探讨不同剂量低分子肝素联合阿托伐他汀治疗肾病综合征 (NS) 的临床疗效

吴艳英¹ 马 郡¹ 刘 晶¹ 于宏宇² 通讯作者

1 武警吉林省总队医院急诊医学科 130052 2 吉林大学第二临床医院肾病内科 130041

【摘要】目的 探讨分析对肾病综合征患者采用不同剂量低分子肝素联合阿托伐他汀进行治疗的临床疗效。**方法** 本次临床研究选取在我院接受治疗的 70 例肾病综合征患者作为研究对象, 研究的时间为 2019 年 2 月到 2020 年 8 月。按照双盲法对患者随机分组, 接受低剂量低分子肝素联合阿托伐他汀治疗的 35 例患者为参照组, 其余 35 例患者作为研究组接受高剂量低分子肝素联合阿托伐他汀进行治疗。观察对两组的治疗情况。**结果** 比较两组的各项肾功能指标以及治疗效果, 研究组均优于参照组 ($P < 0.05$)。**结论** 根据本次研究的结果可以确认, 对肾病综合征患者采用大剂量低分子肝素联合阿托伐他汀进行治疗的效果更加理想, 能够很好的改善患者的肾功能, 提高对患者的治疗效果, 值得在临床上大力推广。

【关键词】 肾病综合征; 低分子肝素; 不同剂量; 阿托伐他汀; 治疗效果

【中图分类号】 R969.4

【文献标识码】 A

【文章编号】 1005-4596 (2021) 01-047-02

肾病综合征在临床上的治疗有着较大的难度, 如果患者没有接受有效的方法进行治疗, 很容易会出现复发的严重问题。而且, 随着病情迁延不愈, 还会引发患者出现肾脏慢性衰竭的严重后果, 将会给患者的生活质量造成极大的不良影响, 甚至会对患者的生命造成威胁^[1]。目前, 对该病治疗的主要药物为低分子肝素, 但是对其给药剂量在临床上存在着一定的争议。因此, 本文旨在探讨分析对肾病综合征患者采用不同剂量低分子肝素联合阿托伐他汀进行治疗的临床疗效。

1 资料和方法

1.1 一般资料

本次临床研究选取在我院接受治疗的 70 例肾病综合征患者作为研究对象, 研究的时间为 2019 年 2 月到 2020 年 8 月。按照双盲法对患者随机分组, 接受低剂量低分子肝素联合阿托伐他汀治疗的 35 例患者为参照组, 其余 35 例患者作为研究组接受高剂量低分子肝素联合阿托伐他汀进行治疗。参照组患者的男女比例为 21:14, 年龄为 20 到 57 岁, 平均年龄为 42.7 ($s=4.5$) 岁; 研究组患者的男女比例为 22:13, 年龄为 21 到 56 岁, 平均年龄为 43.0 ($s=4.2$) 岁。对比两组的常规资料均未见差异 ($P > 0.05$)。

1.2 方法

两组患者入院后, 均接受控制饮食、控制血压以及促进排尿等基础治疗, 同时给予患者口服阿托伐他汀, 给药剂量为 10 毫克, 每天给药 1 次。同时, 对参照组联合低剂量低分子肝素进行治疗, 给药方法为皮下注射, 给药量为 3050U, 每天给药 1 次。对观察组则通过联合高剂量低分子肝素进行治疗, 给药方法为皮下注射, 给药量为 3000U, 每天给药 2 次。

1.3 观察指标

在两组患者经过治疗后, 根据患者的临床表现评估治疗效果, 分为显效 (患者的生命体征以及肾功能恢复正常, 水肿、蛋白尿等临床症状消失, 24 小时尿蛋白不超过每升 0.2 克)、有效 (患者的生命体征、肾功能以及临床症状均有明显改善, 24 小时尿蛋白高于每升 0.2 克, 但不高于每升 1.5 克)、无效 (患者的生命体征、肾功能以及临床症状均没有改善, 24 小时尿蛋白高于每升 1.5 克)。同时, 检查两组患者的肾功能指标 (尿素氮、血清肌酐、24 小时尿蛋白)^[2]。

1.4 统计学分析

通过 SPSS22.0 统计学软件进行分析, 用百分比表示计数资料, 行卡方检验; 对计量资料行 t 检验, 用均数 ± 标准差

进行表示。 $P < 0.05$ 时, 表明对比有差异。

2 结果

2.1 对比两组的治疗效果

比较两组的治疗效果, 研究组好于参照组 ($P < 0.05$)。详情如表 1 所示。

表 1: 对比两组患者的治疗效果 [n/(%)]

