 是两个不同的概念, 两者有重叠, CKD 范围广, CRF 则只代表 CKD 患者中 GFR 下降、有异常表现的那一部分患者。

结合国外的研究进展和中国的具体情况, 本指南所指的 CRF 分为 3 个阶段: CRF 早期、中期、晚期, 分别相当于 CKD 的 3 期[$GFR 30 \sim 59$ mL/(min $\cdot$ 1.73 m²)]、4 期[$GFR 15 \sim 29$ mL/(min $\cdot$ 1.73 m²)] 和 5 期[$GFR < 15$ mL/(min $\cdot$ 1.73 m²)] 的非透析患者。CRF 分期对于病情严重程度的判断、中西医结合治疗及学术交流具有指导意义。CRF 早期, 临床上除原发病的症状外, 开始出现氮质潴留和并发症的表现, 治疗上以治疗原发病为主, 同时要评价、预防和治疗并发症。CRF 中期, 患者可出现不同程度的并发症, 要兼顾原发病和并发症的综合治疗, 延缓疾病的进展。CRF 晚期, 患者多已出现并发症的不适表现, 主要是对症治疗, 减轻患者的症状, 提高患者的生活质量

量,做好替代治疗的准备。

2 慢性肾衰竭的西医诊治原则

CRF 的西医诊治原则,主要参照 2012 年 KDIGO 诊治 CKD 临床实践指南的推荐意见、《临床诊疗指南·肾脏病学分册》^[2],结合中国中西医结合学会肾脏病专业委员会专家们的经验和意见,具体措施如下。

2.1 积极治疗原发病 CRF 的病因多样,包括各种原发性肾小球疾病、继发性肾小球疾病、肾小管间质疾病、肾血管疾病、遗传性肾病等,其中原发性肾小球疾病、糖尿病肾病、高血压肾损害是三大主要病因。有效治疗原发病,可阻抑或延缓 CRF 的进展。

2.2 避免和纠正 CRF 进展的危险因素 包括避免 CRF 急性恶化的危险因素和减少 CRF 渐进性发展的危险因素。急性恶化的危险因素主要有:肾脏基础疾病的未控制和急性加重、血容量不足(低血压、脱水、大出血或休克等)、肾脏局部血供急剧减少、各种感染、尿路梗阻、使用肾毒性药物(西药如氨基糖苷类抗生素等,中药如马兜铃、关木通、广防己、青木香等)、严重高血压未能控制、其他器官功能衰竭(如心力衰竭和严重心律失常、严重肝衰竭)等。渐进性发展的危险因素主要有:高血糖、高血压、蛋白尿、低蛋白血症、贫血、老年、高脂血症、肥胖、营养不良、吸烟等。

2.2.1 严格控制血压 2012 年 KDIGO 指南建议 CKD 患者高血压控制靶目标:CKD 患者无论是否伴有糖尿病,若尿白蛋白 $<30 \text{ mg}/24 \text{ h}$,建议控制血压 $<140/90 \text{ mmHg}$;若尿白蛋白 $\geq 30 \text{ mg}/24 \text{ h}$,建议控制血压 $<130/80 \text{ mmHg}$ 。如果尿蛋白 $\geq 1 \text{ g}/24 \text{ h}$,则目标血压应更低。2014 年成人高血压管理指南(JNC8)提出 ≥ 60 岁的老年人,血压应控制在 $150/90 \text{ mmHg}$ 以内; <60 岁的患者或合并糖尿病或慢性肾脏病,血压应控制在 $140/90 \text{ mmHg}$ 以内;超过上述界限应开始降压^[3]。

降压措施包括生活方式的调整(强调低盐饮食)和降压药物的同时启用。合并肾脏病的高血压患者,降压药首选血管紧张素转换酶抑制剂(angiotensin converting enzyme inhibitor, ACEI)或者血管紧张素受体阻滞剂(angiotensin II receptor antagonist, ARB),也可选用钙通道阻滞剂和噻嗪类利尿剂。ACEI 和 ARB 除具有良好降压作用,还有减低高滤过和减轻蛋白尿的作用,但在应用时需注意:(1)单用 ACEI 或 ARB 降压不能达标时,可联合应用钙拮抗剂或其他降压药物,但一般情况下 ACEI 和 ARB 两者不宜联合使用;(2)对老年或肾衰竭患者,使用 ACEI

