

# 临床药师参与中西药物治疗肾病综合征患者的药学监护切入点

江培霞

**【摘要】** 目前,中西医结合治疗肾病综合征的研究都取得了理想的进展,但临床医生对药物知识认识上的差异,常会导致治疗失败或产生不良反应,因此临床药师参与肾病综合征患者治疗就显得更加重要,临床药师在中西药物结合治疗过程中,通过分析中西医治疗方法及药物特点,注意中西药物用量及疗程,评估可能产生的不良反应,观察疗效与药物关系,并根据中西药物疗效和病情变化,提出调整用药方案,提供个体化的药学服务,使治疗更加规范、合理,为肾病综合征的控制治疗和提供参考。

**【关键词】** 临床药师; 中西药物结合治疗; 肾病综合征; 药学监护

**【中图分类号】** R692.3 **【文献标识码】** A doi:10.3969/j.issn.1674-1749.2015.10.031

肾病综合征是慢性肾脏病变进展逐步恶化的结果,因此对慢性肾脏病应尽早进行干预治疗,可以减少该病症的死亡率,然而对肾病综合征早期治疗方案也就成为当今学界的研究重点。中西医结合治疗肾病综合征虽然在临床上有其一定优势,在临床上应用也非常广泛,但中医与西医治疗观点的差异,以及各专业对药物认识的不足,导致治疗效果不佳或加重肾病综合征,因此临床药师参与肾病综合征患者的治疗工作中就显得尤为重要。本文提出临床药师在参与肾病综合征患者运用中西药物治疗过程中,开展药学监护切入点,以对药学工作有所裨益。

## 1 中西医对肾病综合征的治疗

### 1.1 现代医学药物治疗

慢性肾病综合征的病理基础是肾纤维化<sup>[1]</sup>,肾纤维化的治疗贵在早期治疗,现代医学综合治疗主要措施是:控制高血压至理想水平;通过脱水、维持电解质等改善心功能;保护肾功能等,主要措施有:应用抑制肾素—血管紧张素系统活性药物控制高血压及蛋白尿,抗凝及抗血小板聚集、降血脂、纠正钙磷代谢紊乱与酸中毒及合理使用激素及免疫抑制剂,避免劳累,防止感染。

### 1.2 中医药物治疗

中医认为肾病的病因与风寒湿热等因素有关,肾纤维化是由正虚及邪郁两途径产生的。在治疗上要注意气、血、水三者的关系,也就是说治水病要考虑调理气血,水病才能更好地解决<sup>[2]</sup>,因此中医药治疗主要以益肾消痰、结合祛风湿、泻浊为主要治疗方案,应用黄芪、当归等调整肾阴、肾阳、肾的气阴和气血的药物<sup>[3]</sup>,以达到益肾消痰之目的。针对代谢废物排泄障碍,并由此产生自身中毒症状,中医思路是

促进其排泄,也是当前最常用的方法之一,常用大黄、尿毒清等,因其能清热释毒,行瘀通便,推陈致新,安和五脏<sup>[4]</sup>。

## 2 中西药物治疗过程中药学监护切入点

### 2.1 掌握中西药物的特性

对于临床药师来说,不但要明确西药对肾毒性药物,中药对肾功能产生损害也不能小视,如马兜铃科药,对肾功能不全患者禁用,合理用药的关键是掌握药物的特性,正确运用药物,中药的使用要依据中医理论,注意其来源、性味归经、毒性、用量等,在中医达到治疗目的的同时,减少西药的不良反应,中西药物都应根据病人的具体情况制订合理的给药方案。

