



口服补铁与静脉补铁治疗肾性贫血的临床疗效分析

傅 威

苏州市吴江区第一人民医院肾内科 江苏苏州 215200

【摘要】目的 研究分析口服补铁与静脉补铁治疗肾性贫血的临床疗效和安全性。**方法** 选取2016年1月-2017年11月我院收治的肾性贫血的患者87例为本次研究对象,按照治疗方式的不同分成观察组、对照组,对照组给予口服多糖铁治疗,观察组给予静脉滴注蔗糖铁治疗。对比两组患者的治疗效果以及不良反应发生情况。**结果** 经治疗后,观察组治疗有效率88.37%高于对照组的68.18%,差异有统计学意义($P<0.05$);接受治疗期间,观察组患者的不良反应发生率16.28%低于对照组的34.09%,差异有统计学意义($P<0.05$);治疗后,两组患者RBC、Hb、Hc指标水平平均优于治疗前,且治疗后观察组患者RBC、Hb、Hc指标变化优于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 肾性贫血应用静脉补铁治疗的疗效显著,患者的不良反应少,值得临床推广。

【关键词】 肾性贫血;口服补铁;静脉补铁;多糖铁;蔗糖铁

【中图分类号】 R692.5 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 1674-9561 (2017) 06-045-02

尿毒症患者中肾性贫血是常见的并发症,患者由于促红细胞生成素绝对或相对不足,以及尿毒症患者血浆中一些毒素影响红细胞代谢,容易发生贫血的情况,临床表现为乏力,头晕耳鸣、失眠多梦、腹胀、食欲下降,认知能力和思维敏捷性下降,月经周期改变,严重的患者会出现心慌气短、胸闷等严重情况^[1],使用促红细胞生成素治疗前及治疗中应补充铁剂,以保证促红细胞生成素的疗效,保证充分的铁储备。本研究对比分析口服补铁和静脉补铁对于肾性贫血患者的疗效和安全性,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 基本资料

选择2016年1月-2017年11月我院收治的肾性贫血的患者87例为本次研究对象,入选标准:所有患者都处于尿毒症终末期,维持性血液透析治疗至少3个月,血红蛋白(Hb) $<100\text{g/L}$,同时近3个月无出血以及输血治疗,对铁剂无过敏,无感染,无血液系统疾病等并发症。按照治疗方式的不同分成观察组、对照组,观察组患者43例,男22例,女21例,年龄24-72岁,平均年龄 (42.71 ± 2.89) 岁,体重48-69kg,平均体重 (60.10 ± 5.30) kg。对照组患者44例,男24例,女20例,年龄27-74岁,平均年龄 (43.49 ± 2.76) 岁,体重49-70kg,平均体重 (60.3 ± 5.70) kg。将两组患者的基本资料收集整理,结果比较显示无明显差异, $P>0.05$,不具有统计学意义。

1.2 方法

两组患者均采用血液透析、重组人促红素和补铁治疗。观察组患者补铁方式:在每次血液透析结束前1h,给予蔗糖铁注射液静脉滴注治疗,200mg/次,1次/周,将蔗糖铁注射液200mg使用100ml的0.9%氯化钠液稀释,静脉点滴60min进行治疗,直到铁蛋白超过 $200\mu\text{g/L}$ 或转铁蛋白饱和度超过20%,然后每个月按200mg剂量维持,铁蛋白超过 $500\mu\text{g/L}$ 则停用铁剂。注意首次使用蔗糖铁注射液治疗时,将20mg的蔗糖铁注射液使用50ml的0.9%氯化钠液稀释,观察10min

患者无背痛、呼吸困难等过敏反应后,将80mg蔗糖铁使用100ml的0.9%氯化钠液稀释输注治疗。对照组患者补铁方式:口服多糖铁150mg/次,2次/d治疗,铁蛋白超过 $500\mu\text{g/L}$ 则停用铁剂。

1.3 观察指标

对比两组患者的治疗效果以及不良反应发生情况。同时对患者进行半年的随访,比较患者治疗前后红细胞(RBC)、血红蛋白(Hb)以及红细胞压积(HCT)指标变化情况。

1.4 判定标准

患者治疗效果判定标准^[2]:在促红素增量期,经治疗后,患者的血红蛋白指标平均每月上升大于或等于 10g/L 或者红细胞压积上升大于或等于0.1,临床症状基本改善,判定为显效;患者的平均血红蛋白指标每月上升小于 10g/L ,但红细胞压积每月上升超过0.05,临床症状部分改善,判定为有效;患者的平均血红蛋白指标低于 10g/L ,红细胞压积每月上升小于0.05,临床症状无改善甚至加重,判定为无效。总有效率=(显效+有效)/总例数 $\times 100\%$ 。

