

岳仁宋教授运用“直折火热法”治疗糖尿病酮症酸中毒经验举隅

董久艳¹, 岳仁宋^{2*}, 涂 萱¹, 周建龙¹, 杨金蓉¹

(1. 成都中医药大学, 四川 成都 610075; 2. 成都中医药大学附属医院, 四川 成都 610075)

关键词: 糖尿病; 酮症酸中毒; 直折火热法; 名医经验

中图分类号: R255.4

文献标识码: A

文章编号: 1673-2197(2016)22-0071-02

DOI: 10.11954/ytctyy.201622030

糖尿病酮症酸中毒是常见的糖尿病急性并发症之一,目前本症延误诊断或缺乏合理治疗而造成死亡的情况仍较常见。西医治疗是以尽快补液,降低血糖,纠正电解质及酸碱平衡紊乱,同时积极寻找和消除诱因,防治并发症为基本治疗原则,但是因三大代谢紊乱而引起的一系列不适症状却严重困扰患者。导师岳仁宋教授在其长

期从事的内分泌疾病研究与临床工作中,主张采用中西医结合治疗,该法可有效控制患者病情,缩短病程,并在临床实践中针对病程早期患者火热炽盛,表现为大汗出、多饮、多尿,舌红苔黄、脉数者,采用“直折火热法”,予以大柴胡汤、白虎汤等加减治疗,收效满意。现将其临床经验举隅如下,以飨同道。

过紧也不宜太松,以使创面肉芽从基底部长起,以免粘连;后期宜松,使创面迅速愈合。该法以求最小程度损伤患者身体的基础上,最大程度地保留乳房皮肤,维持外形,保持美观度,减小患者的精神、心理压力。

在该病治疗时,若患者已有脓腔形成,可行引流,内治与外治同用;若肿块质韧,未有化脓情况,则内治为主,辅理疗,在服用中药的同时,注意患处清洁,忌挤压,忌急躁,忌进补。若乳房红肿明显,加蒲公英、鹿衔草等;若乳房疼痛明显加元胡、香附活血行气止痛;若伴有高热者加石膏、知母清热泻火;若乳房结块明显加橘核、三棱、莪术,同时可酌加穿山甲;若乳头溢液明显加龙骨、牡蛎收敛固涩,亦可加炒麦芽。见图1。

足阳明胃经过乳房,足太阴脾经行乳外,故与肝、脾、胃关系密切。该病病机为冲任失调、肝郁气滞,多从肝论治,治宜疏肝软坚散结,兼以清热解毒。治疗时,可根据患者临床表现分为急性期、非急性期,急性期时宜内治、外治灵活并用,非急性期时宜扶正祛邪、疏肝解郁以巩固疗效,充分发挥中医治疗特色,辨病与辨证相结合,全身辨证与局部辨证相结合,以进一步提高临床疗效。

综上所述,内治法与外治法结合治疗浆细胞性乳腺炎疗效明显,复发率低,并能保持良好的乳房外形,为更好地开展浆细胞性乳腺炎患者的诊治工作提供参考,值得临床推广应用。

参考文献:

- [1] 吴雪卿,万华,何佩佩,等.浆乳方结合中医外治法治疗浆细胞性乳腺炎55例临床观察[J].中医杂志,2010,51(8):704-706.
- [2] 万华,吴雪卿,葛彦,等.浆细胞性乳腺炎的中西医结合治疗[J].外科理论与实践,2008,13(2):111-114.
- [3] 张翔,张喜平,贾鹏辉.浆细胞性乳腺炎中医治疗进展概述[J].中华中医药学刊,2012(1):152-154.
- [4] 唐文,何山,郑轲,等.浆细胞性乳腺炎的临床研究[J].中华实用诊断与治疗杂志,2008,22(11):810-811.

(编辑:李琴英)

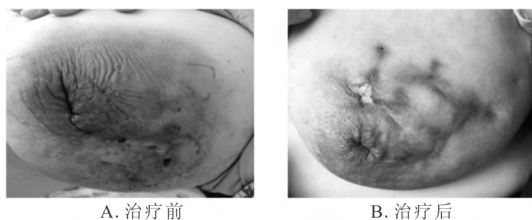


图1 患者治疗前后症状表现

3 结语

马宏博导师认为该病病位在乳房,足厥阴肝经至乳下,

收稿日期:2016-06-12

作者简介:董久艳(1992—),女,成都中医药大学硕士研究生,研究方向为中医药防治内分泌代谢疾病。

通讯作者:岳仁宋(1964—),男,成都中医药大学附属医院主任医师,研究方向为中医药防治内分泌代谢疾病。E-mail: yuerensong163@hotmail.com

