



·论 著·

尿毒症难治性高血压采用腹膜透析治疗的临床观察

肖碧锋

(安化县人民医院 湖南安化 413500)

摘要:目的: 探讨尿毒症难治性高血压采用腹膜透析治疗的临床效果。方法: 选取本院 70 例尿毒症难治性高血压患者。对照组: 对患者实施血液透析治疗。研究组: 对患者实施腹膜透析治疗。结果: 治疗前, 两组患者的血红蛋白、肌酐、血白蛋白以及尿素氮指标不存在明显差距 ($P>0.05$); 治疗后, 腹膜透析患者的血红蛋白、肌酐、血白蛋白以及尿素氮指标改善优于血液透析治疗 ($P<0.05$); 联合用药治疗有效率为 96.08% 高于单独用药治疗有效率 80%, 两组存在一定差距 ($P<0.05$)。结论: 尿毒症难治性高血压应用腹膜透析治疗效果理想, 针对长时间腹膜透析患者, 尤其是残存肾功能患者, 通过改善生活规律、透析液等方法提高对水平衡的控制, 从而减少心血管并发症的发生率。

关键词: 难治性高血压; 腹膜透析治疗; 尿毒症

中图分类号: R256.12

文献标识码: A

文章编号: 1009-5187 (2018) 04-196-02

对尿毒症患者多采用血液透析方法开展治疗, 但是在治疗过程中, 多数患者的血压无法得到有效控制, 我国高血压发生率为比例为 93%-96%, 中老年人是发病率最高的群体, 而难治性高血压为服用三种或者三种以上降压药物, 仍无法将血压稳控在正常范围内, 难治性高血压对患者的机体产生严重影响, 特别心脑血管系统方法, 会缩短患者的生存期, 降低生活质量[1]。随着医疗技术的发展, 对尿毒症难治性高血压多应用腹膜透析治疗, 虽然效果理想, 但却存在较多争议。因此, 本文就针对 70 例尿毒症难治性高血压患者实施不同方法治疗, 观察腹膜透析治疗临床效果, 报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取本院 2016-8 至 2017-8 共 70 例尿毒症难治性高血压患者。根据患者就诊先后顺序, 将其划分为两组, 即对照组与研究组, 各组 35 例。

对照组: 男性 22 例, 女性 13 例, 年龄 28 至 74 岁, 平均年龄(54.55 ± 1.42) 岁;

研究组: 男性 21 例, 女性 14 例, 年龄 27 至 75 岁, 平均年龄(55.63 ± 1.43) 岁; 两组患者在一般资料方法不存在较大差距, 无统计学意义 ($P>0.05$)。

1.2 纳入标准和剔除标准

纳入标准: ①确诊为尿毒症难治性高血压患者; ②患者或者家属自愿签订知情同意书。

剔除标准: ①中途退出者; ②对药物严重过敏者; ③肿瘤; ④精神系统该疾病; ⑤妊娠或者哺乳期。

1.3 方法

先根据患者基础病实施相对应治疗, 调整机体电解质失衡等情况。告知患者相关治疗流程, 提高治疗依从性。

对照组: 对患者实施血液透析治疗。应用透析仪器对患者进行透析, 每周 2 次, 每次 3-4h, 透析血流量为 200-250ml/min;

研究组: 对患者实施腹膜透析治疗。选用广州百特公司的葡萄糖腹膜透析液, 应用透析管双联系统, 每次入液量控制为 1800ml, 保留负重 3.4-4, 5h。

1.4 观察指标

对比两组患者透析前、后的白蛋白、尿素氮、肌酐、血红蛋白等指标, 并且测量透析前、后患者的血压情况。

1.5 统计学方法

计量资料以 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 组间比较采用 t 检验计数资料以率表示, 采用 χ^2 检验, 采用 SPSS 11.0 统计软件进行数据分析。P

<0.05 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 对比两组患者透析前、后的指标变化

治疗前, 两组患者的血红蛋白、肌酐、血白蛋白以及尿素氮指标不存在明显差距, 无统计学意义 ($P>0.05$); 治疗后, 腹膜透析患者的血红蛋白、肌酐、血白蛋白以及尿素氮指标改善优于血液透析治疗, 差距有统计学意义 ($P<0.05$); 具体见表 1

