

医师报

2017年3月9日

本版责编：董杰
美编：林丽
电话：010-58302828-6853
E-mail: ysbdongjie@163.com

ACADEMIC

学术

13 ~ 24 版

13

糖尿病肾病为老年腹透患者主要原发病

老年腹透患者长期生存堪忧，心血管事件和重度感染为主要死因

▲本报记者 董杰

近期，中国医学科学院北京协和医院陈丽萌教授团队发文，对本院老年腹膜透析患者的长期生存进行了分析。结果显示，糖尿病肾病是该医院老年腹透患者的主要原发病，心血管事件和重度感染是主要死因，糖尿病和低血浆白蛋白为预测老年腹透患者死亡的独立危险因素。(《中华肾脏病杂志》2017;33:1)

研究采用回顾性队列研究的方法，收集1996年3月至2015年9月北京协和医院腹透中心的577例维持性腹透患者临床资料，按年龄分为3组：非老年组(年龄<65岁，334例)、低龄老年组(65~79岁，207例)及高龄老年组(≥80岁，36例)。

结果显示，3组患者死因均以心血管病为主，其次则为感染。3组患者技术失败的主要原因均为腹膜炎。

对生存率及技术生存率分析显示，577例腹透患者中位生



陈丽萌 教授

存时间为60个月。老年腹透患者1年、3年、5年生存率分别为：85%、60%、31.7%，非老年组腹透患者1年、3年、5年生存率分别为96.1%、79.7%、66.7%，高于低龄老年组和高龄老年组(图1)。

此外，研究还发现，合并糖尿病和低基线血浆白蛋白为老年患者死亡的独立危险因素；合并糖尿病为非老年患者死亡的独立危险因素。

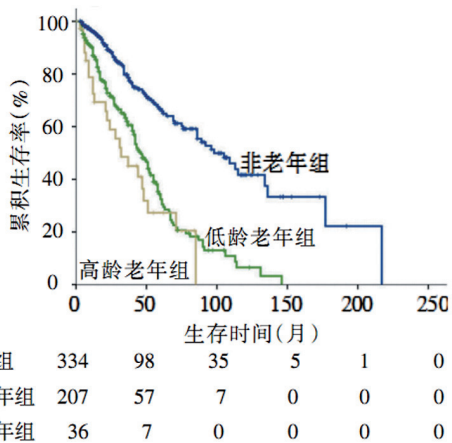


图1 不同年龄组腹透患者生存曲线(Kaplan-Meier生存分析)



老年腹膜透析患者警惕糖尿病和营养不良

本研究中老年腹透患者主要原发肾脏病为糖尿病肾病，这与老年慢性肾脏病患者病因的构成分布相符。老年腹透患者5年生存率显著低于非老年患者，其中以高龄老年患者最低，这可能与腹透患者随着年龄增加合并多种并发症相关，如低龄老年及高龄老年腹透患者均存在较高的心血管病及高血压发生率。

糖尿病患者出现肾脏血管损害时，往往同时合并心、脑血管和外周血管等重要靶器官的血管损害，从而直接影响患者预后；同时，糖尿病患者重度感染发生率也可影响患者预后。

老年腹透患者可能因为摄食

减少、消化系统功能降低、代谢水平异常等原因，其营养不良发生率高于非老年腹透患者。

血白蛋白水平不仅是评估终末期肾病患者营养状况经典的指标，也是反映患者炎症反应的指标之一。该研究中低龄老年腹透患者基线血白蛋白水平低于非老年组，且基线低血白蛋白为老年腹透患者死亡的独立危险因素，而对非老年患者的影响则无统计学意义，提示在老年患者中血白蛋白有更重要的意义。因此，关注老年腹透患者的营养状况，特别是合并心血管病的老年腹透患者，改善其血白蛋白，将有助于改善患者预后。

