

卓越医见:共识·领航

DOI: 10.13406/j.cnki.cyx.004066

《重庆市基本医疗保险门诊特殊疾病保障指南(2025年版)》 肾脏病学相关疾病专家共识

《重庆市基本医疗保险门诊特殊疾病保障指南(2025年版)》肾脏病学相关疾病专家共识编写专家组;
重庆市医学会肾脏病学分会

【摘要】随着人口老龄化加剧和慢性非传染性疾病患病率上升,肾脏疾病已被第78届世界卫生大会列为全球优先关注的重大非传染性疾病,其疾病负担日益加重,给医保基金支出带来巨大压力。自2002年重庆市实施门诊特殊疾病保障政策以来,肾脏疾病诊疗模式已发生深刻变化。随着循证医学的进展与新型诊疗手段的广泛应用,原有政策亟待优化,以更有效地满足患者需求,提升保障效能。为此,重庆市医疗保障局自2025年6月1日起实施新版门诊特殊疾病保障政策。为增强政策的科学性与可操作性,在重庆市医疗保障局指导下,重庆市医学会肾脏病学分会联合临床、医保及公共卫生领域专家,依据国内外最新指南,结合本市医疗资源与疾病特点,经多轮论证,对诊断标准、报销目录、诊疗路径及管理效能等关键环节予以细化,形成本专家共识。本共识旨在通过科学诊断、精准保障、规范治疗、高效管理四大策略,提升重庆市慢性肾脏病全生命周期管理水平,延缓疾病进展,提高医保基金使用效率,助力“健康中国2030”重庆行动目标实现,并为全国肾脏疾病医保政策改革提供实践参考。

【关键词】重庆市;医保政策;肾脏疾病;特殊疾病门诊;专家共识

【中图分类号】R692

【文献标志码】A

Expert Consensus on the Standardization of Outpatient Diagnosis and Treatment of Nephrology Specialty for Medically Insured Patients with Special Diseases in Chongqing (2025 Edition)

Expert Consensus Group on the Standardized Outpatient Diagnosis and Treatment of Special Diseases Covered by Medical Insurance in Nephrology(2025 Edition), Nephrology Branch of Chongqing Medical Association

【Abstract】With the accelerated aging of the population and the increasing prevalence of chronic non-communicable diseases, kidney disease has been designated by the 78th World Health Assembly as a major global priority among non-communicable diseases, imposing a significant burden on healthcare insurance funds. Since the implementation of the outpatient special disease coverage policy in Chongqing in 2002, there have been substantial changes in the diagnosis and treatment modes for kidney diseases. With the advances in evidence-based medicine and the wide application of novel diagnosis and treatment approaches, it is urgently needed to optimize existing medical insurance policies, in order to better meet patient needs and improve the efficiency of healthcare coverage. To address this, Chongqing Medical Insurance Bureau implemented a new outpatient special disease coverage policy on June 1, 2025. To enhance the scientificity and practicality of the policy, Nephrology Branch of Chongqing Medical Association, under the guidance of Chongqing Medical Insurance Bureau, collaborated with clinical nephrology experts, health insurance administrators, and public health scholars and formed this expert consensus with reference to the latest domestic and international guidelines and the characteristics of medical resources and diseases in Chongqing after multiple rounds of discussion and refinement of the key links including diagnostic criteria, re-

作者简介:文 雯, Email: delaww@126.com,

研究方向:肾脏疾病及血液净化。

通信作者:杜晓刚, Email: dxgxm@163.com。

基金项目:国家自然科学基金资助项目(编号:82200799);重庆市自然科学基金面上资助项目(编号:CSTB2025NSCQ-GPX0392)。

优先出版: <https://link.cnki.net/urlid/50.1046.r.20260309.1327.004>

(2026-03-10)

imbursement catalogs, diagnosis and treatment pathways, and management efficiency. This consensus aims to enhance the full-lifecycle management of chronic kidney disease in Chongqing and delay disease progression through four core strategies of scientific diagnosis, precise coverage, standardized treatment, and efficient management. It is intended to optimize the use of medical insurance funds, support the goals of the “Healthy China 2030” Action Plan in Chongqing, and provide a practical reference for the reform of

medical insurance policies for kidney disease nationwide.

[Key words]Chongqing; medical insurance policy; kidney disease; outpatient service for special diseases; expert consensus

慢性肾脏病(chronic kidney disease, CKD)是严重危害公众健康的重大慢性非传染性疾病,具有病程长、并发症多、治疗费用高昂等特点^[1]。全球范围内,CKD 中位患病率为 9.5%,中位死亡率为 2.4%^[2],预计到 2040 年,CKD 将成为影响全球寿命的第五大原因^[3]。随着我国人口老龄化加剧及糖尿病、高血压患病率攀升,CKD 疾病负担持续加重。我国成人 CKD 患病率为 10.8%,CKD 患者已超过 1.3 亿^[4],但疾病知晓率仅 10.0%^[5]。CKD 通常呈进行性发展,多数患者将进展至终末期肾脏病(end-stage renal disease, ESRD),需依赖肾脏替代治疗。目前国内有 150 万 ESRD 患者接受长期肾脏替代治疗,年医疗费用高达 4 000 亿元,给医保基金与医疗资源带来巨大压力^[6]。

自 2002 年起,重庆市将慢性肾衰竭血液净化治疗等纳入门诊特殊疾病(以下简称“门诊特病”)保障范围,医保支持显著提升了患者治疗依从性与管理效果。然而,当前肾脏疾病诊疗仍面临多重挑战:①疾病负担持续加重,门诊特病政策在覆盖范围与报销标准上仍滞后于临床实际需求;②诊疗技术快速发展,如新型生物标志物、创新药物与智能化管理工具^[7-9],尚未被医保充分覆盖;③政策执行存在差异,各级医疗机构对认证标准、报销规则理解不一,影响落地效果。为此,2025 年 6 月 1 日起实施的《重庆市基本医疗保险门诊特殊疾病保障指南(2025 年版)》(以下简称《保障指南》)^[10]将原发性肾病综合征、慢性肾脏病及慢性肾衰竭血液净化治疗列为重点优化病种,通过扩大保障范围、统一诊断标准并纳入新型诊疗手段,进一步提升 CKD 管理的科学性与政策可持续性。

为促进政策与临床实践有效衔接,推动肾脏疾病门诊特病管理规范化,在重庆市医疗保障局指导下,重庆市医学会肾脏病学分会联合医疗保障管理机构、临床专家及公共卫生学者,共同制定本共识。通过多方协作,立足临床实际需求与政策实践经验,系统梳理 2025 年医保新规内容,就门诊特病管理核心问题开展专项研究,形成具有可操作性的实施细则。本共识旨在规范肾脏疾病门诊特病的诊断标准、分期管理路径及治疗建议,优化医保衔接与资源配置,提升疾病管理效能与患者生存质量,为重庆市相关实践提供科学依据,也为全国慢性病医保改革提供实证参考。

1 共识的形成与制定

本共识依照系统性流程制定,涵盖政策梳理、实地调研、框架构建及专家论证等主要阶段。首先,系统回顾 2002 年以来国家与重庆市门诊特病相关医保政策,结合国内外最新诊疗指南与管理实践经验,对肾脏疾病门诊特病的发展现

状、存在问题及管理挑战进行全面分析,重点聚焦疾病筛查、长期随访、用药规范及费用控制等核心环节^[10-12]。随后,通过组织对重庆市各级医疗机构的实地调研,广泛收集临床、医保及患者等多方意见,识别早期诊断、治疗优化与并发症管理中的关键问题,并初步构建共识框架。在此基础上,综合政策分析、文献研究及调研结果形成共识讨论稿,通过多轮专家论证广泛征求肾脏病学、医保管理及公共卫生等领域的专业意见,最终经反复修订形成本共识发布稿。

2 共识的服务人群

本共识旨在为重庆市各级医疗机构从事肾脏疾病门诊特病管理的医护人员及医保管理者提供临床指导,并为重庆市医保政策制定部门、基金监管机构、卫生健康领域慢性病管理决策机构及卫生政策研究机构提供循证依据。此外,本共识亦可为患者及家属了解肾脏疾病门诊特病管理政策提供参考。

3 肾脏疾病门诊特病诊治新政

重庆市既往医保门诊特病政策中,针对肾脏疾病的规定主要侧重于慢性肾衰竭患者的透析治疗,尚未形成覆盖 CKD 全病程的管理体系。既往政策下,肾脏病相关治疗药物仅当患者因糖尿病、高血压等原发病引发肾脏并发症时,方可部分享受门诊特病待遇。该覆盖范围存在明显局限,难以充分满足 CKD 在早期筛查、规范诊疗及长期管理方面的临床需求。

