

中西医结合治疗糖尿病腹泻30例临床观察

杜丽霞¹, 张力娜¹, 杨立娟², 谭庆波³, 周雪梅¹

(1. 河北省迁安市中医医院, 河北 迁安, 064400;

2. 河北省迁安市兴安社区卫生服务中心, 河北 迁安, 064400;

3. 河北省迁安市燕山医院, 河北 迁安, 064400)

[摘要] 目的: 观察中西医结合治疗糖尿病腹泻的临床疗效。方法: 将脾胃虚弱型糖尿病腹泻患者60例随机分为治疗组及对照组各30例, 对照组予西医常规治疗, 治疗组在对照组治疗基础上予自拟健脾止泻化毒汤治疗。结果: 总有效率治疗组为90.0%, 对照组为63.3%, 组间比较, 差异有统计学意义($P < 0.05$); 2组中医证候积分治疗前后组内比较及治疗后组间比较, 差异均有统计学意义($P < 0.05$); 2组复发率比较, 差异有统计学意义($P < 0.01$)。结论: 自拟健脾止泻化毒汤治疗脾胃虚弱型糖尿病腹泻疗效显著, 且复发率低。

[关键词] 糖尿病腹泻; 脾胃虚弱证; 中西医结合疗法; 健脾止泻化毒汤

[中图分类号] R259.872 **[文献标识码]** A **DOI:** 10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2018.09.028

糖尿病性腹泻是糖尿病植物神经病变的一种突出表现, 由局限性或弥漫性的胃肠动力障碍导致^[1]。关于该病的治疗主要包括控制血糖、营养神

经、纠正代谢紊乱等对症治疗, 其治疗虽能起到暂时控制的作用, 但停药后较易复发^[2]。笔者采用中西医结合治疗脾胃虚弱型糖尿病腹泻30例, 收到

风尾草导湿浊而下行, 共为佐药; 甘草调和诸药为使。全方共奏健脾补肾、活血利湿之功。

通过比较西医疗法联合自拟肾安汤与单用西医疗法治疗糖尿病肾病的临床治疗效果发现, 西医疗法联合自拟肾安汤降低HbA1c、BUN、Scr、24h尿蛋白等指标的效果比单用西医疗法更显著, 并能有效地改善血糖、血脂。

参考文献

- [1] He F, Xia X, Wu XF, et al. Diabetic retinopathy in predicting diabetic nephropathy in patients With type 2 diabetes and renal disease: ameta-analysis[J]. Diabetologia, 2013, 56(3): 457-466.
- [2] Heusinger-Ribeiro J, Wahab N, Goppelt-Strube M. Lysophosphatidic acid-induced expression of connective tissue growth factor in human renal fibrosis: regulatory role of RhoA and cAMP[J]. AM Soc - Nephro, 2001, 12(5): 1853-1681.
- [3] 胡延毅, 龙红英, 王鲸竹. 不同剂量坎地沙坦治疗糖尿病肾病合并高血压效果评价[J]. 蚌埠医学院, 2015, 40(1): 62-63.
- [4] 张义奎. 厄贝沙坦联合金水宝胶囊治疗老年2型糖尿病肾病的临床疗效观察[J]. 吉林医学, 2011, 69(12): 63-64.
- [5] 杜小丽, 杨大兴. 不同剂量厄贝沙坦治疗糖尿病肾病的临床观察[J]. 海南医学, 2010, 21(2): 20-22.
- [6] 吴晋, 谢敬东. 厄贝沙坦联合辛伐他汀治疗糖尿病肾病68例临床观察[J]. 中国现代药物应用, 2013, 7(3): 74-76.
- [7] 王梅, 庄乙君. 卡托普利联合坎地沙坦治疗糖尿病肾病蛋白尿的疗效及对肾功能的影响[J]. 中国老年学杂志, 2016, 36

(3): 613-614.

