

增液承气汤治疗糖尿病便秘 40 例

虞成毕 严东标 张美珍 陈勇 王莹

(江西省九江市中医院 九江 332000)

摘要:目的:观察增液承气汤治疗糖尿病便秘的临床疗效。方法:采用随机分组对照实验方法,选择 80 例糖尿病便秘患者,随机分成治疗组(40 例)和对照组(40 例),分别接受口服增液承气汤颗粒制剂及果导片治疗,疗程 3 周,观察起效时间、排便间隔、排便方式及一次排便时间的变化。结果:多数患者服药 1 d 即出现排便,治疗组和对照组分别为 65.0%和 67.5%,排便间隔时间分别从治疗前的(4.5± 0.3) d 和(4.4± 0.3) d 改善至治疗后的(2.4± 0.3) d 和(2.3± 0.5) d,两组间差异无显著意义($P>0.05$)。停药 2 周后复查,治疗组和对照组的排便间隔时间分别为(2.5± 0.3) d 和(3.4± 0.3) d ($P<0.05$)。结论:增液承气汤治疗糖尿病便秘患者,近期疗效与果导片相当,远期疗效优于果导片。

关键词:增液承气汤;糖尿病;便秘

中图分类号:R 587.2

文献标识码:B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2012.06.015

糖尿病属于中医“消渴病”范畴,病变的脏腑主要在肺、胃、肾,主要病机为阴虚燥热,导致肠道失润,则大便干结,因此便秘是糖尿病患者常见的临床症状。我们自 2010~2011 年应用中药增液承气汤治疗糖尿病便秘,并予果导片对照治疗,观察中药增液承气汤治疗本病的疗效。现报道如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 80 例为 2010 年 8 月~2011 年 8 月的上皮侧,一般不伴肾小球固有细胞增生和局部炎症反应。临床表现为肾病综合征或无症状、非肾病范围的蛋白尿,部分患者伴有镜下血尿、高血压和肾功能损害。膜性肾病确切机制虽未明,但已认识到本病是由针对肾小球上皮细胞膜上某些抗原的自身抗体与该抗原结合后脱落并沉着于上皮细胞下,再激活补体引起损害,1956 年 Mellors 和 Ortega^[2]首先报道了通过免疫荧光剂电镜在膜性肾病中发现免疫复合物出现在肾小球基底膜上皮细胞下,1978 年 Couser 和 Hoedemaeker^[3]两组研究者几乎在同时运用抗肾小管刷状缘的 IgG 灌注分离的大鼠肾脏重复出了 Heymann 模型的病理改变,从而提出特发性膜性肾病不是由免疫复合物沉积造成的,而很可能是由于位于足细胞足突膜上的自身抗原与抗体结合形成的原位免疫复合物导致的。2002 年 Ronco 领导的研究小组在对新生儿膜性肾病的 3 个家系研究中发现其致病抗原是位于足细胞足突膜和肾小管刷状缘上的 neutral endopeptidase,而致病抗体来自 NEP 缺失的母亲,这是首次在人类膜性肾病患者中证实,构成膜性肾病免疫复合物的抗原是足细胞足突膜的固有成分并与相应抗体在原位结合^[4]。膜性肾病患者的临床自然病程差异悬殊,表现为三种转归形式,即自发缓解、持续蛋白尿伴肾功能稳定、持续蛋白尿伴肾功能进行性减退,因此对于膜性肾病的患者应积极治疗。本院采用激素、免

疫抑制剂、活血药物、中药汤剂治疗膜性肾病取得较好疗效,但大量皮质激素长期应用,易导致肾阴亏虚,中医认为,肾乃水火之脏,为五脏阴阳之根,“阴平阳秘、精神乃治”,阴阳平衡是维持正常生理活动的基础。糖皮质激素为肾上腺皮质所分泌的一种激素,可以看成为“纯阳”之性,生理剂量下的糖皮质激素具有“少火生气”之意,在外源性激素超生理量长期使用的环境下,此“纯阳”之药易“阳胜耗阴”,影响阴精内敛、不能发挥其滋养作用而造成肾阴虚,结果大剂量激素冲击阶段易出现阴虚火旺证;表现为食欲亢进、面赤身热、心烦少寐、兴奋激动、盗汗、多毛、痤疮、口干咽燥、舌红少津、脉细数等一派阴虚火旺之象。中药汤剂参芪地黄汤具有益气养阴作用,在治疗阶段同时口服中药会明显改善患者上述阴虚症状,提高膜性肾病 II 期的治愈率。

