

中西医结合治疗糖尿病肾病临床观察

吴继良

(安徽省皖北煤电集团公司毛郢孜煤矿医院 萧县 235292)

关键词:糖尿病肾病;中西医结合疗法;磺尿类药物;双胍类药物;ACEI;Ang II A;芪茺饮;参蚕大黄胶囊

中图分类号:R 587.2

文献标识码:B

文献编号: 1671-4040(2004)05-0015-02

糖尿病肾病(DN)又称糖尿病性肾小球硬化症,是糖尿病常见的微血管并发症之一,也是糖尿病患者致残与致死的重要原因。糖尿病肾病发生于 1 型糖尿病多见,近年来随着糖尿病流行病学调查,发现 II 型糖尿病肾病也逐年上升,如何有效的防止 DN 的发生和逆缓肾脏的损害,现已成为一项急待研究的临床课题,至今尚无有效的措施阻止其发生与发展。自 2003 年以来,我院采用中西医结合治疗糖尿病肾病,获得满意的疗效。现报告如下:

1 临床资料

本组 21 例 II 型糖尿病患者,男 9 例,女 12 例;年龄最小 43 岁,最大 76 岁,平均年龄 57.3 岁;病程 2.5~16 年。符合 1997 年美国糖尿病协会提出修改糖尿病诊断标准,并达到糖尿病肾病的诊断分期标准(6 个月内连续尿检有 3 次尿中微白蛋白排泄率在 20~200 μ g/min,且排除其他原因可能引起尿微白蛋白排泄率增加的原因),早期 DN 期(尿微量白蛋白期,尿微白蛋白排泄率 >20 μ g/min,尿白蛋白排泄量 30~300mg/24h)7 例,临床 DN 期(尿微白蛋白排泄率 200 μ g/min,尿白蛋白排泄量 >300mg/24h 或尿蛋白总量 >0.5g/24h)14 例;其中合并冠心病者 5 例,脑血管 3 例,并发高血压 19 例,视网膜病变 13 例,周围神经病变 6 例。按中医辨证,肝肾气阴两虚型 8 例,脾肾气阳两虚型 9 例,心肾气阳两虚型 4 例。

2 治疗方法

21 例病例随机分为西医组 8 例,中西医结合组 13 例,2 组间统计学处理年龄、病型、病程及伴随症状无显著差异(P

轻,空腹血糖明显下降,但 2 组间比较无显著性差异(P >0.05)。

2.4 不良反应及随访情况 治疗组服药后,发生头昏 2 例,稀便 1 例,不良反应发生率 8.3%;对照组服药后头昏 5 例,口干 5 例,稀便 4 例,不良反应发生率为 38.9%。2 组比较有显著性差异(P <0.05)。2 组血、尿、大便常规及肝、肾功能治疗前后未发现异常变化。2 组显效患者随访 6 个月,治疗组症状复发率为 5.6%(1/18 例),对照组为 33.3%(5/15 例),2 组比较有显著性差异(P <0.05)。

3 讨论

DGP 主要表现为胃张力低下,运动减慢和排空延迟,临床上不仅可表现出早饱、烧心、恶心、呕吐、腹胀、腹痛等消化道症状,还可以引起血糖波动和控制不良,而血糖控制不良又是 DGP 发生的根本原因,二者互为因果,形成恶性循环。本病属中医学“痞满”、“呕吐”等范畴,其主要病机以脾胃

>0.05。

2 组均在糖尿病教育、饮食控制和运动疗法的基础上,西医组常规给予磺尿类及(或)双胍类药物联合血管紧张素转换酶抑制剂或血管紧张素 II 受体拮抗剂;中西医结合组在西医组治疗的基础上服用芪茺饮,方药:黄芪 60g,丹参 20g,山茺萸 10g,熟地 30g,五味子 10g,当归 15g,水煎约 1 000mL,每日 3 次。送服参蚕大黄胶囊,每次 3g(参蚕大黄胶囊配制:太子参 100g,蚕豆衣 200g,大黄 50g,共碾细末过 80 目筛,装入药用胶囊,每粒 0.5g)。2 组均 60d 为 1 个疗程,观察血糖、血压、尿微白蛋白排泄率、尿、血 β 2-微球蛋白、血肌酐、尿素氮、血液流变学及血脂检测指标变化。

3 疗效观察

3.1 疗效标准 显效:临床症状基本消失,血糖、血压控制在正常或基本正常范围,水肿消失,尿微白蛋白排泄率、尿 β 2-微球蛋白(β 2-m)、血 β 2-微球蛋白(β 2-m)下降至正常或较治疗前下降 80%以上,肾功能恢复正常或明显改善,血液流变学及血脂较前显著改善。有效:临床症状明显改善,空腹血糖控制在 $\leq$ 8.0mmol/L 左右,血压 $\leq$ 150/100mmHg 左右,尿微白蛋白排泄率、尿、血 β 2-m 下降至 50%~80%,肾功能、血液流变学及血脂较前有改善。无效:临床症状改善不明显,血糖、血压、尿微白蛋白排泄率、尿、血 β 2-m 未达到上述指标,肾功能、血液流变学及血脂改变不明显。

