

引用:肖瑶,魏军平. 滋阴清胃法治疗 3c 型糖尿病 1 例报告[J]. 湖南中医杂志,2021,37(4):95-97.

滋阴清胃法治疗 3c 型糖尿病 1 例报告

肖瑶^{1,2}, 魏军平¹

(1. 中国中医科学院广安门医院,北京,100053;2. 北京中医药大学,北京,100029)

[关键词] 3c 型糖尿病;胰腺炎;中医疗法;阴虚热盛;滋阴清胃

[中图分类号] R259.871 [文献标识码] A DOI:10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2021.04.038

3c 型糖尿病(type 3c diabetes mellitus, T3cDM) 又称胰源性糖尿病,是继发于胰腺外分泌疾病的特殊型糖尿病,最常见的病因为慢性胰腺炎,约占全部 T3cDM 的 78.5%^[1-3]。该病的报道较少,尚无公认的诊断指南,因此本病的误诊率高,其真正的患病率难以明确,发病机制也尚未完全明了。治疗上西医主要以二甲双胍为一线药物、以胰岛素为核心,并根据其临床特点对内分泌及外分泌功能进行治疗。而中医治疗本病目前尚缺乏文献报道。我院门诊运用中药治疗 1 例 T3cDM 患者,取得显效,现报告如下。

1 病案资料

患者,男,22 岁,主因“慢性胰腺炎术后 1 年,发现血糖升高 1 个月”于 2018 年 7 月 11 日来我院门诊就诊。2017 年 7 月中旬,患者因间断上腹部钝痛(约 1 周 1 次,持续 3 d)于北京某三甲医院就诊,行腹部+盆腔 CT 平扫及胆胰管系统磁共振水成像(具体结果不详)后,诊断为“慢性胰腺炎?胰管扩张”。9 月行手术治疗,切除胰体尾部,病理诊断为“慢性胰腺炎”。住院期间患者体质量从 70 kg 减至 62 kg,监测血糖值正常,术后患者上腹痛症状消失。2018 年 6 月 16 日,患者体检时发现空腹血糖 8.81 mmol/L,特来就诊。刻下症:患者稍有口干,自出院后体质量无变化,无明显“三多”症状及其他不适。纳眠可,大便偶偏稀,基本成型,小便调。追问病史,患者 10 年前即有间断上腹部持续钝痛,有胃溃疡病史,期间服用雷贝拉唑、碳酸镁铝等药物治疗,疗效不明显。否认其他慢性病史,母亲、外祖母均患有糖尿病。患者无吸烟、喝酒等不良嗜好,无暴饮暴食,饮食偏辛辣。查体:身高 1.78 m,体质量 63 kg,体质量指数(BMI)19.88 kg/m²,心肺腹查体未见异常。舌红、苔薄黄稍干,脉弦细。病理报告(2017 年 9 月 18 日):胰体尾肿物切

除标本,大体灰粉不整形组织,8 cm×5 cm×2.5 cm,切面灰白实性,局部质硬,面积约 2.5 cm×1 cm×1.5 cm。镜检:胰腺组织内导管扩张呈囊性,细胞未见明显异型性,部分管腔内可见嗜酸性物形成。周围部分胰腺腺泡萎缩,间质广泛纤维组织增生,少量淋巴细胞、浆细胞浸润。病理诊断:考虑为慢性胰腺炎。空腹血浆血糖(FPG)(2018 年 6 月 16 日):8.81 mmol/L。8 月 8 日二诊:患者症状较前无变化,形体偏瘦,稍有口干,余无不适,纳眠可,大便稍稀,基本成型,小便调。舌脉同前。辅助检查(7 月 12 日):HbA1c 6.7%;OGTT 示:空腹葡萄糖(GLU0)8.87 mmol/L、0.5 h 葡萄糖(GLU0.5)14.11 mmol/L、1 h 葡萄糖(GLU1)17.88 mmol/L、2 h 葡萄糖(GLU2)7.21 mmol/L;胰岛功能:0 h 胰岛素(IRI0)44.86 pmol/L、0.5 h 胰岛素(IRI0.5)105.66 pmol/L、1 h 胰岛素(IRI1)135.64 pmol/L、2 h 胰岛素(IRI2)66.5 pmol/L;0h C-肽(CpS0)0.41 nmol/L、0.5h C-肽(CpS0.5)0.68 nmol/L、1h C-肽(CpS1)1.09 nmol/L、2h C-肽(CpS2)0.73 nmol/L;胰岛细胞抗体:谷氨酸脱羧酶抗体、酪氨酸磷酸酶抗体、胰岛细胞抗体、胰岛素抗体、胰岛细胞抗体含锌巴抗体结果均阴性;FBG 8.0 mmol/L。西医诊断:3c 型糖尿病。中医辨证:脾阴亏虚、胃火炽盛证。治法:滋阴生津、清胃泄火。予玉液汤合冬地三黄汤加减治之。处方:黄连 10 g,麦冬 10 g,天花粉 12 g,玉米须 20 g,葛根 20 g,知母 10 g,醋鸡内金 20 g,芦根 15 g,黄芩 10 g,生地黄 15 g,玄参 10 g,地骨皮 15 g。每天 1 剂,水煎,分 2 次服。10 月 10 日三诊:患者体质量较前稍有增加,口干较前稍减轻,余无不适,纳眠可,大便成型,小便调。舌红、苔薄黄,脉弦细。辅助检查:FBG(10 月 10 日)7.4 mmol/L。上方改玉米须、生地黄为 30 g,葛根为 50 g,玄参为 20 g,加用石斛 20 g、生石膏 25 g,醋五味子 9 g,玉竹 12 g。11 月 21 日四诊:体质量 63.5 kg,口干不明显,无其他症状,纳眠可,二便调。舌边尖红、苔薄黄,脉弦细。处方:麦冬 10 g,生地黄 15 g,葛根

