

调和气机中药治疗糖尿病性胃轻瘫64例临床研究

吕 文 增

(山东省聊城市人民医院中医胃肠专科, 聊城市东昌西路67号, 252000)

[摘 要] **目的** 观察调和气机中药治疗2型糖尿病(T²DM)性胃轻瘫(DGP)的临床疗效及其对血浆胃动素、胃动力、血糖的影响。**方法** 将136例T²DM DGP患者随机分为治疗组64例,对照组72例,在选用降糖药物、控制血糖一致的基础上分别给予调和气机中药和氯波比利治疗。检测血浆胃动素、胃动力及血糖水平。**结果** 胃、十二指肠消化间期移行性复合运动波(MMC)Ⅰ相时间明显延长,Ⅲ相时间明显缩短,Ⅱ相时间无明显变化,两组比较差异无统计学意义($P>0.05$);治疗后临床症状均有不同程度改善,治疗组临床痊愈率、总有效率分别为65.63%、96.88%,对照组分别为52.78%、84.73%,两组比较差异有统计学意义($P<0.05$);治疗组的血浆胃动素和血糖均明显下降,与治疗前比较差异有统计学意义,且优于对照组($P<0.05$ 或 $P<0.01$);两组的MMC时相均有不同程度改善,治疗组明显优于对照组($P<0.05$)。**结论** 调和气机中药治疗T²DM DGP临床疗效显著,能降低空腹血糖及血浆胃动素,明显增强胃动力的作用。

[关键词] 2型糖尿病;胃轻瘫;血糖;胃动素;胃动力;调和气机

Clinical Study on 64 Cases of Diabetic Gastroparesis Treated by Chinese Medicine through Regulating Qi Circulation

Lu Wen-zeng

(People's Hospital of Liaocheng City, Shandong 252000)

ABSTRACT **Objective** To study the effect of Chinese medicines on diabetic gastroparesis of type 2 diabetes mellitus (T²DM DGP) through regulating qi circulation and to observe its influence on plasma motilin, gastric motivation and blood sugar. **Methods** The 136 T²MDMGP patients were randomized into a treatment group (64 cases) and a control group (72 cases). Based on the same medication to control blood sugar, they were treated by traditional Chinese medicines on the principle of regulating qi circulation and Clebopride Malate Tablets respectively, and their plasma motilin, gastric motivation and blood sugar were determined for comparison. **Results** By gastrointestinal migrating motor complex (MMC) determination, the time of phase Ⅰ was obviously extended, the time of phase Ⅲ obviously shortened, while the time of phase Ⅱ not obviously changed, no significant difference found between two groups ($P>0.05$). The clinical symptoms improved after treatment. The clinical recovered rate and total effective rate of the treatment groups was 65.63%, 96.88% respectively, and that of the control group was 52.78% and 84.73% respectively, showing a significant difference ($P<0.05$). The plasma motilin and blood sugar decreased obviously in the treatment group, the difference was significant as compared with before treatment ($P<0.01$ or $P<0.05$). The MMC time phases improved in both groups, but the treatment group was obviously better than the control group ($P<0.05$). **Conclusion** The Chinese medicines of regulating Qi circulation was effective in decreasing blood sugar, plasma motilin, strengthening gastric motivation of T²DM DGP patients.

Key Words T²DM Gastroparesis; Blood sugar; Motilin; Gastric motivation; Regulate qi circulation; Chinese medicines

糖尿病性胃轻瘫(DGP)是糖尿病常见并发症,门诊DM患者的胃排空延迟发生率为29.6%~65%,其中伴有胃肠道症状的糖尿病患者的DGP发病率高达69.9%^[1]。笔者于2002年3月~2004年10月,在对2型糖尿病(T²DM)基础治疗不变的前提下,运用调和气机中药治疗T²DM DGP患者,并对其血浆胃动素、胃动力、血糖的影响进行了临床研究,现报道如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准

按WHO标准^[2]确诊为2型糖尿病5年以上;存在明显的腹胀、早饱、厌食、反酸、恶心呕吐等症状;胃镜检查无黏膜损伤或幽门梗阻,肝功能正常;可合并周围

神经病变或视网膜病变;X线检查餐后4小时胃内仍有标志物存留。

1.2 纳入标准

空腹血糖 $>7.0\text{mmol/L}$,餐后2小时血糖 $>11.0\text{mmol/L}$,有胃轻瘫症状^[3]两项以上,持续超过两周且经PCpolygrafHR八道胃肠功能监测仪证实有动力障碍;就诊前2周末服用影响胃肠动力的药物;年龄40~70岁,同意接受本治疗与检查方法并能完成治疗者。

