

· 标准 · 方案 · 指南 ·

紫癜性肾炎诊治循证指南(2016)

中华医学会儿科学分会肾脏学组

【前言】

紫癜性肾炎是儿科常见的继发性肾小球疾病之一,由于诊断标准不统一、观察随访时间差异,因而过敏性紫癜患者中发生肾损害的报告率差异较大,文献报道为 10%~100%。2000 年 11 月中华医学会儿科学分会肾脏学组在珠海制定了紫癜性肾炎的诊断和治疗方案(草案)^[1],2009 年 12 月中华儿科杂志发表了“儿童紫癜性肾炎的诊治循证指南”^[2],对规范国内儿童紫癜性肾炎的临床诊治起了积极作用。由于近年不断有新研究证据发表,因此本指南在 2009 年指南的基础上,通过全面查询、分析和评价新的研究证据、征求各方意见并充分讨论达成共识后进行修订,旨在帮助临床医生为紫癜性肾炎患儿选择当前相对较好的诊治方法。

本指南主要适用于具有一定儿童肾脏病专业基础以及接受过儿童肾脏专业培训或研修的临床儿科医师,尤其是为儿肾专科医师提供临床参考。在临床实践中,医师应参考本指南原则并结合患者具体病情进行个体化处理。

【证据来源】

一、文献检索

1. 数据库及关键词选择:本指南采用了 2009 年指南所检索的数据库:Pubmed, EMBASE, Cochrane Library, 中国生物医学数据库, 中国期刊网。检索关键词:外文:[(“Purpura, Schoenlein-Henoch” or “Henoch Schonlein purpura” or “Schonlein Henoch purpura” or “Henoch purpura” or “Schonlein disease”) and (“kidney disease” or “nephritis” or “nephropathy” or “glomerulonephritis”)], Henoch Schonlein nephritis, Henoch Schonlein nephropathy, Henoch Schonlein glomerulonephritis, HSN, HSPN, HSP-GN, HSPGN。中文:[紫癜, 过敏性[主题词]或紫癜]和[explode 肾疾病[主题词]或肾炎或肾小

球肾炎或肾病或肾疾病]。相关英文和中文文献发表时间为 2008 年 7 月至 2015 年 12 月。

2. 文献纳入标准:(1)涉及的研究对象小于等于 18 岁。(2)关于紫癜性肾炎诊断治疗相关指南、随机对照临床试验(RCT)、Meta 分析和综述。

3. 文献排除标准:重复收录的文献,仅保留发表年份早、样本量大和信息全面的;如研究内容相似,则选取证据级别相对较高的文献。文献排除的其他标准:(1)其他原发或继发性肾脏疾病;(2)按中医分型辨治、传统中药组方治疗;(3)实验分组不正确;(4)结果判定不客观、欠准确,缺乏定量资料;(5)紫癜性肾炎的动物实验研究。

二、检索结果

从 2008 年 7 月 1 日至 2015 年 12 月 31 日数据库中检索到儿童紫癜性肾炎相关文献 1 971 篇,由 2 位研究者分别阅读标题和摘要,按照文献纳入及排除标准进行筛选,确定入选后阅读全文,并按证据分级原则对文献进行分级,当 2 位评价者意见不同时,征询第 3 位评价者,讨论后确定。最终入选更新文献 142 篇,其中:改善全球肾脏病预后组织(KDIGO)指南 1 篇^[3],系统综述 5 篇^[4-8],Meta 分析 4 篇^[9-12]。

【证据水平及推荐等级】

本指南中的证据水平及推荐等级仍同 2009 版,参照欧洲心血管病学提出的证据和推荐建议分级方法(表 1),证据水平分 3 级,推荐意见分 4 级,在指南中以[证据水平/推荐等级]表示。

【紫癜性肾炎的诊断】

一、诊断标准

在过敏性紫癜病程 6 个月内,出现血尿和(或)蛋白尿。其中血尿和蛋白尿的诊断标准分别为:

