

临床常见病中西医最新诊疗

张文学 李 莹 张莹雯 曾庆利 编著

中医古籍出版社

临床常见病中西医最新诊疗

张文学 李 莹 张莹雯 曾庆利 编著

江苏工业学院图书馆
藏书章

中医古籍出版社

责任编辑 樊岚岚

封面设计 铁 池

图书在版编目 (CIP) 数据

临床常见病中西医最新诊疗/张文学主编. - 北京: 中医古籍出版社, 2001.8

ISBN 7-80013-991-3

I. 临… II. 张… III. 常见病-中西医结合疗法 IV. R4

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2001) 第 053657 号

中医古籍出版社出版发行

(北京东直门内北新仓 18 号 100700)

全国各地新华书店经销

北京市兴怀印刷厂印刷

787×1092 毫米 16 开 40.5 印张 1008 千字

2001 年 8 月第 1 版 2001 年 8 月第 1 次印刷

印数: 0001~2000 册

ISBN 7-80013-991-3/R·987

定价: 50.00 元

主 编：张文学 李 莹 张莹雯 曾庆利

副主编：任才厚 汪 琳 吴国贤 梁 健

李风云 廉武星 马铭霞 赵浩然

徐莲芳 刘占平 王冬青 郭云霞

郭恒林 陈 莉

编 委：（按姓氏笔划）

于海涛 山书玲 王利娜 王绍义

李德功 李文朝 李艳秋 李江涛

张 广 岳丽娟 梁遂安 常新华

阎秀英 温聚饮

目 录

糖尿病	(1)
高脂血症	(11)
肥胖症	(20)
甲状腺功能亢进症	(27)
冠状动脉粥样硬化性心脏病	(35)
高血压病	(44)
慢性肺源性心脏病	(57)
肺癌	(65)
病态窦房结综合征	(75)
慢性心功能不全	(83)
支气管哮喘	(94)
胃溃疡	(103)
胃炎	(110)
溃疡性结肠炎	(116)
肝硬化	(124)
乙型病毒性肝炎	(135)
食管癌	(147)
原发性肝癌	(158)
胃癌	(171)
大肠癌	(180)
慢性肾盂肾炎	(186)
肾病综合征	(193)
慢性肾小球肾炎	(203)
慢性肾功能衰竭	(213)
急性肾小球肾炎	(229)
白细胞减少症	(236)
再生障碍性贫血	(243)
三叉神经痛	(251)
癫痫	(258)
脑血管性痴呆	(268)
血管神经性头痛	(275)
短暂性脑缺血发作	(283)
混合性脑卒中	(287)
高血压脑病	(291)
脑动脉粥样硬化症	(296)
脑血栓形成	(306)

脑出血.....	(317)
小儿哮喘(支气管哮喘).....	(325)
小儿肾病(肾病综合征).....	(336)
麻疹.....	(344)
水痘和带状疱疹.....	(353)
脊髓灰质炎.....	(360)
百日咳.....	(368)
细菌性痢疾.....	(377)
白喉.....	(387)
股骨颈骨折.....	(394)
膝关节半月板损伤.....	(401)
股骨头缺血性坏死.....	(405)
腰椎间盘突出症.....	(411)
坐骨神经痛.....	(420)
颈椎病.....	(426)
肩周炎.....	(432)
尿石症.....	(439)
胆石病.....	(447)
前列腺增生.....	(456)
血栓性静脉炎及深部静脉血栓形成.....	(462)
肾结石.....	(472)
子宫肌瘤.....	(481)
痛经.....	(489)
功能性子宫出血.....	(495)
不孕症.....	(506)
老年性白内障.....	(518)
原发性视网膜色素变性.....	(526)
原发性急性闭角青光眼.....	(531)
视网膜中央静脉阻塞.....	(540)
视网膜中央动脉阻塞.....	(547)
复发性口腔溃疡.....	(554)
白塞病.....	(562)
口腔扁平苔藓.....	(570)
慢性牙周炎.....	(575)
颞下颌关节功能紊乱综合征.....	(580)
鼻出血.....	(587)
慢性化脓性鼻窦炎.....	(596)
慢性鼻炎.....	(606)
过敏性鼻炎.....	(616)
慢性化脓性中耳炎.....	(626)
慢性咽炎.....	(633)

糖 尿 病

【概述】

糖尿病是一种常见的代谢性疾病。其基本病理特点为胰岛素分泌绝对或相对不足，或伴有外周组织对胰岛素不敏感，引起以糖代谢紊乱为主的全身性疾病。在糖代谢紊乱的基础上，又可出现蛋白质和脂肪代谢紊乱，甚至酸碱平衡失调。病变可累及全身各脏器，如心脑血管、肾脏、肝脏、神经系统、眼底、骨骼和皮肤等，严重威胁着病人的生命，其死亡率次于脑血管病、心血管病和肿瘤，居第四位。目前糖尿病患病率逐年上升，我国已由10年前的0.67%上升至1%~2%左右。其中40岁以上者发病率明显上升，50~70岁之间达高峰，几乎每增加10岁，患病率增高10%左右，我国实际患糖尿病人数现已达1200万以上，全世界已达1.2亿以上。因此糖尿病已引起国内外学者的高度关注。世界卫生组织（WHO）和第14届国际糖尿病协会（IDF）共同确定，将以后每年的11月14日定为“世界糖尿病日”，以使人们更加重视糖尿病全球发病的严重现状。糖尿病的发生与营养条件、肥胖、体力活动大小、遗传等因素有关，且发病率城市高于农村，脑力劳动者高于体力劳动者。