3.2 治疗结果 西医组显效 2 例,有效 3 例,无效 3 例,有效率 62.5%;中西医结合组,显效 9 例,有效 4 例,有效率 100%。统计学处理采用 χ^2 检验和 t 检验,2 组治疗结果疗

虚弱为本,寒热错杂、瘀血、气滞为标,脾胃气机不畅,升降失常则诸症丛生。消渴丸中的黄芪、淮山药健脾益气化津利湿,生地黄、天花粉、葛根清热益阴、生津止渴,五味子补肾益阴,诸药合用共奏健脾益气、滋阴补肾之功,并减少优降糖的副作用,以治 2 型糖尿病之标。中西药相互配用,标本兼治,充分发挥了中西药物之长,互补其短,起到了较好的降低血糖和稳定血糖的作用。胃乃安胶囊由黄芪、三七、人工牛黄、珍珠层粉等组成,具有健脾益气、宁心安神、行气活血、消炎生肌之功效,与消渴丸联用,补泻兼施,寒热并用,使脾升胃降,气机通畅,脾胃运化功能得以恢复,而诸症皆消失。本文临床观察治疗结果表明,消渴丸与胃乃安胶囊联用治疗 DGP,可收到较好的疗效,且不良反应少,使用方便,安全,疗效持久,不易复发,值得临床进一步推广和深入研究。

(收稿日期: 2004-05-15)

中西医结合治疗肝硬化腹水 35 例

杨跃辉 黄俊民 邓斌
(江西省宁都县中医院 宁都 342800)

关键词:肝硬化腹水;中西医结合疗法;茵陈四苓散;实脾饮;济生肾气丸;一贯煎;复方丹参注射液; 茵栀黄注射液
中图分类号:R 575.2 文献标识码:B 文献编号: 1671-4040(2004)05- 0016-02

我院用中西医结合方法,治疗肝硬化腹水患者 35 例,取得较好疗效。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 临床资料 2000 年 1 月~2004 年 5 月,我院共住院收治肝硬化腹水患者 62 例。诊断符合 1993 年中西医结合学会消化系统专业委员会第五届学术会制定的肝硬变临床诊断标准^[1]。将其随机分成 2 组,治疗组 35 例,男 24 例,女 11 例;年龄 32~74 岁,平均 46.7 岁;病程 2 月~16 年,平均 5.3 年;初次腹水 12 例,2 次以上腹水 23 例;其中肝炎肝硬化 32 例,心源性肝硬化腹水 2 例,淤胆性肝硬化 1 例。对照组 27 例,男 20 例,女 7 例;年龄 35~70 岁,平均 45.3 岁;病程 2.5~14 年,平均 5.1 年;初次腹水 8 例,2 次以上腹水 19 例。2 组资料

效比较差异显著($P<0.01$)。

3.3 2 组治疗前后肾功能、尿白蛋白、血糖、血压、血液流变学及血脂检测指标变化 见表 1。

	中西医结合组(13 例)		西医组(8 例)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
血肌酐 / $\mu\text{mol}\cdot\text{L}^{-1}$	194.36 $\pm$ 24.26	114.67 $\pm$ 26.34 *	189.43 $\pm$ 26.42	165.23 $\pm$ 24.44
血尿素氮 / $\mu\text{mol}\cdot\text{L}^{-1}$	10.68 $\pm$ 1.24	7.58 $\pm$ 1.14 *	10.26 $\pm$ 1.28	9.32 $\pm$ 1.47
血 β 2-微球蛋白 / $\text{mg}\cdot\text{L}^{-1}$	5.84 $\pm$ 1.42	2.48 $\pm$ 0.82**	5.62 $\pm$ 1.24	4.64 $\pm$ 0.62
尿 β 2-微球蛋白 / $\mu\text{g}\cdot\text{ml}^{-1}$	12.34 $\pm$ 1.56	6.41 $\pm$ 0.67 **	11.89 $\pm$ 1.74	9.74 $\pm$ 0.92
尿微白蛋白排泄率/ $\mu\text{g}\cdot\text{min}^{-1}$	202.34 $\pm$ 14.86	64.42 $\pm$ 8.46**	198.42 $\pm$ 16.44	142.43 $\pm$ 11.62
血压 SBP/DBP/mmHg	165 $\pm$ 8/100 $\pm$ 5	135 $\pm$ 5/76 $\pm$ 4 *	160 $\pm$ 6/98 $\pm$ 6	145 $\pm$ 6/90 $\pm$ 7
空腹血糖 / $\text{mmol}\cdot\text{L}^{-1}$	12.28 $\pm$ 1.43	7.24 $\pm$ 0.63 *	11.89 $\pm$ 1.26	9.34 $\pm$ 0.36
全血粘度低切 / $\text{mPa}\cdot\text{s}^{-1}$	14.86 $\pm$ 2.42	8.68 $\pm$ 1.42 **	14.64 $\pm$ 2.32	12.62 $\pm$ 1.21
全血粘度高切 / $\text{mPa}\cdot\text{s}^{-1}$	4.94 $\pm$ 0.65	3.44 $\pm$ 0.40 *	4.85 $\pm$ 0.72	4.26 $\pm$ 0.32
血浆粘度 / $\text{mPa}\cdot\text{s}^{-1}$	1.78 $\pm$ 0.34	1.24 $\pm$ 0.26 *	1.68 $\pm$ 0.32	1.48 $\pm$ 0.22
血小板粘附率 /%	42.24 $\pm$ 3.34	28.43 $\pm$ 2.26 **	41.46 $\pm$ 3.14	37.62 $\pm$ 2.86
胆固醇 / $\text{mmol}\cdot\text{L}^{-1}$	7.64 $\pm$ 0.67	5.12 $\pm$ 0.24 *	6.85 $\pm$ 0.34	6.42 $\pm$ 0.28
甘油三酯 / $\text{mmol}\cdot\text{L}^{-1}$	2.14 $\pm$ 0.26	1.42 $\pm$ 0.32 **	1.97 $\pm$ 0.28	1.76 $\pm$ 0.24

