


临床常见病中医特色疗法

总主编 李顺民 彭立生

# 内分泌及代谢系统疾病 中医特色疗法

主编 李惠林



 人民卫生出版社



# 内分泌及代谢系统疾病 中医特色疗法

主 编 李惠林

副主编 庞国明 汪栋材 赵恒侠

编 者 (以姓氏笔画为序)

- |                     |                     |
|---------------------|---------------------|
| 万晓刚 (广州中医药大学第一附属医院) | 汪栋材 (广东省深圳市中医院)     |
| 王红梅 (河南省开封市中医院)     | 张 萌 (广州中医药大学第一附属医院) |
| 王璟霖 (广州中医药大学第一附属医院) | 张志玲 (广东省深圳市中医院)     |
| 朱 璞 (河南省开封市中医院)     | 陈海勇 (香港大学中医学院)      |
| 朱章志 (广州中医药大学第一附属医院) | 范冠杰 (广东省中医院)        |
| 刘 玲 (广东省深圳市中医院)     | 庞国明 (河南省开封市中医院)     |
| 刘 敏 (广州中医药大学第一附属医院) | 单志群 (广东省深圳市中医院)     |
| 刘 媛 (广东省深圳市中医院)     | 赵恒侠 (广东省深圳市中医院)     |
| 刘雪梅 (广东省深圳市中医院)     | 莫劲松 (广东省深圳市眼科医院)    |
| 刘德亮 (广东省深圳市中医院)     | 渠 昕 (广东省深圳市中医院)     |
| 李丽花 (河南省开封市中医院)     | 彭少林 (广东省深圳市中医院)     |
| 李时光 (广东省深圳市中医院)     | 董彦敏 (广东省深圳市中医院)     |
| 李金花 (广东省深圳市中医院)     | 程波敏 (广东省深圳市中医院)     |
| 李惠林 (广东省深圳市中医院)     | 傅 好 (广州中医药大学第一附属医院) |
| 李增英 (广东省深圳市中医院)     | 谢欣颖 (广州中医药大学第一附属医院) |
| 肖小惠 (广东省深圳市中医院)     | 楚淑芳 (广东省深圳市中医院)     |

人民卫生出版社

## 图书在版编目 (CIP) 数据

内分泌及代谢系统疾病中医特色疗法/李顺民, 彭立生总主编. —北京: 人民卫生出版社, 2016

ISBN 978-7-117-23056-8

I. ①内… II. ①李… ②彭… III. ①内分泌病—中医治疗法②代谢病—中医治疗法 IV. ①R259.8

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2016)第 188354 号

人卫智网	<a href="http://www.ipmph.com">www.ipmph.com</a>	医学教育、学术、考试、健康, 购书智慧智能综合服务平台
人卫官网	<a href="http://www.pmph.com">www.pmph.com</a>	人卫官方资讯发布平台

版权所有, 侵权必究!

## 内分泌及代谢系统疾病中医特色疗法

总主编: 李顺民 彭立生

主编: 李惠林

出版发行: 人民卫生出版社 (中继线 010-59780011)

地址: 北京市朝阳区潘家园南里 19 号

邮编: 100021

E-mail: [pmph@pmph.com](mailto:pmph@pmph.com)

购书热线: 010-59787592 010-59787584 010-65264830

印刷: 三河市尚艺印装有限公司

经销: 新华书店

开本: 710×1000 1/16 印张: 20

字数: 370 千字

版次: 2017 年 1 月第 1 版 2017 年 1 月第 1 版第 1 次印刷

标准书号: ISBN 978-7-117-23056-8/R·23057

定价: 48.00 元

打击盗版举报电话: 010-59787491 E-mail: [WQ@pmph.com](mailto:WQ@pmph.com)

(凡属印装质量问题请与本社市场营销中心联系退换)



# 《临床常见病中医特色疗法》 丛书编委会

学术顾问 邓铁涛 张 琪 张大宁

总 主 编 李顺民 彭立生

副总主编 (按姓氏笔画为序)

万力生 曲敬来 张剑勇 李 浩 李惠林 杨志波 周大桥  
易无庸 彭力平

常务编委 (按姓氏笔画为序)

付文洋 叶永安 刘元献 刘旭生 孙 伟 池晓玲 闫 英  
李凡成 李志新 李佳曦 李振彬 汪栋材 邱 侠 陈 生  
庞国明 易铁钢 罗毅文 郑 敏 娄玉铃 段 戡 赵恒侠  
袁 斌 高 雪 鲍身涛 熊 广 熊 辉 熊益群

编 委 (按姓氏笔画为序)

