

不妄作劳等生活方式有线性回归关系,其中与恬愉为务负相关。由标准化回归系数看出,不妄作劳对少阴人格的影响最大(表略)。太阴人格与恬愉为务、适嗜欲于俗、外以避邪等生活方式有线性回归关系,其中与恬愉为务、适嗜欲于俗、外以避邪均为负相关。由标准化回归系数看出,恬愉为务对太阴人格的影响最大(表略)。

3 讨论

具有不同人格的个体会表现出不同的行为方式,在生活中亦会有不同的生活方式表现形式。本研究对五态人格与生活方式进行相关性分析,结果表明:①太阳人格与外以避邪、饮食有节、膳食平衡、恬愉为务、不妄作劳等生活方式有线性回归关系,其中与饮食有节、不妄作劳负相关,外以避邪对太阳人格的影响最大。此类人生活中比较关注自己,能有效规避危险,注意膳食结构的平衡,有进取心、不怕打击、敢坚持自己的观点,能够保持愉快的心情。但冲动、易怒、任性而不顾是非的性格又会使得这类人饮食作息无规律,易产生疲乏感。在养生保健中宜多调节情绪,减少发怒次数,少冲动行为,多理性思考。②少阳人格与适嗜欲于俗、饮食有节、外以避邪、恬愉为务等生活方式有线性回归关系,其中与饮食有节负相关,饮食有节对少阳人格的影响最大。此类人生活中好社交、善交际、有良好的人际关系,喜欢谈笑,不愿静而愿动,能很好的调节自己的情绪。此外由于朋友多,文娱活动多,导致饮食作息无规律。在养生保健中宜控制应酬次数,特别注意饮食搭配,保证睡眠。③阴阳和平人格与外以避邪、膳食平衡、恬愉为务、适嗜欲于俗、饮食有节等生活方式有线性回归关系,适嗜欲于俗对阴阳和平人格的影响最大。这类人具有高度的平衡

能力,态度从容、喜怒不形于色、居处安静、不受物惑、能适应食物发展规律,能有合理控制饮食结构,规避外来风险,有效调节情绪,从而保持心态平衡。④少阴人格与适嗜欲于俗、膳食平衡、恬愉为务、不妄作劳等生活方式有线性回归关系,其中与恬愉为务负相关,不妄作劳对少阴人格的影响最大。这类人冷淡沉静、善辩是非,因此可以与他人保持较好的人际关系,合理调节自己情绪。但是由于心思重而不外露则会让自己压力大,心事重重,有时会产生疲惫感。日常生活中自制能力强,做事有计划,能有效地调控自己的生活起居与饮食结构。此外由于少阴人有持久能力、耐受性好,这就会使其身心承受更大的压力,时常有疲劳感。在养生保健中宜适当宣泄感情,避免思虑过多。⑤太阴人格与恬愉为务、适嗜欲于俗、外以避邪等生活方式有线性回归关系,其中与恬愉为务、适嗜欲于俗、外以避邪均为负相关,恬愉为务对太阴人格的影响最大。太阴人悲观失望、与人保持一段距离、内省孤独、不愿与人接触、自私,因此生活中人际关系较差,不能很好地调控情绪。另外这类人胆小,阴柔寡断,不能很好的规避危险。在养生保健中宜加强与交流,有压力后向亲友倾诉,注意戒烟限酒。

综上所述,各类型人格与生活方式的相关性均体现出本类型的特点,符合《黄帝内经》中的描述,可以验证中国传统医学经典《黄帝内经》中的理论,同时针对不同人格类型人群的生活方式特点,可以对“生活方式病”的个体化干预提供科学指导。

1 北京中医药大学管理学院(100029);

