

中药足浴辅助治疗糖尿病肾病的疗效观察

黄菊,陈风和

(衡阳市中医医院肾病科,湖南 衡阳 421001)

摘要: **目的** 观察中药足浴辅助治疗糖尿病肾病的疗效。 **方法** 通过前瞻性研究或回顾性分析,将 40 例糖尿病肾病患者分成试验组和对照组,每组 20 例,试验组在常规治疗的基础上进行 20 天的中药足浴辅助治疗,对照组仅接受常规治疗。测量患者治疗前后的血清肌酐(Scr)、尿素氮(BUN)、24 h 尿蛋白定量及中医症候积分等指标并观察其疗效。 **结果** 两组治疗后的 BUN、Scr 和 24 h 尿蛋白定量均比治疗前下降,治疗后试验组的 BUN、Scr 和 24 h 尿蛋白定量均低于对照组,差异均有显著性($P < 0.05$);试验组治疗后证候积分低于治疗前,也明显低于对照组,差异均有显著性($P < 0.01$);治疗组总有效率(80%)优于对照组(40%),差异有显著性($P < 0.05$)。 **结论** 中药足浴辅助治疗糖尿病肾病疗效显著。

关键词: 中药足浴; 糖尿病肾病; 辅助治疗

中图分类号: R256.54 **文献标识码:** B

糖尿病肾病(Diabetic Nephropathy, DN)是最常见的糖尿病微血管并发症和糖尿病患者最重要的死因之一^[1]。在西方, DN 占终末期肾病的 25% ~ 42%^[2],因 DN 导致尿毒症死亡者占糖尿病人的 27% ~ 31%^[3]。近年来我国糖尿病(Diabetes Mellitus, DM)发病率也不断上升,居世界第二位^[4],由此发展而来的 DN 发生率也显著提高。因此,寻求治疗 DN 的有效方法是全世界医学界面临的一个重要问题。本研究在常规治疗的基础上采用中药足浴治疗 DN 取得较好的疗效,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本试验经本院伦理学委员会批准,并经过受试者同意进行。研究对象为衡阳市中医医院 2012 年 6 月 ~ 2013 年 4 月期间肾内科就诊的门诊及住院患者 40 例,通过前瞻性研究或回顾性分析,将符合纳入标准的人选病例分为对照组和治疗组各 20 例。纳入标准:按西医诊断为早期糖尿病肾病,中医辨证符合气阴两虚、络脉瘀结者,性别不限,年龄 18 ~ 60 岁。排除标准:①合并有心、脑、肝和造血系统等严重原发性

疾病者;②过敏体质或对多种药物过敏者;③进行过透析治疗或肾移植的患者;④血色素(HGB) < 60 g/L 或伴重度心衰,严重心率失常、严重感染或血压 $\geq 180/110$ mmHg;⑤妊娠或哺乳期妇女;精神病患者不能合作者;⑥足底、趾甲、趾间皮肤有破损、红肿、溃疡和坏死等情况不宜做足浴治疗者;⑦近两周来使用了其他改善肾功能的中西药物者。对照组男 12 例,女 8 例,年龄 46 ~ 60 岁,平均 53 岁,糖尿病病程 6.3 ~ 15.6 年,平均 9.5 年,尿素氮(Blood Urea Nitrogen, BUN) 13.7 ± 1.3 mmol/mL,血清肌酐(Serum Creatinine, Scr) 183.7 ± 21.2 μ mol/mL,24 h 尿蛋白定量 3.67 ± 2.65 g;试验组男 11 例,女 9 例,年龄 45 ~ 60 岁,平均 55.3 岁,糖尿病病程 5.7 ~ 16.4 年,平均 9.7 年, BUN 12.5 ± 2.9 mmol/mL, Scr 188.4 ± 20.6 μ mol/mL, 24 h 尿蛋白定量 3.58 ± 3.2 g。两组临床资料经统计学处理差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准 (1)2 型糖尿病诊断:按世界卫生组织(World Health Organization, WHO)(1999)糖尿病诊断标准^[5]; (2)糖尿病肾病(DN)诊断、分期:按照 Mongensen 诊断分期标准,早期 DN 即 Mongensen 分期的 III 期(3 个月内尿检查连续两次尿白蛋白排泄率为 20 ~ 200 μ g/min 或 30 ~ 300 g/24 h),并排除原发性高血压、心力衰竭、急、慢性肾小球肾炎、泌尿系结石、泌尿系感染、酮症酸中毒以及发热等影响尿蛋白定性检查的因素。

