

组合型人工肾预防血液透析中低血压的疗效观察

何志红 袁峰

(江西省宜春市人民医院 宜春 336000)

关键词: 血液灌流; 血液透析; 低血压

中图分类号: R 457

文献标识码: B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2011.01.039

透析中低血压是血液透析治疗期间出现的严重并发症,发生率 20%~30%^[1],可引起心律失常和组织血液灌流不良,频发低血压加速终末期肾衰病人残存肾单位减少,直接影响患者的长期生活质量和存活率。我院自 2007 年 1 月~2010 年 1 月对 11 例透析过程中反复出现低血压患者采用组合型人工肾技术[血液透析(HD)+血液灌流(HP)],取得较好的效果。现报告如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 11 例维持性血液透析易发生低血压的尿毒症患者,其中男性 7 例,女性 4 例,年龄 58~81 岁,平均为(68± 2.3)岁,维持性血液透析时间为 6~27 个月,每周透析 2 次,每次 4.5 h。

1.2 透析方法 使用德国生产的费森尤斯透析机, F6 透析器(聚砜膜,膜面积 1.4 m²),使用碳酸氢盐透析液,透析液流量为 500 mL/min,血液流量为 200~260 mL/min,透析液温度 37 ℃,超滤率 0.5~1.5 kg/h。珠海丽珠医用生物材料有限公司生产的 HA130 型血流灌流器,灌流器串联于血液透析器前,2.5 h 后撤下灌流器,继续进行血液透析治疗,每周应用血液灌流 1 次,4 周后改为每月应用 1 次,用普通肝素钠抗凝。

1.3 观察指标 血透时每小时测血压一次,并做到定体位、定部位、定血压计测量。开始每月检测一次透析前后肌酐、尿素氮,12 周后每 3 月检测一次透析前后肌酐、尿素氮,共观察 24 个月。

1.4 低血压的诊断标准^[2] (1)平均动脉压比透析前下降 30 mmHg 或收缩压下降至 90 mmHg。(2)收缩压在 90~100 mmHg 之间,有明显的头晕、打哈欠、出冷汗、眼花、轻微头痛、恶心、呕吐、嗜睡、腓肠肌痛性痉挛、胸闷、呼吸急促等低血压症状,需要紧急处理者。

1.5 统计学方法 数据以($\bar{X} \pm S$)表示,采用配对计量资料 *t* 检验, *P* < 0.05 表示有统计学意义。

2 结果

11 例患者经过血液灌流串联血液透析后,在原超滤量、超滤率、透析液温度、电导率等参数不变的

情况下,未再出现低血压及相应症状,自我感觉良好。11 例患者 HP+HD 治疗前及应用 HP+HD 治疗后,不同时间血压变化见表 1,结果表明血液透析联合血液灌流可有效预防尿毒症患者血液透析过程中低血压的发生且不影响血透质量,见表 2。

表 1 两种透析方法血压变化比较 ($\bar{X} \pm S$) mmHg				
组别	透析前	透析后 1 h	透析后 2 h	透析后 3 h
HD	收缩压 146± 12	144± 11	96± 13	85± 12
	舒张压 85± 10	80± 10	57± 9**	54± 7**
HD+HP	收缩压 141± 11	140± 11	130± 12	127± 10
	舒张压 88± 12	82± 10	80± 9**	72± 11**

注:与治疗前比较,**P* < 0.05,***P* > 0.05;两种方法间比较,**P* < 0.05。

表 2 两种透析方法透析结束时肌酐、尿素氮比较 ($\bar{X} \pm S$)		
组别	透析结束时血肌酐(μmol/L)	透析结束时血尿素氮(mmol/L)
HD	340± 150	15.5± 8.2
HD+HP	332± 155	15.0± 8.6

3 讨论

透析中低血压根据其发生特点可分为透析中发作型低血压及慢性持续型低血压,前者常发生于透析后期,发生率为 10%~30%,后者常发生于血液透析多年的患者,发生率 5%~10%。随着当今透析患者老龄化和糖尿病肾病在透析人群中所占比例不断增长,低血压的发生率也随之上升。透析中低血压的发生原因很多,如过量超滤,除水速度过快,或血泵速度过快,肌酐、尿素氮等物质被清除,血浆渗透压迅速下降等使血容量急剧下降;自主神经功能紊乱;内源性缩/舒血管物质之间的失衡,血管对缩血管物质反应性下降,血管扩张因子产生增多^[3]。服用降压药过量及透析中出血、感染等也会导致低血压。有报道证实发生透析低血压患者体内一氧化氮水平升高,内皮素水平降低^[4],而一氧化氮是机体内皮源性舒张因子的主要活性成分。血液透析对小分子物质有良好的清除作用,对中分子物质清除很少。HA 型灌流吸附剂为大孔径树脂,是高分子聚合物,主要对中分子物质有吸附作用,但对肌酐等小分子物质无吸附作用。将 HD+HP 联合应用,既能清除小分子物质,也可清除中分子物质,通过优势互补,对于防治患者近期与远期并发症具有重要的作用。血液透析联合血液灌流过程中,树脂吸附器对影响血压的一些物质的吸附,可能是维持血压不致下降的原因,其机理有待进一步探究,但不失为一

