

2379.

[12] 刘珊珊. 通腑消积汤对小儿咳嗽(食积内热型)治疗的研究[D]. 吉林: 长春中医药大学, 2019.

[13] 石月强. 健脾消积汤治疗小儿食积咳嗽的效果及其对患儿血清炎症因子的影响[J]. 妇儿健康导刊, 2019, 9(12): 40-41.

[14] 岳思淙, 夏梦瑶. 桑白皮汤加减治疗痰热闭肺型小儿支原体肺炎的临床效果[J]. 临床医学研究与实践, 2022, 7(4): 129-132.

[15] 周琦, 丁齐义, 邵蒙苏, 等. 地骨皮的临床应用及其用量探究[J]. 长春中医药大学学报, 2021, 37(6): 1208-1211.

[16] 包小丽, 丁维俊. 基于“三焦膜腠”思想探讨食积咳嗽的新治法[J]. 成都中医药大学学报, 2020, 43(4): 45-47.

[17] 梁玉玲, 古学文. 自拟消积止咳汤联合推拿治疗小儿食积咳嗽的疗效观察[J]. 深圳中西医结合杂志, 2021, 31(13): 86-87.

[18] 衣标美. 丹溪学派诊治痰证的理论研究[D]. 北京: 中国中医科学院, 2016.

[19] 冯硕, 崔德成. 清热导滞推拿法辅助消积止咳平喘汤治疗小儿功能性消化不良咳嗽积滞食积化热证[J]. 长春中医药大学学报, 2021, 37(4): 819-823.

益气养阴、清热活血中药治疗早期糖尿病肾病的临床价值分析

陈佳丽

(昆山市中医医院老年病内分泌科, 江苏 苏州, 215300)

摘要:目的 分析益气养阴、清热活血中药治疗早期糖尿病肾病(DN)的临床价值。方法 将2021年9月—2022年9月昆山市中医医院收治的68例早期DN患者为研究对象,根据随机数表法分为西药组(22例)、中药组(23例)和联合组(23例)。在常规血糖控制基础上,三组分别采用厄贝沙坦片、益气养阴清热活血加减方、厄贝沙坦片联合益气养阴清热活血加减方治疗。对比三组患者治疗前后的血糖、血脂、肾功能检测指标及中医证候积分,对比治疗后的早期DN疗效、中医证候积分及治疗期间不良反应发生情况。**结果** 治疗后,三组各项血糖、血脂、肾功能指标水平均低于治疗前,联合组低于西药组和中药组($P < 0.05$),但西药组与中药组差异无统计学意义($P > 0.05$)。治疗后,三组中医证候积分均低于治疗前,且联合组低于西药组($P < 0.05$),但西药组相比中药组、中药组相比联合组,差异均无统计学意义($P > 0.05$)。治疗后,西药组与中药组早期DN治疗总有效率比较,差异无统计学意义($P > 0.05$);联合组早期DN治疗总有效率高于西药组和中药组($P < 0.05$)。三组用药期间不良反应发生率比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),且在经过对应干预后,均得到有效干预并恢复正常。**结论** 益气养阴、清热活血中药治疗对DN患者的临床症状方面具有一定的效果,与单纯使用西药治疗效果相似,但两种疗法联合应用对患者各方面的治疗效果均优于单独使用。

关键词: 早期糖尿病肾病; 益气养阴; 清热活血; 血糖; 血脂; 肾功能

中图分类号: R587.2 **文献标识码:** A **文章编号:** 1009-8011(2023)-07-0031-04

糖尿病肾病(DN)作为糖尿病患者的肾脏病变并发症,不仅会增加其经济负担,对糖尿病患者生命安全也属于高危影响因素,在1型糖尿病患者中,DN发病率为30%~40%,且为首要致死因素,在2型糖尿病患者中,DN发生率为10%~20%,致死率仅次于心脑血管并发症^[1-2]。目前,从西医角度治疗尚无明显改善DN患者肾功能的药物,对延缓DN的发展也缺少有效控制。近年来,随着中医学在临床上不断得到认可,相关学者逐渐开始从中医角度出发对DN进行干预治疗,并获得了较为理想的临床研究成果^[3]。随着中医学对DN临床研究的深入,益气养阴、清热活血中药在早期DN治疗中取得了不俗的疗效。为进一步分析益气养阴、清热活血中药在早期DN患者中的应用效果,本研究针对昆山市中医医院收治的68例早期DN患者实施分组治疗,并对临床疗

