

糖尿病从脾阴虚辨治体会

赵杰*

主题词 糖尿病/中药疗法 @ 从脾阴虚辨治

糖尿病,因临床常见多饮、多尿、身体消瘦的症状表现,所以多属中医“消渴”范畴。其临床表现变化多端,病因复杂。其病机特点多概括为“阴虚为本,燥热为标。”因脾为太阴,乃三阴之长,故伤阴者脾阴首当其冲。脾阴虚是糖尿病病机的根本,糖尿病从脾阴虚辨治,能收到较好的疗效,试作探讨如下。

1 从脾阴虚辨治的理论依据

《灵枢·本神》曰:“脾藏营。”《难经·四十二难》曰:“脾裹血。”说明脾脏之阴精是水谷所化生的营血、津液、脂膏之类。关于脾阴虚的描述最早可追溯到《伤寒论》中的脾约证。“趺阳脉浮而涩,浮则胃气强,涩则小便数。浮涩相搏,大便则硬,其脾为约,麻子仁丸主之。”对于脾约证的机理,程效清解释说:“脾约者,脾阴外渗,无液以滋,脾家先自干槁。”可见脾约证就是因脾阴外渗,而导致脾阴亏虚引起的症状。后世医家则在此基础上,提出了脾阴虚的概念。如张景岳、周慎斋及张锡纯、俞根初等,对脾阴理论均有阐发。关于脾阴虚的症状表现,大多都笼统的概括为:纳食减少,口干、不欲饮,腹胀,烦满,便结,舌干少津,脉细数等。而笔者观察,在临床上,根据脾阴亏虚程度的不同,可分为脾阴独虚,气阴两虚,脾气下脱3个阶段。这在糖尿病患者中,表现极为突出。

1.1 脾阴独虚:此阶段只是脾阴轻微亏虚,但由于阳气不虚,因代偿而加强其蒸化作用,尚不致引起脾气亏虚,对脾的功能影响不大,故临床症状不明显。

1.2 气阴两虚,散精不及:脾阴虚导致脾气虚,精微物质不能及时上归于肺,部分停积于脾而化为痰浊,造成脾为湿困,此时病人可无三多症状,而表现为脾困湿阻,这在素体肥胖的患者更为明显,甚者常有面浮腿肿或全身胀满感,然而由于上归于肺的精微物质减少,肺脏输布乏源,脏腑组织所需物质亦现亏乏,患者常有乏力的感觉。

1.3 脾气下脱,精微流失:随着病情的发展脾阴进一步亏虚,导致脾气更虚。由于清不升浊不降,部分精微

物质随浊阴之气下流,患者出现多尿、尿有甜味。如《类证治裁》中说:“小水不臭反甜,此脾气下脱。”此时肺脏输布乏源更甚,脏腑组织所需精微物质也更加亏乏,不得不求救于水谷之海,欲通过多饮多食来调节这种失衡状态。但由于化生精微下脱流失,多饮多食亦不能满足脏腑组织所虚,却加重了脾的负担,使脾气更虚,恶性循环不止,脏腑组织长期失于濡养,病人则日渐消瘦。精微物质不断流失,日久累及他脏,则变证丛生。如脾虚土不生金,肺失所养,肺气或肺阴不足,则出现气短、乏力、咳嗽、口干渴或潮热、盗汗、咳痰带血等。宗气生成不足,则无力运血,血行迟滞,而现瘀血之象,如肌肤甲错或刺痛,夜间加重,严重者可出现坏疽;营气合成不足,心失营养,则心悸失眠,心阴不足,心火亢盛,则烦热、面赤、口舌糜烂;卫气合成不足,则卫外功能低下,邪气易侵,不能散精于肝,淫气于筋,则出现目疾、抽搐、震颤等,肾气失养,则出腰膝酸软、阳痿、早泄、遗精、耳鸣、头晕、小便失控等。

2 从脾阴虚辨治的方法与用药规律

糖尿病以阴虚为本、燥热为标,滋阴清热为治疗糖尿病的根本大法,而滋脾阴则是滋阴的关键。《医学衷中参西录·例言》中说:“脾为太阴,乃三阴之长,故治阴虚者,当以滋脾为主,脾阴足,自能灌溉诸脏腑也。”

《素问·五脏生成篇》指出“脾欲甘”,甘为补脾之正味。对于脾阴虚证的治疗,由于糖尿病患者多为阴虚燥热并见,故宜甘凉或甘寒滋润的葛根、天花粉、地骨皮、淡豆豉、知母、沙参、麦冬、车前子等,甘平的山药,甘淡的薏苡仁、扁豆等。由于脾气虚有时包含脾阴虚,脾阴虚更多伴脾气虚,气阴两虚是脾阴虚证候的临床特点,故常加入益气之品如太子参、黄芪等。脾为湿困者,当注意化湿不伤阴,养阴不恋湿,多用苍术、白术配甘淡之薏苡仁、白扁豆。对脾为湿困症状明显者,苍术常需重用。王旭高曰:“补藏阴为治本之缓图,清郁热乃救阴之先着。”故对热象明显者,应酌加石膏、栀子、黄连等,以清热泻火。实践证明,从脾阴虚辨治,对于糖尿病患者有较好的效果。

3 验案举例

王某某,男,67岁,退休干部,1996年9月25日初诊。患者自述1989年5月因口干多饮乏力就医,经检

(下转第610页)

* 青岛医学院第二附属医院中医科,山东省青岛市四流南路

127号(266042)