1.3 排除标准

血糖未控制的糖尿病酮症酸中毒及其他代谢紊乱性疾病;合并有影响胃肠动力的消化系统其他疾病(如食道炎、胆汁反流性胃炎、胃及十二指肠糜烂及溃疡、胃肠肿瘤、肝胆胰脾器质性病变)及全身性或其他系统

疾病(如结缔组织病、内分泌疾病、精神病)者;妊娠及哺乳期妇女;对试验药物有过敏史或伴有严重心、肺、肝、肾疾病者;不能配合有关检查,不能完成治疗者。

1.4 一般资料

观察病例来自山东省聊城市人民医院糖尿病治疗中心及中医胃肠专科门诊,均为T2DM DGP患者,共136例。所有患者按随机数字表法分为两组,中药组(治疗组)64例,其中男性18例,女性46例;年龄40~68岁,平均(43.20±15.50)岁;糖尿病病程6~20年,平均(6.2±1.2)年;胃轻瘫病程2~8个月,平均(5.4±1.2)个月;空腹血糖平均值(9.96±1.62)mmol/L。氯波比利组(对照组)72例,男性20例,女性52例;年龄40~70岁,平均(44.40±14.80)岁;糖尿病病程5~18年,平均(5.8±1.4)年,胃轻瘫病程3~9个月,平均(5.60±1.40)个月;空腹血糖平均值(9.94±1.64)mmol/L。两组性别、年龄、病程、空腹血糖水平及主要症状、体征等方面差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

2 方法

2.1 治疗方法

基础治疗:两组的基础性治疗一致(合理选降糖药、加强运动、控制饮食)。治疗组给予调和气机中药(组成:柴胡9g,白芍12g,枳实6g,乌贼骨30g,川厚朴10g,姜半夏6g,炒莱菔子9g,生甘草6g,党参12g,神曲15g,茯苓30g,白术45g)组成胃通合剂,每日1剂,加清水适量,水煎服至200ml,余渣加水再煎至100ml,两煎药液混合,经高压灭菌后,分袋包装,每袋150ml,于每日早、晚饭后2小时(即半空腹状态),分两次温服。对照组:应用西药氯波比利片剂,由株洲新华联药业有限公司生产(国药准字:H19990128)。用法用量:首次0.34mg,之后每次0.68mg,饭前10~30分钟口服,每日3次。两组均服药1个月为1个疗程,1个疗程观察疗效。

2.2 观察指标和检测方法

2.2.1 临床疗效指标 采用半定量法,胃脘胀满、恶心或呕吐、食欲不振及早饱、嗝气、吞酸等6个主要症状均分为5级:0级,无症状;1级,偶尔出现症状,或程度很轻,不影响生活和工作;2级,介于1级和3级之间;3级,

症状频繁,明显影响生活和工作;4级,症状严重,患者表现痛苦。分别计0、1、2、3、4分,计算治疗前后的症状总分,求得疗效指数,以判定疗效,疗效指数=(治疗前总分-治疗后总分)/治疗前总分×100%。

2.2.2 检测指标及方法 (1)两组患者服药前后空腹血糖水平的变化:于早晨7:00空腹采血,应用(美国贝克曼公司生产)LX20全自动生化分析仪,采用葡萄糖氧化酶电极法测定。(2)血浆胃动素(MTL)测定:用放射免疫分析(RIA)法,清晨空腹静息状态下抽取静脉血3ml,离心后留取上清液,于-20℃保存备测,试剂盒由解放军总医院放免研究所提供,严格按说明操作,用SN-6917全自动双探头γ放免计数仪测定。(3)胃窦十二指肠压力测定:采用腔内测压法,应用PCpolygrafHR八道胃肠功能监测仪及胃肠测压管,受检者取右侧卧位,经鼻孔插入胃肠测压管,使3个测压孔位于胃窦,3个测压孔位于十二指肠,观察胃窦、十二指肠消化间期移行性复合运动波(MMC)。记录MMCⅠ相、Ⅱ相、Ⅲ相的持续时间、收缩波频率与强度,Ⅲ相收缩波的强度以3个平稳的蠕动波之平均值计算,每次观测胃窦部MMC 2个周期以上,治疗后复检1次。

2.3 疗效标准

参照《中药新药临床研究指导原则》^[5]中的疗效评定标准拟定。临床痊愈:临床症状消失,其他有关检查基本正常,疗效指数≥95%;显效:症状基本消失,其他有关检查基本正常,疗效指数≥70%而<95%;有效:临床症状减轻,其他有关检查好转,疗效指数≥30%而<70%;无效:临床症状稍减或无变化,疗效指数<30%。

