

苯那普利+祛风除湿中药治疗慢性肾脏病 3 期风湿内扰证的临床疗效以及安全性评价

陈慧敏

(六安市中医院风湿肾病科)

摘要:目的:分析苯那普利+祛风除湿中药治疗慢性肾脏病 3 期风湿内扰证的临床疗效以及安全性。方法:研究探讨了 30 例慢性肾脏病患者的治疗效果,患者在 2019 年 1 月至 2021 年 1 月收治入组,随机分组后,一组给予苯那普利治疗,为普通组,另一组联合祛风除湿中药治疗,为研究组,对比两组患者临床疗效以及生活质量。结果:两组患者在临床治疗疗效方面,研究组较优,总有效率为 100.00% (15 例),组间差异显著, $P < 0.05$; 在生理功能、社会功能、情感功能方面,研究组较高,分别为 (72.35 ± 5.64) 分、(78.64 ± 5.48) 分、(74.68 ± 5.84) 分,组间差异显著, $P < 0.05$ 。结论:苯那普利联合祛风除湿中药治疗慢性肾脏病 3 期风湿内扰证可以有效保护好患者的肾功能,并且临床治疗效果显著,同时提高了患者的生活质量,建议将该方案推广于临床。

关键词:苯那普利;祛风除湿中药;慢性肾脏病;疗效及安全性

慢性肾脏病患者在第 3 期是最重要给予药物治疗的阶段,但是该阶段治疗期间激素以及免疫抑制剂的风险会逐步提高,因此,临床上如何采取有效的方法延缓肾衰成为了重要研究问题^[1]。目前,临床上多采用苯那普利进行抑制住患者的肾衰情况发生,但是效果仍然欠佳,随着我国医疗技术的不断提升,有专家指出祛风除湿中药可以有效改善患者的肾功能,并且该中药药方具有多靶点的免疫干预效果^[2]。故,文章探讨了苯那普利联合祛风除湿中药治疗慢性肾脏病 3 期风湿内扰证的临床疗效以及安全性,并选取了 2019 年 1 月至 2021 年 1 月收治入组的 30 例慢性肾脏病患者进行治疗,具体内容如下。

1、资料与方法

1.1 一般资料

研究探讨了 30 例慢性肾脏病患者的治疗效果,患者在 2019 年 1 月至 2021 年 1 月收治入组,随机分组后,一组给予苯那普利治疗,为普通组,另一组联合祛风除湿中药治疗,为研究组,每组各 15 例患者。普通组男性患者 8 例,女性患者 7 例,年龄位于 20~68 岁之间,平均值 (44.02 ± 2.31) 岁,病程在 1~3 个月左右,平均值 (2.01 ± 0.12) 月;研究组男性患者 7 例,女性患者 8 例,年龄位于 21~70 岁之间,平均值 (45.50 ± 2.65) 岁,病程在 1~4 个月左右,平均值 (2.51 ± 0.32) 月。所有患者经临床确诊为慢性肾脏病,患者及家属知晓本次研究并签署知情同意书,可以排除 (1) 精神障碍患者; (2) 合并其它恶性疾病患者; (3) 哺乳期以及妊娠期女性。两组患者一般资料差异性比较无显著统计学意义, $P > 0.05$, 具有可比性。

1.2 方法

普通组给予苯那普利 (批准文号:国药准字 H20071227,生产厂家:杭州默沙东公司) 口服治疗,每次 10mg,每天一次,24 周为一个疗程,治疗一个疗程后观察结果;研究组联合祛风除湿中药治疗,

主要分别四个药方,分别为补益气血方:太子参、黄芩、女贞子、当归;祛风除湿方:鬼箭羽、雷公藤、汉防己;活血祛瘀方:积雪草、丹参、制大黄、桃仁;清热湿化方:川连、虎杖、六月雪、土茯苓,所有患者均治疗 24 周为一个疗程,治疗一个疗程后观察结果。

1.3 观察指标

对比两组患者临床治疗疗效,分别为显效、有效、无效以及总有效率;比较两组患者生活质量,主要包括为生理功能、社会功能、情感功能。

1.4 统计学分析

数据以 SPSS23.0 检验差异,计数资料、计量资料以 χ^2 和 t 值检验,以百分数、(均数 ± 标准差) 表示, $P < 0.05$ 为研究有统计学意义。

