

黄芪注射液的患者中,有 56.9% 系心内科患者,由此可见一斑。本院医生严格按照黄芪注射液说明书推荐的用法用量对患者进行治疗,故临床出现不良反应的情况比较少,仅有 10 例患者出现不良反应,临床表现为皮疹、瘙痒、头痛、头晕、肌肉酸痛等,但并不严重,采用适当的方法处理基本可消除,不影响临床疾病的治疗。由此可见,黄芪注射液的毒性比较小,临床疗效确切,容易被广大的医疗工作者及患者所接受,但临床应用时需以中医药基础理论为依据,结合药品说明书合理使用,不会产生严重的不良反应。本研究因所选病例比较少,具有一定的局限性,后期还需进一步增加病例,以完善黄芪注射液临床应用的合理性及安全性评价。

[参考文献]

[1] 王哲. 黄芪注射液的临床应用研究进展[J]. 辽宁中医药大学学报, 2009, 11(6): 266- 268.

- [2] 王松云, 赵劲波, 江洪. 参麦注射液联合黄芪注射液治疗成人病毒性心肌炎的 Meta 分析[J]. 中国循证心血管医学杂志, 2013, 5(3): 237- 240.
- [3] 黄媛, 占美, 吴逢波, 等. 黄芪注射液对比复方丹参注射液治疗心绞痛的系统评价[J]. 中国药业, 2013, 22(12): 61- 64.
- [4] 蔡长春, 李景苏. 活血化瘀中药注射剂临床应用的合理性调查分析[J]. 临床误诊误治, 2009, 22(10): 74- 75.
- [5] 李颖, 吴建, 李翔, 等. 生脉注射液临床应用安全性初步评价[J]. 中国药房, 2013, 24(16): 1504- 1507.
- [6] 施小山, 孙智霞. 黄芪注射液对支气管哮喘急性发作的疗效及对细胞免疫功能的影响[J]. 中国实验方剂学杂志, 2012, 18(16): 293- 296.

(责任编辑: 骆欢欢, 李海霞)

通络解毒方联合雷公藤多苷治疗早期糖尿病肾病疗效观察

孔垂红, 王晓红

庄浪县医院内科, 甘肃 庄浪 744699

[摘要] 目的: 观察通络解毒方联合雷公藤多苷治疗早期糖尿病肾病 (DN) 的临床疗效。方法: 将 80 例早期 DN 患者随机分为对照组和观察组各 40 例。对照组给予降糖、降压及降脂等基础治疗, 采用血管紧张素转换酶抑制剂 (ACEI) 或血管紧张素 II 受体拮抗剂 (ARB) 控制血压; 观察组在对照组用药基础上给予通络解毒方及雷公藤多苷片。疗程均为 8 周, 检测治疗前后尿微量白蛋白排泄率 (UAER)、尿微量白蛋白与肌酐的比值 (ACR)、血肌酐 (SCr)、血尿素氮 (BUN)、血浆白蛋白 (Alb)、总胆固醇 (TC) 及甘油三酯 (TG) 水平变化。结果: 总有效率观察组为 77.5%, 优于对照组的 55.0%, 差异有显著性意义 ($P < 0.05$)。治疗后 2 组 UAER 和 ACR 均比治疗前下降 ($P < 0.05$), 观察组 UAER 和 ACR 水平低于对照组 ($P < 0.05$)。治疗后 2 组 SCr、BUN、TG 及 TC 水平较治疗前下降 ($P < 0.05$), Alb 水平较治疗前上升 ($P < 0.05$); 治疗后观察组 TG 及 TC 水平低于对照组 ($P < 0.05$), Alb 水平高于对照组 ($P < 0.05$)。结论: 在 ACEI 等药物常规治疗的基础上, 通络解毒方联合雷公藤多苷能降低蛋白尿, 延缓肾功能的损伤, 值得临床使用。

[关键词] 糖尿病肾病; 早期; 通络解毒方; 雷公藤多苷

[中图分类号] R587.2 [文献标识码] A [文章编号] 0256- 7415 (2014) 07- 0147- 03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2014.07.069

糖尿病肾病(DN)是糖尿病最常见、最严重并发症,其发病率约 20% ~ 40%, 是导致终末期肾病(ESRD)的主要原因^[1]。现代医学治疗手段包括控制血糖、控制血压、调脂、饮食治疗

