

病例報告

糖尿病性胃癱中西醫整合治療病例報告

馮瀨儀¹、周書慧¹、林時逸^{2,3}、李奕德³、宋育民³、王俊興³、蔡嘉一^{1,4,*}

¹ 臺中榮民總醫院傳統醫學科，臺中，臺灣

² 臺中榮民總醫院高齡醫學中心，臺中，臺灣

³ 臺中榮民總醫院內科部內分泌新陳代謝科，臺中，臺灣

⁴ 弘光科技大學護理系，臺中，臺灣

本病例為一位 28 歲第一型糖尿病病史 13 年的女性患者曾多次因糖尿病酮酸中毒入院治療，本次因噁心嘔吐入院，嘔吐情形於急性血糖升高時（>300 mg/dL）症狀加重，胃排空試驗顯示胃排空時間延長，診斷為糖尿病胃癱（diabetic gastroparesis）。因反覆嘔吐住院五個月後會診中醫，診斷為脾腎陽虛，邪實在胃，兼肝鬱，經針灸內庭、太衝、豐隆與口服中藥附子理中湯加減治療後症狀獲得明顯緩解，於會診後五周出院，可提供中西醫結合治療糖尿病胃癱的參考。

關鍵字：糖尿病性胃癱、嘔吐、針灸、中藥、中西醫結合

前言

糖尿病性胃癱（Diabetic gastroparesis，DGP）是指繼發於糖尿病基礎上的胃自主神經功能紊亂而引起的胃動力低下為特點的臨床症候群。主要表現為胃排空延長，臨床可見厭食、噁心、早飽、嘔吐、腹脹等症狀，並排除機械性的阻塞、上消化道、肝膽胰等器質性病變和影響胃腸動力藥物的因素。糖尿病性胃癱發生率女性多於男性，第一型糖尿病患者（4.8%）比第二型糖尿病患者（1%）多見，通常發生在糖尿病病史 10 年以上並有出現三種小血管併發症（神經病變、腎病變、

視網膜病變）的第一型糖尿病患者身上[1,2]。在診斷胃癱確診前應先排除電解質不平衡或其他原因造成的消化道蠕動變慢，做上消化道鋇劑攝影排除機械性阻塞，並且安排胃排空測試[3]。糖尿病胃癱會影響患者的營養狀態、血糖控制，進而增加患者的併發症及死亡率，反覆長期住院，影響生活品質[1,4]。

胃癱的中醫病名沒有統一，臨床多依據其證候歸入「痞滿」、「嘔吐」、「胃反」等進行辨證治療。糖尿病性胃癱多因消渴病程纏綿，氣陰兩虛，而致中氣不足，脾胃虛弱，胃不受納降濁、脾不運化升清，升降失和[5,6,7]；加之久病入絡，脈絡瘀阻，而

* 通訊作者：蔡嘉一，臺中榮民總醫院傳統醫學科，地址：40705 台中市西屯區臺灣大道四段 1650 號，電話：04-23592525 分機 4755，E-mail：citsai777@gmail.com

105 年 6 月 24 日受理，105 年 8 月 24 日接受刊載

致血瘀，肝鬱氣滯，脾虛運化失調，水濕不化，痰濁內生，血瘀痰濁亦可阻滯氣機，導致氣滯。血瘀、痰濕、氣滯等可為脾虛運化失司而形成的病理產物，並且加重胃失和降的症狀，故多為本虛標實，虛實夾雜之證[5,8,9]。治療時以補虛瀉邪為原則，先從祛邪入手，移除病理產物，再予以扶正，增進脾胃的運化功能[10]。本文提出一個中西醫結合治療糖尿病胃癱嘔吐的會診案例，紀錄中藥及針灸的使用、西藥止吐藥、促腸胃蠕動劑的用量，比較中西醫結合治療後的嘔吐頻率，盼能呈現中西醫結合診療糖尿病胃癱的療效與優勢，以改善患者的生活品質。

病例闡述

1. 基本資料

姓名：謝○○

性別：女性

年齡：28 歲

身高 / 體重：153 cm/58 kg

職業：手機店員工

婚姻狀況：未婚

住院日期：2012 年 05 月 03 日

會診日期：2012 年 09 月 11 日

2. 主訴

自 2012 年 4 月起陣發性噁心嘔吐已 5 個月。

3. 現病史

這位 28 歲女性有第一型糖尿病病史 13 年，於臺中榮民總醫院新陳代謝科門診追蹤，平時血糖控制不佳，曾多次因糖尿病酮酸中毒入院治療，併發糖尿病腎病變及非增殖性糖尿病視網膜病變，入院前胰島素的使用為睡前 15 單位 Levemir® 及三餐飯前 5 單位

NovoRapid® 控制血糖。本次因噁心嘔吐 5 天入院。

患者於 2012 年 4 月由日本回國 4 天後，開始有噁心嘔吐症狀，4 月 17 日驗尿確定無懷孕，4 月 18 日入院治療，診斷為：疑非典型肺炎誘發糖尿病酮酸中毒，4 月 28 日血糖相對穩定，已無酮酸中毒，醫師准予出院，但出院後噁心、嘔吐症狀持續，因持續嘔吐、腹瀉、食慾不振、低血糖，4 月 29 日再度來院急診，於急診控制血糖、補充體液後，5 月 3 日仍再度入院。