2、结果

2.1 两组患者临床治疗疗效分析

两组患者在临床治疗疗效方面,研究组较优,总有效率为 100.00% (15 例),组间差异显著, $P < 0.05$ 。

表 1 两组患者临床治疗疗效对比[n(%)]

| 组别 (n=15) | 显效 | 有效 | 无效 | 总有效率 |
|-----------|-----------|----------|----------|------------|
| 研究组 | 11(73.33) | 4(26.66) | 0(0.00) | 15(100.00) |
| 普通组 | 2(13.33) | 7(46.66) | 6(40.00) | 9(60.00) |
| χ^2 | | | | 7.5000 |
| P | | | | 0.0061 |

2.2 两组患者生活质量分析

在生理功能、社会功能、情感功能方面,研究组较高,分别为 (72.35 ± 5.64) 分、(78.64 ± 5.48) 分、(74.68 ± 5.84) 分,组间差异显著, $P < 0.05$ 。

(下转第 45 页)

发生率和高血压患者心血管事件危险;降低糖尿病或肾病患者的蛋白尿及微量白蛋白尿。尤其适用于伴左心室肥厚、心力衰竭、心房颤动预防、糖尿病肾病、冠心病、代谢综合征、微量白蛋白尿或蛋白尿患者,以及不能耐受 ACEI 的患者。不良反应少见,偶有腹泻,长期应用可升高血钾,应注意监测血钾及肌酐水平变化^[4]。伴肾功能不全的患者,饮食及血压控制最为重要。严格控制血压,是延缓肾脏病变的进展,预防心血管事件发生风险的关键。目标血压可控制在 130/80 mm Hg 以下^[4]。

该患者心脏 B 超示:室间隔增厚,升主动脉内径稍宽(符合高血压心血管超声改变)。有脑卒中发生的高危因素。硝苯地平降压治疗等临床试验证实,以硝苯地平 CCB 为基础的积极降压治疗方案可显著降低我国高血压患者脑卒中的发生与死亡率^[4]。

患者住院期间血压控制欠佳,将硝苯地平控释片增至 30mg 每天 2 次联合厄贝沙坦片 150mg 每天 1 次降压治疗。二氢吡啶类 CCB + ARB: CCB 具有直接扩张动脉的作用,ARB 既扩张动脉、又扩张静脉,故两药合用有协同降压作用。二氢吡啶类 CCB 常见的不良反应为踝部水肿,可被 ARB 抵消。CHIEF 研究表明,小剂量长效二氢吡啶类 CCB + ARB 初始治疗高血压患者,可明显提高血压控制率。此外,ARB 也可部分阻断 CCB 所致反射性交感神经张力增加和心率加快的不良反应^[4]。

4、药学监护

在药学监护的过程中可对患者进行健康生活方式的宣传。教育患者痛风的预防需要健康的生活方式,饮食上需注重低嘌呤饮食,少吃中嘌呤食物,如肉类、海鲜等;不吃高嘌呤食物,如动物内脏、浓肉汤等;忌酒,血尿酸值与总酒精摄入量呈正比,每日酒精摄入量每增加 10 克,痛风的危险性增加 1.17 倍;戒烟;多喝水,急性发作期保持每天尿量在 2000-3000mL,为防止夜间尿浓缩,能在睡前饮水或半夜适当饮水为宜;碱化尿液,当尿液 pH < 5.5 时,尿酸呈过饱和状态,碱化尿液可使尿酸结石溶解,增加碱性食物的摄取及使用常用的碱性药物,如碳酸氢钠,是防治尿酸结石的重要措施;高血压和痛风都需要长期坚持治疗,定期监测血压和尿酸,定期随访,保持积

极乐观的心态有利于疾病的治疗。

5、小结

该患者为一例典型的痛风合并高血压的患者。据相关统计,血尿酸水平每升高 1mg/d(595 μ mol/L),发生高血压病的相对风险增加 13%^[5]。高血压患者患痛风的风险增加了 88%,高血压和痛风之间的关联是双向的^[5]。30%以上痛风患者伴有高血压,对于这些患者来说,在药物的选择和应用上和普通的高血压或痛风患者有所区别,本文通过一例痛风合并高血压患者在治疗过程中相关治疗药物的分析,对痛风急性发作用药和抗高血压用药进行个体化选药,取得较好的治疗效果。

