

中医辨证联合激素常规治疗难治性肾病综合征临床疗效观察

何 云

红河州石屏县中医医院 云南石屏 662200

〔摘 要〕目的 对中医辨证联合激素常规治疗难治性肾病综合征的临床疗效进行观察并探讨分析。方法 本次试验的观察对象选自 2017 年 4 月—2018 年 4 月到我院接受治疗的 62 例难治性肾病综合征患者，回顾分析患者临床资料将其按治疗方法的不同分为观察组和对照组，每组各 31 例，给予观察组患者中医辨证联合激素常规治疗，给予对照组患者单纯应用激素常规治疗，对比两组患者治疗效果、血浆蛋白、尿蛋白等指标，并观察不良反应发生情况。结果 观察组治疗总有效率为 93.50%，对照组治疗总有效率为 70.90%，两组差异对比有意义（ $P < 0.05$ ）；两组患者治疗后尿蛋白、血浆蛋白指标分别为（ 36.84 ± 8.53 ）g/L 和（ 29.41 ± 8.21 ）g/L，观察组结果明显优于对照组（ $P < 0.05$ ）；观察组不良反应发生率为 22.60% 明显优于对照组的 51.60%（ $P < 0.05$ ）。结论 治疗难治性肾病综合征采用中医辨证联合激素常规治疗效果显著，能减轻患者使用激素后产生的不良反应，其安全性高，值得临床推广和应用。

〔关键词〕难治性肾病综合征；中医辨证；激素；效果

〔中图分类号〕R692 〔文献标识码〕A 〔文章编号〕2095-7165（2018）05-0023-02

频繁发病、激素依赖的总称即为难治性肾病综合征，临床出现低血浆白蛋白、大量蛋白尿、高脂血症及水肿等主要特征。临床治疗当前以糖皮质激素为主，然而治疗效果会随着应用激素时间的积累而降低，患者也会因为治疗效果的降低而出现不良反应^[1]。我院选取一部分患者应用中医辨证联合激素常规治疗，疗效良好。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选出 2017 年 4 月至 2018 年 4 月间，在我院接受治疗的 62 例难治性肾病综合征患者，回顾性分析患者临床资料，按照不同的治疗方法将其分为观察组和对照组，每组各 31 例，观察组患者男、女分别 18 例和 13 例，年龄在 15 至 75 岁之间，平均年龄（ 42.6 ± 10.1 ）岁，平均病程（ 3.1 ± 1.6 ）年；对照组患者男、女分别 17 例和 14 例，年龄在 16 至 78 岁之间，平均年龄（ 43.2 ± 10.4 ）岁，平均病程（ 3.0 ± 1.2 ）年。两组患者一般资料（如年龄，性别，病程）对比无统计学意义（ $P > 0.05$ ），具可比性。

1.2 入选标准

所有患者均确诊为肾病综合征；具有激素抵抗，半年内复发 2 次患者并在治疗中只使用细胞毒药物和激素才具有效果的患者。

1.3 方法

对照组患者应用激素进行常规治疗，分为标准激素和强化治疗。以标准体质量为基准给药，每日清晨口服强的松，初始剂量为 $1.0 \text{ mg}/(\text{kg} \cdot \text{d})$ ；当尿蛋白指标转阴后，每周减少用量 5mg 直到减剂量为 1.0 mg ，隔日顿服。强化给药治疗方法为服用甲基强的松 1.0 g/d ，持续 3d，此过程中停止强的松服用，完成冲击后继续口服，同时在 500mL 生理盐水中加入 400–600mg 的环磷酰胺，进行为期 2d 的静脉滴注，每月 1 次。观察组患者在激素常规治疗的基础上结合了中医辨证，药方由

扁豆 10g，车前子 10g，茯苓 10g，川芎 8g，厚朴 10g，白术 10g，黄芪 20g，薏苡仁 10g，当归 8g，牛膝 10g，泽泻 20g 组成。患者饭后服用且每日 1 剂，一共进行 6 个疗程的治疗。

1.3 疗效判定

将治疗效果分为显效、有效、无效三个标准^[2]。经治疗，患者无凹陷性水肿，24h 尿蛋白定量 $\leq 0.5 \text{ g}$ ，临床症状完全消失为显效。经治疗，患者下肢稍有水肿伴轻度腹水，24h 尿蛋白定量 $\leq 2.0 \text{ g}$ ，全身状况良好为有效。经治疗，患者依旧大量腹水，尿少，阴囊和下肢有凹陷型水肿，24h 尿蛋白定量 $> 2.0 \text{ g}$ ，此种情况无效。

