

老中医经验

吕仁和教授分期论治糖尿病胃肠自主神经病变的经验

周国民¹ 张海啸² 杨杰³ 指导:吕仁和⁴

(1 北京市中西医结合医院肾病内分泌科,北京,100039; 2 北京垂杨柳医院中医科,北京,100022; 3 中日友好医院妇产科,北京,100029; 4 北京东直门医院肾内科,北京,100007)

摘要 本文对吕仁和教授治疗糖尿病胃肠神经病变的经验进行归纳,总结出吕仁和分期论治糖尿病胃肠神经病变的学术思想。吕老师认为本病的病机为:脾升胃降功能异常;对其按虚、损、劳、衰分为“虚损、虚劳、虚衰”三期,又根据个体和病情发展的差异,每期又分为早、中、晚三度,临床上分三期九度进行辨证论治。

关键词 @ 吕仁和;专家经验;糖尿病胃肠自主神经病变

Experience of Professor Lv Renhe in Treating Diabetic Gastrointestinal Autonomic Nerve Pathological by Different Stages

Zhou Guomin¹, Zhang Haixiao², Yang Jie³, Lu Renhe⁴

(1 Beijing Hospital of Integrated TCM and Modern Medicine, Beijing 100039, China; 2 Chui Yang Liu Hospital, Beijing 100022, China; 3 Beijing China-Japan Friendship Hospital Obstetrics and Gynecology, Beijing 100029, China;

4 Urology Department of Dongzhimen TCM Hospital, Beijing 100007, China)

Abstract This paper observes and summarizes the experience of professor Lv Renhe in staging treatment of diabetic gastroenteropathy. Professor Lv holds that the main pathogenesis of this disease is the abnormal function of spleen. According to the degree of virtual, the disease is divided into three stages, namely light, medium, and heavy. According to the difference between individuals and illness development, each stage is divided into early, middle and late. The disease should be treated according to syndrome differentiation and treatment based on the characteristics of each stage.

Key Words @ Lv Renhe; Expert experience; Diabetic gastroenteropathy

doi:10.3969/j.issn.1673-7202.2013.09.025

1 概述

糖尿病胃肠病(diabetic gastroenteropathy)是糖尿病常见的慢性自主神经病变,可发生在从食管至直肠的消化道的各个部分,包括食管综合征、糖尿病性胃轻瘫、糖尿病合并腹泻或大便失禁、糖尿病性便秘等^[1]。本病发病率较高,而临床疗效不理想,给患者带来了严重的心理及经济负担,影响了患者的生活质量和健康。吕老师^[2-6]认为本病发生在消渴病中的消瘵期,是按照脾胃虚、损、劳、衰发展的一种病变。临床上常分三期九度进行论治,即虚损期、虚劳期、虚衰期,每期分为早、中、晚三度论治。

现代医学对糖尿病胃肠自主神经病变的发病机制多归结为:自主神经病变引起的微循环障碍、细胞膜功能的损伤、胆酸吸收障碍等导致的胃肠功能失调、胃肠动力减弱。本病的诊断主要依据明确的病史、临床症状及辅助检查(胃肠活动的测定,生物电阻抗,X线检查,呼气试验,超声检测,核素显像法等),且排除基础性胃肠疾病。临床上没有进行明确的分期,治疗上主要以严格控制血糖,营养神经、抗氧化,改善自主神经功能,改善微循环、抗凝、活血化瘀、调节胃肠功能(增加胃动力、抑酸、助消化)以及补充维生素B₁、B₆、维生素E等对症治疗,临床疗效差。

复习整理文献发现,目前多数中医专家^[7-10]对本病多分开来认识,分为“糖尿病胃轻瘫,糖尿病性便秘,糖尿病性腹泻”进行论治,治疗方法多归结于辨证论治、单方加减,临床疗效报道不一,缺乏统一疗效判断标准,使广大的医学工作者缺少临床指导依据。全国著名糖尿病专家吕仁和教授,根据中医的整体观,将糖尿病胃肠自主神经病变作为一个系统进行论治,认为糖尿病胃肠神经病变是在多种病机的作用下,最终导致“脾升胃降功能”的异常,即脾的升清、运化、温运功能失常和胃的通降功能失常,其中胃的通降作用,包含小肠将食物残渣下输于大肠及大肠传化糟粕的功能在内。吕老师的观点与《素问·灵兰秘典论》“脾胃者,仓廪之官,五味出焉;小肠者,收盛之官,化物出焉;大肠者,传导之官,变化出焉。”中对整个消化系统的论述相吻合。吕老师在总结古人经验的基础上,结合多年的临床实践及专家共识^[11],对糖尿病自主神经病变,按虚、损、劳、衰分为“虚损、虚劳、虚衰”三期,又根据个体和病情发展的差异,每期又分为早、中、晚三度,现将老师对本病的治疗经验介绍如下。

