

受性差。本组试验显示 GP 方案近期疗效优于 PF 方案,两组的 RR(60.0% 和 32.1%) 比较差异有统计学意义($P < 0.05$)。同时 GP 方案组的中位进展时间、中位生存期分别为 6.7 个月、13 个月,也优于 PF 方案组(4.5 个月,8 个月),提示 GP 方案较 PF 方案有较好的有效率及生存趋势。

本试验主要毒副反应是骨髓抑制和消化道反应,两组均出现不同程度的 I~IV 度毒副反应,未见 V 度毒副反应。GP 方案组的小血小板减少发生率,尤其是 III 度血小板减少的发生率明显高于 PF 方案组,组间比较差异有统计学意义($P < 0.05$)。但 GP 方案组无血小板减少所致的出血、死亡发生,仅有 1 例给予输注血小板。在白细胞减少、血红蛋白减少及恶心、呕吐等胃肠道毒副反应方面两组之间比较差异无统计学意义($P > 0.05$)。GP 方案组的白细胞减少、血小板减少的发生率分别为 76.0%、48.0%,其中 III~IV 度白细胞减少、III 度血小板减少的发生率分别为 24.0%、16.0%。与文献报告一致^[16]。这提示 GP 方案初次治疗后出现肺转移的患者,毒副反应可逆,能耐受。

综上所述,吉西他滨联合顺铂治疗初次治疗后肺转移鼻咽癌,疗效确切,耐受性好,比经典 PF 方案显示有更好的缓解率和生存质量,是肺转移鼻咽癌的有效化疗方案。但本试验样本小,随访时间短,有待于进一步系统性前瞻性多中心随机临床试验。

参 考 文 献

[1] Lee AW, Sze WM, Joseph SK, Treatment results for nasopharyngeal carcinoma in the modern era: the hong kong experience[J]. Int J Radiation Oncology Biol Phys, 2005, 61(4): 1107-1116.

[2] Leung TW, Tung SY, Sze WK, et al. Treatment results of 1 070 patients with nasopharyngeal carcinoma; an analysis of survival and failure patterns[J]. Head and Neck, 2005, 27(7): 555-565.

[3] Peters GJ, Bergman AM, Ruiz van Hapren VW, et al. Interaction between cisplatin and gemcitabine in vitro and in vivo[J]. Semin Oncol, 1995, 22(Suppl 11): 72-79.

[4] 吴青莲,翁欣然. 鼻咽癌肺转移疗效及预后因素分析[J]. 临床肿瘤杂志, 2004, 9(3): 298-299.

[5] 蔡菊芬. 鼻咽癌的化疗进展[J]. 现代肿瘤医学, 2003, 11(5): 384-388.

[6] Lee AW, Poon YF, Foo W, et al. Retrospective analysis of 5 037 patients with nasopharyngeal carcinoma treated during 1976-1985; overall survival and patterns of failure[J]. Int J Radiat Oncol Biol Phys, 1992, 23(2): 261-270.

[7] Khuri FR, Shin DM, Glisson B, et al. Treatment of patients with recurrent or metastatic squamous cell carcinoma of the head and neck; current status and future directions[J]. Semin Oncol, 2000, 27(8): 25-33.

[8] 潘宏铭,徐农,耿宝琴. 肿瘤内科学诊治策略[M]. 上海:上海科学技术出版社, 2001: 217.

[9] 罗在彬. 吉西他滨联合顺铂治疗放疗、化疗后失败的复发转移鼻咽癌 50 例分析[J]. 广西医学, 2009, 31(1): 71-73.

[10] Heinemann V. Gemcitabine plus cisplatin for the treatment of metastatic breast cancer[J]. Clin Breast-Cancer, 2002, 3(Suppl 1): 24-29.

[11] Foo KF, Tan EH, Leong SS, et al. Gemcitabine in metastatic nasopharyngeal carcinoma of the undifferentiated type[J]. Ann Oncol, 2002, 13(1): 150-156.

