

中医药辨治糖尿病肾病 100 例临床分析

北京中医学院东直门医院 高彦彬 易京红

指导: 吕仁和

糖尿病肾病是糖尿病的严重并发症之一。据统计, 国内本病占糖尿病总人数的 20.30~23.48%。近年报道, 糖尿病死因占首位的是由糖尿病引起的终末期肾衰。因此国内外对糖尿病肾病的研究十分重视, 但目前尚无有效的防治方法。我院自 1983~1989 年应用中医药收治糖尿病肾病患者以来, 取得一定疗效, 现将资料较完整的 100 例整理报告如下。

临床资料

一、一般资料

本文 100 例均按 WHO 诊断标准确诊为非胰岛素依赖型糖尿病并达到糖尿病肾病诊断分期标准的住院患者。男 37 例, 女 63 例; 年龄 43~72 岁, 平均 53.6 岁; 病程 (从临床确诊为糖尿病算起) 6 个月~26 年, 平均 8.6 年。

二、糖尿病肾病的诊断及分期

本文对糖尿病肾病的分期是参照国内外分期方法^(1~3)并结合临床实际情况拟定的。

早期(I期): 三个月内连续尿检有 3 次尿白蛋白排泄率增加 (30~300 mg/24 h), 并排除其他可能引起增加的原因, 如泌尿系感染、运动、原发性高血压、心衰、酮症酸中毒等。

临床期(II期): 持续性蛋白尿 (尿蛋白 > 0.5 g/24 h), 并排除其他可能引起尿蛋白增高的原因; 肾功能下降, 内生肌酐清除率 (Ccr) < 80 ml/min, 呈进行性下降, 血肌酐 (Cr) ≥ 1.5 mg%; 可伴有高血压、水肿及糖尿病性视网膜病变。

肾衰期(III期): 血肌酐 ≥ 1.5 mg%; 持续性蛋白尿或有低蛋白血症; 高血压、水肿及糖尿病性视网膜病变加重。另根据血肌酐增高

程度将肾衰期分为三度。血肌酐为 1.5~2.4 mg% 者为 I°, 2.5~4.9 mg% 者为 II°, 血肌酐在 5 mg% 以上者为 III°。

按以上分期标准统计, 本文 100 例中属 I 期者 11 例, II 期者 28 例, III 期者 61 例 (内 I° 者 37 例, II° 者 15 例, III° 者 9 例)。

三、中医辨证分型

根据临床四诊所得分为三个主要证型。采用症状积分法, 每一证型的主要症状总积分 > 10 分即可诊断。

肝肾气阴两虚型: 神疲乏力、少气懒言、五心烦热、口咽干燥、两目干涩、腰膝痠痛、眩晕耳鸣、唇舌暗红、脉弦细各 2 分; 心悸、自汗、便干、面足微肿、尿频量多各 1 分。

脾肾气阳两虚型: 神疲乏力、腰膝痠痛、面足水肿、畏寒肢冷、大便溏薄、舌胖暗有齿痕、脉细无力各 2 分; 心悸、自汗、纳呆、腹胀、恶心、夜尿多各 1 分。

心肾气阳两虚型: 神疲乏力、腰膝痠痛、尿少浮肿、心悸气短、喘息不能平卧、畏寒肢冷、舌胖淡暗有齿痕各 2 分; 自汗、纳呆、呕恶各 1 分。

临床出现的兼夹证候主要有血瘀、气滞、血虚、肺胃燥热、下焦湿热等, 积分 > 4 分即可诊断。(1) 瘀血阻滞: 唇舌色暗、胸闷刺痛、肢体麻痛、月经色暗有块各 2 分; 舌紫暗或有瘀斑 3 分。(2) 肝郁气滞: 胸肋胀满、急躁易怒、常有叹息、脉弦各 2 分。(3) 血虚失养: 面色苍黄、口唇色淡无华、舌胖淡暗、脉细无力各 2 分。(4) 肺胃燥热: 烦渴多饮、消谷善饥、大便燥结各 2 分; 舌红苔糙黄 3 分。(5) 下焦湿热: 尿频、尿急、尿痛、尿热、苔

黄膩各2分。

按以上辨证分型症状积分标准统计,本文100例患者中,肝肾气阴两虚型66例,脾肾气阳两虚型22例,心肾气阳两虚型12例。

治疗方法和结果

一、治疗方法

1. 基础治疗:包括饮食、限钠、控制血糖、控制血压等方面。(1)饮食:总热量25卡/公斤体重/日,碳水化合物占总热量的60%。本病I期予糖尿病饮食,II期予优质蛋白糖尿病饮食,III期予优质低蛋白高热量饮食。优质蛋白入量,III期I°者予40克/日,II°者30克/日,III°者25克/日。(2)限钠:伴有高血压、水肿患者,饮食中氯化钠应低于5克/日。(3)控制血糖:I、II期采用口服降糖药,III期采用小剂量胰岛素配合中药控制血糖。(4)控制血压:当血压 $\geq 140/90$ 毫米汞柱时选用复方降压片、心痛定或硫甲丙脯酸控制血压。

