

泻心汤类方在糖尿病治疗中的应用

孙 鑫¹ 指导:全小林²

(1. 中国中医科学院广安门医院 2008 级博士研究生,北京市宣武区北线阁 5 号,100053; 2. 中国中医科学院广安门医院)

[关键词] 糖尿病;泻心汤;升清降浊;经验

中国中医科学院广安门医院全小林教授在治疗糖尿病的临床实践中,采用升清降浊法,灵活运用泻心汤类方,达到了良好的降糖及改善并发症的效果。笔者亲聆教诲,总结如下。

1 半夏泻心汤化痰降浊

半夏泻心汤证属“痰气痞”,即气机痞塞而夹痰。联系糖尿病的发病特点——嗜食醇酒肥甘,易伤脾胃,导致运化失常、痰浊内生,而痰浊与中焦痞塞之气相合,则更加阻塞气机,故临床多结合小陷胸汤等清化痰浊,以利于恢复中焦气机的升降,事半功倍。

病例 1:高某,男,48 岁,2007 年 7 月 26 日初诊。患者半月前无明显诱因出现消瘦、乏力等症,查血糖升高,确诊为 2 型糖尿病,口服格列吡嗪、格列喆酮、阿卡波糖,空腹血糖波动在 25mmol/L 左右。现症口干口渴,易汗出,周身乏力,食欲不振,胸闷,胃脘胀满及矢气增多,大便干结。查体:空腹血糖 22.5mmol/L,舌暗、边有齿痕、苔黄,脉沉略数。辨证属脾胃虚热,痰热互结。治宜寒热平调,化痰消痞。取半夏泻心汤合小陷胸汤之义:半夏 9g,黄连 60g,干姜 9g,黄芩 60g,瓜蒌仁 30g,天花粉 30g,知母 30g,生石膏 60g,生山楂 30g,生大黄 6g(单包)。7 剂,每日 1 剂分 2 次水煎服。嘱糖尿病饮食。8 月 2 日复诊,述自上次就诊后,自停 3 种降糖西药,控制饮食,空腹血糖 14.6mmol/L,餐后 2 小时血糖 12.3mmol/L,口渴明显减轻,胃胀及矢气多症状已消除,仍觉周身乏力,食欲较差。效不更方,上方中黄连加至 90g,干姜加至 12g,知母加至 60g,继服。1 个月后,患者诸症好转,空腹血糖已降低到 6.3mmol/L,餐后 2 小时血糖为 5.6mmol/L。

按:此例患者,形体丰盛,平素嗜食肥甘厚味,而“饮食自倍,肠胃乃伤”,日久脾胃受损,脾转输五谷之气能力下降,水谷无以化精微,反化热生痰,故见口干口渴,易汗出,胸闷,胃脘胀满及矢气增多,大便干结等症,正如《内经》所云:“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。”证

属本虚标实,脾虚是本,胃热痰浊是标。治疗当健脾益气以固本,化痰清热以除标。

2 生姜泻心汤和胃散水

生姜泻心汤适用于以胃虚为主,水气偏重者,故凡见有心下痞、嗳气食臭、下利、腹中雷鸣、胁下疼痛、或下肢浮肿、小便不多的患者,投以生姜泻心汤,多能收到满意效果。临证时可酌加茯苓等药,增强其利水之效;若呕吐较著,亦可加用旋覆花(一般为 30g),加大降逆止呕之力,同时兼具很好的降糖作用。

病例 2:杨某,男,25 岁,2008 年 5 月 5 日初诊。患者 1 个月前因失眠心烦于全老师门诊服中药 30 剂,症状明显改善,近半个月出现肠鸣腹泻,日行三四次,脘腹痞闷不舒,胃中有振水声,怕凉,进食生冷或刺激性食物后腹泻加重,面色㿠白,舌质暗红、苔白,脉沉弦尺弱。血压 90/60mmHg。证属脾胃阳虚,水气内停。治当温中和胃,宣散水气。方用生姜泻心汤加减:半夏 15g,黄连 15g,黄芩 30g,诃子 15g,炙甘草 15g,茯苓 60g,生姜 5 片。7 剂,每日 1 剂,分 2 次水煎服。服药 20 余剂后,腹泻肠鸣及胃中振水声消失,惟进食生冷或刺激性食物后偶有发作。

按:古人云:“胃阳不伤不吐,脾阳不伤不泄。”患者为脾胃阳虚之体,脾胃既虚则运化失职,不能熟腐水谷,以致食滞水气内停,水食与气相搏,行走肠间,漉漉有声,下趋而作利,故腹中雷鸣泄泻,选用生姜泻心汤,《医宗金鉴》谓其“重在散水气之痞也”。

