

· 临床报道 ·

糖尿病肾病血瘀证的辨证特点及对患者血液流变学影响的观察

宋家瑛

(天津市第一医院 300010)

中图分类号: R 587.2 文献标识码: B 文章编号: 1005-7145(2001) 03-0008-02

1 临床资料

2000 年 2 月至 2001 年 2 月选自本院 Ⅱ型糖尿病患者 90 人,符合 1985 年 WHO 诊断标准。其中住院病人 42 例,专科门诊病人 48 例;男性 40 例,女性 50 例;平均年龄 61 岁。合并视网膜病变 3 例,合并高血压病 3 例,合并冠心病 7 例;糖尿病 90 例,其中糖尿病肾病 56 例,兼血瘀症 68 例,非血瘀症 22 例。健康对照组为我院职工体检的正常人群,男性 15 例、女性 15 例,平均年龄 57.3 岁。

2 检验标准及方法

血瘀的辨证标准,参照“第二届全国活血化瘀研究

学术会议”及有关文献,糖尿病肾病包括早期糖尿病肾病。(当尿中白蛋白排泄量 AER 为 30~300mg/24h 时诊断为微量白蛋白称为早期糖尿病肾病)临床糖尿病肾病(尿 AER > 300mg/24 或尿常规定性持续阳性,或尿蛋白定量 > 0.5g/24h)。

所有患者空腹取静脉血 6 毫升肝素抗凝(35U/L)混匀,血样常温下保存不超过 2 小时,用北京产 R80 系列血流变仪测定血液流变。

3 结果

3 组血液流变学监测结果比较见表

表 1 糖尿病、糖尿病肾病与正常对照组血流变学变化 ($\bar{X} \pm S$)

检测指标	糖尿病组 n= 90	糖尿病肾病组 n= 56	正常对照组 n= 30
全血粘度 mpas			
切变率(1/5) 200	4.37 ± 0.6	4.61 ± 0.7	3.7 ± 0.35
100	4.71 ± 0.31	4.95 ± 0.68	3.95 ± 0.36
30	5.73 ± 0.77	5.99 ± 1.02	4.64 ± 0.24
1	21.27 ± 4.6	20.68 ± 9.37	14.66 ± 1.65
红细胞压积	0.46 ± 0.04	0.52 ± 0.02	0.38 ± 0.03
纤维蛋白原	2.98 ± 0.87	3.51 ± 0.89	2.57 ± 0.78

与正常对照组比 $P < 0.01$ 糖尿病肾病与正常组比 $P < 0.01$

糖尿病肾病与糖尿病相比 $P < 0.05$

糖尿病肾病与糖尿病组红细胞压积、纤维蛋白原比有显著差异性,说明红细胞压积、纤维蛋白原的增高与糖尿病肾病有一定的相关性。

血瘀证与非血瘀证的全血粘度、红细胞压积、纤维蛋白原有显著差异性 $P < 0.01$, $P < 0.05$ 见表 2

表 2 糖尿病兼血瘀证与非血瘀证血流变学比较 ($\bar{X} \pm S$)

检测指标	血瘀证 n= 68	非血瘀证 n= 22
全血粘度 mpas		
切变率(1/5) 200	4.91 ± 0.81	0.48 ± 0.52
100	5.27 ± 0.91	4.39 ± 0.42
30	6.23 ± 1.24	5.49 ± 0.84
1	22.42 ± 7.18	19.52 ± 6.1
红细胞压积	0.54 ± 0.03	0.44 ± 0.02
纤维蛋白原	3.57 ± 0.81	2.91 ± 0.78

4 讨论

大量研究证明,心脑血管病、肾病及视网膜微血管变化等都与血液粘度升高有密切关系,因此血液粘度检查,对此病诊断、疗效观察、防治有重要价值。

本观察说明,糖尿病是导致微循环障碍的主要原因。并与糖尿病的发病显著相关。影响血液粘度的因素:1)红细胞因素常以细胞压积为指标,血液粘度随细胞压积的增高而升高。2)血浆因素中纤维蛋白原是链状化合物,其分子结构最不对称,而且分子量较大等因素影响血液流动。在观察中,糖尿病组、糖尿病肾病组中红细胞压积、纤维蛋白原明显高于正常对照组 $P < 0.01$ 。

