

临证心得

对胰岛素抵抗宜用益肾化瘀、疏利少阳法

吴 深 涛*

主题词 胰岛素抗药性 补肾 祛瘀

胰岛素抵抗或不敏感是一种复杂的临床综合征,是指胰岛素浓度正常或不断增高的情况下胰岛素生物效应仍低于正常,或不断增加胰岛素注射量仍不能有效控制糖尿病。胰岛素抵抗及其产生的高胰岛素血症与心血管疾病、血液系统功能紊乱及其内分泌失调有密切的关系,可能是代谢紊乱性疾病的主要机制之一。目前西医治疗本病主要是控制原发病或并发症、调整胰岛素的剂型和剂量,而对胰岛素受体抗体所致抵抗性除应用大剂量的胰岛素外,尚采用如糖皮质激素等药物使抗体和受体解离的措施。笔者以益肾化瘀、疏利少阳法为主,用中药治疗本病,疗效较为满意,兹简述于下。

1 审证因以究其病机

近年中医认为,胰岛素抵抗以消渴病阴阳两虚型和湿热内蕴型最为多见,而胰高血糖素分泌异常则以阴虚内热型和湿热内蕴型为显著。其中以阴阳两虚型病人的胰岛素抵抗最为明显。如据此而论,以滋阴温阳、清热利湿解毒等疗法应当有效。然而就笔者临床体会,此类患者多由气阴两虚发展而来,且大多消渴病史较长或有注射胰岛素史,除具有口干、舌红、脉数等阴伤症状外,还常见口苦烦躁、大便秘结或不爽、舌暗红或瘀斑等肝胆气血不利之征,特别是面色无华憔悴、神疲倦怠、气短懒言、夜尿频繁或量少等肾元气虚衰之象并不少见。在应用胰岛素的患者中,以阴阳两虚者为多,并与肾虚、少阳枢机不利及瘀血内阻关系密切。

1.1 关于肾虚和胰岛素抵抗:现代医学发现,不同的个体对胰岛素的反应有很大差异。在同等条件下,注射等量的胰岛素后,病人的反应和敏感程度及降糖疗效均存在差异。从中医学分析,就是先天因素的不同,是先天之本肾气的禀赋强弱之不同。同样是消渴病人,其肾气有强弱之差,故其所受药物反应亦不同。因此遣

方用药自当侧重其肾。所谓病至阴阳两虚,主要是指肾之阴阳的虚损。肾为先天之本,内寓元阴元阳,元阴不足则诸脏失养,元阳虚弱则诸脏失其温煦生化,特别是气化严重失司。可见肾为先天之本,其在胰岛素抵抗发生机理中占有重要地位。

1.2 少阳失和与胰岛素抵抗:从胰岛素作用的靶器官而言可分为肝脏和外周组织(主要为肌肉和脂肪组织),笔者论治取少阳的依据亦基于此观点。情志为病易内伤肝胆,少阳枢机失和,继则上不能敷布心肺,中不能疏泄脾胃,下则肝肾失养。中精之物不能为体所用,反变为内浊为病,可能产生类似于胰岛素拮抗物质和受体障碍等,故临床上患者经常出现或伴有烦闷口苦、纳差便秘等少阳经症状。治疗当疏利其少阳。消渴病病久,肝胆疏利失职导致瘀血内阻,产生病理产物,进而促成本病。

2 随机立法,辨证组方

据上述病机观点,胰岛素抵抗的患者临床表现肾虚、少阳不利、兼瘀浊的病理变化,治疗时须从肾和少阳两个方面着手,以益肾化瘀、疏利少阳为主。笔者在临床常以瓜蒌瞿麦丸合大柴胡汤化裁治疗本病取得满意疗效。基础方药:天花粉 30~60g,山药 20g,茯苓 15g,制附子 7~10g,瞿麦 7g,柴胡 12g,熟大黄 10g,枳实 10g,黄芩 15g,白芍 20g,丹参 20g,生地黄、熟地黄各 20g,三七粉 3g(分 2 次冲服),水煎服,每日 2 次。方中地黄、附子一阴一阳入肾以复根元,俾少火生气;天花粉、山药生津益气;柴胡合黄芩和解少阳;熟大黄清热祛腐生新;枳实、白芍柔肝利胆,疏理少阳;茯苓、瞿麦利湿化浊;丹参、三七活血化瘀生新血,全方温肾益阳、疏利少阳,并化瘀浊。