收稿日期:2000-11-15

表1 两组患者症状、体征积分结果比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组 别		例数	疼痛	肿胀	触痛	晨僵
治疗组	疗前	43	3.79±2.21	2.79±1.56	2.69±1.40	1.14±0.16
	疗后	43	1.9±1.40**	1.17±1.41**△	2.04±1.49	0.75±0.64**△
对照组	疗前	39	3.52±1.38	2.81±1.64	2.6±1.52	1.42±0.41
	疗后	39	2.14±1.36*	1.91±1.39**	1.92±1.36	1.2±0.67

与本组疗前比较, * $P < 0.05$, ** $P < 0.01$; 与对照组疗后比较, △ $P < 0.05$

表2 两组治疗前后实验室检查结果比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	ESR(mm/h)	CRP(mg/dl)	RF(mg/L)	C ₃ (mg/dl)	
治疗组	疗前	43	43.64±11.66	59.59±33.09	56.46±20.45	224.13±66.75
	疗后	43	29.32±12.18**	46.9±20.63*	48.32±10.17**	209.54±52.41
对照组	疗前	39	42.19±12.21	61.53±24.4	51.3±19.25	210.19±71.32
	疗后	39	32.15±12.3**	51.1±20.32*	41.4±16.19**	206.6±56.9

与本组疗前比较, * $P < 0.05$, ** $P < 0.01$

表3 两组血液流变学指标检查结果比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	全血比粘度 (mPa·s)	血浆比粘度 (mPa·s)	纤维蛋白原 (g/L)
治疗组	疗前	43 5.26±1.92	1.83±0.92	3.48±1.17
	疗后	43 4.32±1.13*△	1.42±0.85	2.64±0.85**
对照组	疗前	39 4.49±1.81	1.79±0.6	3.62±1.13
	疗后	39 4.92±1.06	1.51±0.36*	2.89±0.79**

与本组疗前比较, * $P < 0.05$, ** $P < 0.01$; 与对照组疗后比较, △ $P < 0.05$

4 讨论

类风湿性关节炎病因复杂,多数学者认为与免疫调节失调有关,目前西药尚缺乏理想的治疗方法,且存在副作用大、易于复发等缺点。中医对本病的认识属“骨痹”、“尪痹”范围。历代医家已观察到本病的发生主要是由于正气不足,腠理不密,卫外不固,感受风、寒、湿、热之邪气所致。内因是基础,仅致病因素不足以致病,《素问·评热病论》就指出:“邪之所凑,其气必虚”。《济生方·痹篇》谓“皆体虚、腠理空虚、受风寒湿气而成痹也,骨痹不已复感于邪内舍于肾”,说明体质在发病中的作用。近年来有人根据中医病因病机,久痛入络,久病伤肾,久病多瘀的特点提出对本病的治疗宜补肾化瘀,祛风通络收到较好效果^[3]。有关实验表明,补肾中药通过神经内分泌免疫网络介导作用可延缓雄性大鼠骨衰老^[4],对保护关节软骨细胞,阻止软骨

内胶原纤维原的转型,维持软骨形态和功能的完整性、抑制关节炎的形成和发展有积极作用^[5]。

本研究中使用祛风湿灵2号以补肾活血药为主,方中淫羊藿、仙茅、巴戟天、金毛狗脊、生地黄、熟地黄益肾壮骨,红花、三棱活血化瘀,川续断、松节祛风除湿,全方以补肾活血为主,兼以祛风除湿通络止痛,能够调节免疫功能,增加抵抗力,改善血液循环,促进组织修复,以治本为主,又配以非甾体类抗炎药治其标,缓其痛。临床观察证实对改善中、晚期类风湿性关节炎临床症状、体征显效率为51.15%,总有效率为90.7%。其症状改善程度、实验室检查指标的改善等方面均优于对照组。而且,对胃肠道反应及毒副作用较对照组低。此方法可为今后进一步研究中医治疗中、晚期类风湿性关节炎提供依据。

参考文献

- 1 王兆铭,郭小庄,张凤仙. 中西医结合治疗风湿病学. 天津:天津科技出版社,1989;92,553.
- 2 国家中医药管理局. 中华人民共和国中医药行业标准——中医病证诊断疗效标准. 南京:南京大学出版社,1994;29.
- 3 焦树德. 诊治类风湿关节炎的体会. 中医杂志,1982,(1):16-19.
- 4 张戈,史万忠,石印玉,等. 补肾益精中药复方延缓雄性大鼠骨衰老作用的评价及其机制的推测. 中医正骨,1999,11(9):3-5.
- 5 高文香,刘元禄,李永生,等. 补肾法防治兔膝关节骨性关节炎的病理形态学观察. 中医正骨,1999,11(12):13-15.

(上接第592页)

查确诊为糖尿病,曾服优降糖、消渴丸等药物治疗,效果不理想。刻诊:口干多饮、乏力、视物不清、纳食可,大便干、尿频、夜尿2~3次,舌暗红、苔黄燥,脉沉弦。化验:血糖17mmol/L,尿糖(++++)。治以滋阴清热,健脾益气。处方:葛根20g,天花粉15g,石膏20g,黄连15g,薏苡仁40g,车前子30g,苍术30g,白术15g,地骨

皮30g,黄芪30g,木瓜15g。

9月30日复诊:自述口渴减轻,复查血糖(++),血糖12.3mmol/L,继续守方治疗近1个月,至10月21日复查血糖8.1mmol/L,尿糖(+),口渴明显减轻,自述体力大增,此后给以薏苡仁30g、白扁豆30g、车前子30g、山药40g,水煮代粥饮,病情保持稳定。随访1年末再复发。