加味升降散治疗糖尿病肾病 76 例

唐学敏*
(南阳理工学院张仲景国医学院,河南 南阳 473004)

[摘要] **目的**:观察加味升降散治疗糖尿病肾病(DN)的疗效。**方法**:将 76 例确诊为糖尿病肾病的患者随机分为对照组和治疗组,对照组予常规降糖、降压治疗,治疗组在对照组治疗的基础上服用加味升降散水煎剂,疗程均为 4 周。**结果**:治疗组总有效率为 81.58%,对照组为 57.89%,两组比较有统计学意义($P<0.05$)。治疗组治疗后尿蛋白、尿素氮和血肌酐与治疗前比较和与对照组比较均有统计学意义($P<0.05$)。**结论**:常规治疗结合加味升降散治疗糖尿病肾病,在减少尿蛋白、改善肾功能方面均有较好疗效。

[关键词] 糖尿病肾病;中西医治疗;加味升降散
[中图分类号] R287 [文献标识码] B [文章编号] 1005-9903(2011)10-0247-02

近年来,糖尿病的发病率不断增加,其并发症糖尿病肾病(DN)也是导致糖尿病患者致死率及致残率升高的主要原因之一。临床 DN 一旦出现持续性蛋白尿,其肾功能将不可遏制地进行性下降,目前尚缺乏有效治疗手段来阻抑 DN 的进展,约 25% 的病人在 6 年内、50% 的病人在 10 年内、75% 病人在 15 年内发展为终末期肾功能衰竭,从出现蛋白尿到死于尿毒症平均病程为 10 年[1]。笔者运用加味升降散治疗 DN 38 例,疗效较好。

1 资料与方法

1.1 一般资料 76 例病人均为张仲景国医院 2008 年 3 月至 2009 年 12 月住院患者,随机分为两组,各 38 例。治疗组男 20 例,女 18 例,年龄(52.3 ± 4.6)岁,病程(10.3 ± 6.3)年;对照组男 21 例,女 17 例,年龄(50.2 ± 6.8)岁,病程(11.2 ± 5.4)年。两组在性别、年龄、病程等方面比较差异无统计学意义,具有可比性。

1.2 诊断标准 入选病例均符合 WHO 1999 年 2 型糖尿病诊断标准,同时符合糖尿病肾病的诊断分期标准[2],属临床糖尿病肾病Ⅳ期,并且入组患者均同意并坚持中医治疗。

1.3 排除标准 所有病例均排除原发性高血压、心力衰竭、发热、感染、药物或其他肾脏疾病引起的尿蛋白增加及肾功能改变。

1.4 治疗方法 76 例患者均严格执行糖尿病患者正规的饮食进餐标准,同时服用常规降糖药二甲双胍片控制血糖,将血糖控制在空腹 $<7.8\ mmol\cdot L^{-1}$,餐后 2 h 血糖 $<10.0\ mmol\cdot L^{-1}$。如控制不理想可改用注射胰岛素;伴有高血压,加服降压药依那普利片,使血压控制在晨起 140 ~ 150/90 ~ 100 mmHg(1 mmHg = 0.133 kPa)。治疗组治疗基础上加用加味升降散:黄芪 60 g,茯苓 15 g,当归 15 g,白僵蚕 10 g,蝉蜕 15 g,姜黄 6 g,大黄 9 g(均为我院中药饮片),水煎温服,2 次/d,4 周为 1 个疗程。

1.5 观察指标 两组患者治疗前后水肿消退情况、晨起血压和空腹血糖、血脂、24 h 尿蛋白定量、血清尿素氮(BUN)及血肌酐(Scr)的变化。

1.6 疗效标准 显效:临床症状、体征消失,24 h 尿蛋白量较前下降 2/3 以上,或 <0.5 g,BUN,Scr 正常或较前下降 2/3 以上;有效:临床症状、体征减轻,24 h 尿蛋白量量、血 BUN、Cre 较前下降 1/3 以上;无效:临床症状、体征及实验室检查结果较治疗前无明显改善或加重。

1.7 统计学处理 采用 SPSS 11.0 统计软件,计数资料用 χ^2 检验,计量资料用 $\bar{x} \pm s$ 表示,采用 t 检验,$P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组临床疗效比较 见表 1。治疗组总有效率明显高于对照组($P<0.05$)。

2.2 两组治疗前后 24 h 尿蛋白量,BUN,Scr 变化比较 见表 2。两组治疗前后 24 h 尿蛋白量、BUN,

[收稿日期] 2011-01-25
[通讯作者] * 唐学敏,副主任医师,从事中医内科教学及脑血管病研究,Tel:15937751101,E-mail:nylgtxm@163.com

