

血液灌流联合血液透析治疗尿毒症皮肤瘙痒的临床观察

魏玲 程皖 王东 唐昆

(安徽中医学院第一附属医院 合肥 230031)

摘要:目的:探讨血液灌流(HP)联合血液透析(HD)治疗尿毒症皮肤瘙痒的疗效。方法:将尿毒症血透患者随机分为治疗组(n=26)与对照组(n=24),治疗组采用 HP 联合 HD,对照组采用 HD,观察两组患者瘙痒缓解时间,测定治疗前后血 P^3 、 Ca^{2+} 、 β_2 -MG、iPTH。结果:治疗组皮肤瘙痒症状 10 例完全消失,14 例明显改善,2 例症状改善不显著,有效率 92.31%;对照组全身皮肤瘙痒无明显改善,3 例皮肤瘙痒症状加重,两组比较有显著性差异($P<0.001$);治疗组治疗前后生化指标改善优于对照组,两组比较有差异($P<0.01$)。结论:HP 联合 HD 治疗皮肤瘙痒效果好。

关键词:血液灌流;血液透析;皮肤瘙痒

中图分类号:R 751.05

文献标识码:B

文献编号:1671-4040(2009)02-0035-02

皮肤瘙痒是尿毒症维持性血液透析患者最常见的并发症之一,有报道其发生率可达 60%~90%^[1]。虽然皮肤瘙痒并不威胁患者的生命,但严重顽固的皮肤瘙痒大大影响患者的生活质量,使患者终日焦虑,十分痛苦。尿毒症长期血液透析患者全身皮肤瘙痒症状,严重影响患者的生活,服用抗过敏、镇静、活性维生素 D_3 、磷螯合剂及外用止痒药效果不佳,其原因不明,部分学者认为与血中大、中分子物质(β_2 -MG、iPTH 等)增高及血磷升高、皮肤钙盐沉着有关。我院采用血液灌流(HP)联合血液透析(HD)治疗尿毒症皮肤瘙痒,测定治疗前后血生化指标变化,观察患者症状改善情况,取得较好的效果。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 53 例均为本院 2006 年 8 月~2007 年 8 月长期透析的患者,按就诊顺序随机分为治疗组 27 例,对照组 26 例。至疗程结束时,治疗组失访 1 例,对照组失访 2 例,故治疗组实际研究病例为 26 例,对照组为 24 例。透析时间为 15~50 个月,年龄 28~76 岁,平均(53.25 ± 25.42)岁,其中男 35 例,女 15 例;慢性肾炎 34 例,糖尿病肾病 10 例,多囊肾 2 例,狼疮性肾病 1 例,痛风性肾病 1 例,原发病诊断不明确的 2 例;B 超检查双肾体积缩小 36 例,双肾体积大小正常、实质弥漫性异常 12 例,双肾体积明显增大、有多个大小不等的囊肿 2 例;均伴有不同程度的贫血与肾性高血压,透析 18~26 个月即出现全身皮肤瘙痒。两组患者在性别、年龄、透析时间等方面经统计学处理,差异无显著性($P>0.05$),具有可比性。

1.2 治疗方法

1.2.1 治疗组 (1)行 HP 与 HD 串联治疗,灌流器为珠海丽珠医用生物材料有限公司生产的键帆一次性使用灌流器 HA130,方法为灌流器在透析器之前,先用 5%葡萄糖注射液 500mL 冲洗灌流器、透析器、血路,然后用 3 000mL 生理盐水(内含肝素

10~15mg/500mL),自下而上对灌流器和管道进行预冲,直至排尽空气。(2)血流量 200~250mL/min,透析液流量 500mL/min,每次治疗 4h,串联治疗 2h 后换下灌流器继续 HD,每周串联治疗 1 次,HD1~2 次/周,连续串联治疗 1 个月。

1.2.2 对照组 行常规 HD,2~3 次/周,血流量 200~250mL/min,透析机为 BBRAUM,透析器为 F6 或 B6,透析液流量 500mL/min。