等,但其作用均有限,迄今尚无疗效确切的西药能阻止其肾功能损害的自然进程,目前仍然无特效控制 DN 的药物^[2]。因此,探讨 DN 的发病机理及寻求有效的防治药物,已成为中医药研

[收稿日期] 2014-01-26

[作者简介] 孔垂红 (1974-), 男, 主治医师, 研究方向: 肾脏病。

工作者的首要目标。气阴两虚、肾失封藏、毒损肾络是 DN 主要病机,因此临床主要采用益气养阴、活血排毒之法^[3]。笔者采用通络解毒方联合雷公藤多苷治疗早期 DN 取得了较好的效果,现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选取本院自 2011 年 6 月~2013 年 5 月 80 例患者,按照随机数字表法分组为对照组和观察组各 40 例。对照组男 24 例,女 16 例;年龄 45~70 岁,平均(53.4±6.2)岁;病程 5.5~10 年,平均(6.9±2.4)年。观察组男 23 例,女 17 例;年龄 43~74 岁,平均(54.2±2.5)岁;病程 5~11 年,平均(6.8±1.9)年。2 组年龄、性别、病情程度等一般资料经统计学处理,差异均无显著性意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准 西医诊断标准:2 型糖尿病诊断标准参照《中国 2 型糖尿病防治指南(2010 年版)》^[4],DN 诊断及分期参照 1998 年 Mogensen 分期标准^[5]:Ⅲ期即早期糖尿病肾病期:连续 2 次以上尿微量白蛋白排泄率(UAER)在(20~200)μg/min [(30~300)mg/24 h],病检肾小球基底膜增厚及系膜基质增宽明显。

1.3 纳入标准 符合 2 型糖尿病诊断标准及 DN Ⅲ期诊断标准;年龄<75 岁;取得患者知情同意。

1.4 排除标准 ①1 型糖尿病所致的肾损害、原发性高血压等其他全身性疾病所致肾病;②合并有肾小球肾炎、原发性肾病综合征、尿路感染、梗阻等泌尿系统疾病患者;③糖尿病伴严重急性并发症,如酮症酸中毒,高渗性高血糖状态;④合并有严重心脏疾病、肝功能异常和造血系统等严重疾病患者;⑤妊娠哺乳期或近期有生育计划者。

2 治疗方法

2.1 对照组 给予糖尿病、肾病相关知识宣教,低蛋白饮食,合并高血压者低盐低脂饮食;口服降糖药或胰岛素控制患者血糖;给予血管紧张素转换酶抑制剂(ACEI)或血管紧张素 II 受体拮抗剂(ARB)控制血压;给予他汀类药物控制血脂。

2.2 观察组 在对照组给药基础上给予:①通络解毒方:基本药物组成:黄芪 20 g,泽泻、车前子、益母草、桃仁(打碎)、川芎、丹参各 15 g,白花蛇舌草 30 g,大黄、杜仲各 10 g。每天 1 剂,常规水煎煮 2 次,取汁 400 mL,分 2 次口服。②雷公藤多苷片(浙江得恩德制药有限公司,每片 10 mg),每天 1 mg/kg,分 3 次饭后口服。

疗程均为 8 周。

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 UAER、尿微量白蛋白与肌酐的比值(ACR)、肌酐(SCr)、血尿素氮(BUN)、血浆白蛋白(Alb)、总胆固醇(TC)、甘油三酯(TG)等指标的变化。

3.2 统计学方法 采用 SPSS16.0 统计分析软件,计量资料以($\bar{x}\pm s$)表示,比较采用 t 检验,等级资料比较采用 χ^2 检验。

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)》^[6]制定:显效:临床症状消失;尿蛋白排泄率降至正常或下降 1/2 以上,血糖、糖化血红蛋白下降 1/3 或恢复正常,24h 尿蛋白定量下降 1/2 以上;肾功能正常。有效:临床症状较治疗前好转;尿蛋白排泄率、血糖、糖化血红蛋白有所下降,但不足显效标准,24h 尿蛋白定量较治疗前下降不到 1/2;肾功能正常。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。观察组总有效率为 77.5%,优于对照组的 55.0%,差异有显著性意义($P<0.05$)。

| 组别 | n | 显效 | 有效 | 无效 | 总有效率(%) |
|-----|----|----|----|----|-------------------|
| 对照组 | 40 | 12 | 10 | 18 | 55.0 |
| 观察组 | 40 | 19 | 12 | 9 | 77.5 ^① |