糖尿病属于中医“消渴”范畴。对本病的认识首先见于《内经》，如《灵枢·五变》篇说：“五脏皆柔弱者，善病消瘵。”指出了五脏虚弱是发生消渴的重要因素。在《内经》的基础上，历代医家对本病研究又有进展。《金匱要略》立消渴专篇，提出三消症状及治疗方药。后世医家在临床实践的基础上，根据“三多”症状的孰轻孰重为主次，把本症分为上、中、下三消，但其病机性质则一样，均与肺、胃（脾）、肾有密切关系，以阴虚为本，燥热为标。

【诊断】

一、临床表现

1. 不典型症状：有些糖尿病人，特别是成年发病者或肥胖者，尽管糖尿病已经发生了一个时期，可是并没有典型的糖尿病症状，在临床上经常可以看到以下几种情况。

(1) 因出现其他疾病而就诊：如因高血压病、冠心病、牙周炎等病去医院进一步检查时才发现患有糖尿病。

(2) 当出现其他症状时才就诊：有些成年发病者，可反复出现低血糖反应，如在饭前出现心慌、多汗、手抖及明显的饥饿感等，进食后才缓解。也有些青少年发病者，是因为嘴里有烂苹果味、皮肤脱水干燥，甚至发生昏迷而就诊，实际上已发生了酮症酸中毒。

(3) 由于发生并发症而就诊：有些病人因视力减退、眼睛看东西模糊而到医院检查眼底，才发现是糖尿病视网膜病变；也有的病人因浮肿就诊，其实已合并糖尿病肾病。这些初次就诊的病人，往往已有糖尿病3~5年之久。

(4) 正常体检时才被发现：有些中老年病人，没有任何糖尿病症状，在单位组织的体检

中，发现血糖升高，尿糖阳性而就诊。

2. 典型症状

(1) 多尿：尿的次数多、数量多。1~2 小时就能小便 1 次，甚至每日夜可达 30 余次，每日尿量可达 3000~5000ml。

(2) 多饮：由于多尿失水，因而烦渴多饮，喝水量和次数都增多，每日夜可喝水几暖瓶。

(3) 多食：病人常有饥饿感，食欲亢进，总有吃不饱的感觉，甚至每天吃五六次饭，主食达 1~1.5kg，副食也比正常人明显增多，还是不能满足食欲。

(4) 消瘦：体重减轻，严重者体重可下降数十斤，以致疲乏无力，精神不振。幼儿患糖尿病则会影响生长发育，身材瘦小，体力虚弱。

(5) 其他症状：如全身皮肤瘙痒，女性外阴部瘙痒，性欲减退，月经失调，阳痿，便秘等。

二、辅助检查

1. 尿糖检查：常用的检查方法是斑氏法和尿糖试纸法。正常人每天可从尿中排出微量葡萄糖，一般不超过 32~93mg，尿糖定性检查为阴性，若 24 小时尿糖定量超过 150mg，此时尿糖定性检查多为阳性。尿糖阳性，多提示糖尿病，但不能单纯看是否有尿糖就轻易诊断或排除糖尿病，有时受其他疾病影响或服某种药物时，也可出现假阳性结果，还需通过血糖等进一步的检查才能确定诊断。

2. 血糖检查：测定血糖是诊断糖尿病最主要的检查方法。主要测定空腹和餐后 2 小时静脉血浆血糖。空腹：全血血糖 $\geq 6.7\text{mmol/L}$ ，血浆血糖 $\geq 7.8\text{mmol/L}$ ，经过 2 次重复测定结果相同，即可诊断为糖尿病。若血糖已达到上述标准者，虽尿糖阴性，亦可明确诊断。若空腹血浆血糖 $> 6.7\text{mmol/L}$ ，但 $< 7.8\text{mmol/L}$ 为诊断可疑，需进一步做餐后 2 小时血糖检查或糖耐量试验检查。餐后 2 小时血浆血糖 $\geq 11.1\text{mmol/L}$ ，可诊断为糖尿病。如果血糖 $< 7.8\text{mmol/L}$ ，可排除糖尿病。

3. 口服葡萄糖耐量试验 (OGTT)：试验前口服 75g 葡萄糖，或 100g (2 两) 面粉馒头餐。分别测不同时段的血糖其标准如下。

WHO 标准

(1) 空腹血糖浓度

静脉血浆血糖 $< 7.8\text{mmol/L}$ (140mg/dl)

静脉全血血糖 $< 6.7\text{mmol/L}$ (120mg/dl)

毛细血管全血血糖 $< 6.7\text{mmol/L}$ (120mg/dl)

(2) 口服 75g 葡萄糖后 2 小时血糖浓度

静脉血浆血糖 $> 7.8\text{mmol/L}$ ， $< 11.1\text{mmol/L}$ ($> 140\text{mg/dl}$ ， $< 200\text{mg/dl}$)

静脉全血血糖 $> 6.7\text{mmol/L}$ ， $< 10.0\text{mmol/L}$ ($> 120\text{mg/dl}$ ， $< 180\text{mg/dl}$)

毛细血管全血血糖 $> 7.8\text{mmol/L}$ ， $< 11.1\text{mmol/L}$ ($> 140\text{mg}$ ， $< 200\text{mg/dl}$)

(3) 口服葡萄糖后中间时相 (0.5、1 或 1.5 小时) 血糖浓度

静脉血浆血糖 $\geq 11.1\text{mmol/L}$ (120mg/dl)

静脉全血血糖 $\geq 10.0\text{mmol/L}$ (180mg/dl)

毛细血管全血血糖 $\geq 11.1\text{mmol/L}$ (200mg/dl)

我国修订标准 (静脉血浆血糖)

- 0 小时血糖 $\geq 6.9\text{mmol/L}$ ($\geq 125\text{mg/dl}$)
- 1/2 小时血糖 $\geq 11.1\text{mmol/L}$ (200mg/dl)
- 1 小时血糖 $\geq 10.6\text{mmol/L}$ (190mg/dl)
- 2 小时血糖 $\geq 8.3\text{mmol/L}$ (150mg/dl)
- 3 小时血糖 $\geq 6.9\text{mmol/L}$ (125mg/dl)

