

• 临床研究 •

# 阿伐他汀钙联合低分子肝素治疗肾病综合征的疗效观察

刘克云 罗 纯

宜春市第二人民医院 江西宜春 336000

**摘要:** **目的** 观察阿伐他汀钙与低分子肝素联合用药作用于肾病综合征疗效。**方法** 对74例肾病综合征患者进行研究,根据用药方法不同分为两组,对照组37例以单纯低分子肝素治疗,观察组37例则以阿伐他汀钙结合低分子肝素治疗,对比分析不同用药方法疗效。**结果** 观察组治疗后肾功能指标水平与血脂、凝血时间与对照组相比,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。**结论** 肾病综合征采用阿伐他汀钙联合低分子肝素治疗,可有效改善肾功能以及血脂指标水平,应用效果显著。

**关键词:** 阿伐他汀钙;低分子肝素;肾病综合征

**中图分类号:** R692.3

**文献标识码:** A

**文章编号:** 1009-6647 (2018) 08-124-02

肾病综合征是因多种原因而引发的肾内科常见病,其临床表现为高脂血症、水肿、低蛋白血症以及蛋白尿等。临床首选激素或常规药物治疗,疗效确切,但部分患者用药后出现药物不良反应,病情反复发作,逐渐恶化发展为难治性肾病综合征,进一步恶化发展为肾脏慢性衰竭,危及患者生命健康<sup>[1]</sup>。低分子肝素可有效治疗肾病综合征反复发作,应用效果确切。为进一步明确有效治疗肾病综合征方法,临床提出给予患者采用联合用药(阿伐他汀钙与低分子肝素)治疗,总结治疗效果。

## 1 资料与方法

### 1.1 分析资料

研究74例肾病综合征患者为我院从2016年1月到2016年12月收治的肾病综合征,根据用药方法不同分两组,对照组37例,男20例,女17例,年龄为20-55(41.2±5.5)岁;观察组37例,男25例,女12例,年龄为22-57(42.0±5.7)岁。两组对比性别、年龄数据无统计学意义( $P > 0.05$ ),可研究对比。

### 1.2 方法

两组均先接受常规治疗,饮食以低盐低脂为主,泼尼松1mg/(kg·d),于清晨顿服用药,适量应用优质利尿剂、白

蛋白等药物治疗。观察组在此基础上,采用阿托伐他汀钙结合低分子肝素用药治疗,阿托伐他汀钙10mg,晚上用药,一天1次,低分子肝素5000IU,一天2次,皮下注射用药。对照组仅用低分子肝素治疗,用药方法、给药时间与观察组相同。两组患者均接受为期6周治疗。

### 1.3 观察指标

比较两组患者治疗前后的肾功能指标水平(血尿素氮BUN、血肌酐Scr、血清白蛋白ALb、24h尿蛋白定量Pr)、血脂指标水平(血清总胆固醇TC、甘油三酯TG)、凝血时间(凝血酶原时间PT、部分凝血酶时间APTT、凝血酶时间TT)。

### 1.4 统计学分析

将分析数据录入SPSS20.0软件包处理,自身检验组间计量资料、计数资料检验以t、 $\chi^2$ ,  $P < 0.05$ 有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 两组患者治疗前后的肾功能指标水平对比

治疗后,观察组患者的Scr、ALb、Pr指标水平改善效果与对照组比较差异显著( $P < 0.05$ ),具体见表1:

### 2.2 治疗前后对比两组患者的血脂、凝血时间生化指标水平

治疗后观察组血脂指标、凝血时间各项指标水平与对照组有差异( $P < 0.05$ ),具体见表2:

表1: 比较两组患者治疗前后的肾功能指标水平

组别	时间	BUN (mmol/L)	Scr ( $\mu$ mol/L)	ALb (g/L)	Pr (g)
对照组	治疗前	7.44±1.42	109.82±16.02	20.65±5.05	6.40±3.50
	治疗后	7.12±1.30	101.33±12.08	32.05±6.22	2.95±0.73
观察组	治疗前	7.40±1.55	112.55±17.83	21.55±4.92	6.45±3.82
	治疗后	7.08±1.22	109.80±16.32	35.66±5.82	0.96±0.82

表2: 治疗前后两组患者的血脂、凝血时间生化指标水平

组别	时间	TC (mmol/L)	TG (mmol/L)	PT (s)	APTT (s)	TT (s)
对照组	治疗前	5.0±1.5	2.0±0.5	32.4±11.2	47.2±10.5	20.5±3.7
	治疗后	4.1±0.5	1.4±0.4	15.2±1.9	35.5±6.6	17.8±5.2
观察组	治疗前	5.1±1.2	1.8±0.5	20.2±3.3	46.5±9.9	33.3±12.7
	治疗后	3.0±0.8	0.4±0.3	12.0±1.5	31.2±5.6	15.0±4.0