3.1 门诊特病病种分类

新版门诊特病病种管理采用动态调整方式。在保证医保基金运行平稳、风险可控的基础上,将部分需长期治疗、健康危害大、经济负担重的疾病门诊费用逐步纳入报销范围,持续完善门诊共济保障体系,推动保障模式从按病种保障向按费用保障稳步转变。本市门诊特病分为一类病种和二类病种。肾脏疾病相关病种中,“慢性肾衰竭血液净化治疗”为一类病种,“原发性肾病综合征”及“慢性肾脏病”为二类病种。随单位参保人员、以个人身份参加职工医保二档人员以及居民医保参保人员,可申请一、二类全部病种。但以个人身份参加职工医保一档的人员肾脏疾病门诊特病仅可申请“慢性肾衰竭血液净化治疗”。

3.2 门诊特病申请办理注意事项

参保人可以根据自愿申请和全市通办的原则,向医保经办机构或其指定的医疗机构提交门诊特病申请。申请材料包括:①申请人有效身份证明:身份证、医保电子凭证或社会

保障卡;②相关病史资料:疾病相关的病历、检查报告等(外院住院病历须加盖医院公章);③《重庆市基本医疗保障特殊疾病待遇资格申报(鉴定)表》;④委托办理材料:如委托他人代办,需提供被委托人有效身份证件及委托书。定点医疗机构须严格依据诊疗指南规范用药。符合条件的门诊特病患者可由医师按照规定开具长期处方,单次处方量通常以4周为限,慢性病患者病情稳定时可适当放宽,但不得超过12周。

4 肾脏疾病门诊特病诊疗与管理规范

诊疗过程中,医师应严格遵守药事管理规定及医疗技术操作规范,以患者病情为依据,参考《保障指南》、国家医保药品目录(本共识参考2024版)^[13]及药品说明书,并结合所在医疗机构的相关制度开具处方,确保诊疗行为合理、规范。诊疗以《保障指南》所列病种和项目为准,超说明书适应证、医保支付范围,以及指南未列举的检验检查项目,均不纳入医保报销。当国家或重庆市出台新规定时,药品和项目的名称、编码、分类及报销均按最新规定执行。《保障指南》中医保分类编码有变化或未列举的药品,如其说明书适应证符合《保障指南》中“医保报销范围”,可按规定纳入报销范围。基于现行诊疗规范,本共识遴选的药物为与肾脏疾病治疗密切相关的常用药物。

4.1 原发性肾病综合征

4.1.1 原发性肾病综合征诊断标准 肾病综合征是一组常见的肾脏疾病综合征,以大量蛋白尿和低白蛋白血症为典型表现,常伴有水肿与高脂血症^[14]。原发性肾病综合征门诊特病诊断标准见表1。

表1 原发性肾病综合征门诊特病诊断标准

诊断标准
①大量蛋白尿(>3.5 g/d)
②低白蛋白血症(血清白蛋白<30 g/L)
③水肿
④高脂血症
⑤排除继发性病因,考虑原发性肾小球疾病

注:需同时满足①、②、⑤条

4.1.2 原发性肾病综合征治疗药物

4.1.2.1 糖皮质激素 包括:地塞米松、甲泼尼龙、泼尼松龙、泼尼松等。

用药注意事项:①地塞米松:用于结缔组织病、红斑狼疮、类风湿性关节炎、活动性风湿病等;②甲泼尼龙:用于无症状的自发性或狼疮性肾病综合征的利尿及缓解蛋白尿、类风湿性关节炎、急性痛风性关节炎、系统性红斑狼疮、全身性皮炎(多肌炎)等;③泼尼松龙:用于肾病综合征、类风湿性关节炎、风湿病、红斑狼疮、血小板减少性紫癜等;④泼尼松:用于结缔组织病、系统性红斑狼疮、皮炎、血管炎等。

4.1.2.2 免疫抑制剂 包括:①钙调磷酸酶抑制剂:他克莫

司、环孢素;②氮芥类似物:环磷酰胺、苯丁酸氮芥、美法仑等。

用药注意事项:①他克莫司^[15-16]:用于防治肝肾移植术后排斥反应,其中颗粒剂型仅限儿童使用;②环孢素:用于防治器官或骨髓移植后排斥反应及移植抗宿主病,亦适用于其他免疫抑制治疗未能控制的自身免疫性疾病,如狼疮肾炎、难治性肾病综合征等。需注意,不同厂家的环孢素说明书适应证存在差异,处方时应以相应药品说明书为准。

4.1.2.3 钠-葡萄糖共转运蛋白2抑制剂(sodium-glucose co-transporter 2 inhibitors, SGLT2i) 目前我国获批的SGLT2i中,仅部分厂家的达格列净具有CKD治疗的明确适应证,处方时应以相应药品说明书为准。

用药注意事项:达格列净可用于慢性肾脏病成人患者^[17-18]。《SGLT2抑制剂在慢性肾脏病患者临床应用的中国专家共识(2023年版)》推荐,对于估算肾小球滤过率(estimated glomerular filtration rate, eGFR)≥20 mL/(min·1.73 m²)的成人CKD患者(无论是否合并2型糖尿病),可考虑使用SGLT2i类药物^[19]。

4.1.2.4 纠正水电解质酸碱平衡紊乱药物

(1)利尿剂 包括:①高效利尿药:布美他尼、呋塞米、托拉塞米;②低效利尿药:氢氯噻嗪;③保钾利尿药:氨苯蝶啶、螺内酯;④加压素拮抗剂:托伐普坦片等。

用药注意事项:托伐普坦片主要用于治疗伴有心力衰竭、肝硬化、抗利尿激素分泌异常综合征等疾病的显著低钠血症(血钠<125 mEq/L或限液治疗无效的有症状患者),亦用于其他利尿剂疗效不佳的心力衰竭相关体液潴留^[20]。

(2)矿物质补充剂 包括:氯化钾、葡萄糖酸钙、醋酸钙、碳酸钙、氯化钙注射剂、复合磷酸氢钾注射液、枸橼酸钾、门冬氨酸钾镁等。

用药注意事项:①醋酸钙限用于高磷血症;②门冬氨酸钾镁注射剂限用于洋地黄中毒所致的心律失常^[13]。

4.1.2.5 抑酸药物(限使用激素的患者) 包括:①H₂受体拮抗剂:法莫替丁、雷尼替丁;②质子泵抑制剂:奥美拉唑、埃索美拉唑(艾司奥美拉唑)、艾司奥美拉唑镁肠溶干混悬剂、奥美拉唑碳酸氢钠干混悬剂(I)、奥美拉唑碳酸氢钠胶囊(II)、艾普拉唑、兰索拉唑、注射用右兰索拉唑、雷贝拉唑、泮托拉唑。用药过程中需结合药品说明书适应证。

用药注意事项:①奥美拉唑碳酸氢钠干混悬剂(I):限用于活动性十二指肠溃疡或胃食管反流病;②奥美拉唑碳酸氢钠胶囊(II):限用于活动性良性胃溃疡;③注射用右兰索拉唑:限用于伴有出血的胃、十二指肠溃疡;④艾普拉唑:二线用药,限用于十二指肠溃疡、反流性食管炎^[13]。

4.1.2.6 降脂药物(单方调节血脂药) 包括:①3-羟基-3-甲基戊二酰辅酶A(3-hydroxy-3-methylglutaryl coenzyme A, HMG-CoA)还原酶抑制剂:阿托伐他汀、辛伐他汀、匹伐他汀、氟伐他汀、瑞舒伐他汀、洛伐他汀、普伐他汀;②贝特类:苯扎贝特、非诺贝特、非诺贝酸片、非诺贝特酸胆碱缓

释胶囊。

降脂药物用药注意事项:①非诺贝特酸胆碱缓释胶囊:限用于成人饮食控制基础上的重度高甘油三酯血症、原发性高胆固醇血症及混合型血脂异常的治疗;②肾功能不全患者应用降脂药物时,应根据肾功能调整方案,见表2。

4.1.2.7 抗血小板药物 包括:阿司匹林(不含分散片)、双嘧达莫、贝前列素、氯吡格雷、铝镁匹林片(II)、替罗非班注射剂、替罗非班氯化钠注射剂、吲哚布芬、替格瑞洛、氯吡格雷阿司匹林片等^[21]。

用药注意事项:①双嘧达莫:抑制血小板聚集,用于预防血栓形成;②吲哚布芬:适用于动脉硬化引起的缺血性心脑血管病、静脉血栓,以及预防血液透析中的血栓形成^[20];③阿司匹林:适用于不稳定性心绞痛、急性心肌梗死的急性期处理与复发预防,动脉血管手术或介入术后的血栓预防,已有早期症状的脑梗死及短暂性脑缺血发作的预防^[22];④氯吡格雷:用于动脉粥样硬化血栓事件的预防,包括近期(心肌梗死<35 d,缺血性卒中7 d至6个月)发生心脑血管事件、确诊外周动脉性疾病以及急性冠脉综合征患者^[23];⑤贝前列素:限用于有明确溃疡、间歇性跛行及严重疼痛体征的慢性动脉闭塞患者;⑥替罗非班注射剂:限用于急性冠脉综合征的介入治疗^[13]。

