

临 证 心 得

糖尿病性胃轻瘫的诊治体会

朱 建 江*

主题词 糖尿病/并发症 胃疾病/病因学 @ 胃轻瘫

糖尿病性胃轻瘫是指糖尿病引起的胃收缩力减弱,排空时间延长,食物潴留于胃。临床以恶心呕吐、脘胀纳呆、形瘦肢倦为主症。笔者经临床反复观察,认为本病脾胃虚弱是本,气滞血瘀为标,用健脾养胃、行气活血法治疗,每获满意效果。兹将一得之见,介绍于下。

1 起瘫重在健脾养胃

糖尿病反复日久,气阴耗伤,脾胃失于充养,致脾胃之气虚弱不足,纳运无权,无以腐熟水谷,营养形体。其与一般之胃疾不同。糖尿病性胃轻瘫常表现为脾胃同病,以其虚弱不足为本。由于糖尿病病程漫长,并发胃轻瘫后进食极少,因而患者体质极度虚弱,临证时既可见恶心呕吐、脘胀纳呆、舌苔白厚等胃失受纳之征,又表现为面眺头晕、形瘦神疲、肢倦乏力、大便溏、脉沉细等脾衰失运之象,并成为诱发和加重其他并发症的因素。实验室检查:血白细胞减少,血红蛋白降低,空腹血糖正常或偏低,而葡萄糖耐量试验呈高血糖症。彩色 B 超测其胃排空功能,显示胃排空时间延长,胃窦收缩频率减慢,收缩幅度减小。治疗当以健脾养胃、扶正补虚为主。笔者以四君子汤为基本方,加入麦冬、黄精、玉竹、生地黄、陈皮、半夏等养胃和中之品,连服 15 天后多能获效。治疗时要根据脾升胃降、脾喜燥胃喜润的特性,及时调整健脾养胃药的剂量,一般健脾药分量应略大于养胃药,使胃之气阴随着脾气的健旺而逐渐生长。

例 1:王某,男,62 岁。患Ⅱ型糖尿病 6 年,平时以口服降糖药控制血糖。1998 年 2 月起出现胃纳减退,食后上腹胀满,血糖波动不稳,自服吗丁啉片等罔效,于 1998 年 6 月 15 日来诊。诊见:纳呆呕吐,脘胀便溏,肢麻倦怠,头晕目眩,面眺无华,形瘦神疲,舌质淡紫、苔薄干,脉沉细。测空腹血糖 3.9mmol/L,口服葡萄糖 75g3 小时血糖 22.4mmol/L。彩色 B 超提示:胃全排空时间 255.2 分钟,胃窦收缩频率 2 次/分,收缩幅度 0.42cm。诊断:糖尿病性胃轻瘫。辨证:脾胃虚弱,气阴

两亏,纳运失职。处方:党参 20g,白术、茯苓、黄芪各 15g,制黄精、制玉竹、当归、生地黄、半夏、山楂各 10g,陈皮 5g,每日 1 剂,水煎服 2 次。上方服至 7 剂,恶心呕吐消失,原方去半夏 10g,续进 7 剂,诸症悉除。测空腹血糖 5.3mmol/L,口服葡萄糖 75g3 小时血糖 10.8mmol/L。胃全排空时间 168.3 分钟,胃窦收缩频率 3 次/分,收缩幅度 0.58cm,继予参苓白术丸善后。

2 补养勿忘行气活血

糖尿病性胃轻瘫虽以脾胃虚弱为本,然不能忽视气滞血瘀、瘀阻血络之标。糖尿病气滞血瘀之产生,多由气阴亏虚所致,所谓“气虚气滞则血郁”,“阴虚血热则血瘀”。阳明为多气多血之腑,若气阴不足,气滞不畅,瘀阻肝脾脉络,气血灌注胃络不利,导致胃络失养,则发为胃瘫。笔者曾对 30 例本病患者观察,发现均有不同程度的胸胁刺痛、胸闷暖气、口唇青紫、舌质瘀点瘀斑、脉象滞涩不畅等表现。胃镜检查,可见胃粘膜灰白缺血,胃底静脉轻度淤血,回流不畅等现象。治疗当健脾养胃与理气活血并进。笔者常用麦门冬汤补脾养胃,合丹参饮行气活血和胃,投之每每取效。临证应从小剂量开始,待脾胃之气适应后逐渐增量,切忌急功。

例 2:陈某,女,58 岁。有Ⅱ型糖尿病史 11 年,经口服药降糖治疗,空腹血糖常在 5.8~10.4mmol/L 之间波动。1998 年 10 月始出现上腹饱胀、食后加重、恶心呕吐等症,曾服西药“快胃片”等见效不显,并日渐加重。1999 年 2 月 5 日诊时,症见恶心呕吐,入食即吐,脘胀暖气,胁肋隐痛,大便溏秘不调,形瘦神疲,肢倦乏力,舌质紫暗、边瘀点,脉细涩。测空腹血糖 4mmol/L,口服葡萄糖 75g3 小时后血糖 16.3mmol/L。胃镜报告:胃粘膜呈灰白状,胃底静脉轻度淤血。彩色 B 超提示:胃全排空时间 261.3 分钟,胃窦收缩频率 2 次/分,收缩幅度 0.38cm。诊为糖尿病性胃轻瘫。证属脾虚胃弱,气滞血瘀,升降失司。处方:山药 15g,党参、麦冬、半夏、大枣、丹参、刘寄奴、山楂各 10g,甘草、砂仁、檀香各 5g,7 剂。复诊时恶心暖气减少,食后不吐,原方加大党参、麦冬、丹参、刘寄奴至 15g,山药 30g,续进 7 剂。三诊时诸症消失,舌转淡红,脉细弱。复查血糖及胃排空功能均正常,再进原方 7 剂,以资巩固。

* 浙江省上虞市中医院中医内科,上虞市百官镇新建路 42 号 (312300)

收稿日期:1999-05-20;修回日期:1999-10-11