或 ARB 时,需密切观察血肌酐和血钾的变化;(3)血清肌酐(serum creatinine, SCr) $>256 \mu\text{mol/L}$ (或 3 mg/dL)时宜慎用 ACEI 和 ARB;(4)使用 ACEI 或 ARB 后,SCr 值无变化或轻度升高(升高幅度 $<30\%$)可继续使用;若用药 2 周内 SCr 上升 $>30\% \sim 50\%$,提示有肾动脉狭窄或脱水、肾病综合征有效血容量不足、左心衰竭心搏出量减少等情况;此时宜停止使用 ACEI 或 ARB,并积极寻找 SCr 升高的原因;若能及时纠正其原因并使 SCr 降至用药前水平,则可继续使用这类药物;否则不宜继续使用。

2.2.2 控制血糖 糖尿病肾病是导致 CRF 的重要原发病,严格控制血糖可减轻糖尿病肾病的发展。2014 年美国糖尿病协会推荐的糖尿病管理指南提出,CKD 患者糖化血红蛋白(hemoglobin A1C, HbA1c)的靶目标 $<7\%$;但对于老年人、情绪抑郁或有低血糖倾向的患者,应适当放宽标准至 HbA1c $7\% \sim 8\%$ ^[4]。

2.2.3 降低蛋白尿 将患者尿蛋白控制在 $<0.5 \text{ g/d}$,可改善 CRF 长期预后。KDIGO 指南推荐,若尿白蛋白水平 $>30 \text{ mg}/24 \text{ h}$ 时,合并糖尿病的 CRF 患者可单用一种 ARB 或 ACEI 药物;若尿白蛋白水平 $>300 \text{ mg}/24 \text{ h}$ 时,无论是否合并糖尿病,均推荐采用 ARB 或 ACEI 药物降低尿蛋白。

2.2.4 调节血脂 调脂治疗可预防 CRF 患者心血管疾病的高发生率及高病死率,可能减慢蛋白尿患者肾功能损伤的进展。推荐采用他汀类药物及依折麦布降低低密度脂蛋白胆固醇、非诺贝特类药物降低甘油三酯水平。

2.2.5 饮食控制 (1)盐摄入:低盐饮食,如无其他禁忌,KDIGO 推荐 CRF 成人每日钠摄入 $<2 \text{ g}$ (相当于盐 $<5 \text{ g}$)。(2)蛋白摄入:CRF 患者蛋白摄入量一般控制在 $0.6 \sim 0.8 \text{ g}/(\text{kg} \cdot \text{d})$,以满足基本生理需求。目前观点认为 CRF 蛋白摄入过多会增加肾脏负担,加速 GFR 下降,但同时需关注 CKD 的蛋白质——能量消耗状态(protein-energy wasting, PEW)。在严格低蛋白饮食的同时可适量补充必需氨基酸或 α -酮酸。低蛋白饮食的患者需注意保证摄入足够的热卡,一般为 $30 \sim 35 \text{ kcal}/(\text{kg} \cdot \text{d})$ 。(3)磷摄入:一般应 $<600 \sim 800 \text{ mg/d}$;对严重高磷血症患者,还应同时给予磷结合剂。(4)钾摄入:当 $\text{GFR} < 25 \text{ mL}/(\text{min} \cdot 1.73 \text{ m}^2)$ 时,应限制钾的摄入(一般为 $1.5 \sim 2 \text{ g/d}$);当 $\text{GFR} < 10 \text{ mL}/(\text{min} \cdot 1.73 \text{ m}^2)$ 或血清钾水平 $>5.5 \text{ mmol/L}$ 时,则严格限制钾的摄入($<1 \text{ g/d}$)。

