

【中西医结合】

健脾生血颗粒联合左卡尼汀治疗慢性肾衰竭肾性贫血患者的效果

刘 哲

(佳木斯大学宏大医院透析科, 黑龙江 佳木斯 154002)

【摘要】 目的: 健脾生血颗粒联合左卡尼汀治疗慢性肾衰竭肾性贫血患者的效果。方法: 采用随机数字表法将 76 例慢性肾衰竭肾性贫血患者分为研究组和对照组各 38 例。对照组接受左卡尼汀治疗, 研究组在对照组基础上联用健脾生血颗粒治疗。比较两组疗效, 治疗前后铁代谢水平 [可溶性转铁蛋白受体 (sTfR)、铁蛋白 (SF)] 和肾功能指标 [尿素氮 (BUN)、血肌酐 (Scr)] 水平, 以及不良反应发生率。结果: 研究组治疗总有效率为 97.37% (37/38), 高于对照组的 78.95% (30/38), 差异有统计学意义 ($P < 0.05$); 治疗后, 研究组 sTfR、BUN、Scr 水平均低于对照组, SF 水平高于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$); 两组不良反应发生率比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。结论: 健脾生血颗粒联合左卡尼汀治疗慢性肾衰竭肾性贫血患者可提高疗效, 改善铁代谢水平, 以及降低尿素氮和血肌酐水平, 其效果优于单纯左卡尼汀治疗效果。

【关键词】 慢性肾衰竭; 肾性贫血; 健脾生血颗粒; 左卡尼汀; 铁代谢; 肾功能

doi: 10.3969/j.issn.1672-0369.2020.22.042

中图分类号: R692.5 文献标识码: B 文章编号: 1672-0369 (2020) 22-0100-03

慢性肾衰竭是各种慢性肾脏病持续进展至后期的共同结局, 肾性贫血是其常见并发症, 患者多存在消化道慢性失血症状, 导致铁离子大量丢失, 进而引起肾性贫血^[1-2]。临床采用左卡尼汀治疗慢性肾衰竭肾性贫血可改善贫血状态, 但部分患者单用左卡尼汀效果不甚理想^[3]。健脾生血颗粒具有健脾和胃、补肾益阳、益气养血的功效^[4]。本文观察健脾生血颗粒联合左卡尼汀治疗慢性肾衰竭肾性贫血患者的效果。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2018 年 3 月至 2020 年 2 月本院收治的 76 例慢性肾衰竭肾性贫血患者为研究对象。纳入标准: 西医诊断符合《肾性贫血诊断与治疗中国专家共识 (2018 修订版)》中相关标准^[5], 男性血红蛋白 < 130 g/L, 女性血红蛋白 < 120 g/L; 中医诊断符合《中药新药临床研究指导原则 (试行)》中相关标准^[6]; 每周透析 2~3 次, 透析时间超过 30 d。排除标准: 近 30 d 内使用过铁剂; 存在全身感染, 溃疡性出血、溶血者; 合并严重心力衰竭、甲状旁腺功能亢进、恶性肿瘤者; 过敏体质者; 合并精神病者。患者及家属知情本研究内容并签署知情同意书, 本次研究经本院伦理委员会批准。采用随机数字表法分为研究组和对照组各 38 例。研究组: 男 22 例, 女 16 例; 年龄 30~68 岁, 平均 (48.57 ± 5.92) 岁; 透析时间 1~6

年, 平均 (2.08 ± 0.34) 年; 体质量 39~80 kg, 平均 (54.37 ± 4.82) kg。对照组: 男 23 例, 女 15 例; 年龄 30~67 岁, 平均 (48.21 ± 6.03) 岁; 透析时间 1~5 年, 平均 (1.97 ± 0.31) 年; 体质量 39~79 kg, 平均 (54.05 ± 4.63) kg。两组性别、年龄等一般资料比较, 差异均无统计学意义 ($P > 0.05$), 有可比性。