1 典型验案

王某,男,37岁,BMI 27。2015年12月21日初诊,既往无糖尿病病史,因“多饮多尿伴乏力15天”入院。

15天前,患者食用羊肉汤后出现尿频症状,并逐渐加重至每小时1次,同时伴有后腰部不适及进行性全身乏力,活动耐量减低,患者未予重视。近几日症状加重,伴头晕头痛,疲倦嗜睡,体软无力,恶心呕吐,口咽干燥,口渴喜饮,大便干燥秘结,伴自觉发热、汗出,故来我院就诊。体格检查:神志清,精神萎,心肺及腹部查体无异常。中医四诊:神志欠清,表情淡漠,倦怠乏力,面色晦暗,呼吸急促,形体偏胖,语声低沉,舌红,舌面干燥乏津干燥有裂纹,苔黄腻,脉滑数。我院辅助检查:测指尖血糖显示为HIGH(仪器测不出),血常规:白细胞 $3.19 \times 10^9/L$,C反应蛋白138.9g/L;尿常规:酮体(+++),尿糖(+++);指尖血酮体5.9mmol/L;血气分析:乳酸2.4mmol/L,氧分压15.6kPa,血糖27.8mmol/L,二氧化碳分压2.7kPa,细胞外剩余碱-20.9mmol/L,细胞内剩余碱-23.1mmol/L,实测碳酸氢根6.4mmol/L,标准碳酸氢根8.6mmol/L,总二氧化碳7mmol/L;生化:钠135.6mmol/L,钾3.41mmol/L,甘油三酯1.89mmol/L;血淀粉酶、尿液淀粉酶未见异常;腹部彩超:重度脂肪肝。诊断为“消渴病,糖尿病酮症酸中毒”,予以中西医结合治疗。

西医常规治疗予以胰岛素控制血糖、补液、消酮、纠酸、纠正电解质紊乱等治疗。中医四诊合参,辨为少阳胆腑郁热兼有阳明热盛腑实之证,治当清热泻火、通腑泄浊,养阴生津,予以大柴胡汤合白虎汤化裁,具体处方:竹叶柴胡30g、生大黄15g、枳实15g、黄连60g、石膏100g、知母40g、生甘草15g、苍术60g、山药15g、天花粉50g、牡蛎50g,中药免煎颗粒剂,开水冲服,每日4次。中西医结合治疗1周后,患者酮症酸中毒纠正,发热汗出、恶心呕吐及大便干燥秘结症状均较入院时明显好转,仍有全身乏力,口干欲饮之症,此为邪热耗伤,气津两伤之象,于上方中加入生晒参10g益气生津;此阶段热邪已衰大半,糖毒渐解,上方减黄连为30g、生大黄为10g、石膏60g,剂型及服法同上,续服1周,患者上述诸证均消,精力可,无口干、多饮、多食、多尿,大便通畅而无腹泻,配合较小剂量胰岛素,血糖控制良好,空腹血糖在5~6mmol/L,餐后2h血糖9~10mmol/L,继续巩固治疗,上方减黄连为15g、生石膏20g、知母为30g、生大黄为2g、苍术为15g,加生姜5g,再服1周出院。

本案针对病人发病急、病情重的特点,在西医治疗的基础上,紧扣患者发病时少阳阳明里热炽盛、阳明腑实、热毒蕴结的病机特点,投以大柴胡汤泄少阳里热、解阳明里实,白虎汤清泻阳明里热。方中柴胡疏肝泄热,生大黄清热泻火解毒,合枳实行气通便、泻下攻积、通腑泄热,生石膏、知母、天花粉、生甘草清热泻火、解毒生津,苍术燥湿健脾、助脾散精,牡蛎收敛固精,山药顾护胃气,合甘草缓诸药之急,使得全方共奏清热泻火、生津止渴、通腑降浊、理糖泄毒之功而无戕害脾土之弊,故能显效。

2 讨论与体会

糖尿病酮症酸中毒(diabetic ketoacidosis,DKA)是常见的糖尿病急性并发症之一。临床表现为“三多一少”症状加重、恶心呕吐,有些患者可有腹痛,酷似急腹症,实验室检查为尿糖强阳性,尿酮阳性,血糖升高,血气分析提示酸中毒,部分患者可出现血清淀粉酶和脂肪酶升高^[1]。糖尿病酮症酸中毒为危急重症,西医的各种急救以及对症支持治疗措施可及时纠正患者内环境紊乱,有效解决患者的问题,而中医治疗则助以一臂之力,锦上添花,在控制、延缓病情发展,缓解患者中医证候,改善患者预后,缩短病程及住院时间方