2.2.6 其他 包括改善生活方式,如戒烟、控制体重、有氧运动等。

2.3 防治并发症

2.3.1 纠正酸中毒 代谢性酸中毒 (metabolic acidosis, MA) 是 CRF 的常见并发症, 处理措施主要是补充碳酸氢钠。阴离子间隙 (AG) 正常或轻度增高的 MA, 其酸中毒主要因为 HCO_3^- 的净丢失所致, 故需要补充碳酸氢钠, 使血 pH 恢复正常。AG 明显增高的 MA, 需排除乳酸和酮体所致的 MA (可代谢生成 HCO_3^- , 补碱可诱发不良反应), 首先宜积极治疗原发病。一般情况下, 血 pH >7.2 时, 建议口服碳酸氢钠; pH <7.2 时应静脉滴注碳酸氢钠; 必要时行透析治疗, 透析是纠正 MA 最有效的方法。MA 合并低钙血症的患者, 补充碳酸氢钠纠正酸中毒时, 要及时补充钙以免游离钙向结合钙转移诱发低钙性抽搐。

2.3.2 纠正贫血 CRF 患者如排除缺铁等其他因素, 若间隔 2 周或者以上连续 2 次血红蛋白 (haemoglobin, Hb) 检测值均 $<110 \text{ g/L}$, 开始应用重组人促红细胞生成素治疗。同时评估体内是否缺铁, 如需补铁, 可优先考虑静脉补充蔗糖铁。KDOQI 推荐的 CKD 贫血治疗 Hb 靶目标值为 $110 \sim 120 \text{ g/L}$, 不推荐 $>130 \text{ g/L}$ 。

2.3.3 纠正矿物质和骨代谢异常 建议在 CRF 初诊时至少检测 1 次血钙、磷、甲状旁腺激素、碱性磷酸酶活性。CRF 早期可限制磷摄入, 靶目标值全段甲状旁腺激素 (intact PTH, iPTH) $35 \sim 70 \text{ ng/L}$ 、血钙 $2.1 \sim 2.55 \text{ mmol/L}$ 、血磷 $0.87 \sim 1.48 \text{ mmol/L}$; CRF 中期, 应用骨化三醇或帕立骨化醇等活性维生素 D 制剂及磷结合剂, 靶目标值 iPTH $70 \sim 110 \text{ ng/L}$, 血钙、血磷靶目标同 CRF 早期; CRF 晚期, 应用骨化醇/维生素 D 衍生物/钙敏感受体激动剂, 必要者可考虑甲状旁腺切除, 靶目标值 iPTH $150 \sim 300 \text{ ng/L}$ 、血钙 $2.1 \sim 2.37 \text{ mmol/L}$ 、血磷 $1.13 \sim 1.77 \text{ mmol/L}$ 。

2.3.4 防治心血管疾病 (cardiovascular disease, CVD) CVD 是影响 CRF 患者预后的主要因素, CRF 患者是 CVD 的极高危人群。随着肾功能的减退, CVD 发生率明显升高。CKD 患者的 CVD 主要表现为两大类: 一类是心肌疾病, 包括向心性左心室肥厚 (left ventricular hypertrophy, LVH) 和离心性 LVH; 一类是动脉血管疾病, 包括动脉粥样硬化和小动脉硬化。两类 CVD 均可导致缺血性心脏病、慢性心衰竭、脑血管病变和外周血管病变等表现。CRF 患者应当监测脑钠肽和氨基末端脑钠肽原排查心衰竭并进行容量评估, 检测血肌钙蛋白排查急性冠脉综合征, 在无出血风险的情况下, 对存在动脉粥样硬化风险的 CKD 患者推荐进行抗血小板治疗。目前将 CRF 的

CVD 危险因素分为两类: “传统危险因素” (与一般人群相同的 CVD 危险因素) 和 “非传统危险因素” (与尿毒症有关的 CVD 危险因素)。应及时预防 CRF 发生 CVD, 主要是干预各种 CVD 的危险因素, 具体包括降压、调脂、纠正贫血、抗炎、改善钙磷代谢、抗血小板等治疗。

