维普资讯 http://www.cqvip.com

文章编号:0253-3626(2004)06-0849-02

糖尿病肾病尿毒症终末期 31 例肾脏替代治疗临床分析

辛正宏,梅 林

(四川省林业中心医院急诊科,四川 610081)

【中国图书分类法分类号】R587.1;R459.5 【文献标识码】B 【收稿日期】2003-12-31

糖尿病肾病尿毒症终末期(V 期),临床治疗上需予以替代治疗。腹膜透析(PD)应用于临床的早期阶段,对糖尿病肾病终末期的替代治疗,肾脏学界倾向于首选腹膜透析。但随着二种透析技术(腹透、血透)的广泛开展,对糖尿病肾病首选那种肾脏替代治疗,出现了争议。为此,我们对近几年以来治疗糖尿病肾病采用的腹膜透析与血液透析进行比较,以利于在以后的临床工作中选择更恰当的治疗方案。

1 对象与方法

1.1 对象

选取近 6 年来我院收治的糖尿病肾病终末期患者 31 例,其中腹透 19 例,年龄:59.5±6.2 岁,透析开始时 Ccr 为 9.5±3.1ml/min;血液透析 12 例,年龄:61.2±6.5 岁,透析开始时 Ccr 为 8.4±2.6ml/min,两组有可比性经 t 检验 $P>0.05$。PD 组每日交换腹透液 6000~8000ml。HD 组每周透析 8~15h,定期查血糖、生化、血浆白蛋白及血红蛋白等指标,定期评估透析充分性,并据病情调节透析及治疗

1.2 统计学处理

计量数据采用均数±标准差,组间差异比较采用 t 检验。

2 结 果

2.1 透析充分性(Kt/V)的变化

PD 组 1 年及第 3 年分别为 1.99±0.24 和 1.47±0.35,HD 组分别为 1.33±0.20 和 1.27±0.20。虽然两者对照差异无显著性,但 PD 组第 3 年 KT/V 已低于 NCDS(美国透析研究协作组织)推荐值:Kt/V≥2.0/W。

2.2 生存率

两组前 3 年的生存率,PD 组分别为 70%、58%、33%。HD 组分别为 78%、65% 及 60%。结果显示前 2 年生存率无显著差异性,而第 3 年 PD 组的生存率大幅下降,显著低于 HD 组($P<0.01$)。

血浆白蛋白水平 PD、HD 组分别为 30.1±5.1 及 42.4±2.9g/L,两组比较差异有显著性($P<0.05$);血红蛋白 PD 组 95±9.9g/L,HD 组 81±7.9g/L,两组比较差异无显著性($P>0.05$)。

血脂及血糖水平 PD 组空腹血糖、甘油三脂、低密度脂蛋白均高于 HD 组,差异有显著性。见表 1。

糖尿病肾病患者 PD 及 HD 治疗的血脂及血糖水平($\bar{x}\pm s$),(单位:mmol/l)

	空腹血糖	胆固醇	甘油三脂	高密度脂蛋白	低密度脂蛋白
HD 组	6.95±0.14	6.44±0.25	1.83±0.57	0.92±0.11	4.09±0.21
PD 组	8.45±0.17	7.07±0.81	3.94±1.20*	0.85±0.06	5.02±0.43*

PD 组与 HD 组比较 * $P<0.05$ ** $P<0.01$

3 讨 论

腹膜透析治疗因其对残余肾功的保护优于血透,失血少,透析时对血流动力学影响小,纠正相同程度贫血促红素需要量较血透少,清除大、中分子优于血透,而糖尿病多有血管病变,内瘘手术难且使用时间短,血透时血流量不充分。基于以上因素,有不少的人在糖尿病肾病替代治疗上曾认为应以腹膜透析为首选治疗。随着 HD 和 PD 的广泛开展,人们的这一观念发生了改变。美国肾脏病协会对糖尿病肾病终末期病人进行 PD 及 HD 的大宗调查发现,年龄超过 58 岁的老年糖尿病患者,腹透远期死亡率

