

2 型糖尿病中医辨证分型研究*

淦家荣, 陈岳祺

(云南中医学院第一附属医院, 云南昆明 650021)

[摘要] 目的: 探讨 2 型糖尿病患者年龄、病程、家族史、体重指数、并发症及合并症对中医辨证分型的影响。方法: 对在我院内分泌科住院的 2 型糖尿病患者 545 例的相关资料进行回顾分析整理。结果: 年龄及病程与证型显著相关, 表现为: 随年龄增加热盛伤津证比例递减, 气阴两虚夹瘀证比例递增; 随病程增加热盛伤津证、肝肾阴虚证及气阴两虚证比例递减, 肝肾阴虚夹瘀证、气阴两虚夹瘀证、阴阳两虚证比例递增 (P 均 < 0.01)。体重指数与证型无明显相关性 (P 均 > 0.05)。并发酮症者热盛伤津证比例明显增加, 有显著差异 ($P < 0.05$); 并发周围神经病变、肾病及眼病者肝肾阴虚夹瘀证及气阴两虚夹瘀证比例明显增加, 有显著差异 (P 均 < 0.001)。高血压、脂代谢紊乱、脑血管病变及其他合并症 (高尿酸血症、痛风及冠心病) 与证型无相关性, 且各合并症之间与证型亦无相关性 (P 均 > 0.05)。

[关键词] 2 型糖尿病; 中医证型; 分型规律

中图分类号: R259 文献标志码: A 文章编号: 1000—2723(2012)05—0041—05

2 型糖尿病属中医“消渴”范畴, 历来认为“阴虚燥热”为其基本病机。随着人们生活水平不断提高, 生活方式明显改变, 寿命日益延长, 各种并发症及合并症越来越多, 病因病机发生了较大的变化, 古老的辨证论治方法已无法满足当今对消渴病的治疗。为此, 广大中医学者从多方面进行了消渴病中医辨证分型规律的探讨, 但结论不尽相同, 如刘红茹综述糖尿病中医辨证分型研究进展^[1]。为探讨 2 型糖尿病患者年龄、病程、家族史、体重指数、并发症及合并症对中医辨证分型的影响, 我们对 2009 年 9 月至 2011 年 6 月在我院内分泌科住院的 545 例 2 型糖尿病患者的相关资料进行回顾分析整理, 现将结果报告如下:

1 资料及方法

1.1 一般情况

545 例均为 2009 年 9 月至 2011 年 6 月在我院内分泌科住院的患者, 多次住院患者采用第一次住院资料, 根据 1999 年 WHO 制定的诊断标准确诊为 2 型糖尿病。545 例患者中男性 239 例 (43.9%), 女性 306 例 (56.1%)。年龄最小 22 岁, 最大 86 岁, 平均 62.48 ± 12.26 岁; 病程最短

1 月, 最长 30 年, 平均 7.43 ± 6.16 年; 有家族史 168 例 (31%), 无家族史 377 例 (69%)。有体重指数者 397 例, 最小 15.22 kg/m^2 , 最大 38.3 kg/m^2 , 平均 $(24.01 \pm 3.39) \text{ kg/m}^2$ 。热盛伤津证 38 例 (6.97%), 肝肾阴虚证 98 例 (17.98%), 肝肾阴虚夹瘀证 89 例 (16.33%), 气阴两虚证 148 例 (27.16%), 气阴两虚夹瘀证 160 例 (29.36%), 阴阳两虚证 12 例 (2.2%)。有 27 例 (5.0%) 患者无典型糖尿病症状, 经 OGTT 试验明确诊断, 其中医辨证以伴随症结合舌脉象诊断。

1.2 中医辨证分型标准

参照 2007 版《糖尿病中医防治指南》^[2] 糖尿病辨证分型标准结合我科临床辨证分为: 热盛伤津证、肝肾阴虚证、肝肾阴虚夹瘀证、气阴两虚证、气阴两虚夹瘀证、阴阳两虚证。

热盛伤津证: 口干咽燥, 渴喜冷饮, 易饥多食, 尿频量多, 心烦易怒, 口苦, 溲赤便秘, 舌干红, 苔黄燥, 脉细数。出现口干咽燥, 渴喜冷饮, 同时见舌干红, 苔黄燥, 脉细数可诊断。

