

升阳益胃汤加减治疗糖尿病胃轻瘫 73 例临床研究

卓冰帆¹ 刘晓伟² 周迎春² 林晓云¹

(1.广州市天河区冼村街社区卫生服务中心,广东广州 510623; 2.南方医科大学南方医院,广东广州 510515)

摘要 目的:观察升阳益胃汤加减治疗糖尿病胃轻瘫脾虚痰湿证的临床疗效。方法:将 129 例患者随机分为 2 组:治疗组 73 例予升阳益胃汤加减治疗;对照组 56 例予口服枸橼酸莫沙必利片治疗。2 组疗程均为 4 周,比较治疗前后的临床症状、胃排空率、血糖及停药 1 月后的复发率。结果:治疗组总有效率 93.2%,明显高于对照组的 78.6%;治疗组在改善临床症状、提高胃排空率、降低空腹血糖及餐后 2h 血糖方面均明显优于对照组;治疗组停药 1 月后的复发率为 38.4%,明显低于对照组的 80.4%;治疗组不良反应发生率低于对照组。结论:升阳益胃汤加减对糖尿病胃轻瘫具有良好的疗效,且不良反应发生率及停药后复发率低,值得推广应用。

关键词 糖尿病胃轻瘫 脾虚痰湿 升阳益胃汤 胃排空率 血糖

中图分类号 R587.105 **文献标识码** A **文章编号** 1672-397X(2014)06-0035-03

糖尿病胃轻瘫(Diabetic gastroparesis, DGP)是糖尿病中以早饱、嗝气、恶心、呕吐、腹胀等症状为主要特点的临床症候群^[1]。2011 年 1 月~2014 年 1 月期间,我们采用升阳益胃汤加减治疗 DGP 脾虚痰湿证患者 73 例,并与西药莫沙必利作对照,取得满意的疗效,现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 所选 129 例均为门诊就诊患者,随机分为 2 组。治疗组 73 例:男 31 例,女 42 例;年龄 36~75 岁,平均年龄(55.3±14.8)岁;糖尿病病程 5~28 年,平均病程(15.8±8.1)年;胃轻瘫病程 3~24 月,平均病程(11.8±7.4)月。对照组 56 例:男 24 例,女 32 例;年龄 37~75 岁,平均年龄(54.7±15.2)岁;糖尿病病程 5~26 年,平均病程(15.4±8.3)年;胃轻瘫病程 3~24 月,平均病程(11.2±7.3)月。2 组一般资料比较无显著性差异($P>0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准 符合 1999 年 WHO 糖尿病的诊断标准,且符合 DGP 的诊断标准^[1-2]:①有糖尿病病史;②有早饱、嗝气、恶心、呕吐、腹胀、腹痛、食欲不振等症状且持续 2 周以上;③核素显像法、不透 X 线标记法、实时 B 超、胶囊内镜、胃排空呼气试验、MRI 等证实胃排空延迟;④胃镜检查排除上消化道器质性病变如幽门梗阻、肿瘤、穿孔等;B 超检查排除肝、胆、胰、脾、肾的器质性疾病;⑤排除可引起胃轻瘫的其他全身疾病,如结缔组织病、寄生虫、病毒感染、胃部手术等。

1.2.2 中医证候诊断标准 脾虚痰湿证参考中华人民共和国国家标准《中医临床诊疗术语(证候部分)》诊断标准。主症:食少,腹胀,气短乏力,身重倦怠。次症:①恶心呕吐;②脘腹痞闷;③胃脘痛;④便溏或大便不爽;⑤嗝气或嘈杂。舌脉:

舌淡或胖,苔白腻,脉濡缓。主症必备,兼次症 1 项以上,结合舌脉可诊断。

1.3 纳入标准 ①符合脾虚痰湿证及 DGP 诊断标准的 1 型或 2 型糖尿病患者,糖尿病病史 ≥ 5 年,胃轻瘫病史 ≥ 3 月;②患者坚持降糖药口服或胰岛素注射治疗,空腹血糖 $< 9\text{mmol/L}$,餐后 2h 血糖 $< 13\text{mmol/L}$;③受试前 1 周停用一切影响胃肠动力的药物;④年龄 30~75 岁,接受血糖、胃排空检测、胃镜、B 超、心电图、肝肾功能及尿尿便常规检查者;⑤签署知情同意书,依从性较好的患者。

1.4 排除标准 ①未按规定完成各项检查及用药、无法判定疗效及资料不全等影响疗效判定者;②糖尿病酮症酸中毒、代谢紊乱、心脑血管疾病、肝肾功能不全、精神病、妊娠、哺乳者等不宜或不愿意服药的患者。

