

中西医结合治疗糖尿病肾病30例临床观察

董扬洲¹, 杨巧玉², 尹程琳², 刘 筱², 胡剑卓¹, 刘 杨¹

(1. 湖南中医药大学第二附属医院, 湖南 长沙, 410005;

2. 湖南中医药大学, 湖南 长沙, 410208)

[摘要] 目的: 观察中西医结合疗法治疗糖尿病肾病的临床疗效。方法: 将糖尿病肾病患者60例随机分为治疗组和对照组各30例, 治疗组采用中西医结合疗法治疗, 对照组单用西医常规疗法治疗。结果: 总有效率治疗组为83.3%, 对照组为56.7%, 组间比较, 差异有统计学意义($P < 0.05$); 治疗组24h尿蛋白定量、BUN、Scr、TC、TG、LDL-C、HbA_{1c}、UEAR治疗前后组内比较及治疗后与对照组比较, 差异均有统计学意义($P < 0.05$)。结论: 中西医结合疗法治疗糖尿病肾病有较好的临床疗效。

[关键词] 糖尿病肾病; 中西医结合疗法; 肾安汤

[中图分类号] R259.871 **[文献标识码]** A **DOI:** 10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2018.09.027

糖尿病肾病(Diabetic Nephropathy, DN)是最常见的糖尿病并发症, 是糖尿病微血管并发症之一, 又称糖尿病性肾小球硬化症, 随着我国糖尿病的发病率逐年升高, DN的发病也成上升趋势。研究表明, DN是发展至终末期肾病的首要原因, 亦与心血管疾病发病密切相关, 常可威胁患者生命^[1-2]。因此近年来关于DN的临床研究热点之一便是如何改善DN患者的相关临床症状, 及时缓解其相关病症^[3-7]。笔者采用坎地沙坦联合自拟肾安汤治疗糖尿病肾病30例, 收到较好的临床疗效, 现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选取湖南中医药大学第二附属医院2017年1月至2017年12月门诊及住院的DN患者60例, 按随机数字表法分为治疗组和对照组

各30例。治疗组中, 男20例, 女10例; 平均年龄(58.3 ± 6.8)岁; 平均病程(10.8 ± 3.2)年; 透析时间(4.8 ± 3.5)年。对照组中, 男20例, 女10例; 平均年龄(57.3 ± 6.2)岁; 平均病程(10.1 ± 4.1)年; 透析时间(5.1 ± 3.6)年。2组患者一般资料比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 诊断标准 符合“中国2型糖尿病防治指南(2013年版)”^[8]中的诊断标准。根据目前公认的丹麦学者Mogensen提出的分期标准^[9]均为糖尿病肾病期(Ⅳ期): 临床糖尿病肾病期, 进展性显性白蛋白尿, 尿微量白蛋白排泄率(UAER) $> 30\text{mg}/24\text{h}$, 部分可表现为肾病综合征, 病理检查肾小球病变更重, 部分肾小球硬化, 灶状肾小管萎缩及间质纤维化。

膜损伤修复作用^[8]。黄芪可以增强免疫, 促进创面的愈合, 桂枝有抗炎抑菌的功效^[9], 白芍能止痛抗炎^[10], 甘草能抑制胃酸分泌, 保护胃黏膜, 促进溃疡愈合^[11]。本研究结果显示, 黄芪建中汤治疗脾胃虚寒型消化性溃疡疗效可靠, 值得临床推广应用。

参考文献

- [1] 葛均波, 徐永健. 内科学(8版)[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2013: 369.
- [2] 中华中医药学会脾胃病分会. 消化性溃疡中医诊疗共识意见(2009, 深圳)[S]. 中医杂志, 2010, 51(10): 941-944.
- [3] 李海泉. 从虚实论治消化性溃疡的临床经验及文献方药证治规律研究[D]. 沈阳: 辽宁中医药大学, 2011.
- [4] 石学敏, 戴锡孟, 王健. 中医内科学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2009: 159.
- [5] 张万岱, 李军祥, 陈治水, 等. 消化性溃疡中西医结合诊疗共

识意见(2011年天津)[S]. 中国中西医结合杂志, 2012, 32(6): 733-737.

