

# 尿毒症合并顽固性高血压采用血液灌流联合透析治疗的效果分析

何玉泉

成都市第八人民医院 610500

**〔摘要〕**目的 探讨尿毒症合并顽固性高血压采用血液灌流联合透析治疗的效果。方法 研究观察 2018 年 4 月至 2019 年 5 月期间接收的尿毒症合并顽固性高血压 62 例，随机分为对照组与观察组，每组各 31 例，对照组运用常规单纯血液透析治疗，观察组运用血液灌流联合透析治疗，分析不同治疗方式后患者治疗疗效、血压变化情况。结果 在治疗总有效率上，观察组 93.55%，对照组 80.65%，对比有统计学意义 ( $p < 0.05$ )；在患者舒张压与收缩压指标上，观察组各组护理后指数显著低于对照组，对比有统计学意义 ( $p < 0.05$ )。结论 尿毒症合并顽固性高血压采用血液灌流联合透析治疗可以有效的提升治疗疗效，改善血压状况，整体治疗恢复情况更为理想。

**〔关键词〕**尿毒症；顽固性高血压；血液灌流；血液透析；治疗效果

**〔中图分类号〕**R692.5 **〔文献标识码〕**A **〔文章编号〕**2095-7165 (2019) 08-038-02

尿毒症属于常见肾功能障碍疾病之一，如果合并高血压问题，会由于高血压降压药物使用效果受损<sup>[1]</sup>。持续的高血压状况会导致患者极大的生理健康风险，生活质量也会由此下滑。血液透析可以有效的帮助尿毒症患者改善肾功能衰竭所带来的机体代谢问题，同时有助于血压稳定性，如果采用血液灌流联合透析治疗，可以进步强化有关治疗作用。本研究观察 2018 年 4 月至 2019 年 5 月期间接收的尿毒症合并顽固性高血压 62 例，分析运用血液灌流联合透析治疗后患者治疗疗效、血压变化情况，内容如下：

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

研究观察 2018 年 4 月至 2019 年 5 月期间接收的尿毒症合并顽固性高血压 62 例，随机分为对照组与观察组，每组各 31 例。对照组中，男 17 例，女 14 例；年龄从 43 岁至 68 岁，平均 (51.64 ± 3.98) 岁；尿毒症病程 1 年至 3 年，平均 (1.84 ± 0.46) 年；高血压病程 4 个月至 3 年，平均 (8.25 ± 0.57) 个月；观察组中，男 16 例，女 15 例；年龄从 45 岁至 67 岁，平均 (52.58 ± 2.15) 岁；尿毒症病程 1 年至 3 年，平均 (1.43 ± 0.59) 年；高血压病程 4 个月至 3 年，平均 (8.94 ± 0.32) 个月；两组患者的基本年龄、性别与病情等信息上没有明显差异，有可比性。

### 1.2 方法

对照组运用常规单纯血液透析治疗，观察组运用血液灌流联合透析治疗。血液透析机运用碳酸氢盐透析液，让血液灌流器与血液透析器做串联后开展血液灌流与血液透析的集合治疗处理。灌流器运用 HA 型血液灌流器，容量为 330ml 标准，表面积在 600 至 1370 平米。运用 5% 葡萄糖液 500ml 做灌流器与管路的全面冲洗，而后采用肝素盐水冲洗，用量为 2000ml，将灌流器中的气体有效排尽。血流需要保持为 200 至 300ml/min。上机前需要做好肝素抗凝用药，肝素剂起始剂量保持 0.5 ~ 1.0mg/kg，而后补充 10 ~ 20mg/h 的肝素剂。需要做好肝素剂的灵活调整，依据凝血状况而定。每周做 2 次灌流治疗，每次 2.5 小时。

### 1.3 评估观察

分析不同治疗方式后患者治疗疗效、血压变化情况。治疗疗效分为显效、有效以及无效。显效为治疗后血压降低到

120/80mmHg 标准，或者血压降低幅度在 20mmHg 以上；有效为治疗后血压降低到 145/90mmHg 标准，或者血压降低幅度在 11 至 20mmHg；无效为治疗后整体状况改善不明显。治疗总有效率为显效率与有效率的总和。

### 1.4 统计学分析

收集整理护理数据，通过 spss23.0 软件分析，计量资料运用 t 检验，计数资料使用卡方检验， $p < 0.05$  有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 各组患者护理前后血压变化情况

