性[4-5]，但观察指标较多考虑的是血糖、血压、血脂等单个指标的变化情况，并未全面考虑患者的生活状况。而生存质量是医学模式更新的背景下提出的一套全面衡量人类健康的指标体系，是全面评估个体生理、心理、社会功能和物质生活状态的综合指标，代表了现代健康的测量趋势[6]。

本文是在前人研究的基础上，以纯西医治疗为对照，采用生存质量专用量表来评价中西医结合治疗方法的有效性。研究数据表明，西医治疗和中西医结合治疗方案均可明显改变糖尿病肾病患者的生存质量，但中西医结合治疗效果更突出。这是由于糖尿病肾病的发病机制引起，近代医学研究认为，瘀血是贯穿糖尿病发病始终的重要病机，而血管损害是糖尿病肾病的发病基础。因此，活血化瘀是治疗糖尿病肾病的关键。而中医是整体的、系统的、社会的医学，在治疗时较多考虑了自然界、社会等对患者的影响，这与目前现代医学的生理－心理－社会医学模式极为相似。中医药治疗糖尿病肾病的机理在于：一是通过调节整体平衡，补五脏、益精气、祛瘀血，标本同治；二是纠正阴阳失调、气血紊乱，使脏腑功能恢复正常，因此，中西医结合治疗方案既能发挥西医的即时性，又能发挥中医的渐进性，是目前治疗糖尿病肾病最有效的方法之一。

参 考 文 献

1. 刘睿，门利友. 中西医结合治疗糖尿肾病疗效观察[J]. 中国医药指南 2011；9(36)：173－174.
2. 郭诗盈，倪海祥. 中医药参与治疗糖尿病的临床经济评价方法[J]. 吉林中医药 2011；31(10)：936－938.
3. 中国糖尿病防治指南编写组主编. 中国糖尿病防治指南[M]. 北京：北京大学医学出版社 2004：132－137.
4. 刘长万. 中西医结合治疗糖尿病肾病的疗效分析[J]. 时珍国医国药 2011；22(7)：1795.
5. 吴仕骏. 黄芪注射液联合厄贝沙坦治疗早期糖尿病肾病32例[J]. 实用中医药杂志 2011；27(1)：29.
6. Bottornley A. The cancer patient and quality of life[J]. Oncologist 2002；7(2)：120－125.

(2012—08—10 收稿)

中西医结合治疗早期糖尿病肾病

山西省河曲县人民医院糖尿病专科 段尚勤

摘要 120例糖尿病肾病患者随机分为两组，对照组60例用西药(奥扎格雷钠氯化钠注射液、阿托伐他汀钙、缬沙坦)治疗，治疗组在对照组的基础上加用中药木丹颗粒冲剂。两组均以4周为一个疗程，观察FPG、2hPG和UAER。结果治疗4周后，FPG、2hPG和UAER均有不同程度的下降。UAER下降明显优于对照组。差异有非常显著性意义($P<0.01$)。结论奥扎格雷钠、阿托伐他汀钙、缬沙坦加用木丹颗粒冲剂治疗糖尿病肾病能显著提高疗效，降低尿白蛋白排泄率。

关键词 糖尿病肾病；尿白蛋白排泄率；木丹颗粒冲剂；奥扎格雷钠；缬沙坦；阿扎伐他汀钙

糖尿病肾病是糖尿病的主要慢性并发症之一，在早期表现为微量白蛋白尿，在此阶段积极治疗对减少尿蛋白，延缓肾病进展，逆转病情具有重要意义，笔者应用木丹颗粒冲剂、奥扎格雷钠氯化钠注射液，阿托伐他汀钙，缬沙坦对早期糖尿病肾病患者进行治疗观察，现报告如下：

1 资料与方法 120例2型糖尿病患者均符合WHO(1999)糖尿病诊断标准，糖尿病肾病诊断依据Mongensen分型诊断标准，早期糖尿病肾病(Ⅲ期)指尿微量白蛋白排泄率(UAER)在20～200μg/min之间。中医辨证分型属于气虚血瘀型(少气懒言，神疲乏力，头晕目眩，自汗，晨起眼睑或下肢浮肿，肢体疼痛，痛有定处，夜间加剧，肌肤甲错，舌质紫暗，或有瘀斑、瘀点，脉细涩或沉弱)者。同时排除尿路感染、前列腺炎、经血期、严重心肝功能不全、电解质异常、剧烈运动及其他肾脏疾病等影响因素。其中，男67例，女53例，年龄(52.9±11.4)岁，病程(3.7±1.3)年，将这120例患者随机分为两组，每组各60例。两组患者治疗前性别、年龄、病程、FPG、2hPG、UAER(见表1)均无统计学差异($P>0.05$)。且均需饮食控制，限制植物蛋白，并服用(那格列奈、伏格列波糖)或胰岛素治疗(诺和锐30R或优泌乐25R)来控制血糖。两组治疗前后各项生化指标(见表2)。糖尿病肾病治疗：对照组：奥扎格雷钠氯化钠注射液100mL静脉滴注2周，同时加上阿托伐汀钙20mg口服1次/日，缬沙坦80mg1次/日，治疗组：在对照组基础上再加服木丹颗粒冲剂1袋(7g)口服3次/日。观察4周。

