

肾炎消白颗粒联合怡开注射液治疗早期糖尿病肾病

刘松 魏昱杰 张碧海 王涛
(黑龙江省中医研究院 哈尔滨 150036)

摘要:目的:观察肾炎消白颗粒联合怡开注射液治疗早期糖尿病肾病的疗效。方法:将 90 例患者随机分为治疗组 45 例、对照组 45 例,两组均在良好控制血糖基础上加用怡开注射液,治疗组联合肾炎消白颗粒,疗程 12 周,观察治疗前后尿微量白蛋白(UAER)、尿素氮(BUN)、血肌酐(Scr)、糖化血红蛋白(HbA1c)、空腹血糖(FPG)的变化。结果:两组各指标治疗前后比较差异具有显著性($P<0.05$),两组治疗后各指标比较差异具有显著性($P<0.05$)。结论:在西药常规治疗的基础上加用中药肾炎消白颗粒治疗早期糖尿病肾病,疗效明显优于单用西药治疗。

关键词:肾炎消白颗粒;怡开注射液;早期糖尿病肾病;中西医结合疗法

中图分类号:R 587.2 **文献标识码:**B **doi:**10.3969/j.issn.1671-4040.2010.03.018

糖尿病肾病(DN)是常见的糖尿病慢性微血管并发症之一,早期表现为微量蛋白尿,继之出现临床蛋白尿,最后进展为慢性肾功能不全,终末期肾衰(ESRD)是 DN 病人的主要死亡原因。在早期逆转 DN 微量蛋白尿,阻止 DN 进展意义重大。笔者观察肾炎消白颗粒联合怡开注射液治疗早期糖尿病肾病患者 45 例,取得满意疗效。现报道如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 所有病例均来自我院内分泌科病房,共 90 例,随机分为两组,治疗组 45 例,其中男 22 例,女 23 例,病程 5~15 年,年龄 42~68 岁;对照组 45 例,其中男 23 例,女 22 例,病程 5~14 年,年龄 41~65 岁。经统计学检验,两组一般资料差异无显著性($P>0.05$),具有可比性。

1.2 纳入标准 参照 2003 年《中国糖尿病防治指南》,符合以下三条之一者即可诊断为糖尿病:(1)有糖尿病症状(如多尿、多食、不明原因的消瘦),随机血糖 $\geq 11.1\text{mmol/L}$ (200mg/dL);(2)空腹血糖 $\geq 7\text{mmol/L}$ (126 mg/dL);(3)75g 葡萄糖糖耐量试验(OGTT)2h 血糖 $\geq 11.1\text{mmol/L}$ (200mg/dL)。同时符合早期 DN 诊断标准,即按照 Mogensen^[1]诊断标准,尿微量白蛋白排泄率(UAER)在 20~200 $\mu\text{g/min}$ 之间。

1.3 排除标准 (1)伴有心血管、脑、肝脏和造血系统等严重原发性疾病患者,过敏体质或对多种药物过敏者;(2)年龄在 40 岁以下或 70 岁以上,妊娠或哺乳期妇女,或对本治疗措施不能耐受者;(3)无法合作者,如精神病患者;(4)其他肾脏病或全身疾病引起的蛋白尿或肾功能不全;(5)对于 DN 的加重因素,如感染、水电解质平衡紊乱及严重的酸中毒、严重心功能不全等难以控制者;(6)未按规定用药,资

料不全者。

1.4 治疗方法 所有患者均予优质低蛋白糖尿病饮食、适量运动、胰岛素或口服药控制血糖,并每日注射怡开注射液 40IU。治疗组在此基础上加用肾炎消白颗粒(黄芪、土茯苓、党参、山药、女贞子、薏苡仁、菟丝子、熟地黄、枸杞子、白茅根、益母草、芡实)10g,3 次/d,疗程 12 周。两组于治疗前后分别测定 UAER、BUN、Scr、HbA1c、FPG。

