

固本解毒方联合西药治疗糖尿病肾病临床观察

薛诚, 沈屹, 赵佳佳, 吴金友, 程怡

温岭市第一人民医院内分泌科, 浙江 温岭 317500

[摘要] 目的: 观察固本解毒方联合西药治疗糖尿病肾病患者的临床效果。方法: 纳入 80 例糖尿病肾病患者, 随机分为对照组和观察组各 40 例。对照组给予常规降糖、降脂治疗, 观察组在常规降糖、降脂治疗的基础上加用固本解毒方治疗, 2 周为 1 疗程, 2 组均连续治疗 3 疗程。比较 2 组临床疗效及治疗前后糖脂代谢、肾功能的变化情况。结果: 治疗后, 总有效率观察组 92.5%, 对照组 72.5%, 2 组比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$); 2 组糖脂代谢和肾功能指标均较治疗前改善 ($P < 0.05$), 观察组各项指标的改善情况均优于对照组 ($P < 0.05$)。结论: 在常规西药治疗基础上加用固本解毒方治疗糖尿病肾病临床疗效显著, 可改善患者的糖脂代谢和肾功能。

[关键词] 糖尿病肾病; 脾肾气虚夹湿热证; 固本解毒方; 糖脂代谢; 肾功能

[中图分类号] R587.2 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2016) 06-0084-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2016.06.036

糖尿病肾病是糖尿病的严重微血管并发症之一, 也是临床上发生糖尿病病死的主要原因之一^[1]。病理学表现为肾小球肥大、肾小球和肾小管基底膜增厚、系膜区细胞外基质堆积, 易导致慢性肾功能不全^[2]。该病发生时, 患者常伴有高血压病, 晚期易出现肾功能衰竭。基于此, 糖尿病肾病的早期防治成为了临床研究的重要方向。近年来, 笔者常以固本解毒方联合西药治疗糖尿病肾病, 收效满意, 报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选取 2013 年 7 月—2015 年 6 月于本院治疗的 80 例糖尿病肾病患者, 随机分为对照组和观察组各 40 例。对照组男 25 例, 女 15 例; 年龄 45~70 岁, 平均(55.2±5.7) 岁; 糖尿病病程 6~10 年, 平均(8.2±1.3) 年; 合并下肢血管病变者 5 例, 合并冠心病者 12 例, 合并神经病变者 10 例。观察组男 23 例, 女 17 例; 年龄 45~69 岁, 平均(55.4±5.3) 岁; 糖尿病病程 6~10 年, 平均(8.3±1.2) 年; 合并下肢血管病变者 7 例, 合并冠心病者 11 例, 合并神经病变者 9 例。2 组性别、年龄、病程等一般资料比较, 差异均无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 诊断标准 参照美国糖尿病协会修订的 Mogensen 糖尿病肾病诊断分期标准^[3]及《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[4]拟定。诊断标准: 有糖尿病病史, 病程 6~10 年, 近 6 个月内持续出现尿白蛋白排泄率(UAER)连续 2 次大于 20 μg/min。有肾病综合征的临床特点, 甚至显性蛋白尿 >0.5

g/24 h。

1.3 辨证标准 辨证属脾肾气虚夹湿热证。临床可见小便频数或清长或浑浊如膏脂, 面色苍白, 疲乏, 纳呆, 恶心, 脘腹胀满, 口气臭秽, 口渴, 头重如裹, 腰膝酸软, 少尿, 肢体浮肿, 苔黄腻, 脉滑数。

1.4 纳入标准 符合以上诊断标准与辨证标准; 患者知情同意。

1.5 排除标准 一般资料不全、中途退出治疗或改用其他方案治疗者; 对本研究所用药物存在过敏反应者; 患有精神疾病、痴呆等无法配合治疗者; 合并严重肝肾病变、糖尿病酮症酸中毒、严重心力衰竭以及其他疾病引起的肾功能损伤者。