统计学方法 数据以$\bar{x}\pm s$表示，统计学处理应用t检验。

表1 两组各项指标比较($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	性别(男/女)	年龄(岁)	病程(年)	FPG(mmol/L)	2hPG(mmol/L)	UAER(μg/min)
治疗组	60	32/28	54.68±9.86	3.48±1.96	10.07±0.92	14.02±2.66	107.3±21.32
对照组	60	35/25	55.23±8.92	3.39±2.03	10.02±0.87	14.01±2.63	103.8±20.89

表2 两组各项指标治疗前后比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	FPG(mmol/L)	2hPG(mmol/L)	UAER(μg/min)
治疗组	60	10.07 ± 0.92	14.02 ± 2.66	107.3 ± 21.32
		6.07 ± 1.45	8.54 ± 1.89	39.2 ± 19.3
对照组	60	10.02 ± 0.87	14.01 ± 2.63	103.8 ± 20.89
		6.09 ± 1.39	8.49 ± 1.83	79.8 ± 38.9

2 结果 治疗组与对照组FPG、2hPG治疗后显著下降($P < 0.01$),但组间比较无统计学差异($P > 0.05$);治疗组UAER治疗后(39.2 ± 19.3),对照组UAER(79.8 ± 38.9)均有下降,但与对照组比较差异有非常显著意义($P < 0.0.1$)。

3 讨论 糖尿病肾病(DN)的发生发展是多因素参与的结果,发病机制主要有遗传因素、血流动力学异常、肾素-血管紧张素-醛固酮系统激活、多元醇旁路激活、氧化应激等[1],中医辨证多属气虚血瘀,气虚统摄无权,帅血乏力,血行不畅,阻滞血络,影响脏腑功能,致肾失封藏,精微外泄,尿蛋白增加。用木丹颗粒以黄芪、丹参等温寒并用,通补并行,升降相因,起到益气活血,化瘀通络,恢复脏腑功能,消除尿蛋白的作用。红细胞中山梨醇含量不仅与同一时间内血糖水平有显著正相关,也与神经、晶状体及肾脏组织中的山梨醇水平呈正相关。应用醛糖还原酶抑制剂抑制山梨醇代谢后,可使多元醇水平恢复正常,并改善神经传导功能,延迟白内障形成及蛋白尿的出现[2]。黄芪、丹参等对醛糖还原酶有明显抑制作用。且黄芪可抑制糖尿病大鼠肾皮质转化生长因子-β1(TGF-β1)的过度表达,且可使iNOS的表达明显降低,部分纠正肾脏高灌注、高滤过[3],所以作为中药的"醛糖还原酶抑制剂-木丹颗粒"不仅可以用于糖尿病周围神经病变的治疗,也可以加入到糖尿病肾病的常规治疗中。奥扎格雷钠作为强力血栓合成酶抑制剂,可抑制血栓素(TXA2)的合成,促进前列环素(PGI2)的生成。故可抑制血小板聚积,扩张血管,改善微循环,降低血液粘稠度。肾小球系膜细胞分泌的多种细胞生长因子如:转化生长因子-β1(TGF-β1),胰岛素样生长因子-1(IGF-1)等从不同的作用环节引起系膜细胞增生,细胞外基质(ECM)增多,从而导致糖尿病肾病[4]他汀类药(阿托伐他汀钙)可直接抑制TGF-β1和IGF-1的过度表达。糖尿病患者从出现微量白蛋白尿起,无论有无高血压均应服用ACEI或ARB[5]缬沙坦是AngⅡ选择性AT1受体拮抗剂,能阻断AngⅡ与AT1结合,从而使肾小球毛细血管压降低,缓解肾小球高灌注、高滤过,使肾小球对白蛋白的通透性降低,减少尿微量白蛋白的排泄。中西医结合治疗既提高了疗效,缩短了疗程,又使临床症状得到了明显改善。

参 考 文 献

1. 廖志红,黄菊芳,蒋培培,等. 首届全国糖尿病及代谢性疾病与肾脏病学术会议纪要. 中国糖尿病杂志 2009;6:42.
2. 张蕙芬,迟家敏,王瑞萍. 实用糖尿病学,第二版. 北京:人民卫生出版社 2002:231.
3. 王钢,陈以平,邹燕勤. 现代中医肾脏病学. 北京:人民卫生出版社 2003:597.
4. 许曼音. 糖尿病学. 上海:上海科学技术出版社 2003:426.
5.《中国糖尿病防治指南》编写组. 中国糖尿病防治指南. 北京:北京大学出版社 2004:134-145.

(2012—08—10 收稿)