1.5 统计学处理 采用 SPSS13.0 统计软件,所得数据用均数 $\pm$ 标准差表示,两均数比较用 t 检验。

2 治疗结果

2.1 两组治疗前后 UAER、BUN 和 Scr 水平 见表 1。

表 1 两组 UAER、BUN 和 Scr 水平比较 ($\bar{X}\pm S$)									
组别	n	UAER($\mu\text{g/min}$)		BUN(mmol/L)		Scr($\mu\text{mol/L}$)		治疗前	治疗后
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后		
治疗组	45	74.6 $\pm$ 28.1	41.5 $\pm$ 19.7 [△] *	8.5 $\pm$ 1.1	6.5 $\pm$ 0.7 [△] *	164.3 $\pm$ 96.1	83.1 $\pm$ 60.5 [△] *		
对照组	45	69.8 $\pm$ 22.1	54.8 $\pm$ 19.3 [△]	8.6 $\pm$ 0.8	7.4 $\pm$ 0.8 [△]	168.4 $\pm$ 87.5	110.6 $\pm$ 71.1 [△]		

注:与本组治疗前比较,[△] $P<0.05$;与对照组治疗后比较,* $P<0.05$ 。

2.2 两组治疗前后 HbA1c、FPG 水平 见表 2。

表 2 两组 HbA1c、FPG 水平比较 ($\bar{X}\pm S$)					
组别	n	FPG(mmol/L)		HbA1c(%)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
治疗组	45	10.41 $\pm$ 2.67	6.65 $\pm$ 1.27 [△] *	8.62 $\pm$ 1.63	6.43 $\pm$ 1.36 [△] *
对照组	45	10.44 $\pm$ 2.57	7.81 $\pm$ 1.45 [△]	8.74 $\pm$ 1.56	7.12 $\pm$ 1.64 [△]

注:与本组治疗前比较,[△] $P<0.05$;与对照组治疗后比较,* $P<0.05$ 。

3 讨论

糖尿病肾病的病因和发病机制比较复杂,是多种因素相互关联和相互影响的,估计与长期高血糖、蛋白非酶糖化和氧化应激反应造成的微循环障碍有关。高血压、血流动力学改变、遗传学等因素也可能参与糖尿病的发生^[2]。患者可由于长期代谢紊乱,肾小球基膜增厚,进行性肾小球系膜扩张压迫毛细血管,在毛细血管范围内形成微小循环障碍,导致毛细血管内壁损伤^[3]。怡开注射液主要成分胰激肽原酶是一种蛋白水解酶类,具有扩血管、抗氧

参考文献

[1]王霞娟,卜瑞芳,邓振霞.醛固酮与糖尿病及其并发症的关系[J].医学研究生学报,2007,20(5):548-552

[2]北京弥可保观察协作组.甲钴胺治疗糖尿病神经病变的临床观察[J].中华内科杂志,1999,38(1):14-17

[3]林兰,魏军平.第五次全国中西医结合糖尿病学术研讨会会议纪要[J].中国中西医结合杂志,2000,20(11):875-877

[4]方有生.党参、黄芪、丹参等中草药合剂对周围神经再生影响的实验研究[J].中华手外科,1988,14(3):181

[5]苏冬月,翟绍忠.凯时与赛来乐联合治疗糖尿病周围神经病变临床观察[J].中国实用神经疾病杂志,2008,11(7):29

(收稿日期:2009-12-18)

重型颅脑损伤开颅术中急性脑膨出的临床探讨

黄杰 熊波

(江西省高安市人民医院 高安 330800)

摘要:目的:分析重型颅脑损伤开颅术中急性脑膨出的发生原因,探讨其防治措施。方法:对术中出现急性脑膨出的 28 例患者进行回顾性分析。结果:术中迟发性颅内血肿、弥漫性脑肿胀是重型颅脑损伤术中急性脑膨出的主要原因。结论:提高对术中出现急性脑膨出病因的认识,针对不同的病因采取相应的防治措施,有助于改善患者的预后,提高生存质量。

关键词:重型颅脑损伤;开颅手术;急性脑膨出

中图分类号:R 651.15

文献标识码:B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2010.03.019

急性脑膨出是重型颅脑损伤开颅术中较为常见的问题,术中处理棘手,患者预后差。我院 2004~2008 年重型颅脑损伤开颅术中出现急性脑膨出 28 例,现将其发生原因及防治措施报告如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 本组共 28 例,其中男性 18 例,女性 10 例;年龄 16~62 岁,平均 39 岁;车祸伤 18 例,坠落伤 5 例,打击伤 3 例,摔伤 2 例;减速性损伤 17 例,其他损伤 11 例。