2 中国中医科学院中医临床基础医学研究所

肾康注射液联合厄贝沙坦对早期糖尿病肾病患者尿微量白蛋白及血液流变学的影响

郝玉杰¹ 王运红¹ 王桂英¹ 高孝杰¹ 田力铭²

糖尿病肾病(diabetic nephropathy, DN)是糖尿病严重的微血管并发症之一,微量白蛋白尿是早期糖尿病肾病的一个重要表现,且尿白蛋白的增加与血液流变学异常密切相关^[1]。降低早期 DN 患者尿微量白蛋白水平,改善患者血液流变性是有效防止患者肾功能衰竭的重要措施之一。我们对肾康注射液及联合血管紧张素Ⅱ受体阻滞剂厄贝沙坦在降低早期 DN 患者尿微量白蛋白、血脂及改善血液流变学等方面进行了对照研究,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 病例选择

将 2008 年 5 月~2009 年 5 月我院肾内科收治入院的早期 2 型糖尿病肾病患者 87 例,其中男性 43 例,女性 44 例,平均年龄(52.5±10.5)岁,病程 5~15 年。

1.2 诊断标准

依据世界卫生组织糖尿病专家委员会制度的糖尿病诊断标准^[2]。早期糖尿病肾病(EDN)根据 Mogense-

ninDN 分期方法,即尿微量白蛋白排泄率(UAER)在 20~200 μg/min 者^[3]。中医消渴病诊断按《中药新药临床研究指导原则》中的有关标准^[4]。

1.3 排除标准

①严重的心功能不全、肾功能不全患者;②排除其他肾病、泌尿系感染;③合并肿瘤。

1.4 方法

1.4.1 治疗方法 将患者随机分为 3 组:对照组、肾康注射液组(肾康组)、肾康注射液加厄贝沙坦联合组(联合组),每组 29 例。3 组患者均给予糖尿病教育、饮食控制和适量运动及常规降糖治疗,使血糖控制在空腹<7.0 mmol/L,餐后 2h 血糖<10.0 mmol/L。对照组给予口服降糖药、胰岛素等常规西医治疗;肾康组在对照组的基础上加用肾康注射液 100ml 加入 5% 葡萄糖 250~300ml 静脉滴注,同时加 2~3U 胰岛素中和葡萄糖每天 1 次;联合组在肾康组的基础上加用厄贝沙坦(赛诺菲-安万特制药公司生产)0.15g,1 次/d 口服,3 周为 1 个疗程,

全部病例观察 9 周,比较 3 组患者治疗前后 UAER、血脂(血清总胆固醇(TC)、甘油三酯(TG)、高密度脂蛋白胆固醇(HDL-C)、低密度脂蛋白胆固醇(LDL-C)及血液流变学指标的变化情况。

1.4.2 观察方法 3 组均于治疗前后检测 UAER、TC、TG、HDL-C、LDL-C,尿白蛋白采用放免法测定,试剂盒购于美国雅培公司,并计算出 UAER;血脂采用过氧化物酶法,试剂盒购自天津赛德生物制药有限公司;采用赛科希德 SA-6000 全自动血流变分析仪测定血液流变学指标;采用全自动生化仪测定空腹血糖。

1.5 统计学处理

用 SPSS 13.3 统计分析软件进行统计学分析。所有计量数据均采用均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,多组间均数比较首先采用完全随机设计资料的方差分析,若方差分

析有显著性则进一步进行均数间的两两比较。

2 结果

2.1 3 组患者治疗前后尿白蛋白排泄率及血脂的变化

表 1 示,治疗 9 周后,肾康组、联合组 24h 尿白蛋白排泄率、血脂等各项指标均较治疗前有明显下降,差异有显著性($P < 0.01$);对照组治疗前后无明显变化($P > 0.05$);联合组在降低患者 24h 尿白蛋白排泄率、血脂等方面,明显优于对照组及肾康组($P < 0.05$)。

2.2 3 组患者治疗前后血液流变学指标的变化

治疗 9 周后,肾康组、联合组血液流变学各项指标均较治疗前有明显下降,差异有显著性($P < 0.01$);对照组治疗前后无明显变化($P > 0.05$);联合组在改善患者血液流变学方面,明显优于对照组及单用肾康组($P < 0.05$)。