基金项目:国家卫生和计划生育委员会保健局中央保健科研基金项目(W2017BJ43)

第一作者:肖瑶,女,2018 级硕士研究生,研究方向:中医对糖尿病及甲状腺相关疾病的诊疗

通讯作者:魏军平,男,医学博士,主任医师,博士研究生导师,研究方向:中医对糖尿病及甲状腺相关疾病的诊疗,E-mail:

30 g, 黄芩 10 g, 醋五味子 9 g, 玄参 20 g, 醋鸡内金 20 g, 知母 10 g, 黄连 10 g, 石斛 20 g, 瓜蒌 20 g, 太子参 15 g, 玉竹 10 g, 熟地黄 15 g, 生石膏(先煎) 25 g。药后患者已无明显症状, FBG 控制在 7~8.5 mmol/L, 情况较稳定, 目前仍在治疗中。

2 讨论

目前 T3cDM 的发病机制主要包括以下方面: 炎症、肿瘤、创伤、手术造成胰腺组织损伤, 胰岛 β 细胞数量锐减可使胰岛素分泌受损, 胰多肽(PP) 细胞受损可抑制胃肠蠕动能力、降低肝脏对胰岛素的敏感性, α 细胞受损可使胰高血糖素分泌受限, 导致低血糖发生率高、症状重、恢复难, 胰酶的缺失造成胰腺外分泌功能不全, 使胰高血糖素样肽(GLP-1) 分泌受损^[4]; 在免疫相关机制方面, 因胰腺组织受损产生的白细胞介素 1β 、肿瘤坏死因子 α 、干扰素 γ 对葡萄糖刺激的胰岛素释放均有抑制作用^[5], 且高浓度的白介素 $1R$ 和白介素 1β 可诱导胰岛 β 细胞凋亡^[6]。

T3cDM 因其易出现高血糖与低血糖交替发生的现象, 且恢复困难, 又称“脆性糖尿病”^[1]。此外, 它还兼有腹痛、腹胀、恶心、厌油腻、脂肪泻、体质量下降等胰腺外分泌功能不全症状, 以及蛋白质、脂肪等营养物质吸收障碍和体内多种脂溶性维生素和微量元素的缺乏。故治疗方面, 注重内分泌和外分泌的共同治疗, 一般以二甲双胍为一线用药^[7], 具有抗糖尿病和抗肿瘤的双重作用。胰岛素为治疗 T3cDM 的核心^[8], 但应注意患者易发生低血糖, 因此血糖应控制在比正常稍高的水平。此外, 胰酶制剂主要改善患者腹胀、腹泻等胰腺外分泌功能不全症状, 防止营养不良。

T3cDM 在诊断方面暂无公认标准, 现在仅有 Nils Ewald 等^[9]提出, 主要标准: 1) 胰腺外分泌功能不全; 2) 超声内镜、磁共振成像、CT 提示胰腺病理性改变; 3) 排除 1 型糖尿病(T1DM)。次要标准: 1) 胰多肽分泌不足; 2) 肠促胰岛素分泌受损; 3) 胰岛素抵抗; 4) β 细胞功能受损; 5) 血清脂溶性维生素降低。虽然 T3cDM 与 T1DM、2 型糖尿病(T2DM) 在临床特点上有许多相似之处, 但仍可从以下方面进行鉴别: 1) 虽 T3cDM 患者因胰腺外分泌功能不全可能出现消瘦及低血糖情况, 但胰岛细胞抗体检查可以简单将 T1DM 与 T3cDM 进行区分; 2) 胰多肽反应缺失可作为 T3cDM 的特异性指标^[10], T1DM 患者在进食混合营养餐后胰多肽水平可升高 4~6 倍, T2DM 患者基线胰多肽水平常升