肝肾阴虚证: 小便频数, 浑浊如膏, 视物模糊, 腰膝酸软, 眩晕耳鸣, 五心烦热, 低热颧红,

* 基金项目: 云南省教育厅资助项目 (NO: 09C0150)

收稿日期: 2012—04—17 修回日期: 2012—06—05

作者简介: 淦家荣 (1962~), 女, 江西永修人, 副主任医师, 主要从事中医内分泌临床工作。

口干咽燥，多梦遗精，皮肤干燥，雀目，或蚊蝇飞舞，或失明，皮肤瘙痒，舌红少苔，脉细数。出现口干咽燥，五心烦热，或 3 个以上（包括 3 个）其他症状，同时见舌红少苔，脉细数可诊断。

气阴两虚证：咽干口渴，口渴多饮，神疲乏力，气短懒言，形体消瘦，腰膝酸软，自汗盗汗，五心烦热，心悸失眠，舌红少津，苔薄白干或少苔，脉弦细数。出现咽干口渴，神疲乏力，或 3 个以上（包括 3 个）其他症状，同时见舌红少津，苔薄白干或少苔，脉弦细数可诊断。

阴阳两虚证：小便频数，夜尿增多，浑浊如脂如膏，甚至饮一溲一，五心烦热，口干咽燥，神疲，耳轮干枯，面色黧黑；腰膝酸软无力，畏寒肢凉，四肢欠温，阳痿，下肢浮肿，甚则全身皆肿，舌质淡，苔白而干，脉沉细无力。出现夜尿增多，口干咽燥，神疲，畏寒肢凉，或 3 个以上其他症状，同时见舌质淡，苔白而干，脉沉细无力可诊断。

兼瘀血：肢体麻木或疼痛，下肢紫暗，胸闷刺痛，中风偏瘫，或语言蹇涩，眼底出血，唇舌紫暗，舌有瘀斑或舌下青筋显露，苔薄白，脉弦涩。

肝肾阴虚夹瘀证、气阴两虚夹瘀证：在上述肝肾阴虚证或气阴两虚证基础上兼有瘀血证任一症状，和/或见唇舌紫暗，舌有瘀斑或舌下青筋显露，苔薄白，脉弦涩可诊断。

1.3 排除标准

(1) 1 型糖尿病或合并有心、肝、肾等严重原发性疾病者。

(2) 有低血糖、酮症酸中毒、高渗昏迷等急性危重并发症及感染者。

(3) 临床表现复杂，证型难以归属为上述中医诊断标准中提到的任何一型者。

1.4 统计方法

所有统计检验均采用双侧检验， P 值小于或等于 0.05 将被认为所检验的差别有统计意义，两组的计量资料将采用均数 $\pm$ 标准差进行统计描述，采用 t 检验比较两组差异。多组比较采用方差分析 (ANOVA)。两组的计数资料采用频数（构成比）进行统计描述。两组比较双向无序采用 χ^2 检验，双向有序列联表资料用趋势 χ^2 检验，单向有序或等级分组资料采用非参数检验。基础值的均衡性分析：采用 t 检验或 χ^2 检验或非参数检验来比较人口学资料和其它基础值指标，以衡量两组均衡性如何。

2 结果

2.1 年龄、病程与证型分布情况

年龄与证型显著相关 ($P < 0.01$)，表现为随年龄增加热盛伤津证的比例递减，气阴两虚夹瘀证的比例递增；病程与证型显著相关 ($P < 0.01$)，表现为随病程增加热盛伤津证、肝肾阴虚证及气阴两虚证的比例递减，肝肾阴虚夹瘀证、气阴两虚夹瘀证、阴阳两虚证比例递增，详见表 1。

