

# 加强超滤降低目标体重对控制血液透析患者高血压的影响研究

闫霞

(内蒙古包头先晓血液透析 内蒙古包头 014000)

**摘要:** 目的: 探讨加强超滤降低目标体重对控制血液透析患者高血压的影响研究。方法: 纳入我院 2022 年 11 月-2023 年 4 月血液透析且伴有高血压患者共 50 例为项目对象, 随机将其选为对照组 (25 例), 采取传统维持性血液透析方法干预以及在此基础上加强超滤量, 使患者逐渐降低自身体质量的观察组 (25 例) 并进行实施探讨, 观察两组患者治疗前后的体重质量、收缩压、舒张压血压降低值以及治疗前后用药量情况。结果: 观察组治疗后的体重质量情况显著低于治疗前的体重质量, 且低于对照组, 观察组的下降量显著优于对照组 ( $P < 0.05$ ), 观察组治疗后的收缩压和舒张压均低于对照组, 且血压降低值均高于对照组 ( $P < 0.05$ ), 观察组治疗后的用药量显著少于治疗前的用药量 ( $P < 0.05$ ), 且两组促红细胞苏对比资料无统计学意义 ( $P > 0.05$ )。结论: 在患者承受能力允许的基础上, 逐渐增加患者超滤量, 降低患者体重, 能够对患者血压有较好的控制作用, 且加强超滤是一种简单、安全、有效的治疗方法, 值得推广。

**关键词:** 加强超滤; 目标体重; 血液透析; 高血压;

近几年, 水毒症患者在进行维持性透析治疗过程中, 因为水钠滞留等因素很有可能会出现高血压。且约有 80% 维持性透析病人中伴有高血压症状<sup>[1-2]</sup>。虽然维持性血液透析作为目前临床上最常见的一种治疗方法, 但长期高血压会严重影响病人的预后。在透析过程中, 保持病人的体质量是控制高血压的关键<sup>[3]</sup>。因此, 为了防止发生低血压, 临床医生对于高龄病人通常不会去追求真实的体质量, 这也是导致血透病人血压无法达到理想控制的主要原因。本文主要探讨加强超滤降低目标体重对控制血液透析患者高血压的影响研究。具体报告如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

选择我院共 50 例均在 2022 年 11 月-2023 年 4 月的血液透析且伴有高血压患者, 随机将其分成采取传统维持性血液透析方法的对照组 (25 例) 以及传统方法基础上加强超滤量, 使患者逐渐降低自身体质量的观察组 (25 例)。对照组男 12 例, 女 13 例, 年龄 62-75 岁, 平均为 (46.54 ± 9.37) 岁, 观察组男 13 例, 女 12 例, 年龄 63-76 岁, 平均为 (46.69 ± 9.54) 岁, 两组患者一般资料对比无统计学差异 ( $P > 0.05$ )。

**纳入标准:** (1) 所有患者透析治疗时间均在 1 年以上, 均为尿毒症且伴有高血压, 且病情稳定者; (2) 所有患者在治疗前均为服用降压药; (3) 临床病历完整者。

**排除标准:** (1) 患有智力障碍, 且无法表达者; (2) 患有器质性病变疾病者; (3) 已从性较差者。

### 1.2 方法

对照组按维持性血液透析的常规方法处理。观察组则在对照组的基础上, 在患者耐受的范围内, 按照病人现在的体重和透析间隔期的体重, 逐步提高超滤量。通常, 每一次透析量都比前一次多 100-500 毫升, 直至病人不能承受为止, 促使病人建立一个新的身体质量。在后续的透析方案中, 要在确保病人状态稳定的基础上, 持续地对病人的干体质量进行调节。在透析的过程中, 要对病人的情况进行严密地监控, 同时要注意超滤量速度不能过快, 否则会引起严重的不良反应。两组在 1 周内进行 3 次血透, 每次 4 小时。

### 1.3 观察指标

观察对比两组患者治疗前后的体重情况、血压值变化以及治疗前后的降压药和促红细胞生成素的用药量比较。

## 1.4 统计学方法

本院通过 SPSS23.0 统计分析采用研究, ( $\bar{x} \pm s$ ) 表示计量资料, 两组用 t 检验, 计数资料 (%) 表示, 检验用  $\chi^2$  检验,  $P < 0.05$  差异有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 两组患者治疗前后的体重质量情况比较

观察组治疗后的体重质量情况显著低于治疗前的体重质量, 且低于对照组, 观察组的下降量显著优于对照组 ( $P < 0.05$ ), 具体见表 1:

表 1 两组患者治疗前后的体重质量情况对比 ( $n, \bar{x} \pm s$ )