4.1.2.8 口服吸附毒素和导泄排毒疗法药物 包括:包醛氧淀粉、聚苯乙烯磺酸口服散剂。

用药注意事项:①包醛氧淀粉:用于各种原因导致的氮质血症;②聚苯乙烯磺酸口服散剂:适用于急性及慢性肾功

能障碍引起的高钾血症。

4.1.3 原发性肾病综合征诊疗项目 原发性肾病综合征诊疗项目包括:血常规、肝功11项*、肾功4项*、电解质4项*、血脂4项*、尿常规(包括尿沉渣定量)、尿白蛋白/肌酐比值、淋巴细胞亚群(限使用CD20单抗)、24 h尿蛋白定量、抗磷脂酶A2受体。带“*”的检验项目具体内容详见表3。

4.2 慢性肾脏病

4.2.1 慢性肾脏病诊断标准 慢性肾脏病指各种原因引起的肾脏结构或功能异常≥3个月,包括出现肾脏损伤标志(如白蛋白尿、尿沉渣异常、肾小管相关病变、组织学检查异常及影像学检查异常)或有肾移植病史,伴或不伴肾小球滤过率(glomerular filtration rate, GFR)下降;或不明原因的GFR下降[$<60 \text{ mL}/(\text{min} \cdot 1.73 \text{ m}^2)$]≥3个月^[24]。慢性肾脏病根据GFR水平分为1~5期,其中1~2期对应疾病早期,3期对应中期,4~5期对应晚期。慢性肾功能不全,也称为慢性肾衰竭,是由慢性肾脏病导致的肾功能减退(GFR下降),以及随之出现的代谢紊乱与临床症状。

慢性肾脏病门诊特病诊断标准需满足CKD 3期及以上且GFR下降[$<60 \text{ mL}/(\text{min} \cdot 1.73 \text{ m}^2)$]。评估肾功能时,可采用基于血清肌酐的eGFR这一指标^[25]。

4.2.2 慢性肾脏病治疗药物

4.2.2.1 糖皮质激素 布地奈德肠溶胶囊限用于具有进展风险的原发性免疫球蛋白A肾病成人患者^[26]。其他糖皮质激素药物参见4.1.2.1。

4.2.2.2 免疫抑制剂 参见4.1.2.2。

表2 肾功能不全患者降脂药物应用注意事项(一)[$\text{mL}/(\text{min} \cdot 1.73 \text{ m}^2)$]

药品名称	eGFR≥60	eGFR 30~<60	eGFR<30
HMG-CoA 还原酶抑制剂			
辛伐他汀	无需调整	无需调整	慎用
阿托伐他汀	无需调整	无需调整	无需调整
氟伐他汀	无需调整	无需调整	禁用
洛伐他汀	减量	减量	减量
匹伐他汀	无需调整	减量	慎用
普伐他汀	无需调整	无需调整	慎用
瑞舒伐他汀	无需调整	无需调整	禁用
贝特类			
苯扎贝特	减量	减量	禁用
非诺贝特	小剂量起始	小剂量起始	禁用
非诺贝酸片	小剂量起始	小剂量起始	禁用
非诺贝特酸胆碱缓释胶囊	减量	减量	禁用

表3 原发性肾病综合征门诊特病检验项目释义

项目名称	检测项目
肝功11项	血清总胆红素、血清直接胆红素、血清间接胆红素、血清丙氨酸氨基转移酶、血清天门冬氨酸氨基转移酶、血清γ-谷氨酰基转移酶、血清碱性磷酸酶测定、血清总蛋白、血清白蛋白、血清前白蛋白、乳酸脱氢酶
肾功4项	尿素、肌酐、血清尿酸、血清胱抑素C
电解质4项	钾、钠、氯、钙
血脂4项	血清总胆固醇、血清甘油三酯、血清高密度脂蛋白胆固醇、血清低密度脂蛋白胆固醇

4.2.2.3 SGLT2i 包括达格列净、卡格列净、恩格列净、艾托格列净等。

用药注意事项:①达格列净用药参见 4.1.2.3;②卡格列净:用于 2 型糖尿病成人患者的血糖管理,重度肾损害[eGFR <30 mL/(min·1.73 m²)]或透析患者禁用;③恩格列净:用于治疗 2 型糖尿病,重度肾损害或透析患者禁用;④艾托格列净:限用于成人 2 型糖尿病患者的二线用药,不推荐用于 eGFR <45 mL/(min·1.73 m²) 的患者, eGFR <30 mL/(min·1.73 m²) 者禁用。

4.2.2.4 醛固酮受体抑制剂 限用于糖尿病肾病,包括非奈利酮片^[27]。

用药注意事项:非奈利酮片限用于 2 型糖尿病相关的成人 CKD 患者(伴白蛋白尿),初始治疗适用于 eGFR ≥25 mL/(min·1.73 m²) 且血钾 ≤5.0 mmol/L 的患者。《非奈利酮临床应用多学科专家共识(2025 版)》推荐,已使用非奈利酮的患者,在密切监测血钾及 eGFR 水平的前提下,若 eGFR 未进展至 <15 mL/(min·1.73 m²),仍可继续用药^[28]。

4.2.2.5 纠正贫血类药物 肾性贫血治疗需在补充铁剂、叶酸等造血原料的基础上,根据需要联合使用红细胞生成刺激剂(erythropoiesis-stimulating agents, ESAs)或低氧诱导因子脯氨酰羟化酶抑制剂等,以维持血红蛋白水平达标。《中国肾性贫血诊治临床实践指南(2021)》推荐肾性贫血治疗靶目标为:血红蛋白 ≥110 g/L 但不超过 130 g/L;血清铁蛋白(serum ferritin, SF)应 >100 μg/L 且转铁蛋白饱和度(transferrin saturation, TSAT) >20% (维持阶段建议, SF 控制在 200~500 μg/L, TSAT 控制在 20%~50%)^[29]。

药物包括:①铁剂:硫酸亚铁、右旋糖酐铁、琥珀酸亚铁、多糖铁复合物、富马酸亚铁、葡萄糖酸亚铁、蔗糖铁注射剂、异麦芽糖酐铁注射液、羧基麦芽糖铁注射液等;②维生素 B₁₂ 和叶酸:维生素 B₁₂ 注射剂、叶酸、腺苷钴胺、甲钴胺、重组人促红素注射液、重组人促红素-β 注射液、甲氧聚二醇重组人促红素注射液等;③其他抗贫血制剂:罗沙司他胶囊、达依泊汀 α 注射液、恩那度司他片、培莫沙肽注射液等^[30-32]。

用药注意事项:①蔗糖铁注射剂:适用于对口服铁剂不耐受或吸收不佳、需转为静脉治疗的患者;②异麦芽糖酐铁注射液:限用于无法口服补铁、口服铁剂效果不佳,或临床需要快速补铁的患者;③羧基麦芽糖铁注射液:限用于治疗 ≥1 周岁儿童及成人缺铁患者,且口服铁剂无效、无法口服或需快速补铁者;④甲氧聚二醇重组人促红素注射液:限用于正接受 ESAs 治疗的 CKD 相关贫血患者;⑤重组人促红素-β 注射液:限用于肾性贫血、非骨髓恶性肿瘤化疗相关贫血;⑥罗沙司他胶囊:限用于 CKD 引起的贫血;⑦达依泊汀 α 注射液:限用于接受血液透析的成人 CKD 患者的贫血;⑧恩那度司他片:限用于非透析的成人 CKD 患者;⑨培莫沙肽注射液:限用于因 CKD 引起的贫血,包括此前未接受 ESAs 治疗的成人非透析患者,或当前正接受短效促红素治疗的成人透析患者^[13]。

4.2.2.6 降磷药物,拟钙剂、活性维生素 D 及类似物,纠正水电解质酸碱紊乱药物

(1)高钾血症和高磷血症治疗药 降磷药物包括司维拉姆、碳酸镧咀嚼片、蔗糖羟基氧化铁咀嚼片等;降钾药物包括环硅酸锆钠散等。

用药注意事项:①蔗糖羟基氧化铁咀嚼片:限用于接受血液透析或腹膜透析的成人 CKD 患者,12 岁及以上 CKD4~5 期或接受透析的 CKD 儿科患者;②环硅酸锆钠散限用于成人高钾血症;③《2025 年慢性肾脏病高磷血症临床管理中国专家共识》指出 CKD 3a~5D 期患者的血磷达标是药物持续作用的结果,停药后复发率超过 80%,尤其透析患者因肾脏几乎无排磷功能,需长期依赖降磷药物维持血磷平衡^[33];④CKD 患者是高钾血症的高危人群,高钾血症反复发作会显著增加全因死亡风险。因此,对于伴有高危因素的 CKD 患者应密切监测血钾水平,并据此调整降钾药物的治疗策略^[34]。

(2)矿物质补充剂 参见 4.1.2.4。

(3)维生素类 包括:维生素 B₁ 注射剂、维生素 B₂ 口服常释剂型、维生素 B₆、维生素 C、维生素 D₂、维生素 D₃ 注射剂、阿法骨化醇、复合维生素 B 口服常释剂型、骨化三醇、碳酸钾 D₃、维生素 A 口服常释剂型、维生素 B₁ 口服常释剂型、维生素 AD 口服液体剂、小儿碳酸钙 D₃ 颗粒剂等。

