

小剂量尿激酶在治疗肾病综合征中的临床应用

胡浩

(陕西省商洛市职业技术学院附属医院 商洛 726000)

关键词: 肾病综合征;尿激酶;小剂量

中图分类号: R 692

文献标识码: B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2011.05.043

肾病综合征是临床常见的肾脏疾患,临床特点是大量蛋白尿、低蛋白血症、全身水肿和高脂血症。临床主要以利尿、消除蛋白尿、保护肾功能及改善肾脏微循环等治疗为主^[1]。大多数患者疗效好,短时间内可消除蛋白尿,预后好。但其中有相当比例患者因大量应用利尿剂、大剂量激素等治疗,导致血液浓缩出现血液高凝状态,影响治疗效果,导致疗程延长,肾病复发,最终发展为难治性肾病。我院于 2005~2010 年收治肾病综合征 100 例,在常规应用激素治疗的基础上,配合应用小剂量尿激酶(3~5 万 U)静脉滴注后,疗效显著。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 100 例均为住院患者,其中男性 65 例,女性 35 例,年龄 15~65 岁,平均 41 岁,发病 7~30 d,入院后经相关检查明确诊断为肾病综合征,其中原发性肾病综合征 55 例,继发性肾病综合征 45 例,肾功能检查均正常。

1.2 治疗方法 全部患者入院后根据尿常规及 24 h 尿蛋白定量检查结果,应用地塞米松冲击治疗 3 d 后,强的松 40~60 mg 每日一次晨起饭后顿服,同时配合应用尿激酶(3~5 万 U)静脉滴注。10~15 d 为 1 个疗程,连续应用 2~5 个疗程,以巩固疗效防止复发。

1.3 禁忌证 (1)凝血因子缺乏,有出血倾向者;(2)严重高血压难于控制者;(3)合并有心脏、肝脏疾患者;(4)糖尿病性视网膜病伴出血患者;(5)严重消化道溃疡病活动期患者。

2 结果

100 例患者经配合应用尿激酶治疗后,在尿蛋白定性定量、血脂、血小板数量、血清白蛋白及水肿程度等方面分析(见表 1),治疗前与治疗后比较,均

有明显差异,患者尿蛋白转阴时间短,复发率低,疗效满意。

表 1 尿激酶治疗前和治疗后结果比较 ($\bar{X} \pm S$)

项目	尿蛋白 定量(g/L)	TG (mmol/L)	血小板 ($\times 10^9/L$)	水肿	尿蛋白定性	血清白 蛋白(g/L)
治疗前	6.0 $\pm$ 2.5	3.4 $\pm$ 1.2	310 $\pm$ 21	+++	+++~++++	25 $\pm$ 10.3
治疗后	1.2 $\pm$ 0.8	1.2 $\pm$ 0.2	150 $\pm$ 25	—	—	35 $\pm$ 10.4

3 讨论

尿激酶为健康人尿中分离或从人肾组织培养中获得的一种酶蛋白,临床主要用于血栓栓塞性疾病的溶栓治疗。肾病综合征患者均有高脂血症,相当一部分患者可能有感染、血栓、栓塞等并发症存在。治疗中常规应用激素及利尿剂后,可能加重血液的高凝状态,影响治疗效果,导致尿蛋白持续存在,从而加速了肾小球的硬化程度,导致预后不良。使其中一部分肾病患者反复发作,最终发展为慢性肾炎尿毒症。

肾小球是包裹在肾小囊中的一团球形的毛细血管网,其结构复杂独特。自内向外分别有毛细血管内皮细胞、肾小球基底膜和肾小球脏层上皮细胞,并由这些成分构成滤过屏障。其中内皮细胞参与肾小球基底膜有关成分的合成与修复,在调控肾小球内凝血、免疫反应和炎症过程中具重要作用,还可结合凝血因子 IXa、Xa,合成与释放凝血因子 VIII;肾小球基底膜是肾小球毛细血管最重要的支撑物,并维持其完整性和一定的通透性;肾小球脏层上皮细胞表面的负电荷是构成肾小球滤过屏障完整性的重要组成部分^[2]。肾小球滤过膜通透性改变是肾病综合征发生蛋白尿的基本病因。大量的蛋白尿可促进肾小球硬化,加速肾功能的损害。早期患者因大量蛋白尿引起全身水肿,经大量应用利尿剂或静滴白蛋白扩容利尿后,尿蛋白从尿液中大量丢失,导致机体不同程度的脱水,血液处于高凝状态,值得临床推广应用。

参考文献

[1]王祖高.急性肾绞痛的诊治[J].中外健康文摘,2011,8(2):9-10
[2]国家中医药管理局.中医病证诊断疗效标准[S].南京:南京大学出版社,1994.26-27
[3]韩晓峰.黄体酮治疗肾绞痛 180 例临床观察[J].中华现代外科杂志,2005,2(2):119
[4]王致普.中国针灸治疗学[M].福州:福建科学技术出版社,2006.7

(收稿日期: 2011-06-01)

部。二穴配合起到行气化浊、清热利湿的作用^[4]。经穴位注射刺激,加上利多卡因的药物作用,可疏通其经气,通则不痛,又因药物在穴位处存留时间较长,可增强持续穴位的双重治疗作用,因而缓解肾绞痛效果显著。总之黄体酮配合利多卡因穴位封闭治疗肾绞痛是安全、有效、快捷、简单的治疗方法,

