

糖尿病伴颈动脉内膜中层增厚的中医证治特点

向盈¹ 魏军平²

(1 总参谋部总医院解放军第309医院中医科,北京,100091; 2 中国中医科学院广安门医院内分泌科,北京,100053)

摘要 目的:本课题通过收集中国中医科学院广安门医院内分泌科2011—2012年度糖尿病颈动脉内膜中层增厚患者的症状、证候分布、舌象、脉象及中药使用情况,分析并总结出其中医证治特点。方法:根据既往病例资料,统计患者的症状、体征、舌象、脉象等基本情况,并且将各药物分别按功效、药性、药味、五脏归经、累计总剂量进行分类统计。结果:本研究发现糖尿病颈动脉内膜中层增厚患者最常见的证型为气阴两虚,最容易兼夹瘀血及湿邪。其最常见的症状除传统意义上口干、多饮、多尿外,乏力也在糖尿病伴颈动脉内膜中层增厚患者中普遍存在。糖尿病伴颈动脉内膜中层增厚最常使用的中药为茯苓,黄芪,麦冬,生地黄,太子参。按中药功效对异常组所有药物进行总结后发现使用最多的为补虚药和清热药。按中药药性分类,使用最多的为温性药和平性药。按中药药味统计,使用最多的为甘味药。结论:糖尿病伴颈动脉内膜中层增厚以气阴两虚型患者最为多见,临床上除常规使用益气养阴药物以外,还可根据其兼伴症状的不同,选择清热药类的药物对症治疗。

关键词 颈动脉内膜中层厚度;糖尿病;中医证治特点

TCM Syndrome Characteristics of Diabetes and Carotid Intima-media thickening

Xiang Ying^{1,2}, Wei Junping¹

(1 Guang'anmen hospital, China Academy of Chinese Medical Sciences, Beijing 100053, China;

2 Beijing university of Chinese medicine, Beijing 100029, China)

Abstract Objective: By collecting symptoms, syndrome distribution, tongue and pulse condition and use of Chinese medicine in diabetes and increased carotid intima-media thickness patients from 2011 to 2012, the research summarized the features of Chinese medical treatment. **Methods:** According to the history records, the research collected symptoms and signs, tongue and pulse condition, and medication historical information. **Conclusion:** This study found that diabetes patients with carotid intima-media thickening were most commonly seen with syndrome of qi and Yin deficiency, accompanied by blood stasis and the dampness. In addition to the traditional symptoms such as dry tongue, thirst, polyuria, physical tiredness was also commonly seen. Usual medication included poria cocos, radix astragali, radix ophiopogonis, radix rehmanniae, radix pseudostellariae, which fell to the category of tonifying and heat-clearing, warm and neutral in nature, and sweet in taste.

Key Words Carotid intima-media thickness; Diabetes; Characteristics of TCM syndrome

中图分类号:R255.4 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1673-7202.2015.06.033

糖尿病,中医称之为消渴,首见于《素问·奇病论》,根据病机及症状的不同,《黄帝内经》还有肺消、膈消、消中等名称的记载。消渴病的病因,多由禀赋不足、饮食失节、情志失调、劳欲过度等原因导致。其发病的脏腑在肺、胃、肾,病机主要在于阴津亏损、燥热偏胜,而以阴虚为本,燥热为标,两者互为因果。

1 数据来源

本研究所有病例均来源于中国中医科学院广安门医院,2011年1月至2012年12月于广安门医院内分泌科住院期间确诊为消渴病患者。

2 研究方法

分组方法:本研究将所有患者分为2组:将糖尿

病患者根据颈动脉彩超增厚与否分为糖尿病伴颈动脉内膜中层增厚组(A组),糖尿病伴颈动脉内膜中层厚度正常组(B组)。根据既往病例资料,统计患者的症状、体征、舌象、脉象等基本情况,并且将各药物分别按功效、药性、药味、五脏归经、累计总剂量进行分类统计,其中药物的功效及性味归经参照普通高等教育“十一五”国家级规划教材《中药学》和《中药大辞典》。将病例资料统一录入计算机,用Excel软件将调查内容作成数据库,应用SPSS17.0统计软件处理。所有计量资料均采用“均数±标准差”形式。计数资料采用卡方检验,计量资料采用独立样本 t 检验。