丁邦晗 于 枫 万晓刚 王小琴 王世军 王立新 王爱华  
王颂歌 王清坚 王耀猷 尹 霖 石 现 石克华 朱 辉  
朱莹莹 朱跃兰 朱章志 任永魁 刘 敏 刘文赫 刘心亮  
刘彦卿 刘雪梅 刘晴晴 祁爱蓉 孙绍裘 李 全 李伟林  
李建明 李满意 李增英 杨 龙 杨洪涛 杨署辉 杨曙东  
肖 敏 肖语雅 何升华 何立群 何伟平 余 燕 张 诚  
张志玲 张国辉 张佩青 张奕星 张勤修 张燕英 陈 亮  
陈小朋 陈争光 陈海勇 武 青 武李莉 范冠杰 林逸民  
易海魁 罗欣拉 周小军 郑义侯 封 哲 赵江涛 赵欣欣  
胡年宏 钟 力 袁长深 袁晓辉 莫玉霞 莫劲松 钱 芳  
高月求 郭艳幸 黄 晶 黄肖华 梅祥胜 阎 闯 董彦敏  
韩正雪 韩秀丽 鲁艳平 谢 纬 谢 慧 谢静静 熊国良  
黎 芳 潘宏伟



## 邓序

近半个世纪来，随着医学科学的飞跃发展，中医药事业在各个领域均有了长足的进步，各种行之有效的（包括传统的以及近年各地不断总结的）特色治疗方法愈来愈受到人们的关注，逐渐成为了我国医疗卫生体系中的重要组成部分。鹏城深圳是我国近年来发展最为迅速的地方，昔日的边陲小镇如今已是国际知名的现代化大都市，是对外改革开放的重要窗口。在短暂的三十余年的发展历程中，这里的政治、经济、文化、科技事业取得了举世瞩目的成就，中医药事业亦伴随着时代的发展而不断涌现出可喜的成果，同样走在了全省乃至全国的先进行列。之所以如此，是因为这里的一大批中青年中医药专家学者为了中医事业，刻苦钻研业务，勤奋工作学习。他们在繁忙的临床之余，认真做好科研、教学工作，乃至著书立说。诸如《内科疑难病中医治疗学》、《现代肾脏病学》等大型中医专著相继出版发行，为中医药事业的发展不断添砖加瓦，实是值得称道。

我的学生，广东省名中医、深圳市中医院院长李顺民教授为牵头人，并组织全国各地知名中医药专家集体编著的《临床常见病中医特色疗法》系列丛书乃是众多专著中的一部缩影。综观各个分册所撰内容，充分体现了“详于治疗方法，略于基础理论”组稿原则；所选择内容以体现中医特色治疗方法为主，如各种行之有效的古今经方效方，外治法中之针灸、推拿、敷贴、灌肠疗法等。凡具中医特色，均被详细收录。其间既有全国各地已被中医学界公认的临床防治各科疾病的有效成果，亦有广东以及深圳地方特色的治疗经验；辨证论治是中医治疗疾病的精髓，本套丛书虽然是以介绍临床各科疾病的中医特色治疗方法，但所选特色疗法处处体现了中医辨证论治法则，颇有独到之处。

长江后浪推前浪，深圳中医药事业的良性发展，不但是各级政府高度关注的结果，更离不开一代代中医人的勤奋努力。我深为这些年来全国各地一批又一批的中青年中医学者迅速成长而感到自豪；我深为深圳市中医学界的学子们的辛勤劳动并结出丰硕的成果而激励；我尤其为中医事业后

继有人而备感欣慰；我相信，这套由人民卫生出版社出版的《临床常见病中医特色疗法》系列丛书的出版发行，将会成为一部对临床、教学、科研有着重要参考价值的好书。适逢书稿陆续付梓之际，特谨致数语，乐为之序。并推荐给关爱中医药事业的朋友们参考借鉴！

国医大师

A handwritten signature in black ink, reading '邓铁珩' (Deng Fekun), written in a cursive style.

