

临床报道 •

自拟黄芪补肾活血汤联合西药 治疗糖尿病肾病30例

陈升王 邱日森

(广东省徐闻县中医医院, 524100)

糖尿病肾病(DN)是糖尿病最严重、最常见的微血管并发症之一。我们于2007年5月~2009年5月以自拟黄芪补肾活血汤为主的中西医结合方法治疗临床期糖尿病肾病30例,并与西药常规治疗的30例对照,取得明显疗效,报告如下。

1 临床资料

收集本院2007年5月~2009年5月住院及门诊随诊患者60例,全部为2型糖尿病患者,糖尿病史5~15年,男36例,女24例,年龄52~78岁,血压150~170/90~120mmHg;24h尿蛋白量1~2.18g,血肌酐221.38~222.45μmol/L。所有病例均符合符合1999年《WHO糖尿病诊断标准》^[1];DN诊断分期采用Mogensen DN分期标准,患者为Ⅲ~Ⅳ期。随机分为两组,每组各30例,两组临床资料比较差异无显著性,具有可比性($P>0.05$)。

2 治疗方法

对照组采用糖尿病膳食,配合优质低蛋白饮食,蛋白质摄入按0.6~0.8g/kg;根据病情采用口服降糖药(双胍类药物)及胰岛素治疗,空腹血糖控制在6.8mmol/L以内,餐后2h血糖控制在8.0mmol/L以内,卡托普利每次6.25~25mg,每天3次口服。治疗组在对照组的基础上加用自拟黄芪补肾活血汤(黄芪80g,菟丝子15g,山茱萸10g,山药15g,炒白术15g,当归15g,丹参20g,水蛭10g,生地黄10g)治疗,阴虚者加生地、知母;阳虚者加附子、淫羊藿;兼湿热者加黄柏、薏苡仁;兼水湿者加泽泻、车前子。将上述药物水煎浓缩,取药液300ml,分2次温服,每日1剂。两组疗程均为3个月。

3 疗效观察

3.1 疗效标准

参照卫生部制定的《中药临床研究指导原则》中的标准,显效:临床症状消失,空腹血糖(FBG) < 7.2mmol/L,24小时尿蛋白定量 < 0.3g/24h或下降 > 1/2;血肌酐(SCr)下降 > 1/3;有效:临床症状基本消失,FBG < 8.3mmol/L但 > 7.2mmol/L,24小时尿蛋白0.31~2.0g/24h或下降 > 1/3但 < 1/2;SCr有所下降;无效:未达到有效标准。

3.2 两组临床疗效比较

治疗组30例,显效14例,好转13例,无效3例,显效率46.7%,总有效率90%;对照组30例,显效6例,好转11例,无效13例,显效率20%,总有效率56.7%。两组显效率差异有显著性,总有效率治疗组亦显著高于对照组($P<0.01$)。

3.3 两组治疗前后生化指标变化比较

治疗组治疗30例后血尿素氮(SCr)、24h尿蛋白定量、FBG、血胆固醇(TC)、甘油三酯(TG)较治疗前明显下降($P<0.01$)。对照组治疗后仅24h尿蛋白定量改善明显($P<0.05$)。

4 讨论

我们针对本病“因虚致病”这一病理特征,以改善肾脏血流动力学异常为出发点,自拟黄芪补肾活血汤治疗。方中用大剂量的黄芪大补元气,白术健脾升阳,菟丝子、山药、山茱萸补肾养阴敛气,脾气旺以助血行,瘀祛而精微自固。现代药理研究表明,上述补益类中药能降低血糖,加强代谢,增强和调节免疫反应;黄芪等有防止或逆转蛋白尿的作用,可抑制肾脏一氧化氮(NO)的产生,可部分纠正糖尿病早期肾血流动力学异常。丹参、当归、水蛭等活血化瘀、疏通肾络,以利气血津液运行,具有抑制血小板聚集,降低血黏度,促进纤溶活性,改善肾局部微循环,延缓肾功能衰竭的发展等作用。

参考文献

[1] 郑筱萸. 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: 233-237.

温针灸治疗颈性眩晕28例

陆 瑶¹ 郑健刚²

(1. 天津中医药大学2007级硕士研究生,

300193; 2. 天津中医药大学第一附属医院针灸科)

近年来,我们临床治疗颈性眩晕54例,其中温针灸组28例,对照组26例,取得了满意的疗效,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

60例符合入选标准的患者均为2008年2月~2009年2月在天津中医药大学第一附属医院针灸科门诊确诊为颈性眩晕的患者,按就诊时间先后顺序编号,随机分组,其中男性31例,女性23例(在治疗过程中,温针灸组有2例患者脱落,对照组有4例脱落),实际温针灸组28例,对照组26例。温针灸组男18例,女10例;平均年龄(62.6±10.0)岁;平均病程(47.9±12.3)个月。对照组男13例,女13例;平均年龄(57.4±12.7)岁;平均病程(35.0±18.8)个月。两组各项资料差异均无显著性意义,具有可比性($P>0.05$)。

1.2 病例选择标准

根据国家中医药管理局《中医病证诊断疗效标准》^[1]制定。①有头晕、头痛、耳鸣等症状,体位改变时加重,颈部旋转和后伸出现一过性眩晕、恶心、呕吐,甚至突然晕倒;②椎间孔压迫试验阳性,臂丛神经牵拉试验阳性,颈椎椎体压痛,排列不整齐;③颈椎X线片提示,颈椎生理曲度异常,骨质增生,椎间隙变窄,椎间孔变小;④经颅多普勒(TCD)检查,为椎-基底动脉供血不足。凡符合以上①、②、④或①、③、④项标准者,诊断为颈性眩晕。

2 治疗方法

2.1 温针灸组

①取穴:主穴:风池、完骨、天柱、C4~7夹脊穴、列缺、晕听区百会、配穴:气血不足型:足三里、关元、气海;肝郁气滞型:太冲;肾精亏虚型:太溪、肾俞;痰浊中阻型:丰隆、阴陵泉。②操作:针刺风池、完骨、天柱、百会、足三里、太溪用捻转补法,捻转