

- [8] 王刚, 胡金焕, 边东, 等. 糖肾保元方联合雷公藤多苷片对糖尿病肾病 期患者 24 小时尿蛋白定量的影响[J]. 实用医学杂志, 2012, 28(11): 1908-1910.
- [9] 施丽丽, 任明山, 吴元洁. 糖尿病周围神经病变与氧化应激研究现状[J]. 安徽医科大学学报, 2012, 17(1): 94-96.
- [10] 张红, 胡长军, 陆卫平. 吡格列酮对糖尿病大鼠氧化应激和肾组织基质积聚的影响[J]. 重庆医学, 2012, 41(4): 349-351.
- [11] 郭华, 董丽, 王端. 糖脉康颗粒治疗糖尿病肾病的疗效观察[J]. 当代医学, 2009, 15(34): 150.

(责任编辑: 骆欢欢)

消渴润肠方治疗糖尿病性便秘 40 例临床观察

何晓航¹, 韩声宇², 俞行³

1. 新昌县新康医院中医科, 浙江 新昌 312500
2. 嵊州市人民医院, 浙江 嵊州 312400
3. 新昌县中医院中医内科, 浙江 新昌 312500

[摘要] 目的: 观察消渴润肠方治疗糖尿病性便秘的临床疗效。方法: 将 80 例患者随机分为治疗组和对照组各 40 例。2 组均原有降糖药物不变, 饮食习惯及运动疗法不变, 以维持血糖的稳定。对照组口服通便灵胶囊。治疗组给予消渴润肠方辨证加减治疗。2 组疗程均为 8 周。观察排便困难、Bristol 评分、排便时间、排便次数及腹胀等症状, 检测治疗前后空腹血糖 (FBG)、餐后 2 h 血糖 (P2hBG) 及糖化血红蛋白 (HbA1c)。结果: 治疗后 2 组排便困难、Bristol 评分、排便时间、排便次数及腹胀评分均治疗前下降 ($P < 0.01$), 治疗后治疗组上述便秘症状评分均低于对照组 ($P < 0.01$); 治疗后治疗组 FBG、P2hBG 及 HbA1c 均低于对照组 ($P < 0.05$); 总有效率治疗组 90.0%, 对照组 72.5%, 治疗组优于对照组 ($P < 0.05$)。结论: 消渴润肠方治疗糖尿病性便秘临床疗效显著。

[关键词] 糖尿病; 便秘; 消渴润肠方

[中图分类号] R587.2 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2014) 05-0148-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2014.05.058

糖尿病性便秘是糖尿病常见的并发症, 是由糖尿病胃肠植物神经紊乱引起的病变。现代医学认为长期的高血糖引起的胃肠植物神经功能障碍, 即交感神经兴奋过度, 会抑制胃肠运动, 出现胃动力降低、胃排空延迟, 肠蠕动缓慢而导致便秘^[1]。便秘的发生会加重血糖的波动, 导致血糖难以控制, 且大大增加了糖尿病并发症及心脑血管意外事件发生率, 其危害性较大, 必须给予足够重视^[2]。因此保持糖尿病患者大便通畅是治疗糖尿病的重要环节之一, 西医多以缓泻

剂、胃动力药治疗, 但疗效常欠佳。笔者采用消渴润肠方治疗糖尿病性便秘, 取得了较好的临床疗效, 现报道如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准 2 型糖尿病诊断标准符合 WHO 的糖尿病诊断标准(1999 年)^[3]。便秘的诊断标准参照中华医学会消化病学分会 2007 年扬州会议修定的《中国慢性便秘的诊治指南(2007, 扬州)》^[4]: 排便费力, 想排而排不出大便, 干球状便或硬便, 排便不尽感,

[收稿日期] 2013-12-10

[作者简介] 何晓航 (1977-), 男, 主治医师, 主要从事中医临床工作。

病程至少6月；排便次数<3次/周；排便量<30g/天或25%以上时间有排便费力；全胃肠道或结肠传输时间延长。

1.2 纳入标准 符合2型糖尿病诊断标准及上述便秘的诊断标准；年龄不超过75岁；近2周末使用过泻剂治疗；取得患者本人知情同意。

1.3 排除标准 其他类型糖尿病者所致便秘者；合并糖尿病酮症、高渗状态等处于严重应激状态者；合并严重心、肝、肾功能异常者及精神病、肿瘤患者；肠道器质性疾病患者；过敏体质或有对多种药物过敏史者；妊娠期或哺乳期妇女。