1.2.2 中医辨证标准 参照 1992 年中华中药学会糖尿病专业委员会第三次大会通过的《消渴病中医分期辨证与疗效评定标准》进行辨证分型^[6]:①主证:小便混浊,畏寒肢冷,尿频、量多。②次证:倦怠乏力,腰膝冷痛,脘腹胀满,食少纳呆,大便不实,或下肢水肿。③舌脉:舌质淡,或有齿痕,脉沉无力。

1.3 方法

两组均给予基础治疗,营养治疗包括低蛋白、低磷饮食和高维生素饮食,限制每日摄入热能,每日监测血糖;维持原有降糖治疗包括口服降糖药治疗,首选胰岛素治疗,要求患者餐前血糖控制在 4.4 ~ 6.1 mmol/mL,餐后血糖控制在 4.4 ~ 8.0 mmol/mL 和糖化血红蛋白控制在 7.0% 以下。对症治疗包括纠正酸中毒和电解质紊乱等处理,同时进行足浴治疗。对照组采用温水足浴,试验组在对照组的基础上给予中药足浴。用药处方:麻黄 10 g,桂枝 15 g,羌活 15 g,细辛 5 g,黄芪 30 g、白术 10 g,茯苓 10 g、川芎 10 g,丹参 30 g,当归 10 g,苦参 30 g,黄柏10 g,地肤子 20 g。由医院煎药房统一煎制,取汤剂500 mL,加入热水至 3 L,使水温降至约 40 ℃,嘱患者将双足浸入水中,水面在踝关节 10 cm 以上,适应后维持水温在 40 ~ 45 ℃,以患者出汗为度。共浸泡 20 ~ 30 min,汗后静卧,每日 1 次,20 天为 1 个疗程。空腹及饭后 30 min 内不宜立刻行足浴治疗。两组患者均在其治疗前,治疗后每 5 天检测各项观察指标。按时通知门诊患者到医院进行治疗与检测,并做好记录。

1.4 观察指标及有效标准

1.4.1 观察指标 血清肌酐 (SCr)、尿素氮

(BUN)、24 h 尿蛋白定量、中医症候积分及疗效。对主要症状采取半定量等级计分评价方法^[7],分为无、轻、中、重四级,主证分别记 0、2、4、6 分,次证分别记 0、1、2、3 分,舌象、脉象不记入积分中。

1.4.2 疗效判定标准 参照《中药新药临床研究指导原则》的“慢性肾衰疗效评定标准”进行疗效判定^[6]。显效:蛋白尿较治疗前减少 50% 以上,肾功能检查基本正常,尿素氮在正常范围,血脂、血糖接近正常,中医证候积分较治疗前减少 ≥ 70%;有效:蛋白尿较治疗前减少但达不到 50%,肾功能检查较治疗前好转,尿素氮轻度升高,血脂、血糖较前有明显改善,中医证候积分较治疗前减少 ≥ 30% 但 < 70%;无效:上述治疗指标达不到有效标准,中医证候积分较治疗前减少 < 30%。

1.5 统计学方法

采用 SPSS18.0 统计软件进行统计学分析,计量资料用 *t* 检验,计数资料用 χ^2 检验,等级资料用 Ridit 检验。

2 结 果

2.1 两组治疗前后肾功能变化情况比较

试验组治疗后的 BUN、SCr 和 24 h 尿蛋白定量比治疗前均有下降,差异有统计学意义($P < 0.01$);对照组治疗后的 BUN、SCr 比治疗前均有下降,差异有统计学意义($P < 0.05$);治疗后试验组的 BUN、SCr 和 24 h 尿蛋白定量均低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.01$),见表 1。

表 1 两组治疗前后肾功能指标比较

组别	BUN (mmol/mL)			<i>t</i> 值	SCr (μmol/mL)			<i>t</i> 值	24 h 尿蛋白定量 (g)			<i>t</i> 值
	治疗前	治疗后			治疗前	治疗后			治疗前	治疗后		
试验组	12.5 ± 2.9	7.6 ± 1.4		-6.8	188.4 ± 20.6	125.2 ± 26.4		-8.4	3.58 ± 3.2	0.58 ± 0.38		-4.1
对照组	13.7 ± 1.3	11.3 ± 3.0		-3.2	183.7 ± 21.2	145.4 ± 17.4		-6.2	3.67 ± 2.65	2.69 ± 1.32		-1.4
<i>t</i> 值	1.6	4.9			-0.7	2.8			0.09	6.8		