- [6] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则[S]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 129.
- [7] 中华消化杂志编委会. 消化性溃疡病诊断与治疗规范(2013年, 深圳)[S]. 中华消化杂志, 2014, 34(2): 73-76.
- [8] 汤丽芬, 徐升, 许祖建, 等. 黄芪建中汤对胃黏膜损伤模型大鼠VEGF表达的影响[J]. 中国中医药科技, 2011, 18(2): 100-101.
- [9] 徐锋, 王德健, 王凤, 等. 桂枝挥发油的药理作用研究进展[J]. 中华中医药杂志, 2016(11): 139.
- [10] 张利. 白芍的药理作用及现代研究进展[J]. 中医临床研究, 2014(29): 25-26.
- [11] 孙建宁. 中药药理学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2006: 103-105, 220-223.

(收稿日期: 2017-12-26)

1.3 纳入标准 (1)符合上述西医诊断标准及临床分期;(2)年龄 43~68 岁;(3)患者知情同意,并签署知情同意书。

1.4 排除标准 其他肾脏疾病,严重心律失常,心力衰竭,脑血管疾病,肝脏疾病,精神疾病,原发性高血压病,泌尿系感染,糖尿病酮症酸中毒以及过敏体质者。

2 治疗方法

2.1 对照组 采用西医常规疗法治疗。低盐低脂糖尿病饮食,运动锻炼,常规降糖药物以控制血糖,使血糖控制在空腹血糖 <8mmol/L,餐后血糖 <11mmol/L。坎地沙坦(重庆圣华曦药业股份有限公司生产,批准文号:国药准字 H20030771,规格:4mg×7 片)4~8mg/d(晨起空腹服)。

2.2 治疗组 在对照组治疗基础上加自拟肾安汤治疗。处方:黄芪 30g,人参 10g,当归 10g,升麻 5g,柴胡 5g,丹参 15g,山药 20g,芡实 15g,淫羊藿 10g,巴戟天 10g,凤尾草 15g,山楂 20g,甘草 10g。每天 1 剂,水煎,分早晚温服。

2 组均以 12 周为 1 个疗程,治疗 1 个疗程后统计疗效。

3 疗效观察

3.1 观察指标 观察指标包括糖化血红蛋白(HbA1c)、24h 尿蛋白定量、血清肌肝(Scr)、血尿素氮(BUN)、血清总胆固醇(Tc)、三酰甘油(TG)、高密度脂蛋白胆固醇(HDL-C)、低密度脂蛋白胆固醇(LDL-C)及 UAER。治疗前后各检查 1 次。血糖(空腹及餐后 2h),半个月检查 1 次。

3.2 疗效标准 参照《中药新药临床研究指导原则》^[10]和“糖尿病肾病防治专家共识(2014 年版)”^[11]制定近期疗效标准。显效:临床症状消失,各项观察指标下降 1/3 以上或降至正常;有效:临床症状基本消失,各项观察指标有所下降;无效:临床症状和各项观察指标无改善或恶化。

3.3 统计学方法 采用 SPSS 17.0 统计学软件进行统计分析,计量资料采用均值±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,计数资料采用 χ^2 检验,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

3.4 治疗结果

3.4.1 2 组综合疗效比较 总有效率治疗组为 83.3%,对照组为 56.7%,组间比较,差异有统计学意义。(见表 1)

表 1 2 组综合疗效比较(n)

组别	n	显效	有效	无效	总有效率(%)
治疗组	30	18	7	5	83.3 ^a
对照组	30	8	9	13	56.7

注:与对照组比较,^a $P < 0.05$ 。

3.4.2 2 组 24h 尿蛋白、Scr、BUN、UAER 比较 治疗组各项指标及对照组 UEAR 治疗前后组内比较,差异均有统计学意义;2 组各项指标治疗后组间比较,差异均有统计学意义。(见表 2)