年龄超过 50 岁以上者，每增加 10 岁，空腹血糖加 2mg/dl ，半小时和 1 小时加 10mg/dl ，2 小时及 3 小时各加 5mg/dl 。正常人葡萄糖耐量为：服糖 1 小时的血糖值在 $7.78 \sim 8.89\text{mmol/L}$ ，2 小时后恢复至空腹时血糖值。糖尿病患者空腹时血糖值往往超过正常，服糖后血糖更高，且高峰时间是在 1 小时以后，血糖越高则达高峰的时间越晚。严重病例，可能服糖后 3~4 小时尚未到高峰水平。糖尿病患者最特异的变化是恢复空腹血糖水平的时间延缓。若第 3 个小时仍高于空腹水平，则应考虑糖尿病。另外，糖尿病患者血糖上升的高度及持续的时间与口服葡萄糖的量成正比。

4. C-肽测定：C-肽水平不仅能反映胰岛 β 细胞的分泌功能，还反映糖尿病病情轻重和临床控制的好坏。血清 C-肽测定：正常值为 $0.3 \sim 0.6\text{pmol/ml}$ ，葡萄糖负荷试验后，高峰出现的时间与胰岛素一致，比其空腹时高 5~6 倍。

24 小时尿 C-肽测定：正常值为 $36 \pm 4\mu\text{g}$ ，幼年型糖尿病明显降低，仅为 $1.1 \pm 0.5\mu\text{g}$ ，成年型糖尿病为 $24 \pm 7\mu\text{g}$ ，肥胖型糖尿病为 $64 \pm 35\mu\text{g}$ 。血中 C-肽与尿中 C-肽变化是一致的，但肾功能不全者血清 C-肽升高，尿中 C-肽排出减少。

5. 胰岛素测定：胰岛素测定多采用放射免疫方法，其灵敏度高，已被广泛应用于实验研究和糖尿病的诊断。尤其对于糖尿病类型的确定，胰岛 β 细胞分泌功能的判断，以及某些内分泌紊乱疾病的诊断都有一定的意义和价值。I 型糖尿病，无论是空腹或餐后检测，血浆（或血清）胰岛素均明显降低，常小于 5uU/ml ，甚至测不到；II 型糖尿病表现为多样性，有正常，升高，也有减低者。我国正常人空腹胰岛素水平在 $5 \sim 15\text{uU/ml}$ 之间 ($10 \pm 5\text{uU/ml}$)。

三、诊断标准

1. 世界卫生组织糖尿病专业委员会 1980 年

(1) 如有糖尿病症状，任何时候血糖 $\geq 11.1\text{mmol/L}$ (200mg/dl) 及（或）空腹血糖 $\geq 7.8\text{mmol/L}$ ，可诊断为糖尿病。如任何时候血糖 $< 7.8\text{mmol/L}$ (140mg/dl) 及空腹血糖 $< 5.6\text{mmol/L}$ (100mg/dl) 可排除糖尿病。

(2) 如结果可疑（血糖值在上述二者之间），应进行 OGTT（成人口服 75g 葡萄糖，儿童每公斤体重用 1.75g ，总量不超过 75g ）试验，2 小时血糖 $\geq 11.1\text{mmol/L}$ (200mg/dl)，可诊断为糖尿病， $< 7.8\text{mmol/L}$ (140mg/dl) 可排除糖尿病，血糖 $\geq 7.8\text{mmol/L} \sim \leq 11.1\text{mmol/L}$ ($\geq 140 \leq 200\text{mg/dl}$) 之间为葡萄糖耐量异常。

(3) 如无糖尿病症状，除上述两项诊断标准外，尚须另加一项标准以确定诊断，即口服葡萄糖后 1 小时血糖也 $\geq 11.1\text{mmol/L}$ (200mg/dl)，或另一次 OGTT 2 小时血糖也 $\geq 11.1\text{mmol/L}$ (200mg/dl)，或另一次空腹血糖 $\geq 7.8\text{mmol/L}$ (140mg/dl)，亦可诊断为糖尿病。

2. 全国糖尿病研究专题会议 1979 年提出，1980 年修正后经卫生部审批的暂行标准

(1) 除根据糖尿病及其并发症典型症状外，空腹血糖 $\geq 130\text{mg/dl}$ (7.2mmol/L) 及餐后 $2\text{h} \geq 200\text{mg/dl}$ (11.1mmol/L)。

(2) OGTT: 口服葡萄糖 100g, 邻甲苯胺法测定, 各时相的正常血浆血糖上限定为: 0' 125, 30' 200, 60' 190, 120' 150, 180' 125mg/dl (即分别为 6.9, 11.1, 10.5, 8.3, 6.9mmol/L), 其中 30' 或 60' 血糖值为 1 项, 其他各时限血糖值分别作为 1 项, 共四项, 诊断标准为:

①显性糖尿病: 有典型糖尿病症状或曾有酮症病史, 空腹血糖 $\geq 130\text{mg/dl}$ (7.2mmol/L) 或 (及) 餐后血糖 $\geq 200\text{mg/dl}$ (11.1mmol/L), 或 OGTT4 项中有 3 项 $\geq$ 上述正常上限值。

②隐性糖尿病: 无症状, 但空腹及饭后 2 小时血糖以及 OGTT 达到上述诊断标准。

③糖耐量异常: 无症状, OGTT4 项中有两项数值达到或超过上述正常值, 糖耐量异常归入糖尿病可疑, 需随仿复查方可确认或排除。

非糖尿病: 无症状, 血糖值正常, OGTT 在上述上限值范围内。

【治疗】

一、西医治疗

本章主要论述 II 型糖尿病的治疗。

(一) 饮食治疗

所有糖尿病人都应将饮食治疗放在第一位, 治疗时应考虑以下几方面

1. 总热量: 计算日需总热量的方法: 休息时日需总热量 (kcal) = $25 \times$ 标准体重 (kg)。对从事不同程度体力劳动者酌情增加 10~20kcal/kg (1kcal = 4.184J)。标准体重计算公式: 体重 (kg) = 身高 (cm) - 105。