1. 血尿:肉眼血尿或 1 周内 3 次镜下血尿红细胞 ≥ 3 个/高倍视野(HP)。

2. 蛋白尿:满足以下任一项者:(1)1 周内 3 次尿常规定性示尿蛋白阳性;(2)24 h 尿蛋白定量 > 150 mg 或尿蛋白/肌酐(mg/mg) > 0.2 ;(3)1 周内 3 次尿微量白蛋白高于正常值[B]。

DOI:10.3760/cma.j.issn.0578-1310.2017.09.003

通信作者:黄松明,210008 南京医科大学附属儿童医院,Email: smhuang@njmu.edu.cn

表 1 证据水平和推荐等级

证据水平	证据来源
A	源于多个随机对照临床试验(RCT)或系统综述、Meta分析
B	源于单个的随机临床试验或大样本非随机临床研究
C	源于专家共识和(或)小样本研究、回顾性研究以及注册登记的资料
推荐等级	含义
I 级	证据和(或)共识对于诊断程序或治疗是有确定疗效的、可实施的和安全的
II a	对治疗的有效性具有分歧,但主要是有效的证据
II b 级	对治疗的有效性具有分歧,但主要是疗效欠佳的证据
III 级	对治疗是无效的甚至是有害的证据

极少部分患儿在过敏性紫癜急性病程 6 个月后,再次出现紫癜复发,同时首次出现血尿和(或)蛋白尿者,应争取进行肾活检,如为 IgA 系膜区沉积为主的系膜增生性肾小球肾炎,仍可诊断为紫癜性肾炎[C]。

二、临床分型

- 1. 孤立性血尿型;
- 2. 孤立性蛋白尿型;
- 3. 血尿和蛋白尿型;
- 4. 急性肾炎型;
- 5. 肾病综合征型;
- 6. 急进性肾炎型;
- 7. 慢性肾炎型。

三、病理分级

肾活检病理检查是判断肾脏损伤程度的金标准,目前常用的病理分级指标为 1974 年 ISKDC 和 2000 年中华医学会儿科学分会肾脏学组制定。近年来对紫癜性肾炎的临床及病理研究发现,肾小管间质损伤与紫癜性肾炎的疗效及转归密切相关^[13-14] [B]。

肾小球病理分级:

- I 级:肾小球轻微异常;
- II 级:单纯系膜增生,分为:a. 局灶节段;b. 弥漫性;
- III 级:系膜增生,伴有 <50% 肾小球新月体形成和(或)节段性病变(硬化、粘连、血栓、坏死),其系膜增生可为:a. 局灶节段;b. 弥漫性;
- IV 级:病变同 III 级,50% ~ 75% 的肾小球伴有上述病变,分为:a. 局灶节段;b. 弥漫性;
- V 级:病变同 III 级, >75% 的肾小球伴有上述病变,分为:a. 局灶节段;b. 弥漫性;
- VI 级:膜增生性肾小球肾炎。

肾小管间质病理分级^[15]:

- (-)级:间质基本正常;
- (+)级:轻度小管变形扩张;
- (++)级:间质纤维化、小管萎缩 <20%,散在炎性细胞浸润;
- (+++)级:间质纤维化、小管萎缩占 20% ~ 50%,散在和(或)弥漫性炎性细胞浸润;
- (++++)级:间质纤维化、小管萎缩 >50%,散在和(或)弥漫性炎性细胞浸润。

【治疗】

紫癜性肾炎患儿的临床表现与肾病理损伤程度并不完全一致,后者能更准确地反映病变程度及远期预后。没有条件获得病理诊断时,可根据其临床分型选择相应的治疗方案^[16]。

一、激素及其他免疫抑制剂治疗

1. 孤立性血尿或病理 I 级:专家建议:仅对过敏性紫癜进行相应治疗,镜下血尿目前未见有确切疗效的文献报道。应密切监测患儿病情变化,目前建议需延长随访时间^[17] [C/II a]。

