

表 1 两组疗效比较 例				
组别	n	有效	无效	有效率(%)
奥曲肽组	50	42	8	84
垂体后叶素组	50	28	22	56

2.2 两组止血时间及不良反应发生率比较 奥曲肽组平均止血时间为(27± 15) h,发生不良反应 4 例(8%);垂体后叶素组平均止血时间(35± 20) h,出现不良反应 15 例(30%)。奥曲肽组患者平均止血时间及不良反应发生率均低于垂体后叶素组,差异显著($P<0.05$)。

3 讨论

肝硬化上消化道出血主要发病部位位于屈氏韧带以上,包括食管、胃、十二指肠等,应用奥曲肽治疗可抑制胰高糖素的分泌和拮抗胰高糖素对内脏血管的扩张作用,从而获得满意止血效果,而对全身血液动力学影响小。肝硬化上消化道出血患者应根据其实际情况确定治疗方案,如手术治疗、辅助中医调理、西医给药等。以往多应用垂体后叶素治疗,可使内脏小动脉收缩,门脉压降低,发挥止血作用,但该药具收缩全身性血管效果,易产生心脑血管严重并

• 45 •
发症,在应用上受到一定限制。奥曲肽为环形八肽,人工合成,属生长抑素长效类似物,具备生长抑素活性,除对胃蛋白酶、生长激素、胃酸、胰岛素、胰高血糖素的分泌进行抑制外,对其它扩血管物质如 P 物质、血管活性肠肽的释放也有抑制作用,使食管下段括约肌张力增加,胃液反流减少^[2]。奥曲肽是临床治疗肝硬化上消化道出血的首选药物,具有副作用少、止血快速、效果显著等优点^[3]。

本研究结果显示,奥曲肽组的疗效优于垂体后叶素组,差异有统计学意义($P<0.05$);奥曲肽组患者平均止血时间及不良反应发生率均低于垂体后叶素组,差异显著($P<0.05$)。综上所述,奥曲肽治疗肝硬化上消化道出血,较垂体后叶素的临床疗效显著,止血迅速,可防范不良事件的发生,值得推广应用。

参考文献
[1]杨小平,汪戈明,王燕霖,等.14 肽生长抑素联合垂体后叶素治疗终末期肝病首次上消化道出血[J].中国新药与临床杂志,2013,32(5): 414-416
[2]刘崑,章福彬,朱斌.奥曲肽治疗老年非静脉曲张上消化道出血临床观察[J].中华全科医学,2011,9(5):712-713
[3]陈观荣,洗飞,宁观林.垂体后叶素联合奥曲肽治疗肝硬化上消化道出血疗效观察[J].现代医药卫生,2012,28(24):3 740-3 742
(收稿日期:2014-04-02)

对比不同治疗方案在难治性肾病综合征中的治疗效果

蒲万刚
(四川省南部县中医医院 南部 637300)

关键词:难治性肾病综合征;吗替麦考酚酯;环磷酰胺
中图分类号:R692 文献标识码:B doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2014.10.029

肾病综合征具有病理类型多(如膜增生性肾小球肾炎、微小病变型肾病)、病情复杂等特点,主要表现为水肿、高血脂症、蛋白尿等,主要由免疫机制异常等引起^[1]。目前临床上治疗肾病综合征主要是通过激素抑制炎症反应,但激素单独治疗有时长时间(8 周)无反应或者反复发作,易演变成难治性肾病综合征^[2]。本研究对我院收治的难治性肾病综合征患者采取两种不同治疗方案,旨在提高该病临床治疗水平。现报告如下:

1 资料与方法

1.1 临床资料 选取我院 2012 年 1 月~2013 年 12 月收治的 40 例难治性肾病综合征患者为研究对象,所有患者均符合难治性肾病综合征临床诊断标准。其中男性 24 例,女性 16 例;年龄 20~60 岁,平均(35.5± 3.5)岁;平均蛋白尿(5.8± 1.2) g/d;病理类型:膜增生性肾小球肾炎 2 例,不典型膜性肾炎 4 例,系膜增生性肾小球肾炎 1 例,膜性肾炎 33 例。抽签将其分为对照组和观察组各 20 例,两组患者在

年龄、病理类型等方面差异无统计学意义, $P>0.05$,具有可比性。
1.2 治疗方法 对照组患者采取环磷酰胺治疗方案,指导患者按时按量服用环磷酰胺(国药准字 H32024654)2~3 mg/ (kg·d),1 次 /d,4 周为 1 个疗程,治疗 2~3 个疗程。观察组患者行吗替麦考酚酯治疗,指导患者口服吗替麦考酚酯(国药准字 H20031240,规格:0.25 mg)1g/d,早晚各服 1 次,4 周为 1 个疗程,治疗 2~3 个疗程。
1.3 疗效评定标准 完全缓解:临床症状及体征完全消失,实验室检查血清白蛋白及尿蛋白水平基本恢复正常;部分缓解:临床症状及体征有所好转,实验室检查血清白蛋白及尿蛋白水平部分恢复;未缓解:临床症状及体征不变,实验室检查血清白蛋白及尿蛋白水平较治疗前不变。
1.4 统计学方法 应用 SPSS18.0 统计学软件对数据进行分析,计数资料采用 χ^2 检验,计量资料采用 t 检验,以均数± 标准差($\bar{X} \pm S$)表示。 $P<0.05$ 为差

