

缬沙坦分散片与前列地尔注射液 联合治疗慢性肾小球肾炎的疗效观察

梁 辑

(海口市第三人民医院肾内科,海南 海口 571100)

【摘要】 目的 观察缬沙坦分散片与前列地尔注射液联合治疗慢性肾小球肾炎的临床疗效。方法 选择来我院进行治疗的慢性肾小球肾炎患者201例,随机分为联合组101例和缬沙坦组100例。缬沙坦组患者每天给予服用缬沙坦分散片80 mg,联合组在此基础上每天注射前列地尔注射液10 μg。疗程为4个月,观察两组患者治疗前后各项肾功能指标、免疫功能指标,对比两组患者的治疗总有效率。结果 联合组患者治疗总有效率为83.17%,明显高于缬沙坦组的67.00%,差异具有统计学意义($P<0.05$)。治疗后,联合组24 h尿蛋白定量为(0.61±0.41) g/24 h,明显低于缬沙坦组的(0.89±0.46) g/24 h;联合组尿红细胞计数为(15.0±7.11)个/HP,显著低于缬沙坦组的(27.4±6.70)个/HP,差异均具有统计学意义($P<0.05$)。治疗后,联合组患者各项免疫功能指标改善优于缬沙坦组,差异均具有统计学意义($P<0.05$)。结论 缬沙坦分散片与前列地尔注射液联合治疗慢性肾小球肾炎比单独使用缬沙坦分散片治疗效果更好,对患者蛋白尿降低作用更明显,且能有效增强患者的免疫能力,值得临床推广应用。

【关键词】 缬沙坦分散片;前列地尔注射液;慢性肾小球肾炎;疗效

【中图分类号】 R692.3¹ **【文献标识码】** B **【文章编号】** 1003-6350(2015)12-1813-03

慢性肾小球肾炎是一种常见病、多发病,临床上常称之为慢性肾炎,如不加以注意则有可能导致肾功能不全,严重者也会导致肾功能衰竭。临床上主要表现为血尿、尿蛋白、高血压、水肿及肾功能障碍,而尿蛋白、高血压又会使患者病情加重,不利于患者的康复。因此,临床上慢性肾小球肾炎用药主要选择可以降低尿蛋白含量及降血压类药物,如缬沙坦分散片等血管紧张素Ⅱ受体拮抗剂(ARB)类常用药。前列地尔作为一种前列腺素,具有增加肾血流量、有效扩大肾血管、减少尿蛋白的特点,在临床上应用也较多^[1-3]。笔者对我院近年来收治的201例慢性肾小球肾炎患者分别应用缬沙坦分散片和缬沙坦分散片联合前列地尔注射液治疗,现结果报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取2009年2月至2013年11月在我院治疗的慢性肾小球肾炎患者201例,采用国内通用的诊断标准确诊,即年龄≥18岁,血肌酐正常,连续蛋白尿,24 h尿蛋白定量≥0.5 g。将其随机分为联合组101例和缬沙坦组100例,联合组患者男性60例,女性41例;年龄19~65岁,平均(48.26±9.23)岁;患病时间2~17个月,平均(7.2±2.6)个月;缬沙坦组患者男性58例,女性42例;年龄20~66岁,平均(48.30±9.25)岁;患病时间2~18个月,平均(7.3±2.5)个月。两组患者在性别、年龄、患病时间等方面比较差异均无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 治疗方法 缬沙坦组患者在多休息、预防感冒的情况下,每天给予服用缬沙坦分散片80 mg(桂林华信制药有限公司,批号:20081201),服用时间

为4个月;联合组在缬沙坦组的基础上注射10 μg的前列地尔(北京泰德制药有限公司生产,批号:2014K)0.9%氯化钠溶液100 ml(前列地尔100 ng/ml),每天一次,疗程为4个月。

1.3 观察指标 观察并记录两组患者治疗前后24 h尿蛋白定量、血压、尿红细胞计数、血肌酐、尿素氮,免疫功能指标(IgM、IgG、IgA、C3)。

1.4 疗效评定标准^[4] 效果明显:尿蛋白转为阴性,或24 h尿蛋白定量恢复正常,临床症状完全好转,肾功能正常;效果较好:尿蛋白减少或者24 h尿蛋白定量减少≥40%,症状基本消失,肾功能基本正常;有效果:尿蛋白减少较少,或者24 h尿蛋白定量减少<40%,临床症状有所缓解,肾功能有所改善;无效:尿蛋白或者24 h尿蛋白定量无减少甚至增加,症状、肾功能无改善甚至有加重的现象。治疗总有效率=(效果明显+效果较好+有效果)/总病例数×100%。