用药注意事项:骨化三醇口服溶液:限用于慢性肾衰竭及血液透析相关的肾性骨营养不良、绝经后骨质疏松、甲状旁腺功能低下(术后、特发性、假性)以及佝偻病(维生素 D 依赖性、低血磷性维生素 D 抵抗型)等。

(4)钙稳态药 包括:鲑降钙素、帕立骨化醇注射剂、西那卡塞、依降钙素注射剂等^[35-37]。

用药注意事项:①帕立骨化醇注射剂:用于血液透析患者的继发性甲状旁腺功能亢进;②西那卡塞:用于维持性透析患者的继发性甲状旁腺功能亢进症;③鲑降钙素:用于治疗甲状旁腺功能亢进、维生素 D 中毒或缺乏活动所致的高钙血症,骨质疏松症,变形性骨炎,伴骨质溶解/减少的骨痛等;④依降钙素:用于骨质疏松症及相关疼痛、高钙血症和变形性骨炎。

(5)抗酸药 包括碳酸氢钠片等。

用药注意事项:①不同厂家生产的碳酸氢钠片批准的适应证存在差异,多数仅用于缓解胃酸过多,少数扩展至碱化尿液或治疗酸血症,医师处方时应以具体药品说明书为准;②其他抗酸药(包括复方氢氧化铝、枸橼酸铋钾、胶体果胶铋、复方铝酸铋颗粒剂、铝碳酸镁等)均未获慢性肾脏病治疗适应证。

(6)静脉注射液添加剂 包括:氯化钾注射剂、氯化钠注射剂、浓氯化钠注射剂、碳酸氢钠注射剂、门冬氨酸钾镁木糖醇注射液等。

用药注意事项:门冬氨酸钾镁木糖醇注射液限用于洋地黄中毒导致的心律失常^[13]。

(7)利尿剂 参见 4.1.2.4。

4.2.2.7 营养治疗(酮酸类制剂) 包括复方 α -酮酸^[38-39]。

用药注意事项:复方 α -酮酸用于防治慢性肾功能不全引起的蛋白质代谢失调,通常用于GFR<25 mL/(min·1.73 m²)的患者,并需配合成人每日≤40 g的低蛋白饮食。

4.2.2.8 降尿酸药物 包括:非布司他、别嘌醇、苯溴马隆、秋水仙碱。

用药注意事项:①非布司他:适用于有临床症状的痛风患者;②别嘌醇:适用于有症状的痛风患者,禁用于血细胞显著减低或严重肝肾功能不全者;③苯溴马隆:用于原发性高尿酸血症、痛风结节肿和痛风性关节炎间歇期等;④秋水仙碱:适用于痛风性关节炎的治疗与急性发作预防,禁用于严重肝肾功能损害及骨髓增生低下者。

4.2.2.9 口服吸附毒素和导泄排毒疗法药物 参见4.1.2.8。

4.2.2.10 降脂药物 慢性肾脏病合并高脂血症时可考虑使用降脂药物治疗^[40-41]。除4.1.2.6所列药物外,还包括其他调节血脂药:依折麦布、普罗布考、阿昔莫司、海博麦布片、阿利西尤单抗、依洛尤单抗、托莱西单抗等。上述降脂药物用药注意事项见表4、表5^[42]。

4.2.2.11 抗血小板药物 参见4.1.2.7。

4.2.3 慢性肾脏病诊疗项目 慢性肾脏病诊疗项目包括:血常规、肝功9项*、肾功3项*、电解质6项*、血脂4项*、尿常规(包括尿沉渣定量)、尿微量白蛋白/尿肌酐比值、24h尿蛋白

定量、抗中性粒细胞胞浆抗体(anti-neutrophil cytoplasmic antibodies, ANCA)5项*、抗肾小球基底膜抗体、抗磷脂酶A2受体抗体、免疫固定电泳、血清铁蛋白、甲状旁腺激素、血清骨型碱性磷酸酶、铁生化4项*、心脏超声(限心力衰竭)、泌尿系超声。带“*”的检验项目具体内容详见表6。

4.3 慢性肾衰竭血液净化治疗

4.3.1 慢性肾衰竭血液净化治疗诊断标准 慢性肾衰竭血液净化治疗门诊特病诊断标准(满足以下任意1条并进行1次血液透析或腹膜透析治疗)^[9]。

(1)患者肾小球滤过率<15 mL/(min·1.73 m²),且出现下列临床表现之一者:①不能缓解的乏力、恶心、呕吐、瘙痒等尿毒症症状或营养不良;②难以纠正的高钾血症;③难以控制的进展性代谢性酸中毒;④难以控制的水钠潴留和高血压,合并充血性心力衰竭或急性肺水肿;⑤尿毒症性心包炎;⑥尿毒症性脑病和进展性神经病变。

(2)糖尿病肾病或慢性心力衰竭合并CKD 3~5期患者,出现严重容量负荷过重、严重心力衰竭,结合患者临床表现决定。

4.3.2 慢性肾衰竭血液净化治疗药物

4.3.2.1 抗凝药 包括:①肝素类:肝素(注射剂型、封管液)、达肝素、低分子肝素、那屈肝素(那曲肝素)、依诺肝素液;②其他抗血栓形成药:阿魏酸哌嗪、奥扎格雷、甲磺酸萘

表4 肾功能不全患者降脂药物应用注意事项(二)[mL/(min·1.73 m²)]

药品名称	eGFR≥60	eGFR 30~<60	eGFR<30
阿昔莫司	减量	减量	禁用
普罗布考	减量	减量	慎用
依折麦布	无需调整	无需调整	无需调整
海博麦布片	不推荐	不推荐	不推荐
依洛尤单抗	无需调整	无需调整	无需调整
阿利西尤单抗	无需调整	无需调整	数据有限
托莱西单抗	无需调整	无需调整	数据有限

表5 降脂药物医保报销注意事项

药品名称	限制人群	适应证
海博麦布片	原发性(杂合子家族性或非家族性)高胆固醇血症	限饮食控制以外的辅助治疗,可单独或与HMG-CoA还原酶抑制剂(他汀类)联合使用
依洛尤单抗注射液	成人原发性高胆固醇血症(杂合子家族性/非家族性)或混合型血脂异常	①联合他汀类药物或其他降脂疗法:饮食辅助疗法+最大耐受剂量他汀类药物治疗低密度脂蛋白胆固醇(low-density lipoprotein cholesterol, LDL-C)仍不达标者;②单独使用或其他降脂疗法联合应用:他汀类药物不耐受或存在禁忌者
阿利西尤单抗注射液	成人或12岁以上青少年纯合子型家族性高胆固醇血症	降低LDL-C:需联合饮食干预与多种降脂治疗手段(如他汀类药物、依折麦布、低密度脂蛋白分离术等)
托莱西单抗注射液	成人原发性高胆固醇血症(杂合子家族性/非家族性)或混合型血脂异常	①联合他汀类药物或其他降脂治疗:饮食辅助疗法+最大耐受剂量他汀类药物治疗LDL-C仍不达标者;②可选择单独使用,或其他降脂疗法联合应用:若患者对他汀类药物不耐受或存在禁忌者
		接受中等剂量或以上他汀类药物治疗后LDL-C未达标者

表 6 慢性肾脏病门诊特病检验项目释义

项目名称	检测项目
肝功 9 项	血清总胆红素、血清直接胆红素、血清间接胆红素、血清丙氨酸氨基转移酶、血清天门冬氨酸氨基转移酶、血清 γ -谷氨酰基转移酶、血清碱性磷酸酶、血清总蛋白、血清白蛋白
肾功 3 项	尿素、肌酐、血清尿酸
电解质 6 项	钾、钠、氯、钙、无机磷、血清碳酸氢盐
血脂 4 项	血清总胆固醇、血清甘油三酯、血清高密度脂蛋白胆固醇、血清低密度脂蛋白胆固醇
ANCA 5 项	ANCA、胞浆型抗中性粒细胞胞浆抗体 (cytoplasmic anti-neutrophil cytoplasmic antibodies, cANCA)、核周型抗中性粒细胞胞浆抗体 (perinuclear anti-neutrophil cytoplasmic antibodies, pANCA)、抗蛋白酶 3 抗体 (anti-proteinase 3 antibodies, PR3-ANCA)、抗髓过氧化物酶抗体 (anti-myeloperoxidase antibodies, MPO-ANCA)
铁生化 4 项	血清铁蛋白、血清转铁蛋白、血清总铁结合力、铁测定

莫司他。

用药注意事项:①肝素封管液:限用于血液透析、体外循环、微血管手术、导管术等操作中及某些血液标本或器械的抗凝处理^[13];②阿魏酸哌嗪:适用于存在镜下血尿与高凝状态的多种肾小球疾病,包括各类肾炎、肾病综合征及早期尿毒症;③奥扎格雷:限用于新发急性血栓性脑梗死,且医保支付天数 ≤ 14 d^[13];④萘莫司他:用于预防血液透析、血浆置换等体外循环过程中的血液凝固;⑤抗凝血用枸橼酸钠溶液:用于体外局部抗凝,肝功能不全者需注意体内蓄积情况。

