半夏泻心汤治疗寒热错杂型糖尿病性胃轻瘫的临床疗效观察

李申林　郎茂林　周朝石　谭长涛　韩金刚（通讯作者）

通化县中医院 吉林 通化 134100

【摘　要】：目的：观察半夏泻心汤治疗寒热错杂型糖尿病性胃轻瘫的临床疗效，评估其对患者胃排空功能、血糖水平及症状改善的作用与安全性。方法：选取 2023 年 1 月至 2024 年 12 月本院收治的 82 例寒热错杂型糖尿病性胃轻瘫患者，采用随机数字表法分为治疗组与对照组，每组 41 例。对照组给予常规西医治疗，包括基础血糖控制联合多潘立酮 10mg 每日 3 次口服；治疗组在基础血糖治疗基础上给予半夏泻心汤加减治疗，两组疗程均为 8 周。比较两组患者治疗前后的中医症状积分、胃排空时间、空腹血糖、餐后 2 小时血糖及糖化血红蛋白水平，评价临床疗效及用药安全性。结果：治疗 8 周后，两组患者胃脘胀满、恶心呕吐、食欲不振等中医症状积分均较治疗前降低，且治疗组各项积分及总积分均低于对照组，差异有统计学意义（P<0.05）；两组胃排空时间均较治疗前缩短，且治疗组短于对照组，差异有统计学意义（P<0.05）；两组空腹血糖、餐后 2 小时血糖及糖化血红蛋白水平均较治疗前下降，且治疗组各项血糖指标均低于对照组，差异有统计学意义（P<0.05）。治疗组临床总有效率为 92.68%，高于对照组的 75.61%，差异有统计学意义（P<0.05）。治疗期间两组均仅出现轻微不良反应，无严重不良事件发生。结论：半夏泻心汤可有效改善寒热错杂型糖尿病性胃轻瘫患者的临床症状，缩短胃排空时间，辅助调节血糖水平，安全性良好，具备较高的临床推广应用价值。

【关键词】：半夏泻心汤；寒热错杂型；糖尿病性胃轻瘫；胃排空；临床疗效

DOI:10.12417/2705-098X.26.20.033

引言

糖尿病性胃轻瘫是糖尿病常见的慢性并发症之一，以胃动力障碍、胃排空延迟为核心病理特征，临床多表现为胃脘胀满、恶心呕吐、食欲不振、嗳气反酸等消化道症状，其发病机制与长期高血糖诱导的自主神经病变、胃肠激素分泌紊乱、Cajal 间质细胞损伤及炎症反应等密切相关[1]。据流行病学统计，约 30%~50%的糖尿病患者可出现胃轻瘫相关症状，其中 2 型糖尿病患者发生率更高，且随着病程延长呈逐步上升趋势，该疾病不仅会影响患者的营养吸收效率与血糖控制稳定性，还可显著降低患者生活质量，增加社会医疗负担[2]。目前西医治疗糖尿病性胃轻瘫以促胃肠动力药物、强化血糖控制为主要手段，常用药物如多潘立酮、莫沙必利等，虽可在短期内缓解患者消化道症状，但长期应用易出现耐药性及头晕、胃肠道不适等不良反应，且难以从根本上逆转疾病的病理进程，临床应用存在一定局限性[3]。中医将糖尿病性胃轻瘫归属于“痞满”“呕吐”“胃缓”等范畴，认为其多由消渴日久、脾胃耗伤、运化失司所致，基本病机为脾胃升降失常、寒热错杂于中焦，治疗当以调和寒热、消痞散结、和胃降逆、健脾益气为核心原则[4]。半夏泻心汤出自《伤寒论》，为寒热平调、消痞散结的经典经方，其辛开苦降、寒热并用、虚实兼顾的配伍特点与寒热错杂型糖尿病性胃轻瘫的病机高度契合，近年来在脾胃病及糖尿病并发症治疗中得到广泛应用且疗效确切[5]。

