

# 连续性与间歇性血液透析治疗肾功能衰竭疗效比较分析

白昌盛

安徽省广德县人民医院肾内科 安徽广德 242200

**〔摘要〕**目的 研究探讨连续性与间歇性血液透析治疗肾功能衰竭疗效比较分析。方法 选取 2016 年 7 月~2018 年 6 月于我院血透室收治的肾功能衰竭患者 64 例为研究对象,随机分为对照组与观察组均 32 例,对照组采用间歇性血液透析治疗,观察组采用连续性血液透析治疗,两组均治疗 15d。观察两组患者的治疗效果。结果 通过相应透析后观察组患者的治疗有效率为 96.88%,显著优于对照组的 75.0%,且治疗前后的血尿素氮、血肌酐水平明显优于对照组,组间差异具有统计学意义( $P < 0.05$ )。结论 血液透析是肾功能衰竭常用治疗手段,相对于间歇性血液透析,对患者采取连续性血液透析对病情有更好的控制效果,提高患者生活质量。

**〔关键词〕**连续性;间歇性;血液透析;肾功能衰竭

**〔中图分类号〕**R692.5 **〔文献标识码〕**A **〔文章编号〕**2095-7165(2018)08-057-02

肾功能衰竭是临床常见肾病,可由各种慢性肾脏疾病在后期导致<sup>[1]</sup>,此类疾病具有病情发展快、预后质量差以及严重影响生活体验等特点,患者会出现肾功能异常,如果治疗手段不够及时、合理可能引发机体功能衰竭,并发认知功能障碍症状,降低生活质量,甚至致死<sup>[2]</sup>。目前临床对肾功能衰竭的主要治疗手段为血液透析,能够控制患者肾功能异常的恶化,根据置换方式和治疗时间不同可分为连续性血液透析和间歇性血液透析,当前对于两者对肾功能衰竭的治疗价值还存在一定的争议,本文通过对两种透析方法收治肾功能衰竭患者临床资料进行分析,归纳如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

选 2016 年 7 月至 2018 年 6 月我院血透室收治确诊肾功能衰竭并确认用血液透析方案治疗患者 64 例为分析对象。根据患者接受治疗方案差异将其以每组 32 例分为观察组和对照组。其中其中男 35 例,女 29 例,年龄 31~75 岁,平均年龄(45.3±7.6)岁,两组患者各项临床数据包括性别、年龄、原发病等用统计学软件处理,提示组间差异并无统计学意义( $P > 0.05$ ),可作为前瞻性研究的数据来源。

### 1.2 方法

所有患者在进行血液透析治疗前均需要先进行饮食调整,遵循高热量与低钠的原则,采取积极的抗感染治疗,对引发肾功能衰竭的原发病进行对症干预。然后通过不同透析方法进行透析治疗 2 周,具体方法操作如下。

#### 1.2.1 对照组

建立静脉血管通路,选择间歇性血液透析方案治疗,置换成分、置换液都和连续组设置一样。置换方式为间歇性置换,血流量每分钟设置为 180~220mL,透析液量一般在 1000~1500mL,每次透析时间为 3h,先连续透析 4d,从第 5 天开始每周需要接受透析次数在 2~3 次。在对患者进行透析的过程中根据实际情况应用低分子肝素抗凝。

#### 1.2.2 观察组

给予患者建立静脉血管通路,对其进行连续性的血液透析方案治疗,选择前置置换方式,置换成分如下:钾离子(2.50mmol/L)、钠离子(140.0mmol/L)、镁离子(0.5mmol/L)、

氯离子(103.0mmol/L)。每小时的置换液为 1000~2000mL,每分钟血流量设置为 100~180mL,透析液量一般在 1000~1500mL,在对患者进行透析的过程中根据实际情况应用低分子肝素抗凝。

