

中药灌肠治疗糖尿病肾病慢性肾衰的疗效观察

★ 王文英 胡柳萍 (广东省广州市中医医院内分泌科 广州 510130)

摘要:目的:观察中药灌肠对糖尿病肾病慢性肾衰的疗效。方法:76例糖尿病肾病慢性肾功能衰竭患者被随机分成治疗组及对照组各38例。治疗组在常规治疗基础上给予中药灌肠治疗,对照组采用常规降糖降压治疗,严格控制血压和血糖在正常范围。治疗前后检测尿蛋白定量、肾功能、总胆固醇和甘油三酯。结果:治疗8周,治疗组尿蛋白量明显下降,血肌酐降低($P < 0.05$),甘油三酯改善。对照组治疗前后无显著性差异。结论:中药灌肠治疗糖尿病肾病慢性肾衰疗效肯定,有推广应用价值。

关键词:糖尿病肾病;慢性肾功能衰竭;中医药疗法;中药灌肠

中图分类号:R 692.5 **文献标识码:**B

糖尿病肾病是糖尿病常见的慢性并发症。糖尿病肾病出现肾功能衰竭表明肾脏出现不可逆性损害,最终发展为肾衰终末期——尿毒症晚期,需要长期透析或肾移植,给患者、家庭及社会带来沉重的经济和精神负担。因此,对其采用合理有效的方法,保护患者残余肾功能,延缓其进展为尿毒症晚期,尤为重要。本文应用中药灌肠治疗糖尿病肾病慢性肾功能不全38例,疗效较好,现报道如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 2003~2005年在本院诊治的76例糖尿病肾病患者,采用随机单盲法,分为治疗组38例,男18例,女20例;平均年龄(60.2 ± 8.2)岁;平均病程(12.0 ± 4.8)年。对照组38例,男17例,女21例;平均年龄(59.6 ± 9.4)岁;平均病程(11.0 ± 5.3)年。两组患者的性别、年龄、病程方面比较,无显著性差异,具有可比性。

1.2 诊断标准 糖尿病符合1997年美国ADA糖尿病诊断标准,肾病符合Mogenson糖尿病肾病分型标准^[1]。

1.3 病例纳入标准 符合糖尿病肾病的患者,血肌酐在 $133 \sim 442 \mu\text{mol/L}$ 。血糖、血压控制稳定,已纠正各种急性并发症。

1.4 病例排除标准 (1)心力衰竭、高血压、泌尿系感染以及其他肾脏疾病等引起的蛋白尿及肾功能损害者;(2)不能坚持按规定治疗,中途退出者。

2 方法

2.1 治疗方法 两组均使用胰岛素降糖,依那普利10 mg/次,1次/天,必要时加用钙离子拮抗剂及利尿剂,严格控制血糖、血压在正常范围。治疗组在上述治疗基础上给予中药煎剂(白花蛇草30 g、生牡蛎

30 g、蒲公英30 g、生大黄30 g)100 mL保留灌肠,灌肠后保留2小时以上,1次/天,2周为一疗程,4疗程后观察结果。

2.2 观察指标 治疗前后检测尿素氮(BUN)、血肌酐(Scr)、24小时尿蛋白定量、总胆固醇(TC)和甘油三酯(TG),糖化血红蛋白(HbA1c)。

2.3 统计方法 计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,治疗前、后自身对照用配对 t 检验,两组之间比较采用独立 t 检验,等级资料用Ridit分析。

3 结果

3.1 疗效标准 依据《中药新药治疗尿毒症的临床研究指导原则》^[2]。显效:症状减轻或消失,内生肌酐清除率增加 $\geq 30\%$;或血清肌酐降低 $\geq 30\%$ 。有效:症状减轻或消失,内生肌酐清除率增加 $\geq 20\%$;或血清肌酐降低 $\geq 20\%$ 。无效:不符合显效或有效标准者。

3.2 治疗结果 两组临床疗效比较见表1。

表1 两组临床疗效比较 例(%)

组别	例数	显效(%)	有效(%)	总有效(%)
治疗组	38	9(23.7)	22(57.9)	31(81.6)
对照组	38	6(15.8)	13(34.2)	19(50.0)

注:经Ridit分析检验,治疗组临床疗效优于对照组, $P < 0.05$ 。

治疗前后两组患者各项指标变化情况见表2。

表2 两组患者治疗前后各项指标的变化

	治疗组		对照组	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
BUN/ $\text{mmol} \cdot \text{L}^{-1}$	19.3 ± 1.1	$10.9 \pm 0.8^{\Delta*}$	19.7 ± 1.3	$13.4 \pm 1.0^{\Delta}$
Scr/ $\mu\text{mol} \cdot \text{L}^{-1}$	290 ± 30.2	$188 \pm 21.6^{\Delta*}$	288 ± 31.3	$231 \pm 24.7^{\Delta}$
TC/ $\text{mmol} \cdot \text{L}^{-1}$	5.8 ± 0.6	5.4 ± 0.7	5.6 ± 0.5	5.5 ± 0.6
TG/ $\text{mmol} \cdot \text{L}^{-1}$	2.3 ± 0.3	$1.6 \pm 0.2^{\Delta}$	2.4 ± 0.4	$1.5 \pm 0.4^{\Delta}$
24h尿蛋白定量/g	3.4 ± 0.9	$2.2 \pm 0.7^{\Delta*}$	3.2 ± 1.0	$2.8 \pm 0.9^{\Delta}$
HbA1c(%)	6.8 ± 1.1	6.7 ± 1.2	6.9 ± 1.1	6.8 ± 0.9

