

真武汤合桂枝茯苓丸治疗水瘀互结型糖尿病肾病的临床研究

尹雪童

(乌鲁木齐市中医医院 830000)

摘要: 目的: 观察对水瘀互结型糖尿病肾病患者施以桂枝茯苓丸+真武汤中药治疗的效果。方法: 观察对象选择于 2021.6~2022.6 就诊于我院的水瘀互结型糖尿病肾病 86 例, 随机抽签法施以分组观察, 施以西医常规治疗的 43 例患者分入对照组, 施以西医+桂枝茯苓丸+真武汤治疗的 43 例患者分入治疗组, 对比和观察治疗效果。结果: 与对照组对比, 临床疗效治疗组明显较好 ($P<0.05$); 肾功能指标 2 组治疗前比较 ($P>0.05$); 与对照组比较, 肾功能指标(血肌酐、血尿素氮、24h 微量白蛋白) 治疗后治疗组明显更佳 ($P<0.05$); 血糖水平 2 组治疗前比较 ($P>0.05$); 与对照组比较, 血糖水平治疗后治疗组明显更佳 ($P<0.05$); 中医症候评分 2 组治疗前比较 ($P>0.05$); 与对照组比较, 中医症候(面浮肢肿、便溏、腰肢酸痛、畏寒) 评分治疗后治疗组明显更佳 ($P<0.05$)。结论: 对水瘀互结型糖尿病肾病患者施以桂枝茯苓丸+真武汤中药治疗效果突出, 在临床疗效、肾功能、血糖水平、中医症候方面优势明显, 建议推广。

关键词: 水瘀互结型糖尿病肾病; 桂枝茯苓丸; 真武汤

糖尿病在临床上作为一种常见的内分泌疾病, 伴随病情进展会导致各种并发症发生, 其中糖尿病肾病为一种常见的并发症, 为微血管病变, 对患者生命安全造成严重的威胁^[1]。糖尿病肾病特征为肾功能进行性丧失、水肿、高血压、大量蛋白尿等^[2]。该病在临床上发病机制并不确定。常规治疗方式为西药治疗, 但是长期应用存在副作用问题。伴随近些年来中医药治疗的优势越来越明显, 为该病治疗提供了支持。糖尿病肾病在中医上分为四个证型, 即肾虚血瘀型、水瘀互结型、气滞血瘀型、气虚血瘀型, 其中常见的证型为水瘀互结型。本研究选择此证型的患者 86 例进行分组研究, 对桂枝茯苓丸+真武汤治疗效果进行分析, 结果如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

观察对象选择于 2021.6~2022.6 就诊于我院的水瘀互结型糖尿病肾病 86 例, 纳入标准: ①临床上明确诊断为糖尿病肾病, 且为水瘀互结型, 临床症状为倦怠乏力、畏寒肢冷、下肢肿胀、腰痛、颜面浮肿、苔薄白、脉沉细涩; ②患者和家属均对本研究知情, 配合度高。排除标准: ①哺乳期和妊娠期者; ②1 型糖尿病患者; ③其他糖尿病并发症者; ④其他严重疾病; ⑤因各种原因而无法配合研究者。随机抽签法施以分组观察, 施以西医常规治疗的 43 例患者分入对照组, 年龄: (44.15 ± 3.35) 岁 (30~75 岁), 性别: 23 例男, 20 例女, 糖尿病病程: (6.25 ± 1.35) 年 (3~15 年); 施以西医+桂枝茯苓丸+真武汤治疗的 43 例患者分入治疗组, 年龄: (45.01 ± 3.46) 岁 (31~76 岁), 性别: 24 例男, 19 例女, 糖尿病病程: (6.32 ± 1.38) 年 (4~15 年)。统计研究可比性: 经统计 2 组表明 $P>0.05$, 比较研究可开展。

表 1 临床疗效比较[n(%)]

组别	例数	临床控制	显效	有效	无效	总有效率
治疗组	43	14 (32.56)	18 (41.86)	8 (18.60)	3 (6.98)	40 (93.02)
对照组	43	10 (23.26)	11 (25.58)	9 (20.93)	13 (30.23)	30 (69.77)
χ^2						7.679
P						0.006

2.2 对比肾功能指标

肾功能指标 2 组治疗前比较 ($P>0.05$); 与对照组比较, 肾功能指标(血肌酐、血尿素氮、24h 微量白蛋白) 治疗后治疗组明显更佳 ($P<0.05$)。

2.3 对比血糖水平

血糖水平 2 组治疗前比较 ($P>0.05$); 与对照组比较, 血糖水平治疗后治疗组明显更佳 ($P<0.05$)。

2.4 对比中医症候评分

中医症候评分治疗前 2 组比较 ($P>0.05$); 与对照组比较, 中医症候(面浮肢肿、便溏、腰肢酸痛、畏寒) 评分治疗后治疗组明显更佳 ($P<0.05$)。