2.2 两组治疗后总体疗效比较

试验组总有效率明显高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$),见表 2。

2.3 两组治疗前后中医证候积分比较

试验组治疗后证候积分低于治疗前,差异有统计学意义($P < 0.01$);对照组治疗后证候积分低于治疗前,但差异无统计学意义($P > 0.05$);治疗后试

表 2 两组治疗后总体疗效比较 (例,%)

组别	<i>n</i>	显效	有效	无效	总有效率 (%)
试验组	20	2 (10.0)	14 (70.0)	4 (20.0)	80.0
对照组	20	0 (0.0)	8 (40.0)	12 (60.0)	40.0

验组证候积分明显低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.01$),见表 3。

表 3 两组治疗前后中医证候积分比较(分)

组别	n	治疗前	治疗后	t 值
试验组	20	24.35 ± 3.38	16.95 ± 1.47 ^a	-8.9
对照组	20	24.20 ± 2.84	22.50 ± 2.63	-1.9

与对照组比较,a:P<0.01

3 讨 论

糖尿病肾病为消渴病的继发病证,《诸病源候论》中指出:消渴“其久病变,或发痈疽,或成水疾”;《圣济总录》云:“消渴病久,肾受伤,肾主水,肾气虚衰,气化失常,开阖不利,水流聚于体内而出现水肿”;可以看出糖尿病肾病是消渴病日久所致^[1]。糖尿病肾病治疗的关键是在于活血化瘀,同时强调软坚散结,防止疾病不断发展进入尿毒症、关格危候;因此应重视化癖散结、化浊解毒,以保护肾功能为要务。

中药足浴是通过药物对足底穴位的刺激和渗透作用,促进气血运行、通络化瘀、调理阴阳以治疗 DN 的一种中医外治疗法^[8]。局部穴位的直接刺激可扩张肾血管,加速血流,改善病变肾小球结节的微循环,加速新陈代谢,带走肾脏内代谢产物与破坏性物质,达到祛瘀保肾的作用;同时药物的气味可通过皮肤、肌腠、经脉入肾脏,刺激肾脏,促进肾脏功能恢复,且中药足浴药物不经胃肠破坏,不增加肾脏负担,无不良反应,经济安全。

本足浴方剂中桂枝温经散寒,麻黄具有解表行水消肿的功效;茯苓健脾利水消肿;黄芪、白术健脾补气、利水消肿;黄柏、苦参清热解毒、燥湿止痒;川芎、丹参、当归活血通经化瘀;全方共奏温经散寒、利水消肿、活血通经、解毒止痒之功。现代药理证实,桂枝具有扩张血管、促进发汗、镇痛抗菌之效^[6];黄

芪、白术、茯苓等改善糖代谢,减少蛋白尿;地肤子除湿利尿,有益精强阴之效;川芎、丹参、当归等活血化瘀,改善血液高凝状态,促进血液循环,抑制血小板粘附、聚集,并可减轻肾小球损伤等。诸药合用,寒热并用、通补兼施、气血并调,脾肾兼顾,共奏益肾补督、补脾益气、养血活血、解毒泻浊、化瘀生新,收到了较好的疗效。

从本研究可以看出采用中药足浴法治疗早期 DN,能够明显改善临床症状和肾功能、减少蛋白尿,其疗效明显优于对照组,结果表明该方法在糖尿病肾病治疗中具有独特优势,值得在临床推广应用。

参考文献:

[1] 邓德强,张剑荣,周江,等. 中西医结合治疗糖尿病肾病肾功能不全代偿期的临床观察[J]. 中西医结合研究,2009,1:32-34.

[2] Kikkawa R, Koya D, Haneda M. Progression of diabetic nephropathy[J]. Am J Kidney Dis,2003,41(3): 19-21.

[3] Wild S, Roglic G, Green A, et al. Global prevalence of diabetes for the year 2000 and projections for 2030[J]. Diabetes care,2004,27(5): 1047-1053.

[4] 孙伟,何伟明. 糖尿病肾病蛋白尿的中医药治疗体会[J]. 江苏中医,2002,23(5):18.

[5] 姚旭英,史耀勋,王泽生,等. 中药足浴法治疗早期糖尿病肾病的临床观察及护理[J]. 中国民间疗法,2011,19(4): 23-24.

[6] 中华人民共和国卫生部. 中药新药临床研究指导原则[S]. 北京:中国医药科技出版社,1995:145-147.

[7] 张永玲,王保和. 中医证候临床疗效评价方法研究进展[J]. 山东中医药大学学报,2010,34(5):463-465.

[8] 谢利. 中药浴足疗法在内科的临床应用及机理研究进展[J]. 甘肃中医,2007,20(2):60-62.

(此文编辑:蒋湘莲)