

林兰“三型辨证”论治2型糖尿病之经验

张敏 党毓起

(银川市中医医院,宁夏银川750001)

摘要 “三型辨证”是20世纪70年代由林兰教授经大量临床实践总结,突破传统“三消辨证”,根据2型糖尿病的中医病机特点,结合现代医学理论提出的糖尿病分期论治经验。根据疾病进展的不同阶段可将2型糖尿病分为阴虚热盛、气阴两虚和阴阳两虚三型,涵盖了从糖尿病前期到糖尿病并发症阶段的主要病机特点。其中阴虚热盛是初发或早期2型糖尿病的主要证型,在糖尿病中期阶段,慢性并发症逐渐显现,气阴亏虚为病机核心,而阴阳两虚型多见于并发症多而重的糖尿病后期阶段,以“三型辨证”为指导的糖尿病分期治疗在临床实践中疗效确切。附验案3则以佐证。

关键词 2型糖尿病;三型辨证;阴虚热盛型;气阴两虚型;阴阳两虚型;名医经验;林兰

基金项目 林兰首都国医名师工作室项目(宁卫发[2019]93号);国家区域(西北地区)中医诊疗中心(内分泌)培育单位(6401002230000001174)

2型糖尿病是最常见的糖尿病类型,由于多发于成年,又称成人发病型糖尿病。该病由多种病因导致体内胰岛素分泌不足或者人体不能有效利用胰岛素,从而出现血糖水平持续升高。林兰教授是全国名中医,首都国医名师,中国中医科学院首席研究员,博士研究生导师。林兰教授在国内首次倡导“益气养阴”为防治糖尿病的基本法则,研制了国内第一个中药降糖制剂,其创立的糖尿病“三型辨证”理论被纳入国家《中药新药临床研究指导原则》。三型辨证理论是林教授结合中医消渴病病机理论与现代医学对糖尿病的病理认识总结出的辨治分型理论,涵盖了2型糖尿病发病的早、中、晚期三个阶段的病理病机特点。林教授经长期临床实践总结发现成人2型糖尿病患者具有热盛、阴虚、气虚、阳虚四大证候群,证候之间相互掺杂,通过系统的宏观辨证和微观检测将其归纳为阴虚热盛型、气阴两虚型和阴阳两虚型三种基本证型。早期包括糖尿病前期和初发糖尿病,此时患者大多症状较轻,一般无并发症表现,胰岛β细胞功能未明显受损,胰岛素抵抗明显,中医辨证以实证为主,伴有肺胃阴虚热盛;中期患者多病程较长,出现并发症,胰岛β细胞功能明显受损,正虚逐渐加重,气阴亏虚转变为主要矛盾;晚期患者糖尿病病史长,年龄偏大,并发症较重,同时合并有严重心脑血管疾病,胰岛β细胞功能接近衰竭,阴阳俱虚,痰瘀证候突出^[1]。现将林教授采用“三型辨证”论治2型糖尿病之经验介绍如下。

1 阴虚热盛型

有关消渴的发病,古代文献多有记载,如《素问·阴阳别论》曰:“二阳结,谓之消”,《素问·奇病论》曰:“数食甘美而多肥,肥者令人内热,甘者令人中满,故其气上溢,转为消渴”,《灵枢·师传》曰:“胃中热则消谷,令人悬心善饥”,均认为消渴发病多咎于内热。糖尿病前期或早期2型糖尿病患者多见多饮多尿、易饥多食、大便秘结等肺胃热盛表现,或见口舌生疮、多食口秽、龈齿肿痛、溲赤便秘等胃火炽盛表现,或见急躁易怒、头晕头痛、目赤口苦、心悸失眠等心肝火旺症状,同时兼有口咽干燥、目涩耳鸣、肠燥便秘、五心烦热等阴虚症状。阴虚热盛是初发或早期2型糖尿病主要的证型,患者多见郁热体质,兼有伤阴表现,郁热体质也是消渴病发病的高危因素。现代基因检测显示,2型糖尿病阴虚热盛证患者血糖、血脂、电解质与健康人有显著性差异,基因芯片检测发现和健康人差异表达基因共58条,并发现阴虚热盛证的特异性基因^[2],从基因表达层面表明阴虚热盛证出现在脾瘵期和消渴早期,这与三型辨证理论是一致的^[3]。因此,三型辨证属于阴虚热盛阶段者可根据脏腑辨证分为肺胃热盛、胃火炽盛、心火上炎、相火炽盛、肝火上炎等亚型进行施治。此期患者多伴有早期高血压、脂代谢异常、高胰岛素血症等,治疗需要强化生活方式干预,降糖药物首选二甲双胍、阿卡波糖等,中医治则为清热泻火、滋阴生津。