辨证化裁:如偏于肾阳虚者,除加重附子用量,还可加入淫羊藿;如偏于肾阴不足者以六味地黄丸为基础化裁。如湿热为甚而兼有口苦、纳差呕恶、便秘者,则配合小柴胡汤加减;若因肝血不足而见口干苦、烦热、目糊乏力者,合逍遥散化裁。如兼见有舌质紫暗、或有瘀斑、或肢麻疼痛等血瘀之征时,治当化瘀。由于此类患者常伴有血虚,药用如当归、丹参、川芎、赤芍、牡丹皮、桃仁等不甚峻烈且能兼养血之品为宜。

* 天津中医学院第一附属医院内分泌代谢病中心,天津市南开道鞍山西道 314 号(300193)

收稿日期:2000-07-10;修回日期:2001-03-15

3 病例介绍

魏某某,女,38岁,1999年9月5日初诊。有糖尿病史12年余,使用胰岛素治疗3年余。血糖曾一度控制良好,但1年半前,血糖开始波动,并逐渐上升,随之逐渐增加胰岛素的用量已至100U/日,其空腹血糖仍高低不稳,一般常在9~18mmol/L之间波动,但又间或出现低血糖,曾检查葡萄糖耐量实验和胰岛素释放功能,示胰岛素释放曲线延缓,曾配合双胍类和糖苷酶抑制剂治疗获缓解,患者因虑其肾脏病变而求中药治疗。症见口干而苦,头晕头痛,无多饮和饥饿感,常感乏力,食后脘满,四肢沉重,手足不温,双踝轻度浮肿,大便偏干,夜尿频繁,时小腹冷感,舌质淡略紫而嫩、边尖红,苔微黄腻而干。检查有关项目,示空腹胰岛素浓度为30mU/L,抗体阳性,胰高血糖素增高。尿常规示尿蛋白(++),尿糖(++)。血压180/100mmHg(1mmHg=0.133kPa)。诊断为糖尿病肾病、高血压伴胰岛素抵抗。中医辨证为肾脾两虚,枢机不利。治则以补肾健脾,疏利少阳。选瓜蒌瞿麦丸合逍遥散加减:生地黄、熟地黄各15g,山药15g,茯苓15g,炮附子9g,瞿麦10g,天花粉30g,牡丹皮20g,柴胡12g,太子参25g,当归15g,白术20g,白芍25g。

9月12日二诊:服药7剂后病人自觉手足转温,脘满及四肢沉重感较前略缓解,夜尿减少,舌仍紫嫩。当适用化痰,以前方加丹参20g,益母草25g。

9月20日三诊:服7剂后,病人踝部浮肿全消,夜尿继续减少,仍时感头晕,大便干,血糖11.7mmol/L。考虑其虚阳得复,兼顾其阴,更方如下:生地黄、熟地黄各20g,山茱萸15g,山药15g,茯苓15g,丹参15g,葛根15g,淫羊藿25g,肉桂6g,当归15g,白芍25g,柴胡10g,白术15g,珍珠母30g,熟大黄10g,黄芩15g。

9月28日四诊:服7剂后病人自觉头晕头痛减轻,大便通畅,体力亦复,血糖9mmol/L。后以前方加减续服,并配用 α -糖苷酶抑制剂,逐渐减胰岛素用量治疗月余。

11月2日再诊:病人血糖维持在6~8mmol/L左右,胰岛素用量已减至56U/日,血压146/90mmHg。病人除偶有口干、不耐疲劳外无明显不适。治疗以复其脾肾为主,前方去珍珠母,加黄芪30g。治疗2月余,并将普通胰岛素更换为诺和灵30R后,用量渐减至24U/日,后停用 α -糖苷酶抑制剂,改予我院自制成药——正消胶囊和肾消冲剂口服,血糖稳定,尿蛋白亦显著减少,此后定期来院复查状态较好。