## 3 讨论

肾病综合征发生是因血液高凝而导致血栓形成,进一步加重肾功能损伤,是患者致残、致死主要原因<sup>[2]</sup>。针对该疾病发生原因,临床提出对症治疗结合必要的营养支持。

随着临床对肾病综合征研究不断深化,临床提出将抗凝治疗用于肾病综合征治疗中,应用激素、免疫制剂同时结合抗

凝剂,可抑制尿蛋白排泄,改善机体肾功能<sup>[3]</sup>。低分子肝素为一种临床常用单位抗凝药物,可有效改善肾小球内的高凝,抑制胶原蛋白与纤维蛋白产生,防止发生肾小球硬化,避免发生肾进展性损伤<sup>[4]</sup>。阿托伐他汀钙为一种HMG-CoA还原酶选择性抑制剂,其降脂作用发挥,是通过抑制肝脏中胆固醇

(下转第126页)

以上, 敏感性则下降至 42.3%, 可见患者年龄在增长的同时, T-SPOT.TB 检查敏感性也随之降低, 因此笔者认为高龄是导致结核病患者在 T-SPOT.TB 检查中常出现漏诊的因素。目前, 人口老龄化已成为我国重点解决的问题之一, 老年人多合并各种疾病, 再加上自身免疫力已逐渐下降, 易导致多种疾病误诊或漏诊, 例如应用 T-SPOT.TB 检查难以检出老年结核病患者病情, 因此寻找老年结核病患者更为敏感的方法迫在眉睫。此外, 研究资料显示, 病程也是影响 T-SPOT.TB 检查敏感性的因素, 若将患者病程分为三组, 若患者病程不足 0.5 个月, 检查敏感性为 100%, 若病程范围在 0.5 个月~1 月范围内, 检查敏感性将逐渐将至 90.00%, 若患者病程大于 1 个月, 检查敏感性则显著下降至 45.00%, 同时在 T-SPOT.TB 检查中阴性患者病情严重于阳性患者, 而且患者病情严重程度的增加可降低检查敏感性, 这是由于患者患病初期体内释放出大量的  $\gamma$ -干扰素, 从而增加 T-SPOT.TB 检查阳性率。随着患者病情的发展, 患者体内的结核杆菌不断繁殖, 而单核细胞  $\gamma$ -干扰素的释放则不断减少, 对 T-SPOT.TB 检查中外周血特异性的抗原反应产生抑制作用, 导致结核患者的 T-SPOT.TB 检查多出现阴性。笔者分析认为, 虽然结核病患者已经正规治疗, 但在 T-SPOT.TB 检查中其阳性率仍呈升高趋势。在某种程度上说, 结核病患者病

情若处于进展性阶段, T-SPOT.TB 检查易显示为阴性, 由于此次研究所选取病例较少, 难以进行深入研究, 因此今后研究中我院将扩大患者样本量针对结核病临床特点进行深入研究。

总而言之, 咳嗽、乏力与胸闷等均是涂阳肺结核患者常发生的症状, 患者与临床不可忽视, 同时临床应注重诊断高龄, 并且病程较长的肺结核患者病情, 避免患者病情误诊与漏诊。

**参考文献**

[1] 曾晓蓉, 成玉妹. 326 例老年初治涂阳肺结核临床分析 [J]. 大家健康 (学术版), 2016, 10(14):103-104.  
 [2] 刘莉云. 老年肺结核不典型表现 21 例临床特点分析 [J]. 中国药物与临床, 2017, 17(02):248-249.  
 [3] 缪昌东, 张德坤, 姜继军, 等. 初治涂阳肺结核并发 2 型糖尿病 52 例患者的临床分析 [J]. 结核病与肺部健康杂志, 2017, 6(02):144-147.  
 [4] 杜正新, 何佩贤. 涂阴与涂阳肺结核患者发现方式及发现初期临床症状和体征的对比分析 [J]. 中国防痨杂志, 2016, 38(11):940-944.  
 [5] 李婷, 刘二勇, 张佩如, 等. 2005--2014 年四川省涂阴与涂阳肺结核患者流行特征分析 [J]. 结核病与肺部健康杂志, 2016, 5(03):209-216.

