

邱模炎教授对糖尿病肾病中医临证与科研思路拾遗

刘 鹏^① 邱模炎^{①△} 李 楠^② 闫二萍^① 栾 洁^① 尉万春^① 王冀东^② 宋欣芸^③

随着人均寿命的延长和生活习惯的改变,如营养过剩、高脂饮食、运动减少及生活节奏加快等,糖尿病(diabetes mellitus, DM)的发病率呈上升趋势,随之糖尿病肾病(diabetic kidneydisease, DKD)的发病率也在上升^[1]。糖尿病肾病(diabetic nephropathy, DN)是糖尿病微血管并发症之一,又称为“糖尿病性肾小球硬化症”,是DM特有的肾脏并发症,以蛋白尿、渐进性肾功能损害、高血压、水肿,晚期出现严重肾衰竭,为其临床特征,是糖尿病致死、致残的主要原因之一。DN是发达国家引起终末期肾脏病的第一位病因,我国北京2010年透析登记统计结果显示,尽管导致终末期肾脏病的原因仍为慢性肾炎,但DN引起的终末期肾脏病的比例逐年递增,已经居于第二位。可见,预防DN的发生,延缓DN的进展具有重要的临床和社会意义。

邱模炎教授是中国中医科学院望京医院主任医师,血液净化中心主任,第九、十届全国药典委员会委员,博士生导师。20世纪80年代中期于北京中医药大学跟随三代御医之后——著名中医专家赵绍琴教授攻读硕士学位,毕业后长期从事中医教学、临床和科研工作,业医30余载,对延缓DN的进展具有自己独特的临证体会,总结如下。

1 中西医结合治疗DN中发生的低血糖问题

邱模炎教授重视中药的辅助降糖作用,尤其老年患者,应密切监测血糖,防止低血糖的发生。提供如下病例观察:2010年7月曾治疗一72岁女性患者,糖尿病20余年,发现肾损害3年余,就诊时空腹血糖6.8 mmol/L,餐后2h血糖7.9 mmol/L,24h尿蛋白定量1.2 g,血肌酐168 μmol/L,血尿素氮11.8 mmol/L,血尿酸468 μmol/L,肌酐清除率32 ml/min,表现为双下肢轻度水肿,食欲不振,脘腹时痞满,口中黏腻,时作口苦,面色偏暗,无腰酸膝软,无头晕耳鸣,大便黏滞不爽,每日1行,夜寐多,夜尿1次,尿量正常,晨起尿黄,舌体暗胖,舌边尖红,舌尖芒刺,舌下脉络迂曲,舌苔黄白腻中根厚,脉濡沉取两关偏弦略滑数,血压正常,血糖用诺和灵30R早晚一次,每次12单位控制较理想,近一年半糖化血红蛋白监测均在6.1%~6.5%之间,未出现低血糖反应。邱模炎教授诊断其为中医水肿,证属湿热瘀阻,水湿内停,脾胃失和,治以清化湿热,活血利水,调和脾胃为法,用药以苍术9g、玄参9g、厚朴6g、竹茹10g、枳壳9g、佩兰12g、泽兰10g、冬瓜皮15g、茯苓皮15g、茜草10g、丹参12g、益母草10g、焦三仙各10g、大黄炭3g为主方加减治疗,患者在治疗期间饮食及生活规律未改变,4周后水肿减轻,食欲好转,大便通畅,蛋白尿减少,肾功能指标有所改善,但日间、夜间反复出现低血糖,邱模炎教授减少胰岛素用量早晚各4单位后,未再出现低血糖。

在中药辅助降糖,血糖控制好之后,还要控制体重的增长。有研究报道随着体重指数的增加,患脂肪肝、高血压、冠心病的概率在增加^[2]。

2 DN辨证使用中成药的问题

药物的滥用已经成为全球性的公共卫生灾害,就肾脏病领域而言,龙胆泻肝丸事件等导致的马兜铃酸肾病已经警示我们:天然药物及其为原料制成的成药并非无副作用,关注其临床用药的安全性是临床工作者义不容辞的责任。邱模炎教授认为不按科学规律办事,即不按传统医学用药规律使用传统药物是导致天然药物药害的根源。DN需要长期药物治疗,中成药有其优势,但更应当注重中成药的合理使用。邱模炎教授认为辨证论治是DN合理使用中成药的基本原则,提出DN中医辨证论治和合理使用中成药的五个基本要素,以供参考:(1)四诊合参:是准确辨证的前提。(2)判明证候:是立法用药的依据。(3)治则治法:是选方用药的指导。(4)明确药性和功能主治:是合理用药的基本要求。(5)“三因制宜”、“随证治之”:是个体化辨证使用中成药的需要。

