

左卡尼汀联合促红细胞生成素治疗慢性肾衰竭肾性贫血疗效观察

孟 华

普兰店市中心医院, 辽宁普兰店 116200

[摘要] 目的 研究探讨左卡尼汀联合促红细胞生成素治疗慢性肾衰竭肾性贫血的临床疗效。方法 选取我院收治的 56 例慢性肾衰竭性贫血患者作为研究对象, 将其随机分为两组, 每组 28 例。患者经血液透析之后给予皮下注射促红细胞生成素治疗, 治疗量为每周 100~150 U/kg 之间, 每周注射 2~3 次, 待血细胞比容(Hct)上升至 30%后减量。观察组在使用促红细胞生成素的基础上给予左卡尼汀联合治疗, 治疗剂量为 1.0g/次。两组患者经 12 周的治疗后观察对照其临床疗效。结果 两组患者在治疗后, 肾性贫血均有显著改善, 但是观察组患者的血红蛋白含量、红细胞计数和血细胞比容水平显著高于对照组患者, C-反应蛋白水平显著低于对照组患者, 且 $P < 0.05$, 差异具有统计学意义。结论 左卡尼汀联合促红细胞生成素治疗慢性肾衰竭性贫血的临床效果显著, 优于单独使用促红细胞生成素。

[关键词] 左卡尼汀; 促红细胞生成素; 慢性肾衰竭性贫血; 临床疗效

[中图分类号] R586

[文献标识码] A

[文章编号] 1672-5654(2014)01(a)-0068-02

慢性肾衰竭患者机体内促红细胞生成素不足或者红细胞寿命缩短是导致肾性贫血的主要原因, 贫血又会诱发心血管并发症, 加重慢性肾脏病的病情, 增加患者的病死率, 临床上的主要治疗方法是使用促红细胞生成素, 其治疗效果较好, 但也有部分患者存在促红细胞生成素抵抗的现象。本文就左卡尼汀联合促红细胞生成素治疗慢性肾衰竭性贫血的临床疗效进行探究, 具体报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取我院收治的慢性肾衰竭性贫血患者 56 例作为研究对象, 所有患者均符合以下标准, 即: 患者维持血液透析治疗超过 3 个月, 且每周透析 2~3 次, 每次透析时间在 4~4.5 h 之间; 患者在参与调查研究前一个月内无输血或者使用血管紧张素转化酶抑制剂的情况; 患者无其他血液系统疾病; 患者的血红蛋白含量低于 80 g/L 或者其血细胞比容低于 30%, 且其血清 C-反应蛋白的含量超过 8 mg/L; 患者无继发性甲状旁腺功能亢进、顽固性高血压及其他严重的心功能损伤; 排除患者中由感染、失血、溶血以及其他原因引起的贫血现象。

将 56 例患者随机分成两组, 每组 28 例。

观察组患者中, 男 16 例, 女 12 例; 年龄在 19~68 岁之间, 平均年龄为 (42.1±3.6) 岁; 其中原发病为糖尿病肾病的患者 5 例, 慢性肾小球肾炎的患者 12 例, 高血压肾病的患者 3 例, 痛风性肾病的患者 2 例, 梗阻性肾病的患者 2 例, 多囊肾 2 例。

对照组患者中, 男 14 例, 女 14 例; 年龄在 20~72 岁之间, 平均年龄为 (44.2±2.8) 岁; 其中原发病为糖尿病肾病的患者 5 例, 慢性肾小球肾炎的患者 14 例, 高血压肾病的患者 3 例, 痛风性肾病的患者 2 例, 梗阻性肾病的患者 3 例, 多囊肾 2 例。

两组患者在性别、年龄、原发疾病、病情、病程、透析时间等方

面比, $P > 0.05$, 差异具有比较意义。

1.2 治疗方法

两组患者先经血液透析, 透析之后给予皮下注射促红细胞生成素治疗, 治疗量为每周 100~150U/kg 之间, 分 2~3 次注射完成。待血细胞比容(Hct)上升至 30%后减量