逍遥散加减治疗慢性泌尿系感染 30 例报告

赵敏

(湖北中医药大学 2004 级中医七年制 武汉 430061)

关键词:慢性泌尿系感染;逍遥散;中医药疗法

中图分类号:R 691.3

文献标识码:B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2011.01.040

慢性泌尿系感染是临床常见的一组以尿频、尿急、尿痛、腰腹疼痛反复发作为主要表现的泌尿系疾病,许多患者对抗生素不敏感,而中医中药却发挥了明显的优势。我院肾病门诊 2009 年 7 月~2010 年 9 月用逍遥散治疗慢性泌尿系感染 30 例,现总结如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 所有病例均来自中医门诊,其中男 6 例,女 24 例,年龄 24~76 岁,病程 3 个月~3 年。经临床诊断,单纯尿道炎 5 例,膀胱炎 12 例,慢性肾盂肾炎 13 例。

1.2 入选标准 参照《中医内科学》^[1]的诊断标准,选择伴有小便频急、淋沥不尽、尿道涩痛、小腹拘急、痛引腰腹等证属肝郁脾虚者。

1.3 治疗方法 予逍遥散加味治疗。基本方:柴胡、生甘草各 10 g,白芍药、当归、炒白术、茯苓各 15 g,薄荷 8 g。湿热蕴结者加瞿麦、篇蓄、紫花地丁各 15 g,淋而出石者加金钱草、鸡内金、石韦各 15 g,血尿者加小蓟、白茅根各 15 g,腹胀者加荔枝核、乌药各 10 g,尿浑浊者加萆薢、石菖蒲各 10 g,气血虚者加黄芪、党参各 15 g,肾虚者加菟丝子、桑椹子各 15 g。水煎服,每日 3 次,7 d 为 1 个疗程。

1.4 疗效判定 根据国家卫生部尿路感染疗效评定标准和中医药管理局颁布的《中医病证诊断疗效标准》制定。治愈:尿频、尿急、尿痛、血尿消失,尿实验室检查恢复正常。好转:症状减轻或发作间歇时间延长,实验室检查有改善。未愈:症状及实验室检查无变化。

1.5 结果 治愈 23 例,好转 5 例,未愈 2 例,总有效率 93.3%。

2 典型病例

患者吴某,女,45 岁。2010 年 4 月 11 日首诊:反复尿频、尿急、尿痛 1 年 5 个月,常因劳累、着凉、上火后而发,症见小腹坠胀,腰酸胀,大便不畅,时有心烦,舌红苔薄白,脉沉。尿常规检查:白细胞(2+),红细胞(+),B 超示左肾结石。处方:柴胡、生甘草、泽泻、生地黄各 10 g,白芍药、当归、炒白术、茯苓、山药、丹皮、山萸肉、乌药、山楂、荔枝核、玫瑰花各 15 g,薄荷 8 g,瞿麦、菟丝子、桑椹子各 20 g,车前草 30 g。14 剂,水煎服,日 1 剂。嘱适当休息,多饮水以增加尿量,注意营养,忌食刺激性食物。2010 年 4 月 25 日二诊:服用上方后症状明显好转,口苦,偶有疲乏感。尿检白细胞(-),尿培养(-),上方加党参、黄芪、淡竹叶各 10 g。7 剂,水煎服,日 1 剂。随访 6 个月未见复发。

3 讨论

慢性泌尿系感染多由急性泌尿系感染治疗不彻底迁延发展而来,属中医“劳淋”范畴,以中老年女性较多,由于肝肾阴虚,肝失所养,或情志失和,导致肝气郁结,久郁化热,火热郁于下焦,影响下焦膀胱气化,发为劳淋。逍遥散出自《太平惠民和剂局方》,方中柴胡疏肝解郁;当归、白芍养血柔肝;白术、甘草、茯苓健脾养心;薄荷助柴胡以散肝郁。诸药合用,可收肝脾并治、气血兼顾的效果。随着生活节奏的加快,人们更易情绪抑郁,肝气不舒,继而影响膀胱气化发为淋证,故采用逍遥散疏肝健脾调血,经临床观察,其具有疗效好、复发率低的优点,且无明显的毒副作用,值得临床应用。

参考文献

[1]周仲瑛.中医内科学[M].北京:中国中医药出版社,2003.357

(收稿日期:2010-11-16)

种有效的方法。

参考文献

[1]冯小云,刘健,吕玉.可调钠透析在老年透析患者中的应用观察[J].中国血液净化杂志,2005,12(4):37-38

[2]叶任高,沈清瑞.肾脏病诊断与治疗学[M].北京:人民卫生出版社,1994.629

[3]焦青莲.血液透析相关性低血压的发病机制[J].医学文选,2004,23(4):523-526

[4]刘章锁,耿晓仲,明亮,等.一氧化碳和内皮素对血液透析中血压的影响[J].中华肾脏病杂志,1998,14(4):250

(收稿日期:2010-11-08)