

对胰岛素抗药性糖尿病患者的辨治体会

王世才

(甘肃省定西市安定区中医医院内科, 定西市安定区中华路65号, 743000)

[关键词] 糖尿病; 胰岛素抗药性; 中医药疗法

胰岛素的抗药性, 是指在无酮症酸中毒和拮抗胰岛素作用的条件下, 每日胰岛素的用量超过100IU 或200IU, 接受胰岛素注射约1个月后, 其循环血中出现抗胰岛素抗体, 从而使极少数的患者表现为胰岛素的抗药性。笔者在临床上辨证施治胰岛素抗药性的糖尿病患者, 取得了良好疗效, 现总结如下。

1 2型糖尿病患者重在益气温阳填精

患者出现胰岛素抗药性的临床特点是: 患者血糖高持续不降, 增加胰岛素的剂量血糖反见上升。由于患者罹患糖尿病时间长, 病程久, 长期大量服用化学降糖药, 导致各脏腑功能代谢紊乱, 阴阳失调, 气血津液输布运化障碍, 痰浊、瘀血等病理产物停积体内, 相互交阻, 留而不去, 最终导致阴阳两虚。此时给予胰岛素治疗, 其实病变已进入后期, 由此可以推断, 患者产生胰岛素耐药的病机关键是阴阳两虚。在临床上, 患者既有畏寒肢冷、腰膝酸软、夜尿频多或多尿等肾阳虚的表现, 又常有头晕耳鸣、手足心热、口干咽燥、多饮、脉沉细等肾阴虚的症状, 同时兼见疲软无力、面色苍白、舌质紫暗等气虚血瘀的证候。故治疗重在益气温阳填精, 而兼以活血化瘀祛浊。方药以生脉饮、济生肾气汤、知柏地黄汤合活血化瘀药治疗。小便频数而量多者, 可加覆盆子、桑螵蛸以固精缩尿; 遗精而早泄者, 加金樱子、芡实以固涩。

例1: 张某, 男, 74岁, 2004年3月26日初诊。糖尿病史已23年。自诉1个月前因“突然晕倒伴肢体无力”住某医院治疗。入院后经各项检查后, 确诊为2型糖尿病、原发性高血压、腔隙性脑梗塞、前列腺肥大等疾病, 经扩血管、降压、降血糖、抗炎等治疗措施, 病情好转出院。出院后即皮下注射胰岛素, 开始疗效尚可, 注射2个月后发现血糖高持续不降。又去该医院诊治, 查空腹血糖13.6mmol/L, 餐后2小时血糖16.7mmol/L, 建议增加胰岛素用量至32IU, 早晚各16IU, 注射1周后血糖反见升高, 胰岛素剂量增至每日64IU, 继用1周, 空腹血糖

升至26.7mmol/L。患者诉双下肢软弱无力, 难以步履, 小便频数, 不能自控, 口干, 多饮, 腰膝酸软, 形寒怕冷, 口苦咽燥, 双下肢轻度浮肿, 肌力4级, 舌质紫暗, 舌胖大边有齿痕, 舌面干, 少苔, 脉沉细无力。复查空腹血糖26.4mmol/L, 餐后2小时血糖27.8mmol/L, 尿糖(++++)。尿酮体(-)。证属阴阳俱衰, 气虚血瘀。给予益气温阳填精, 活血化瘀祛浊。方用生脉饮合济生肾气汤加减。处方: 肉桂10g, 制附子15g(先煎), 熟地黄24g, 山药12g, 山茱萸12g, 茯苓10g, 牡丹皮10g, 泽泻10g, 西洋参10g, 五味子10g, 黄芪30g, 麦冬10g, 川牛膝10g, 益智仁12g, 桑螵蛸10g, 益母草24g, 覆盆子24g, 生牡蛎30g, 水煎服, 每日1剂。胰岛素减至32IU, 早晚各16IU。3剂后, 患者小便基本能够自控, 畏寒怕冷症状减轻, 效不更方, 上方再进5剂, 患者精神明显好转, 小便完全能够自控, 查空腹血糖13.6mmol/L, 胰岛素减至24IU, 早晚各12IU, 中药仍以上方加减, 前后共服20剂, 诸症基本缓解, 查空腹血糖6.8mmol/L, 餐后2小时血糖9.3mmol/L。随访2年, 病情平稳, 目前胰岛素用量每日18IU, 血糖控制平稳。