- [8] 中华医学会糖尿病学分会. 中国2型糖尿病防治指南(2013年版)[S]. 中国医学前沿杂志, 2015, 7(3): 26-89.
- [9] Holtkamp FA, De Zeeuw D, De Graeff PA, et al. Albuminuria and blood pressure, independent targets for cardioprotective therapy in patients with diabetes and nephropathy: a post hoc analysis of the combined RENAAL and IDNT trials[J]. European Heart Journal, 2011(32): 1493-1499.
- [10] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则[S]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 163-168.
- [11] 中华医学会糖尿病学分会微血管并发症学组. 糖尿病肾病防治专家共识(2014年版)[S]. 中华糖尿病杂志, 2014, 11(6): 792-801.
- [12] 陈英华, 林永明, 许邑匡. 厄贝沙坦联合辛伐他汀治疗早期2型糖尿病肾病的临床效果观察[J]. 当代医学, 2011, 6(22): 154-155.
- [13] 涂萍, 柳江, 丁浔, 等. 南昌社区中老年人群糖尿病流行病学调查中HbA1c对诊断2型糖尿病的价值[J]. 中华内分泌代谢杂志, 2011, 27(1): 50-52.
- [14] 胡延毅, 龙红英, 王鲸竹. 坎地沙坦联合辛伐他汀治疗糖尿病肾病96例临床效果观察[J]. 贵州医药, 2014, 38(12): 1084-1085.
- [15] 黎晶晶, 汪悦. 糖尿病肾病中医病因病机[J]. 长春中医药大学学报, 2013, 29(3): 449-450.
- [16] 孙茹, 陈薇云. “摄精泄浊, 化瘀解毒”法治疗糖尿病肾病探究[J]. 山西中医学院学报, 2012, 13(2): 72-73.

(收稿日期: 2018-03-28)

较好疗效,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选取 2016 年 1 月 1 日至 2018 年 1 月 1 日河北省迁安市中医医院代谢病科脾胃虚弱型糖尿病腹泻患者 60 例,随机分为 2 组各 30 例。治疗组中,男 15 例,女 15 例;年龄 36~72 岁,平均(56.67±11.19)岁;糖尿病病程 6~15 年,平均(8.03±5.24)年;腹泻病程 3~56 个月,平均(9.96±5.34)个月。对照组中,男 14 例,女 16 例;年龄 34~70 岁,平均(55.13±12.36)岁;糖尿病病程 5~16 年,平均(7.88±4.35)年;腹泻病程 2~60 个月,平均(10.27±6.34)个月。2 组一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准 符合“2010 年 ADA 糖尿病诊疗指南”^[3]中的诊断标准,确诊为 2 型糖尿病,同时有腹泻,大便每天 3 次以上,为不成形便或稀便,伴肠鸣、脘腹痞满、食欲不振、暖气等症。持续或反复发作 1 个月以上。

1.2.2 中医辨证标准 符合《中药新药临床研究指导原则》^[4]中泄泻脾胃虚弱证辨证标准。

1.3 纳入标准 (1)符合 2 型糖尿病腹泻诊断标准;(2)年龄 30~80 岁;(3)中医辨证为脾胃虚弱型;(4)中医证候积分 ≥ 6 分;(5)签署知情同意书。

1.4 排除标准 (1)经检查证实为感染性腹泻,以及中毒、寄生虫感染、恶性肿瘤、胃肠道实质性病变所致腹泻;(2)妊娠和哺乳期妇女;(3)对本观察药物过敏;(4)合并有心血管、肝、肾及血液系统原发疾病;(5)精神病。

2 治疗方法

2.1 对照组 采用西医常规治疗。硫辛酸 0.3g 静脉滴注;甲钴胺 0.5g 营养神经治疗;适当补液。

2.2 治疗组 在对照组治疗基础上加自拟健脾止泻化毒汤治疗。处方:黄芪 20g,党参 20g,麸炒白术 15g,麸炒茯苓 15g,生薏苡仁 15g,砂仁 6g,山药 15g,白扁豆 10g,陈皮 6g,升麻 6g,柴胡 6g,葛根 6g,黄连 3g。每天 1 剂,水煎服,200mL/次,每天 2 次。

2 组在服药期间宜清淡饮食,忌服辛辣刺激,生冷油腻之品。治疗期间均依据血糖情况制定降糖方案,血糖控制贯穿整个治疗周期,连续治疗 21d。

3 疗效观察

3.1 观察指标 观察 2 组患者综合疗效,治疗前后

中医证候积分,泄泻的脾胃虚弱证主症包括大便泄泻、肠鸣、脘腹痞满、食欲不振、倦怠乏力、神疲懒言、暖气、畏寒肢冷。将主要症状按照轻中重不同程度分别计 1、2、3 分。对 2 组有效病例进行随访 2 个月,并统计复发率。