组别	n	显效	有效	无效	总有效率
参照组	35	20	7	8	77.14
研究组	35	27	6	2	94.29
χ^2	/	/	/	/	4.200
P	/	/	/	/	0.040

2.2 对比两组的各项肾功能指标

研究组的尿素氮水平为每升 (5.3 ± 1.0) 毫摩尔、血清肌酐水平为每升 (109.4 ± 9.6) 微摩尔、24 小时尿蛋白水平为每升 (1.1 ± 0.2) 克, 参照组的尿素氮水平为每升 (6.0 ± 1.1) 毫摩尔、血清肌酐水平为每升 (120.2 ± 9.7) 微摩尔、24 小时尿蛋白水平为每升 (1.4 ± 0.3) 克。比较两组的各项肾功能指标, 研究组均优于参照组 ($t=2.789, P=0.007; t=4.682, P=0.000; t=4.922, P=0.000$)。

3 讨论

肾病综合征作为临床上的高发病, 也是最为严重的一种内科疾病。针对该病通常是对患者采用免疫抑制剂以及激素类药物等进行治疗, 可以在短时间内控制患者的临床症状^[3]。然而, 这种治疗方案的治疗时间较长, 患者在接受治疗的过程中, 很容易出现依赖性和耐药性的问题, 导致远期疗效不佳, 还很容易引发患者出现肾功能衰竭以及感染等多种并发症, 极大的损伤患者的肾功能。所以, 还需要联合其他药物对患者进行治疗。目前, 临床上的联合治疗药物主要有阿托伐他汀以及低分子肝素, 但是只是采用单一一种药物进行治疗, 往往难以取得理想的治疗效果。

阿托伐他汀作为一种他汀类调脂药, 可以对患者的胆固醇水平进行有效调节, 并能够对低密度脂蛋白的分泌产生抑制效果, 这样就能够增强患者的自身免疫功能。并且, 可以发挥改善人体血液循环、促进血管扩张的作用, 从而能够改善患者的血脂水平。低分子肝素作为应用十分广泛的抗凝药物, 可以起到抑制血小板黏附聚集的作用, 这样就可以避免形成血栓。同时, 还具有抗炎、调脂以及保护血管内皮完整性等

(下转第 49 页)

3 讨论

当前,布比卡因在临床上有较广应用,是 50% 左旋、50% 右旋镜像体消旋混合物。如过量应用或者误入到血管则可能产生心脏毒性,导致传导阻滞、心动过缓等情况,增加了麻醉风险性。而左布比卡因属于长效酰胺类局麻药,能够有效提升神经动作电位阈值,减缓神经冲动扩布,使动作电位提升速度减小,进而阻断神经运动的传导。该药在硬膜外麻醉中有着稳定、良好的效果。此外,左布比卡因对于 A 类、C 类纤维的阻滞效能更具优势,能够充分阻滞交感神经^[4]。从本研究结果看,在硬膜阻滞麻醉中,试验组在试验量基础上追加适量的左旋布比卡因的感觉阻滞效果相对优于追加布比卡因的对比组 ($P < 0.05$);但在起效时间、下肢运动阻滞时间及术中麻药用量方面差异不明显 ($P > 0.05$),与国内相关研究报道基本一致。临床研究报道,上述两种局麻药物的麻醉、镇痛效用很相似,但左布比卡因的感觉阻滞时间更长,运动阻滞时间要短,但本研究表明两药物的运动阻滞时间基本一致^[5-6],存在一定差异,对此还需进一步进行研究。

综上所述,左布比卡因在硬膜外麻醉中的麻醉、镇痛效果和临床常用的布比卡因不存在明显差异,但是在感觉阻滞时

间上更长,心血管系统、中枢神经系统的毒性更小,安全性相对更好,适合应用到硬膜外麻醉中。

参考文献

- [1] 邓中凤. 0.5% 罗哌卡因与 0.5% 左布比卡因用于硬膜外麻醉的优缺点比较 [J]. 心血管病防治知识 (学术版), 2013, 02: 82-84.
- [2] 周军. 左布比卡因和罗哌卡因硬膜外麻醉效果比较 [J]. 中国当代医药, 2012, 19: 107+109.
- [3] 包天秀, 李敏, 孙建宏. 舒芬太尼复合左布比卡因硬膜外麻醉用于剖宫产术的效果观察 [J]. 临床合理用药杂志, 2012, 33: 47-48.
- [4] 姚新峰, 唐跃. 罗哌卡因与左布比卡因用于硬膜外分娩镇痛的效果比较 [J]. 国外医药 (抗生素分册), 2014, 01: 32-34.
- [5] 彭一波, 夏紫娟. 罗哌卡因和布比卡因低位硬膜外麻醉的临床效果比较 [J]. 中国医药指南, 2015, 12: 165-166.
- [6] 陆惠元, 赵辉, 冷翠波等. 左旋布比卡因与布比卡因对高位胸段硬膜外阻滞乳腺手术麻醉效果以及对肺通气功能的影响 [J]. 中国医药, 2015, 10(1):115-118.

