

缬沙坦联合肾炎康复片治疗肾小球肾炎的效果观察

廉开胜, 曾丽 (平邑县人民医院, 山东临沂 273399)

摘要: 目的 缬沙坦联合肾炎康复片治疗肾小球肾炎的效果观察。方法 从我院 2021 年 11 月 ~ 2022 年 4 月收入的肾小球肾炎蛋白尿患者中随机抽取 96 例, 按照随机数表法将其分为对照组和观察组。对照组接受缬沙坦治疗, 观察组在对照组基础上联合使用肾炎康复片, 比较两组临床治疗效果、相关指标改善情况以及不良反应发生情况。结果 观察组不良反应发生率为 8.33%, 对照组不良反应发生率为 31.25%, 两组比较差异显著 ($P < 0.05$)。观察组治疗总有效率为 95.83%, 对照组治疗总有效率为 81.25%, 两组比较差异显著 ($P < 0.05$)。治疗后, 两组 24 h UAER、24 h Pro、Scr、BUN、Hb、生活质量评分均显著改善, 且观察组改善幅度优于对照组 ($P < 0.05$)。结论 缬沙坦联合肾炎康复片治疗肾小球肾炎, 可有效改善患者临床症状, 提高治疗效果, 且不良反应少, 临床应用效果显著。

关键词: 肾小球肾炎; 缬沙坦; 肾炎康复片; 蛋白尿; 疗效

肾小球肾炎是临床常见的慢性病, 发病与患者遗传体质、生活环境等相关, 临床致病因素较多, 联合因素影响下可导致患者久治不愈, 疾病迁延等。肾小球肾炎表现为肾小球局部或弥漫性病灶性病变, 对患者健康带来极大的影响^[1]。尿蛋白是肾病的重要指标, 因为肾脏疾病破坏了肾小球的滤过屏障, 导致蛋白质通过尿液排出体外, 出现蛋白尿^[2]。

临床针对肾小球肾炎主要采用药物治疗。缬沙坦属于血管紧张素 II 受体拮抗剂, 可有效治疗高血压肾损伤、糖尿病肾炎、肾病综合征等疾病^[3]。也有研究表明, 应用缬沙坦时候联合采用肾炎康复片可帮助患者巩固疗效, 减少临床并发症的发生^[4]。本研究旨在进一步探讨肾炎康复片联合缬沙坦治疗肾小球肾炎的临床效果。

1 一般资料与方法

1.1 一般资料

从我院 2021 年 11 月 ~ 2022 年 4 月收入的肾小球肾炎蛋白尿患者中随机抽取 96 例, 按照随机

数表法分为对照组和观察组各 48 例。对比两组基本资料。

1.2 方法

对照组给予缬沙坦分散片(国药准字 H20051350, 鲁南贝特制药有限公司)治疗, 1 次/d, 每次 80 mg。观察组在对照组基础上联合使用肾炎康复片(国药准字 Z10940029, 天津同仁堂集团股份有限公司), 口服, 5 片/次, 3 次/d。两组患者均连续治疗 3 个月。

1.3 观察指标

(1) 比较两组 24 h UAER、24 h Pro 改善情况。(2) 比较两组 Scr、BUN、Hb 改善情况。(3) 比较两组治疗总有效率、不良反应。(4) 比较两组生活质量改善情况, 包括心理、生活、独立性、社会关系 4 个指标, 每个指标 0 ~ 100 分, 分数越高表示患者越健康^[5]。

1.4 统计学分析

数据处理采用 SPSS25.0 统计学软件, 计量资料以 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 采用 t 检验, 计数资料用比率表示, 采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者一般资料比较

两组患者年龄 (≥ 60 岁、 < 60 岁)、病程 (1

年以内、1~3 年、3 年以上)、伴随症状 (血肿、水肿、高血压、结石、其他)、主发病因 (遗传) 免疫、感染 / 环境、其他、家族遗传病史 (有、无) 比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。见表 1。

