

清氮降浊汤灌肠治疗糖尿病肾病 32 例疗效观察

邵海晏

(江西省都昌县中医院 都昌 332600)

摘要:目的:观察在常规治疗基础上结合清氮降浊汤灌肠对糖尿病肾病的临床疗效。方法:选择符合标准的病例 32 例,给予清氮降浊汤保留灌肠,每日 1 次,每个疗程为 2 周,连续 2 个疗程。治疗前后分别测定空腹血糖(FPG)、餐后 2h 血糖(2hPG)、糖化血红蛋白(HbA1C)、血压(SBP/DBP)、24h 尿蛋白定量、血肌酐(Scr)、尿素氮(BUN)、甘油三酯(TG)、总胆固醇(TC)水平,观察临床症状的改善情况。结果:临床症状改善疗效显著,24h 尿蛋白明显下降,血肌酐、尿素氮降低($P<0.05$),胆固醇、甘油三酯改善。结论:清氮降浊汤对改善糖尿病肾病患者临床症状及肾功能有较好的疗效,对空腹及餐后 2h 血糖、糖化血红蛋白、血压无影响,适宜在临床推广使用。

关键词:糖尿病肾病;中药灌肠;清氮降浊汤

中图分类号:R 587.2

文献标识码:B

文献编号:1671-4040(2007)04-0021-02

糖尿病肾病是糖尿病严重的慢性微血管并发症之一,也是糖尿病致死的重要原因之一。为了有效治疗糖尿病肾病,延缓肾功能减退的进程,2002~2006 年,笔者在常规治疗糖尿病的基础上,配合清氮降浊汤灌肠治疗糖尿病肾病 32 例,取得了较好的疗效。现将研究结果总结如下:

1 临床资料

1.1 病例选择标准 诊断标准:糖尿病诊断依照 1999 年 WHO 糖尿病诊断和分类委员会提出的糖尿病诊断标准,糖尿病肾病诊断参考陈灏珠主编的《实用内科学》^[1]。纳入标准:(1)符合糖尿病肾病诊断标准的住院及门诊患者,均属于 2 型糖尿病,糖尿病肾病的分期采用 Mogensen 标准,均属于 IV 期(临床糖尿病肾病期)。(2)临床已纠正糖尿病酮症酸中毒、心力衰竭、高血压、感染、水电解质酸碱平衡失调、上消化道出血等严重并发症达 2 个月以上,血压、血糖控制稳定。排除标准:(1)年龄在 18 岁以下或 75 岁以上,妊娠或哺乳妇女,对本药过敏者;(2)合并心血管、肝脏和造血系统等严重疾病,精神病患者;(3)在临床观察期间(2 个月内)行腹膜透析、血液透析者;(4)凡不符合病例纳入标准、未按规定用药、无法判断疗效或资料不全等影响连续及安全性判断者。

1.2 一般资料 观察对象为本院糖尿病科门诊及住院病人 32 例,糖尿病病程 5~28 年,平均(12.4±0.7)年;男 17 例,女 15 例;年龄为 39~73 岁,平均(58±4.4)岁。患者给予口服糖适平或注射胰岛素治疗,使空腹及餐后 2h 血糖、糖化血红蛋白均达到良好控制(FPG<7.8mmol/L,2hPG<11.1 mmol/L,HbA1C<7.0%)。所有患者中 27 例有双下肢浮肿及不同程度的少尿,尿蛋白(+~+++)

2 治疗方法

2.1 常规治疗 全部病例均给予糖尿病饮食,低盐、低脂、优质低蛋白饮食,严格控制血压、血糖在正常范围内,维持水电解质酸碱平衡,适当利尿消肿及一般对症支持处理。

2.2 中药灌肠方法 清氮降浊汤:大黄 15g,炮附子 15g,蒲公英 30g,丹参 30g,生牡蛎 30g。根据中医辨证可适当加减:腹胀呕吐者,加陈皮、竹茹;乏力、水肿者,加茯苓、泽泻;舌红少苔者,加玄参、麦冬。水煎 2 次,浓缩至 200mL,待温度降至 37~40℃时,行保留灌肠。患者取侧卧位,将药液经灌肠器灌入,根据患者的耐受情况保留 20~40min,每天 1 次,每个疗程为 2 周,连用 2 个疗程。

2.3 观察指标 治疗前后分别测定空腹及餐后 2h 血糖、糖

化血红蛋白(HbA1C)、血压(SBP/DBP)、血肌酐(Scr)、尿素氮(BUN)、24h 尿蛋白定量、甘油三酯(TG)、总胆固醇(TC)水平。

2.4 统计方法 计量资料以($\bar{X} \pm S$)表示,采用配对 t 检验法。

3 疗效观察

3.1 疗效判定标准 显效:症状减轻或消失,内生肌酐清除率增加≥30%,或血清肌酐降低≥30%。有效:症状减轻或消失,内生肌酐清除率增加≥20%,或血清肌酐降低≥20%。无效:不符合显效或有效标准者。