1.3 观察指标 观察记录患者治疗前后血生化改变、皮肤瘙痒症状有否改善并记录起效时间。

1.4 统计学方法 数据处理用 SPSS10.0 统计软件,计量资料以均数 \pm 标准差($\bar{X} \pm S$)表示,采用 t 检验,计数资料采用 χ^2 检验。

2 结果

2.1 临床症状比较 治疗组皮肤瘙痒症状 10 例完全消失,14 例明显改善,2 例症状改善不显著,有效率 92.31%,起效时间为治疗后 15~20d;对照组全身皮肤瘙痒无明显改善,3 例皮肤瘙痒症状加重,两组比较有显著性差异($P<0.001$)。

2.2 血液生化指标比较 见表 1。治疗组治疗前与治疗后比较, P^3 、 Ca^{2+} 、 β_2 -MG、iPTH 值有显著性差异($P<0.01$)。对照组治疗前后各项指标比较,无显著性差异($P>0.05$)。

表 1 两组治疗前后血液生化指标比较 ($\bar{X} \pm S$) mmol/L

血液生化	治疗组(n=26)		对照组(n=24)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
P^3	3.44 \pm 0.75	1.85 \pm 0.22* [#]	3.83 \pm 0.85	3.46 \pm 0.64*
Ca^{2+}	2.52 \pm 0.31	1.40 \pm 0.34* [#]	2.44 \pm 0.34	2.40 \pm 0.50*
β_2 -MG	21.83 \pm 3.42	9.82 \pm 2.33* [#]	20.93 \pm 4.25	21.08 \pm 4.79*
iPTH	42.3 \pm 6.2	14.6 \pm 3.31* [#]	41.8 \pm 5.72	42.26 \pm 4.42*

注:与同组治疗前比较,* $P<0.01$;与对照组治疗后比较,[#] $P<0.01$ 。

3 讨论

尿毒症长期血液透析患者常出现皮肤瘙痒,随透析时间及生存期的延长,皮肤瘙痒症的发生率随之升高。单纯 HD 治疗患者皮肤瘙痒发生机制尚不明确,可能与以下因素有关^[2,3]:(1)中分子毒性物质潴留所致周围神经病变;(2)尿毒症患者皮肤角质

中西医结合防治肛肠病术后疼痛的临床观察

叶茂 龚光辉

(江西中医学院附属医院 南昌 330006)

关键词: 肛肠病; 术后疼痛; 中西医结合疗法

中图分类号: R 619.9

文献标识码: B

文献编号: 1671-4040(2009)02-0036-02

近 3 年来, 我院肛肠科对 300 例肛肠病住院手术患者采取了术前、术中、术后等一系列减轻疼痛的措施, 疗效满意。现介绍如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 随机选择肛肠病术后患者 600 例进行临床观察, 将其平均分为两组。男 338 例, 女 262 例; 年龄 18~65 岁, 平均 43 岁; 其中混合痔 312 例, 肛瘘 247 例, 肛裂 41 例。有手术禁忌证者除外。

1.2 治疗方法 治疗组观察病例, 医师于手术前应耐心做好解释工作, 使患者充满信心接受手术; 术前 1h 适量给予止痛药物或镇痛泵 (超前镇痛法), 必要时给予镇静药物; 据病情及个体差异选择不同的麻醉方式; 手术中动作应轻, 切忌粗鲁, 减少手术对创面的刺激; 正确选择切口, 引流应通畅, 不宜结扎过多, 术后填压物不宜过多或过紧 (以止血为目的); 尽可能少损伤肛周皮肤和肛门括约肌; 手术结束前于创面局部注射长效止痛药物或长强穴封闭; 术后可用肛门洗剂一号方或二号方熏洗、清洁肛门; 缓和患者紧张情绪。对照组一般不作特殊处理, 必要时采用对症治疗。

