

# 不同中医证型的初诊 2 型糖尿病患者临床特征分析

董 慧 陆付耳 徐丽君 王开富 邹 欣

糖尿病是一种有遗传倾向的内分泌代谢疾病,以高血糖和高血糖继发的脂肪、蛋白质、水、电解质紊乱为特征,其典型表现为多饮、多食、多尿及消瘦,属中医学消渴病范畴,其中医证型相对稳定。本研究对初诊 2 型糖尿病患者进行辨证分型,分析其临床特征,探讨糖尿病中医证型的本质,结果报道如下。

## 资料与方法

1 中医辨证分型标准 按照“中药新药治疗消渴病(糖尿病)的临床指导原则”<sup>[1]</sup>辨证分型。阴虚热盛证表现为口渴喜冷饮,多食易饥,急躁易怒,怕热心烦,溲赤便秘,舌红苔黄,脉弦数或滑数;气阴两虚证表现为倦怠乏力,自汗盗汗,气短懒言,口渴喜饮,五心烦热,心悸失眠,溲赤便秘,舌红少津,舌体胖大,苔薄或花剥,脉弦细或细数。

2 早期糖尿病肾病和糖尿病视网膜膜病变诊断标准 采用中华医学会糖尿病学会制定的诊断标准<sup>[2]</sup>,尿白蛋白排泄率(urine albumin excretion rate, UAER)在 20~200 $\mu$ g/min 可诊断为早期糖尿病肾病。根据 1985 年全国眼科学术会议通过的“糖尿病视网膜膜病变分期标准(试行)草案”将糖尿病视网膜膜病变分为六期。

3 临床资料 我院 2002 年 9 月—2003 年 5 月门诊和住院的初诊 2 型糖尿病患者 52 例,符合 1998 年 WHO 咨询委员会临时性报告“糖尿病及其他类型高血糖的诊断标准”,按照中医辨证分型将其分为阴虚热盛证和气阴两虚证。其中,阴虚热盛证 26 例,男 17 例,女 9 例;年龄 28~62 岁,平均(49.1 $\pm$ 8.1)岁;病程 1~10 个月,平均(6.1 $\pm$ 2.8)个月;合并高血压 8 例。气阴两虚证 26 例,男 19 例,女 7 例;年龄 32~65 岁,平均(50.2 $\pm$ 6.9)岁;病程 3~24 个月,平均(14.5 $\pm$ 4.3)个月;合并高血压 7 例,合并高血压和冠心病 1 例。两组性别、年龄上有可比性,且均无服用降糖药史,无糖尿病急性并发症和其他合并症。

## 4 检测指标与方法

4.1 一般指标 测量血压、身高、体重、腰臀围,

计算体重指数(body mass index, BMI)和腰臀围比(waist hip ratio, WHR)。

4.2 血清学指标 所有患者均禁食 12h 后于次日上午进行口服葡萄糖耐量试验(oral glucose tolerance test, OGTT)和胰岛素释放试验(insulin release test, IRT),检测血脂(total cholesterol, TC; triglyceride, TG)、糖化血红蛋白(HbA<sub>1c</sub>)。采用葡萄糖氧化酶法检测空腹血糖(fasting blood glucose, FBG)、餐后 2h 血糖(postprandial blood glucose, 2hPBG),空腹和餐后 1h、2h、3h 血浆胰岛素用 ELISA 法测定,酶法检测血脂,亲和层析微柱法检测 HbA<sub>1c</sub>,以上检测均在我院内分泌实验室进行。

4.3 尿白蛋白排泄率 留取 12h 夜尿,采用放射免疫法测定,试剂盒购自中国原子能科学研究院同位素研究所,由我院核医学科检测。

4.4 眼底光镜检查 由我院眼科医生进行检查并拍摄眼底彩照。

5 统计学方法 计量资料以 *t* 检验判断显著性,计数资料采用  $\chi^2$  检验。

## 结 果

1 两证型糖尿病患者 BMI、WHR、FBG、2hPBG、HbA<sub>1c</sub>和血脂的比较 见表 1。BMI 和 WHR 两组之间差异无显著性( $P>0.05$ )。气阴两虚型较阴虚热盛型患者 FBG、2hPBG、HbA<sub>1c</sub>及 TG 明显升高( $P<0.05$ ),而 TC 有升高趋势,但差异无显著性。提示气阴两虚型较阴虚热盛型患者存在更加严重的糖脂代谢紊乱。