表 1 对比两组患者透析前、后的指标变化 ($\bar{x} \pm s$)

指标	血液透析		腹膜透析	
	透析前	透析后	透析前	透析后
血红蛋白	61.59 ± 5.33	75.64 ± 3.25	59.22 ± 5.11	78.36 ± 5.69
	22.21 ± 2.29	29.12 ± 1.23	23.89 ± 2.22	29.63 ± 2.31
肌酐	27.89 ± 2.56	9.26 ± 1.21	26.88 ± 2.06	12.69 ± 3.21
	874.65 ± 2.59	239.56 ± 6.59	809.65 ± 9.25	274.26 ± 9.65
血白蛋白				
尿素氮				

2.2 对比治疗前、后两组患者血压情况

联合用药治疗有效率为 96.08% 高于单独用药治疗有效率 80%, 两组存在一定差距, 具有统计学意义 ($P<0.05$)。见表 2

表 2 对比单独用药与联合用药治疗效果 (n, %)

指标	血液透析		腹膜透析	
	透析前	透析后	透析前	透析后
收缩压	175 ± 20	169 ± 16	175 ± 22	137 ± 15
舒张压	104 ± 15	100 ± 6	101 ± 7	85 ± 7

3 讨论

临床中, 终末期肾病患者明显增多, 而心脑血管并发症是导致终末期肾脏病透析治疗失败的主要因素, 因为透析不充分, 无法控制血压从而形成难治性高血压, 这是诱发患者死亡的独立危险因素。腹膜透析是临床中治疗尿毒症首选方法之一, 腹膜就是将腹膜作为半透膜, 在腹腔内注射透析液, 利用腹膜两端的毛细血管管和腹膜腔内的透析液中溶质浓度梯度和渗透梯度, 通过渗透原理将代谢废物和滞留清除体内[2]。

腹膜透析的治疗优势就是: 操作简单, 不用肝素化, 医疗费用较少, 机体内环境比较稳定, 可对肾功能起到保护作用, 从而提升患者生存质量。腹膜透析无需建立血管通路, 对血管弹性差、糖尿病肾病、



血液透析内瘘通路不成功患者均可采用腹膜透析治疗。针对有出血倾向的人,因为腹膜透析不用进行抗凝治疗,所以,腹膜透析有着较高的应用率。长时间腹膜透析可有效改善机体内超容量符合情况,可以让机体处于正常的生理状态,让机体容量保持稳定,体内容量变化是缓慢的,避免大幅度的波动,以免血透容量周期性波动诱发血压不稳定。在理论上,腹膜透析因为无需静脉造瘘,进而减少动静脉短路诱发循环压力升高的情况。对心血管系统、残余肾功能达到保护作用,在控制血压方法由于血液透析治疗。

容量负荷过重使诱发老年腹膜透析患者高血压主要因素为:水分和盐分摄入过多;残余肾功能下降;对容量状态监测不足;腹膜超滤能力下降;钠清除不足;有相关报道称:血液透析治疗诱发高血压、胸水、心包积液等情况相关因素为:血液动力学发生变化;清除分子物质有限;治疗前、后血容量对心血管发生变化;血液透析时间过长会抑制内皮素形成[3],从而导致内皮素依赖性血管收缩,无法控制血压;应用肝素过敏;腹膜透析治疗优于血液透析治疗主要原因可能是:持续性透析可以降低细胞外液量;清除尿毒症中毒分子物质理想;改善患者贫血情况,降低心排出量,提高加压物质的清除率[4]。所以,对于尿毒症难治性高血压应用腹膜透析治疗效果理想。

但是随着透析时间的延长,患者残余肾功能明显下降,对水分和毒素的清除率也明显下降,很多透析患者透析治疗3年左右,残余肾功能基本丧失,腹膜功能无明显变化,患者的毒素清除率因为肾功能丧失而无法及时代谢出去。透析时间越长,腹膜功能也会发生不同程度变化,很多病患会因为腹膜通透性升高,腹腔渗透压抑制剂吸收增快,超滤能力下降,而且腹腔液体的重吸收提高,从而导致腹腔内水和毒

