

本文分别采用了核基质蛋白 -22 测定、尿脱落细胞检查两种方法对 50 例疑似膀胱癌的患者进行了检查, 结果发现核基质蛋白 -22 测定在检测阳性率和灵敏度上均相对较高, 且可随癌症患者病理分级的升高而升高, 这与肿瘤细胞恶变程度升高导致的增殖分裂活跃度增加、组织细胞溃解数量增多有关, 提示核基质蛋白 -22 是检测膀胱癌的敏感指标<sup>①</sup>。但是其在检测特异性上则比较低, 仅为 42.86%, 这可能与尿管的留置、尿道异物的存在、泌尿系感染、肠代膀胱等有关。李盛宽等<sup>②</sup>的研究还对比了初发性膀胱癌和继发性膀胱癌患者的术前术后的核基质蛋白 -22 水平, 可见, 初发性膀胱癌术前的核基质蛋白 -22 水平显著更高, 但经手术治疗后, 则核基质蛋白 -22 水平均显著降低, 提示核基质蛋白 -22 测定对于患者的术后评估与预测也有一定价值。总的来说, 核基质蛋白 -22 测定应用于膀胱癌的筛查中,

具有较高的灵敏度, 且其检测水平与膀胱癌患者的病理分级之间存在显著相关性, 可以将其作为膀胱癌的首选筛查方法, 颇具临床应用价值。

#### 参考文献

- [1] 李辉英. 尿核基质蛋白 -22 和液基细胞学在血尿患者膀胱癌筛查中的应用[J]. 广东微量元素科学, 2016, 23(7): 42-44
- [2] 梁安坡, 张玉香, 张金庄. 尿 NMP22 及 Cox-2 蛋白含量检测对浅表性膀胱癌电切术后复发的预判价值研究 [J]. 海南医学院学报, 2015, 21(12): 1716-1718
- [3] 吴静, 方克伟. 尿液中核基质蛋白 22 联合端粒酶活性检测诊断膀胱癌的实验研究[J]. 现代肿瘤医学, 2013, 21(3): 595-598
- [4] 毕长富, 张克荣, 董浩, 等. 尿核基质蛋白 22 测定在膀胱癌诊断中的应用价值[J]. 河北医药, 2010, 32(14): 1847-1848
- [5] 杨青, 李俊, 梁朝朝, 等. 核基质蛋白 22 联合尿脱落细胞学检查对膀胱癌诊断的价值[J]. 安徽医科大学学报, 2012, 47(2): 220-222
- [6] 崔国兴. 尿端粒酶、NMP22 和 ImmunoCyt 联合检测在膀胱癌诊断中的应用[J]. 现代泌尿外科杂志, 2013, 18(2): 145-148
- [7] 刘民, 刘胜, 赵万里, 等. 尿肿瘤标志物联合检测在膀胱癌早期诊断中的应用价值[J]. 河北医药, 2011, 33(2): 179-180
- [8] 李盛宽, 邓耀良, 刘德云, 等. 尿核基质蛋白在膀胱癌中的临床意义[J]. 广西医科大学学报, 2013, 30(5): 682-685

(收稿日期: 2016-10-11)

## 连苏汤在消渴病中的应用\*

张博<sup>1</sup> 许崇明<sup>1</sup> 刘广鹏<sup>1</sup> 南征<sup>2#</sup> 刘森<sup>3</sup>

(1 长春中医药大学 2014 级研究生 吉林长春 130000; 2 长春中医药大学附属医院 吉林长春 130000; 3 吉林省中医中药科学研究院 长春 130000)

关键词: 消渴病; 连苏汤; 中医药疗法

中图分类号: R255.4

文献标识码: B

doi: 10.13638/j.issn.1671-4040.2016.11.031

连苏汤见于王士雄(孟英)的《温热经纬》, 本书共五卷。作者搜集多种温热病著作, 以《内经》、张仲景等之说为经, 以叶桂(天士)、薛生白、陈平伯、余师愚等之说为纬, 辨别温病的伏气、外感, 内容甚是丰富。其中原文论曰:“湿热证, 呕恶不止, 昼夜不差, 欲死者, 肺胃不和, 胃热移肺, 肺不受邪也, 宜用川连三四分, 苏叶二三分, 两味煎汤, 呷下即止。”薛生白言:“肺胃不和, 最易致呕, 盖胃热移肺, 肺不受邪, 还归于胃, 必用川连以清湿热, 苏叶以通肺胃。投之立愈者, 以肺胃之气非苏叶不能通也。分数轻者, 以轻剂恰治上焦病耳。”本文探讨连苏汤的临床应用效果。

