

## 102 例初诊 2 型糖尿病患者中医病理特点分析

吴洁<sup>1</sup>, 王丽英<sup>2,3</sup>, 苏伟娟<sup>2,3</sup>, 余亚信<sup>2,3</sup>, 李学军<sup>2,3</sup>, 杨叔禹<sup>2,3</sup>

(1. 福州大学厦门工艺美术学院卫生站, 福建 厦门 361024; 2. 厦门市糖尿病研究所, 福建 厦门 361003; 3. 厦门大学附属第一医院, 福建 厦门 361003)

关键词: 2 型糖尿病; 证素辨证; 中医病理特点

中图分类号: R259.871

文献标志码: B

文章编号: 1000-338X(2013)03-0027-03

现阶段糖尿病已经成为非传染性的流行病。由于检测手段的先进性和人们健康意识的普遍提高, 很多 2 型糖尿病患者是由于“健康”体检所发现, 其临床表现已非传统消渴之“三多一少”所能概括。故运用中医学的研究方法探讨初诊 2 型糖尿病患者的中医病理特点, 就显得尤为必要。本研究对厦门地区初诊 2 型糖尿病患者进行规范而全面的临床资料收集, 运用中医证素辨证的方法, 探讨初诊 2 型糖尿病的中医病理特征, 以提高对糖尿病的认识。

### 1 临床资料

1.1 研究对象 选取 2009 年 1 月到 2012 年 12 月就诊于厦门大学附属第一医院糖尿病科符合标准的初诊 2 型糖尿病患者 102 例。

### 1.2 病例选择标准

1.2.1 纳入标准 所有纳入病例均符合糖尿病的临床诊断, 诊断标准参照 1999 年世界卫生组织(WHO)公布的诊断标准<sup>[1]</sup>。

1.2.2 排除标准 有下列情况者不纳入研究: ① 1 型糖尿病、其它特殊类型糖尿病及妊娠糖尿病; ② 神志不清、痴呆、各种精神病患者及不愿意合作者; ③ 有严重心、肝、肾等并发症或合并其它严重原发性疾病的患者。

1.2.3 剔除标准 ① 治疗期间加用任何一种降糖药物者; ② 治疗过程中因某种原因中断治疗的患者; ③ 资料不全, 无法分析结果的患者。

### 2 方法

2.1 研究方法 以朱文锋教授主编的《中医主证鉴别诊断学》<sup>[2]</sup>、“600 种常见症状的辨证意义”为依据, 结合《中药新药临床研究指导原则》<sup>[3]</sup>对症状轻、中、重程度的定义, 制定全面、规范的四诊资料规范化采集量表, 2 名经过培训的专门人员按统一标准进行四诊资料的采集。在四诊基础上, 按证素辨证方法进行辨证。辨证采用国家标准术语, 参照“600 种常见症状的辨证意义”, 以各症状要素积分及阈值法确定

证候及各个辨证要素的权重。各辨证要素的诊断确定, 以 100 作为通用阈值, 各症状对各辨证要素贡献度之和达到或超过 100 时, 即可诊断为这些辨证要素。每一症状的轻重, 以中等程度为准。若该症状重时, 其定量诊断值乘 1.5; 若该症状轻时, 乘 0.7。检测身高、体重、体重指数[BMI = 体重(kg)/身高<sup>2</sup>(m<sup>2</sup>)]、血压、空腹血糖(FPG)、餐后 2 小时血糖(2hPG)、谷丙转氨酶(ALT)、谷草转氨酶(AST)、血清总胆固醇(TC)、甘油三酯(TG)、低密度脂蛋白胆固醇(LDL-C)、高密度脂蛋白胆固醇(HDL-C)及糖化血红蛋白(HbA1c)等指标。所有实验室指标均由厦门大学附属第一医院检验科完成。

2.2 统计学处理 采用 SPSS 16.0 统计软件对上述结果进行检验分析处理。实验数据计量资料用  $\bar{x} \pm s$  表示, 计数资料用 % 表示; 对计量数据进行比较时, 先做正态分布与方差齐性检验, 符合正态分布采用 *t* 检验, 不符合正态分布用非参数检验法; 进行相关分析时, 先对数据进行正态分布检验, 符合正态分布的数据采用 Pearson 法进行相关分析, 不符合正态分布的数据采用 Spearman 法进行相关分析。所有变量  $P < 0.05$  时具有统计学意义。

