

颜乾麟分期辨治 2 型糖尿病经验撷英

刘 珺¹ 王 博² 颜琼枝¹ 韩天雄¹ 夏 韵¹

(1. 同济大学附属第十人民医院中医科, 上海 200072; 2. 同济大学附属杨浦区中心医院内分泌科, 上海 200092)

指导: 颜乾麟

摘 要 颜乾麟教授长期从事中医内科临床、科研、教学工作, 通过多年临床实践总结出 2 型糖尿病的基本病机为“脾气不足, 湿热瘀结”, 即脾虚为本, 湿热为标, 瘀血贯穿发病始终。在治疗方面, 早期应清热利湿; 中期宜健脾益气, 清利湿热; 中后期, 益气养阴, 清热利湿; 后期温阳益气。临床疗效显著。附验案 1 则以佐证。

关键词 2 型糖尿病 中医病机 分期辨治 中医药疗法

中图分类号 R259.871

文献标志码 A

文章编号 1672-397X(2017)07-0012-03

2 型糖尿病是由胰岛素分泌缺陷和(或)作用障碍所引起的一组以慢性葡萄糖水平增高为特征的代谢性疾病, 典型表现为“三多一少”症候。本病可引起全身多系统损害, 导致眼、肾、神经系统、心脏、血管等组织器官的慢性进行性病变、功能障碍及衰竭, 成为临床致死致残的主要原因。该病属于中医“消渴”范畴, 或作“痼渴”。目前发病较为普遍, 由于降糖药物、胰岛素的应用, 使 2 型糖尿病得到一定程度控制, 但是仍存在胰岛素抵抗、西药疗效差、终点事件发生率较高等状况。同济大学附属第十人民医院颜乾麟教授, 从医多年, 经验丰富, 他应用中医中药治疗 2 型糖尿病, 在降低血糖、改善患者生活质量、预防终点事件发生等方面有独到经验, 现总结整理如下。

1 病因病机述新

由于饮食结构、生活节奏的改变, 糖尿病知识的普及, 糖尿病治疗前移及治疗药物的干预, 使得目前糖尿病的基本病机与古代不同。颜氏结合自身多年临床经验, 总结“脾气不足, 湿热瘀结”为 2 型糖尿病的基本病机。

1.1 非“燥热为标”, 乃“湿热为标” 消渴的主要临床表现为“三多”(多饮、多食、多尿), “一少”(消瘦)。从上述症状可以推断与“燥热”之邪密不可分。由于古代人对糖尿病的认识较浅, 就诊的患者大多发展到了较严重的阶段, 因此, “三多一少”乃古代糖尿病的基本表现, “阴虚燥热”乃古代糖尿病的基本病机。当今, 人们多以从事脑力劳动为主, 由于饮食结

构改变, 生活节奏加快, 碳水化合物及高脂高油快餐等摄入较多, 并缺乏运动, 使 2 型糖尿病发病率增加。正如《素问·奇病论》谓: “此肥美之所发也, 此人必数食甘美而多肥也。肥者令人内热, 甘者令人中满, 故其气上溢, 转为消渴。”脾喜燥而恶湿, 由于摄入的“水谷”较多, 脾失健运, 不能将其转化为精微输布全身, 反而内生湿热, 湿热蕴藉肠胃而见口秽、口苦、大便闭结, 或腹泻臭秽; 湿邪泛溢于肌表, 而见形体肥胖, 肢体肿胀; 湿热下注而见小便短赤。湿邪可经热邪灼烁为痰, 上蒙清窍则见头晕头重; 其上扰心神, 而见心烦、心悸、失眠等症; 痰湿阻于脉道, 不通则痛而见胸闷、肢体疼痛等症状。临床上糖尿病患者大多形体肥胖、嗜食肥甘、口苦、口秽、舌苔黄腻, 且不能用“阴虚燥热”解释。

1.2 非“阴虚为本”, 乃以“(脾)气虚为本” “脾胃为后天之本, 生化之源”, 同居中州, 乃气机升降出入之枢, 五脏六腑、四肢百骸皆禀气于脾胃。《内经·经脉别论》提及: “饮入于胃, 游溢精气, 上输于脾, 脾气散精, 上归于肺, 通调水道, 下输膀胱, 水精四布, 五经并行”。故脾胃受损则易致气血生化之源告竭, 则百病丛生, 正如李杲所言: “内伤脾胃, 百病由生”。颜乾麟教授学术思想源于孟河医派, 该学派十分注重补养后天, 颜德馨教授^[1]也指出“脾统四脏”。在糖尿病的发病中, 脾脏也起至关重要的作用。人的饮食水谷的吸收与代谢都归属脾脏的功能。“诸湿肿满皆属于脾”, 《灵枢·本脏》: “脾脆, 则善病消