2 两证型糖尿病患者空腹胰岛素、餐后 1h、2h、3h 胰岛素水平的比较 见表 2。气阴两虚型较阴虚热盛型患者空腹和餐后 1h 胰岛素水平降低( $P<0.05$ ),2h 胰岛素水平明显降低( $P<0.01$ ),3h 胰岛素水平有降低趋势,但差异无显著性( $P>0.05$ )。提示气阴两虚型较阴虚热盛型患者胰岛素  $\beta$  细胞功能受损情况更为严重。

3 两证型糖尿病患者并发早期糖尿病肾病和(或)糖尿病眼底病变例数的比较 阴虚热盛组患者 26 例中有 4 例,气阴两虚组患者 26 例中有 10 例;气阴两虚型较阴虚热盛型眼底病变例数明显增加( $P<0.05$ )。

基金项目:国家“十五”攻关重大项目资助(No. 2001BA701A13B)  
作者单位:华中科技大学同济医学院附属同济医院中西医结合研究所(武汉 430030)  
通讯作者:董 慧, Tel: 027-83662577, E-mail: 13hui@sohu.com

表 1 两证型糖尿病患者 BMI、WHR、FBG、2hPBG、HbA<sub>1c</sub> 和血脂的比较 ( $\bar{x} \pm s$ )

| 证型   | 例数 | BMI        | WHR         | FBG<br>(mmol/L) | 2hPBG<br>(mmol/L) | HbA <sub>1c</sub><br>(%) | TC<br>(mmol/L) | TG<br>(mmol/L) |
|------|----|------------|-------------|-----------------|-------------------|--------------------------|----------------|----------------|
| 阴虚热盛 | 26 | 25.3 ± 3.1 | 0.88 ± 0.05 | 9.3 ± 2.8       | 16.1 ± 4.1        | 7.6 ± 1.7                | 4.98 ± 1.40    | 1.92 ± 0.96    |
| 气阴两虚 | 26 | 24.6 ± 3.0 | 0.87 ± 0.05 | 10.5 ± 2.8*     | 19.0 ± 5.3*       | 8.6 ± 1.8*               | 5.34 ± 1.02    | 2.40 ± 0.84*   |

注:与阴虚热盛型比较,\* $P < 0.05$ 表 2 两证型患者空腹、餐后 1h、2h、3h 胰岛素水平的比较 ( $\text{mU/L}$ ,  $\bar{x} \pm s$ )

| 证型   | 例数 | 胰岛素          |                |                 |               |
|------|----|--------------|----------------|-----------------|---------------|
|      |    | 空腹           | 1h             | 2h              | 3h            |
| 阴虚热盛 | 26 | 10.40 ± 5.67 | 39.75 ± 29.60  | 52.86 ± 45.93   | 29.70 ± 23.20 |
| 气阴两虚 | 26 | 7.74 ± 3.54* | 25.42 ± 21.10* | 29.21 ± 23.90** | 21.95 ± 14.18 |

注:与阴虚热盛组比较,\* $P < 0.05$ ,\*\* $P < 0.01$ 

## 讨 论

“中药新药治疗糖尿病(消渴病)的临床研究指导原则”(1993年)中的糖尿病中医证型标准按照糖尿病的不同发展阶段和变化规律,将其分为阴虚热盛、气阴两虚、阴阳两虚3型,分别代表糖尿病早、中、晚三个不同的阶段,突破了传统“三消辨证”的框框,提出糖尿病的中医证型基本按照阴虚热盛→气阴两虚→阴阳两虚的规律动态演变。而针对中西医治疗糖尿病的着眼点不同,将糖尿病中医辨证分型中的“证”与某些客观指标进行联系,开展“证”本质的研究,能使糖尿病诊断方面的中西医结合研究进入较高的层次。本研究对初诊2型糖尿病患者进行辨证分型,分析其临床特征,旨在探讨糖尿病中医证型的客观基础。