表 1 3 组患者治疗前后尿白蛋白排泄率及血脂的变化($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	UAER($\mu\text{g}/\text{min}$)	TC(mmol/L)	TG(mmol/L)	HDL-C(mmol/L)	LDL-C(mmol/L)	
对照组	治疗前	50	119.46 $\pm$ 31.13	4.86 $\pm$ 0.51	1.94 $\pm$ 0.45	1.13 $\pm$ 0.26	4.32 $\pm$ 1.25
	治疗后	50	112.73 $\pm$ 18.4	4.82 $\pm$ 0.47	1.91 $\pm$ 0.42	1.14 $\pm$ 0.34	4.30 $\pm$ 1.56
肾康组	治疗前	50	116.55 $\pm$ 33.42	4.88 $\pm$ 0.69	1.90 $\pm$ 0.51	1.10 $\pm$ 0.28	4.29 $\pm$ 1.30
	治疗后	50	87.44 $\pm$ 10.06 [*]	4.22 $\pm$ 0.70 Δ	0.80 $\pm$ 0.43 Δ	1.40 $\pm$ 0.31 Δ	4.24 $\pm$ 1.11 [*]
联合组	治疗前	50	123.37 $\pm$ 29.98	4.90 $\pm$ 0.12	1.95 $\pm$ 0.31	1.09 $\pm$ 0.33	4.33 $\pm$ 1.18
	治疗后	50	61.90 $\pm$ 28.02 [*] Δ	4.00 $\pm$ 0.14 Δ $\blacktriangle$	0.65 $\pm$ 0.15 Δ	1.55 $\pm$ 0.16 [*] $\blacktriangle$	4.11 $\pm$ 1.04 Δ $\blacktriangle$

注:与本组治疗前比较,* $P < 0.01$;与对照组治疗后比较, $\Delta P < 0.05$;与肾康组治疗后比较, $\Delta P < 0.05$

表 2 3 组患者治疗前后血液流变学指标的变化($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	全血高切黏度 (mPa·s)	全血低切黏度 (mPa·s)	血浆高黏度 (mPa·s)	纤维蛋白原 (g/L)	红细胞压积	
对照组	治疗前	50	7.26±0.37	14.02±2.14	2.21±0.76	3.78±1.16	0.54±0.07
	治疗后	50	7.24±0.54	13.90±2.03	2.14±0.69	3.69±0.97	0.55±0.03
肾康组	治疗前	50	7.38±0.41	15.01±2.43	2.35±0.81	3.81±0.99	0.57±0.08
	治疗后	50	5.77±0.53*	12.06±3.01 [△]	1.55±0.56 [△]	2.93±1.01 [△]	0.45±0.04*
联合组	治疗前	50	7.27±0.44	14.56±2.33	2.28±0.77	3.83±1.42	0.56±0.06
	治疗后	50	5.11±0.41* [△]	10.17±2.40 ^{△▲}	1.30±0.34 [△]	2.66±0.99* [▲]	0.41±0.07 ^{△▲}

注:与本组治疗前比较,* $P < 0.01$;与对照组治疗后比较, $\Delta P < 0.05$;与肾康组治疗后比较, $\Delta P < 0.05$

3 讨论

糖尿病肾病(DN)是糖尿病(Diabetic mellitus, DM)严重的微血管并发症,其发病机理是糖代谢紊乱、脂代谢紊乱、肾脏血流动力学改变等多方面因素综合作用,使病情进行性恶化,导致肾功能不全,进而发展致尿毒症晚期。微量白蛋白尿是临床上早期糖尿病肾病的表现,如果力争在此期进行积极有效的治疗,可以延缓临床期糖尿病肾病及尿毒症的发生。大量研究证实,糖尿病患者常伴有脂代谢紊乱,表现为高脂血症,高脂血症可以增加血浆黏度,改变肾小球血液流变学,致肾内缩血管活性物质释放,升高肾小球毛细血管内压,进一步促进肾小球硬化^[5-6]。肾康注射液由中药大黄、黄芪、丹参、红花组成。大黄功效清热泻火、解毒活血,《神农本草经》记载可“下瘀血、推陈致新,调中化食,安和五脏”。大黄还可抑制血清胆固醇的沉积,降低血管的通透性,增强内皮细胞的致密性,限制有害物质进入内皮细胞。同时大黄能促进胆汁排出,增加胃肠蠕动,减轻胆固醇在体内的蓄积^[7];黄芪补气升阳、固表,利水消肿,现代药理研究表明,黄芪能扩张血管、降低血压、保护红细胞、增强造血系统功能、降