2. 孤立性微量蛋白尿或合并镜下血尿或病理 II a 级:国外研究报道较少,KDIGO 指南建议对于持续蛋白尿 >0.5 ~ 1 g/(d · 1.73 m²) 的紫癜性肾炎患儿,应使用血管紧张素转换酶抑制剂(ACEI)或血管紧张素受体拮抗剂(ARB)治疗^[3]。由于 ACEI 和 ARB 类药物有降蛋白尿的作用[A/I],本指南建议可常规使用^[3]。尽管国内有多项关于雷公藤多甙治疗有效的报道,但目前雷公藤多甙药品说明书明确提示儿童禁用,故本指南不再建议儿童使用雷公藤多甙治疗。

3. 非肾病水平蛋白尿或病理IIb、IIIa 级: KDIGO 指南建议对于持续蛋白尿 >1 g/(d · 1.73 m²)、已应用 ACEI 或 ARB 治疗、GFR >50 ml/(min · 1.73 m²) 的患儿,给予糖皮质激素治疗 6 个月^[3]。目前国内外均有少数病例报道使用激素或联合免疫抑制剂治疗的报道^[18-19] [C/II a],但对该类患儿积极治疗的远期疗效仍有待大规模多中心随机对照研究及长期随访。

4. 肾病水平蛋白尿、肾病综合征、急性肾炎综合征或病理 III b、IV 级:KDIGO 指南建议对于表现为肾病综合征和(或)肾功能持续恶化的新月体性紫癜性肾炎的患儿应用激素联合环磷酰胺治疗^[3]。该组患儿临床症状及病理损伤均较重,均常规使用糖皮质激素治疗,且多倾向于激素联合免疫抑制剂治疗,其中疗效相对肯定的是糖皮质激素联合环磷

酰胺治疗^[11, 18, 20] [A/I]。若临床症状较重、肾病理呈弥漫性病变或伴有 >50% 新月体形成者,除口服糖皮质激素外,可加用甲泼尼龙冲击治疗,15 ~ 30 mg/(kg · d),每日最大量不超过 1.0 g,每天或隔天冲击,3 次为一疗程^[21] [B/IIa]。

此外有研究显示,激素联合其他免疫抑制剂如环孢素 A^[22-25] [C/IIa]、霉酚酸酯^[26-28] [C/IIa]、硫唑嘌呤^[21, 29] [B/IIa] 等亦有明显疗效。

可供选择的治疗方案如下:

1. 糖皮质激素联合环磷酰胺冲击治疗:泼尼松 1.5 ~ 2 mg/(kg · d),口服 4 周改隔日口服 4 周后渐减量,在使用糖皮质激素基础上应用环磷酰胺静脉冲击治疗,常用方法为:(1)8 ~ 12 mg/(kg · d),静脉滴注,连续应用 2 d、间隔 2 周为一疗程;(2)500 ~ 750 mg/(m² · 次),每月 1 次,共 6 次。环磷酰胺累计量 ≤ 168 mg/kg。

2. 糖皮质激素联合钙调蛋白抑制剂:目前文献报道最多的仍是联合环孢素 A。环孢素 A 口服 4 ~ 6 mg/(kg · d),每 12 小时 1 次,于服药后 1 ~ 2 周查血药浓度,维持谷浓度在 100 ~ 200 μg/L,诱导期 3 ~ 6 个月,诱导有效后逐渐减量。有报道,对于肾病水平蛋白尿患儿若同时存在对泼尼松、硫唑嘌呤、环磷酰胺耐药时,加用环孢素 A 治疗可显著降低尿蛋白。

3. 糖皮质激素联合吗替麦考酚酯(MMF):MMF 20 ~ 30 mg/(kg · d),分 2 次口服,3 ~ 6 个月后渐减量,总疗程 12 ~ 24 个月。

