

雷公藤多苷辅助治疗慢性肾小球肾炎患者的效果

苗月亭 薛现军 王玉路

(河南省濮阳市油田总医院肾内科 濮阳 457001)

摘要:目的:探究雷公藤多苷辅助治疗慢性肾小球肾炎(CGN)患者的效果。方法:前瞻性选取 2018 年 1 月~2019 年 6 月收治的 60 例 CGN 患者,按随机数字表法分成联合组、常规组各 30 例。常规组接受厄贝沙坦治疗,联合组于常规组基础上予以雷公藤多苷辅助治疗。对比两组总有效率、肾功能指标[血肌酐(SCr)、血尿素氮(BUN)、24 h 尿蛋白定量(24 h Upro)]水平、炎症介质指标[白细胞介素-6(IL-6)、白细胞介素-8(IL-8)]水平。结果:联合组总有效率 96.67%较常规组 73.33%高,治疗后血清 SCr、24 h Upro、BUN、IL-6、IL-8 水平较常规组低($P<0.05$)。结论:雷公藤多苷辅助治疗 CGN 可进一步提高疗效,改善患者肾功能,缓解炎症反应。

关键词:慢性肾小球肾炎;厄贝沙坦;雷公藤多苷

中图分类号:R692.31

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2021.15.035

慢性肾小球肾炎 (Chronic Glomerulonephritis, CGN) 为临床常见疾病,具有起病隐匿、病情迁延难愈等特点,病因复杂。感染、急性肾小球肾炎发展、过度劳累等因素均可引发 CGN,患者临床多表现为尿蛋白、血尿、高血压等症状,严重影响患者身体健康^[1]。厄贝沙坦为临床治疗 CGN 的常用药物,虽具有一定疗效,但对部分患者效果欠佳^[2]。中医认为,CGN 属“水肿”范畴,归因于外感风寒、气滞血瘀、脾肾阳虚,故主张以舒筋活血、祛风通络、清热利湿之法治疗^[3]。雷公藤多苷属中成药,具有祛风通络、清热解毒之功效,但在厄贝沙坦治疗 CGN 基础上,联合应用雷公藤多苷能否进一步提高疗效,仍有待进一步探究。基于此,本研究对 CGN 患者采用雷公藤多苷辅助治疗,旨在探究其应用价值。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 经医院医学伦理委员会批准,前瞻性选取 2018 年 1 月~2019 年 6 月我院收治的 60 例 CGN 患者,按随机数字表法分成联合组、常规组各 30 例。联合组男 16 例,女 14 例;年龄 25~66 岁,平均 (45.48 ± 8.33) 岁;病程 1~6 年,平均 (3.46 ± 0.84) 年。常规组男 18 例,女 12 例;年龄 24~64 岁,平均 (43.26 ± 8.01) 岁;病程 1~5 年,平均 (3.21 ± 0.79) 年。两组基线资料均衡可比 ($P>0.05$)。

1.2 选例标准 纳入标准:符合《梅奥诊所 / 肾脏病理学会关于肾小球肾炎病理分类、诊断及报告共识》^[4]中 CGN 诊断标准,伴尿蛋白、血尿、高血压等症状;知情并签署知情同意书。排除标准:伴恶性肿瘤;依从性差;伴严重器质性疾病;过敏体质;认知功

能不全;有精神疾病史;凝血功能不全;有糖尿病史。

1.3 治疗方法 常规组接受厄贝沙坦片(国药准字 J20171089)治疗,150 mg/ 次,口服,1 次 /d。联合组于常规组基础上予以雷公藤多苷片 (国药准字 Z21020993) 治疗,20 mg/ 次,口服,3 次 /d。两组持续治疗 2 个疗程(2 个月为一个疗程)。

1.4 观察指标 (1)疗效。(2)治疗前后肾功能指标[血肌酐(SCr)、血尿素氮(BUN)、24 h 尿蛋白定量(24 h Upro)]水平,BUN 以速率法测定,SCr 以 Taffe 法测定,24 h Upro 水平以免疫比浊法测定。(3)治疗前后炎症介质指标[白细胞介素-6(IL-6)、白细胞介素-8(IL-8)]水平,以酶联免疫吸附法测定。