2.3.5 防治水钠代谢紊乱 防治水钠潴留, 需适当限制钠摄入量。个别水肿严重病例, 可适当应用袢利尿剂, 如呋塞米、布美他尼、托拉塞米等。SCr $>220 \mu\text{mol/L}$ 者不宜应用噻嗪类利尿剂及袢利尿剂, 因这两类药物此时疗效甚差。必要时及时给予血液净化治疗。对低钠血症的处理, 需认真分析不同原因, 只对真性缺钠者谨慎补充钠盐。轻中度低钠血症一般不必积极补钠。

2.3.6 防治高钾血症 CRF 患者应避免食用含钾量高的食物和水果; 避免使用含钾高或减少尿钾排泄的药物 (包括含钾高的中药汤剂); 如因病情需要输血时, 避免使用库存血。一旦出现高钾血症, 宜根据情况, 用氯化钙或葡萄糖酸钙拮抗钾的毒性, 用碳酸氢钠等碱性药物或葡萄糖促进钾的转移, 用降血钾树脂或排钾利尿药促进钾的排泄, 如药物治疗无效, 及时进行血液净化治疗纠正高钾血症。

3 慢性肾衰竭的中医基本证型

CRF 的病位广泛, 常涉及肾、脾胃、肝、肺、心、三焦等。病因病机错综复杂, 以本虚标实为基本病机; 本虚有气、血、阴、阳之不同, 标实有湿、热、瘀、毒等差异。常表现为正虚邪实、虚实夹杂的证候特点, 并且呈现出多虚并存、多实互见和诸多虚证及实证交互错见, 难以以几个固定的证型进行辨治。

本指南重点介绍 CRF 常见基本证型, 以多元组合的方法辨识 CRF 的复合证型, 旨在对 CRF 复杂纷纭的临床证候作出切合实际的诊断。所谓基本证型是构成 CRF 临床上诸多复杂证型的基本单元, 它包括正虚与邪实两大方面, 其中常见的正虚证型主要有气虚证、血虚证、阴虚证和阳虚证, 常见的标实证型主要有水湿证、湿热证、血瘀证和溺毒证, 这些基本证型是 CRF 贯穿始终的主要表现。而复合证型是由两种或两种以上的基本证型所构成的多元证候的组合。临床上从辨识基本证型入手, 依据临床实际, 通过诸多基本证型的叠加, 以达到辨识 CRF 复合证型的目的。这一辨证方法在临床上可以起到执简驭繁的作用。

CRF 不仅在临床上表现为基本证候的多元组合, 并且各个基本证型在多元证候组合的复合证型中所处的主次地位也不尽一致, 在临床辨治时应当举重放轻,

抓大放小。CRF 是各种 CKD 发展的最后阶段,其病位以肾为中心,兼及脾胃、肺、肝、心、三焦等。故其病位虽不止于肾而又离不开肾,因此,基本证型只着眼于虚、实之病性而不涉及脏腑之病位,从而使证候的辨识更加简单易行。

CRF 还可在病程中出现一些兼夹证,主要兼夹证有热毒证、气滞证、痰阻证、饮停证等;晚期尤易出现动风证、动血证、水凌心肺证和伤神证等危重证型。多数兼夹证的出现,往往成为病势急性进展、肾功能快速恶化的重要因素。及时有效地诊治兼夹证,有助于延缓肾衰竭的进展。

制定本指南的基本思路是通过 CRF 的常见基本证型的多元组合加以辨识复杂证型,形成方法灵活、覆盖面广、可操作性强的中医辨证论治方案。

3.1 慢性肾衰竭的中医基本正虚证型 参照文献[5],分为气虚证、血虚证、阴虚证及阳虚证 4 型。

3.1.1 气虚证 气虚证是各种肾脏病久延不愈致肾元亏虚,从而使整个脏腑功能减退的证候。临床上以少气、乏力、动则气促、脉弱为辨证要点。常见的有肺肾气虚证或脾肾气虚证。临床表现:神疲乏力,少气懒言,动则气促,自汗易外感,纳差便溏,舌胖有齿痕,脉弱。

3.1.2 血虚证 血虚证的特征是贫血,血液亏虚、脏腑及四肢百骸失养,表现为全身虚弱,临床上以面、唇、舌、甲等皮肤黏膜组织暗淡无华。临床表现:面色无华,唇甲色淡,经少色淡,舌胖质淡,脉细。