2. 糖、蛋白质、脂肪的比例: 目前的治疗原则是低糖、高蛋白、低脂肪、高纤维素。

糖: 占每日所需总热量的 50%~65%, 一般糖尿病人每日可进食 200g 以上的糖 (1g 可产生热量 4kcal)。

蛋白质: 占每日所需总热量的 15%~20%, 一般成人每日摄入量为 0.8~1.2g/kg 体重 (1g 产生 4kcal 热量)。对肝、肾功能严重损害者, 应限制蛋白摄入量。

脂肪: 占日需总热量的 20%~30%, 一般成人每日摄入量不宜超过 1.0g/kg 体重 (1g 产生 9kcal 热量)。对有肥胖或严重高甘油三脂血症的病人, 每日总脂摄入量应 $< 30 \sim 40\text{g}$ 。

高纤维食物: 食物纤维是不能被消化和缺乏热卡价值的复杂多糖, 可适当多食, 至于多少量适宜, 目前尚无一致意见。

3. 进餐次数和营养分配: 国外推荐少量多餐的进食原则, 国内一般只进 3 餐, 热量分配为: 早餐 20%, 午餐、晚餐各 40%, 每餐主食的进量应保持相对固定。

(二) 口服降糖药物

1. 磺脲类降糖药: 本类药可刺激尚有部分功能的胰岛 β 细胞及时分泌胰岛素。适用于无肥胖的非胰岛素依赖型糖尿病患者, 如用饮食治疗, 体育治疗仍不能满意地达到良好代谢控制者可作首选; 对已确诊的胰岛素依赖型糖尿病不宜采用。

(1) 甲磺丁脲 (D860): 每片 0.5g, 常用量为 0.5g, 每日 2~3 次。饭前服, 逐渐增大剂量, 最大剂量为 3g/d。起效后逐渐减量, 维持量为每日 0.5~1.5g。

(2) 氯磺丙脲 (P607): 常用量为 0.1~0.5g/d, 早饭前 1 次服。最大用量不超过 0.5g/d。片剂有 100mg、250mg 两种。

(3) 优降糖 (HB-419): 常用量 5~10mg, 从每日 2.5mg 开始, 每天 1 次, 早饭前服用, 根据病情逐渐增加剂量。最大量不超过 15mg/d。起效后逐渐减量至维持量 2.5~5mg/d, 若每日超过 5mg 时应分次服用。片剂有 2.5mg、5mg 两种。注意肝肾功能不全、进食较少、活动太多及饮酒的病人服用本药易导致低血糖的发生。

(4) 达美康 (甲磺吡脲): 每片 80mg, 治疗量为 80~240mg/d, 有的可用到 320mg/d, 小量时每日服 1 次, 超过 80mg/d, 分 2 次服。新病人从 40~80mg/d 开始。本药较少引起严重的低血糖反应, 可显著降低血小板粘附于血管壁及减低 ADP 诱导的血小板凝集, 从而有可能降低血栓形成。较其他降糖药更能减慢糖尿病视网膜病变的发展。特别适用于肥胖患者、老年患者。

(5) 美吡哒 (吡黄环已脲): 有 5mg、10mg 两种片剂。开始 5mg/d, 早餐前 30 分钟 1 次口服, 以后可渐增加至 30~40mg, 每天用量 10mg 以上者, 分 2~3 次口服。本药较少有持续性低血糖发生, 但仍应注意。可降低糖尿病患者血中甘油三酯含量, 并提高高密度脂蛋白胆固醇在血中与总胆固醇的比例。

(6) 克糖利: 有 12.5mg、25mg 两种片剂。一般剂量 25~50mg/d, 最大剂量为 75mg/d。饭前 1 次或分 2~3 次服用。本品能增加胰岛 β 细胞的功能, 对优降糖失效的患者大部分仍有效。对预防糖尿病血管并发症可能有一定作用, 但肝肾功能不全者禁用。

(7) 糖肾平 (喹磺环已脲、糖适平): 有 15mg、30mg 两种片剂。一般剂量为 40~65mg/d, 剂量范围为 15~120mg/d, 分 2~3 次口服, 有的可用到 180mg/d。本品 90% 从胃肠道排出, 只有 3% 从肾脏排出, 故可用于肾功能不全者。

2. 双胍类药物: 本类药物特别适用于肥胖型非胰岛素依赖型患者。当单用磺胺类降糖药对患者已不能达到代谢控制良好时, 再加双胍类降糖药联合应用, 往往能控制血糖升高, 反之亦然; 但在肾功能不全, 重度心、脑、肝并发症及重度感染等应激状态者, 不宜使用双胍类降糖药。

(1) 降糖灵 (苯乙双胍): 每片 25mg, 一般剂量为 75~100mg/d, 每日 2~3 次服用, 开始剂量为 25mg/d, 最大剂量不超过 150mg/d。本品易诱发乳酸性酸中毒。胃肠道反应较多。

(2) 降糖片 (二甲双胍): 每片 0.25g, 一般剂量为 250mg/次, 每日 3 次, 每次 0.25~0.5g。本品诱发乳酸性酸中毒的危险仅为降糖灵的 1/50, 发生率为 0%~0.8%。且胃肠道反应很少发生, 且较轻微。已基本取代降糖灵。

3. α -葡萄糖苷酶抑制剂: 本类药物能有效地降低餐后血糖, 目前医学界已将 α -葡萄糖苷酶抑制剂列为第三类口服降糖药。其作用机理是通过抑制小肠的 α -葡萄糖苷酶, 延缓和减少碳水化合物的消化和葡萄糖的吸收。