1.5 疗效评估标准 两组均于治疗 2 个疗程后实施疗效评估,显效:临床症状消失,24 h Upro <0.2 g,尿蛋白转阴,肾功能各项指标复常;有效:临床症状明显好转,24 h Upro 0.2~1.5 g,尿蛋白较治疗前降低 20%~50%,肾功能各项指标有所改善;无效:未达上述标准。有效 + 显效 = 总有效。

1.6 统计学分析 采用 SPSS22.0 统计学软件分析研究数据,计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示,采用 t 检验,计数资料用率表示,采用 χ^2 检验, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组肾功能指标对比 治疗前,两组血清 SCr、24 h Upro、BUN 水平对比无显著差异 ($P>0.05$);治疗后,联合组血清 SCr、24 h Upro、BUN 水平较常规组低,差异有统计学意义 ($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组肾功能指标对比 $(\bar{x} \pm s)$

组别	n	24 h Upro (g/24 h)		BUN (mmol/L)		SCr (μ mol/L)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
联合组	30	3.45 $\pm$ 0.51	1.35 $\pm$ 0.13*	8.45 $\pm$ 2.02	5.31 $\pm$ 1.19*	117.30 $\pm$ 29.93	71.34 $\pm$ 11.59*
常规组	30	3.34 $\pm$ 0.49	1.68 $\pm$ 0.32*	8.80 $\pm$ 2.13	6.90 $\pm$ 1.32*	110.33 $\pm$ 30.51	86.21 $\pm$ 15.66*
t		0.852	5.233	0.653	4.900	0.893	4.181
P		0.398	<0.001	0.516	<0.001	0.375	<0.001

注:与同组治疗前对比,* $P<0.05$ 。

2.2 两组炎症介质指标对比 两组治疗前血清 IL-8、IL-6 水平对比无显著差异 ($P>0.05$)；治疗后联合组血清 IL-8、IL-6 水平较常规组低 ($P<0.05$)。见表 2。

表 2 两组炎症介质指标对比 (ng/L, $\bar{x} \pm s$)

组别	n	IL-6		IL-8	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
联合组	30	10.06± 2.56	3.14± 0.89*	198.16± 12.54	70.81± 6.35*
常规组	30	9.35± 2.43	5.06± 1.13*	194.12± 13.12	95.42± 7.44*
t		1.102	7.311	1.219	13.781
P		0.275	<0.001	0.228	<0.001

2.3 两组疗效对比 联合组总有效率 96.67%较常规组 73.33%高 ($P<0.05$)。见表 3。

表 3 两组疗效对比[例(%)]

组别	n	显效	有效	无效	总有效
联合组	30	18 (60.00)	11 (36.67)	1 (3.33)	29 (96.67)
常规组	30	10 (33.33)	12 (40.00)	8 (26.67)	22 (73.33)
χ^2					4.706
P					0.030

注：与同组治疗前对比，* $P<0.05$ 。

3 讨论

CGN 为肾小球疾病，早期临床症状不明显，易被患者忽略，大多数患者确诊时，肾脏受损程度已相对严重，严重影响患者生活质量^[5]。目前临床针对 CGN 治疗多以控制蛋白尿、血压、血尿、水肿等为主，常用药物如厄贝沙坦等，虽能于一定程度缓解患者病情，但单独用药，整体效果不尽理想。

中医学认为，CGN 属“虚劳、水肿、腰痛”等范畴，病机以正气亏虚为本，湿浊停滞、瘀血为标，肾为先天之本，肾虚则水湿内生，气化失常，脾为后天之本，脾虚则湿浊内生、运化失司，脾肾气虚、血行不畅则成瘀，故主张以祛瘀活血、疏经通络、清热利湿为主要治疗原则^[6]。雷公藤多苷是从卫矛科植物雷公藤根提取精制而成，具有舒筋活血、清热解毒、祛风通络等功效。现代药理研究显示，雷公藤多苷具有显著增强机体免疫抑制和免疫调节、抗炎、抗肿瘤的效果^[7]。本研究将雷公藤多苷与厄贝沙坦联合应用于 CGN 患者治疗当中，联合组总有效率 96.67%较常规组 73.33%高，治疗后血清 SCr、24 h Upro、BUN 水平较