### 3 结果

3.1 证素分布规律研究 在 102 例初诊的 2 型糖尿病患者中, 病位证素主要有: 肾(67 例, 65.69%)、肝(51 例, 50.00%)、脾(43 例, 42.16%)、胃(31 例, 30.39%)等。实证证素主要有: 热(35 例, 34.31%)、湿(34 例, 33.33%)、血瘀(31 例, 30.39%)、燥(27 例, 26.47%)、痰(20 例, 19.61%)等。阴虚(68 例, 66.67%)、气虚(58 例, 56.86%)、阳虚(55 例, 53.92%)、血虚(39 例, 38.24%)及精亏(35 例, 34.31%)是主要的虚证证素。在分析相兼为患时发现: 病位兼夹中以肝肾同病和脾肾同病为著, 分别为 26 例(占 25.49%)和 21 例(占 20.59%); 实性病邪相兼为患中常见湿热相兼(27 例, 占 26.47%)、热兼血瘀(13 例, 占 12.75%)和湿兼血瘀(12 例, 占 11.76%); 而虚证相兼证素则常见气阴两虚(46 例, 占 45.10%)、阴阳两虚(40 例, 占 39.22%)和气血两虚(31 例, 占 30.39%)。

由上述结果可见, 在厦门地区 102 例的初诊 2 型

收稿日期: 2013-02-15

基金项目: 福建省卫生厅资助课题(WZZZ0903)

作者简介: 吴洁(1983—), 女, 医学硕士, 从事中医内科临床研究。

通讯作者: 杨叔禹(1958—), 男, 主任医师, 博士生导师。E-mail:

yangshuyu.xm@163.com

糖尿病患者中,病位上最易累及肝肾,实性病理因素以湿热为主,虚证病理因素中又以阳气不足和阴津亏虚最为常见。在这些病理要素中,病位兼杂以肝肾同

病为主,病性兼杂又以湿热相兼、气阴两虚最常见。

3.2 证素与指标的相关性 见表 1。

表 1 证素与指标的相关性

证素	体质量指数	血压	空腹血糖	餐后 2 h 血糖	糖化血红蛋白
肝	-0.047	0.785	0.021	0.102	-0.037
血瘀	-0.197	-0.126	0.884	-0.123	0.054
痰	0.774	0.075	-0.035	0.303	0.134
阴虚	-0.109	0.141	0.326	0.178	0.801

由表 1 可见,102 例初诊 2 型糖尿病患者中肝证素与血压呈正相关( $P < 0.05$ ),血瘀证素与空腹血糖呈显著正相关( $P < 0.01$ ),痰证素与体质量指数有显著相关性( $P < 0.01$ ),阴虚与糖化血红蛋白呈正相关( $P < 0.05$ ),其余证素与指标均无相关性。

综上所述,血压高者,病位多在肝;空腹血糖越高,血瘀病理积分可能越高;体质量指数高者,痰病理越多;糖化血红蛋白高者,则阴虚越重。

#### 4 讨论

##### 4.1 初诊 2 型糖尿病患者中医病理特点

本研究结果发现:在厦门地区初诊 2 型糖尿病患者中,居于前几位的证素分别是肾、肝、气虚、阴虚、阳虚,所占比例均  $> 50%$ ;其次是脾、热、湿、血瘀等;兼杂证素中病位证素以肝肾同病和脾肾同病为著;实性证素兼杂中常见湿热相兼、热兼血瘀和湿兼血瘀;而虚证相兼证素则常见气阴两虚、阴阳两虚和气血亏虚。表明初诊 2 型糖尿病患者病变脏腑多在肾、肝,病性多为虚实夹杂。

糖尿病属于祖国医学“消渴”范畴。中医对消渴的认识最早源于《黄帝内经》,《灵枢·本脏》云:“肾脆,则善病消瘵。”指出了肾虚是糖尿病的发病原因,其首发病位多在于肾。《灵枢·五脏》曰:“五脏柔弱者,善病消瘵。”指出正气亏虚是消渴发病的关键;《素问·奇病论》记载:“此肥美之所发也,此人必数食甘美而多肥也,肥者令人内热,甘者令人中满,故其气上溢,转为消渴。”指出过食而生湿热是消渴发病的主要病理因素。另外,消渴发病常与瘀血关系密切,如《血证论·发渴》曰:“瘀血发渴者,以津液之生,其根出于肾水……有瘀血,则气为血阻,不得上升,水津因不能随气上布,是以发渴。”古代医籍对糖尿病病因病机的认识已十分详尽,但尚未充分结合社会环境、饮食习惯的改变及不同病程的具体病理特点分析。现代临床研究表明不同病程的糖尿病患者具有不同病理表现,其病因病机具有阶段性特点。《中药新药临床研究指导原则》(1993 年)按照糖尿病的不同发展阶段和变化规律,将糖尿病的中医证型的动态演变规律归纳为阴虚热盛→气阴两虚→阴阳两虚,突破了传统“三消辨证”的框框。李明哲等<sup>[4]</sup>研究发现 345 例新诊断 2 型糖尿病患者中入选病例

