



世界中医药学会联合会

World Federation of Chinese Medicine Societies

Standard of WFCMS

SCM 000*-2017

国际中医药糖尿病诊疗指南

International Guideline for Diagnostic and Treatment Principles of Chinese Medicine in Diabetes

(公开征求意见稿)

世界中医药学会联合会标准

20**-**-**发布实施

目 次

前言	3
引言	5
1 范围.....	7
2 术语和定义.....	7
2.1 糖尿病前期.....	7
2.2 脾瘕	7
2.3 糖尿病	7
2.4 消渴病	7
2.5 消瘕	7
3 诊断.....	7
3.1 糖尿病前期.....	7
3.1.1 临床表现	8
3.1.2 理化检查	8
3.2 糖尿病.....	8
3.2.1 临床表现	8
3.2.2 理化检查	8
3.2.3 鉴别诊断	8
4 辨证.....	9
4.1 糖尿病前期.....	9
4.2 糖尿病.....	9
4.2.1 糖尿病期	9
4.2.2 并发症期	11
4.2.3 兼证	11
5 治疗.....	12
5.1 糖尿病前期.....	12
5.1.1 治疗原则	12
5.1.2 辨证治疗	12
5.1.3 中成药	13
5.2 糖尿病.....	13
5.2.1 治疗原则	13
5.2.2 基础干预	13
5.2.3 分证论治	14
5.2.4 中成药	18
附录 A （资料性附录）糖尿病前期（IGT/IFG）的血糖检查	19
附录 B （资料性附录）糖尿病分型及诊断	20
附录 C （资料性附录）糖尿病的诊断标准	21
附录 D （规范性附录）糖尿病前期及糖尿病中医治疗模式	22

前 言

本《指南》编制程序遵循了世界中医药学会联合会发布的 SCM 0001-2009《标准制定和发布工作规范》。

本《指南》的某些内容可能涉及专利。本《指南》的发布机构不承担识别这些专利的责任。

本《指南》由世界中医药学会联合会提出并归口。

本《指南》起草单位：中国中医科学院广安门医院、上海中医药大学附属曙光医院、北京中医药大学东方医院、北京中医药大学、长春中医药大学附属医院、成都中医药大学、卫生部中日友好医院、成都中医药大学附属医院、开封市中医院、辽宁中医药大学附属医院、广东省中医院、河北医科大学附属医院以岭医院、保定市中医院、安徽中医药大学第一附属医院、河南中医药大学第一附属医院、北京中医药大学东直门医院、天津中医药大学、天津中医药大学第一附属医院、南京中医药大学、广州中医药大学第一附属医院、广东药科大学、天津中医药大学第二附属医院、中国中医科学院西苑医院、江苏省中医院、南京博大肾科医院、辽宁中医药大学附属医院、甘肃省中医院、青海省中医院、山东中医药大学附属医院、深圳市中医院、国家中医药管理局对台港澳中医药交流中心、中国中医科学院针灸研究所、香港大学中医药学院、台湾中医学会、澳门大学中医药研究院、新加坡中医学院、加拿大中医药学会、欧盟卢森堡大公国国家健康研究院、匈牙利中医药学会、泰国卫生部泰医和补充医学司。

本《指南》主要起草人：仝小林、沈远东、倪青、陆灏、魏军平、段俊国、方朝晖

本《指南》参与起草人及审阅专家（按姓氏拼音排序）：

中国：巴卓玛、段俊国、范冠杰、方朝晖、冯志海、高颖、高怀林、高思华、高天舒、高鑫、高秀梅、高彦彬、郭姣、黄永生、黄种钦、江庆亮、姜良铎、李惠林、李靖、李敏、李平、李双蕾、李泽庚、李真、连凤梅、刘超、刘建平、刘铜华、刘文科、刘喜明、陆灏、倪青、庞国明、逢冰、朴春丽、钱秋海、沈远东、宋军、宋坪、唐旭东、仝小林、汪何、王承德、王钢、王宏才、王佳、王文成、王旭、魏军平、吴深涛、向楠、谢春光、于世家、余江毅、岳仁宋、张定华、张会琴、赵家军、赵进喜、郑仲华

中国香港：沈剑刚

中国台湾：温崇凯

中国澳门：王一涛

新加坡：项平

加拿大：袁晓宁、董柳

美国：杨观虎

英国：瞿宇

卢森堡大公国：王宁

匈牙利：于福年

泰国：Tawat Buranatawonsom

本《指南》英文翻译人员（按姓氏拼音排序）：Donna Lynne Strong Brott L.Ac.（美国）、Esly .Caldwell A.P.（美国）、李青伟、刘彦汶、逢冰、郑玉娇