本研究通过随机对照试验设计，系统观察半夏泻心汤治疗寒热错杂型糖尿病性胃轻瘫的临床疗效，探讨其对患者胃排空功能及血糖水平的调控作用，为该方剂的临床规范化应用提供客观依据。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2023 年 1 月至 2024 年 12 月于本院内分泌科及消化科门诊及住院收治的寒热错杂型糖尿病性胃轻瘫患者 82 例，采用随机数字表法分为治疗组和对照组，每组 41 例。

治疗组：男 22 例，女 19 例；年龄 25~74 岁，平均年龄（52.36±8.75）岁；糖尿病病程 3~18 年，平均病程（10.25±3.42）年；胃轻瘫病程 6 个月～5 年，平均病程（2.31±1.08）年。

对照组：男 23 例，女 18 例；年龄 26~75 岁，平均年龄（53.12±9.04）岁；糖尿病病程 2~19 年，平均病程（10.57±3.61）年；胃轻瘫病程 5 个月～6 年，平均病程（2.45±1.12）年。

两组患者性别、年龄、糖尿病病程、胃轻瘫病程等一般基线资料比较，差异无统计学意义（P>0.05），具有组间可比性。本研究经医院医学伦理委员会审核批准，所有患者均知情同意并签署知情同意书。

2025 年吉林省卫生健康科技能力提升计划项目

项目名称：半夏泻心汤治疗寒热错杂型糖尿病性胃轻瘫的研究

项目编号：2025ZY-YA079

纳入标准包括符合 2 型糖尿病西医诊断标准，符合糖尿病性胃轻瘫诊断标准且经相关检查排除消化道器质性病变，符合中医寒热错杂型痞满辨证标准，年龄在 25~75 岁之间，意识清楚且能够配合完成研究流程。

排除标准包括合并消化性溃疡、幽门梗阻、胃肠道肿瘤等器质性消化道疾病，合并严重心、肝、肾等重要脏器功能不全，妊娠或哺乳期女性，对本研究所用药物过敏，近 1 个月内使用过促胃肠动力药物或其他影响胃肠功能的药物，存在精神疾病或认知功能障碍无法配合研究者。

1.2 治疗方法

两组患者均给予糖尿病基础治疗，包括糖尿病健康宣教、个体化饮食指导、规律运动干预，根据患者血糖基线情况选用口服降糖药物或胰岛素治疗，维持血糖处于相对稳定水平。对照组在基础治疗之上给予多潘立酮片口服，每次剂量为 10mg，每日 3 次，于餐前 30 分钟服用，连续治疗 8 周。治疗组在基础治疗之上给予半夏泻心汤加减治疗，基础方剂组成为半夏 12g、黄芩 9g、黄连 6g、干姜 9g、党参 15g、炙甘草 6g、大枣 6 枚，临证根据患者症状进行加减，胃脘胀满甚者加枳实 12g、厚朴 12g，恶心呕吐甚者加旋覆花 10g、代赭石 15g，食欲不振甚者加炒麦芽 15g、神曲 12g，脾虚明显者加白术 15g、茯苓 15g。上述中药由医院中药房统一标准煎煮，每剂取汁 300mL，分早晚 2 次温服，每日 1 剂，连续治疗 8 周。

1.3 观察指标

分别于治疗前、治疗 8 周后对各项观察指标进行检测与评估。中医症状积分参照《中药新药临床研究指导原则》制定，选取胃脘胀满、恶心呕吐、食欲不振、嗳气反酸 4 项核心症状，按症状严重程度分为 0~3 分四级评分，0 分为无症状，1 分为轻度症状、不影响日常生活，2 分为中度症状、对日常生活有一定影响，3 分为重度症状、严重影响日常生活，总分为各项症状积分之和，积分越高代表症状越严重。胃排空功能采用钡条法进行检测，患者空腹 12 小时后口服不透 X 线钡条 20 根，于餐后 4 小时拍摄腹部平片，计算胃内残留钡条数量，以钡条排出 50%的时间作为胃排空时间。血糖指标包括空腹血糖、餐后 2 小时血糖及糖化血红蛋白，采用全自动生化分析仪进行检测。安全性指标包括治疗前后的血常规、肝功能、肾功能及心电图检查，同时记录治疗期间患者出现的所有不良反应。