热盛兼阴虚证,表现以肺胃热盛,心肝火旺为主,病程较短,以<5年者居多,患者大多形体肥胖;气虚兼阴虚证,以心脾气虚、肝肾阴虚证为主,病程较长,5~10年居多,患者形体肥胖,血糖血脂更高,该型占糖尿病76.52%,比例最高,为糖尿病基本证型<sup>[3]</sup>。本研究发现,气阴两虚型和阴虚热盛型体重指数均>24,气阴两虚型较阴虚热盛型体重指数和腰臀围比值有所下降,但两者之间差异无显著性;虽然对象均为初发2型糖尿病患者,未经过降糖治疗,但是气阴两虚型较阴虚燥热型患者FBG、2hPBG、HbA<sub>1c</sub>、TG明显升高,存在更加严重的糖脂代谢紊乱<sup>[4]</sup>;而且气阴两虚型较阴虚热盛型患者并发早期糖尿病肾病和(或)糖尿病眼底病变例数明显增加。表明气阴两虚型较阴虚热盛型患者在未就诊之前已经存在较长时间的高血糖、高血脂,进一步证实了糖尿病的中医证型按照阴虚燥热→气阴两虚规律动态演变。

此外,气阴两虚型较阴虚热盛型患者空腹和餐后1h、2h、3h胰岛素水平均降低,尤其以餐后2h更为明显,提示由于长期高血糖、高血脂,糖毒、脂毒造成胰岛

β细胞功能严重受损<sup>[5]</sup>,气阴两虚型较阴虚热盛型患者胰岛β细胞功能受损情况更为严重。阴虚热盛证各时相呈现高胰岛素、高C-肽血症,以胰岛素抵抗为主。而气阴两虚型胰岛素释放曲线呈延缓分泌型,随着病情的发展,胰岛β细胞功能逐步耗竭,胰岛素抵抗逐渐加重<sup>[6,7]</sup>。

因此,不同中医证型的初诊2型糖尿病患者存在糖脂代谢、胰岛分泌功能和并发症等方面的差异。糖尿病的客观指标与辨证分型有密切的联系,只有将二者相结合,逐步形成中西医结合的诊断模式,才能进行合理的辨证施治。

## 参 考 文 献

- 1 中华人民共和国卫生部. 中药新药临床研究指导原则. 第1辑. 1993:215.  
Ministry of Health, P. R. China. Guidance of principle of clinical research of new drug. 1st Volume. 1993:215.
- 2 中华医学会糖尿病学会. 糖尿病临床指南. 北京:北京医科大学出版社, 2000:214—215.  
Diabetes Society of Chinese Medical Association. Clinical guideline of diabetes mellitus. Beijing: Beijing Medical University Press, 2000:214—215.
- 3 林 兰, 刘喜明. 中医药治疗糖尿病及其机理研究. 河南中医药学刊 1999;14(4):1—2.  
Lin L, Liu XM. Study on mechanism of diabetes mellitus treated by traditional Chinese medicine. Henan J Tradit Chin Med Pharmacy 1999;14(4):1—2.
- 4 李智杰, 张 荣. 2型糖尿病患者中医辨证分型与脂质代谢关系探讨. 山西中医 1999;15(5):20—21.  
Li ZJ, Zhang R. Approach on correlation of type 2 diabetes mellitus syndrome differentiation and lipid metabolism. Shanxi J TCM 1999;15(5):20—21.
- 5 Saltiel AR, Kahn CR. Insulin signalling and the regulation of glucose and lipid metabolism. Nature 2001;414(6865):799—806.
- 6 周国英, 武雪萍, 鞠克培, 等. 2型糖尿病中医辨证分型与胰岛素抵抗的关系. 福建中医学院学报 2002;12(4):3—5.  
Zhou GY, Wu XP, Heng KP, et al. The relation of syndrome differentiation of type 2 diabetes mellitus and insulin resistance. J Fujian College TCM 2002;12(4):3—5.
- 7 Porte D Jr, Kahn SE. Beta-cell dysfunction and failure in type 2 diabetes: potential mechanisms. Diabetes 2001;50(Suppl 1):S160—163.

(收稿:2003-11-19 修回:2004-04-02)