实证和虚证出现总频数基本相等,其中虚证以气虚(32.75%)、阴虚(33.62%)为主,实证以燥热(63.77%)、胃热(41.45%)、湿热内蕴(5.5%)为主,表明早期糖尿病患者的病理性实质证所占比重不断增加,颠覆了传统本虚标实的论述。

本研究结果与中医文献有关糖尿病的病因病机的论述大致统一,但由于本研究所选病例来源与数量的不同,其虚证、实证频数与李明哲等<sup>[4]</sup>的研究结论略有差异。厦门地处中国东南沿海亚热带地区,为“天热”、“地湿”交蒸之地,结合当地居民嗜食油炸、糯米之品,生活安逸,“久卧伤气”,个体的体质特征及由体质所影响的中医证候具有其自身特点。本研究结果表明:初诊 2 型糖尿病患者病位证素以肾证素为主,热与阴虚是其重要的病性证素;兼杂证素以肝肾同病、湿热相兼、气阴两虚为主,这可能与地域、气候、人文环境有关。

##### 4.2 初诊 2 型糖尿病患者证素与理化指标的相关性

本研究结果表明:肝证素与血压关系密切,血瘀证素与空腹血糖相互影响,痰证素与体质量指数明显相关,阴虚证素可影响糖化血红蛋白变化。

肝为厥阴风木之脏,主疏泄,喜条达而恶抑郁,有调理气机、疏通气血、调畅情志的功能。忧、思、恼、怒等不良精神刺激均可使肝失条达,肝气郁结。肝失疏泄,则气郁血逆,可使血压陡升。王智明等<sup>[5]</sup>对 2 型糖尿病中医证型与指标之间的关系进行分析时发现,肝阳上亢组患者的舒张压和收缩压明显高于其它组,提示血压可作为肝阳上亢的参考指标之一。这与本研究肝证素与血压关系密切相统一。

瘀血既是一种致病因素,又是一种病理产物,这主要根源于阴虚燥热,并贯穿于疾病的始终。血瘀证是 2 型糖尿病临床常见的证型,自 1978 年祝谌予教授提出糖尿病患者存在瘀血并用活血化瘀法治疗糖尿病以来,许多学者对其进行了广泛深入的研究。临床上以活血化瘀法治疗糖尿病而使其空腹血糖降低、明显改善胰岛素抵抗的报道很多。李仁柱等<sup>[6]</sup>将 200 例 2 型糖尿病患者分为气阴两虚型和血瘀脉络型各 100 例,并比较 2 组的空腹血糖,结果提示血瘀脉络组的空腹血糖明显高于气阴两虚组,并认为血

# 益气活血通络汤治疗气虚血瘀型急性脑梗死 51 例

朱 衡

(福鼎市中医院,福建 福鼎 355200)

关键词:急性脑梗死;气虚血瘀型;益气活血通络汤;基质金属蛋白酶

中图分类号:R277.733.3

文献标志码:B

文章编号:1000-338X(2013)03-0029-02

动脉粥样硬化斑块是急性脑梗死形成的病理学基础,研究已证实基质金属蛋白酶(MMPs),尤其是 MMP-2、3、9 在急性脑梗死中动脉粥样硬化形成和发展中起着及其重要作用<sup>[1]</sup>。笔者采用自拟益气活血通络汤治疗气虚血瘀型脑梗死取得了较好的临床疗效,但有关其对气虚血瘀型脑梗死患者血浆 MMP-2、3、9 水平的影响国内外报道不多<sup>[2]</sup>。本研究观察了益气活血通络汤对气虚血瘀型脑梗死患者血浆 MMP-2、3、9 水平的影响,并进行临床疗效及安全性观察。现报道如下。