基金项目:中国中医科学院“名医名家传承”资助项目(编号:CM20121003)

作者简介:向盈(1986.7—),女,硕士研究生,住院医师,解放军309医院中医科,研究方向:内分泌,E-mail:xxiangying2004@163.com

通信作者:魏军平(1966.9—),男,博士研究生,主任医师,研究方向:内分泌,E-mail:weijunping@126.com

3 诊断与纳入排除标准

3.1 2型糖尿病诊断标准 中华医学会内分泌学分会2008年版《中国2型糖尿病诊治指南》中糖尿病的诊断标准。

表1 糖代谢状态分类(WHO 1999)

糖代谢状态	静脉血浆葡萄糖(mmol/L)	
	空腹血糖(FPG)	糖负荷后2h血糖(2hPG)
正常血糖	<6.1	<7.8
空腹血糖受损(IFG)	6.1- <7.0	<7.8
糖耐量减低(IGT)	<7.0	7.8- <11.1
糖尿病	>=7.0	>=11.1

注:IFG和IGT统称为糖调节受损。

表2 糖尿病的诊断标准

诊断标准	静脉血浆葡萄糖水平(mmol/L)
1)糖尿病症状(高血糖所导致的多饮、多食、多尿、体重下降、皮肤瘙痒、视力模糊等急性代谢紊乱表现)加上血糖检测	>=11.1
或	
2)空腹血糖(FPG)	>=7.0
或	
3)葡萄糖负荷后2h血糖	>=11.1
无糖尿病症状者,需次日重复检查	

注:空腹状态指至少8h没有进食热量;随机血糖指不考虑上次用餐时间,一天中任何时间的血糖,不能用来诊断空腹血糖受损(IFG)或糖耐量减低(IGT)。

颈动脉内膜中层厚度及测量方法:颈动脉内膜中层厚度为腔内膜交接面至外膜上层之间的距离。颈动脉内膜测量的一般方法:颈动脉检测由广安门医院彩超室经验丰富的彩超人员使用 Philips iE33型彩色超声诊断仪,实用 L11-3 探头,检测患者双侧颈总动脉、颈动脉分叉部、颈内动脉起始段及颈外动脉。探查颈动脉内中膜厚度以及有无斑块形成及斑块形态、大小、数量、软硬度。根据2003年欧洲高血压治疗指南,颈动脉内膜厚度大于或等于0.9mm即为增厚,斑块突出于管腔内,呈现不同强度的等回声或混合回声为软斑块,强回声伴有声影为硬斑块。

中医辨证标准主要根据《中华人民共和国国家标准·中医临床诊疗术语证候部分》,参照中华医学会内分泌学分会2008年版《中国糖尿病疾病诊治指南》中糖尿病的诊断标准中相关内容而制定。并参照姚乃礼等,中医证候鉴别诊断学。人民卫生出版社,2002年9月第二版;邓铁涛等,中医证候规范。广东科技出版社,1990年8月第一版。

3.2 纳入标准 符合糖尿病诊断标准,且接受颈动脉彩超检查。

3.3 排除标准 1)凡不符合纳入标准者。2)基础

疾病较多且严重,影响调查结果准确性者。

4 研究结果

表3 糖尿病颈动脉内中膜增厚患者中医证候分布及兼夹证情况

	异常组		正常组	
	例数	百分比(%)	例数	百分比(%)
气阴两虚	926	81.66	357	72.71
阴虚火旺	77	6.79	67	13.65
阴阳两虚	54	4.76	9	1.83
肝胃郁热	58	5.11	46	9.37
夹瘀	919	81.04	325	66.19
夹痰	21	1.85	6	1.22
夹热	24	2.12	14	2.85
夹湿	483	42.59	77	15.68