1.5 统计学方法

本文研究所得数据资料采用SPSS16.0统计学软件进行处理分析,计量资料使用 $\bar{x}\pm s$ 表示,实施t检验;计数资料使用 χ^2 检验。以 $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组治疗效果比较

观察组显效20例,有效18例,无效5例,治疗有效率88.37%,对照组显效16例,有效14例,无效14例,治疗有效率68.18%,两组治疗效果比较差异显著, $P<0.05$,具有统计学意义。

2.2 两组患者不良反应发生情况比较

接受治疗期间,观察组患者血压升高2例,恶心呕吐2例,上腹不适3例,不良反应发生率为16.28%,对照组患者血压升高5例,恶心呕吐6例,上腹不适4例,不良反应发生率为34.09%,两组结果经比较差异显著, $P<0.05$,具有统计学意义。

2.3 两组患者治疗前后RBC、Hb、Hc指标变化情况

表1: 两组患者治疗前后RBC、Hb、Hc指标变化情况

组别	例数	治疗前/后	RBC (10^9)	Hb (g/L)	Hc (%)
观察组	43	治疗前	2.09 ± 0.42	63.79 ± 11.09	22.18 ± 4.71
		治疗后	$3.52\pm0.75^*$	$106.89\pm16.72^*$	$31.88\pm6.83^*$
对照组	44	治疗前	2.08 ± 0.51	64.36 ± 10.86	22.09 ± 4.87
		治疗后	$2.91\pm0.78^{*#}$	$89.91\pm12.47^{*#}$	$28.97\pm4.18^{*#}$



注：与治疗前比较，* $P < 0.05$ ，与观察组治疗后比较， $\#P < 0.05$ 。

治疗前，两组患者 RBC、Hb、Hc 指标水平比较无统计学意义 ($P > 0.05$)，治疗后，两组患者 RBC、Hb、Hc 指标水平均优于治疗前，且治疗后观察组患者 RBC、Hb、Hc 指标变化优于对照组， $P < 0.05$ ，均有统计学意义，见表 1。

3 讨论

既往相当多的随机对照研究证实，治疗贫血可降低慢性肾脏病病人心血管合并症的发生率。尿毒症的患者造成贫血的因素较多，主要包括红细胞生成素缺乏，患者厌食或因为偏食，身体的铁摄入量不足造成营养不良，或者因血液透析造成体内的叶酸、蛋白质丢失，或者多次抽血或出血，肾功能衰竭导致身体内红细胞的生存时间缩短，新鲜血液的制造量少等因素均会引发贫血状况^[3]。临床对于肾性贫血的治疗主要采用重组人促红素维持治疗，通过使用促红细胞生成素能够降低未成熟红细胞凋亡，同时刺激成熟红细胞分化，但是对促红素出现抵抗作用的患者仍无法改善患者的贫血状况。所以对肾脏尚有部分功能的患者，只有在透析的基础上，尽

可能保留患者的肾脏功能并改善患者的残肾脏功能。铁是人体所需的一种微量元素，一旦缺乏容易造成机体的部分功能紊乱。而口服补铁对胃肠刺激较大，而且难以吸收，不能保障患者的铁储备。而蔗糖铁属于蔗糖和氧化物的结合复合物，与铁蛋白相似，其结构性稳定并且安全，通过静脉滴注的方式给药可有效降低对患者肠道的不良反应，同时吸收性较高。本研究中，观察组临床疗效高于对照组，且不良反应少于对照组， P 均 < 0.05 ，肾性贫血应用静脉补铁治疗的疗效更显著，患者的不良反应更少，值得临床推广。

参考文献：

- [1] 徐代艳. 静脉和口服补铁纠正肾性贫血的临床价值分析[J]. 医学信息, 2017, 30(2):184-186.
- [2] 郑柳燕, 罗忠明, 骆九源等. 静脉与口服补铁联合促红细胞生成素治疗肾性贫血的效果[J]. 华夏医学, 2016, 29(1):86-89
- [3] 唐玥, 王丹, 李秀典等. 不同静脉补铁方法治疗血液透析患者肾性贫血的临床疗效观察[J]. 世界最新医学信息文摘: 电子版, 2017(23): 101-103.

