

前列地尔联合左卡尼汀治疗慢性肾脏病临床观察

许 昌 浙江省杭州市西湖区留下街道社区卫生服务中心 310023

摘要 目的:观察和探讨前列地尔联合左卡尼汀治疗慢性肾脏病的临床效果。方法:选取2013年4月—2014年4月来我院住院的慢性肾脏病患者50例,将其随机分为对照组(一般治疗)和观察组(前列地尔联合左卡尼汀),观察两组治疗前、后24h尿蛋白定量、C反应蛋白、血肌酐、尿素氮。结果:治疗后观察组C反应蛋白水平低于治疗前,且观察组较对照组水平低,两组之间差异有统计学意义;观察组治疗后24h尿蛋白定量、血肌酐、尿素氮均较前降低,差异有统计学意义。结论:前列地尔联合左卡尼汀治疗中晚期慢性肾脏病,可有效改善CKD进展危险因素。

关键词 前列地尔 左卡尼汀 CKD疗效

中图分类号:R692 文献标识码:B 文章编号:1001-7585(2015)10-1333-02

慢性肾脏病(CKD)是指由于各种原因引起的慢性肾脏结构和功能障碍,病程超过3个月。引起慢性肾脏病的病因包括各种原发或继发的肾小球肾炎、肾小管损伤、肾血管的病变等。随着疾病的进展,CKD最终将发展至慢性肾衰竭,所以如何延缓CKD的进展,是治疗中的难题之一^[1]。以下是笔者对中晚期慢性肾功能患者进行的联合前列地尔和左卡尼汀治疗并观察临床疗效,现汇报如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取2013年4月—2014年4月来我院住院的慢性肾脏病患者50例,根据改良MDRD法所有患者均为3~4期CKD,并排除接受肾替代治疗、急性肾损伤、合并心力衰竭患者等;将其随机分为观察组(前列地尔联合左卡尼汀)和对照组(一般治疗),各25例。观察组男14例,女11例,年龄30~65岁,平均年龄(45.1±3.2)岁,对照组男13例,女12例,年龄35~70岁,平均年龄(43.6±5.1)岁。两组患者年龄、病因、营养状态等经过统计学处理,差异无统计学意义($P>0.05$),故具有可比性。

1.2 方法 所有患者均给予低蛋白、低脂、低嘌呤饮食,药物控制血压,适当利尿,纠正贫血等对症支持治疗,对照组给予一般处理,观察组在对照组基础上给予前列地尔(吉林省育华药业有限责任公司,前列地尔10μg+NS 100ml 静脉注射/d)联合左卡尼汀(瑞阳制药有限公司,左卡尼汀粉针1.0g+NS 100ml 静脉注射/d)静注,连续治疗2周,分别测定治疗前、后24h尿蛋白定量、C反应蛋白、血肌酐、尿素氮。

1.3 统计学处理 采用SPSS17.0统计软件分析,计数资料采用 χ^2 检验,计量资料采用 t 检验,以 $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

治疗前、后两组患者的相关指标详见表1。

表1 两组患者治疗前、后相关指标比较

组别	时间	血肌酐 (μmol/L)	尿素氮 (mmol/L)	C反应蛋白 (mg/L)	24h尿蛋白 定量(g/L)
对照组	治疗前	401.32±151.61	15.54±2.9	14.88±10.56	1.84±1.33
	治疗后	380.24±148.08	14.78±2.9	13.77±9.72	1.74±1.33
观察组	治疗前	404.16±153.06	15.01±3.7	15.73±9.34	1.76±1.19
	治疗后	363.20±140.51	12.88±3.6	6.52±3.71	0.87±0.79

治疗后观察组C反应蛋白水平低于治疗前,且观察组下

降的水平较对照组低,两组之间差异有统计学意义($P<0.05$);观察组治疗前、后24h尿蛋白定量、血肌酐、尿素氮均较前降低,差异有统计学意义($P<0.05$)。对照组治疗后24h尿蛋白定量、血肌酐、尿素氮较前下降,但两者之间差异无统计学意义($P>0.05$)。