肾药Ⅲ号灌肠液治疗尿毒症 52 例临床观察

王宏顺 宋卫国 程露
(江西中医学院附属医院 南昌 330006)

关键词:慢性肾衰;尿毒症;肾药Ⅲ号灌肠液;保留灌肠
中图分类号:R 692.5 文献标识码:B doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2011.05.044

慢性肾功能衰竭(CRF)患者发展到尿毒症时,病情危重,临床症状变化多端,治疗棘手,现代医学多以血透、腹透、肾移植等替代治疗为主,费用昂贵。中医药在治疗本病时能够辨证施治,治疗效果明显,优势突出,现已在临床广泛应用。笔者 2009~2010 年运用院内制剂肾药Ⅲ号灌肠液治疗慢性肾衰尿毒症期患者 52 例,取得显著疗效。现报告如下:

1 临床资料

1.1 病例选择 104 例均为我院肾内科住院和门诊病人,其中男性 86 例,女性 18 例,平均年龄 46.5 岁,原发病为慢性肾衰者 72 例,高血压 18 例,糖尿病 8 例,其他 6 例。随机分为治疗组和对照组各 52 例,两组一般资料比较无显著性,具有可比性。

1.2 诊断标准 本组病例均符合中华医学会肾脏病专业委员会 1992 年制定的慢性肾功能衰竭分期诊断标准($GFR<10\text{ mL/min}$, $SCr>707\text{ }\mu\text{mol/L}$)。患者均有高血压、贫血、浮肿、蛋白尿等症状。

1.3 治疗方法 入选患者均给予低盐优质蛋白低磷饮食,同时给予 CRF 基础治疗,配合降压、改善贫血、纠正酸中毒等对症治疗。治疗组采用肾药Ⅲ号灌肠液(处方:生大黄 30 g、煅牡蛎 30 g、巴戟天 30 g、蒲公英 30 g、槐花炭 15 g,取上述五味药洗净浸泡

使双肾血流量下降,肾小球滤过膜两侧静水压代偿性升高,蛋白漏出增多,在一定程度上加重了低蛋白血症(血浆白蛋白 $<20\text{ g/L}$);肾病综合征时有不同程度的血脂异常,尤其是血总胆固醇(Ch)、甘油三酯(TG)及低密度脂蛋白(LDL)等指标显著升高,加重了高凝状态,影响了病程及预后,加速了肾小球的硬化。

肾病综合征均存在高凝倾向,易致肾静脉、外周静脉甚至动脉形成血栓,产生栓塞并发症。原发性肾病综合征高于继发性肾病综合征,确切机制不清楚。主要与以下因素有关:(1)凝血因子活性升高;(2)纤维蛋白溶解的抑制;(3)血小板的激活;(4)肾实质的凝血激活^[1]。以上因素通过内源性 & 外源性凝血机制,导致纤维蛋白在肾小球毛细血管内沉积。此外,低白蛋白血症使血浆内水分外渗导致

30 min,第 1 次加 6 倍药量的水,第 2 次加 4 倍药量的水,煎煮时间分别为 1 h 和 45 min,合并二次煎煮液,过滤,滤液浓缩至适量。将浓缩液冷置 12 h,取上清液再过滤,滤液浓缩至 250 mL,分装、灭菌即得。)250 mL 保留灌肠,每晚 1 次,保留时间为 1 h 以上,大便每日为 2~3 次,15 d 为 1 个疗程。对照组口服肾衰宁胶囊 4 粒 / 次,3 次 / d,15 d 为 1 个疗程。

1.4 观察指标 观察治疗前后临床症状(浮肿、头晕、呕恶、腰酸、皮肤瘙痒)及肾功能(SCr 、 BUN)变化情况。

1.5 疗效标准 按 1992 年肾脏病专业委员会制定的慢性肾功能衰竭疗效评定标准分别为显效、有效、无效。显效为临床症状明显改善, SCr 、 BUN 降低 $>30\%$;有效为临床症状改善, SCr 、 BUN 降低 $>10\%$;无效为临床症状无改善, SCr 、 BUN 无变化或者升高。

1.6 统计方法 运用统计软件 SPSS12.0 对数据进行处理:计量资料以均数±标准差($\bar{X}\pm S$)表示,配对资料采用 t 检验。

1.7 结果 治疗组显效 45 例,有效 6 例,无效 1 例,总有效率为 98.08%;对照组显效 30 例,有效 10 例,无效 12 例,总有效率为 76.92%。两组比较有显

血管内脱水、血液浓缩,血黏稠度增高,以及高脂血症、肾上腺皮质激素使用和内皮细胞病变均可加重血栓和栓塞并发症。

通过小剂量的尿激酶使用,患者肾小球内微循环障碍得到改善,肾小球的入球动脉、出球动脉压力降低,减少了尿中白蛋白的排出。肾小球的毛细血管内皮细胞、基底膜、脏层上皮细胞得到不同程度的修复,保证了肾小球滤过屏障对水及小分子溶质的高通透性,阻止了大分子物质(如蛋白质、红细胞等)的排出,从而真正意义上纠正了低蛋白血症,使肾病综合征得到治愈。

参考文献

[1]蒋季杰,范亚平.现代肾病学[M].北京:人民卫生出版社,2001. 318-328
[2]李学旺.现代内科学[M].北京:人民军医出版社,1998.336-342
(收稿日期:2011-06-03)