(上接第 42 页)

上消化道溃疡是一种慢性长期病程性疾病，其主要发病机制是合并幽门螺杆菌感染，它的出现导致溃疡的不易愈合，容易反复，病情可进一步加重导致癌变的可能。故有效地根除幽门螺杆菌感染才是治疗消化道溃疡的关键，能长期明显改善症状，促进溃疡的愈合，预防或降低溃疡的复发率及降低溃疡癌变的发生率^[2]。目前，全球推荐的治疗方案是：质子泵抑制剂 (PPI) 加两种抗生素治疗，抗生素选择方案为阿莫西林加克拉霉素或克拉霉素加甲硝唑，用法为 2 次/d，疗程为 14d。但据研究显示，我国患者幽门螺杆菌感染中，甲硝唑类药物耐药率高达 50% ~ 100%，且胃肠道反应重，一般情况下不选用。而克拉霉素的耐药率最高达 40%，阿莫西林的耐药率最高达 20%，两组较甲硝唑耐药率低，故克拉霉素及阿莫西林被临床上广泛选用。而 PPI、抗生素及铋制剂联用可有效抑制胃酸分泌，降低胃内的酸度，保护胃肠黏膜，增加黏膜防卫能力，并降低胃酸对阿莫西林和克拉霉素药物的不良影响，增加抗生素的活性，使抗生素在胃内的有效药物浓度

增加，同时增加抗幽门螺杆菌的能力，并降低细菌耐药的发生几率^[3]。根据上述研究得出，两组减轻消化道溃疡的症状及溃疡的愈合方面是有效的，但在根除幽门螺杆菌感染方面，治疗组的根除率明显高于对照组，两组比较差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。因此，使用 PPI、铋制剂加两种抗生素 (阿莫西林及克拉霉素) 的四联用药，疗效显著，疗程短，复方率低，毒副作用小，可作为治疗消化道溃疡的最佳联合方案。

参考文献：

- [1] 郑丽梅. 奥美托唑治疗上消化道溃疡出血的临床效果观察[J]. 中国中医药现代远程教育, 2009 (7) : 57-58.
- [2] 童锦禄, 冉志华. 10 天序贯疗法与标准三联疗法治疗幽门螺旋杆菌感染荟萃分析[J]. 胃肠病学和肝病学杂志, 2008, 17 (2) : 106-109.
- [3] 倪敏. 蒙脱石散剂联合奥美拉唑、阿莫西林、替硝唑治疗消化道溃疡的临床观察[J]. 中国医学创新, 2010, 7 (6) : 69-70.

(上接第 43 页)

明显更高，这提示在常规对症治疗的基础上对患者应用奥拉西坦和多奈哌齐可显著改善患者的神经功能，促进其认知功能恢复，对改善患者生存质量具有积极意义。

综上所述，奥拉西坦联合多奈哌齐治疗血管性痴呆切实可行，效果较佳。

参考文献：

- [1] 袁培培. 奥拉西坦联合多奈哌齐治疗血管性痴呆的临床效果观察[J]. 中国实用神经疾病杂志, 2014, 17(2):55-57.

[2] 于凌云, 张庆军. 多奈哌齐片联合奥拉西坦注射液治疗血管性痴呆临床观察[J]. 中国药师, 2016, 19(1):114-116.

[3] 杨小珍. 多奈哌齐片联合奥拉西坦注射液治疗血管性痴呆的临床观察[J]. 医学理论与实践, 2016, 29(1):35-37.

[4] 高慧菊, 赵红青. 奥拉西坦联合多奈哌齐治疗血管性痴呆的有效性及其安全性分析[J]. 临床医药文献电子杂志, 2016, 3(45):9038-9038, 9039.

[5] 胡学谦, 徐超. 两种用药方案治疗轻中度血管性痴呆的经济学评价[J]. 中国继续医学教育, 2016, 8(28):177-179.

(上接第 44 页)

及对患者神经功能的影响[J]. 海峡药学, 2017, 29(5):125-126.

[2] 王宗绍, 王亚秋. 长春西汀联合胞二磷胆碱对脑梗死患者脑功能恢复的影响[J]. 基层医学论坛, 2016, 20(16):2206-2207.

[3] 陈炳, 刘晓萍, 杨勇等. 长春西汀治疗脑梗死后认知障碍的临床研究[J]. 中国医药导报, 2012, 09(4):61-62, 64.

[4] 徐毅. 脑梗死患者分别接受长春西汀、胞二磷胆碱治疗对其脑功能恢复效果的临床观察[J]. 中外医学研究, 2017, 15(9):40-41.