



# 中药热奄包治疗脾虚气滞型消渴痞病疗效观察

朱欧鸢<sup>1</sup> 吴楠<sup>1</sup> 武静波<sup>2</sup> (1 石家庄市中医院(本部)内分泌二科 2 石家庄市中医院(东院区)放射科)

**摘要:**目的 观察中药热奄包治疗消渴痞病的临床疗效。方法 将60例脾虚气滞型消渴痞病患者随机分为对照组(30例)和治疗组(30例),除常规控制血糖、运动锻炼外,对照组给予莫沙必利口服,治疗组在对照组基础上,加用中药热奄包治疗,4周为1疗程。观察治疗前、后两组的胃排空率及中医证候的有效率。**结果** 治疗组中医证候有效率高于对照组( $P < 0.05$ ),且2小时胃排空率高于对照组( $P < 0.05$ )。**结论** 中药热奄包可明显改善消渴痞病患者的临床症状,疗效显著。

**关键词:** 消渴痞病 消渴痞病 中药热奄包

**中图分类号:** R255.4 **文献标识码:** A **文章编号:** 1009-5187(2019)04-005-02

在中医研究中,消渴患者在病程发展中多出现痞满、反胃、呕吐、泄泻等症状,其中痞满最为常见,然在中医文献中并无相关病名。古代医家根据患者恶心、呕吐、厌食等症状,多将其归属于“呕吐”、“痞满”、“胃胀”等范畴。现代医家多将该现象称为“消渴痞病”,相当于西医学中的糖尿病性胃轻瘫(Diabetic gastroparesis, DGP)<sup>[1]</sup>,并认为消渴痞病的病机多与脾胃虚弱<sup>[2]</sup>、中焦气机逆乱<sup>[3]</sup>有关。为改善患者生活质量,在应用胃肠动力药物同时加用中药热奄包外用,便捷、安全、疗效确切,结果报道如下:

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

选取2018年1月至2018年12月在石家庄市中医院内分泌科就诊的60例脾虚气滞型消渴痞病患者。采用随机数字表法分为对照组和治疗组,每组各30例。两组间性别、年龄、病程比较均无统计学意义( $P > 0.05$ ),具有可比性:对照组中,男12例,女18例,平均年龄(62.70±4.73)岁,糖尿病病程(15.02±4.15)年。治疗组中,男13例,女17例,平均年龄(60.12±7.04)岁,糖尿病病程(14.05±5.76)年。

### 1.2 研究方法

1.2.1 西医诊断标准:糖尿病胃轻瘫诊断标准(参考2007年见政平《内科疾病诊断标准》):①糖尿病病程较长;②明显腹胀、恶心、伴或不伴有胃石形成;③胃镜检查无胃黏膜损伤或幽门梗阻,肝功能正常;④可合并周围神经病变或视网膜病变;⑤X线检查证实餐后4h仍有不透X线标志物存留则更有助于胃轻瘫的诊断。

1.2.2 中医辨证入组标准:参考《中药新药临床研究指导原则》<sup>[4]</sup>和《糖尿病中医防治指南解读》<sup>[5]</sup>,选取中医证型脾虚气滞证。主症:食少纳呆,腹胀,胃胀或肋肋胀痛,便塘不爽;次症:善太息,急躁易怒或情绪抑郁,腹痛即泻,肠鸣矢气,泻后痛减轻松,舌苔腻,脉弦或细。其中3项主症必备,或主症2项,次症2项,都可以诊断。

1.2.3 纳入标准:①年龄在30-70岁;②符合DGP西医诊断标准者;③符合消渴痞病中医辨证脾虚气滞者;④糖化血红蛋白 $< 9\%$ ;⑤知情同意,自愿接受测试者,并签订知情同意书。

1.2.4 排除标准:①不符合诊断标准和纳入标准者;②消化性溃疡及其它器质性胃肠病变者;③合并严重心脑血管疾病和肝肾等功能不全者;④准备妊娠、妊娠期或哺乳期妇女及有严重的精神疾患不能配合治疗者。