2016年于广州中医药大学



# 目录

第一章	糖尿病	1
第二章	糖尿病肾病	23
第三章	糖尿病周围神经病变	43
第四章	糖尿病视网膜病变	61
第五章	糖尿病足	75
第六章	糖尿病性胃轻瘫	91
第七章	糖尿病自主神经病变排汗异常	103
第八章	糖尿病合并心脏病	111
第九章	糖尿病合并高血压	123
第十章	糖尿病合并脑血管病	139
第十一章	代谢综合征	159
第十二章	肥胖症	175
第十三章	高脂蛋白血症	191
第十四章	甲状腺功能亢进症	203
第十五章	甲状腺功能减退症	223
第十六章	亚急性甲状腺炎	237
第十七章	慢性淋巴细胞性甲状腺炎	247
第十八章	甲状腺肿瘤	259
第十九章	卵巢功能早衰	271
第二十章	多囊卵巢综合征	283
第二十一章	围绝经期综合征	301



# 第一章 糖 尿 病

糖尿病（diabetes mellitus）是一种与遗传因素和多种环境因素相关联的以慢性血葡萄糖（简称血糖）水平增高为特征的代谢紊乱综合征，是由于体内胰岛素分泌缺陷和（或）胰岛素作用的缺陷所引起。糖尿病是临床的常见病、多发病，其患病率日益增高。据世界卫生组织（WHO）估计，全球目前有约 1.75 亿糖尿病患者。中国糖尿病患病率亦在急剧增加，估计现有糖尿病患者超过 4 千万。2 型糖尿病的发病正趋向低龄化，儿童及青少年的发患者数在不断增加。糖尿病已成为严重威胁人类健康的世界性公共卫生问题。

现代医学的糖尿病属中医学消渴病范畴。消渴是以多饮、多食、多尿、乏力、消瘦，或者尿有甜味为主要临床表现的一种疾病。消渴病名最早见于公元前 4 世纪的《黄帝内经》，《金匱要略》对消渴的证治进行阐述，立有白虎汤加人参汤、肾气丸等方剂。《丹溪心法·消渴》提出消渴治应“养肺、降火、生血为主”。

## 【病因病机】

### 一、中 医

糖尿病按其临床表现，隶属于中医学“消渴”的范畴。但消渴并不等于糖尿病，因消渴的含义较广。所谓消渴，渴系指口渴引饮，小便频数，尿如脂膏；消则指消谷善饥，形体消瘦为特征的病症。

唐代《外台秘要》中引《古今录验》论云：“渴而饮水多，小便数，无脂似麸片甜者，皆消渴病也……”该论系统地归纳了饮多、食多、小便数等消渴症状，并指出小便甜谓之消渴病。明代《景岳全书》中指出消渴病当分虚实：“治消证而不辨虚实则未有不误矣”。

《黄帝内经》将消渴病的病因归于五脏“脏脆”，开先天禀赋不足、五



脏柔弱之先河。后世医家随着临证研究的不断深入，中医理论日趋完善，从情志、饮食、劳伤、外感等方面认识病因，而且从病因引起的脏腑的病理变化中认识到阴虚与燥热是消渴病的主旋律，两者互为因果，临床上表现出肺燥、胃热、肾虚的病理变化的特征。主要病因可分以下几点：

1. 禀赋不足，五脏柔弱 中医理论认为：“正气存内，邪不可干”，“邪之所凑，其气必虚”。说明中医学十分重视机体内在因素的作用。《灵枢·五变》说：“人之善病消瘵者，何以候之？少俞答曰，五脏皆柔弱者，善病消瘵。”（瘵读单音，比喻疾病症状像自然界的旱天一样）。《灵枢·本脏》曰：“心脆则善病消瘵热中”，“肺脆则苦病消瘵易伤”，“肝脆则善病消瘵易伤”，“脾脆则善病消瘵易伤”，“肾脆则善病消瘵易伤”，又曰：“耳薄不坚者，肾脆”。指出之所以发消瘵，皆因五脏脆弱所致。清代张隐庵认为：“盖五脏主藏精者也，五脏脆弱则津液微薄，故成消瘵”。五脏柔弱易发消渴病的主要机制认为：五脏之中，肾为先天之本，起到主导作用，为元阴元阳之脏，水火之宅。肾的生理功能为：肾主津液，肾主藏精；五脏之精气皆藏于肾；五脏六腑之津均赖于肾精之濡养；五脏六腑之气皆赖于肾气之温煦。

2. 情志不调，郁久化火 多因长期情怀不舒，精神抑郁，肝失调达，气机不畅，肝郁气滞，久郁化火，肝火燔灼，耗伤阴液，而致消渴。《灵枢·五变》曰：“怒则气上逆，胸中蓄积，血气逆留，髓皮充肌，血脉不行，转而为热，热则消肌肤，故为消瘵”。《医宗己任篇》云：“消之为病，一原于心火炽炎……然其病之始，皆由不节嗜欲，不慎喜怒。”《外台秘要》曰：“消渴病人，悲哀憔悴，伤也。”刘河间在《三消论》中指出：“消渴者……耗乱精神，过违其度，而燥热郁盛之所成也。此乃五志过极，皆从火化，热盛伤阴，致令消渴。”叶天士在《临证指南医案·三消》中指出：“心境愁郁，内火自燃，乃消渴大病。”《世医得效方》云：“时常烦躁，因而思虑劳心，忧愁抑郁，……心火炎上，肺金受克，口干舌燥，渐成消渴”。《类证治裁》亦云：“心火消渴，小便赤涩者，清心莲子饮”。