3.1.3 阴虚证 阴虚证主要是指体内津液精血等阴液亏少而无以制阳,滋润、濡养等作用减退所表现的阴伤失养和阴虚生热等证候。临床以形瘦、舌红、虚热、口干、脉数为辨证要点。常见的有肝肾阴虚证。临床表现:潮热汗出,或有盗汗;口干咽燥、目涩;大便干结;手足心热或五心烦热;腰酸乏力或眩晕耳鸣;舌瘦红少苔,或有裂纹;脉细数。

3.1.4 阳虚证 阳虚证是指体内阳气不足,其温煦、推动、蒸腾、气化功能减退所表现的虚寒证。临床以畏寒肢冷、尿少浮肿、小便清长或夜尿频多、苔白滑、脉沉迟无力为辨证要点。常见的有脾肾阳虚证。临床表现:畏寒肢冷;腰膝畏寒;面浮肢肿;小便清长或夜尿频多;舌胖苔白或水滑;脉沉迟无力。

3.2 慢性肾衰竭的中医基本标实证型 参照文献[6],分为水湿证、湿热证、血瘀证及溺毒证 4 型。

3.2.1 水湿证 水湿证以水湿泛滥、阻滞气机、脾失健运为病机特点,临床以水肿、困重、胸闷、腹胀、便溏等为辨证要点。临床表现:面肢浮肿,甚至伴有胸

水、腹水和阴部水肿;肢体困重、酸楚;胸闷腹胀;纳呆便溏;舌淡胖苔白腻,脉濡或缓。

3.2.2 湿热证 湿热证是以湿热蕴蒸和气机郁滞为主要病机,临床辨证以胸脘烦闷,口苦口黏,大便黏滞,小便短赤、灼热涩痛为要点。临床表现:头重且沉;胸脘烦闷;口苦口黏,渴饮不多;纳呆泛恶;尿急而频,灼热涩痛或滴沥刺痛,尿色黄赤混浊,或血尿,或尿有砂石;大便黏滞不爽;舌质红苔黄腻,脉濡数或滑数。

3.2.3 血瘀证 血瘀证是由离经之血不能及时排出或消散而停留在局部,或血行不畅、流动迟缓或血滞脉中或某个器官之内,聚而不散,称为瘀血,由瘀血内阻而产生的证候,称为血瘀证。血瘀证以刺痛、肿块、出血、失荣和皮肤黏膜等组织紫暗及脉涩为辨证要点。血液的高凝状态或高黏状态可作为辅助诊断血瘀证的依据之一。临床表现:痛有定处,夜间加重;肢体刺痛、麻木,或偏瘫;肌肤甲错;口唇紫暗、舌质黯淡或有瘀斑、舌下脉络色紫怒张;脉涩或结代。

3.2.4 溺毒证 溺毒证是以肾元衰败、溺毒蕴聚、壅滞三焦、动血扰神为主要病机。溺毒是一类具有黏滞、重浊、稠厚、污秽特性的内生病理产物和致病因素,临床辨证以呕恶纳呆、口腻味臊、神识呆钝为要点。临床表现:呕恶纳呆;口腻味臊;神识呆钝,或烦闷不宁;皮肤瘙痒;衄血或便血;舌苔污浊垢腻,脉滑数。

4 慢性肾衰竭中医常见复合证型及其治疗原则

CRF 中医常见证型多表现为由两种或两种以上的基本证型构成的复合证型。CRF 早期多见气虚证、阴虚证和阳虚证夹杂水湿证;中期常见气阴两虚证、阴阳两虚证夹杂湿热证和血瘀证;晚期多见气血阴阳俱虚证夹杂溺毒证。

CRF 的中医治疗原则是辨证论治,根据其临床复合证型制定其治疗方案^[7]。如气血阴阳俱虚证:气虚证 + 血虚证 + 阴虚证 + 阳虚证;治法:益气补血,温阳滋肾;主方:金匱肾气汤合当归补血汤加减。血瘀水湿证:血瘀证 + 水湿证;治法:化瘀利水;主方:桃红四物汤合五苓散加减。湿热溺毒证:湿热证 + 溺毒证;治法:清热除湿解毒;主方:四妙散合苏叶黄连汤合调胃承气汤加减。