1.2.5 治疗方法:两组患者均给予糖尿病宣传及患者教育(制定合理的膳食、针对个人的适当运动、根据患者具体情况,予口服降糖药或者注射胰岛素控制血糖,每日监测血糖并进行随访,及时调整口服降糖药或注射胰岛素方案,避免使用双胍类、 $\alpha$ -葡萄糖苷酶抑制剂等影响胃肠道活动的降糖药物)。治疗组予以枸橼酸莫沙必利片(鲁南贝特制药有限公司,国药准字H19990317)5mg日三次饭前口服,治疗组在对照组基础上加用中药热奄包治疗(中药热奄包药物组成:大青盐500g,枳壳50g,厚朴50g,黄芪50g,白术50g)。热奄包热敷,每次30分钟,每日一次,共4周。

热奄包制备方法:将上述中药药物加工成碎粒混匀缝制于长

30cm宽15cm厚3cm左右的布袋内。

操作方法:向热奄包喷少量水至布面潮湿,选择中火,放入微波炉加热2~3min,温度保持在40~45℃,避免烫伤皮肤。治疗部位选取以神阙为中心,覆盖中脘、天枢、气海、关元等穴位。患者平卧位,将热奄包水平置于腹部,上覆盖毛毯或棉被以保温。

### 1.2.6 观察项目与方法

1.2.6.1 生生化检测:肝功能(谷草转氨酶ALT、谷丙转氨酶AST)、肾功能(尿素氮BUN、肌酐Scr)、空腹及餐后2小时血糖。

1.2.6.2 胃排空率检测:胃排空率(%)=[(20-胃内标志物残留数)]/20×100%。胃排空试验(参照《胃轻瘫临床管理指南》):胃排空率测定:空腹8小时以上,于晨起进食标准餐(面包片2片约100g,纯牛奶250ml),进餐时一次性吞服硫酸钡胶囊(内含特制的小钡条20条),切忌嚼服,10分钟内完成进食,餐后禁食禁水;分别于餐后即刻以及餐后4h拍摄立位腹部X线平片1张,观察餐后小钡条进入胃内情况以及餐后4h胃内剩余小钡条数,测定胃对小钡条的排空能力,即胃排空率。

1.2.6.3 中医证候积分:中医证候疗效判定标准,参照《中药新药临床研究指导原则》<sup>[4]</sup>。根据食少纳呆,腹胀,胃胀或肋肋胀痛,便塘不爽,善太息,急躁易怒或情绪抑郁,腹痛即泻,肠鸣矢气、泻后痛减等症状及体征的轻重程度进行分级评分,按照正常、轻度、中度、重度分别记为0、1、2、3分,在治疗前后分别进行累计,观察治疗前后的积分变化。①显效:证候积分减少 $\geq 70\%$ ,症状、体征明显好转;②有效:证候积分减少 $\geq 30\%$ ,症状、体征有所改善;③无效:证候积分减少 $< 30\%$ ,临床症状、体征未好转,甚至加重。计算公式(尼莫地平法):[(治疗前积分-治疗后积分)/治疗前积分]×100%。有效率=(显效例数+有效例数)/例数×100%

### 1.3 统计学方法

采用SPSS22.0统计学软件进行数据分析,计量资料数据用均数±标准差( $\bar{x} \pm s$ )表示,两组间比较采用t检验;计数资料用频数(%)表示,组间比较采用 $\chi^2$ 检验,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 两组临床疗效比较

治疗组总有效率93.33%,对照组80.00%,治疗组临床疗效优于对照组( $P < 0.05$ )。

表1: 两组治疗临床疗效比较

组别	人数(例)	显效(例)	有效(例)	无效(例)	有效率
治疗组	30	16	13	1	96.67%*
对照组	30	10	15	5	83.33%

注:与对照组比较,\* $P < 0.05$ 。

### 2.2 两组治疗前后证候积分比较

表2: 两组治疗前后证候积分比较(分,  $\bar{x} \pm s$ )

组别	人数(例)	治疗前(分)	治疗后(分)
治疗组	30	9.56±1.45	6.10±2.25* <sup>□</sup>
对照组	30	9.10±2.16	7.65±3.09*