2 治疗方法

2.1 治疗组 予中药升阳益胃汤加减口服。方药组成:黄芪 30g,党参、茯苓、白术、延胡索各 15g,橘皮、法半夏、白芍、柴胡、防风、泽泻各 10g,黄连、炙甘草各 6g。化裁法:脾胃气虚甚者重用黄芪、人参;阴虚加石斛、麦冬;痰浊呕吐者合旋覆代赭汤;纳呆加麦芽、神曲;胃寒加吴茱萸、干姜;胃热加黄芩、竹茹;气滞加佛手、枳壳;血瘀加丹参、三七。每日 1 剂,水煎取 300mL,分早晚 2 次餐前温服。

2.2 对照组 予枸橼酸莫沙必利片(上海信谊药厂有限公司,批号:26131005)口服。每次 5mg,每日 3 次,餐前 30min 服用。

2 组治疗期间,均维持原有的西医降糖方案不变,坚持饮食控制、运动疗法和心理疏导,并要求有效控制血糖(空腹血糖 6.0~8.0mmol/L,餐后 2h 血糖 6.0~10.0mmol/L)。

2 组疗程均为 4 周,疗程结束后进行疗效评价,随访 3 个月。

基金项目:2013 年广州市天河区科技计划项目(2013KW029)

3 疗效观察

3.1 观察指标及评价方法 ①临床症状:观察治疗前后症状积分变化,将早饱、暖气、恶心或呕吐、腹胀、腹痛、食欲不振等6个主症采用4级症状计分方法,将症状分为无、轻、中、重4级,分别记0、1、2、3分,计算治疗前后的症状总分。症状疗效指数(尼莫地平法)=(治疗前症状总分-治疗后症状总分)/治疗前症状总分 $\times 100\%$ 。②胃排空率测定^[1]:采用不透X线标记法,检查前禁水、禁烟8h,第二天上午8时进标准餐(康师傅排骨碗面90g,水400mL,泡10min后进食),同时服用含有20根小钡条(每根长10mm,直径1mm)的胶囊1粒,15min内吃完;5h后行上腹部X线摄片检查,记录胃内残留钡条数量。对难以判断是在胃内或是在近端十二指肠内的小钡条,则计为仍在胃内。胃排空率(%)=(1-胃内残留钡条数/20) $\times 100\%$ 。③停药1月后的复发率:治疗后1个月内症状重现或较治疗结束时胃排空时间延长 $\geq 30\text{min}$ 。④空腹血糖及餐后2h血糖:应用葡萄糖氧化酶法检测静脉血糖值。⑤安全性评价:血尿便常规、心电图、肝肾功能及观察可能出现的不良反应。

3.2 疗效评定标准 临床治愈:临床症状消失,症状疗效指数减少 $\geq 90\%$,胃排空率 $\geq 90\%$;显效:临床症状明显改善,症状疗效指数减少 $\geq 70\%$ 且 $< 90\%$,胃排空率 $\geq 70\%$ 且 $< 90\%$;有效:临床症状好转,症状疗效指数减少 $\geq 30\%$ 且 $< 70\%$,胃排空率 $\geq 30\%$ 且 $< 70\%$;无效:临床症状无好转或加重,症状疗效指数减少 $< 30\%$,胃排空率 $< 30\%$ 。若出现症状积分与胃排空率不同步时,疗效判定以胃排空率为准。^[3-4]

3.3 统计学方法 本研究数据采用SPSS17.0统计软件包进行处理,计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,采用 t 检验,计数资料用 χ^2 检验,以 $P < 0.05$ 为有显著性差异。

3.4 治疗结果

3.4.1 2组临床疗效比较 治疗组73例中,临床治愈6例,显效25例,有效37例,无效5例,总有效率93.2%;对照组56例中,临床治愈2例,显效14例,有效28例,无效12例,总有效率78.6%。2组总有效率比较具有显著性差异($P < 0.05$),说明治疗组临床疗效明显优于对照组。

3.4.2 2组症状积分、胃排空率及血糖比较 见表1。

表1 治疗组与对照组治疗前后症状积分、胃排空率及血糖比较($\bar{x} \pm s$)