2 1型糖尿病重在气阴双补、清热解毒

1型糖尿病, 属胰岛素依赖性糖尿病, 患者多数为儿童, 如不给予胰岛素治疗, 有酮症倾向, 以至出现酮症酸中毒而危及生命。在患病初期给予胰岛素治疗, 有部分患儿可并发胰岛素的抗药性, 有时每日胰岛素用量超过100IU, 而血糖仍持续不降, 后果严重。由于儿童正处在生长发育阶段, 脏腑娇嫩, 形体未充, 生机旺盛, 为“稚阴稚阳”之体, 故发病之后容易正虚邪实。如出现胰岛素抗药性, 临床可见患儿口干、多饮多尿、全身酸软无力、舌红少苔、脉细数。其病因病机仍以气阴两虚为本, 邪热炽盛为标。故治疗重在气阴双补、清热解毒。方药以生脉饮、左归饮、四君子汤、黄连解毒汤加减。

例2: 姚某, 女, 14岁, 2005年7月28日初诊。患1型糖尿病已4年, 近1个月来皮下注射普通短效胰岛素已无效果, 每次注射36IU, 每日3次, 血糖仍持续不降, 空腹血糖常在17.3mmol/L以上, 要求服中药治疗。症见口唇干裂起痂, 多饮、多尿, 疲乏无力, 精神萎靡, 腹

壁及双下肢轻度浮肿,舌质红、少苔,脉沉细数。查空腹血糖17.8mmol/L,尿糖(++++)、尿酮体(-),尿蛋白(-)。给予益气养阴,清热解毒。方用生脉饮、左归饮、黄连解毒汤加减。处方:党参24g,麦冬10g,五味子10g,茯苓30g,炒白术10g,生地黄24g,山药10g,山茱萸10g,枸杞子10g,黄连6g,黄芩10g,黄柏10g,知母10g,桂枝6g,水煎服,每日1剂。并酌减胰岛素用量,每次24IU,每日3次,餐前半小时皮下注射。进药3剂后,多

饮多尿症状明显减轻,双下肢肿胀消失;继服上方3剂,诸症又轻,口唇转润,痂脱裂愈,查空腹血糖10.6mmol/L;再服5剂,诸症基本缓解,胰岛素已减至每日36IU,空腹血糖降至8.8mmol/L。以上方党参易人参,制成散剂,每次6g,每日2次,继续内服。随访2年,患儿病情平稳,每日胰岛素用量18~24IU,血糖基本平稳。

(收稿日期:2006-10-11)

益胃消痞汤治疗糖尿病胃轻瘫38例

王新玉

(福建省宁德市中医院,宁德市东湖路16号,352100)

糖尿病胃轻瘫(DGP)是糖尿病导致的慢性并发症,表现为胃肠神经功能受损、胃动力障碍、胃排空延迟。常见的症状包括早饱、餐后腹胀、恶心、呕吐、嗝气、胃纳减退等。笔者于2002年8月~2006年6月应用中药益胃消痞汤加减治疗DGP 38例,并设西药治疗组对照观察,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

76例患者随机分为治疗组和对照组。治疗组38例,男26例,女12例,糖尿病病程16个月~15年,胃轻瘫2个月~4年;对照组38例,男22例,女16例,糖尿病病程2~16年,胃轻瘫1.5个月~4.5年。两组患者性别、年龄、病程、病情方面差异均无显著性意义,具有可比性($P>0.05$)。

