

· 老年人心肾疾病专栏 ·

成功救治高龄老年心肾综合征 1 例

郑 瑾, 骆雷鸣, 叶 平, 王 亮

(解放军总医院南楼临床部心血管二科, 北京 100853)

【关键词】 心肾综合征; 老老年

【中图分类号】 R541.6

【文献标识码】 B

【DOI】 10.3724/SP.J.1264.2012.00009

1 临床资料

患者男性, 93岁, 主因“发作性胸痛36年, 间歇性胸闷气短6年, 加重伴夜间不能平卧1月”入院。既往有慢性阻塞性肺疾病、持续性房颤病史。查体: 血压120/60mmHg, 体质量98kg。颈静脉充盈, 双下肺可闻及湿啰音。心界向左扩大, 心尖搏动弥散, 心率80次/min, $P_2 > A_2$, 第一心音强弱不等, 心律绝对不齐。双下肢重度可凹性水肿。实验室检查: Hb 95g/L; Cr: 127.2 μ mol/L; ProBNP: 5303.3pg/ml; 心电图: 房颤心律, T波低平、倒置。心脏超声: 全心扩大, LVEF=50%, 肺动脉收缩期压力增高(约66mmHg)。血气分析: PaO_2 79.4mmHg, $PaCO_2$ 74.1mmHg。入院后在常规治疗的基础上, 给予改善心肾功能: (1) 小剂量托拉塞米注射液10mg/d, 壶入, 14d后减量至5mg/d; (2) 静滴奈西立肽(重组人脑利钠肽), 以0.0025~0.005ng/(kg·min)速度微量泵持续泵入, 总量为1.5mg; (3) 神经-内分泌治疗, 给予小剂量酒石酸美托洛尔、盐酸贝那普利、安体舒通口服; (4) 纠正贫血, 给予促红细胞生成素、多糖铁复合物; (5) 纠正呼吸性酸中毒。经上述治疗, 患者体质量共减轻18kg, 喘憋明显减轻, 夜间可平卧休息。查体: 双肺湿啰音较前明显减少, 双下肢轻度水肿。辅助检查: Hb 105g/L, Cr: 87 μ mol/L, ProBNP: 1680 pg/ml; 血气分析: PaO_2 77.2mmHg, $PaCO_2$ 57.9mmHg。心脏超声: LVEF=55%。肺动脉收缩期压力45mmHg。

2 讨论

2008年欧洲学者将心肾综合征(cardiorenal syndrome, CRS)划分为5个临床亚型^[1]。该病例为慢性充血性心力衰竭致慢性肾脏病进行性恶化, 属于II型CRS。该病例为高龄老年, 基础疾病复杂, 不同疾病之间相互影响。在冠心病、肺心病、肺动脉高压的基础上, 以肺部感染为诱因, 导致原有的舒张期心功能不全进一步加重。心衰患者的血液再分配时, 肾脏的血流量明显减少, Cr升高, 肾小球滤过率下降。同时慢性心衰时血流动力学及神经体液异常可致肾血管收缩, 肾脏缺血, 促红细胞生成素减少导致贫血。反之, 贫血使心率增快, 每搏输出量减少, 心肌细胞凋亡等,

加重慢性心功能不全, 即心肾贫血综合征^[2]。上述病理改变在该病例中均有所体现。另外, 治疗方案相互矛盾: 使用利尿剂改善心功能不全的同时, 加重了对肾脏的负担; 同时, 该患者存在水电解质紊乱、酸碱平衡失调, 利尿剂的使用可使之加重。针对上述复杂病情及治疗上的矛盾, 在有效抗感染的基础上, 一方面, 纠正心功能不全。(1)减轻心脏前负荷, 给予小剂量托拉塞米利尿, 避免了呋塞米需要间歇用药的局限, 使体质量每日下降0.5~0.75kg。(2)静滴注奈西立肽。通过其扩张血管、排钠、利尿等作用纠正心衰。同时, 可减少联合使用的利尿剂剂量, 小剂量奈西立肽可减少因其舒张血管导致血压下降、肾灌注减少。该患者为高龄老年, 既往无高血压病史, 因此, 在小剂量静滴奈西立肽过程中密切监测血压, 未出现低血压现象, 最大限度地减少了药物对肾功的影响。(3)应用硝酸酯改善心肌缺血, 并藉此改进肾功能。同时监测血压, 避免因过度的血管扩张导致相对的肾动脉充盈不足, 肾脏灌注压下降, 减少因过度扩血管激活肾素-血管紧张素-醛固酮系统和交感神经系统。(4)神经-内分泌治疗。给予小剂量酒石酸美托洛尔、盐酸贝那普利、安体舒通口服。另一方面, 保护肾功能。(1)纠正贫血。常规剂量的EPO可改善CRS患者的贫血状况, 延缓肾脏病的进程, 改善心脏功能, 阻断慢性心功能不全、贫血、肾脏损害三者之间的恶性循环^[3]。(2)纠正呼吸性酸中毒, 减少因水电紊乱、酸碱失衡加重对心、肾功能的损害。

综上所述, 该病例通过及时去除诱因、缓解基本病因、阻断恶性循环链、设计综合治疗方案、注重高龄老年用药个体化、平衡药物治疗对不同脏器带来的利弊等措施, 取得较满意疗效。

[参考文献]

- [1] Ronco F, Ronco C. Cardiorenal syndrome, current understanding[J]. Recent Prog Med, 2009, 100(4): 202-213.
- [2] Targ DC. Cardiorenal anemia syndrome in chronic kidney disease[J]. J Chin Med Assoc, 2007, 70(10): 424-429.
- [3] Kes P, Basic-Jukic N, Juric I, et al. The cardiorenal syndrome and erythropoietin[J]. Acta Med Croatica, 2008, 62 (Suppl 1): 21-31.

(编辑: 王雪萍)