

• 药物研究 •

激素分别联合他克莫司、来氟米特治疗 IgA 肾病的疗效

邱琳琳

长沙市中医医院（长沙市第八医院） 410100

【摘要】目的 探讨激素分别联合他克莫司、来氟米特治疗 IgA 肾病的疗效。**方法** 选择我院 100 例 2016 年 3 月-2019 年 3 月 IgA 肾病患者。随机分组，激素联合来氟米特组采取激素联合来氟米特治疗，激素联合他克莫司组则采取激素联合他克莫司治疗。比较两组 IgA 肾病治疗效果；症状改善的时间、平均住院的时间；治疗前后患者 24 小时尿蛋白、尿素氮、肌酐、白蛋白；副作用。**结果** 激素联合他克莫司组 IgA 肾病治疗效果、症状改善的时间、平均住院的时间、24 小时尿蛋白、尿素氮、肌酐、白蛋白相比较激素联合来氟米特组更好， $P < 0.05$ 。激素联合他克莫司组和激素联合来氟米特组副作用相似， $P > 0.05$ 。**结论** 激素联合他克莫司治疗 IgA 肾病效果确切，可改善肾功能和改善症状，缩短病程，无明显副作用。

【关键词】 激素分别；他克莫司；来氟米特；IgA 肾病；疗效**【中图分类号】** R692.31**【文献标识码】** A**【文章编号】** 2095-7711 (2019) 10-100-02

IgA 肾病是临床上最常见的慢性肾脏疾病之一，导致 IgA 肾病的因素较复杂，目前尚未完全明确。IgA 肾病表现为蛋白尿或者血尿，其发生会严重影响人们健康、的生活，学习和工作^[1]。目前对于 IgA 肾病的治疗主要采用糖皮质激素、降低血压和免疫抑制剂，本研究选择我院 100 例 2016 年 3 月-2019 年 3 月 IgA 肾病患者。随机分组，激素联合来氟米特组采取激素联合来氟米特治疗，激素联合他克莫司组则采取激素联合他克莫司治疗。比较两组 IgA 肾病治疗效果；症状改善的时间、平均住院的时间；治疗前后患者 24 小时尿蛋白、尿素氮、肌酐、白蛋白；副作用，分析了激素分别联合他克莫司、来氟米特治疗 IgA 肾病的疗效，如下。

1 资料与方法**1.1 资料**

选择我院 100 例 2016 年 3 月-2019 年 3 月 IgA 肾病患者。随机分组，其中，激素联合来氟米特组年龄 21-64 岁，平均 47.35 ± 2.61 岁。男女分别 31 例和 19 例。IgA 肾病病程 1-17 个月，平均 (12.62 ± 0.79) 个月。轻度的系膜增生性 IgA 肾病有 14 例，局灶增生性 IgA 肾病 25 例，局灶增生坏死 IgA 肾病 11 例。激素联合他克莫司组年龄 21-65 岁，平均 47.21 ± 2.68 岁。男女分别 32 例和 18 例。IgA 肾病病程 2-17 个月，平均 (12.69 ± 0.77) 个月。轻度的系膜增生性 IgA 肾病有 14 例，局灶增生性 IgA 肾病 24 例，局灶增生坏死 IgA 肾病 12 例。激素联合来氟米特组、激素联合他克莫司组资料有可比性。

1.2 方法

两组患者均给予清淡饮食。激素联合来氟米特组采取他克莫司，泼尼松片每次 0.5mg/kg，晨起顿服，最大剂量在 30mg 以内，再次基础上给予来氟米特，初始剂量每天 40mg 顿服，用药 3 天改为每天 20mg 顿服，连续用药 12 个月。

激素联合他克莫司组则采取激素联合他克莫司治疗，泼

尼松片每次 0.5mg/kg，晨起顿服，最大剂量在 30mg 以内，再次基础上给予他克莫司，初始剂量每天 1mg 顿服，维持需要浓度 $6-10 \mu\text{g/L}$ ，用药 6 个月后减少用药量，维持血药浓度在 $4-6 \mu\text{g/L}$ ，继续治疗 6 个月。连续用药 12 个月。

1.3 指标

比较两组 IgA 肾病治疗效果；症状改善的时间、平均住院的时间；治疗前后 24 小时尿蛋白、尿素氮、肌酐、白蛋白；副作用。

显效：病情恢复正常，IgA 肾病症状体征消失；有效：IgA 肾病体征等改善 50% 以上；无效：IgA 肾病改善的幅度低于 50%。总有效率 = 显效、有效百分率之和^[2]。

1.4 统计学处理

SPSS24.0 软件实施 χ^2 、t 检验， $P < 0.05$ 说明有统计学意义。

2 结果**2.1 效果**

激素联合他克莫司组疗效 100%，显著比激素联合来氟米特组 80% 高， $P < 0.05$ 。如表 1。

表 1：两组 IgA 肾病治疗效果比较 [例数 (%)]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率
激素联合来氟米特组	50	18	22	10	40 (80.00)
激素联合他克莫司组	50	43	7	0	50 (100.00)
χ^2					8.251
P					0.001