1.2 诊断标准

按1999年WHO确定的糖尿病诊断标准,选择2型糖尿病患者,并符合下列条件:(1)伴有不同程度的上腹不适、餐后腹胀、早饱、恶心、呕吐、嗝气、胃纳减退、体重减轻等症状,且持续4周以上;(2)经胃X线钡透检查证实有胃排空延缓,蠕动减弱,钡剂滞留时间延长(>6 小时),排除幽门机械性梗阻;(3)胃镜检查排除上消化道器质性病变;(4)B超检查排除肝胆胰疾病;(5)排除硬皮病、皮炎、胃肠炎等疾病。

2 治疗及观察方法

2.1 治疗方法

治疗组服用益胃消痞汤(黄芪30g,白术15g,茯苓15g,石斛15g,葛根15g,香附10g,川芎10g,鸡内金10g,半夏10g,厚朴8g),每日1剂,水煎500ml,分2次餐前服,4周为1个疗程。对照组口服吗丁啉10mg,每日3次,餐前30分钟口服,4周为1个疗程。两组治疗期间仍使用降糖药,糖尿病饮食,停药其他可能影响胃肠功能的药物。

2.2 观察方法

每日观察记录病情变化及疗效,每2周复查一次空腹血糖及餐后2小时血糖,1个疗程后复查胃X线钡透,半年内随访。

2.3 统计学方法

用X²检验及Fisher精确概率检验。

3 治疗结果

3.1 疗效标准

显效:糖尿病胃轻瘫症状消失,X线钡透检查胃十二指肠排空正常;有效:糖尿病胃轻瘫症状减轻,X线钡透检查胃十二指肠蠕动有改善,但排空仍有延缓;无效:糖尿病胃轻瘫症状改善不明显,X线钡透检查胃十二指肠蠕动无明显改善。

3.2 两组临床症状改善情况比较

治疗后两组临床症状均有明显改善,治疗组38例中早饱、餐后腹胀、恶心、胃纳减退改善分别为35例、36例、34例、36例,对照组分别为25例、32例、25例、23例。治疗组症状改善明显优于对照组,差异有显著性意义($P<0.01$)。

3.3 两组胃X线钡透检查情况比较

治疗组显效16例,有效20例,无效2例,总有效率为94.7%;对照组显效5例,有效23例,无效10例,总有效率为73.7%,两组比较差异有显著性意义($P<0.01$),治疗组胃X线钡透改善情况明显优于对照组。

4 讨论

DGP是糖尿病常见的一种慢性并发症,现代医学认为,本病可能与糖尿病导致胃自主神经受损,及高血糖导致胃动素的分泌减少有关,胃收缩受影响,胃动力低下,排空时间延长而出现的一系列症状。本病属中医“胃痞”、“胃缓”、“呃逆”等范畴,基本病机以消渴日久,阴损耗气,致中气虚弱、脾胃升降失调为主,脾气虚弱、运化无力为本,气滞、血瘀、痰结、食积、胃失和降为标,为虚实夹杂之证。故治疗以益气养阴健脾和胃为主,兼以理气祛瘀化痰消食。方中重用黄芪益气健脾,加用茯苓、白术、石斛、葛根养阴生津益气健脾,同治其本虚;半夏燥湿化痰,降逆和胃,消痞散结,加厚朴燥湿消痰,下气除满,更增强降逆止呕之功;香附行气解郁,川芎活血化瘀,鸡内金消食导滞,共治其标实。现代药理研究,黄芪、白术、葛根具有改善患者胰岛素分泌延迟的作用。鸡内金促进胰岛分泌胰岛素和增强肌肉糖酵解,具有降低血糖作用。香附可促进胃肠平滑肌收缩,加强胃十二指肠排空。此方具有消除2型糖尿病胃轻瘫症状及降低血糖双重作用。益胃消痞汤治疗糖尿病胃轻瘫疗效确切,副反应少,费用低廉。

(收稿日期:2007-09-18)