住院後噁心嘔吐仍頻，曾以鼻胃管引流，並以 Primperan、Novamin 控制嘔吐情形，平均一天施打 3-5 次止吐藥，但嘔吐情形平均每天 5-15 次。5 月 21 日和 5 月 24 日曾自費使用 Granisetron (Kytril) 但改善不大，5 月 31 日置放鼻腸管，但因劇烈嘔吐，當晚鼻腸管即脫出，故於 6 月 5 日行經皮內視鏡腸造口術 (percutaneous endoscopic jejunostomy, PEJ)，一入口，兩出口 (腸管及胃管)。但在 PEJ 放置後，每天平均仍有 6-7 次劇烈嘔吐，PEJ 傷口感染使用抗生素治療。曾會診神經內科，7 月 17 日腦部核磁共振檢查排除中樞神經器質性病變；會診精神科，建議使用 pms-Mirtazapine 以助止吐 (5/29- 6/30, 7/31-10/12)。胃排空試驗 (Gastric emptying study) 顯示胃排空時間延長。嘔吐情形於急性血糖升高時 (>300 mg/dL) 症狀加重，診斷為反覆性糖尿病性胃癱，故用胰島素幫浦嚴格控制血糖 (目標血糖：150- 300 mg/dL) (5/9-5/14, 7/15-7/18, 8/10-9/11)，之後嘔吐頻率較減但仍偶爾發生。曾自費使用 Aprepitant (8/28, 9/4)，第一次使用約 30 小時無嘔吐，第二次持續 24 小時無嘔吐，但療效無法持續。於 9 月 11 日會診中醫，輔助

治療。

4. 過去病史

橋本氏甲狀腺炎（甲狀腺功能正常），
於本院門診持續追蹤。

5. 個人史

5.1. 無抽菸、無喝酒。

5.2. 過敏史：無藥物過敏、無食物過敏。

6. 家族史

祖母有第二型糖尿病。

7. 檢查報告

7.1. 生命徵象與意識狀態（9 月 11 日）：
體溫 35.8 °C，心跳 98 次 / 分，呼吸
20 次 / 分，血壓 158/108 mmHg，意
識清楚，GCS：E4V5M6。

7.2. 實驗室診斷數據：

7.2.1. 2012 年 9 月 9 日：WBC 10200/
CUMM, Hgb 9.5 g/dL, Platelet 427000/
CUMM, Creatinine 1.5 mg/dL, Na 125
mEq/L, K 4.0 mEq/L, CRP: 0.15 mg/
dL。

7.2.2. 2012 年 9 月 6 日：P 4.1 mg/dL,
Mg 2.0 mg/dL, Ca 8.7 mg/dL 及
albumin 3.1 g/dL。

7.3. 影像學檢查報告：

7.3.1. 2012 年 5 月 14 日胃排空測試（液
體）：Impression: Prolonged gastric
emptying time。

7.3.2. 2012 年 5 月 31 日上消化道內視
鏡檢查：

7.3.2.1. Antral gastritis s/p biopsy,
pathologic diagnosis: chronic
gastritis。

7.3.2.2. Reflux esophagitis, La, Gr. B。

7.3.3. 2012 年 7 月 17 日腦部電腦斷層
掃描：

7.3.3.1. Small high signal at bilateral
frontal subcortical white matter, r/o
gliosis change。

7.3.3.2. Otherwise, no abnormal signal
intensity change, enhanced lesion or
mass effect in the brain parenchyma。

7.3.4. 2012 年 9 月 10 日腹部超音波：

7.3.4.1. Two hyperechoic nodules are
noted over liver.

7.3.4.2. Increased cortical echogenicity of
bilateral kidneys may be due to chronic
renal diseases。

7.3.4.3. A hyperechoic nodule over the
cortex of left kidney. Hamartoma is first
considered。

8. 中醫四診

8.1. 望診：

全身：倦容、愁容、體型較胖。

頭面部：面色晄白。

舌診：舌淡紅、胖大，苔白，有齒痕。

8.2. 聞診：

語聲無力，無特殊氣味，多以肢體語言
代替說話。

8.3. 問診：

全身：平素血壓高、控制不佳，但時發
姿勢性低血壓，平時身熱感，無惡風，
無往來寒熱，汗平，但血糖低時冒冷汗。
睡眠：多臥床休息，睡眠時間多。

頭項：坐起易頭暈，但不一定伴噁心感，
未伴耳鳴，時發姿勢性低血壓，口乾欲
飲，家人會給予柳橙汁冰塊口含，平時
唇乾脫皮，無口瘡，無耳鳴，無口苦，
口淡，想吐吐不出時或睡覺時吐涎。

胸部：嘔吐嚴重時胸背痛，無心悸，平
素有胸悶感，拍打胸口後舒服。

腹部：診視前一天噁心嘔吐 13 次（小夜班 600 mL），當天早上（12:00 前）嘔吐 4 次，嘔吐物淡黃褐色質稀夾少量血絲，嘔吐前無先兆，平時沒事，一有嘔吐感則在 1 分鐘內立即吐出，嘔吐聲響亮，嘔吐的勢迅速不拖延，吐完噁心感即無，通常在腸管灌食後 10 分鐘～半小時內開始吐，有飢餓感時會嚼肉乾，有時啜粥湯，若將食物吞下去則嘔吐會加重，進食採 PEJ 連續管灌，今日將開始改間歇管灌，時有打嗝、矢氣，若大便未解則腹痛。

