

血液透析联合血液灌流治疗尿毒症的临床疗效观察

杨静

(河南省直第三人民医院肾内科 郑州 450000)

摘要:目的:探讨血液透析联合血液灌流治疗尿毒症临床疗效。方法:选取 2016 年 1 月~2017 年 1 月我院收治的 90 例尿毒症患者作为研究对象,根据随机信封法分为对照组和联合治疗组,每组 45 例。对照组采用血液透析治疗,联合治疗组采用血液透析联合血液灌流治疗。比较两组的临床疗效和治疗前后尿素氮、肌酐、钙磷乘积、血清磷、瘙痒程度及 SF-36 评分。结果:联合治疗组的临床疗效优于对照组,差异有统计学意义, $P < 0.05$; 治疗前两组尿素氮、肌酐、钙磷乘积、血清磷相近, $P > 0.05$; 治疗后联合治疗组尿素氮、肌酐、钙磷乘积、血清磷优于对照组, $P < 0.05$ 。治疗前两组的瘙痒程度和 SF-36 评分比较,差异无统计学意义, $P > 0.05$; 治疗后联合治疗组的瘙痒程度和 SF-36 评分优于对照组,差异有统计学意义, $P < 0.05$ 。结论:血液透析联合血液灌流治疗尿毒症临床疗效确切,可有效改善患者的血清学指标和肾功能,减轻瘙痒症状,改善患者生存质量。

关键词:尿毒症;血液透析;血液灌流;临床疗效

中图分类号:R692.5

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2017.09.023

尿毒症是慢性肾衰竭终末阶段常见的代谢紊乱表现,需进行肾脏替代治疗。血液透析和血液灌流是常见的血液净化方法^[1],本研究分析了血液透析联合血液灌流治疗尿毒症临床疗效。现报告如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2016 年 1 月~2017 年 1 月我院收治的 90 例尿毒症患者作为研究对象,根据随机信封法分为对照组和联合治疗组,每组 45 例。联合治疗组中男 23 例,女 22 例;年龄 24~65 岁,平均年龄 (45.10 ± 2.12) 岁;透析时间 0.5~3 年,平均透析时间 (1.52 ± 0.45) 年。对照组中男 24 例,女 21 例;年龄 24~64 岁,平均年龄 (45.25 ± 2.81) 岁;透析时间 0.5~3 年,平均透析时间 (1.54 ± 0.41) 年。两组患者的一般资料相比较,差异无统计学意义, $P > 0.05$,具有可比性。

1.2 治疗方法

1.2.1 对照组 采用血液透析治疗。建立血管通路,4 h/次,2 次/周;透析血流量 250~300 ml/min,透析液流量 500 ml/min;症状完全改善后,改为每 3 周治疗 1 次。共治疗 4 次 12 周。

1.2.2 联合治疗组 采用血液透析联合血液灌流治疗。血液透析同对照组;血液灌流装置包括微囊膜、吸附剂和灌流罐等,将患者动静脉连接血液灌流装置建立动静脉管道,灌流速度 200 ml/min,先灌流、透析 2 h 后,取下灌流器,再继续透析 2 h,1 次/周^[2];症状完全改善后,改为每 3 周治疗 1 次。共治疗 4 次 12 周。

1.3 观察指标 比较两组的临床疗效和治疗前后的尿素氮、肌酐、钙磷乘积、血清磷、瘙痒程度(采用视觉模拟评分法,0~10 分,0 分无瘙痒,10 分剧烈瘙痒,随着分数增加,瘙痒程度增加)及 SF-36 评分

(0~100 分^[3],分数越高说明生活质量越高)。显效:食欲下降、骨痛和瘙痒等症状消失,睡眠质量良好;有效:症状有所好转,睡眠质量有一定程度的提高;无效:治疗前后症状无明显改善。总有效率 = 显效 + 有效^[4]。

1.4 统计学方法 采用 SPSS21.0 统计学软件进行数据处理,计数资料以 % 表示,采用 χ^2 检验,计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示,采用 t 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组临床疗效比较 联合治疗组的临床疗效优于对照组,差异有统计学意义, $P < 0.05$ 。见表 1。