3. 饮食不节，蕴热伤津 健康的饮食，通过脾胃运化精微，化生气血，濡养五脏，洒陈六腑，维系人体之处的新陈代谢。当饮食不节，素嗜酒醴肥甘，恣食辛辣，或饥饱无度，积食停滞，损伤脾胃，诸疾由生，发为消渴。正如《症因脉治》曰：“酒湿水饮之热，积于其内，时行湿热之气，蒸于其外，内外合受，郁久成热，湿热转燥，则三消乃作矣”。《症因脉治》曰：“多食易饥，不为肌肉，此燥火伤于胃，即中消症矣。”《外台秘要·消渴方》篇云：“饮噉无度，咀嚼鲊酱，不择酸咸，积年长夜，酣兴不懈，遂使三焦猛烈，五脏干燥，木石犹且干枯，在人何能不渴？”《丹溪心法·消

渴》篇说：“酒面无节，酷嗜炙……于是炎火上熏，腑脏生热，燥热炽盛，津液干焦，渴饮水浆而不能自禁。”《素问·奇病论》又言“消渴者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。”说明饮食不节与其发病有密切的关系。

4. 外感六淫，化热伤阴 素体禀赋虚亏，肾气不充，气血两亏。尤以少年儿童为稚阳之体，五脏柔嫩，易感外邪，如《灵枢·五变》说：“余闻百病之始期，必生于风雨寒，外循毫毛而入腠理……或为消瘴”。又如《灵枢·本脏》说：“肺脆则苦病消瘴易伤”，“心脆则善病消瘴热中”，说明心肺功能柔弱，易外感燥火发为消渴。正如《症因脉治》所云：“燥火三消之因，或赫羲之年，燥气从令，或干旱之岁，燥火行权，或秋令之月，燥气太过，燥火伤人，上则烦渴引饮。”

5. 劳逸失度，房劳伤肾 适度的活动、休息，有助于机体对水谷精微的转运和输布，达到疏通气血，强壮筋骨，增强体质。如《素问·上古天真论》云：“起居有常，不妄作劳，故能神与形俱”，阐明了生活起居必须有规律，不能过度操劳，方能形神俱备，身体健壮。《世医得效方》云：“因思虑劳心，忧愁抑郁……心火炎上，肺金受克，口干舌燥，渐成消渴”，说明劳心过度可致消渴的道理。宋代陈无择在《三因极一病证方论》中指出：“消病有三，曰消渴，消中，消肾。消肾属肾，盛壮之时，不自谨惜，快情纵欲，极意房中，年长肾衰，多服丹石。”《景岳全书·十八卷》中进一步阐明肾阳虚、肾气不足为消渴的机制，曰：“阳不化气则水精不布，水不得火则有降不升，所以直入膀胱而饮一溲二”。《外台秘要·消渴消中》篇说：“房室过度，致令肾气虚耗故也，下焦生热，热则肾燥，肾燥则渴”。

## 二、西 医

1. 1型糖尿病 1型糖尿病胰岛 $\beta$ 细胞破坏达80%以上，造成胰岛 $\beta$ 细胞大量破坏的原因可能是遗传与环境因素相互作用引发特异性自身免疫反应选择性破坏胰岛 $\beta$ 细胞。各国的调查均表明，1型糖尿病的亲属发生糖尿病的机会显著高于一般人群，1型糖尿病具有一定的遗传性。1型糖尿病是自身免疫性疾病，从人类染色体研究中发现第6号染色体短臂人类白细胞抗原(human leukocyte antigen, HLA)的异常表达与1型糖尿病的易感性及胰岛 $\beta$ 细胞损伤有密切关系。大量研究认为HLA-DR(3、4)抗原与1型糖尿病相关性最高。最近的研究又发现DQ $\beta$ 57非天门冬氨酸可增强1型糖尿病的易感性。与1型糖尿病发病有关的环境因素主要是病毒感染及化学物质的摄入。如腮腺炎病毒、风疹病毒、巨细胞病毒、脑心肌炎病毒及四氧

