

[10] 米小月. 床头护理标识预警分级在安全管理中的应用 [J]. 护理实践与研究, 2016, 13(13):109-110.

(20):62-63.

[11] 孙红, 吴翠平, 袁婉欢, 等. 护理标识分类分色管理在神经内科安全管理中的应用 [J]. 护理实践与研究, 2013, 10

(收稿日期:2017-04-29 修回日期:2017-07-18)

• 临床探讨 •

## 血必净联合前列地尔对糖尿病肾病患者的疗效及安全性

江 强, 区 良

(海南省儋州市人民医院肾内科 571700)

**摘要:**目的 研究血必净联合前列地尔对糖尿病肾病(DN)患者的疗效与安全性。方法 选取 2014 年 1 月至 2016 年 1 月该院就诊的 156 例 DN 患者作为研究对象。按照计算机随机数字法分为对照组与观察组, 每组各 78 例。2 组均行西药常规治疗, 对照组采用前列地尔治疗, 观察组采用血必净联合前列地尔治疗。观察 2 组 24 h 尿蛋白水平、空腹血糖(FBG)、餐后 2 h 血糖(2 hPG)、总胆固醇(TC)、三酰甘油(TG)、低密度脂蛋白胆固醇(LDL-C)、高密度脂蛋白胆固醇(HDL-C)、尿清蛋白排泄率(UAER)、尿蛋白/肌酐(ACR)、血肌酐(SCr)、尿素氮(BUN)水平及健康调查简表(SF-36)评分的变化情况; 观察是否出现不良反应。结果 治疗后, 2 组血糖、血压、UAER、ACR、SCr、BUN 水平, SF-36 评分、尿蛋白水平优于治疗前, 且尿蛋白水平, UAER、ACR、SCr、BUN 水平, SF-36 评分方面, 观察组改善效果优于对照组, 差异有统计学意义( $P < 0.05$ ); 但 2 组其他指标比较差异无统计学意义( $P > 0.05$ ); 未发生严重不良反应。结论 血必净联合前列地尔治疗 DN 疗效理想, 能改善肾功能, 提高生命质量, 且安全性较好。

**关键词:**血必净注射液; 前列地尔; 糖尿病肾病; 疗效; 安全性

**DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2017.22.047 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2017)22-3398-03**

糖尿病是一种以血糖升高为主要表现, 以多饮、多食、多尿为特点的疾病, 好发于中老年人, 且发病率随年龄升高呈逐渐升高趋势<sup>[1]</sup>。如果不控制血糖, 病情持续进展可导致多种并发症的出现, 严重降低患者的生命质量。糖尿病肾病(DN)是糖尿病的最常见并发症之一, 早期患者症状不明显, 若耽误治疗, 随着病情恶化, 肾功能损伤加剧, 最终将导致肾功能衰竭。DN 多以降糖、降压、改善循环等对症治疗为主。前列地尔具有抑制 DN 氧化应激反应、延缓肾脏衰竭、缓解肾脏细胞凋亡等作用, 被广泛应用于 DN 的治疗中<sup>[2]</sup>。目前, 采用中西医结合治疗成为热点, 故本研究引入血必净联合前列地尔治疗 DN, 研究其疗效及安全性。现报道如下。

### 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 本研究选取 2014 年 1 月至 2016 年 1 月本院就诊的 156 例 DN 患者作为研究对象。按照计算机随机数字法分为对照组与观察组, 每组各 78 例。观察组男 48 例, 女 30 例; 平均年龄(59.54 ± 10.13)岁; 平均病程(6.02 ± 2.20)年。对照组男 44 例, 女 34 例; 平均年龄(60.52 ± 10.34)岁; 平均病程(6.11 ± 2.44)年。纳入标准:(1)符合 DN 的诊断标准;(2)自身无其他疾病引起血糖、血压等异常者;(3)中医证型属肾虚血瘀者;(4)自愿配合本次研究。剔除标准:(1)严重精神障碍;(2)女性处于哺乳期或妊娠期;(3)对本研究使用药物过敏者<sup>[3]</sup>。中医肾虚血瘀证型诊断标准参照《中药新药临床研究指导原则》<sup>[4]</sup>。本研究经医学伦理委员会批准后实施, 患者及家属均知晓并签署知情同意书。2 组患者一般资料方面比较差异无统计学意义( $P > 0.05$ ), 具有可比性。