(1) 阿卡波糖 (拜糖平): 每片 50mg、100mg, 餐前服, 超始量为 50mg, 每日 3 次, 可酌情加量, 一般用量为 300mg/d。本品既可提高单纯饮食治疗的疗效, 又可与其他口服降糖药或胰岛素联合应用, 减少后者的用量, 改善糖尿病的控制。该药对 I 型、II 型糖尿病均适用。有肝、肾疾病者仍然可用, 但少年儿童慎用, 有严重胃肠功能紊乱、妊娠和哺乳等情况禁用。有消化道反应。

(2) 米格列醇：治疗剂量为 50~100mg，每日 3 次，餐前或刚开始进餐时与食物一起嚼服。疗效和副作用与阿卡波糖相似。

(三) 其他疗法

1. 心理治疗：心理治疗对糖尿病控制也非常重要。乐观稳定的情绪有利于维持病人内环境的稳定，而焦虑的情绪会引起一些应激激素如肾上腺素、去甲肾上腺素、肾上腺皮质激素及胰高血糖素的分泌，从而拮抗胰岛素，引起血糖升高，使病情加重。正确的精神状态和对疾病的态度应是在医生正确指导下，学习防治糖尿病知识，通过尿糖和血糖的监测，摸索出影响病情的有利和不利因素，掌握自己病情的特点，有坚强的信心和毅力，坚持不懈的采取合理的饮食、体力活动，劳逸结合。通过心理治疗的配合，达到有效的控制和防治糖尿病的目的。

2. 运动治疗：运动治疗是通过适当的体育和锻炼而防治糖尿病的方法，也是治疗糖尿病的重要措施之一。首先制定运动方案，中老年患者主要进行轻体力活动，通过增加活动时间来增加热量的消耗。年轻人可做强度大的活动。运动强度方式根据个人情况进行选择。轻度的运动项目有步行、下楼梯、广播体操、平地踏自行车；中度的运动项目有缓慢跑步、上楼梯、排球、登山、坡路骑自行车；大强度运动项目有马拉松跑、跳绳、篮球、游泳等。

二、中医治疗

(一) 辨证施治

1. 上消 肺热津伤

〔主症〕烦渴多饮，口干舌燥，尿频量多，舌边尖红，苔黄薄，脉洪数。

〔治法〕清热润肺，生津止渴。

〔方药〕消渴方、二冬汤加减。

花粉 30g，生地 30g，人参 9g，麦冬 15g，沙参 15g，天冬 15g，知母 15g，黄连 3g，甘草 3g。

2. 中消 胃热炽盛

〔主症〕多食易饥，形体消瘦，大便干燥，苔黄，脉滑实有力。

〔治法〕清胃泻火，养阴增液。

〔方药〕玉女煎加味。

生地 45g，牛膝 15g，生石膏 60g，知母 12g，党参 30g，黄连 6g，黄芩 6g，麦冬 24g。

3. 下消

(1) 肾阴亏虚

〔主症〕尿频量多，混浊如脂膏，或尿甜，口干唇燥，舌红，脉沉细数。

〔治法〕滋阴固肾。

〔方药〕六味地黄汤加味。

生地 30g，山药 15g，山萸肉 15g，茯苓 10g，泽泻 10g，丹皮 10g，麦冬 15g，黄柏 10g。

(2) 阴阳两虚

〔主症〕小便频数，混浊如膏，甚至饮一溲一，面色黧黑，耳轮焦干，腰膝酸软，形寒畏冷，阳痿不举，舌淡苔白，脉沉细无力。

〔治法〕温阳滋肾固摄。

[方药]《金匱》肾气丸加减。

熟地 24g, 山萸肉 12g, 山药 15g, 泽泻 9g, 茯苓 9g, 丹皮 9g, 桂枝 3g, 制附子 3g, 仙灵脾 9g, 枸杞子 15g。

上述各种证型的消渴, 均可兼见血瘀证候如面有瘀斑, 头痛, 肢体疼痛, 肌肤甲错, 肋肋疼痛, 肢体麻木, 月经血块多, 舌有瘀斑、瘀点。治疗在辨证论治的基础上加用活血化瘀药。血瘀证轻者加: 当归、川芎、赤芍、丹参、益母草等养血活血化瘀; 血瘀证重者加: 水蛭、桃仁、地龙、穿山甲等破血逐瘀。

三、单方、验方、中成药

1. 人参饮: 人参 10g, 水煎 40 分钟, 至 500ml, 分次服用, 代茶饮。可生津止渴, 对糖尿病疲乏无力, 口干口渴, 效果尤佳。还可用人参干燥后研粉, 每次 2g, 温开水冲服, 每日 2 次。

2. 玉壶丸(《普济方》): 人参、瓜蒌根各等分, 共研细末, 炼蜜为丸, 如梧桐子大, 每服 30g, 温水送服。治糖尿病消渴饮水无度, 可补气生津清热。

3. 黄连散(《外台秘要》): 黄连 30g, 豆豉 30g, 共为细末, 每服 15g, 加水 1000ml, 煎至 500ml, 去渣, 每于食后温服。治心肺壅热烦渴口干。

4. 鸡内金丸(《圣济总录》): 天花粉、鸡内金各等分, 共研细末, 成水丸如梧桐子大, 每服 20 丸, 温水送下, 食后服。治渴饮膀胱有热者。

5. 浮萍丸(《千金要方》): 瓜蒌根、干浮萍各等分, 共研细末, 人乳汁为丸, 如梧桐子大, 空腹饮服 30 丸, 日 3 次。治虚热消渴效佳。

6. 消渴平片: 由黄芪、人参、花粉、知母、葛根、天冬、五味子、沙苑子、丹参等组成, 功具养阴生津, 清热泻火。主要适用于糖尿病属燥热偏盛, 阴津亏损或阴阳两虚者。口服每日 3 次, 每次 6~8 片。