4. 糖皮质激素联合硫唑嘌呤:硫唑嘌呤 2 mg/(kg · d),一般疗程 8 个月 ~ 1 年。近年国内临床应用逐渐减少,多为国外应用报道。

除以上免疫抑制剂外,日本及国内还有关于激素联合咪唑立宾^[30-31] [C/IIa] 或来氟米特^[32] [C/IIa] 治疗有效的临床报道,但均为小样本临床试验,具体疗效仍有待临床大规模多中心 RCT 研究验证。

5. 急性肾炎或病理 V 级、VI 级:这类患儿临床症状严重、病情进展较快,治疗方案和前一级类似,现多采用三至四联疗法,常用方案为:甲泼尼龙冲击治疗 1 ~ 2 个疗程后口服泼尼松 + 环磷酰胺(或其他免疫抑制剂) + 肝素 + 双嘧达莫^[33] [C/I]。亦有甲泼尼龙联合尿激酶冲击治疗 + 口服泼尼松 + 环磷酰胺 + 肝素 + 双嘧达莫治疗的文献报道^[34] [C/IIa]。

除药物治疗外,有个案报道示扁桃体切除及血

浆置换治疗可有效治疗急性肾炎或病理改变严重者^[34-35] [C/IIa],但其为小样本非随机研究,确切疗效仍有待进一步证实。

二、其他辅助治疗

在以上分级治疗的同时,对于有蛋白尿的患儿,无论是否合并高血压,KDIGO 指南均建议加用 ACEI 和(或)ARB 类药物^[3] [A/I]。此外,可加用抗凝剂和(或)抗血小板聚集药,多为口服双嘧达莫 3 ~ 5 mg/(kg · d),以改善患儿高凝状态[C/IIa]。此外尚有报道对于重症紫癜性肾炎患儿,加用尿激酶治疗^[23, 30] [C/IIa]。目前关于抗凝剂和(或)抗血小板聚集药物、丙种球蛋白^[5] 等辅助治疗是否有效仍存有争议。

目前有少数报道扁桃体切除^[35-36] [C/IIa] 有效治疗肾病水平蛋白尿、病理 III 级及以上的紫癜性肾炎患儿病例报道,其疗效尚无定论,仍有待研究。

此外,由于血浆置换等能够有效地清除免疫复合物、细胞因子等炎症递质,迅速缓解症状,减少蛋白尿、减轻肾损伤。现有少数研究报道,对重症紫癜性肾炎患儿,血浆置换可显著改善预后^[37-40] [C/IIa],同样需临床循证医学证据支持。

【预防】

近 5 年的 Meta 分析和大规模多中心 RCT 研究均提示激素不能有效预防过敏性紫癜肾损害的发生^[8-10, 12, 41-42],故不建议常规使用激素预防过敏性紫癜肾损害发生[A/III]。此外,对于抗凝剂和(或)抗血小板聚集药物对过敏性紫癜患儿肾损害的预防作用存有争议。目前少数研究示双嘧达莫、阿司匹林等不能有效预防过敏性紫癜肾损害,但早期应用抗凝剂肝素可减少或延缓肾损害发生、缓解肾脏受累症状^[4, 12]。

【随访】

紫癜性肾炎虽有一定的自限性,但仍有部分患儿病程迁延,甚至进展为慢性肾功能不全。不同随访中心数据不一致,有随访研究[平均随访时间 6.2 (0.6 ~ 22.0) 年]显示,在肾病水平性蛋白尿的 HSN 患儿中,约 20% 最终发展为慢性肾功能不全^[43],因此现认为对于紫癜性肾炎患儿应延长随访时间,尤其是对于起病年龄晚、临床表现为肾病水平蛋白尿或肾组织病理损伤严重的患儿应随访至成年期^[44-47] [B]。

声明 本循证诊治指南仅为指导临床医师诊治紫癜性肾炎,并非强制执行措施。在该循证诊治指南制定和更新修订过程中未接受任何

医药企业的资助。参与该循证诊治指南更新修订的作者无利益冲突。未向患儿家属和护理人员征集意见等为本循证诊治指南不足之处。

(朱春华 黄松明 执笔)