[12] Ma BB, Tannock IF, Pond GR, et al. Chemotherapy with gemcitabine containing regimens for locally recurrent or metastatic nasopharyngeal carcinoma[J]. Cancer, 2002, 95(12): 2516-2523.

[13] Ngan PK, Yiu HH, Ian WH, et al. Combination gemcitabine and cisplatin chemotherapy for metastatic or recurrent nasopharyngeal carcinoma; report of a phase II study[J]. Ann Oncol, 2002, 13(8): 1252-1258.

[14] 孙瑞梅,李晓红,奚艳. 吉西他滨联合顺铂治疗 25 例中晚期鼻咽癌临床观察[J]. 中国癌症杂志, 2005, 15(5): 503-504.

[15] 刘通,冯丽丽,池桂玲. 健择加顺铂联合化疗治疗晚期鼻咽癌的疗效观察[J]. 河北医学, 2008, 14(5): 556-558.

[16] 胡玥,刘汉锋. 吉西他滨联合顺铂治疗 20 例复发、转移鼻咽癌[J]. 肿瘤学杂志, 2009, 15(1): 82-83.

(收稿日期:2009-03-17 修回日期:2009-04-19)

缬沙坦联合黄芪注射液治疗早期糖尿病肾病 28 例的临床观察

徐子欣

(广西医科大第九附属医院、广西北海市人民医院肾内科,北海市 536000)

【摘要】 目的 探讨缬沙坦联合黄芪注射液治疗早期糖尿病肾病(DN)的疗效及机制。方法 选择早期 DN 患者 56 例,随机分为治疗组和对照组,各 28 例。两组均给予胰岛素控制血糖及缬沙坦 80 mg/d;治疗组加用黄芪注射液静滴。比较两组尿蛋白排泄率(UAER)、尿 β_2 微球蛋白(β_2 -MG)、血压、空腹血糖、血肌酐(Scr)、尿素氮(BUN)、总胆固醇(TG)、甘油三酯(TC)的变化。结果 治疗后两组 UAER、 β_2 -MG 明显下降,且治疗组下降优于对照组($P < 0.05$)。血压、血糖治疗后明显下降,但两组治疗后比较无统计学意义($P > 0.05$)。BUN、Scr 对照组治疗前后比较差异无统计学意义($P > 0.05$),而治疗组治疗前后比较差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论 缬沙坦联合黄芪注射液治疗早期糖尿病肾病疗效显著,可有效控制和延缓 DN 的发展。

【关键词】 糖尿病肾病;黄芪注射液;缬沙坦

【中图分类号】 R 587.2 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 0253-4304(2009)06-0811-03

糖尿病肾病(diabetic nephropathy, DN)是糖尿病(DM)常见而严重的微血管并发症,也是糖尿病患者的主要死亡原因之一。DN 患者一旦出现则临床蛋白尿难以逆转,因此,早期

治疗具有重大意义^[1]。本研究主要探讨缬沙坦联合黄芪注射液治疗早期 DN 的疗效及可能机制。

1 资料与方法

1.1 临床资料 选择2004年6月至2007年6月在我科住院的2型糖尿病56例,病例符合1999年WHO糖尿病的诊疗标准。按mogen sen DN分期标准,诊断为DNⅢ期,即微量蛋白尿期,尿蛋白排泄率(VAER)20~200 μg/min,持续3个月。将56例患者随机分为两组:治疗组28例,男13例,女11例;年龄34~67(49.8±13.1)岁,病程6~21(12.3±6.8)年。对照组28例,男14例,女14例,年龄35~68(48.6±13.7)岁;病程7~22(14.6±7.8)年。两组高血压均发现于糖尿病之后,并除外发热、感染、心衰、糖尿病酮症酸中毒、肾毒性药物应用和其他肾病如原发性肾病综合征、急性或慢性肾小球肾炎、肾动脉狭窄等。两组患者在性别、年龄、病程、病情等差异无统计学意义($P>0.05$)。