3 讨论

CKD是由多种因素引起并逐渐导致肾功能恶化的一种慢性病,是肾内科的多发病和常见病。目前我国慢性肾脏病调查资料结果显示:我国CKD患病率高达10.8%^[2],而我国成人CKD的主要病因是慢性肾小球肾炎,治疗CKD的一个重要原则是延缓肾脏功能的恶化。所以早期积极的干预和有效的治疗,可以延缓CKD的进一步发展,而且可提高患者的生存质量、减少家庭和社会的负担。而大量蛋白尿是影响CKD进展的一个独立危险因素,也有学者认为微炎症反应状态和氧化应激与CKD的进展有密切联系^[3]。

目前,临床上主要采用药物联合治疗,如前列地尔联合左卡尼汀。其中,前列地尔是一种高生物活性物质,其归属于天然前列腺素(PGE1)类物质,它的生理药理作用主要是通过激活腺苷酸环化酶,升高血小板内环磷酸腺苷(cAMP)的水平,同时抑制血栓素A2(TXA2)的大量释放,从而达到抑制血小板聚集;还可以通过提高红细胞的变形能力,从而使那些发生僵硬的红细胞更加容易通过毛细血管屏障;降低血黏度和改善微循环从而增加机体供氧供血^[4]。左卡尼汀也是一种内源性物质。其药理作用是通过促进脂肪酸的氧化分解,从而进一步产生能量,所以其可以改善机体器官组织的能量代谢^[5]。本文中,笔者联合使用前列地尔和左卡尼汀对中晚期慢性肾病患者进行治疗,结果也显示:两药联合应用可以降低24h尿蛋白定量、C反应蛋白、血肌酐、尿素氮等相关指标。

综上所述,前列地尔联合左卡尼汀治疗中晚期慢性肾脏病可改善肾小球滤过率,减少尿蛋白排泄,降低血肌酐、尿素氮、C反应蛋白,从而延缓慢性肾脏病的进展,显著提高患者的生活质量,且疗效好、安全性高,故值得在临床上进一步推广应用。

参 考 文 献

[1] 陈怡,万建新,江德文,等.前列地尔联合贝前列素钠序贯治疗

- 慢性肾脏病[J]. 南方医科大学学报, 2013, 33(10): 1521-1524.
- [2] Zhang L, Wang F, Wang L, *et al.* Prevalence of chronic kidney disease in China: a cross-sectional survey[J]. *Lancet*, 2012, 379(9818): 815-822.
- [3] 池向耿, 蔡琪. 前列地尔联合左卡尼汀及还原型谷胱甘肽治疗中晚期慢性肾脏病临床观察[J]. 临床合理用药, 2013, 7(6): 21-22.
- [4] 汤晟凌, 梁晓美, 张国勇. 前列地尔注射液的药理作用与临床应用进展[J]. 中国药房, 2012, 23(25): 2383-2385.
- [5] 宋卫国, 李庆珍, 朱慧. 前列地尔联合左卡尼汀治疗慢性肾衰合并心衰患者 78 例临床观察[J]. 江西医药, 2013, 4(48): 344.

收稿日期 2014-10-09

(编辑 雅文)

个体化无张力疝修补术在老年腹外疝中的应用

杨诗平 湖北省丹江口市妇幼保健院 442700

摘要 目的:对使用个性化无张力疝修补术治疗老年腹外疝的疗效进行评价。方法:从我院 2012 年 6 月—2014 年 6 月收治的老年腹外疝且行无张力疝修补术的患者中抽取 50 例作为观察对象,对他们的临床资料进行回顾性分析。结果:腹股沟疝和切口疝的手术时间无显著差异,不具有统计学意义($P>0.05$)。两种患者均于术后 4~24h 内拔除导尿管。有 6 例单侧腹股沟疝患者出现尿潴留,其无任何并发症出现。结论:对老年腹外疝患者使用个性化的无张力疝修补术具有较高的安全性,可以显著降低疾病的并发症和复发率,临床治疗效果显著,具有广阔的临床应用空间。

