

# 1 型糖尿病及其合并症 1 则辨治心得

● 李赛美\*

关键词 1 型糖尿病 胸水 阴囊水肿 肝损害

## 1 病案

黄某某,男,7岁4个月,体重16.5kg,身高110cm,BMI13.64kg/m<sup>2</sup>,住院号:305337。因“多饮、多食、多尿伴消瘦1月余”于2011年9月26日入院。患者1月前无明显诱因出现口干多饮,多食易饥,多尿,夜尿次数增多,2~3次/夜,伴有消瘦,外院查空腹血糖12.02mmol/L,予中药治疗后,口干多饮症状有所缓解。半月前出现乏力疲倦,近1月来体重下降约3.5kg。9月24日复查空腹血糖14.5mmol/L。为求进一步诊治,收入我院内分泌科。刻诊:神疲乏力,口干多饮,多食易饥,大便正常,夜尿频多,每晚2~3次。查体:左侧颈后可触及一米粒大小淋巴结,双侧腹股沟均可触及0.5cm×1cm大小淋巴结,质中无压痛,左下肺呼吸音减弱;腹部稍膨隆,腹壁静脉轻度曲张,右腹部轻压痛,无反跳痛。肝脏触诊不满意,舌稍红,苔白腻,脉弦细。生化检查:GLU 25.17mmol/L,β-羟

酸2.54mmol/L;尿GLU 3+,KET 2+。中医诊断:消渴病,肺胃热盛,气阴两伤证;西医诊断:1型糖尿病,糖尿病酮症。予小剂量胰岛素持续静滴控制血糖,补液消酮,静滴生脉针益气养阴;中医治以清热生津,益气养阴为主,以白虎加人参汤合生脉散加减:麦冬15g,五味子6g,苍术10g,知母10g,山药30g,白芍8g,茯苓15g,广藿香6g,生石膏30g,柴胡8g,炙甘草6g,西洋参10g(另炖)。3剂,日1剂,分温再服。

9月28日二诊:患儿精神转佳,口渴缓解。诉腹胀不适,无腹痛、腹泻、呕吐,睡眠可,易饥,今日大便未行,小便量多,约3700ml,舌淡红,苔薄白,脉细弱。9月27日生化全套:ALT 65U/L,AST 71U/L,K 3.40mmol/L,TBA 18.4μmol/L,ALB36.2g/L,GSP 3.17mmol/L,TP 54.1g/L。甲功三项:FT3 3.15pmol/L(稍低);糖化血红蛋白14.4%。经补液补钾后今日复查β-羟丁酸13mmol/L;24小时尿蛋白定量:24hUPRO 0.04,微量总

蛋白12mg/L;馒头餐糖耐量试验示:GLU\_K 12.80mmol/L,GLU\_B 17.75mmol/L,GLU\_1 21.70mmol/L,GLU\_2 23.63mmol/L,GLU\_3 22.55mmol/L,胰岛素释放测定示:ins\_b 6.09uIU/ml,ins\_1 7.52uIU/ml,ins\_3 9.75uIU/ml。患者今晨血糖低,晚餐前血糖高,予调整晚餐前胰岛素用量为7u,中效胰岛素用量为12u。中医更健脾和胃之法,以四君子汤化裁:麦冬10g,苍术10g,山药20g,茯苓15g,炙甘草6g,党参20g,陈皮6g,炒麦芽15g,砂仁6g(后下)。3剂,日1剂,分温再服。

9月30日三诊:患者腹胀,夜间汗多,多食易饥,口渴多饮缓解,睡眠可,二便正常。昨日三餐前血糖分别为:3.0mmol/L、14.0mmol/L、14.9mmol/L,睡前血糖17.0mmol/L,今晨血糖3.4mmol/L。查体:左下肺呼吸音减弱,右腹部轻压痛,无反跳痛。肝脏触诊不满意,肝脾叩击痛(+).舌淡红,苔薄白,脉细滑。心电图检查正常。胸片示左侧少量胸腔积液。中效胰岛素减为8u。中药守原方,加槟榔10g、厚朴10g。2剂,日1剂,分温再服。

