

〔文章编号〕 1007-0893(2021)05-0165-02

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2021.05.074

药物联用对肾病综合征患者肾功能指标的影响

张瑞霞 宋 琼

(新乡市第一人民医院, 河南 新乡 453000)

〔摘要〕 目的: 探讨雷公藤多甙片联合泼尼松对肾病综合征的治疗效果。方法: 选取 80 例于 2018 年 6 月至 2019 年 6 月在新乡市第一人民医院接受诊治的肾病综合征患者进行研究, 采用随机数字表法分成对照组和观察组, 各 40 例。分别用泼尼松和雷公藤多甙片联合泼尼松治疗方案, 比较两组患者的疾病总缓解率、治疗前后炎症因子水平和肾功能指标。结果: 观察组患者治疗总缓解率为 95.00%, 明显高于对照组的 77.50%, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$); 治疗前两组患者的炎症因子水平比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。治疗后观察组患者炎症因子水平低于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$); 治疗前两组患者的肾功能指标比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。治疗后观察组患者的肾功能指标优于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论: 在肾病综合征的治疗中使用雷公藤多甙片与泼尼松, 可促进疾病治疗效果的提升, 调节炎症因子作用明显, 可改善患者肾功能。

〔关键词〕 肾病综合征; 雷公藤多甙片; 泼尼松

〔中图分类号〕 R 692 〔文献标识码〕 B

肾病综合征是肾内科常见的疾病类型, 疾病发作时以蛋白尿、水肿、低蛋白血症、高脂血症为主要表现, 患者肾小球滤过率下降, 基底膜通透性增加, 疾病发展快、复发率和死亡率都比较高。若不予以患者及时有效的治疗措施, 可使原有疾病进一步发展, 导致患者少尿、无尿甚至是肾功能衰竭, 对患者生命安全威胁极大^[1-2]。药物方案是治疗此病的有效措施, 可缓解症状, 控制原有疾病进一步发展^[3]。在此基础上, 本研究对肾病综合征患者实施雷公藤多甙片联合泼尼松治疗方案, 详情如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 80 例于 2018 年 6 月至 2019 年 6 月在本院接受诊治的肾病综合征患者进行研究, 采用随机数字表法分成对照组和观察组, 各 40 例。对照组男性 22 例, 女性 18 例, 年龄 22~75 岁, 平均年龄 (50.24 ± 4.45) 岁, 病程 2~25 个月, 平均病程 (14.72 ± 3.21) 个月。观察组男 20 例, 女 20 例, 年龄 24~69 岁, 平均年龄 (50.32 ± 4.48) 岁, 病程 1~27 个月, 平均病程 (14.81 ± 3.27) 个月。两组患者一般资料比较, 差异均无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 病例选择

1.2.1 纳入标准 (1) 经实验室检查确诊为肾病综合征^[4]; (2) 患者年龄不低于 20 岁; (3) 对雷公藤多甙片和泼尼松不过敏; (4) 患者知情同意本研究, 自愿参与。

1.2.2 排除标准 (1) 实质性脏器功能异常者;

(2) 合并其他类型肾脏疾病者; (3) 现阶段行其他治疗者; (4) 精神状态不佳, 配合度差者。

1.3 方法

1.3.1 对照组 用醋酸泼尼松 (天津天药药业股份有限公司, 国药准字 H12020689), 晨起顿服, 剂量为 $0.5 \text{ mg} \cdot \text{kg}^{-1} \cdot \text{d}^{-1}$, 持续治疗 8~12 周, 按照每 1~2 周递减 5 mg 的速率减少用量, 直至用量降至 $5 \text{ mg} \cdot \text{d}^{-1}$, 继续治疗 6 个月, 每日最大给药量应在 60 mg 以内。

1.3.2 观察组 在此基础上联用雷公藤多甙片 (广东华南药业集团有限公司, 国药准字 Z44023753), 每次 20 mg , 每日 3 次, 给药 3~6 个月后, 给药量由每日 3 次降至每日 2 次。用药 6 个月后, 可调整为 $10 \text{ mg} \cdot \text{次}^{-1}$, 每日 3 次。