本《指南》由世界中医药学会联合会发布，版权归世界中医药学会联合会所有。

引 言

本《指南》制定的目的在于进一步规范糖尿病中医临床诊断与治疗,为国际中医师临床实践提供糖尿病中医药治疗策略与方法。本《指南》简明实用,可操作性强,具有指导性、普适性和可参照性。

本《指南》制定依托专项课题“糖尿病中医防治标准(指南)研究”。该研究整合、优化以往国际中医药糖尿病研究成果,结合临床实践,对中医药治疗糖尿病以及并发症提出更为权威的诊疗建议。本《指南》是国际中医药糖尿病领域第一部国际循证指南。

本《指南》将糖尿病分为“胖”与“瘦”两种类型。

肥胖型糖尿病属“脾瘅”范畴,是临床糖尿病的主体人群,脾瘅得不到有效控制,即可发展为“消渴”。消渴日久,则进入后期的并发症阶段,故“肥胖或超重—脾瘅—消渴—消渴并发症”是肥胖型糖尿病的自然发展进程。

消瘦型糖尿病属“消瘅”范畴,包括现代医学的1型糖尿病、1.5型糖尿病和部分2型糖尿病。消瘅日久,内热持续耗灼阴液,即可发展为消渴。消渴日久,则进入后期并发症阶段,故“消瘅—消渴—消渴并发症”是消瘦型糖尿病的自然发展进程。

糖尿病有郁、热、虚、损不同病理阶段。“郁”的阶段代表疾病早期。实胖型患者六郁相兼为病,虚胖型患者以脾虚胃郁为根本;瘦型患者多以肝郁为主。这一阶段相当于糖耐量受损期,以胰岛素抵抗为主。“热”的阶段代表疾病的发生。郁久化热,究其脏腑主要为胃热、肝热,可兼肺热、肠热。“虚”的阶段代表疾病的发展。这一期是临床最常见的阶段,病机最为复杂。燥热既久,壮火食气,燥热伤阴,气阴两伤为始,进而阴损及阳,阴阳两虚。这一阶段多虚实夹杂,可夹热、夹痰、夹湿、夹瘀。“损”的阶段代表疾病的终末期。这一阶段相当于糖尿病的慢性并发症期,或因虚极而脏腑受损,或因久病入络,络瘀脉损而成。这一时期的根本在于络损(微血管病变)、脉损(大血管病变),进而导致脏腑损伤。糖尿病自身的病理特点决定了“络瘀”贯穿病程始终,建议从早期开始应用活血通络法。

在上述研究基础上,课题组对质量较高的中医药治疗糖尿病系统综述和随机对照试验(RCT)进行严格的质量评价,广泛征求专家意见,并通过与加拿大中医药学会、匈牙利中医药学会、新加坡中医学院等海外中医学术团体交流合作,最终制定完成本《指南》。

本《指南》证据及推荐建议级别:参照中国刘建平教授提出的“基于证据体的临床研究证据分级体系”。此外,若单个随机对照试验判定为高风险,则证据级别降低一级。

基于证据体的临床研究证据分级参考建议:

证据级别	分级依据
I a	由随机对照试验、队列研究、病例对照研究、病例系列这4种研究中至少2种不同类型的研究构成证据体,且不同研究结果的效应一致
I b	具有足够把握度的单个随机对照试验
II a	半随机对照试验或队列研究
II b	病例对照研究
III a	历史性对照的病例系列
III b	自身前后对照的病例系列
IV	长期在临床上广泛运用的病例报告和史料记载的疗法
V	未经过系统研究验证的专家观点和临床经验,以及没有长期在临床上广泛运用的病例报告和史料记载的疗法

推荐原则:

由于中医药治疗糖尿病的文献研究大多数存在试验报告内容不全面、设计欠规范、辨证选方多样、疗效标准不统一等问题,使试验结果存在潜在的偏倚,因此在本《指南》中,

所有证据均需取得专家共识后方可列入推荐。

目前指南的推荐分级标准一般按照 GRADE（Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation）小组制定的推荐强度级别标准进行证据推荐，该标准中推荐意见分为强、弱两级，当证据明确显示干预措施利优于弊或弊优于利时，标准小组可将其列为强推荐；当利弊不确定或无论质量高低的证据均显示利弊相当时，则视为弱推荐。