• 46 •
异有显著性意义。
2 结果

2.1 两组患者治疗效果比较 观察组总有效率为90%,对照组总有效率为70%,两组比较差异有统计学意义, $P<0.05$ 。见表1。

表1 两组患者治疗效果比较 例(%)					
组别	n	完全缓解	部分缓解	未缓解	总有效率(%)
观察组	20	14(70)	4(20)	2(10)	90
对照组	20	5(25)	9(45)	6(30)	70

2.2 两组患者不良反应比较 观察组出现不良反应4例(20%),其中感染1例、脱发2例、恶心呕吐1例;对照组出现不良反应8例(40%),其中脱发3例、感染2例、恶心呕吐3例。观察组不良反应发生率明显低于对照组, $P<0.05$,差异有统计学意义。

3 讨论

难治性肾病综合征指的是单独激素治疗8周以上却无反应或反复发作的肾病综合征,若久治不愈可能引发严重感染、肾功能衰竭等系列并发症,最终演变成慢性肾衰,给患者及其家庭带来巨大的负担。相关研究表明肾病综合征主要与免疫炎症相关,会激活淋巴细胞,释放出各类炎症因子,损伤肾小球内皮及

实用中西医结合临床 2014 年 10 月第 14 卷第 10 期
基底膜,破坏电荷及物理屏障,导致机体大量蛋白质溢出,加重肾病^[9]。吗替麦考酚酯主要用于肾脏或心脏移植术后,其主要目的是抑制免疫排斥反应。其治疗难治性肾病综合征的作用机制如下:通过有效抑制淋巴细胞嘌呤合成,制约黄嘌呤核苷酸脱氢酸活性,特别是能快速、高效抑制B淋巴细胞,相比环磷酰胺更能减少肾小球免疫炎症反应,达到缓解病情的目的。本研究对我院收治的难治性肾病综合征患者分别行环磷酰胺(对照组)、吗替麦考酚酯(观察组)治疗,结果显示,观察组患者治疗完全缓解率、总有效率、不良反应发生率均明显优于对照组, $P<0.05$,差异有统计学意义。由此可见吗替麦考酚酯相比环磷酰胺治疗难治性肾病综合征效果更佳,不良反应更少,临床用药安全有效,值得临床进一步应用。

参考文献
[1]周启声.不同治疗方案在难治性肾病综合征治疗中的效果比较[J].吉林医学,2011,32(3):442-443
[2]高娴绯.儿童肾病综合征两种治疗方案的对比研究(附132例病例分析)[D].吉林大学,2013
[3]张巍,弓晓丽,赵银娥,等.吗替麦考酚酯联合泼尼松在难治性肾病综合征中的应用[J].继续医学教育,2013,27(9):18-20
(收稿日期:2014-03-19)

阿胶黄芪口服液对骨伤患者骨骼愈合的临床疗效观察

陈永红¹ 冯胜军²

(1 山西省垣曲县人民医院 垣曲 043700;2 河北省中药口服制剂工艺工程技术研究中心 邢台 054300)

摘要:目的:观察阿胶黄芪口服液对骨折患者骨骼愈合的临床疗效。方法:将73例闭合型骨折患者随机分为观察组与对照组,观察组使用阿胶黄芪口服液,对照组使用葡萄糖酸钙口服液,比较两组临床疗效。结果:观察组总有效率达94.59%,对照组为63.89%,两组比较,差异显著($P<0.05$);用药12周后,观察组中4例骨折患者痊愈,对照组中无骨折患者痊愈,两组相比,差异显著($P<0.05$)。结论:应用阿胶黄芪口服液能有效改善骨折患者的临床症状,提高患者的骨密度,促进骨骼愈合,值得临床应用和推广。

关键词:骨折;益气补血;补肾;阿胶黄芪口服液
中图分类号:R683 文献标识码:B

骨折是骨伤科常见的疾病之一,治疗手段比较成熟,但治疗效果存在个体差异。骨骼愈合的过程是一个生理修复过程,排除年龄和饮食因素,凡有利于体内营养输送与吸收的因素均可促进骨骼愈合,如保暖、适度活动、补充营养素、服用中成药等。本研究通过采用益气补血、补肾中成药阿胶黄芪口服液治疗骨折患者的骨骼愈合,取得良好的临床疗效。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取2010年6月~2013年7月于本院骨科就诊的闭合型骨折患者73例,随机分为观察组37例和对照组36例。观察组男19例,女18例;年龄32~58(46.21±6.24)岁;对照组男18例,女18例,年龄31~57(45.93±5.71)岁。所有患者均无营养不良、钙磷代谢紊乱、恶性肿瘤、糖尿病、类风湿性关节炎、Pagtt骨病等,两组患者的年龄、性别等临

床资料无显著性差异($P>0.05$),具有可比性。
1.2 治疗方法 所有闭合型骨折患者,进行X线拍片明确骨折类型及部位,采用外科手法精准复位后,均采用石膏绷带固定,患肢须抬高以减轻肿胀。所有患者均使用科内自制促骨愈合涂剂,每天6~9次,保持湿润,连续使用1周,自制促骨愈合涂剂组方为:乳香、没药、生白芍、黄芪、牛膝各10g,红花、桃仁、透骨草各15g。在此基础上,观察组口服阿胶黄芪口服液(国药准字B20021084),2次/d,10mL/次;对照组口服葡萄糖酸钙口服液(国药准字H10910063),600mg/d。治疗周期为12周,治疗结束后比较两组患者总有效率。
1.3 疗效评价标准^[1] 临床疗效判定标准:(1)平行肢体纵轴线叩击或按压骨折部位无疼痛感;(2)患肢抬高、左右活动自由,无不适感;(3)通过拍片显示骨折线消失或快消失,或在骨折线部位有连续性骨痂

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2014.10.030