1.4 观察指标

1.4.1 疗效判定 经治疗, 患者肾功能基本恢复或改善明显, 血清白蛋白水平超出 $35 \text{ g} \cdot \text{L}^{-1}$, 蛋白尿水平不超过 $0.2 \text{ g} \cdot 24 \text{ h}^{-1}$ 为完全缓解; 患者治疗后肾功能有所改善, 蛋白尿下降幅度不低于 50%, 蛋白尿水平在 $0.2 \sim 3.4 \text{ g} \cdot 24 \text{ h}^{-1}$ 为部分缓解; 治疗效果未及上述标准或病情朝着更严重的方向发展为无效。治疗缓解率 = (完全缓解 + 部分缓解) / 总例数 $\times 100\%$ ^[5]。

1.4.2 治疗前后炎症因子 对两组患者治疗前和治疗后空腹状态下抽取 3 mL 静脉血, 置于医用离心机以 $3000 \text{ r} \cdot \text{min}^{-1}$ 的速度离心处理, 取上层清液, 用全自动生化分析仪测定超敏 C 反应蛋白、肿瘤坏死因子 $-\alpha$ 和白细胞介素 -6 水平。

1.4.3 治疗前后肾功能 比较对照组和观察组治疗前后

〔收稿日期〕 2020-12-07

〔作者简介〕 张瑞霞, 女, 主治医师, 主要研究方向是肾脏病方面。

血肌酐、尿素氮和 24 h 尿蛋白水平。

1.5 统计学方法

采用 SPSS 22.0 软件进行数据处理，计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示，采用 *t* 检验，计数资料用百分比表示，采用 χ^2 检验， $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者治疗总缓解率比较

观察组患者治疗总缓解率为 95.00%，明显高于对照组的 77.50%，差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)，见表 1。

表 1 两组患者治疗总缓解率比较 ($n = 40, n(\%)$)

组别	完全缓解	部分缓解	无效	总缓解
对照组	14(35.00)	17(42.50)	9(22.50)	31(77.50)
观察组	18(45.00)	20(50.00)	2(5.00)	38(95.00) ^a

与对照组比较，^a $P < 0.05$

2.2 两组患者治疗前后炎症因子水平比较

治疗前两组患者的炎症因子水平比较，差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。治疗后观察组患者炎症因子水平低于对照组，差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)，见表 2。

表 2 两组患者治疗前后炎症因子水平比较 ($n = 40, \bar{x} \pm s$)

组别	时间	超敏 C 反应蛋白 / $\text{mg} \cdot \text{L}^{-1}$	肿瘤坏死因子 $-\alpha / \text{ng} \cdot \text{L}^{-1}$	白细胞介素 $-6 / \text{g} \cdot \text{L}^{-1}$
对照组	治疗前	9.32 ± 1.45	116.54 ± 33.27	154.27 ± 48.36
	治疗后	6.27 ± 1.15	100.28 ± 32.74	130.52 ± 42.32
观察组	治疗前	9.36 ± 1.48	116.21 ± 33.12	155.18 ± 49.21
	治疗后	5.56 ± 1.32 ^b	84.54 ± 29.68 ^b	108.44 ± 32.75 ^b

与对照组治疗后比较，^b $P < 0.05$

2.3 两组患者治疗前后肾功能指标比较

治疗前两组患者的肾功能指标比较，差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。治疗后观察组患者的肾功能指标优于对照组，差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)，见表 3。

表 3 两组患者治疗前后肾功能指标比较 ($n = 40, \bar{x} \pm s$)