指标	观察组 (n=48)	对照组 (n=48)	χ^2	P	
年龄	≥ 60 岁	23 (47.92)	27 (56.25)	0.6678	0.4138
	< 60 岁	25 (52.08)	21 (43.75)		
病程	1 年以内	20 (41.67)	21 (43.75)	0.0426	0.8365
	1~3 年	21 (43.75)	18 (37.5)	0.3887	0.5330
	3 年以上	7 (14.58)	9 (18.75)	0.3000	0.5839
伴随症状	血尿	23 (47.92)	26 (54.17)	0.3752	0.5402
	水肿	25 (52.08)	28 (58.33)	0.3791	0.5381
	高血压	28 (58.33)	27 (56.25)	0.0426	0.8365
	结石	24 (50.00)	26 (54.17)	0.1670	0.6828
	其他	2 (4.17)	3 (6.25)	0.2110	0.6460
主发病因	遗传 / 免疫	26 (54.17)	27 (56.25)	0.0421	0.8374
	感染 / 环境	20 (41.67)	18 (37.5)	0.1742	0.6764
	其他	2 (4.17)	3 (6.25)	0.2110	0.6460
家族遗传病史	有	16 (33.33)	14 (29.17)	0.1939	0.6597
	无	32 (66.67)	34 (70.83)		

2.2 两组 24 h UAER、24 h Pro 比较

治疗前, 两组患者 24 h UAER、24 h Pro 对比无显著差异 ($P > 0.05$); 治疗后, 观察组 24

h UAER、24 h Pro 改善结果优于对照组, 两组相关指标比较差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 2。

组别	n	UAER (mg/24 h)		24 h Pro (g/24 h)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	48	254.49 \pm 23.23	145.52 \pm 12.16	2.95 \pm 0.31	1.48 \pm 0.11
对照组	48	256.65 \pm 27.54	161.12 \pm 11.52	2.98 \pm 0.3	1.58 \pm 0.11
t		0.4154	6.4524	0.4818	4.4536
P		0.6788	0.0001	0.6311	0.0001

2.3 两组 Scr、BUN、Hb 比较

治疗前, 两组患者 Scr、BUN、Hb 指标比较

无显著差异 ($P > 0.05$); 治疗后, 观察组 Scr、BUN、Hb 改善结果优于对照组 ($P < 0.05$)。见表 3。

组别	n	Scr (μ mol/L)		BUN (mmol/L)		Hb (g/L)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	48	383.85 \pm 40.72	267.28 \pm 23.42	18.47 \pm 1.7	11.79 \pm 1.05	63.94 \pm 6.64	82.44 \pm 6.5
对照组	48	379.37 \pm 38.84	285.65 \pm 23.12	18.48 \pm 1.76	12.35 \pm 0.92	64.53 \pm 6.14	77.91 \pm 6.45
t		0.5516	3.8673	0.0283	2.7792	0.4520	3.4274
P		0.5825	0.0002	0.9775	0.0066	0.6523	0.0009

2.4 两组治疗总有效率比较

观察组治疗总有效率为 95.83%, 高于对照

组的 81.25%, 两组比较差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 4。

组别	n	完全缓解	部分缓解	稳定	进展	总有效
观察组	48	15 (31.25)	31 (64.58)	1 (2.08)	1 (2.08)	46 (95.83)
对照组	48	10 (20.83)	29 (60.42)	4 (8.33)	5 (10.42)	39 (81.25)
χ^2						5.0310
P						0.0249

2.5 两组患者不良反应发生情况比较

观察组不良反应发生率为 8.33%，低于对照

组的 31.25%，两组比较差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 5。

表 5 两组患者不良反应发生情况比较 [n (%)]

组别	n	恶心	嗜睡	便秘	皮疹	其他	合计
观察组	48	1 (2.08)	1 (2.08)	1 (2.08)	1 (2.08)	0 (0.00)	4 (8.33)
对照组	48	4 (8.33)	3 (6.25)	4 (8.33)	2 (4.17)	2 (4.17)	15 (31.25)
χ^2							7.9398
P							0.0048