表4 糖尿病颈动脉内中膜增厚患者症状的频数分布

症状	频数	百分比(%)	症状	频数	百分比(%)
口干	968	85.36	四肢发凉	287	25.31
乏力	856	75.49	尿频	272	23.99
四肢麻木	536	47.27	胸闷	248	21.87
夜尿频多	475	41.89	心慌	223	19.66
多饮	474	41.80	多汗	155	13.67
视物模糊	458	40.39	咳嗽	133	11.73
便秘	436	38.45	气短	130	11.46
失眠	394	34.74	四肢水肿	129	11.38
头晕	349	30.78	多食易饥	128	11.29
四肢疼痛	287	25.31	纳差	110	9.70

表5 糖尿病颈动脉内中膜不增厚患者症状的频数分布

症状	频数	百分比(%)	症状	频数	百分比(%)
口干	435	88.59	失眠	170	34.62
乏力	375	76.37	夜尿频多	142	28.92
多饮	211	42.97	头晕	138	28.11
四肢麻木	202	41.14	便秘	117	23.83
视物模糊	173	35.23	四肢发凉	112	22.81

表6 糖尿病颈动脉内中膜增厚患者气阴两虚型舌象

舌象	频数	百分比(%)	舌象	频数	百分比(%)
暗	696	61.38	薄	430	37.92
淡	277	24.43	白	450	39.68
红	597	52.65	黄	404	35.63
裂纹	46	4.06	腻	354	31.22
胖大	43	3.79	厚	80	7.05
齿痕	43	3.79	干	36	3.17
瘀点	16	1.41	少	68	6.00
紫	65	5.73	灰	4	0.35
嫩	1	0.09	黑	3	0.26
水滑	1	0.09	腐	1	0.09
花剥	1	0.09	燥	3	0.26

表7 糖尿病颈动脉内膜中层不增厚患者气阴两虚型舌象

舌象	频数	百分比(%)	舌象	频数	百分比(%)
暗	236	48.07	薄	171	34.83
淡	102	20.77	白	217	44.20
红	234	47.66	黄	126	25.66
裂纹	17	3.46	腻	140	28.51
胖大	17	3.46	厚	21	4.28
齿痕	33	6.72	干	14	2.85
瘀点	3	0.61	少	12	2.44
紫	17	3.46	灰	1	0.20
绛	1	0.20	黑	2	0.41

表8 糖尿病患者气阴两虚型脉象情况

脉象	异常组		正常组	
	频数	百分比(%)	频数	百分比(%)
弦	513	45.24	175	35.64
沉	288	25.40	136	27.70
滑	282	24.87	94	19.14
细	475	41.89	204	41.55
数	60	5.29	24	4.89
缓	27	2.38	7	1.43
涩	15	1.32	3	0.61
弱	40	3.53	12	2.44
结	10	0.88	3	0.61

表9 异常组药物功效分类的频次及百分比

药物种类	味数	频次	百分比(%)
解表药	11	613	5.07
清热药	20	2178	18.01
泻下药	3	78	0.64
祛风湿药	4	104	0.86
化湿药	4	420	3.47
利水渗湿药	7	1405	11.62
温里药	3	59	0.49
理气药	8	507	4.19
消食药	5	133	1.10
止血药	1	12	0.10
活血化瘀药	13	1924	15.91
化痰止咳平喘药	7	398	3.29
安神药	6	281	2.32
平肝熄风药	6	286	2.36
开窍药	1	44	0.36
补虚药	21	3599	29.76
收涩药	3	54	0.45
总计	123	12095	100

表10 各种补虚药的出现频次及百分比

药物种类	药物味数	出现频数	百分比(%)
补气药	7	1865	51.82
补阳药	3	91	2.53
补血药	4	937	26.04
补阴药	7	706	19.62
总计	21	3599	100