1.4 一般资料 选择新昌县新康医院中医科和新昌县中医院中医内科2011年7月~2013年6月诊治的80例患者作为研究对象，根据不同的治疗方式分为对照组和治疗组各40例。对照组男18例，女22例；年龄44~73岁，平均(56.8±7.5)岁；糖尿病病程4~15年，平均(10.2±3.5)年。治疗组男16例，女24例；年龄46~75岁，平均(57.7±8.6)岁；糖尿病病程3~18年，平均(11.4±2.7)年。2组患者性别、年龄、病程等比较，差异均无显著性意义($P > 0.05$)，具有可比性。

2 治疗方法

2组均原有降糖药物不变，饮食习惯及运动疗法不变，以维持血糖的稳定。

2.1 对照组 口服通便灵胶囊(厦门中药厂有限公司)，每次5粒，每天3次。

2.2 治疗组 消渴润肠方，药物组成：生地黄、麦冬、玄参、白芍、何首乌、桃仁(打)、火麻仁、郁李仁、枳实、柏子仁各15g，知母、当归、石斛、木香各10g。加减：气虚加生黄芪20g，白术15g；血瘀加三七4g，川芎10g；阴虚明显加天花粉15g，乌梅6g；腹胀明显加厚朴15g，紫苏梗10g；湿热蕴结加大黄6~10g，莱菔子15g。

2组疗程均为8周。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 便秘症状评分^[6]，见表1。检测治疗前后空腹血糖(FBG)、餐后2h血糖(P2hBG)及糖化血红蛋白(HbA1c)。

3.2 统计学方法 采用SPSS17.0统计分析软件，计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示，采用 t 检验；计数资料采用 χ^2 检验。

表1 便秘症状评分

分值	排便困难、 过度用力	粪便形状 (Bristol 分级)	排便时间 (min/次)	下坠、不尽、 胀感	频率 (天/次)	腹胀
0	无	7~4	<10	无	1~2	无
1	偶尔	3	10~15	偶尔	3	偶尔
2	时有	2	15~25	时有	4~5	时有
3	经常	1	>25	经常	>5	经常

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 便秘疗效标准参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[6]：痊愈：大便正常，或恢复至病前水平，每周排便>3次，其他症状全部消失；显效：便秘明显改善，间隔时间及便质接近正常或大便稍干而排便间隔时间<72h，其他症状大部分消失；有效：排便间隔时间缩短1天，或便质干结改善，其他症状均有好转；无效：便秘及其他症状均无改善。

4.2 2组治疗前后便秘症状评分比较 见表2。2组治疗后排便困难、Bristol评分、排便时间、排便次数及腹胀评分均治疗前下降($P < 0.01$)，治疗后治疗组上述便秘症状评分均低于对照组，差异均有非常显著性意义($P < 0.01$)。

表2 2组治疗前后便秘症状评分比较($\bar{x} \pm s, n=40$) 分

组别	时间	排便困难	Bristol评分	排便时间	排便次数	腹胀
对照组	治疗前	2.63±0.37	2.56±0.45	2.75±0.44	2.68±0.39	2.82±0.49
	治疗后	1.44±0.65	1.53±0.57	1.47±0.59	1.42±0.61	1.52±0.66
治疗组	治疗前	2.58±0.41	2.61±0.40	2.72±0.46	2.76±0.43	2.84±0.46
	治疗后	0.78±0.55	0.67±0.45	0.62±0.54	0.72±0.59	0.57±0.44

与治疗前比较，① $P < 0.01$ ；与对照组治疗后比较，② $P < 0.01$

4.3 2组治疗前后FBG、P2hBG及HbA1c比较 见表3。2组治疗后FBG、P2hBG及HbA1c均较治疗前下降($P < 0.01$)；治疗后治疗组FBG、P2hBG及HbA1c均低于对照组，差异均有显著性意义($P < 0.05$)。

表3 2组治疗前后FBG、P2hBG及HbA1c比较($\bar{x} \pm s, n=40$)

组别	时间	FBG(mmol/L)	P2hBG(mmol/L)	HbA1c(%)
对照组	治疗前	7.62±1.67	9.27±2.08	9.83±2.36
	治疗后	6.47±1.28	7.73±1.73	7.93±1.78
治疗组	治疗前	7.59±1.72	9.24±2.13	9.91±2.42
	治疗后	6.12±1.16	7.26±1.65	7.39±1.63