7. 玉泉丸: 由葛根、花粉、生地、麦冬、五味子、甘草、糯米组成, 功具养阴生津, 止渴除烦, 益气和中。主要适用于糖尿病消渴、阴津亏损之证。口服每次 9g, 每日 4 次, 1 个月为 1 疗程。

8. 降糖甲片: 由黄芪、黄精、太子参、生地、花粉组成, 功具补中益气, 养阴生津。主要适用于气阴两虚型糖尿病, 每片 2.3g, 每日 3 次, 口服每次 6 片, 1 个月为 1 疗程。

9. 黄连素片: 以黄连的有效成分小檗碱为主要成分制成的化学药物。经临床和实验证实, 黄连素有较好的降血糖作用, 对Ⅱ型糖尿病伴有腹泻者用之尤佳, 具体用法是黄连素片每次 0.3~0.5g, 1 日 3 次口服, 1 个月为 1 疗程。

10. 消渴丸: 为中西药复方制剂, 主要成分为黄芪、生地、花粉及西药优降糖, 每丸含优降糖 0.25mg, 功具滋肾养阴, 益气生津。适用于尚有部分胰岛功能的糖尿病患者。对初发病, 轻、中型以及稳定型的患者疗效显著、可靠, 已广泛使用。

11. 愈三消胶囊: 由黄芪、玄参、鹿茸、知母、地黄组成, 功具养阴生津, 益气活血。饭前口服, 1 次 8 粒, 1 日 3 次, 3 月 1 个疗程, 或遵医嘱。

12. 糖脉康颗粒: 由黄芪、生地黄、丹参、赤芍、黄精、牛膝等组成, 养阴清热, 活血化瘀。每包 5 克, 口服, 1 次 1 包, 1 日 3 次。

13. 金芪降糖片: 由金银花、黄芪等组成, 功能清热益气。饭前半小时口服, 1 次 7~

10片, 1日3次, 2个月为1疗程。

14. 消渴降糖片: 由甜菊叶、黄精、桑椹、红参组成, 功具清热生津, 益气养阴。口服, 1次6片或遵医嘱, 每日3次。

15. 消渴灵胶囊: 由人参、黄连、黄芪等组成, 功具益气养阴, 清热泻火, 益肾缩尿。口服, 1次3粒, 1日2次。

四、其他疗法

1. 体针

上消取手太阳、少阴经穴为主, 少府、鱼际、心俞、太渊、肺俞、胰俞。

中消取足阳明、太阳经穴为主, 内庭、三阴交、脾俞、胃俞、胰俞。

下消取足厥阴、少阴经穴为主, 太溪、太冲、肝俞、肾俞、胰俞。

手法可根据病情轻重, 选取补法、泻法或平补平泻, 每日或隔日针灸1次, 10~15次为1疗程。阴损及阳者, 可针灸并用。

2. 耳针: 主穴为内分泌、肾上腺、肾、脾、胃、神门、渴点, 每次用2~3穴, 交替使用。中强刺激, 留针5~15分钟, 隔日1次。

3. 经穴注射疗法: 用当归注射液或生理盐水, 做主穴、配穴注射 (常用穴位见体针选穴)。或于夹脊胸3、脾俞与夹脊胸10、肾俞作交替注射。中强刺激, 每穴0.5~2ml药物。

4. 刺激神经疗法: 重点刺激胸7~9, 横刺3~5行, 每行4~5针, 配合刺激颈椎1~7, 颌下部及其他对症刺激部位, 部位和针数不宜过多。

5. 气功: 气功治疗糖尿病的报导越来越多, 经临床研究表明, 气功不仅可增强体质, 改善症状, 而且还可调整代谢, 降低血糖。常选的功法为松静功等, 取卧式、坐式、站式3种, 可任选一种或交替做。自然呼吸, 意守丹田, 松静自然。练功时间一般每次20分钟左右为宜。当准备收功时, 要把意念收回中丹田或下丹田, 随后轻搓两手, 接着活动一下身体即可收功。糖尿病好转后, 仍要坚持练功。但每日练功次数和时间可以适当减少。这样可以巩固疗法, 防止复发。

【新疗法】

一、中医新疗法

1. 三消汤: 花粉、葛根、生地、玄参、丹参、山药各15~30g, 生石膏、黄芪各15~50g, 苍术、黄柏、知母、泽泻、麦冬、五味子各10~20g。水煎服, 每日1剂, 分3次服下 (饭前服)。有滋阴清热, 生津止渴之功, 用于糖尿病多饮、多食、多尿者。(《湖南中医杂志》. 1989; 5 (3): 7)

2. 滋肾蓉精丸: 黄精20g, 肉苁蓉15g, 制首乌15g, 淮山药15g, 金樱子15g, 赤芍10g, 山楂10g, 五味子10g, 佛手片10g。制成小丸, 每服6g, 每日3次。治疗肾虚型糖尿病170例, 治愈49例, 显效22例, 有效77例, 无效22例, 总有效率87.1%。(《中医杂志》. 1990; (4): 31)

3. 生脉胜甘汤: 沙参、玉竹、麦冬、五味子各12~15g, 生地30~60g, 生石膏20~

30g, 知母、花粉各 15~30g, 乌梅、山萸肉、桑螵蛸各 10~20g, 黄连 12~15g, 生黄芪 30~60g。每日 1 剂, 水煎服。姜生坤、寇生根用自拟生脉胜甘汤治疗非胰岛素依赖型及轻中型糖尿病 63 例, 有效率达 100% (《陕西中医》. 1991; (2): 55)

