

蒙洛英、曲马多联合应用治疗结石性肾绞痛 135例临床研究

代睿欣¹,李海凤²,何宜斌¹,刘石勇¹

(1.广东省中医院急诊外科,广东广州 510120;2.广州中医药大学第一附属医院影像科,广东广州 510405)

[摘要] 目的:观察分别肌注蒙洛英、曲马多及两者联合用药治疗肾绞痛的临床疗效。方法:将350例肾绞痛患者随机分为3组。曲马多组105例,肌注曲马多针100 mg;蒙洛英组110例,肌注蒙洛英针2 ml(其中含双氯芬酸钠25 mg、对乙酰氨基酚150 mg);联合用药组135例,肌注曲马多针100 mg、蒙洛英针2 ml。结果:曲马多组显效81例,有效18例,无效3例,显效率77.14%;蒙洛英组显效99例,有效10例,无效1例,显效率90%;联合用药组显效135例,所有病例20 min内均完全止痛,显效率100%。Ridit分析提示3组间疗效均存在显著性差异。结论:蒙洛英、曲马多联合应用治疗肾绞痛起效快,止痛效果好。

[关键词] 肾绞痛;曲马多;蒙洛英

[中图分类号] R692

[文献标识码] B

[文章编号] 1673-7210(2007)08(b)-053-02

肾绞痛是常见的泌尿外科急症之一,临床处理主要以解痉镇痛治疗为主。由于诊治过程中对医院的设备要求不高,所以从基层门诊到大型综合医院均有病例报道,近20年来国内相关的临床报道大约有2 000篇。回顾这些临床报道,我们可以发现:大多数的研究都集中在药物注射(包括穴位注射)、针灸、ESWL以及手术治疗等几个方面,目的都是解决疼痛的症状,当然也有处理原发病灶的(如手术取石等)治疗。其中,一部分病人顽固性疼痛以及疼痛短时间内难以缓解逐渐成为治疗的难点。传统的治疗方法是加用或加大麻醉药品(如度冷丁、吗啡)的用量,或者采用急诊ESWL或手术治疗,前者反复应用容易导致成瘾,后者虽然可以对结石做积极的处理,但是对结石较小且病程较短者则不完全适合,而且费用较高,具有一定的创伤性。为此,针对这一难点,我院提出蒙洛英联合曲马多治疗肾绞痛的诊疗方案,并于2006年6月~2007年6月间治疗肾绞痛患者135例,取得满意疗效,现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料

本临床研究共350例。其中曲马多组105例患者,男性65例,女性40例,年龄18~75岁,平均(37.76±12.71)岁;发病时间1~15 h,平均(5.32±3.75)h;根据语言描述评分法(verbal rating scale, VRS),中度疼痛者43例,重度疼痛者61例;影像学检查提示(肾绞痛发作侧,下文均同):肾结石39例,输尿管结石66例,同时伴有输尿管及肾结石者4例,单纯输尿管扩张者28例,伴肾盂扩张者35例,其中轻~中度肾盂积水33例,重度积水者2例。蒙洛英组110例患者,男性69例,女性41例,年龄17~80岁,平均(38.4±13.7)岁;发病时间0.5~14 h,平均(5.58±3.64)h;根据VRS评分法,中度疼痛者45例,

重度疼痛者65例;影像学检查提示:肾结石42例,输尿管结石68例,同时伴有输尿管及肾结石者5例,单纯输尿管扩张者25例,伴肾盂扩张者40例,其中轻~中度肾盂积水39例,重度积水者1例。联合用药组135例,男性83例,女性52例,年龄18~79岁,平均(38.3±13.9)岁;发病时间1~18 h,平均(5.3±3.42)h;根据VRS评分法,中度疼痛者51例,重度疼痛者84例;影像学检查提示:肾结石45例,输尿管结石90例,同时伴有输尿管及肾结石者5例,单纯输尿管扩张者39例,伴肾盂扩张者40例,其中轻~中度肾盂积水33例,重度积水者2例。3组在性别、年龄、肾绞痛病程、疼痛程度等方面比较均无显著性差异($P>0.05$),具有可比性。

