

前列腺素 E₁ 治疗慢性肾功能衰竭的临床价值

郑建国

(河南省驻马店市中心医院肾内科 驻马店 463000)

摘要:目的:探讨前列腺素 E₁(PGE₁)在慢性肾功能衰竭(CRF)治疗中的应用价值。方法:选取 2014 年 12 月~2016 年 12 月我院收治的 CRF 患者 130 例,随机分为观察组和对照组各 65 例。对照组进行常规治疗,观察组在对照组基础上进行 PGE₁ 治疗,比较两组患者肾功能(Hb、Ab、尿量、CCr、SCr、BUN)及病死率。结果:观察组患者 Hb、Ab、尿量、CCr、SCr、BUN 指标及病死率均低于对照组($P<0.05$)。结论:PGE₁ 在慢性肾功能衰竭治疗中效果显著,可有效改善患者肾功能,降低病死率。

关键词:慢性肾功能衰竭;前列腺素 E₁;临床价值

中图分类号:R692.5

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2017.06.035

慢性肾功能衰竭(CRF)由肾脏疾病进行性、持续性发展而成,如慢性肾炎、2 型糖尿病、高血压、慢性肾盂肾炎等,严重威胁患者生命安全^[1]。血液透析和肾移植费用相对昂贵,药物治疗对部分患者较为常用。如何在药物治疗过程中保护残余肾功能,对 CRF 的进展控制极为重要。本研究应用 PGE₁ 治疗慢性肾功能衰竭,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 2014 年 12 月~2016 年 12 月我院收治的 CRF 患者 130 例,所有患者均存在不同程度的倦怠乏力、水肿、胸闷、呕吐、恶心以及头晕等症状,随机分为观察组和对照组各 65 例。观察组:男 42 例,女 23 例;年龄 18~66 岁,平均年龄(42.1±23.7)岁;病程 3~40 个月,平均病程(21.5±17.6)个月;慢性肾小球肾炎 30 例,糖尿病肾病 12 例,痛风性肾病 10 例,慢性肾盂肾炎 9 例,间质性肾炎 4 例。对照组:男 45 例,女 20 例;年龄 19~64 岁,平均年龄(41.5±21.6)岁;病程 4~38 个月,平均病程(21±16.8)个月;慢性肾小球肾炎 28 例,糖尿病肾病 13 例,痛风性肾病 10 例,慢性肾盂肾炎 11 例,间质性肾炎 3 例。两组患者性别、年龄、病程、疾病类型比较无显著性差异, $P>0.05$,具

有可比性。本研究所有患者均签署知情同意书,排除对 PGE₁ 过敏患者。

1.2 方法 对照组进行常规治疗,包括控制血压,纠正贫血、电解质紊乱、酸中毒等,贫血患者给予促红素液和叶酸治疗,连续治疗 3 个月^[2]。观察组在对照组的基础上进行 PGE₁ 治疗,前列腺素 E₁(国药准字 H10980024) 10 ug 溶于 5% 葡萄糖注射液(糖尿病患者使用 0.9% 的氯化钠注射液) 100 ml 中静脉滴注,1 次/d。两组均连续治疗 3 个月^[3]。

1.3 观察指标 比较两组患者肾功能指标及病死率。肾功能指标包括 Hb(血红蛋白)、Ab(血浆清蛋白)、尿量、CCr(内生肌酐清除率)、SCr(血肌酐)、BUN(血尿素氮)。

1.4 统计学方法 采用 SPSS15.0 统计学软件分析数据,计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,采用 t 检验;计数资料用比率表示,采用 χ^2 检验。 $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者肾功能指标比较 观察组患者 Hb、Ab、尿量、CCr、SCr、BUN 指标均低于对照组, $P<0.05$,差异具有统计学意义。见表 1。

表 1 两组患者肾功能指标比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	Hb(g/L)	Ab(g/L)	尿量(ml/24 h)	CCr(ml/min)	SCr(umol/L)	BUN(mmol/L)
观察组	65	81.32±4.21	30.92±4.13	1 324.26±683.6	10.26±2.12	345.26±81.21	14.25±6.22
对照组	65	86.52±5.46	35.96±4.21	1 596.56±625.25	14.56±3.52	485.61±77.21	22.29±3.12
t		6.081	6.890	2.370	8.437	10.099	9.315
P		<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

2.2 两组患者病死率比较 观察组病死率为 3.1%(2/65),对照组病死率为 20%(13/65),两组比较, $P<0.05$ 。

3 讨论

CRF 病程长,治疗难度大,治疗费用高,影响患者生存质量,加重患者及家属的心理压力和经济负担^[4]。CRF 患者在发病初期并无明显的临床表现,起病较为隐匿,大部分患者在手术、外伤、失血、失水

或感染时被诊断。临床认为 CRF 发病原因主要有两点:一是血容量增高,静水压力增大,导致毛细血管遭到破坏;二是大量蛋白质强行穿透毛细血管^[5]。以上原因导致上皮细胞及肾小球环间膜的结构出现破坏性的变化,进而导致疾病发展。

PGE₁ 可直接作用于患者血管平滑肌,扩张血管,抑制血小板在肾脏内聚集,增加肾小球滤过率,提高肾血流量,减少蛋白尿,抑制交感神经末梢释放

去甲肾上腺素和炎性细胞浸润。同时,还可避免免疫复合物的沉积,纠正花生四烯酸代谢紊乱,维持血栓素和 PG 平衡,改善血液流变学,从而减缓慢性肾衰竭发展^[6]。

研究结果显示,观察组患者 Hb、Ab、尿量、CCr、SCr、BUN 指标及病死率均低于对照组 ($P<0.05$)。说明,慢性肾功能衰竭患者给予前列腺素 E1 治疗效果良好,可明显改善临床症状,改善肾功能,降低病死率。