效进行分析,结果如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取2021年9月—2022年9月昆山市中医医院收治的68例早期DN患者为研究对象,根据随机数表法分为西药组(22例)、中药组(23例)和联合组(23例)。西药组中,男12例,女10例;年龄35~74岁,平均年龄(61.79±4.43)岁;糖尿病病程5~26年,平均糖尿病病程(12.65±2.71)年;DN病程1.5~5.8年,平均DN病程(2.34±0.46)年。中药组中,男14例,女9例;年龄36~75岁,平均年龄(60.28±5.25)岁;糖尿病病程5~28年,平均糖尿病病程(10.99±4.14)年;DN病程1.3~5.7年,平均DN病程(2.29±0.51)年。联合组中,男10例,女13例;年龄35~75岁,平均年龄(60.48±5.32)岁;糖尿病病程6~27年,平均糖尿病病程(12.37±2.96)年;DN病程1.2~5.3年,平均DN病程(2.41±0.40)年。三组性别、糖尿病及DN病程等一般资料比

作者简介: 陈佳丽(1989—),女,汉族,籍贯:江苏省苏州市,本科,主治医师,研究方向:益气养阴,活血利水中药在糖尿病肾病不同分期的运用。

较, 差异无统计学意义 ($P>0.05$)。两组患者均对本研究内容知情同意, 本研究通过昆山市中医医院医学伦理审核。

1.2 纳入与排除标准

纳入标准: ①符合西医《中国 2 型糖尿病防治指南(2013 年版)》^[4] 中糖尿病诊断标准; ②符合中医《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[5] 中“中消”诊断标准, 证型为气阴两伤; ③年龄 18 ~ 75 岁; ④糖尿病肾病分级不高于 III 级; ⑤对涉及药物无过敏反应。

排除标准: ①妊娠期糖尿病; ②非糖尿病所致肾功能衰竭; ③合并糖尿病酮症酸中毒、糖尿病非酮症性高渗性昏迷等糖尿病急性并发症; ④合并甲状腺亢进等其他内分泌紊乱性疾病; ⑤合并尿蛋白增多症状; ⑥合并恶性肿瘤或其他终末期疾病, 预计生存期低于 2 年; ⑦入组前 1 个月内服用过他汀类调脂药、胰岛素增敏剂、激素类药物。

退出标准: ①用药依从性差或病历资料缺失; ②自行退出; ③入组后加入其他临床研究; ④治疗期间出现严重不良事件; ⑤未按时到院复查或随访时失联。

1.3 方法

对三组患者实施常规治疗, 包括: 常规饮食指导、运动指导及血糖监测。同时予以胰岛素 [生产企业: 诺和诺德(中国)制药有限公司, 国药准字 S20133006, 规格: 100 U × 3 mL] 进行血糖控制, 用餐前 1 h 皮下注射, 用量根据患者血糖控制情况而定。

西药组予以患者厄贝沙坦片(生产企业: 浙江海正药业股份有限公司, 国药准字 H20000516, 规格: 150 mg) 进行降压及治疗, 口服, 150 mg/次, 1 次/d。

中药组予以患者益气养阴、清热活血中药加减方进行治疗, 主方为生黄芪 45 g, 赤芍 30 g, 茯苓 30 g, 党参 30 g, 白术 30 g, 山药 30 g, 丹参 20 g, 淫羊藿 20 g, 桃仁 20 g, 生地黄 20 g, 山茱萸 20 g, 生大黄 15 g, 枸杞子 15 g, 牡丹皮 10 g, 黄连 10 g, 川芎 10 g, 黄芩 10 g, 黄精 10 g, 红花 9 g。针对患者合并症状, 进行处方加减: 针对合并头晕耳鸣者加钩藤 30 g、菊花 15 g; 合并尿频尿黄者加茅根 10 g、黄柏 15 g; 合并湿热症状者加蒲公英 20 g、车前草 15 g; 合并湿浊症状者加佩兰 10 g、陈皮 8 g, 并后下砂仁 10 g; 合并水气者另加泽泻 30 g、猪苓 20 g。根据处方抓药, 加 1 000 mL 水煎煮, 浓缩至 300 mL, 1 剂/d, 分早晚服用。