如表 1 所示，在患者舒张压与收缩压指标上，观察组各组护理后指数显著低于对照组，对比有统计学意义 ( $p < 0.05$ )。

**表 1: 各组患者护理前后血压变化情况 ( $\bar{x} \pm s$ , mmHg)**

分组	时间	舒张压	收缩压
观察组	治疗前	164.76 ± 5.14	122.24 ± 3.21
	治疗后	121.69 ± 2.52	82.45 ± 2.23
对照组	治疗前	166.93 ± 5.57	121.82 ± 3.78
	治疗后	142.56 ± 2.39	95.98 ± 2.43

注：两组治疗前对比， $p > 0.05$ ，两组治疗后对比， $p < 0.05$

### 2.2 各组患者治疗疗效情况

见表 2，在治疗总有效率上，观察组 93.55%，对照组 80.65%，对比有统计学意义 ( $p < 0.05$ )；

**表 2: 各组患者治疗疗效情况 [n(%)]**

分组	非常满意	基本满意	不满意	满意率
观察组 (n=31)	13 (41.94)	16 (51.61)	2 (6.45)	93.55%
对照组 (n=31)	6 (19.35)	19 (61.29)	6 (19.35)	80.65%

注：两组对比， $p < 0.05$

## 3 讨论

尿毒症采用血液透析治疗较为常见，可以有效的做好血压毒素的清理，但是也容易出现免疫球蛋白受损、血溶性弱，水盐负荷过高，肾素分泌状况过剩，容易有高血压问题<sup>[2]</sup>。而高血压会进一步导致血管内壁内皮细胞受损，导致收缩血管的内皮素提升，肾血流提高，肾小球滤过的负担过大，会引发肾脏缺氧缺血问题的严重化，导致机体恶性循环<sup>[3]</sup>。要在血液透析的维持治疗期间做好血压的控制，如果合并做好血液灌流处理，可以有效的提升血浆吸附能力，提升血浆本身

(下转第 41 页)

表 2: 两组患者治疗安全性统计对比表

组别	例数 (n)	急性左心衰	皮肤粘膜出血	上消化道出血	脑出血	总发生率
r-PA 组	60	0	1	2	2	(5) 8.33%
UK 组	60	3	3	4	4	(14) 23.33%
$\chi^2$						4.183
P						P < 0.05

了 3 代溶栓剂瑞替普酶和 1 代溶栓剂尿激酶开展对比治疗。详细来说, 尿激酶作为常见的溶栓剂, 主要是从尿液中提取蛋白水解酶, 可以有效预防出现血栓情况, 显著降低血液循环中所含有的纤维蛋白原等等<sup>[4]</sup>。而瑞替普酶具有半衰期较长的长处, 与尿激酶相对比, 可以更加地加速血栓的溶解, 这不仅有利于减少治疗时间, 还有利于病情的恢复, 提高医患关系, 可以在临床上发挥更好的效果。最后, 由于该药副作用小, 可以有效减少出现并发症的几率, 使患者在治疗过程中的安全性可以得到很好的保障。

在此次研究中, r-PA 组患者的临床疗效和治疗安全性均显著优于 UK 组, 这说明采用瑞替普酶治疗急性心肌梗死患者的巨大临床价值的作用, 与尿激酶相比, 有利于帮助患者尽快康复。

一言以蔽之, 针对急性心肌梗死患者的治疗, 与尿激酶相比较, 瑞替普酶的临床疗效更为显著, 安全性也更高, 同

时还兼备药效持久、操作方便的优势。值得在临床中大力推广使用。但是由于此次实验的数据量较小、时间跨度较短, 仍然需要进行多次试验进一步证明采用瑞替普酶治疗急性心肌梗死患者的作用和巨大价值。

[参考文献]

[1] 武书平. 急性心肌梗死早期应用瑞替普酶静脉溶栓和尿激酶静脉溶栓治疗的临床观察 [J]. 海峡药学, 2018, 30(09):132-133.  
 [2] 甄海源. 急诊应用瑞替普酶尿激酶溶栓对急性心肌梗死的治疗价值分析 [J]. 世界最新医学信息文摘, 2017, 17(79):83.  
 [3] 张诗义. 急性心肌梗死应用瑞替普酶与尿激酶溶栓治疗对比研究 [J]. 中西医结合心血管病电子杂志, 2016, 4(35):43.  
 [4] 杜娟. 急诊冠脉介入治疗急性心肌梗死的有效性和安全性分析 [J]. 全科口腔医学电子杂志, 2019, 6(18):182-183.

