

糖皮质激素对肾病综合征并发重症肺炎患者肺功能及血清BUN、Scr、24h UPE水平的影响

陈宗艳

(北海市人民医院肾内科, 广西 北海 536000)

摘要: **目的** 研究糖皮质激素对肾病综合征并发重症肺炎患者肺功能及血清尿素氮(BUN)、血肌酐(Scr)、24h尿蛋白排泄率(24h UPE)水平的影响。**方法** 按照随机数字表法将北海市人民医院2019年3月至2020年2月纳入的肾病综合征并发重症肺炎患者90例分为对照组与观察组,各45例。对照组患者给予阿奇霉素治疗,观察组患者在对照组基础上给予甲泼尼龙治疗,两组患者均治疗28d。比较两组患者临床疗效;比较两组患者治疗前后用力肺活量(FVC)、第1秒用力呼气容积(FEV₁)、呼气峰流速(PEF),血清BUN、Scr水平及24h UPE水平。**结果** 观察组患者临床疗效总有效率88.89%,高于对照组的68.89%;与治疗前比,治疗后两组患者FVC、FEV₁、PEF水平均升高,观察组高于对照组;血清BUN、Scr水平及24h UPE水平均降低,观察组低于对照组(均 $P>0.05$)。**结论** 糖皮质激素可有效缓解肾病综合征并发重症肺炎患者临床症状,改善肺功能,提高肾功能,有利于患者恢复,且疗效确切。

关键词: 肾病综合征;重症肺炎;糖皮质激素;阿奇霉素;肺功能;肾功能

中图分类号: R692 **文献标识码:** A **文章编号:** 2096-3718.2020.24.0009.03

肾病综合征作为肾内科常见疾病,通常是指原发或者继发于肾脏疾病的症候群,若未能尽早对患者提供科学合理的治疗,随着症状不断加重,部分患者极易产生重症肺炎感染等并发症,直接危及患者的生命安全,且提升临床治疗的难度^[1]。目前常见治疗方案以大环内酯类抗生素较为多见,阿奇霉素常用于敏感细菌所引起的下列感染,如支气管炎、肺炎等下呼吸道感染,但其对患者血压影响较大,极易引起低血压。近些年,随着医疗事业的不断改进,糖皮质激素在肾病综合征并发重症肺炎中的效果显著,其来源于肾上腺皮质,存在一定抗炎、调节脂肪、糖、蛋白质与代谢的作用,但对其疗效存在较大争议^[2]。本研究旨在探讨糖皮质激素对肾病综合征并发重症肺炎患者肺功能及血清尿素氮(BUN)、血肌酐(Scr)水平及24h尿蛋白排泄率(24h UPE)水平的影响,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取北海市人民医院2019年3月至2020

年2月收治的肾病综合征并发重症肺炎患者90例为研究对象,按照随机数字表法分为观察组与对照组,各45例。观察组患者病程2~9年,平均(5.11±1.02)年;年龄23~58岁,平均(43.06±2.48)岁;其中男性24例,女性21例。对照组患者病程2~10年,平均(5.34±1.07)年;年龄24~58岁,平均(43.51±2.33)岁;其中男性23例,女22例。两组患者病程、年龄、性别等一般资料经对比,差异无统计学意义($P>0.05$),组间具有可比性。纳入标准:符合《临床疾病诊断与疗效判断标准》^[3]中关于肾病综合征及肺炎的诊断标准者;对本研究使用药物无过敏反应者;糖代谢、免疫球蛋白检测均无明显异常者等。排除标准:存在精神方面疾病或者交流障碍者;具备严重心血管疾病、凝血功能障碍或者严重并发症者;妊娠期或者哺乳期妇女。此研究经院内医学伦理委员会审核批准,患者或家属对本研究知情同意。

1.2 方法 对照组患者给予阿奇霉素注射液(深圳海王药

作者简介: 陈宗艳,大学本科,主治医师,研究方向:急慢性肾脏疾病的诊断和治疗。

综上,CAG化疗联合地西他滨可有效缓解高危骨髓增生异常综合征患者临床症状,恢复血常规水平,改善贫血现象,提升患者生存率且不会造成明显不良反应,值得临床治疗使用及推广。

参考文献

[1] 石锐,郭素青,陈园园,等.低剂量地西他滨单药治疗骨髓增生异常综合征的疗效分析[J].中国实验血液学杂志,2019,27(5):1568-1573.
[2] 顾小慧.CAG方案治疗中高危骨髓增生异常综合征和老年急性髓

系白血病的临床分析[J].中外医学研究,2017,15(35):39-41.
[3] 孙明,王蔚文.临床疾病诊断与疗效判断标准[M].北京:科学技术文献出版社,2010:254-255.
[4] 黄春晖.沙利度胺联合低剂量地西他滨治疗中高危骨髓增生异常综合征患者的疗效观察[J].糖尿病天地,2019,16(12):91.
[5] 陈雪瑜.地西他滨联合CAG方案治疗老年急性髓系白血病的效果及对患者免疫功能的影响[J].中国老年学杂志,2017,14(37):125-127.
[6] 郑琳,陈果.地西他滨单药或联合CAG方案治疗高危骨髓增生异常综合征的疗效及安全性分析[J].实用医院临床杂志,2018,15(6):95-98.