### 2.2 遵守中西医治疗原则

中药治疗应以中医辨证论治为基础,以现代药理研究作参考,做到病与证有机结合,不可应用西医理论指导中药应用,这是中西结合治疗是否规范的关键点。对于慢性肾脏疾病来说,瘀血病症出现早,且留而不去,贯穿始终<sup>[5]</sup>,中医可根据不同时期以祛邪为主,或以扶正为主;西医以降血压、降血脂、改善内环境等为主,相互配合,以提高用药的安全性和规范性。例如,患者,女,62岁,6年前诊断为肾病综合征,长期应用泼尼松、环磷酰胺、缬沙坦等治疗,近感乏力就医,实验室检查血肌酐 215  $\mu\text{mol/L}$ ,尿蛋白 5.8 g/24 h,收治入院,经激素、控制血压、降血脂等治疗 2 周,实验室检查血肌酐 198  $\mu\text{mol/L}$ ,尿蛋白 4.1 g/24 h,效果不理想。临床药师在参与查房时建议应用黄芪注射液静脉滴注,大黄 3 g、甘草 6 g 煎服,减少泼尼松用量。临床医师采纳建议,2 周后复查,血肌酐 98  $\mu\text{mol/L}$ ,尿蛋白 2.4 g/24 h。出院时,临床药师建议继用大黄、甘草治疗,2 个月后门门诊复查,与住院时血肌酐及尿蛋白无明显差异。

据现代研究,黄芪注射液可以通过恢复肾组织骨形发应蛋白表达,降低肾组织重组人结缔组织生长因子过度表达等

作者单位:226010 南京,江苏南通瑞慈医院

作者简介:江培霞(1976-),女,本科,主管药师。研究方向:临床药学研究。E-mail:7864521412@qq.com

机制保护糖尿病肾脏<sup>[6]</sup>,同时可联合西医基础治疗慢性肾衰贫血,结果显示观察组心悸气短、腰酸乏力等临床症状改善方面优于对照组<sup>[7]</sup>。大黄中的大黄酸能阻断肾间质的纤维化,发挥肾保护作用<sup>[8]</sup>,改善脂质代谢,延缓肾功能衰竭进展,临床须早期、长期用药;甘草具有类激素作用,从而减少激素使用量,降低激素不良反应。

### 2.3 控制中西药物剂量及疗程

不管是中药还是西药,或多或少都会从肾排泄,从而对肾产生负担,对肾功能产生新的损害,特别是具有肾毒性的中西药就更应慎重,避免久服或超常规、超剂量使用,如确需长期服药物,也要密切观察疗效及肾功能变化,一旦出现不适症状或肾功能恶化,应及时停药,同时也要控制剂量与疗程,可采取小量或间断使用,以减少对肾损害。例如,患者,2年前诊断为肾病综合征,近日在门诊复查尿蛋白高,入院治疗,入院后加强控制血压,改善肾功能等,应用甲基强的松龙 2.4 mg/d,雷公藤多苷片 60 mg/次,每天 3 次,治疗第 5 天,临床药师参与查房时,患者主诉近日少尿,一天尿量不到 500 mL,临床药师认为与雷公藤多苷过量有关,建议停用 2 天后,改为 30 mg/d,每天分 3 次服用,治疗方案调整后第 5 天,患者症状改善,经过后继 10 天治疗,未出现尿少症状。

雷公藤具有祛风除湿、活血通络、凉血消肿的功效,临床常用来治疗自身免疫性疾病和肾脏疾病,但较高剂量或长期服用雷公藤中毒的患者中有 1/3 可同时伴有肾损害,严重者可发生急性肾衰竭,导致死亡。雷公藤对肾的损害可能是雷公藤亚慢性中毒者的主要死亡原因<sup>[9]</sup>。临床表现为服药后迅速出现或逐渐发生少尿、浮肿、血尿、蛋白尿、管型尿、腰痛或伴肾区叩击痛<sup>[10]</sup>,雷公藤多苷片常规用量 60 mg/d,以 30 mg/d 为佳,最大量 120 mg/d、分 2 次用药,可避免雷公藤蓄积性中毒<sup>[11]</sup>。

### 2.4 中西药物联用减少药物间的不良反应

根据肾病综合征不同发展时期,结合中西药物在治疗上优势,联合用药,减少药物不良反应,如在用激素或免疫抑制剂时配合中药的辨证治疗,以扶正方式,提高机体防御能力,减少因免疫力下降而导致细菌对人体的侵害,既提高中药和西药联合应用的疗效,又可降低西药的不良反应。如雷公藤自 1977 年开始被用以治疗各型肾小球肾炎,单用剂量大,不良反应也大,所以中西药结合治疗慢性肾小球肾炎尿蛋白,两者相辅相成,可以达到较好的效果<sup>[12]</sup>。在中西医综合治疗方案中,把两种具有不同作用机理的药物有机地结合在一起,发挥各自的优点的同时又具有互补作用,从而提高疗效,减少复发,更能减轻激素或免疫抑制剂等不良作用,为疾病的治疗提供了一条有效的途径<sup>[13]</sup>。如上述病例中应用甘草的类激素样作用特点,可减少激素使用量,从而降低激素引起的不良反应。