10月1日四诊:患儿诉腹胀,

\* 作者简介 李赛美,女,医学博士,教授,博士研究生导师。国家中医药管理局第一批全国优秀中医临床人才。研究方向:中医临床基础(伤寒论)教学与临床研究。

• 作者单位 广州中医药大学第一附属医院(510405)

阴囊肿胀,无明显疼痛,夜间汗多,无口干口苦,无胸闷心慌,纳眠可,二便正常。昨日三餐前血糖分别为: 3.4mmol/L、2.9mmol/L、11.9mmol/L,睡前血糖 7.5mmol/L,今晨血糖 2.6mmol/L。查体:左下肺呼吸音稍弱。腹部稍膨隆,腹壁紧绷感,肝肋下二横指。肝脾叩击痛(+),阴囊肿胀,阴囊壁变薄,双侧睾丸轻触痛。舌淡红,苔薄白,脉细滑。C 肽释放测定:C-K: <0.2ng/ml、C-B: <0.2ng/ml、C-1: 0.2ng/ml、C-2: 0.4ng/ml、C-3: 0.2ng/ml、。

中效胰岛素减至 4u。减少补液量。胸片示肺门阴影,考虑结核可能,予 PPD 试验、结核杆菌抗体检查以明确诊断。并查急肝四项、生化八项、酮体、相关抗原,行肝胆脾、双肾膀胱输尿管、阴囊睾丸彩超以资诊治。中药拟五苓散、四逆散、葶苈大枣泻肺汤合方:茯苓 15g,猪苓 15g,泽泻 10g,桂枝 3g,白术 10g,柴胡 6g,枳壳 6g,白芍 6g,葶苈子 6g,黑枣 10g,薏苡仁 20g,黄芪 20g,炙甘草 3g,牛膝 6g。2 剂,日 1 剂,分温再服。

10 月 3 日五诊:腹胀、阴囊水肿缓解,仍多食易饥,睡眠可,二便调,尿量约 3500ml,昨日三餐前血糖分别为 8.3mmol/L、13.2mmol/L、13.4mmol/L,睡前血糖为 10.3mmol/L,今晨凌晨血糖 2.5mmol/L,早餐前血糖 2.8mmol/L。查体:右腹部轻压痛,阴囊轻度肿胀,阴囊壁变薄,双侧睾丸轻触痛。舌淡红,苔白,脉细滑。

甲功三项 FT4 7.26pmol/L 稍低;相关抗原 CA-125 68.4U/ml 偏高;肝功示:ALT 225U/L,AST 120U/L,TP 57.5g/L;生化示:GLU 7.45mmol/L;血清  $\beta$  羟基丁酸:0.10mmol/L。彩超示:肝脏偏大,

肝实质回声稍细密增强;阴囊皮下组织水肿,较厚处约 11mm;无腹水。

患者凌晨出现低血糖,停用中效胰岛素;予易善复护肝。中药守原方,葶苈子减量:茯苓 15g,猪苓 15g,泽泻 10g,桂枝 3g,白术 10g,柴胡 6g,枳壳 6g,白芍 6g,葶苈子 3g,黑枣 6g,薏苡仁 20g,黄芪 20g,炙甘草 3g,牛膝 6g。2 剂,日 1 剂,分温再服。

10 月 5 日六诊:腹胀腹痛消失,纳眠可,二便调,尿量约 3240ml。实验室检查:急肝四项无异常;结核杆菌抗体阴性;糖尿病自身抗体三项示:GAD-Ab 66.06U/ml。昨日三餐前血糖分别为: 16.1mmol/L、12.6mmol/L、17.6mmol/L,睡前血糖 18.1mmol/L,今晨血糖 16.5mmol/L。左下肺呼吸音稍弱,腹部柔软,腹壁静脉轻度曲张,肝脏肋下二横指,阴囊无肿胀,睾丸无触痛。舌淡红,苔白,脉细滑。中药以四君子汤合四逆散加减:柴胡 6g,赤芍 6g,陈皮 6g,党参 15g,茯苓 15g,白术 10g,鸡内金 10g,炙甘草 3g,郁金 6g,炒麦芽 10g,当归 6g,枳壳 6g,牡蛎 15g(先煎)。5 剂,日 1 剂,分温再服。