1.2 方法 对照组采用注射用左卡尼汀 (康普药业股份有限公司, 国药准字 H20041747, 1 g) 治疗, 每次血液透析后取 10 mg/kg, 溶于 10 mL 注射用水中, 静脉推注, 2~3 min/次, 治疗 4 周即 1 个疗程后调整剂量至 5 mg/kg, 3 次/周, 共治疗 2 个疗程。

研究组在对照组基础上联用健脾生血颗粒 (健民药业集团股份有限公司, 国药准字 Z10940043, 5 g/袋) 治疗, 1 袋/次, 温开水冲服, 3 次/d, 4 周为 1 个疗程, 共治疗 2 个疗程。

1.3 观察指标 (1) 治疗前和治疗 2 个疗程后, 采用全自动电化学发光免疫分析仪检测并比较两组铁代谢指标水平, 包括血清可溶性转铁蛋白受体 (sTfR)、铁蛋白 (SF)。(2) 治疗前和治疗 2 个疗程后, 采用全自动生化分析仪检测并比较两组肾功能指标水平, 包括血尿素氮 (BUN)、血肌酐 (Scr)。(3) 治疗 2 个疗程后, 比较两组疗效, 参照《中药新药临床研究指导原则 (试行)》评定疗效^[6]。显效: 贫血症状明显缓解, 血红蛋白水平升高 > 30 g/L, 或血细胞比容升高 > 0.1 ; 有效: 贫血症状有所缓解, 血红蛋白水平升高 15~30 g/L, 或血细胞比容升高 0.05~0.1; 无效: 贫血症状未缓

作者简介: 刘哲 (1983.06-), 女, 满族, 黑龙江佳木斯人, 本科, 主治医师, 研究方向: 肾脏内科。

解, 血红蛋白水平升高 <15 g/L。总有效率=(显效+有效)例数/总例数 × 100%。(4) 比较两组不良反应发生率。

1.4 统计学方法 应用 SPSS 20.0 软件进行统计学分析, 计量资料以 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 采用 *t* 检验, 计数资料以率 (%) 表示, 采用 χ^2 检验, 以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组治疗前后铁代谢指标水平比较 治疗前, 两组 sTfR、SF 水平比较, 差异均无统计学意义

($P > 0.05$); 治疗 2 个疗程后, 两组 sTfR 水平均低于治疗前, 且研究组低于对照组; 两组 SF 水平均高于治疗前, 且研究组高于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 1。

2.2 两组治疗前后肾功能指标水平比较 治疗前, 两组 BUN、Scr 水平比较, 差异均无统计学意义 ($P > 0.05$); 治疗 2 个疗程后, 两组 BUN、Scr 水平均低于治疗前, 且研究组低于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 2。

表 1 两组治疗前后铁代谢指标水平比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	sTfR (mg/L)		SF (μg/L)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
研究组 (n=38)	24.18 ± 7.69	6.57 ± 1.86*	154.17 ± 28.65	390.15 ± 32.68*
对照组 (n=38)	24.34 ± 7.12	20.59 ± 3.38*	155.43 ± 29.14	270.49 ± 33.16*
<i>t</i> 值	0.094	22.402	0.190	15.844
<i>P</i> 值	0.463	0.000	0.425	0.000

注: 与治疗前比较, * $P < 0.05$

表 2 两组治疗前后肾功能指标水平比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	BUN (mmol/L)		Scr (μmol/L)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
研究组 (n=38)	28.93 ± 6.47	21.09 ± 5.46*	785.69 ± 64.38	581.24 ± 25.76*
对照组 (n=38)	28.74 ± 6.52	25.74 ± 5.08*	783.49 ± 62.57	641.59 ± 28.31*
<i>t</i> 值	0.128	3.844	0.151	9.720
<i>P</i> 值	0.449	0.000	0.440	0.000

注: 与治疗前比较, * $P < 0.05$

2.3 两组疗效比较 研究组治疗总有效率为 97.37% (37/38), 高于对照组的 78.95% (30/38), 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 3。