邱模炎教授认为,循证医学并非RCT一途,正确处理好专家经验、临床验案以及个体化治疗与多中心随机双盲试验结果的关系,才能更好地指导临床实际和各级临床医师合理使用好中成药。面对如潮的循证研究,邱模炎教授认为应避免盲目的人云亦云,避免狭隘的唯循证是之,王海燕教授也曾在《肾脏病学》一书中指出,任何高质量的RCT研究、荟萃分析、临床指南均不能取代临床医生的独立分析和判断……正如朱子白鹿洞教条所示“博学之,审问之,慎思之,明辨之,笃行之”。几千年的临床实践证明,中医药是伟大的宝库,不能因为所谓的狭义循证医学证据的有无,就否定中成药。同时,按图索骥,对病(西医)用药必将贻害无穷,对证(辨证)用药才是合理使用中成药的正途。为满足临床合理使用和科学推广治疗DN中成药的需要,邱模炎教授认为有必要加强中成药上市后的再评价,以利于科学评估治疗DN中成药的疗效和安全性,制定临床应用指导原则。

3 关注DN血液透析患者生存质量的问题

糖尿病肾病所致的终末期肾脏病及其肾脏替代治疗中存在的特殊性问题,国内外学者均较为重视^[3]。但临床上往往忽视血液透析患者合并糖尿病的问题,邱模炎教授带领的学术团队在近年来的两项有关维持性血液透析患者生存质量的研究中,探讨糖尿病对维持性血液透析患者生存质及营养状况的影响,并在第十二届全国中医糖尿病大会论文汇编、《护理管理杂志》中发表过相应文章^[4,5]。

研究中选用横断面调查方法,将维持性血液透析患者分为

① 中国中医科学院望京医院血液净化中心 (北京 100102)
② 中国中医科学院研究生院 (北京 100700)
③ 北京中医药大学 (北京 100029)
△ 通讯作者

糖尿病组与非糖尿病组,运用 KDQOL-SF™ 1.3 量表评价两组患者的生存质量,同时测量患者的血红蛋白、血清白蛋白、Kt/V、URR 等相关指标,探讨其内在联系。其结果为患有糖尿病的维持性血液透析患者在 KDQOL-SF™ 1.3 量表 20 个领域的评分均不同程度的低于未患糖尿病的维持性血液透析患者,其中躯体功能、情绪角色、情感健康、症状与不适、肾病对生活的影响、总体健康等六个领域的评分明显低于非糖尿病组,差异有统计学意义。糖尿病组血清白蛋白明显低于非糖尿病组。得出的结论是合并糖尿病的血液透析患者的生存质量及营养状况明显低于非糖尿病的血液透析患者,严重影响其死亡率及长期生存率。

本研究中躯体功能、症状与不适反应患者生理领域的问题,情绪角色、情感健康反应患者心理领域,肾病对生活的影响反应患者社会领域,而总体健康评估属于综合评价范畴,这些与既往研究的结论相一致^[6,7]。可见糖尿病患者生存质量的下降,体现在生理、心理、社会等多个方面。

研究中我们还发现,患有糖尿病的维持性血液透析患者的血清白蛋白明显低于未患糖尿病的患者。血清白蛋白是反应患者营养状况的重要指标,这提示糖尿病血液透析患者除了生存质量的降低外,是否同时伴有营养状况的问题。

参 考 文 献

1. 谢席胜,艾娜,王宝福,等. 糖尿病肾病流行病学研究进展. 中国中西医结合肾病杂志 2013, 14(10): 967-940.
2. 张冬芝,宋心红,石学峰. 体重指数与脂肪肝、高血压、冠心病之间的关系. 社区医学杂志 2006, 4(03S): 8-9.
3. 黎刚,易素兰,陈浩. 糖尿病肾病血液透析难点分析与对策. 四川医学 2009, 30(4): 548-550.
4. 邱模炎,孙慧,李楠,等. 糖尿病对维持性血液透析患者生存质量影响的初步观察. 第十二届全国中医糖尿病大会论文汇编: 133-137.
5. 刘晓丽,邱模炎. 血液透析合并糖尿病患者生存质量及营养状况的调查研究. 护理管理杂志 2014, 14(10): 714-715.
6. 刘贤贵. 糖尿病患者生存质量及影响因素分析. 亚太传统医药 2009, 5(2): 67-68.
7. 张文汉,胡素君,刘一心,等. 深圳市社区老年 2 型糖尿病患者生存质量对比调查研究. 中国老年学杂志 2009, 29(9): 2362-2364.