2.6 两组生活质量评分比较

治疗后，观察组心理、生活、独立性、社会关

系评分改善结果优于对照组，两组比较差异显著 ($P < 0.05$)。见表 6。

表 6 两组生活质量评分比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	n	心理		生活		独立性		社会关系	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	48	73.99 ± 7.36	89.66 ± 6.3	73.88 ± 7.32	88.77 ± 7.03	74.95 ± 7.57	88.79 ± 7.32	74.81 ± 7.72	88.83 ± 6.22
对照组	48	74.25 ± 7.84	82.7 ± 7.14	74.18 ± 6.81	82.66 ± 7.14	74.61 ± 7.52	83.52 ± 7.48	74.85 ± 7.01	82.92 ± 6.76
t		0.1675	5.0641	0.2079	4.2247	0.2208	3.4887	0.0266	4.4573
P		0.8673	0.0001	0.8358	0.0001	0.8257	0.0007	0.9788	0.0001

3 讨论

肾小球肾炎是临床常见肾病,发病与遗传、体质、生活环境、日常作息有关。病症迁延,久治不愈可导致肾小球病变,出现蛋白尿等症状。肾小球肾炎蛋白尿可导致患者血压、血糖、排尿、机体能量代谢异常,威胁身心健康^[6-7]。临床治疗肾小球肾炎蛋白尿的药物较多。其中缬沙坦可扩张肾脏入球小动脉和出球小动脉,进而改善肾小球囊内压,减少尿蛋白;还能稳定身心,保护心脏。虽然缬沙坦治疗范围广,但也有患者治疗后存在,一定的不良反应,如恶心、呕吐等^[8-9]。肾炎康复片属中药制药,含有人参、西洋参、白花蛇舌草、桔梗等药材,可补气益血、利尿除湿、消痈散结、活血通络。临床药动力学表明,肾炎康复片可发挥极强的抗菌、消炎作用,有效缓解肾小球肾炎的炎性反应,降低尿蛋白流失率,尽快促进肾脏康复。而且中药疗法对机体伤害小,可发挥正本培元作用,不良反应发生率较低^[10]。本研究结果显示,观察组不良反应发生率为 8.33%,对照组不良反应发生率为 31.25%,两组比较差异显著 ($P < 0.05$)。观察组治疗总有效率为 95.83%,对照组治疗总有效率为 81.25%,两组比较

差异显著 ($P < 0.05$)。治疗后,两组 24 h UAER、24 h Pro、Scr、BUN、Hb、生活质量评分均显著改善,且观察组改善幅度优于对照组 ($P < 0.05$)。

综上,缬沙坦联合肾炎康复片治疗肾小球肾炎,可有效改善患者临床症状,且不良反应少,临床应用效果显著。

参考文献

- [1]薄晓红.肾炎康复片联合缬沙坦胶囊治疗慢性肾小球肾炎的临床效果及安全性[J].临床合理用药杂志,2021,14(35):86-87.
- [2]任红艳.肾炎康复片联合缬沙坦治疗慢性肾小球肾炎的临床效果及安全性分析[J].中外医疗,2021,40(13):87-89.
- [3]周辉.缬沙坦联合肾炎康复片治疗肾小球肾炎蛋白尿的效果分析[J].海峡药学,2020,32(11):170-171.
- [4]黄俊波,刘维佳.缬沙坦与肾炎康复片联用治疗肾小球肾炎蛋白尿的临床疗效[J].当代医学,2020,26(11):91-93.
- [5]王雅心.缬沙坦氢氯噻嗪胶囊联合肾炎康复片对女性肾小球肾炎蛋白尿患者肾功能的影响分析[J].中国现代药物应用,2020,14(5):180-181.
- [6]朱玉梅.氯沙坦钾片联合肾炎康复片对慢性肾小球肾炎蛋白尿的治疗效果[J].当代临床医刊,2019,32(4):356,360.
- [7]艾华,何清桃.缬沙坦联合肾炎康复片治疗肾小球肾炎蛋白尿的疗效[J].哈尔滨医药,2019,39(3):212-213.
- [8]张意舒.缬沙坦联合肾炎康复片治疗肾小球肾炎蛋白尿的疗效观察[J].中国医药指南,2019,17(7):41-42.
- [9]祝仕军,周春燕.肾炎康复片联合缬沙坦胶囊治疗慢性肾小球肾炎的效果观察[J].当代医药论丛,2019,17(1):118-119.
- [10]左莉丽.氯沙坦钾片联合肾炎康复片治疗慢性肾小球肾炎蛋白尿的临床效果分析[J].北方药学,2018,15(7):123-124.