10 月 10 日七诊:患儿诸症消失,二便正常,今日尿量约 1630ml。肝功示:ALT 145U/L,AST 71U/L;感染八项示:anti-HBs 20.65mIU/ml;自免六项示:C4 40.131g/L;自身免疫性肝病六联检阴性;抗 ENA 抗体阴性;皮质醇及促肾上腺皮质激素正常;复查胸片未见明显异常。中药守原方 4 剂,日 1 剂,分温再服。

10 月 14 日八诊:患儿右上颚掉落 1 个尖牙,牙龈明显疼痛稍肿,余无异常。昨日三餐前血糖分

别为: 8.9mmol/L、4.5mmol/L、4.9mmol/L、睡前血糖 13.9mmol/L、早餐前 7.7mmol/L;血清铜蓝蛋白 0.251g/L。查体:双肺听诊正常,肝区叩击痛(-),阴囊无肿胀,睾丸无触痛。舌淡红,苔薄白,脉细滑。中药以四君子汤加减:赤芍 6g,党参 15g,生石膏 20g,白术 10g,茯苓 10g,炙甘草 3g,陈皮 6g,麦冬 10g,麦芽 10g,鸡内金 10g 柴胡 6g。3 剂,日 1 剂,分温再服。

10 月 15 日九诊:患者静滴完古拉定,接滴生脉针时出现寒战,发热,汗多,当时测体温 39.7℃,急查血分析:WBC  $3.79 \times 10^9/L$ 、NEU% 78.6%;生化八项:K 3.4mmol/L。考虑输液反应,予肌注非那根,症状缓解不明显,给予静滴复方氯化钠补液补钾;予口服布洛芬降温;中医以和解少阳为法,予小柴胡汤加桂枝、生地。夜间渐渐退热,次晨未发热,面白神疲,汗出减少,右上颚掉落一个侧切牙,右上颚仍疼痛。至 11:30 分时患者静滴完古拉定又出现寒战,发热,测体温 38.7℃,继服小柴胡汤加味,日 2 剂。

10 月 16 日十诊:患儿无寒热,纳眠可,牙龈稍疼痛,舌红,苔薄白,脉数。予竹叶石膏汤加六君子汤加减:淡竹叶 3g,石膏 15g,党参 15g,炙甘草 3g,淮山 10g,麦冬 10g,法夏 6g,茯苓 10g,白术 10g,炒麦芽 15g,鸡内金 10g。3 剂,日 1 剂,分温再服。

10 月 20 日十一诊:患儿牙龈疼痛缓解,稍肿,色变淡,舌淡红苔薄白,脉细。前方去淡竹叶,石膏量改为 10g,服用 1 剂。

10 月 21 日十二诊:患者诸症均消失,纳眠可,二便调,舌淡红苔薄白,脉细。复测体重:19kg。理化指标均正常。前方去石膏、法夏

加陈皮,共7剂带药出院。

## 2 讨论

### 2.1 本案特点

2.1.1 低龄发病,病症复杂,病情变化快 患儿体质差,除1型糖尿病外,继发酮症酸中毒,合并胸水、肺部感染、肝大肝功能损害,阴囊水肿、低钾、甲减、白细胞低、白蛋白低、治疗期间出现2次发热。病情复杂多变,由于检查为逐步展开,“越住院,病越多”,家长极度焦虑紧张。

2.1.2 家属拒绝西药,强烈要求中药治疗 患儿7岁,一月前发现糖尿病,家长拒绝西药,寻中药治疗一月余,症状有改善,但血糖仍高,并出现酮症酸中毒,仍坚决拒绝胰岛素治疗。经再三劝说,方同意入院短期使用,并要求多用中药,对我们发挥中医药优势给予了有力的支持。

2.1.3 坚持中医整体辨治,诸症悉平 尽管西医检查、理化结果显示多器官受损,但中医从整体、宏观辨证,始终抓住病机、病位,坚守六经辨证思维,固本祛邪。从中医言,病在三阳,反映邪实而正尚能与邪抗争,预后良好。固护脾胃,守住中焦,融开表、渗下、和解、清泻于一体,邪有出路则病解而正安。体现了中医整体观、动态观、个性化治疗优势,多病同治,一方而顾全局,一方而愈多病。