素的清除率下降。所以,残余肾功能下降或者丧失患者,腹膜透析患者水电解质失衡在临床中比较常见,如果血容量过多,无法很好的控制血压,可联合降压药辅助治疗[5]。

综上所述:尿毒症难治性高血压应用腹膜透析治疗效果理想,针对长时间腹膜透析患者,尤其是残余肾功能患者,通过改善生活规律、透析液等方法提高对水平衡的控制,从而减少心血管并发症的发生率。

参考文献

- [1] Soriano A, Marco F, Martínez JA, et al. Influence of vancomycin minimum inhibitory concentration on the treatment of methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* bacteremia [J]. *Clin Infect Dis*, 2008, 46 (3): 193-214.
- [2] Widmer AF. New developments in diagnosis and treatment of infection in orthopedic implants [J]. *Clin Infect Dis*, 2010, 33 (12): 94-106.
- [3] Proctor RA, von Eiff C, Kahl BC, et al. Small colony variants: a pathogenic form of bacteria that facilitates persistent and recurrent infections [J]. *Nat Rev Microbiol*, 2006, 4 (4): 295-305.
- [4] Lentino JR. Prosthetic joint infections: bane of orthopedists, challenge, for infectious disease specialists [J]. *Clin Infect Dis*, 2008, 36 (5): 1157-1161.
- [5] Salgado CD, Dash S, Cantey JR, et al. Higher risk of failure of methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* prosthetic joint infections [J]. *Clin Orthop Relat Res*, 2007, 461 (121): 48-53.

(上接第194页)

失常可见于各种器质性心脏病,电解质或内分泌失调,麻醉,低温,胸腔或心脏手术,药物作用和中枢神经系统疾病等均可引起心律失常的出现[4]。针对于临床治疗,面对于不同性质心律失常,其治疗的方式也不相同,例如偶发性期前收缩的患者,则无需治疗,而面对于阵发性室性心动过速以及完全性房室传导阻滞可引起血流动力学改变的患者,需要实施紧急处理。但是临床表示,任何一种抗心律失常药物均会导致心律失常的发生,因此需要及时有效的纠正患者内环境的无奈乱,而胺碘酮属于抗心律失常药物之一,可以有效的阻滞非竞争性 β 受体以及心肌细胞膜钾离子通道,进而降低窦房结的传导速度,调节窦房结自律性,降低方式旁路传导的速度,另外,患有该疾病的患者应注意调节生活习惯,平时注意不要吃过于油腻的食物,多吃一些清淡的食物[5]。

通过本次研究的60例患者中,我们可以明显得出,在观察组中,治疗总有效率为93.3% (28/30),明显高于对照组的治疗总有效率73.3% (22/30);面对于临床指标缓解方面,明显可以看出采用胺碘酮急诊治疗的患者缓解效果比对照组快, ($P < 0.05$)。但是在不良反

应方面,两组患者的发生情况差异不大, $p > 0.05$ 。进一步的说明,对心律失常患者采取胺碘酮急诊治疗,能够显著提升治疗的有效率,在较短时间内缓解患者的症状,治疗效果理想,并且患者出现不良反应的情况也较少,治疗的安全性和可行性较高,值得进行推广。

参考文献:

- [1] 王国敏,莫淑琴.急诊应用胺碘酮治疗冠心病快速心律失常的临床疗效[J].*中国老年学杂志*,2014,(9):2539-2541.
- [2] 曾晓宁.普罗帕酮与胺碘酮治疗室上性快速心律失常的疗效比较[J].*中国中西医结合急救杂志*,2016,23(5):541-542.
- [3] 安俊涛.探讨胺碘酮联合美托洛尔静脉注射治疗快速心律失常的临床效果[J].*中国实用医药*,2016,11(10):146-147.
- [4] 王宇.急诊冠心病快速心律失常采用胺碘酮联合门冬氨酸钾镁治疗的临床效果与预防并发症产生观察[J].*饮食保健*,2017,4(18):30-31.
- [5] 巩伟,陶贵周.急诊应用胺碘酮治疗冠心病快速心律失常98例的临床效果观察[J].*临床研究*,2017,25(7):118,122.