



肾炎舒颗粒联合氯沙坦治疗早期糖尿病肾病 63 例疗效及安全性评价

温 泉 (岳阳市二人民医院肾内科 湖南岳阳 414000)

摘要: **目的** 观察肾炎舒颗粒联合氯沙坦对早期糖尿病肾病(DN)的治疗效果,并对其做出安全性评价,由此评价其临床价值。**方法** 选取我院 2014 年~2016 年收治的 126 例早期糖尿病肾病为本次研究的对象,按照病床单双号将 126 例 DN 患者分为对照组和治疗组,每一组 63 例,对照组采用基础治疗前提下口服氯沙坦,治疗组采用对照组的治疗方式,并同时使用肾炎舒颗粒。对比两组患者的治疗结果。**结果** 对照组与治疗组治疗有效率分别是 80.9%和 90.4%,有统计学意义($p < 0.05$)。两组患者的血清肌酐(Cr)、尿微量清蛋白(mAlb)及 24h 尿清蛋白(UAER)水平在治疗前后有显著差异($p < 0.05$),且治疗组显著低于对照组($p < 0.05$)。**结论** 在早期糖尿病肾病治疗中使用肾炎舒颗粒联合氯沙坦治疗,能改善患者血清肌酐、尿微量清蛋白及尿清蛋白水平,疗效十分明显。

关键词: 肾炎舒颗粒 氯沙坦 糖尿病肾病

中图分类号: R587.1

文献标识码: A

文章编号: 1009-5187 (2017) 13-089-02

糖尿病肾病(diabetic nephropathy, DN)是微血管的病变,是糖尿病最常见却又最严重的疾病。目前对待 DN 的主要处理措施费时费力,历时很长,例如个体化的饮食控制、严格控制血压、血糖和血脂,使其维持在一个理想水平等等,都属于基本的处理手段。也有人使用血管紧张素 II 受体阻滞剂(ARB)和(或)血管紧张素转换酶抑制剂(ACEI)来延缓 DN 病情的进展,但并未收到理想的疗效^[3]。DN 是一种损害肾功能的临床炎症性疾病,在中医里被归为消渴肾^[4]。肾炎舒颗粒具有益气阴、健脾胃的功效,一直是治疗 DN 的常用药。本研究使用肾炎舒颗粒联合氯沙坦治疗糖尿病肾病,观察治疗结果,以期寻找有效治疗该疾病的措施。

1 资料与方法

1.1 一般资料

来自本院 2014 年 3 月~2016 年 7 月肾内科的 126 例糖尿病肾病患者。以病床单双号分为对照组和治疗组,各 63 例,对照组男 30 例,女 33 例,年龄 56~78 岁,平均年龄(66.3±3.4)岁,病程 8~14 年,平均病程(11.7±2.0)年。治疗组男 29 例,女 34 例,年龄 55~74 岁,平均年龄(65.7±3.6)岁;病程 7~16 年,平均病程(11.6±2.2)年。两组患者的一般资料比较差异无统计学意义($p > 0.05$),具有可比性。

1.2 入选标准

病例资料符合早期 DN 的诊断标准,且经辨证为脾肾气虚兼湿热;研究前获得患者知情同意。排除非 DN 损害(糖尿病伴严重急性并发症、合并心脑血管严重疾病等)及精神疾病。

1.3 诊断标准

观察两组患者的血清肌酐、尿微量清蛋白、24h 尿蛋白水平,以及治疗有效率。六个月内连续两次检查 UAER 排泄率为 20~200 μ g/min,或 UAER 排泄量为 30~300mg,并且排除原发性高血压、泌尿系感染等引起 UAER 增加的可能。疗效按症状轻重程度进行计分,症状包括口黏乏味、神疲乏力、尿浊、水肿、夜尿频多,程度分别为 0 分、2 分、4 分、6 分。疗效标准如下:总积分减少 $\geq 75\%$,治疗后 24hUP 下降 $\geq 50\%$,中医临床症状有明显好转,为疗效显著;总积分减少 $\geq 35\%$ 、 $< 75\%$,治疗后 24hUP 下降 $< 50\%$,患者症状有所改善,为有效;实验指标无显著差异,患者症状未改善,为无效。

2 方法

2.1 治疗方法

所有患者在实验前接受 DN 知识教育,生活上严格控制,鼓励运动,调节饮食。控制 140/80mmHg 以下的血压。对照组在传统基础治疗前提每日再服用 0.15g 氯沙坦,治疗组除了接受基础治疗和每日加服 0.15g 氯沙坦外,还要服用肾炎舒颗粒(陕西健民制药有限公司,国药准字 Z19991077,由苍术、茯苓、白茅根、防己、生晒参、金银花、蒲公英、黄精、冤丝子、枸杞子为原料组成),一次一袋,一袋 5g,一日三次。

2.2 统计方法

本研究数据使用 Excel 整理,SPSS22.0 统计分析。治疗有效率采用卡方检验,以均数为统计量,同组治疗前后差异使用配对 t 检验,两组治疗治疗后差异采用独立样本 t 检验。文中“均数±平均差”表示连续数据,例数(n)、百分数(%)表示计数数据。以 $p < 0.05$ 为有差异,有统计学意义。

3 结果

3.1 两组总有效率比较

对照组与治疗组的治疗有效率分别为 80.9%和 90.4%,治疗组的治疗效果高于对照组,经过数据分析,具有统计学意义, $p < 0.05$ 。具体情况见表 1。

表 1 两组治疗有效率比较(%)

分组(n)	无效	有效	显效	总有效率
对照组(63)	12	17	34	80.9%
治疗组(63)	6	15	42	90.4%
χ^2				5.432
P				< 0.05

3.2 两组治疗前后指标差异

两组患者的指标在治疗后均有变化,Cr 降低,mAlb 降低,UAER 降低,在统计学意义上均有显著差异,且治疗组治疗效果优于对照组。具体数据情况见表 2。

表 2 两组治疗前后指标差异($\bar{x} \pm s$)

组别	时间	Cr (mg/dL)	mAlb (mg/L)	UAER (μ g/min)
对照组	治疗前	0.73±0.22	39.40±6.20	140.49±34.30
	治疗后	0.61±0.12	26.44±3.90	87.54±29.67
治疗组	治疗前	0.71±0.13	34.53±3.45	145.70±45.31
	治疗后	0.60±0.07	21.04±2.97	71.45±23.43
t		0.949	9.786	3.102
p		< 0.05	< 0.05	< 0.05

4 讨论

由于工作学习等原因而过度疲劳、或许由于饮食不节制不规律损害了自己的身体,最终脾肾虚损和气血不足,这些都是导致糖尿病肾病的元凶^[6],先天禀赋的缺陷也有可能导脾肾虚损和气血不足。DN 作为慢性胃炎的一种,病程长,患者所服药物多为激素,激素的温热属性耗气伤阴,这就也加剧了患者的脾肾不足、气阴两虚,使体内余毒不尽^[5]。在这个过程中,患者体内气虚而容易形成瘀血,这会导致瘀血阻碍了气血阴阳等正气的化生,进一步损害患者健康,加重病情^[5]。因此活血化瘀也是 DN 治疗中极其重要的一环,应该贯穿于治疗的始终,始终将其当做基本的病机之一,不容忽视^[7]。除了气虚致瘀,DN 的发病机制还有其他,总的来说,其发病机制十分复杂。它是诸多因素相互作用、相互影响的结果,通常有血液流变学异常、代谢紊乱

(下转第 91 页)