1.2 方法

对照组的治疗方法为西药常规治疗, 依据患者症状施以消肿、降糖等对症治疗。

治疗组则与此同时施以桂枝茯苓丸+真武汤治疗, 组方具体为: 桂枝 10g、桃仁 10g、丹皮 10g、白术 10g、制附子 10g、芍药 10g、生姜 10g、茯苓 20g, 其中制附子要先煎, 用水煎制, 200mL/剂, 100mL/次, 2 次/d。

1.3 观察指标

对比临床疗效, 判断依据: 经治疗患者临床症状均消失, 24h 尿蛋白定量基本正常为临床控制; 经治疗患者临床症状改善明显, 24h 尿蛋白含量 $>50\%$ 降低为显效; 经治疗患者临床症状有所改善, 24h 尿蛋白含量 $<50\%$ 降低为有效; 以上标准未达到判断为无效, 临床控制率+显效率+有效率=总有效率; 对比肾功能指标, 血肌酐、血尿素氮、24h 微量白蛋白; 对比血糖水平, 即空腹、餐后 2h 血糖; 对比中医症候评分, 主要包括面浮肢肿、便溏、腰肢酸痛、畏寒, 分数越低越好。

1.4 统计学方法

SPSS23.0 对数据施以处理, t 验证 ($\bar{x} \pm s$) 计量数据, 与正态分析相符, χ^2 验证[n(%)]计数数据, $P<0.05$ 为统计学意义, 差异明显。

2 结果

2.1 对比临床疗效

与对照组对比, 临床疗效治疗组明显较好 ($P<0.05$)。

表 2 肾功能指标比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	血肌酐 ($\mu\text{mol/L}$)		血尿素氮 (mmol/L)		24h 微量白蛋白 (mg)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
治疗组	43	111.58 ± 2.76	76.55 ± 1.30	8.26 ± 0.76	5.95 ± 0.32	0.87 ± 0.05	0.22 ± 0.01
对照组	43	111.35 ± 1.85	93.18 ± 1.50	8.35 ± 0.74	6.90 ± 0.80	0.88 ± 0.04	0.40 ± 0.04
t		0.454	54.939	0.556	7.230	1.024	28.627
P		0.651	<0.001	0.579	<0.001	0.309	<0.001

表3 血糖水平比较 ($\bar{X} \pm s$, mmol/L)

组别	例数	空腹血糖		餐后 2h 血糖	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
治疗组	43	8.12 ± 1.95	5.56 ± 0.95	13.10 ± 0.86	7.80 ± 1.10
对照组	43	8.16 ± 2.65	6.18 ± 0.32	13.32 ± 0.90	8.20 ± 0.26
t		0.080	4.056	1.159	2.321
P		0.937	<0.001	0.250	0.023

表4 中医症候评分比较 ($\bar{X} \pm s$, 分)

组别	例数	面浮肢肿		便溏		腰肢酸痛		畏寒	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
治疗组	43	3.10 ± 0.95	0.35 ± 0.10	4.75 ± 1.90	1.31 ± 0.76	3.65 ± 1.06	1.10 ± 0.45	2.70 ± 0.48	0.35 ± 0.10
对照组	43	3.15 ± 0.90	1.84 ± 0.50	4.78 ± 1.75	2.79 ± 1.85	3.64 ± 1.05	2.38 ± 1.30	2.72 ± 0.45	1.75 ± 0.45
t		0.251	19.162	0.076	4.852	0.044	6.101	0.199	19.915
P		0.803	<0.001	0.939	<0.001	0.965	<0.001	0.842	<0.001

3 讨论

糖尿病在临床上作为一种发病率较高的疾病类型,主要是由于胰岛素缺陷或胰岛素相对或绝对不足所致的代谢紊乱性疾病,主要表现为碳水化合物、脂肪、蛋白质紊乱^[9]。该病一旦确诊需终生接受治疗,治疗原则为有效控制患者血糖水平,否则长时间高血糖会损伤人体各个器官和组织,导致各种并发症发生,比如肾病、周围神经病变、心脑血管疾病等,其中糖尿病肾病较为常见,该病致病原因尚不确定,一般认为与氧化应激、遗传因素、肾脏血流动力学、蛋白质非酶糖基转化、葡萄糖转运体活性提升、多元醇途径活化等,该病在临床上以西药治疗为主,主要为基因、阿魏酸、抗氧化剂、胰激肽原酶、全糖还原酶抑制剂、阻断剂等药物治疗^[4,5]。但是长期应用西药治疗却会导致不良反应发生,对治疗效果造成影响^[6]。伴随近些年来中医药治疗的优势越来越突出,我院在西医治疗的同时,予以患者真武汤合桂枝茯苓丸治疗,获得了较好的效果。本研究也对中医药治疗的效果进一步观察,结果显示:与对照组(69.77%)对比,临床疗效治疗组(93.02%)明显较好($P < 0.05$);肾功能指标2组治疗前比较($P > 0.05$);与对照组(93.18 ± 1.50) $\mu\text{mol/L}$ 、(6.90 ± 0.80) mmol/L 、(0.40 ± 0.04) mg 比较,肾功能指标(血肌酐、血尿素氮、24h微量白蛋白)治疗后治疗组(76.55 ± 1.30) $\mu\text{mol/L}$ 、(5.95 ± 0.32) mmol/L 、(0.22 ± 0.01) mg 明显较佳($P < 0.05$);血糖水平2组治疗前比较($P > 0.05$);与对照组(6.18 ± 0.32) mmol/L 、(8.20 ± 0.26) mmol/L 比较,血糖水平治疗后治疗组(5.56 ± 0.95) mmol/L 、(7.80 ± 1.10) mmol/L 明显较佳($P < 0.05$);中医症候评分2组治疗前比较($P > 0.05$);与对照组(1.84 ± 0.50)分、(2.79 ± 1.85)分、(2.38 ± 1.30)分、(1.75 ± 0.45)分比较,中医症候(面浮肢肿、便溏、腰肢酸痛、畏寒)评分治疗后治疗组