综合以上考虑，本《指南》规定：证据为 I 级并且取得专家共识则视为强推荐；证据为 II 级且取得专家共识则视为弱推荐。

国际中医药糖尿病诊疗指南

1 范围

本标准规定了糖尿病前期及糖尿病的诊断、辨证和治疗基本要求。

本标准适用于糖尿病前期及糖尿病的诊断和治疗。

2 术语和定义

下列术语和定义适用于本标准。

2.1

糖尿病前期

由血糖调节正常发展为糖调节受损(IGR)，血糖升高但尚未达到糖尿病诊断标准的时期。

注：糖尿病前期包括空腹血糖受损（IFG）、糖耐量受损（IGT），二者可单独或合并出现，属于中医“食郁”、“脾瘅”等范畴。

2.2

脾瘅

过食肥甘厚味而致湿热内生，蕴结于脾的一种病证。

注：其主症为口甘、肥胖、舌苔厚腻、口吐浊唾涎沫，此外尚可见口中黏腻不爽、胸闷脘痞、不思饮食等症状。脾瘅进一步发展可转为消渴病，很类似于西医学的糖尿病前期。

2.3

糖尿病

由于胰岛素分泌绝对或相对不足（胰岛素分泌缺陷），以及机体靶组织或靶器官对胰岛素敏感性降低（胰岛素作用缺陷）引起的以血糖水平升高，可伴有血脂异常等为特征的代谢性疾病。

注：糖尿病属于中医“消瘅”、“消渴病”等范畴。

2.4

消渴病

体质因素加以饮食失节、情志失调、年高劳倦、外感邪毒或药石所伤等多种病因所致，以多饮、多食、多尿、形体消瘦、尿有甜味为典型症状的病证。

注：消渴病相当于西医学的糖尿病。

2.5

消瘅

以脏腑柔弱、先天禀赋不足为基础，加以生活起居不慎或情志失调、外感邪毒等所致，以肌肤消瘦为主要特征，以脾虚胃热为核心病机，伴性情急躁、多饮、多食等症状的病症。

注：消瘠相当于西学的消瘦型糖尿病。

3 诊断

3.1 糖尿病前期

3.1.1 临床表现

3.1.1.1 症状

糖尿病前期一般临床症状不典型，可表现为食欲亢盛，腹胀，倦怠乏力等，多数患者在健康体检或因其他疾病检查时发现。

3.1.1.2 体征

糖尿病前期多形体肥胖或超重，可表现为腰臀围比和体质指数异常升高，其他体征不明显。

3.1.2 理化检查

3.1.2.1 IFG

空腹静脉血浆血糖 $\geq 5.6\text{mmol/L}$ （ 100mg/dl ）且 $< 7.0\text{mmol/L}$ （ 126mg/dl ）；及负荷后2小时静脉血浆血糖 $< 7.8\text{mmol/L}$ （ 140mg/dl ）。

3.1.2.2 IGT

负荷后2小时静脉血浆血糖 $\geq 7.8\text{mmol/L}$ （ 140mg/dl ），且 $< 11.1\text{mmol/L}$ （ 200mg/dl ），且空腹静脉血浆血糖 $< 7.0\text{mmol/L}$ （ 126mg/dl ）。

3.1.2.3 OGTT

糖尿病前期人群均需进行OGTT（参见附录A）。

3.2 糖尿病

3.2.1 临床表现

3.2.1.1 症状

以多饮、多食、多尿及原因不明之消瘦等症状为主要临床表现。也有多饮、多食、多尿症状不明显，以肺癆、眩暈、胸痹心痛、水肿、中风、眼疾、疮痈等病症，或因烦渴、烦躁、神昏等病就诊，或无症状，体检时发现本病者。

3.2.1.2 体征

早期病情较轻，大多无明显体征。病情严重时出现急性并发症有失水等表现，病久则出现与大血管、微血管、周围或内脏神经、肌肉、骨关节等各种并发症相应的体征。

3.2.2 理化检查（参见附录 B）

3.2.3 鉴别诊断

3.2.3.1 口渴症

口渴症是指口渴饮水的一个临床症状，可出现于多种疾病过程中，尤以外感热病为多见。但这类口渴各随其所患病证的不同而出现相应的临床症状，不伴多食、多尿、尿甜、消瘦等消渴的特点。

3.2.3.2 瘰病

瘰病中气郁化火、阴虚火旺的类型，以情绪激动、多食易饥、形体日渐消瘦、心悸、眼突、颈部一侧或两侧肿大为特征。其中的多食易饥、消瘦，类似消渴病的中消，但眼球突出、颈前生长瘰肿则与消渴病有别，且无消渴病的多饮、多尿、尿甜等症。