2. 中药辨证论治:(1)肝肾气阴两虚型治以滋补肝肾、益气养阴,兼以活血,基本方为生地30克、枸杞子20克、山萸肉10克、太子参15克、元参30克、葛根15克、丹参30克、花粉30克;(2)脾肾气阳两虚型治以补益脾肾、利水消肿,兼以活血,基本方为党参20克、黄芪30克、猪苓和茯苓各30克、仙灵脾15克、细生地20克、泽泻和泽兰各15克、木瓜30克、丹参30克;(3)心肾气阳两虚型治以益气养心、通阳利水,兼以活血,基本方为人参10克、麦冬20克、五味子10克、桂枝6克、猪苓和茯苓各30克、泽泻15克、葶苈子30克、丹参30克。兼有肝郁气滞者加柴胡、枳壳、枳实;兼血虚失养者加当归、黄芪;兼肺胃燥热加生石膏、知母;兼下焦湿热者加石韦、生地榆、草薢等。

二、治疗结果和分析

1. 疗效标准:治疗4周为一疗程,治疗一个疗程后评定疗效。(1)显效:临床症状总积分下降70%以上;肾功能明显改善(I期Ccr恢复正常,II期Ccr较疗前升高1/5,III期Cr

较疗前下降1/5);尿蛋白减少(I期24小时尿白蛋白排泄量降至正常,II、III期24小时尿蛋白定量较疗前下降1/2)。(2)有效:临床症状总积分下降50~70%;肾功能改善或稳定(I期Ccr接近正常,II期Ccr较疗前升高或不变,III期Cr较原来下降或不变);尿蛋白有不同程度减少(I期24小时尿白蛋白排泄量较疗前下降,II、III期24小时尿蛋白定量较疗前减少)。(3)无效:达不到以上标准或在观察期内死亡者。

2. 治疗结果:按以上疗效标准统计,结果见表1。本文100例治疗后获显效21例,有效51例,无效28例(内死亡1例)。

表1 糖尿病肾病100例的疗效统计

疗效	总例数	分期			辨证分型		
		I期	II期	III期	肝肾气阴两虚	脾肾气阳两虚	心肾气阳两虚
显效	21	3	6	12	17	4	0
有效	51	7	14	30	35	11	5
无效	28	1	8	19*	14	7	7*
合计	100	11	28	61	66	22	12

* 内死亡1例

从表1中看出,本病早期(I期)疗效最高,总有效率为90.9%(10/11例);其次为临床期(II期),总有效率为71.4%(20/28例);肾衰期疗效较差,总有效率为68.9%(42/61例)。经统计学处理各期间疗效差别无显著性。在中医分型疗效中看出,以肝肾气阴两虚型为最高,总有效率为78.8%(52/66例);其余二型,脾肾气阳两虚型和心肾气阳两虚型,其总有效率分别为68.2%(15/22例)和41.7%(5/12例)。其中肝肾气阴两虚型的总有效率与心肾气阳两虚型者相比较,有显著性差异($P < 0.05$)。

3. 临床症状的改善:本文病例经中医药辨证治疗后,临床症状均有不同程度改善。表2示,与治疗前相比,肝肾气阴两虚型和脾肾气阳两虚型均有显著改善($P < 0.01$)。

4. 肾功能的改善:血尿素氮(BUN)和血肌酐是反映肾功能不全的主要指标,而内生肌

表2 各型治疗前后临床症状总积分比较

证型	例数	治疗前 均值	治疗后 均值	治疗后-治疗前 均差值±标准误
肝肾气阴两虚	66	38.7	11.9	-26.8±1.12*
脾肾气阳两虚	22	46.8	18.7	-28.1±1.38*
心肾气阳两虚	12	58.7	56.3	-2.4±1.83