1.4 统计学分析

采用 SPSS17.0 统计软件检验结果，治疗效果、不良反应率（%）表示，采用 χ^2 检验；尿蛋白、血浆蛋白指标用（ $\bar{x} \pm s$ ）表示，用 t 检验，结果有统计学意义 $P < 0.05$ 。

2 结果

2.1 治疗效果

观察组有效率 93.5%，对照组治疗有效率 70.9%，观察组治疗效果比对照组明显优良，两组差异对比有意义（ $P < 0.05$ ）。如表 1 所示。

表 1：治疗效果对比

组别	例数	显效	有效	无效	有效率（%）
观察组	31	11	18	2	93.50
对照组	31	6	16	9	70.90
χ^2					5.4153
P					0.0199

2.2 尿蛋白、血浆蛋白比较

表 2：尿蛋白、血浆蛋白比较表

组别	例数	尿蛋白（g/L）		血浆蛋白（g/L）	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	31	5.93 ± 3.98	0.12 ± 0.98	22.15 ± 7.42	36.84 ± 8.53
对照组	31	5.86 ± 3.42	2.12 ± 1.36	21.83 ± 7.88	29.41 ± 8.21
t		1.323	6.643	1.429	3.492
P		0.569	0.000	0.627	0.0009

作者简介：何云（1984.3-），云南省石屏县，汉族，主治医师，本科，主要从事内科临床工作。

两组患者治疗后尿蛋白、血浆蛋白指标均得到改善，且观察组改善程度显然比对照组高（ $P < 0.05$ ）。如表 2 所示。

2.3 不良反应情况

观察组不良反应发生率明显较对照组低，差异具统计学意义（ $P < 0.05$ ）。具有可比性。如表 3 所示。

表 3：不良反应情况

组别	例数	恶心	少尿	痤疮	纳差	腰膝酸软	不良反应发生率(%)
观察组	31	1	1	2	2	1	22.60
对照组	31	4	2	3	4	3	51.60
χ^2							5.59
P							0.018

3 讨论

难治性肾病综合征指的是在采用足量激素进行治疗 8-12 周以上病情仍未得到缓解的一种肾病综合征。此症主要是由遗传、疾病、感染、不规范的激素治疗等并发症是引起的。它严重影响着患者生活质量，还会诱发急性肾功能衰竭、严重感染等一些更为严重的并发症，甚至威胁生命，给患者带来巨大的经济负担。

目前研究发现，糖皮质激素等此类基础药物在治疗该病

的时候发挥着重要作用，为了提高治疗效果以及降低并发症的发生率，对此可以采用中医辨证联合激素常规治疗。本文研究使用的方剂具有补肾益脾，降浊利水的效果，联合激素常规治疗进行改善患者低蛋白血症情况，可以帮助患者恢复免疫功能^[3]。研究结果显示，采用中医辨证联合激素常规治疗患者的效果、尿蛋白以及血浆蛋白情况都优于常规激素治疗患者，不良反应发生率也低于常规治疗，两组差异对比有统计学意义。

综上所述，中医辨证联合激素治疗难治性肾病综合征所产生的不良反应少，治疗效果好，对患者低蛋白血症情况有明显改善作用，临床可进一步推广应用。

【参考文献】

- [1] 张莉, 张志强. 中医辨证联合激素常规治疗难治性肾病综合征临床疗效观察 [J]. 四川中医, 2015, 33(1):98-100.
- [2] 安辉, 李幼林, 曹晓华. 中西医结合分阶段辨证论治难治性肾病综合征 60 例临床观察 [J]. 江苏中医药, 2014, 46(5):43-44.
- [3] 雷宏强, 丁晓炼, 徐薇, 等. 黄芪五苓散联合激素治疗难治性肾病综合征疗效观察 [J]. 陕西中医, 2012, 33(8):973-974.