### 1 典型病例一

1.1 病例资料 韩某, 男, 49 岁, 身高 175 cm, 体重 64 kg, 内蒙通辽市人。初诊: 2014 年 12 月 23 日。主诉: 口干渴多饮 10 年, 加重 2 个月。现病史: 患者糖尿病 10 年, 初发现时, 空腹血糖 8.0 mmol/L, 未监测餐后血糖, 未进行任何治疗。现空腹血糖 9.17 mmol/L, 餐后 2 h 血糖 19.73 mmol/L。现症: 口干渴、

多饮, 乏力、手足麻木, 偶有足跟痛, 饮食可, 眠可, 多尿, 大便干, 体重下降 3 kg。舌质红, 苔薄白, 脉沉细。血压 128/84 mm Hg。尿常规检查潜血(-), 尿蛋白(-)。诊断: 消渴病, 气阴两虚证。予益气养阴、化痰利湿中药口服, 处方予连苏汤加味: 生地 15 g、知母 15 g、黄连 20 g、苏叶 20 g、地骨皮 20 g、葛根 10 g、玉竹 20 g、丹参 10 g、双花 20 g、枸杞 30 g、人参 10 g、黄芪 50 g、黄精 50 g、熟地 15 g、佩兰 10 g、厚朴 10 g。7 剂, 日 1 剂, 水煎分 4 次口服, 一次 100 ml。中成药予血府逐瘀胶囊、六味地黄丸、丹参滴丸、复方榛花舒肝胶囊和二甲双胍口服。并嘱患者严格控制饮食, 合理适量运动, 记录每天的饮食及活动。

二~四诊: 空腹血糖 8.2~9.0 mmol/L, 餐后 2 h 血糖 16.2~18.0 mmol/L。患者乏力症状减轻, 舌质红, 苔薄白, 脉沉细。继上方 7 剂, 水煎服。五诊: 空腹血糖 4.9 mmol/L, 餐后 2 h 血糖 5.9 mmol/L, 患者无明显不适症状。给予上方 7 剂 (4 剂水煎服, 3 剂压面, 与紫河车粉 300 g, 炒混, 日 3 次, 一次 3 g 温水冲服)。嘱患者自测空腹血糖及餐后 2 h 血糖, 有变

\* 基金项目: 教育部高等学校博士学科点专项基金资助课题 (编号: 200801990001)

# 通讯作者: 南征, E-mail: nangzheng001@aliyun.com

化及时就诊。随访至今,血糖控制理想。

1.2 讨论 糖尿病属中医“消渴”范畴,消渴病位在人体“散膏”,《难经·四十二难》言:“有散膏半斤,主裹血,温五脏,主藏意。”病机核心是阴虚燥热,耗精损液,津液不布,瘀毒内盛,损伤散膏,侵袭三焦,伤及经络,进而脏腑受伤,募原受损。损则逆,逆则变,变则为病。患者平素过食油腻,从而使脾胃运化失司;情志失调,肝木克土,土郁化热,热极化火,耗气伤阴,加之先天禀赋,真阴不足,病久入络,形成气阴两虚兼瘀证候。全方五脏同治,益气养阴,活血化瘀。补而不滞,瘀除而不伤正。《医述》曰:“医病先医人”,每次诊疗疾病必须严肃告诉患者控制饮食,合理适量运动,劳逸结合,从而起到事半功倍的效果。

## 2 典型病例二

2.1 病例资料 贺某,女,54岁,身高152cm,体重52kg,松原市人。初诊:2014年4月24日。主诉:口渴多饮1年,加重伴乏力1个月。现病史:患者1年前出现口干渴多饮症状,就诊于当地医院,查空腹血糖8.6mmol/L。予诺和龙、格列美脲口服降血糖,3次/d,患病期间空腹血糖波动在7~11mmol/L。1个月前,患者出现乏力症状,查空腹血糖9.2mmol/L,餐后2h血糖11.9mmol/L。现症:口干渴、多饮,手脚心凉,胸闷气短,乏力,头晕,盗汗,耳鸣,足跟痛,饮食可,眠差,多尿,大便正常。舌质红,苔黄腻,脉沉细。有冠心病史,无家族遗传史,无过敏史。血压132/70mmHg。尿常规检查潜血(-),尿蛋白(-)。诊断:消渴病,气阴两虚挟湿瘀证。予益气养阴、化瘀利湿中药口服,处方予连苏汤加味:生地15g、知母15g、黄连20g、苏叶20g、地骨皮20g、葛根10g、玉竹20g、丹参10g、双花20g、枸杞30g、人参10g、黄芪50g、黄精50g、熟地15g、佩兰10g、厚朴10g。7剂,日1剂,水煎分4次口服,一次100ml。中成药予血府逐瘀胶囊、六味地黄丸、丹参滴丸和银杏叶片口服。并嘱患者严格控制饮食,合理适量运动,记录每天的饮食及活动。