4 辨证

4.1 糖尿病前期

4.1.1 脾胃壅滞证

腹型肥胖，脘腹胀满，暖气、矢气频频，得暖气、矢气后胀满缓解，大便量多，舌质淡红，舌体胖大，苔白厚，脉滑。

4.1.2 肝郁气滞证

形体中等或偏瘦，口干口渴，情绪抑郁，喜太息，遇事易紧张，胁肋胀满，大便干结，舌淡红，苔薄白，脉弦。

4.1.3 湿热蕴脾证

口干口渴，或口中甜腻，脘腹胀满，身重困倦，小便短黄，舌质红，苔厚腻或微黄欠润，脉滑数。

4.1.4 脾虚痰阻证

形体肥胖，腹部增大，或见倦怠乏力，纳呆便溏，口淡无味或黏腻，舌质淡有齿痕，苔薄白或腻，脉濡缓。

4.1.5 气阴两虚证

形体偏瘦，倦怠乏力，口干口渴，夜间为甚，五心烦热，自汗，盗汗，气短懒言，心悸失眠。舌红少津，苔薄白干或少苔，脉虚细数。

4.2 糖尿病

4.2.1 糖尿病期

4.2.1.1 郁

4.2.1.1.1 中土（脾胃）壅滞证

腹型肥胖，脘腹胀满，暖气、矢气频频，得暖气、矢气后胀满缓解，大便量多，舌质淡红，舌体胖大，苔白厚，脉滑。

4.2.1.1.2 肝郁气滞证

情绪抑郁，喜太息，遇事易紧张，胁肋胀满，舌淡苔薄白，脉弦。

4.2.1.2 热

4.2.1.2.1 肝胃郁热证

脘腹痞满，胸胁胀闷，面色红赤，形体偏胖，腹部胀大，心烦易怒，口干口苦，大便干，小便色黄，舌质红，苔黄，脉弦数。

4.2.1.2.2 痰热互结证

形体肥胖，腹部胀大，胸闷脘痞，口干口渴，喜冷饮，饮水量多，心烦口苦，大便干结，小便色黄，舌质红，舌体胖，苔黄腻，脉弦滑。

4.2.1.2.3 肺胃热盛证

口大渴，喜冷饮，饮水量多，易饥多食，汗出多，小便多，面色红赤，舌红，苔薄黄，脉洪大。

4.2.1.2.4 胃肠实热证

脘腹胀满，痞塞不适，大便秘结难行，口干口苦，或有口臭，口渴喜冷饮，饮水量多，多食易饥，舌红，苔黄，脉数有力，右关明显。

4.2.1.2.5 肠道湿热证

脘腹痞满，大便黏腻不爽，或臭秽难闻，小便色黄，口干不渴，或有口臭，舌红，舌体胖大，或边有齿痕，苔黄腻，脉滑数。

4.2.1.2.6 热毒炽盛证

口渴引饮，心胸烦热，体生疥疮、痈、疽、或皮肤瘙痒，便干溲黄。舌红，苔黄。

4.2.1.3 虚

4.2.1.3.1 热盛伤津证

口大渴，喜冷饮，饮水量多，汗多，乏力，易饥多食，尿频量多，口苦，溲赤便秘，舌干红，苔黄燥，脉洪大而虚。

4.2.1.3.2 阴虚火旺证

五心烦热，急躁易怒，口干口渴，时时汗出，少寐多梦，小便短赤，大便干，舌红赤，少苔，脉虚细数。

4.2.1.3.3 气阴两虚证

消瘦，疲乏无力，易汗出，口干口苦，心悸失眠，舌红少津，苔薄白干或少苔，脉虚细数。

4.2.1.3.4 脾虚胃滞证

心下痞满，呕恶纳呆，水谷不消，便溏，或肠鸣下利，干呕呃逆，舌淡胖苔腻，舌下络瘀，脉弦滑无力。

4.2.1.3.5 上热下寒证

心烦口苦，胃脘灼热，或呕吐，下利，手足及下肢冷甚，舌红，苔根部腐腻，舌下络脉瘀闭。

4.2.2 并发症期

肥胖与非肥胖 T2DM 日久均可导致肝肾阴虚或肾阴阳两虚，出现各种慢性并发症，严重者发生死亡。

4.2.2.1 损

4.2.2.1.1 肝肾阴虚证

小便频数，浑浊如膏，视物模糊，腰膝酸软，眩晕耳鸣，五心烦热，低热颧红，口干咽燥，多梦遗精，皮肤干燥，雀目，或蚊蝇飞舞，或失明，皮肤瘙痒，舌红少苔，脉细数。

注：在 DM 中本证主要见于糖尿病合并视网膜病变。

4.2.2.1.2 阴阳两虚证

小便频数，夜尿增多，浑浊如脂如膏，甚至饮一溲一，五心烦热，口干咽燥，神疲，耳轮干枯，面色黧黑；腰膝酸软无力，畏寒肢凉，四肢欠温，阳痿，下肢浮肿，甚则全身皆肿，舌质淡，苔白而干，脉沉细无力。

注：本证主要见于糖尿病肾脏疾病、糖尿病合并周围神经病变等的后期。

4.2.2.1.3 脾肾阳虚证

腰膝酸冷，夜尿频，畏寒身冷，小便清长或小便不利，大便稀溏，或见浮肿，舌淡胖大，脉沉细。

4.2.3 兼证

除以上证候外，痰、湿、浊、瘀是本病常见的兼证，兼痰主要见于肥胖糖尿病患者，兼湿主要见于糖尿病胃肠病变，兼浊主要见于糖尿病血脂、尿酸较高的患者，兼瘀主要见于糖尿病血管病变。

