

定^[4]。其治疗的疗效与有创 - 无创转换最佳时间、呼吸机的选择、患者的依从性等因素密切相关。

1. 有创 - 无创转换最佳时间选择是关键: 转换最佳时间选择的基本原则是早期拔管、初步感染控制、呼吸机参数适当。早期拔管是在最大程度上实现序贯通气的目的, 可有效减少人工气道的各种相关并发症。初步感染控制的标准应当综合患者症状、体征、血象、X 线胸片和血气标准统筹考虑^[4]。一般抗生素有效治疗后 3~5 天。呼吸机参数适当主要是指 SIMV 呼吸频率 8~12 次/分、PSV 水平 10~12 cmH₂O, 因为此时说明患者自主呼吸恢复, 气道阻力下降, 均能适应无创呼吸机的性能参数。

2. 有创呼吸机和无创呼吸机的选择是基础: 常规有创呼吸机可以提供较高的气道压和较大的气流量, 准确的 FiO₂, 多种通气模式和呼吸参数, 较完善的监测报警功能, 适宜应用于气管切开或插管的有创机械通气。但可以提供的最大流量及漏气补偿能力低, 尤其重要的是漏气量大时会导致呼吸机不能正常工作, 甚至出现故障或人机对抗, 产生严重的临床不良后果。专用的无创呼吸机随着技术的进步, 以其能提供较高的流量, 漏气补偿好, 人机同步性能高, 简单易用而已广泛应用于 NPPV。所以有创呼吸机一般不宜选用进行 NPPV^[5]。

3. 患者的依从性是关键: 初次应用面罩 NPPV 的患者, 部分会产生不安、焦虑甚至恐惧等情绪和心理反应, 严重影响着治疗的成败。为提高患者的依从性我们应该做到: ①治疗前进行详细的告知, 解释清楚治疗方法、目的, 充分取得患者、家属的理解和配合,

做好抢救应急预案; ②呼吸模式转换的初始 6~8h 尤其 2h 以内对治疗的成败影响较大, 医生应床旁监护至少 6h 以上, 给患者以安全感并且随时处理影响疗效的问题; ③规范操作, 严密进行动脉血气等指标监测, 科学寻找最佳治疗参数, 不能凭经验甚至随意设置。疗效不佳时应积极寻找原因, 不能轻率将原因归咎于患者不配合或疾病太重; ④注意选择密封性、舒适性和安全性好、重复呼吸死腔小的面罩, 并定时检查固定松紧度、有否漏气和局部受压影响血液循环等情况, 及时调整处理。

参考文献

- 1 Nava S, Ambrosino N, Clini E, *et al.* Noninvasive mechanical ventilation in the weaning of patients with respiratory failure due to chronic obstructive pulmonary disease. A randomized trial. *Ann Intern Med*, 1998, 128: 721 - 728
- 2 Girault C, Daudenthun I, Chevron V, *et al.* Noninvasive ventilation as a systematic extubation and weaning technique in acute - on - chronic respiratory failure: a prospective, randomized controlled study. *Am J Respir Crit Care Med*, 1999, 160: 86 - 92
- 3 中华医学会呼吸病学分会慢性阻塞性肺疾病学组. 慢性阻塞性肺疾病诊治指南 (2007 年修订版). *中华结核和呼吸杂志*, 2007, 30 (1): 8 - 17
- 4 有创 - 无创序贯机械通气多中心研究协作组. 以肺部感染控制窗为切换点行有创与无创序贯机械通气治疗慢性阻塞性肺疾病所致严重呼吸衰竭的随机对照研究. *中华结核和呼吸杂志*, 2006, 29 (1): 14 - 18
- 5 黎毅敏, 罗群. 无创正压通气在危重症患者中的应用. *中华结核和呼吸杂志*, 2007, 30 (10): 726 - 729

(收稿: 2009 - 11 - 16)