1.2 临床表现 (1)所有病例均有意识障碍,术前 GCS 评分 3~8 分,其中 3~5 分者 18 例,6~8 分者 10 例;一侧瞳孔散大 16 例,双侧瞳孔散大 11 例,瞳孔无变化 1 例。(2)术前均行头颅 CT 检查,提示都有不同程度的硬膜下血肿或脑挫裂伤及颅内血肿,均有中线结构移位,其中移位 >10mm 16 例,环池及第三、四脑室受压消失 12 例。

1.3 治疗方法 (1)术前准备手术的同时保持呼吸道通畅,保证脑部供氧,纠正休克、脱水等。对于休克和脑疝同时存在者,给 3%高渗盐水纠正休克、脱水。(2)快速引流硬膜下血肿,降低颅内压;快速局

部剃发,消毒。于耳屏前上方(改良翼点入路上)切开皮肤 4~5cm,钻骨孔,尖刀“十”字挑开硬膜,放出血性硬膜下血液,快速降低颅内压^[1]。(3)术中均行改良翼点入路血肿清除、标准去大骨瓣减压术,骨窗位置达中颅凹底以减轻对脑中轴的压力。开颅后,如见患者脑膜张力高,触之坚硬,并呈青紫色,于血肿处做小切口,电凝皮层,用吸引器清除部分血肿。在剪开硬脑膜前做好安置引流管的准备,缩短手术时间,并注意保护引流静脉。(4)硬脑膜快速呈扇形剪开,以有利脑膜与颞肌筋膜作减张缝合。快速清除大部分硬膜下血肿、电凝皮层表面活动性出血。密切观察患者脑膨出情况。如有膨出现象,应快速判定脑膨出原因,果断处理,同时回纳剪开的硬脑膜,或作硬脑膜与颞肌筋膜减张缝合。用艾力斯牵拉头皮使最远端对合,保持脑窗一定张力,阻止脑组织进一步膨出。快速缝合帽状腱膜、头皮。对可疑同侧颅内继发血肿者,可简单缝合帽状腱膜、头皮。简单包扎后,带气管插管、呼吸机或手按皮囊快速行头颅 CT 复查。不要为干净清除硬膜下血肿、止血等耽误时间使大量脑膨出、脑组织坏死及头皮

化、改善血液循环及微循环、降低肾血流阻力、增加胰岛素的敏感性等作用,从而达到调节血糖、改善心脏功能、消除或减少蛋白尿的目的。故在糖尿病肾病早期阶段,使用胰激肽原酶治疗可逆转病情。

多数中医学者认为 DN 的病机,早期以阴虚燥热为主,中期以气阴两虚为主,晚期以肾阳亏虚及阴阳两虚为主,涉及脏腑以脾肾为主;而多种因素导致的血脉瘀阻则是诸多并发症的病理基础。现代中医学认为蛋白属人体精微物质,蛋白尿则属“精微外泄”、“尿浊”等范畴。脾肾两虚是蛋白尿产生的直接机制,又可产生湿邪为患;肺肝功能失调,影响脾肾两脏,又对湿邪的产生有重要作用,在蛋白尿的发展过程中有重要的促进作用;湿热是主要病因亦是主要病理产物,湿热在体内蕴久,可致血癖、痰浊,而使病机复杂而难愈。故脾肾两虚、湿热蕴结是蛋白尿产生的主要病机。肾炎消白颗粒旨在健脾补

肾、清热利湿,方中黄芪、熟地黄、土茯苓三药共为君药,发挥健脾补肾、清热利湿之功效;党参、女贞子、枸杞子、薏苡仁四味药共为臣药,以助君药健脾补肾、清热利湿之效;山药、菟丝子、芡实、白茅根、益母草为佐使药。全方切中蛋白尿的脾肾两虚、湿热内蕴为主的病因病机,有免疫增强、抗炎、抗凝、恢复受损细胞等作用。

本研究结果显示,在常规西药治疗基础上加用中药肾炎消白颗粒治疗早期糖尿病肾病,疗效明显优于单用西药治疗,值得临床推广应用。

参考文献

[1]Mogensen CE,Schmitz A,Christensen CK.Comparative renal pathophysiology relevant to IDDM and NIDDM patients [J].Diabetes Metabol Rev,1998,4(5):453
[2]刘志红.糖尿病肾病[J].中华肾脏病杂志,2006,16(2):126
[3]胡英华.糖尿病及其主要并发症[M].北京:中国环境科学出版社,1996.123

(收稿日期:2010-01-20)