3.2 临床疗效 显效 11 例,有效 17 例,无效 4 例;总有效率 87.5%。

3.3 治疗前后尿蛋白及肾功能指标变化情况 治疗 2 个月后患者尿蛋白、血肌酐、尿素氮较治疗前下降($P<0.05$),见表 1。所有患者治疗观察期间,未发现明显不良反应,无肾功能损害加重。

表 1 治疗前后尿蛋白及肾功能指标比较 ($\bar{X} \pm S$)		
项目	治疗前	治疗后
尿蛋白/g·24h ⁻¹	4.3±2.7	2.5±1.1*
Scr/ $\mu\text{mol} \cdot \text{L}^{-1}$	420.8±32.2	223.5±40.2*
BUN/ $\text{mmol} \cdot \text{L}^{-1}$	17.9±3.6	10.2±2.1*

注:治疗前后比较,* $P<0.05$ 。

3.4 治疗前后血糖、糖化血红蛋白、血压、血脂指标变化情况 治疗 2 个月后患者血糖、糖化血红蛋白、血压值较治疗前无显著差异($P>0.05$);治疗后甘油三酯、胆固醇较治疗前下降($P<0.05$),见表 2。

表 2 治疗前后血糖、血压、血脂指标比较 ($\bar{X} \pm S$)		
项目	治疗前	治疗后
FPG/ $\text{mmol} \cdot \text{L}^{-1}$	6.3±1.4	5.9±1.7 [#]
2hPG/ $\text{mmol} \cdot \text{L}^{-1}$	9.6±1.3	9.3±1.7 [#]
HbA1C/%	6.1±0.7	5.9±1.0 [#]
SBP/mmHg	131.2±13.5	129.9±12.6 [#]
DBP/mmHg	86.9±8.4	84.2±9.8 [#]
TG/ $\text{mmol} \cdot \text{L}^{-1}$	3.1±1.6	1.7±1.2*
TC/ $\text{mmol} \cdot \text{L}^{-1}$	7.2±2.3	5.6±1.9*

注:治疗前后比较,[#] $P>0.05$;* $P<0.05$ 。

4 讨论

随着糖尿病治疗方法的不断改进,死于糖尿病急性并发症者已大为减少,患者的生命显著延长,然而,糖尿病的各种慢性并发症,包括糖尿病肾病的发生率却大大增加^[2]。糖尿病患者所特有的肾脏病变主要为糖尿病性肾小球硬化症,是并发肾脏病变的主要病理基础^[3]。糖尿病因为糖、脂肪、蛋白质

弥可保联合葛根素治疗糖尿病周围神经病变 36 例疗效观察

韩俊山

(河南省平玉县人民医院 平玉 463400)

摘要:目的:探讨糖尿病周围神经病变(DPN)的治疗方法,评价弥可保联合葛根素治疗糖尿病周围神经病变的临床疗效。方法:选择 36 例糖尿病周围神经病变患者,采用弥可保联合葛根素治疗,口服弥可保糖衣片 0.5mg,每日 3 次,葛根素注射液 500mg,加入生理盐水 250mL 中静脉点滴,每日 1 次,观察治疗前后的神经传导速度和临床症状的变化。结果:治疗后患者临床症状(疼痛、麻木、感觉障碍等)明显减轻,神经传导速度改善显著。结论:弥可保联合葛根素治疗糖尿病周围神经病变有确切疗效。

关键词:弥可保;葛根素;降糖药;糖尿病周围神经病变

中图分类号:R 587.2

文献标识码:B

文献编号: 1671-4040(2007)04-0022-02

糖尿病周围神经病变(DPN)是糖尿病(DM)常见并发症,也是 DM 患者致残的常见原因,DPN 发病率随 DM 病程延长而升高,可高达 90%^[1],治疗 DPN 是医学界的一大难题,目前常用 B 族类维生素治疗,但疗效欠满意。笔者选用弥可保联合葛根素治疗,临床观察症状改善明显,神经传导速度提高显著,疗效满意。现报道如下:

1 对象和方法

1.1 对象 选择 2 型糖尿病(T2DM)并发周围神经病变患者 36 例,符合 1999 年 WHO 制定的 T2DM 诊断标准^[2],同时具有周围神经病变的症状和体征:(1)肢体麻木疼痛,感觉异常等,冬季明显,夜间尤甚,以下肢多见,呈对称性分布;(2)患肢腱反射、肌张力减弱或消失,音叉振动觉阈值和冷觉阈值提高;(3)神经电生理检查显示神经传导速度减慢。有下列情况之一排除观察:(1)其它神经系统疾病患者;(2)对弥可保和葛根素过敏者;(3)严重心、肝、肾功能障碍者;(4)妊娠期糖尿病。36 例 DPN 患者中,男 19 例,女 17 例;年龄 45.6~74.2 (56.3± 5.8)岁;T2DM 病程 8.4~25.6 (13.5± 5.1)年,DPN 病程 0.5~12.7 (7.8± 3.2)年;空腹血糖(FBG,停用降糖药物 2 周)9.82~18.23 (12.15± 3.46)mmol/L;伴视网膜病变、肾病、冠心病等共 16 例。

