

阿托品加黄体酮治疗肾绞痛 68 例

冀志强

(天津市宝坻区海滨医院 天津 301800)

关键词:肾绞痛;阿托品;黄体酮

中图分类号:R 692

文献标识码:B

文献编号:1671-4040(2009)03-0061-02

肾绞痛是临床泌尿外科常见的急症之一,起病急,疼痛严重,常给患者带来极大痛苦。明确诊断后,一般应用度冷丁(哌替啶)治疗,但其镇痛时间短,往往有副反应,若连续使用,还有成瘾可能^[1]。我们近年应用阿托品加黄体酮治疗肾绞痛,取得满意疗效。现报道如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 本组 68 例中男 56 例,女 12 例;年龄 16~49 岁,平均 32 岁。经 B 超检查 58 例,X 线 KUB 平片检查 6 例,逆行造影 4 例,最后诊断:右侧结石 32 例,其中肾脏结石 4 例,输尿管上段结石 6 例,输尿管下段结石 22 例;左侧结石 36 例,其中肾脏结石 6 例,输尿管上段结石 6 例,输尿管下段结石 24 例。结石大小 9mm×12mm~2mm×3mm。

1.2 治疗方法 肾绞痛发作时肌肉注射阿托品 0.5 mg 和黄体酮 40 mg,疼痛不能缓解,每隔 6~12 h 重复用药 1 次,共 2~3 d,无效者采用其他方法。

1.3 疗效判定 (1)显效:给药 15 min 后疼痛消失。(2)缓解:给药 30 min 内疼痛逐渐缓解,患者能耐受。(3)无效:给药后疼痛不能缓解或疼痛加重。(4)复发:显效或缓解后 48 h 内再发肾绞痛。

1.4 结果 显效 61 例,占 89.7%;缓解 6 例,占 8.8%;无效 1 例,占 1.5%。复发 9 例,复发率 13.4%,复发者再按原方案给药均得到缓解。仅有 2 例青年女性用药 6 d 后出现阴道少量流血,3 例老年患者用药后出现排尿困难,均于停药后缓解。

2 讨论

肾绞痛大多为肾结石、输尿管结石或其他因素引起尿路梗阻,使输尿管蠕动增强、肾内压升高所致,常引发上腹部和腰部绞痛,输尿管中、下段结石则引起侧腹中下部疼痛,也可发生对侧腰痛^[2]。一般

分泌终末步骤中的关键酶 H^+K^+ATP 酶,使其不可逆活,能明显减少胃内容物酸度,研究表明 PPI 在维持 24h 胃内 pH 方面优于 H_2 受体阻滞剂,因此作用比 H_2 受体拮抗剂更强,且作用时间持久。PPI 被认为是胃食管反流病药物治疗的金标准,其目的是缓解症状,改善生活质量,治愈或防止黏膜损伤^[2]。

治疗组与对照组在临床症状改善和内镜下食

用阿托品、吗啡、度冷丁等药物治疗,但用药前必须确诊,以免掩盖急腹症症状。

阿托品为竞争性 M 受体阻断药,其作用广泛,能解除平滑肌的痉挛,对多种内脏平滑肌具有松弛作用,尤其是当平滑肌处于过度活动时,其松弛作用更为显著。阿托品肌肉注射后 15~20min 血药浓度达峰值,作用一般持续 4~6h,因此,可治疗肾绞痛。度冷丁主要为 u 型阿片受体激动剂,其作用机制与吗啡相同,肌肉注射后 10min 起效,45min 血药浓度达峰值,持续 3~5h,半衰期约 3h,主要在肝脏代谢,再以结合形式自尿中排泄。但其治疗剂量就可出现不良反应,有眩晕、出汗、恶心、呕吐、口干等,重复用药可致成瘾,短时间反复给予大剂量可引起震颤、肌肉抽搐、瞳孔散大、反射亢进和惊厥^[3]。故尽管其是治疗肾绞痛疗效较好的药物,但由于不良反应而限制其应用。

黄体酮治疗肾绞痛的机制主要是能松弛平滑肌和提高痛阈,并对交感神经有抑制作用,减少了输尿管交感传入纤维的痛觉冲动而起到镇痛作用,其镇痛持久但缓慢^[4,5]。同时因其能抑制醛固酮分泌,影响肾小管上皮细胞对钠水的重吸收,而产生显著的利尿作用。实验研究报道^[6],用黄体酮注射家兔,能明显降低家兔输尿管平滑肌电活动频率,并使尿流量增加。因注射黄体酮可使输尿管平滑肌松弛和扩张,输尿管平滑肌出现有力而有节律性的蠕动,加上利尿作用,有促使结石排出可能。因此,阿托品加黄体酮治疗肾绞痛具有副作用较少、无成瘾性、复发率低等优点,且避免麻醉药品管制问题,值得临床推广应用。

参考文献

[1]陈新谦,金有豫.新编药理学[M].第 14 版.北京:人民卫生出版社,1998.143

管炎愈合性方面比较,差异有显著性($P < 0.05$),表明雷贝拉唑联合西沙比利治疗反流性食管炎是安全、有效的方法。

参考文献

[1]叶任高,陆再英.内科学[M].第 6 版.北京:人民卫生出版社,2004.369,371

[2]于成功,吴寒.质子泵抑制剂的临床应用与研究进展[J].中华消化内镜杂志,2007,24(1):74

(收稿日期:2008-11-25)