常规组低 ($P<0.05$)，由此可见，雷公藤多苷辅助治疗 CGN 可进一步提高疗效，改善患者肾功能。原因分析为雷公藤多苷可有效抑制肾脏系膜细胞增生，减少免疫复合物于肾小球内沉积，发挥显著免疫调节作用，同时还可延缓肾间质及肾小球纤维化，促使活化淋巴细胞凋亡，从而有效减少尿蛋白，提高肾小球滤过率，达到改善肾功能效果。

另有研究发现，血清 IL-6、IL-8 可参与 CGN 发生、发展，当机体肾小球系膜细胞遭受损伤时，可致使 IL-6 大量分泌，从而引发免疫功能障碍；当肾小球上皮细胞遭受损伤时，可致使大量 IL-8 产生，加重炎症反应^[8]。故下调血清 IL-6、IL-8 水平对减轻炎症反应、保护肾小球具有积极意义。本研究数据显示，治疗后联合组血清 IL-8、IL-6 水平较常规组低 ($P<0.05$)，由此可见，在厄贝沙坦治疗 CGN 基础上，联合应用雷公藤多苷可有效缓解炎症反应。但具体作用机制尚不清楚，可作为后期研究重点，作进一步分析。

综上所述，雷公藤多苷辅助治疗 CGN 可进一步提高疗效，改善患者肾功能，缓解炎症反应。

参考文献

[1]刘琴,王红蕾,邓康平,等.贝那普利联合黄葵对慢性肾小球肾炎的治疗效果及安全性评价[J].陕西医学杂志,2018,47(1):96-98,110.
[2]梁丽薇,赵晶凤,李亚静,等.百令胶囊联合厄贝沙坦治疗 CGN 的疗效研究[J].重庆医学,2021,50(4):595-598.
[3]温旭,杨秀炜,赵涛,等.隔姜灸联合补肾健脾方治疗慢性肾小球肾炎的临床研究[J].针灸临床杂志,2018,34(5):1-4.
[4]曾彩虹.梅奥诊所 / 肾脏病理学会关于肾小球肾炎病理分类、诊断及报告共识[J].肾脏病与透析肾移植杂志,2016,25(3):261-268.
[5]侯睿,胡炜,董佩,等.环磷酰胺治疗慢性肾小球肾炎疗效及其对血清 MMP-2、肾组织 PLA2R1 水平的影响[J].疑难病杂志,2018,17(2):161-164.
[6]杨敬,郑劲,钟锦,等.补肾清利活血汤对慢性肾小球肾炎患者肾功能及炎症状态的影响[J].中国中西医结合肾病杂志,2020,21(2):153-155,190.
[7]何康婧,高增平,尹丽梅,等.雷公藤多苷的药理毒理作用研究进展[J].中国实验方剂学杂志,2020,26(1):196-204.
[8]孟春萍,王志伟.补肾祛瘀活血汤辅助治疗慢性肾小球肾炎对患者血清炎症因子及细胞免疫功能的影响[J].中国预防医学杂志,2020,21(3):262-266.

(收稿日期：2021-03-05)

(上接第 19 页)防治指南(2013 年版)[J].中华内分泌代谢杂志, 2014,30(8):893-942.

[3]陈诚,雷涛,沙雯君,等.双歧杆菌三联活菌胶囊辅助治疗 2 型糖尿病对患者肠道菌群及血糖的影响[J].海南医学,2020,31(18):2330-2333.
[4]徐向宇,何再明.甘精胰岛素与中效人胰岛素治疗老年 2 型糖尿病的效果评价[J].当代医学,2020,26(36):94-96.
[5]连明珠,陈琰,赵莹,等.双歧杆菌四联活菌片对初诊超重 2 型糖尿

病患者糖脂代谢和 Toll 样受体 4 的影响[J].临床与病理杂志,2020,40(8):1967-1972.

[6]刘东宏,索有梅.双歧杆菌四联活菌片治疗 2 型糖尿病便秘 45 例临床观察[J].中国肛肠病杂志,2019,39(9):36-37.
[7]吴晓晔.双歧杆菌四联活菌片辅助治疗对新诊断 2 型糖尿病患者血清炎症因子及氧化应激指标水平的调节作用[J].中国微生态学杂志,2020,32(6):66-69.

(收稿日期：2021-04-20)