表 2 2 组 24h 蛋白尿、Scr、BUN、UAER 比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	时间	BUN(mmol/L)	Scr(μ mol/L)	24h 尿蛋白(g/24h)	UAER(μ g/min)
治疗组	30	治疗前	10.1±1.1	159.6±21.5	1.9±0.3	217.8±44.7
		治疗后	6.1±1.1 ^{ab}	113.1±19.4 ^{ab}	0.7±0.2 ^{ab}	100.4±35.3 ^{ab}
对照组	30	治疗前	10.0±1.1	159.5±22.2	1.7±0.3	215.4±46.6
		治疗后	8.1±1.2	152.1±20.6	1.2±0.2	137.5±35.3 ^a

注:与本组治疗前比较,^a $P < 0.05$;与对照组治疗后比较,^b $P < 0.05$ 。

3.4.3 2 组血糖、血脂水平比较 治疗组 TC、TG、LDL-C 及 HbA1c 治疗前后组内比较,差异均有统计学意义;2 组各项指标治疗后组间比较,差异均有统计学意义。(见表 3)

表 3 2 组血糖、血脂水平比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	时间	TC(mmol/L)	TG(mmol/L)	LDL-C(mmol/L)	HbA1c(%)
治疗组	30	治疗前	5.2±0.2	2.2±0.3	2.7±0.4	6.6±1.2
		治疗后	4.0±0.7 ^{ab}	1.3±0.1 ^{ab}	1.7±0.3 ^{ab}	4.2±1.3 ^{ab}
对照组	30	治疗前	5.4±0.4	2.3±0.5	2.5±0.3	6.7±1.1
		治疗后	4.9±0.4	1.8±0.2	2.2±0.5	6.0±1.4

注:与本组治疗前比较,^a $P < 0.05$;与对照组治疗后比较,^b $P < 0.05$ 。

4 讨论

当糖尿病累及肾脏时,将会出现持续性蛋白尿,微量蛋白尿是诊断糖尿病肾病的标志。微量蛋白尿指 UAER 持续升高 20~200 μ g/min,或尿蛋白 30~300mg/24h,或尿蛋白与尿肌酐比值为 30~300 μ g/mg^[12-13]。坎地沙坦片与 AT1 结合能有效地降低转化生长因子(TGF- β 1)产生,能有效地控制血压的同时,降低尿微量蛋白的排泄,减少蛋白尿,延缓肾功能的减退^[14]。糖尿病肾病属于中医学“消渴”“消瘴”“脾痺”范畴。现代医家多认为糖尿病肾病为气阴两虚所致,兼有瘀血、水湿、痰浊诸邪阻伤肾络,正虚邪实,痰、瘀、毒为其致病之要因^[15-16]。自拟肾安汤以黄芪、淫羊藿为君,健脾补肾;以人参、白术、巴戟天、山药、芡实为臣,助君药益气健脾补肾;以当归、丹参、山楂活血化瘀,升麻、柴胡引清气以上行,

中西医结合治疗糖尿病腹泻30例临床观察

杜丽霞¹, 张力娜¹, 杨立娟², 谭庆波³, 周雪梅¹

(1. 河北省迁安市中医医院, 河北 迁安, 064400;

2. 河北省迁安市兴安社区卫生服务中心, 河北 迁安, 064400;

3. 河北省迁安市燕山医院, 河北 迁安, 064400)

[摘要] 目的: 观察中西医结合治疗糖尿病腹泻的临床疗效。方法: 将脾胃虚弱型糖尿病腹泻患者60例随机分为治疗组及对照组各30例, 对照组予西医常规治疗, 治疗组在对照组治疗基础上予自拟健脾止泻化毒汤治疗。结果: 总有效率治疗组为90.0%, 对照组为63.3%, 组间比较, 差异有统计学意义($P < 0.05$); 2组中医证候积分治疗前后组内比较及治疗后组间比较, 差异均有统计学意义($P < 0.05$); 2组复发率比较, 差异有统计学意义($P < 0.01$)。结论: 自拟健脾止泻化毒汤治疗脾胃虚弱型糖尿病腹泻疗效显著, 且复发率低。

[关键词] 糖尿病腹泻; 脾胃虚弱证; 中西医结合疗法; 健脾止泻化毒汤

[中图分类号] R259.872 **[文献标识码]** A **DOI:** 10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2018.09.028