本指南审定专家组成员(以姓氏拼音为序):北京大学第一医院儿科(丁洁、王芳、钟旭辉);南京医科大学附属儿童医院(黄松明、张爱华);中山大学第一医院儿科(蒋小云);浙江大学医学院附属儿童医院(毛建华);首都医科大学附属北京儿童医院(沈颖);北京协和医院儿科(魏琅);解放军南京总医院儿科(夏正坤);复旦大学儿科医院(徐虹);中南大学湘雅二医院儿科(易著文);华中科技大学同济医学院附属同济医院儿科(周建华)

方法学指导专家:北京大学循证医学中心(詹思延);北京中医药大学循证医学中心(刘建平)

参 考 文 献

- [1] 中华医学会儿科学分会肾脏病学组. 小儿肾小球疾病的临床分类、诊断及治疗[J]. 中华儿科杂志, 2001, 39(12): 746-749. DOI:10.3760/cma.j.issn.0578-1310.2001.12.013.
- [2] 中华医学会儿科学分会肾脏病学组. 儿童常见肾脏疾病诊治循证指南(二): 紫癜性肾炎的诊治循证指南(试行)[J]. 中华儿科杂志, 2009, 47(12): 911-913. DOI:10.3760/cma.j.issn.0578-1310.2009.12.007.
- [3] Chapter 11: Henoch-Schönlein purpura nephritis[J]. Kidney Int Suppl (2011), 2012, 2(2): 218-220. DOI: 10.1038/kisup.2012.24.
- [4] Chartapisak W, Opatiraku S, Willis NS, et al. Prevention and treatment of renal disease in Henoch-Schönlein purpura: a systematic review[J]. Arch Dis Child, 2009, 94(2): 132-137. DOI:10.1136/adc.2008.141820.
- [5] Zaffanello M, Brugnara M, Franchini M, et al. Adjuvant treatments for Henoch-Schönlein purpura nephritis in children: A systematic review[J]. Curr Ther Res Clin Exp, 2009, 70(3): 254-265. DOI:10.1016/j.curtheres.2009.05.003.
- [6] Davin JC. Henoch-Schonlein purpura nephritis: pathophysiology, treatment, and future strategy[J]. Clin J Am Soc Nephrol, 2011, 6(3): 679-689. DOI:10.2215/CJN.06710810.
- [7] Davin JC, Coppo R. Pitfalls in recommending evidence-based guidelines for a protean disease like Henoch-Schönlein purpura nephritis[J]. Pediatr Nephrol, 2013, 28(10): 1897-1903. DOI: 10.1007/s00467-013-2550-4.
- [8] Szemenyei C, Hahn D. Prevention of nephritis in Henoch-Schönlein purpura[J]. J Paediatr Child Health, 2015, 51(2): 236-239. DOI:10.1111/jpc.12785.
- [9] 储昭乐, 陈智, 李章. 糖皮质激素预防儿童过敏性紫癜肾损害的 meta 分析[J]. 临床儿科杂志, 2013, 31(5): 470-473. DOI:10.3969/j.issn.1000-3606.2013.05.020.
- [10] 张莹, 夏正坤, 高远赋, 等. 糖皮质激素预防过敏性紫癜患儿肾损害随机对照试验的 Meta 分析[J]. 中国循证儿科杂志, 2012, 7(5): 349-353. DOI: 10.3969/j.issn.1673-5501.2012.05.006.
- [11] 孙智才, 杨华彬, 曾海丽. 环磷酰胺治疗儿童紫癜性肾炎的 Meta 分析[J]. 中华临床医师杂志: 电子版, 2014, (4): 695-701. DOI:10.3877/cma.j.issn.1674-0785.2014.04.026.
- [12] Hahn D, Hodson EM, Craig JC. Interventions for metabolic bone disease in children with chronic kidney disease[J]. Cochrane Database Syst Rev, 2015, (11): CD008327. DOI: 10.1002/14651858.CD008327.pub2.
- [13] Szeto CC, Choi PC, To KF, et al. Grading of acute and chronic renal lesions in Henoch-Schönlein purpura[J]. Mod Pathol, 2001, 14(7): 635-640. DOI:10.1038/modpathol.3880364.
- [14] Kawasaki Y, Suzuki J, Sakai N, et al. Clinical and pathological features of children with Henoch-Schoenlein purpura nephritis: risk factors associated with poor prognosis[J]. Clin Nephrol, 2003, 60(3): 153-160.
- [15] Bohle A, Müller GA, Wehrmann M, et al. Pathogenesis of chronic renal failure in the primary glomerulopathies, renal vasculopathies, and chronic interstitial nephritides[J]. Kidney Int Suppl, 1996, 54:S2-9.