CRF 是一组病程冗长、病情不断发展、病变复杂而多样化的临床综合征。随着现代医学研究的不断深入,循证医学成果推陈出新,对于 CRF 发病机制及防治方法的认识也在不断变化。尽管本指南凝聚了全国众多中西医结合肾病专家的经验与智慧,但在写作的过程中无法面面俱到,难免存在局限与疏漏,部分观点

仍存争议,指南的科学性、实用性还需要在临床实践中不断验证和完善。希望各位同行在应用过程中提出问题和意见,并不断积累新的研究证据,以便日后修订指南时参考采用。

执笔人:陈香美 倪兆慧 刘玉宁 谢院生 孙 伟

参加指南讨论人员:

陈香美 陈以平 聂莉芳 方敬爱 李 平 梁 萌
樊均明 邓跃毅 谢院生 倪兆慧 刘玉宁 李 英
杨洪涛 孙 伟 何立群 袁发焕 魏连波 史 伟
程小红 汪年松 林 珊 何娅妮 占永立 宋立群
苗里宁 张佩青 王 丹 陈志强 张 铎 魏日胞
张胜容 马 路 张勉之 张红霞 余仁欢 李月红
高继宁 童安荣 戴恩来 白 皓 刘旭生 胡文博
李 锋 王伟铭 那 宇 李 旭 鞠建伟 张道友
彭 文 胡 昭 涂卫平 魏仲南 罗健华 郭志勇
王铁民 朱辟疆 李顺民 鲁 盈 刘华锋 尹友生
熊 飞 邢昌赢 陈 明 刘加林 詹继红 吉 勤
谈 平 吕 静 李 伟 陈洪宇 赵宗江 叶朝阳
王会玲 赵 文 吴 杰 冯 哲 耿文佳

参 考 文 献

- [1] KDIGO CKD Work Group. KDIGO 2012 clinical practice guideline for the evaluation and manage-

ment of chronic kidney disease [J]. Kidney Int (Suppl), 2013, 3: 1-150.

- [2] 陈香美主编. 临床诊疗指南·肾脏病学分册[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2011: 218-228.
- [3] James PA, Oparil S, Carter BL, et al. 2014 evidence-based guideline for the management of high blood pressure in adults: report from the panel members appointed to the Eighth Joint National Committee (JNC 8) [J]. JAMA, 2014, 311 (5): 507-520.
- [4] American Diabetes Association. Executive summary: Standards of medical care in diabetes-2014 [J]. Diabetes Care, 2014, 37 (Suppl 1): S5-S13.
- [5] 邓跃毅, 杨洪涛, 孙伟, 等. 慢性肾脏病主要证型的中医辨证与治疗[J]. 中华肾病研究电子杂志, 2013, 2 (5): 228-231.
- [6] 占永立, 余仁欢, 魏仲南, 等. 慢性肾脏病常见兼证的中医辨证与治疗[J]. 中华肾病研究电子杂志, 2013, 2 (5): 232-236.
- [7] 刘玉宁, 谢院生, 方敬爱. 与中医医学生谈肾脏病的中医临床辨证[J]. 中国中西医结合肾病杂志, 2014, 15 (9): 753-756.

(收稿:2015-07-09)

《中国中西医结合杂志》获“2014 中国最具国际影响力学术期刊”

2014 年 12 月 16 日,中国学术期刊(光盘版)电子杂志社、清华大学图书馆、中国学术文献国际评价研究中心联合发布《中国学术期刊国际、国内引证报告(2014 版)》。引证报告显示,2012 年以来中国国际影响力优秀学术期刊的国际总被引频次连续 3 年大幅增长,中国学术期刊的国际影响力正不断提升。同时发布了“2014 中国最具国际影响力学术期刊”和“2014 中国国际影响力优秀学术期刊”名单。《中国中西医结合杂志》获“2014 中国最具国际影响力学术期刊”。本刊国际影响力指数 CI 为 90.907,国际他引总引频次 1003 次,国际他引影响因子 0.172。