2.2 24 小时尿蛋白、尿素氮、肌酐、白蛋白

治疗前激素联合来氟米特组、激素联合他克莫司组 24 小时尿蛋白、尿素氮、肌酐、白蛋白相近， $P > 0.05$ ；治疗后激素联合他克莫司组 24 小时尿蛋白、尿素氮、肌酐、白蛋白变化幅度更大， $P < 0.05$ 。如表 2。

表 2：治疗前后 24 小时尿蛋白、尿素氮、肌酐、白蛋白比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	时期	24 小时尿蛋白 (g)	尿素氮 (mmol/L)	肌酐 ($\mu\text{mol/L}$)	白蛋白 (g/L)
激素联合他克莫司组	50	治疗前	4.31 ± 1.44	28.21 ± 8.26	102.21 ± 23.26	22.12 ± 2.21
		治疗后	1.24 ± 0.12	22.68 ± 2.25	91.68 ± 2.25	32.57 ± 2.26
激素联合来氟米特组	50	治疗前	4.31 ± 1.44	28.27 ± 8.56	102.68 ± 23.67	22.68 ± 2.21
		治疗后	2.89 ± 0.57	24.64 ± 4.26	97.68 ± 2.11	29.56 ± 2.63

2.3 症状改善的时间、平均住院的时间

(下转第 102 页)

(5.9 ± 0.7) mmol/L、(10.5 ± 0.6) mmol/L; 而对比组患者治疗后的血糖指标为 (7.2 ± 0.6) mmol/L、(11.4 ± 0.9) mmol/L, 组间数据差异显著, $P < 0.05$, 证明与格列喹酮相比, 格列美脲的降血糖效果更满意。同时根据表 2 资料发现, 实验组患者的不良反应发生率为 19.23%, 明显低于对比组的 34.62%, $P < 0.05$, 证明格列美脲具有安全性。

从药理作用来看, 格列喹酮作为临床上常见的双胍类药物, 在初期治疗阶段可以取得较为满意的效果, 但是随着治疗周期的延长, 该药物的治疗效果会随着耐药性的变化而变化, 因此格列喹酮的远期疗效并不满意^[2]。而相比之下, 格列美脲作为临床上的磺酰脲类的新型降糖药物, 与常规药物相比具有延长药物治疗效果, 并具有一定的安全性。现代研究认为, 格列美脲的药理作用主要体现在以下几方面: (1) 格列美脲可以与胰腺器官上的 β 细胞表层的磺酰脲以及 K^+ 离子通道结合, 结合后可以增强细胞膜的去极化效果, 并通过 K^+ 离子游离抑制作用, 增强人体胰岛素敏感度, 有助于刺激胰岛素分泌, 并强化肌肉对外周组织葡萄糖等物质的吸收, 进而从根本上改善患者血糖指标^[3]。(2) 格列美脲可以增强对肝合成葡萄糖的阻滞作用, 并可以通过非胰岛素强化心脏对葡萄糖的摄取能力^[4]。(3) 格列美脲对心血管系统的影响小, 因此保证了治疗安全。也有研究认为, 在格列美脲进入人体之后, 能够与磺脲类手提 65kD 亚单位结合, 并且部分物质也能与磺脲类受体的 140kD 结合, 所以可以发挥分离与结合的作用, 即使人体的胰岛素水平较低, 则依然可以发挥降血糖的作用, 且格列美脲不仅可以加快胰岛素的分泌, 也能发挥与葡萄糖浓度依赖性的优势, 因此患者在临床治疗阶段可以降低低血糖的发生率, 并避免各种以不良反应的产生, 本文研究结果证明实验组患者在格列美脲治疗后, 其不良反应发生率低证明了这一观点^[5]。

汤向芬^[6]在研究中, 对格列美脲在 2 型糖尿病患者中的

治疗效果以及药理作用进行分析, 通过选择 96 例 2 型糖尿病患者为研究对象, 分别对两组患者实施了格列美脲治疗与格列喹酮治疗, 其研究结果显示, 格列喹酮组患者治疗后的空腹血糖为 (8.0 ± 0.5) mmol/L, 餐后 2h 血糖为 (9.0 ± 1.5) mmol/L; 而格列美脲组患者的治疗后的空腹血糖为 (6.1 ± 0.6) mmol/L, 餐后 2h 血糖为 (7.5 ± 1.2) mmol/L, 数据差异显著 ($P < 0.05$), 因此得出结论: 格列美脲在 2 型糖尿病治疗中的效果显著, 可以改善患者的血糖水平, 这与本文的研究结果是一致的。

本文的研究也存在一定不足, 一方面所选病例均为我院收治的糖尿病患者, 因此在病例的选择上可能存在地域性问题; 另一方面, 本文仅选择 52 例患者为研究对象, 病例患者整体数量偏少, 因此研究结果可能无法全面反映 2 型糖尿病患者的疗效。

