

玉液汤联合西药治疗 2 型糖尿病 30 例

★ 孙伟岳 金宏杰 (浙江省天台县中医院 天台 317200)

关键词:2 型糖尿病;玉液汤;中西医结合疗法

中图分类号:R 289.5 文献标识码:B

2 型糖尿病属中医学“消渴”之范畴,为临床常见病和多发病。笔者用玉液汤合西药治疗 2 型糖尿病患者 30 例,取得满意疗效,现报道如下。

1 临床资料

共 60 例,均为我院内科住院及糖尿病门诊患者,随机分为两组。治疗组 30 例,男 14 例,女 16 例,平均年龄 (55.03 ± 9.70) 岁,病程 1~20 年,治疗前空腹血糖(FBG) (11.61 ± 3.57) mmol/L,餐后 2 小时血糖(P2hBG) (15.83 ± 4.38) mmol/L。对照

组 30 例,男 13 例,女 17 例,平均年龄 (54.78 ± 10.11) 岁,病程 1~20 年,FBG (11.42 ± 3.76) mmol/L,P2hBG (15.73 ± 4.13) mmol/L。两组病例临床资料经统计学处理,差异无显著性意义($P > 0.05$),具有可比性。

西医诊断标准参照 1999 年 WHO 糖尿病诊断标准^[1]。中医诊断标准为口渴多饮,消谷善饥,尿多而浊甚则如膏和尿甜,形体消瘦或略见消瘦,乏力。中医辨证基本型为阴虚燥热型。排除心、脑、肾

脾胃升降失常,运化无力;临床表现为胃脘胀闷、疼痛、食欲不振等。因此,本病的治疗应该着眼于益脾气、养胃阴、理滞气、活瘀血。方中党参、白术、茯苓、炙甘草益气健脾,陈皮、佛手片、半夏、木香疏肝和胃,丹参、三七养血活血、祛瘀生新,沙参、玉竹、白芍养胃阴。上药共用,益气而不生滞、祛瘀而不伤正,使脾气健旺,肝胃相和,运化有常。现代药理研究证实:党参、白术等健脾益气药物能增强胃粘膜抗氧化能力,配合丹参、三七等活血化瘀药物,能明显增加胃粘膜血流,解除平滑肌痉挛,促进粘膜的再生与修复;木香、陈皮等理气药具有促进胃动力,加速胃排空的功效;三七、白花蛇舌草、土茯苓等能有效治疗胃粘膜的萎缩性病变,逆转腺上皮的不典型增生和肠化生,显著改善胃的分泌功能;连翘、蒲公英是抗 HP 感染,杀灭 HP 良药。

表 1 两组治疗结果比较

组别	n	治愈	显效	有效	无效	总有效率(%)
治疗组	98	56	22	12	8	91.8
对照组	87	17	19	22	29	66.7
P 值		<0.01	>0.05	>0.05	<0.05	<0.05

4.2 治疗后 2 组 HP 感染改善情况 治疗组治疗前 HP 感染共 62 例,治疗后消失 27 例,减轻 16 例,无效 19 例,阴转率 43.5%,总有效率 67.7%;对照组治疗前 HP 感染 59 例,治疗后消失 23 例,减轻 16 例,无效 20 例,阴转 39.0%,总有效率 66.1%。2 组均有消除 HP 作用,但经统计学处理,无显著差异($P > 0.05$)。

治疗组中伴中、重度肠化生以及异型增生的消失或减轻 56 例,有效率 75.7%;对照组消失或减轻 12 例,有效率 18.5%。经统计学处理,有显著差异($P < 0.01$),中药治疗组疗效明显优于西药对照组。

5 讨论

慢性萎缩性胃炎,以中老年为多见,病情复杂,病程迁延,其主要病理变化是固有腺体萎缩,胃酸分泌减少,胃蠕动功能减弱。属中医“胃痞”、“胃脘痛”范畴。其发病机理主要为脾胃虚弱,情志不和,饮食不节,湿热之邪郁积导致肝胃不和,气滞血瘀,