2 治疗方法

2.1 对照组 给予常规降糖、降脂治疗。通过注射甘精胰岛素(Sanofi-Aventis Deutschland GmbH, 德国)来控制血糖, 起始剂量: 每天 0.2 IU/kg, 睡前皮下注射, 而后根据血糖水平调整用量。通过服用厄贝沙坦片(深圳市海滨制药有限公司生产, 每天 1 次, 每次 150 mg)等血管紧张素受体阻断剂来降低肾小球内压和滤过压。2 周为 1 疗程, 用药 3 疗程。

2.2 观察组 在对照组用药基础上加用固本解毒方内服。处方: 炙黄芪、麦冬各 20 g, 炒白术、山药、菟丝子、玄参、黄芩、薏苡仁、丹参、炒酸枣仁、芡实各 15 g, 白花蛇舌草、天花粉各 12 g, 炒杜仲、红藤各 10 g, 陈皮 8 g, 甘草 6 g。气虚甚者加红参 10 g; 口干甚者加葛根 15 g, 天花粉 8 g; 腰

[收稿日期] 2016-02-26

[基金项目] 温岭市科技局科研基金课题 (2011wlc0096)

[作者简介] 薛诚 (1981-), 男, 主治医师, 主要从事糖尿病及其并发症的防治工作。

膝酸软者加桑寄生 15 g，熟地黄 10 g；阴虚甚者加女贞子、旱莲草各 9 g；失眠甚者加夜交藤 15 g。每天 1 剂，水煎，去渣取汁 250~300 mL，分早、晚 2 次口服，2 周为 1 疗程，服药 3 疗程。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 检测 2 组治疗前后的空腹血糖(FBG)、餐后 2 h 血糖(P2hBG)、糖化血红蛋白(HbA1c)、总胆固醇(TC)、甘油三酯(TG)、低密度脂蛋白-胆固醇(LDL-C)水平；治疗前后取 2 组 8 h 留尿，分别检测肾功能指标，包括 24 h 尿蛋白定量、尿蛋白排泄率(UAER)、尿肌酐(UCr)、尿 β_2 微球蛋白(β_2 -MG)。

3.2 统计学方法 采用 SPSS18.0 软件进行数据分析。计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示，采用 *t* 检验；计数资料以率表示，采用 χ^2 检验。检验水准 $\alpha = 0.05$ ， $P < 0.05$ 代表差异有统计学意义。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 参照《糖尿病肾病诊断、辨证分型及疗效评定标准(试行方案)》^[4]拟定。显效：临床症状消失或基本消失，UAER 降至正常或下降 1/2 以上，脂质代谢指标下降 1/3 或恢

复正常，24 h 尿蛋白定量下降 1/2 以上；肾功能指标正常。有效：临床症状较治疗前好转，UAER 水平、糖脂代谢指标下降，但未达到显效标准；24 h 尿蛋白定量值较治疗前下降 $\leq 1/2$ ；肾功能指标正常。无效：临床症状未改善或恶化；实验室指标无变化或升高。

4.2 2 组临床疗效比较 见表 1。总有效率观察组为 92.5%，对照组为 72.5%，2 组比较，差异有统计学意义($P < 0.05$)。

组别	n	例(%)			总有效率(%)
		显效	有效	无效	
对照组	40	22(55.0)	7(17.5)	11(27.5)	72.5
观察组	40	32(80.0)	5(12.5)	3(7.5)	92.5 ^①

与对照组比较，^① $P < 0.05$

4.3 2 组治疗前后糖脂代谢指标比较 见表 2。治疗后，2 组 FBG、P2hBG、HbA1c、TG 水平均低于治疗前($P < 0.05$)，观察组各指标水平均低于对照组($P < 0.05$)。

表2 2组治疗前后糖脂代谢指标比较($\bar{x} \pm s$, $n=40$)

组别	n	时间	FBG(mmol/L)	P2hBG(mmol/L)	HbA1c(%)	TC(mmol/L)	TG(mmol/L)	LDL-C(mmol/L)
对照组	40	治疗前	9.12±2.14	12.21±2.35	10.25±1.42	7.12±1.31	3.72±0.85	3.34±1.22
		治疗后	6.83±2.10 ^①	8.67±2.07 ^①	7.51±1.35 ^①	6.25±1.20	2.57±0.71 ^①	2.55±0.85
观察组	40	治疗前	9.15±2.21	12.23±2.33	10.30±1.45	7.25±1.35	3.89±0.83	3.35±1.26
		治疗后	4.42±1.34 ^{①②}	6.52±1.76 ^{①②}	4.39±1.21 ^{①②}	4.11±1.04 ^{①②}	1.92±0.53 ^{①②}	1.40±0.57 ^{①②}