## 1 临床资料

### 1.1 病例选择标准

1.1.1 诊断标准 ① 西医诊断符合第四届脑血管病会议制定脑梗死的诊断标准<sup>[2]</sup>,经头颅 CT 或磁共振检查明确诊断;② 中医证候分型符合气虚血瘀型中风病的诊断标准<sup>[3]</sup>。

收稿日期:2013-03-29

瘀与空腹血糖在某种程度上存在联系。可见,瘀血越重,空腹血糖可能越高。

“肥人多痰湿”这一观点是历代医家在长期的临床实践中总结出来的规律。王智明等<sup>[7]</sup>对 2 型糖尿病超重患者和非超重患者进行中医辨证分型,并将其与糖代谢、炎症因子等指标进行分析,发现超重组痰湿证人数明显高于非超重组,舒张压也明显高于非超重组。由此可以看出,肥胖与痰密切相关,BMI 可作为痰辨证的一项参考指标。

血糖者本为血中之水谷精微,代谢正常则“变化而赤,是谓血”。若失常异化则“清浊相干”,生浊于血分,而浊于血中又极易化热,热盛伤阴,脏腑功能失常,肾不固藏,精微泄漏而尿糖增多,或肝失疏泄,藏血不利,糖原合成减少,亦能滞损脾胃肌腠,可使胰岛素受体缺陷等,终使血糖升高。这些都提示阴虚与血糖有密切关系。龚燕冰等<sup>[8]</sup>对 2 型糖尿病主要理化指标与中医证候相关性进行贝叶斯网络分析时,发现糖化血红蛋白高者以阴虚为主。这与本研究结果所述阴虚可影响糖化血红蛋白的变化相一致。

综上所述,空腹血糖、糖化血红蛋白、血压、体质量指数可作为评估肝证素、阴虚、血瘀、痰等中医病

1.1.2 排除标准 ① 以往有脑梗死或脑出血病史;② 严重的心、肺和肾等重要脏器功能不全。

1.2 一般资料 选择 2011 年 1 月至 2012 年 12 月在我院内科住院治疗的急性脑梗死患者 102 例,采用随机数字表分为治疗组和对照组各 51 例。2 组在性别、年龄构成和发病时间等方面进行均衡性检验比较,差异均无统计学意义( $P > 0.05$ ),见表 1。

表 1 2 组一般资料比较( $\bar{x} \pm s$ )

组别	n	性别		年龄/岁	发病时间/h
		男	女		
治疗组	51	27	24	70.9 ± 7.5	15.7 ± 4.2
对照组	51	28	23	71.3 ± 6.9	16.2 ± 4.3

1.3 统计学处理 使用 SPSS17.0 统计软件进行分析,数据以  $\bar{x} \pm s$  表示,计量资料采用  $t$  检验,计数资料采用  $\chi^2$  检验。 $P < 0.05$  为差异具有统计学意义。

## 2 治疗方法

理变化的客观依据,这将为中医辨证论治的准确性提供参考。

### 参考文献:

- [1] ALBERTI K G, ZIMMET P Z. Definition, diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complications. Part 1: diagnosis and classification of diabetes mellitus provisional report of a WHO consultation[J]. Diabet Med, 1998, 15(7): 539-553.
- [2] 朱文锋. 中医主证鉴别诊断学[M]. 长沙: 湖南科学技术出版社, 2000: 316-331.
- [3] 中华人民共和国卫生部. 中药新药临床研究指导原则[S]. 北京: 中国医药科技出版社, 1993: 70-73.
- [4] 李明哲, 高天舒, 石艳刚, 等. 新诊断 2 型糖尿病患者证候分析[J]. 辽宁中医杂志, 2012, 39(2): 295-296.
- [5] 王智明, 周传礼, 左文标. 2 型糖尿病的中医证型与糖脂代谢、炎症因子及胰岛素敏感性等多指标的关系[J]. 中国中医药信息杂志, 2009, 16(增): 18-19.
- [6] 李仁柱, 王建生, 高斌, 等. 2 型糖尿病两种证型临床指标及血管并发症的研究[J]. 中华全科医学, 2009, 7(11): 1176-1177.
- [7] 王智明, 周传礼, 左文标. 2 型糖尿病超重与非超重者的中医证型与糖代谢、脂代谢、炎症因子、血流变等多指标的关系[J]. 中华中医药学刊, 2009, 27(9): 2012-2014.
- [8] 龚燕冰, 倪青, 高思华, 等. 2 型糖尿病主要理化指标与中医证候相关性的贝叶斯网络分析[J]. 中华中医药杂志, 2010, 25(1): 31-33.