

血栓通联合替米沙坦治疗糖尿病肾病 临床观察

陈珊珊 李斐 闫寒冰 赵美玲

糖尿病肾病(diabetic nephropathy, DN)是糖尿病的严重并发症,1型与2型糖尿病发病率分别为30%~40%与15%~20%。早期有效的治疗可控制甚至逆转DN。血栓通注射液联合替米沙坦片治疗DN疗效良好,现报道如下。

一、资料与方法

1. 临床资料:在郑州市金水区总医院住院DN患者72例,均符合1999年美国糖尿病协会糖尿病诊断标准, DN诊断分期采用Mogensen分期标准,排除其他肾病。将72例患者随机分为实验组和对照组。实验组35例,男18例,女17例,平均年龄(51.2±2.8)岁,糖尿病病程(7.3±2.2)年, DN病程(3.5±0.8)年;对照组37例,男19例,女18例,年龄(52.1±3.1)岁,糖尿病病程(7.1±2.7)年, DN病程(3.3±0.9)年。两组患者年龄、性别、糖尿病病程、DN病程比较,差异无统计学意义(P>0.05),具有可比性。结果见表1。

表1 两组一般资料比较

组别	年龄(岁)	性别(男/女)	DM病程(年)	DN病程(年)
对照组	52.1±3.1	19/18	7.1±2.7	3.3±0.9
实验组	51.2±2.8	18/17	7.3±2.2	3.5±0.8

2. 治疗方法:(1)基础治疗:糖尿病教育,控制饮食,适当运动,口服降糖药或胰岛素使空腹血糖维持5~7 mmol·L⁻¹,餐后血糖6~10 mmol·L⁻¹,抗凝药物应用,降压、降脂使其达标。(2)干预治疗:实验组予以0.5 g血栓通针加250 mL生理盐水注射液静脉滴注,每日1次,并每早口服1片替米沙坦片,疗程1个月。对照组每早口服1片替米沙坦片,疗程1个月。

3. 观察项目:观察治疗前后肝肾功能、血常规、出凝血时间、24 h尿蛋白(24 h尿-Alb)、收缩压(SBP)、舒

张压(NBP)、胆固醇(CHO)、甘油三酯(TG)、肌酐(SCr)、尿素氮(BUN)、尿酸(UA),同时观察、记录不良反应。

4. 统计学处理:采用SPSS10.0软件进行统计分析,计量资料以均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,方差齐性分析及正态性检验后,应用t检验或者秩和检验,以P<0.05为差异有统计学意义。

二、结果

1. 治疗前后生化指标比较:治疗后两组血压、SCr、BUN、UA、CHO、TG、24 h尿蛋白均较治疗前明显下降,实验组较对照组下降更为明显,差异均有统计学意义(P<0.05)。结果见表2。

三、讨论

DN发病机制复杂,始于糖代谢障碍所致的血糖过高,在一定遗传背景和获得性危险因子的参与下,启动细胞因子网络,最终造成肾脏损害^[1]。

DN的主要发病因素有:遗传因素、高血糖、高血压、肾脏血流动力学异常和血管活性物质代谢异常等。血糖过高引起代谢改变为DN发生的关键,肾小球滤过率(GFR)上升、高灌注、高滤过对肾脏病变的进展有重大影响。高滤过损害肾小球毛细血管内皮细胞,滤过膜通透性增加,大分子物质渗出系膜区增加,导致肾小球毛细血管基底膜增厚,刺激系膜细胞基质增加,导致肾小球硬化。

高血糖导致肾素-血管紧张素系统(RAS)活性明显升高,RAS的激活对DN的发生、发展起着重要作用。血管紧张素II(AngII)是RAS的主要活性肽,抑制AngII的产生并干扰其作用,一些大型临床研究如RENAAL、IRMAJ及IDNT等已经验证了ARB在DN治疗中的作用,本实验也证实了替米沙坦在DN治疗中的作用。高血压与DN可同时存在,互为因果,形成恶性循

表2 两组治疗前后各项指标对比

组别	例数	SBP(mm Hg)	NBP(mm Hg)	24 h尿-Alb(mg·L ⁻¹)	肌酐(μmol·L ⁻¹)	尿素氮(mmol·L ⁻¹)	TG(mmol·L ⁻¹)	CHO(mmol·L ⁻¹)	
对照组	37	治疗前	159.0±4.95	107.0±5.65	193.0±26.0	96.7±10.9	9.56±3.8	3.66±0.6	5.65±0.74
		治疗后	123.0±3.62 ^a	82.0±3.64 ^a	150.0±24 ^a	80.0±11.6 ^a	8.4±3.6 ^a	1.98±0.53 ^a	3.24±0.76 ^a
实验组	35	治疗前	160.5±5.30	105.0±5.72	196.0±25	99.7±11.9	9.30±3.6	3.56±0.76	5.68±0.82
		治疗后	120.0±3.40 ^{ab}	80.0±3.60 ^{ab}	75.0±26 ^{ab}	79.0±10.7 ^{ab}	7.60±3.7 ^{ab}	1.62±0.27 ^{ab}	2.87±0.60 ^{ab}

注:与本组治疗前比较,^aP<0.05;治疗后组间比较,^bP<0.05

环,替米沙坦减少尿蛋白的另一机制源于其良好的降压效果^[2]。用药过程中没有咳嗽等不良反应发生。

血栓通注射液主要成分为三七 (下转第445页)