观察组在使用促红细胞生成素的基础上给予左卡尼汀联合治疗, 治疗剂量为 1.0g/次(于每次血液透析后静脉注射)。

两组患者经 12 周的治疗后观察对照其临床疗效。

1.3 观察指标

观察两组患者在治疗前后的血红蛋白、红细胞计数、血细胞比容、C-反应蛋白等的水平。

1.4 统计学方法

本次实验数据采用 SPSS 12.0 软件进行统计学分析, 其中计量资料对比采用 t 检验, 计数资料对比采用 χ^2 检验, 以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

两组患者在治疗后, 肾性贫血均有显著改善, 但是观察组患者的血红蛋白含量、红细胞计数和血细胞比容水平显著高于对照组患者, C-反应蛋白水平显著低于对照组患者, 且 $P < 0.05$, 差异具有统计学意义。

表 1 对照组与观察组患者各项观察指标比较

组别	时间	Hb(g/L)	RBC($10^{12}/L$)	Hct(%)	CPR(mg/L)
观察组 (28)	治疗前	64±8	2.2±0.4	19.6±3.1	11.3±0.4
	治疗后	102±13	3.2±0.5	33.1±4.1	5.2±0.2
对照组 (28)	治疗前	63±9	2.3±0.4	18.9±3.0	10.8±0.5
	治疗后	86±9	3.0±0.3	27.2±3.4	9.7±0.4

(下转第 70 页)

佳,起效快等优点^[10]。

根据本文研究结果显示,观察组患者使用复方多黏菌素 B 软膏进行治疗,其临床总有效率为 83.3%,而对照组采用盐酸环丙沙星软膏进行治疗,临床总有效率为 77.8%,两组患者的临床有效率基本相当, $P>0.05$ 。盐酸环丙沙星软膏对于细菌学皮肤病的临床疗效受到专家与学者的一致认可,而由本文研究结果可见,采用复方多黏菌素 B 软膏对细菌性皮肤病进行治疗,能够达到较好的疗效,其疗效与盐酸环丙沙星相当。而对比两组患者的细菌清除率可得,观察组患者的细菌清除率为 75.0%,对照组患者的细菌清除率为 83.3%,两组患者的细菌清除率无显著性差异, $P>0.05$ 。由此说明,复方多黏菌素 B 软膏对于细菌性皮肤病患者的细菌感染情况具有强大的控制作用,能够从根本上清除细菌,达到“既治标,又治本”的作用。盐酸环丙沙星软膏作为抗生素类外用药物,对于细菌的抑制作用较强,且具有广谱性,而复方多黏菌素 B 软膏对于细菌的清除率与盐酸环丙沙星软膏相似,因此可认为,复方多黏菌素 B 对于细菌性皮肤病的疗效显著。

综上所述,采用复方多黏菌素 B 软膏对细菌性皮肤病进行治疗,具有安全性与可行性,其临床疗效与盐酸环丙沙星软膏相当。但需注意的是,本文选取的研究样本量较小,因此若需获得更科学、准确、客观的研究结果,应选取更大的样本量进行对照试验,以更详细地了解复方多黏菌素 B 软膏的临床疗效与用药安全性。

(上接第 68 页)

3 讨论

慢性肾衰竭的主要病因包括肾小球病变(如原发与继发的肾小球肾炎、糖尿病肾病、高血压肾病等)、肾血管病变、肾小管间质病变(梗阻性肾病、慢性肾盂肾炎)、遗传性肾病(如多囊肾)等,其是多种肾病晚期的共同结局,由于肾功能受损,患者机体内促红细胞生成素不足、铁缺乏,同时频繁的取血化验和静脉穿刺以及透析器及透析管路血液损耗或胃肠道出血、红细胞寿命缩短、严重急慢性炎症反应状态、L-肉碱(L-卡尼汀)缺乏均会造成肾性贫血。有效地纠正慢性肾衰竭患者的贫血状态,是防止病情加重,降低死亡率的重要方法。