* 治疗前后自身对照比较 $P < 0.01$

酞清除率(Ccr)基本上能反映肾小球滤过率,临床常用它估价肾小球的功能。表3显示,本文病例治疗后血肌酐、血尿素氮均有下降($P < 0.05$)。I期患者升高的Ccr治疗后明显下降($P < 0.05$),基本恢复正常;II期患者治疗后Ccr有所上升($P < 0.05$);III期患者治疗后Ccr上升不明显。提示早期治疗糖尿病肾病患者,其肾功能可部分逆转,一旦进入肾衰期则很难阻止肾功能的恶化。文献报道血清 β_2 -微球蛋白(β_2 -m)是反映肾小球滤过功能的灵敏指标⁽⁴⁾,与Ccr呈负相关。表3示,治疗后血 β_2 -m水平显著下降($P < 0.05$),提示本病患者治疗后肾小球滤过功能有显著改善;而尿 β_2 -m治疗后无显著改变,表明其肾小管功能尚未恢复。此外,从表3中还可看出,治疗后24小时尿蛋白定量和24小时尿白蛋白排泄量均明显降低($P < 0.05$),表明蛋白尿程度疗后有显著减轻。

表3 中药治疗对肾功能尿蛋白的影响

检测项目	例数	疗前 均值	疗后 均值	疗后-疗前 均差值±标准误
血肌酐(mg%)	100	2.42	1.93	-0.49±0.19*
血尿素氮(mg%)	100	29.70	26.80	-2.90±1.29。
Ccr(ml/min): I期	11	129.3	93.6	-35.70±11.30*
II期	28	67.60	86.30	18.70±7.60*
III期	61	41.90	54.30	12.40±7.20
血 β_2 -m(μ g/ml)	46	8.98	6.72	-2.26±1.01*
尿 β_2 -m(μ g/ml)	46	13.26	13.08	-0.18±1.04
24小时尿蛋白量(g)	88	1.36	1.12	-0.24±0.11*
24小时尿白蛋白排泄量(mg)	34	104.4	54.8	-49.6±19.78*

注:本院血 β_2 -m正常值为1.63~3.29 μ g/ml;尿 β_2 -m正常值为4.32~8.62 μ g/ml。* 治疗前后自身对照比较 $P < 0.05$

5. 其他方面的改善:本文病例中有不同程度贫血者24例,治疗后有明显改善($P <$

0.05);治疗前后做空腹血糖89例,疗后明显下降($P < 0.01$);查血清胆固醇、甘油三酯和 β -脂蛋白48例,疗后血清胆固醇和甘油三酯含量均较疗前有明显减少($P < 0.05$), β -脂蛋白含量疗后虽有减少,但经统计学处理,差异不显著($P > 0.05$)。

讨 论

糖尿病肾病是指与糖尿病代谢异常有关的糖尿病性肾小球硬化症。现代医学的糖尿病与祖国医学的消渴病基本一致。《圣济总录》指出:“消渴病久,肾气受伤,肾主水,肾气虚衰,气化失常,开阖不利,水液聚于体内而出现水肿。”《证治要诀》云:“三消久而小便不臭,反作甜气,在溺中滚涌,更有浮在溺面如猪脂,此精不禁,真元竭矣。”这里描述的消渴病久出现水肿,尿浊如脂,不仅与糖尿病肾病极为相似,而且还明确指出其发病系由消渴日久,肾体受损,肾阳虚衰所致。因此,我们认为把消渴病日久出现的水肿、尿浊等一系列病理变化命名为消渴病肾病,更能明确病位,阐明病机,概括疾病的全部发展过程,从而可更有效地指导临床治疗。

通过临床观察,本病发病初期,阴虚为本,涉及肝肾,肝肾阴虚,精血不能上承于目而致两目干涩,视物模糊,阴虚阳亢则眩晕耳鸣;消渴日久,阴损耗气,以致肾气虚损,固摄无权,出现尿频尿多,尿浊而甜;病变后期,阴损及阳,伤及心脾,脾肾阳虚,水湿潴留,泛溢皮肤而见面足水肿,畏寒肢冷;病至晚期,肾阳衰败,浊毒内停,水湿泛滥,上凌心肺则见心悸气短,喘息不能平卧,少尿,全身浮肿等危候。气虚血瘀,贯穿本病始终。在整个病程中可伴有肝郁气滞、肺胃燥热、下焦湿热、痰湿阻滞、血虚失养等兼夹证候。

针对本病发展过程中的不同病机特点,我们把本病分为三个基本证型即肝肾气阴两虚型、脾肾气阳两虚型、心肾气阳两虚型;五个兼夹证候即肺胃燥热候、瘀血阻滞候、肝郁气滞候、下焦湿热候、血虚失养候。分别采用滋补肝