1.2 治疗方法 两组患者均使用胰岛素控制血糖,治疗前后患者的饮食、活动量无较大变动。两组患者均口服缬沙坦80 mg/d;治疗组在上述治疗的基础上加用黄芪注射液40 ml,加入生理盐水250 ml静滴,1次/d。2周为1个疗程,连续2个疗程。

1.3 观察指标 两组分别于治疗前后测定尿微量白蛋白排

表1 两组治疗前后尿UAER及β₂-MG变化($\bar{x}\pm s$)

指标	对照组(n=28)		t值	P值	治疗组(n=28)		t值	P值
	治疗前	治疗后			治疗前	治疗后		
尿UAER(μg/min)	109.6±23.8	73.6±25.3	5.484	0.000	114.8±22.3	56.3±26.3	8.977	0.000
尿β ₂ -MG(ng/ml)	301.4±47.8	273.8±49.5	2.122	0.038	315.7±40.1	263.2±43.6	4.689	0.000

2.2 两组治疗前后血压、血糖变化比较 两组治疗前收缩压、舒张压和空腹血糖比较,差异均无统计学意义($P>0.05$)。两组治疗后血压、血糖均下降,与治疗前比较差异有统计学意义($P<0.05$),但两组间比较差异无统计学意义($P>0.05$)。

表2 两组治疗前后血压、血糖变化($\bar{x}\pm s$)

指标	对照组(n=28)		t值	P值	治疗组(n=28)		t值	P值
	治疗前	治疗后			治疗前	治疗后		
收缩压(mmHg)	169±14	129±11	11.888	0.000	173±13	134±12	13.758	0.000
舒张压(mmHg)	104±12	79±10	8.469	0.000	106±11	77±13	9.011	0.000
空腹血糖(mmol/L)	9.83±0.43	6.71±0.48	25.412	0.000	9.86±0.36	6.73±0.52	27.861	0.000

2.3 两组治疗前后尿素氮、肌酐及总胆固醇、甘油三酯变化比较 两组治疗前BUN、SCr、TG、TC比较差异均无统计学意义($P>0.05$)。治疗后对照组BUN、SCr、TG、TC指标无明显变化($P>0.05$)。治疗组BUN和SCr明显下降($P<0.01$);但TG和TC治疗前、后比较差异均无统计学意义($P>0.05$)。见表3。

表3 两组治疗前后BUN、SCr及TG、TC变化($\bar{x}\pm s$)

指标	对照组(n=28)		t值	P值	治疗组(n=28)		t值	P值
	治疗前	治疗后			治疗前	治疗后		
BUN(mmol/L)	10.15±1.82	9.52±1.31	1.957	0.055	10.63±1.75	9.74±1.48	2.055	0.045
SCr(μmol/L)	129.16±38.62	110.90±37.13	1.211	0.231	133.54±35.62	112.73±32.41	2.286	0.026
TG(mmol/L)	3.54±1.72	3.48±1.61	0.135	0.891	3.46±1.50	3.39±1.45	0.685	0.496
TC(mmol/L)	6.22±0.73	6.03±1.06	0.781	0.438	6.15±0.53	6.00±0.99	1.649	0.105

3 讨论

糖尿病肾病是糖尿病的严重并发症,也是糖尿病人的主要死亡原因之一。在糖尿病患者中肾素血管紧张素-醛固酮系统(RAS)在糖尿病肾病的发病机制中起重要作用,高血糖可以激活RAS系统,诱导转化生长因子β(TGF-β)的表达,而

泄率(UAER)、β₂微球蛋白(β₂-MG)、血压、空腹血糖(FPG)、肌酐(SCr)、尿素氮(BUN)、总胆固醇(TG)、甘油三酯(TC)水平变化,并观察有无不良反应。

1.4 统计学处理 应用SPSS 11.0系统软件进行统计分析。计量资料以 $\bar{x}\pm s$ 表示,组间及治疗前、后比较采用成组设计t检验;治疗前后比较采用配对t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、后尿UAER和β₂-MG比较 两组患者治疗前尿UAER和β₂-MG比较差异均无统计学意义($P>0.05$)。治疗后两组尿UAER、β₂-MG均明显下降($P<0.05$),但治疗组优于对照组($P<0.05$)。见表1。