表11 各种清热药的出现频次及百分比

药物种类	药物味数	出现频次	百分比(%)
清热泻火药	8	295	13.54
清热燥湿药	3	389	17.86
清热解毒药	5	141	6.47
清热凉血药	4	1353	62.12
总计	20	2178	100

表12 各种活血化瘀药出现频次及百分比

药物种类	药物味数	出现频次	百分比(%)
活血止痛药	4	479	24.90
活血调经药	7	1414	73.49
活血疗伤药	2	31	1.61
总计	13	1924	100

表13 消渴病使用药物的药性与频次

药性	药物味数	频次	百分比(%)
大寒	1	17	0.13
大热	2	34	0.26
寒	26	2024	15.56
凉	6	833	6.40
平	29	3151	24.22
热	1	25	0.19
微寒	20	2089	16.06
微温	11	1540	11.84
温	32	3296	25.34

表14 消渴病使用药物的药味与频次

药味	药物味数	频次	百分比(%)
酸	4	892	6.86
苦	29	3251	24.99
甘	57	6430	49.43
辛	33	2242	17.23
咸	5	194	1.49

5 异常组中药使用情况

5.1 按药物使用的频次排序 异常组共使用药物301味,共出现13947次,忽略出现10次以下的中药不计,剩余187味药,共出现13431次,按频次由高到低分别为:茯苓667次,生黄芪562次,麦冬518次,生地黄518次,太子参516次,当归457次,牡丹皮428次,山茱萸424次,五味子423次,泽泻409次,山药388次,赤芍350次,丹参347次,川芎321次,牛膝285次,熟地黄276次,红花262次,桃仁250次,白芍188次,白术184次。前20味药物中,主要包含参芪麦味地黄汤之意,提示了益气养阴为消渴病的治疗大法。

5.2 按功效排序 按药物的功效可将其分为清热药,泻下药,祛风湿药,利水消肿药,温里药,理气药,

止血药,活血药,补虚药等。

5.3 每类药物使用频次分析

5.4 按药性分类

5.5 按药味统计

6 讨论

糖尿病,中医称之为“消渴”,是以多饮、多食、多尿、乏力、形体消瘦或尿有甜味为其主要临床表现的病症。对于消渴病因的认识,认为其与饮食不节、情志失调、房室伤肾、禀赋不足等密切相关。消渴的基本病机是阴虚为本,燥热为标。两者互为因果,阴虚愈盛则燥热愈盛,燥热愈盛则阴愈虚。病变的脏腑主要在肺、脾、胃、肾,尤以肾为关键。燥热伤肺,则肺不布津;燥热伤胃,则胃火炽盛,消谷善饥;燥热伤肾,则肾气不固,水谷精微随小便而出。根据其临床表现提出“上消、中消、下消”,病位分别位于肺、胃、肾。上消以烦渴引饮、口干舌燥为主症,中消以消谷善饥、大便干结为主症,下消以尿频、状如膏脂为主症。临床症状常相兼存在。

