·病例报告·

超高龄终末期肾脏病患者保守治疗1例

张少岩,李月红*,王炜
(清华大学附属北京清华长庚医院肾内科,北京 102218)

【关键词】 超高龄;终末期肾脏病;肾替代治疗;保守治疗
【中图分类号】 R692;R592 【文献标志码】 B 【DOI】 10.11915/j.issn.1671-5403.2018.02.030

随着人口老龄化,超高龄(≥80岁)终末期肾脏病(end-stage renal disease,ESRD)患者不断增加[1],临床肾脏替代治疗方式和治疗时机的报道较少,选择保守治疗还是肾脏替代治疗及治疗时机仍存争议。年龄作为透析患者生存率的独立危险因素在临床治疗决策中被日益关注。本文报道了1例选择保守治疗的ESRD患者13年随访资料,以期探讨超高龄老人肾脏替代治疗时机及方式,为超高龄ESRD患者的临床治疗决策提供参考。

1 临床资料

患者,女性,88岁。2004年(患者75岁)因"血压升高1年、血肌酐升高1个月"第一次就诊,血压150/90 mmHg(1 mmHg = 0.133 kPa),夜尿增多,3~4次/晚,血肌酐280 μmol/L,尿素氮16.8 mmol/L。查体:体温36.6℃,脉搏78次/min,呼吸16次/min,血压135/85 mmHg。营养状态良好,双肺呼吸音清,未闻及干湿啰音;心率78次/min,律齐,各瓣膜听诊区未闻及病理性杂音;腹软,无压痛;双下肢轻度可凹性水肿。既往史:44岁患胸膜结核;48岁因子宫内膜异位症行"子宫及卵巢全切术";有输血史;否认糖尿病史;2000年开始反复出现泌尿系统感染,曾长时间用中药及抗生素;有胃溃疡、胆结石及胆囊炎病史。个人史、婚育史、家族史无特殊。

诊治经过。患者75岁时血肌酐282 μmol/L,估算肾小球滤过率(estimated glomerular filtration rate, eGFR)15.7 ml/(min·1.73 m^2),血红蛋白(hemoglobin, Hb)116 g/L,CO_2浓度19.4 mmol/L;尿常规:蛋白(+),潜血(+),白细胞(+),亚硝酸盐试验(nitrite test, NIT)(+);24 h尿蛋白0.75 g;超声显示双肾实质弥漫性损害,左肾10.0 cm×4.9 cm×3.8 cm,皮质1.3 cm,右肾9.3 cm×5.2 cm×4.2 cm,皮质1.1 cm。考虑慢性肾功能衰竭,慢性肾脏病(chronic kidney disease, CKD)4期,肾性贫血,慢性肾小管间质性肾病,高血压。给予低盐低脂优质低蛋白饮食(0.8 g/kg),硝苯地平控释片降压,血压维持在140/90 mmHg左右,补充促红细胞生成素、琥珀酸亚铁和叶酸片,维持血红蛋白110~130 g/L,碳酸氢钠纠酸,补充酮酸,碳酸钙降磷,尿毒清和百令胶囊等辅助治疗。患者每月随诊,2008年患者79岁,eGFR为10 ml/(min·1.73 m^2),无明显尿毒症症状,家属及患者要求保守治疗。2004~2017年血肌酐缓慢升高至800~900 μmol/L,eGFR为3~5 ml/(min·1.73 m^2),血红蛋白、总蛋白、白蛋白、CO_2结合力、血钙、血磷维持稳定。每年胸片、心电图、超声心动图结果未见明显异常,无低蛋白血症,无电解质紊乱,生活能够自理,可行走,一直未行肾脏替代治疗。2017年10月10日因肺部感染、脑梗死、少尿、心功能不全入住外院,患者拒绝透析治疗,保守治疗1周后死亡。

2 讨 论

>80岁超高龄ESRD患者逐年增加,且与年轻患者相比合并症较多,关于其接受肾脏替代治疗是否会比保守治疗具有更好的生存获益一直存在争议[2]。首先,肾脏替代治疗会增加额外风险,如感染、肾功能丧失加速及透析相关并发症等[3]。Hussain等[4]回顾性研究表明,>70岁且一般情况差或合并症较多的ESRD患者及年龄>80岁ESRD患者肾脏替代治疗和保守治疗的生存优势没有显著性差异。一项来自荷兰的研究表明,≥70岁ESRD患者肾脏替代治疗比保守治疗能获得更好的生存率,但≥80岁患者则两种治疗的生存率没有显著性差异[5]。尽管被告知透析治疗有可能延长寿命,部分超高龄ESRD患者和家属仍倾向保守治疗,以减少透析带来的负担[6],来自澳大利亚的一项调查也得到了类似结论[7]。持续全方位的医疗照护包括容量控制,保持电解质酸碱平衡,纠正贫血,提供适当的姑息治疗和临终关怀等。本病例报告虽为个案,但其在13年的保守治疗随访过程中,基本可保持生活质量。目前没有研究证实对超高龄老人进行透析治疗可延长寿命,只是有研究表明,行维持性血液透析≥65岁患者的5年和10年生存率分别为43.3%和9.4%[8],而≥75岁患者透析后1年死亡率为41.0%,且透析后住院时间增加[9]。本研究患者为高龄慢性肾功能不全患者,2004~2017年期间一直保守治疗,生活可自理,没有长期住院,随诊中也未出现明显需要紧急透析的症状。