**1.2 方法** 2 组均给予西药常规治疗, 包括优质低蛋白糖尿病饮食, 控制血糖和血压, 降脂, 避免劳累、熬夜、饮食辛辣刺激、抽烟饮酒等不良嗜好。对照组在常规治疗基础上静脉滴注前列地尔注射液(凯时, 北京泰德制药股份有限公司, 批准文号为国药准字 H10980024)20 μg + 0.9%氯化钠注射液 250 mL, 2 次/日; 观察组在对照组基础上再联合血必净注射液(天津红

日药业股份有限公司, 批准文号为国药准字 Z20040033) 50 mL + 0.9%氯化钠注射液 100 mL 静脉滴注, 2 次/日, 疗程均为 2 周。

**1.3 观察指标** 观察 2 组 24 h 尿蛋白定量、空腹血糖(FBG)、餐后 2 h 血糖(2 hPG)、总胆固醇(TC)、三酰甘油(TG)、低密度脂蛋白胆固醇(LDL-C)、高密度脂蛋白胆固醇(HDL-C)、尿清蛋白排泄率(UAER)、尿蛋白/肌酐(ACR)、血肌酐(SCr)、尿素氮(BUN)水平及健康调查简表(SF-36)评分的变化情况, 并观察治疗过程中出现的不良反应。SF-36 评分包含生理功能(PF)、生理职能(RP)、躯体疼痛(BP)、活力(VT)、情感职能(RE)、精神健康(MH)、社会功能(SF)和总体健康(GH)等 8 个维度, 分数越高, 表示生命质量越好<sup>[5]</sup>。

**1.4 统计学处理** 将原始数据输入 Excel 软件, 然后采用 SPSS19.0 统计学软件进行数据处理。计量资料以  $\bar{x} \pm s$  表示, 组间两两比较采用  $t$  检验。计数资料以率或例数表示, 组间比较采用  $\chi^2$  检验。以  $P < 0.05$  表示差异有统计学意义。数据处理由 2 位研究者同时进行, 以便核对校准。

### 2 结果

**2.1 24 h 尿蛋白量改善情况** 2 组患者治疗前 24 h 尿蛋白比较差异无统计学意义( $P > 0.05$ ); 治疗后 24 h 尿蛋白均低于治疗前, 且观察组下降幅度明显大于对照组, 差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。见表 1。

表 1 24 h 尿蛋白量改善情况( $\bar{x} \pm s, g$ )

组别	n	治疗前	治疗后
观察组	78	0.35 ± 0.11	0.11 ± 0.04*
对照组	78	0.33 ± 0.13	0.23 ± 0.08#
t		1.212	4.963
P		>0.05	<0.05

注:与治疗前比较, \*  $t = 2.554$ , \*  $P < 0.05$ , #  $t = 6.220$ , #  $P < 0.05$

**2.2 血糖、肾功能改善情况** 治疗后,患者血糖、肾功能均得到改善。2 组血糖水平间比较差异无统计学意义( $P>0.05$ );肾功能改善方面,观察组改善情况优于对照组,差异有统计学意义( $P<0.05$ )。见表 2。

**2.3 血压、血脂改善情况** 治疗后,2 组患者血压、血脂等指标均得到改善,但组间比较差异无统计学意义( $P>0.05$ )。见

表 3。

**2.4 SF-36 评分情况** 治疗后,2 组 SF-36 评分均得到改善,差异有统计学意义( $P<0.05$ );各维度改善情况方面,观察组改善幅度大于对照组,差异有统计学意义( $P<0.05$ )。见表 4。治疗过程中未发现不良反应。

表 2 血糖、肾功能改善情况( $\bar{x}\pm s$ )