4.2.3.1 兼痰

嗜食肥甘，形体肥胖，呕恶眩晕，恶心口黏，头重嗜睡，食油腻则加重，舌体胖大，苔白厚腻，脉滑。

4.2.3.2 兼湿

头重昏蒙，四肢沉重，遇阴雨天加重，倦怠嗜卧，脘腹胀满，食少纳呆，大便溏泄或黏滞不爽，小便不利，舌胖大，边齿痕，苔腻，脉弦滑。

4.2.3.3 兼浊

腹部肥胖，实验室检查血脂或血尿酸升高，或伴脂肪肝，舌胖大，苔腐腻，脉滑。治法：消膏降浊。

4.2.3.4 兼瘀

肢体麻木或疼痛，胸闷刺痛，或中风偏瘫，语言謇涩，或眼底出血，或下肢紫暗，唇舌紫暗，舌有瘀斑或舌下青筋暴露，苔薄白，脉弦涩。

5 治疗

5.1 糖尿病前期

5.1.1 治疗原则

糖尿病前期实证以脾胃壅滞、肝郁气滞、湿热蕴脾为主，虚证以脾虚痰湿、气阴两虚为主。治疗时重在早期预防，阻止疾病进一步发展为糖尿病。同时，根据不同病情选用不同治法，有利于提高临床疗效。脾胃壅滞者治以行气导滞，肝郁气滞者治以疏肝解郁，湿热蕴脾者治以清热化湿，脾虚痰湿者治以健脾化痰，气阴两虚者治以益气滋阴。（中医治疗模式参见附录 C）

5.1.2 辨证治疗

5.1.2.1 脾胃壅滞证

治法：行气导滞。

方药：厚朴三物汤（《金匮要略》）加减。厚朴、大黄、枳实。**（IIa 弱推荐）**

加减：胸闷脘痞，痰涎量多加半夏、陈皮、橘红；腹胀甚，大便秘结加槟榔、二丑、莱菔子。

5.1.2.2 肝郁气滞证

治法：疏肝解郁。

方药：四逆散（《伤寒论》）加减。柴胡、枳实、芍药、甘草。**（IIa 弱推荐）**

加减：纳呆加焦三仙；抑郁易怒加丹皮、赤芍；眠差加炒枣仁、五味子。

5.1.2.3 湿热蕴脾证

治法：清热化湿

方药：半夏泻心汤（《伤寒论》）加减。半夏、黄连、黄芩、干姜、人参、甘草、大枣。

(II a 弱推荐)

加减：脘腹痞满，头晕沉重加佩兰、藿香、桑白皮；肺有燥热加地骨皮、知母。

5.1.2.4 脾虚痰阻证

治法：健脾化痰。

方药：六君子汤（《医学正传》）加减。人参、白术、茯苓、陈皮、半夏、甘草。**(II a**

弱推荐)

加减：倦怠乏力加黄芪；食欲不振加焦三仙；口黏腻加薏苡仁、白蔻仁。

5.1.2.5 气阴两虚证

治法：益气养阴。

方药：玉液汤（《医学衷中参西录》）加减。黄芪、山药、知母、五味子、葛根、天花粉、鸡内金等。**(II a 弱推荐)**

加减：气短汗多加山萸肉、煅龙骨、煅牡蛎；口渴明显加生地。

5.1.3 中成药

中成药的选用必须适合该品种的证型，切忌盲目使用。建议选用无糖颗粒剂、胶囊剂、浓缩丸或片剂。

天芪降糖胶囊：用于糖尿病前期气阴两虚证，一次 5 粒，一日 3 次。**(I b 强推荐)**

津力达颗粒：用于糖尿病前期气阴两虚证，一次 1 袋，一日 3 次。**(I b 强推荐)**

金芪降糖片：用于糖尿病前期湿热蕴脾证，一次 2~3 片，一日 3 次。**(II a 强推荐)**

5.2 糖尿病

5.2.1 治疗原则

糖尿病多因禀赋异常、过食肥甘、多坐少动，以及精神因素而成。病因复杂，变证多端。辨证当明确郁、热、虚、损等不同病程特点。本病初始多六郁相兼为病，宜辛开苦降，行气化痰。郁久化热，肝胃郁热者，宜开郁清胃；热盛者宜苦酸制甜，根据肺热、肠热、胃热诸证辨证治之。燥热伤阴，壮火食气终致气血阴阳俱虚，则须益气养血，滋阴补阳润燥。脉损、络损诸证更宜及早、全程治络，应根据不同病情选用辛香疏络、辛润通络、活血通络诸法，有利于提高临床疗效。（中医治疗模式参见附录 C）