- [16] Davin JC, Coppo R. Henoch-Schönlein purpura nephritis in children[J]. Nat Rev Nephrol, 2014, 10(10): 563-573. DOI: 10.1038/nrneph.2014.126.
- [17] 杨霖云. 小儿过敏性紫癜性肾炎诊治中的几个问题[J]. 肾脏病与透析肾移植杂志, 2004, 13(2): 147-149. DOI:10.3969/j.issn.1006-298X.2004.02.011.
- [18] Edstrom HS, Soderberg HP, Berg UB. Treatment of severe Henoch-Schonlein and immunoglobulin A nephritis. A single center experience[J]. Pediatr Nephrol, 2009, 24(1): 91-97. DOI:10.1007/s00467-008-0990-z.
- [19] Deng F, Lu L, Zhang Q, et al. Improved outcome of Henoch-Schonlein purpura nephritis by early intensive treatment[J]. Indian J Pediatr, 2012, 79(2): 207-212. DOI:10.1007/s12098-011-0519-5.
- [20] 赵丹, 王君, 李惠芳, 等. 儿童过敏性紫癜性肾炎药物治疗的 Meta 分析[J]. 中国循证儿科杂志, 2007, 2(2): 88-101. DOI: 10.3969/j.issn.1673-5501.2007.02.002.
- [21] Shin JI, Park JM, Shin YH, et al. Can azathioprine and steroids alter the progression of severe Henoch-Schönlein nephritis in children? [J]. Pediatr Nephrol, 2005, 20(8): 1087-1092. DOI:10.1007/s00467-005-1869-x.
- [22] Georgaki-Angelaki E, Kostaridou S, Lourida A, et al. Abrupt and durable remission of Henoch-Schönlein purpura nephritis with cyclosporine A[J]. NDT Plus, 2008, 1(5): 300-302. DOI: 10.1093/ndtplus/sfn105.
- [23] Ohara S, Kawasaki Y, Miyazaki K, et al. Efficacy of cyclosporine A for steroid-resistant severe Henoch-Schönlein purpura nephritis[J]. Fukushima J Med Sci, 2013, 59(2): 102-107.
- [24] Park JM, Won SC, Shin JI, et al. Cyclosporin A therapy for Henoch-Schonlein nephritis with nephrotic-range proteinuria[J]. Pediatr Nephrol, 2011, 26(3): 411-417. DOI: 10.1007/S00467-010-1723-7.
- [25] Jauhola O, Ronkainen J, Autio-Harmainen H, et al. Cyclosporine A vs. methylprednisolone for Henoch-Schönlein nephritis: a randomized trial[J]. Pediatr Nephrol, 2011, 26(12): 2159-2166. DOI:10.1007/s00467-011-1919-5.
- [26] Nikibakhsh AA, Mahmoodzadeh H, Karamyyar M, et al. Treatment of severe henoch-schonlein purpura nephritis with mycophenolate mofetil[J]. Saudi J Kidney Dis Transpl, 2014, 25(4): 858-863.
- [27] Du Y, Hou L, Zhao C, et al. Treatment of children with Henoch-Schönlein purpura nephritis with mycophenolate mofetil[J]. Pediatr Nephrol, 2012, 27(5): 765-771. DOI:10.1007/s00467-011-2057-9.
- [28] Nikibakhsh AA, Mahmoodzadeh H, Karamyyar M, et al. Treatment of complicated henoch-schönlein purpura with mycophenolate mofetil: a retrospective case series report[J]. Int J Rheumatol, 2010, 2010: 254316. DOI:10.1155/2010/254316.
- [29] Altugan FS, Ozen S, Aktay-Ayaz N, et al. Treatment of severe Henoch-Schönlein nephritis: justifying more immunosuppression[J]. Turk J Pediatr, 2009, 51(6): 551-555.
- [30] Kawasaki Y, Suyama K, Hashimoto K, et al. Methylprednisolone pulse plus mizoribine in children with Henoch-Schoenlein purpura nephritis[J]. Clin rheumatol, 2011, 30(4): 529-535. DOI: 10.1007/S10067-010-1572-6.
- [31] 李良志, 刘雷, 何先红, 等. 咪唑立宾治疗重症过敏性紫癜性肾炎 21 例疗效观察[J]. 重庆医学, 2010, 39(14): 1904-1906. DOI:10.3969/j.issn.1671-8348.2010.14.056.