2.4 统计学方法

采用SPSS11.0统计软件包,计数资料采用卡方检验,计量资料的组间差异性检验采用t检验。

3 结果

3.1 两组治疗前后症状积分比较

表1示,两组治疗前症状积分差异无统计学意义($P>0.05$),治疗后各症状均有明显改善($P<0.01$),治疗组各症状改善优于对照组($P<0.05$ 或 $P<0.01$)。

表1 两组患者治疗前后症状积分变化比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	时间	例数	胃脘胀满	恶心呕吐	嗝气吞酸	厌食	早饱	餐后胀甚
治疗组	治疗前	64	5.12±1.70	3.96±1.48	4.06±1.62	3.50±1.32	3.08±1.24	5.10±1.50
	治疗后	64	1.38±1.11*△△	0.84±0.70*△	1.16±0.94*△	0.92±1.04*△△	1.22±1.06*△	1.36±1.09*△
对照组	治疗前	72	5.24±1.22	3.66±0.90	3.78±1.40	3.28±1.24	2.86±1.10	5.22±1.20
	治疗后	72	3.20±1.10*	1.24±1.04*	1.46±0.96*	2.10±1.34*	1.58±0.98*	1.18±1.08*

与本组治疗前比较,* $P<0.05$,与对照组治疗后比较,△ $P<0.05$,△△ $P<0.01$ (C)1994-2021 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

表2 两组患者治疗前后 MMC 时相变化比较($\bar{x} \pm s$)

组别	时间	例数	I 相时间(min)	II 相时间(min)	III 相时间(min)	III 相收缩波幅(mmHg)
治疗组	治疗前	64	58.04±4.62	48.68±6.52	5.28±1.66	90.82±14.64
	治疗后	64	46.06±2.20*△	48.23±4.81	9.66±1.84*△	114.16±12.82*△
对照组	治疗前	72	56.88±4.46	48.62±6.46	5.26±1.86	90.68±15.12
	治疗后	72	53.92±3.28	47.52±4.28	8.62±1.82*	110.14±12.62*

与本组治疗前比较, * $P<0.05$; 与对照组治疗后比较, △ $P<0.05$

3.2 两组临床疗效比较

治疗组临床痊愈42例, 占65.63%, 显效16例, 占25.00%, 有效6例, 占6.25%, 无效2例, 占3.12%, 总有效60例, 占96.88%。对照组临床痊愈38例, 占52.78%, 显效20例, 占27.88%, 有效3例, 占4.17%, 无效11例, 占15.27%, 总有效61例, 占84.73%。治疗组明显优于对照组($P<0.05$)。

3.3 两组患者治疗前后 MMC 变化比较

表2示, 治疗组治疗后 MMC I 相持续时间明显缩短($P>0.05$), 对照组 I 相持续时间虽较治疗前缩短, 但差异无统计学意义($P>0.05$); 而两组的 III 相时间均较治疗前明显延长, 收缩波幅明显增高($P<0.05$), 两组改善程度比较治疗组明显优于对照组($P<0.05$); 两组的 II 相持续时间虽较治疗前缩短, 但差异无统计学意义($P>0.05$)。

3.4 两组患者治疗前后空腹血糖、血浆胃动素水平变化比较

表3 两组患者治疗前后空腹血糖及血浆胃动素变化比较($\bar{x} \pm s$)

组别	时间	例数	空腹血糖(mmol/L)	血浆胃动素(pg/ml)
治疗组	治疗前	64	8.08±0.94	498.16±82.78
	治疗后	64	6.82±0.68*△	352.26±48.06**△△
对照组	治疗前	72	8.06±0.96	496.24±82.56
	治疗后	72	7.66±0.66	432.18±64.12

与本组治疗前比较, * $P<0.05$, ** $P<0.01$; 与对照组治疗后比较, △ $P<0.05$, △△ $P<0.01$

表3示, 两组间治疗前空腹血糖和血浆胃动素水平比较差异无统计学意义($P>0.05$), 对照组治疗前后比较, 空腹血糖和血浆胃动素差异无统计学意义($P>0.05$), 治疗组治疗后空腹血糖和血浆胃动素显著下降, 与治疗前比较差异有统计学意义($P<0.05$ 或 $P<0.01$)。两组治疗后比较, 治疗组空腹血糖及血浆胃动素水平下降较对照组明显($P<0.05$ 或 $P<0.01$)。