嘧啶、链脲佐菌素、灭鼠剂 Vacor (N-3-吡啶甲基-N'-4-硝基苯尿素) 等化学物质的摄入。

2.2 型糖尿病的病因与发病机制 2 型糖尿病患者胰岛  $\beta$  细胞仍能分泌一定量的胰岛素, 但分泌的胰岛素量不足以维持正常的代谢需要或者是胰岛素作用的靶细胞上胰岛素受体及受体后的缺陷产生胰岛素抵抗, 胰岛素在靶细胞不能发挥正常的生理作用。2 型糖尿病患者常常两方面缺陷均存在, 只是有的以胰岛素抵抗为主, 有的以胰岛素分泌不足为主。2 型糖尿病的发生与发展是多基因与多种环境因素相互作用的结果。

(1) 遗传因素和环境因素: 遗传及环境因素是 2 型糖尿病重要的发病因素。2 型糖尿病有明显的家族聚集现象。2 型糖尿病的单卵双胞胎长期随访是遗传研究最有说服力的资料, 双胞胎发病一致率可达 90%; 但是单卵双胞胎研究不能阐明 2 型糖尿病的致病基因及其遗传方式。环境因素主要包括现代生活方式改变、人口老龄化、营养过剩、运动不足、化学毒物等。其中, 摄食过高热量, 体力活动减少, 体重增加以至肥胖, 是发生 2 型糖尿病的主要危险因素。

(2) 胰岛素抵抗及受体功能缺陷: 胰岛素抵抗 (insulin resistance, IR) 指胰岛素分泌量在正常水平时, 刺激靶细胞摄取和利用葡萄糖的生理效应显著减弱; 或靶细胞摄取和利用葡萄糖的生理效应正常进行, 需要超常量的胰岛素。在肥胖的 2 型糖尿病中可发现脂肪细胞上胰岛素受体的数量及亲和力降低。 $\beta$  亚单位酪氨酸激酶的缺陷及葡萄糖转运蛋白 (GLUT) -4 基因突变是造成胰岛素抵抗的主要原因。胰岛素抵抗在 2 型糖尿病的发病机制中占显著地位。

(3) 淀粉样变: 2 型糖尿病胰腺病理检验时, 可发现胰岛的内分泌细胞与微血管之间有淀粉样变。这种淀粉样沉积侵入到胰岛  $\beta$  细胞的浆膜以内, 从而影响  $\beta$  细胞合成与分泌胰岛素。

## 【临床表现】

### 一、1 型糖尿病

1 型糖尿病主要发生在儿童及青少年, 成年人发病率较低。通常有典型的多尿、多饮、多食和体重减轻的症状, 简称“三多一少”症状。部分患儿消瘦伴疲乏、精神萎靡。如果有多尿、多饮、又出现恶心、呕吐、厌食或腹痛、腹泻等症状则可能并发糖尿病酮症酸中毒。酮症酸中毒时可有呼吸困难, 表现呼吸深长、呼气有酮味、伴脱水及水电解质紊乱, 有高钾或

低钾血症时可有心律不齐。晚期患者可出现白内障、视网膜病变，甚至双目失明。还可以有蛋白尿、高血压等糖尿病肾病的表现，甚至导致肾衰竭。

## 二、2 型糖尿病

2 型糖尿病是一种慢性进行性疾病，病程漫长。本病可以发生在任何年龄，但多见于中老年。早期轻症 2 型糖尿病患者常无明显自觉症状，到症状出现或临床确诊时已是发病较长时间，甚至可达数年至几十年不等。也有一部分患者始终无症状，而在常规体格检查或因糖尿病慢性并发症就诊时被发现。根据 2 型糖尿病的自然病程，可将其分为：

1. 高血糖前期 2 型糖尿病高血糖前期的患者多为中年以上，可有糖尿病家族史，多数体态肥胖，特别是中心性肥胖，自我感觉无异，往往因体格检查或因其他疾病就诊发现餐后尿糖阳性，饭后 2 小时血糖高峰可超过正常，但空腹尿糖阴性，空腹血糖正常或稍高，糖耐量曲线往往呈现糖耐量减低。

2. 高血糖期 此期患者在早期时，大多数患者并无症状。随后糖尿病的“三多一少”症状轻重不等，且常伴有某些并发症和伴随症。中年病者可先有尿路感染、外阴瘙痒、肺结核、皮肤疖痈或某些外科情况如胆囊炎、胰腺炎等症状出现，也可因劳累、饮食不当（包括禁食、过食、饮酒等）和应激导致酮症酸中毒为首发症状。总之此期症状可分为两部分：无并发症者可有单纯典型糖尿病症状，有并发症者则两者兼有或以并发症的症状为主。一般有下列典型症状：