联合组予以厄贝沙坦片联合益气养阴清热活血加减方治疗, 用药方法及用量同上。

对三组均进行为期 3 个月治疗。

1.4 观察指标

1.4.1 实验室检测指标

治疗前后, 采集患者清晨空腹静脉血, 经离心后取上清液采用酶联免疫吸附法进行检查, 检查分为血糖、血脂两个方面, 其中血糖指标包括空腹血糖(FPG)、餐后 2h 血糖(2hPG)、糖化血红蛋白(HbA_{1c}), 参考范围分别为 3.9 ~ 6.1 mmol/L、3.9 ~ 7.8 mmol/L、4% ~ 6%; 血脂指标包括甘油三酯

(TG)、总胆固醇(TC)及低密度脂蛋白(LDL), 参考范围分别为: 0.45 ~ 1.69 mmol/L、2.9 ~ 6.0 mmol/L、2.07 ~ 3.37 mmol/L。然后, 采集患者晨尿样本, 采用酶联免疫吸附法检测肾功能指标, 包括尿微量白蛋白(UAER)(生产企业: 上海联祖生物科技有限公司, 批号: LZ-H93323)、 β_2 微球蛋白(β_2 -MG)(生产企业: 湖北新德晟材料科技有限公司, 批号: CP02-DF060)。

1.4.2 中医证候积分

治疗前后, 根据中医证候积分法, 将倦怠乏力、多食易饥、口渴喜饮、口干咽燥、手足心热、夜尿频多、小便量少、尿少色黄、水肿、失眠作为主要症状, 对症状程度(无、轻、中、重)分别予以 0 分、2 分、4 分、6 分评分; 将气短懒言、心烦、心悸、腰背痛、胸胁痛、肢体麻木、肢体疼痛、脉络瘀血、肌肤甲错、皮肤瘙痒作为次要症状, 对症状程度(无、轻、中、重)分别予以 0 分、1 分、2 分、3 分评分^[6]。评估总分为 90 分, 分数越高表明患者中医症状越严重。

1.4.3 临床疗效评估标准

①显效, 治疗后临床症状消失, UAER 降低 $\geq 50\%$ 或已达到正常水平; ②有效, 治疗后临床症状明显改善, UAER 降低 $\geq 10\%$ 但 $< 50\%$; ③无效, 治疗后临床症状、UAER、血糖均未改善^[7]。总有效率 = (显效 + 有效) 例数 / 总例数 × 100%。

1.4.4 不良反应

统计三组患者治疗期间恶心呕吐、低血压等不良反应的发生频率, 不良反应发生率 = 不良反应发生例数 / 总例数 × 100%。

1.5 统计学分析

采用 SPSS 22.0 统计学软件进行数据分析, 计数资料采用 $[n(\%)]$ 表示, 并行 χ^2 检验; 计量资料采用 $(\bar{x} \pm s)$ 表示, 并行 t 检验。 $P < 0.05$ 表示差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 三组实验室检测指标比较

治疗后, 三组各项血糖、血脂、肾功能指标水平均低于治疗前, 三组中联合组低于西药组和中药组 ($P < 0.05$), 但西药组与中药组比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。见表 1。

2.2 三组中医证候积分比较

治疗后, 三组中医证候积分均低于治疗前, 且联合组低于西药组 ($P < 0.05$), 但西药组相比中药组、中药组相比联合组, 差异均无统计学意义 ($P > 0.05$)。见表 2。

2.3 三组治疗效果比较

治疗后, 西药组与中药组早期 DN 治疗总有效率相近, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$); 联合组早期 DN 治疗总有效率高于西药组和中药组 ($P < 0.05$)。见表 3。

2.4 三组不良反应发生情况比较

用药期间, 西药组内发生恶心呕吐、低血压各 1 例, 中药组内发生恶心呕吐患者 1 例, 联合组发生低血压患者 1 例, 三组不良反应发生率分别为 9.09% (2/22)、4.35% (1/23)、8.70% (2/23), 组间相比, 差异无统计学意义 (西