低血小板黏附率、减少血栓形成,并增加肾血流量,对肾脏有保护作用^[8];丹参活血祛瘀、养血安神;红花活血通经、活络,二药相辅,祛瘀生新,除邪而不伤正,共奏活血通络、祛瘀生新之功。研究表明,丹参能扩张微血管口径,扩张动脉,降低血管阻力,降低血液黏度,增强红细胞变形能力,可改善微循环,清除氧自由基,抗脂质过氧化损伤,拮抗钙离子内流,改善 ATP 酶活性。红花提取物具有扩血管、对二磷酸腺苷(ADP)诱导的血小板有显著的抑制作用,提高纤维蛋白的溶解活性,抑制血栓形成,保护血管内皮、抗凝及溶解血栓,从而起到防止或减少糖尿病并发症的作用^[9-10]。现代研究表明,肾康注射液具有明显的扩张血管,调节血脂,降低血液黏稠度,抑制血小板及红细胞聚集的作用,从而增加肾血流量,降低肾小球毛细血管压力,改善肾小球内血液高凝状态,最终达到降低尿蛋白的作用^[11]。

参考文献

- [1] Mogensen CE, Vestbo E, Poulsen PL, et al. Microalbuminuria and potential confounders. A review and some observations on variability of urinary albumin excretion[J]. Diabetes-

- Care, 1995, 18(4): 572-581.
- [2] 林兰. 中西医结合糖尿病学[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 1999: 108-110.
- [3] Mogensen CE. Early diabetic renal involvement and nephropathy[J]. The Diabetic Annual, 1987, 3: 306-307.
- [4] 中华人民共和国卫生部. 中药新药临床研究指导原则[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1997: 26.
- [5] 王秀问. 糖尿病肾病的诊治进展[J]. 中国实用内科杂志, 1995, 15(6): 361.
- [6] 李娜, 谷忠玲. 糖尿病肾病的早期综合治疗 50 例分析[J]. 中国全科医学, 2003, 6(5): 430.
- [7] 柯凌. 大黄的药理及其在肾脏病中的运用[J]. 中国中西医

- 结合肾病杂志, 2001, 2(6): 243-245.
- [8] 彭卫华, 曲强. 黄芪治疗肾脏疾病的现代药理研究[J]. 中国中西医结合肾病杂志, 2001, 2(10): 327-328.
- [9] 辛勤, 李秀芳, 司端运, 等. 丹参红花注射液对实验性大鼠脑缺血的保护作用[J]. 中成药, 2004, 26(3): 222.
- [10] 张志英, 董利平, 杨海燕. 丹红注射液对糖尿病患者血液流变学的影响[J]. 时珍国医国药, 2007, 18(9): 174.
- [11] 崔俊起, 韩平杰. 肾康注射液对早期糖尿病肾病的治疗观察[J]. 中国误诊学杂志, 2008, 8(9): 2096.

