

降糖保肾方治疗糖尿病 肾病 45 例临床观察

□ 董飞侠* (浙江省温州市中医院 浙江 温州 325000)

摘要 目的:观察中药降糖保肾方治疗糖尿病肾病(DN)的临床疗效。方法:90例DN患者随机分成两组各45例,对照组采用西医常规治疗,治疗组在西医常规治疗基础上,加用降糖保肾方加减治疗,两组疗程均为8周。结果:两组治疗后早期糖尿病肾病24小时尿蛋白排泄率和临床糖尿病24小时尿蛋白定量较治疗前均明显下降($P < 0.01$);24小时肌酐清除率较治疗前明显升高($P < 0.05$),而对照组治疗前后三项指标均无明显变化;降糖保肾方组明显优于对照组($P < 0.01$)。结论:降糖保肾方治疗DN可以改善肾血流量,降低尿蛋白排泄量。

关键词 2型糖尿病 糖尿病肾病 中西医结合疗法 降糖保肾方

糖尿病肾病(DN)是危害人类健康的一大病症,也是引起慢性肾功能不全的重要原因。因此,早期治疗可以预防其发展为尿毒症终末期。笔者自1995年以来,采用以降糖保肾方为主的中西医结合方法治疗糖尿病肾病45例,取得较好的疗效,现报道如下。

1 资料与方法

*作者简介 董飞侠,男,医学硕士。主要从事肾脏病基础与临床研究工作。

1.1 一般资料 所有病例均来自于1995年1月至2002年6月期间在我院肾科住院的2型DN患者,诊断均符合1980年WHO糖尿病专家委员会制定的诊断标准^[1]及1997年美国ADA提出的修改糖尿病诊断标准^[2]。按照尿蛋白排泄率30-300mg/d为早期糖尿病肾病,计45例;24小时尿蛋白大于300mg/d为临床糖尿病肾病,计45例。发现糖尿病史5-15年,平均 9.8 ± 3.58 年。采用简单随机法分为二组,治疗组45例,

好处在外展外旋位置,肱骨头便会冲破关节囊而形成肩关节脱位。由于关节囊前方较薄弱,故前脱位发生率为最高。脱位形成后,由于患者的紧张情绪和韧带,肌肉损伤肿胀疼痛的不良刺激,导致局部出现一组为垂直向上,一组为斜向内上的两组抗力,这两组抗力不利于手

法复位。因此,复位时应注意化解这两组抗力。

笔者所用外展外旋撬拨法为祖传技法,其机理符合现代生物力学原理,省功、省力。其以逆向思维为指导,循其易发生之机理而思其复入点,上臂外展100-120°,加上外旋手法令两组抗力自然化解,并能把肱骨结节粗造

构部回避冲击肩盂下缘,使肱骨头光滑面尽量暴露在关节囊破口处,通过术者手法撬拨形成的推挤力将肱骨头轻松地送回肩盂。本法在整复难治性肩关节脱位时,较之回旋法(kocher法)、足蹬法(Hippocratic法)及下牵法等整复手法更为符合生物力学原理,故临床操作成功率较高。

其中早期 DN23 例, 临床 DN22 例, 男 23 例, 女 22 例, 年龄平均 56.90 ± 6.51 岁。对照组 45 例, 其中早期 DN22 例, 临床 DN23 例, 男 22 例, 女 23 例, 年龄 56.73 ± 6.23 岁; 治疗组和对照组在性别、年龄、病程分布经齐性检验均具有可比性。

1.2 治疗方法 两组患者入院后均采用糖尿病饮食控制, 伴有水肿及高血压限盐, 伴有肾功能不全予优质低蛋白饮食, 口服降血糖药物及胰岛素皮下注射作为基础治疗, 使空腹血糖 $< 7.0 \text{ mmol/L}$, 餐后血糖 $< 10.0 \text{ mmol/L}$; 有高血压患者使用 ACEI 或 ARB 类或 α 受体限制剂降血压, 使血压控制在正常范围。在此基础上, 治疗组予降糖保肾方 (由桃仁、红花、当归、赤芍、泽兰、益母草、石韦、黄芪、山药、生地、虎杖、怀牛膝、大黄、知母、黄连、太子参、甘草组成) 加减, 每天一剂, 水煎分两次服。肝肾气阴两虚型加山萸肉、黄精、石斛、玉竹; 脾肾阳虚型加菟丝子、杜仲、仙灵脾、猪苓、茯苓; 阴阳两虚型加菟丝子、补骨脂、熟地、冬虫夏草; 口渴燥热者加天花粉、芦根; 皮肤瘙痒者加刺蒺藜、地肤子、蝉衣、土茯苓; 湿热内盛者加薏苡仁、白茅根、蒲公英; 口眼歪斜、半身不遂者, 加地龙、水蛭、全虫、蜈蚣、僵蚕。两组治疗 8 周后评定疗效。