表 3 两组疗效比较 [n (%)]

组别	显效	有效	无效	总有效率
研究组 (n=38)	18 (47.37)	19 (50.0)	1 (2.63)	37 (97.37)
对照组 (n=38)	10 (26.32)	20 (52.63)	8 (21.05)	30 (78.95)
χ^2 值				4.537
<i>P</i> 值				0.033

2.4 两组不良反应发生率比较 两组不良反应发生率比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。见表 4。

3 讨论

肾性贫血是慢性肾衰竭的并发症, 可加快肾衰竭进程, 诱发心力衰竭^[7]。血液透析虽然可替代一部分肾脏功能, 延长患者生存期, 但无法还原肾脏生理功能, 导致贫血; 左卡尼汀可增加红细胞膜 $\text{Na}^+ - \text{K}^+ - \text{ATP}$ 酶活性, 稳定红细胞膜, 延长红细胞半衰期, 纠正贫血^[8-9]。

中医将慢性肾衰竭肾性贫血归属于“虚劳”“血证”等范畴。健脾生血颗粒中党参、茯苓、白术健脾益肺、宁心益气; 山药、鸡内金健脾和胃、补肾益阳; 五味子、麦冬益胃阴; 牡蛎、龟甲、龙骨益肾平肝、潜阳填髓; 甘草调和诸药。诸药合用共奏健脾和胃、补肾益阳、益气养血之功。本研究结果显示, 研究组治疗总有效率高于对照组, BUN、Scr 水平均低于对照组, 这一结果与文献报道一致^[10]。

sTfR 是细胞膜上的跨膜糖蛋白, 与机体中铁代谢水平密切相关, 监测 SF 水平有助于判断肾性贫血严重程度及治疗效果^[11]。本研究结果同时显示, 治疗后, 研究组 sTfR 水平低于对照组, SF 水平高于对照组, 分析原因是健脾生血颗粒可养血安神、健脾和胃, 不仅可以改善机体营养状况, 还有利于胃肠道功能恢复及铁剂吸收^[12]。本研究结果还显示, 两组不良反应发生率比较, 差异无统计学意义, 提示联合用药未增加安全风险。

综上所述, 健脾生血颗粒联合左卡尼汀治疗慢

表4 两组不良反应发生率比较 [n (%)]

组别	恶心呕吐	头痛	头晕	皮疹	高血压	腹泻	发生率
研究组 (n=38)	3 (7.89)	1 (2.63)	1 (2.63)	1 (2.63)	1 (2.63)	2 (5.26)	9 (23.68)
对照组 (n=38)	2 (5.26)	1 (2.63)	1 (2.63)	0	1 (2.63)	2 (5.26)	7 (18.42)
χ^2 值							0.317
P 值							0.574

性肾衰竭肾性贫血患者可提高疗效, 改善铁代谢水平, 以及降低尿素氮和肌酐水平, 其效果优于单用左卡尼汀治疗效果。

参考文献

[1] 余茂强, 詹玉聪, 蓝丽莉. 刘小菊治疗慢性肾衰竭经验介绍[J]. 新中医, 2018, 50 (3): 209-211.

[2] 赵涛, 朱丹, 史焱, 等. 补脾益肾法对慢性肾衰竭维持性透析合并肾性贫血患者疗效及生化指标影响[J]. 辽宁中医药大学学报, 2020, 22 (5): 73-76.

[3] 张小云, 於建根, 寿苗林. 益比奥联合左旋卡尼汀对透析患者贫血和临床症状的影响[J]. 中国中西医结合肾病杂志, 2015, 16 (1): 63-64.

[4] 赵刚, 张雪琼, 裴学军, 等. 健脾生血颗粒(片)治疗各型贫血作用解析[J]. 世界中医药, 2017, 12 (2): 474-476.