(上接第 123 页)

医护人员技能和操作手法有关, 很多医护人员对实施无张力修补术操作要点把握不准, 在手术过程中容易出现网塞位置置入不到位、疝环口较大没有进行缩小缝合处理, 导致疝从网塞周边滑出, 网塞和疝环口缝合固定不到位, 网片过小, 位置过高, 导致内外脚覆盖不全等。另一方面和患者本身存在慢性便秘、前列腺增生或者慢性咳嗽等疾病有关, 容易诱发腹内压增高。加上患者年龄相对较大, 新陈代谢慢, 从而诱导腹壁发生退行性改变。此外实施腹外疝手术需要全麻, 手术费用相对较高, 再次实施手术进一步增加了患者负担, 且需要对手术适应症进行全面诊断判定, 影响患者配合手术的积极性。所以在实施腹外疝无张力修补术时要严格按照规范操作, 密切关注患者病理组织变化, 对再次手术患者具体情况进行全面分析, 总结导致手术失败的原因, 并针对性加以改善, 提高缝合固定等精细化操作水平, 最大限度降低术后不良刺激, 提高康复进程, 降低复发率。二是术后感染、瘘管等情形发生。该病症主要与老年患者本身身体抵抗能力较差, 术后操作不当, 止血不及时, 不彻底以及术后伤口护理不当等造成的。也与

人体补片本身与组织的匹配性有关。所以在手术操作过程中要不断提高手术规范化操作水平, 手术过程中坚持彻底止血、及时止血的要求, 密切关注有无渗血的可能性, 并及时不救。实施手术为避免不良刺激, 可以通过防治橡皮片、细管引流等从而减少积液蓄积, 避免因为感染导致其他并发症。对修补位置要及时进行包扎消毒处理。

总之, 针对腹外疝无张力修补术后不良反应, 一方面需要进行原因排查, 总结分析, 不断提高医护人员操作技能和职业素养, 另一方面需要密切关注相关并发症改善情况, 确保达到手术条件后方可实施手术, 术后也要加强全方位护理, 切实巩固治疗效果, 提升康复进程, 不断促进患者生存质量不断提高。

**参考文献**

[1] 乔正能. 改进无张力疝修补手术治疗腹外疝的效果分析 [J]. 世界最新医学信息文摘, 2015(10)  
 [2] 张伟. 50 例腹外疝改进无张力疝修补手术治疗效果 [J]. 系统医学, 2017(11)  
 [3] 杨晓鹏. 个体化无张力疝修补术在老年腹外疝中的临床价值 [J]. 世界最新医学信息文摘, 2017(11)

(上接第 124 页)

生物的合成、HMG-CoA 还原, 减低血浆胆固醇、脂蛋白含量水平, 而且还具有促肝细胞表面脂蛋白受体数量增加的作用, 加速脂蛋白分解摄取<sup>[5]</sup>。研究证实, 阿托伐他汀钙的降脂作用显著, 而且可有效改善机体高凝, 发挥有效治疗肾病综合征的效果。研究表明, 两组药物联合用药治疗, 改善患者肾功能、血脂、凝血时间效果优于对照组单用低分子肝素的效果, 两种药物共同作用, 发挥互补效果, 可在降脂同时, 协同免疫抑制剂和激素发挥作用, 改善机体高凝状态以及肾功能水平。

综上所述, 阿托伐他汀联合肝素治疗肾病综合征, 可有效改善患者症状指标水平, 应用效果确切。

**参考文献**

[1] 刘海燕, 刘镇江, 李芹. 综合方案治疗对肾病综合征

患者血液高凝状态、血小板及肾功能的影响 [J]. 血栓与止血学, 2016, 22(3):293-296.

[2] 张小丹. 阿托伐他汀钙治疗肾病综合征高脂血症疗效观察 [J]. 中国现代药物应用, 2016, 10(20):110-111.

[3] 谭尧月, 刘俊, 李泽, 等. 短期应用阿托伐他汀联合依折麦布对原发性肾病综合征合并高脂血症患者降脂疗效及相关指标的影响 [J]. 中国药房, 2017, 28(6):773-776.

[4] 曲建平, 宋玉伟, 陈桂梅. 低分子肝素联合泼尼松治疗小儿肾病综合征的临床疗效观察 [J]. 中国实用医药, 2016, 11(27):213-214.

[5] 孙宏伟, 刘云霞, 刘胜阳. 低分子肝素治疗对肾病综合征患者凝血指标、生化指标及临床疗效的影响 [J]. 实用临床医药杂志, 2017, 21(3):32-34.