2 临床上分三期九度进行辨证论治

2.1 I期 具有一般消化道疾病的症状或消化不良,食欲不振或亢进,体重减轻、乏力等。本期患者的主要

表现为糖尿病症状,而消化道症状常被忽视。早期病因以肝气郁滞为主,随着疾病的发展进入中期,肝气克伐脾土,脾气受困,运化失司,导致水湿不化,痰湿内生,阻滞气机,晚期由于久病气郁化火,湿蕴而生热,出现肝胃湿热,脾胃升降功能受到影响,出现临床症状,此期按以下三度进行论治。

2.1.1 肝气郁滞 主症:胸胁胀满,时做叹息或烦躁易怒,脘腹不舒,痞塞满闷,食欲不振,舌红,苔薄白,脉弦。治疗原则:疏肝理气和胃为主。方药:以四逆散加减,柴胡、枳实、赤芍、牡丹皮、甘草、香附、乌药、夏枯草、香橼、佛手等。如患者此期表现为腹泻为主时,可以选用痛泻药方来泻肝实脾。

2.1.2 肝犯脾土,痰湿内阻 主症:胸脘痞塞,满闷不舒,食欲不振,恶心欲吐,身重倦怠,大便不爽,舌淡红,苔腻滑,脉滑。治疗原则:顺气宽中,祛湿化痰。方药:平陈汤加减,陈皮、姜半夏、茯苓、枳实、白术、砂仁、厚朴、香橼、砂仁等。

2.1.3 肝气犯胃,肝胃郁热 主症:口干、口苦,多食易饥,胃脘灼热,泛酸嘈杂,便干溲赤,舌红苔黄,脉弦或数。治疗原则:疏肝清热和胃。方药:舒郁清解汤加减,柴胡、枳壳、赤芍、牡丹皮、白芍、茵陈、炒栀子、大黄、枳实、瓦楞子、白及粉等。(大便通畅的可以不用大黄)。

2.2 II期 多表现为食欲减退,腹胀满,呃逆、嗳气,长期习惯性便秘或突然原因不明的腹泻,或腹泻与便秘交替进行。患者在表现为糖尿病症状的基础上,消化道症状较前加重。病机演变一般由单纯的标实转化为虚实夹杂证,早期随病情的进展,由最初的肝犯脾土,脾胃运化失常,发展为脾胃虚弱,痰浊内阻,中期虚损继续进展,出现气阴亏虚,寒热错杂证,晚期气阴不足继续发展伤及阴血,由于津血同源,胃阴不足而至瘀血内停证,此期分以下三度进行论治。

2.2.1 脾胃虚弱,痰浊内阻证 主症:面色微黄,肢倦乏力,食欲减退,脘腹痞胀,喜呃逆,大便次数增多,舌质淡,苔白,脉细弱。治疗原则:健脾益胃,降逆止呃。方药:旋覆代赭汤加减,旋覆花、代赭石、太子参、半夏、甘草、大枣、茯苓、白术、苏梗、陈皮等。

2.2.2 气阴亏虚,寒热错杂证 主症:倦怠乏力,口干、口苦,食欲减退,胃脘痞硬,干噎食嗅,心烦便秘,舌红,苔薄黄,脉弦。治疗原则:益气养阴,辛开苦降。方药:泻心汤加减,党参、生地黄、黄芩、黄连、半夏、干姜、大枣、甘草、炒栀子、赤芍、牡丹皮等。

2.2.3 胃阴不足,瘀血内停证 主症:口燥咽干,食欲减退,不欲饮食,胃痛隐隐,痛有定处,时作干呕,大便

干结,舌质红有瘀斑,少津,脉细涩。治疗原则:益胃养阴,凉血活血。方药:麦冬和丹参饮加减,沙参、麦冬、半夏、粳米、生地黄、赤芍、丹甘草、牡丹皮、丹参等。

2.3 III期 临床表现为纳差甚至拒食,常伴见恶心、呕吐,呕血等,腹胀如鼓,腹泻停止,便秘加重甚至转为便秘,精神萎靡不振,少言,表情淡漠。本期患者主要表现为消化道症状和全身虚损症状。病机演变转化为以本虚(气、血、阴、阳亏虚)为主,兼有标实之症,提示已经进入胃肠功能衰竭期,预后不良,早期为气血亏虚,中期发展到津液枯竭,晚期进展至脾肾阳虚,临床按上述三度进行论治。