脾胃升降失常,运化无力;临床表现为胃脘胀闷、疼痛、食欲不振等。因此,本病的治疗应该着眼于益脾气、养胃阴、理滞气、活瘀血。方中党参、白术、茯苓、炙甘草益气健脾,陈皮、佛手片、半夏、木香疏肝和胃,丹参、三七养血活血、祛瘀生新,沙参、玉竹、白芍养胃阴。上药共用,益气而不生滞、祛瘀而不伤正,使脾气健旺,肝胃相和,运化有常。现代药理研究证实:党参、白术等健脾益气药物能增强胃粘膜抗氧化能力,配合丹参、三七等活血化瘀药物,能明显增加胃粘膜血流,解除平滑肌痉挛,促进粘膜的再生与修复;木香、陈皮等理气药具有促进胃动力,加速胃排空的功效;三七、白花蛇舌草、土茯苓等能有效治疗胃粘膜的萎缩性病变,逆转腺上皮的不典型增生和肠化生,显著改善胃的分泌功能;连翘、蒲公英是抗 HP 感染,杀灭 HP 良药。

参考文献

- [1] 于中麟. 慢性胃炎的内镜分型分级标准及治疗的试行意见[J]. 中华消化内镜杂志, 2004, 21(2): 77-78.
- [2] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则(试行)[J]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 124-129.
- [3] 中华医学会消化病学分会. 全国慢性胃炎研讨会共识意见[J]. 胃肠病学, 2002, 5(2): 77-79.

(收稿日期: 2008-09-02 责任编辑: 周茂福)

等危重并发症者。

2 治疗方法

两组均进行糖尿病教育,心理调整,饮食控制。酌情用格列吡嗪 5~30 mg/天,分 2~3 次口服或(和)二甲双胍 500~1500 mg/天,分 2~3 次口服。治疗组加用玉液汤:生黄芪 20 g,葛根 15 g,知母 12 g,天花粉 20 g,山药 15 g,生鸡内金 15 g,五味子 12 g。若阴亏甚加生地 12 g、天门冬 12 g、麦冬 12 g、北沙参 15 g;燥热甚则加黄连 6 g、黄柏 9 g、山梔子 9 g、怀牛膝 20 g;大便结则加生大黄 6 g(后下)、芒硝 12 g(冲服)、玄参 12 g;若出现血瘀之证则加丹参 20 g、山楂 12 g、赤芍 12 g、红花 6 g。每天 1 剂,水煎 2 服。半个月为一个疗程,2 个疗程后统计疗效。

3 疗效标准

参照 1993 年《中药新药临床研究指导原则》^[2]拟订。显效:FBG < 7.2 mmol/L, P2hBG < 8.3 mmol/L,或血糖较治疗前下降 30% 以上,消渴症状消失。有效:FBG < 8.3 mmol/L, P2hBG < 10.00 mmol/L,或较治疗前下降 10% 以上,消渴症状好转。无效:血糖及中医症状改善未达到上述指标。

4 治疗结果

治疗组显效 18 例,有效 8 例,无效 4 例,显效率 60.00%,总有效率 86.67%;治疗后血糖值,FBG (7.61 ± 3.12) mmol/L, P2hBG (10.14 ± 4.05) mmol/L。对照组显效 7 例,有效 16 例,无效 7 例,显效率 23.33%,总有效率 76.67%;治疗后血糖值,FBG (9.72 ± 3.42) mmol/L, P2hBG (12.65 ± 3.11) mmol/L。经统计学处理,两组总有效率比较有显著性差异($P < 0.05$)。治疗组血糖下降水平优于对照组,且具有显著性差异($P < 0.05$)。

中医症候疗效比较,治疗组显效 18 例,有效 10 例,无效 2 例,显效率 60.00%,总有效率 93.33%。对照组分别为 12、10、8 例,40.00%,73.33%。经统计学处理,两组总有效率比较有显著性差异($P < 0.05$)。