1.2 纳入标准

符合肾绞痛诊断,且根据VRS评分法属于中度疼痛或剧烈疼痛者纳入本临床观察,并除孕妇、合并其他急腹症和存在明显感染者。

1.3 治疗方法

将350例肾绞痛患者随机分为3组,曲马多组肌注曲马多针100 mg;蒙洛英组肌注蒙洛英针2 ml;联合用药组肌注曲马多针100 mg、蒙洛英针2 ml(曲马多针由德国格兰泰公司生产,2 ml/支,其中含盐酸曲马多100 mg;蒙洛英由广州白云山明兴制药有限公司生产,2 ml/支,其中含双氯芬酸钠25 mg、对乙酰氨基酚150 mg)。

1.4 疗效判定标准及观察指标

①显效:给药后30 min内疼痛消失;②有效:用药30 min内疼痛明显减轻或用药后30~60 min疼痛基本消失;③无效:给药60 min后疼痛无明显缓解或加重。观察治疗过程中,三组的开始止痛时间、完全缓解时间、不良反应发生情况如头昏、头痛、口干、多汗、心悸、乏力、尿潴留等。

血糖高度相关,与空腹血糖无关。由此可见,阿卡波糖独特的降糖机制填补了有效控制餐后血糖的空白,对强化血糖治疗提供了不可缺少的、强有力的武器。

[参考文献]

[1] 陈灏珠.实用内科学[M].第6版.北京:人民卫生出版社,2001.45.

[2] 罗敏.葡萄糖毒性和脂肪毒性作用[J].中国糖尿病杂志,2000,8(增刊):31.
[3] 贾伟平,项坤三,陆俊茜,等.中国人糖耐量异常与胰岛素抵抗和胰岛素分泌[J].中国糖尿病杂志,2000,8(2):67-71.

(收稿日期:2007-06-21)

1.5 统计方法

各数据均经 SPSS10.0 统计软件分析。计量资料以均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示。组间数据采用两独立样本 *t* 检验;计数数据组间比较采用 Ridit 分析。

2 结果

曲马多组显效率 77.14%;蒙洛英组显效率 90%;联合用药组显效 135 例,所有病例 30 min 内均完全止痛,显效率 100%。Ridit 分析提示:三组间疗效均存在显著性差异(表 1)。

表 1 3 组疗效判定表(例)

组别	n	镇痛效果		
		显效	有效	无效
曲马多组	105	81	18	3
蒙洛英组	110	99	10	1
联合用药组	135	135	0	0

在肾绞痛开始缓解时间方面,*t* 检验提示:前两组间比较无显著性差异($P>0.05$),前两组与联合用药组比较存在显著性差异($P<0.05$)。疼痛完全缓解时间方面,*t* 检验提示:三组间均存在显著性差异($P<0.05$)(表 2)。

表 2 疼痛缓解时间表($\bar{x} \pm s$)

组别	n	镇痛效果	
		痛开始缓解时间(min)	痛完全缓解时间(min)
曲马多组	102	15.56±4.36	33.18±10.15
蒙洛英组	109	12.13±5.56	25.12±8.18
联合用药组	135	5.12±2.25	10.21±5.15

观察用药后 60 min 内患者出现的消化道副作用(如恶心、呕吐、腹胀、腹泻)、神经系统副作用(如头昏、头痛)以及其他副作用(如多汗、口干、心动过速等)等,发现:曲马多组副作用主要表现在消化道及神经系统,以恶心、呕吐及头昏、疲乏为主,腹胀腹泻及头痛者少见;蒙洛英组则主要表现为多汗及口干,消化道及神经系统副作用少见;两组间比较存在显著性差异($P<0.05$)。联合用药组消化道及神经系统副作用与曲马多组比较无显著性差异($P>0.05$),多汗及口干副作用与蒙洛英组比较无显著性差异($P>0.05$),见表 3。所有三组患者出现的副反应均于 120 min 内自行缓解。

表 3 副作用发生的表现(例)

组别	n	主要副作用表现			
		恶心、呕吐	头痛、头昏	多汗	口干
曲马多组	105	15	11	9	9
蒙洛英组	110	3	4	29	15
联合用药组	135	5	8	33	14