业有限公司, 国药准字 H20010701, 规格: 2 mL : 0.1 g) 治疗, 依照 10 mg/kg 剂量进行静脉滴注, 1 次/d, 连续用药 5 d 后更改成口服用药, 选择阿奇霉素胶囊 (海南普利制药股份有限公司, 国药准字 H20059216, 规格: 0.25 g/粒) 口服, 依照 10 mg/kg 剂量进行用药, 1 次/d。观察组患者在对照组基础上给予糖皮质激素甲泼尼龙片 (Pfizer Italia Srl, 注册证号 H20150244, 规格: 16 mg/片) 口服, 初次剂量 4~24 mg/次, 1 次/d, 若患者无明显异常可调整剂量为 48 mg/次, 1 次/d。两组患者均持续用药 28 d。

1.3 观察指标 ①比较两组患者临床疗效, 显效: 相关症状消失, 经检查肾功能恢复; 有效: 相关症状减轻, 经检查肾功能好转; 无效: 相关症状未减轻, 肾功能未好转。总有效率=(显效+有效)例数/总例数 \times 100%^[3]。②采用肺功能仪检测两组患者治疗前后用力肺活量 (FVC)、第 1 秒用力呼气容积 (FEV₁)、呼气峰流速 (PEF) 水平并比较。③分别于治疗前后采集所有患者清晨空腹静脉血 4 mL, 以 3 000 r/min 速度离心 10 min 后, 将血清分离, 使用免疫比浊法检测血清 BUN、Scr 水平, 并收集患者 24 h 混合尿量, 采用比色法检测 24 h UPE 水平。

1.4 统计学方法 采用 SPSS 20.0 统计软件进行数据分析, 计量资料以 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 行 *t* 检验; 计数资料采用 [例(%)] 表示, 行 χ^2 检验。以 $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 临床疗效 观察组患者总有效率为 88.89%, 高于对照组的 68.89%, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 1。

2.2 肺功能 治疗后两组患者 FVC、FEV₁、PEF 水平较治疗前均升高, 观察组高于对照组, 差异均有统计学意义 (均 $P < 0.05$), 见表 2。

2.3 血清 BUN、Scr、24 h UPE 水平 治疗后两组患者血清 BUN、Scr 水平及 24 h UPE 水平较治疗前均降低, 观

察组低于对照组, 差异均有统计学意义 (均 $P < 0.05$), 见表 3。

表 1 两组患者临床疗效比较[例(%)]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效
对照组	45	12(26.67)	19(42.22)	14(31.11)	31(68.89)
观察组	45	18(40.00)	22(48.89)	5(11.11)	40(88.89)
χ^2 值					5.404
<i>P</i> 值					<0.05

3 讨论

肾病综合征指包括水肿、大量蛋白尿、低蛋白血症、高脂血症等在内的一组临床症状, 患者有不同程度的浮肿, 多数发生较为隐秘, 且表现为血浆蛋白下降, 出现厌食、恶心、呕吐和腹胀等消化道功能紊乱症状。我国肾病综合征的发病率日渐升高, 其发生机制可能与原发性、继发性肾病综合征存在密切相关性。肺部感染也是肾病综合征患者较为常见的并发症, 多表现为患者呼吸困难、体温变化、咳嗽、痰量增多与痰液性状改变, 若处理不当, 极易给患者日常生活与机体健康带来较大危害。以往临床多选择阿奇霉素进行干预, 其属于大环内酯类抗生素, 可对多种常见致病菌发挥抗菌效果, 虽然能够有效减轻病情, 但针对合并重症肺炎患者不利于病情的快速控制^[4]。

甲泼尼龙是临床上使用较广泛而有效的抗炎和免疫抑制剂, 其是机体应激反应最重要的调节激素, 并且对患者的生长发育、免疫功能以及新陈代谢有着重要调节作用, 其主要从机体肾上腺皮质中产生, 也可以利用相应的化学方式进行人工合成, 一旦进入机体后, 可达到调节蛋白质、糖、脂肪等重要物质合成代谢的作用, 同时还可发挥一定抗炎效果, 被广泛运用在抗菌、炎症抑制中, 受到临床认可。甲泼尼龙作为常见的糖皮质激素, 可利用基因效应, 对炎症分子与细胞进行抑制, 改善患者自身免疫性

表 2 两组患者肺功能水平比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	FVC(L)		FEV ₁ (L)		PEF(L/s)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	45	1.93 \pm 0.52	2.46 \pm 0.72*	1.46 \pm 0.40	2.35 \pm 0.68*	4.36 \pm 1.35	6.59 \pm 1.29*
观察组	45	1.97 \pm 0.55	2.88 \pm 0.76*	1.42 \pm 0.37	2.70 \pm 0.80*	4.25 \pm 1.30	7.20 \pm 1.45*
<i>t</i> 值		0.334	2.537	0.496	2.108	0.371	2.108
<i>P</i> 值		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

注: 与治疗前比, * $P < 0.05$ 。

表 3 两组患者血清 BUN、Scr、24 h UPE 水平比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	BUN(mmol/L)		Scr(μ mol/L)		24 h UPE(g)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	45	9.11 \pm 1.97	7.36 \pm 1.45*	110.79 \pm 4.01	70.47 \pm 3.10*	5.92 \pm 1.80	1.51 \pm 0.40*
观察组	45	9.02 \pm 2.03	6.42 \pm 1.14*	110.58 \pm 4.26	65.23 \pm 2.03*	5.88 \pm 1.82	1.37 \pm 0.20*
<i>t</i> 值		0.201	3.223	0.227	8.346	0.105	2.100
<i>P</i> 值		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

注: 与治疗前比, * $P < 0.05$ 。