4.3.2.2 鱼精蛋白 限用于因注射肝素过量所致的出血。

4.3.2.3 降压药 包括:利尿剂、 β 受体阻滞剂、钙通道阻滞剂、作用于肾素-血管紧张素系统的药物、外周作用的抗肾上腺素能药以及良性前列腺增生用药。

(1)利尿剂 除 4.1.2.4 所列药物外,还包括呋达帕胺。呋达帕胺限用于原发性高血压。

(2) β 受体阻滞剂 包括:①选择性 β 受体阻滞剂:阿替洛尔、比索洛尔、美托洛尔、艾司洛尔、盐酸艾司洛尔氯化钠注射液、注射用盐酸兰地洛尔;②非选择性 β 受体阻滞剂:普萘洛尔、索他洛尔。

用药注意事项:注射用盐酸兰地洛尔:限用于心房颤动、心房扑动及窦性心动过速的紧急治疗(限手术期间或术后监护时使用),也用于心功能不全患者发生的心房颤动、心房扑动。

(3)钙通道阻滞剂 包括:①作用于血管的选择性钙通道阻滞剂:氨氯地平、硝苯地平、尼莫地平、非洛地平、尼群地平、氨氯地平阿托伐他汀、左氨氯地平、贝尼地平、西尼地平、拉西地平、氨氯地平叶酸片(II)、乐卡地平、尼卡地平;②作用于心脏的选择性钙通道阻滞剂:地尔硫草、维拉帕米。

用药注意事项:①尼莫地平:用于防治动脉瘤性蛛网膜下腔出血后继发脑血管痉挛导致的缺血性神经损伤,也适用于治疗老年性脑功能障碍;②非洛地平:严重肾功能损害者慎用;③氨氯地平阿托伐他汀:禁用于活动性肝病、严重低血压或休克、左心室流出道梗阻、急性心肌梗死所致的血流动力学不稳定性心力衰竭患者,孕妇及哺乳期妇女,接受过格卡瑞韦/哌仑他韦治疗者,且禁止与伊曲康唑、酮康唑和泰利霉素联用;④乐卡地平、贝尼地平适用于原发性高血压;⑤氨

氯地平叶酸片(II):限用于伴有血浆同型半胱氨酸水平升高的原发性高血压;⑥地尔硫草:禁用于未安装起搏器的病态窦房结综合征或 II/III 度房室传导阻滞、血流动力学不稳定(收缩压 < 90 mmHg 或心率 < 50 次/分)及充血性心力衰竭患者;⑦维拉帕米:用于心律失常或原发性高血压。

(4)作用于肾素-血管紧张素系统的药物 包括:①血管紧张素转换酶抑制剂的单方制剂:卡托普利、培哚普利、依那普利、雷米普利、贝那普利、赖诺普利、咪达普利、福辛普利;②血管紧张素转换酶抑制剂的复方制剂:氨氯地平贝那普利、赖诺普利氢氯噻嗪、贝那普利氢氯噻嗪、依那普利叶酸、复方卡托普利、培哚普利氨氯地平、培哚普利呋达帕胺;③血管紧张素 II 受体拮抗剂的单方制剂:厄贝沙坦、缬沙坦、氯沙坦、坎地沙坦酯、替米沙坦、阿齐沙坦片、美阿沙坦钾片、奥美沙坦酯、阿利沙坦酯片;④血管紧张素 II 受体拮抗剂的复方制剂:奥美沙坦酯氢氯噻嗪、厄贝沙坦氢氯噻嗪、氯沙坦氢氯噻嗪、替米沙坦氢氯噻嗪、缬沙坦氨氯地平、缬沙坦氢氯噻嗪、奥美沙坦酯氨氯地平、替米沙坦氨氯地平、坎地沙坦、沙库巴曲缬沙坦钠片、阿利沙坦酯氨氯地平片。

用药注意事项:①依那普利叶酸:限用于伴高同型半胱氨酸的原发性高血压;②雷米普利片:禁用于接受肾脏替代治疗(肾移植或透析)者,正使用免疫调节剂、细胞毒药物、甾体/非甾体抗炎药治疗的肾病患者,有原发性肝病或肝功能损害者,未纠正的失代偿性心力衰竭患者,以及原发性醛固酮增多症患者;③氨氯地平贝那普利:禁用于肾功能衰竭(肌酐清除率 < 30 mL/min);④阿利沙坦酯片、阿利沙坦酯氨氯地平片限用于原发性高血压;⑤沙库巴曲缬沙坦钠片:限用于原发性高血压,以及左心室射血分数(left ventricular ejection fraction, LVEF) $\leq 40\%$ 的慢性心力衰竭成人患者^[13];⑥培哚普利呋达帕胺:严重肾功能不全者禁用(肌酐清除率 < 30 mL/min);⑦替米沙坦、坎地沙坦酯片适用于原发性高血压。

(5)外周作用的抗肾上腺素能药 包括:哌唑嗪、复方罗布麻、多沙唑嗪、乌拉地尔。其他药物如川芎嗪、银杏达莫、银杏叶提取物等不具降压作用。

用药注意事项:①复方罗布麻:糖尿病、痛风患者以及驾驶机动车、高空作业者慎用;②乌拉地尔:主动脉峡部狭窄或动

静脉分流患者禁用(肾透析时的分流除外)。

(6)良性前列腺增生用药 包括特拉唑嗪,适用于轻、中度高血压治疗。

4.3.2.4 纠正贫血类药物 参见4.2.2.5。

4.3.2.5 降磷药物、继发性甲状旁腺功能亢进治疗药物及降钾药物

(1)高钾血症和高磷血症治疗药、维生素类、钙稳态药 参见4.2.2.6。此外,聚苯乙烯磺酸口服散剂也可用于降钾治疗。

(2)矿物质补充剂 参见4.1.2.4。

4.3.2.6 营养治疗(酮酸类制剂) 参见4.2.2.7。

4.3.2.7 左旋肉碱补充剂 包括左卡尼汀等。左卡尼汀用于治疗维持性血液透析患者的继发性肉碱缺乏,以改善由此引发的心肌病、心律失常、低血压、骨骼肌病、高脂血症以及透析中肌痉挛等症状。

4.3.2.8 低血压治疗药物 包括屈昔多巴等。屈昔多巴:限二线用药,用于缓解血液透析患者的直立性低血压症状。

4.3.2.9 尿毒症瘙痒药物 包括:①润肤剂和保护剂类:尿素软膏、复方水杨酸外用液体剂、氧化锌软膏;②全身用抗组胺药^[43]:氯雷他定、赛庚啶、贝他斯汀、曲普利啶、西替利嗪、盐酸非索非那定干混悬剂等;③其他治疗药物:盐酸纳吠拉啡口崩片^[44-45]。

用药注意事项:盐酸纳吠拉啡口崩片限于现有治疗效果不理想的血液透析患者的瘙痒症。

4.3.2.10 血管通路的溶栓和抗凝药物 包括:尿激酶、巴曲酶等。

用药注意事项:①尿激酶:用于血栓栓塞性疾病的溶栓治疗,绝对禁忌包括急性出血、高危出血倾向、严重难控制的高血压、颅内动脉瘤、动静脉畸形或肿瘤、近2个月内颅内或脊髓手术史、陈旧性脑梗死,相对禁忌包括活动性溃疡、延长的心肺复苏术、严重高血压及近期有外伤、手术、穿刺、妊娠、分娩史;②巴曲酶:用于急性脑梗死、闭塞性血管病(如血栓闭塞性脉管炎、深静脉炎等)所致的缺血性症状,以及末梢与微循环障碍(如突发性耳聋等)。

4.3.2.11 腹膜透析液 包括:腹膜透析液、氨基酸(15)腹膜透析液、艾考糊精腹膜透析液。

用药注意事项:①氨基酸(15)腹膜透析液适用于白蛋白低于35 g/L的腹膜透析患者^[46-47];②艾考糊精腹膜透析液适用于ESRD患者每日单次长时间(8~16 h)留腹的持续性不卧床腹膜透析,可改善高转运/高平均转运患者长时间留腹的超滤效果及溶质清除率^[48-49],禁用于艾考糊精/玉米淀粉过敏、麦芽糖/异麦芽糖代谢障碍、重度乳酸酸中毒、糖原贮积病及腹膜功能不全或广泛粘连的患者。

4.3.3 慢性肾衰竭血液净化治疗诊疗项目 慢性肾衰竭血液净化治疗门诊特病诊疗项目详见表7、表8。

4.4 中成药

中医治疗肾病源远流长,疗效确切,通过整合中西医优势,可优化肾脏病诊疗策略,有效延缓肾病进展^[50-51]。医师应遵循中医辨证施治原则,依据患者病情与体质合理选用中成药,避免重复或不合理用药。原则上同一类中成药只能开具1种;确因病情需要,应避免药理作用相同或相似的药物叠加使用,并由医师详细记录说明理由^[9]。门诊特病患者的中成药处方,须由具备相应资质的医师,根据病情并参照说明书适应证开具。