3 甘草泻心汤补中止泻

甘草泻心汤适用于脾胃更虚,完谷不化,下利较著者,故多用于糖尿病日久,胃肠功能紊乱之腹泻。若腹泻较重,可伍灶心黄土、诃子及罂粟壳等药物以增强其收涩止利的作用。古人有“无湿不成泻,湿多成重泻”之说,且脾虚更易感受湿邪,故临床见因湿热之邪伤及脾胃,传化失常而发生泄泻者,可合用葛根芩连汤清热利湿;若偏于寒湿者,可合藿香正气散或藿朴夏苓汤。因七情所伤,肝气横逆犯脾,脾失健运,脾气不升,清气下陷出现泄泻者,可合用痛泻要方以补脾泻肝。

病例 3:韩某,女,50 岁。2007 年 12 月 20 日初诊,患者 18 天前因乏力消瘦于我院就诊,查空腹血糖 6.2mmol/L。未服降糖西药。现症:倦怠乏力,体重减

轻,胃脘痛、肠鸣腹泻反复发作,每日三四次,无恶心呕吐,口干,面色萎黄,纳可,眠差。舌淡、苔薄,脉弦。中医辨证为脾胃虚弱,水湿内停,清浊相干,治宜补脾和胃,祛湿化浊,方用甘草泻心汤加减:炙甘草 30g,半夏 9g,黄连 15g,黄芩 30g,干姜 12g,红参 6g(单煎兑入),茯苓 60g。7 剂,每日 1 剂,分 2 次水煎服。2008 年 1 月 3 日患者复诊,空腹血糖 5.51mmol/L,餐后 2 小时血糖 5.9mmol/L,口干、乏力好转,肠鸣减轻,大便已成形,每日 1 次,现胃仍胀痛,食欲较差,眠差。效不更方,上方中黄连改为 9g,加炒蒲黄 15g、苦参 9g,继服。2008 年 1 月 28 日三诊,患者空腹血糖 5.8mmol/L,食欲好转,胃痛消失,偶有胃胀,乏力,气短,自觉惊悸,于原方中加补中益气浓缩方(黄芪 60g,炒白术 15g,枳实 30g),服药半个月,诸症悉除,精神亦佳。

按:此例患者,所现倦怠乏力,体重减轻,面色萎黄,胃脘胀痛,肠鸣腹泻,舌淡、苔薄,脉弦等症,均为脾胃气虚挟湿之征;脾主肌肉、主四肢,故见消瘦乏力;由于脾气虚弱,运化失职,水湿停聚中焦,阻滞气机,清浊不分,故见胃脘痛,肠鸣腹泻,即《素问·阴阳应象大论》所云:“清气在下,则生飧泄;浊气在上,则生膜胀。”

4 大黄黄连泻心汤泻热通便

大黄黄连泻心汤多用于火热之邪痞结于胃肠,致腑气不通,大便秘结者,此证较多见于糖尿病胃肠功能紊乱之实证便秘。

病例 4:房某,女,39 岁,2008 年 5 月 19 日初诊。患者半个月前自觉烦闷不适,去医院体检,发现血糖升高,空腹血糖 6.5mmol/L。现症:心中烦闷不舒,时作面赤潮热,口中有烧灼感,口唇生疮,眠差,多梦,大便干,每日 1 次。证属邪热亢盛,方用大黄黄连泻心汤合栀子豉汤加减:黄芩 30g,黄连 30g,生大黄(单包) 6g,干姜 9g,桃仁 12g,炒酸枣仁 30g,五味子 15g,栀子 30g,淡豆豉 9g。服药半个月,患者自觉神气清爽,心烦、失眠、便秘等症均明显改善。

按:此案证属无形邪热壅滞中上二焦,肠胃积热,耗伤津液则大便干结;热邪熏蒸于上,则心烦面赤、口干生疮、失眠等热象俱现;热移膀胱则小便短赤频数,舌红、苔黄亦为实热之征。用大黄黄连泻心汤泻热通便,栀子豉汤清热除烦,炒酸枣仁、五味子酸收,敛亢盛之热邪,且可宁心安神以助睡眠。

5 附子泻心汤扶阳泻热消痞

全老师对糖尿病肾病肾功能衰竭期,临床症见浊热邪气有余而阳气不足者,多用此方。方用大黄、黄连、黄芩之苦寒,清泄肠腑热实,选用熟附子,使辛热之药发挥温经扶阳之作用,故浊毒去而本阳复生,正如尤在