疫抑制剂、活血药物、中药汤剂治疗膜性肾病取得较好疗效,但大量皮质激素长期应用,易导致肾阴亏虚,中医认为,肾乃水火之脏,为五脏阴阳之根,“阴平阳秘、精神乃治”,阴阳平衡是维持正常生理活动的基础。糖皮质激素为肾上腺皮质所分泌的一种激素,可以看成为“纯阳”之性,生理剂量下的糖皮质激素具有“少火生气”之意,在外源性激素超生理量长期使用的环境下,此“纯阳”之药易“阳胜耗阴”,影响阴精内敛、不能发挥其滋养作用而造成肾阴虚,结果大剂量激素冲击阶段易出现阴虚火旺证;表现为食欲亢进、面赤身热、心烦少寐、兴奋激动、盗汗、多毛、痤疮、口干咽燥、舌红少津、脉细数等一派阴虚火旺之象。中药汤剂参芪地黄汤具有益气养阴作用,在治疗阶段同时口服中药会明显改善患者上述阴虚症状,提高膜性肾病 II 期的治愈率。

参考文献

[1]Fallk RJ,Jennette JC,Nachman PH.Primary glomerular disease [A].Brenner BM.The kidney [M].7th ed.Philadelphia:Saunders,2004. 1 293-1 380
[2]Mellor RC,Ortega JG.Anlytical pathology III.New observations on the pathogenesis of glomerulone phritis.lipid nephrosis,periarteritis nodosa,and secondary amyloidosis in man [J].Am J Pathol,1956,32: 455-499
[3]Couser WG,Hoedemaeker DR,Stilmant MM ,et al.Experimental glomerulonephritis in the isolated perfused rat kidney [J].J Clin Invest,1978,62:1 257-1 287
[4]Ronco P,Debiec H.Molecular pathomechanisms of membranous nephropathy:form Heymann nephritis to alloimmunization [J].J Am Soc Nephrol,2005,16:1 205-1 213

(收稿日期: 2012-06-17)

1.2 入选标准 所有患者均符合 WHO 有关糖尿病诊断标准^[1]及便秘诊断标准:大便次数每周<3 次,且干燥,排便困难,便秘病程>5 个月^[2]。

1.3 治疗方法

1.3.1 治疗组 口服增液承气汤(组成:玄参 10 g,麦冬 10 g,生地黄 10 g,大黄 6 g,芒硝 3 g),将上药颗粒剂倒入杯中,用 200 mL 沸水冲化、调匀,分 2 次服用,疗程 3 周。

1.3.2 对照组 口服果导片,每次 2 mg,日 2 次,疗程 3 周。

1.4 统计学处理 采用 SPSS10.0 for windows 对数据作统计分析。两组间比较,计量资料用 t 检验,计数资料用 χ^2 检验,等级资料采用 Ridit 分析。

2 疗效观察

2.1 观察指标 观察治疗前后各症状的改善情况。主症积分标准:第一次排便时间:1 d 为 0 分,2 d 为 2 分,3 d 为 3 分,大于 4 d 为 4 分;排便时间间隔:小于 72 h 0 分,72~96 h 2 分,大于 96 h 4 分;排便方式:容易排出为 0 分,需努挣方能排便为 2 分,需用手扳方能排出为 4 分;一次排便时间:小于 10 min 为 0 分,10~20 min 为 2 分,21~30 min 为 3 分,大于 30 min 为 4 分;便质、便状:大便成形为 0 分,大便干结为 2 分,大便如球状为 4 分。

2.2 疗效标准 参照《中药新药临床研究指导原则》^[3]制定标准。治愈:大便正常,与排便困难有关症状消失。显效:大便正常,便秘明显改善,间隔时间及便质接近正常,排便时间在 72 h 以内,且积分减少>2/3。有效:排便时间、间隔时间缩短,或便质干结改善,且积分减少>1/3 而不足 2/3。无效:便秘无改善或积分减少不足 1/3 者。