(上接第 45 页)

其中实验组高于对照组,MDA 均降低且实验组低于对照组,由此可见,丁苯酞的应用可提升急性重度一氧化碳中毒患者自由基清除能力,抑制自由基以及组织氧化。丁苯酞注射液主要成分为与左旋芹菜素分子结构相同,该消旋体静脉给药后可穿透血脑屏障,作用于脑缺血区域,抑制神经细胞钙离子内流,保护脑组织线粒体,改善脑部微循环^[3]。本次研究显示实验组患者治疗 2 个疗程后总有效率高,综上所述,急性重度一氧化碳中毒患者丁苯酞有较高的临床应用价值。

参考文献

- [1] 裴晓蕊. 高压氧联合丁苯酞氯化钠注射液治疗急性重度一氧化碳中毒疗效观察 [J]. 中国工业医学杂志, 2020, 33(2):134-136.
- [2] 李兰兰, 张永红. 亚低温联合丁苯酞对重度急性一氧化碳中毒病人 C 反应蛋白、24h 血乳酸清除率的影响 [J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2020, 18(8):1326-1328.
- [3] 康丽娟, 郭艳敏, 张会朵, 等. 醒脑静注射液联合丁苯酞对急性一氧化碳中毒迟发性脑病患者精神状态、SOD、MDA 水平的影响 [J]. 现代中西医结合杂志, 2017, 26(1):81-83.

(上接第 46 页)

5 小结

阿奇霉素属于新一代大环内脂类抗生素的一种,其组织渗透性和杀菌效果较优,且消化道症状十分常见,使患者出现抵触情绪,严重会出现胃肠道不适情况。阿奇霉素序贯治疗支原体肺炎疾病,效果明显。其发病机制明显,临床仅使用单一药物治疗效果不佳,需依照患者的特点和治疗方案,将临床效果提升。

参考文献

- [1] 钟金亮. 阿奇霉素治疗小儿支原体肺炎的应用进展 [J].

饮食保健, 2019, 6(8):297-298.

- [2] 王芳, 王森. 阿奇霉素在小儿支原体肺炎治疗中的应用方法研究进展 [J]. 中国药业, 2017, 26(13):94-96.
- [3] 赵德渊, 沈晓玲, 张宁国. 阿奇霉素在小儿肺炎支原体肺炎应用中的研究进展 [J]. 青海医药杂志, 2017, 47(9):91-94.
- [4] 樊成. 阿奇霉素在小儿支原体肺炎应用中的研究进展 [J]. 微量元素与健康研究, 2017, 34(4):72-74.
- [5] 谢圣全 (综述), 谭毅 (审校). 阿奇霉素在小儿支原体肺炎治疗中应用方法的研究进展 [J]. 中国临床新医学, 2015(10):1007-1010.

(上接第 47 页)

多种功效,相比普通肝素在安全性上也有明显的优势。而通过将两种药物联合对患者使用,可以很好的缓解患者的高凝血问题,保护患者的肾脏,控制患者的蛋白尿水平,促进患者的肾功能恢复。而适当的提高低分子肝素的用药剂量,则可以显著提高对患者的治疗效果,更快的控制患者的病情进展。本次研究结果显示:比较两组的各项肾功能指标,研究组均优于参照组 ($P < 0.05$);比较两组的治疗效果,研究组好于参照组 ($P < 0.05$)。

综上所述,对肾病综合征患者采用大剂量低分子肝素联合阿托伐他汀进行治疗的效果更加理想,能够很好的改善患者

的肾功能,提高对患者的治疗效果,值得在临床上大力推广。

参考文献

- [1] 詹晓真. 辛伐他汀联合低分子肝素治疗肾病综合征的临床疗效及其安全性 [J]. 临床合理用药杂志, 2019, v.12(33):7-8.
- [2] 周子哲, 尹斯维. 研究分析不同剂量低分子肝素联合瑞舒伐他汀治疗肾病综合征的临床有效性 [J]. 北方药学, 2020, v.17(1):150-151.
- [3] 莫志宁, 何卫平, 刘央, 等. 不同剂量低分子肝素联合瑞舒伐他汀治疗肾病综合征的临床分析 [J]. 中国处方药, 2020, 18(1):94-95.