33 例老年肾病综合征的临床分析

吕庆孝

摘要 目的 对老年肾病综合征做临床分析。方法 回顾性分析 2001 年 1 月~2008 年 1 月 33 例住院老年肾病综合征患者的临床和实验室资料。结果 本组 33 例老年肾病综合征, 原发性以膜性肾病 (27.3%) 和微小病变 (15.2%) 最为多见, 继发性以糖尿病肾病 (21.2%) 为多见。临床表现以水肿、血尿为主, 肾功能损坏 9 例 (27.3%), 高血压 12 例 (36.4%), 贫血者 6 例 (18.2%)。通过使用激素或激素加免疫抑制剂和抗凝治疗, 患者完全缓解率为 36.4%, 部分缓解率为 45.4%。结论 老年肾病综合征患者易发生感染和血栓, 目前认为感染因素是肾病综合征复发的首要因素, 因此预防、控制感染是治疗的关键。

关键词 老年肾病综合征 膜性肾病 感染 临床特征

Clinical Analysis of 33 Nephrotic Syndrome in the Elderly. Lü Qingxiao. Department of Nephrology, General Hospital of Hegang Mining

作者单位: 154100 黑龙江省鹤岗市矿务局总医院肾内科

Affairs Bureau, Heilongjiang 154100, China

Abstract Objective To analyze the data about diagnosis and treatment of nephrotic syndrome in the elderly(NSIE). **Methods** The clinical and laboratory data of 33 elderly with nephritic syndrome were retrospectively analyzed from January 2001 to January 2008. **Results** In the clinical manifestations, membranous nephropathy(MN) (27.3%) was particularly common as a cause of the nephrotic syndrome in the elderly, as well as minimal change disease(MCD) (15.2%) and diabetic nephropathy(DN) (21.2%). Edema and hematuria were the major symptoms. 9 cases (27.3%) of the patients displayed renal dysfunction, 12 (36.4%) hypertension and 6 (18.2%) anemia. Through steroid, immunosuppressive agent and anticoagulation therapy, complete and partial response rate were 36.4% and 45.4% respectively. **Conclusion** There is a high rate of infection and thrombus in nephritic syndrome in the elderly. Current thinking is that infection is the primary factor in the frequent nephrotic syndrome recurrence. So to prevent and control infections is the key point.

Key words Nephrotic syndrome in the elderly; Membranous nephropathy; Infection; Clinical characteristics

随着社会的发展和进步,我国老年人口日益增多,老年人肾脏病发病率也呈上升趋势。肾病综合征(NS)是一种常见的肾脏疾病,它是以大量蛋白尿、低蛋白血症、水肿和高脂血症为主要临床表现的一组综合征。据报道,老年肾病综合征(NSIE)约占肾病综合征的12%~35%^[1]。因此,对其的诊断和治疗已经越来越受到广泛重视。现对我院近年来所收治的33例具有完整临床和病理资料的老年肾病综合征患者进行相关分析,报告如下。

资料与方法

1. 一般资料:我院肾内科2001年1月~2008年1月收治33例老年肾病综合征患者,其中男性21例,女性12例,年龄60~81岁,平均69±3.5岁,病程1~2年。全部患者均符合肾病综合征的临床诊断标准^[2]。

2. 实验室检查:所有病例均行尿尿常规、24h尿蛋白定量、肝肾功能、血浆总清蛋白和清蛋白、血脂等检查。肾组织标本进行光镜(包括HE、PAS、PASM、Massone染色,部分标本进行刚果红染色)、免疫荧光(包括IgG、IgA、IgM、C3、C1q、FRA)和电镜检查。按WHO1982年肾小球疾病分类标准进行病理学分类。

3. 治疗方法:全部病例给予泼尼松治疗,剂量每日1mg/kg,晨顿服,持续服8~12周后根据病情逐渐减至最小量维持治疗

1~2年。对于激素耐药、频发或反复、激素依赖者,延长激素用药疗程,并加用免疫抑制剂治疗(环磷酰胺、环孢霉素A)及抗凝(尿激酶、蝮蛇抗栓酶)治疗。合并感染者及时抗炎治疗。