治疗组治疗后尿UAER下降了(58.5±9.6) μg/min,对照组下降了(36.0±4.3) μg/min,差异有统计学意义($t=11.318$, $P=0.000$)。尿β₂-MG下降了(52.5±8.6) μg/ml,而对照组下降了(27.6±3.3) μg/ml,差异有统计学意义($t=14.304$, $P=0.000$)。

见表2。两组收缩压、舒张压和空腹血糖的治疗前后差值比较,差异均无统计学意义(t 分别为0.325、1.573、0.112, P 分别为0.746、0.122、0.912)。

这又可导致肾小球硬化和小管间质纤维化^[2]。RAS系统活性的激活所引起的血流动力学的改变也是糖尿病肾病发病机制之一^[3]。RAS系统中血管紧张素Ⅱ具有收缩血管作用,可以影响肾血流动力学,增加醛固酮的分泌,促进血栓形成、炎症反应及氧化应激^[4]。血管紧张素受体(ARB)能与AT₁受体特异性、竞争性结合,有效阻断AngⅡ的作用,使激活的RAS系统得到抑制,从而起到降血压、降低尿蛋白的排泄等作用,延

缓DN的进展。缬沙坦属高选择性Ang II受体拮抗剂,具有高选择性阻断AT₁受体,抑制Ang II促血管收缩和醛固酮分泌效应^[5]。本组结果表明缬沙坦可以显著改善早期糖尿病肾病的尿UAER和尿β₂-MG水平,这和Giancarlo等^[6]的结果一致。

黄芪为豆科多年生草本植物黄芪的根,含有黄芪皂苷、黄芪多糖、氨基酸、微量元素硒等成分,具有补气升阳、益气健脾,利水消肿等功效,对肾小球基底膜电荷屏障和机械屏障均有保护作用,其保护肾功能的作用已得到广泛证实^[7,8]。研究表明黄芪注射液可扩张血管增加肾血流量,抑制肾脏分泌NO合成,从而纠正早期DN的肾脏高灌注、高滤过;其富含的微量元素硒对肾小球基底膜电荷屏障和机械屏障具有保护作用^[9]。

本研究表明,缬沙坦与黄芪注射液联合应用可以更加有效地减少早期糖尿病肾病蛋白排泄,降低β₂-MG,改善肾功能,给药期间无明显副作用,安全有效。

参 考 文 献

[1] 李剑平,贾学林,李群,等.糖肾灵联合替米沙坦治疗早期糖尿病肾病的临床研究[J].中国中西医结合杂志,2006,26(5):415-418.

- [2] Wittmann I, Degrell P, Komaromy A, et al. The role of angiotensin II AT₁-receptor antagonists in renal and cardiac protection I type 2 diabetes mellitus [J]. Ital Heart J Suppl, 2003, 4(3): 210-216.
- [3] Parving HH, Andersen S, Jacobsen P, et al. Angiotensin receptor-blockers in diabetic nephropathy: real and cardiovascular end points [J]. Nephrol, 2004, 24(2): 147-157.
- [4] Sonkodi S, Mogyorosi A. Treatment of diabetic nephropathy with angiotensin II blockers [J]. Nephrol Dial Transplant, 2003, 18(suppl5): 21-23.
- [5] 赖敏.缬沙坦联用依那普利治疗老年单纯收缩期高血压的疗效观察[J].广西医学,2007,29(5):671-672.
- [6] Viberti G, Wheelton NM. Microalbuminuria reduction with valsartan in patients with type 2 diabetes mellitus [J]. Circulation, 2002, 106(6): 672-678.
- [7] 宋登海,吴燕.黄芪的临床研究进展[J].医学综述,2001,7(7):439-440.
- [8] 焦青莲.黄芪血管通注射液与厄贝沙坦联合应用治疗早期糖尿病肾病疗效观察[J].广西医学,2004,26(10):1484-1485.
- [9] 王光浩,张敬芳,杨雪琴.黄芪注射液治疗糖尿病肾病的实验研究[J].微循环杂志,2007,17(1):20-21.