5.2.2 基础干预

5.2.2.1 控制饮食

坚持做到控制总量、调整结构、吃序正确；素食为主、其他为辅、营养均衡；进餐时先喝汤、吃青菜，快饱时再吃些主食、肉类。在平衡膳食的基础上，根据病人体质的寒热虚实选择相应的食物：火热者选用清凉类食物，如苦瓜、蒲公英、苦菜、苦杏仁等；虚寒者选用温补类食物，如生姜、干姜、肉桂、花椒做调味品炖羊肉、牛肉等；阴虚者选用养阴类食物，如黄瓜、西葫芦、丝瓜、百合、生菜等；大便干结者选黑芝麻、菠菜、茄子、胡萝卜汁、白萝卜汁；胃脘满闷者选凉拌苏叶、荷叶、陈皮丝；小便频数者选核桃肉、山药、莲子；肥胖者采用低热量、粗纤维的减肥食谱，常吃粗粮杂粮等有利于减肥的食物。针对糖尿病不同并发症常需要不同的饮食调摄，如糖尿病神经源性膀胱患者晚餐后减少水分摄入量，睡前排空膀胱；合并皮肤瘙痒症、手足癣者应控制烟酒、浓茶、辛辣、海鲜发物等刺激性饮食；合并脂代谢紊乱者可用菊花、决明子、枸杞、山楂等药物泡水代茶饮。

糖尿病患者可根据自身情况选用相应饮食疗法及药膳进行自我保健。当出现并发症时，按并发症饮食原则进食。

5.2.2.2 合理运动

坚持缓慢、适量的运动原则，应循序渐进、量力而行、动中有静、劳逸结合，将其纳入日常生活的规划中。青壮年患者或体质较好者可以选用比较剧烈的运动项目，中老年患者或体质较弱者可选用比较温和的运动项目，不适合户外锻炼者可练吐纳呼吸或打坐功；八段锦、太极拳、五禽戏等养身调心传统的锻炼方式适宜大部分患者；有并发症的患者原则上避免剧烈运动。

5.2.2.3 心理调摄

糖尿病患者应正确认识和对待疾病，修身养性，陶冶性情，保持心情舒畅，配合医生进行合理的治疗和监测。

5.2.3 分证论治

5.2.3.1 糖尿病期

5.2.3.1.1 郁

a) 中土（脾胃）壅滞证

治法：行气导滞。

方药：厚朴三物汤（《金匮要略》）加减。厚朴、大黄、枳实。（IV 弱推荐）

加减：胸闷脘痞，痰涎量多加半夏、陈皮、橘红；腹胀甚，大便秘结加槟榔、二丑、莱菔子。

b) 肝郁气滞证

治法：疏肝解郁。

方药：逍遥散（《太平惠民和剂局方》）加减。柴胡、当归、白芍、白术、茯苓、薄荷、生姜。（IV 弱推荐）

加减：纳呆加焦三仙；抑郁易怒加丹皮、赤芍；眠差加炒枣仁、五味子。

5.2.3.1.2 热

a) 肝胃郁热证

治法：开郁清热。

方药：大柴胡汤（《伤寒论》）加减。柴胡、黄芩、半夏、枳实、白芍、大黄、生姜。（I b 强推荐）

加减：舌苔厚腻，加化橘红、陈皮、茯苓；舌苔黄腻、脘痞，加五谷虫、红曲、生山楂；舌暗，舌底脉络瘀，加水蛭粉、桃仁。

b) 痰热互结证

治法：清热化痰。

方药：小陷胸汤（《伤寒论》）加减。黄连、半夏、全瓜蒌、枳实。（I b 强推荐）

加减：口渴喜饮加生牡蛎；腹部胀满加炒莱菔子、槟榔；不寐或少寐加竹茹、陈皮。

c) 肺胃热盛证

治法：清热泻火。

方药：白虎汤（《伤寒论》）加减或桑白皮汤（《古今医统》）合玉女煎（《景岳全书》）加减。石膏、知母、生甘草、桑白皮、黄芩、天冬、麦冬、南沙参。（II b 弱推荐）

加减：心烦加黄连；大便干结加大黄；乏力、汗出多加西洋参、乌梅、桑叶。

d) 胃肠实热证

治法：清泄实热。

方药：大黄黄连泻心汤（《伤寒论》）加减或小承气汤（《伤寒论》）加减。大黄、黄连、枳实、石膏、葛根、元明粉。（II b 弱推荐）

加减：口渴甚加天花粉、生牡蛎；大便干结不行加枳壳、厚朴，并加大大黄、元明粉用量；大便干结如球状，加当归、首乌、生地；口舌生疮、心胸烦热，或齿、鼻出血，加黄芩、黄柏、栀子、蒲公英。