与同组治疗前比较，^① $P < 0.05$ ；与对照组治疗后比较，^② $P < 0.05$

4.4 2 组治疗前后肾功能指标比较 见表 3。治疗后，2 组 24 h 尿蛋白定量、UAER、UCr、 β_2 -MG 水平均较治疗前下降($P < 0.05$)。观察组各指标水平均低于对照组($P < 0.05$)。

表3 2组治疗前后肾功能指标比较($\bar{x} \pm s$, $n=40$)

组别	n	时间	24h尿蛋白定量(g)	UAER(μ g/min)	UCr(μ mol/L)	β_2 -MG(μ g/L)
对照组	40	治疗前	0.92±0.29	87.36±17.65	89.12±12.79	0.44±0.05
		治疗后	0.67±0.25 ^①	71.28±10.26 ^①	85.23±11.67 ^①	0.34±0.03 ^①
观察组	40	治疗前	0.94±0.31	88.02±17.73	89.15±13.04	0.45±0.04
		治疗后	0.38±0.13 ^{①②}	61.15±10.14 ^{①②}	80.19±10.53 ^{①②}	0.21±0.02 ^{①②}

与同组治疗前比较，^① $P < 0.05$ ；与对照组治疗后比较，^② $P < 0.05$

5 讨论

糖尿病肾病是糖尿病最严重的并发症之一。目前，糖尿病肾病的发病机制尚未明确，有研究表明，该病的发病机制与遗传因素、肾脏血流动力学改变、糖脂代谢紊乱、细胞因子、炎症机制和氧化应激等多因素的相互作用密切相关^[6]。中医学认为，糖尿病肾病属消渴范畴，脾肾气虚是其主要病机特点，脾肾气虚致气机失调与水液代谢失常，从而酿生水湿之邪，久则郁而化热，形成湿热^[7]。考虑到脾肾气虚无力行气运血，致脉

络滞涩，加之湿邪阻滞脉道，故瘀血亦是其常见的病理产物之一。由此可见，糖尿病肾病的病机多以脾肾气虚为本，以湿、热、瘀为标。

笔者自拟的固本解毒方中炒白术功可除湿益燥，和中益气；山药健脾益气、滋肾益精，与黄芪、白术配伍为益气滋补的良药。菟丝子、炒杜仲主入肾经，功在大补先天之气，增强肾气固摄之力；玄参、麦冬善于滋养阴液，与前者益气之品配伍，温而不燥、寒而不滞，共奏健脾益肾养阴之功。黄芩、白花蛇舌草清热解毒、泻燥燥湿；薏苡仁健脾、除热、利湿，有固本祛邪之兼效；红藤长于清热解毒、活血祛湿；丹参养血活血；炒酸枣仁养血活血，安神养心；天花粉健脾升清，生津除烦；芡实重在补肾涩精；陈皮健脾行气、燥湿化痰，还能防滋腻；甘草益气和中，调和诸药。诸药合用，攻补兼施，标本兼治，共奏益气固本、除湿解毒之效。现代医学研究结果表明，黄芪具有降血脂、扩张血管、改善血管内皮功能、增加肾血流量、保护肾脏以减轻或延缓糖尿病肾病进展等作用^[8-9]。

本次研究结果显示，在常规西药治疗基础上加用固本解毒方治疗糖尿病肾病临床疗效显著，可改善患者的糖脂代谢和肾功能。但该方的具体作用机制尚需后期进行大样本药理学实验研究以进一步探讨。

[参考文献]