(收稿日期:2009-03-21 修回日期:2009-04-23)

胰岛素泵强化治疗2型糖尿病32例的临床观察

梁瑞勇

(广西武宣县人民医院内科,武宣县 545900)

【摘要】目的 观察短期胰岛素泵(CSII)与多次皮下注射胰岛素(MSII)强化治疗2型糖尿病的临床疗效与安全性。**方法** 将口服药物治疗血糖控制不佳的2型糖尿病患者63例分为两组,分别给予CSII($n=32$)和MSII($n=31$)进行短期强化治疗,比较两组治疗后血糖达标时间、空腹血糖(FPG)、餐后2h血糖(2hPG)、全天血糖波动值、达标时胰岛素用量、治疗2周时胰岛素用量及低血糖情况。**结果** 治疗后CSII组血糖达标时间、FPG、2hPG、全天血糖波动值、达标时胰岛素用量及治疗2周时胰岛素用量均低于MSII组($P<0.05$)。CSII组低血糖例次明显少于MSII组($P<0.01$)。**结论** 两种胰岛素强化治疗均能有效控制口服药物治疗失败的2型糖尿病患者的血糖,但与MSII对比,CSII治疗控制血糖达标时间更短,达标时胰岛素用量更少,全天血糖波动值更小,低血糖发生率更低,更安全、有效。

【关键词】 2型糖尿病;诺和灵R胰岛素泵;胰岛素;强化治疗

【中图分类号】 R 587.1 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 0253-4304(2009)06-0813-02

2型糖尿病是以高血糖为特征的一种代谢性疾病,其慢性并发症是导致2型糖尿病患者致死、致残的主要原因。良好的血糖控制是防止或延缓糖尿病慢性并发症的关键。胰岛素分泌缺陷和胰岛素抵抗是2型糖尿病的主要发病机制,高糖毒性可加速胰岛素B细胞功能衰竭。胰岛素强化治疗可使血糖得到快速控制,从而尽快解除高糖毒性对胰岛素B细胞的损害,并预防或减少糖尿病并发症的发生、发展。因此,对于2型糖尿病患者强化治疗使血糖控制达标具有重要意义。胰岛素强化治疗方式有胰岛素泵连续皮下胰岛素输注和传统的胰岛素皮下多次注射两种。与传统注射相比,胰岛素泵给药可相对模拟正常生理性胰岛素分泌曲线。本研究通过对住院的血糖控制较差的2型糖尿病患者进行短期胰岛素强化治疗,比较两种治疗方案的有效性与安全性。

1 资料与方法

1.1 临床资料 选取2005年1月至2008年5月在我院住院的2型糖尿病患者63例,均经饮食、运动和多种口服降糖药治疗3个月以上,血糖控制不佳者,空腹血糖(FPG) >7.0 mmol/L和(或)餐后2h血糖(2hPG) >10.0 mmol/L,糖化血红蛋白(HbA_{1c}) $>7.5\%$ 。按数字随机表法将患者分为两组:胰岛素泵连续皮下胰岛素输注组(CSII组)32例,男17例,女15例,年龄34~68(50.2 ± 6.8)岁。病程(9.6 ± 8.1)年,体重指数(BMI)(25.0 ± 4.5) kg, FPG(11.9 ± 2.4) mmol/L, 2hPG(15.8 ± 4.3) mmol/L, HbA_{1c}(9.1 ± 2.5)%。胰岛素多次皮下注射组(MSII组)31例,男16例,女15例,年龄33~69(50.4 ± 7.1)岁,病程(9.5 ± 7.9)年, BMI(24.9 ± 4.3), FPG(12.1 ± 2.9) mmol/L, 2hPG(15.2 ± 4.5) mmol/L, HbA_{1c}