(1) 口渴、多饮、多尿：2 型糖尿病患者口渴、多饮、多尿症状多较轻，其中以喝水增多作为主诉较为多见，但增多程度不大，有相当部分患者此类症状不明显。

(2) 多食：为补充损失的体内糖分以维持机体活动，常出现易饥多食。

(3) 体重改变和疲乏：由于胰岛素分泌的绝对减少或组织对胰岛素的敏感性降低，机体对葡萄糖的利用下降，脂肪和蛋白质分解代偿性增加，以弥补能量的不足，使体内脂肪等组织日见消耗，蛋白质合成不足，负氮平衡，机体遂逐渐消瘦。

(4) 皮肤瘙痒：多见于女性阴部，由于尿糖刺激局部所致。有时并发白念珠菌等真菌性阴道炎，瘙痒更严重，常伴以白带分泌增加。失水后皮肤干燥亦可发生全身瘙痒，但较少见。

(5) 低血糖：2 型糖尿病患者可在早期的较长一段时期内以反复低血糖为主要表现，是由于胰岛素分泌时相的异常，分泌高峰延迟，在餐后 4~5 小时可因为不适当的胰岛素分泌过多而出现低血糖症状。

(6) 其他症状：有四肢酸痛、麻木、腰痛、性欲减退，阳痿不育、月经失调、便秘、视力障碍等。糖尿病还有下述不典型症状：经常感到疲乏、劳累；视力下降、视物不清；皮肤瘙痒；手、足经常感到麻木或者刺痛；伤口愈合非常缓慢；反复发生感染。

3. 慢性并发症期 2型糖尿病患者慢性并发症的发生与遗传、高血糖、高血压、高血脂，高胰岛素血症等因素有关，多在5~10年后发生，但因为2型糖尿病的发病时间难以确定，有相当部分患者在诊断时就有糖尿病肾脏病变、神经病变、视网膜病变的相关表现。

(1) 大血管病变：糖尿病可导致大、中动脉粥样硬化，主要侵犯主动脉、冠状动脉、脑动脉、肾动脉和肢体外周动脉，引起冠心病、缺血性或出血性脑血管病、肾动脉硬化、肢体动脉硬化等。

(2) 微血管病变：微循环障碍、微血管瘤形成和微血管基底膜增厚是糖尿病微血管病变的典型改变，主要表现在视网膜、肾、神经、心肌组织，其中主要是糖尿病肾病和视网膜病。

(3) 神经病变：病变部位以周围神经为主，通常为对称性，下肢较上肢严重，病情进展缓慢，临床上先出现肢端感觉异常，如袜子或手套状，伴麻木、针刺、灼热或如踏棉垫感。随后有肢痛，夜间及寒冷季节加重，后期可有运动神经受累，出现肌张力减弱，肌力减弱以至肌萎缩和瘫痪。

(4) 眼的病变：主要病变是糖尿病视网膜病变，此外，糖尿病还可引起黄斑病、白内障、青光眼、屈光改变、虹膜睫状体病变等。

(5) 糖尿病足：糖尿病患者因末梢神经病变，下肢动脉供血不足，以及细菌感染等多种因素，引起足部疼痛、皮肤深溃疡、肢端坏疽等病变，统称为糖尿病足。

(6) 糖尿病胃轻瘫：小部分患者存在早饱、恶心、呕吐、腹胀等，症状严重程度因人而异。严重者会出现反流性食管炎，另外，还可引起小肠和结肠排空异常，引起腹痛、便秘、腹泻等症状。

### 【辅助检查】

1. 尿糖测定 尿糖阳性是诊断糖尿病的重要线索，而非诊断依据。尿糖阳性只是提示血糖超过了肾糖阈，肾糖阈降低时，血糖虽正常，尿糖可呈阳性。并发肾脏病变时，肾糖阈升高，虽血糖升高，但尿糖阴性。

2. 血清（血浆）葡萄糖测定 血糖升高是诊断糖尿病的主要依据，是判断糖尿病病情和控制情况的主要指标。常用葡萄糖氧化酶法测定。诊断

糖尿病时必须用静脉血浆测定血糖。当血糖高于正常范围却又未达到诊断糖尿病的标准时，应进一步做葡萄糖耐量试验（OGTT）。

3. 口服葡萄糖耐量试验（OGTT） 空腹血糖，尤其是餐后血糖升高时，糖尿病临床诊断并不困难。遇有下列可疑患者应进一步做 OGTT 检查，以确定诊断：①尿糖阳性，而空腹血糖正常；②餐后 2 小时血糖  $\geq 7.8\text{mmol/L}$ ，但低于  $11.1\text{mmol/L}$ ；③有糖尿病家族史，包括糖尿病孪生子；④女性患者妊娠过期，胎儿过大或有死产病史者；⑤有自发性低血糖反应者。OGTT 是检查人体血糖调节功能的一种方法。正常人一次摄入大量葡萄糖后（国际标准剂量为  $75\text{g}$ ，儿童剂量  $1.75\text{g/kg}$  体重，最大  $75\text{g}$ ）在摄入前和摄入后 2 小时分别检测血糖水平。