组别	n	收缩压		血压降低值	舒张压		血压降低值
		治疗前	治疗后		治疗前	治疗后	
观察组	25	155.36 ± 11.05	132.18 ± 4.36	13.37 ± 10.52	80.36 ± 10.32	61.38 ± 3.52	7.48 ± 7.25
对照组	25	155.25 ± 12.78	155.35 ± 12.42	0.59 ± 15.36	80.27 ± 11.54	73.62 ± 3.64	0.36 ± 4.22
t 值	-	0.041	11.132	4.341	0.036	15.288	5.368
P 值	-	< 0.005	< 0.005	< 0.005	< 0.005	< 0.005	< 0.005

### 2.1 两组患者治疗前后的体重质量情况比较

观察组治疗后的体重质量情况显著低于治疗前的体重质量, 且低于对照组, 观察组的下降量显著优于对照组 ( $P < 0.05$ ), 具体见表 1:

表 1 两组患者治疗前后的体重质量情况对比 ( $n, \bar{x} \pm s$ )

组别	例数 (n)	治疗前	治疗后	下降量
观察组	25	66.46 ± 13.65	63.53 ± 12.78	3.65 ± 1.12
对照组	25	65.37 ± 12.42	65.22 ± 12.36	5.27 ± 1.15
t 值	-	0.373	0.601	6.382
P 值	-	< 0.005	< 0.005	< 0.005

### 2.2 两组患者治疗前后血压值变化情况比较

观察组治疗后的收缩压和舒张压均低于对照组, 且血压降低值均高于对照组 ( $P < 0.05$ ), 具体见表 2:

表 2 两组患者治疗前后血压值变化情况对比 ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	n	收缩压			舒张压		
		治疗前	治疗后	血压降低值	治疗前	治疗后	血压降低值
观察组	25	155.36 ± 11.05	132.18 ± 4.36	13.37 ± 10.52	80.36 ± 10.32	61.38 ± 3.52	7.48 ± 7.25
		155.25 ± 12.78	155.35 ± 12.42	0.59 ± 15.36	80.27 ± 11.54	73.62 ± 3.64	0.36 ± 4.22
t 值	-	0.041	11.132	4.341	0.036	15.288	5.368
P 值	-	< 0.005	< 0.005	< 0.005	< 0.005	< 0.005	< 0.005

### 2.3 两组患者治疗前后用量比较

观察组治疗后的用量显著少于治疗前的用量 ( $P < 0.05$ ), 且两组促红细胞苏对比资料无统计学意义 ( $P > 0.05$ ), 具体见表 3:

表 3 两组患者治疗前后用量对比 ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	n	降压药		促红细胞生成素	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	25	4.73 ± 0.86	3.37 ± 0.42	6438.26 ± 2508.25	6184.37 ± 2164.36
		4.56 ± 0.88	4.48 ± 0.63	6762.58 ± 2627.32	6254.74 ± 2217.62
t 值	-	0.873	9.271	0.564	0.672
P 值	-	< 0.005	< 0.005	> 0.005	> 0.005

### 3. 讨论

维持性血透病人中高血压是较为常见的合并症, 其发生与慢性容积超负荷密切相关。结果显示, 通过延长透析时间或加强超滤量, 大约有 95% 以上的病人的血压可以被有效地控制。我国一些学者认为, 通过降低目标体重的方法, 可以提高老年顽固性高血压患者的治疗效果, 这一观点得到了有力地支持<sup>[4-5]</sup>。虽然对一些病人的身体质量进行了严格的控制, 但还是因为长期服用降压药物, 导致了血压偏高。尿毒症病人的体液在完全过滤后的体液测量值, 可以反应病人的体液和钠的蓄积状态, 所以, 对尿毒症病人的体液重量的精确估算与病人的血压稳定性有着直接的关系<sup>[6]</sup>。但是, 目前对病人的体重评价以医师的经验和化验结果为主, 因此, 医师对病人的体重评价往往偏高。通过控制钠的摄入量来提高超滤量, 从而达到减轻体重和降低血压的目的。尿毒症病人的血压升高与其钠摄入量密切相关, 减少钠摄入量, 能有效控制病人细胞外水含量, 延缓病人在透析间期体重增加, 使病人更快地完成透析, 有利于患者更快地通过透析达到干体质量的目的<sup>[7-8]</sup>。然而, 在临床中大部分患者的摄入量都比较高, 很难满足临床的要求, 通过提高超滤量, 可以让病人能够滤出更多的水分, 从而达到提高身体质量的目的。相关研究亦显示, 持续提高超滤量可明显降低尿毒症病人的体重, 且在不改变降压药物的前提下, 病人的血压可获得较好的控制<sup>[9-11]</sup>。在本次研究中, 观察组治疗后的体重质量情况显著低于治疗前的体重质量, 且低于对照组, 观察组的下降量显著优于对照组 ( $P < 0.05$ ), 观察组治疗后的收缩压和舒张压均低于对照组, 且血压降低值均高于对照组 ( $P < 0.05$ ), 观察组治疗后的用量显著少于治疗前的用量 ( $P < 0.05$ ), 且两组促红细胞苏对比资料无统计学意义 ( $P > 0.05$ ), 说明对于难治性高血压, 在排除了肾血管性高血压、嗜铬细胞瘤等因素之后, 要对身体质量进行客观地评价, 而临床评价法是最常用的一种<sup>[12]</sup>。但难治性高血压患者的容积负载症状往往不显著, 容易导致对干体重的误判和高估, 因此体质量的评估必须与血压的变化

