

血液透析滤过治疗尿毒症难治性高血压的临床观察

熊英

(四川省德昌县人民医院肾内科 德昌 615500)

摘要:目的:探讨血液透析滤过治疗尿毒症难治性高血压的临床疗效。方法:将 36 例尿毒症伴难治性高血压患者随机分成 HDF 组和 HD 组各 18 例。HD 组:每周常规透析 3 次,4 h/次;HDF 组:每周 2 次常规血液透析(HD)的基础上加上每周 1 次血液透析滤过(HDF),疗程为 8 周。观察治疗前后两组患者的收缩压、舒张压变化。结果:HDF 组与 HD 组相比较,HDF 组收缩压与舒张压较治疗前明显下降,其差异有统计学意义($P<0.05$)。结论:血液透析滤过可显著降低尿毒症患者难治性高血压的舒张压和收缩压,值得临床推广。

关键词:尿毒症伴难治性高血压;血液透析滤过;维持性血液透析

中图分类号:R692.5 文献标识码:B doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2014.07.011

慢性肾衰竭患者中 80%~90% 血压高于 140/90 mmHg,高血压会对透析患者的生存以及心血管并发症有显著的影响^[1]。尿毒症难治性高血压(RH)^[2]指尿毒症患者经充分血液透析及超滤脱水后,达到干体重,经联合应用足量的降压药物 3 联或 3 联以上,仍出现持续性高血压。我院自 2012 年 1 月~2013 年 11 月共收治达到上述难治性高血压标准的慢性肾衰竭(尿毒症期)患者 36 例,为探讨有效的治疗方法,我们将 36 例患者随机分为单纯血液透析(HD)组和血液透析滤过(HDF)组进行临床效果对比,HDF 组取得良好临床疗效。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 我院 2012 年 1 月~2013 年 11 月收治 36 例尿毒症伴难治性高血压患者,男 21 例,女 15 例,平均年龄 27~71 岁,经每周 2~3 次血透,透析时间为 5~36 个月,已达干体重,透析间期体重增加不超过干体重的 5%,经联合应用足量的降压药物 3 联以上,个别甚至 4、5 联仍出现持续性高血压。将 36 例患者随机分为 HDF 组和 HD 组各 18 例,两组患者性别、年龄、病因、降压方案等基础资料差异无显著性($P>0.05$),具有可比性。

1.2 治疗方法 所有患者均接受常规治疗,包括饮食控制、促红素及口服降压药治疗。对照组进行常

规血液透析,采用碳酸氢盐透析液,使用德国费森尤斯公司的 4008B 透析机,尼普诺 150 透析器,血流量平均 200 mL/min,透析液流量 500 mL/min,每周 3 次 HD,治疗时间 4 h/次,血管通路均为动静脉内瘘。实验组:每周 2 次常规标准血液透析治疗并接受每周 1 次 HDF,使用德国费森尤斯公司的 4008S 透析机,费森尤斯 F60 透析器,聚砜膜,膜面积 1.3 m²,超滤系数 40 mL/(mmHg·h),血流量平均 250~300 mL/min,采用后置换,置换液 on-line 产生,置换量 8~12 L/次。

1.3 观察指标 比较治疗前、治疗 8 周后两组收缩压、舒张压。

1.4 统计学处理 结果以均数±标准差($\bar{X} \pm S$)表示,计量资料采用 t 检验, $P<0.05$ 为有显著性差异,具有统计学意义。

1.5 疗效评定标准 显效:只需 2 联以下降压药,降压药减少,BP<140/90 mmHg;有效:仍需 3 联或以上降压药,降压药减少或未减少,BP<140/90 mmHg;无效:服用超过 3 联降压药,降压药未减少,BP>140/90 mmHg。

2 结果

2.1 两组患者治疗前后动态血压的变化 见表 1。

表 1 两组患者治疗前后动态血压的比较 ($\bar{X} \pm S$) mmHg

组别	n	收缩压			舒张压		
		治疗前	治疗后	P 值	治疗前	治疗后	P 值
HD 组	18	189.52± 11.20	190.56± 11.20	>0.05	106.32± 6.20	105.62± 8.10	>0.05
HDF 组	18	190.32± 10.86	126.40± 9.20	<0.05	107.41± 7.10	83.69± 6.52	<0.05
P 值		>0.05	<0.01		>0.05	<0.01	

2.2 两组治疗效果对比 经积极治疗后,HDF 组总有效率达 94.44%,HD 组总有效率 61.11%:经统计学分析发现,HDF 组的显效率和总有效率明显高于 HD 组,且差异具有统计学意义($P<0.05$)。见表 2。

表 2 两组患者的治疗效果对比 例(%)

组别	n	显效	有效	无效	总有效
HD 组	18	11 (61.11)*	6 (33.33)	1 (5.56)	17 (94.44)*
HDF 组	18	6 (33.33)	5 (27.78)	7 (38.89)	11 (61.11)

注:与 HD 组比较,* $P<0.05$,差异有统计学意义。

3 讨论

尿毒症维持性血液透析的患者中,大多数都有高血压,而且不易控制。高血压是导致肾功能衰竭患者心脑血管疾病发病率和病死率显著高于同年龄非肾功能衰竭患者的主要原因,脑血管意外、心衰、心肌梗死、心脏猝死等导致的死亡占终末期肾功能衰竭患者死亡原因的 50%^[3]。因此治疗透析患者高血