[5] 中华医学会肾脏病学分会肾性贫血诊断和治疗共识专家组. 肾性贫血诊断与治疗中国专家共识(2018修订版)[J]. 中华肾脏病杂志, 2018, 34 (11): 860-866.

[6] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则(试行)[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 216-218.

[7] 中国中西医结合学会肾脏病专业委员会. 慢性肾衰竭中西医结合诊疗指南[J]. 中国中西医结合杂志, 2015, 35 (9): 1029-1033.

[8] 钱卫明. 温肾活络补血方治疗维持性血液透析肾性贫血患者疗效观察[J]. 现代中西医结合杂志, 2020, 29 (24): 2680-2683.

[9] 陈巧云. 左卡尼汀对慢性肾功能衰竭患者贫血及营养相关指标水平的影响[J]. 中国民康医学, 2019, 31 (10): 68-70.

[10] 李春峰, 贾姗姗. 健脾生血颗粒联合左卡尼汀治疗慢性肾衰竭肾性贫血的临床研究[J]. 现代药物与临床, 2019, 34 (12): 3651-3654.

[11] 池向耿, 张文彬, 蔡琪, 等. 高通量血液透析对血透患者可溶性转铁蛋白受体的影响及肾性贫血的改善效果[J]. 海南医学院学报, 2020, 26 (13): 997-1000.

[12] 赵娜, 张立存, 刘继成, 等. 健脾生血颗粒治疗肾性贫血的疗效分析[J]. 医学理论与实践, 2016, 29 (15): 2045-2046.

编辑: 曹晓颖

【检验与影像】

120例吉兰-巴雷综合征患儿神经电生理特征及与预后的关系研究

李路路

(郑州大学附属儿童医院 河南省儿童医院 郑州儿童医院超声医学科, 河南 郑州 450000)

【摘要】 目的: 分析吉兰-巴雷综合征(GBS)患儿神经电生理特征及与预后的关系。方法: 选取120例GBS患儿为研究对象, 根据病情严重程度分为轻型组32例, 重型组88例。对所有患儿行神经传导速率测定。比较轻型组及重型组患儿神经电生理检测结果、神经电生理特点及临床症状发生率; 另依据患儿预后情况分为预后良好组86例及预后较差组34例, 比较不同预后患儿神经电生理情况。结果: 重型组远端复合肌肉动作电位波幅(dCMAP)波幅异常率为39.77%(35/88), 高于轻型组的9.38%(3/32), 差异有统计学意义($P<0.05$); 重型组患儿腓总神经运动传导速度(MCV)、胫神经MCV均低于轻型组, 最大Hughes评分高于轻型组, 差异有统计学意义($P<0.05$); 两组F波异常率比较, 差异无统计学意义($P>0.05$); 重型组患儿腹泻、胸闷发生率高于轻型组, 差异均有统计学意义($P<0.05$); 两组上呼吸道感染、延髓功能障碍、自主神经功能障碍发生率比较, 差异均无统计学意义($P>0.05$); 预后良好组患儿MCV减慢及dCMAP波幅异常率均低于预后较差组, 差异有统计学意义($P<0.05$)。结论: MCV、dCMAP波幅异常率下降、Hughes评分可反映GBS患儿病情严重程度, 对指导临床治疗及评估预后具有重要价值。

【关键词】 吉兰-巴雷综合征; 儿童; 神经电生理检查; 疾病严重程度; 预后

doi: 10.3969/j.issn.1672-0369.2020.22.043

中图分类号: R745.43 文献标识码: B 文章编号: 1672-0369(2020)22-0102-03

吉兰-巴雷综合征(GBS)是免疫系统疾病,

是以周围神经和神经根的脱髓鞘病变及小血管炎性细胞浸润为病理特点的自身免疫性周围神经病, 多发于儿童及青壮年群体, 四肢无力、运动障碍、

作者简介: 李路路(1990.06-), 女, 汉族, 河南唐河人, 本科, 住院医师, 研究方向: 小儿超声和心电图诊断。