1.3 统计学分析 测定数据以 $\bar{x} \pm s$ 表示; 计量资料治疗前后组内比较采用 Paired-Samples Test; 非参数统计采用 Ridit Test。所有数据均应用 SPSS 10.0 统计学软件处理。

2 结果

2.1 疗效评定标准 显效: 肾功能正常, 24 小时尿蛋白排泄率 $< 100 \text{ mg/d}$ 。有效: 肾功能正常, 24 小时尿蛋白排泄率 $> 100 \text{ mg/d}$, 而 $< 300 \text{ mg/d}$ 。无效: 不同程度肾功能损害, 24 小时尿蛋白排泄率 $> 300 \text{ mg/d}$ 。

2.2 治疗结果 治疗组早期糖尿病肾病 24 小时尿蛋白排泄率 (UAER) 和临床糖尿病 24 小时尿蛋白定量 (24HUPRO) 较治疗前均明显下降 ($P < 0.01$), 24 小时肌酐清除率 (Ccr) 较治疗前明显升高 ($P < 0.05$); 对照组早期糖尿病肾病 UAER 和临床糖尿病 24HUPRO 及 Ccr 治疗前后无明显变化。降糖保肾方治疗组显效率明显优于对照组 ($P < 0.01$)。结果见表 1、表 2。

表 1 两组治疗前后各项生化指标变化比较 ($\bar{x} \pm s$)

n	UAER (mg/d)		24HUPRO (mg/d)		Ccr (ml/min)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
治疗组 45	283 \pm 29	128 \pm 14 *	2.68 \pm 0.88	1.56 \pm 0.57 *	53.35 \pm 8.86	62.46 \pm 8.84 Δ
对照组 45	281 \pm 27	255 \pm 26	2.66 \pm 0.86	2.32 \pm 0.85	53.19 \pm 8.73	52.78 \pm 8.85

注: 与治疗前比较, * $P < 0.01$, $\Delta P < 0.05$ 。

表 2 两组临床疗效比较 (n · %)

组别	n	显效	有效	无效
治疗组	45	34 (75.6) *	8 (17.8)	3 (6.6)
对照组	45	15 (33.3)	18 (40)	12 (26.7)

注: 与对照组比较, * $P < 0.01$ 。

3 讨论

DN 是 DM 最常见的慢性微血管并发症之一。起病缓慢, 多由气阴两虚起病, 瘀血为其久治不愈的症结所在, 阴阳两虚是其最终转归。现代医学研究认为, 血流动力学异常、微循环障碍^[3] 以及血栓素 A_2 (TXA₂) /前列腺环素 (PGI₂) 平衡失调^[4] 在 DN 的形成过程中起着重要作用。现代药理研究证实活血化瘀药具有促进肾动脉灌注流量的增加, 改善微循环, 改善高凝状态, 减轻胰岛素抵抗, 减少炎症因子及生长因子的分泌的作用^[5], 故采用以活血化瘀为主的降糖保肾方。结果表明, 该方能提高肾小球 24 小时肌酐清除率, 降低尿蛋白排泄量, 明显优于对照组 $P < 0.01$ 。方中桃仁、红花、当归、赤芍、泽兰、益母草、石韦、虎杖、怀牛膝、大黄活血化瘀, 清热利湿; 黄芪、太子参、山药、生地益气养阴; 知母、黄连清热养阴, 甘草调和诸药。本病虚实夹杂, 症状错综复杂, 因此, 在应用活血化瘀疗法的基础上, 应遵循中医辨证论治的原则, 以基础方为主, 随证加加减, 可达预期目的。

参考文献

[1] 世界卫生组织糖尿病专家委员会. 糖尿病诊断标准. 中华内科杂志, 1981, 20 (9): 556-568.
[2] 王吉耀主编. 内科学. 北京: 人民卫生出版社, 2002: 960-983.
[3] 朱建民, 陈素伟. 糖尿病肾病研究近况. 中华内分泌代谢杂志, 1994, 10 (1): 41.
[4] 左静南, 蒋更如, 候积寿. RA 系统和前列腺素在实验性糖尿病早期肾脏高功能状态中的作用. 中国糖尿病杂志, 1995, 3: 40-43.
[5] 丁安伟. 现代中药临床手册. 南京: 江苏科学技术出版社, 2000: 328-536.