3.2 疗效标准 参照相关文献^[5]拟定。痊愈:未出现腹泻;显效:腹泻次数未超过 4 次,且腹泻程度减轻;有效:腹泻次数较治疗前减少,腹泻程度减轻;无效:腹泻次数、腹泻程度无变化。

3.3 统计学方法 采用 SPSS 20.0 统计学软件分析数据,计量资料采用方差分析,计数资料采用 χ^2 检验,等级资料采用 Radit 分析,组间比较采用 t 检验,以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

3.4 治疗结果

3.4.1 2 组综合疗效比较 总有效率治疗组为 90.0%,对照组为 63.3%,组间比较,差异有统计学意义。(见表 1)

表 1 2 组综合疗效比较(n)

组别	n	痊愈	显效	有效	无效	总有效率(%)
治疗组	30	8	13	6	3	90.0 ^a
对照组	30	2	8	9	11	63.3

注:与对照组比较,^a $P<0.05$ 。

3.4.2 2 组治疗前后中医证候积分比较 2 组中医证候积分治疗前后组内比较及治疗后组间比较,差异均有统计学意义。(见表 2)

表 2 2 组治疗前后中医证候积分比较($\bar{x}\pm s$,分)

组别	n	治疗前	治疗后
治疗组	30	16.93±2.98	5.02±2.21 ^{ab}
对照组	30	16.52±3.21	10.21±3.23 ^a

注:与本组治疗前比较,^a $P<0.05$;与对照组治疗后比较,^b $P<0.05$ 。

3.5 2 组复发率比较 治疗组有效的 27 例中,复发 5 例,复发率为 18.5%,对照组有效的 19 例中,复发 18 例,复发率为 94.7%,2 组复发率比较,差异有统计学意义($P<0.01$)。

4 讨论

糖尿病性腹泻是糖尿病胃肠植物神经紊乱的一种并发症,主要由局限性或弥漫性的胃肠动力障碍导致。糖尿病患者小肠细菌过度繁殖,导致微胶粒形成不良而出现脂肪泻是最被认可的一种说法;也有观点认为胆囊神经受累,胆囊运动功能障碍,导致大量胆汁不规律地排入小肠,继而出现胆酸进入结肠后刺激水、电解质分泌,引起胆汁性腹泻;或

中医辨治痛风/高尿酸血症 30 例临床观察

董丹丹, 黄磊, 谢向良, 柯丽萍

(安徽省马鞍山市人民医院, 安徽 马鞍山, 243000)

[摘要] 目的: 观察中西医结合治疗痛风/高尿酸血症的临床疗效。方法: 将 60 例痛风/高尿酸血症患者随机分为 2 组各 30 例。2 组均予基础治疗, 对照组于急性发作期予塞来昔布治疗, 缓解期予非布司他治疗, 治疗组在对照组治疗的基础上急性期加用四妙丸加减治疗, 缓解期予益肾活血汤加减治疗, 治疗 12 周后比较 2 组急性发作期的综合疗效及主要症状、体征及 C 反应蛋白(CRP)改善情况, 缓解期的血尿酸(UA)、血肌酐(Scr)、血脂(TC、TG、LDL-C)、尿 β_2 微球蛋白(β_2 -MG)变化情况。结果: (1) 急性发作期: 总有效率治疗组为 86.7%, 高于对照组的 76.7% ($P < 0.05$); 治疗组治疗前后主要症状体征积分及 CRP 水平均优于对照组 ($P < 0.05$, $P < 0.01$); (2) 缓解期: 2 组治疗后 UA、LDL-C、Scr 均下降 ($P < 0.05$, $P < 0.01$), 组间比较, 治疗组 UA、LDL-C 较对照组降低 ($P < 0.05$, $P < 0.01$)。结论: 中西医结合分期治疗痛风/高尿酸血症具有较好的临床疗效。