1.5 统计学方法 应用SPSS 17.0统计学软件对有关数据进行分析,计量资料以均数±标准差($\bar{x}\pm s$)表示,组间比较采用 t 检验,计数资料采用 χ^2 检验,以 $P<0.05$ 表示差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者治疗前后总有效率比较 联合组患者治疗总有效率为83.17%(84/101),明显高于缬沙坦组的67.00%(67/100),差异具有统计学意义($\chi^2=7.03, P=0.00$),见表1。

2.2 两组患者治疗前后的各项肾功能指标比较 两组患者治疗前,24 h尿蛋白定量、血压、尿红细胞计数、血肌酐、尿素氮情况差异均无统计学意义

表 1 两组患者临床治疗总有效率比较 [例 (%)]

组别	效果明显	效果较好	有效果	无效
联合组(n=101)	22(21.78)	34(33.66)	28(27.72)	17(16.84)
缬沙坦组(n=100)	15(15.00)	22(22.00)	30(30.00)	33(33.00)

($P>0.05$)。治疗后,两组患者的血压、血肌酐、尿素氮比较差异均无统计学意义($P>0.05$),而联合组 24 h 尿

蛋白定量和尿红细胞计数均明显低于缬沙坦组,差异均具有统计学意义($P<0.05$),见表 2。

2.3 两组患者免疫功能指标比较 治疗前两组患者各项免疫功能指标差异均无统计学意义($P>0.05$)。治疗后,联合组患者各项免疫功能指标改善优于缬沙坦组,差异均有统计学意义($P<0.05$),见表 3。

表 2 两组患者治疗前后的各项肾功能指标比较($\bar{x}\pm s$)

时间	组别	24 h 尿蛋白定量(g/24 h)	血压(mmHg)	尿红细胞计数(个/HP)	血肌酐($\mu\text{mol/L}$)	尿素氮(mmol/L)
治疗前	联合组(n=101)	1.59±0.75	141±12/83±7	32.9±11.6	91.8±21.7	5.60±1.13
	缬沙坦组(n=100)	1.67±0.90	136±14/77±7	30.9±9.11	95.7±16.6	5.41±1.11
	<i>t</i> 值	0.12	0.15	0.22	0.19	0.24
	<i>P</i> 值	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05
治疗后	联合组(n=101)	0.61±0.41	133±18/72±5	15.0±7.11	96.1±19.1	5.45±1.32
	缬沙坦组(n=100)	0.89±0.46	129±12/70±8	27.4±6.70	93.4±12.8	5.23±0.68
	<i>t</i> 值	4.23	0.16	4.67	0.22	0.35
	<i>P</i> 值	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	>0.05

注:1 mmHg=0.133 kPa。

表 3 两组患者免疫功能指标情况比较($\bar{x}\pm s$)

时间	组别	IgM (g/L)	IgG (g/L)	IgA (g/L)	C3 (g/L)
治疗前	联合组(n=101)	0.88±0.35	7.02±2.57	1.6±0.48	0.73±0.32
	缬沙坦组(n=100)	0.88±0.34	7.11±2.70	1.66±0.45	0.73±0.31
	<i>t</i> 值	0.24	0.26	0.31	0.25
	<i>P</i> 值	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05
治疗后	联合组(n=101)	0.92±0.40	10.31±2.88	1.88±0.50	0.96±0.33
	缬沙坦组(n=100)	0.89±0.33	9.02±2.44	1.69±0.46	0.87±0.28
	<i>t</i> 值	3.48	3.56	3.23	4.17
	<i>P</i> 值	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