中医认为糖尿病肾病,其病本在“肾”;早期是在气阴两虚基础上发展而来,久病入络,气血运行不畅,而致血脉瘀阻。阴虚、气虚是血瘀形成的主要基

础,绝大多数发展为“肾虚兼血瘀证”。现代“血瘀证”的辨证标准以症状、体征为主。本观察说明糖尿病、血瘀证与慢性并发症有关,尤其是微血管并发症。虽然糖尿病肾病与糖尿病的全血粘度比显著性不大,其中糖尿病肾病 56 例兼血瘀证 49 例占 87.5%,全血粘度、红细胞压积、纤维蛋白原血瘀证与非血瘀症有显著差异性。糖尿病肾病指糖尿病代谢异常有关的肾小球硬化症。肾小管间质病变亦相当常见,并越来越受到重视。所以改变糖代谢、改善肾小球内血流动力学的异常及高凝状态,可减少尿蛋白的排泄。血液粘度增高、血流瘀滞、微血栓形成加重了肾脏的病理损害。治疗应该给以降低血粘度,改善血液流变学,增加血液流动性的药物。此时如能及时有效的治疗,可逆转肾脏的损害延缓病情的发展。

(收稿日期:2001-04-18)

四磨汤对功能性消化不良胃肠动力影响的临床研究

刘文全

(天津中医学院第一附属医院 300193)

王健

(天津西青区中医院 300380)

中图分类号:R289.5.2 文献标识码:B 文章编号:1005-7145(2001)03-0009-02

1 资料与方法

1.1 临床资料:本组 60 例功能性消化不良(FD)的诊断标准参照文献^[1]。全部病例随机分为两组。治疗组 30 例,男 13 例,女 17 例;年龄 19~62 岁;平均病程 6.1 年。对照组 30 例,男 14 例,女 16 例;年龄 18~63 岁;平均病程 5.8 年。治疗组腹胀 30 例,暖气 24 例,早饱 26 例,上腹痛 20 例,恶心 16 例,纳差 29 例。对照组分别为腹胀 27 例,暖气 23 例,早饱 18 例,上腹痛 12 例,恶心 24 例,纳差 26 例。两组具有可比性。

1.2 观察方法:治疗前后按统一标准对患者的各项症状进行分级(0~3),0 级无症状;1 级有时有症状,不常引起注意;2 级经常有症状,轻度影响日常工作;3 级症状持续,明显影响日常工作。症状积分按 0~3 级分别记 0~3 分。

胃排空时间测定:治疗前后 2 日内做胃排空检查,标准试餐成分为水 400 ml,面包 80 g,荷包蛋(1 只)50

g,花生仁 20 g。内含液体 400 ml,热量 490 卡,蛋白质 20 g,脂肪 14 g,碳水化合物 68.5g。标志物:含有 10 条小钡条的胶囊。标准试餐后 6 小时做仰卧位腹部摄片^[2]。

胃动素测定,胃动素用解放军总医院基础所生化室放射免疫盒测定,于治疗前后各检测空腹和餐后 30 min 血浆胃动素。

氢呼气试验:取市售乳果糖 10 g 溶于 100 ml 温开水中,连续 3 次测定空腹基础氢后,口服上述溶液,并记录时间,然后每隔 15 min 以集气袋收集终末呼气,以注射器将 50 ml 标本注入热导型氢气的色谱分析仪,测定呼气氢浓度以 10^{-6} 表示,以口服试验至首次测得呼气中氢气明显上升($H_2 > 10^{-6}$)的间期为口—盲肠通过时间^[3]。

2 治疗方法

治疗组由枳实、沉香、乌药、槟榔各 10 g,浓煎成