表 1 两组临床疗效比较

组别	n	显效(例)	有效(例)	无效(例)	总有效[例(%)]
对照组	45	17	18	10	35(77.78)
联合治疗组	45	21	22	2	43(95.56)
χ^2					6.154
P					0.013

2.2 两组治疗前后瘙痒程度和 SF-36 评分比较 治疗前两组的瘙痒程度和 SF-36 评分比较,差异有统计学意义, $P > 0.05$; 治疗后联合治疗组的瘙痒程度和 SF-36 评分优于对照组,差异有统计学意义, $P < 0.05$ 。如表 2。

表 2 两组治疗前后瘙痒程度和 SF-36 评分比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	n	时间	瘙痒程度	SF-36 评分
联合治疗组	45	治疗前	6.32 ± 0.25	60.13 ± 0.56
		治疗后	2.23 ± 0.32 [*]	96.36 ± 0.51 ^{**}
对照组	45	治疗前	6.21 ± 0.21	60.20 ± 0.71
		治疗后	3.67 ± 0.69 [*]	81.81 ± 0.25 [*]

注:组内比较,* $P < 0.05$;组间比较,** $P < 0.05$ 。

2.3 两组治疗前后尿素氮、肌酐、钙磷乘积和血清磷比较 治疗前两组尿素氮、肌酐、钙磷乘积、血清磷相近, $P > 0.05$; 治疗后联合治疗组尿素氮、肌酐、钙磷乘积、血清磷优于对照组, $P < 0.05$ 。见表 3。

表 3 两组治疗前后尿素氮、肌酐、钙磷乘积和血清磷比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	时间	尿素氮(mmol/L)	钙磷乘积(mg ² /dL ²)	血清磷(mmol/L)	肌酐(μmol/L)
联合治疗组	45	治疗前	22.24± 7.14	45.43± 8.25	2.81± 0.56	913.29± 224.72
		治疗后	10.01± 4.21 [#]	34.13± 6.32 [#]	1.00± 0.51 [#]	365.38± 124.26 [#]
对照组	45	治疗前	22.58± 7.34	45.32± 8.21	2.83± 0.71	913.27± 225.61
		治疗后	14.35± 6.19 [#]	41.13± 8.69 [#]	2.35± 0.25 [#]	420.10± 216.29 [#]

注:组内比较,[#]P<0.05;组间比较,^{*}P<0.05。

3 讨论

血液透析是常见的肾脏替代治疗方法之一,是利用半透膜原理,通过体内多余代谢废物、有害物质和过多电解质的扩散和对流作用,发挥净化血液、纠正酸碱平衡和水、电解质紊乱的目的^[5-6]。但半透膜孔径较小,部分中分子和大分子物质无法通过,会导致血细胞、病毒、蛋白质和细菌等无法消除而引发皮肤瘙痒等症状。血液灌流是将血液通过固态吸附剂灌流器的吸附作用,将内、外源性毒素清除后,再将净化血液输回体内的过程,可有效清除中、大分子物质,弥补血液透析的缺陷^[7-8]。

本研究结果显示,联合治疗组的临床疗效优于对照组,差异有统计学意义, P<0.05;治疗前两组尿素氮、肌酐、钙磷乘积、血清磷相近, P>0.05;治疗后联合治疗组尿素氮、肌酐、钙磷乘积、血清磷优于对照组, P<0.05。治疗前两组的瘙痒程度和 SF-36 评分相比较,差异无统计学意义, P>0.05;治疗后联合治疗组的瘙痒程度和 SF-36 评分优于对照组,差异有统计学意义, P<0.05。