3 讨论

慢性肾小球肾炎是肾脏相关疾病中发病率高且危害性大的疾病。慢性肾小球肾炎导致肾脏的肾小球破坏,肾小球的作用是过滤血液,并帮助产生尿,因此,如果肾小球功能不正常,肾脏过滤血液的功能减退,体内的废物和多余的液体就无法排除^[5]。其主要特征为长期持久性的临床尿检异常,在进行尿常规检查时通常可以检测到尿液中含有蛋白质和红细胞的存在,慢性肾小球肾炎能够逐渐损伤肾脏,可引起肾功能减退等症状。因此,临床上应以减少尿蛋白、延缓肾功能恶化和改善临床症状作为慢性肾小球肾炎的治疗原则^[6-7]。慢性肾小球肾炎的治疗主要问题之一是控制血压高,由于血压高的原因有助于炎症恶化。通常情况下,药物治疗高血压起效较快,患者也可能需要进行去盐和限制饮食,在严重的情况下,需要肾透析或肾移植来帮助身体充分过滤血液。如何成功治疗取决于症状可以控制或停止的程度^[8-9]。当这种损害可以控制时,患者恢复良好。当然,治疗的结果还取决于病因与艾滋病等疾病,病情往往逐渐恶化。

缬沙坦分散片是一种受体拮抗剂,能够选择性地阻断 AT1 受体和血管紧张素 II 的结合,从而使血管舒张,减缓血液流速,发挥有效的降血压作用。研究表明,患者口服缬沙坦后能够迅速地进行药物吸收,药物快速进入人体发挥功能,使得其生物利用度大大提高。在研究的剂量范围内,每天服用一次时,缬沙坦很少引起蓄积,在男性和女性中血浆浓度相似^[10]。缬沙坦分散片能有效降低尿蛋白量,并对肾脏起到保护的功能,减轻肾损伤。通过扩张出球小动脉>扩张入球小动脉,降低肾小球内高压、血管紧张素等改变肾小球滤过膜孔径屏障,增加大孔物质通透性,故能减少尿蛋白的滤过^[11]。缬沙坦作为一种血管紧张抑制素,能使肾小球的出球小动脉扩张,有效改善肾小球滤过膜的通透性,对慢性肾小球肾炎有一定的疗效,本文缬沙坦组患者治疗后肾功能有所改善,免疫功能有所提高。前列地尔作为一种前列腺素具有增加肾血流量、有效扩大肾血管、减少尿蛋白的特点,能有效的改善身体微循环,增强免疫,改善肾功能,临床疗效较好。本组资料显示,联合组患者治疗总有效率明显高于缬沙坦组,治疗后 24 h 尿蛋白定量和尿红细胞计数明显低于缬沙坦组,差异均具有统计学意义($P<0.05$)。可见,联合组患者各项免疫功能指标改善优于缬沙坦组。本文中未对不同剂量的前列地尔注射液对慢性肾小球肾炎疗效进行研究,这需要进一步研究,以得到更加准确的结果。

综上所述,缬沙坦分散片与前列地尔注射液联合治疗慢性肾小球肾炎比单独使用缬沙坦分散片治疗慢性肾小球肾炎有效率更高,对患者蛋白尿降低作用更明显,有效增强患者的免疫能力,安全性高,值得临床推广与使用。

普罗帕酮与西地兰急诊转复阵发性室上性心动过速的疗效比较

谢志葵, 邓灿锋

(南方医科大学第五附属医院急诊科, 广东 从化 510920)

【摘要】 目的 比较普罗帕酮与西地兰急诊转复阵发性室上速的临床疗效。方法 164例阵发性室上性心动过速患者随机分为普罗帕酮组(n=82, 予普罗帕酮治疗)和西地兰组(n=82, 予西地兰治疗), 比较两组患者的临床疗效及不良反应发生率。结果 普罗帕酮组患者治疗有效率为91.46% (75/82), 明显高于西地兰组的80.49% (66/82), 差异有统计学意义(P<0.05); 普罗帕酮组平均复律时间明显短于西地兰组, 不良反应发生率明显低于西地兰组, 差异均有统计学意义(P<0.05)。结论 普罗帕酮急诊转复阵发性室上性心动过速具有确切的临床效果, 且能缩短复律时间, 不良反应少见。