面也起到重要作用。

糖尿病属中医“消渴”范畴,糖尿病酮症酸中毒是在消渴病病机上发展而来的中医急症。岳仁宋教授在长期从事糖尿病及其并发症的诊疗过程中发现,消渴为病,传统的“三消论治”不能完全适应临床诊疗的需要,主张打破传统三消辨证法,按病程和并发症的发生分三期论治^[2]:早期火热炽盛,耗损阴液;中期气阴两虚;晚期阴损及阳,阴阳俱亏。岳仁宋教授结合历代医家理论和临床实践,发现糖尿病早期^[3]均为一派火热征象,提出了“消渴早期当从火断”之说,并将“截断糖毒致损”,甘寒清热、理糖泄毒作为消渴早期的治疗大法。该患者既往未发现糖尿病,初诊时即出现糖尿病酮症酸中毒,按病程划分,属于消渴早期,中医辨证属于典型的火热炽盛之证,当从火热论治,以大量清热泻火之药“直折火热”,截断糖毒致损。

该案针对患者热毒盛、腑实重、体型胖、伴有重症脂肪肝、体质壮实的特点,选用大柴胡汤合白虎汤加减治疗。白虎汤中大剂量的生石膏、知母清热泻火、荡涤热邪,大柴胡汤疏肝郁清热、通腑泻浊,导热邪随大便而泄,患者本身有重度脂肪肝、高脂血症,膏脂内蕴,邪毒阻碍气机,大柴胡汤更是能起到疏肝解郁泄浊之功,针对患者火热炽结,糖毒内盛,大剂量的黄连不仅能泻火解毒,更具降糖功效,是为消渴早期降糖之圣药;张仲景《金匱要略·百合狐惑阴阳毒病证治第三》载:“百合病,渴不愈者,栝楼牡蛎散主之。”其中牡蛎主入肝、胃二经,味咸兼涩而性寒质重,具清热益阴、收敛固涩之功;栝楼即天花粉,具清热泻火、生津止渴之功。两药相配而泻火滋阴之力甚,正契合患者热毒盛而津伤口渴喜饮、汗多的病机表现。且现代研究表明,栝楼牡蛎散具有良好的降糖作用,大剂量甘寒清热泻火之药,势必会有伤胃败胃之弊,故于方中少佐山药、生甘草以顾护胃气,攻邪而不伤正。

后期热毒渐消,糖毒渐损,而脏腑之气已伤,故渐减黄连、石膏等清热药的剂量,而加入人参、生姜以扶正益阴,然继用小剂量清热泻火药,为遵叶天士“恐炉烟岁熄,灰中有火”,以防热邪死灰复燃。

糖尿病酮症酸中毒是临床的危急重症,中西医结合治疗可有效控制患者病情,及时纠正酮症,有效控制血糖。由此可见,中医药在危急重症的治疗中发挥着不可忽略的作用,中西互补,取长补短,可增效减弊,是为临床当倡导的方法。消渴早期,患者多呈一派火热之象,恰当运用“直折火热法”,予以白虎汤等清热泻火方,可有效截断糖毒致损,且疗效显著。需注意的是,因重剂可起沉痾、救急症,故在临床使用过程中,具体方、具体药物及其用量的选择,需根据病人的病情、病程及体质特点恰当遣方,及时减量,随症加减,因人制宜、因病制宜、因时制宜,且当谨记中病即止,切不可过之。对于消渴早期即发酮症酸中毒患者,急投清热泻火之药,尽早截断糖毒致损,有效保护胰岛 β 细胞,对于减轻患者痛苦,延缓和控制病情具有重要意义。

参考文献:

- [1] BARSKI L,NEVZOROV R,RABAEV E,et al. Diabetic ketoacidosis: clinical characteristics, precipitating factors and outcomes of care[J]. Isr Med Assoc J,2012,14(5):299-303.
- [2] 岳仁宋,王帅,员富圆,等. 2型糖尿病的中医分期分型辨证探析[J]. 辽宁中医杂志,2010,37(10):1917-1918.
- [3] 岳仁宋,王帅,陈源,等. 2型糖尿病早期从火热论治的思考[J]. 辽宁中医杂志,2010,37(9):1691-1692.
- [4] 姚婷,沈孝丽,周惠芳. 栝楼牡蛎散对四氧嘧啶糖尿病小鼠的降糖作用研究[J]. 江西中医药大学学报,2015,27(2):97-99.

(编辑:李琴英)