组别	观察组( $n=78$ )		对照组( $n=78$ )	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
FPG(mmol/L)	9.38±1.21	6.37±0.58*	9.62±1.20	7.56±0.76*
2 hPG(mmol/L)	12.53±1.05	8.68±0.69*	12.37±1.03	10.49±0.56*
UAER(mg/24 h)	170.21±21.03	82.09±10.74* $\Delta$	171.19±21.03	95.49±12.47*
ACR	148.19±18.95	84.92±9.33* $\Delta$	151.42±17.38	104.93±10.72*
SCr( $\mu$ mol/L)	294.26±59.37	108.43±38.35* $\Delta$	296.53±58.28	174.02±45.92*
BUN(mmol/L)	14.24±4.62	6.17±2.65* $\Delta$	14.83±4.81	9.72±2.72*

注:与治疗前比较,\* $P<0.05$ ;与对照组比较, $\Delta P<0.05$

表 3 血压、血脂改善情况( $\bar{x}\pm s$ )

组别	观察组( $n=78$ )		对照组( $n=78$ )	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
SBP(mm Hg)	149.41±7.43	116.59±6.27*	151.61±7.07	119.56±6.58*
DBP(mm Hg)	90.53±5.12	81.62±4.69*	89.33±5.27	80.56±4.72*
TG(mmol/L)	2.27±0.44	1.69±0.34*	2.19±0.46	2.08±0.45*
TC(mmol/L)	6.29±0.55	4.92±0.33*	6.31±0.48	6.23±0.39*
LDL(mmol/L)	4.28±0.26	2.37±0.38*	4.31±0.25	4.26±0.27*
HDL(mmol/L)	0.82±0.18	1.03±0.41*	0.83±0.21	0.85±0.23*

注:与治疗前比较,\* $P<0.05$

表 4 SF-36 评分情况( $\bar{x}\pm s$ ,分)

项目	观察组( $n=78$ )		对照组( $n=78$ )	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
PF	69.58±19.58	79.97±11.45* $\Delta$	68.52±21.35	76.20±11.04*
RP	66.26±15.32	85.18±21.52* $\Delta$	66.51±14.70	81.59±11.96*
BP	68.75±22.62	82.85±13.24* $\Delta$	67.82±23.20	75.50±12.75*
VT	64.55±17.78	80.29±9.28* $\Delta$	63.24±18.17	72.63±10.57*
RE	69.03±16.88	84.85±11.70* $\Delta$	68.89±18.86	82.22±17.60*
MH	70.19±17.57	82.00±14.62* $\Delta$	69.79±20.71	77.47±15.26*
SF	75.83±19.13	81.05±7.50* $\Delta$	64.26±20.32	76.16±3.24*
GH	66.36±23.31	87.00±18.39* $\Delta$	65.78±25.51	78.65±15.97*

注:与治疗前比较,\* $P<0.05$ ;与对照组比较, $\Delta P<0.05$

### 3 讨 论

DN 以肾小球硬化为典型表现,发病初期症状不明显,可仅表现为轻度蛋白尿,缺乏特异度临床症状,常被忽略<sup>[6]</sup>。蛋白尿对于 DN 的诊断具有重要意义,其在疾病初期即可出现。随着病情的发展,还可出现高血压、水肿、肾功能损伤等并发症。肾病 3 期以前,经过合理的药物干预能改善患者的临床症状,一旦肾病发展为 4 期,预后较差,患者可因肾功能衰竭而死亡<sup>[7]</sup>。因此,对 DN 患者早期药物干预非常有必要,这对于提高患者生命质量有重要意义。

肾素-血管紧张素系统(RAS)与 DN 关系密切。研究发现,DN 患者多存在血管紧张素 II(Ang II)升高的问题。Ang II 具有明显的血管收缩作用,还可影响肾脏血流,导致高灌注、高滤过,并参与血小板生长因子等细胞因子的调节,从多方面