二便：三日未解便，住院期間排便不暢，常需灌腸或服用 lactulose，大便質硬後軟，小便量多，每次解尿 1000-1200

mL。

腰背：住院期間常感腰痠，嘔吐嚴重則背痛。

四肢：四肢無力感，下肢乾燥冷。

生殖：G0P0，LMP：101 年 5 月，經量多，經前乳脹，經來有血塊，經來無腰痠、腹痛、水腫。

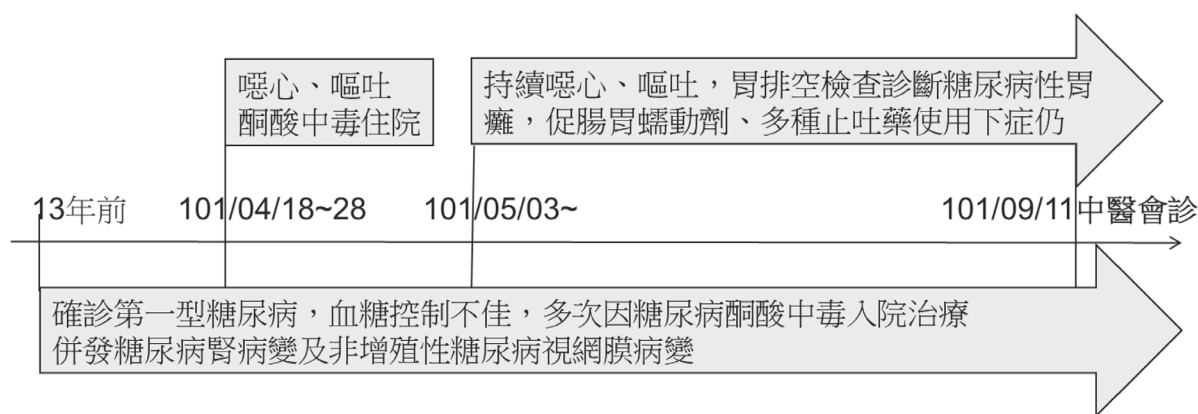
8.4. 切診：

脈診：右脈中取寸、關滑，尺沉滑，左脈中取滑、寸無力。

觸診：全腹部觸之軟、冷，無壓痛，四肢冷。

9. 時序圖

其發病時間與症狀、何時診斷以及接受治療以時序圖說明（圖一）。



圖一 病程時序圖

10. 診斷

10.1. 西醫診斷：第一型糖尿病，併發胃癱。

10.2. 中醫診斷：嘔吐。

病因：寒食傷脾胃、糖尿病日久耗氣。

病位：解剖病位：胃；臟腑病位：脾、胃、腎。

辨證：脾腎陽虛，邪實在胃；兼肝鬱。

11. 病因病機分析與病因病機圖

嘔吐指的是胃失和降、氣逆於上，迫使胃中之物從口中吐出一種病證。胃氣以降為順，無論是外感六淫之邪、或情志失調、或飲食不節造成胃氣壅阻、和降失司，或者脾胃本身的虛弱，使運納失常、不得潤降，皆能造成胃氣上逆而嘔吐。《景岳全書·嘔吐》：「嘔吐一證，最當詳辨虛實。實者有邪，去其邪則愈；虛者無邪，則全由胃氣之

虛也。」

此位 28 歲女性患者，有第一型糖尿病過去病史已 13 年，血糖控制不佳，常因糖尿病酮酸中毒併噁心嘔吐入院治療，消渴症患者體質常見陰虛為本、燥熱為標，《臨證指南醫案·三消》即曰：「三消一證，雖有上、中、下之分，其實不越陰虧陽亢，津涸熱淫而已。」[9,11,12] 所以患者平常會覺有身熱感，陰虛火熱灼津則津虧，症見嘴唇乾燥脫皮、下肢乾燥，大便硬而難解，常便秘。

糖尿病遷延日久則陰損及陽，以腎陽虛為多，並會累及脾陽 [8]；患者平時就喜歡吃冰涼食物，也有寒邪傷脾，住院期間仍常含食柳橙汁冰塊。《素問·舉痛論》提到：「寒氣客於腸胃，厥逆上出，故痛而嘔也。」《脾胃論》曰：「嘔吐、噦皆屬脾胃虛弱，或寒熱所傷，或飲食所傷，致氣上逆而食不得下。」《千金翼方·十六卷》則說：「食不消，食即氣滿，小便數起，胃痺也。」當久病中陽不振，加上喜食生冷，水穀精微不能化生氣血，會導致寒濁中阻而引起嘔吐，或脾運失職，聚而成飲成痰，積於胃中，當飲邪上逆之時，則發嘔吐 [5,8,9]。對照患者嘔吐的情形為平時沒事，但是一有嘔吐感，則在 1 分鐘內立即吐出，嘔吐聲響亮，嘔吐的勢迅速不拖延，吐完噁心感即無，通常在腸管灌食後 10 分鐘～半小時內開始吐，如將食物吞下去則嘔吐加重，嘔吐物通常量多質清夾食渣，而且每日 PEJ 胃管引流量多，與嘔吐量合計每日大約 1000-3000 mL，時有打嗝、矢氣，故推測有飲邪在胃，阻滯氣機的標證；患者舌苔白厚、脈滑都可能為痰飲所造成。

而患者本來就有脾腎陽虛的狀況，可見腹冷、下肢冷、小便清長，每次解尿 1000-1200 mL，常感腰痠，尺脈沉；脾不佈津則口

乾欲飲，平時口淡，想吐吐不出時或睡覺時吐涎多，此一噁心嘔吐的情形亦常伴隨糖尿病酮酸中毒反覆出現，治療過程中可見脾經穴位針下感覺空虛感、足大趾脾經循行部位色青；寒主收引，寒凝血瘀，故經來有血塊。此外，患者病情遷延已經快五個月，水穀精微雖然由小腸管進入，但是脾氣的運化不健，所以氣血虛弱，又再加重脾胃氣虛的狀況，此一本虛症狀一直未能解決，故患者噁心嘔吐仍持續，《古今醫統·嘔吐噦門》謂：「久病吐者，胃氣虛不納穀也。」氣血虛弱，則可見面色㿔白、舌淡紅質嫩、胖大，有齒痕，疲倦、多臥床休息，時發姿勢性低血壓，坐起易頭暈，四肢無力感，不喜言語，語聲無力，多以肢體語言代替說話。