4. 糖化血红蛋白测定 糖化血红蛋白是血红蛋白生成后与糖类经非酶促反应结合而形成的产物，它的合成过程很缓慢，而且是相当不可逆的，持续 3 个月以上（接近红细胞生命期）。糖化血红蛋白所占比率能反映出测定前 1~3 个月内平均血糖水平，用于了解糖尿病患者的血糖水平；还可作为用药的监测指标之一。

5. 血浆胰岛素及 C 肽测定 胰岛素测定主要用于糖尿病的诊断与分型。正常人空腹血浆胰岛素浓度为  $5\sim 20\text{Mu/L}$ ，口服  $75\text{g}$  无水葡萄糖后，血浆胰岛素在  $30\sim 60$  分钟达到最高值，峰值是基础值的  $5\sim 10$  倍， $3\sim 4$  小时恢复到基础水平。1 型糖尿病呈无峰值的低平曲线，2 型可呈高、正常及低的变化。

C 肽也反映基础和葡萄糖介导的胰岛素释放功能，且不受外源性胰岛素及其抗体的影响。高峰时间同上，峰值为基础值  $5\sim 6$  倍。

6. 自身抗体测定 IAA、GAD65、ICA 等抗体的检测，1 型糖尿病患者发现血糖升高时，其中一种或多种抗体阳性。

7. 并发症检查 糖尿病患者根据病情需要应进行血脂、肝功、肾功等检查。急性代谢紊乱时应进行酮体、电解质、酸碱平衡、血气分析等检测。心、肝、肾、眼及神经系统等各项的辅助检查。

### 【诊断与鉴别诊断】

#### 一、诊断标准

1. 临床症状 具备多饮、多尿、多食、消瘦等典型“三多一少”症状者。
2. 实验室诊断标准 诊断标准：采用 WHO（1999）糖尿病诊断标准，

2007年《中国2型糖尿病防治指南》亦采用此标准，见下表：

糖代谢分类 (WHO 1999)

糖代谢分类	FBG (mmol/L)	2hPBG (mmol/L)
正常血糖 (NGR)	<6.1	<7.8
空腹血糖受损 (IFG)	6.1~<7.0	<7.8
糖耐量减低 (IGT)	<6.1	7.8~<11.1
糖尿病 (DM)	≥7.0	≥11.1

糖尿病的诊断标准

糖 尿 病	静脉血浆葡萄糖水平 (mmol/L) (mg/dl)
1. 糖尿病症状 (典型症状包括多饮、多尿和不明原因的体重下降) 加： (1) 随机血糖：(指不考虑上次用餐时间，一天中任意时间的血糖) 或 (2) 空腹血糖 (空腹状态指至少 8 小时没有进食热量) 或 (3) 葡萄糖负荷后 2 小时血糖	≥11.1 (200)  ≥7.0 (128)  ≥11.1 (200)
2. 无糖尿病症状者，需另日重复测定血糖明确诊断	

## 二、糖尿病分型

1. 1型糖尿病 β细胞破坏，通常造成胰岛素的绝对缺乏。

2. 2型糖尿病 可从胰岛素抵抗为主伴相对胰岛素缺乏，到胰岛素分泌缺陷为主或者不伴胰岛素抵抗。

3. 其他特殊类型 包括 β细胞功能遗传性缺陷、胰岛素作用遗传性缺陷、胰腺外分泌疾病、内分泌疾病、药物或化学品所致、感染、不常见的免疫介导糖尿病及其他遗传综合征有时伴发的糖尿病等。

