

上工治未病 干预糖尿病前期

▲ 中国医学科学院 中国协和医学院北京协和医院 梁晓春

目前我国2型糖尿病患病率已达到11.6%，糖尿病前期达到50%。欲降低2型糖尿病患病率，必须对糖尿病前期进行干预，使其向正常糖耐量转化。糖尿病前期包括空腹血糖受损（IFG）和糖耐量减低（IGT）。IFG指空腹血糖介于6.1~7.0 mmol/L。IGT是指葡萄糖负荷后2h血浆血糖介于7.8~11.1 mmol/L。在临床上IGT较IFG更为常见。

生活方式干预是根本

不良的生活方式是2型糖尿病患病率增高的主要原因之一。多项研究证明，对糖尿病高危人群及糖尿病前期者进行早期生活方式干预，可以显著降低糖尿病患病率。

1986年潘孝仁等对大庆地区IGT者进行了6年的前瞻性干预治疗。结果表明，饮食治疗组、运动组和饮食治疗+运动组发展为2型糖尿病的危险性分别下降了31%、46%和42%。

而后2008年《柳叶刀》杂志又报道了“中国大庆糖尿病预防20年后研究”。结果显示，糖尿病高危人群如果不加干预，20年间有92%会发展成糖尿病，但接受为期仅6年的生活方式干预，在20年后糖尿病发病率降低了43%；心脑血管死亡率下降17%；严重的微血管病变降低了47%。

随后芬兰糖尿病预防研究（DPS）以及美国糖尿病预防项目



梁晓春 教授

（DPS）均已证实，有效的生活方式干预能延缓IGT降低患者发展为糖尿病风险。近年发表的芬兰研究也显示，生活方式干预在干预停止后3年仍有效，与大庆研究结果相符。

上述三项研究成为生活方式干预预防糖尿病的里程碑。新近发布的《2017年AACE/ACE 2型糖尿病综合管理指南》中对生活方式干预和肥胖管理进行了更新，强调了糖尿病前期的生活方式干预及减重治疗的重要性。

西药干预不失为一途径

目前为止，FDA没有批准任何药物用于糖尿病前期或预防2型糖尿病，但是对于中长期的生活方式干预，且效果不理想或依从性差者，药物干预也不失为是一条可行的途径。

DPP研究中观察到二甲双胍可使糖耐量降低患者糖尿病的发生延迟2.8年。在欧洲多中心阿卡波糖预防糖尿病研究（STOP-

NIDDM）中，经过3年阿卡波糖药物干预能使IGT人群中发生2型糖尿病的相对危险下降36%。由中日友好医院等6家中心，为期3年，入选321例IGT干预研究证实，糖尿病年发病率，对照组为11.6%，饮食+运动组8.2%，阿卡波糖组（50 mg, tid）和二甲双胍组（0.25 g, tid）年发病率明显下降（分别为2.0%和4.1%）。

中药干预屡获证据

近年来中医及中西药结合研究者在预防糖尿病方面也进行了有益的探索。

冯凭等报道，将278例IGT患者随机双盲分为金芪降糖片（黄芪、黄连、双花组成）组和安慰剂组。2年后结果表明金芪降糖片组和安慰剂组的平均糖尿病年转化率为分别为4.05%和12.69%。糖尿病的转化风险降低了64.2%。

连凤梅等发表在JCEM的临床试验证实，天芪降糖胶囊（由黄芪、天花粉、女贞子、石斛、人参、地骨皮、黄连、山茱萸、墨旱莲、五倍子组成）可显著降低IGT患者向2型糖尿病转化。其将420例IGT患者随机分为2组，采用双盲安慰剂对照，干预12个月，完成试验者