另外，患者平素就不太會向家人反應自己的身體狀況，會診時見面有愁容，推測平時也有肝氣鬱滯的情況，故見經前乳脹，平素有胸悶感，拍打胸口後舒服，影響腸胃蠕動，矢氣頻繁，肝氣鬱滯也會讓脾升胃降的正常生理更能受到影響 [8,9]，使嘔吐更加嚴重。病因病機圖見圖二。

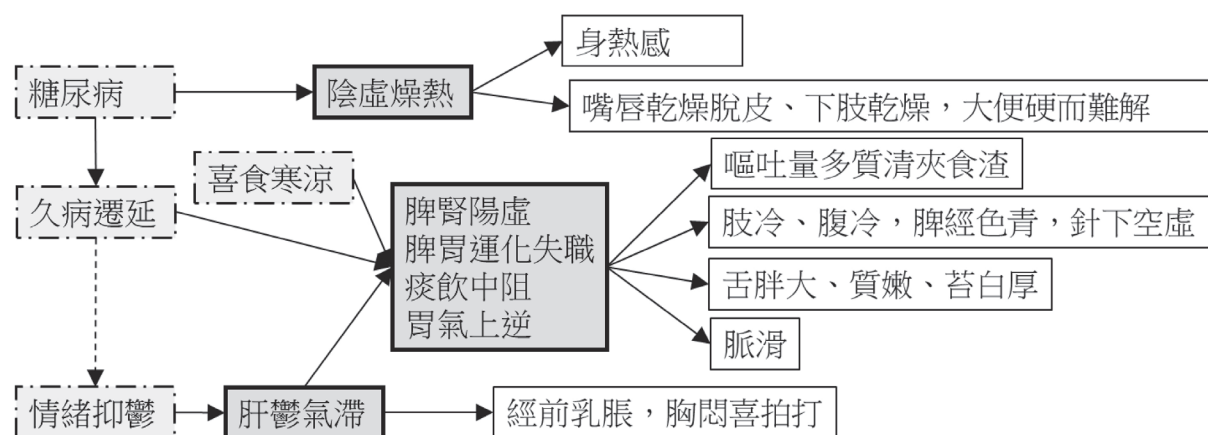
12. 治則與針灸用藥思維

12.1. 治則：

根據上述病機，診斷為痰濕水飲在胃，阻滯氣機，困阻中焦，胃氣不降的標證，並有脾腎陽虛的本，夾有肝鬱氣滯的情形。急則治其標，故先以降胃氣逆、化痰飲、疏肝氣為主，並溫補中、下焦。本欲以中藥治療，但初期考量患者灌食腸管極細、放置困難，胃管主要用以引流，嘔吐頻則藥物吸收有限，故暫不灌食水煎藥，先以針灸調治之。

12.2. 針灸選穴：

主穴：內庭、太衝、豐隆；次穴：陰陵泉、



圖二 病因病機圖

太白、足三里、氣海、關元、太谿、腎關；主穴每次選用 2-3 個穴位、並視病情酌加選用次穴。烤燈：照神闕或下肢胃經穴區。

12.3. 穴義分析：

內庭降胃氣、太衝疏肝理氣，豐隆治痰、和胃。以上穴位降氣並處理標實。陰陵泉、太白健脾利水，足三里、中脘健胃，氣海、關元、太谿、腎關等則補腎益氣以健脾。在嘔吐病情較穩定後配合以上穴位健脾胃以治本。烤燈照神闕則可溫陽祛寒。

12.4. 方藥分析：

處方：甘草 2 克、炮附子 2 克、人參 2 克、肉桂 2 克，以下三味中藥因濃縮中藥辛性辣味有所不足，故選用飲片打粉：遠志 6 分、乾薑 1 錢、花椒 0.2 克。以上科中及飲片打粉後混合後煉蜜為丸，直徑約 1 cm。本方為附子理中湯加減：方中的人參補脾肺氣，乾薑溫中散寒，花椒溫中燥濕，三藥共奏溫補脾陽之效；炮附子回陽氣、散陰寒，肉桂大補命門相火，遠志補腎強精，三藥用以溫補腎陽；加上甘草調和諸藥，溫補脾腎以治本。

丸者緩也，考量患者食物入口即快速嘔吐，配合患者有嚼食物後吐出之習慣，故採用丸劑。

13. 追蹤診療紀錄

前三診患者嘔吐次數明顯減少至一日 3 次以下，在第四診使用陰陵泉運中焦、化濕滯、健脾利水代替內庭降胃氣逆之時，嘔吐頻率又上升到一日大於 10 次，故於五診至八診持續以降胃氣、通腑氣、補脾胃的治則針灸治療，雖然這期間 Novamin 由針劑改為口服劑型，而 Primperan 口服劑量不變，但嘔吐頻率稍減至一日 6-10 次。