4. 妊娠糖尿病。

## 三、鉴别诊断

1. 西医本病应与肾性糖尿、继发性糖尿病、药物引起高血糖及甲状腺



功能亢进症、胃空肠吻合术后等鉴别。

2. 中医本病应与口渴症及瘦病相鉴别。

### 【治疗】

#### 一、基础治疗

1. 糖尿病健康教育 使患者对糖尿病有充分的认识,提高患者的自我保健能力和自我护理,让其树立正确的抗病态度和信心。积极检测血糖。

2. 饮食治疗 严格控制饮食,控制每天摄入的总热量、合理搭配营养成分,定量定时进餐,以控制血糖、血脂和体重。

3. 运动治疗 糖尿病患者应进行有规律的合适运动。

#### 二、辨证论治

##### 1. 燥热伤津

主症:多食易饥,口渴多饮,形体消瘦,大便干结,苔黄,脉滑实有力。

治法:清热生津。

方药:白虎加人参汤加减。石膏 30g,知母、生地、麦冬、人参各 15g,黄连、栀子、粳米各 10g,甘草 5g。方中石膏、知母清肺胃二经气分实热而除烦止渴,两药合用,清胃火,滋阴液,共为主药。生地、麦冬养阴润肺,又有清热之功。黄连苦寒,直泄胃腑之火,栀子苦寒,通泄三焦之火,两药共治其胃火炽盛;人参、粳米、甘草甘温,既护卫脾胃之气,又滋养养阴。消谷善饥重用生熟地、黄精;大便干加白芍、玄参、芒硝等润燥通便;口渴重加芦根、花粉。

##### 2. 气阴两虚

主症:口渴多饮,口干舌燥,少气无力,纳差腹胀,汗多,尿频量多,舌质淡红,苔白,脉弱或结代。

治法:益气养阴。

方药:生脉散合六味地黄丸加减。人参 20g,麦冬、五味子各 15g,熟地黄 20g,山萸肉、山药各 15g,丹皮、茯苓、泽泻各 10g。人参甘温,大补元气,可补五脏之气,尤擅补肺气;麦冬甘寒质润,养阴以润肺,清热以生津;五味子酸温,酸能收敛,既能益气固表止汗,又能滋阴生津敛汗,性温而润,滋补肾水,且甘以益气,酸能生津,有良好的益气生津止渴功效。三药合用,以益气养阴,生津止渴。六味地黄丸滋补肾阴。阴虚火旺



明显者，加知母、黄柏；脾气亏虚明显者加黄芪、白术等。

### 3. 阴阳两虚

主症：小便频数，浑浊如凝膏，甚则饮一溲一，面容憔悴，耳轮干枯，腰膝酸软，畏寒肢冷，男子阳痿或女子月经不调，舌淡苔白而干，脉沉细无力。

治法：滋阴温阳补肾。

方药：金匮肾气丸加减。附子（炮）、覆盆子、山茱萸、山药、茯苓各15g，桑螵蛸、金樱子、泽泻、牡丹皮各10g，肉桂（后下）5g，鹿茸（研磨嚼服）1g。方中附子温补一身之阳气，尤擅于温补脾肾之阳；肉桂温补肝肾，补火助阳，且能引火归原，益阳消阴；鹿茸补肾阳，益精血，助全身阳气之气化。三药合用，补壮肾中之阳。桑螵蛸、覆盆子、金樱子，三药均既壮补元阳，又可收敛阴精，防止精微物质下泄。六味地黄丸滋补肾阴，配合以上补阳药以阴中求阳，取其“擅补阳者，必于阴中求阳，则阳得阴助而生化无穷”之意，使阴阳互生。若肾气不足，摄纳无权而出现肾不纳气之虚喘时，可酌加蛤蚧、胡桃肉等；阳痿加锁阳、阳起石；耳聋失聪加灵磁石、桑寄生等。

### 4. 瘀血阻滞

主症：口渴多饮，消瘦，面色黧黑，肢体麻木，刺痛不移，唇舌紫黯，或有瘀斑，舌下青筋显露为主症，伴手足发紫发冷，苔薄白或薄黄，脉沉细或脉涩不利。

治法：活血化瘀。

方药：桃红四物汤加减。桃仁、红花、川芎、熟地黄、桂枝、柴胡10g，当归、白芍各15g，甘草5g。方中桃仁具活血祛瘀生新之功；红花活血祛瘀，消肿止痛；川芎辛散温通，主以活血，兼以行气，为血中之气药；三药合用，共起活血化瘀功效。柴胡芳香疏散，条达肝气，疏肝解郁；桂枝辛散温通，入心经走血分，流畅血脉而行滞。两药合用，以其辛香疏通之性，促进血液运行，使其瘀血化尽。当归甘辛温，辛温以活血化瘀，既补血又活血；熟地甘温，养血滋阴；白芍酸甘，甘以补血养肝体，酸以敛阴生津；甘草一则配合白芍以酸甘化阴，二则缓和药性。

以上方药，水煎服，每日一剂。

## 三、特色专方

1. 益气养阴汤 由党参50g，生熟地各25g，地骨皮、泽泻、丹参、枸杞子各20g组成，功效为益气养阴。水煎3次，分3次口服，每日早、午、晚饭前半小时服1次。滕岳明等运用益气养阴汤加减并配合饮食控制治疗非