层发生病变, 皮肤表层功能异常, 从而引起皮肤瘙痒; (3) 周围神经病变: 主要表现为周围神经轴突变性和伴随阶段性脱髓鞘变; (4) 钙磷代谢紊乱, 尿毒症患者皮肤中的二价离子浓度升高, 可影响皮肤柱状细胞释放组织胺及 5 羟色胺等致痒物质有关; (5) 血浆组胺水平升高: 组胺及其代谢产物主要经肾脏排泄, 血浆组胺水平异常可能是尿毒症患者皮肤瘙痒的原因; (6) 继发甲状腺功能亢进及 β_2 -MG 增高; (7) 血中阿片样物质增加。目前的治疗方法主要有: 局部外用药物; 物理治疗, 如紫外线光照、针灸和电针疗法; 系统治疗, 包括口服活性炭, 以吸附性质不明和致痒物质, 给消胆胺和阿片受体拮抗剂、抗组胺药、磷螯合剂, 行甲状旁腺切除术, 充分透析及其他治疗。

分子量为 300~12 000kD 的物质被称为中分子物质。血液透析对分子量 5 000kD 以上物质清除效率低, 长期维持性透析患者易出现中、大分子量毒性物质蓄积引起的并发症, 如顽固性皮肤瘙痒、周

2 疗效观察

2.1 疗效观察指标 两组同时观察术后 24h 内肛门疼痛情况, 48h 大小便通畅、发热和睡眠等情况。

2.2 疗效标准 术后 24h 疼痛情况, 期间疼痛不明显、未使用止痛药物者为显效; 疼痛较轻、仅口服止痛药物者为有效。小便情况, 6h 内小便通畅为显效; 12h 未解为无效。大便情况, 24h 大便通畅为显效; 48h 未解为无效。术后当夜睡眠达 4h 为显效; 未眠为无效。术后无发热者为显效, 48h 37.5℃ 以上为无效。

2.3 疗效结果 见表 1。

表 1 两组各指标有效病例比较 例(%)

组别	疼痛情况	小便情况	大便情况	术后发热情况	术后睡眠情况
治疗组	226(75.3)	247(82.3)	232(77.3)	259(86.3)	198(66.0)
对照组	168(56.0)	202(67.3)	206(68.7)	217(72.3)	145(48.3)

3 讨论

疼痛是肛肠病术后最常见、最难解决的并发症, 到目前为止, 尚无一种理想方法能解除这种疼痛。因此, 如何减轻肛肠病患者术后疼痛是肛肠临床病学中的一大难题。本研究结果表明, 对肛肠病手术患者采取对应减少疼痛的措施, 能大大减轻患者术后疼痛及其引起的一系列并发症, 如: 尿潴溜、围神经病变等。HD 主要是以弥漫清除小分子毒素效果好, 而对大分子物质清除效果差。HP 是将血液借助体外循环引入装有固态吸附剂的容器中, 对中、大分子尿毒症毒素、内毒素、过敏毒素、炎症介质及 PTH 等均有较强的吸附能力, 能有效清除导致尿毒症顽固性皮肤瘙痒的物质, 以达到血液净化的治疗方法^[4]。但 HP 不能清除水、电解质、尿素等, 所以不能单用 HP 治疗。串联治疗在清除毒素和水分的同时, 对改善全身瘙痒症状有显效, 且对设备要求不高, 只要能做血透的医院均能做 HP 串联 HD 治疗, 值得推广。

参考文献

[1] 王质刚. 血液净化学[M]. 第 2 版. 北京: 科学技术出版社, 2003. 626-627

[2] Schwartz IF, Iaina A. Management of uremic pruritus [J]. Semin Dial, 2000, 13(3): 177-180

[3] 何长明, 张训. 肾脏替代治疗学[M]. 第 2 版. 上海: 上海科技教育出版社, 2005. 226-228

[4] 段晓峰, 王开颜. 尿毒症患者瘙痒的发病机制及治疗研究进展[J]. 中国血液净化, 2003, 2(12): 669-672

(收稿日期: 2008-11-27)