

左卡尼汀联合促红细胞生成素治疗肾性贫血的临床观察

李 洋

(丹东市第一医院肾内科, 辽宁 丹东 118000)

【摘要】目的 探讨左卡尼汀联合促红细胞生成素治疗肾性贫血的临床疗效。方法 随机将2016年1月至2018年12月本院收治的56例肾性贫血患者分到观察组(n=28例)和对照组(n=28例),两种患者均予以琥珀酸亚铁、叶酸等纠正贫血治疗,同时施以促红细胞生成素治疗,在此基础上对照组患者每次血透后予以20 mL生理盐水静脉注射,观察组患者每次血透后予以左卡尼汀治疗,两组患者的治疗周期均为12周。对比分析治疗前后两组患者的血细胞比容及血红蛋白水平变化情况及促红细胞生成素用量变化情况。结果 治疗前,观察组及对照组的血细胞比容、血红蛋白水平、促红细胞生成素用量比较,差异无统计学意义, $P > 0.05$;治疗后,观察组的血细胞比容、血红蛋白水平明显高于对照组,促红细胞生成素用量明显少于对照组,均有 $P < 0.05$ 。结论 相较于单用促红细胞生成素治疗,采用左卡尼汀联合促红细胞生成素治疗肾性贫血,疗效更佳,具有重要的临床推广价值。

【关键词】肾性贫血;促红细胞生成素;左卡尼汀

中图分类号: R556

文献标识码: B

文章编号: 1671-8194 (2020) 06-0142-02

DOI:10.15912/j.cnki.gocm.2020.06.116

肾性贫血主要是由于各种慢性肾脏疾病进展所致,尤其是行血透治疗的尿毒症患者中发病率更高。肾性贫血是一种较为常见的尿毒症并发症,也是并发心血管事件的独立危险因素,因此,及时纠正贫血尤为关键。尿毒症患者由于肾脏的萎缩,造成促红细胞生成素分泌减少所致,因此临床主要采取促红细胞生成素皮下注射以纠正贫血,虽取得一定的疗效,但部分患者可产生促红细胞生成素抵抗,疗效并不是十分理想。近些年的研究显示^[1],肾性贫血的发生还与左旋肉碱的缺乏密切相关。本研究旨在探讨左卡尼汀联合促红细胞生成素治疗肾

性贫血的临床疗效,以期为肾性贫血的临床治疗提供实践指导参考依据。

1 资料与方法

1.1 一般资料:随机将2016年1月至2018年12月本院收治的56例肾性贫血患者分到观察组(n=28例)和对照组(n=28例),病例纳入标准:

①所有病例均行维持性血液透析治疗2年以上;②每周规律血透2~3次;③无溶血、感染、恶性肿瘤;④无可控的高血压;⑤无继发性甲状腺功能亢进;⑥入组3个月内未使用血管紧张素转换酶抑

1.3 观察指标:对比分析治疗前后两组患者的颈动脉内中膜厚度、血脂变化情况。血脂指标包括:高密度脂蛋白胆固醇(HDL-C)、低密度脂蛋白胆固醇(LDL-C)、三酰甘油(TG)、总胆固醇(TC)。

1.4 统计学方法:本研究所有数据统计及处理均采用SPSS16.0进行统计,进行t或卡方检验,以 $P < 0.05$ 表示差异具有统计学意义。

2 结果

治疗前,观察组及对照组的颈动脉内中膜厚度、HDL-C、LDL-C、TG、TC水平比较,差异无统计学意义;治疗后,观察组的颈动脉内中膜厚度、LDL-C、TG、TC均明显低于对照组,HDL-C明显高于对照组,均有 $P < 0.05$;见表1。

表1 两组患者的颈动脉内中膜厚度及血脂水平比较($\bar{x} \pm s$)

组别	时间	颈动脉内中膜厚度(mm)	血脂(mmol/L)			
			HDL-C	LDL-C	TG	TC
观察组	治疗前	1.71 ± 0.51	1.13 ± 0.34	3.83 ± 0.94	2.13 ± 0.59	6.27 ± 0.75
	治疗后	1.18 ± 0.38*	1.69 ± 0.42*	1.37 ± 0.42*	1.35 ± 0.32*	3.59 ± 0.54*
对照组	治疗前	1.73 ± 0.54	1.14 ± 0.32	3.81 ± 0.92	2.11 ± 0.57	6.25 ± 0.77
	治疗后	1.39 ± 0.45	1.52 ± 0.39	1.98 ± 0.53	1.79 ± 0.31	4.38 ± 0.69