表 1 不同证型患者年龄、病程分布情况

	年龄/ n (%)				病程/年 (%)		
	≤ 40	41 ~ 54	55 ~ 64	≥ 65	< 5	5 ~ 10	> 10
热盛伤津	9 (27.3) *	11 (10.5) *	9 (5.9) *	9 (3.5) *	27 (12.6) *	5 (3.7) *	6 (3.1) *
肝肾阴虚	2 (6.1)	23 (21.9)	32 (20.9)	41 (16.1)	45 (21.0) *	26 (19.1) *	27 (13.8) *
肝肾阴虚夹瘀	7 (21.2)	12 (11.4)	25 (16.3)	45 (17.7)	29 (13.6) *	24 (17.6) *	36 (18.5) *
气阴两虚	10 (30.3)	35 (33.3)	36 (23.5)	67 (26.4)	67 (31.3) *	40 (29.4) *	41 (21.0) *
气阴两虚夹瘀	5 (15.2) *	22 (21.0) *	47 (30.7) *	86 (33.9) *	44 (20.6) *	38 (27.9) *	78 (40.0) *
阴阳两虚	0 (0.0)	2 (1.9)	4 (2.6)	6 (2.4)	2 (0.9) *	3 (2.2) *	7 (3.6) *
合计	33 (100.0)	105 (100.0)	153 (100.0)	254 (100.0)	214 (100.0)	136 (100.0)	195 (100.0)

注：证型与年龄、病程相关 * $P < 0.01$

2.2 体重指数与证型分布情况 0.05，详见表 2。
体重指数与中医证型无明显相关性， P 均 >

表 2 不同证型患者体重指数分布情况

	体重指数分级/n (%)			
	消瘦	正常	超重	肥胖
热盛伤津	0 (0.0)	9 (4.4)	10 (7.5)	8 (16.7)
肝肾阴虚	3 (30.0)	31 (15.0)	26 (19.5)	11 (22.9)
肝肾阴虚夹瘀	1 (10.0)	34 (16.5)	19 (14.3)	6 (12.5)
气阴两虚	3 (30.0)	61 (29.6)	34 (25.6)	8 (16.7)
气阴两虚夹瘀	3 (30.0)	66 (32.0)	41 (30.8)	14 (29.2)
阴阳两虚	0 (0.0)	5 (2.4)	3 (2.3)	1 (2.1)
合计	10 (100.0)	206 (100.0)	133 (100.0)	48 (100.0)

2.3 并发症与证型分布 任何并发症比较，中医证型分布差异显著 ($P < 0.001$)，表现为肝肾阴虚夹瘀证及气阴两虚夹瘀证的比例明显增加。因合并胃肠功能紊乱及神经源膀胱的病例仅 10 例，故未予统计，详见表 3。
并发酮症与无任何并发症比较，中医证型分布差异显著 ($P < 0.05$)，表现为酮症热盛伤津证比例明显增加，并发周围神经病变、肾病及眼病与无

表 3 不同证型患者并发症分布情况

	酮症/n (%)		周围神经病变/n (%)		肾病/n (%)		眼病/n (%)	
	无并发症	酮症	无并发症	神经病变	无并发症	肾病	无并发症	眼病
热盛伤津	16(9.4)	10(29.4)▼	16(9.4)	5(2.0)	16(9.4)	6(3.3)	16(9.4)	5(4.2)
肝肾阴虚	40(23.4)	4(11.8)	40(23.4)	35(13.8)	40(23.4)	27(14.7)	40(23.4)	23(19.5)
肝肾阴虚 夹瘀	12(7.0)	4(11.8)	12(7.0)	67(26.5)▲	12(7.0)	26(22.0)▲		
气阴两虚	76(44.4)	12(35.3)	76(44.4)	26(10.3)	76(44.4)	38(20.7)	76(44.4)	21(17.8)
气阴两虚 夹瘀	27(15.8)	4(11.8)	27(15.8)	113(44.7)▲	27(15.8)	71(38.6)▲	27(15.8)	39(33.1)▲
阴阳两虚	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	7(2.8)	0(0.0)	9(4.9)	0(0.0)	4(3.4)
合计	171(100.0)	34(100.0)	171(100.0)	253(100.0)	171(100.0)	184(100.0)	171(100.0)	118(100.0)

注：证型与并发症相关▼ $P < 0.05$ ，▲ $P < 0.001$

2.4 合并症与证型分布 明显相关性，且各合并症之间与中医证型亦无相关性， P 均 >0.05，详见表 4。
高血压、脂代谢紊乱、脑血管病变及其他合并症（高尿酸血症、痛风及冠心病）与中医证型无