与治疗前比较，① $P < 0.01$ ；与对照组治疗后比较，② $P < 0.05$

4.4 2组便秘疗效比较 见表4。总有效率治疗组

90.0%，对照组 72.5%，治疗组优于对照组，差异有显著性意义($P < 0.05$)。

表 4 2 组便秘疗效比较 例

组别	n	痊愈	显效	有效	无效	总有效率(%)
对照组	40	7	12	10	11	72.5
治疗组	40	11	15	10	4	90.0

与对照组比较, ① $P < 0.05$

5 讨论

中医学认为糖尿病性便秘属消渴、便秘范畴。消渴病机复杂, 迁延日久, 变证多。消渴基本病机为阴津亏损、燥热内盛。病程日久则见气虚、血虚、阴虚、阴阳俱虚, 并可与热盛、湿热、气滞、血瘀等互结呈现虚实夹杂, 这些因素均可影响大肠传导功能而发为便秘。《诸病源候论·大便难候》云: “大便难者, 由五脏不和, 冷热之气不调, 热气偏入肠胃, 津液燥竭, 故令糟粕否结, 壅塞不通也。”肺与大肠相表里, 肺热津伤, 则肺之燥热下移大肠, 肠失濡润, 或因肺气亏虚, 肺失肃降, 大肠传送无力, 糟粕内停而致便秘。脾气虚则运化功能减退, 津液不能化生输布, 或气血生化乏源, 也可致肠道干枯, 大便难下。肾主液、司二便, 消渴日久伤及肾阴, 肠失濡润, 大便干结, 排便艰难; 或致肾阳虚, 阴寒凝滞, 温煦无力, 也可糟粕停滞。阴虚内热, 耗伤津液, 津血亏耗, 脉道不利或气虚血运无力或阳虚血凝均可导致瘀血阻络, 湿浊内停, 加重便秘^[7-8]。可见本病肺、脾、肾、三焦密切相关关系最为密切, 其中津液竭燥, 气虚无力推动是其直接病因。《兰室秘藏·大便结燥门》曰: “若饥饱失节, 劳役过度……耗散真阴, 津液亏少, 故大便结燥。”可见津液不足、糟粕内结、水不能行舟是便秘发生的机理。

消渴润肠方中以生地黄清热凉血、养阴生津, 知母清热泻火、滋阴润燥, 麦冬、玄参、白芍、石斛均滋阴生津, 共用增液以行舟。火麻仁偏走大肠血分, 郁李仁偏入大肠气分, 气血双调, 柏子仁润肠通便,

桃仁既能活血又能润肠, 且此四仁均是油脂类物质, 具有良好的润肠作用。生何首乌养血滋阴、润肠通便, 当归养血活血, 二药配生地黄滋阴养血, 以润肠燥。枳实、木香二味均下气宽肠, 以助通便。临证时根据病情随症加减。全方共奏滋阴清热、养血活血、行气解郁、润燥通便之功。

本组资料显示, 采用消渴润肠方治疗后患者排便困难、Bristol 评分、排便时间、排便次数及腹胀评分均明显降低, 提示了消渴润肠方减轻了糖尿病性便秘临床症状, 临床总有效率达 90.0%, 临床疗效显著; 治疗后治疗组 FBG、P2hBG 及 HbA1c 均低于对照组, 说明随着便秘的改善, 患者的血糖也得到进一步的控制。

[参考文献]

- [1] 袁霞. 补脾益肾化痰通滞汤为主治疗糖尿病便秘 46 例[J]. 陕西中医, 2013, 34(9): 1182-1184.
- [2] 孔维, 孙侃, 朱曙光, 等. 糖尿病便秘患者肛门直肠动力学的研究[J]. 中国实用内科杂志, 2006, 26(15): 1183-1184.
- [3] World Health Organization. Definition, diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complications. In: Report of a WHO Consultation [C]. WHO/NCD/NCS/99. 2. Geneva: WHO, 1999.
- [4] 方秀才, 柯美云, 罗金燕, 等. 中国慢性便秘的诊治指南(2007, 扬州)[J]. 中华消化杂志, 2007, 27(9): 619-622.
- [5] 中华医学会外科学分会肛肠外科学组. 便秘症状及疗效评估[J]. 中华胃肠外科杂志, 2005, 8(4): 355.
- [6] 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.
- [7] 左振魁, 韩佳瑞. 辨证治疗糖尿病性便秘[J]. 中国实验方剂学杂志, 2013, 19(8): 302-305.
- [8] 刘静生, 宠国明, 刘静宇, 等. 刘学勤教授治疗老年习惯性便秘的经验探讨[J]. 中医学报, 2010, 9(5): 876-878.

(责任编辑: 马力)

· 书讯 · 中西医结合系列教材已出版, 《新中医》编辑部代售的有: 中西医结合病理生理学(42 元), 中西医结合诊断学(59 元), 中西医结合外科学(58 元), 中西医结合妇产科学(60 元), 中西医结合儿科学(46 元), 中西医结合骨伤科学(52 元), 中西医结合眼科学(46 元), 中西医结合耳鼻喉口齿科学(46 元), 中西医结合护理学(44 元), 中西医结合临床科研方法学(29 元)。需购买者请汇款(含邮资)至广州市机场路 12 号广州中医药大学《新中医》编辑部发行科, 并在汇款单附言栏注明书名、册数。邮政编码: 510405, 电话: (020)36585482。