老年 ESRD 是否应积极替代治疗？

替代和保守治疗各有利弊，首要关注患者价值、患者特殊性和优先权

▲解放军总医院肾脏病科 蔡广研

由于人口老龄化，世界各国老年人终末期肾病(ESRD)的发病率均逐年升高。我国发达地区新接受透析治疗者近半数

为老年人，老年人已成为ESRD的主要人群。美国数据显示，自2000年以来，75岁以上的老年透析人数已增加了11%。

与中青年相比，老年ESRD治疗的特殊性包括，老年ESRD的高发病率、死亡率高和医疗费用，预期生存较青年短，老年人接受透析治疗后，50%的生存率只有2~4年。常合并糖尿病、心血管病、高血压病等疾病，与年龄相关疾病发生风险高；受心理、社会、经济、交通等复杂因素影响。有许多因素导致老年患者照料困难，包括视力听力下降、经济问题、营养不良、抑郁等。



蔡广研 教授

替代治疗生存获益受年龄、身体状况等因素影响

许多观察性研究显示，晚透析的老年ESRD的生存率优于早透析，该现象在不同原发病因、不同种族、不同血管通路、不同机能状态的亚组分析趋势一致。接受透析治疗的老年人群，开始透析数月内，50%的内源性肾功能丢失，更早地进入炎症状态，有尿量的

患者生存率高，炎症状态程度低。残余肾功能的快速丢失更易在透析时出现电解质紊乱，增加心血管死亡风险。

对于70岁老年肾小球滤过率<20 ml/min晚期肾病患者，肾脏替代治疗(RRT)可以延长平均寿命2.4年。对于高龄老年人(80岁以上)研

究显示，血液透析治疗与保守治疗的生存率相当。伴有明显缺血性心脏病的老年患者，透析治疗与保守治疗结果相当。目前认为，对于如下情况的老年ESRD，RRT未显示出优势：年龄>80岁、WHO机能评分>3分、有明显共患疾病、机体机能明显下降者。

保守治疗需要多学科团队来管理

与保守治疗相比，RRT的急性住院风险增加1.6倍，老年ESRD病故死于医院的比率为69%(对照组为47%)，透析治疗的时间与费用明显增加，而且透析开始后，通过MDS-ADL评分老年患者的机体功能状态明显下降。

因此，有些学者反对老年ESRD积极RRT，其主要理由为：老年ESRD预期寿命短，RRT生存获益不明显；

RRT的生活质量差、带来额外损伤，功能状态减退，治疗过程增多带来更多不适症状，RRT终末期照料增加、在医院病故，医疗费用的负担。

若选择保守治疗，可以根据患者意愿保持其独立性和在家的舒适度。但是需要综合的团队，多学科、多方面共同努力，处理老年ESRD患者症状，还应给患者、家属和照顾者提供身体、情绪和精神支持。治

疗综合团队除了肾脏病专家，还需综合内科医生、社会工作者、营养学家、药学家和家庭护理人员等。

可以根据老年ESRD症状评估、老年人健康筛查、完整的预测模型、社会支持和经济情况评估等，进行老年人ESRD RRT治疗前的评估。有一些评估模型用于分析维持性血液透析老年患者是否处于死亡高风险。

老年人透析决策缺乏数据支持 应权衡利弊

由于多数临床试验将老年人排除在外，已有的数据多为回顾性研究，因此目前提供给老年人透析决策的数据缺乏。老年ESRD因其特殊性，临床决策面临两难选择。美国肾脏病学会推荐老年人血液透析，

应以患者为中心，参与式决策，决策人员包括患者、家庭成员、健康照料者共同讨论。

老年ESRD治疗的临床决策，应充分评估老年ESRD的病情、预后等，多学科、多方面共同努力，RRT和保守

治疗各有利弊，权衡选择治疗方案。首要关注患者价值、患者的特殊性和优先权，关注影响患者健康状况的各类可变因素，重点考虑老年ESRD预期寿命和生活质量，延长生存时间仅是治疗目标之一。