影响肾脏的正常生理功能,最终形成 DN<sup>[8]</sup>。前列地尔是前列腺素 E1 的脂微球载体制剂,具有抑制肾素原醛固酮系统活性、调节 RAS 和前列腺素系统平衡、降低出球动脉阻力、减少肾小球内压上升、降低尿蛋白滤过等功能。Fried 等<sup>[9]</sup>指出,前列腺素 E 可舒张肾血管,改善肾功能,对肾脏形态学结构具有较好的保护作用。Tanios 等<sup>[10]</sup>指出,前列腺素 E 可通过降低患者血清丙二醛(MDA)水平和增强体内抗氧化酶超氧化物歧化酶活性作用,发挥抗氧化作用,影响 DN 氧化应激改变。DN 隶属于中医“消渴”范畴,由消渴病迁延不愈发展而来。阴虚燥热是消渴病的重要机制,其中牵涉脏腑以肝肾最为主要。肝藏血,肾藏精,两脏在生理上互为支持,病理上相互影响。肝肾阴虚,阴液亏虚,阳失所制,虚热内生,故而口干;阴虚腰膝失养,故而腰膝酸软;虚热内扰,耗伤津液,故而瘀血内生。我国传统

中医早在多年前便提出,绝大多数肾病患者均存在着不同程度的“血淤”机制,可认为血淤是导致发生 DN 发展的重要因素。故治疗当以活血化瘀为主,佐以滋阴补肾为法<sup>[1]</sup>。观察组采用血必净联合前列地尔治疗,疗效明显,患者 24 h 尿蛋白定量、血糖、血压、UAER、ACR、SCr、BUN 水平, SF-36 评分较治疗前得到改善,且 24 h 尿蛋白定量、UAER、ACR、SCr、BUN 水平, SF-36 评分方面,观察组改善效果优于对照组,且无不良反应发生,可见血必净注射液能在不增加不良反应的基础上,明显提高临床疗效,改善肾功能。血必净注射液以古方血府逐瘀汤为基础,主要由赤芍、当归、丹参、红花及川芎等组成,具有清热凉血、活血行气、散瘀止痛功效,这与中医理论中 DN 的活血化瘀治疗思路相对应。现代药理学研究证明,丹参可降低自由基生成,消除自由基,降低脂质过氧化反应;释放血管内皮松弛因子与前列腺素,松弛血管,改善微循环,增加肾血流量<sup>[2]</sup>;其水溶液丹酚酸 A 可抑制成纤维细胞增殖,抑制成纤维细胞胶原合成,缓解组织纤维化。当归可以增加肾血流量,明显抑制血小板聚集,改善高凝状态。赤芍可改善肾脏微血液循环。红花能扩张血管,抑制二磷酸腺苷(ADP)诱导的血小板聚集。川芎可直接降低红细胞聚集性,增加其多形性,降低血小板聚集性和表面黏附性,抑制血栓形成。刘欢乐<sup>[3]</sup>应用中西医结合治疗 DN 疗效明显,患者症状评分、SF-36 评分及肾功能的改善情况均优于对照组,这与本研究结果基本相符。

综上所述,血必净联合前列地尔治疗 DN 疗效理想,能改善肾功能,提高生命质量,且安全性较好。本次研究尚存不足之处,如在药物进入人体过程中是否会产生其他化学成分方面尚待进一步深入研究。

参考文献

[1] Reutens AT, Atkinstkins RC. Epidemiology of diabetic nephropathy[J]. Contrib Nephrol, 2011, 170(1): 1-7.  
 [2] 李敬林, 依秋霞. 毒损肾络致糖尿病肾病的发病机制浅析[J]. 辽宁中医杂志, 2015, 42(6): 957-958.  
 [3] 仝小林, 周强, 赵林华, 等. 糖尿病肾病的中医辨治经验