组别	时间	血肌酐 / $\mu\text{mol} \cdot \text{L}^{-1}$	尿素氮 / $\text{mmol} \cdot \text{L}^{-1}$	24 h 尿蛋白 / $\text{g} \cdot \text{L}^{-1}$
对照组	治疗前	100.24 ± 22.56	8.82 ± 1.65	1.92 ± 0.45
	治疗后	95.21 ± 20.32	8.56 ± 1.12	1.21 ± 0.24
观察组	治疗前	100.78 ± 22.81	8.77 ± 1.60	1.95 ± 0.48
	治疗后	82.78 ± 18.54 ^c	7.85 ± 1.08 ^c	1.08 ± 0.16 ^c

与对照组治疗后比较，^c $P < 0.05$

3 讨论

近些年来，肾病综合征发病率呈现出明显的上升趋势，它是慢性肾脏病恶化的结果，该疾病的存在与感染、遗传和免疫因素密切相关，对患者身体状况和生命安全有着严重影响。临床工作者治疗此病时，应采取对症治疗措施，以降低

蛋白尿，提高患者肾功能为目标^[6]。免疫抑制剂和糖皮质激素是治疗此病的常用药物，但药物敏感性高，应范围受限，难以获得理想的治疗效果。

现阶段，泼尼松在肾脏综合征的治疗中被广泛应用，可对炎症渗出起到明显的防范作用，抗炎作用明显，也可发挥抗过敏的功效。除此之外，泼尼松可结合细胞内相应受体，形成复合物后进入细胞核后结合 DNA 上反应元件，进而对炎症介质的基因转录予以调整，在此基础上对炎症介质因子释放进行抑制^[7]。然而单独使用泼尼松需长时间用药，可因用药量过大导致患者出现骨质疏松等并发症，停药后复发率高。雷公藤多甙片抗炎和调节免疫作用明显，可对 T 细胞增殖起到明显的抑制作用，有助于恢复肾小球毛细血管壁负电荷，进而降低毛细血管通透性，缓解蛋白尿和水肿症状，进而控制肾纤维化发展进程^[8]。

本研究数据显示，观察组患者治疗总缓解率为 95.00%，明显高于对照组的 77.50%，差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)；治疗前两组患者的炎症因子水平比较，差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。治疗后观察组患者炎症因子水平低于对照组，差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)；治疗前两组患者的肾功能指标比较，差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。治疗后观察组患者的肾功能指标优于对照组，差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。证实雷公藤多甙片联合泼尼松治疗肾病综合征效果明显。

综上所述，予以肾病综合征患者雷公藤多甙片联合泼尼松方案，效果好，可在降低炎症因子水平，改善肾功能作用明显。

[参考文献]

- (1) 陆挺女, 徐婉儿. 中西医结合治疗小儿肾病综合征 43 例临床观察 (J). 中医儿科杂志, 2018, 14(3): 46-49.
- (2) 田建军, 邓龙龙. 雷公藤多甙联合糖皮质激素治疗肾病综合征效果分析 (J). 影像研究与医学应用, 2018, 2(6): 192.
- (3) 丁树梅, 李正胜, 张雄峰, 等. 难治性肾病综合征的中医内治法治疗进展 (J). 贵阳中医学院学报, 2018, 40(1): 97-100.
- (4) 高晓晓, 王俊杰, 邹瑞. 血脂全套分析在肾病综合征诊断中的应用价值 (J). 安徽医学, 2018, 39(6): 713-715.
- (5) 谭军华, 王洁, 陈红, 等. 他克莫司治疗老年激素抵抗型肾病综合征的临床有效率分析 (J). 中国继续医学教育, 2018, 10(11): 116-117.
- (6) 张景祖. 中西医结合治疗原发性肾病综合征疗效观察 (J). 山西中医, 2018, 34(3): 26-27.
- (7) 寇建军. 低分子肝素联合泼尼松治疗小儿肾病综合征临床观察 (J). 临床合理用药杂志, 2018, 11(13): 107-108.
- (8) 黄荣贵, 牙秋艳, 蒙兰芬. 甲泼尼龙联合雷公藤多甙在老年肾病综合征治疗中的应用价值分析 (J). 右江医学, 2018, 46(2): 164-167.