e) 肠道湿热证

治法：清利湿热。

方药：葛根芩连汤（《伤寒论》）加减。葛根、黄连、黄芩、炙甘草。（I b 强推荐）

加减：苔厚腐腻去炙甘草，加苍术；纳食不香，脘腹胀闷，四肢沉重加苍术、藿香、佩兰、炒薏苡仁；小便不畅，尿急、尿痛加黄柏、桂枝、知母；湿热下注肢体酸重加秦皮、威灵仙、防己；湿热伤阴加天花粉、生牡蛎。

f) 热毒炽盛证

治法：清热解毒。

方药：三黄汤（《千金翼》）合五味消毒饮（《医宗金鉴》）加减。黄连、黄芩、生大黄、银花、地丁、连翘、黄芩、栀子、鱼腥草。（Ⅳ 弱推荐）

加减：心中懊恼而烦，卧寐不安者，加栀子；皮肤瘙痒甚加苦参、地肤子、白鲜皮；疔疮疮热红肿甚加丹皮、赤芍、蒲公英。

5.2.3.1.3 虚

a) 热盛伤津证

治法：清热益气生津。

方药：白虎加人参汤（《伤寒论》）或消渴方（《丹溪心法》）加减。石膏、知母、太子参、天花粉、生地、黄连、葛根、麦冬、藕汁。（Ⅱb 强推荐）

加减：口干渴甚加生牡蛎；便秘加玄参、麦冬；热象重加黄连、黄芩，太子参易为西洋参；大汗出，乏力甚加浮小麦、乌梅、白芍。

b) 阴虚火旺证

治法：滋阴降火。

方药：知柏地黄丸（《景岳全书》）加减。知母、黄柏、生地、山萸肉、山药、丹皮。（Ⅳ级，弱推荐）

加减：失眠甚加夜交藤、炒枣仁；火热重加黄连、乌梅；大便秘结加玄参、当归。

c) 气阴两虚证

治法：益气养阴清热。

方药：生脉散（《医学启源》）合增液汤（《温病条辨》）加减。人参、生地、五味子、麦冬、玄参。（Ⅱb 弱推荐）

加减：口苦、大汗、舌红脉数等热象较著加黄连、黄柏；口干渴、舌干少苔等阴虚之象明显加石斛、天花粉、生牡蛎；乏力、自汗等气虚症状明显加黄芪。

d) 脾虚胃滞证

治法：辛开苦降，运脾理滞。

方药：半夏泻心汤（《伤寒论》）加减。（Ⅱb 弱推荐）或干姜黄芩黄连人参汤（《伤寒论》）

加減干姜、黃芩、黃連、人參。(IIIa 弱推薦)

加減：腹瀉甚易干姜為生姜；嘔吐加蘇葉、蘇梗、旋覆花等；便秘加檳榔、枳實、大黃；瘀血內阻加水蛭粉、生大黃。

e) 上熱下寒證

治法：清上溫下。

方藥：烏梅丸（《傷寒論》）加減。烏梅、黃連、黃柏、干姜、蜀椒、附子、當歸、肉桂、黨參。(IIb 弱推薦)

加減：下寒甚重用肉桂；上熱明顯重用黃連、黃芩；虛象著加重用黨參，加黃芪；瘀血內阻加水蛭粉、桃仁、生大黃。

5.2.3.2 並發症期

肥胖與非肥胖 2 型糖尿病日久均可導致肝腎陰虛或腎陰陽兩虛，出現各種慢性並發症，嚴重者發生死亡。

5.2.3.2.1 損

a) 肝腎陰虛證

治法：滋補肝腎。

方藥：杞菊地黃丸（《醫級》）加減。枸杞、菊花、熟地、山萸肉、山藥、茯苓、丹皮、澤瀉、女貞子、墨旱蓮。(IIa 弱推薦)

加減：視物模糊加菟蔚子、桑椹子；頭暈加桑葉、天麻。

b) 陰陽兩虛證

治法：滋陰補陽。

方藥：金匱腎氣丸（《金匱要略》）加減。制附子、桂枝、熟地、山萸肉、山藥、澤瀉、茯苓、丹皮。(Ib 強推薦)

加減：偏腎陽虛選右歸飲（《景岳全書》）加減；偏腎陰虛選左歸飲（《景岳全書》）加減。

c) 脾腎陽虛證

治法：溫補脾腎。

方藥：附子理中丸（《傷寒論》）加減。制附子、干姜、人參、炒白朮、炙甘草。(IIIb 弱推薦)