基金项目: 国家中医药管理局颜乾麟全国名老中医药专家传承工作室; 上海市卫生和计划生育委员会中医药事业发展三年行动计划, 杏林新星(ZY3-PCPY-2-2036), 杏林新星创新孵化基金(2016XL0805), 海派中医流派传承研究基地——颜氏内科(ZY3-CCCX-1-1011); 上海市卫生和计划生育委员会中医药科研基金课题(2014LQ108A); 上海市科委中医引导项目(15401934700)

瘵易伤”。由于脾胃运化、转输功能失调,脾不能将水谷精微运化输布到全身,随尿液排出而见多尿;脾虚水湿内停,故见形体肥胖、肢体浮肿;水谷停而生湿,湿郁而化热,湿热内蕴,津不上乘而口渴;热邪灼烁,胃火炽盛,故消谷善饥。糖尿病的形成与发展是一个长期耗气的过程。湿热之邪阻碍脾气运行,脾失健运,久病失养,脾气自虚,继而湿热之邪更盛。二者互为因果,以致脾虚湿热,缠绵不愈。此外,糖尿病发生的主要机制是胰岛素分泌缺陷或胰岛素抵抗。胰脏是消化的主要器官之一,参与食物中淀粉、脂肪、蛋白质的消化,血糖、脂肪、蛋白质、核酸的调节转输。中医无“胰”说法,但中医的“脾”,其主要功能是“主运化”,与西医胰腺功能不谋而合,即“脾胰同源”^[2]。因此,本病以脾虚,水谷不化为本。脾气不足,加重湿邪内停,湿聚化热,热伤津液,随后出现气阴两伤之象,到疾病后期,阴损及阳,可见脾肾阳虚之象。

1.3 重视瘀血在发病过程中的作用 2型糖尿病患者的血管病变及动脉粥样硬化在诊断前已开始^[3],且其心脑血管事件发生风险远高于非糖尿病患者,程度亦较重。糖尿病病变包括微血管病变及大血管病变,微血管病变可造成视网膜病变及四肢末端血管病变,大血管病变可累及心、脑、肾,是导致糖尿病死亡的主要原因,而动脉粥样硬化是糖尿病血管病变的基本病理改变。中医认为血液运行不畅而停滞于血脉之中为瘀血。瘀血内停,阻碍气血津液代谢而致痰湿内生,瘀、痰、湿胶着于脉道,而致动脉粥样硬化。有学者亦证实中医血瘀和痰湿证对2型糖尿病患者动脉粥样硬化的形成具有重要作用^[4]。

此外,在糖尿病的病因病机中,脾虚无力运血可成瘀;脾虚内生痰湿,痰湿内阻,影响气机运行,气滞而血瘀;痰湿生热,热邪耗伤脉中津液,血滞不行,煎而为瘀;后期,气虚及阴、气虚及阳,阴阳两伤也可以致瘀,所以活血化瘀应该贯穿糖尿病治疗始终。且在2型糖尿病治疗初期甚至糖耐量异常时期即应该加入活血化瘀之品。

2 古方新用,分期辨治

2.1 早期,湿热蕴藉,治以清热利湿 现代人长期过食肥甘醇酒厚味,缺乏运动,中焦气机失于斡旋,水谷不化,内生痰湿,则郁而化热;且肥甘、辛辣、醇酒之物性味燥热,易从热化,从而形成湿热,壅滞中焦。临床症见:空腹血糖偏高,肥胖,腹胀,多食易饥,大便秘结或溏薄臭秽,舌红苔黄腻,脉弦滑或滑数等。治当清热燥湿为主,以葛根芩连汤或颜德馨教授经验方“消渴清”加减。葛根芩连汤出自《伤寒论》,原用于治疗湿热泄泻。颜师妙以葛根、黄芩、黄

连清热燥湿,甘草生津止渴。临床上尤其适用于湿热内盛的糖尿病患者。消渴清由苍术、黄连、知母、蒲黄、地锦草组成,方中苍术健脾运脾,可改善胰岛功能,改善胰岛素抵抗^[5];黄连清热燥湿,降糖作用肯定^[6];知母养阴清热,生津润燥;蒲黄化瘀散结,降血脂,有效预防糖尿病合并症^[7];地锦草清热凉血,是颜师喜用的降糖中药^[8],常用剂量为30g。全方共奏清热燥湿,活血化瘀之功。若见饥饿感明显,消谷善饥,则加生石膏以清热泻火;若口渴喜饮,加天花粉、芦根;大便闭结加赤芍、桃仁活血通便;见心烦寐差,以黄连配肉桂或桂枝交通心肾。此外,可参入当归、川芎、丹参等活血化瘀之品。