表 1 三组血糖、血脂、尿蛋白排泄率及 β_2 -MG 比较

($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	血糖			血脂			肾功能	
		FPG(mmol/L)	2 hPG(mmol/L)	HbA _{1c} (%)	TG(mmol/L)	TC(mmol/L)	LDL(mmol/L)	UAER(mg/d)	β_2 -MG(mg/L)
治疗前									
西药组	22	9.81 ± 0.67	13.37 ± 1.29	8.89 ± 0.77	5.39 ± 0.76	0.91 ± 0.30	3.51 ± 1.02	143.51 ± 60.45	1.49 ± 0.60
中药组	23	10.22 ± 0.73	13.64 ± 1.21	9.14 ± 0.62	5.43 ± 0.77	0.93 ± 0.28	3.49 ± 1.12	144.03 ± 57.35	1.50 ± 0.51
联合组	23	10.14 ± 0.68	14.09 ± 1.30	9.06 ± 0.73	5.40 ± 0.69	0.92 ± 0.25	3.52 ± 1.06	146.78 ± 62.83	1.48 ± 0.55
	<i>t/P^a</i>	1.960/0.056	0.724/0.472	1.202/0.235	0.175/0.861	0.231/0.818	0.062/0.950	0.029/0.976	0.060/0.952
	<i>t/P^b</i>	1.639/0.108	1.864/0.069	0.760/0.451	0.046/0.963	0.121/0.903	0.032/0.974	0.177/0.859	0.058/0.953
	<i>t/P^c</i>	0.384/0.702	1.215/0.230	0.400/0.690	0.139/0.890	0.127/0.898	0.093/0.926	0.155/0.877	0.127/0.898
治疗后									
西药组	22	7.14 ± 0.32 [*]	8.36 ± 0.61 [*]	7.01 ± 0.42 [*]	4.70 ± 0.54 [*]	0.94 ± 0.22 [*]	3.10 ± 0.53 [*]	85.98 ± 41.36 [*]	0.96 ± 0.46 [*]
中药组	23	6.95 ± 0.46 [*]	8.18 ± 0.57 [*]	6.94 ± 0.52 [*]	4.76 ± 0.47 [*]	0.93 ± 0.21 [*]	3.08 ± 0.55 [*]	79.83 ± 36.72 [*]	0.91 ± 0.37 [*]
联合组	23	6.12 ± 0.33 [*]	7.74 ± 0.51 [*]	6.60 ± 0.40 [*]	4.01 ± 0.35 [*]	1.15 ± 0.31 [*]	2.52 ± 0.73 [*]	62.13 ± 18.66 [*]	0.70 ± 0.23 [*]
	<i>t/P^a</i>	1.601/0.116	1.023/0.311	0.495/0.622	0.398/0.692	0.156/0.876	0.124/0.901	0.528/0.600	0.402/0.689
	<i>t/P^b</i>	10.519/<0.001	3.524/0.001	3.354/0.001	5.109/<0.001	2.609/0.012	3.038/0.004	2.512/0.015	2.414/0.020
	<i>t/P^c</i>	7.031/<0.001	2.617/0.012	2.485/0.016	6.137/<0.001	2.817/0.007	3.083/0.003	2.060/0.045	2.424/0.019

注:与治疗前比较,^{*}*P*<0.05; ^a代表西药组与中药组比较,^b代表西药组与联合组比较,^c代表中药组与联合组比较。

组与中药组比较: $\chi^2=0.406, P=0.523$; 西医组与联合组比较: $\chi^2=0.002, P=0.962$; 中药组与联合组比较: $\chi^2=0.356, P=0.550$ 。三组用药期间不良反应在经过对应干预后,均得到有效干预并恢复正常。

表 2 中医证候积分的对比 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	中医证候积分	
		治疗前	治疗后
西药组	22	34.08 ± 5.03	17.95 ± 8.31 [*]
中药组	23	33.41 ± 4.92	14.61 ± 7.92 [*]
联合组	23	33.84 ± 5.14	10.51 ± 6.74 [*]
	<i>t/P^a</i>	0.451/0.653	1.380/0.174
	<i>t/P^b</i>	0.158/0.875	3.305/0.001
	<i>t/P^c</i>	0.289/0.773	7.890/0.065