6.1 糖尿病伴颈动脉内膜中层增厚的中医常见证型分析

本研究发现糖尿病伴颈动脉内膜中层增厚患者最常出现的证型为气阴两虚,且最容易兼夹瘀血及湿邪。西医认为2型糖尿病的发生与胰岛素抵抗密切相关,且胰岛素抵抗可存在于糖耐量异常的患者及未出现糖耐量异常的正常人。众多医家认为胰岛素抵抗与浊毒密切相关,不同的浊毒导致消渴病的病因各异,但与消渴病“气阴两虚”的病机密切相关。韦少玲等认为浊毒与胰岛素抵抗密切相关,贯穿于消渴病发展的全过程,更可能是其变证迁延和加重的关键所在^[1]。赵伟等认为浊毒可能是糖尿病并发症迁延和加重的关键所在,血糖控制不佳、血脂增加,血液黏稠性增高均在糖尿病并发症的发生、发展中占有重要地位。他认为高血糖即糖毒、可化痰生热;高血脂即脂毒,血脂性质黏滞,可视为痰浊之邪。血液黏稠导致瘀血形成,而痰浊、瘀血日久可变生浊毒而导致糖尿病多种并发症^[2]。浊毒随其壅滞的部位不同而使消渴变证丛生。若壅滞于肾络,使肾不藏精,精气外泄则成关格;还可壅滞于眼、血脉等不同部位,则生雀目、血痹^[3]。消渴病浊毒的成因复杂多样,但总体上来说与“先天禀赋不足,饮食劳倦,七情所伤,脏腑虚弱”的关系密切。《黄帝内经》中所谓“五气之溢”和“津液在脾”。因此浊毒与脾、肾关系密切。其本质是多种原因导致脾弱而不能升清降浊,水谷不化精微,反生壅滞之气化生的血浊内瘀。脏腑因浊毒损伤后,易耗伤气血津液,影响

生成、输布并导致代谢的紊乱。浊毒可导致消渴,而消渴又可产生浊毒,两者互为因果,导致疾病缠绵难愈,变证蜂起。浊毒从广义上包括血瘀、痰浊等病理因素,每种病理因素均有其不同的致病特点。关于血瘀与消渴病的关系,早在内经中就有所提及,在《灵枢·五变》篇中就论述到“黄帝曰:人之善病消瘵者,何以候之?少俞答曰:五藏皆柔弱者,善病消瘵。黄帝曰:何以知五藏之柔弱也?少俞答曰:夫柔弱者,必有刚强,刚强多怒,柔者易伤也。黄帝曰:何以候柔弱之与刚强?少俞答曰:此人皮肤薄而目坚固以深者,长冲直扬,其心刚,刚则多怒,怒则气上逆,胸中畜积,血气逆留,宽皮充肌,血脉不行,转而为热,热则消肌肤,故为消瘵,此言其人暴刚而肌肉弱者也。”认为怒则气逆,气血积于胸中,血脉不行,淤积日久转化为热,消灼肌肤则发为消瘵,即消渴。糖尿病足是糖尿病众多并发症中慢性致残性并发症。它的发生是正盛邪实、热毒雍盛所致,以气阴两虚为本,热毒血瘀为标,因而血瘀与糖尿病足的发生也密切相关^[4]。程森华等认为阴虚血瘀与消渴及其变证关系密切,消渴病发生日久则耗气伤阴,气虚则血行无力,因而致瘀;阴液暗耗则血脉不充,血行不畅亦可致瘀。这些均与中医的“久病入络”理论相互印证。而血瘀日久亦可导致阴虚,形成阴虚之证。阴虚与血瘀相互影响,相互作用,为糖尿病微血管病变的基本病机^[5-6]。武挺通过观察100例糖尿病肾病的患者发现血瘀与糖尿病肾病密切相关,且血瘀证的病情严重程度与糖尿病肾病的分期呈正相关^[7]。康晓燕等认为糖尿病伴骨质疏松症这一疾病名称虽然在中医学中并没有对应的具体名称,但根据其症状可将其归纳至“骨痹”。内经中认为“肾主骨,生髓”“髓者骨之充也”“肾主身之骨髓”,因而骨痹的发病与肾脏密切相关。且古籍中对于消渴病与肾脏的关系也多有论述。《医宗必读》就指出“消渴病本在肾”,而血瘀则是其主要的致病因素。消渴日久则生燥热,耗伤肾阴则生瘀滞。瘀血内阻则肾失所养,而肾精亏虚,骨失所养则发为骨痹^[8]。陈晓旭等认为血瘀与糖尿病视网膜病变有着密切的关系^[9]。