另一方面,最新指南建议要更加重视患者的临床症状,而不是单纯依靠eGFR水平作为决定是否启动透析时机的

收稿日期:2017-11-10;修回日期:2017-11-26
通信作者:李月红,E-mail:liyuehong0616@163.com

要素[10]。改善全球肾病预后组织(kidney disease: improving global outcomes organization, KDIGO)指南建议当出现下列 1 个或多个症状时开始透析治疗。(1)出现与肾功能衰竭有关的症状,如腹膜炎、酸碱平衡失调、电解质紊乱和皮肤瘙痒等;(2)无法控制的高血压;(3)营养状况恶化,饮食干预无效;(4)认知损害。而上述症状出现患者的 eGFR 并不总在 5 ~ 10 ml/(min · 1.73 m^2)。有研究表明,以全因死亡率作为主要评估结果,eGFR 10 ~ 14 ml/(min · 1.73 m^2)作为早期透析时机,与 eGFR 5 ~ 7 ml/(min · 1.73 m^2)作为晚期透析时机比较,并没有显示出有益结果,甚至透析可能增加额外风险,如透析通路感染和腹膜感染、蛋白质或血红蛋白流失加剧、肾功能丧失加速,出现透析通路并发症和肝素相关出血等,因而不建议过早进行透析治疗,且 > 70 岁患者中早透析患者死亡率高于晚透析患者(风险比为 3.29; P = 0.048),且没有证据表明无明显症状、仅低 eGFR 就开始透析有优势,某些情况下超高龄患者晚期透析与患者的死亡风险降低相关[11]。本病例虽作为个案报道,但该患者超高龄,肾功能不全经保守治疗持续生存 13 年,有临床意义,希望能给患者治疗决策提供参考,给进行保守治疗的医师和患者信心。

总之,超高龄 ESRD 患者的治疗需更侧重优化生活质量,而不是以牺牲生活质量、增加并发症来获得生存期。鉴于伦理限制,很少有针对高龄 ESRD 患者的前瞻性随机试验,因此,应根据每位患者的临床状况进行个体化分析,充分考虑患者及家属倾向,选择对患者最佳、有生活质量的治疗方案。

【参考文献】

[1] Berger JR, Hedayati SS. Renal replacement therapy in the elderly population[J]. Clin J Am Soc Nephrol, 2012, 7(6): 1039 - 1046. DOI: 10.2215/CJN.10411011.

[2] Han SS, Park JY, Kang S, *et al*. Dialysis modality and mortality in the elderly: a meta-analysis[J]. Clin J Am Soc Nephrol, 2015, 10(6): 983 - 993. DOI: 10.2215/CJN.05160514.

[3] Chang JH, Rim MY, Sung J, *et al*. Early start of dialysis has no survival benefit in end-stage renal disease patients[J]. J Korean Med Sci, 2012, 27(10): 1177 - 1181. DOI: 10.3346/jkms.2012.27.10.1177.

[4] Hussain JA, Mooney A, Russon L. Comparison of survival analysis and palliative care involvement in patients aged over 70 years choosing conservative management or renal replacement therapy in advanced chronic kidney disease[J]. Palliat Med, 2013, 27(9): 829 - 839. DOI: 10.1177/0269216313484380.

[5] Verberne WR, Geers AB, Jellema WT, *et al*. Comparative survival among older adults with advanced kidney disease managed conservatively *versus* with dialysis[J]. Clin J Am Soc Nephrol, 2016, 11(4): 633 - 640. DOI: 10.2215/CJN.07510715.

[6] Tonkin-Crine S, Okamoto I, Leydon GM, *et al*. Understanding by older patients of dialysis and conservative management for chronic kidney failure[J]. Am J Kidney Dis, 2015, 65(3): 443 - 450. DOI: 10.1053/j.ajkd.2014.08.011.

[7] Sparke C, Moon L, Green F, *et al*. Estimating the total incidence of kidney failure in Australia including individuals who are not treated by dialysis or transplantation[J]. Am J Kidney Dis, 2013, 61(3): 413 - 419. 10.1053/j.ajkd.2012.10.012.

[8] 吴小东, 姜松. 维持性血液透析患者长期生存率临床分析[J]. 中国实验诊断学, 2011, 15(2): 353 - 354. DOI: 10.3969/j.issn.1007-4287.2011.02.061.
Wu XD, Jiang S. Clinical analysis of long-term survival rate in maintenance hemodialysis patients[J]. Chin J Lab Diagn, 2011, 15(2): 353 - 354. DOI: 10.3969/j.issn.1007-4287.2011.02.061.

[9] Vandecasteele SJ, Kurella TM. A patient-centered vision of care for ESRD: dialysis as a bridging treatment or as a final destination?[J]. J Am Soc Nephrol, 2014, 25(8): 1647 - 1651. DOI: 10.1681/ASN.2013101082.

[10] Akbari A, Clase CM, Acott P, *et al*. Canadian Society of Nephrology Commentary on the KDIGO clinical practice guideline for CKD evaluation and management[J]. Am J Kidney Dis, 2015, 65(2): 177 - 205. DOI: 10.1053/j.ajkd.2014.10.013.

[11] Rosansky SJ, Schell J, Shega J, *et al*. Treatment decisions for older adults with advanced chronic kidney disease[J]. BMC Nephrol, 2017, 18(1): 200. DOI: 10.1186/s12882-017-0617-3.

(编辑: 张美)