- [32] 王一冰, 李强, 李晶, 等. 来氟米特与环磷酰胺治疗 HSPN 效果比较[J]. 齐鲁医学杂志, 2009, 24(5): 424-426. DOI: 10.3969/j.issn.1008-0341.2009.05.018.
- [33] Huang YJ, Yang XQ, Zhai WS, et al. Clinicopathological features and prognosis of membranoproliferative-like Henoch-Schönlein purpura nephritis in children[J]. World J Pediatr, 2015, 11(4): 338-345. DOI: 10.1007/s12519-014-0527-4.
- [34] Kawasaki Y. The pathogenesis and treatment of pediatric Henoch-Schönlein purpura nephritis[J]. Clin Exp Nephrol, 2011, 15(5): 648-657. DOI: 10.1007/s10157-011-0478-1.
- [35] Ohara S, Kawasaki Y, Matsuura H, et al. Successful therapy with tonsillectomy for severe ISKDC grade VI Henoch-Schönlein purpura nephritis and persistent nephrotic syndrome[J]. Clin Exp Nephrol, 2011, 15(5): 749-753. DOI: 10.1007/s10157-011-0463-8.
- [36] Kanai H, Sawanobori E, Kobayashi A, et al. Early treatment with methylprednisolone pulse therapy combined with tonsillectomy for heavy proteinuric henoch-schönlein purpura nephritis in children[J]. Nephron Extra, 2011, 1(1): 101-111. DOI: 10.1159/000333010.
- [37] Hattori M, Ito K, Konomoto T, et al. Plasmapheresis as the sole therapy for rapidly progressive Henoch-Schönlein purpura nephritis in children[J]. Am J Kidney Dis, 1999, 33(3): 427-433.
- [38] Kawasaki Y, Suzuki J, Murai M, et al. Plasmapheresis therapy for rapidly progressive Henoch-Schönlein nephritis[J]. Pediatr Nephrol, 2004, 19(8): 920-923. DOI: 10.1007/s00467-004-1514-0.
- [39] Kawasaki Y, Ono A, Ohara S, et al. Henoch-Schönlein purpura nephritis in childhood: pathogenesis, prognostic factors and treatment[J]. Fukushima J Med Sci, 2013, 59(1): 15-26.
- [40] Shenoy M, Ognjanovic MV, Coulthard MG. Treating severe Henoch-Schönlein and IgA nephritis with plasmapheresis alone[J]. Pediatr Nephrol, 2007, 22(8): 1167-1171. DOI: 10.1007/s00467-007-0498-y.
- [41] Jauhola O, Ronkainen J, Koskimies O, et al. Outcome of Henoch-Schönlein purpura 8 years after treatment with a placebo or prednisone at disease onset[J]. Pediatr Nephrol, 2012, 27(6): 933-939. DOI: 10.1007/s00467-012-2106-z.
- [42] Dudley J, Smith G, Llewelyn-Edwards A, et al. Randomised, double-blind, placebo-controlled trial to determine whether steroids reduce the incidence and severity of nephropathy in Henoch-Schönlein Purpura (HSP)[J]. Arch Dis Child, 2013, 98(10): 756-763. DOI: 10.1136/archdischild-2013-303642.
- [43] Wakaki H, Ishikura K, Hataya H, et al. Henoch-Schönlein purpura nephritis with nephrotic state in children: predictors of poor outcomes[J]. Pediatr Nephrol, 2011, 26(6): 921-925. DOI: 10.1007/s00467-011-1827-8.
- [44] Tudorache E, Azema C, Hogan J, et al. Even mild cases of paediatric Henoch-Schönlein purpura nephritis show significant long-term proteinuria[J]. Acta Paediatr, 2015, 104(8): 843-848. DOI: 10.1111/apa.12723.
- [45] Lucas Garcia J, Alvarez Blanco O, Sanahuja Ibañez MJ, et al. Outcome of Henoch-Schönlein nephropathy in pediatric patients. Prognostic factors[J]. Nefrologia, 2008, 28(6): 627-632.
- [46] Spasojević-Dimitrijeva B, Kostić M, Peco-Antić A, et al. Henoch-Schönlein purpura outcome in children: a ten-year clinical study[J]. Srp Arh Celok Lek, 2011, 139(3-4): 174-178.
- [47] Fujinaga S, Endo A, Hirano D. Outcome of children with heavy non-nephrotic proteinuria in Henoch-Schönlein nephritis[J]. Pediatr Nephrol, 2012, 27(2): 331-332; author reply 333-334. DOI: 10.1007/s00467-011-2050-3.