因為以針灸治療症狀雖有所改善但不夠理想，故 9 月 21 日開始使用溫脾腎陽的藥丸，《外台秘要》：「備急膈中之患，名曰膏肓，湯丸徑過，針灸不及，所以作丸含之，令氣勢得相薰染。」並配合針灸持續降胃氣逆，佐以補脾腎。此期間嘔吐次數大減，平均一日 0-2 次，而且止吐藥從 9 月 21 日起亦改成 Novamin 口服一日三次，無使用注射劑型止吐藥。9 月 27 日起因患者使用口服藥丸配合度不佳，將中藥改成科中藥粉由 PEJ 胃管灌食，但因 9/27 ~ 10/3 期間嘔吐次數略增到一日 1-4 次，有時須使用 Novamin 注射止

吐，故於 10 月 4 日起再度請患者服用口服溫脾腎陽的藥丸，並配合科中藥粉管灌使用，在十八診—二十一診（10/4～10/9）期間，患者接受針灸、PEJ 胃管管灌科中藥粉及口服藥丸的中藥治療，嘔吐次數平均一日 0-1 次，止吐藥使用 Novamin 口服一日三次，無額外針劑止吐藥需求。但於二十二診之後（10/9～10/12），患者嘔吐次數增加為 3-7 次，並且

在固定的 Novamin 口服一日三次之外，需用 Novamin 注射止吐，推測可能與患者 10 月 9 日曾由口進食一碗粥、10/9～10/11 藥粉中增加大黃寒涼藥、10 月 10 日因假日中斷針灸治療三個原因相關，故 10 月 12 日二十四診時出院帶藥去掉大黃，而患者在相對穩定的情況下出院（如表一）。

表一 中醫會診臨床紀錄表

時間	嘔吐次數、脾胃症狀、西藥變化	中醫治療
第一周 9/11 — 9/16	嘔吐頻率減至每日 4 次以下，但 9/14、9/15 吐 10 次以上，打嗝。自吃柳丁汁冰塊，嘔吐物質清含食渣，足三里泛青色。頭暈減。口服 Pimperan 與 Novamin 針劑使用。舌淡紅、胖大，苔白，有齒痕。右脈中取滑，寸浮無力，左脈滑無力。	9/11 — 9/14 針灸，烤燈照神闕。
第二周 9/17 — 9/23	9/17 — 9/20 嘔吐頻率增至每日 6-10 次，打嗝仍多，矢氣作。曾頭暈無力欲昏倒，腰背痠全身不適感。雙跗陽脈弱。9/21 開始增加藥丸 A 使用，嘔吐頻率減至每日 3 次以下。9/18 起常規 Novamin 由針劑改為口服。9/20 起停用 Primperan。舌淡紅、胖大，苔白，有齒痕。脈滑，中取可得，雙跗陽脈弱。下肢冷。	9/17 — 9/21 針灸，烤燈照神闕或下肢胃經穴區。 9/21 — 9/23【藥丸 A】* 日嚙服 2-3 顆。
第三周 9/24 — 9/30	本周嘔吐頻率大減至每日 0-2 次，食慾增，打嗝、矢氣皆無，PEJ 停止引流，下肢溫。頭暈仍作。小腿肚酸、抽痛。精神較佳。解尿一次 700-800 mL。因患者自覺藥丸 A 口味不佳拒服，故改藥粉，由 PEJ 灌食。持續口服 Novamin 使用。舌淡胖，前苔薄白，根膩減，齒痕。脈力及穩定度較佳。	9/24 — 9/28 針灸，烤燈照下肢胃經穴區。 9/24 — 9/27【藥丸 A】* 日嚙服 1-2 顆。 9/27 — 9/30 藥粉：甘草 1 克、附子 1 克、人參 1 克、肉桂 1 克、遠志 1 克、乾薑 1 克、花椒 0.2 克、大棗 0.2 克。一日三回。
第四周 10/1 — 10/7	10/1 — 10/3 嘔吐頻率每日 1-4 次，10/4 開始服藥丸 B 後排氣多，但仍未解便。小便次數仍少、量多，但較有尿意感。 10/4 — 10/7 嘔吐頻率稍減至每日 0-4 次。持續口服 Novamin 使用。舌淡胖，苔薄白，齒痕顯。左脈滑弱沉，右滑。肢末冷減。	10/1 — 10/5 針灸，烤燈照神闕或下肢胃經穴區。 10/4 — 10/7【藥丸 B】# 日嚙服 3-5 顆。 10/1 — 10/7 藥粉陸續增加白朮、陳皮、厚朴、木香，減少甘草、乾薑，一日三回。

時間	嘔吐次數、脾胃症狀、西藥變化	中醫治療
第五周 10/8 – 10/12	除 10/10 吞食肉塊後嘔吐 6 次，10/12 嘔吐 7 次，其餘嘔吐頻率每日皆在 3 次以下。噯氣、呃逆聲連綿虛弱。持續口服 Novamin 使用。10/12 於相對穩定的情形下出院。 舌淡胖，苔薄白，齒痕減。脈弦滑，較有力。	10/8 – 10/12 針灸（10/10 暫停 1 次），烤燈照下肢胃經穴區。 10/8 – 10/11 【藥丸 B】# 日嚙服 5 顆。 10/8 – 10/10 藥粉陸續增加承氣湯、大黃，減少半夏、當歸。
* 【藥丸 A】濃縮中藥：甘草 2 克、附子 2 克、人參 2 克、肉桂 2 克，飲片打粉：遠志 6 分、乾薑 1 錢、花椒 0.2 克，以上科中及飲片粉末混合後煉蜜為丸，直徑約 1 公分。 # 【藥丸 B】濃縮中藥：甘草 2 克、炮附子 2 克、人參 2 克、肉桂 2 克、厚朴 2 克、陳皮 2 克，飲片打粉：遠志 6 分、乾薑 1 錢、花椒 0.3 克，以上科中及飲片粉末混合後煉蜜為丸，直徑約 8 公厘。		