案1. 张某, 女, 50岁。2015年12月15日初诊。

主诉: 口干多饮1年, 加重1个月。现病史: 患者1年前逐渐出现口干口渴, 饮水及小便量明显增多, 同年体检查空腹血糖7 mmol/L, 未予重视。1个月前口干多饮加重, 伴乏力头晕, 自测空腹末梢血糖8.5~8.9 mmol/L, 餐后血糖9.5~10.2 mmol/L, 仅饮食运动控制, 未予药物治疗。刻下: 口干口渴, 多饮尿频, 乏力头晕, 肌肉酸痛, 脱发增多, 纳眠可, 大便畅, 小便频多, 夜尿3~4次, 舌红少津、苔白, 脉细数。尿常规示葡萄糖(+); 空腹血糖9.5 mmol/L, 餐后2 h血糖16.6 mmol/L, 甘油三酯2.33 mmol/L; 糖化血红蛋白9%。西医诊断: 2型糖尿病, 高甘油三酯血症; 中医诊断: 消渴病(肺胃热盛型)。治以清泻肺胃, 养阴生津。予人参白虎汤加减。处方:

党参15 g, 生石膏30 g, 知母20 g, 桑白皮30 g, 玉竹15 g, 苦瓜30 g, 石斛30 g, 地骨皮30 g, 野菊花30 g, 桔梗15 g, 忍冬藤30 g, 桑寄生30 g, 三七粉3 g, 生甘草5 g。21剂。每日1剂, 水煎分2次服用。同时予常规西药治疗: 二甲双胍0.5 g/次, 2次/d; 瑞格列奈0.5 mg/次, 3次/d。

2016年1月7日二诊: 诉乏力口干减轻, 多饮多尿症状明显改善, 纳眠一般, 夜尿1~2次, 大便不成形, 舌淡红、苔白, 脉滑。自测空腹血糖6.7~7.2 mmol/L, 餐后血糖7~9 mmol/L。降糖药物用法同前, 大便不成形考虑与服用二甲双胍有关, 治以健脾化湿, 方用参苓白术散加减。处方: 党参20 g, 茯苓20 g, 陈皮10 g, 炒白术30 g, 扁豆10 g, 莲子肉20 g, 山药15 g, 生薏苡仁30 g, 砂仁6 g, 补骨脂10 g, 诃子肉20 g, 防风10 g, 五味子10 g, 大枣6枚, 7剂。

按: 患者糖尿病病史较短, 以口干多饮为主诉, 属于三型辨证之阴虚热盛型, 以热盛证候为主, 兼有阴虚, 脏腑辨证属肺胃热盛, 伴有津伤。林教授认为临床中初发2型糖尿病, 早期多为阴虚热盛型, 此阶段属本虚标实, 且以邪实为主, 常见有肺胃热盛、胃火炽盛、心火上炎、相火炽盛、肝火上炎等, 治疗多选用消渴方、白虎汤、葛根苓连汤、黄连解毒汤、滋水清肝饮等清解肺胃, 直折火热, 存阴生津。故初诊以人参白虎汤加减。方中重用生石膏、知母、桑白皮、苦瓜等清泻肺胃之热, 加党参、玉竹、石斛益气养阴生津, 佐地骨皮、野菊花、忍冬藤、三七粉等解毒清热通络。二诊时患者口干多饮、舌红少津等热盛津伤证候表现明显缓解, 因患者素体脾虚, 服用二甲双胍和寒凉中药后出现大便不成形, 故调整辨证思路, 以参苓白术散加减以健脾化湿补中。

2 气阴两虚型

气阴两虚是在糖尿病早期阴虚热盛证候基础上发展而来,《素问·阴阳应象大论》曰:“壮火食气”, 内热炽盛, 耗伤气阴, 致气阴两虚。此期主要表现为心、肺、脾、肾元气不足与肝、肾阴亏, 属糖尿病中期阶段, 慢性并发症逐渐显现, 一般症状较轻, 病机关键为气阴两虚, 兼有痰瘀, 结合脏腑辨证分层论治, 可分为心肺两虚、心脾两虚、心肾两虚、心肝两虚、肝肾阴虚、脾虚湿盛、气虚血瘀等亚型。益气养阴、活血化瘀为基本治则, 临床多选用生脉饮、归脾汤、大补阴丸、二至丸、补心丹、一贯煎、异功散、黄芪桂枝五物汤等加减。一项关于气阴两虚证和阴阳两虚证2型糖尿病患者慢性并发症发病率的研究显示, 气阴两虚证与阴阳两虚证糖尿病患者合并视网膜病变、神经病变、肾病、心脑血管病变等慢性并发症机率更高, 且气阴两虚证糖尿病肾脏病变发病较多, 而阴阳两虚证糖尿病心血管病变发病较多^[4], 这一结果也佐证了气阴两虚证与阴阳两虚证在消渴病中晚期的普遍性。