项目	治疗组($n=73$)		对照组($n=56$)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
症状积分(分)	7.70 $\pm$ 3.68	3.59 $\pm$ 2.33** $\blacktriangle$	7.52 $\pm$ 3.67	4.77 $\pm$ 2.78*
胃排空率(%)	25.41 $\pm$ 17.36	69.45 $\pm$ 16.60** $\blacktriangle\blacktriangle$	26.25 $\pm$ 16.48	54.38 $\pm$ 20.43**
空腹血糖(mmol/L)	7.32 $\pm$ 1.02	6.66 $\pm$ 1.12** $\blacktriangle$	7.15 $\pm$ 0.99	7.12 $\pm$ 1.07
餐后2h血糖(mmol/L)	10.82 $\pm$ 1.51	9.95 $\pm$ 1.15** $\blacktriangle\blacktriangle$	11.03 $\pm$ 1.38	10.68 $\pm$ 1.09

注:与本组治疗前比较,* $P < 0.05$,** $P < 0.01$;与对照组治疗后比较, $\blacktriangle P < 0.05$, $\blacktriangle\blacktriangle P < 0.01$ 。

3.4.3 2组复发率比较 治疗组停药1个月后的复发率为38.4%,对照组为80.4%,2组复发率比较, $P < 0.01$,具有显著性差异。治疗组复发率明显低于对照组。

3.4.4 2组不良反应比较 治疗组73例,有1例口干口苦;对照组56例,有2例头晕倦怠,2例稀便,1例口干;但症状均较轻微未予特殊处理。2组不良反应情况比较,具有显著性

差异($P < 0.05$)。随访期间,2组均未见明显的血、尿、便常规和心电图及肝肾功能等指标异常。

4 讨论

DGP是糖尿病常见的胃肠道慢性并发症之一,其特征是在长期的1型或2型糖尿病的基础上,排除胃器质性梗阻性病变后,表现为胃排空延迟的胃肠动力紊乱疾病。DGP的发生引起一系列的消化道症状,除导致营养不良外,还影响血糖控制、药物吸收,引起糖尿病继发器官病变并增加病死率^[5-6]。目前西医的一线治疗主要是控制高血糖、营养支持、纠正水电解质紊乱及使用促胃肠动力药物,以甲氧氯普胺、多潘立酮、莫沙必利或西沙必利、红霉素为主,但不良反应较多,如迟发性运动障碍、延长Q-T间期、消化道副作用、耐药性发生快等,从而影响长期用药效果。

DGP属中医学“消渴”兼“痞满”、“呕吐”、“胃痛”等范畴,是消渴病迁延不愈所致的变证。临床上以虚实夹杂最多见,病机特点为本虚标实。我们认为脾气虚弱、运化无力为本,气滞、血瘀、痰湿、寒热、食滞等引起胃失和降为标,而痰湿贯穿始终,故治疗上以健脾益气、和胃化痰为主,兼行气活血、清热化湿、温中消食等方法。升阳益胃汤出自李东垣的《内外伤辨惑论》,主治脾胃虚弱,湿热滞留中焦,怠惰嗜卧,口苦舌干,饮食无味,食不消化,大便不调,小便频数等证候。本研究方剂系将升阳益胃汤原方去羌活、独活,加延胡索而成。方中黄芪、党参、茯苓、白术、陈皮、半夏、甘草健脾益气、和胃化痰,白芍敛阴生津,泽泻运脾化湿,黄连清热,柴胡、防风升举清阳、鼓舞胃气,延胡索行气活血。诸药合用,共奏健脾益气生津、行气活血和胃、清热化湿祛痰之功效。全方补消并用,清温并施,升清降浊,诸症自消。

本研究表明,本方能明显改善DGP患者早饱、暖气、恶心呕吐、腹胀、腹痛、食欲不振等临床症状,并促进胃排空,降低空腹血糖及餐后2h血糖,疗效明显优于莫沙必利片($P < 0.05$),总有效率高达93.2%;同时停药后复发率低,不良反应少且轻微,说明患者对本方的依从性和耐受性更好。证明以标本兼治为治则的中医药,通过辨证论治、扶正祛邪,达到整体调节,能明显提高疗效,改善临床症状,减少不良反应,减少复发,改善患者的生活质量。

综上所述,升阳益胃汤加减治疗糖尿病胃轻瘫脾虚痰湿证安全有效,不论是临床疗效,还是服药后的不良反应,或是停药后的复发率,均明显优于对照组。推测本方系通过多途径、多环节、多种机制发挥作用,不但能促进胃排空,调整紊乱的胃肠功能,而且能降低血糖,改善患者的体质,有助于改善预后,有良好的临床应用前景。但因本研究周期较短,临床样本量较小,而高质量的临床研究证据,需要设计严格的大样本、多中心、前瞻性、随机双盲对照的临床试验,需要长期检测血糖、糖化血红蛋白、胃排空率等客观指标及对患者生存质量的长期随访,值得下阶段进行更深层次的研究。