痰浊是人体脏腑气血失和、津液运化失常的病理产物。中医认为痰可分为有形之痰和无形之痰,有形之痰主要指咳吐而出的肺胃之痰,无形之痰与脾胃关系密切,因各种原因导致脾运失常,不能化生水谷精微,清从浊化,聚而为痰或因脾失建运,清浊升降失司,水液内停则酿生痰浊。《医宗必读》中就

有“脾土虚弱,清者难升,浊者难降,留中滞膈,痰而成痰”。《杂病源流犀烛》中认为痰“其为害,上至颠顶,下至涌泉,随气升降,周身内外皆到,五脏六腑俱有”的特点。王利明认为胰腺属于中医“脾”的范畴,三大营养物质均需胰腺分泌的各种蛋白酶的消化后才能被机体吸收,若胰腺功能失常则各种物质吸收障碍就会出现气血生化不足的脾虚现象。此外,胰腺是命门之火的重要组成部分,若胰腺功能失常则会出现发育迟缓、形体消瘦等阳虚之征,也会出现烦渴、烦热等血糖升高之象^[10]。众多医家从临床实际出发,发现痰浊与胰岛素抵抗出发。杨辰华等从“肥人多湿”的角度出发,结合临床观察到有胰岛素抵抗患者表现出的脘痞胸闷、口渴不欲饮、口中粘腻或有甜味、身体困重、舌苔厚腻等湿邪内蕴之象,认为糖尿病胰岛素抵抗应从痰湿论治^[11]。陈霞波等通过比较气虚痰浊型、气阴两虚型及阴虚热盛型2型糖尿病患者的胰岛素抵抗情况,发现气虚痰浊型患者胰岛素抵抗程度最严重^[12]。聂焱通过观察60例消渴痰证型患者,发现患者症状的严重程度与胰岛素抵抗程度呈正相关,这可能提示胰岛素抵抗是痰证形成的重要病理基础^[13]。

此外,在临床上痰浊与瘀血往往相煎为害,唐容川在《血证论》中提出“血积既久,亦能化为痰水”。痰瘀可互为因果,导致本病本虚标实,病证错综复杂,变证蜂起,缠绵难愈。

6.2 糖尿病伴颈动脉内膜中层增厚的证候及舌像、脉象分析

传统认为消渴病的典型症状为三多一少即多饮,多食,多尿和体重减轻,而本研究发现糖尿病伴颈动脉内膜中层增厚的患者最常出现的症状为口干、乏力、四肢麻木、夜尿频多、多饮,糖尿病不伴颈动脉内膜中层增厚的患者最常出现的症状为口干、乏力、多饮、四肢麻木、视物模糊。中医认为乏力与脾有关,内经中认为“饮入于胃,游溢精气,上输于脾,脾气散精,上归于肺,通调水道,下输膀胱,水精四布,五经并行”,在《灵枢·营卫声会篇》“人受其于谷,谷入于胃,以传与肺,五脏六腑皆以受其,其清者为营,浊者为卫”。脾气不足,无以运化水谷精微,则五脏六腑皆无以濡养。脾主四肢,脾气不足,则全身乏力。“血为气之母,气为血之帅”故脾气不足,无力推动血液运行,四末无以濡养,则四肢麻木,疼痛。