案2. 林某, 女, 61岁。2015年9月9日初诊。

主诉: 口干、乏力3年, 伴足趾麻木2周。现病史: 患者3年前出现口干、乏力, 于西苑医院就诊查空腹血糖16 mmol/L, 诊断为2型糖尿病, 予胰岛素及口服药物治疗(具体用药不详), 口干、乏力等症逐渐改善, 后停用胰岛素, 口服降糖药物治疗, 诉空腹血糖7~8 mmol/L, 餐后未测。近2周患者乏力、口干症状加重, 伴双足趾端麻木、双眼视物模糊。刻下: 口干, 口渴, 乏力, 双眼视物模糊, 双足趾端麻木, 近1个月体重减轻3 kg左右, 纳眠可, 二便调, 舌红略暗、苔白, 脉弦细。空腹血糖8.0 mmol/L。西医诊断: 2型糖尿病性周围神经病变; 中医诊断: 消渴病(气阴两虚夹瘀型)。治以益气滋阴, 活血通络。予参芪地黄汤加减。处方:

生黄芪15 g, 生地黄12 g, 山萸肉10 g, 牡丹皮3 g, 黄精15 g, 麦冬15 g, 石斛10 g, 丹参15 g, 红花10 g, 赤芍10 g, 白芍10 g, 当归10 g。14剂。每日1剂, 水煎分2次服用。同时予常规西药治疗: 格列喹酮30 mg/次, 3次/d; 阿卡波糖50 mg/次, 3次/d; 罗格列酮4 mg/次, 1次/d。

2015年9月23日二诊: 乏力口干好转, 足趾麻凉感减轻, 测空腹血糖7.2 mmol/L, 餐后2 h血糖8.0 mmol/L。予初诊方加葛根15 g、郁金10 g, 继服14剂。

2015年10月12日三诊: 乏力减轻, 无口干多饮, 偶有足趾发麻, 舌淡红、苔薄白, 脉弦细。治法同前, 略调整处方如下: 生黄芪15 g、太子参12 g、生

地黄12g、黄精10g、赤芍10g、白芍10g、当归10g、黄芩10g、丹参15g、红花10g、三七粉4g、车前子15g、泽泻10g,14剂。

2015年11月10日四诊:乏力口干缓解,足趾麻木消失,监测空腹血糖5.6~7.5 mmol/L,餐后血糖7.2~9.2 mmol/L,守法继续治疗。

按:林教授认为阴虚是糖尿病三型共有的证候表现,也是导致糖尿病发生的内在因素,糖尿病中期阶段气阴两虚证候由糖尿病早期阴虚热盛型进展而来,《素问·阴阳应象大论》云:“壮火食气”、“壮火散气”,气阴两虚证患者多伴有早期并发症,因此糖尿病中期阶段是防治慢性并发症的关键时期,气阴两虚的同时多兼夹痰瘀证候,因此益气养阴、活血化瘀是糖尿病伴并发症的基本治法。本案患者因口干乏力、足趾麻木为主诉就诊,出现本虚标实证候,属于2型糖尿病并发症阶段,以气阴两虚、血瘀络阻为主证,治疗以参芪地黄汤加减益气养阴,兼化痰通络除痹。方中黄芪、生地黄、山萸肉、黄精、麦冬、石斛益气扶正、养阴生津,佐丹参、红花、赤芍、当归等活血化瘀、通络除痹,以此标本兼顾。糖尿病周围神经病变起病隐匿缓慢,治疗起效同样较慢,治疗中应始终把握“益气养阴通络”的基本治法化裁用药,治疗2个月后患者肢体麻木症状逐渐消失。