高, 而 T3cDM 患者基线胰多肽水平出现下降甚至缺失, 且进食混合营养餐后水平升高不足 2 倍^[5]。该病案中, 患者仅 22 岁, 体型消瘦, 除稍有口干外, 无明显的“三多”症状, 患者仅有 1 次 FPG>7.0 mmol/L; 且患者具有糖尿病家族史, 其有慢性胰腺炎、胰体尾切除术病史, 但仍需进一步进行检查以诊断及鉴别诊断。于是初诊时行 HbA1c、OGTT、胰岛功能及胰岛细胞抗体检查, 结合 OGTT 及之前空腹静脉血糖结果, 可诊断为糖尿病; 患者胰岛细胞抗体检查包括谷氨酸脱羧酶抗体、酪氨酸磷酸酶抗体、胰岛细胞抗体、胰岛素抗体、胰岛细胞抗体含锌巴抗体, 其结果均阴性, 可排除 T1DM; 此外, 患者胰岛功能及 C-肽分泌曲线偏低平, 既非 T1DM 患者因胰岛素绝对缺乏的明显低平状态, 也非 T2DM 患者因胰岛素抵抗而出现曲线峰值后移的情况; 虽患者未行胰多肽等特异性检查, 但患者术后体质量降低未恢复和时有便溏症状均提示患者具有胰腺外分泌功能不全, 结合患者慢性胰腺炎病理结果, 基本可以诊断为 3c 型糖尿病。

中医学将本病归于“脾瘵”“消瘵”“消渴”, 并认为其发病机制与胰腺损伤有关, 且多由胰腺炎所引起, 而胰腺炎的常见病因包括暴饮暴食、饮食油腻, 这与《素问·奇病论》中“此肥美之所发也, 此人必数食甘美而多肥也, 肥者令人内热, 甘者令人中满, 故其气上溢, 转为消渴”所述的病因相同。多食肥甘厚味, 阻于中焦, 使脾为胃行精散精之功能减弱, 津液停聚, 无以输布, 造成脾胃湿热蕴蒸, 伤津耗液, 发为消渴。《灵枢·五变》云: “五藏皆柔弱者, 善病消瘵……血脉不行, 转而为热, 热则消肌肤, 故为消瘵, 此言其人暴刚而肌肉弱者也。”《素问·阴阳别论》云: “二阳结谓之消”, 皆说明消瘵与先天禀赋、阳明(脾胃)热结相关。此外, 《难经·四十二难》云: “脾重二斤三两, 扁广三寸, 长五寸, 有散膏半斤”, 有学者认为“散膏”为现在的胰脏。《医学衷中参西录》中记载: “脾之质子为胰子, 形如膏故曰散膏, 为脾之副脏……; 即脾与胰为一脏也”, 且脾运化、吸收、转化水谷精微的作用与胰脏的分泌功能关系密切, 若脾失健运, 则易造成恶心、呕吐、腹胀、便溏等与胰腺外分泌功能不全相似的症状。此皆说明 T3cDM 的病位与脾胃相关, 其病机与阴虚内热有关。本案例中, 患者有家族糖尿病史, 且在无烟、酒、暴饮暴食的诱因下, 12 岁时即有慢性胰

腺炎症状,证明患者素体先天禀赋不足。且患者偏嗜辛辣,易生胃热,辛辣偏燥,易灼伤脾阴,造成脾运化之力不足,无以上承津液则轻微口渴,无以将水谷精微输布全身则体型消瘦,脾失健运、湿热蕴于中焦,肠道分清泌浊功能失调,则偶有大便稀溏。患者舌红、苔薄黄稍干,脉弦细,也说明热盛较甚而津液不足,无以上承则苔干,无以濡养血脉则脉弦细。故中医辨证为脾阴亏虚、胃火炽盛证,治以滋阴生津、清胃泄火。二诊以玉液汤合冬地三黄汤加减治疗。方中葛根升阳气、生津,知母、天花粉、麦冬、芦根、生地黄、玄参滋阴生津;鸡内金助脾胃运化,使阳生阴应,津液得以上承;黄连、黄芩清中焦湿热;地骨皮清阴虚之热;玉米须利尿消肿,使湿热从下焦而出;且该方甘苦合化,以苦药通泻胃肠之热,甘寒则以滋润益阴,共奏滋阴清胃之效。三诊时患者体质量较前增加,大便基本成型,苔不干,但因其仍稍有口干、舌红,故认为阴虚胃热尤在,因此加重葛根剂量,不仅升阳生津,还可退热、止泻,并加重生地黄、玄参剂量,加用石斛、玉竹增滋阴生津之力,用生石膏清泻胃火,佐醋五味子,取其酸收之性,防水饮急于下趋。四诊时患者体质量增加,口干不明显,舌象已由“舌红”转为“舌边尖红”,阴虚已不明显,热盛减轻,故减生地黄、葛根、玉竹、天花粉、芦根、地骨皮、玉米须等滋阴清热类药物用量,加用太子参、熟地黄益气补血,调养患者先天禀赋不足、五脏柔弱之体,使胃热可去、阴血可生。

