

饮食限盐对非透析慢性肾脏病患者血压影响的研究

杨秀娟

云南省第一人民医院

【摘要】目的 探讨饮食限盐对非透析慢性肾脏病患者血压的影响。**方法** 选取在 2018 年 6 月至 2019 年 6 月期间我院所收治的 24hUNa (尿钠排泄量) > 100mmol/d 的非透析慢性肾脏病合并高血压患者 (n=40), 给予患者饮食指导, 治疗 8 周后, 观察限纳前后患者尿钠、血压的变化情况。患者在观察期内, 在降压药维持不变的情况下, 若观察结束后患者 24h UNa 较限纳前下降 ≤ 10%, 表示限纳失败。**结果** 24h UNa 患者各项指标与限纳之前相比, 有明显改善, 40 例患者中有 28 例限盐成功, 成功率达到 70%, 差异具有统计学意义, $P < 0.05$ 。**结论** 饮食限盐有助于非透析慢性肾脏病合并高血压患者进行降压的治疗, 值得推广和使用。

【关键词】 饮食限盐; 非透析慢性肾脏病; 血压; 影响

【中图分类号】 R544.1

【文献标识码】 A

【文章编号】 1005-4596 (2019) 11-013-02

近些年, 慢性肾脏病的发病率越来越高, 随着病情的发展, 会引发各种并发症, 其中, 高血压就是慢性肾脏病的并发症之一, 同时也是引发慢性肾脏病的原因之一。研究表明, 高血压如果得不到有效的控制, 会导致慢性肾脏病患者的肾功能继续恶化, 还会引发心血管疾病, 具有一定的致死率, 严重影响了患者的生命安全以及生活质量^[1-2]。因此, 有效的控制患者的血压才能减慢肾功能减退的速度, 减少慢性肾脏病的发生几率。

相关研究发现, 摄入过多的食盐会增加氧化刺激反应, 并通过减弱肾素-血管紧张素系统阻断剂的抗高血压与降蛋白尿效应等途径引发肾脏直接或间接性的损害。因此, 食盐的摄入量与慢性肾脏病患者的发病率以及病情危险性有着紧密的联系。调查显示, 在北方地区, 大多数的人在其日常饮食中食盐的摄入量偏高, 引发慢性肾脏病合并高血压的风险较高, 控制食盐的摄入量是降低慢性肾脏病合并高血压发病率最有效、最廉价的手段之一, 也是首选方法^[3]。我院选取 40 例慢性肾脏病合并高血压患者作为研究对象, 就饮食限盐对非透析慢性肾脏病患者血压的影响进行研究, 结果如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取在 2018 年 6 月至 2019 年 6 月期间我院所收治的慢性肾脏病合并高血压患者, 以 40 名作为研究对象, 纳入标准:

(1) 所有患者均符合慢性肾脏病合并高血压的诊断标准, SBP (收缩压) ≥ 140mmHg, DBP (舒张压) ≥ 90mmHg, 并正在服用降压药物; (2) 尿钠 > 100mmol/d, 所有患者对涉及的药物均无过敏反应; 排除标准: (1) 近 1 个月内服用过激素类以及免疫抑制剂、利尿剂以及碳酸氢钠的患者; 近 2 周内新服用降压药或者对原有降压药物剂量有变动的患者; (2) 患有肾血管性高血压、肝炎、肝硬化、痛风以及急性心肌梗死、急慢性感染等疾病; (3) 患有肾小管间质病的患者; (4) SBP ≥ 180mmHg, DBP ≥ 110mmHg。本次研究的 40 例患者, 最小年龄 32 岁, 最大年龄 80 岁, 平均 (44.5 ± 12.8) 岁, 男 22 例,

女 18 例。本次研究均经家属同意配合。

1.2 方法

(1) 收集患者的临床资料, 其中包括患者的年龄、性别、体重、身高以及临床诊断、血及尿电解质。采用标准立式汞柱血压计对患者进行血压测量。测血压前患者应静坐 20 分钟, 测量后间隔 5 分钟进行第二次测量, 记录两次读数的平均值。同时, 采取 MDRD 方程对肾小球过滤进行计算, 并对慢性肾脏病患者进行分期。

(2) 给予所有的患者饮食指导, 对其进行饮食限盐, 为每一位患者发放定量盐勺, 为患者制定 1 周的饮食计划以及食谱, 2 周后患者来院复诊, 测量血压、血及尿电解质, 并根据患者的情况对其食谱进行调整, 作进一步的指导。告知患者 2-4 周来院复诊一次, 观察其血压的变化情况^[4]。8 周后, 为患者测定血及尿电解质, 并对患者的血压水平进行记录。在观察期内, 患者服用的各类药物保持不变。

