



论著 | 老中医经验 | 学术探讨 | 临床报道 | 中药与方剂 | 学院专栏 | 综述 | 短篇报道 | 成药研究
消息 | 首医大中医药学院专栏 | 针灸经络 | 实验研究 | 燕京医史 | 中药房管理 | 临床中医学 | 中药制备 | 临床用药
中成药与单味中药研究 | 中药炮制与鉴别 | 临床中药学

北京中医
<http://bjtcm.itcmedu.com>



标准刊号：ISSN1000-4599 CN11-2558/R

• 本刊介绍 • 在线投稿 • 在线征订 >> 进入 北京中医药教育在线

会员登陆区

用户名：

密码：

忘记密码

免费注册

2004年第5期 — 首医大中医药学院专栏

糖耐量低减(IGT)的中医研究进展

作者：王宝华 点击次数：628次

【关键词】糖耐量低减； 中医药治疗； 综述

【作者简介】作者单位：100013，首都医科大学中医药学院中医系

随着对糖尿病(Diabetesmellitus, DM)的深入研究，糖耐量低减(impairedglucosetoleration, IGT)也逐渐受到广泛的重视。IGT又称糖尿病前期，是介于正常糖耐量与DM之间的一种中间状态。1999年WHO制订的IGT诊断标准为：空腹血糖 ≥ 6.1 mmol/L，且 < 7.0 mmol/L；口服75g葡萄糖耐量试验(OGTT)2h血糖 ≥ 7.8 mmol/L，且 < 11.1 mmol/L。

大量证据表明，IGT患者发展成为DM及合并大血管疾病的危险性较正常糖耐量显著增加，而饮食、运动、药物等多种干预措施能改善IGT的转归，降低糖尿病的发病率。近年来，中医药对IGT的干预治疗取得了一定成果。本文从病因病机和辨证论治两方面，将近5年中医药对IGT的研究进展综述如下。

1 中医病因病机

现代中医认为，IGT属于中医“脾瘵”、“消渴”等疾病范畴，其病因病机主要包括阴虚、脾虚、燥热、痰瘀互结等几个方面。

1.1 阴虚

吕仁和[1]根据《内经》关于“脾瘵”的论述，提出：“脾瘵应是消渴病(糖尿病)轻者或早期。……该期的主要病机特点是‘阴虚’，形成这种阴虚的原因，主要是禀赋有亏，贪食甘美，辛劳少逸”。曾永红等[1]‘亦赞同此观点，认为“阴虚”是IGT发生的基本病机特点。

1.2 脾虚

IGT的发生与饮食失节关系密切。姬厚民[2]认为：长期过食肥甘厚味，损害脾胃运化功能，导致脾气不能“散精”，“脾不能为胃行其津液”，使饮食精华不能“上归于肺”而“朝百脉”，以敷布全身为机体所利用，而是留滞不化，导致饮食水谷精华生而不化，故而引起血糖升高。陈刚[4]同样认为，IGT病机转归的关键在于“数食”，即：“肥甘之量”相对超过了“脾之散精”功能。

1.3 燥热

周卓宁[5]认为糖耐量低减是糖尿病的前一阶段，仍可按消渴进行辨证治疗。消渴病机特点为阴虚燥热，与肺、脾、肾三脏津液输布失调有关。与此相仿，韩瑞英[6]认为DM患者素体阴虚，复因饮食不节，情志失调，劳欲过度而发病。病机以阴虚燥热为主，阴虚为本，燥热为标。疾病初起多以燥热为主，而IGT与燥热初期临床表现雷同。老年患者可见阴虚燥热交错，中青年患者以燥热多见。

1.4 痰瘀互结

戴芳芳[7]提出：年龄、饮食、精神、劳逸等因素是导致IGT发生的重要原因。由这些基本病因所引起的肺胃火盛、心肝火郁等脏腑功能紊乱，痰浊、痰火、脂浊、瘀滞等病理产物互相纠缠，最终构成IGT的病理基础。瞿联霞[8]认为：IGT者多发生于肥胖者或老年人。肥胖者多因嗜食肥甘，喜卧少动，而致痰湿内盛；年老者肾气渐亏，推动无力，而致痰瘀互生。痰瘀互结又成为IGT发生的重要病机之一。

2 中医辨证

内容检索

请输入标题

请输入作者名

以往期刊查询

选择查询年份
选择查询期刊

精品推荐

◆ 中医药治疗脂肪肝的临床研究现状…

◆ 中医药治疗脂肪肝的临床研究现状…

◆ 针刺镇痛机制的研究进展

◆ 小议循证医学与中医教育

迄今中医对于糖耐量低减的辨证分型,尚处于探索阶段,未见有大规模的临床研究报道。陆源源[9]通过对45例IGT患者的中医证候观察,将IGT分为:正常、阴虚燥热、气阴两虚、脾虚湿阻4型。