肾病内科治疗常用中成药包括:(1)扶正剂:①气血双补剂-补气养血剂:百令片(胶囊)、金水宝片(胶囊)、至灵胶囊等;②益气养阴剂:参乌益肾片、芪蛭益肾胶囊等。(2)祛湿剂:①消肿利水剂:尿毒清颗粒、黄葵胶囊、肾炎舒片(胶囊、颗粒)、肾炎消肿片等;②化瘀通淋剂:海昆肾喜胶囊等;③扶正祛湿剂:肾炎康复片、肾康宁片(胶囊、颗粒)、益肾化湿颗粒等;④化瘀祛湿剂:肾炎四味片(胶囊、丸、颗粒)、肾康栓、肾康注射液等。(3)祛瘀剂-益气活血剂:肾衰宁片(胶囊、颗粒)等。

肾病中成药用药注意事项:①百令、金水宝及至灵口服剂型:主治补肺肾、益精气,限于慢性支气管炎、慢性肾功能不全患者^[52-53];②尿毒清:用于氮质血症期、慢性肾衰竭和尿毒症早期^[52-53];③肾衰宁:用于脾胃气虚、浊瘀阻滞、升降失司证,改善面色萎黄、恶心呕吐、食欲下降、腰痛乏力、二便

表7 慢性肾衰竭血液净化治疗门诊特病治疗项目

项目名称	项目内容	报销次数限制(每月)
血液透析	血液透析、血透监测(体温)、血透监测(血压)、血透监测(血容量)、血透监测(在线尿素监测)	
血液灌流	血液灌流	≤1次
血液滤过	血液滤过、血透监测(体温)、血透监测(血压)、血透监测(血容量)、血透监测(在线尿素监测)	
血液透析滤过	血液透析滤过、血透监测(体温)、血透监测(血压)、血透监测(血容量)、血透监测(在线尿素监测)	
换药	换药	
腹膜透析拔管术	腹膜透析置管术(拔管术收取)	
腹膜透析换管	腹膜透析换管	
腹膜透析导管	腹膜透析导管	
腹膜透析外接短管	腹膜透析外接短管	
腹膜平衡试验	腹膜平衡试验	
结肠透析	结肠透析	

表 8 慢性肾衰竭血液净化治疗门诊特病检验检查项目

项目名称	项目内容	报销次数限制 (每年)
血常规	血细胞分析	
肝功 10 项	血清总胆红素、血清直接胆红素、血清间接胆红素、血清丙氨酸氨基转移酶、血清天门冬氨酸氨基转移酶、血清 γ -谷氨酰基转移酶、血清碱性磷酸酶、血清总蛋白、血清白蛋白、血清前白蛋白	
肾功能 3 项	尿素、肌酐、血清尿酸	
电解质 6 项	钾、钠、氯、钙、无机磷、镁	
乙肝病毒标志物	乙型肝炎表面抗原 (hepatitis B surface antigen, HBsAg)、乙型肝炎表面抗体 (anti-hepatitis B surface antibody, AntiHBs)、乙型肝炎 e 抗原 (hepatitis B e antigen, HBeAg)、乙型肝炎 e 抗体 (anti-hepatitis B e antibody, AntiHBe)、乙型肝炎核心抗原 (hepatitis B core antigen, HBcAg)、乙型肝炎核心抗体 (anti-hepatitis B core antibody, AntiHBc)	
丙肝	丙型肝炎 RNA、丙型肝炎抗体 (anti-hepatitis C virus antibody, Anti-HCV)	
艾滋	HIV-P24 抗原	
梅毒	梅毒螺旋体特异抗体	
铁生化 4 项	血清铁蛋白、血清转铁蛋白、血清总铁结合力、铁测定	≤4 次
C 反应蛋白	C-反应蛋白 (C-reactive protein, CRP)	≤2 次
$\beta 2$ 微球蛋白	$\beta 2$ 微球蛋白	≤2 次
随机尿素/腹膜透析出液尿素	尿素	
尿肌酐/腹膜透析出液肌酐	尿肌酐	
甲状旁腺激素	甲状旁腺激素	≤4 次
葡萄糖	葡萄糖、电脑血糖监测	≤4 次, 限腹透
骨密度检查	骨密度	≤1 次
动静脉内瘘血管超声随访	四肢血管彩色多普勒超声	
心脏超声 (限心力衰竭)	心脏彩色多普勒超声、心脏彩色多普勒超声 (同时做左心功能测定加收)	
甲状旁腺超声	浅表器官彩色多普勒超声检查 (甲状腺及颈部淋巴结)	
胸腹部 (CR、DR)	数字化 X 线摄影 (digital radiography, DR)、计算机 X 线摄影 (computed radiography, CR)	

不利等症状,慢性肾功能不全符合此证候者可用;④芪蛭益肾胶囊:用于糖尿病肾病早期气阴两虚证;⑤海昆肾喜胶囊:限用于慢性肾衰竭失代偿期或尿毒症早期非透析患者;⑥参乌益肾片、肾康栓:限用于慢性肾衰竭患者;⑦肾康注射液:使用范围限定于二级及以上医疗机构,且患者须诊断为慢性肾衰竭^[13]。

5 展 望

本共识立足重庆市慢性肾脏病疾病负担与医保管理实际,结合循证医学进展、临床需求与政策导向,提出了肾脏疾病门诊特病的“诊-治-管-保”整合管理框架。新政策的实施,标志着重庆市慢性肾脏病保障实现从“聚焦透析救治”向“全流程管理”的转变。期待通过多方协同,推动慢性肾脏病管理的规范化与精细化,提升患者生存质量,保障医保基金可持续运行,以重庆的实践与探索,为落实“健康中国 2030”战略提供地区性参考。

主 审:

吴佳伶 重庆市医疗保障局待遇保障处
陈登菊 重庆医科大学附属第一医院运营管理处医保科

主 编:

杜晓刚 重庆医科大学附属第一医院健康管理中心
廖晓辉 重庆医科大学附属第二医院肾内科
申兵冰 重庆大学附属中心医院肾内科

共识执笔者:

文 雯 重庆医科大学附属第一医院肾内科
谭梦竹 重庆医科大学附属第一医院肾内科
蒋绪顺 重庆医科大学附属第一医院健康管理中心

专家组成员 (按姓氏拼音排序):

蔡志岳 重庆大学附属涪陵医院肾内科
陈 超 重庆医科大学附属第一医院肾内科
陈客宏 陆军军医大学陆军特色医学中心肾内科
代红梅 重庆市云阳县人民医院肾病血液科
杜晓刚 重庆医科大学附属第一医院健康管理中心
段文兵 中国人民武装警察部队重庆市总队医院肾内科
姜英松 重庆市人民医院肾内科
蒋绪顺 重庆医科大学附属第一医院健康管理中心
黎 洋 重庆医科大学附属永川医院肾病风湿科
廖晓辉 重庆医科大学附属第二医院肾内科
廖元江 重庆市第九人民医院肾内科
刘龙伟 重庆市城口县人民医院肾病与内分泌科

罗志立 重庆市忠县人民医院肾脏免疫内分泌科
 梅 净 重庆市第九人民医院肾内科
 牟 娇 重庆医科大学附属大学城医院肾内科
 任姜汶 重庆市九龙坡区人民医院肾病风湿免疫科
 申兵冰 重庆大学附属中心医院肾内科
 孙荔义 重庆市荣昌区人民医院肾内科
 谭梦竹 重庆医科大学附属第一医院肾内科
 汤跃武 重庆大学附属三峡医院肾病学科
 文 雯 重庆医科大学附属第一医院肾内科
 杨聚荣 重庆医科大学附属第三医院肾内科
 余 渊 重庆医科大学附属第二医院肾内科
 袁仲飞 重庆市开州区人民医院肾内科
 朱 辉 重庆市铜梁区人民医院肾脏内分泌科

咨询专家(按姓氏拼音排序):

曹 丹 重庆市第五人民医院肾病风湿免疫科
 程 萍 重庆市垫江县中医院内分泌肾病科
 何 剑 重庆市开州区人民医院肾内科
 黄英辉 陆军军医大学第二附属医院肾内科
 李开龙 重庆医科大学附属第三医院肾内科
 刘吉国 重庆市人民医院肾内科
 刘建平 重庆市渝北区中医院肾病内分泌科
 刘 睿 重庆市垫江县人民医院肾内科
 罗平香 重庆市云阳县妇女儿童医院肾内科
 罗庆丰 重庆市双桥经济技术开发区人民医院肾内科
 梅 玫 重庆大学附属沙坪坝医院肾脏风湿免疫科
 王 辉 重庆医科大学附属第一医院肾内科
 尹能品 重庆市大足区人民医院肾内科
 游小刚 重庆市大渡口区人民医院肾内科
 游晓蓉 重庆市长寿区人民医院肾脏血液内科
 余贵泉 重庆医科大学附属第二医院肾内科
 钟 渝 中国人民解放军陆军第九五八医院肾内科
 周泽梅 重庆市人民医院肾内科