3.5 不良反应

两组治疗前后心、肺、肝、肾功能均正常, 治疗组未见不良反应, 而对照组3例出现头晕、口干、多汗, 1例出现手颤。

4 讨论

DGP 的发生往往与自主神经病变、高血糖、胃肠激素、微血管病变有关。其中胃动素是激发消化间期活动的主要激素。研究显示, DGP 患者血浆胃动素水平明显升高, 提示胃动素可能在糖尿病胃肠运动功能障碍与发生中起一定作用。业已证实, 高血糖可使胃肠激素分泌失调, 从而导致消化功能异常, 考虑 DGP 患者血糖升高, 可能减少胃肠激素分泌的抑制, 而使胃动素升高; 其次, 由于糖尿病患者的微血管病变, 胃肠道可发生瘀血、水肿, 致迷走神经张力升高, 从而刺激胃动素分泌, 引起胃排空延缓相关的胃动力异常, 如此将导致腹胀、呕吐等胃轻瘫症状出现。由于胃排空延迟所致的胃潴留、胃壁持续扩张和松弛, 加之食物中脂肪和蛋白质的刺激, 胃动素释放增加, 血浆胃动素水平代偿性升高。插管测定胃肠腔内压力是检测胃肠动力较有临床价值的方法, 测定2型糖尿病胃轻瘫患者 MMC, 发现糖尿病胃轻瘫患者 MMC 明显异常, I 期延长和活性降低, III 期缩短, 波幅降低。分析 MMC 受抑制的机制是高血糖引起自主神经病变, 反射性的减弱对血浆胃动素分泌的抑制, 使血浆胃动素升高, 从而形成恶性循环, 又使血糖不易控制, 高血糖抑制糖尿病患者 MMC 的产生和窦部动力, 高血糖可引起 MMC 消失、减弱或发生突变, 糖尿病患者由于血糖控制不利, 还可诱发胃节律紊乱, 降低胃窦部动力, 抑制胃排空速度, 使幽门的紧张性收缩及十二指肠运动失调。氯波比利(第三代促胃肠动力药)是5-羟色胺受体的兴奋剂, 因其增加了胃肠平滑肌间质神经丛节后神经纤维生理性释放乙酰胆碱, 而刺激了消化期和消化间期胃肠运动, 显著改善了糖尿病患者 MMC 异常, 血浆胃动素亦明显下降, 但对空腹血糖却未发现明显影响, 可能与应用剂量与时限有关, 见于本药的副作用, 不可加大剂量或长期应用。

DGP 属中医的“痞满”、“呕吐”、“胃缓”、“胃痹”等范畴, 本病早在《伤寒论》有“但满而不痛者此为痞”。《千金翼方》记载“食不消、食即气满、小便数起、胃痹也”, “痹者闭也, 疲也”, 即一日闭塞不通, 二日疲惫不仁, 食谷不消、胃气闭郁, 气机不宣, 食物不能按时进入

小肠谓之闭;脾胃虚弱,胃之运动无力谓之疲惫不仁。与现代医学所谓“胃轻瘫”极为相似。笔者认为,本病的发生主要与情志不适、饮食失调致肝郁不舒、脾失健运、胃失和降有关,治应疏肝解郁、健脾燥湿、和胃降逆、消食导滞为法。方中柴胡、白芍、枳实疏肝解郁;白术、半夏、厚朴健脾燥湿、和胃降逆;炒莱菔子、神曲消食导滞;党参、甘草益气健脾;茯苓健脾利湿,宁心安神;乌贼骨为制酸之要药,诸药合用肝气调畅,脾健胃和,自能消谷化积,行气消痞。调和气机中药对临床症状及有关指标的影响与胃肠动力的改善程度有关,疗效优于氯波比利,其临床疗效的总体优势与中药的脏

腑归经、多靶点效应的作用特点有关,表明中医的整体观念对指导临床用药仍有较高的价值与科学内涵。

参考文献

- [1]Kong MF, Horowitz M, Janes KL. Natural history of diabetic gastroparesis. *Diabetes Care*, 1999, 22(3) : 503~507.
- [2]钱荣立摘译. 关于糖尿病的新诊断标准与分型. 中国糖尿病杂志, 2000, 8(1) : 5.
- [3]潘中国, 曹世植. 现代胃肠病学. 北京: 科学出版社, 1995: 981~985.
- [4]中华人民共和国卫生部. 中药新药临床研究指导原则. 第1辑. 1993: 88.