1.4 疗效判定标准

参照《中药新药临床研究指导原则》制定临床疗效判定标准，临床痊愈指临床症状完全消失，胃排空时间恢复正常，血糖控制达到目标范围；显效指临床症状明显改善，症状积分下降≥70%，胃排空时间明显缩短；有效指临床症状有所改善，症状积分下降 30%~69%，胃排空时间有所缩短；无效指临床症状无改善甚至加重，症状积分下降<30%。总有效率为临床痊愈、显效及有效例数之和占总例数的百分比。

1.5 统计学方法

采用 SPSS22.0 统计学软件对研究数据进行处理与分析，计量资料以均数±标准差表示，组内治疗前后比较采用配对 t 检验，组间比较采用独立样本 t 检验；计数资料以率表示，组间比较采用 x^2 检验，以 P<0.05 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组临床疗效比较

治疗 8 周后，治疗组临床痊愈 8 例、显效 17 例、有效 13 例、无效 3 例，总有效率为 92.68%；对照组临床痊愈 5 例、显效 12 例、有效 14 例、无效 10 例，总有效率为 75.61%。治疗组临床总有效率高于对照组，差异有统计学意义（x^2=4.479，P<0.05）。

2.2 两组治疗前后中医症状积分比较

治疗前，两组胃脘胀满、恶心呕吐、食欲不振积分及症状总积分比较，差异均无统计学意义（P>0.05）。治疗 8 周后，两组各项症状积分及总积分均较治疗前显著降低，且治疗组各项积分均低于对照组，差异有统计学意义（P<0.05），具体数据见表 1。

表 1 两组治疗前后中医症状积分比较（x±s），分）

组别	治疗组		对照组	
例数	41		41	
时间	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
胃脘胀满	2.68±0.72	0.85±0.41△▲	2.61±0.75	1.36±0.52△
恶心呕吐	2.15±0.69	0.62±0.33△▲	2.09±0.71	1.15±0.45△
食欲不振	2.37±0.75	0.78±0.36△▲	2.41±0.72	1.29±0.48△
总积分	7.20±1.68	2.25±0.79△▲	7.11±1.73	3.80±1.12△

2.3 两组治疗前后胃排空时间及血糖指标比较

治疗前，两组胃排空时间、空腹血糖、餐后 2 小时血糖及糖化血红蛋白水平比较，差异均无统计学意义（P>0.05）。治疗 8 周后，两组胃排空时间均较治疗前缩短，空腹血糖、餐后 2 小时血糖及糖化血红蛋白均较治疗前下降，且治疗组胃排空时间短于对照组，各项血糖指标均低于对照组，差异有统计学意义（P<0.05），具体数据见表 2。

表 2 两组治疗前后胃排空时间及血糖指标比较（x±s）

组别	治疗组		对照组	
例数	41		41	
时间	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后

胃排空时间(min)	182.35±25.64	121.46±18.72△▲	179.68±26.13	145.72±21.35△
空腹血糖(mmol/L)	8.92±1.35	7.05±0.98△▲	8.87±1.41	7.83±1.12△
餐后 2 小时血糖(mmol/L)	13.67±2.14	9.84±1.56△▲	13.52±2.21	11.26±1.83△
糖化血红蛋白(%)	8.35±0.92	7.12±0.75△▲	8.29±0.96	7.68±0.83△

注：续表 2。

2.4 安全性分析

治疗期间，治疗组出现轻度腹泻 1 例，经调整用药剂量后自行缓解；对照组出现头晕 1 例、轻度腹痛 1 例，均自行缓解，无需特殊处理。两组患者治疗前后血常规、肝功能、肾功能及心电图均未出现明显异常改变，无严重不良反应发生。