利益冲突 所有作者声明不存在利益冲突

参 考 文 献

- [1] Chen TK, Knicely DH, Grams ME. Chronic kidney disease diagnosis and management: a review[J]. JAMA, 2019, 322(13):1294-1304.
- [2] Bello AK, Okpechi IG, Levin A, et al. An update on the global disparities in kidney disease burden and care across world countries and regions[J]. Lancet Glob Health, 2024, 12(3):382-395.
- [3] GBD Chronic Kidney Disease Collaboration. Global, regional, and national burden of chronic kidney disease, 1990-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017[J]. Lancet, 2020, 395(10225):709-733.
- [4] 中华预防医学会肾脏病预防与控制专业委员会. 中国慢性肾脏病早期评价与管理指南[J]. 中华内科杂志, 2023, 62(8):902-930. Renal Disease Prevention and Control Committee of the Chinese Preventive Medicine Association. Guidelines for the early evaluation and management of chronic kidney disease in China[J]. Chin J Intern Med, 2023, 62(8):902-930.
- [5] Wang LM, Xu X, Zhang M, et al. Prevalence of chronic kidney disease in China: results from the sixth China chronic disease and risk factor surveillance[J]. JAMA Intern Med, 2023, 183(4):298-310.
- [6] Yang C, Wang HB, Zhao XJ, et al. CKD in China: evolving spectrum and public health implications[J]. Am J Kidney Dis, 2020, 76(2):258-264.
- [7] 樊 辛, 李路瑶, 方 琳, 等. 慢性肾脏病的药物治疗新进展[J]. 中华肾脏病杂志, 2025, 41(2):138-143. Fan X, Li LY, Fang L, et al. Recent advances in drug therapy for chronic kidney disease[J]. Chin J Nephrol, 2025, 41(2):138-143.
- [8] 国家药典委员会. 中华人民共和国药典—部:2025年版[S]. 北京:中国医药科技出版社, 2025. Chinese Pharmacopoeia Commission. People's Republic of China (PRC) pharmacopoeia—part I:2025 edition[S]. Beijing: China Medical Science Press, 2025.
- [9] 重庆市医疗保障局. 重庆市基本医疗保险门诊特殊疾病保障指南(2025年修订版)[R]. 重庆, 2025. Chongqing Medical Insurance Bureau. Guidelines for outpatient special disease coverage of Chongqing basic medical insurance (2025 revised edition)[R]. Chongqing, 2025.
- [10] Elendu C, Elendu RC, Enyong JM, et al. Comprehensive review of current management guidelines of chronic kidney disease[J]. Medicine, 2023, 102(23):e33984.
- [11] Navaneethan SD, Bansal N, Cavanaugh KL, et al. KDOQI US commentary on the KDIGO 2024 clinical practice guideline for the evaluation and management of CKD[J]. Am J Kidney Dis, 2025, 85(2):135-176.
- [12] Okpechi IG, Luyckx VA, Tungsanga S, et al. Global kidney health priorities—perspectives from the ISN-GKHA[J]. Nephrol Dial Transplant, 2024, 39(11):1762-1771.
- [13] 国家医保局, 人力资源社会保障部. 国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录(2024年)[R]. 北京, 2024. National Medical Security Administration, Ministry of Human Resources and Social Security. National basic medical insurance, work-related injury insurance, and maternity insurance drug catalog (2024) [R]. Beijing, 2024.
- [14] 中国成人肾病综合征免疫抑制治疗专家组. 中国成人肾病综合征免疫抑制治疗专家共识[J]. 中华肾脏病杂志, 2014, 30(6):467-474. China adult nephrotic syndrome immunosuppressive treatment expert group. Expert consensus on immunosuppressive therapy for adult nephrotic syndrome in China[J]. Chin J Nephrol, 2014, 30(6):467-474.
- [15] Wang M, Zhou J, Niu QY, et al. Mechanism of tacrolimus in the treatment of lupus nephritis[J]. Front Pharmacol, 2024, 15:1331800.
- [16] Kim J. Inpatient variability of tacrolimus trough level may be not the cause, but an indirect parameter of comorbidities: Editorial on "Optimal tacrolimus levels for reducing CKD risk and the impact of inpatient variability on CKD and ESRD development following liver

- transplantation”[J]. Clin Mol Hepatol, 2025, 31(2):589-591.
- [17] Agarwal A, Zeng XX, Li SY, et al. Sodium-glucose cotransporter-2 (SGLT-2) inhibitors for adults with chronic kidney disease: a clinical practice guideline[J]. BMJ, 2024, 387:e080257.
- [18] 中华医学会糖尿病学分会微血管并发症学组. 中国糖尿病肾脏病防治指南(2021年版)[J]. 中华糖尿病杂志, 2021, 13(8):762-784.
- Microvascular Complications Group of the Chinese Society of Endocrinology, Chinese Medical Association. Clinical guideline for the prevention and treatment of diabetic kidney disease in China (2021 edition)[J]. Chin J Diabetes Mellit, 2021, 13(8):762-784.
- [19] 《钠-葡萄糖转运体抑制剂在慢性肾脏病患者临床应用的中国专家共识(2023年版)》专家组. 钠-葡萄糖转运体2抑制剂在慢性肾脏病患者临床应用的中国专家共识(2023年版)[J]. 中华肾脏病杂志, 2023, 39(11):879-888.
- Expert Group of Chinese expert consensus on the clinical application of sodium-glucose transporter 2 inhibitors in patients with chronic kidney disease (2023 edition). Chinese expert consensus on the clinical application of sodium-glucose transporter 2 inhibitors in patients with chronic kidney disease (2023 edition)[J]. Chin J Nephrol, 2023, 39(11):879-888.
- [20] 隋忠国, 梅全喜. 国家医保药品手册:2017年版[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2018.
- Sui ZG, Mei QX. National medicare drug handbook: 2017 edition[M]. Beijing: People's Medical Publishing House, 2018.
- [21] Natale P, Palmer SC, Saglimbene VM, et al. Antiplatelet agents for chronic kidney disease[J]. Cochrane Database Syst Rev, 2022, 2(2):CD008834.
- [22] Pallikadavath S, Ashton L, Brunskill NJ, et al. Aspirin for the primary prevention of cardiovascular disease in individuals with chronic kidney disease: a systematic review and meta-analysis[J]. Eur J Prev Cardiol, 2022, 28(17):1953-1960.
- [23] Chen JZ, Tang Y, Zhong Y, et al. P2Y12 inhibitor clopidogrel inhibits renal fibrosis by blocking macrophage-to-myofibroblast transition[J]. Mol Ther, 2022, 30(9):3017-3033.
- [24] Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) CKD Work Group. KDIGO 2024 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease[J]. Kidney Int, 2024, 105(4 Suppl):S117-S314.
- [25] Levey AS, Titan SM, Powe NR, et al. Kidney disease, race, and GFR estimation[J]. Clin J Am Soc Nephrol, 2020, 15(8):1203-1212.
- [26] Lafayette R, Kristensen J, Stone A, et al. Efficacy and safety of a targeted-release formulation of budesonide in patients with primary IgA nephropathy (NeflgArd): 2-year results from a randomised phase 3 trial[J]. Lancet, 2023, 402(10405):859-870.
- [27] 中华医学会内分泌学分会, 中国内分泌代谢病专科联盟. 中国糖尿病合并慢性肾脏病临床管理共识[J]. 中华内分泌代谢杂志, 2024, 40(6):455-461.
- Chinese Society of Endocrinology, Chinese Medical Association, China Endocrinology and Metabolism Specialist Alliance. Expert consensus on clinical management for chronic kidney disease in diabetes mellitus in China[J]. Chin J Endocrinol Metab, 2024, 40(6):455-461.
- [28] 《非奈利酮临床应用多学科专家共识(2025版)》专家组. 非奈利酮临床应用多学科专家共识(2025版)[J]. 中华糖尿病杂志, 2025, 17(11):1427-1437.
- Expert group of Multidisciplinary expert consensus on the clinical use of finerenone (2025 edition). Multidisciplinary expert consensus on the clinical use of finerenone (2025 edition)[J]. Chin J Diabetes Mellit, 2025, 17(11):1427-1437.
- [29] 中国医师协会肾脏内科医师分会肾性贫血指南工作组. 中国肾性贫血诊治临床实践指南[J]. 中华医学杂志, 2021, 101(20):1463-1502.
- Work Group of Chinese Nephrologist Association, Chinese Medical Doctor Association, Renal Anemia Guidelines. Clinical practice guidelines for diagnosis and treatment of renal Anemia in China[J]. Natl Med J China, 2021, 101(20):1463-1502.
- [30] Li P, Sun XF, Chen DH, et al. Lower starting dose of roxadustat in non-dialysis-dependent chronic kidney disease patients with anaemia: a study protocol for a randomised, multicentre, open-label study[J]. BMJ Open, 2023, 13(2):e068864.
- [31] Fishbane S, Pollock CA, El-Shahawy M, et al. Roxadustat versus epoetin Alfa for treating Anemia in patients with chronic kidney disease on dialysis: results from the randomized phase 3 ROCKIES study[J]. J Am Soc Nephrol, 2022, 33(4):850-866.
- [32] Chen J, Shou XY, Xu YY, et al. A network meta-analysis of the efficacy of hypoxia-inducible factor prolyl-hydroxylase inhibitors in dialysis chronic kidney disease[J]. Aging, 2023, 15(6):2237-2274.
- [33] 慢性肾脏病高磷血症临床管理中国专家共识(2025版)工作组, 韦 洮, 左 力. 慢性肾脏病高磷血症临床管理中国专家共识(2025版)[J]. 中国血液净化, 2025, 24(7):529-547.
- Work group of Chinese expert consensus on the clinical management of hyperphosphatemia in patients with chronic kidney disease (2025 edition), Wei T, Zuo L. Chinese expert consensus on the clinical management of hyperphosphatemia in patients with chronic kidney disease (2025 edition)[J]. Chin J Blood Purif, 2025, 24(7):529-547.
- [34] 中华医学会肾脏病学分会专家组. 中国慢性肾脏病患者血钾管理实践专家共识[J]. 中华肾脏病杂志, 2020, 36(10):781-792.
- Expert Panel of the Chinese Society of Nephrology, Chinese Medical Association. Expert consensus on the management of serum potassium in chronic kidney disease patients in China[J]. Chin J Nephrol, 2020, 36(10):781-792.
- [35] 国家肾脏疾病临床医学研究中心. 中国慢性肾脏病矿物质和骨异常诊治指南概要[J]. 肾脏病与透析肾移植杂志, 2019, 28(1):52-57.
- National Clinical Research Center of Kidney Diseases. Summary of China 2018 chronic kidney disease-mineral and bone disorder guideline[J]. Chin J Nephrol Dial Transplant, 2019, 28(1):52-57.
- [36] Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) CKD-MBD Work Group. KDIGO 2017 Clinical Practice Guideline Update for the Diagnosis, Evaluation, Prevention, and Treatment of Chronic Kidney Disease-Mineral and Bone Disorder (CKD-MBD) [J]. Kidney International Supplements, 2017, 7(1):1-59.