4. 疗效判断:①完全缓解:水肿消退,24h尿蛋白定量<300mg,血浆清蛋白>30g/L,肾功能正常,血脂下降;②部分缓解:水肿消退,24h尿蛋白在300~1500mg之间,血浆清蛋白较前略有上升,肾功能稳定,血脂下降;③无效:未达到部分缓解标准。

结 果

33例患者中原发性肾病综合征19例,继发性肾病综合征14例。以水肿、血尿为主,肾功能损坏9例(27.3%),高血压12例(36.4%),贫血者6例(18.2%)。主要并发症是感染(15.2%)和血栓(12.1%)。其中5例感染中有4例是在应用激素和免疫抑制剂之后出现。33例均行肾活检,见表1。主要病理类型为:膜性肾病(27.3%),糖尿病肾病(21.2%)和微小病变(15.2%)。出现肾间质纤维化15例(45.5%)。完全缓解12例(36.4%),部分缓解13例(45.4%),无效8例(18.2%),总有效率(81.8%);死亡1例,死亡原因为感染。从病理来看,以膜性肾病和微小病变疗效好。

表1 33例老年肾病综合征患者病因分布(n)

分类	病因	n(%)	高血压	血尿	肾功能损害	血栓性并发症	完全缓解	部分缓解	无效	总有效
原发性(n=19)	膜性肾病	9(27.3)	6	5	7	3	5	3	1	8
	微小病变	5(15.2)	4	5	4	0	4	1	0	5
	局灶节段性肾炎	3(9.1)	3	3	3	0	0	2	1	2
	膜增生性肾炎	1(3.0)	1	1	1	0	0	1	0	1
	系膜增生性肾炎	1(3.0)	1	1	1	0	1	0	0	1
继发性(n=14)	糖尿病肾病	7(21.2)	6	3	3	0	0	4	3	4
	淀粉样变	2(6.1)	2	2	2	0	1	1	0	2
	恶性肿瘤	3(9.1)	3	2	2	0	1	1	1	2
	狼疮性肾炎	1(3.0)	1	1	1	0	0	1	0	1
	紫癜性肾炎	1(3.0)	1	1	1	0	0	1	0	1

(下转至第89页)

复合运动波Ⅲ相),诱发胃强烈收缩和小肠明显的分节运动,对胃肠内容起清扫作用;此外还可影响胆囊收缩运动及刺激胃蛋白酶和胰液的分泌^[6]。血浆中 MOT 水平升高,可致肠蠕动加快,肠内容物中大量水分来不及吸收就排出体外,从而出现腹泻等症状,反之则出现便秘。本实验中,利血平造模后家兔血清 MOT 上升,与张兵、毛炯等的报道相符,经捏脊疗法治疗后血清 MOT 明显下降,家兔脾虚症状明显改善,这可能与下列因素有关:①与捏脊疗法通过刺激脊旁神经节干,调节交感、副交感神经的平衡有关:内脏平滑肌受植物神经系统的交感神经和迷走神经支配, T₅₋₉ 神经节发支组成内脏大神经, T₁₀₋₁₂ 神经节发出内脏小神经,腰部交感干由 4~5 个神经节及其节间支组成,共同参与消化脏器调控。捏脊疗法刺激脊背部,加强交感神经功能,抑制副交感神经功能,增强交感-肾上腺髓质系统的功能,改善胃肠的血液循环,降低 MOT 的含量而改善胃肠功能;②与捏脊疗法的刺激其冲动引起下丘脑分泌和释放各种激素,调节内分泌系统,调节 MOT 等胃肠肽的释放而改善胃肠功能活动有关^[7-9]。

(上接第 81 页)

讨 论

老年人随着年龄的增长,肾脏在形态和功能上也随之改变^[3,4]。由于老年人动脉硬化,致使基础肾功能较差,老年肾脏病中以老年肾病综合征发病者居多^[5]。肾病综合征是一组临床综合征,按其病因分为原发性和继发性两大类。本组病人在原发性肾病综合征中以膜性肾病和微小病变多见,继发性以糖尿病肾病多见,多合并有肾功能损害、高血压、贫血等症。这与目前国内外的一些研究结果基本相符^[6]。