参考文献:

- [1]《2016 中国痛风诊疗指南》[J].浙江医学.2017.39(21):1823-1832
- [2]崔宇超 1 例痛风并高血压患者在“家庭病床”中的药学监护[J].中国执业药师.2015, 5 (6): 40-42
- [3]周莹 杜志明 高尿酸血症合并高血压病与痛风的相关性分析[J].新医学.2017, 6 (48): 418-420
- [4]《2010 中国高血压防治指南》[J].中国医学前沿杂志.2011,3(5):42-93
- [5]Bidirectional.Association.between.SelfReported.Hypertension.and.Gout:The.Singapore.Chinese.Health.Study[J].PLOSONEIDOI:10.1371/journal.pone.0141749 October28,2015
- [6]ClarsonL,ChandratreP,HiderS,BelcherJ,HeneghanC,RoddyE,etal.Increasedcardiovascularmortalityassociatedwithgout:asystematicreviewandmeta-analysis.EurJPrevCardiol.2015;22:335 - 343.doi:10. 1177/2047487313514895PMID:24281251
- [7]GibsonTJ.Hypertension,itsreatment,hyperuricaemiaandgout.CurrOpinRheumatol.2013;25:217 - 222.doi:10.1097/BOR.0b013e32835cedd4 PMID:23370375

史永娟,女,1986-02 籍贯云南临沧,傣族,毕业于昆明医学院,现任职于云南省临沧市第二人民医院,职称:主管药师 研究方向:慢性病患者用药教育

(上接第 42 页)

表 2 两组患者生活质量对比(分)

| 组别 (n=15) | 生理功能 | 社会功能 | 情感功能 |
|-----------|--------------|--------------|--------------|
| 研究组 | 72.35 ± 5.64 | 78.64 ± 5.48 | 74.68 ± 5.84 |
| 普通组 | 61.24 ± 5.54 | 64.35 ± 5.42 | 63.89 ± 5.78 |
| T | 5.4427 | 7.1805 | 5.0859 |
| P | 0.0000 | 0.0000 | 0.0000 |

3、讨论

近几年来,随着我国经济的不断提升,医疗技术的发展也在逐步上升,并且在临床上已经有很多研究结果指出血管紧张素转化酶抑制剂可以在一定的程度上缓解患者肾衰情况,从而有效保护了肾功能。在以往的中医学上指出,风湿可以导致患者出现肾病^[6],因为慢性肾脏病患者临床很多表现与中医的虚等有着一定的关联,因此,临床上给患者治疗时联合了祛风湿中药进行治疗,它主要分为补益气血方、祛风湿方、活血祛瘀方、清热湿化方,该药方里雷公藤有着明显的抑制功效,并且黄芪与当归又具有调节免疫功能的特效,因此,

临床上使用中药治疗效果明显,有着驱邪扶正的特点,并且患者治疗后生活质量有效提高^[4]。

综上所述,苯那普利联合祛风湿中药治疗慢性肾脏病 3 期风湿内扰证可以有效保护好患者的肾功能,并且临床治疗效果显著,同时提高了患者的生活质量,值得推广。

参考文献:

- [1]刘奎,张媛.雷公藤多苷联合 ACEI/ARB 类药物治疗糖尿病肾病有效性和安全系统评价[J].中医药临床杂志,2019,31(11):2086-2091.
- [2]谢恂,詹继红,郭银雪,等.雷公藤多苷、益气活血利水法联合西药对特发性膜性肾病治疗疗效及 PCX 表达影响的研究[J].中国地方病防治杂志,2018,33(1):63-64.
- [3]刘喜成.中药联合苯那普利治疗慢性肾小球肾炎的临床疗效观察[J].黑龙江医药科学.2019,(2).219-220.
- [4]宋环平.益肾健脾祛风湿汤联合贝那普利治疗慢性肾小球肾炎的临床疗效[J].临床合理用药杂志.2017,(6).117-119.