

临床工作的重要内容之一。采用西药对冠心病心绞痛进行临床治疗,能够获得一定的疗效,但容易引起肝肾损伤,副作用比较大,甚至产生耐药性,因此也降低了西药治疗的疗效。中医认为冠心病心绞痛属于“胸痹、心痛”的范畴,治疗原则为活血化瘀、行气止痛,并在辨证分型的基础上进行对症治疗,效果更加显著^[4]。此次研究中,对观察组患者采用中医药治疗,通脉稳心汤的组方中,大黄具有逐瘀通经、凉血解毒的功效;山楂具有散瘀血、消食积的功效;黄芪作为补气药物,能够起到补正气虚衰的作用;法半夏可以温化寒痰,具有化痰散结的效果;丹参活血祛瘀、红花活血散瘀,两者具有止痛疗效;三七可以活血行血,因此具有止痛功效;葛根具有升阳、除诸痹的作用。上述药物共同作用,可以起到祛瘀、止痛、化痰的效果。现代医学研究认为,大黄主要成分中含有大黄醇,可以减慢心率,并起到抗心律失常的作用,该药物中含有的其他成分可以抗冠状动脉痉挛^[5]。丹参、红花可以有效抑制血小板的聚集,从而起到扩张血管、改善体内微循环的效果。三七具有改善心肌缺血、扩张血管的作用。山楂则可以扩张冠状动脉,其中含有的山楂黄酮具有对抗心律失常的

作用。黄芪通过改善心肌代谢,增加心肌血流量,从而改善异常心电图。葛根具有较好的促进内皮细胞修复、再生的能力,保护主动脉,避免其受损,并起到抗心律失常的效果。由此可见,通脉稳心汤治疗冠心病心绞痛疗效确切。

本研究结果显示,观察组总有效率为 98% (49/50),对照组总有效率为 82% (41/50),经统计学分析,组间差异有统计学意义($\chi^2=10.251, P<0.05$)。提示中医药治疗冠心病心绞痛效果显著。综上所述,对冠心病心绞痛患者采用中医药进行临床治疗,效果显著,利于患者心绞痛及心肌缺血症状的改善,安全性比较高,值得在临床上进一步推广应用。

参考文献

[1]许继艳,常秀武,丁瑞峰,等.中西医结合治疗 60 例冠心病心绞痛的疗效观察[J].中国生化药物杂志,2014,34(3):96-97
[2]牟宗毅,张茂云.老年冠心病心绞痛证候要素的研究概况[J].中国老年学杂志,2012,32(24):5646-5648
[3]韩学杰,连智华,刘兴方,等.基于循证医学的冠心病心绞痛中医实践指南释义[J].中华中医药杂志,2014,29(4):978-981
[4]刘如秀,徐利亚,刘金凤,等.滋肾通阳活血方联合西药治疗冠心病心绞痛临床研究[J].中国中医药信息杂志,2014,21(8):23-26
[5]尚坤,徐伟,王伟楠,等.不同剂型中药制剂治疗冠心病心绞痛的概况[C].“好医生杯”中药制剂创新与发展论坛论文集,2013.1094-1097

(收稿日期: 2015-05-20)

缬沙坦联合百令胶囊治疗60 例早期糖尿病肾病临床观察

王小红

(江苏省南通市如东县人民医院 如东 226000)

摘要:目的:对缬沙坦联合百令胶囊治疗 60 例早期糖尿病肾病的临床疗效进行观察与分析。方法:选取我院 2012 年 5 月~2014 年 10 月收治的早期糖尿病肾病患者 120 例,将患者应用双盲法分为观察组与对照组,每组 60 例。对照组患者在常规治疗基础上加用缬沙坦治疗,观察组患者在常规治疗基础上加用缬沙坦联合百令胶囊治疗,对两组的临床疗效进行观察分析与比较。结果:两组患者治疗 14 周后的 24 h 尿蛋白定量、血压、尿素氮、血肌酐等指标与治疗前相比有明显改善,差异具有统计学意义($P<0.05$);且给予缬沙坦联合百令胶囊治疗的观察组患者 24 h 尿蛋白定量、尿素氮、血肌酐等指标下降水平明显优于只给予缬沙坦治疗的对照组患者,两组对比差异具有统计学意义($P<0.05$)。结论:缬沙坦联合百令胶囊治疗早期糖尿病肾病的临床疗效显著,能够有效降低患者 24 h 尿蛋白水平,减轻肾脏损伤,联合用药方案具有较高的临床应用价值。