- [1] Menon R, Mohd Noor FS, Draman CR, et al. A retrospective review of diabetic nephropathy patients during referral to the suburban nephrology clinic [J]. Saudi J Kidney Dis Transpl, 2012, 23(5): 1109.
- [2] 杨丽霞, 姜良恩, 王志程, 等. 中草药黄酮类化合物防治糖尿病肾病的实验研究进展[J]. 中国实验方剂学杂志, 2015, 21(5): 230-232.
- [3] Navarro JF, Mora C. Diabetes inflammation, proinflammatory cytokines, and diabetic nephropathy [J]. Scientific World Journal, 2006, 6(8): 908-917.
- [4] 中药新药临床研究指导原则(试行)[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 236.
- [5] 中华中医药学会肾病分会. 糖尿病肾病诊断、辨证分型及疗效评定标准(试行方案)[J]. 上海中医药杂志, 2007, 41(7): 7-8.
- [6] 闫寒, 马博清, 付彩雯. 糖尿病肾病发病机制研究进展[J]. 中国老年学杂志, 2015, 35(20): 5973-5975.
- [7] 刘英, 刘新学, 喻闽凤. 赵纪生治疗糖尿病肾病经验[J]. 山东中医杂志, 2012, 34(12): 956-958.
- [8] 张宁, 李同侠, 刘世巍, 等. 益气养阴活血法综合方案对糖尿病肾病尿微量蛋白排泄率及中远期疗效的影响[J]. 北京中医药大学学报, 2012, 35(3): 209-216.
- [9] 刘星星, 孟晓, 魏娜. 黄芪对早期糖尿病肾病患者内皮素及降钙素基因相关肽的影响[J]. 中国老年学杂志, 2015, 35(8): 2059-2061.

(责任编辑: 吴凌, 刘迪成)

祛痰散瘀方联合西药治疗 2 型糖尿病疗效观察及对肿瘤坏死因子- α 的影响

严小丽

衢州市柯城区人民医院内分泌科, 浙江 衢州 324000

[摘要] 目的: 观察祛痰散瘀方联合西药治疗 2 型糖尿病的临床疗效及对患者肿瘤坏死因子- α (TNF- α) 等的影响。方法: 将 2 型糖尿病患者 88 例随机分为 2 组各 44 例, 对照组予以盐酸二甲双胍片等西药常规治疗, 治疗组在对照组的基础上加用祛痰散瘀方治疗, 观察 2 组患者临床疗效, 记录其治疗前后中医证候积分、TNF- α 水平及全血黏度低切、全血黏度高切、血小板黏附率、红细胞压积等血液流变学指标的变化。结果: 总有效率治疗组为 88.6%, 对照组为 70.5%, 2 组比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。治疗后, 2 组中医证候各项积分及总分均较治疗前降低 ($P < 0.05$), 且治疗组各项积分降低较对照组更显著 ($P < 0.05$)。治疗后, 2 组 TNF- α 、全血黏度低切、全血黏度高切及红细胞压积均较治疗前下降 ($P < 0.05$), 且治疗组治上述指标改善较对照组更显著 ($P < 0.05$)。2 组患者血小板黏附率治疗前后变化不大 ($P > 0.05$)。结论: 祛痰散瘀方辅助治疗痰瘀证 2 型糖尿病疗效显著, 可有效调节 TNF- α 水平, 改善血液流变学指标, 效果优于单纯西药治疗。

[关键词] 2 型糖尿病; 中西医结合疗法; 祛痰散瘀方; 肿瘤坏死因子- α (TNF- α); 血液流变学

[中图分类号] R587.1 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2016) 06-0086-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2016.06.037

2 型糖尿病又称为成人发病型糖尿病, 发病率占总患病群体的 90% 以上, 病程迁延需终身用药, 对患者生活质量影响较大。当前临床治疗 2 型糖尿病以口服药物刺激胰岛素分泌为主^[1], 受体质、耐受力、服药依从性等因素影响, 不同患者

临床疗效差异较大。对此, 部分学者将研究方向由单纯西医治疗逐渐向中西医结合方向转变, 试图获得更好的临床疗效。本研究观察祛痰散瘀方联合常规西药疗法治疗 2 型糖尿病的临床疗效, 及其对患者肿瘤坏死因子- α (TNF- α) 水平、血液流

[收稿日期] 2016-02-08

[作者简介] 严小丽 (1979-), 女, 主治医师, 研究方向: 内分泌学。