4. 辨证施治疗法: 将消渴分为二型: 阳证: 燥热阴亏, 用清热生津之法为主, 药用党参、生石膏、知母、山药、梗米、柴胡、黄芩、花粉、黄芪。共治疗 130 例, 总有效率为 95.4%; 阴证: 脾肾阴阳两虚, 用健脾固肾, 阴阳并调之法, 药用制附片、桂枝、萸肉、生山药、丹皮、生地、熟地、枸杞、黄芪、首乌、花粉。共治疗 72 例, 总有效率为 91.7%。(李皓平. 新中医. 1982; (11): 37)

5. 健脾降糖饮疗法: 健脾降糖饮 (黄芪、白术、黄精、山药、花粉、丹参等) 治疗 II 型糖尿病减轻症状总有效率 99.1%, 降低空腹血糖总有效率为 89.8%。研究表明, 本品能明显降低四氧嘧啶糖尿病鼠及家兔的空腹血糖, 对 ADP 诱导的大鼠血小板聚集有明显的抑制和较好的解聚作用, 对家兔体外血栓形成有明显的抑制作用, 提示对糖尿病的血管并发症有一定防治作用。(乔艾. 山西中医. 1988; (9): 33)

6. 克糖灵疗法: 克糖灵 (西洋参、黄芪、丹参、熟地、王不留行、大黄、优降糖) 治疗 II 型糖尿病。结果表明: 克糖灵不仅可明显地降低血糖, 而且有显著改善糖耐量作用, 对肥胖 II 型可促进胰岛 β 细胞分泌胰岛素, 抑制 A 细胞分泌胰高血糖素或改善 A 细胞对血糖感受能力等一系列作用。(王执礼. 中西医结合杂志. 1990; (3): 137)

7. 黄连素疗法: 黄连素治疗 II 型糖尿病 60 例, 结果总有效率为 90%, 实验研究表明黄连素有促进 β 细胞学修复作用。(倪艳霞. 中西医结合杂志. 1988; (2): 711)

8. 益气养阴活血方疗法: 益气养阴活血方治疗气阴两虚血瘀证糖尿病患者, 观察其对血流变学的影响 68 例, 益气养阴活血方 (生黄芪、生地、丹参、益母草、玄参、苍术、葛根、当归、川芎、赤芍、山药、木香) 制成片剂口服。结果治疗后全血粘度、血浆粘度、红细胞压积及红细胞变形能力均有显著改善, 血粘度也有一定下降。说明益气养阴活血方有改善糖尿病血液流变性的作用。(梁晓春. 中国医学科学院学报. 1989; (2): 87)

二、西医新疗法

1. 格列喹酮疗法: 治疗 34~79 岁, 病程 1 个月~24 年的 II 型糖尿病患者 29 例。用格列喹酮 60~180mg/d, 4 周后出现明显的降糖作用, 空腹血糖由 10.37 ± 4.00 降至 6.9 ± 1.9 mmol/L, 餐后 2 小时血糖由 15 ± 5 降至 9.28 ± 3.67 mmol/L, 均 $P < 0.01$ 。血脂、空腹胰岛素均未见有意义的变化, 未见肝肾损害等。(倪江洪等. 中国医院药学杂志. 1996; 16 (5): 202~203)

2. 格列本脲合用阿司匹林及小剂量碱疗法: 218 例非胰岛素依赖型糖尿病患者, 随机分 4 组, 1 组 88 例, 口服格列本脲 2.5~10mg, 日 2 次, 阿司匹林 0.3g, 日 3 次; 小剂量碱 0.3g, 日 3 次。3 组 60 例; 3 组 38 例; 4 组 32 例。分别单独口服格列本脲、阿司匹林及小剂量碱。开始剂量同 1 组, 再按血糖水平调整。治疗 10 个月。结果联合用药较单独用药效果佳。4 组空腹血糖均下降, 临床症状好转。联合用药可减少格列本脲的用量, 降低低血糖反应的发生率, 减轻血糖波动, 同时还可综合防治 NIDDM 的血管神经并发症。(荣文等. 新药与临床. 1997; 16 (2): 109~110)

3. Acarbose 疗法: 治疗 12 例非胰岛素依赖型糖尿病, 病程 3~6 个月。在控制饮食的情

况下给 Acarbose, 第1个月每次 50mg, 日3次, 第2~3个月增至每次 100mg。结果患者血糖均明显下降, 服药后1~3个月空腹血糖分别下降 21.1%、35.2% 和 36.45%; 3个月餐后2小时血糖下降 34.5%。糖化血红蛋白、果糖胺、24小时尿糖亦明显下降。(孙侃等. 上海医科大学学报. 1996; 23 (2): 158)

4. 阿卡波糖疗法: 32例胰岛素依赖型糖尿病注射胰岛素 30u/d 的同时, 加用阿卡波糖 50mg, 日服3次共6次, 结果表明空腹及餐后2小时血糖、糖化血红蛋白及24小时尿糖均降低, $P < 0.05$ 及 0.001。未见明显副作用。(刘宽之. 新药与临床. 1997; 16 (5): 357)

三、中西医结合新疗法

1. 益气养阴补肾活血汤配服达美康疗法: 治疗组30例, 用自拟益气养阴补肾活血汤: 黄芪 30g, 太子参 20g, 丹参 20g, 枸杞子 20g, 葛根 15g, 天花粉 30g, 山药 30g, 山萸肉 10g, 龟板 20g, 牛膝 10g, 僵蚕 20g。随症加减。日1剂, 水煎, 日2次服。同时配服达美康 40~80mg/次, 1日2次。对照组单服达美康。两组均1个月为1疗程。结果: 治疗两个月后, 治疗组总有效率为 83.3%, 其中显效 19例, 有效 6例, 无效 5例, 对照组分别为 63.3%、5例、14例及 11例。两组比较 $P < 0.05$ 。(傅凤霞. 江苏医药. 1998; 24 (1): 31~32)