(上接第 38 页)

的净化能力<sup>[4]</sup>, 对毒素清除理想, 进而对血压管控有更好的辅助作用。本研究中, 在治疗总有效率上, 观察组 93.55%, 对照组 80.65%, 对比有统计学意义 (p<0.05); 在患者舒张压与收缩压指标上, 观察组各组护理后指数显著低于对照组, 对比有统计学意义 (p<0.05)。观察组运用血液灌流联合透析治疗, 效果稳定, 控制血压情况也更为理想, 整体的治疗效果更有益于患者。

综上所述, 尿毒症合并顽固性高血压采用血液灌流联合透析治疗可以有效的提升治疗疗效, 改善血压状况, 整体治疗恢复情况更为理想。

[参考文献]

[1] 邹懿, 王茜茜, 程宗华, 等. 维持性血液透析联合血液灌流对伴有顽固性高血压的尿毒症患者心脏结构和功能的作用 [J]. 实用医学杂志, 2016, 32(20):3321-3324.  
 [2] 汤萌. 维持性血液透析联合血液灌流治疗的临床研究 [J]. 当代医学, 2019, 25(12):133-134.  
 [3] 侯俊英. 血液灌流联合血液透析治疗尿毒症难治性高血压的作用 [J]. 中国继续医学教育, 2018, 10(13):63-65.  
 [4] 陈菲. 血液透析联合血液灌流治疗尿毒症的效果评价 [J]. 当代医药论丛, 2019, 17(14):124-125.

(上接第 39 页)

3.33%、感染率 33.33% 及多器官功能衰竭率 13.33% 低于对照组的 23.33%、63.33%、40.00%, 有统计学意义。因此, 经肠外营养治疗时, SAP 患者接受肠内营养支持, 可降低患者治疗期间病死率、感染率等并发症, 利于患者预后改善。且观察组患者恢复时间短于对照组, 炎症水平低于对照组, 免疫功能改善程度高于对照组, 有统计学意义。结果说明, 肠内营养支持, 利于患者病情更好恢复, 其原因肠内营养可直接为肠道黏膜提供所需营养物质, 促进肠道黏膜上皮增生, 改善黏膜血流循环, 降低肠道黏膜通透性, 促使免疫球蛋白生成, 改善机体免疫功能; 且能抑制肠源性内毒素移位及细菌移位, 减轻炎症水平; 另外肠内营养支持, 促使肠道蠕动功能的恢复, 降低腹腔压力, 使胃肠道及腹腔脏器恢复正常血供, 增加脏器灌注, 促进组织器官恢复, 进而能减少感染及多脏器功能障碍等并发症发生。目前对肠内营养时机尚存在争议, 认为早期患者感染症状严重, 伴大量腹腔脓液及渗液, 若过早肠内营养支持会加重炎症反应, 加重胰腺坏死程度; 但时间越久, 患者病情危重, 营养缺乏, 病死率高。因此当患者体征稳定, 胃肠稳定, 在发病 7 2h 内早期开始肠内营养支持, 可改善病情,

且能增加肠道血流量, 提高机体免疫功能, 减少并发症发生。综上所述, 重症急性胰腺炎患者采取早期肠内营养支持, 可降低病死率及并发症发生率, 改善患者免疫功能, 缓解机体炎症反应, 应用价值高, 值得临床应用。

[参考文献]

[1] 李莉霞, 黄成珂, 孙朝荣, 胡松浩, 陆晓彤. 重症监护病房肝功能不全患者个体化用药决策 [J]. 中国药学杂志. 2013(17)  
 [2] G.P.MARZOLI, P.L.CATALANO, S.CEMIN, F.MARTIN, 白植军. 外科在急性胰腺炎治疗中的作用 [J]. 临床消化病杂志. 1989(02)  
 [3] 郑彩莲, 孙建光, 杨丽, 张素蕊, 胡广云. 集束化方案降低重症监护病房抗生素相关性腹泻的临床评价 [J]. 中国中西医结合消化杂志. 2017(01)  
 [4] 张宇, 李尧, 陈炜, 王芬芬. 益生菌预防神经重症监护病房老年患者抗生素相关性腹泻的疗效观察 [J]. 中国初级卫生保健. 2016(10)  
 [5] 布小玲, 王启仪. 经皮内镜下胃造瘘术在重症监护室的应用 [J]. 广东医学. 2002(S1)