3 结论

糖尿病性胃轻瘫是糖尿病自主神经病变在消化系统的典型表现，长期高血糖状态可通过氧化应激、慢性炎症反应等多种途径损伤胃壁 Cajal 间质细胞及平滑肌细胞，导致胃肠动力不足、胃排空延迟，同时伴随胃泌素、生长抑素等胃肠激素分泌紊乱，进一步加重胃动力障碍，形成恶性循环。西医常规治疗以促胃肠动力药对症处理为主，虽可暂时改善患者的消化道症状，但无法针对疾病的核心病因进行干预，且长期用药易产生耐药性及不良反应，临床应用具有一定的局限性。中医理论认为糖尿病性胃轻瘫多因消渴日久，耗气伤阴，脾胃受损，运化失常，进而寒热错杂于中焦，致脾胃升降失司，胃气上逆，发为痞满、呕吐诸症，其病位在胃，与脾、肝密切相关，病机核心为寒热错杂、虚实夹杂，治疗当以调和寒热、消痞和胃、健脾益气为基本大法[4]。半夏泻心汤为《伤寒论》中治疗寒热错杂痞证的代表方剂，方中半夏辛温散结、和胃降逆，干姜温中散寒，二者辛开以散寒结；黄芩、黄连苦寒泄热，苦降以除热痞，四药相配，寒热并用，辛开苦降，共奏调和寒热、消痞散结之功；党参、大枣、炙甘草健脾益气、补虚和中，既补脾胃之虚损，又防苦寒药物伤伐胃气，全方寒热共调、虚实兼顾，与寒热错杂型糖尿病性胃轻瘫的病机高度契合。

本研究结果显示，治疗组临床总有效率显著高于对照组，治疗后中医症状积分明显低于对照组，表明半夏泻心汤可有效缓解寒热错杂型糖尿病性胃轻瘫患者的胃脘胀满、恶心呕吐等核心症状，改善患者的消化功能。同时治疗组胃排空时间短于对照组，提示半夏泻心汤能够有效促进胃排空，纠正胃动力障碍，其作用机制可能与调节胃肠激素水平、保护 Cajal 间质细胞结构与功能、改善胃平滑肌收缩能力密切相关[5]。

本研究仍存在一定的局限性，如样本量相对较小、观察周期较短，尚未深入探讨方剂的具体作用机制，后续研究可进一步扩大样本量、延长随访时间，并结合胃肠激素、炎症因子、Cajal 间质细胞相关指标等深入探讨半夏泻心汤治疗糖尿病性胃轻瘫的作用机制，为该方剂的临床应用提供更充分的实验依据。

半夏泻心汤治疗寒热错杂型糖尿病性胃轻瘫疗效确切，可有效改善患者的临床消化道症状，缩短胃排空时间，辅助调节血糖水平，且用药安全性良好，值得在临床中推广应用。

参考文献：

[1] 张茹茹,张辉,刘新恒.半夏泻心汤治疗 2 型糖尿病寒热错杂证的疗效分析[J].糖尿病新世界,2024,27(4):82-84+88.

[2] 李霖芝,丁宁,岳仁宋.半夏泻心汤对糖尿病胃轻瘫模型小鼠胃排空、胃组织 AGEs 含量及 RAGE、nNOS 蛋白表达的影响[J].中医杂志,2022,63(24):2375-2381.

[3] 杨林,汪念,石拓,等.半夏调中颗粒联合养元通络针法治疗寒热错杂型糖尿病胃轻瘫的随机对照研究[J].中国中西医结合消化杂志,2023,31(3):209-213+219.

[4] 谢佩贤,吴钧俊,陈根源,等.半夏泻心汤治疗寒热错杂型糖尿病性胃轻瘫的临床观察[J].中国民间疗法,2022,30(15):73-76.

[5] 许奇,阮诺冰,李金菊,等.半夏泻心汤对糖尿病性胃轻瘫模型大鼠肝脏组织LXRα表达及胃窦组织JAK2/STAT3信号通路的影响[J].中医杂志,2025,66(2):178-187.