综上所述,血液透析联合血液灌流治疗尿毒症

的临床疗效确切,可有效改善患者的血清学指标和肾功能,减轻瘙痒症状,改善患者生存质量。

参考文献

- [1] 王永财,王慧,田大成,等.血液透析滤过和血液透析联合血液灌流模式治疗尿毒症难治性高血压的临床研究[J].宁夏医学杂志,2013,35(3):255-256
- [2] 吴爱红.血液灌流联合血液透析对尿毒症性贫血治疗效果的影响[J].中国基层医药,2010,17(16):2255-2256
- [3] 傅艳群,兰垂秋,周冬林.血液灌流联合血液透析对尿毒症患者甲状旁腺激素清除的研究[J].江西医药,2011,46(9):834-836
- [4] 赵子秀,王淑华,柴涛.不同血流量血液灌流联合血液透析对尿毒症毒素清除效果的研究[J].中国中西医结合肾病杂志,2015,16(4):344-346
- [5] 刘正清,郭立丽.血液灌流联合血液透析治疗尿毒症神经系统损害患者疗效[J].临床荟萃,2015,30(1):64-66
- [6] 陈丽君.血液透析滤过和血液灌流联合血液透析对尿毒症患者血清钙磷及甲状旁腺激素清除的影响[J].中国综合临床,2012,28(5):511-514
- [7] 杜晔,郭丹,温小军,等.不同血液净化方法对肾衰合并继发性甲状旁腺功能亢进患者血清甲状旁腺激素水平的影响[J].山东医药,2010,50(29):7-9
- [8] 施翎,陈其军,包蓓艳.血液灌流联合活性维生素 D 冲击治疗继发性甲状旁腺功能亢进的临床观察[J].浙江中医药大学学报,2010,34(5):706-707

(收稿日期: 2017-05-29)

(上接第 6 页)肌痉挛只是一个独立的症状。从西医对照组的临床治疗来看,引起急性支气管炎或者急性肺炎患儿出现的喘促、喘憋的因素很多,却都可以诊断为中医的哮喘病。其中支气管哮喘是一种慢性气道持续性炎症疾病,许多细胞如淋巴细胞、嗜酸粒细胞、肥大细胞等都在病程中都起到重要的作用,并伴有非特异性气道反应明显增高^[2]。西医治疗此类疾病,并不是首选茶碱类药物,还可选择 β 受体兴奋药、肾上腺激素等多种药物^[2]。由此可见,针对病因采取的不同的宣肺治疗法则,使用不同的药物,发散风寒或疏散风热,是符合科学原则的。

总之,根据小儿生理病理特点,应用孙谨臣先生的宣肺法治疗因外感引发的小儿哮喘病,疗效确切,与抗菌素、激素和抗支气管平滑肌痉挛等药物相比毫不逊色。中医治疗小儿哮喘病有它的特殊规律,即小儿“脏气清灵,随拨随应”,治疗时“不必定喘,只须发散,发散则表邪尽去,而哮喘自平矣”,这充分地展现了中医学辨证论治的可靠性。但小儿哮喘病发作期也不只有风寒和风热两种类型,还存在着千变

万化,宣肺法的方剂也是多种多样,就需要我们求同存异,找出其中的规律,根据病机的变化随证辨治,提高我们的临床诊治水平。

参考文献

- [1] 国家中医药管理局.中医病证诊断疗效标准[M].北京:中国医药科技出版社,2012.286-287
- [2] 沈晓明,王卫平.儿科学[M].第 7 版.北京:人民卫生出版社,2011.264-281
- [3] 李洪成,李新平,李新晔.中医证候学[M].北京:中国医药科技出版社,2008.44-45,105-107,276,277
- [4] 孙浩.孙谨臣儿科集验录[M].兰州:人民军医出版社,1990.40-41
- [5] 周仲英.中医内科学[M].北京:中国中医药出版社,2003.85
- [6] 王萍芬.中医儿科学[M].上海:上海科学技术出版社,2000.48
- [7] 林湘屏.自拟平喘汤治疗婴幼儿喘息性支气管炎 38 例[J].吉林中医药,2007,27(6):18
- [8] 史晓彬.自拟麻龙咳喘方治疗小儿喘息性支气管炎 65 例[J].实用中医内科杂志,2007,21(8):31
- [9] 陈健成,张蔚.近 10 年中医治疗小儿哮喘研究进展[J].辽宁中医药大学学报,2007,12(4):226-227
- [10] 姜春华.姜春华论医集[M].福州:福建科学技术出版社,2010.493

(收稿日期: 2017-06-15)