关键词 个体化 无张力修补术 老年腹外疝 应用

中图分类号:R656.2 文献标识码:B 文章编号:1001-7585(2015)10-1334-02

在临床诊疗中,腹外疝是一种比较常见的普外科疾病,而且以老年患者居多。传统的腹外疝手术会增加患者的痛苦,容易引发各种并发症,而且还极易复发,复发率高达 10%~15%^[1]。为了提高腹外疝患者的临床治疗效果,临床上开始使用无张力修补术进行治疗,我院从 2012 年 6 月—2014 年 6 月收治的老年腹外疝患者中抽取了 50 例作为观察对象,对个性化无张力疝修补术的应用效果进行分析,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 从我院 2012 年 6 月—2014 年 6 月收治的老年腹外疝且行无张力疝修补术的患者中抽取 50 例作为观察对象。其中男 38 例,女 12 例,年龄为 60~85 岁,平均年龄(72.3±6.3)岁。腹外疝类型:斜疝 24 例,直疝 10 例,双侧疝 8 例,切口疝 8 例。在 8 例切口疝患者中,有 3 例为结肠癌手术后,2 例为胆道手术后,2 例为阑尾切除术后,1 例为门脉高压手术后。从患者的并发症来看,有 12 例合并高血压,10 例合并冠心病,9 例合并心房纤颤,8 例合并慢性支气管炎,5 例合并慢性支气管炎,还有 7 例其他合并症。

1.2 手术方法 对患者行连续硬膜外麻醉或者局部麻醉,根据患者的疝环大小、有无腹膜缺损和腹横筋膜的厚薄来选择合适的修补材料,包括聚丙烯网、巴德网塞补片和膨体聚四氟乙烯双面补片^[2]。随后根据患者的实际病情来实施手术,具体如下:(1)腹股沟疝:在和腹股沟韧带平行处进行切口,切口长度约为 6~8cm,然后将腹外筋膜切开,让疝囊线显露出来。若疝囊较小,可分离后再纳入腹腔;若疝囊较大,则最好行疝囊离断,而且不宜进行高位结扎,将网塞塞到疝环后将其固定在腹横筋膜平面,最后将网片置入后方^[3]。(2)切口疝:该类患者的腹壁缺损面积较大,可以使用椭圆形的切口将原来手术的瘢痕进行切除,将腹外斜肌筋膜或者腹

直肌前鞘分离开,让疝囊和疝环部显露出来,切开疝囊颈部之后将正常的腹壁组织分离出来,缝合腹膜之后用聚丙烯网进行平铺,并在边缘 3~5cm 处,使用 U 型缝合手法将其固定在腹外斜肌筋膜或者腹直肌前鞘上^[4]。

1.3 统计学方法 本组数据采用 SPSS13.0 软件进行统计学分析,计数资料进行 χ^2 检验,计量资料进行 t 检验,当 $P<0.05$ 时,则表明每组数据之间的差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 手术时间 腹股沟疝单侧修补的平均时间(70±6)min,腹股沟疝双侧修补的平均时间(73±12)min;切口疝修补的平均时间(86±10)min。腹股沟疝和切口疝的手术时间无显著差异,不具有统计学意义($P>0.05$),具体情况见表 1。

表 1 腹股沟疝和切口疝的手术时间对比(min)

类型	<i>n</i>	手术时间	平均时间	
腹股沟疝	单侧	34	30~75	70±6
	双侧	8	55~110	73±12
切口疝	8	80~210	86±10	
<i>t</i>	/	3.21	3.64	
<i>P</i>	/	>0.05	>0.05	

2.2 术后效果 切口疝患者术后有 5 例因疼痛明显使用镇痛剂,而腹股沟疝有 2 例使用镇痛剂。两种患者均于术后 4~24h 内拔除导尿管。有 6 例单侧腹股沟疝患者出现尿潴留,其无任何并发症出现。切口疝的愈合时间 7~18d,腹股沟疝则需要 4~10d。

3 讨论

3.1 老年腹外疝的临床特点 老年人是疝的高发群体,由于老年人的身体机能正在不断衰退,如果不能及时对疝进行治疗,不仅会影响患者的生活质量,如果不幸发生嵌顿和绞