综上所述, 格列美脲满足 2 型糖尿病患者的治疗需求, 该药物的整体治疗效果满意, 其药理作用证明满足 2 型糖尿病的治疗需求, 并且具有用药安全的优势, 所以值得推广。

参考文献:

- [1] 张建伟. 格列美脲与格列吡嗪对 2 型糖尿病临床治疗效果比较分析 [J]. 山西职工医学院学报, 2019, 29(01):53-55.
- [2] 陈军, 何举名, 王德端. 格列美脲治疗 2 型糖尿病的效果及安全性分析 [J]. 当代医药论丛, 2019, 17(02):123-124.
- [3] 李志铭. 2 型糖尿病经格列美脲治疗的有效性及其药理探究 [J]. 数理医药学杂志, 2018, 31(01):87-88.
- [4] 张长阵. 格列美脲治疗 2 型糖尿病的临床疗效与药理作用 [J]. 临床医药文献电子杂志, 2017, 4(A1):19815+19825.
- [5] 杨春晓. 格列美脲治疗 2 型糖尿病的临床效果及其药理分析 [J]. 中西医结合心血管病电子杂志, 2017, 5(32):80.
- [6] 汤向芬. 格列美脲治疗 2 型糖尿病的疗效和药理分析 [J]. 实用糖尿病杂志, 2017, 13(02):30-31.

(上接第 100 页)

激素联合他克莫司组症状改善的时间、平均住院的时间和激素联合来氟米特组比较有优势, $P < 0.05$, 见表 3。

表 3: 激素联合来氟米特组、激素联合他克莫司组症状改善的时间、平均住院的时间比较 ($\bar{x} \pm s$, d)

组别	例数	症状改善的时间	平均住院的时间
激素联合来氟米特组	50	15.35 ± 2.41	19.21 ± 2.35
激素联合他克莫司组	50	10.21 ± 1.11	14.25 ± 1.21
t		6.268	6.521
P		0.000	0.000

2.4 副作用

激素联合他克莫司组和激素联合来氟米特组副作用相似, 两组均有 1 例患者出现胃肠道反应, 1 例出现关节疼痛, $P > 0.05$ 。

3 讨论

IgA 肾病发病率高, IgA 肾病是临床上常见的慢性肾脏疾病之一, 在治疗方面, 他克莫司属于新型免疫调节外用药物^[3], 可对 T 淋巴细胞作用进行抑制, 可有效对 T 淋巴细胞活性进行抑制, 可抑制钙离子内流, 对 T 细胞活化进行抑制, 还可抑制白细胞介素- α 表达, 减少 B 细胞抗体而发挥免疫抑制作用。来氟米特则可选择性对二氢乳清酸脱氢酶活性进行抑制, 将嘧啶合成途径阻断, 抑制 T 淋巴细胞和 B 淋巴细胞增生, 减少免疫球蛋白, 并对炎症反应进行抑制, 还可将 IgG

产生以及酪氨酸磷酸化阻断而减弱中性粒细胞的黏附和表达, 从而有效控制炎症反应^[4-5]。

本研究中, 激素联合来氟米特组采取激素联合来氟米特治疗, 激素联合他克莫司组则采取激素联合他克莫司治疗。结果显示, 激素联合他克莫司组 IgA 肾病治疗效果、症状改善的时间、平均住院的时间、24 小时尿蛋白、尿素氮、肌酐、白蛋白相比较激素联合来氟米特组更好, $P < 0.05$ 。

综上所述, 激素联合他克莫司治疗 IgA 肾病效果确切, 可改善肾功能和改善症状, 缩短病程, 无明显副作用。

参考文献:

- [1] 张银花. 来氟米特联合糖皮质激素治疗 IgA 肾病蛋白尿患者的临床效果 [J]. 医疗装备, 2019, 32(08):80-81.
- [2] 彭发林. 来氟米特联合糖皮质激素类激素治疗 IgA 肾病的临床效果探讨 [J]. 中国社区医师, 2019, 35(12):49-50.
- [3] 彭发林. 来氟米特联合糖皮质激素类激素治疗 IgA 肾病的临床效果探讨 [J]. 中国农村卫生, 2019, 11(06):29.
- [4] 张建江, 王琴, 窦文杰, 贾莉敏, 张莉, 程艺博, 谈文秀, 赵帆. 他克莫司联合糖皮质激素治疗儿童 IgA 肾病的疗效观察 [J]. 中国当代儿科杂志, 2019, 21(03):265-270.
- [5] 张宇, 张悦华, 李书俊, 元荣荣, 薛磊, 杨素霞, 陈芳, 时军. 激素联合他克莫司、来氟米特治疗 IgA 肾病的疗效比较 [J]. 河南大学学报 (医学版), 2018, 37(01):36-39.