注:与治疗前比较,^{*}*P*<0.05; ^a代表西药组与中药组比较,^b代表西药组与联合组比较,^c代表中药组与联合组比较。

表 3 三组早期 DN 疗效比较 [*n*(%)]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率
西药组	22	6(27.27)	5(22.73)	11(50.00)	11(50.00)
中药组	23	8(34.78)	6(26.09)	9(39.13)	14(60.87)
联合组	23	11(47.83)	9(39.13)	3(13.04)	20(86.96)
	χ^2/Pa				0.538/0.463
	χ^2/Pb				7.165/0.007
	χ^2/Pc				4.058/0.043

注:^a代表西药组与中药组比较,^b代表西药组与联合组比较,^c代表中药组与联合组比较。

3 讨论

糖尿病对患者的影响不仅限于终身用药,其最大的影响在于易诱发多种危重症并发症,其中 DN 便是发病率及致死率均较高的并发症之一,主要以微血管受损为主要临床表现,同时也属于慢性肾病之一^[8-9]。以往临床上主要采用降血糖、降血压等药物进行治疗,通过调控 DN 患者血糖及血脂水平降低对肾功能的损害,但疗效并不理想,无法完全、有效地阻止病情的发展。此时,中医治疗 DN 的疗效在临床中得到证实,并成为相关临床研究的重点方向。

在中医学中, DN 无具体的对应名称,但依据患者的临床症状及表现,可纳入“中消”“水肿”等范畴,多数中医学者认为 DN 的病位在肾,以气阴两虚、肾络阻滞为主,为气阴亏虚至肾体虚损、劳伤。因此,在早期 DN 治疗中,中医学多以益气养阴、气阴两伤、清热解毒、活血化瘀为主^[10-11]。在本研究所用益气养阴、清热活血中药方中,生黄芪为君药,可益气固表、补气升阳,为固表敛阴的首选用药。从现代药理学分析,该药中黄芪以皂甙、多糖等为主要有效成分,可起到增强免疫力、降血压、降血糖的作用,同时还能通过促进血清干细胞生长因子的生成缓解肾脏细胞的损伤;茯苓、山药均归肾经,分别可用于水肿尿少、虚热消渴治疗;赤芍、黄连、牡丹皮、桃仁可活血通络、益气养阴;此外,丹参凉血消痈、淫羊藿益精气、党参补中益气、丹参燥湿利水,其与西药联用,可起到益气养阴、清热活血之功效^[12]。本研究中,三组血糖、血脂、肾功能指标在治疗后均得到改善,提示三种用药方式均可获得治疗效果,对比之下西药组和中药组基本相同但改善效果均低于联合组,推断中西医结合治疗在改善患者血糖、血脂调控及肾功能方面均更为优秀。此外,本研究从中医证候积

分、早期 DN 疗效方面对比发现,西药组与中药组基本相同,且均以联合组更为理想。推断虽然西医与中医在治疗理论方面有所差异,但在疗效方面基本一致。

综上所述,在 DN 患者的临床治疗中,单纯益气养阴、清热活血中药治疗与单纯西药治疗比较,在血糖、血脂及肾功能改善方面效果相似,二者在 DN 治疗效果方面基本相同,但在中医临床症状改善方面中药治疗效果更理想。同时,益气养阴、清热活血中药与西药联合应用在血糖、血脂、肾功能改善及治疗效果方面均优于单独使用。此外,三种疗法均具有较高的安全性,临床推荐使用益气养阴、清热活血中药联合西药进行治疗。