2.3.1 气血亏虚,运化失常 主症:精神差,面色无华,周身倦怠乏力,心悸、气短,食欲减退,腹胀,大便燥结或软,多日不解,或虽有便意,常虚坐努责,舌质淡嫩,苔薄、脉虚弱无力。治疗原则:益气养血,健脾和胃、润肠通便。方药:当归补血汤和润肠丸加减:生黄芪、当归、太子参、白术、山药、陈皮、火麻仁、桃仁、红花、枳壳、白芍、甘草。

2.3.2 津液枯竭,瘀热内阻 主症:精神萎靡,形体消瘦,口干咽燥,五心烦热,食欲减退,常伴有干呕,腹胀,大便干结难解,舌体瘦小,舌质红,少苔或有裂纹,脉弦细。治疗原则:养阴生津,散瘀清热。方药:生脉饮合增液承气汤加减,玄参、麦冬、生地黄、太子参、五味子、熟地黄、枳实、知母、石膏、川牛膝、牡丹皮、赤芍。

2.3.3 脾肾阳虚,命门火衰 主症:精神差,面色㿖白,形寒肢冷,食后腹胀满,腰膝酸冷,大便次数增多,便质稀溏,五更泻,或大便艰涩排除困难,舌质淡苔白,脉沉细。治疗原则:温补脾肾。方药:便秘多选用济川煎加减,方药升麻、当归、肉桂、肉苁蓉、川牛膝、升麻、桔梗、制首乌等;腹泻者多选四神丸合诃子散,补骨脂、吴茱萸、五味子、肉豆蔻、诃子、干姜、附子、山药、茯苓等,其中腹泻不止者,可以应用,罂粟壳 10 g,单煎服下,1~2 d 腹泻可止。

3 小结

在中医辨证论治的基础上,吕老师还强调综合治疗,从改变生活方式做起,尽量做到“起居有时,生活有节,不妄作劳”,可以根据自身情况进行快走、慢跑、骑车、蹲起等有氧运动增强体质,有条件的可从事“太极拳、八段锦、气功”等练习。饮食上提倡清淡,尽量少肉、少油、粗细搭配,做到营养均衡。同时可以辅助针灸、按摩以及适当西药等,改善患者的临床症状。临床应用体会:吕老师在临床上按照三期九度论治糖尿病胃肠自主神经病变,收到了较好的疗效。

(下接第 1078 页)

内正邪盛衰关系也不断变化,在某一阶段,可能是以上某一证型单独出现,也有可能以上两种或者三种证型同时存在,治疗时应根据病情变化及时调整治疗用药。

2.4 调护

2.4.1 合理摄食 饮食调摄对于疾病的康复极其重要。舌癌患者病变部位在舌,手术或者放疗后均会影响咀嚼、吞咽功能,尤其放疗后还会损伤味觉细胞,影响食欲,导致营养失调。因此应该选择容易消化而富有营养的食物为宜,忌食煎炒、辛热、肥甘厚味和生冷酸辣之品;同时也应考虑患者的饮食习惯,尽量符合患者的胃口,品种宜多样化。

2.4.2 心理护理 舌癌患者因进食和言语障碍,往往会产生恐惧、悲观、厌世心理。消极的心态不利于病体的康复,甚至会加速恶化。因此积极的心理护理,帮助患者解除思想顾虑,摒去杂念,避免忧思郁怒,树立战胜病魔的信心十分重要。心理治疗可以调动人体抗癌的积极因素,为疾病康复创造良性循环的条件。

3 验案举隅

某,男,52岁,2012年12月5日初诊。主诉:舌体麻木3月余。病史:患者于2012年8月9日因“右舌根反复溃烂伴疼痛半年”就诊于某口腔医院,活检病理检查提示:右侧舌根上皮鳞状细胞癌。遂于8月13日在该院行右侧舌根肿物扩大切除术加右侧颈部淋巴结清扫。术后病理:淋巴结1/24。之后行术后放疗33次。既往有高血压病史8年,口服络活喜,血压控制在130/80 mmHg,高尿酸血症5年。现证:舌体麻木,溃疡,偶有破溃出血,伸舌困难,口干,饮水呛咳,右侧颜面浮肿,心悸失眠,纳差,眠可,大便3日一行,舌质淡红,苔薄,脉沉细。中医诊断:舌疳;证属气血亏耗,阴津不足,癌毒内蕴。治法:补益气血,养阴生津,解毒抗癌。处方:宗八珍汤合沙参麦冬汤加减,药用:生白术15 g,山药15 g,枳壳15 g,茯苓15 g,沙参10 g,石斛10 g,赤芍12 g,玄参10 g,土茯苓20 g,草河车15 g,莪术9 g,白英15 g,生黄芪30 g,太子参15 g,女贞子15

g,肉苁蓉20 g,覆盆子15 g,炙甘草6 g,三七粉3 g(冲服)。30剂,1剂/d,水煎服。配合口服贞芪扶正胶囊。患者每月复诊1次,初期治疗以补养气血,扶正培元为主,3个月后患者正气渐复,症状舌脉渐好,增加抗癌解毒之力,同时口服广安门医院西黄解毒胶囊0.5 g,3次/d。现患者舌体麻木,破溃好转,其他一般状态良好,目前继续维持治疗中。