討論

現代醫學對本病的發病機制目前還不清楚，多數認為與下列幾點相關：(1) 迷走神經及抑制性神經元的神經病變造成胃竇收縮的不協調；(2) 急性高血糖使胃排空速度變慢（與血糖正常狀態比較起來，血糖高於 180mg/dL 時，胃排空就延長 15 分鐘）；(3) 伴隨出現的焦慮及憂鬱症 [1,3]。患者罹患糖尿病多年，血糖控制不佳，確診有糖尿病小血管併發症，住院期間情緒抑鬱，都可能使症狀反覆難癒。在診斷胃癱確診前應先排除電解質不平衡或其他原因造成的消化道蠕動變慢，做上消化道鋇劑攝影排除機械性阻塞，並且安排胃排空測試 [3]。一線的治療用藥為促胃動力藥 [如：（Metoclopramide、Domperidone、Erythromycin）；配合止吐藥包括 Prochlorperazine（D2 antagonist）、Ondansetron（5-HT3 antagonist）、Promethazine（H1 antagonist）] 等；二線的治療方式則包括手術（venting gastrostomy or jejunostomy）、胃部電刺激等 [3,13,14]。針對這位患者的胃癱嘔吐情形，除一線促胃

動力藥以外，亦曾用 Granisetron（Kytril）（selective 5-HT3 antagonist）、或參考國外效案使用 Aprepitant（NK1 antagonist）[15]，但並無法獲得控制，患者生活品質大受影響，體力差、多臥床休息，但考量患者並不願意接受手術或其他侵入性治療，所以會診中醫，希望尋求輔助治療，改善嘔吐症狀及生活品質。

現代中醫臨床多認為糖尿病胃癱為本虛標實的問題，證型統計以脾胃虛弱為主證 [16]。衡先培認為，如腎精虧虛、脾陽虛損等前行病機，最終都必影響到脾的運化功能，才會導致胃輕癱的發生。孫維峰等指出，脾氣虛弱、運化無力、升降失調為本病主因，因患者大都具有較長的糖尿病史，久病必虛，而其標為氣滯食積、胃失和降。遲莉麗看法類似，但「標實」的範圍更為廣泛，她認為糖尿病反復日久，氣陰兩傷，損傷脾胃，是為本虛；臟腑失調則會產生痰瘀、水飲、血瘀等病理產物，是為標實，當病理產物阻滯於脾胃而使氣機失和，則反覆嘔吐。劉楦等看法雷同，因消渴患者先天稟賦不足，後天飲食不節，且久服藥物更傷及脾胃，導致脾

胃虧虛、升降失調，並可生成病理產物，因虛致實；而氣、瘀、濕、食之邪久戀傷正，耗精損脾，亦會加重此一本虛標實的惡性循環 [5,8]。近代臨床研究顯示，中西醫結合治療糖尿病胃癱，對胃排空速率、空腹血糖、脘腹脹痛、噯氣等症狀，都較單用西藥有顯著的療效 [17]。

本文記錄一個糖尿病控制不良、併發胃癱，反覆噁心嘔吐，西醫藥物治療效差的病案，經過臨床病機分析後，採用針灸瀉胃邪實、中藥藥丸補脾腎陽的治則，輔助現代醫學的照護，臨床觀察中醫治療介入之後，噁心嘔吐的發生頻率明顯下降，生活品質改善。

中醫藥治療在糖尿病胃癱所扮演的角色可分為針灸治療及中藥治療兩大方向來探討討論：

已有一些臨床研究證實針刺治療糖尿病胃癱療效不輸西藥 [7,18]，針刺治療具有雙向調節的作用 [7]。本病案中，內庭治療腸胃疾病，並可引胃氣下行，主痞滿，《玉龍歌》：「小腹脹滿氣攻心，內庭二穴要先針。」太衝為肝經原穴，可疏肝理氣，《針灸大成》提到可用以主治「胸脅支滿、足寒、大便難、小便不利、嘔逆、噤乾善渴」，以肝氣調達，則能使體內氣機升降正常。豐隆為胃經絡穴，為治痰要穴，用以和胃氣，化痰濕。以上穴位降氣並處理標實。陰陵泉運中焦、化濕滯、健脾利水，標本同治。太白為足太陰原穴，五臟六腑有病皆取其原。足三里為足陽明合穴、強壯要穴，《針灸大成》云「主胃中寒，心腹脹滿，腸鳴，臟氣虛憊，真氣不足，……，大便不通，……，腹有逆氣上攻」。中脘為胃募穴，病位在胃故選用之。氣海、關元、太谿、腎關等則補腎益氣以健脾。在嘔吐病情較穩定後配合以上穴位健脾胃以治

本。

艾灸可以加強健脾和胃的功效 [19,20]。本案例中使用烤燈照神闕，以其溫熱之力，溫中下焦，調理脾胃，溫陽祛寒，取代中醫會診時病房床位因空間限制無法使用艾灸的狀況。