作者介绍:辛正宏(1967-),男,主治医师,
主要研究方向:肾脏疾病。

维普资讯 http://www.cqvip.com

高于血透,且生活质量差[1]。国外研究表明,糖尿病患者腹透生存率第 1 年为 83%,5 年仅为 39%,远低于非糖尿病腹透患者,也低于糖尿病血透患者[2]。

据 NCDS 报告,Kt/V 与 Ccr 合用对透析充分性判断更趋合理,而血浆蛋白质尤其是白蛋白水平亦与透析效能密切相关。白蛋白与 Kt/V 呈正相关。当血浆白蛋白 < 35g/L 时,可以肯定患者的透析效能下降且预后不良。白蛋白下降再加之腹膜透析高转运(high transport),腹膜超滤低甚至负超滤,全身水肿加重,并发症增加,死亡率上升[3,4],长期 CAPD 患者存在脂代谢紊乱,主要表现为高甘油三脂血症,提示 CAPD 患者动脉粥样硬化的危险性更高[5~7]。

糖尿病肾病替代治疗,PD 与 HD 比较存在的主要缺点:①严重低蛋白血症、营养不良:本组观察结果表明,PD 组患者的血浆白蛋白水平显著低于 HD 组。低蛋白血症诱发感染等并发症,是影响病死率的一个重要因素。②对于腹膜高运转、残余肾功极低(无尿),透析不充分,体内水分过多,全身水肿,这也是导致病死率增加的原因。③目前腹透组采用葡萄糖透析液(据情况加入对抗胰岛素),对糖尿病患者而言,导致糖、蛋白、脂肪代谢紊乱。观察表明,PD 组胰岛素用量高于 HD 组。但血糖控制却不如 HD 组。④PD 组甘油三脂、低密度脂蛋白显著高于 HD 组,这增加了心脑血管并发症。

综上所述,糖尿病肾病终末期替代治疗方案,应综合考虑,不限于某一种透析方式。开始阶段 1~2 年可采用腹透,尽可能保护残余肾功,以后再据情况改为血透,尽可能延长病人生存时间,改善病人的生存质量。

参 考 文 献

[1] Coles GA, Williams JD. What is the place of peritoneal dialysis in the integrated treatment of renal failure[J]. Kidney Int, 1998;54:2234-2240.

[2] Foucan L, Merault H, Deloumeaux J, et al. Survival analysis of diabetic patients on dialysis in Guadeloupe[J]. Diabetes Metab, 2000;26:307-313.

[3] Twardowski ZJ, Nolph KD, Khanna R, et al. Peritoneal dialysis modifieadonns to aroia[J]. CAPD dropouts, Petits, Dial Ball Inc, 1987;171.

[4] Twardwski ZJ, Nolph. KD, Khanna R, et al. Peritoneal equilibration test[J]. Petit Dial Bull Inc, 1987;7:138.

[5] 余学清,沈清瑞,李惠群. 不同透析方法对透析病者血浆脂蛋白和载脂蛋白的影响[J]. 中山医科大学学报, 1996;17:120-125.

[6] 叶任高,余 英,刘作海. 不卧床持续性腹膜透析中的代谢问题[J]. 中华肾病杂志, 1986;2:135-136.

[7] 张 训. CAPD 病人的营养与代谢[J]. 中华肾病杂志, 1992;8:42-44.

(上接第 826 页)NSAIDs 相比,最大的优点是胃肠道的安全性大大提高,主要是由于对 COX—1 的抑制而引起严重的胃肠道不良反应的发生率明显下降。另外罗非昔布无耐药性,长期使用无成瘾性产生。

本研究结果表明,长期口服罗非昔布而无明显的胃肠道反应,如胃肠不适、恶心、呕吐等,本组病例中最长使用罗非昔布达 335 天,并无明显的胃肠道反应,说明应用罗非昔布有更高的胃肠安全性,从而可以明显改善患者的生活质量,容易被患者接受。

参 考 文 献

[1] 李民度,刘俊淑,孙 燕. WHO 三阶梯止痛原则[M]. 见孙 燕,顾慰萍,主编. 癌症三阶梯止痛指导原则. 北京:北京医科大学出版社, 2002;16.

[2] 孙 燕,周际昌,主编. 临床肿瘤内科手册[M]. 北京:人民卫生出版社, 1997;53.

[3] 王仁云. 罗非昔布的药理及临床研究[J]. 中国新药杂志, 2000;9(9):601-604.

[4] Ehrich EW, Dallob A, Lepeleire ID, et al. Characterization of rofecoxib as a cyclooxygenase-2 isoform inhibitor and demonstration of analgesia in the dental model[J]. Clin Pharmacol Ther, 1999;65:336-347.

[5] 刘海洁,刘海净,孙忠实,等. 环氧化酶-2 抑制剂——罗非昔布[J]. 中国药学杂志, 2001;36(2):135-137.