参考文献

[1] 王影. 前列腺素 E₁ 治疗急性肾衰竭 30 例临床观察[J]. 中国民族民

间医药, 2014, 15(16): 65-67

[2] 范德塘, 徐云芬. 前列腺素 E₁ 在慢性肾功能衰竭治疗中的应用[J]. 中国基层医药, 2014, 21(2): 214-216

[3] 熊燕. 前列腺素 E₁ 治疗慢性肾功能衰竭的临床研究[J]. 中国医药指南, 2013, 11(31): 123-124

[4] 王珊珊, 常宝成, 单春艳, 等. 前列地尔序贯疗法治疗老年临床糖尿病肾病患者疗效观察[J]. 中华老年医学杂志, 2014, 33(2): 154-158

[5] 尹丽丽. 肾康注射液联合脂溶性前列腺素 E₁ 治疗糖尿病肾病疗效评价[J]. 中国现代药物应用, 2014, 8(20): 81-82

[6] 周艺军, 张美玲. 肾康注射液联合脂溶性前列腺素 E₁ 治疗糖尿病肾病疗效评价[J]. 中国伤残医学, 2014, 22(6): 159-160

(收稿日期: 2017-05-10)

六君子汤对重症急性胰腺炎患者胃肠激素的影响及机制研究^{*}

孙小娟 李彬 黄耀星 余丹纯 贾林

(广东省广州市第一人民医院 广州 511457)

摘要: 目的: 观察六君子汤对重症急性胰腺炎(SAP)的疗效及对患者胃肠激素胃动素(MTL)和胆囊收缩素(CCK)水平的影响, 初步探讨 SAP 患者胃肠动力障碍的机制。方法: 选择 60 例 SAP 患者, 随机分为对照组和实验组, 每组 30 例, 对照组采用常规治疗, 实验组在常规治疗的基础上加用六君子汤治疗, 在治疗前、治疗后 1 周、治疗后 2 周采用放射免疫法测定所有患者血清中的胃肠激素 MTL 和 CCK 水平。结果: 治疗后 1 周和 2 周, 两组血浆 MTL、CCK 水平明显高于治疗前, 且实验组高于对照组, 差异有统计学意义, $P<0.05$; 治疗后 2 周, 两组血浆 MTL、CCK 水平明显高于治疗后 1 周, 且实验组高于对照组, 差异有统计学意义, $P<0.05$ 。结论: 六君子汤治疗 SAP 胃肠动力障碍疗效显著, 其作用机制可能与调节患者的 MTL 和 CCK 水平有关。

关键词: 重症急性胰腺炎; 六君子汤; MTL; CCK

中图分类号: R576

文献标识码: B

doi: 10.13638/j.issn.1671-4040.2017.06.036

胃肠动力障碍是重症急性胰腺炎(Severe Acute Pancreatitis, SAP)的常见合并症, 主要表现为腹胀、呕吐及麻痹性肠梗阻等^[1-2]。胃肠动力障碍会加重肠黏膜屏障功能损伤, 导致肠内致病菌过度繁殖并发肠源性细菌毒素移位, 进一步加重 SAP 患者胰腺坏死感染, 病情可发展为多器官功能障碍综合征(Multiple Organs Dysfunction Syndrome, MODS)。因此, 尽早恢复肠道动力, 保护肠道屏障功能是改善 SAP 患者病程及预后的关键之一。有研究表明^[3], 胃肠激素如胃动素(Motilin, MTL)、胆囊收缩素(Cholecystokinin, CCK)等参与了 SAP 胃肠动力的调节。本研究采用六君子汤治疗 SAP 患者, 并探讨六君子汤对胃肠激素的调控作用及 SAP 胃肠动力障碍的机制, 为中西医结合治疗 SAP 提供临床经验。现报告如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2014 年 5 月~2016 年 12 月我院收治的重症急性胰腺炎患者 60 例, 随机分为对照组和实验组各 30 例。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 纳入标准 (1) 符合中华医学会消化病学分会胰腺疾病学组 2013 年制定的诊断及分级标准^[4], 并经 CT 或 B 超检查确诊; (2) 排除入院 1 周内需接受手术或死亡的患者; (3) 经本院伦理学委员会审议通过, 患者或家属均签署知情同意书。

1.3 诊断标准 (1) 患者有明显的腹部体征, 包括肠鸣音减弱、肌紧张、反跳痛、压痛等, 可伴有腹部包块; (2) 出现脏器功能障碍, 或发生局部并发症, 如假性囊肿、脓肿等; (3) 代谢功能紊乱; (4) 影像学检查可见胰腺功能异常。

1.4 方法 患者入院后均给予非手术常规治疗, 包括禁食、胃肠减压、营养支持、解痉止痛、抗感染、抑酸、维持水电解质及酸碱平衡等。实验组患者在上述治疗基础上通过胃肠减压管注入六君子汤(党参 15 g、陈皮 5 g、苍白术 5 g、茯苓 15 g、半夏 15 g、甘草 3 g。水煎, 广州市第一人民医院药剂科提供) 100 ml/次, 2 次/d, 肠动力功能恢复后给予肠道营养。

1.5 观察指标 所有患者均于治疗前、治疗后 1 周、治疗后 2 周清晨空腹采集静脉血 10 ml, 分装于两支肝素抗凝管中, 各 5 ml, 采血后 1 h 内用 3 000 r/

^{*} 基金项目: 广东省广州市中医药科技项目(编号: 20152A011001)