泾所说:“寒热异其气,生熟异其性,药虽同行,而功则各奏,乃先圣之妙用也。”本方的煎服法应注意,选用制附子,并用文火久煎,口尝以不麻为度,以防中毒,大黄用量较大时,可选用泻下作用较缓的酒大黄,并注以“单包”,嘱患者根据大便次数调整其用量,即大便次数超过每日 3 次,则自减药量。

病例 5:苏某,女,63 岁,2008 年 12 月 1 日初诊,患者 8 年前行“子宫切除术”时,发现血糖升高(空腹血糖 13mmol/L),服多种降糖西药疗效不佳,现注射诺和灵 30R,早 32IU,晚 24IU,中午口服艾汀 15mg,血糖控制尚可,11 月 30 日空腹血糖 5.8mmol/L,餐后 2h 血糖 6.3mmol/L。1 周前查生化血清肌酐(SCr) 145μmol/L,血尿素氮(BUN) 15.38mmol/L,血尿酸(UA) 461μmol/L。有高血压病史 8 年,血压最高为 200/100mmHg。就诊时症见:乏力,下肢发凉、疼痛,大便干,二三天一行,夜尿 3 次,眠安,舌淡苔厚腻,舌底瘀,脉弦硬细数。血压 180/80mmHg。证属肾阳不足,瘀浊内阻。用附子泻心汤加减:附子 15g(先煎 8h),酒大黄 20g(单包),黄芪 60g,丹参 30g,生山楂 30g,红曲 9g,威灵仙 30g,牛膝 30g,钩藤 30g(后下),天麻 15g,肉苁蓉 30g,锁阳 30g。上方加减服用 2 个月,患者乏力及下肢凉、痛好转,大便调,每日 1 次,SCr 130μmol/L, BUN 13.33mmol/L,24h 尿蛋白定量 2520mg,血压 215/100mmHg,舌淡,脉弦硬。上方去生山楂、威灵仙,加地龙 30g,1 个月后复诊,血压降为 145/80mmHg, SCr 124μmol/L, BUN 9.62mmol/L,24h 尿蛋白定量 1800mg,乏力基本消失,下肢凉减轻 70%,疼痛减轻 50%,夜尿 2 次。

按:本例患者糖尿病 8 年,血压长期处于较高水平,就诊时已见肾功能衰竭表现,为肾中阳气不足,血行滞涩,同时又有浊热腑实之症,设治邪而遗正,瘀浊腑实不去则阳气难复,若单纯补阳,则邪实愈增,故以附子泻心汤加减以温肾助阳,化浊祛瘀,方中附子、黄芪温补脾肾阳气,大黄入血分散瘀滞并降浊通腑,余药共奏祛瘀导滞之功,使清浊复位,肾阳得温,病情逐步好转。

6 体会

中医学将糖尿病归纳在“消渴病”范畴内,传统观点认为,阴虚燥热是其主要病机,但现代的糖尿病患者大多没有“三多一少”的明显症状,而是以体态肥胖、神疲乏力、不耐劳作等为主要临床症状。综观现代医学对糖尿病的认识理论并结合中医临床诊疗经验,导师全小林教授提出糖尿病的发生、发展及其并发症与脾胃的功能失调有密切的关系。

糖尿病的发病原因及机制虽然复杂,但其非常直观的表现就是血糖升高。现代研究认为,血糖升高不仅是因为体内的胰岛素分泌不足,更主要的原因是机体组织细胞对糖的利用发生了障碍。所以虽然血糖很高,但机体组织细胞仍处于缺糖的状态,故患者多出现乏力、不耐劳作等症状。血中的葡萄糖主要是供给人体能量的,是饮食所化生的精微物质,即应属于《素问》所说的“精气”。李东垣说:“饮食入胃,而精气先输脾归肺,上行春夏之令,以滋养周身,乃清气为天者也。升已而下输膀胱,行秋冬之令,为传化糟粕转味而出,乃浊阴为地者也”。脾主升清,将水谷精微上奉于心、肺,化生营卫气血,通过肺朝百脉,气血流动以濡养五脏六腑、四肢百骸;浊者为糟粕,赖胃气下降的推动作用,经小肠的泌别清浊、膀胱的气化作用,排出体外。升降相因,共同完成食物的消化、吸收、转输、排泄过程。若因饮食不节,嗜食膏粱厚味,伤脾碍胃;或因劳心思虑过度,损伤心脾;或因忧思恼怒,肝失疏泄,气机郁滞,横逆犯脾;或因年老体衰,或禀赋不足,或久病,房劳过度使肾元亏虚,影响及脾,使得脾胃气机不利,升降清浊功能失调,导致精微物质不能化生气血,营养周身,反化为浊阴之邪蓄积在血液之中,故而表现为血糖升高;日久水谷精微不归正化,而为痰、湿、瘀浊,流注经脉,阻碍血运,临床可出现脂代谢紊乱,损伤脉络,则还会引起诸多的并发症。痰浊毒物蕴积体内又阻碍中焦气机升降,从而恶性循环,加重消渴发生,从而使本病缠绵难愈。因此,全教授认为,糖尿病的病位在脾胃,升降失