(收稿日期: 2017-07-13)

(本文编辑: 江澜)

· 会议 · 征文 · 消息 ·

《中华儿科杂志》2017 年指南巡讲(济南站)开会通知

由中华医学会杂志社、《中华儿科杂志》编辑委员会联合组织的中华医学会杂志社指南巡讲系列活动之一——《中华儿科杂志》2017 年指南巡讲(济南站)拟于 2017 年 9 月 14—16 日(14 日报道, 15、16 日全天)在济南舜耕酒店(济南市舜耕路 28 号)召开。

巡讲内容涵盖:“儿童重症监护病房镇痛和镇静治疗的专家共识(2013 版)”“儿童脓毒性休克(感染性休克)诊治专家共识(2015 版)”“脑死亡判定标准与技术规范(儿童质控版)”“0~3 岁婴幼儿喂养建议(基层医师版)”“早产、低出生体重儿出院后喂养建议”“中国儿童体格生长评价建议”“支原体感染临床和诊断系统综述”“支原体感染诊断和治疗若干问题”“支原体肺炎治疗系统综述”“儿童功能性胃肠病罗马 IV 标准解读之便秘诊治进展”“儿童功能性胃肠病

罗马 IV 标准解读之儿童胃食管反流的诊断和治疗”“中国儿童急性感染性腹泻病临床实践指南”“儿童肠内营养”等。将由共识或者指南的执笔专家亲自进行深度解读。

收费标准: 会务费: 1 000 元/人; 住宿费自理: 430 元/(间·天)。

本次会议授予参会代表国家级 I 类继续教育学分。

参会代表请登录会议网站(<http://cmachild201709.medmeeting.org/cn>)报名, 也可用手机扫描右上角的二维码直接报名。未提前报名的代表, 大会不负责安排住宿。

请关注《中华儿科杂志》官方网站(www.cmaped.org.cn), 微信:“中华儿科杂志”“儿科空间”了解更多会议资讯。

会务组联系人: 刘瑾, 010-85158228, 15811011859。