肉碱的缺乏是维持性血液透析患者贫血的重要因素,左卡尼汀可以补充肉碱,减少了红细胞内长链酰基卡尼汀的积聚,增加红细胞对各种应激的抵抗,降低红细胞的脆性和溶解,延长红细胞寿命,使尿毒症病人的脂肪酸转运及氧化性增加,提高了钠-钾-三磷酸腺苷泵的活性,从而稳定红细胞膜,提高红细胞比容,还通

[参考文献]

- [1] 吴意平,杨敏,吴司南,等.复方多黏菌素 B 软膏治疗寻常痤疮临床疗效观察[J].实用皮肤病学杂志,2012,5(6):336-337.
- [2] 王爱平,于进,傅雯雯,等.复方多黏菌素 B 软膏治疗细菌性皮肤病有效性和安全性评价[J].实用皮肤病学杂志,2008,1(1):28-30.
- [3] Hood R,Shermock KM,Emerman CA.Prospective randomized pilot evaluation of topical triple antibiotic versus mupirocin for the prevention of uncomplicated soft tissue wound infection [J].Austria JD ermato,2009,43(1):186-189.
- [4] Hendley JD,Ashe KM.Eradication of resident bacteria of normal human skin by antimicrobial ointment [J].Antimicrob Agents Chem Other,2010,47(1):1988-1990.
- [5] 葛鑫,蒋法兴,祝伦.复方多黏菌素 B 软膏在尖锐湿疣微波治疗术后创面的应用[J].中华皮肤性病杂志,2013,3(1):144-145.
- [6] 熊炜,王芳芳,黄珍珍,等.复方多黏菌素 B 软膏治疗大面积烧伤创面的疗效观察[J].医药导报,2010,3(1):70-72.
- [7] 魏文.皮肤划痕症 90 例临床分析[J].安徽医药,2009,10(1):26-28.
- [8] 王炳文,岳喜昂,刘卫兵.复方多黏菌素 B 软膏治疗儿童脓疱疮疗效观察[J].医药世界,2009,4(1):2-3.
- [9] 张洁,甘才斌,张晓宁,等.复方多黏菌素 B 软膏治疗细菌学皮肤病的疗效观察[J].中外健康文摘,2012,30(1):179-180.
- [10] 李农生,漆根全,罗来华.地奈德乳膏联合复方多黏菌素 B 软膏治疗慢性湿疹疗效观察[J].皮肤病与性病,2011,2(1):678-679.

(收稿日期:2013-08-30)

过对骨髓红系祖细胞的作用,增加 rHuEPO 受体的敏感性,还能减轻微炎症反应状态、抑制炎症细胞因子,防止 rHuEPO 抵抗,与促红细胞生成素具有协同作用,治疗慢性肾衰竭性贫血的临床效果显著,优于单独使用促红细胞生成素,具有临床推广意义。

[参考文献]

- [1] 陈民香.左卡尼汀联合促红细胞生成素治疗肾性贫血疗效观察[J].医学信息,2010,23(6):1963-1964.
- [2] 李奕龙.左卡尼汀联合促红细胞生成素治疗肾性贫血疗效观察[J].吉林医学,2012,33(27):5913-5914.
- [3] 马耘,任荣.左卡尼汀联合促红细胞生成素治疗尿毒症患者肾性贫血的临床疗效观察[J].新疆医科大学学报,2012,35(4):500-502.
- [4] 段勤功.左卡尼汀联合促红细胞生成素对肾性贫血的疗效观察[J].航空航天医学杂志,2012,23(12):1490-1491.
- [5] 曾洪.左卡尼汀联合促红细胞生成素治疗肾性贫血的疗效观察[J].内科杂志,2008,3(5):709-710.

(收稿日期:2013-10-25)

正文主体部分之“讨论”

1.着重讨论研究结果的创新之处及从中得出的结论,包括理论意义、实际应用价值、局限性,及其对进一步研究的启示等。如果不能导出结论,也可通过讨论,提出建议、设想、改进意见或待解决的问题等。

2.应将本研究结果与其他有关的研究相比较,并将本研究结论与目的联系起来讨论。

3.不必重述已在前言部分介绍过的背景和在结果部分详述过的数据或资料。不应列入图或表。