### 2.2 辨治心得

#### 2.2.1 擅用经方,重六经辨治

患儿消渴多饮、多尿、多食、消瘦,初起病在阳明,燥热偏盛而气津损伤。与白虎加人参汤加味,渴饮及精神改善;后因出现尿少腹胀,阴囊水肿、胸腔积液,为水停

太阳膀胱,逆而上行,影响肺胃而出现水痞,肺气不利。更用五苓散、葶苈大枣泻肺汤、四逆散,降肺利水,行气消痞,水湿下行,则肿消痞除;再之因受凉、牙龈肿痛、加之输液反应,患儿出现寒战高热,病及三阳,但重在少阳,改用小柴胡汤加桂枝、石膏,三阳同治,重在和解少阳,夜间连服2剂而热退。继之以竹叶石膏汤合六君子汤差后调理。证变治变,紧扣病机,而在三阳收功。

#### 2.2.2 分辨虚实,重急则治标

患儿面白消瘦、神疲多汗,舌淡脉弱。理化检查显示低钾、甲减、白细胞偏低,虽病程短而变化快,加之年幼发病,多脾肾不足,五脏柔弱,气阴亏虚是其本,益气养阴是其常法。前医曾以此法调治症状减轻。但此次入院乃因虚致实,因虚生邪,水湿、痰饮、瘀血、气郁、气滞及风寒之邪兼夹有之。扶正祛邪并举,尤以祛邪为先。在固护脾胃的前提下,融解表透邪、和解少阳、清泻阳明、温阳利水、降肺逐饮、行气宽中、化湿消导于一体,攻守结合,使复杂病症离解,邪无所附,各随其道而消之。

#### 2.2.3 脏气清灵,守“脾常不足”

患儿尽管病症复杂,变化多端,但随拨随应,反应快速。如用白虎加人参汤,虽消渴症减,但出现腹胀如鼓,按之痞硬。为寒凉伤脾,致脾运失司,水湿内停,膀胱气化不利,故有胸水、阴囊水肿。“脾常不足”警言无欺。提示寒凉、攻伐之品宜量少渐行,中病则止。由于稚阴稚阳之体,变化多端,善行速变,加之脾土不旺,木之根基不稳,易致内外之风引动而抽搐,幼儿有“肝常有余”特质。

然一般较少论及情志问题。但本案患儿虽年幼,但思维敏捷,态度果敢,其父诉之,因其形体瘦小,常被同学讥笑而自悲哭泣。此次患儿见其长辈紧张焦虑,加之从未进过医院,心理负担重,恐惧紧张,患儿家长曾要求医生与其好好沟通。患儿常诉胁肋不适,而肝大、肝功能损害,也归属于中医肝病病症范畴。故处方基本以四逆散与四君子汤合方为基础,疏肝健脾为本。也应仲景之“见肝之病,知肝传脾,当先实脾”之训。另加郁金、鸡内金、牡蛎、赤芍,以行气活血、解郁散结消微。

#### 2.2.4 中西结合,尊“不药为上”

1型糖尿病并发酮症,均是胰岛素运用不二之选。先与3次短效胰岛素加1次中效胰岛素注射,并根据血糖变化而适时调整用量,最后停用中效胰岛素,患儿一天胰岛素用量由36单位减至14单位,主要运用中医药治疗。曾输护肝之古拉定,患儿出现输液反应而停用;期间出现阴囊水肿,也疑输血量偏多,后减量并停用;患儿肝大、肝损害,已排除病毒性肝炎;肺部阴影、胸腔积液也已排除肺结核。坚守中医治疗,除胰岛素外,尽量少用或不用其他西药。患儿住院20余天,所有理化检查全部恢复正常而出院。随访至12月,患儿体重增加,纳寐均佳、体力充沛,血糖基本稳定,间发低血糖反应,而胰岛素减至9单位/天。并每周服用健脾中药2剂。患儿体弱,加之肝损害,不用药或少用药是护肝之上策,同时也减轻了经济与身体以及心理上的负担。“不药为上”真乃中医治疗追求的最高境界!