注: *表示与对照组比较, $P < 0.05$

3 讨论

高血脂症、动脉粥样硬化是老年脑梗死的独立危险因素,颈动脉粥样硬化程度越严重,发生严重缺血性卒中的风险越大。瑞舒伐他汀属于新型他汀类药物的一种,其作用机制主要是通过促进低密度脂蛋白的分解和吸收,从而减少低密度脂蛋白浓度^[1]。同时,瑞舒伐他汀还具有改善脑血管弹性、抗动脉粥样硬化的作用。有研究报道^[2],瑞舒伐他汀可抑制炎症因子的生成,并能调整细胞黏附分子的表达,促进脑梗死神经功能的恢复。普罗布考属于一种新型的降脂药物,具有稳定动脉粥样硬化斑块、保护血管内皮功能、抗炎、抗氧化的作用。本研究结果显示,治疗后,观察组的颈动脉内中膜厚度、LDL-C、TG、TC均明显低于对照组,HDL-C明显高于对照组,均有 $P < 0.05$ 。分析原因可能与普罗布考可有效抑制炎症因子的表达及减少促炎物质的生成等有关,瑞舒伐他汀与普罗布考联合治疗可产生一定

的协同作用,从而有效提高治疗效果^[3]。

综上所述,采用瑞舒伐他汀联合普罗布考治疗老年脑梗死患者,可有效缩小硬化斑块,并能有效降低血脂浓度,对改善患者的预后具有十分重要的意义。

参考文献

- [1] 齐珊珊,付赵虎,白炜玮,等.瑞舒伐他汀联合普罗布考治疗老年脑梗死患者疗效分析[J].疑难病杂志,2018,17(6):554-557.
- [2] 吕艳芳.瑞舒伐他汀联合普罗布考治疗老年期脑梗死对患者颈动脉粥样硬化与血脂及血浆炎症因子的影响[J].中国实用神经疾病杂志,2017,20(4):110-112.
- [3] 马丽苹,高义,王晓鹏.瑞舒伐他汀联合普罗布考对老年脑梗死患者颈动脉粥样硬化、血脂及炎症因子的研究[J].中国循证心血管医学杂志,2016,8(3):335-338.

玻璃体切除治疗钉子所致眼球贯穿伤的临床观察

李秋实, 王丽杰

(沈阳市第四人民医院, 辽宁 沈阳 110000)

【摘要】目的 评价二期玻璃体切割手术治疗钉子所致眼球贯穿伤的效果。**方法** 选择2017年~2018年收治的6例钉子所致眼球贯穿伤患者, I期行球内异物取出联合玻璃体腔注射头孢他啶及万古霉素各1mg, II期行玻璃体切除术, 依据患者病情联合行白内障摘除、视网膜复位、硅油填充等, 对手术效果分析、术后随访6~18个月。**结果** 所有患者I期顺利取出钉子、无眼内炎。最后一次随访时均高于术前最佳矫正视力。其中2眼最佳矫正视力>0.1, 4眼因角膜白斑最佳矫正视力0.01~0.1。**结论** 二期玻璃体切除术是治疗眼球因钉子所致眼球贯穿伤的有效方法。

【关键词】 眼球贯穿伤; 钉子; 后入路玻璃体切除术

中图分类号: R779.6

文献标识码: B

文章编号: 1671-8194 (2020) 06-0143-02

眼球贯穿伤被定义为由一个治伤物引起的既有入口又有出口的开放性眼球伤, 钉子为巨大异物所致眼球贯通伤损害眼内结构较多、病情复杂, 损害患者视功能。本院2017年1月至2018年06月对8例由钉子所致眼球贯穿的患者I期行球内异物取出眼球破裂修补联合眼内注

射, 观察组患者每次血透后予以左卡尼汀治疗, 左卡尼汀(国药准字H20000543, 由常州兰陵制药有限公司生产)1.0g加至15mL 0.9% NaCl中静脉缓慢推注3~4min, 每周2次。两组患者的治疗周期均为12周。每4周监测一次血细胞比容及血红蛋白水平, 若血细胞比容上升>8%、血红蛋白水平上升>25%, 则每周促红细胞生成素用量减少1/2~1/3, 待血细胞比容>30%、血红蛋白水平 \geq 100g/L后维持。

制剂。病例排除标准: ①合并其他血液系统疾病; ②入组12周内无活动性出血、感染、输血者。观察组中男性患者16例, 女性患者12例; 年龄45~68岁, 平均(56.67 \pm 5.18)岁; 原发疾病: 梗阻性肾病1例, 狼疮性肾炎1例, 高血压肾小动脉硬化性肾病3例, 糖尿病肾病6例, 慢性肾小球肾炎17例。对照组中男性患者17例, 女性患者11例; 年龄45~68岁, 平均(56.62 \pm 5.28)岁; 原发疾病: 梗阻性肾病1例, 狼疮性肾炎1例, 高血压肾小动脉硬化性肾病4例, 糖尿病肾病8例, 慢性肾小球肾炎14例。观察组及对照组患者的性别、年龄、原发疾病等一般资料通过统计学软件分析, 统计结果均显示 $P>0.05$, 表示两组患者的基线资料均衡可比。