关键词:早期糖尿病肾病;缬沙坦;百令胶囊;疗效观察

中图分类号:R587.3

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2015.11.007

早期糖尿病肾病属于糖尿病患者较常见的并发症之一,近年来由于多种因素作用,导致糖尿病肾病的发病率呈逐年上升趋势,目前已成为终末期肾脏病的第二原因。由于糖尿病肾病患者的代谢紊乱十分复杂,若早期不及时治疗,导致其发展成为终末期肾脏病,不仅会加大治疗的难度,还会给患者的生存质量造成严重影响。而临床针对早期糖尿病肾病,主要遵循“减少尿蛋白、改善肾小球动脉硬化、保护

肾功能”的原则进行治疗。我院近年来在常规治疗早期糖尿病肾病的基础上加用缬沙坦联合百令胶囊治疗,对延缓患者肾脏损害取得了较理想的效果。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取我院 2012 年 5 月~2014 年 10 月收治的早期糖尿病肾病患者 120 例,采用双盲法将患者分为观察组与对照组各 60 例。两组患者

均符合关于糖尿病的诊断标准,符合国际通用的 Mogensen 分期Ⅲ期(早期 DN)的标准,患者均无临床 DN 表现,且肾功能检查显示高滤过。对照组男 37 例,女 23 例;年龄 39~76 岁,平均年龄 (54±8.92)岁;糖尿病病程 2~16 年,平均病程 (7.6±3.28)年。观察组男 35 例,女 25 例;年龄 41~78 岁,平均年龄 (57±6.46)岁;糖尿病病程 2~18 年,平均病程 (7.2±2.93)年。两组患者一般资料比较,差异无统计学意义 ($P>0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准 (1)纳入标准:尿白蛋白排泄率持续在 20~200 $\mu\text{g}/\text{min}$ 者;行 B 超检查显示肾体积增大者;体内的内生肌酐清除率下降,且肌酐、血尿素氮增高者;已签署知情同意书者。(2)排除标准:原发性肾脏疾病、泌尿系统感染、发热以及应用肾毒性药物等影响尿蛋白的因素患者;Ⅰ型糖尿病患者;重度高血压患者;已使用过 ARBs 或 ACEI 类药物与虫草类药物者;合并有严重的心血管与肝脏疾病者;拒绝签署知情同意书者。

1.3 治疗方法

1.3.1 常规治疗方法 两组患者均给予常规治疗,包括糖尿病健康宣教、控制饮食、适宜运动、口服降糖药或(和)胰岛素治疗,通过常规对症治疗措施,使患者的血糖控制在如下范围内:空腹血糖 (FBG) < 6.1 mmol/L,餐后 2 h 血糖 (2 h PBG) < 8.0 mmol/L (注意在治疗期间,需根据患者血糖水平合理调整用药方案)。

1.3.2 对照组 在常规治疗的基础上加用缬沙坦治疗:口服缬沙坦(国药准字 H20040216)80 mg/d,后期根据患者的血压情况适当增加用量,若治疗 2 周后患者血压仍 > 140/90 mm Hg,则缬沙坦需加量至 160 mg/d 口服。

1.3.3 观察组 在常规治疗的基础上加用缬沙坦联合百令胶囊治疗:缬沙坦用法用量与对照组相同,同时口服百令胶囊(国药准字 Z10910036)5 粒/次,3 次/d。两组患者均在治疗 14 周后进行疗效评价。

1.4 评价指标 两组患者均于治疗前后检测 24 h 尿蛋白定量 (UTP/24 h)、舒张压 (DBP)、收缩压 (SBP)、尿素氮 (BUN)、血肌酐 (SCr) 等指标,并对治疗后各指标的改善情况进行组间比较。(1)血压测定方法:于患者静息坐位状态下,应用血压测量仪检测患者的舒张压与收缩压;(2)实验室检查:对 UTP/24 h、BUN、SCr 等指标分别采用奥林巴斯 AU600 自动生化分析仪、高压液相色谱仪等检测于实验室检测完成^[1]。