相结合<sup>[13]</sup>。然而, 由于维持性血液透析患者高血压的原因比较复杂, 采用目标重量降低的方法虽然可以帮助降低血压, 但却很难让血压恢复到正常的水平<sup>[14-15]</sup>。而且, 如果过度加强的话, 还会导致症状性低血压, 从而严重影响患者的生活质量和透析充分性。所以, 为了可以实现对患者血压的有效控制, 就必须合理使用降压药物。加强超滤虽然可以减少老年人的体质量, 但应注意控制超滤的剂量, 同时, 加强对病人的监测, 可以有效地控制病人的不良反应, 确保病人的生命安全。加强超滤后, 使病人的细胞外水分变少, 从而对促红细胞生成素等药物更加敏感。

综上所述, 加强超滤可以有效地降低血液透析患者的高血压, 改善液体清除指标和尿素清除率。在控制目标体重的同时, 通过加强超滤可以更好地控制目标体重, 使治疗效果更佳。因此, 在血液透析治疗中应注重加强超滤的应用, 以更好地控制血压和液体平衡, 提高治疗效果和生活质量。

### 参考文献:

- [1] 宋洞琪, 刁宗礼, 李继娇, et al. 维持性血液透析患者发生透析后高血压的影响因素分析[J]. 中华肾脏病杂志, 2021, 37(8):7.
- [2] 刘凯旋郭艺芳. 从最新临床研究证据看老年高血压患者的血压控制目标[J]. 中国全科医学, 2022, 25(11):1305-1308.
- [3] 孙昕冀郭怡陈平何朝. 基于行为转变阶段模型的患者教育对高血压患者服药行为和血压的影响研究[J]. 中国全科医学, 2022, 25(10):1220-1226.
- [4] 王婷, 李玉芳, 张丽, 等. 维持性血液透析合并血液灌流对尿毒症合并高血压患者毒素清除作用及神经内分泌激素的影响[J]. 河北医学, 2022, 28(12):5.
- [5] 张利红, 吴邯, 刘芳, 等. 终末期肾病血液透析患者并发高血压的影响因素[J]. 中国医药导报, 2022(013):019.
- [6] 刘丹阳, 艾军, 李丹, 等. 规律门诊随访对腹膜透析患者高血压控制率及相关疾病转归影响的回顾性分析[J]. 护理学报, 2021, 28(10):6.
- [7] 孙敏, 李凤丽, 窦毓, 等. 肾功能不全的老年高血压患者收缩压控制水平对肾小球滤过率影响的随访研究[J]. 东南大学学报: 医学版, 2021, 40(3):6.
- [8] 郑晶, 黄凯涛, 张小琴, 等. 维持性血液透析合并高血压患者的家庭血压监测现状及影响因素[J]. 实用医学杂志, 2021, 37(16):5.
- [9] 黄瑶玲, 张益民, 温穗臻, 等. 糖尿病肾病患者透析过程中高血压的影响因素[J]. 国际泌尿系统杂志, 2021, 41(4):5.
- [10] 全梓林, 宋利, 崔冬梅, 等. 血液透析中血压变异性对移植动物静脉内瘘功能的影响[J]. 临床肾脏病杂志, 2021, 21(9):6.
- [11] 徐成亮, 沈茜, 孙继波, 等. 血液透析相关上腔静脉病变患者发生低血压的危险因素分析[J]. 中华肾脏病杂志, 2022, 38(12):7.
- [12] 周丽娜, 邵彩霞, 王素芳. 老年高血压患者药学服务干预对血压控制及治疗依从性的影响[J]. 华南预防医学, 2021, 47(1):4.
- [13] 梅竹, 周兰, 林璐, 等. 全面控制护理对行血液透析治疗终末期肾病患者临床预后及营养情况的效果[J]. 中国医药导报, 2023, 20(3):4.
- [14] 崔冬梅, 陈迎归, 韩晓苇, 全梓林, 宋利, 赵立艳, 钟咪, 周丽芳, 孙春艳, 赵宜娜, 史丽华, 符霞. 超滤率对维持性血液透析患者透析中血压变异性的影响[J]. 重庆医学, 2022, 51(21):3650-3653.
- [15] 李瑛. 强化降压护理对血液透析患者高血压和生活质量的影响分析[J]. 黑龙江医学, 2023, 47(01):115-117.