3 中医治疗

20世纪90年代后期以来,临床报道了大量中医药干预治疗IGT的研究成果。总结其治法及组方特点,可以归纳为以下几类。

3.1 健脾益气

针对脾虚失运,气弱不布的病机,各医家以健脾益气为法,制方如下:姬厚民[3]七味白术散加甘草芍药汤:葛根30g,云木香10g,广藿香10g,人参10g,白术20g,苍术10g,茯苓15g,甘草5g,白芍20g。方中人参、苍术、白术、茯苓、甘草健脾益气,葛根升清降浊,白芍酸寒,与甘草合用,酸甘化阴,调和脾之阴阳,恢复脾之功能。

陈刚[4]健脾逆痺汤组成:黄芪20g,党参、山药、玄参、鸡内金各15g,苍白术、佩兰、泽兰、茯苓、砂仁、陈皮各10g。加减:血压高者加夏枯草、菊花;血脂高者加泽泻、虎杖、丹参、川芎;性情急躁者加柴胡、白芍、当归、薄荷。方中黄芪、党参、白术、茯苓、山药大补脾气;砂仁、陈皮芳香醒脾,兼防补生滞;茯苓、山药渗湿,苍术燥湿,泽泻佩兰化湿,取湿去脾健之功;鸡内金健脾化食;玄参滋阴并清其热。诸药合用,共达健脾祛湿化浊之功。

樊敬波[10]自拟方:人参10g,葛根20g,白术10g,茯苓30g,山药30g,黄芪30g,山萸15g,水蛭10g,苍术10g,玄参10g,天花粉15g,黄连12g。此方健脾燥湿、滋阴润燥。肥胖者加内金、山楂、苡仁;消瘦阴虚热燥明显者去参、芪,加知母、生地。

刘得华[11]拟健脾散精汤治疗此病,方药组成:黄芪、葛根各30g,苍术、桑白皮、茯苓各15g,山药、荔枝核打碎各20g,柴胡6g,方以黄芪、苍术、茯苓、山药健脾益气,桑白皮清肃肺脏,柴胡、荔枝核疏达肝气以助脾之转运,葛根升清降浊,诸药合用,协同脾脏布散水谷精华于全身。

李洪波[12]组益气健脾中药方:党参、葛根各20g,黄芪、茯苓、白术、苍术、天花粉各15g,神曲10g。治疗高血压并IGT患者64例。经3周治疗,效果显著。

3.2 滋阴清热

亦有不少医家立滋阴清热之法,组方医治。周卓宁[5]组花芪降糖方:天花粉12g,黄连6g,金银花10g,麦冬10g,葛根15g,黄芪15g,生地黄12g,丹参10g,牛膝10g。大便秘结者加大黄;倦怠乏力,渴而汗出者加党参、五味子。方中天花粉清肺、胃之热又生津止渴,黄连善清心胃之火及胃肠湿热,金银花清热解毒,麦冬、生地有益肺胃之阴、生津止渴之功,黄芪补脾肺之气,葛根生津止渴,升发清阳,牛膝引热下行,丹参活血化瘀。

何颖L13J拟补肾养阴、活血通络中药方:麦冬30g,女贞子30g,山药25g,山萸肉20g,当归15g,丹参50g,川牛膝15g,水蛭粉10g,山楂15g,桔梗15g,泽泻20g,柴胡15g。经治疗1月后,效果显著。

戴芳芳等[7]制克糖灵颗粒,药用:生地、黄精、天花粉、黄连、黄柏、葛根、川芎、丹参、泽泻,制大黄等,养阴益气,泻热化浊,活血消脂。

另有单用六味滋补肾阴者,如曾永红[2]用六味地黄胶囊结合运动、饮食,对111例IGT及轻型糖尿病患者进行了18个月的对照干预治疗,结果显示:治疗组血糖、血脂、血压、体重均有显著改善。56例中,临床治愈23例,显效26例,好转7例,其疗效显著优于对照组。王辉[14]等以六味地黄丸对64例IGT患者2年的干预研究亦取得了良好疗效。

3.3 益气养阴

气虚、阴虚均可导致IGT的发生,而此二者又常相互交结,彼此为用,共同成为导致IGT的病理机制。故又有人以益气养阴为法治疗本病。

姚政等[15]制糖衡一号方(生芪、玉竹、黄精、玄参、生地、女贞子等),对42例IGT患者。进行了为期1年的干预研究。结果显示:对照组20例中,5例发展为糖尿病,2例恢复正常;而中药干预组22例中,仅有1例发展为糖尿病,21例恢复正常。且两组相比,空腹血糖、餐后2h血糖均有显著性差异。

韩瑞英[6]糖肾康冲剂用黄芪、山药、茯苓、枸杞子健脾补气、滋阴止消渴;玉竹、石斛、麦冬、玄参养阴清热、润燥生津;川芎、益母草活血化瘀,诸药合用以补气生津,兼行血滞。