### 1.3 观察指标

对比分析两组患者治疗后的治疗效果,对以下临床指标包括 BUN(血尿素氮)、SCr(血肌酐)进行检测并对比。

### 1.4 统计学处理

采用 SPSS20.0 统计学软件进行数据处理,计量资料以( $\bar{x} \pm s$ )表示,比较以  $t$  检验,计数资料用百分比(%)表示,配对  $\chi^2$  检验分析, $P < 0.05$  差异有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 两组患者治疗效果对比

两组患者通过治疗后观察组患者的治疗有效率为 96.88%,显著优于对照组的 75.0%,组间差异具有统计学意义( $P < 0.05$ ),详见表 1。

表 1: 两组治疗的效果比较 [n (%)]

组别	例数	显效	有效	无效	有效率(%)
观察组	32	21 (65.63)	10 (31.25)	1 (3.12)	96.88
对照组	32	15 (46.88)	9 (28.12)	8 (25.0)	75.0
$\chi^2$					4.5902
P					< 0.05

### 2.2 两组患者治疗前后的血尿素氮、血肌酐水平对比

观察组患者治疗后的血尿素氮、血肌酐指标明显优于对照组,组间差异具有统计学意义( $P < 0.05$ ),详见表 2。

## 3 讨论

肾功能衰竭患者当前最有效的治疗手段为肾脏移植,但该治疗不仅实现难度高,且患者需要负担较大的经济费用,难以普及推广,具备一定的局限性,而血液透析则是另外为数不多的有效干预方法,血液透析对肾功能衰竭患者的治疗机制在于弥散滞留在患者血液当中的毒素,同时还能调整机体的酸碱、水电解质紊乱情况,让其整体处于平衡的状态。但血液透析从本质而言依然属于替代性疗法,并不能达到根治疾病的效果,也不能够完全替代肾脏功能,因此在选择血液透

表 2: 两组患者治疗前后的血尿素氮、血肌酐水平对比 ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数	血尿素氮 (mmol/L)		血肌酐 (umol/L)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	35	45.21 ± 13.58	20.09 ± 5.43	763.5 ± 111.4	352.7 ± 69.8
对照组	35	44.96 ± 13.67	27.42 ± 7.31	766.3 ± 112.3	420.5 ± 73.6
t		0.0734	4.0503	0.1001	3.7811
P		> 0.05	< 0.05	> 0.05	< 0.05

析方式时如何最大程度调整相关指标、保障预后质量以及提高患者治疗期间的舒适程度,就有了重要意义<sup>[3]</sup>。血液透析分为间歇性和连续性两种,其中间歇性血液透析是常规的治疗方式,其能够有效缓解患者的临床症状,减少死亡率的发生,但是针对病情较为严重且病情急的患者,容易出现血流动力学紊乱,提升其低血压发生的危险性,并加重对患者脏器造成的损伤,远期疗效不佳<sup>[4]</sup>。而连续性血液透析针对病情急的患者治疗效果较好,其能够维持肾功能和和其他细胞的平衡,并通过半透膜将机体内毒素和其他未排除的废物排出体外,在净化血液的同时,纠正水、电解质和酸碱的平衡,保持血液稳定的流动<sup>[5]</sup>。本文通过研究发现,观察组(连续性血液透析)患者的治疗有效率为 96.88%,显著优于对照组(间歇性血液透析)的 75.0%,且治疗前后的血尿素氮、血肌酐水平明显优于对照组,组间差异具有统计学意义(P < 0.05)。说明连续性血液透析更适合治疗肾衰竭,能够改善患者的生活质量,提高治疗效果。

综上所述,血液透析是肾功能衰竭常用治疗手段,相对于间歇性血液透析,对患者采取连续性血液透析对病情有更好的控制效果,提高患者生活质量。

[参考文献]