1.2 方法: 两种患者均予以琥珀酸亚铁、叶酸等纠正贫血治疗, 同时施以促红细胞生成素治疗, 重组人促红细胞生成素注射液(国药准字S20050090, 由哈药集团生物工程股份有限公司生产)3000U静脉推注, 起始剂量为2次/周。

在此基础上对照组患者每次血透后予以20mL生理盐水静脉注

药, II期行玻璃体切除治疗, 均取得了较好的疗效, 报道如下。

1 对象与方法

1.1 对象: 我院2017年1月至2018年6月收治的6例钉子所致眼球贯穿伤患者, 6只眼, 均为男性、年龄25~55岁, 均在伤后24h内就诊, 治伤

射, 观察组患者每次血透后予以左卡尼汀治疗, 左卡尼汀(国药准字H20000543, 由常州兰陵制药有限公司生产)1.0g加至15mL 0.9% NaCl中静脉缓慢推注3~4min, 每周2次。两组患者的治疗周期均为12周。每4周监测一次血细胞比容及血红蛋白水平, 若血细胞比容上升>8%、血红蛋白水平上升>25%, 则每周促红细胞生成素用量减少1/2~1/3, 待血细胞比容>30%、血红蛋白水平 \geq 100g/L后维持。

1.3 观察指标: 对比分析治疗前后两组患者的血细胞比容及血红蛋白水平变化情况以及促红细胞生成素用量变化情况。

1.4 统计学方法: 本研究所有数据统计及处理均采用SPSS16.0进行统计, 以 $P<0.05$ 表示差异具有统计学意义。

2 结果

治疗前, 观察组及对照组的血细胞比容、血红蛋白水平、促红细胞生成素用量比较, 差异无统计学意义, $P>0.05$; 治疗后, 观察组的血细胞比容、血红蛋白水平均明显高于对照组, 促红细胞生成素用量明显少于对照组, 均有 $P<0.05$, 见表1。

表1 两组患者的治疗效果比较 ($\bar{x}\pm s$)

组别	时间	血细胞比容(%)	血红蛋白(g/L)	促红细胞生成素用量(U)
观察组	治疗前	19.15 \pm 3.46	65.36 \pm 8.87	5800.65 \pm 21.38
	治疗后	32.89 \pm 4.34*	98.88 \pm 12.24*	3765.19 \pm 11.62*
对照组	治疗前	19.19 \pm 3.52	65.39 \pm 8.69	5803.16 \pm 18.97
	治疗后	24.51 \pm 5.43	85.62 \pm 10.04	5414.63 \pm 15.19

注: *表示与对照组比较, $P<0.05$

3 讨论

肾性贫血属于慢性肾功能衰竭的一种常见并发症, 促红细胞生成素绝对或相对缺乏是造成肾性贫血的主要原因。近些年的研究显示^[2], 部分肾性贫血出现促红细胞生成素抵抗, 这与肾性贫血患者体内缺乏游离左卡尼汀有关, 而肉毒碱缺乏是导致肾性贫血的重要因素, 本研究观察组所使用的左卡尼汀的主要成分为左旋肉碱, 其功能主要是促进脂类的代谢。本研究结果显示, 治疗后, 观察组的血细胞比容、血红蛋白水平均明显高于对照组。分析原因可能是由于左卡尼汀可减少氧自由基对机体红细胞膜的损害, 并能降低红细胞膜的脆性, 延长红细胞的寿命^[3]。此外, 左卡尼汀还能减少促红细胞生成素的用量, 增加促

红细胞生成素受体的敏感性, 提高促红细胞生成素的疗效。

综上所述, 相较于单用促红细胞生成素治疗, 采用左卡尼汀联合促红细胞生成素治疗肾性贫血, 疗效更佳, 具有重要的临床推广价值。

参考文献

- [1] 杨玲. 尿毒症血液透析患者肾性贫血应用左卡尼汀辅助治疗的效果观察[J]. 航空航天医学杂志, 2018, 29(1): 97-99.
- [2] 冷彦飞, 曹昉, 李雄, 等. 左卡尼汀联合促红细胞生成素对治疗维持性血透肾性贫血临床观察[J]. 四川医学, 2016, 37(7): 742-744.
- [3] 唐敏. 左卡尼汀联合重组人促红细胞生成素治疗肾性贫血的效果观察[J]. 中国当代医药, 2014, 21(14): 109-110.