(收稿:2016-08-01 修回:2016-10-18)

1 例下肢人造血管内瘘并发血清肿的案例分析及体会

支剑青^① 范汝艳^①

血管通路是血液透析(hemodialysis, HD)患者的“生命线”,理想的血管通路是 HD 顺利进行的必备条件,自体血管动静脉内瘘是最初和最好的 HD 通路,人工内瘘是第二理想选择,文献报道在美国使用人工血管内瘘透析的比例 > 50%^[1]。随着人口的老龄化及糖尿病、高血压的发病率升高,难以建立血管内瘘的情况也日益增多,可用于建立血管通路的上肢血管耗竭,我科开展下肢人工血管移植动静脉内瘘该项技术以来,为血管通路困难的 HD 患者增加新机会。但人工血管动静脉内瘘相对于自体血管动静脉内瘘容易出现内瘘血栓形成、感染、假性动脉瘤、狭窄、针孔渗血,临床上需注意正确及时处理及护理。人工血管周围血清肿是血浆通过人造血管壁超滤在人工血管周围非分泌性假膜内的无菌性清亮液体的积聚^[2],是人工血管移植后少见的并发症,国内外临床均缺乏处理经验。我中心 1 例下肢移植血管维持血透治疗的患者,使用 1 月后移植血管瘘口处出现血清肿,在医护人员的积极治疗和精心护理下,2 月后下肢人造血管瘘口处血清肿消退,内瘘功能良好,目前已使用 6 月余,血清肿未复发,人造血管无并发症发生,现汇报如下。

临床资料

患者,男,56 岁,下岗工人,6 年前因“慢性肾炎、慢性肾衰竭 CKD5 期”,血肌酐 756 μmol/L 在当地确诊为尿毒症。2009 年

10 月开始行透析治疗,行左上肢内瘘成形术,使用 1 年后内瘘因血栓形成闭塞失功,改为右颈内静脉长期管维持血透,10 月前因长期导管渗血 2 周转入我院治疗,CTA 示上腔静脉血栓形成,长期管无法继续透析治疗,患者血管条件较差,经历 2 次手术,上肢血管已无法建立动静脉内瘘,讨论沟通后予 2015 年 10 月 5 日行下肢人工血管内瘘术(股动脉和股静脉吻合),过程顺利。术后 8 周下肢肿胀消退,成熟后应用。由资深护师严格无菌操作,使用绳梯法进行穿刺,透析时血流量 250~300 ml/min,无渗血情况,使用 1 月余患者下肢人造血管瘘口处出现 4.3 cm × 2.7 cm 肿块,内瘘听诊杂音响亮,触诊震颤明显,患者主诉感肿块处有疼痛。查白细胞计数 5.3 × 10⁹/L,血红蛋白 81 g/L,白蛋白 32.1 g/L,肌酐 565 μmol/L,高敏 C 反应蛋白 11.33 mg/L,降钙素测定 5 pg/L,β 超及 CTA 均提示下肢人造血管吻合口旁有囊性病灶,直径约 4.3 cm,内瘘功能良好,患者体温正常。联系外科会诊,为排除感染,建议穿刺引流,穿刺结果示未抽取出液体。肾科医生和外科医生结合临床检查讨论后,确诊为移植血管并发血清肿。治疗上继续行血透治疗,肿块处红光照射治疗,每周 3 次,每次 20 min,辅以个性化穿刺护理,控制饮食,抗感染,改善贫血,营养支持等对症治疗。2 个月后右下肢人造血管肿块已大部分吸收直至消退,内瘘功能良好,予出院随访。出院前查白细胞计数 5.0 × 10⁹/L,血红蛋白 10.5 g/L,白蛋白 41.1

① 浙江中医药大学附属广兴医院(杭州市中医院) (杭州 310007)