参考文献

- [1] 石彩凤,周阳,杨俊伟.糖尿病肾病早期诊断生物标志物的研究进展[J].中国医药,2021,16(8):1254-1257.
- [2] 莫梓沂,刘畅,薛世圆,等.糖尿病肾病发病机制及治疗的研究进展[J].局解手术学杂志,2021,30(12):1093-1098.
- [3] 郑晓东,张娜娜,冯燕.五运六气方药治疗糖尿病肾病的临床效果[J].中国医药导报,2021,18(24):64-67.
- [4] 中国医学会糖尿病学分会.中国2型糖尿病防治指南(2013年版)[J].中国医学前沿杂志(电子版),2015,7(3):26-89.
- [5] 中华人民共和国卫生部.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,2002:383-386.
- [6] 牟新,赵进喜.糖尿病肾病中医证候量表的条目初筛[J].中国中西医结合肾病杂志,2011,12(1):47-49.
- [7] 杜世拔,李国政,卢微媛,等.健脾固肾方联合常规治疗对脾肾亏虚型早期糖尿病肾病患者的临床疗效[J].中成药,2021,43(3):649-653.
- [8] 何霁,孙娜,袁宁,等.外周血SFRP1、SAA检测在早期糖尿病肾病诊断中的价值[J].国际检验医学杂志,2021,42(4):493-496.
- [9] 楚鑫慈,宋立群,负捷,等.糖尿病肾病的治疗现状浅析[J].中国临床保健杂志,2021,24(1):140-144.
- [10] 杜晓妹,王琳.中医药治疗糖尿病肾病的研究进展[J].现代中西医结合杂志,2020,29(23):2615-2619.
- [11] 李妍希,向少伟.中医药治疗糖尿病肾病的研究进展[J].西南国防医药,2020,30(1):53-55.
- [12] 王平,宋华静,于文武,等.益气养阴清热活血汤对早期糖尿病肾病的临床应用价值及对超敏C反应蛋白、尿白蛋白排泄率的影响分析[J].糖尿病新世界,2022,24(5):23-28.

真武汤加减治疗阳虚水泛型慢性心力衰竭的效果分析

江建军

(泗洪县中医院脑病科,江苏 宿迁,223900)

摘要:目的 观察分析真武汤加减治疗阳虚水泛型慢性心力衰竭的临床效果。方法 选择2020年1月—2022年1月在泗洪县中医院就诊的60例阳虚水泛型慢性心力衰竭患者为研究对象,随机分为对照组与研究组,每组30例。两组均给予常规西药方案治疗,研究组以此为基础加用真武汤加减治疗,治疗结束后,比较临床疗效、中医证候积分与血浆NT-proBNP水平。结果 研究组总有效率显著高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。治疗前,两组心悸、气短、下肢水肿、全身发冷、腹胀、咳嗽积分比较,差异无统计学意义($P > 0.05$);两组治疗14d后,上述中医证候积分均显著降低,且研究组上述中医证候积分均显著低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。治疗前,两组血浆NT-proBNP水平比较,差异无统计学意义($P > 0.05$);治疗14d后,两组血浆NT-proBNP水平均显著降低,且研究组显著低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论 真武汤加减治疗阳虚水泛型慢性心力衰竭可获得良好的疗效,有助于缓解患者临床症状,改善其心功能。

关键词:真武汤加减;慢性心力衰竭;阳虚水泛型;慢性心力衰竭;中医证候;血浆NT-proBNP

中图分类号:R259 **文献标识码:**A **文章编号:**1009-8011(2023)-07-0034-04

慢性心力衰竭是一种由心脏功能或结构异常,导致心室充盈能力或射血能力受损所引起的临床综合征。西医主要采用强心剂、利尿剂以及血管扩张剂等药物治疗该病患者,以达到缓解呼吸困难及水肿症状、抑制心肌重塑、改善患者预后等目的,但往往难以获得满意的疗效。中医将慢性心力衰竭的病机

归为气血两虚,使脏腑功能失调,以致心失所养、血脉瘀阻,其常见证型为阳虚水泛型^[1]。真武汤来源于张仲景的《伤寒论》,具有温阳、利水、祛湿之功效。近年来,临床将真武汤用于治疗肺源性心脏病等心脏疾病,获得良好应用效果^[2]。但用该方治疗阳虚水泛型慢性心力衰竭的研究,临床报道相对较少。基于此,本研究回顾性选取在泗洪县中医院诊治的60例阳虚水泛型慢性心力衰竭患者为研究对象,根据不同治疗方法进行分

作者简介:江建军(1983—),男,汉族,籍贯:安徽省安庆市,本科,副主任中医师,研究方向:中医内科心病方向。