天芪降糖组198例和安慰剂组191例。结果证明，天芪降糖胶囊比安慰剂降低IGT向糖尿病转换的风险为32.1%。

其他中药如中汇糖脉康、北京协和医院的益气养阴活血胶囊等干预IGT的文献还有很多，但多数疗程短，例数少，有待今后研究。

综上，2型糖尿病流行日益严峻，中医注重整体调节，中药具有多靶点多途径作用的优势，有望在糖尿病的预防方面有所作为。

未病先防 加强大众对糖尿病预防知识的普及，重塑健康的生活方式。

既病防变 早期发现糖尿病前期，积极干预，使其向正常糖耐量转化，远离糖尿病。

糖尿病急症的中西医结合治疗

▲ 上海中医药大学附属龙华医院 方邦江 屠亦文

糖尿病患者由于多种诱因可能出现危及生命的急性并发症，常见的主要包括糖尿病酮症酸中毒、高渗性高血糖状态和低血糖。大量临床研究表明，中西医结合治疗糖尿病危重症，可有效促进血糖下降、纠正水和电解质平衡紊乱，改善意识状态、缓解临床症状等方面具有显著优势。

常见高血糖急症 个体化分析

糖尿病酮症酸中毒（DKA）是由于体内胰岛素缺乏和（或）升糖激素不当升高引起的机体糖、脂肪和蛋白质代谢紊乱，以高血糖、高酮血症和代谢性酸中毒为主要改变的临床综合征。结合病史和临床表现，如血糖>13.9 mmol/L，尿酮体阳性，同时pH<7.35，则可诊断为DKA。

高渗性高血糖状态（HHS）则是以严重高血糖、高血浆渗透压、严重脱水为特点的一类

糖尿病急性并发症，常见于中老年患者，起病隐匿，常伴有不同程度的意识障碍，临床上血糖≥33.3 mmol/L，血浆渗透压>350 mmol/L，血气分析pH≥7.30，尿糖强阳性、血酮体阴性或弱阳性，则可诊断为HHS。

两者的临床表现较相似，均为进行性加重的多饮、多尿、乏力，伴有纳差、恶心、呕吐、烦躁等，进一步发展则可出现严重脱水、休克和昏迷。感染、创伤、手术、



方邦江 教授

急性心脑血管意外、自行停用降糖药物等都可成为两者发病的诱因。

西医对DKA、HHS的治疗主要包括了降糖、补充血容量、纠正电解质紊乱和消除诱因等，对DKA患者则需要及时纠正酸中毒。

中医辨证分型 有地放矢

根据DKA和HHS常见的临床表现，中医将之分为气阴两虚、热毒熏蒸、痰浊中阻、热入心包、内闭外脱和阴竭阳脱等证型。

◆气阴两虚证

见咽干口渴、多饮多尿、气短懒言、神疲乏力，舌红少苔，脉细数，方拟生脉散合增液汤。

◆热毒熏蒸证

见口苦口臭、烦渴多饮、尿频量多、色黄赤浊，头晕目眩、恶心呕吐，舌黯红苔黄，脉滑数，方拟清瘟败毒饮加减。

◆痰浊中阻证

见倦怠嗜睡、恶心呕吐、脘痞纳呆，舌红苔黄，脉滑数，方拟温胆汤合藿香正气散加减。

◆热入心包证

见神志昏蒙，或谵语，甚则昏迷，舌红绛少苔，脉细数，

方拟清宫汤加减。

◆内闭外脱证

见神志昏乱、躁动不安、呼吸气粗、四肢抽搐、汗出面白、遗尿，舌淡红苔薄黄，脉弦数或虚数无力，方拟清宫汤合独参汤。

上述证候在中药汤药治疗的同时可配合中成药安宫牛黄丸或醒脑静注射液开窍醒神。

◆阴竭阳脱证

见昏迷不醒、面白唇干、眼眶深陷、气短息微、汗出肢冷、舌质干淡，脉虚数无根，方拟生脉散或参附龙牡汤加减；同时以参附注射液、参麦注射液、生脉注射液等回阳固脱。

除中药治疗之外，还可配合针灸治疗，闭证常针刺人中、涌泉、百会、足三里、十宣等穴；脱证常灸百会、神阙、足三里等穴。

中西医结合 专栏编委会

栏目总编辑：陈可冀

本期轮值主编：梁晓春

执行主编：

陈香美 唐旭东 黄光英
刘献祥 蔡定芳 张敏州
吴宗贵 吴永健 王阶
凌昌全 王文健 崔乃强
梁晓春 彭军 郭军
徐丹苹 杨传华 李浩

主编助理：刘龙涛