异常组患者最常见的舌象为暗红舌,薄白或薄黄苔,正常组患者最常见的舌象亦为暗红舌,苔薄白或者薄黄。上述舌脉均符合患者气阴两虚的证型,

根据舌苔是薄白或薄黄分别患者是否兼夹郁热,这也体现了中医辨证论治,辨病论治的思想内涵。

6.3 糖尿病伴颈动脉内膜中层增厚的中药分析

6.3.1 按中药使用频次,前5位的药物依次为茯苓,黄芪,麦冬,生地黄,太子参。这五位药物中茯苓,黄芪及太子参均具有补气健脾,麦冬,生地黄具有养阴生津之效,体现了益气养阴为消渴病治疗大法。前20位药包括茯苓,黄芪,麦冬,生地黄,太子参,当归,牡丹皮,山茱萸,五味子,泽泻,山药,赤芍,丹参,川芎,牛膝,熟地黄,红花,桃仁,白芍,白术。这包括了参芪麦味地黄汤这一方剂,参芪麦味地黄汤以六味地黄汤加党参、黄芪、麦冬、五味子组成。六味地黄汤最早出自宋·钱乙《小儿药证直诀》。全方配伍,三补三泻。在此方的基础上加用党参、黄芪以健脾补气,麦冬以滋阴润燥,五味子以益气生津,补肾宁心。根据现代药理研究,六位地黄汤治疗糖尿病肾病效果良好,在血糖达标的情况下可以降低糖尿病肾病尿白蛋白排泄率^[14],降低24h尿蛋白^[15-16],并且改善患者肾功能^[17]。具体机制尚不详,但有学者认为六味地黄汤治疗2型糖尿病肾阴虚证与其对神经内分泌免疫网络调节有着密切的关系^[18],并且有研究指出六味地黄汤可以降低糖尿病大鼠肾脏组织中过氧化脂质的含量,降低肾脏肥大,改善其高滤过状态^[19]。另有医家使用六味地黄汤加活血化瘀中药用治糖尿病视网膜病变(肝肾阴虚证),发现使用中药治疗的患者症状的改善时间更短,效果更好^[20]。

6.3.2 按中药功效分类,使用最多的药物是补虚药和清热药,反映消渴病阴虚为本,燥热为标。在补虚药中,补气药使用最多,占使用补虚药的总频次的51.82%,其次为补血药和补阴药,充分体现了我院内分泌科医生对于“气为血之帅,血为气之母”这一理论的认识,且补气药中使用最多的黄芪^[21],太子参^[22]根据现代药理研究均具有降低血糖,改善血脂代谢的作用。清热药中使用最多的是清热凉血药,共使用1353次,占清热凉血药使用总量的62.12%,其中生地黄使用最多,生地黄清热凉血,根据现代药理研究生地黄可改善胰岛素抵抗、抑制胰岛细胞凋亡^[23],并且对2型糖尿病大鼠大血管具有保护作用^[24],其机制可能与其具有抗氧化作用,使机体清除自由基能力增强,从而达到保护血管内皮的作用^[25]。

6.3.3 按中药药性分类,使用最多的为温性药,平性药。温性药使用最多的为当归,五味子。当归补

血活血,五味子益气养阴,两药均具有温补作用。近代已有医家提出,治疗消渴应以补肾为经,畅通三焦为纬^[26]。一方面长期使用苦寒药物,炅伐正气,正气不顾,则邪气留连;另一方面,消渴病病机为气阴两虚。人体阴阳互根互用,阴虚日久必损及阳。故而在使用苦寒药物外,也应该适当配伍温性药以顾护正气。

6.3.4 按中药药味统计,使用最多的为甘味药,甘味药具有补虚缓急,淡渗利湿,调和诸药之功。甘味药在中药中所占比例最大,大约占全部药物的三分之一,多数甘味药属于补益药物,说明补益中医,缓中补虚是治疗消渴病的基本原则,且根据近现代研究,甘味药具有调节机体免疫能力的作用^[27]。

参考文献

[1] 韦少玲,李巧云,肖燕爽,等.从“浊毒”论治2型糖尿病胰岛素抵抗探微[J].光明中医,2011,2(4):633-634.

[2] 赵伟,李双蕾.糖尿病神经病变浊毒损络病机探微[J].新中医,2006,38(9):4-5.

[3] 吴深涛.论浊毒与糖尿病糖毒性和脂毒性的相关性[J].中医杂志,2004,45(9):647-649.

[4] 李亦聪,孙惠华,钟启腾,等.中西医结合治疗热毒血瘀型糖尿病足20例疗效观察[J].2012,4(1):81-82.

[5] 程森华,方朝晖.糖尿病微血管病变从阴虚血瘀论治探析[J].安徽中医学院学报,2012,31(4):7-10.