(收稿日期: 2007-04-25; 修回日期: 2007-08-30)

[编辑: 叶 晨]

自拟实脾法汤治疗亚急性重型肝炎39例

王荣忠 冉科岗 王顺民 何汝强 王 龙

(甘肃省会宁县中医医院, 会宁县会师镇枝阳巷12号, 730700)

亚急性重型肝炎是重型肝炎中较为严重的一种类型, 是肝炎发展为肝功能衰竭的表现形式之一, 病死率较高, 目前临床上尚无特效的治疗办法, 我院运用“见肝之病, 知肝传脾, 当先实脾”法配合综合治疗方法, 取得了较好的效果, 报告如下。

1 临床资料

1.1 病例选择

选择2002年10月~2007年10月, 因患亚急性重型肝炎在本院住院的患者, 按随机数字表法分为两组。治疗组39例, 男21例, 女18例; 年龄16~74岁, 平均(48.12±10.09)岁; 对照组41例, 男23例, 女18例; 年龄15~73岁, 平均(47.86±9.96)岁。两组性别、年龄、既往史、并发症、发病到医院治疗的时间比较, 差异均无显著性, 具有可比性($P>0.05$)。

1.2 诊断标准

(1) 病史明确, 发病日期距住院治疗在15天~24周之内。(2) 症状: 极度乏力, 食欲缺乏, 频繁呕吐, 腹胀。(3) 黄疸进行性加深, 总胆红素(TBil) 大于正常值10倍以上; 有明显的出血现象, 凝血酶原时间(PT) 显著延长。(4) 排除急性重型肝炎和慢性重型肝炎。

2 治疗方法

对照组采用一般和支持疗法, 患者绝对卧床休息, 密切观察病情, 减少饮食中的蛋白质, 补充热量, 补充足量维生素, 输注新鲜血浆、白蛋白, 维持电解质及酸碱平衡, 使用肝细胞生长因子促进肝细胞再生, 中药及食醋混合液灌肠, 以减少氨的吸收, 保持大便通畅, 以减少胆红素的肝肠循环等。治疗组在对照组综合治疗的基础上, 加服中药自拟实脾法汤(杏仁10g, 白豆蔻8g, 薏苡仁15g, 佩兰10g, 泽兰10g, 茵陈30g, 丹参15g, 厚朴10g, 马齿苋20g, 薄荷3g, 麦芽10g, 鸡内金15g, 大黄6g, 神曲10g)。水煎2次, 取汁400ml, 每次200ml口服或鼻饲, 每日2次。对照组用同法(同量)口服或鼻饲色索水。两组均以21天为一个疗程。

3 治疗结果

3.1 疗效判定标准

基本治愈: 神清, 出血、呕吐停止, 食欲正常, 腹胀消除, 黄疸消退, TBil 和 PT 正常。有效: 出血较前减轻, 肝性脑病下降1度, 呕吐减缓, 食欲稍进, 腹胀减轻, TBil 和 PT 较前明显下降。无效: 各种症状未减轻, 或出现胆酶分离, 病情加重。

3.2 两组疗效比较

治疗组39例, 基本治愈25例, 有效8例, 无效2例, 死亡4例, 基本治愈率为64.2%, 总有效率为84.6%; 对照组41例, 基本治愈15例, 有效12例, 无效6例, 死亡8例, 基本治愈率为36.6%, 总有效率为65.9%。两组治疗后基本治愈率、总有效率比较, 差异均有显著性($P<0.05$); 治疗组疗效明显优于对照组。

4 讨论

亚急性重型肝炎属中医“急黄”、“呕吐”、“臌胀”等病的范畴。《金匱要略》“脾色必黄, 瘀热以行”, 认为脾脏蕴积湿热溢入血分, 行于体表, 必先发黄; 论述病机时, 阳明病腹满, 下之必满除病解, 太阴(脾)寒湿证, 虽下之, 但腹满如故, 说明湿热为患者之黄疸, 一开始病位就在肝脾胃, 而不只在肝; 讨论治则时, “见肝之病, 知肝传脾, 当先实脾”, 即在清利肝胆经湿热的同时, 尚要注意升清、利湿、化湿、燥湿、运脾、和胃、降浊等实脾和胃法, 这样才不至于延缓、甚至加重病情。亚急性重型肝炎临床主要表现为极度乏力、食欲缺乏、频繁呕吐、腹胀等症, 皆属中医学中焦湿热疫毒炽盛的症状。所以在亚急性重型肝炎的调护和治疗中, 除抗病毒、保肝、促进肝细胞再生、调节免疫之外, 配合中医学整体观, 加用清热、利湿、运脾、健脾等法以顾护脾胃, 改善消化功能, 增加营养, 有利于肝细胞的修复。自拟实脾法汤具有保肝, 利胆, 抗病毒, 增强免疫的功效。同时, 尚具有中医学清热利湿、运脾升清、和胃降浊、助消化、增强食欲等“实脾”之作用。

(收稿日期: 2008-01-21)

[编辑: 黄 健]