(0.35 ± 0.10)分、(1.31 ± 0.76)分、(1.10 ± 0.45)分、(0.35 ± 0.10)分明显较佳($P < 0.05$),可见,西医+真武汤合桂枝茯苓丸治疗有效性较高,可有效改善肾功能指标,有效控制患者血糖水平,可减少中医症候评分,此治疗方案可行性较高。获得以上效果的原因:糖尿病肾病在中医上归属范畴为“下消”,中医认为早期致病原因因为肺胃阴虚、脾脾气虚,长期以往会导致肾源气阴两虚,进而导致血行不畅,由于血瘀气滞、因虚致瘀,使消渴加重^[7]。糖尿病以瘀症为依据分为4个证型,即肾虚血瘀型、水瘀互结型、气滞血瘀型、气虚血瘀型,其中最常见类型为水瘀互结型,该型临床症状为血尿、尿少、腰肢酸痛、瘀斑、水肿等^[8]。该病需施以中西医结合治疗可获得较好的效果。真武汤包括白术、附子、芍药、生姜、茯苓,可发挥温肾中阳、燥湿健脾、健脾利水、敛阴和营、健脾和中、温肾化气、温阳化气等功效^[9]。而桂枝茯苓丸主要对血瘀证进行治疗的经典方,中药组方为牡丹皮、桃仁、桂枝,可发挥渗利瘀浊、通经利水、活血祛瘀等作用,桂枝茯苓丸+真武汤联合治疗可发挥通经活络、散瘀、利水、滋阴的作用^[10]。中西医结合治疗可提升临床疗效,且不会增加不良反应,治疗安全性较高,可有效改善患者肾功能,以控制血糖水平,以减轻患者症状,在一定程度上可改善患者生活质量。本研究在一定程度上也存在不足,因取样地点较为单一,病例数相对不足,以横断面研究为主,变量因果关系未阐明,为进一步完善研究,需增加病例选取的随机性,增加病例数,实现多中心研究,并开展量性研究和质性研究,以弥补研究不足,提升研究深度。

综上所述,对水瘀互结型糖尿病肾病患者施以桂枝茯苓丸+真武汤中药治疗效果突出,在临床疗效、肾功能、血糖水平、中医症候方面优势明显,建议推广。

参考文献:

- [1]李露,贺小兰. 桂枝茯苓丸联合真武汤治疗糖尿病肾病性水肿的临床观察[J]. 内蒙古中医药,2020,39(1):22-23.
- [2]王志甫,王心东. 桂枝茯苓丸合真武汤治疗慢性心功能不全心肾阳虚证临床研究[J]. 新中医,2020,52(2):30-33.
- [3]游平平,代莲,柯媛媛,许珈齐. 桂枝茯苓丸联合西药对2型糖尿病患者的影响[J]. 实用中西医结合临床,2021,21(14):20-21,26.
- [4]钟建,陈虹彤,熊冲,等. 基于网络药理学的真武汤治疗糖尿病肾病的潜在机制探索[J]. 中药药理与临床,2020,36(3):77-84,276.
- [5]刘武,丁宁,姜赫,等. 基于网络药理学探讨真武汤治疗糖尿病肾病的作用机制[J]. 海南医学院学报,2021,27(18):1400-1407.
- [6]闫润泽,孙卫卫,王艺,等. 温阳消癥法治疗糖尿病肾病IV期患者疗效观察[J]. 现代中西医结合杂志,2020,29(29):3193-3197,3286.
- [7]陈巧,范少玲,曾嘉,张绍芬. 重组人脑利钠肽联合真武汤治疗糖尿病肾病合并心力衰竭的观察[J]. 基层医学论坛,2021,25(2):262-264.
- [8]郭建辉,周英. 从芍药汤议真武汤在糖尿病肾病中的运用[J]. 糖尿病新世界,2021,24(19):194-198.
- [9]王旭. 真武汤治疗糖尿病肾病机制初步探讨[J]. 中国实用乡村医生杂志,2020,27(11):60-62.
- [10]刘双,胡才理. 真武汤治疗糖尿病肾病的临床效果研究[J]. 中国处方药,2020,18(3):133-135.