[关键词] 痛风; 高尿酸血症; 中西医结合疗法; 四妙丸; 益肾活血汤

[中图分类号] R259.897 **[文献标识码]** A **DOI:** 10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2018.09.029

随着人们饮食结构及生活习惯的改变, 痛风/高尿酸血症的患者逐年增长, 成为继高血压、高血糖及高血脂之后的第四高, 且越来越多的研究发

现, 尿酸升高除了会引起关节炎急性发作、关节结构破坏外, 还与高血压病、糖尿病、脑梗死、肾功能不全、代谢综合征、冠心病等密切相关, 严重影响患

是神经系统受累导致回肠与结肠对体液及电解质的吸收障碍而引起腹泻; 或肛门括约肌的压力降低, 导致腹泻甚至大便失禁^[6-8]。在治疗方面, 西医主要通过控制血糖, 改善神经营养、纠正代谢紊乱等药物对症治疗, 但是都只是起到暂时控制的作用, 停药后容易复发, 症状时轻时重^[9]。

糖尿病腹泻属于中医学“消渴”和“泄泻”范畴。消渴日久, 加之饮食不节、情志不遂、外邪侵袭等伤及脾胃使脾胃虚寒, 失其受纳腐熟功能, 运化无力; 若脾病及肾, 阳气虚弱, 清阳不升, 浊阴不降, 混杂而下, 遂成泄泻。本病以脾气虚弱为本, 腹泻为标, 治病必先求本、勿重于止泻^[10-11]。自拟健脾止泻化毒汤方中黄芪、党参补气健脾; 白术、茯苓健脾利湿; 陈皮、砂仁理气健脾; 薏苡仁、白扁豆清利湿热健脾; 葛根助参芪升阳健脾止泻; 山药健脾益气; 升麻、柴胡引药上行。诸药合用, 共奏健脾益气、化湿止泻之功。结果表明, 自拟健脾止泻化毒汤联合西医常规治疗糖尿病腹泻疗效显著, 与常规西医组比较, 差异有统计学意义, 且复发率低, 说明中医药治疗糖尿病腹泻具有独特的优势。

参考文献

[1] 杨文伟. 马来酸曲美布汀联合双歧三联活菌胶囊对糖尿病性

腹泻患者肠道菌群的影响及疗效观察[J]. 中国微生物学杂志, 2017, 29(2): 192-195.

[2] 刘玲娜, 张新霞. 糖尿病性腹泻的中西医研究进展[J]. 湖南中医杂志, 2015, 31(4): 180-182.

[3] 张琳. 2010 年 ADA 糖尿病诊疗指南[S]. 糖尿病天地: 临床, 2010, 4(6): 253-263.

[4] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则[S]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 139-141.

[5] 束长银. 参苓白术散加减治疗糖尿病腹泻 35 例临床分析[J]. 糖尿病新世界, 2015, 1(16): 7-9.

[6] 孙逊, 肖烨, 王颜刚. 糖尿病腹泻的临床特点、发病机制及治疗[J]. 糖尿病临床, 2015, 9(5): 261-264.

[7] 张书月, 石洪伟. 糖尿病腹泻的发病机制及中西医结合治疗[J]. 实用糖尿病杂志, 2016, 23(4): 63-64.

[8] 刘玲娜, 张新霞. 糖尿病性腹泻的中西医研究进展[J]. 湖南中医杂志, 2015, 31(4): 180-182.

[9] 陈德庆. 温肾健脾固涩方治疗糖尿病顽固性腹泻[J]. 中国实用医刊, 2015, 42(23): 58-59.

[10] 黄天生, 尚莹莹, 郭召平. 穴位注射联合健脾固本和胃方治疗糖尿病胃轻瘫脾胃虚弱型患者临床观察[J]. 辽宁中医药大学学报, 2015, 3(4): 80-83.

[11] 陈立新, 齐建永, 姬小云, 等. 参术和胃丸治疗脾胃虚弱型糖尿病胃轻瘫临床疗效研究[J]. 河北中医药学报, 2016, 31(1): 20-22.

(收稿日期: 2018-02-01)

基金项目: 安徽省马鞍山市市级中医发展项目(编号: 2015-M-Z-02)

第一作者: 董丹丹, 女, 医学硕士, 医师, 研究方向: 风湿免疫疾病的临床诊治