与对照组比较,① $P<0.05$

4.3 2 组治疗前后 UAER 和 ACR 水平比较 见表 2。治疗后 2 组 UAER 和 ACR 均比治疗前下降($P<0.05$),观察组 UAER 和 ACR 水平低于对照组($P<0.05$)。

| 组别 | 时间 | UAER(ng/24 h) | ACR |
|-----|-----|--------------------------|-------------------------|
| 对照组 | 治疗前 | 215.8±30.7 | 142.3±34.7 |
| | 治疗后 | 140.5±26.9 ^① | 103.2±30.9 ^① |
| 观察组 | 治疗前 | 208.4±31.4 | 145.7±37.5 |
| | 治疗后 | 107.6±27.2 ^{①②} | 78.6±32.1 ^{①②} |

与本组治疗前比较,① $P<0.05$;与对照组治疗后比较,② $P<0.05$

4.4 2 组治疗前后 SCr、BUN、Alb、TG 及 TC 水平比较 见表 3。治疗后 2 组 SCr、BUN、TG 及 TC 水平较治疗前下降($P<0.05$),Alb 水平较治疗前上升($P<0.05$);治疗后观察组 TG 及 TC 水平低于对照组($P<0.05$),Alb 水平高于对照组($P<0.05$)。

| 组别 | 时间 | SCr(μmol/L) | BUN(nmol/L) | Alb(g/L) | TG(mmol/L) | TC(mmol/L) |
|-----|-----|------------------------|------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|
| 对照组 | 治疗前 | 109.6±17.7 | 5.88±0.71 | 30.2±3.75 | 2.64±0.85 | 6.49±1.32 |
| | 治疗后 | 83.8±14.9 ^① | 5.45±0.64 ^① | 33.4±3.43 ^② | 1.79±0.71 ^① | 5.24±0.86 ^② |
| 观察组 | 治疗前 | 106.8±19.1 | 5.92±0.63 | 30.5±3.68 | 2.73±0.81 | 6.51±1.45 |
| | 治疗后 | 79.3±13.5 ^① | 5.39±0.51 ^① | 39.6±3.59 ^{②③} | 1.48±0.65 ^{②③} | 4.49±0.87 ^{②③} |

与本组治疗前比较,① $P<0.05$;与对照组治疗后比较,② $P<0.05$

5 讨论

早期 DN 期又称持续微量白蛋白尿期,通过积极干预有可

能逆转。此期如不采取干预治疗,90% DN 患者将发展为临床期肾病,因此早期的治疗有着重要的临床意义^[7]。DN 的发病机制复杂,至今仍然不甚明确,可能涉及遗传因素、糖代谢紊乱、血流动力学改变、炎症介质、细胞因子等多环节。早期 DN 属于中医学肾消病的范畴,随着病情进展可成水肿、虚劳、关格等病证^[8],是因消渴日久或治不得法,迁延不愈,耗伤气阴,气阴两虚,血瘀、痰湿、浊毒互阻肾络,内停体内导致本病的发生。《素问·痹论》曰:“病久入深,营卫之行涩,经络时疏,故不通。”《素问·奇病论》载:“此人必数食甘美而多肥也。肥者令人内热,甘者令人中满,故其气上溢,转为消渴,治之以兰,除陈气也。”可见消渴的发生与陈气(浊毒、痰湿)密切相关,浊邪胶着黏滞于阴血之中,形成血瘀、痰湿、浊毒阻络,若日久不解,入络劫耗脏腑经络气血,则缠绵难愈,变化多端,若毒损肾络,导致肾失封藏则见 DN 坏症^[9]。

通络解毒方中以黄芪补益中气,以行气血;杜仲补肾强腰,以固其本;桃仁、川芎、丹参活血化瘀通络;泽泻、车前子利湿化浊,益母草活血祛瘀,利水通络;白花蛇舌草清热解毒,大黄通腑泻毒,活血祛瘀。全方标本兼顾,共奏活血通络、解毒化浊之功。雷公藤具有祛风除湿、通络止痛、消肿止痛、解毒杀虫之功,其活性成分制成的成药雷公藤多苷片,作为一种免疫抑制剂广泛用于各种自身免疫性疾病的治疗。研究显示,雷公藤多苷降低 DN 患者蛋白尿,其作用机制可能与消除基底膜上免疫复合物,增强毛细血管壁负电荷,保护和修复肾小球基底膜蛋白,维持其电荷屏障的完整性,改善肾小球滤过膜通透性和抑制系膜增生有关^[10]。