3 阴阳两虚型

阴阳两虚型见于并发症多而重的糖尿病后期阶段,因糖尿病病程长,阴阳俱虚,或阴损及阳,致脏腑阴阳两虚,功能衰退。尹德海等^[5]通过分析2型糖尿病患者中医证型及其与糖尿病慢性并发症的关系,发现阴阳两虚型较其他证型病程最长,并发症最多,而且阴阳两虚型患者糖化血红蛋白(HbA1c)水平最高,胰岛β细胞功能更差,这也符合2型糖尿病三型辨证理论中消渴病后期的病理特点。结合脏腑辨证,常见有:肾阴阳两虚,症见腰膝酸软、畏寒倦卧、手足心热、小便清长或不利,方用右归饮加减;脾胃阳虚,症见便溏泄泻、胃脘冷痛、纳呆乏力、舌胖脉沉,以建中汤加减;心肾阳虚,症见胸闷胸痛、心悸气短、头晕乏力、面色㿔白,以桂枝瓜蒌薤白汤加味;心阳虚衰,症见胸闷气短、心悸怔忡、畏冷浮肿、唇甲色暗,以真武汤合保元汤加减;脾肾阳虚,症见纳差食少、脘腹胀满、五更泄泻、畏寒肢冷、腰膝酸软,颜面浮肿,以四神丸合理中丸加减。此期正虚邪实,痰瘀证候显著。

案3.张某,女,80岁。2015年6月1日初诊。

主诉:发现血糖升高40余年,双下肢浮肿2年。现病史:患者40年前于中国医学科学院北京协和医

院体检发现糖耐量异常,建议饮食运动控制。1989年患者于乳腺癌化疗期间确诊为2型糖尿病,后长期口服药物治疗(具体用药不详)。2003年患者因心肌梗死住院治疗,采用诺和灵30R(生物合成人胰岛素注射液30R)皮下注射控制血糖。2年前出现反复双下肢浮肿,确诊为糖尿病肾病。刻下:乏力倦怠,下肢浮肿,四肢发凉、麻木,小腿易抽筋,活动后胸闷,纳可,食后脘腹胀满,眠可,大便干燥难解,夜尿1~2次,舌淡红有裂纹、苔薄白,脉滑。既往史:有高血压病50年,冠心病20年,高尿酸血症10年,乳腺癌术后27年。辅助检查:尿素氮12.5 mmol/L,肌酐114 μmol/L;糖化血红蛋白7.6%。彩超示:双下肢动脉粥样硬化,胫前、后动脉狭窄。空腹血糖4.9~7.2 mmol/L,餐后血糖8.1~12.3 mmol/L。西医诊断:糖尿病肾病V期,糖尿病周围神经病变,糖尿病周围血管病变;冠心病,陈旧性心肌梗死;高血压病。中医诊断:消渴病(脾肾阳虚兼瘀型)。治以温阳健脾,活血利水。予桂枝姜附汤合五苓散加减。处方:

制附片10g,桂枝15g,干姜10g,生白术15g,猪苓30g,茯苓20g,赤芍15g,川芎10g,牛膝10g,木瓜15g,当归10g,阿胶10g,车前子30g,三七粉3g,延胡索20g,白茅根30g。21剂。每日1剂,水煎分2次服。同时继续控制血压、血糖,心脑血管病二级预防治疗。

2015年6月29日二诊:乏力腹胀明显减轻,下肢浮肿较前消退,纳眠可,二便舌脉同前。空腹血糖5~7 mmol/L,餐前血糖9~11 mmol/L,餐后血糖12~13 mmol/L。予初诊方加虎杖15g、冬瓜皮15g,30剂。

2015年8月3日三诊:精神好转,下肢浮肿基本消退,偶有心悸胸闷,纳眠可,大便1~2日一行,排便畅。肌酐105 μmol/L,尿酸514 μmol/L,尿素氮14 mmol/L,空腹血糖7.25 mmol/L,糖化血红蛋白7.1%。继续守法治疗。

按:林教授认为糖尿病后期患者合并症多而重,变证百出,病机虚实错杂,但仍不离阴阳两虚的基本病理基础,由于阴虚证候贯穿消渴病之病程始终,在糖尿病中后期阳虚证候逐渐显现,以脾阳虚、肾阳虚、心阳虚为主,常因虚致实,兼有水湿、痰浊、瘀血,治疗当以补虚扶正为主,佐以祛瘀化痰利湿,攻补兼施。本案患者糖尿病病史长、并发症多,以下肢水肿为主诉就诊,辨证属脾肾阳虚、血瘀水泛,治疗当标本兼顾,以桂枝姜附汤合五苓散加减。方中制附片、桂枝、干姜、生白术温阳化气、健脾益肾,赤芍、川芎、当归、三七粉、阿胶活血养血、化瘀通络,猪苓、茯苓、