- [37] Franchi M, Gunnarsson J, Gonzales-Parra E, et al. Paricalcitol and extended-release calcifediol for treatment of secondary hyperparathyroidism in non-dialysis chronic kidney disease: results from a network meta-analysis[J]. *J Clin Endocrinol Metab*, 2023, 108(11):e1424-e1432.
- [38] Mak RH, Kovesdy CP, Hao S, et al. Nutrition across the entire lifespan in CKD: from childhood to senescence[J]. *Clin J Am Soc Nephrol*, 2025, 20(2):726-749.
- [39] MacLaughlin HL, Friedman AN, Ikizler TA. Nutrition in kidney disease: core curriculum 2022[J]. *Am J Kidney Dis*, 2022, 79(3):437-449.
- [40] Tramontano D, Bini S, Maiorca C, et al. Renal safety assessment of lipid-lowering drugs: between old certainties and new questions[J]. *Drugs*, 2025, 85(6):755-775.
- [41] Ferro CJ, Mark PB, Kanbay M, et al. Lipid management in patients with chronic kidney disease[J]. *Nat Rev Nephrol*, 2018, 14(12):727-749.
- [42] 《重庆市基本医疗保险门诊特殊疾病保障指南(2025年版)》内分泌代谢专业相关疾病专家共识编写专家组,重庆市医学会内分泌学分会,重庆市医学会糖尿病学分会.《重庆市基本医疗保险门诊特殊疾病保障指南(2025年版)》内分泌代谢专业相关疾病专家共识[J]. *重庆医科大学学报*, 2025, 50(8):995-1004.
- Expert Consensus Group on the Standardized Outpatient Diagnosis and Treatment of Special Diseases Covered by Medical Insurance in Endocrinology and Metabolism (2025 Edition), Endocrinology Branch of Chongqing Medical Association, Diabetes Branch of Chongqing Medical Association. Expert consensus on the standardization of outpatient diagnosis and treatment of endocrinology and metabolism specialty for medically insured patients with special diseases in Chongqing(2025 edition)[J]. *J Chongqing Med Univ*, 2025, 50(8):995-1004.
- [43] 潘明明,刘必成.慢性肾脏病相关性瘙痒的发病机制及治疗进展[J]. *中华肾脏病杂志*, 2024, 40(10):846-850.
- Pan MM, Liu BC. Pathogenesis and treatment progress of chronic kidney disease-associated pruritus[J]. *Chin J Nephrol*, 2024, 40(10):846-850.
- [44] Fishbane S, Jamal A, Munera C, et al. A phase 3 trial of difelikefalin in hemodialysis patients with pruritus[J]. *N Engl J Med*, 2020, 382(3):222-232.
- [45] 中华国际医学交流基金会中华肾脏病防治专项基金专家委员会.慢性肾脏病相关瘙痒管理中国专家共识(2025年版)[J]. *中华肾脏病杂志*, 2025, 41(7):555-566.
- Expert Committee for the Chinese Kidney Disease Prevention and Treatment Special Fund of the China International Medical Foundation. Chinese expert consensus on the management of chronic kidney disease-associated pruritus(2025)[J]. *Chin J Nephrol*, 2025, 41(7):555-566.
- [46] Li PK, Chow KM, Van de Luijngaarden MWM, et al. Changes in the worldwide epidemiology of peritoneal dialysis[J]. *Nat Rev Nephrol*, 2017, 13(2):90-103.
- [47] Deng SS, Xuan HJ, Chen LL, et al. Overnight-dwelled amino acid-based peritoneal dialysis solutions for malnutrition in CAPD: a prospective real-world study[J]. *Int Urol Nephrol*, 2026, 58(2):661-671.
- [48] Nourse P, Cullis B, Finkelstein F, et al. ISPD guidelines for peritoneal dialysis in acute kidney injury: 2020 Update (paediatrics) [J]. *Perit Dial Int*, 2021, 41(2):139-157.
- [49] Htay H, Johnson DW, Wiggins KJ, et al. Biocompatible dialysis fluids for peritoneal dialysis[J]. *Cochrane Database Syst Rev*, 2018, 10(10):CD007554.
- [50] 中国中西医结合学会,中华中医药学会,中华医学会.慢性肾衰竭中西医结合诊疗指南(2023版)[S].北京,2023.
- Chinese Integrative Medicine Association, China Association of Chinese Medicine, Chinese Medical Association. Guidelines for Diagnosis and Management of Chronic Renal Failure with Integrated Traditional Chinese and Western Medicine(2023 edition)[S]. Beijing, 2023.
- [51] 孙梦豫,邓清月,孙澜彬,等.数据挖掘《中国药典》2020年版肾病相关中药成方制剂的核心药对及其作用靶点预测[J]. *中草药*, 2025, 56(1):191-202.
- Sun MY, Deng QY, Sun LB, et al. Data mining of core drug pairs from traditional Chinese medicine prescription related to nephropathy in Chinese Pharmacopoeia 2020 edition and prediction of their action targets [J]. *Chin Tradit Herb Drugs*, 2025, 56(1):191-202.
- [52] 《中成药治疗优势病种临床应用指南》标准化项目组.中成药治疗慢性肾脏病3~5期(非透析)临床应用指南(2020年)[J]. *中国中西医结合杂志*, 2021, 41(3):261-272.
- Standardization Project Team for Clinical Application Guidelines of Priority Diseases Treated with Traditional Chinese Medicine. Clinical application guidelines of Chinese patent medicine in the treatment of chronic kidney disease stage 3-5 (non-dialysis) (2020) [J]. *Chin J Integr Tradit West Med*, 2021, 41(3):261-272.
- [53] 中国中药协会肾病中药发展研究专业委员会.《中成药治疗优势病种临床应用指南》标准化项目组.中西医联合防治慢性肾脏病1-3期临床应用指南(2025年版)[J]. *中国循证医学杂志*, 2025, 25(7):745-760.
- Association of Chinese Materia Medica/Professional Committee for Research and Development of Chinese Medicine in Nephropathy, Standardization Project Team for Clinical Application Guidelines of Priority Diseases Treated with Traditional Chinese Medicine. Clinical application guideline of combination with traditional Chinese medicine and western medicine in the prevention and treatment of chronic kidney disease stage 1-3(2025)[J]. *Chin J Evid Based Med*, 2025, 25(7):745-760.

(收稿:2025-12-22;修回:2026-03-01;录用:2026-03-02)

(责任编辑:周一青)

本文引用格式:

《重庆市基本医疗保险门诊特殊疾病保障指南(2025年版)》肾脏病学相关疾病专家共识编写专家组;重庆市医学会肾脏病学分会.《重庆市基本医疗保险门诊特殊疾病保障指南(2025年版)》肾脏病学相关疾病专家共识[J]. *重庆医科大学学报*, 2026, 51(4):439-450.