二诊:空腹血糖8.8mmol/L,患者感冒,但乏力、胸闷气短症状减轻,舌质红,苔薄白,脉浮数而无力。上方加川贝(冲服)2g,7剂,水煎服。三诊:患者咳嗽,口苦,空腹血糖9.6mmol/L,舌质红苔薄白,脉弦细。上方7剂,服法同前,加紫河车粉200g,2g/次,3次/d,冲服。属患者按时就诊,劳逸结合。四诊:空腹血糖7.5mmol/L,餐后2h血糖5.9mmol/L,患者胸闷气短、口渴、盗汗症状均减轻,二便正常,舌质红,苔薄白,脉弦细。继前方14剂,服法同前。五诊、

六诊:空腹血糖6.6mmol/L,餐后2h血糖8.3mmol/L,血压130/70mmHg。乏力、胸闷气短好转,舌质红,苔薄白,脉弦无力。继前方14剂,服法同前,嘱患者适寒温。七诊:空腹血糖4.8mmol/L,餐后2h血糖5.3mmol/L,患者无明显不适症状,肝功、肾功、血糖、血脂、尿常规、心电图检查结果均正常。继续给予上方7剂(4剂水煎服,3剂压面,与紫河车粉300g,炒混,日3次,一次3g温水冲服)。嘱患者自测空腹血糖及餐后2h血糖,有变化及时就诊。随访至今,血糖控制理想。

2.2 讨论 患者长期过食肥甘厚味、喜饮啤酒,此皆湿热之品,积滞脾胃,致脾胃运化不及,损伤脾胃,积久酿成内热,伤津耗液,故口干多饮,舌质红,苔黄腻,脉沉细均为湿热内蕴之征象。本病病位在脾胃,病性属本虚标实,现以标实湿热内蕴为主。

## 3 体会

历代医家皆认为消渴病主要病位在肺、胃、肾,南师经过多年的临床研究,提出消渴病病在散膏,与五脏相关<sup>[1]</sup>。散膏为外通玄府、经络气血之物,可行气液,布精津,主水精之升降出入及津液之输布。消渴病病机关键为阴虚燥热,以阴虚为主,燥热为标,多兼杂气虚、血瘀、津枯,消渴日久不愈损及阴阳。散膏为脾之副脏,与脾共同主运化、化生气血、升清降浊、输布精微、供养周身。据近些年研究表明:气阴两虚证和湿热困脾证现为消渴病最常见的两种证候,李娟等<sup>[2]</sup>研究表明:糖尿病湿热证发生率较高,并具有独特的病证特点。临床中消渴病常见主症不清且它症繁多、缠绵难解的情况,究其根本乃湿热为患。湿热雍肺,肺无法输布津液,致津不上承,湿热困脾,脾不散液,肾失循滋,肝失所涵,三焦失润,故其病机可表现为湿热。

消渴病基本病机为:湿热内蕴于胃,肺胃不和,胃气上逆,主要临床表现为:恶心呕吐,不欲饮食,口渴不引饮,始恶寒,继则但热不寒,四肢倦怠,舌白或黄,脉或洪或缓,或伏或细。连苏汤方中黄连苦寒,入心、脾、胃、肝、胆、大肠经,清热燥湿;苏叶辛温,入脾、肺二经,芳香化湿,宣通气滞。本方虽仅中药两味,却同时具备清热、燥湿、芳香化湿、宣通气滞四法,祛邪之中寓有调和之治,调和之中含有祛邪之法,二者相辅相成,相得益彰,法中有法,是善用治法的经典方药。

### 参考文献

- [1]王檀,南征.南征教授治疗消渴病经验[J].长春中医药大学学报,2011,27(6):945-946
- [2]李娟,岳仁宋.消渴病从湿热论治[J].四川中医,2013,31(2):43-44

(收稿日期:2016-10-14)