加減：偏于腎陽虛倍用肉桂；偏于腎陰虛重用知母，加生地；腎陽虛水腫甚加茯苓、澤瀉利水消腫；兼心陽虛衰欲脫加山萸肉、肉桂，人參易為紅參；水腫兼尿中大量泡沫加金櫻子、芡實。

5.2.3.3 兼证

除以上证候外，痰、湿、浊、瘀是本病常见的兼证，兼痰主要见于肥胖糖尿病患者，兼湿主要见于糖尿病胃肠病变，兼浊主要见于糖尿病血脂、血尿酸较高的患者，兼瘀主要见于糖尿病血管病变。

a) 兼痰

治法：行气化痰。

方药：二陈汤（《太平惠民和剂局方》）加减。半夏、陈皮、茯苓、炙甘草、生姜、大枣。（IIIb 弱推荐）

b) 兼湿

治法：燥湿健脾。

方药：平胃散（《太平惠民和剂局方》）加减。苍术、厚朴、陈皮、甘草、茯苓。（IIb 弱推荐）

c) 兼浊

治法：消膏降浊。

方药：消膏降浊方加减。红曲、五谷虫、生山楂、西红花、威灵仙。（IV弱推荐）

d) 兼瘀

治法：活血化瘀。

方药：桃红四物汤（《医宗金鉴》）加减，以眼底或肾脏络脉病变为主者，宜抵挡汤（《伤寒论》）加减。桃仁、红花、川芎、当归、生地、白芍、酒大黄、水蛭。（IIb 弱推荐）

5.2.4 中成药

中成药的选用必须适合该品种的证型，切忌盲目使用。建议选用无糖颗粒剂、胶囊剂、浓缩丸或片剂。

天芪降糖胶囊：用于 2 型糖尿病气阴两虚证，一次 5 粒，一日 3 次。（I b 强推荐）

津力达颗粒：适用于 2 型糖尿病气阴两虚证，一次 9g，一日 3 次。（I a 强推荐）

消渴丸：用于 2 型糖尿病气阴两虚证，一次 5-10 丸，一日 2-3 次，饭前 15-20 分钟。

（I a 强推荐）

参芪降糖颗粒：用于 2 型糖尿病气阴两虚证，一次 9g，一日 3 次。（II a 强推荐）

金芪降糖片：用于 2 型糖尿病气虚有热证，每次 7~10 粒，饭前服用。（II a 弱推荐）

芪蛭降糖胶囊：用于 2 型糖尿病气阴两虚兼血瘀证，一次 5 粒，一日 3 次。（II b 弱推荐）

附 录 A

(资料性附录)

糖尿病前期(IGT/IFG)的血糖检查

(美国糖尿病学会 *Standards of Medical Care in Diabetes-2015*)

糖尿病前期(糖尿病的危险因素分类)

(1) FPG: 100 mg/dL (5.6mmol/L) ~125 mg/dL (6.9 mmol/L) (IFG);

(2) 75 克无水葡萄糖 OGTT 试验 2-h PG: 140 mg/dL (7.8mmol/L) ~ 199 mg/dL (11.0 mmol/L) (IGT);

(3) HbA1C: 5.7-6.4%.

附录 B

（资料性附录）

糖尿病分型及诊断

糖尿病的定义、分型及诊断标准-1999, WHO

-
- （1）糖尿病症状（多尿、多饮及不能解释的体重下降），并且随机（餐后任何时间）血浆葡萄糖（VPG） $\geq 11.1\text{mmol/l}$ （200mg/dl）；或
- （2）空腹（禁热量摄入至少 8 小时）血浆葡萄糖（FPG）水平 $\geq 7.0\text{mmol/l}$ （126mg/dl）；或
- （3）葡萄糖（75 克脱水葡萄糖）耐量试验（OGTT）中 2 小时的血浆葡萄糖（2hPG）水平 $\geq 11.1\text{mmol/l}$ （200mg/dl）。
-

注：在无引起急性代谢失代偿的高血糖情况下，应在另 1 日重复上述指标中任何一项，以确证糖尿病的诊断，不推荐作第三次 OGTT 测定。

附录 C

（资料性附录）

糖尿病的诊断标准

糖尿病诊断标准-2010, ADA

-
- （1）糖化血红蛋白 $\geq 6.5\%$ ；或
 - （2）空腹（禁热量摄入至少 8 小时）血浆葡萄糖（FPG）水平 $\geq 7.0\text{mmol/l}$ （126mg/dl）；或
 - （3）葡萄糖（75 克脱水葡萄糖）耐量试验（OGTT）中 2 小时的血浆葡萄糖（2hPG）水平 $\geq 11.1\text{mmol/l}$ （200mg/dl）；或
 - （4）患者有典型的高血糖症状及随机血糖 $\geq 11.1\text{ mmol/l}$ 。
-

附录 D

(规范性附录)

糖尿病前期及糖尿病中医治疗模式