注:中西医结合组与西医组治疗后比较,* $P<0.05$,** $P<0.01$ 。

4 讨论

糖尿病久治不愈,其肾损害随之产生。《圣济总录》云:“消渴病久,肾气受伤,肾主水,肾气虚衰,气化无常,开阖不利,能为水肿。”《证治要诀》云:“三消久而小便不臭,反作甜气,在溺中滚涌,更有浮在溺面如猪脂,此精不禁,真元竭矣。”本病早期阴虚为本,涉及肝肾,精血不能上承于目而致两目干涩,视物模糊(视网膜病变),阴虚阳亢则眩晕耳鸣(高血压),日久伤阴耗气,“五脏之伤,穷必伤肾”,以致肾气虚损,固摄无权,出现尿频尿多,尿浊而甜(蛋白尿),久之阴损及阳,脾肾阳虚,水湿潴留,泛滥皮肤而见面足水肿,甚至肾阳衰败,浊毒内停,水湿泛滥,上凌心肺,出现气短,喘

经统计学处理 $P>0.05$,无明显差异。

1.2 治疗方法

1.2.1 2 组患者常规护肝治疗,卧床休息,限制水钠摄入,注意水、电解质平衡,积极消除腹水促发和加剧因素,酌情使用利尿剂,氨体舒通与速尿联用,采用间歇给药法,至腹水消除为止;顽固性腹水患者加用多巴胺及低分子右旋糖酐静脉点滴,后再静脉注射速尿 40~60mg。间歇应用血浆及人血白蛋白。根据病情综合处理。

1.2.2 中药治疗 治疗组除西医常规治疗外,按中医辨证论治遣方用药。治以理气祛湿、行气活血、健脾利水为主,必要时亦可暂用峻利逐水之法。方剂选用茵陈四苓散、实脾饮、济生肾气丸、一贯煎加减化裁,配合复方丹参注射液、茵栀黄注

息,少尿(尿毒症)。阐述了糖尿病日久,肾体受损,出现水肿、尿浊和并发血管病变等一系列病理变化。明确了病位,阐明了病机,概括了疾病的全部发展过程。

糖尿病肾病在控制血糖应用血管紧张素转换酶抑制剂等药物治疗,虽能减轻症状和降低尿白蛋白,但不能有效的减缓肾脏病变向晚期发展。中药芪茺饮具有益气活血、滋阴补肾等功能,方中黄芪补中益气、生血利尿为主药;辅以当归补血活血,丹参祛瘀生新、养血安神,熟地滋肾养肝、补血生精;佐以山茺萸固精秘气、滋肝肾不足之阴、敛阴阳欲绝之汗,五味子补肾固精、收肾脏耗散失之元阳。参蚕大黄胶囊中太子参益气健脾,补益正气;蚕豆衣利尿渗湿;大黄降泄浊邪、推陈致新。诸药相配,使气旺血行,肾脏固摄精微得以恢复。药理研究表明,上述诸药具有降糖、降压、降低蛋白尿,以及抗动脉硬化、降低血液高凝状态和血脂异常代谢、改善肾功能、调节机体免疫能力、保护肾脏等作用。

糖尿病肾病在常规应用磺脲类和血管紧张素转换酶抑制剂等药物治疗的基础上服用中药,中西药结合相得益彰,共同协调发挥中西药的生物效应,降糖、降压,能有效的减轻或消除糖尿病肾病的临床症状和体征,改善肾功能尿蛋白的影响,提高肾小球过滤率,疏通肾脏血液循环,减轻肾脏负担,消除糖尿病肾病肾脏损害进行性加重的高危险因素,延缓糖尿病肾病肾功能减退的自然进程,防治糖尿病并发症和伴发症,保护肾功能和减轻及延缓肾脏损害。

参考文献

[1] 叶任高.内科学[M].第 5 版.北京:人民卫生出版社,2000.798~820
[2] 李恩. 中国中西医结合临床全书 [M]. 北京: 中国古籍出版社, 1996.727~734

(收稿日期: 2004 -03 -29)