注: Δ 组内治疗前、后比较 $P < 0.05$; $*$ 治疗后两组比较 $P < 0.05$ 。

经 t 检验,治疗组24小时尿蛋白定量、Scr、

通络定痛汤治疗血管神经性头痛 48 例

★ 樊小平 (江西省修水县人民医院内二科 修水 332400)

摘要:目的:探讨通络定痛汤治疗血管神经性头痛的临床疗效。方法:依据诊断标准收治血管神经性头痛患者 78 例,按随机原则分为 2 组,治疗组 48 例采用中药活血化瘀、通络解痉、祛风化痰定痛为治则,口服通络定痛汤剂,配合使用盐酸氟桂嗪;对照组单用盐酸氟桂嗪治疗。结果:治疗组 48 例中,有效 44 例,有效率为 92%;对照组 30 例,有效 22 例,有效率为 73%。两组有效率比较, $P<0.05$ 。结论:中西药结合治疗血管神经性头痛优于单用西药治疗。

关键词:血管神经性头痛;通络定痛汤

中图分类号:R 747.2 **文献标识码:**A

血管神经性头痛,中医学里属头痛、头风、偏头痛、偏头痛范畴,是临床常见病、多发病。急性发作期疼痛难忍,缓解期病程长,缠绵难愈,且易反复发作,是临床疑难病症之一。综观本病,以邪实为主,肝经风阳上扰、瘀痰交阻为其主要病机^[1]。笔者自

2003 年初以来,应用中西医结合方法治疗本病 48 例,疗效满意,现报道如下。

1 临床资料

诊断标准:(1)典型者有先兆症状,以视觉症状为多见,如突然畏光、眼前闪光或异彩、视野缺失,少

BUN、TG 较治疗前下降($P<0.05$),对照组 24 小时尿蛋白定量治疗前、后差别无统计学意义($P>0.05$),Scr、TG 较治疗前下降($P<0.05$)。两组患者治疗前、后 HbA1c、TC 间差别无显著性意义($P>0.05$),治疗组治疗后 24 小时尿蛋白定量、Scr 较对照组改善明显($P<0.05$)。

4 讨论

糖尿病的发病机制是在遗传背景基础上多因素相互作用,与糖、脂代谢紊乱及血液动力学障碍、各种血管活性因子、生长因子、细胞因子等因素有关^[3]。随着糖尿病发病率的日益增长,糖尿病肾病的发病人数也相应增加,一旦出现持续性蛋白尿,预示着最终在较短时间内进入终末期肾功能衰竭(ESRD)。到此阶段,则需要血液透析、腹膜透析或肾移植等替代治疗,而目前我国的国情,大部分病人无法支付长期透析或肾移植的昂贵费用。

笔者采用中药灌肠祛邪排毒,治疗糖尿病肾病慢性肾衰,可延缓患者进展到 ESRD 的病程,通过肠道给药的途径,刺激肠道蠕动,使患者排便次数和量增加,促进代谢产物从肠道排出,达到胃肠道透析的作用。所拟方中大黄苦寒沉降,攻积排浊,活血化瘀,可延缓尿毒症发生,《神农本草经》谓其“破癥瘕积聚,留饮宿食,荡涤肠胃,推陈致新,通利水谷,调

中化食,安和五脏。”《药品化义》:“大黄气味重浊,直降下行,走而不守,有斩关夺门之力,故号为将军。”蒲公英清热解毒化湿,白花蛇舌草入胃、大肠、小肠经,亦能清热利湿解毒;牡蛎软坚散结,收敛固涩。四药合用,共奏解毒祛邪之功。现代药理研究表明,大黄可抑制糖尿病大鼠肾脏高代谢,明显减少尿蛋白,并可抑制高糖培养下肾小球系膜细胞的增殖及细胞外基质的合成,并可延缓肾间质纤维化,尚有降低胆固醇、调节免疫及抗炎等作用。^[4]蒲公英广谱抗菌及改善高胆固醇血症,且有利尿作用。^[5]本研究结果表明,中药灌肠治疗糖尿病慢性肾衰,可减少尿蛋白,降低血肌酐,延缓病情进展,也有降脂作用。疗效肯定。简、便、廉、验,无明显副反应,易为患者接受,可推广使用。

参考文献

- [1]王海燕.肾脏病学[M].北京:人民卫生出版社,1998.956~957
- [2]中华人民共和国卫生部药政局.中药新药治疗尿毒症的临床研究指导原则[S].1998.167~169
- [3]陈灏珠.实用内科学[M].北京:人民卫生出版社,2001.2034~2037
- [4]顾刘宝,万毅刚,万铭.大黄治疗糖尿病肾病的分子细胞机制研究进展[J].中国中药杂志,2003,28(8):703~705
- [5]吴艳玲,朴惠善.蒲公英的药理研究进展[J].时珍国医国药,2004,15(8):519~520

(收稿日期:2006-04-28)