2.3 总体疗效 见表 1。

表 1 停药 2 周后两组疗效比较 例(%)

组别	n	治愈	显效	有效	无效	总有效率(%)
治疗组	40	13(32.5)	19(47.5)	3(7.5)	5(12.5)	87.5*
对照组	40	4(10.0)	7(17.5)	6(15.0)	23(57.5)	42.5

注:两组比较,*P<0.01。

2.4 排便间隔时间与主症积分比较 见表 2。

表 2 两组患者治疗前后排便间隔时间及主症积分值比较 ($\bar{X} \pm S$) 分

组别	排便间隔时间(d)			主症积分		
	治疗前	治疗后	停药 2 周后	治疗前	治疗后	停药 2 周后
治疗组	4.5± 0.3	2.4± 0.3	2.5± 0.3	14.5± 3.2	6.5± 2.2	8.1± 2.4
对照组	4.4± 0.3	2.3± 0.5	3.4± 0.3 [△]	14.8± 3.4	7.1± 2.4	11.8± 3.4 [△]

注:两组比较,[△]P<0.05。

2.5 不良反应 治疗组与对照组均无 1 例出现不良反应。

3 讨论

糖尿病便秘是由于糖尿病日久,血糖控制不理想,间断性、持续性高血糖作用于神经系统,内分泌失调,自主神经受累,引起的胃肠功能紊乱,大肠慢性脱水所致。现代医药治疗疗效欠佳且易反复,而中医中药辨证治疗疗效较好。糖尿病是慢性终身性疾病,并发症较多,且糖尿病便秘是常见并发症^[3-4]。糖尿病属于中医“消渴”范畴,病变的脏腑主要在肺、胃、肾,主要病机为阴虚燥热,导致肠道失润,则大便干结。增液承气汤中重用玄参滋阴泄热通便,为君药;麦冬、生地滋阴生津,为臣药;君臣相合即增液汤,功能滋阴清热,佐以大黄、芒硝软坚润燥,泄热通便。糖尿病便秘西医使用泻药往往达不到满意的效果,而中医药对缓解或消除患者便秘有较好的治疗效果,值得临床推广应用。

参考文献

[1]潘孝仁. 糖尿病的诊断标准及分型[J].中华内科杂志,1997,36(6): 427-429
[2]郑筱萸.中药新药临床研究指导原则[M].北京:中国医药科技出版社,2005.121
[3] 吕晓庆, 吕蕾. 糖尿病便秘的中医辨证治疗体会 [J]. 光明中医, 2006,21(8):25-26
[4]林君丽,黄静.决明子治疗糖尿病便秘 21 例[J].新中医,2003,35(6): 58-59

(收稿日期: 2012-08-13)

中国中西医结合学会第七届编辑工作委员会第四次工作会议纪要

中国中西医结合学会第七届编辑工作委员会第四次工作会议于 2012 年 11 月 2—6 日在江西南昌召开,来自全国十余家中西医结合杂志社四十多位中西医结合编辑工作者参加了会议。第七届编辑工作委员会主任委员雷燕教授、会议承办单位江西省中医药研究院院长熊墨年教授、江西省中西医结合学会副秘书长吴跃进教授出席开幕式,并作了重要发言。

会议期间组织了专题学术讲座和讨论。《中国中西医结合急救杂志》常务副主编、编辑部主任李银平教授详细解读了“卫生部主管医药卫生期刊监管评估体系修改说明”和“卫生部主管医药卫生期刊出版质量综合要求及评估指标”,作为提升编辑

能力和期刊编辑标准的重要参考。会议组织学习了非时政类报刊转企改制的相关文件,会议代表围绕中西医结合系列期刊转制相关问题展开了热烈的讨论。

会议期间,中国中西医结合学会第七届编辑工作委员会对 2012 年的工作进行了总结,讨论制定了 2013 年的工作计划。整个会议内容充实,气氛活跃,与会代表一致认为:中西医结合编辑出版事业在中国中西医结合学会的大力支持和全体同仁的共同努力下,一定会发展得越来越好,越来越有影响力,一定能够为促进中西医结合工作和中医药事业的不断发展做出新的更大的贡献!