1.5 统计学方法 运用 SPSS19.0 统计学软件将所有数据进行分析与处理,其中计数资料用标准差 ($\bar{x} \pm s$) 表示,以 t 检验,组间对比用 χ^2 检验,以 $P<0.05$ 表示具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组治疗前后临床各指标变化情况比较 以治疗前两组患者的 UTP/24 h、DBP、SBP、BUN、SCr 测定指标作为参照,比较治疗后两组各指标的改善情况。观察可见,两组患者在治疗 14 周后上述各指标与治疗前相比有明显的改善,治疗前后比较差异具有统计学意义 ($P<0.05$)。两组患者治疗后的 DBP、SBP 指标比较差异不明显,无统计学意义 ($P>0.05$);但观察组治疗后的 UTP/24h、BUN、SCr 等指标降低水平明显优于对照组,组间比较差异具有统计学意义 ($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组治疗前后临床各指标变化情况分析 ($\bar{x} \pm s$)						
组别 (n=60)	治疗 时间	UTP/24 h (g)	DBP (mmHg)	SBP (mmHg)	BUN (mmol/L)	SCr ($\mu\text{mol/L}$)
对照组	治疗前	2.4±0.38	93±4.62	143±3.52	8.4±1.23	256±10.34
	治疗后	1.8±0.35	78±3.41	128±4.07	8.3±0.76	246±8.05
观察组	治疗前	2.5±0.31	93±5.15	144±4.45	8.5±1.46	253±11.42
	治疗后	1.3±0.27	76±4.30	129±3.98	6.7±0.58	217±8.19

2.2 两组用药期间不良反应分析 两组用药治疗期间均未见明显不良反应,肝功能检查也无明显异常。由此表明,两组患者所用药物的毒副作用小,均是比较安全、可靠的药物。

3 讨论

早期糖尿病肾病的临床症状并不明显,可以说是没有症状,患者仅仅是在尿检时会查出有微量蛋白,但也容易被忽视,由此导致肾病病情进展,最终发展到糖尿病肾病中晚期,给临床治疗带来困难,并对患者的生存质量造成严重影响。因此,对于糖尿病肾病的早期检测尤为关键,糖尿病患者必须定期到医院进行常规检查,若查体发现血压、尿素氮、血肌酐偏高,存在微量白蛋白尿时,必须高度重视,进一步完善各项检查,以便明确患者是否为早期糖尿病肾病,及时进行对症治疗,从而提高肾脏康复的机率^[2]。

临床针对早期糖尿病肾病的治疗需以综合治疗为主。首先,加强对患者血糖的控制,使血糖严格达标(达标值为:空腹血糖 < 6.1 mmol/L,餐后 2 h 血糖 < 8.0 mmol/L,糖化血红蛋白 < 6.5%)。其次,严格控制高血脂与高血压,有相关研究资料认为,胆固醇、低密度脂蛋白增高都属于发生蛋白尿的危险因素,因此针对血脂紊乱的糖尿病患者,必须加强调脂

治疗,以改善肾病症状,延缓肾损害进展;同时要严格控制高血压,以避免高血压对患者肾脏造成的影响。同时,需戒烟与合理膳食,吸烟会加快患者肾功能的下降,因此一旦患者诊断为早期糖尿病肾病,便需果断戒烟,以促进治疗效果;制定科学、合理的膳食计划,以延缓糖尿病肾病的进展,帮助肾脏恢复。最后,加强药物治疗,2 型糖尿病患者在定期体检中一旦发现有微量白蛋白尿,不论有无高血压,均需要在医生指导下进行糖尿病肾病治疗,通过应用血管紧张素受体阻滞剂或血管紧张素转换酶抑制剂类药物减少尿白蛋白,延缓肾损害进展^[9]。

从目前治疗早期糖尿病肾病的现状来看,临床最常应用的血管紧张素受体阻滞剂类药物主要为缬沙坦,其作为一种非肽类、特异性的 Ang II 受体拮抗剂,对 I 型受体(AT1)有高度选择性,具有十分理想的降压作用。将缬沙坦应用于早期糖尿病肾病的治疗中时,不仅可以通过系统的降压来改善肾小球内三高、减少蛋白尿,还可以扩张出球动脉直接降低肾小球内三高、降低 24 h 尿蛋白,最终达到保护肾脏、延缓肾损害进展的目的^[4-5]。且近几年还有一些研究认为,缬沙坦可以抑制免疫复合物在肾小球基底膜的沉降,抑制巨噬细胞的浸润,并修复被损伤的肾小球基底膜,有效改善肾小球滤过膜通透性,减少尿白蛋白的排泄。但即使如此,若只是应用缬沙坦治疗早期糖尿病肾病,一些患者的临床疗效也并不是十分满意,24 h 尿蛋白定量水平的下降无法严格达标。因此,临床上也在不断探索其他辅助药物的应用,以期能通过安全、有效的药物联合应用,进一步提高患者的临床治疗效果。近年来,新药百令胶囊的出现为治疗早期糖尿病肾病带来新希望。百令胶囊属于一种纯中药制剂,是经低温发酵研制而成,主要成份为发酵冬虫夏草菌粉^[6]。该药不仅具有提高机体免疫力、消除疲劳、抗炎抗肿瘤等作用,还具有升高白