两组治疗前后分别查肝肾功能、心电图等均未异常变化,亦未见恶心、呕吐等发生。

5 典型病例

徐某,女,72 岁,2005 年 5 月初诊。有 2 型糖尿病病史 3 年,口干多饮、乏力、盗汗半个月。诊见患者口渴多饮,消谷善饥,乏力,盗汗,五心烦热,大便干结,舌红少苔,脉弦细。就诊前一直不规则口服格列吡嗪,查 FBG 12.1 mmol/L, P2hBG 16.5 mmol/L。西医诊断为 2 型糖尿病;中医诊断为消渴,证属阴虚

燥热型。拟玉液汤加减治疗:生黄芪 20 g,葛根 15 g,知母 12 g,天花粉 20 g,山药 15 g,生鸡内金 15 g,五味子 12 g,生地 12 g,黄连 6 g,怀牛膝 20 g,黄柏 6 g,生大黄 6 g(后下)。7 剂。格列吡嗪 5 mg 餐前半小时口服,每日 3 次。并嘱糖尿病饮食。二诊:患者诉诸证好转,大便通畅,仍觉乏力,口略干,夜间微汗出。查 FBG 6.8 mmol/L, P2hBG 10.1 mmol/L。续上方去大黄、黄连、怀牛膝,改生黄芪 30 g,加天门冬 12 g、麦冬 12 g,继服 7 剂,西药不变。半个月后临床症状完全改善,查 FBG 5.1 mmol/L, P2hBG 7.8 mmol/L。嘱用生黄芪 15 g、天门冬 12 g、麦冬 12 g、葛根 15 g、山药 15 g 定期熬粥进行食疗。随诊 2 年血糖稳定,无临床症状出现。

6 讨论

2 型糖尿病(消渴)多为阴虚燥热证,阴虚为本,燥热为标。阴虚以肺肾二脏为主,若病程迁延日久则可致气阴两伤,甚或表现肺脾肾虚损之候。故笔者拟滋阴清热、益气固肾为主,方选玉液汤加减治疗此类病证。方中生黄芪为主药,得葛根能升元气,而佐以山药、知母、天花粉以大滋真阴,使之阳升阴应;鸡内金以助脾胃强健,水谷精微得化;五味子酸收之性,能封肾关,不使水饮急下趋也。以上诸味益气敛阴、益肾之品,辨证用药得当。具有益气养阴、补肾作用的中药可能与其降糖、改善胰岛素抵抗、抗氧自由基损伤等效应相关,从而使产生和加重胰岛素受体缺陷的病理因素得以祛除或减轻,进而增加机体对胰岛素敏感性的胰外作用途径,达到减轻外周胰岛素抵抗的目的,从而达到降低血糖的效果^[3]。西药格列吡嗪主要作用于胰岛 B 细胞,促进内源性胰岛素分泌而降糖;二甲双胍主要是促进肌肉、脂肪组织对葡萄糖的摄取,利用增强糖的无氧酵解,增加乳酸,抑制糖原的异生而致降血糖。通过临床观察,说明在西药基础上加用中药玉液汤能明显提高 2 型糖尿病的治疗效果,特别能显著消除患者的消渴症状,优于单用西药。

参考文献

- [1] WHO Dept. of Noncommunicable disease Surveiusnce. Geneva, 1999. 糖尿病的诊断与分类[J]. 中国糖尿病杂志, 200, 8(1): 5-6.
- [2] 中华人民共和国卫生部. 中药新药临床研究指导原则[S]. 南京: 南京大学出版社, 1993: 82-85.
- [3] 李赛美, 熊曼琪, 林安钟, 等. 不同治法阻断糖尿病大鼠高糖、高脂、胰岛素抵抗的初步观察[J]. 中国中医基础医学杂志, 1999, 5(8): 34-37.

(收稿日期: 2008-09-02 责任编辑: 周茂福)