[J]. 中华中医药杂志, 2014, 29(1): 144-146.  
 [4] 王凤丽, 陈志强, 王月华, 等. 益气养阴消癥通络方治疗早期糖尿病肾病临床观察[J]. 中国中西医结合杂志, 2012, 32(1): 35-38.  
 [5] 张国艳, 张浩, 牛效清. 前列地尔联合贝那普利治疗糖尿病肾病蛋白尿的疗效[J]. 当代医学, 2012, 18(4): 145-146.  
 [6] 王醒, 吕海, 陈明祺, 等. 血必净注射液对脓毒症患者肾脏保护作用的临床研究[J]. 中华危重病急救医学, 2015, 27(5): 371-374.  
 [7] 孙茜, 李银平. 血必净治疗脓毒症凝血功能障碍的研究进展[J]. 中国中西医结合急救杂志, 2014, 21(6): 476-480.  
 [8] 唐丽群, 彭娜, 潘志国, 等. 血必净注射液对严重脓毒症患者凝血指标及预后的影响[J]. 中国中西医结合急救杂志, 2012, 19(3): 132-136.  
 [9] Fried LF, Emanuele N, Zhang JH, et al. Combined angiotensin inhibition for the treatment of diabetic nephropathy [J]. N Engl J Med, 2013, 369(20): 1892-1903.  
 [10] Taniyas BY, Ziyadeh FN. Emerging therapies for diabetic nephropathy patients: beyond blockade of the Renin-Angiotensin system [J]. Nephron Extra, 2012, 2(1): 278-282.  
 [11] Chen LH, Stead B, Advani SL, et al. Hyperglycemia and renal mass ablation synergistically augment albuminuria in the diabetic subtotaly nephrectomized rat: implications for modeling diabetic nephropathy [J]. Nephron Extra, 2012, 2(1): 115-124.  
 [12] 朱征西. 前列地尔治疗慢性肾衰竭的疗效及其机制研究[J]. 中国全科医学, 2012, 15(26): 3058-3061.  
 [13] 刘欢乐. 前列地尔注射液治疗老年糖尿病肾病 34 例的临床疗效观察[J]. 中国老年学杂志, 2012, 32(2): 377-378.

(收稿日期: 2017-05-04 修回日期: 2017-07-22)

• 临床探讨 •

## 围放疗期子宫颈鳞癌患者血清 SCC-Ag 水平变化的研究

贡 鸣<sup>1</sup>, 张 卓<sup>2</sup>, 赵 晶<sup>1</sup>, 李 光<sup>1△</sup>

(1. 中国医科大学附属第一医院放射治疗科, 辽宁沈阳 110001;

2. 辽宁省大石桥市中心医院放射治疗科 115100)

**摘要:**目的 研究围放疗期子宫颈鳞癌血清鳞状上皮细胞癌抗原(SCC-Ag)水平变化。方法 纳入子宫颈鳞癌患者 134 例, 分析其放疗前后的血清 SCC-Ag 改变。结果 134 例子宫颈鳞癌患者中, 体外调强放疗前有 97 例(72.4%)存在血清 SCC-Ag 水平改变情况, 子宫颈鳞癌 I~III 期患者血清 SCC-Ag 阳性率差异无统计学意义( $P>0.05$ ); 体外调强放疗前 I 期、II 期患者血清 SCC-Ag 水平与 III 期患者比较差异有统计学意义( $P<0.05$ ); 腔内后装放疗前、腔内后装放疗后, I~III 期患者血清 SCC-Ag 水平比较差异无统计学意义( $P>0.05$ )。结论 血清 SCC-Ag 检测对于子宫颈鳞癌的诊断有较好的辅助作用, 而对于子宫颈鳞癌发病严重程度的判定不够精确。

**关键词:**子宫颈鳞状细胞癌; 鳞状上皮细胞癌抗原; 放射治疗

**DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2017.22.048 文献标志码: A 文章编号: 1672-9455(2017)22-3400-03**

全球子宫颈癌每年发病患者例数约为 52.8 万例, 死亡例数约 2.6 万例, 是女性第 4 位最常见恶性肿瘤, 总生存率排名

第 7 位<sup>[1]</sup>。临床上常用宫颈癌国际妇产科联盟(FIGO)分期、肿瘤组织学分级和影像学改变来诊断子宫颈癌。鳞状上皮细

△ 通信作者, E-mail: 13804058616@163.com。