细胞、降低血脂、改善肾脏血流动力学、促进肾小管细胞增殖与修复、抑制肾小球系膜细胞增殖及肾小球代偿性肥大等功效。因此,其也属于一种治疗肾病的较为可靠、安全的药物^[7-8]。

基于百令胶囊在改善肾功能异常中的诸多治疗优势,临床上在常规应用缬沙坦治疗早期糖尿病肾病的同时,对于百令胶囊的联合应用越来越普遍。通过本次研究结果也可发现,采用缬沙坦联合百令胶囊治疗的 60 例早期糖尿病肾病患者(观察组),在 UTP/24 h、BUN、SCr 等指标的改善方面要明显优于只采用缬沙坦治疗的 60 例患者(对照组)。观察组患者在加用百令胶囊后,可以明显地缓解肾小球的高滤过状态,减少患者尿白蛋白排泄量,改善肾小球毛细血管基底增厚与血流动力学,最终减轻早期糖尿病肾病患者的肝脏负担,改善肾功能,为延缓肾功能减退进程奠定了坚实基础。总而言之,百令胶囊联合缬沙坦治疗早期糖尿病肾病,可获得较为理想的疗效,且该治疗方案无明显毒副作用,不失为治疗早期糖尿病肾病的理想方案。

参考文献

[1]沈元丽,陈凯.百令胶囊联合缬沙坦治疗糖尿病肾病疗效观察[J].中国实用医刊,2011,38(2):124-125
[2]杨桂玲.缬沙坦联合氨氯地平预防社区高血压合并糖尿病肾脏损伤价值分析[J].中国医药科学,2015,5(1):126-128
[3]崔秀玲,奚悦,马跃.硝苯地平控释片联合缬沙坦治疗老年 2 型糖尿病肾病合并高血压的临床观察[J].中国全科医学,2012,15(21):2439-2441
[4]沈蓓莉.百令胶囊联合缬沙坦对慢性移植肾肾病治疗的影响[J].中国临床药理学杂志,2013,29(12):917-919
[5]陈凯.百令胶囊联合缬沙坦佐治紫癜性肾炎的临床观察[J].中国药师,2013,16(5):739-741
[6]单国浩.百令胶囊辅治早期糖尿病肾病的疗效观察[J].临床合理用药杂志,2012,5(31):81-82
[7]吕丽萍.百令胶囊联合缬沙坦治疗慢性肾炎轻中度蛋白尿的临床观察[J].山西医药杂志,2014,43(17):2061-2063
[8]孔爱丽.缬沙坦联合百令胶囊治疗高血压肾病的临床效果观察[J].中国当代医药,2014,21(1):98-100

(收稿日期: 2015-06-15)

(上接第 3 页)

[J].时珍国医国药,2009,20(7):1672-1673
[4]史南,欧善际,彭晓晖.小承气汤对结肠吻合术后患者血浆胃泌素表达的影响[J].海南医学院学报,2011,17(9):1195-1197
[5]张晓东.小承气汤治疗慢性不全性粘连性肠梗阻 62 例[J].中国中医药现代远程教育,2010,8(9):119-120
[6]Shafik A,El-Sibai O,Shafik AA,et al.Electric activity of the colon in irritable bowel syndrome: the tachyarrhythmic/electric pattern [J].J Gastroenterol Hepatol,2004,19(2):205-210

[7]Seidl H,Gundling F,Pehl C,et al.Multiple intraluminal impedance measurement and manometry in the jejunum of healthy subjects:a new tool for diagnosis of small bowel motility[J].Digestion,2010,81(3):172-180
[8]连至诚,陈苇菁,邓钰英,等.胃肠电检测分析系统的原理结构及临床意义研究[J].医疗保健器具(医疗器械版),2003,10(11):22-27
[9]柯美云,周吕.胃电图检查及其评判标准(草案)[J].中华内科杂志,2000,39(3):211
[10]蔡联英.胃肠电图的原理及其临床应用[J].广西医学,2002,24(10):1580-1582

(收稿日期: 2015-05-18)