注:与同组治疗前比较,\* $P < 0.05$ ;与对照组治疗后比较,<sup>□</sup> $P < 0.05$ 。



< 0.05。

治疗后两组证候积分较治疗前均降低 (\*P < 0.05)，且治疗组证候积分低于对照组 (P < 0.05)，见表2。

### 2.3 两组治疗前后生化指标比较

两组治疗前后，ALT、AST、BUN、Scr 较前无明显变化 (P>0.05)，空腹、餐后2h血糖较前下降 (P<0.05)，同时治疗组比对照组下降明显 (P<0.05)。见表3。

表3: 两组治疗前后血糖比较 ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数	FPG (mmol/L)	2h-PG (mmol/L)	
治疗组	治疗前	30	8.47 ± 2.34	10.56 ± 2.45
	治疗后		7.23 ± 1.78* <sup>□</sup>	9.25 ± 1.31* <sup>□</sup>
对照组	治疗前	30	8.89 ± 2.09	10.78 ± 3.14
	治疗后		8.07 ± 2.32*	9.89 ± 0.73*

注: 与同组治疗前比较, \*P < 0.05; 与对照组治疗后比较, <sup>□</sup>P < 0.05。

### 2.4 两组治疗前后胃排空率比较

两组治疗前后，胃排空率较前均升高，且治疗组明显高于对照组 (P<0.05)。

表4: 两组患者4h胃排空率比较 ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	人数(例)	治疗前 (%)	治疗后 (%)
治疗组	30	49.24 ± 10.45	71.46 ± 15.81* <sup>□</sup>
对照组	30	46.46 ± 12.01	62.34 ± 13.27*

注: 与同组治疗前比较, \*P < 0.05; 与对照组治疗后比较, <sup>□</sup>P < 0.05。

## 3 讨论

中药热奄包可减轻或消除胃轻瘫症状，使患者能合理调配饮食，达到有效控制血糖<sup>[6]</sup>。现代药理研究证实：白术可增强机体免疫力，对胃排空及小肠推进有着双向调节的作用，大剂量应用可促进营养物质

质吸收，加速胃肠道运动<sup>[7]</sup>。黄芪补中益气，厚朴行气宽中，枳壳行气散瘀，大青盐引药直达病所。诸药合用，共奏补中益气、行气宽中之效。

中药热奄包通过温热刺激及药透作用，使膈穴局部血管扩张、血流量增加，达到“引药入深走窜”至病灶，可疏通气机；此外，其通过刺激局部穴位可促使交感神经兴奋，从而刺激腹腔神经丛及神经节产生反应，达到改善胃肠蠕动生理机能<sup>[8]</sup>。热奄包的热蒸气可使局部的毛细血管扩张，血液循环加速，又可通过热蒸气促使奄包内中药内离子渗透到患者病痛所在，利用其温热可达到温经通络、调和气血、祛湿驱寒目的。本研究将口服西药与外用热奄包相结合，达成了双管齐下、增强疗效的结果，使用安全、便捷，疗效确切。

## 参考文献

- [1] 王晶, 岳仁宋, 汪晓敏, 等. 从助脾散精法论治消渴痞病[J]. 四川中医, 2018, 36(8):20-21.
- [2] 何春. 温中补虚, 和胃降逆法治疗糖尿病胃轻瘫[J]. 中医临床研究, 2012, 04(16):79. DOI:10.3969/j.issn.1674-7860.2012.16.042.
- [3] 逢冰, 顾彦冬. 糖尿病胃轻瘫的中医治疗进展[J]. 中国临床医生, 2013, 41(10):21-23. DOI:10.3969/j.issn.1008-1089.2013.10.008.
- [4] 中药新药临床研究指导原则(试行)[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002:127, 132, 135.
- [5] 仝小林. 糖尿病中医防治指南解读[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2013.
- [6] 黄艳, 梁志金, 刘晓芳, 等. 中药封包干热外治糖尿病患者胃轻瘫的效果观察[J]. 护理学报, 2013, 20(7):57-59.
- [7] 陈鸿平. 土炒白术健脾止泻作用增强的机理研究[D]. 成都中医药大学, 2011.
- [8] 薛银萍. 芒针为主治疗糖尿病胃轻瘫疗效观察[J]. 四川中医, 2006, 24(4):99-100.