表 4 不同证型患者合并症分布情况

	高血压/n (%)		脂代谢紊乱/n (%)		脑血管病/n (%)		其他/n (%)	
	无	有	无	有	无	有	无	有
热盛伤津	19 (9.5)	19 (5.5)	19 (6.9)	19 (7.1)	34 (7.5)	4 (4.4)	34 (7.5)	4 (4.4)
肝肾阴虚	32 (16.1)	66 (19.1)	50 (18.1)	48 (17.8)	89 (19.6)	9 (9.9)	88 (19.3)	10 (11.1)
肝肾阴虚 夹瘀	33 (16.6)	56 (16.2)	45 (16.3)	44 (16.4)	74 (16.3)	15 (16.5)	71 (15.6)	18 (20.0)
气阴两虚	52 (26.1)	96 (27.7)	75 (27.2)	73 (27.1)	122 (26.9)	26 (28.6)	115 (25.3)	33 (36.7)
气阴两虚 夹瘀	58 (29.1)	102 (29.5)	82 (29.7)	78 (29.0)	127 (28.0)	33 (36.3)	136 (29.9)	24 (26.7)
阴阳两虚	5 (2.5)	7 (2.0)	5 (1.8)	7 (2.6)	8 (1.8)	4 (4.4)	11 (2.4)	1 (1.1)
合计	199 (100.0)	346 (100.0)	276 (100.0)	269 (100.0)	454 (100.0)	91 (100.0)	455 (100.0)	90 (100.0)

3 讨论

经分析整理,结果表明:2 型糖尿病辨证分型中,气阴两虚证(包括气阴两虚夹瘀证)最多,其次为肝肾阴虚证(包括肝肾阴虚夹瘀证),热盛伤津证及阴阳两虚证较少。随年龄增加热盛伤津证比例递减,气阴两虚夹瘀证比例递增;随病程延长热盛伤津证、肝肾阴虚证及气阴两虚证比例递减,肝肾阴虚夹瘀证、气阴两虚夹瘀证及阴阳两虚证比例递增;体重指数与中医证型无明显相关性。并发症以周围神经病变最多(46.4%),其次为肾病(33.8%),眼病(21.7%),胃肠功能紊乱及神经源膀胱较少(1.8%)。酮症热盛伤津证比例明显增加,周围神经病变、肾病、眼病肝肾阴虚夹瘀证及气阴两虚夹瘀证比例明显增加。合并症以高血压最多(63.5%),其次为脂代谢紊乱(49.4%),脑血管病(16.7%),其他(高尿酸血症、痛风及冠心病)(16.5%),合并症与中医证型无相关性,且各合并症之间中医证型亦无相关性。

以上研究结果与刘志龙^[3]、李红^[4]、熊莉华^[5]、张芸^[6]、吉勤^[7]等的研究结果有相同之处,但也有很多不同之处。我们认为,对 2 型糖尿病中

医辨证分型规律的研究,应严格统一辨证标准及研究方法,多中心配合,大样本流行病学调查,进行多因素多层次分析研究,逐步总结出 2 型糖尿病中医辨证分型规律。

【参考文献】

[1] 刘红茹. 糖尿病中医辨证分型与其相关因素的研究进展 [J]. 云南中医学院学报, 2009, 32 (1): 68-70.
[2] 中华中医药学会. 糖尿病中医防治指南 [M]. 北京: 中国中医药出版社, 2007 年: 8-10.
[3] 刘志龙, 李锡杰, 丁萍, 等. 2 型糖尿病中医证型的筛选研究 [J]. 世界中医药, 2009, 4 (2): 74-75.
[4] 李红, 彭建. 2 型糖尿病中医不同证型血脂、血糖、体重指数相关性研究 [J]. 中国中医基础医学杂志, 2005, 11 (12): 925-926.
[5] 熊莉华, 曾建勋, 李赛美. 糖尿病慢性并发症中医证型规律探讨 [J]. 中药材, 2007, 30 (8): 1050-1052.
[6] 张芸. 老年糖尿病中医证候与并发症相关性初探 [J]. 云南中医学院学报, 2011, 34 (6): 41-43.
[7] 吉勤, 李红帅. 152 例糖尿病肾病的证候及疗效分析 [J]. 云南中医学院学报, 2010, 33 (6): 6-9.