研究統計藥物治療以補氣藥使用最多，其次是理氣藥，再來是消食藥，化痰藥、補陰藥、化濕藥也占了一定比例 [9]。高至揚將糖尿病胃癱分為四型論治：氣陰兩虛型治以生脈散合麥門冬湯化裁；痰濕中阻型治以白朮散合小半夏湯化裁；氣機鬱滯型治以小柴胡湯合痛瀉要方加減；脾胃氣虛型治以參苓白朮散化裁 [5]。全小林在糖尿病胃癱的急性期使用小半夏湯、蘇連飲的頻率最高，慢性期則分三大類：中焦壅滯、寒熱錯雜者以半夏瀉心湯為主方；中焦虛寒、脾腎陽衰者以附子理中湯為主方；脾胃虛弱、痰濕阻滯者以旋覆代赭湯加味 [21,22]。本案例使用附子理中湯加減，主要是根據《外台秘要》「五膈要丸」方化裁而成。方中人參補脾肺氣，乾薑守而不走，溫中散寒，花椒辛散溫燥，溫中燥濕，三藥共奏溫補脾陽之效。炮附子回陽氣、散陰寒，上助心陽、中溫脾陽、下補腎陽，肉桂大補命門相火，益陽治陰，遠志補腎強精，三藥用以溫補腎陽。前述六藥配甘草益氣補中、調和諸藥，以溫補脾腎，達到改善脾腎陽虛的治本之效。

在治療期間，除了嘔吐次數明顯改善，脈較有力，舌苔厚改善，也伴隨其他症狀的進步。原本患者倦容、愁容甚，多臥床休息，不喜與人互動，中醫輔助治療後精神較佳，下床復健時間增加，與他人互動也增加，推測在脾腎陽氣補充之後，嘔吐減少，氣虛情形改善，體力增加。再者，患者口乾但不欲

飲的症狀，在服用藥丸後改善，可見脾腎之陽提升後，水液運化及輸佈的功能也較正常[23,24]。中醫輔助治療之前因糖尿病神經病變，患者每次解小便約 1000-1200mL，在治療後膀胱感覺神經的敏感度亦有提升，每次解尿約 700-800mL，推測是腎陽補充後，氣化水液及司膀胱開闔的功能皆有進步[25,26]。此外，本來患者 PEJ 胃管每日引流量及嘔吐量總和通常介於 1000mL-3000mL 之間，但在 9 月 21 日開始服用藥丸後，嘔吐次數及量大減，9 月 23 日的 PEJ 胃管引流量降至 260mL，9 月 24 日降至 100mL，9 月 25 日因 PEJ 胃管有牛奶逆流，所以關閉 PEJ 胃管的引流，但嘔吐次數及量並未增加，推測可能是本來寒主收引，讓幽門括約肌無法放鬆，胃液停滯於胃中，甚則嘔吐；而在溫腎之陽後，幽門括約肌可放鬆，讓胃液能順利流到小腸。中醫初診時患者下肢皮膚乾燥、肢冷，脾胃經循行部位皮膚色青，在接受中醫治療後膚色青、肢冷均改善，代表脾腎陽虛的狀況也改善；此外，患者的血糖也在中醫介入治療後較為穩定，不再需要使用胰島素幫浦控制血糖，與臨床研究結果相符[17]。

患者糖尿病胃癱的治療效果，最好是能比較治療前後胃排空測試的數據，以及生活品質指標的變化，但是此位患者治療後並未接受胃排空測試檢查的後測，也未曾做生活品質量表評估，因此僅能依臨床嘔吐發生的頻率及西藥止吐藥的使用需求，作為中醫輔助治療成效的客觀療效指標，患者嘔吐的次數是由固定家屬紀錄，所以其嘔吐的次數計算標準應相當一致，次數紀錄數據尚算可靠。不過，患者除了固定使用的西藥止吐藥外，還會有額外使用的止吐藥注射需求，但是額外使用的止吐藥物使用時機為患者自控，沒

有給藥標準，有時候可能僅有噁心感就使用，但也可能是短時間連續嘔吐數次後，才要求使用，所以在止吐藥用量及嘔吐次數的相對變化上可能會受影響，就此一觀點，止吐藥使用量的變化應較嘔吐次數能提供相對可信的客觀標準。患者在接受針灸治療後，止吐藥從注射的劑型逐漸改為口服劑型，似可作為嘔吐症狀改善的指標；而在藥丸使用後，更減少了 Primperan 此種藥物的使用，在中醫四診上，則可見患者經中醫治療後精神疲倦、足三里色青的症狀改善，脈力及穩定度較佳、食慾增加。所以作者認為適當地加入中醫針灸及藥物治療有利於糖尿病胃癱瘕者的症狀緩解。

糖尿病胃癱患者因反覆嘔吐嚴重影響生活品質，長期住院則增加醫療資源的耗用。在本病案中可見中醫藥輔助治療糖尿病胃癱，能改善生活品質、縮短住院天數，但進一步的療效與應用，仍有待更大規模且設計嚴謹的臨床試驗予以證實。

參考文獻

1. Camilleri M, Bharucha AE, Farrugia G. Epidemiology, Mechanisms and management of diabetic gastroparesis. *Clin. Gastroenterol. Hepatol.*, 9:5-12, 2011.
2. Kofod-Andersen K, Tarnow L. Prevalence of gastroparesis-related symptoms in an unselected cohort of patients with Type 1 diabetes. *J. Diabetes Complications*, 26:89-93, 2012.
3. Farmer AD, Kadirkamanathan SS, Aziz Q. Diabetic gastroparesis: pathophysiology, evaluation and management. *Br. J. Hosp. Med. (Lond.)*, 73:451-456, 2012.