肾、补益脾肾、益气养心、温肾利水,兼以活血等治法,并根据不同兼夹证候,随证加减辨证治疗,获得较好的疗效。另外本文以尿蛋白排泄率作为诊断本病早期的主要指标,参照国内外对本病的分期方法,在临床上把它分为三期,对指导治疗、估计病情、判断预后具有一定意义。本文资料表明,中医药分期辨治本病,不仅明显改善临床症状,而且能使早期患者肾功能明显改善,部分恢复正常,尿蛋白排泄率减少。对临床期患者也可使肾功能部分改善,尿蛋白有不同程度的减少。由于种种原因,本组病例未能全部随访,仅随访15例,其中10例属临床期患者,5年后有7例进入肾衰期,5例肾衰期患者5年后死于尿毒症3例。因此中医药治疗糖尿病肾病能否影响其自然病程,仍需长期追踪观察。

此外,在重视中医辨证论治的同时,不应忽视基础治疗。其一是努力控制好血糖。临床

和实验研究表明,代谢紊乱慢性高血糖是引起糖尿病微血管病变的主要原因,已证实通过严格控制血糖在正常水平不仅可使早期增大的肾脏和增高的肾小球滤过率恢复正常,而且可使轻度增加的尿蛋白排泄率逆转。其二是治疗高血压。已知高血压不仅能加速本病肾小球损害的进展,而且加重糖尿病性视网膜病变,降压治疗可使蛋白尿及尿蛋白排出减少,故对本病患者若血压 $\geq 140/90$ 毫米汞柱时应予降压治疗。其三是优质低蛋白饮食,对于本病肾衰期患者,应限制蛋白总量而补充优质蛋白,以减慢肾功能下降和减少尿蛋白排出。

参 考 文 献

- (1) Mogensen CE, et al. Diabetes and kidney function. *Medicographia*. 1984; 6(1):28.
- (2) 北京医科大学. 肾脏病最新进展. 第一版. 中国学术出版社. 1986:188.
- (3) 钱荣立. 实用内科杂志. 1989; (5):228.
- (4) 王竹兰. 中华内科杂志. 1988; (9):573.

佛手散加味治愈散发性脑炎后视野缺损1例

甘肃省中医院 李妍怡 夏永潮

王某,男,52岁。因左颞侧视野缺损四月余于1988年6月13日住院。患者于1988年2月2日在成都出差时,因突然头痛、恶心呕吐、发热等,住某医院,脑脊液检查示:清亮,104滴/分,未查到细菌,白细胞125个/立方毫米,分叶60%,淋巴40%,五管糖阳性,蛋白(-),氯化物704毫克%,诊断为“散发性脑炎”,给予抗病毒、抗炎、降颅压等治疗。二月后,病情缓解,但遗留有左颞下1/4象限偏盲,伴头痛、头晕、颈项不舒、全身困倦诸症,服用维脑路通、脑复康等药治疗无效,遂来我院求治。检查:神清,一般情况尚好,心、肺、腹正常,颈无抵抗,双侧瞳孔等大等圆,对光反射灵敏,眼球活动自如,眼睑闭合完全,左颞下1/4象限偏盲,无眼球压痛,双眼视力1.5。眼底检查:双视乳头边界清,左色稍淡,动脉反光略强, A:V=2:3,余神经系统检查未见异常。舌淡黯、苔淡黄,脉沉细。化验:血、尿、大便、肝功能、肾功能、血糖、血脂、血沉各项检查均正常。脑CT检查:治疗前后均示脑内未见异常密度改变。脑电图:治疗前后均示广泛轻度异常。视野检查(白色):治疗前示:

左颞下1/4象限偏盲(10度),治疗后一月示:左颞下1/4象限偏盲较前有所恢复(达到20度),治疗后二月视野完全恢复正常。西医诊断:偏盲(左颞下,散发性脑炎所致。)

证属偏盲,为热病耗伤,气血亏虚,肝肾不足,气滞血瘀,血脉不通而致。治宜益气养血,补益肝肾,化瘀通络,方用佛手益气活血汤加减。处方:岷当归60~100克,川芎9~12克,黄芪30克,赤芍12克,水蛭9克,仙茅12克,仙灵脾12克,杜仲9克,蜈蚣3条,僵蚕9克,葛根12~20克,甘草5克,水煎分二次服,每日一剂。服上方一月后,视野缺损较前好转,二月后,视野完全恢复正常,诸症亦渐消除。

讨论:散发性脑炎所致脑组织有炎症变化及脱髓鞘性改变,本例考虑为局灶性病变影响视放射所致,治疗较为困难。给予佛手散加减以益气养血,补益肝肾,化瘀通络。方中重用甘肃名贵药材岷当归,取其养血化瘀之性,辅以黄芪益气,仙茅、仙灵脾、杜仲补益肝肾,如此气血充沛,肝肾得补,瘀滞得化,诸症悉除。