2.2 中期,气虚夹湿热,治以健脾益气,清利湿热 脾气亏虚,运化失司,水谷转为湿热,溢于血中,可使血糖升高。临床症见:餐后血糖偏高,神疲乏力,头晕昏蒙,胃纳欠佳,口淡口黏,舌淡有齿痕、苔黄腻,脉细弦或细弦滑等。治以益气健脾,清利湿热为主,以当归六黄汤加减。当归六黄汤出自《兰室秘藏》,原治疗阴虚盗汗,颜师重用黄芪以益气,生地黄养阴,去滋腻之熟地,而以黄连、黄芩、黄柏清热燥湿,当归养血活血,转而为健脾益气,清利湿热兼活血之方剂。临床上尤适用于2型糖尿病兼有乏力盗汗的患者。因清利湿热之品多苦寒败胃,颜师在使用该类药物时多参入苍白术或枳术丸护脾运脾,并改善胰岛功能,因此,该类方剂患者长期服用亦无不适反应。若见大便溏而不爽,则加葛根、防风;若见小便频数,加薏苡仁、川牛膝;兼痰热上扰清窍者,加石菖蒲、胆南星;痰热互结心下者,加半夏、瓜蒌;瘀血内阻,疼痛症状明显者,则加桃仁、红花、生蒲黄等活血化瘀止痛。

2.3 中后期,气阴两虚,湿热内蕴,治以益气养阴,清热利湿 元气遭受湿热之戕害,必然出现气虚;湿热化燥,或燥热久羁,煎熬津液,导致阴液亏虚。中气既馁,阴血亦伤,从而出现气阴两虚、湿热内蕴的病理状态。临床症见:形神困倦,少气乏力,自汗盗汗,口干便难,或大便溏薄,舌胖嫩、边有齿痕、或舌剥裂而干、苔多见薄腻,脉细弱等。治宜补气养阴,清利湿热。该阶段治疗时养阴容易生湿,祛湿容易伤阴,故勿用滋腻类养阴药,养阴亦要兼顾运脾。颜师喜以李东垣清暑益气汤加减,该方出自《脾胃论》,方中以黄芪、人参、升麻、葛根、甘草益气升清,青皮、陈皮、苍术、白术、神曲、泽泻运脾化湿,黄柏、当归、麦冬、五味子清热养阴,尤适用于气阴不足、湿热化而未尽、病情缠绵的老年糖尿病患者。如阴虚阳亢,头晕目眩明显,加生石决、煅牡蛎平肝敛阳;如出现血管狭窄或闭塞,可加入地龙、水蛭等虫药入络。

2.4 后期,脾肾阳虚,治以温阳益气 病久必然造成脏腑功能的减退,而功能减退的重要标志之一,便是脏腑阳气的衰退;另一方面,长期使用苦寒药物亦易耗伤阳气,故病程较长的糖尿病患者,在气阴两亏的病机基础上,发展成为阳虚之证,其中尤以脾肾阳虚者多见。正如赵献可所谓:“命门火衰,不能蒸腐水谷,水谷之气不能熏蒸上润乎肺,如釜底无薪,锅盖干燥,故渴。至乎肺,亦无所禀,不能四布水精,并行五经,其所饮之水,未经火化,直入膀胱,正谓饮一升尿一升,饮一斗溺一斗,试尝其味,甘而不咸可知矣。”临床症见:腰膝酸冷,夜尿频频,大便溏薄,舌淡胖大或舌质紫暗,脉沉细迟等,同时出现血管病变等并发症。治当温补脾肾阳气,以理中丸加桂附地黄丸加减,药用:制附子、桂枝、生熟地、山药、丹皮、泽泻、干姜、党参、苍术、山茱萸、白术、茯苓等。颜师认为小剂量温热药有激发胰岛功能作用,因此,常于清热药中酌加辛温之品,一者温脾肾之阳,使釜底有火,二者清热苦寒药与辛温之品相伍,可防止苦寒伤阳,同时辛开苦降,开畅中焦。若胸痛加降香 3g;便难加肉苁蓉、锁阳;瘀血久攻不去,再以三棱、莪术破血消瘀。

3 验案赏析

李某某,男,65岁。2016年2月24日就诊。

血糖空腹 10mmol/L,餐后血糖 15mmol/L,血压 160/90mmHg,尿酸偏高 560 μ mol/L,20余年前有颈部外伤史。刻下:神疲,头胀,颈部酸胀,胸闷时作,口苦,胃纳一般,时而反酸,善饥,大便日畅,尿泡沫多,下肢浮肿,入夜尚安,脉左弦,舌淡胖、苔薄黄腻。辨证为气虚湿热。治以健脾益气,清热化湿。处方:

生黄芪 30g,党参 9g,苍白术(各)9g,黄连 5g,黄芩 6g,黄柏 6g,薏苡仁 15g,怀牛膝 30g,川草薢 15g,车前草 15g,枳壳 6g,桔梗 6g,丹参 15g,川芎 15g,葛根 9g,地锦草 30g。14剂。

2016年3月9日二诊:空腹血糖 8.4mmol/L,BP 150/90mmHg,精神好转,胸闷改善,颈部不舒,口苦,胃纳一般,盗汗,口干,大便日畅,入夜早醒,夜尿不多,脉右侧弱,两关部弦滑,乃气虚湿热之证。处方:生黄芪 30g,党参 9g,苍白术(各)9g,桂枝 3g,黄连 5g,黄芩 9g,黄柏 6g,葛根 9g,干姜 2g,怀牛膝 30g,当归 9g,白芍 9g,煅牡蛎 15g,丹参 9g,川芎 15g,地锦草 30g。14剂。

2016年3月23日三诊:口苦,神疲,颈强头晕,盗汗稍平,清晨神疲,入暮为安,善饥改善,两目流泪,小便泡沫见少,胃纳大便为常,入夜平安,脉弦,舌红、苔薄白,乃肝脾不和,湿热内阻之证。处方:生黄芪 30g,党参 9g,苍白术(各)9g,桂枝 5g,怀牛膝

30g,黄连 5g,黄芩 9g,黄柏 6g,白芍 9g,煅牡蛎 15g,知母 9g,葛根 9g,丹参 15g,桑叶 6g,枳实 9g,地锦草 30g。28剂。

随访:2016年4月20日空腹血糖 6.3mmol/L,餐后血糖 9mmol/L,尿酸已正常,BP 125/85mmHg。盗汗减少,头晕已平,胃痛胃酸已平,小便泡沫已减,诸症明显改善,后继以上方加减。

按语:《证治汇补·消渴》谓:“五脏之精悉运于脾,脾旺则心肾相交,脾健则津液自化。”该患者脾气不足,故见神疲,舌淡胖;脾虚胃火而见口苦、反酸、善饥;脾虚,精微不化,湿热内生,阻碍气机故胸闷;阻碍清阳而见头胀、颈部酸胀;湿热下注故尿泡沫多,下肢浮肿,尿酸偏高。故治疗以当归六黄汤和四妙丸加减,因阴虚、肾虚不显故去生熟地,加党参、苍白术健脾运脾;川草薢、车前草清热利湿;重用怀牛膝可补肾降压;枳壳配桔梗调畅气机,治疗冠心病胸闷效佳;葛根、丹参、川芎理气活血,改善后循环供血;地锦草清热凉血。二诊加入理中汤助阳生气;胸闷改善去枳壳、桔梗,并去清利湿热之薏苡仁、川草薢、车前草;以当归、白芍、煅牡蛎滋阴养血敛汗;黄连配桂枝交通心肾助眠。三诊中知母清热养阴,桑叶清肝明目。患者用药后脾气得补,湿热得清,瘀血得去,气畅血活,故诸症得减。

参考文献

- [1] 颜德馨.脾统四脏之我见[J].铁道医学,1983(3):170.
- [2] 郭祖文,赵奇焕,颜新,等.颜德馨运用黄连经验[J].辽宁中医杂志,2013,40(4):642.
- [3] GORAYA T Y, LEIBSON C L, PALUMBO P J, et al. Coronary atherosclerosis in diabetes mellitus: a population based autopsy study[J]. J Am Coll Cardiol,2002,40(5):946.
- [4] 刘晶,周春宇,郭蓉娟,等.2型糖尿病证候要素与颈动脉粥样硬化的相关性研究[J].北京中医药大学学报,2014,37(5):354.
- [5] 牛月华. 茅苍术多糖对Ⅱ型糖尿病大鼠的治疗作用及机制研究[J].北华大学学报(自然科学版),2014,15(4):476.
- [6] 张婷,陈美娟. 黄连素在糖尿病中作用的研究进展[J].中国实用医药,2009,4(22):246.
- [7] 冯晓桃,王文健. 蒲黄治疗糖尿病的药理机制研究进展[J].上海中医药杂志,2013,47(4):94.
- [8] 董福轮,季蓓,陈英群.乌不宿、地锦草降低血糖的临床研究[J].四川中医,2002,20(4):24.

第一作者:刘珺(1982—),女,博士,主治医师,中医内科专业。

通讯作者:夏韵,本科学历,主任医师。drxiayun@hotmail.com

收稿日期:2017-01-15

编辑:傅如海