基金项目: 河北省中医药管理局科研立项项目(2009105)

* 河北省迁安市人民医院肾内科(064400)

四种中医体质偏颇与肿瘤筛查及其康复的关联性研究

杨必安* 逄保忠*

1 中医体质学说研究概述

中医对体质分型的研究最早可以追溯到《黄帝内经》时代,《灵枢》按阴阳五行把人分为阴阳二十五人和阴阳五态人,中医体质学说自 20 世纪 70 年代中医体质学说确立以来,是以中医理论为指导,研究人类各种体质与体质类型的生理病理特点,并以此分析疾病的状况、病变性质及发展趋向,从而指导疾病的预防和治疗的一门学科。经过统计发现中医体质具有遗传特性。

1.1 体质与证候特性研究

体质的形成是诸多因素共同作用的结果,其性状受遗传因素和环境因素的双重作用,是一定的躯体素质与一定心理素质的综合体,其中遗传是相对主要因素。体质具有相对稳定性和动态可变性,使体质的调节成为可能。体质的偏颇是疾病发生的内因,是决定疾病发展过程及证候类型演变的重要因素。体质决定着证候种类的倾向性,又是决定病性、病位、病程阶段和病变趋势的重要因素。中医证候类型是对人体疾病状态下脏腑气血阴阳盛衰情况及病因、病位等方面的概括,是机体发病时的阶段性表现,具有快速转变的特点。证候的转化除与疾病固有规律作用有关外,还与机体内外环境包括体质因素对病变的影响以及治疗措施及时、合理与否有关。

1.2 体质分型与癌症中医体质筛查研究概况

人体具有不同体质类型的观念已形成共识,体质分型标准化、规范化方法的建立是现代体质研究中一个重要的问题。体质分型的研究,主要以人体生命活动的物质基础——阴阳、气血、津液的盛衰、虚实变化为主。体质分型是体质学说临床运用中的重要问题。现代中医对体质的分型研究,一般是从临床角度根据患病群体中的体质变化、表现特征及与疾病的关系等方面对体质作出分类。譬如关于乳腺癌的证型,一般分为肝气郁结型、气滞痰凝型、热毒蕴结型、冲任失调型、气血两虚型。若平素心情抑郁,情绪波动大,属于肝郁质的妇女,容易致肝气不疏,气血运行不畅,其发病多为肝气郁结型。在非病状态下和患病状态下均存在正常体质和偏颇体质。夏仲

元针对 336 例调查结果显示,乳腺增生病患者中医体质分布具有一定的特点,其中偏颇型体质占 77.68%,高于对照组的 49.26%;而平和质占 22.32%,低于对照组的 50.74%,提示平和质是乳腺增生病的保护因素。病例组与对照组比较,体质类型差异有统计学意义($P < 0.01$)。

2 四种中医体质与肿瘤的发病的关联性研究

利用经络测评仪以及显微舌象仪,配合传统中医四诊对肿瘤人群进行中医体质筛查发现主要是以下四种中医体质偏颇严重的人群肿瘤发病率比较高,其中包括气郁体质、血瘀体质、阳虚体质、湿性体质。4 种中医体质偏颇的肿瘤发病率统计:气郁体质偏颇调查检测例数 89 例,发病率为 89.5%;血瘀体质偏颇分别为 78 例、76.4%;阳虚体质偏颇分别为 95 例、77.5%;痰湿体质偏颇分别为 78 例、72.3%。

3 肿瘤中医体质分型的创新调理

基于以上的认识,可以通过经络测评仪以及显微舌象仪针对未发病的人群进行肿瘤体质筛查,通过中草药配方适宜不同体质的人群调理,此外还配合标准的中医理疗和传统膳食以及心理疗法,有效预防肿瘤的发生,以达到治未病的目的。对于已经患肿瘤的患者同样经过中医的治疗方法纠正其体质的偏性使其回到中医体质的常态,疗效显著。

4 讨论

《素问·四气调神大论》指出:“是故圣人不治已病治未病,不治已乱治未乱,”以及“未病先防,已病防变,已变防渐”的“治未病”的学术思想。

通过经络测评仪以及显微舌象仪针对未发病的人群进行肿瘤体质筛查,通过肿瘤体质的筛查,可以有效的预防控制肿瘤的发病以及复发加重,以达到治未病的目的。对于已经发生的肿瘤患者可以通过中医体质的分类以及中医的辨证施治,可以有效的治疗肿瘤,防止其加重以及复发。

* 北京身心康国际中医研究院中医研究中心(100088)