【关键词】 普罗帕酮; 西地兰; 阵发性室上性心动过速

【中图分类号】 R541.71 **【文献标识码】** B **【文章编号】** 1003—6350(2015)12—1815—02

阵发性室上性心动过速(Paroxysmal supraventricular tachycardia, PSVT)是急诊常见的心律失常之一, 是一组异位冲动形成或折返环路位于房室束分支以上的阵发性快速性心律失常。PSVT既可在有器质性心脏病的患者中发生, 又可以在健康人发病, 患者可出现心悸、胸闷等临床症状, 严重者可诱发心力衰竭、休克甚至室速、室颤进而对患者生命造成威胁^[1]。PSVT治疗目的为尽快终止心律失常发作以避免因血流动力学异常造成严重后果, 目前治疗方案包括迷走神经刺激、药物治疗、食管调搏复律等, 不过药物治疗仍然是急诊最常用的方法^[2]。本研究总结性分析我院急诊科近几年间诊治的164例PSVT患者的临床资料, 比较普罗帕酮与西地兰两种药物的临床疗效及不良反应, 为临床PSVT的治疗提供参考。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择2012年1月至2014年10月间我院急诊科诊治的164例PSVT患者, 其中男性94例, 女性70例; 年龄51~79岁, 平均(66.8±5.9)岁;

病程0.2~10年, 平均(2.6±1.4)年, 发作至就诊时间0.5~7.2 h, 平均(2.5±0.8) h。所有患者均经心电图检查确诊, 而且均无器质性心脏病。将上述患者随机分为普罗帕酮组和西地兰组, 每组82例, 两组患者在性别、年龄、病程、发作至就诊时间等一般资料方面比较差异均无统计学意义(P>0.05), 具有可比性, 见表1。

表1 两组患者一般资料的比较(̄x±s)

组别	例数	年龄(岁)	性别(男/女, 例)	病程(年)	发作至就诊时间(h)
普罗帕酮组	82	65.9±6.9	49/33	2.6±1.5	2.4±0.9
西地兰组	82	66.7±7.1	45/37	2.5±1.9	2.6±1.1

1.2 方法 两组患者均常规给予吸氧、心电图监护, 建立静脉通道, 普罗帕酮组患者予普罗帕酮70 mg加入5% GS 20 ml中缓慢静推, 观察患者心电图监护如恢复窦律即停药, 如果无效, 则在15~30 min重复用药(总量≤350 mg); 西地兰组患者予西地兰0.4 mg加入5% GS 20 ml中缓慢静推, 如果无效, 则在30 min后可追加0.2~0.4 mg(总量≤1.0 mg)。

1.3 观察指标 观察患者阵发性室上性心动过

通讯作者: 谢志葵。E-mail: xzk6356@163.com

参考文献

[1] 方 辉. 前列地尔联合厄贝沙坦治疗慢性肾小球肾炎蛋白尿的疗效观察[J]. 中国民族民间医药, 2012, 24(1): 108-109.

[2] 张绍勇. 前列地尔治疗慢性肾小球肾炎的临床效果分析[J]. 中国现代药物应用, 2013, 7(8): 11-12.

[3] 郑宝林, 余俊文, 张小娟, 等. 强肾片联合缬沙坦治疗慢性肾小球肾炎的临床研究[J]. 中药药理与临床, 2010, 26(3): 57-59.

[4] 中华中医药学会肾病分会. 慢性肾小球肾炎的诊断、辨证分型及疗效评定[J]. 上海中医药杂志, 2006, 40(6): 8-9.

[5] 董在乐. 缬沙坦治疗慢性肾小球肾炎并发高血压的疗效[J]. 现代诊断与治疗, 2012, 23(8): 1119-1120.

[6] 胡小李, 王娟梅. 灯盏花素注射液联合氯沙坦治疗慢性肾小球肾炎临床观察[J]. 浙江中医药大学学报, 2011, 35(4): 515-516.

[7] 周宝宽. 从痰论治慢性肾炎经验[J]. 北京中医药大学学报(中医临床版), 2011, 18(6): 36-38.

[8] 刘秀艳, 翟力军. 灯盏花素对慢性肾小球肾炎血液流变学的影响[J]. 国际中医药杂志, 2012, 34(4): 345-346.

[9] 陈 伟. 不同剂量厄贝沙坦治疗慢性肾小球肾炎患者后尿蛋白的变化[J]. 中国动脉硬化杂志, 2010, 18(11): 909-910.

[10] 刁良彪, 詹俊夫, 林萍清, 等. 厄贝沙坦联合肾炎康复片治疗慢性肾炎蛋白尿疗效观察[J]. 现代中西医结合杂志, 2011, 20(16): 2002-2003.

[11] 李树纲, 马永鸿, 吴金香, 等. 缬沙坦联合黄芪注射液灯盏花素注射液治疗慢性肾炎蛋白尿疗效观察[J]. 中国实用乡村医生杂志, 2011, 18(5): 47-48.

(收稿日期: 2014-05-08)