4. Jaffe JK, Paladugu S, Gaughan JP, Parkman HP. Characteristics of nausea and its effects on quality of life in diabetic and idiopathic gastroparesis. *J. Clin. Gastroenterol.*, 45:317-321, 2011.
5. 尹曦、陳澤濤，中醫藥治療糖尿病性胃輕癱進展，山東中醫雜誌，29:870-871，2010。
6. 何春，溫中補虛，和胃降逆法治療糖尿病胃輕癱，中醫臨床研究，16:79，2012。
7. 張必萌、胡智海、壽崑、王毅、徐斯偉、楊洋、潘超安、劉苗苗、周俊梅，針刺治療糖尿病性胃輕癱多中心隨機對照研究，上海中醫藥雜誌，47:31-34，2013。
8. 劉樞、康健、杜英傑，糖尿病胃輕癱的病因病機及證治研究進展，光明中醫，22:70-72，2007。
9. 羅迪，基於文獻統計的糖尿病胃輕癱中醫用藥規律研究，遼寧中醫藥大學學報，15:157-159，2013。
10. 秦穎琦，探析糖尿病胃輕癱中醫病理機制，遼寧中醫雜誌，37:829-830，2010。
11. 張伯興、董建華、周仲瑛，中醫內科學，知音出版社，台北，pp. 284-296、564-590，2002。
12. 陳榮洲、陳建仲、沈建忠、游智勝、葉慧昌、田莒昌、李克成，中醫內科證治學，弘祥出版社，台中，pp. 144-150、362-368，2003。
13. Cherian D, Parkman HP. Nausea and vomiting in diabetic and idiopathic gastroparesis. *Neurogastroenterol. Motil.*, 24:217-222, e103, 2012.
14. Panda H, Mitchell P, Curley M, Buresi M, Wilsack L, Andrews CN. Prospective evaluation of gastric neurostimulation for diabetic gastroparesis in Canada. *Can. J. Gastroenterol. Hepatol.*, 29:198-202, 2015.
15. Chong K, Dhatariya K. A case of severe, refractory diabetic gastroparesis managed by prolonged use of aprepitant. *Nat. Rev. Endocrinol.*, 5:285-288, 2009.
16. 王詩才、施秀娟、鄧鈺杰、陳太軍、李潔、唐延飛、蔡晶晶、黃美松，糖尿病胃輕癱中醫辨證分型文獻再評價，中醫臨床研究，20:42-44，2015。
17. 范夢迪、李為民、吳建勝、鄭金珏、顧素萍、鄭超，中西醫結合療法治療糖尿病胃輕癱的系統評價，中華中醫藥雜誌，30:2930-2934，2015。
18. 徐靜，針刺治療糖尿病胃輕癱的療效觀察，光明中醫，31:391-393，2016。
19. 周學林、龐秀花，針刺加溫灸治療糖尿病胃輕癱療效觀察，中國現代醫藥雜誌，12:105，2010。
20. 鄭士立、葛佳伊，溫針灸治療糖尿病胃輕癱 40 例療效觀察，中國中醫藥科技，17:247-248，2010。
21. 逢冰、周強、李君玲、仝小林，仝小林教授治療糖尿病性胃輕癱經驗，中華中醫藥雜誌，29:2246-2249，2014。
22. Pang B, Zhou Q, Li JL, Zhao LH, Tong XL. Treatment of refractory diabetic gastroparesis: Western medicine and traditional Chinese medicine therapies. *World J. Gastroenterol.*, 20:6504-6514, 2014.
23. 黃子鑫、李敬林，淺談溫補法治療腎虛消渴及古今醫案舉例，實用中醫內科雜誌，26:74-75，2012。
24. 唐咸玉、周泉、朱章志，糖尿病陽虛樞機不利探微，中醫雜誌，47:886-887，2006。
25. 劉國英，艾灸關元穴並金匱腎氣丸治療糖尿病神經源性膀胱腎陽不足證的效果研究，光明中醫，30:314-316，2015。
26. 汪峰、石傳科，馮維斌治療糖尿病經驗，遼寧中醫雜誌，34:1520-1521，2007。

Case Report

Treatment of Diabetic Gastroparesis with Combination of Traditional Chinese Medicine and Western Medicine: A Case Report

Ching-Yi Feng ¹, Shu-Huey Chou ¹, Shih-Yi Lin ^{2,3}, I-Te Lee ³,
Yuh-Min Song ³, Jun-Sing Wang ³, Chia-Yi Tsai ^{1,4,*}

¹Department of Traditional Chinese Medicine, Taichung Veterans General Hospital, Taichung, Taiwan

²Center for Geriatrics and Gerontology, Taichung Veterans General Hospital, Taichung, Taiwan

³Division of Endocrinology and Metabolism, Department of Internal Medicine,
Taichung Veterans General Hospital, Taichung, Taiwan

⁴Department of Nursing, Hungkuang University, Taichung, Taiwan

The case, a 28-year-old female with 13 years of type 1 diabetes mellitus, has been admitted for diabetic ketoacidosis multiple times. This time she was admitted due to nausea and vomiting. Vomiting was exacerbated as blood glucose increased (>300 mg/dL). Furthermore, gastric emptying study showed prolonged gastric emptying time. She was diagnosed as diabetic gastroparesis. Five months later, she requested Chinese Medicine for curing refractory vomiting. She was diagnosed as "spleen-kidney yang deficiency syndrome, sthenia pathogenic factor in stomach, accompanied with liver qi depression." The symptoms above improved significantly after treatment with acupuncture at ST44, LR3, ST40 and prescription of Chinese herbal drug modified Fu-Zi-Li-Zhong decoction.

Key words: Diabetic gastroparesis, vomiting, acupuncture, Chinese herbal drugs, integrated traditional Chinese and Western medicine

*Correspondence author: Chia-Yi Tsai, Department of Traditional Chinese Medicine, Taichung Veterans General Hospital, Taichung, Taiwan, 1650 Taiwan Boulevard Sect. 4, Taichung, 40705, Taiwan., Tel: +886-4- 23592525 ext. 4755, E-mail: citsai777@gmail.com