[6] 蓝元隆,黄苏萍,衡先培,等.建立以“脾虚痰蕴血瘀”为核心机制的2型糖尿病辨治理论体系[J].福建中医药大学学报,2013,23(2):44-46.

[7] 武挺.血瘀证与糖尿病肾病的关系及PGEI治疗的影响[D].福州:福建中医药大学,2012.

[8] 康晓燕,莫崇念,刘殊宇,等.肾虚血瘀为糖尿病性骨质疏松症的主要病机[J].河南中医,2012,32(3):316-317.

[9] 陈晓旭,汪悦.从血瘀论治糖尿病视网膜病变体会[J].山东中医杂志,2012,31(3):175-176.

[10] 王利明.从痰湿论治胰岛素抵抗[J].现代中西医结合杂志,2003,12(7):783-784.

[11] 杨辰华.从痰湿论治糖尿病胰岛素抵抗的体会[J].四川中医,2005,23(1):10-11.

[12] 陈霞波,王晖,周建扬,等.2型糖尿病气虚痰浊型与胰岛素抵抗的相关性研究[J].中医临床杂志,2006,18(3):255-256.

[13] 聂焱.2型糖尿病中医痰湿证与胰岛素抵抗的相关性研究[D].福州:福建中医学院,2006.

[14] 薛婧,白君伟,梁莘茂,等.六味地黄汤治疗早期糖尿病肾病36例临床观察[J].实用中医内科杂志,2008,22(2):31.

[15] 郑作孜.六味地黄汤加减治疗早期糖尿病肾病微量白蛋白之临床观察[D].武汉:湖北中医学院,2005.

[16] 高建东.加味地黄汤治疗糖尿病肾病蛋白尿临床观察[J].山东中医药大学学报,2007,31(4):297-298.

[17] 魏连波,陈旭红,马志刚,等.氯沙坦配合加味六味地黄汤对老年糖尿病肾病早期微量白蛋白排泄率的影响[J].中国中西医结合肾病杂志,2000,1(2):85-87.

[18] 冯兴中,尹英杰,姜敏,等.六味地黄汤治疗2型糖尿病肾阴虚证与非肾阴虚证的临床实验研究[J].中华中医药杂志,2012,27(11):2995-2999.

[19] 袁咏,曲竹秋,周云岩,等.六味地黄汤对糖尿病大鼠肾脏抗脂质过氧化损伤的影响[J].新中医,1999,31(6):36-37.

[20] 唐犀麟.明目地黄汤联合激光治疗糖尿病视网膜病变(肝肾阴虚证)临床研究[J].广州中医药大学学报,2009,26(3):225-230.

[21] 牛琳琳,琚保军.黄芪在心血管疾病中的药理及临床应用探究[J].中医临床研究,2012,4(7):46-47.

[22] 姚先梅,段贤春,吴健,等.太子参多糖对实验性糖尿病大鼠血糖、血脂代谢和肾脏病理的影响[J].安徽医药,2014,18(1):23-26.

[23] 赵静.黄连、生地及其配伍对2型糖尿病大鼠治疗作用及机制的比较研究[D].武汉:华中科技大学,2011.

[24] 杨明炜,赵静,邹欣,等.黄连、生地及其配伍对2型糖尿病大鼠治疗作用的比较研究[J].中西医结合研究,2012,4(6):302-305.

[25] 刘斌,许惠琴,吴诚,等.生地-山茱萸对糖尿病大鼠血管的保护作用[J].中国老年学杂志,2012,7(32):2750-2752.

[26] 王芳芳.浅析温阳法治疗消渴病的机理[J].国医论坛,2014,29(1):15-17.

[27] 于培明,田智勇,林桂涛,等.甘味药的药性理论及其配伍探讨[J].时珍国医国药,2005,16(1):77-78.

(2014-05-15 收稿 责任编辑:徐颖)