邝开安[16]乌梅芍药汤:乌梅30g,芍药、金樱子各20g,山茱萸、党参、白术、山药各15g。上消重用乌梅、金樱子,加葛根、生地黄等生津止渴之药;中消加知母、麦门冬等益肺胃之药;下消重用山茱萸、金樱子、山药,加五味子、黄柏等药。全方味甘益气,酸甘化阴,气化阴生而诸证除。

另有瞿联霞[8]制糖平散方:黄芪、生熟地、仙灵脾、何首乌、丹参、泽泻、桑叶等,益气养阴,兼以活血。魏爱生等[1,]制消渴玉液,方中黄芪益气,黄精益气滋阴,首乌补肾益精,知母清热润燥。

4 结语

综上所述, 中医对IGT基本病机的认识主要包括气虚、阴虚、燥热以及痰湿内停、瘀血阻滞等, 其治疗多综合益气养阴、清热化痰等法以为治。对减轻患者的临床症状, 改善ICT的转归起到了一定的治疗效果, 有着化学合成药无法比拟的优势。但是, 由于中药复方配伍的多样性, 单味药成分的复杂性及剂型的不确定性的影响, 也给中医药对IGT干预的标准化研究带来了诸多困难。目前研究尚存在许多问题: 1) 中医辨证分型尚处于初期探索性阶段, 缺乏大规模的中医辨证规范性研究, 导致目前中医药ICT干预的繁杂无序。2) 缺乏严谨的试验设计方法: 对照组的设立过于简单, 或未进行随机分组, 使两组均衡性不一致, 或根本未设立对照组; 缺乏严格的盲法操作控制措施, 论文说服力不强。3) 试验研究观察对象例数较少, 观察周期较短, 无法说明各种疗法对IGT预后的长期疗效及对并发症发生的影响, 各临床报道间缺乏可比性。因此, 中医药干预ICT的前景虽然很广阔, 但任务仍是很艰巨的。确立中医ICT辨证规范, 提高中医IGT研究者的科研设计能力, 努力开展多中心、大样本、长周期的干预性研究, 是目前迫切需要的。

(收稿日期: 2004-08-27)

【参考文献】

- 1 吕仁和. 糖尿病及其并发症中西医诊治学. 北京: 人民卫生出版社, 1997. 129.
 - 2 曾永红, 陈凡, 王育珊, 等. 中西医结合防治糖耐量异常及轻型糖尿病疗效观察. 中国中西医结合脾胃杂志, 2000, 8(4): 196-198.
 - 3 姬厚民. 七味白术散加芍药甘草汤治疗糖耐量减低患者31例疗效观察. 中华实用医药杂志, 2002, 2(15): 1395.
 - 4 陈刚. 健脾逆瘴汤治疗糖耐量减低48例. 四川中医, 2001, 19(11): 43.
 - 5 周卓宁. 自拟花芪降糖方干预糖耐量异常疗效观察. 广西中医药, 2001, 24(6): 13-15.
 - 6 韩瑞英, 韩瑞卿. 糖肾康对糖耐量异常15例治疗观察. 安徽中医学院学报, 1999, 18(3): 21-22.
 - 7 戴芳芳. 克糖灵颗粒对糖耐量低减干预治疗的观察. 中国基础与临床医学杂志, 2002, 1(1): 56-58.
 - 8 瞿联霞. 糖平散治疗糖耐量异常的临床观察. 浙江中西医结合杂志, 2002, 12(1): 32.
 - 9 陆源源, 陈文霞. 糖耐量低减者胰岛素水平与中医辨证分型关系. 浙江中医杂志, 2003, 38(5): 220.
 - 10 樊敬波, 王纯, 张中申. 中药治疗糖耐量异常的临床观察. 衡阳医学院学报, 2000, 28(5): 493.
 - 11 刘得华. 健脾散精汤治疗葡萄糖耐量减低31例. 新中医, 2001, 33(2): 59-60.
 - 12 李洪波, 徐志新, 凌励峰. 益气健脾中药对原发性高血压病患者糖耐量减低的干预作用. 新中医, 2002, 34(1): 35-36.
 - 13 何颖. 中药改善中老年IGT并脂代谢异常. 长治医学院学报, 2000, 14, 2: 138-139.
 - 14 王辉, 梁晓平, 于晓明. 六味地黄丸对IGT的干预观察. 辽宁中医杂志, 2002, 29(12): 758-759.
 - 15 姚政, 虞芳华, 张明. 糖衡1号干预治疗糖耐量减低42例临床观察. 甘肃中医, 2001, 14(3): 30-31.
 - 16 邝开安. 乌梅芍药汤治疗葡萄糖耐量减低20例体会. 中医药学报, 2001, 29(5): 11.
 - 17 魏爱生, 孙丰雷, 郎江明. 消渴玉液治疗糖耐量减退临床研究, 山东中医药大学学报, 2001, 25(4): 259-260.
- 致谢: 本方承蒙齐防、耿建国老师指导, 在此谨表谢意。

>>进入讨论