

· 病例报告 ·

超高龄多器官衰竭患者救治 1 例

徐世平 吴本伊 吴道宏 宫桂花

1 病例摘要

患者,男性,1904 年出生,主因发现右下腹包块 3 个月于 2002 年 10 月入院,无自觉症状,查 CEA、CA₇₂₄ 偏高,腹部 B 超和 CT 均提示右下腹相当于升结肠处软组织肿块,考虑升结肠肿瘤。患者既往有高血压病史 39 年(最高达 190/110 mmHg),冠心病 25 年,长期服用多种降压药及扩冠药,确诊为慢性心功能不全 10 余年,间断服用洋地黄类药物;2000 年因动脉硬化闭塞症、右足坏疽,行右大腿中下 1/3 截肢术;自 1964 年始多次出现十二指肠溃疡穿孔,曾两次手术修补;慢性肾功能不全病史十余年,1998 年肌酐清除率(Ccr)37 ml/min,次年 Ccr 24 ml/min,诊断为肾硬化症、慢性肾功能不全失代偿期。入院时查体:皮肤黏膜无黄疸,表浅淋巴结未触及,心界饱满,双下肺可闻及散在湿啰音,右下腹可扪及 5 cm × 6 cm 包块,可移动,右下肢 2/3 以下缺血,左足背动脉搏动不易触及。化验:Hb 94 g/L, WBC $7.3 \times 10^9/L$, N 0.92, BUN 16.37 mmol/L, Cr 174.2 $\mu\text{mol/L}$, CEA 24, CA₇₂₄ 46.41。因患者高龄、全身多器官疾病,尊重家属意见,入院后予免疫制剂、中药、对症及支持治疗,长期大静脉营养。患者反复发生肺部和泌尿系感染,反复使用多种抗生素,多次出现心力衰竭、心律失常,经调整治疗维持相对稳定,但肿瘤呈进行性增大,至 2003 年 2 月肿瘤约 10 cm 大小,并开始间断排暗红色血便。3 月中旬因左足三、四趾坏疽,输低分子右旋糖酐和前列地尔(凯时)治疗后,出现大量鲜血便,考虑系扩血管致肿瘤出血,停药后好转,坏疽部位保持干燥,未出现感染及其他并发症。4 月 4 日开始未排大便,腹胀明显,持续胃肠减压,

引流出粪水样液体 80~1 020 ml/d,考虑可能由于肿瘤堵塞肠腔致完全性肠梗阻,反复多次从胃管内注入香油等,4 月 19 日开始每日多次从肛门流出少量稀便,胃液引流量渐减少,间断有咖啡色胃液,长期应用泵抑制剂治疗。4 月 9 日开始尿量减少,用利尿药无明显效果,全身水肿逐步加重,16 日全天尿量 250 ml,全身高度水肿,深昏迷, BUN 29.5 mmol/L, Cr 457 $\mu\text{mol/L}$, 心率 120~140 次/min,心电图提示心肌缺血加重;4 月 17 日因呼吸衰竭行经鼻气管插管、呼吸机辅助呼吸。由于少尿,不能应用洋地黄类药物,给予硝酸异山梨酯(异舒吉)改善心肌缺血,护心通保护心肌,并用微量泵泵入乌拉地尔(压宁定)控制血压。考虑患者心肺病变的主要原因与体内水负荷过重有关,严格限制液体入量,并于 16 日开始行床旁间歇性静脉-静脉血液滤过,每次治疗 4~6 h,超滤量 2 000~3 500 ml,根据需要输血、补充白蛋白和纠正水电解质、酸碱失衡,间隔 1~5 d 滤过 1 次,患者尿量逐步增加,至 5 月 11 日尿量增加至 730 ml,血 BUN、Cr 也有所下降,全身水肿完全消退,神志改善,血滤改为每两周左右 1 次,每日尿量维持在 550~1 100 ml,生命体征维持稳定。

2 讨论

该患者为超高龄老年患者,全身多器官功能不全,治疗难度大、矛盾多。(1)患者由于反复的肺部和泌尿系感染,几乎长期应用抗生素,一方面导致细菌的广泛耐药,另一方面诱发二重感染,同时不能选用有肾毒性的药物,因此治疗后期抗生素选择相当困难,经常联合使用多种抗生素,但整个治疗过程未出现不可控制的感染情况,多次转危为安。(2)患者由于有动脉硬化症,左三、四趾和小腿出现坏疽后,本应用扩血管的药物,但扩血管后诱发肿瘤出血,只能保持局部干燥,未出现湿性坏疽加重肾功能损害。