2. 中药辨证配合优降糖疗法: 上消型用生石膏 120~150g, 知母、党参、黄芩各 20g, 花粉、生地、麦冬、山药各 30g; 中消型用生石膏 90~120g, 知母、黄芪、麦冬、丹皮、牛膝各 20g, 草决明 30g, 大黄 15g, 番泻叶 8~12g (便通后减量); 下消阴虚型用生石膏 50~80g, 知母、山萸肉、党参、白术、白茯苓各 20g, 龙骨、牡蛎各 50g, 山药 30g, 五味子 15g; 阴阳两虚型用熟地、生地、山萸肉、丹皮、麦冬、牛膝、枸杞子各 20g, 熟附子、肉桂、泽泻、猪苓、五味子各 15g。随症加减, 日1剂水煎分3次服。酌用优降糖 5~10mg, 日2次口服, 严格控制饮食, 5日为1疗程。用5~7个疗程, 用中西医结合治疗非胰岛素依赖型糖尿病 106例, 结果: 痊愈 12例, 显效 26例, 有效 57例, 无效 11例, 总有效率 89.6%。(杨友鹤. 河南中医. 1989; (2): 17)

3. 中药配合优降糖疗法: 中药用黄芪、山药、黄精各 30g, 苍术、山萸肉、淫羊藿、桃仁、大黄各 10g, 元参、草决明各 20g, 三七粉 3g (冲), 泽泻 15g, 西药用优降糖 2.5~5mg/d 2~3次口服, 2个月为1疗程。治疗糖尿病伴高脂血症 30例, 总有效率 90%。(黄建生. 四川中医. 1997; (9): 33)

四、其他新疗法

1. 艾段温针隔橘皮灸疗法: 艾段温针隔橘皮灸治疗糖尿病 200例。穴位: 液门、阳池、第8胸椎棘突下旁开 1.5寸 (自定为“胰俞”)、三焦俞。将纯艾条切成 1.5厘米厚之艾段, 将鲜橘皮 (或干品用温水浸泡变软) 剪成 2平方厘米大小并切一长约 1厘米的切口。进针后行平补平泻手法, 然后将艾段插于针柄顶端并与之平齐, 取备好之橘皮套在针身靠近皮肤处, 使橘皮靠近皮肤, 取一硬纸片隔在艾段与橘皮之间, 从靠近皮肤一端点燃艾段。每日1次, 10次为1疗程, 治疗期间停用一切药物。经 5~100次治疗, 正常及接近正常者 24例, 显效 162例, 无效 14例, 总有效率为 93%。(《中国针灸》. 1989; (5): 39)

高脂血症

【概述】

由于脂肪代谢或运动异常使血浆一种或多种脂质高于正常称为高脂血症。脂类物质不溶或微溶于水，在血浆中必须与蛋白结合，成为水溶性复合体，才便于运转。因此，高脂血症常为高脂蛋白血症的反映。表现为高胆固醇血症、高甘油三酯血症、或两者兼有。临床上分为两类：①原发性，罕见，属遗传性脂代谢紊乱疾病；②继发性，常见于控制不良糖尿病、饮酒、甲状腺功能减退症、肾病综合征、肾透析、肾移植、胆道阻塞、口服避孕药等。临床上对高脂蛋白血症的检查、分类，对确诊引起脂质代谢异常的原发疾病十分重要。在西方发达国家，动脉粥样硬化是引起死亡的最主要原因，而高脂血症已被公认为是引起动脉粥样硬化性心脏病的危险因素之一。在我国，动脉粥样硬化也已成为威胁人民健康的主要疾病。

祖国医学文献中查不到高脂血症及一些并发症的命名，但在胸痹、心痛、中风、眩晕等症中有类似此病的论述。如《素问通评虚实论》“凡治消瘴、仆击、偏枯、痿厥，气满发逆，甘肥贵人，则膏粱之疾也。”现代医家多认为高脂血症属于祖国医学的“痰湿”、“浊阻”、“瘀血”等范畴，与肝、脾、肾三脏关系密切，病因为嗜食肥甘厚味，外源性脂质摄入过多，导致脾虚运化失常，影响水谷精微的代谢，内聚成浊；或肝气郁结，水谷输布失司造成痰湿内阻；亦可素体阴亏之体，火热灼津成痰。病机为痰浊闭络，日久成瘀，痰瘀互结，络阻窍闭，变生本证。本证属本虚标实证，气虚为本，而痰浊、瘀血是其主要的病理因素。治疗上给予祛痰化浊，活血祛瘀，滋养肝肾、补气益元等。从而达到脏腑功能协调，脂痰祛除的目的。

【诊断】

一、临床表现

血脂过高可由于血浆脂蛋白移除障碍或内源性产生过多，或两者同时存在而引起。各种脂蛋白水平过高均可引起高胆固醇血症，乳糜微粒或极低密度脂蛋白（VLDL）升高可引起高甘油三酯血症。根据各种血浆脂蛋白在电泳的特殊表现，高脂蛋白血症可分为五型。Ⅰ型为乳糜微粒升高；Ⅱ型包括Ⅱa型低密度脂蛋白升高、Ⅱb型低密度脂蛋白（LDL）和极低密度脂蛋白升高；Ⅲ型极低密度脂蛋白和中等密度脂蛋白（IDL）升高；Ⅳ型极低密度脂蛋白升高；Ⅴ型乳糜微粒（CM）和极低密度脂蛋白升高。

1. Ⅰ型高脂蛋白血症：又称家族性高乳糜微粒血症、家族性高甘油三酯血症。以空腹乳糜微粒升高为特征，但血浆VLDL正常。生化缺陷是脂蛋白脂酶（LPL）或其辅因子缺乏，呈常染色体隐性遗传。目前，我国尚缺乏该病的资料。该病患者在美国的标准饮食下，高脂血症常较严重，出现视网膜脂血症，大多数病人肝脾肿大。有人报道脂蛋白可引起脾梗死、表