1.3 观察指标及效果评价标准

对 24h UNa 患者食盐的摄入量进行限制, 对患者限纳后各指标评估并对限纳成功率进行分析。限纳成功: 在观察期结束时 24h UNa 与限纳前相比, 下降 > 10%; 限纳失败: 在观察期结束时 24h UNa 与限纳前相比, 下降 ≤ 10%。

1.4 统计学分析

将收集的数据用 SPSS 17.0 进行统计学分析, 计量型指标以均数 ± 标准差 ($\bar{x} \pm s$) 描述、t 检验。 $P < 0.05$ 标识两者比较存在显著性差异。

2 结果

2.1 对 24h UNa 患者限纳前后尿钠、血压变化进行对比。

结果显示, 患者经过饮食限盐治疗后, 24h UNa 患者各项指标与限纳之前相比, 有明显改善, 差异具有统计学意义, $P < 0.05$ 。

(1) 限纳成功组指标变化

限纳成功者共 28 例, 经限纳治疗后, 尿钠、血压等指标均有下降, $P < 0.05$, 见表 1。

表 1: 限纳成功组患者限纳前后尿钠、血压、血钠的变化情况 ($\bar{x} \pm s$) (n=28)

组别	24h UNa (mmol/d)	SBP (mmHg)	DBP (mmHg)	MBP (mmHg)
限纳前	243.7±71.2	142.3±13.4	91.4±9.2	108.4±8.7
限纳后	135.1±49.2	131.1±11.1	84.6±10.6	100.1±9.5
t 值	6.6399	3.4059	2.5636	3.4094
P 值	0.0000	0.0013	0.0132	0.0012

(2) 限纳失败组指标变化

限纳失败者共 12 例, 患者限纳前后比较各项指标差异无

统计学意义, $P > 0.05$, 见表2。

表2: 限钠失败组患者限钠前后尿纳、血压、血纳的变化情况 ($\bar{x} \pm s$) ($n=12$)

组别	24h U _{Na} (mmol/d)	SBP (mmHg)	DBP (mmHg)	MBP (mmHg)
限钠前	166.4±41.4	139.2±11.8	87.8±10.6	104.8±8.2
限钠后	202.4±67.2	143.2±12.7	91.3±3.5	108.7±7.3
t 值	1.5799	0.7992	1.0861	1.2305
P 值	0.1284	0.4327	0.2892	0.2315

2.2 分析患者限钠后限钠成功率情况

结果显示, 对患者进行饮食限钠后, 有28例限钠成功, 占70%, 患者限钠前后尿纳、血压情况均有所改善, 差异具有统计学意义, χ^2 为12.8000, $P < 0.05$; 12例限钠失败, 占30%, 各项指标比较差异不具有统计学意义, $P > 0.05$ 。

3 讨论

近些年, 非透析慢性肾脏疾病的发病率与日俱增, 随着病情的发展, 会引发高血压等并发症, 导致慢性肾脏疾病合并高血压症的发病原因十分复杂, 钠平衡失调、升压与降压血管活性物质失衡、钠潴留等都是导致其发病的因素。其中钠潴留是引发慢性肾脏疾病患者引发高血压的主要原因^[6]。因此, 控制血压是治疗该疾病的主要治疗方向。相关数据显示, 对慢性肾脏疾病合并高血压的患者实施饮食限盐, 对患者的收缩压以及舒张压都有明显的改善, 通过有效的饮食限盐能够达到降压的疗效。

我院选取40例非透析慢性肾脏疾病合并高血压的患者进行饮食限盐的治疗, 医护人员为患者进行饮食指导, 并控制其食盐的摄入量, 并在之后的随访中, 根据患者的血压情况对其做进一步的饮食限盐控制, 在观察期间, 患者所服用的

降压药物不变。结果显示, 通过对患者进行饮食限盐治疗, 24h U_{Na} 患者各项指标与限钠之前相比, 有明显改善, 40例患者中有28例限盐成功, 成功率达到70%, 差异具有统计学意义, $P < 0.05$ 。进一步证实, 通过饮食限盐控制血压, 对非透析慢性肾脏病合并高血压具有一定的疗效。