由于老年肾病综合征病人治疗过程中所使用激素及细胞毒类药物则具有免疫抑制作用,导致机体抵抗力低下,合并感染较多。目前认为感染因素是肾病综合征常复发的首要因素,同时也可能成为激素依赖产生的主要原因^[7]。因此,预防、控制感染是治疗老年肾病综合征的关键之一。老年肾病综合征有较高的血管栓塞性并发症,在早期就应该给予抗凝治疗,尽量预防血栓形成,促进病情好转^[8]。通过肾活检,我们还发现,肾间质纤维化在老年肾病综合征中比较常见(45.5%),这也提示老年肾病综合征患者慢性肾衰竭发生率较高的原因。老年肾病综合征的治疗目的是减轻蛋白尿,缓解其他症状。但不能一味追求

总之,捏脊疗法可通过降低血清 MOT 的含量,改善脾虚证家兔的胃肠运动,达到治疗作用。

参考文献

- 1 王志红. 推拿治疗小儿疳积 60 例[J]. 河南中医, 2006, 26(9): 65-66
- 2 陆佰荣, 李林. 脾虚动物模型研制的进展[J]. 齐齐哈尔医学院学报, 2006, 27(2): 194-195
- 3 李忠仁. 实验针灸学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2007: 242-244
- 4 张锐, 王联庆, 李雨升, 等. 捏脊疗法对脾虚家兔血浆胃泌素的影响[J]. 按摩与导引, 2004, 20(5): 5-7
- 5 刘芳, 任平, 李月彩, 等. 脾虚证与 MOT 的关系研究[J]. 中医药学刊, 2004, 22(11): 2029
- 6 Nilsson BI, Svenberg T, Tidlstrom T, et al. Relationship between interdigestive bladder emptying, plasma motilin and migrating motor complex in man[J]. Acta physiol-scand, 1999, 139(1): 55
- 7 张兵. 脾虚患者胃运动功能的研究[J]. 中西医结合杂志, 1994, 14(6): 346
- 8 毛炯, 伍怡和, 司徒净善, 等. 脾阴虚证与血浆胃动素水平关系初探[J]. 中国中西医结合杂志, 1994, 14(11): 653
- 9 张殿明. 神经内分泌学[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 1991: 319
(收稿: 2009-10-30)
(修回: 2009-11-17)

消除尿蛋白而延长大剂量激素的使用时间,应适时减撤激素以减轻不良反应,同时激素的使用还应强调个体化,合理应用可提高疗效。

总之,老年肾病综合征患者病理有其自身特点,建议尽早行肾活检以明确诊断及指导治疗,我们将继续进行相关研究并加以总结。

参考文献

- 1 Cameron JS. Nephrotic syndrome in the elderly[J]. Semin Nephrol, 1996, 16(4): 319
- 2 叶任高, 陈裕盛, 方敬爱. 肾脏病诊断与治疗及疗效标准专题讨论纪要[J]. 中国中西医结合杂志, 2003, 4(6): 355-357
- 3 陈香美, 孙雪峰. 老年肾脏病的治疗[J]. 中国实用内科杂志, 2003, 23: 263-265
- 4 陈惠萍. 老年常见的肾小球疾病及病理特点[J]. 实用老年医学, 1999, 13: 283-285
- 5 陈惠萍, 黎磊石. 老年人常见的肾脏疾病[J]. 中国老年学杂志, 1994, 14(5): 311-312
- 6 李晓玫. 老年人肾病综合征的诊治[J]. 中国全科医学杂志, 1999, 2(6): 140-142
- 7 王玉杰, 王华庆, 李晓霞. 脊髓灰质炎疫苗相关病例的研究进展[J]. 中国公共卫生, 2001, 17(10): 937-938
- 8 方炜. 特发性膜性肾病病人的预防性口服抗凝治疗[J]. 国外医学. 泌尿系统分册, 1995, 15(3): 141

(收稿: 2009-10-30)

(修回: 2009-11-17)