夏小军辨治浆细胞性乳腺炎之经验

姜晓燕¹ 刘守海²

(1.甘肃省肿瘤医院,甘肃兰州730050;2.郑州市第一人民医院,河南郑州450004)

指导:夏小军

摘要 夏小军教授认为浆细胞性乳腺炎病机关键在于痰、瘀二端,临证须灵活掌握本病的证候特征及证型演变规律,抓住主要矛盾,分清邪正消长,精准施治。由于乳房溢液、肿块、流脓为浆细胞性乳腺炎的主要症状,痰与瘀为其主要病理特点,且疾病溃脓期及久病体虚者极易感受外邪,故化痰行瘀、软坚散结,佐以清热解毒之法可贯穿于本病治疗的始终,且化痰重于行瘀。临证用药时,化痰行瘀,须防辛燥伤阴;清热泻火,谨防苦寒败胃;补益气血,切勿滋腻碍脾。可适当配伍理气和中、顾护胃气之品,从而助正达邪,固守中州。附验案1则以佐证。

关键词 浆细胞性乳腺炎;辨证论治;名医经验;夏小军

基金项目 甘肃省中医药管理局资助课题(GZK-2019-53)

浆细胞性乳腺炎(plasma cell mastitis, PCM),简称浆乳,是一种以乳腺导管阻塞扩张,管壁周围脂肪组织内浆细胞浸润为病变基础的非细菌性乳腺炎症性疾病^[1-2]。本病好发于30~40岁非哺乳期妇女,临床表现复杂多样,病程较长,易反复发作,破溃后久不收口,而且同一乳房可存在多处病灶,给患者带来极大的痛苦^[3-4]。业师夏小军教授是甘肃省名中医,在治疗浆细胞性乳腺炎方面疗效显著,不仅能够改善患者临床症状,降低复发率,且不良反应较少。笔者有幸随夏师伺诊,获益良多,现将夏师辨治浆细胞性乳腺炎之经验总结如下。

1 审病因,察病机,痰瘀为要

PCM发病,多因先天禀赋异常或后天调养失宜,导致脏腑功能失常,痰瘀形成,阻塞乳络,化火酿毒,

壅聚成痈^[5]。本病早期多以实证为主,后期则多见虚实夹杂证,病机关键在于痰、瘀二端。痰之起因,一为脾虚蕴湿成痰,二为火热煎津化痰;瘀之来源,一为气机阻滞致瘀,二为寒凝痰滞成瘀。痰、瘀交织,互为因果,贯穿于本病始终,正如《丹溪心法》所云:“痰挟瘀血,遂成窠囊。”而痰、瘀化热又是成痈酿脓的病理基础,亦如《妇人大全良方》云:“夫妇人乳痈者,由乳肿结聚,皮薄以泽,是成痈也。足阳明之经脉则血涩不通,其血又归之,气积不散,故结聚成痈。”此外,痰、瘀既作为病理因素,又是病理产物,可致疾病迁延日久,缠绵难愈,影响其转归预后。由此可见,痰、瘀是PCM病机之要害,临证审察病机时须以痰、瘀为要。在此基础上,明辨邪正之盛衰、标本之虚实、寒热之错杂,如此辨证,方可执简驭繁,有的放矢。

车前子、白茅根、木瓜利水消肿。诸药共奏温阳健脾、活血利水之效。后期复诊中基本保持初诊治法方药,用药2个月后患者乏力水肿等症明显缓解。

参考文献

- [1] 魏军平.林兰教授糖尿病三型辨证学术思想渊源与临床经验整理研究[D].北京:中国中医科学院,2012.
- [2] 柴可夫,黄晓玲.2型糖尿病阴虚热盛证基因表达的研究[J].中国中医药科技,2010,17(3):185.
- [3] 刘文科,倪青.论脾瘵理论与三型辨证[J].北京中医药,2017,36(6):516.

- [4] 刘宝恩.糖尿病阴阳两虚证、气阴两虚证与其慢性并发症的关系[J].河南中医,2014,34(6):1129.

- [5] 尹德海,梁晓春,朴元林,等.2型糖尿病患者中医证型分析及其与糖尿病慢性并发症关系的探讨[J].中国中西医结合杂志,2009,29(6):506.

第一作者:张敏(1971—),女,医学硕士,主任医师,主要从事内分泌代谢性疾病及肾病中西医结合防治工作。gcm1998@163.com

收稿日期:2021-10-30

编辑:傅如海