(上接第3页)

神经功能恶化进行纠正此方面成为重要的研究内容，其与自由基清除剂具有密切的关系。依达拉奉就是具有较强自由基清除功能的神经保护剂<sup>[6]</sup>，通过本文研究表明，在治疗之后，两组患者的FMA评分、ADL评分及生活质量均有明显改善，但是观察组患者的改善情况明显比对照组良好，并且观察组患者的临床治疗效果比对照组好 (p < 0.05)。从而可以看出来，依达拉奉在急性缺血性脑卒中患者治疗过程中具有良好的治疗效果，能够提高患者的治疗效率，改善患者神经功能缺损情况，并且减轻患者残疾的程度，提高患者在日常生活中的自理能力，值得临床应用推广。

## 参考文献

- [1] 高星乐, 陈力宇, 孙乐球, 等. 依达拉奉联合丁苯酞治疗急性缺血性脑卒中的临床疗效及安全性评价[J]. 中国临床药理学杂志, 2015(16):1569-1571.

2015(16):1569-1571.

- [2] 夏广林. 依达拉奉治疗急性缺血性脑卒中临床疗效观察[J]. 中国当代医药, 2012, 19(7):67-68.
- [3] 杨旺明, 叶泽兵, 饶先伟, 等. 亚低温联合依达拉奉对急性缺血性脑卒中患者神经功能的影响[J]. 中国实用神经疾病杂志, 2014(12):40-42.
- [4] 潘云志, 刘宏斌, 孙兴元, 等. 依达拉奉对高龄缺血性脑卒中患者颅内动脉血流动力学的影响[J]. 中国实验方剂学杂志, 2013, 19(15):314-316.
- [5] 程玉惠. 依达拉奉治疗急性脑梗死临床疗效观察[J]. 医学信息旬刊, 2011, 24(10):362-362.
- [6] 江显萍, 王启春, 吴大鸿. 依达拉奉对急性缺血性脑血管病的疗效研究及机制探讨[J]. 重庆医学, 2015(3):334-336.

(上接第4页)

手术的金标准，但有研究认为术后并发症发生率比较高<sup>[4-5]</sup>。一些手术耐受性差的患者也不适宜。近年来，在肿瘤治疗中，125I放射粒子植入是一种新方式，获得良好的效果。125I放射粒子植入能够对肿瘤组织进行持续、大剂量照射，杀死大量癌细胞，并且术后不良反应比较少。125I放射粒子植入手术时间比较短，对血流动力学影响比较小，并且可以早期下床活动，不需要较长的卧床时间，减少并发症诱因。超声引导定位进行手术，可以提高局部放射量，增强杀灭癌细胞的效果。

综上所述，局限性前列腺癌采用125I放射粒子植入进行治疗，能够减少并发症的发生，改善患者的生存质量，促进患者的治疗，可以作为优先考虑的治疗方式。

## 参考文献

- [1] 宋彬, 肖建宏, 林辉, 等. CT引导下经肋骨行放射性<sup>125</sup>I粒子植入治疗中晚期NSCLC临床疗效观察[J]. 山东医药, 2017, 57(12):96-98.
- [2] 李亚南, 张连仲, 段少博, 等. 超声引导下125I粒子植入治疗前列腺癌术后血清PSA变化与疗效评估[J]. 医学影像学杂志, 2017, 27(10):1978-1981.
- [3] 王锐, 王奕, 王梅丽, 等. 经直肠超声引导下挖125I放射性粒子近距离治疗中晚期前列腺癌临床研究[J]. 重庆医学, 2017(A01):81-83.
- [4] 栾阳, 丁雪飞, 顾晓, 等. 125I粒子前列腺植入近距离放射治疗去形抵抗性前列腺癌[J]. 中华核医学与分子影像杂志, 2018, 38(3):191-194.
- [5] 王云炎, 杨晓松, 孟峻嵩, 等. 125I放射性粒子植入术联合间歇性内分泌疗法治疗局部中高危前列腺癌[J]. 国际泌尿系统杂志, 2018, 38(1):24-27.