### 2.5 加强药物疗效观察及肾功能监测

部分中药和西药具有肾毒性是不争的临床事实,只要能合理应用,制定好治疗方案就可较好地发挥其治疗作用,避免或降低其肾毒性反应。在使用具有肾毒性的中药和西药时应密切观察患者的排尿情况,定期监测其血常规、尿常规、

肾功能、电解质等,一旦发现病情变化,应首先评估是否为药物性肾损害,如是药物引起的损害,应立即停药并尽早治疗,病情即可逆转。可根据肾功能结果给予糖皮质激素、免疫抑制剂,或加用中药清热解毒、益气补肾、活血等,严重者行血液透析治疗,避免病情恶化。

### 3 讨论

传统中药与现代西药是治疗疾病的两个不同体系,中医在治疗肾病综合征方面历来都是重实践的,但中医又在肾病综合征认识上存在一定局限,它需要紧密地与现代医学有机结合,各取所长,综合治疗,提高肾病综合征的治疗效果,达到控制疾病发展的目的。然而临床药师作为临床治疗参与者,运用其丰富药学知识,全面考虑药物与药物、药物与患者、药物与疾病及疾病与患者之间的关系,提出合理的治疗方案,同时通过对肾病综合征患者开展药学监护,在临床实际工作中关注药物治疗效果、剂量、疗程及不良反应等药学监护切入点,有利于及早发现治疗过程中出现的问题,使肾功能恶化患者得到及早治疗和转归。临床药师作为治疗团队一员,应更加注重药物对疾病的影响,从而提高患者的用药安全性和有效性,减少不良反应。

### 参 考 文 献

- [1] 邓小华,谢建波.慢性肾脏病合并急性肾综合征相关因素分析[J].中国医学创新,2010,7(14):56-57.
- [2] 谌贻璞.应重视及加强对代谢综合征肾损害的研究[J].中国中西医结合肾病杂志,2005,6(6):683-684.
- [3] 杨永海.中西医结合治疗肾病综合征疗效分析[J].医学信息,2008,21(8):1425-1426.
- [4] 揭东英,叶红,陈荣花.蛋白溶合剂联合强的松治疗小儿原发性肾病综合征效果观察[J].临床合理用药杂志,2011,3(14):20-21.
- [5] 谭睿璟,叶学锋,贺小雪.中西医结合治疗延缓慢性肾功能不全疗效 Meta 分析[J].环球中医药,2012,5(1):8-11.
- [6] 王收宝,田林红,孙洁,等.黄芪注射液对糖尿病大鼠肾脏 BMP-7 和 CTGF 表达的影响[J].现代中西医结合杂志,2011,20(4):411-414.
- [7] 张美蓉,李军,徐宏伟.黄芪注射液联合促红细胞生成素治疗慢性肾衰合并贫血[J].中国伤残医学,2012,20(3):53-54.
- [8] 黄娟,陈文莉,朱虹.大黄酸对输尿管梗阻大鼠肾组织纤维化的保护机制[J].中国药师,2009,12(11):1529-1531.
- [9] 陆雯,路娜.雷公藤临床应用策略[J].山东中医杂志,2001,29(10):728-729.
- [10] 李文英.雷公藤及其制剂的不良反应与防治措施[J].首都医药,2012,(16):47-49.
- [11] 陈利欣,李晶.雷公藤的肾毒性作用及其防治[J].山东医药,2009,49(37):113-114.
- [12] 上海医科大学《实用内科学》编辑委员会.实用内科学[M].北京:人民卫生出版社,2010:22.
- [13] 闵存云.中西医结合治疗儿童复发肾病综合征疗效观察[J].中国中医急症,2010,19(7):1122-1123.

(收稿日期:2014-09-14)

(本文编辑:董历华)