压尤其重要,特别是难治性高血压。据报道,难治性高血压发生机制极为复杂,主要与容量负荷增加、肾素-血管紧张素-醛固酮系统激活、交感神经系统活性增加、内皮源性缩血管活性物质的增加、扩血管物质的减少、促红细胞生成素的应用、甲状旁腺激素分泌等因素有关^[4],而常规血液透析不能清除上述大分子毒素的潴留可能是重要因素^[5]。HDF 是血液透析和血液滤过的联合治疗,是在血液透析的基础上采用高通透性滤过膜,从而在透析清除小分子毒素的同时增强对中分子物质的清除作用,形成一种高效透析模式,故而血液透析滤过对尿毒症中大分子毒素的清除远多于单纯血液透析。本实验对收治的尿毒症伴难治性高血压患者采用血液透析滤过治疗,并与进行血液透析治疗的 HD 组进行临床效果比较,结果发现血液透析滤过组显效 11 例,总有效

率达 94.44%, 血液透析组显效 6 例, 总有效率为 61.11%:HDF 组的显效率和总有效率明显高于 HD 组,且差异具有统计学意义($P<0.05$)。治疗 8 周后,HDF 组患者收缩压、舒张压明显下降,与治疗前比较差异具有统计学意义($P<0.05$)。综上所述,我们认为对于尿毒症难治性高血压患者,血液透析滤过有着比血液透析更为良好的临床效果,值得临床推广。

参考文献

[1]王质刚.血液净化学[M].第2版.北京:北京科学技术出版社,2005.541
[2]Grekas D,Bamichas G,Bacharaki D,et al.Hypertension in chronic hemodialysis patients:current view on pathophysiology and treatment [J].Clin Nephrol,2000,53(3):164-168
[3]Whitworth JA.Progression of renal failure--the role of hypertension [J].Ann Acad Med Singapore,2005,34(1):8-15
[4]吴华.血液透析与高血压[J].中国血液净化,2008,7(1):1-3
[5]吴晓童.血液透析患者高血压机制及相关危险因素[J].中国临床医学,2003,10(2):180-182

(收稿日期:2014-03-11)

建中愈疡散联合西药治疗消化性溃疡脾胃虚寒证疗效观察

杨宇玲 耿萍 杨立春
(新疆昌吉州中医院 昌吉 831100)

摘要:目的:观察自拟建中愈疡汤治疗消化性溃疡脾胃虚寒证的疗效。方法:使用随机平行对照方法,将 70 例住院及门诊患者按抽签法随机分为治疗组 and 对照组各 35 例。对照组采取西药三联抗 HP、抗溃疡治疗,治疗组在对照组基础上加服自拟建中愈疡散,服药 8 周后观察两组临床症状,停药 4 周后复查 HP,3 个月后复查胃镜有无复发。结果:治疗组治愈 30 例,好转 4 例,未愈 1 例,复发 0 例,HP 根除率 100%;对照组治愈 28 例,好转 3 例,未愈 2 例,复发 2 例,HP 根除率 91.4%。治疗组疗效优于对照组($P<0.05$)。症状体征两组均有改善,治疗组改善优于对照组($P<0.05$)。结论:建中愈疡散联合西药治疗消化性溃疡脾胃虚寒证效果显著,值得临床推广使用。

关键词:消化性溃疡;建中愈疡散;脾胃虚寒

中图分类号:R573.1

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2014.07.012

2012 年 3 月~2013 年 8 月底,笔者采用自拟建中愈疡散联合西药治疗消化性溃疡脾胃虚寒证,取得良好效果。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 采用随机平行对照方法,在昌吉州中医院脾胃病区选择住院患者 70 例,方案获得新疆昌吉州中医院伦理委员会批准并全过程跟踪。70 例纳入样本均为 2012 年 3 月~2013 年 8 月于我院住院的患者,纳入病例按抽签方法随机分为两组。两组一般资料比较差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。见表 1。

表 1 两组一般资料比较 例									
组别	n	男	女	年龄(岁)	平均年龄(岁)	病程(年)	胃溃疡	十二指肠溃疡	复合溃疡
治疗组	35	22	13	21~74	41	0.5~7	10	20	5
对照组	35	20	15	22~75	43	1~10	11	19	5

1.2 纳入标准 年龄 18~75 岁,因上腹痛伴或不伴有嗝气、反酸、腹胀等症状就诊的患者,并符合以下条件:中上腹阵发性疼痛,喜温喜按,遇冷或劳累后发作,泛吐清水,食后腹胀,畏寒肢冷,倦怠乏力,便

溏,舌质淡嫩,苔薄白,脉沉细弱;用药前胃镜检查诊断为胃溃疡或十二指肠溃疡;HP 均为阳性。签署知情同意书。

1.3 排除标准 (1)其他疾病、证候或合并症;(2)已接受相关治疗并可能影响观测指标;(3)伴有可能会影响观测指标、判断的其他生理或病理状况,严重心、肝、肾损害影响药物代谢;(4)孕妇、未成年人、精神病、病情危重或疾病晚期。

1.4 退出标准 (1)未按规定服药无法判断疗效;(2)资料不全无法判定疗效、安全性;(3)严重不良反应、并发症、特殊生理变化等,难以继续治疗;(4)使用影响疗效药物。本研究观察期间无退出病例及脱落病例。

1.5 诊断标准 西医诊断参照《内科学》^[1],中医诊断参照《中医内科常见病诊疗指南·西医疾病部分》^[2]。

1.6 治疗方法 对照组:西药三联抗 HP、抗溃疡治疗,埃索美拉唑肠溶片(国药准字 H20046379)40 mg,1 次/d,口服 8 周;呋喃唑酮(国药准字