克痹凯乐丸治疗类风湿性关节炎 212 例临床观察

王海申 赵继红

(河南省洛阳市第一中医院 洛阳 471000)

关键词: 类风湿性关节炎; 中医药疗法; 克痹凯乐丸

中图分类号: R 593.21

文献标识码: B

文献编号: 1671-4040(2009)03-0062-02

类风湿性关节炎是一种以关节和关节周围组织的非感染性炎症为主,并可累及全身多系统的自身免疫性疾病,为临床疑难病之一。本人运用克痹凯乐丸口服治疗类风湿性关节炎 212 例,取得了较好疗效。兹报道如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 212 例患者均为本院 2004 年 10 月~2007 年 10 月门诊患者,年龄 16~76 岁,平均 38.6 岁;男性 58 例,女性 154 例;病程 2 个月~12 年,平均 4.8 年。全部病例根据 1985 年全国中西医结合风湿类疾病学术会议对类风湿性关节炎的进展的分类标准分类^[1],其中 I 类(早期)病人 78 例,II 类(中期)病人 83 例,III 类(严重期)病人 39 例,IV 类(末期)病人 12 例。

1.2 诊断标准 全部病例均参照 1987 年美国风湿病学会(ARA)修订的类风湿性关节炎诊断标准^[2]。(1)晨僵:至少持续 1h(病程≥6 周);(2)3 个或 3 个区域以上关节部位的关节炎(病程≥6 周);(3)手关节炎(病程≥6 周);(4)对称性关节炎(病程≥6 周);(5)类风湿结节;(6)类风湿因子阳性;(7)放射学改变。以上 7 条满足 4 条或 4 条以上并排除其他关节炎即可诊断类风湿关节炎。

1.3 病例排除标准 (1)孕期、哺乳期妇女;(2)合并多系统疾病,如心、肝、肺、肾等严重疾病者;(3)正在接受激素、免疫抑制剂治疗者;(4)符合纳入标准,但未按规定服药者。

1.4 治疗方法 采用本院制剂克痹凯乐丸口服,每日 3 次,每次 6g,3 个月为 1 个疗程,观察 1~3 个疗程,治疗期间停用其他中西药物。克痹凯乐丸由生地、青风藤、黄芪、当归、防己、麻黄、山茱萸、白芍、薏苡仁、灵仙、姜黄、醋元胡、僵蚕、甘草等中草药制成水丸。

2 疗效观察

2.1 疗效标准 参照《中药新药临床研究指导原

则》。临床治愈:症状全部消失,关节功能活动恢复正常,主要理化检查指标正常。显效:全部症状消失或主要症状消失,关节功能基本恢复,能参加正常工作和劳动,理化检查指标基本正常。有效:主要症状基本消失,主要关节功能基本恢复或明显进步,生活能够自理,劳动和工作能力有所恢复,主要理化检查指标有所改善。无效:症状、体征和主要理化检查指标无改变。

2.2 治疗结果 临床治愈 35 例,显效 125 例,有效 34 例,无效 18 例,总有效率 91.51%。

3 典型病例

李某,女,42 岁,于 2005 年 10 月 10 日来诊。主诉多关节肿痛半年余,曾在某市级医院诊为类风湿性关节炎,服用双氯酸钠、甲氨喋呤等数月,效果欠佳。时见患者双侧近端指间关节、掌指关节、腕关节、足趾关节、趾掌关节、踝关节均明显肿痛,双侧膝关节、颞颌关节疼痛,活动受限,晨僵 6h 以上,遇寒加重,精神萎靡,纳呆便溏,舌质淡红,苔白腻,脉沉细。查 ESR 85mm/h,RF 80U/L,PIT 354×10⁹/L。给克痹凯乐丸口服,每日 3 次,每次 6g。1 个月后来诊,诉服药 1 周后症状开始渐减,现踝、膝、颞颌关节已不痛,余关节肿痛也已大减,晨僵半小时,精神大好,纳食有增。2005 年 12 月 10 日三诊,诸症全部消失,复查 ESR 18mm/h,RF(-),PIT 204×10⁹/L。继服 1 个月巩固疗效,随访 1 年未复发。

4 讨论

类风湿性关节炎属于中医“痹证”范畴。《素问·痹论》曰“风寒湿三气杂至,合而为痹”代表了古人对本病外因的认识,同时指出“正气存内,邪不可干”,“风雨寒热,不得虚,不能独伤人”,概括地说明正气不足是风湿病发生的内因,为本,如禀赋素亏、荣血虚弱、气血不足、肝脾肾脏腑亏损等;而风寒湿等邪侵入机体,注入经络,留于关节,痹阻气血而发病是外在因素,是标。其本质是本虚标实之证。

[1]吴阶平,裘法祖.黄家驷外科学[M].第 6 版.北京:人民卫生出版社,2000.1 663-1 675

[3]杨藻宸.药理学和药物治疗学[M].北京:人民卫生出版社,2000.589-590

[4]董德生,李保罗,李照坤,等.黄体酮治疗输尿管结石的临床观察和实验研究[J].中华外科杂志,1986,24(S): 77

[5]赵俊,谢晓彤,秦志聪,等.黄体酮在静脉肾盂造影中的应用价值[J].河北医药,1999,21(3): 144-145

[6]王明江,王新均,冯桂香.黄体酮对家兔输尿管平滑肌电活动和尿流量的影响[J].临床泌尿外科杂志,2001,16(10): 464-465

(收稿日期: 2008-12-24)