中西医结合治疗下肢动脉硬化闭塞症 40 例临床研究

叶海东

(温州市中医院, 浙江温州 325000)

摘要 目的:观察自拟透骨通脉饮联合前列地尔治疗下肢动脉硬化闭塞症的临床疗效。方法:将 78 例患者随机分为 2 组,治疗组 40 例采用自拟透骨通脉饮联合前列地尔治疗,对照组 38 例单用前列地尔治疗,疗程均为 4 周。观察 2 组患者治疗后临床疗效,治疗前后的中医症状评分及腘动脉、足背动脉的血管内径及血流量的变化。结果:治疗后,治疗组临床疗效明显优于对照组;2 组患者中医症状评分均明显低于治疗前,治疗组明显低于对照组;2 组患者腘动脉、足背动脉的血管内径及血流量均高于治疗前,治疗组明显高于对照组。结论:自拟透骨通脉饮联合前列地尔治疗下肢动脉硬化闭塞症具有良好的临床疗效。

关键词 动脉硬化闭塞症 透骨通脉饮 前列地尔 下肢

中图分类号 R543.505

文献标识码 A

文章编号 1672-397X(2014)06-0037-02

近年来,笔者采用自拟透骨通脉饮联合前列地尔治疗下肢动脉硬化闭塞症 40 例取得了良好的疗效,现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选取 2012 年 1 月到 2013 年 11 月我院门诊及病房确诊为下肢动脉硬化闭塞症的患者 78 例,采用随机数字表抽样法分为 2 组。治疗组 40 例:男 32 例,女 8 例;平均年龄(65.1 ± 5.1)岁;平均病程(12.3 ± 4.8)年;单侧 24 例,双侧 16 例;合并症糖尿病 18 例,高血压 22 例。对照组 38 例:男 31 例,女 7 例;平均年龄(64.9 ± 5.8)岁;平均病程(12.5 ± 4.9)年;单侧 22 例,双侧 16 例;合并症糖尿病 17 例,高血压 21 例。2 组患者一般情况比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 纳入标准 (1)符合下肢动脉硬化闭塞症诊断标准^[1]; (2)Fontaine 分期 $\leq$ II 期; (3)心、肝、肾功能正常; (4)签署知情同意书。

1.3 排除标准 (1)依从性差,不能坚持治疗者; (2)患有精神系统疾病者; (3)下肢皮肤溃疡、坏疽,需手术治疗者; (4)近 1 月使用其他药物治疗,影响本次试验结果者; (5)对本次试验的药物过敏者。

2 治疗方法

2.1 对照组 给予抗凝、抗血小板聚集的药物,同时控制血压、血糖和血脂。在以上常规治疗的基础上加用前列地尔针(北京泰德制药股份有限公司生产,批号:2043 批)10 μ g 加入 100mL 生理盐水中,1 次/d。

2.2 治疗组 在对照组治疗的基础上加用自拟透骨通脉饮。处方:透骨草 30g,牡蛎 30g,生黄芪 30g,当归 20g,牛膝 10g,丹参 10g,川芎 10g,地龙 10g,水蛭 8g,甘草 3g。每日 1 剂,分 2 次口服。

2 组患者均以治疗 4 周为 1 个疗程,疗程结束后进行疗效观察。

5 参考文献

- [1] 周亮成,金罗.糖尿病胃轻瘫的诊断及治疗进展.国际内分泌代谢杂志,2012,32(6):379
- [2] 宋占营,杜进璇,张国.沙参麦冬汤为主辨证治疗糖尿病胃轻瘫 103 例.陕西中医,2012,33(9):1128
- [3] 赵云燕,谢炜,季建隆,等.加味枳实消痞汤治疗糖尿病胃轻瘫的临床研究.北京中医药大学学报,2010,33(5):354
- [4] 郑筱萸.中药新药临床研究指导原则(试行).北京:中国医药科技出版社,2002:233
- [5] Camilleri M, Bharucha AE, Farrugia G. Epidemiology, mechanisms and management of diabetic gastroparesis. Clin

Gastroenterol Hepatol, 2011 Jan, 9(1):5

- [6] Sadiya A. Nutritional therapy for the management of diabetic gastroparesis: clinical review. Diabetes Metab Syndr Obes, 2012;5:329

第一作者:卓冰帆(1981-),女,医学硕士,主治医师,主要从事中西医结合消化、内分泌疾病的临床研究。
bingshangfan@gmail.com

收稿日期:2014-01-25

编辑:傅如海 岐 轩