[1] 吕立华, 赖细女, 董一民, 等. 连续性与间歇性血液透析治疗肾功能衰竭疗效比较[J]. 上海医药, 2017, 38(24): 24-25.  
 [2] 陈光权. 连续性肾脏替代疗法与间歇性血液透析治疗重症急性肾功能衰竭的比较分析[J]. 吉林医学, 2013, 34(21): 4263-4264.  
 [3] 弓伟. 连续性与间歇性血液透析治疗肾功能衰竭疗效比较分析[J]. 世界最新医学信息文摘, 2018, 18(57): 44-45.  
 [4] 高京娇. 连续性肾脏替代治疗与间歇性血液透析对重症急性肾功能衰竭的疗效比较[J]. 中国医药指南, 2017, 15(36): 165-166.  
 [5] 王婕. 连续性与间歇性血液透析治疗肾功能衰竭疗效比较分析[J]. 现代医学与健康研究, 2018, 2(20): 55-57.

(上接第 56 页)

表 2: 分析两组患者术后的肠道蠕动恢复时间以及 VAS 分数

分组	术后的肠道蠕动恢复时间 (d)	VAS 分数 (分)
观察组 (n=15)	2.48 ± 1.05	3.25 ± 1.38
对照组 (n=15)	4.08 ± 1.14	6.61 ± 1.63
t	7.635	12.125
P	<0.05	<0.05

表 3: 分析两组患者的术后并发症情况

分组	腹腔脓肿和积液	穿孔复发	肺部感染	切口感染	并发症率
观察组 (n=15)	1	1	1	0	20.00%
对照组 (n=15)	1	1	1	3	40.00%
t					4.068
P					<0.05

的一种并发症。此病发展快、病况重,通常会引发弥漫性腹膜炎,如若不能及时选取恰当的治疗方案,将会严重威胁病人健康安全。近些年来,有关该病的研究也表明其病发率逐年增高,且由于临床大范围使用胃黏膜保护剂、质子泵抑制剂及幽门螺杆菌药物等,使得医生制定的手术方案也从胃大部切除改为穿孔修补术<sup>[6]</sup>。开腹手术多为探查切口,术中出血量大,创伤严重。而应用腹腔镜手术则有以下独到之处:该方案结合探查和治疗,可对早期病症不典型的病人做到准确判断,进而高度减少发生误诊漏诊的可能性;术中出血少、创伤轻,且仅利用特殊器械施术在病人的腹壁上开 3 至 4 个

0.5-1.5cm 的小孔,操作简单,缝补有效,有利于除去渗透液;手术后,并发症发生率低,康复、住院时长短;术野清楚,引流充分,冲洗彻底,且能安置最低位引流,患者可有效避免发生术后腹腔脓肿,减少腹腔粘连;在封闭的气腹环境中手术可有效避免干燥性浆膜损伤。总而言之,临床治疗胃十二指肠溃疡穿孔时采取腹腔镜手术,疗效理想,研究价值重大,推荐作为大范围使用方案,但此次样本量较少,需提高样本量以进行深度探究,从而为临床诊治提供更有依据性的数据参考。

[参考文献]

[1] 罗卿, 杨绘筠. 腹腔镜胃十二指肠溃疡急性穿孔修补术后治疗效果分析[J]. 中国普通外科杂志, 2016, 25(7):1089-1092.  
 [2] 吴刚, 吕明. 腹腔镜与开腹胃十二指肠溃疡穿孔修补术的临床疗效比较研究[J]. 中国现代医生, 2016, 54(3):77-79.  
 [3] 李满绪. 腹腔镜下胃十二指肠溃疡穿孔修补术与常规开腹手术的临床应用比较[J]. 海南医学院学报, 2016, 22(16):1812-1815.  
 [4] 王永, 苏鑫. 腹腔镜胃十二指肠溃疡穿孔修补术降低患者应激反应临床分析[J]. 中华普外科手术学杂志(电子版), 2016(1):54-56.  
 [5] 杨进. 腹腔镜胃十二指肠溃疡穿孔修补术的临床效果观察[J]. 河南医学研究, 2016, 25(11):2068-2069.  
 [6] 李科. 腹腔镜手术与开腹手术治疗老年胃十二指肠穿孔的临床疗效分析[J]. 中国实用医药, 2016, 11(23):73-74.