(上接第 21 页)

治疗前，两组患儿炎症因子水平比较无显著差异（ $P > 0.05$ ）；治疗后，两组患儿炎症因子水平均较治疗前降低，差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ）；治疗后，研究组患儿炎症因子水平低于对照组，差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ），见表 2。

3 讨论

小儿呼吸道感染是儿科常见的病状之一，近些年来，小儿呼吸道感染的并发率持续居高不下，并且患儿的年龄逐渐呈现低化的现象。呼吸道感染主要由于病毒感染所引起的，主要的临床症状包括了咳嗽、发热、咽喉肿痛等等，患者如果没有及时救治，会影响患者的呼吸道功能，对于儿童来说，会影响其健康成长，呼吸道感染严重患儿甚至会对生命造成威胁。

阿奇霉素是一种大环内酯类抗生素，分子结构非常稳定，抗菌谱较广，耐酸性也较高，药物动力学特性也具有一定的特殊性，具有较长的半衰期，具有疗程短、药量小的优点，在进入患儿身体后，能够有效控制蛋白质合成，从而发挥抑菌的效果，对炎症因子的分泌也有一定的抑制效果。同时阿奇霉素无需 P450 酶进行参与，对肝不会造成损害，而红霉素的代谢则要通过细胞色素 P450 酶的参与，这对肝会产生一定的损害作用。此外，阿奇霉素具有良好的人体渗透性，在感染部位的浓度比其他部位的浓度明显更加高，有利于针对感

染部位发挥药效，在治疗呼吸道感染时，在抑制炎症因子的分泌的同时，有助于改善患儿的发热与咳嗽等症状。本研究中，研究组治疗有效率（92.0%）高于对照组（62.6%），且治疗后研究组患儿的炎症因子水平低于对照组（均 $P < 0.05$ ），数据说明，阿奇霉素治疗小儿呼吸道感染性疾病，能够显著改善患儿炎症因子水平，临床治疗效果好，这与邢国良、王良兰^[4-5]等人的研究报道结果一致。

综上所述，阿奇霉素在治疗小儿呼吸道感染方面具有较高的药效，能够显著改善患儿的炎症因子指标的水平，值得在临床上推广及使用。

【参考文献】

- [1] 梁亮, 张碧云. 阿奇霉素治疗小儿呼吸道感染的临床疗效及对炎症因子的影响 [J]. 天津药学, 2016, 28(5):49-51.
- [2] 何轺. 分析阿奇霉素治疗小儿呼吸道感染的临床疗效及安全性 [J]. 大家健康旬刊, 2017, 11(2):138-139.
- [3] 宁根. 用阿奇霉素治疗小儿呼吸道感染的效果及安全性分析 [J]. 当代医药论丛, 2016, 14(6):2-3.
- [4] 邢国良. 阿奇霉素治疗小儿呼吸道感染的临床效果及安全性观察 [J]. 深圳中西医结合杂志, 2016, 26(20):142-143.
- [5] 王良兰. 阿奇霉素治疗小儿呼吸道感染的临床疗效及安全性 [J]. 母婴世界, 2017(1):95.

(上接第 22 页)

术后早期伤口渗漏、持续性低眼压等，1 周内可自行缓解。

本组研究结果：研究组术后 12 个月总成功率 90.90%、眼压（ 18.66 ± 1.24 ）mmHg、术后形成 I II 型滤过泡例数 20 例、术后形成 III IV 型滤过泡例数 2 例对比对照组患者差异明显，明显研究组患者疗效更佳。

综上，给予青光眼患者实施小梁切除术联合丝裂素 C 治疗可获得较为理想的临床疗效，值得临床推荐。

【参考文献】

- [1] 陈红, 田爱军. 丝裂霉素 C 在青光眼治疗中的应用 [J].

海南医学, 2014, 25(2):236-238.

- [2] 程莹雪. 小梁切除术联合丝裂霉素 C 治疗先天性青光眼的临床效果观察 [J]. 当代医学, 2014(1):14-14, 15.

- [3] 董俊, 王少伟, 宋鸽等. 小梁切除术联合丝裂霉素 C 与羊膜植入对犬青光眼的治疗试验 [J]. 动物医学进展, 2016, 37(12):55-59.

- [4] 鲁诚, 魏盟, 魏承丽等. 改良小梁切除术联合生物羊膜和丝裂霉素 C 治疗难治性青光眼 [J]. 中华眼外伤职业眼病杂志, 2015, 37(5):365-368.