糖尿病性腹泻是糖尿病植物神经病变的一种突出表现, 由局限性或弥漫性的胃肠动力障碍导致^[1]。关于该病的治疗主要包括控制血糖、营养神

经、纠正代谢紊乱等对症治疗, 其治疗虽能起到暂时控制的作用, 但停药后较易复发^[2]。笔者采用中西医结合治疗脾胃虚弱型糖尿病腹泻30例, 收到

风尾草导湿浊而下行, 共为佐药; 甘草调和诸药为使。全方共奏健脾补肾、活血利湿之功。

通过比较西医疗法联合自拟肾安汤与单用西医疗法治疗糖尿病肾病的临床治疗效果发现, 西医疗法联合自拟肾安汤降低HbA1c、BUN、Scr、24h尿蛋白等指标的效果比单用西医疗法更显著, 并能有效地改善血糖、血脂。

参考文献

- [1] He F, Xia X, Wu XF, et al. Diabetic retinopathy in predicting diabetic nephropathy in patients With type 2 diabetes and renal disease: a meta-analysis[J]. Diabetologia, 2013, 56(3): 457-466.
- [2] Heusinger-Ribeiro J, Wahab N, Goppelt-Strube M. Lysophosphatidic acid-induced expression of connective tissue growth factor in human renal fibrosis: regulatory role of RhoA and cAMP[J]. AM Soc - Nephro, 2001, 12(5): 1853-1681.
- [3] 胡延毅, 龙红英, 王鲸竹. 不同剂量坎地沙坦治疗糖尿病肾病合并高血压效果评价[J]. 蚌埠医学院, 2015, 40(1): 62-63.
- [4] 张义奎. 厄贝沙坦联合金水宝胶囊治疗老年2型糖尿病肾病的临床疗效观察[J]. 吉林医学, 2011, 69(12): 63-64.
- [5] 杜小丽, 杨大兴. 不同剂量厄贝沙坦治疗糖尿病肾病的临床观察[J]. 海南医学, 2010, 21(2): 20-22.
- [6] 吴晋, 谢敬东. 厄贝沙坦联合辛伐他汀治疗糖尿病肾病68例临床观察[J]. 中国现代药物应用, 2013, 7(3): 74-76.
- [7] 王梅, 庄乙君. 卡托普利联合坎地沙坦治疗糖尿病肾病蛋白尿的疗效及对肾功能的影响[J]. 中国老年学杂志, 2016, 36

(3): 613-614.

- [8] 中华医学会糖尿病学分会. 中国2型糖尿病防治指南(2013年版)[S]. 中国医学前沿杂志, 2015, 7(3): 26-89.
- [9] Holtkamp FA, De Zeeuw D, De Graeff PA, et al. Albuminuria and blood pressure, independent targets for cardioprotective therapy in patients with diabetes and nephropathy: a post hoc analysis of the combined RENAAL and IDNT trials[J]. European Heart Journal, 2011(32): 1493-1499.
- [10] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则[S]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 163-168.
- [11] 中华医学会糖尿病学分会微血管并发症学组. 糖尿病肾病防治专家共识(2014年版)[S]. 中华糖尿病杂志, 2014, 11(6): 792-801.
- [12] 陈英华, 林永明, 许邑匡. 厄贝沙坦联合辛伐他汀治疗早期2型糖尿病肾病的临床效果观察[J]. 当代医学, 2011, 6(22): 154-155.
- [13] 涂萍, 柳江, 丁浔, 等. 南昌社区中老年人群糖尿病流行病学调查中HbA1c对诊断2型糖尿病的价值[J]. 中华内分泌代谢杂志, 2011, 27(1): 50-52.
- [14] 胡延毅, 龙红英, 王鲸竹. 坎地沙坦联合辛伐他汀治疗糖尿病肾病96例临床效果观察[J]. 贵州医药, 2014, 38(12): 1084-1085.
- [15] 黎晶晶, 汪悦. 糖尿病肾病中医病因病机[J]. 长春中医药大学学报, 2013, 29(3): 449-450.
- [16] 孙茹, 陈薇云. “摄精泄浊, 化瘀解毒”法治疗糖尿病肾病探究[J]. 山西中医学院学报, 2012, 13(2): 72-73.

(收稿日期: 2018-03-28)