周仲瑛治疗低颅压综合征1则

王 敬 卿*

王某,女,30岁。反复发作性头痛5月余。患者5月前无明显诱因突发头痛,伴头昏、烦躁欲呕,于某脑科医院经各项检查确诊为原发性低颅压综合征,予补液治疗暂可缓解,但仍反复发作,遂请周老师治疗。症见:头痛较剧,睡后缓解,立起加剧,以后脑疼痛明显,头部有重压感,头昏,伴耳鸣怕冷,出冷汗,颈僵,纳差,大便偏干,口干苦粘,苔腻色黄,脉细滑。中医辨证:气虚清阳不升,痰浊上蒙。以补中益气汤加味:党参12g,黄芪15g,炒苍术、白术各10g,炙甘草3g,石菖蒲10g,法半夏10g,葛根15g,陈皮10g,当归10g,炒山药10g,制黄精10g,苦丁茶10g,砂仁3g(后入),炮姜3g,7剂。

服1剂后,觉背有火辣感,烦躁、恶心想呕,时欲呕,头胀不痛,有紧张感,手足出汗,上方加黄连3g继服。三诊时头痛明显缓解,晨起头昏不清、目花,烦躁减轻,食纳改善,左耳听力不佳,有搏动感,寐差,苔薄黄腻,脉细滑。仍当益气升清,上方加白蒺藜10g,夜交藤15g,嘱服14剂。

四诊时发病次数明显减少,前日起床时发病,从颈部至腰脊火辣不适,头部昏胀不清,有晕感但不痛,易汗,仍稍烦躁,口干苦,苔薄黄腻、质红,脉细。证属气虚清阳不升,内风夹痰上

扰。以半夏白术天麻汤加味:天麻10g,焦白术15g,半夏10g,茯苓10g,陈皮6g,黄连4g,葛根15g,苦丁茶10g,当归10g,制黄精12g,石菖蒲10g,夜交藤20g,白蒺藜12g,14剂。药后头昏基本缓解,巅顶有重胀感,背后火辣,口苦减轻,心慌不显,苔淡黄腻、质暗红,脉细滑。于上方中加炒山药15g,姜黄10g,枸杞子10g。14剂后,患者诸症基本消失。

讨论:患者初诊时症见头痛剧烈,头昏重、颈僵,恶心想呕、口干苦粘、苔黄腻、脉细滑,往往易诊为单纯的痰浊郁久化热型头痛。但患者头痛的特点是:睡后则减,起立加剧,故辨为虚证头痛;此与肾虚头痛的空痛及血虚头痛的晕痛不同,且这两种头痛与体位无明显关系。再次追问病史,患者诉有怕冷、出冷汗之症,周老师辨证为气虚清阳不升、痰浊蒙闭之头痛,以补气升阳化痰清热之法,拟补中益气汤加味。方中党参、黄芪、白术、甘草、当归益气升阳养血,葛根升阳解肌止痛,半夏、陈皮、砂仁化痰醒脾,苦丁茶清头目,山药、黄精助黄芪养阴益气,以达阴中求阳之目的,稍佐炮姜微温之品,助阳气升腾。患者服1剂后,后背出现火辣感且烦躁紧张,此为心火内盛,内有痰浊郁热,故用黄连配炮姜,为苦降辛通法,既能泄降痰浊郁热,又能通阳利气,使邪降气升。药后患者头痛明显缓解,以头昏胀为著,主要辨证为内风夹痰上扰,予以半夏白术天麻汤加味。头晕缓解后再加山药、枸杞子、姜黄养阴活血通络以善其后。

* 南京中医药大学99级博士生,南京市汉中路(210029)

收稿日期:2000-08-31