综上所述,由于目前T3cDM文献报道较少,国内外对其流行率及临床重要性重视不足,尚无确切的诊断标准与治疗指南,故临床上漏诊、误诊率高,然其临床特点与其他类型糖尿病有明显差异,病机也更加复杂,故不可将其套用T1DM、T2DM的治疗方法。在中医方面,应根据T3cDM不同的发展阶段予以辨证论治,而该案患者的病机为阴虚热盛,病

位在中焦脾胃,本案以滋阴清胃为法进行施治,在症状改善及血糖控制方面具有一定疗效。临床医师应更加重视本病,注意本病与其他类型糖尿病的鉴别,同时发挥中医优势,对本病的治疗进行深入研究。

参考文献

- [1] CUI Y, ANDERSEN DK. Pancreatogenic diabetes: special considerations for management[J]. Pancreatology, 2011, 11: 279-294.
- [2] AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Diagnosis and classification of diabetes mellitus[J]. Diabetescare, 2014, 37(1): 81-90.
- [3] EXPERT COMMITTEE ON THE DIAGNOSIS AND CLASSIFICATION OF DIABETES MELLITUS. Report of the expert committee on the diagnosis and classification of diabetes mellitus[J]. Diabetes Care, 2003, 26(1): 5-20.
- [4] 袁雪璐,祝祥云,李玲. 慢性胰腺炎与3c型糖尿病相关性的研究进展[J]. 中国全科医学, 2017, 20(25): 3184-3186.
- [5] 高峰,卢梦瑜,胡秀芬. 胰源性糖尿病诊断与治疗进展[J]. 医药导报, 2018, 37(11): 1303-1306.
- [6] BNISCHNETZLER M, BOLLER S, DEBRAY S, et al. Free fatty acids induce a proinflammatory response in islets via the abundantly expressed interleukin-1 receptor[J]. Endocrinology, 2009, 150(12): 5218-5219.
- [7] NATHAN DM, BASE JB, DAVIDSON MB. Medical management of hyperglycemia in type 2 diabetes: a consensus algorithm for the initiation and adjustment of therapy: a consensus statement of the American Diabetes Association and the European Association for the study of Diabetes[J]. Diabetes Care, 2009, 32: 193-203.
- [8] LIN YK, JOHNSTON PC, ARCE K, et al. Chronic pancreatitis and diabetes mellitus[J]. Current Treatment Options in Gastroenterology, 2015, 13(3): 319-331.
- [9] NILS EWALD, REINHARD G, BRETZEL, et al. Diabetes mellitus secondary to pancreatic diseases (Type 3c) - Are we neglecting an important disease[J]. European Journal of Internal Medicine, 2013, 24(3): 203-206.
- [10] RICKELSMR, BELLIN M, TOLEDO FGS, et al. Detection, evaluation and treatment of diabetes mellitus in chronic pancreatitis: recommendations from pancreas fest 2012[J]. Pancreatology, 2013, 13(4): 336-342.

(收稿日期:2020-05-21)

(上接第66页)

参考文献

- [1] 李清林,宋敏,孙定平. 肌筋膜炎的中医临床研究进展[J]. 中医研究, 2015, 28(3): 75-77.
- [2] 白跃宏,戴刚. 下腰痛临床与康复[M]. 北京:人民军医出版社, 2006: 326.
- [3] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[M]. 南京:南京大学出版社, 1994: 200.

- [4] 毛晶,吴建贤. 腰背痛患者康复功能评估方法学的研究和进展[J]. 安徽医药, 2010, 15(5): 497-500.
- [5] MACBAB I. Negative disc exploration. An analysis of the causes of nerve root involvement in sixty eight patients[J]. J Bone Joint Surg (Am), 1971, 53(5): 891-903.
- [6] 黄金良,宁兴连,燕军,等. 穴位埋线治疗腰背肌筋膜炎的临床研究[J]. 中医药学报, 2019, 47(6): 97-100.

(收稿日期:2020-06-28)