· 海外中医药动态 ·

中医药在俄罗斯的发展现状和前景

历史上,俄罗斯没有形成具有自己本民族特色的传统医学。据俄罗斯联邦卫生部的规定,传统医学包括针刺疗法、顺势疗法、按摩、手法疗法、草药疗法、传统诊断、传统保健体系(俄式保健体系、中医保健体系、藏医保健体系、天然疗法)、天然药物治疗等。北宋年间,中药与针灸传入俄罗斯。公元 1368~1644 年,明代中俄接触日益增多,俄国人已开始使用针灸和中草药。公元 1689 年,中俄尼布楚条约签订之后,俄国医学使团在来华学习牛痘接种技术的同时也考察了中国的针灸术。公元 1773 年,俄国的列比奥欣研究并报道草药的收藏与应用,其中包括部分中药。20 世纪 50~70 年代,针灸应用范围渐广,涉及内外妇儿各临床科室。1996 年,叶利钦总统访华时我国专门组织中医为他调养、按摩、治疗,并为其设计了一套养身操,经过一段疗养,他的健康状况大为改观。此事使俄罗斯再次掀起了“中医热”。

中医药以其绿色、自然的特点越来越受到俄罗斯民众的欢迎,在俄罗斯的声音越来越高。但除了针灸以外,其他的中医诊疗在俄罗斯均不合法。中药在治疗某些疾病中有很好的疗效,且副作用低、价格适中,但是俄罗斯医学界却认为,科学研究报告尚未从现代医学角度证明中药疗法的有效性。因此,俄罗斯允许将本国药用植物用于治疗,却不认可中国出产的中药,因此中药在俄罗斯推广的品种还很少。中药进入俄罗斯医药市场主要是近十多年的时间,中药要进入俄罗斯市场,首先要注册申报许可证,主要是通过以下途径进入俄罗斯境内:(1)注册申报许可证后通过合法途径进入市场。目前这类中成药不多,其申报的许可证大都是保健食品许可证。此外,还有多种中国产含中药成分的减肥茶亦按保健品申请许可证进入俄罗斯市

场。(2)另一类是正式申报俄罗斯的药品许可证后进入市场的中成药。由于注册费用高昂,目前此类品种不多。

虽然中医药在俄罗斯发展缓慢,但是,俄罗斯的中医药市场却有很大的发展潜力。海关数据显示,我国对俄罗斯的中药类出口主体为贸易公司。2006~2010 年,中国出口到俄罗斯的中药类产品大约在 400 万到 700 万美元之间,增幅波动较大。其中植物提取物和中成药是主要的出口品种,植物提取物每年的出口金额约在 400 万美元左右,中成药出口则在 200 万美元上下。但是通过边贸、私人携带等方式进入俄罗斯的却远不止这些。

近年来两国卫生交流增多,互信加深,重要的合作内容之一正是传统医药领域,其中包括两国政府就中医师在俄行医许可及中药在俄注册问题;俄方派遣专家到中国进修中医,邀请中国中医专家赴俄讲学;在两国联合举办各种方式的医学研讨会及设立各级各类的中西医科研项目等。2005 年初,以俄罗斯医学科学院、俄罗斯营养医学院、俄罗斯传统医学院等为首的多个医学科研、教学单位共同组建了“俄罗斯东方医学研究院”,并在莫斯科、彼得堡、新西伯利亚建立了中医门诊部作为试点基地。其主要目标是将中医学从临床应用、学术研究、医学教育等多方面通过正式渠道引入俄罗斯,并逐步在俄罗斯普及。现在,中医学已纳入俄罗斯“为了健康的俄罗斯”的全民健康工程。

在 2011 年 2 月召开的全国中医药对外交流与合作会议上,政府有关部门领导提出了进一步推动中医药国际化的发展思路。可以预见,在政府、行业、企业的共同努力下,我国中医药在俄罗斯的发展取得重大突破将指日可待。

(上接第 416 页)

总皂苷,它能降低机体的耗氧量、提高耐缺氧能力、抑制血小板的聚集、降低血液黏稠度,有清除自由基和抗氧化作用,中医学认为三七入肝经,能活血化瘀定痛^[3]。其能减少毛细血管的通透性,改善肾脏微循环,使肾脏循环内阻力下降,增加肾血流量,缓解肾脏缺氧,改善肌酐清除率,延缓肾小球硬化,从而改善肾功能。

本实验中血栓通针与替米沙坦联用尿蛋白的下降程度大于单用替米沙坦,对于血脂的改善也明显优于对

照组,值得临床推广使用。

参 考 文 献

- [1] 朱启星,沈彤,李菁,等. 石墨炉原子吸收光谱法测定儿童末梢血血铅含量[J]. 中华预防医学杂志,2003,37(2):128-130.
- [2] 李永峰,张慧. 替米沙坦联合肠溶阿司匹林治疗早期糖尿病肾病的疗效观察[J]. 中国医药导报,2008,5(20):78-79.
- [3] 钱宏利,周卫青. 血栓通联合甲钴胺注射液治疗糖尿病周围神经病变 30 例[J]. 河南中医,2010,30(5):491-492.

(收稿日期:2011-03-13)