按语:本案患者经手术、放疗后,耗气伤血,气不煦之,血不濡之,气血不能上荣濡养舌体,故见舌体麻木,伸舌困难,舌质淡红;气虚推动无力,津液停聚颜面,故见颜面浮肿。放射火毒,虽能消灭癌毒邪气,但其本身又能耗阴损津,造成热毒浸淫,加之舌癌本属心脾火毒炽盛,两热相合,更使人体阴液被伤,故出现口干、便干等;火毒壅聚于舌,舌络受灼,故见溃疡、出血。故治疗当以补养气血,滋阴生津为主,兼以清热解毒抗癌。方中生黄芪、生白术、山药、太子参、茯苓、草河车、女贞子等健脾益气,补血养血,恢复人体免疫功能,增强正气抗邪之力;沙参、石斛、玄参、山药、覆盆子、肉苁蓉养阴生津,滋肾补精;赤芍、三七凉血活血化瘀;土茯苓、莪术白英解毒抗癌,诸药合用,而使气血得补,阴津得滋,癌毒得解,临床症状得到改善。3个月之后,正气逐渐恢复,诸症明显缓解,遂增重抗癌祛邪之力,继续调治。

参考文献

- [1] 张壮,武媛,潘剑,等.舌癌细胞淋巴道转移能力与淋巴管生成的关系[J].中国口腔颌面外科杂志,2010,8(4):342-346.
- [2] 孙明磊,王昌美,温玉明,等.舌癌颈淋巴清扫不同术式的疗效[J].临床口腔医学杂志,2002,18(1):22.
- [3] 郑江刚,花宝金,朴炳奎.朴炳奎辨治肺癌学术思想与经验探析[J].中医杂志,2010,51(4):304-306.
- [4] 周雅明,朴炳奎.朴炳奎教授治疗肺癌学术经验撮要[J].中国中医药信息杂志,2008,15(S1):67.
- [5] 邱蔚六.口腔颌面外科学[M].4版.北京:人民卫生出版社,2006:226-227.
- [6] 殷蔚伯,谷铣之.肿瘤放射治疗学[M].3版.北京:中国协和医科大学出版社,2002:457.
- [7] 潘兴国,江泽琴,咸婧,等.舌癌综合治疗研究进展[J].西南军医,2007,9(6):105-106.

(2013-05-04收稿)

(上接第1075页)

参考文献

- [1] 许曼音.糖尿病学[M].上海:上海科技出版社,2004:502-512.
- [2] 吕仁和.糖尿病及其并发症中西医诊治学[M].2版.北京:人民卫生出版社,2009:670-674.
- [3] 吕仁和,赵进喜,王世东,糖尿病及其并发症的临床研究[J].新中医,2001,33(3):3-5.
- [4] 吕仁和,高彦彬,杨晓晖.糖尿病(消渴病)中医诊治荟萃[M].北京:中国医药科技出版社,1999:436-457.
- [5] 赵进喜,王耀献.吕仁和临床经验集[M].北京:人民军医出版社,2009:130-132.
- [6] 吕仁和,肖永华,刘滔波.分期论治糖尿病[J].药品评价,2008,5(1):

35-37.

- [7] 肖永华,王世东,李靖,等.吕仁和辨治糖尿病医案病因、病机和病位解析[J].北京中医药大学学报,2010,33(8):524-528.
- [8] 王越,吕仁和用“六对论治”诊治糖尿病及其并发症的经验[J].中国医药学报,1998,13(4):46-49.
- [9] 肖永华,王世东,李靖,等.吕仁和辨治糖尿病医案症状、证候和治则解析[J].北京中医药大学学报,2011,34(8):560-564.
- [10] 全小林.糖尿病中医防治指南解读[M].北京:中国中医药出版社,2009:546-579.
- [11] 中华中医药学会糖尿病分会.糖尿病胃肠病中医诊疗标准[S].世界中西医结合杂志,2011,5(6):450-454.

(2013-03-26收稿)