Scr 含量均比治疗前有明显下降($P<0.05$),而治疗组的改善优于对照组。

表 1 两组临床疗效比较($n=38$)

组别	显效/例	有效/例	无效/例	总有效率/%
治疗	18	13	7	81.58[1)]
对照	10	12	16	57.89

注:与对照组比较[1)] $P<0.05$。

表 2 两组治疗前后 24 h 尿蛋白量,BUN,SCr 含量变化比较($\bar{x}\pm s$, $n=38$)

组别	时间	24 h 尿蛋白/g	BUN/mmol·L^{-1}	Scr/μmol·L^{-1}
治疗	治疗前	1.52±0.36	0.71±0.52[1,2)]	163.72±18.65
	治疗后	10.38±0.35	4.11±0.18[1,2)]	87.96±12.31[1,2)]
对照	治疗前	1.49±0.27	9.86±0.43	165.26±19.87
	治疗后	1.02±0.63[1)]	6.32±0.19[1)]	102.68±21.93[1)]

注:与本组治疗前比较[1)] $P<0.05$;与对照组治疗后比较[2)] $P<0.05$。

3 讨论

糖尿病肾病(DN)是慢性进行性恶化症状群,主要是肾小球毛细血管基底膜增厚,系膜区基底膜样物质沉积引起的肾小球硬化。其临床特征为蛋白尿,渐进性肾功能损害,高血压,水肿,晚期出现严重肾功能衰竭,是糖尿病患者的主要死亡原因之一,目前尚无特殊的治疗方法。糖尿病、糖尿病肾病属中医"消渴"范畴,气虚血瘀,湿毒内蕴贯穿于糖尿病发展的整个过程中,是糖尿病肾病发病的主要原因。笔者认为气机升降失调,中气虚馁,脏腑失衡是其另一重要病机。加味升降散在白僵蚕、蝉蜕、姜黄、大黄升清降浊,清热解毒的基础上,加入黄芪补中益气、利尿消肿,配茯苓健脾化湿、淡渗利水,健运中焦,通调水道;当归活血化瘀、行血补血;诸药合用,共奏调畅气机、益气化瘀、升清降浊之功效。现代药理研究证实,黄芪对肾小球基底膜的电荷屏障和机械屏障均有保护作用;能减轻通透性蛋白尿,对肾性蛋白尿有减轻和消除作用,且疗效确切;还能显著降低糖尿病肾病患者的血小板膜蛋白(GMP-140)、血栓素 B_2(TXB_2)和内皮素 1(ET-1)水平,对早期糖尿病肾病患者有保护作用[3];大黄能抑制残余肾高代谢,抑制肾代偿性肥大,抑制系膜细胞增殖,促进氮质排泄,对脂质有良好效应,减少尿蛋白、糖化血红蛋白。治疗 DN 的疗效是对一般慢性肾功能衰竭作用和对糖代谢影响的总和[4-5];当归能扩张微血管,降低血液黏稠度,改善肾脏微循环,保护血管内皮细胞[6]。

综上,本临床观察证实了加味升降散在减少糖尿病肾病患者 24 h 尿蛋白,降低尿素氮、血肌酐,改善肾功能方面能够发挥较好的作用,突出了中医药的优势,为中西医治疗糖尿病肾病提供了临床依据,拓展了糖尿病肾病的临床治疗手段和措施。

[参考文献]

[1] Caramori M L, Mauer M. Diabetes and nephropathy[J]. Curr Opin Nephrol Hy, 2003, 12(3): 273.

[2] 吕仁和. 糖尿病及其并发症中西医诊治学[M]. 北京:人民卫生出版社, 1997: 147.

[3] 刘志强, 李全志, 秦贵军. 黄芪注射液对早期糖尿病肾病患者血小板功能和血浆内皮素的影响[J]. 中国中西医结合杂志, 2001, 21(4): 274.

[4] 杨俊伟. 大黄治疗糖尿病肾病的实验研究[J]. 中华内分泌代谢杂志, 1993, 9(4): 224.

[5] 杨俊伟, 黎磊石, 刘志红. 大黄抑制糖尿病大鼠肾脏肥大的作用与肾小球内多肽生长因子表达的关系[J]. 中华内分泌代谢杂志, 1995, 11(11): 228.

[6] 李伟伟, 农志飞, 蒙美禄. 当归补血汤对肾病综合征作用的研究近况[J]. 广西中医学院学报, 2001, 4(2): 108.

[责任编辑 何伟]