3 讨论

非甾体类消炎药“双氯芬酸钠”可作为治疗肾绞痛的首选。肾绞痛主要是由于某种病因使肾盂、输尿管平滑肌痉挛或管腔的部分梗阻,导致肾内前列腺素释放,引起输尿管平滑肌痉挛、肾血流量增加,并通过拮抗抗利尿激素的作用,使

尿量呈相对增加趋势,肾盂、输尿管内压急剧增高所致。双氯芬酸钠可竞争性地抑制花生四烯酸代谢途径中的环氧化酶,阻止花生四烯酸转化为前列腺素,通过抑制前列腺素的合成和释放,降低机体痛觉受体对炎症性刺激的敏感性和提高机体的痛觉阈值。2006 年欧洲泌尿外科年会中指出:对双氯芬酸钠和 spasmofen(一种麻醉镇痛药)的双盲研究显示:双氯芬酸钠的效果好且副作用少^[1]。在另一项使用安慰剂的双盲研究中^[2],双氯芬酸钠的治疗效果同样被明确证实。而且,当给予非甾体类消炎药时,肾绞痛患者的输尿管阻力指数将会减小^[3]。一项双盲、安慰剂对照的研究显示:在肾绞痛发作的前 7 天中,给予双氯芬酸钠 50 mg,一日 3 次,其肾绞痛的复发显著减少。在治疗的前 4 天给药,治疗效果最为显著^[4]。对于有希望可以自行排石的输尿管结石患者来说,给予双氯芬酸钠的栓剂或片剂,50 mg,一日 2 次,3~10 d,可有效缩短炎症过程、减少疼痛复发的风险。尽管对于一个已经存在肾功能不全的患者来说,双氯芬酸钠会对其肾功能产生不良影响,但对于功能正常的肾并无影响^[5]。

蒙洛英、曲马多联合用药有助于镇痛起效时间。肾绞痛是临床常见的急症,患者常因疼痛难忍就诊,快速镇痛是处理的主要原则,因此镇痛起效时间就成了一项衡量药物是否理想的指标。通过本临床研究发现,蒙洛英、曲马多合用具有镇痛效果明显优于单独用药,镇痛起效时间快,镇痛效果好的优点。笔者认为:这与曲马多对中枢神经系统相关受体作用及蒙洛英抑制前列腺素合成、释放的协同作用有关。

本试验研究有 4 例无效病例,影像学检查提示:结石多嵌顿于输尿管骑跨血管处及入膀胱处,后经 ESWL 及急诊输尿管镜气压弹道碎石取石后症状解除。由此,笔者认为:在临床诊治过程中,结合影像学资料,对因某些原因(如输尿管结石、肿瘤等)引起肾盂、输尿管内持续高压者,应考虑其他手段^[6,7]。

【参考文献】

- [1] Laerum E, Ommundsen OE, Gronseth JE, et al. Oral diclofenac in the prophylactic treatment of recurrent renal colic. A double-blind comparison with placebo[J]. Eur Urol, 1995, 28: 108-111.
- [2] Lundstam SO, Leissner KH, Wähler LA, et al. Prostaglandin-synthetase inhibition of diclofenac sodium in the treatment of renal colic: comparison with use of a narcotic analgesic[J]. Lancet, 1982, 1: 1096-1097.
- [3] Walden M, Lahtinen J, Elvander E. Analgesic effect and tolerance of ketoprofen and diclofenac in acute ureteral colic[J]. Scand J Urol Nephrol, 1993, 27: 323-325.
- [4] Cohen E, Hafner R, Rotenberg Z, et al. Comparison of ketorolac and diclofenac in the treatment of renal colic[J]. Eur J Clin Pharmacol, 1998, 54: 455-458.
- [5] Shokeir AA, Abdulmaaboud M, Farage Y, et al. Resistive index in renal colic: the effect of nonsteroidal anti-inflammatory drugs [J]. BJU Int, 1999, 84: 249-251.
- [6] 马玉生, 杨国强, 许孝新. ESWL 急诊治疗输尿管结石并肾绞痛 256 例[J]. 现代泌尿外科杂志, 2005, 10(6): 353.
- [7] 盛旭俊, 黄云腾, 陈建华. 急诊输尿管镜钬激光碎石治疗输尿管下段结石急性肾绞痛[J]. 临床泌尿外科杂志, 2006, 21(1): 42-43.

(收稿日期: 2007-06-22)