作者单位:100853 北京市、解放军总医院南楼消化科

作者简介:徐世平,男,在读医学博士,副主任医师

通信作者:徐世平,电话 010-66937502

(3)患者有慢性心功能不全,尿量减少后,体内水负荷重,加重心力衰竭,但又不能用洋地黄制剂,只能限制液体供给,同时排出体内多余的水分。静脉血液滤过目前广泛用于临床各种危重症如全身炎症反应综合征、多器官衰竭、充血性心力衰竭等的治疗^[1]。由于血滤是通过对流的原理,等渗性地清除血液中的水分和溶质,因此不会发生血透时的“失衡综合征”^[2],对血流动力学的影响也少,尤其适用于老年人,因此及时采取血滤对缓解患者病情、延长生存期发挥了重要作用。血滤主要是清除水分和中分子物质,近几年研究^[3]认为,血滤还可清除体内多种细胞因子、炎症介质、毒素等,能改善肺通气功能,促进神志恢复。患者第一次尿少发生在肿瘤所致肠梗阻后,肾功能衰竭可能与肠道毒素大量吸收和反复感染,体内产生大量炎症介质和细胞因子有关,在

进行几次血滤后,肾功能逐步改善可能与这些物质的清除有关。而且我们认为肠梗阻的再通,可能与血滤后肠道水肿减轻有关,但不除外肿瘤的部分坏死。由于大便通畅,使得内环境进一步改善,是患者生命延长的一个重要原因。

参考文献

1 孙建设,吴毓敏,张斌,等.连续性静-静脉血液滤过在老年人多脏器功能障碍时的应用.中国血液净化,2002,1:49-51.
2 李德萍,彭保,戴勇.连续性静-静脉血液滤过治疗严重肾功能衰竭和多系统脏器功能衰竭.临床内科杂志,1999,16:224.
3 Nakae H, Asanuma Y, Tajimi K. Cytokine removal by plasma exchange with continuous hemodiafiltration in critically ill patients. Ther Apher,2002,6:419-424.

(收稿日期:2003-07-31)

(本文编辑 张和起)

(上接第 293 页)

表 1 Hcy 水平与肱动脉舒张功能比较表

组 别	Hcy($\mu\text{mol/L}$)	$D_1-D_0/D_0(\%)$	$D_2-D_0/D_0(\%)$
劳力型心绞痛(I)	$21.24 \pm 4.37^*$	$8.59 \pm 1.49^*$	$16.00 \pm 2.10^{\wedge\wedge\wedge}$
早期硬化(II)	$17.07 \pm 2.31^*$	$11.32 \pm 1.83^*$	$22.98 \pm 3.02^{\Delta\Delta}$
对照组(III)	$14.03 \pm 3.83^*$	$16.49 \pm 3.97^*$	$24.68 \pm 5.87^{\Delta}$

注: * $P < 0.05$; * $P < 0.01$; $\wedge$ $P < 0.01$; $\Delta\Delta$ 与 $\Delta\Delta\Delta$ $P < 0.01$; Δ 与 $\Delta\Delta$ $P > 0.05$

EDRF,发现:随着冠状 AS 逐渐加重,血浆 Hcy 水平逐渐增高,肱动脉血流介导的 EDRF 逐渐降低。证实 Hcy 对血管内皮的损伤是引起 AS 的中心环节。另外,含服硝酸甘油后,正常人与轻度 AS 的中心环节。另外,含硝酸甘油后,正常人和轻度 AS 者肱动脉扩张明显;而恶化劳力型心绞痛患者肱动脉对硝酸甘油反应迟钝,这可能与心绞痛患者长期大量应用硝酸酯类药物及存在耐药性有关。

4 结 论

冠心病患者血浆 Hcy 水平与冠状 AS 相一致,与肱动脉血流介导的 EDRF 呈负相关。

参考文献

1 Celermajer DS, Sorensen KE, Gooch VM, et al. Non-invasive detection of endothelial dysfunction in children and adults at risk of atherosclerosis. Lancet, 1992, 340: 1111-1121.
2 陈小平,毛节明.同型半胱氨酸和冠心病.心血管病进展,2000,21:81-84.
3 李秀昌,胡燕燕.同型半胱氨酸致动脉粥样硬化发病机制的研究进展.心血管病进展,2001,22:170-171.

(收稿日期:2002-07-15)

(本文编辑 张和起)