本组资料显示,在西医常规治疗的基础上,通络解毒方联合雷公藤多苷片能进一步降低早期 DN 患者 UAER 和 ACR 水平,改善早期 DN 肾功能损害。治疗后观察组 TG 及 TC 水平低于对照组,提示通络解毒方联合雷公藤多苷片可能对患者脂代谢也有一定的改善作用,从而有利于改善血液的高黏状态,改善肾血液循环。

[参考文献]

- [1] 中华中医药学会. 糖尿病中医防治指南[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2007: 14- 17.
- [2] 高宏杰, 李凤铃, 赵英凯, 等. 中医药治疗糖尿病肾病研究进展[J]. 辽宁中医药大学学报, 2010, 12(7): 200- 202.
- [3] 孙新宇, 武西芳, 高大红. 解毒通络法对早期糖尿病肾病炎症发病机制的干预研究[J]. 中国中医基础医学杂志, 2012, 18(5): 527- 530.
- [4] 中华医学会糖尿病学分会. 中国 2 型糖尿病防治指南(2010 年版)[J]. 中国实用乡村医生杂志, 2012, 19(2): 5- 11.
- [5] 黎磊石, 刘志红. 中国肾脏病学[M]. 北京: 人民军医出版社, 2008: 640- 642.
- [6] 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- 9.
- [7] 李敏州, 高彦彬, 马鸣飞, 等. 糖尿病肾病发病机制研究进展[J]. 中国实验方剂学杂志, 2012, 18(22): 344- 349.
- [8] 柳红芳, 张先慧. 糖尿病肾病“虚气留滞”病机探微[J]. 北京中医药大学学报: 中医临床版, 2013, 19(6): 4- 6.
- [9] 周凯旋, 檀金川. 从“浊毒理论”论治糖尿病肾病[J]. 湖南中医杂志, 2013, 26(10): 3- 5.
- [10] 杜先凤. 黄葵胶囊联合小剂量雷公藤多苷治疗糖尿病肾病蛋白尿的疗效观察[J]. 中国中西医结合肾病杂志, 2011, 12(9): 822- 823.

(责任编辑: 骆欢欢)

第 25 次全国特色医疗名医学术交流会暨中医养生保健论坛通知

为了加强特色医疗和养生保健的经验交流,由北京聚医杰医药科学研究院与中国特色医疗学术研究会、中国医疗卫生信息网联合主办本次会议,将于 2014 年 8 月 12 日 - 15 日在山东省泰安市召开,主题是:中医药特色疗法治疗各种常见病、疑难病及中医养生保健。一、会议内容:1、请马有度等专家作中医药治疗常见病多发病、疑难病和中医养生保健的学术讲座;2、成立“中医养生保健研究专家委员会”;3、表彰特色医疗名医和中医养生保健优秀人才;4、代表们作学术交流;5、参观泰山风景区和瞻仰孔子故里曲阜。二、征文要求:运用中医药治疗常见病多发病及各种疑难病等和运用针灸、刮痧、食疗、足疗等方法开展中医养生保健的经验;稿件需打印,附 200 字以内作者简介。三、有关说明:1、本次会议将评选特色医疗和养生保健方面的优秀论文;2、表彰养生保健优秀人才和疑难病等方面的特色医疗名医;3、向参会代表赠送《实用验方 200 首》、《医疗保健百问》、《老当益壮——科学经营中老年》等书刊资料和有聚医杰标徽的纪念品和工作服;4、参加本次会议者将注册为“聚医杰会友”,长期享受获赠相关信息资料;5、各项表彰均不收评选费用,但报名时需提供执业医师证或乡医证和康复保健证的复印件、个人业绩介绍、报评申请(加盖单位公章);7、具有副高以上职称或对中医养生食疗有研究者可申请加入“中医养生保健研究专家委员会”。四、会议费用:参会报名费 200 元,会务及资料费 950 元。会期食宿及参观统一安排,费用自理。五、报名方法:将交流论文(无论文也可报名)、报名费 200 元、2 寸蓝底彩色登记像 4 张及个人技术简介、申报特色医疗名医或中医养生优秀人才表彰的材料等在 7 月 30 日前用特快专递寄北京市 100036- 98 信箱叶续宗收,邮编:100036,论文可发 Email:13366005273@163.com,电话:010- 63772051、13366005273、18611174565,8 月 1 日前快递寄发参会报到通知。会议详情请登录:www.ylvsxx.com 或 www.zgtstyl.com 查询。