综上所述, 饮食限盐有助于非透析慢性肾脏病合并高血压患者进行降压的治疗, 值得推广和使用。

参考文献

- [1] 佚名. 低蛋白饮食在非透析慢性肾脏病中的应用研究[J]. 中国全科医学, 2018, 21(33):115-119.
- [2] 佚名. 非透析慢性肾脏病患者发生左心室肥厚的危险因素分析[J]. 临床肾脏病杂志, 2019(2):107-111.
- [3] 佚名. 素食饮食对慢性透析患者营养状态和心血管风险的影响[J]. 广东医学, 2017, 38(4):559-562.
- [4] 佚名. 对接受血液透析的高血压肾病患者进行优质护理的效果评析[J]. 当代医药论丛, 2018, 16(17):250-252.
- [5] 龚云, 刘晓霞. 慢性肾脏病非透析患者血压昼夜节律与血清新蝶呤水平关系的研究[J]. 中国社区医师, 2017, 33(7):116-116.

(上接第12页)

免疫调节剂, 其能够作为营养物质将人体肠粘膜能源进行补充, 从而进行自我修复, 将受损细胞进行清除, 利于人体胃黏膜上皮再生, 促进分泌型免疫球蛋白A的分泌, 使中毒患者的肠粘膜受到保护, 从而达到促进患者胃肠功能早期恢复^[7]。而大剂量应用丙氨酸谷氨酰胺治疗, 能够对肠粘膜屏障有效保护, 同时增强患者肠道免疫力, 达到改善患者神经功能的目的, 取得显著的治疗效果^[8]。

本文研究数据显示, 观察组重症有机磷中毒患者中毒症状消失时间 (5.21 ± 1.32) d、呼吸机脱机时间 (2.22 ± 0.21) d、住院时间 (9.21 ± 1.02) d、全血胆碱脂酶活性恢复时间 (6.21 ± 1.32) d 与对照组相比较, 存在差异 ($P < 0.05$)。观察组重症有机磷中毒患者治疗后 MCV (47.54 ± 1.02) m/s、SCV (44.65 ± 1.02) m/s 高于对照组, $P < 0.05$, 相关研究指出, MCV 以及 SCV 减慢是重症有机磷中毒患者的电生理特点, 在本次研究中神经功能评估使用肌电图检查, 研究显示, MCV 以及 SCV 治疗后呈现升高趋势, 从而提示应用丙氨酸谷氨酰胺, 能改善神经功能。

综上所述, 不同剂量丙氨酸谷氨酰胺治疗重症有机磷中毒的效果各有差异, 其中大剂量治疗, 能够改善运动神经传导速度、感觉神经传导速度, 改善患者神经功能, 促进恢复, 值得进一步推广与探究。

参考文献

- [1] 蔡景润, 陈伟雄. 不同剂量丙氨酸谷氨酰胺治疗重症有机磷中毒的神经功能改善研究[J]. 中国医师杂志, 2018, 20(3):450-453.
- [2] 于中锴, 龚作炯, 管向东, 等. 丙氨酸谷氨酰胺治疗重度甲拌磷中毒致胃肠功能障碍的临床效果[J]. 中华劳动卫生职业病杂志, 2017, 35(7):501-504.
- [3] 文武斌, 李红, 王玉华, 等. 谷氨酰胺对重度有机磷中毒患者肠功能保护的影响[J]. 临床荟萃, 2015, 30(8):942-944.
- [4] 姚侃, 闫榴芳. 丙氨酸谷氨酰胺对重度有机磷中毒患者胃肠及神经功能的影响[J]. 河北医药, 2019(16):2455-2458.
- [5] 李明泉, 舒磊, 王晓霞, 等. 谷氨酰胺强化治疗对危重症病人临床结局影响的系统性研究[J]. 肠外与肠内营养, 2014, 21(2):101-105.
- [6] 周义东, 董雪梅, 张定峰, 等. 丙氨酸-谷氨酰胺对重症脑出血患者的营养治疗作用及对免疫功能的影响[J]. 中国医药导报, 2018, v.15; No.480(22):83-86.
- [7] 戴晓刚, 李树钧, 王建宏, 等. 血必净联合丙氨酸谷氨酰胺对重症急性胰腺炎患者 IL-10、IL-15、IL-18、内毒素及 TNF- α 的影响[J]. 中国煤炭工业医学杂志, 2013, 16(10):1581-1584.
- [8] 林钦汉, 张明, 周海波, 等. 脓毒症患者加用丙氨酸谷氨酰胺治疗后营养及免疫指标的变化[J]. 实用医药杂志, 2016, 33(11):971-972.