常、清浊相干是其病机,以升清降浊为治疗大法,灵活运用泻心汤类方,再配以行气、活血、通络、化痰、祛湿之品,以截断病势发展,防患于未然。此观点为辨治糖尿病提出了新的思路。

五泻心汤类方在组成上都有黄连,以其清胃热而助降浊,导师临证时重用此药,常用剂量为 30g,根据患者病情及体质酌情加减,有时可用到 60g,甚至 90g,意在降糖。前人亦有单独使用苦寒药物降糖的,如黄连、苦瓜等,有一定的疗效,但多因苦寒败胃而失脾胃升清降浊之本,故只能暂时取效,不能图长久之治。导师大量临床实践证明,黄连、黄芩等苦寒药配合干姜、人参、甘草、大枣等辛温、顾护脾胃的药物,降浊而不伐中,使升降复其司职,清浊归还本位,故能有效地消除临床症状并降低血糖。正如《本草纲目》所云:“此皆一冷一热,一阴一阳,寒因热用,热因寒用,君臣相佐,阴阳相济,最得制方之妙,所以有成功而无偏盛之害也。”另外,以升清降浊为大法治疗糖尿病的同时,尚需兼顾病久产生的多种病理产物,如痰浊、瘀血、湿邪等,故临证时多配伍使用化痰祛湿、活血化瘀之品,且活血、化瘀、通络贯穿始终,从而“未病先防,已病防变”,达到延缓病情发展及防治各种并发症的目的。但因患者多为中老年人,因此,治疗用药时应审查患者体质,不可妄用温燥化痰、破气逐瘀之峻剂,以免损伤气阴、使病情加重。

(收稿日期:2009-06-08;修回日期:2009-09-28)

[编辑:黄健]

(上接第 111 页)

脉细数,治宜解毒泻肺,凉血化瘀。处方:炙麻黄 6g,黄芩 10g,大青叶 10g,金荞麦 20g,马鞭草 30g,葶苈子 30g,丹参 15g,法半夏 10g,金银花 20g,生晒参 10g,大黄(酒制)3g,生甘草 5g,水煎,每日 1~2 剂,分 2~4 次温服。

以上重症及危重症,如果出现腹胀如鼓,不排便,不排气,肠鸣音消失,可用灌肠方:大黄(酒制)15g,桂枝 15g,厚朴 10g,莱菔子 15g,枳实 10g,蒲公英 30g,煅龙骨、煅牡蛎各 30g,浓煎 150ml,结肠滴注,每日 1~2 次。也可选用痰热清、血必净等静脉给药。

2.3.2 毒邪内陷,气阴外脱 发病后期,症见呼吸急促,咯粉红色泡沫痰,口唇紫绀,皮肤发斑,汗出尿少,神识昏蒙。若胸腹灼热,手足厥冷,肤温汗黏,汗珠如油,舌红少津,脉细促,系热深厥深,真热假寒。治宜清里热,固阴竭。处方:生晒参 15g,西洋参 15g,金银花 20g,黄芩 10g,山茱萸 20g,枳实 15g,五味子 10g,大黄

(酒制)6g,生甘草 6g,加水浓煎,每日 1 剂,分 2 次温服。若皮肤湿凉,汗出清冷,喜暖畏寒,面色苍白,两颧泛红,手足反温,舌淡脉浮大者,为真寒假热,虚阳外脱。治宜补元气,摄虚阳。处方:红人参 20g,炮附子 10g,干姜 10g,炙甘草 10g,葱白 15g,山茱萸 15g,煅龙骨、煅牡蛎各 30g,加水浓煎,每日 1 剂,分 2 次温服。在病情危重期,是阴竭还是阳脱,必须分辨清楚。若阴竭证误用热药,则祸不旋踵。

(续完)

(收稿日期:2009-12-15)

[编辑:李春梅]

致谢:感谢石药集团欧意药业有限公司对本次活动的全力支持

Copyright © 2010 China Academic Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net