1.2 方法 (1)控制血糖:根据患者情况选用口服降糖药物或 / 和胰岛素皮下注射,控制目标:FBG (6.50± 1.00)mmol/L,餐后最高血糖 (10.00± 1.00)mmol/L。原有的运动代谢紊乱而引起的负氮平衡使血黏度增加、血流淤滞,加重肾脏的病变,最终发展为慢性肾功能衰竭。目前临床应用的透析疗法和肾移植对慢性肾功能不全有一定效果,但费用昂贵,不易于大规模开展,而运用中药灌肠祛除水湿毒邪,通过保留灌肠途径给药,利用大肠半透膜的特点,起到类似肾透析的作用。

糖尿病属于中医“消渴病”范畴,初始阶段主要病机为阴虚燥热。随着病程的迁延,病情的进展,在酿成糖尿病肾病的漫长过程中,燥热之邪伤津耗气日久,伤及脾肾,致气阴两虚,病变后后期损及阳,阳气生化不足终成阴阳俱虚、痰瘀内阻之证。肾为水脏,主藏精,为封藏之本。消渴日久及肾虚不足,失于封藏,精关不固,精微下泄而形成蛋白尿。故糖尿病肾病始于肺、胃阴虚燥热,最终形成脾肝肾亏虚之证。我们认为糖尿病肾病的主要发病机理是肝肾亏虚、脾虚痰湿、气滞血瘀、湿浊毒瘀、壅滞三焦。清氮降浊汤中大黄“味苦寒”,主治“血闭,寒热,破症瘕积聚,留宿饮食,荡涤肠胃,推陈致新,

疗、饮食治疗方案不变。(2)弥可保糖衣片 + 葛根素注射液治疗:口服弥可保糖衣片(国药准字 H20030812)0.5mg,每日 3 次;葛根素注射液(国药准字 X20000634)500mg 加入 250mL 生理盐水中静滴,每日 1 次,15d 为 1 个疗程,休息 3d,进行第 2 个疗程,共治疗 4 个疗程后进行疗效评定。

2 疗效观察

2.1 神经传导速度(NCV)变化 由肌电图科室人员测定,采用海神 NDI-200 肌电图诱发电位仪(上海海神医疗电子仪器厂生产)对优势侧肢体神经(上肢正中神经、下肢腓总神经)进行神经运动传导速度(MNCV)和神经感觉传导速度(SNCV)测定,结果见表 1。治疗前后比较 MNCV、SNCV 有统计学意义(P<0.01)。

		表 1 治疗前后 MNCV 和 SMCV 变化 (X± S) m/s							
时间	n	正中神经				腓总神经			
		MNCV		SNCV		MNCV		SNCV	
治疗前	36	45.58± 4.23	41.54± 5.57	40.12± 3.26	39.26± 5.24				
治疗后	36	56.28± 4.87*	48.12± 6.11*	49.02± 4.89*	51.77± 5.56*				

注:与治疗前比较,*P<0.01。

2.2 疗效标准 显效:自觉症状消失或明显好转,腱反射和肌张力基本恢复正常,NCV 增加≥5m/s 或恢复正常。有效:自觉症状改善,腱反射和肌张力好转,NCV 增加 1~5m/s。无效:临床症状无减轻,腱反射、NCV 无变化或下降。

2.3 治疗结果 显效 15 例(41.67%),有效 18 例(50.00%),无效 3 例(8.33%);总有效率 91.67%。

通利水谷,调中化食,安和五脏”(《神农本草经》);附子散寒湿,温脾胃,回阳救逆;丹参活血化瘀;牡蛎入肝肾经,平肝潜阳,软坚散结,收敛固涩;蒲公英有清热解毒、利湿之功。诸药联用,有效去除肠道中污秽,相辅相成,保护肾脏,延缓肾功能进一步恶化。

中药保留灌肠治疗糖尿病肾病简单易行,费用低廉,患者无痛苦、容易接受,且无肛门、直肠部位感染。该治疗方法能使尿蛋白、血肌酐、尿素氮下降,使胆固醇、甘油三酯降低,有效保护肾功能,值得临床推广应用。

参考文献

[1]陈灏珠.实用内科学[M].第 12 版.北京:人民卫生出版社,2005. 2 198~2 199
[2]陈香美.实用肾脏病学[M].北京:北京医科大学、中国协和医科大学联合出版社,1995.252
[3]李娜,谷忠玲.糖尿病肾病的早期综合治疗 50 例分析[J].中国全科医学,2003,6(5): 430~431

(收稿日期: 2007-02-16)