(编辑: 岳胜难)

Study on Correlation between Type 2 Diabetes and TCM Syndrome Differentiation – typing

GAN Jia – rong, CHENG Yue – qi

(The First Affiliated Hospital of Yunnan University of TCM, Kunming Yunnan 650021)

[**ABSTRACT**] Objective: To approach the influence factors on TCM syndrome differentiation – typing such as age of disease onset, duration, family history, body mass index, associated symptoms, medication history and living habits in patients with symptoms of type 2 diabetes. Method: The data from 545 inpatient cases of type 2 diabetes in department of endocrinology, The First Affiliated Hospital of Yunnan University of TCM, were investigated by epidemiological method, and all the patients were interviewed in this study. Results: It showed that the age of disease onset and duration significantly correlated to TCM differentiation – typing respectively. Further more, the incidence of excessive heat damaging fluid syndrome in old patients was less than that in non – old patients. In contrast, the rate of Qi and Yin deficiency with blood – stasis syndrome were gradually raised with the increasing of age. The rate of excessive heat damaging fluid syndrome, liver and kidney Yin deficiency and Qi and Yin deficiency of lung decreased proportionally with longer duration of diabetes, but the rate of liver and kidney Yin deficiency with blood – stasis syndrome, Qi and Yin deficiency with blood – stasis syndrome and deficiency of both yin and yang syndrome increased ($P < 0.01$ significant). Studies showed that body mass index were no correlation with TCM syndrome differentiation – typing ($P > 0.05$). Compared with other syndrome – type groups, the percentage of excessive heat damaging fluid syndrome in patients complicated by ketosis – prone was much higher ($P < 0.05$ significant). There was significant increasing both in liver and kidney deficiency with blood stasis syndrome and Qi and Yin deficiency with blood – stasis syndrome groups in patients complicated by diabetic oculopathy, diabetic nephropathy and diabetic peripheral neuropathy ($P < 0.01$ significant). Other factors such as high blood pressure, lipid metabolism disorders, cerebral vascular disease and other complications (hyperuricemia, gout and coronary heart disease) weren't show significant correlation with TCM differentiation – typing of diabetes ($P > 0.05$).

[**KEY WORDS**] Type 2 diabetes; TCM differentiation – typing; correlation

2013 年《广州中医药大学学报》征稿征订启事

《广州中医药大学学报》(ISSN 1007 – 3213/CN44 – 1425/R)是由广东省教育厅主管、广州中医药大学主办的综合性中医药学术类刊物,国内外公开发行。为中文核心期刊、中国科技核心期刊、国家期刊方阵双效期刊、RCCSE 中国核心学术期刊,先后被包括中国期刊网中国学术期刊(光盘版)全文数据库、美国化学文摘(CA)、俄罗斯《文摘杂志》(AJ)等多个国内外知名数据库及检索系统收录。先后荣获全国高校优秀科技期刊及广东省优秀科技期刊、全国中医药优秀期刊等重要奖项。

本刊为广大临床、教学、科研工作者提供学术交流平台,全方位、多角度报道中医药领域各学科具有前瞻性、创造性和较高学术水平的科研成果和临床诊疗经验,主要开设的栏目有:中医理论探讨、中医药临床研究、中西医结合研究、针灸与经络、中药药理、中药资源研究、南药园地、名医经验传承、中医证候研究、专家论坛、新学科与新技术、中医文献研究和岭南医学研究等。其特点是比较集中地报道目前中医药学最新研究信息。

本刊为双月刊,逢单月 20 日出版。每期定价 8.00 元。邮发代号:国内为 46 – 275,国外为 BM7077。全国各地邮局均可订阅。

编辑部地址:510405,广州市机场路 12 号,《广州中医药大学学报》编辑部。联系人:贺小英、袁书慧;电话:(020) 36585268, 36585013, 36585697;传真:(020) 36585697;E – mail: gzzxyxb@gzucm.edu.cn;网址:hppt://www.cnki.com.cn;http://www1.gzhtcm.edu.cn/bumen2/xb5268/