

临证心得

刘铜华“从瘀论治”糖尿病经验

王磊¹ 郭翔宇¹ 指导: 刘铜华²

刘铜华教授为北京中医药大学东方医院内分泌科主任、主任医师、中华中医药学会糖尿病分会副主任委员兼秘书长,长期从事糖尿病及其并发症临床及作用机制研究,学验俱丰。刘教授在继承前人的基础上,结合自身临证体会及研究成果,对糖尿病及其并发症从瘀论治,疗效显著。笔者有幸跟师随诊,获益良多,现将刘老师从瘀论治糖尿病及其并发症的经验阐述如下。

1 “瘀可致消”是糖尿病的重要病机之一

刘老师指出,其实“瘀可致消”的相关论述由来已久,《灵枢·五变》中的“血脉不行转而热……,故为消瘴。”对此已有论述。但几千年来,其在消渴病的治疗中并未被大多数医家所重视。直至二十世纪七八十年代,著名医家祝谌予在诊疗过程中发现相当一部分糖尿病患者存在着血瘀的表现,给予活血化瘀治疗后收效显著,才真正开始了用活血化瘀法治疗糖尿病的进程。刘老师经过自身临证发现,很多糖尿病患者并无明显瘀血征象,但瘀血这个病理因素却已经存在,有着潜在的危险。近年来,无论是传统的三消辨证,还是近期提出的脾虚论、气阴两虚论、肝郁论、痰湿论及毒邪论等等,针对糖尿病的病机可谓众说纷纭,但都不可否认瘀血的存在及血瘀致病的重要性。气为血帅,气行则血行,若气虚则血行无力,而致血瘀,相反,血为气母,血瘀则气耗,是为气虚血瘀;阴虚燥热,津液亏耗,血脉涩滞而致瘀,是为阴虚血瘀;若阳气虚弱,阳虚则寒,寒邪客脉,血液凝滞不畅,是为寒凝血瘀;若肝气郁滞,则气机升降失常,气不行则血不行,气滞则血凝,是为气滞血瘀;若痰湿内盛,壅遏于脏腑,则气血津液生化失常,阻于经脉,均可导致血瘀脉络,是为痰湿血瘀互结;若火热内盛,则伤津耗液,血脉凝滞,是为瘀热互结。纵观糖尿病各阶段、各证型,不难看出血瘀的情况普遍存在,不仅是糖尿病发病的致病因素之一,同时也是疾病发展过程中形成的病理产物。因此可以说,瘀血致病,是糖尿病发展过程中十分重要的病机之一,贯穿始终。

2 瘀阻脉络是糖尿病并发症的病机主线

刘老师指出,“日久必有虚”,同时,“日久必有瘀”,而糖尿病并发症的发生及发展是一个漫长的过程,这

就决定其与瘀血的关系更加密切。临床上,病变初期常病情隐匿,待症状自觉明显时,实病程已久。根据临床观察,并发症患者常常表现出两组症状:一组表现为神疲倦怠、四肢乏力,或口干口苦、五心烦热,或头晕眼干、腰膝酸软,或唇甲色淡、畏寒肢冷,舌淡或红,脉沉或细;另一组则表现尿频尿浊、下肢水肿,或肢体麻木拘急疼痛,或视物模糊、眼底出血,或胸闷胸痛、心烦心悸,面色晦暗、唇甲色暗,舌质暗或红,苔黄腻,脉弦或涩。两组症状中,前者为虚,主要为气阴两虚、肝肾亏虚、脾肾阳虚等;后者为实,主要为痰、瘀、湿、热等,其中以瘀为著,充分体现了中医学“久病必虚”、“久病必瘀”学说内涵。气虚则血行无力,阴虚则血脉枯涸,阳虚则阴寒血凝,血虚则脉无所运,痰湿阻络则血行不畅,均可致血脉瘀阻。故糖尿病并发症的中医病机以“虚”和“瘀”为主线,为本虚标实之证,“瘀血阻络”贯穿始终。

3 活血化瘀贯穿始终

糖尿病并发症以“本虚标实”为病机特点,“虚”和“瘀”为主线,故治疗时立法方药应标本兼顾,补益的同时祛瘀顾标,效果方显。临证过程中,当在审证求因、辨证论治的基础上,根据形成瘀血的原因以及瘀血的部位和程度,灵活选用药物。气虚血瘀者,方中加用黄芪、当归、丹参等以补气养血活血;肝肾亏虚伴血瘀者,滋补肝肾同时,选用丹参、牛膝、葛根等,其中丹参活血兼养血,对老年人肝肾亏虚且不宜攻伐者尤为适宜,牛膝活血通经且补肝肾强筋骨,葛根既可通络又可生津;阳虚寒凝血瘀者,选用当归、桂枝、三七、延胡索等以温经活血通络;气滞血瘀者,予川芎、郁金、延胡索等行气活血;湿热兼血瘀者,以黄连、黄芩等清利湿热,牡丹皮、赤芍、紫草等凉血活血;若瘀血较重,则用地龙、僵蚕、水蛭之品以剔络除瘀。糖尿病肾病出现的水肿,水与血皆属阴,水可致瘀,瘀可致水,此类水肿,常规采用发汗、利水、温阳、行气之法,往往效果不显,若予以化瘀之法,则水肿自消。糖尿病肾病出现的蛋白尿,临床上对此很棘手。蛋白尿常由脾虚清浊不分、湿邪下注,肾虚固摄无权导致。但刘老师认为,脾肾久虚,脉络会血流不畅而致瘀,同时,瘀阻脉络又成为新的病理因素,

使脾失运化,不辨清浊,肾失固摄的情况更加严重,形成恶性循环,从而导致尿中蛋白难以消除,因此治疗时不可一味地健脾补肾,当在补益的基础上酌加丹参、郁金、赤芍、川芎、地龙、僵蚕等以化瘀通络,配伍芡实、金樱子等固精缩尿,常可取得较好疗效。此外,要正确对待糖尿病眼底出血的问题。许多人认为眼底出血应当收敛止血,其实不然。我们须分析出血之因,若由瘀血阻于血脉,血不循经而出血,万不可妄用收敛止血之药。须知瘀血不去则新血不生,若盲目地见血止血,只会使瘀血愈加留滞,导致出血愈加严重,形成恶性循环。正如唐容川在《血证论》中讲到:“然既是离经之血,虽清血鲜血,亦是瘀血”。因此治疗时,法当活血化瘀与止血兼顾,以防再次出血。对于糖尿病周围神经病变,应重用活血化瘀通络药物,尤其要选用虫类药以搜络剔邪。对于病情严重者非虫类药无以奏效。对于糖尿病性失眠,尤其是病程日久有并发症者,应考虑“瘀”的存在,加之古人有“顽疾多瘀血”的观点,故治疗时,刘老师采用活血化瘀之法,常选桃仁、红花、川芎、赤芍、丹参等,再配以柴胡、枳壳等疏肝理气,效果颇佳。再者,刘老师善于结合现代药理研究,酌情选用具有降糖作用的养血活血之品,如黄芪,《本草纲目》谓其可“益

元气,壮脾胃,活血生血”,对于气虚血滞不行的关节痹痛、肢体麻木等效果明显,同时现代研究表明,黄芪^[1]可降低血糖,改善胰岛素抵抗。三七粉,可活血化瘀而不伤正,现代研究证实,其具有很好的抗疲劳、降血脂、调整糖代谢、提高机体免疫力等作用^[2]。其他如丹参、川芎、水蛭等,均有此类双重效果。但是,活血固然重要,但不可妄用峻剂,一定要做到活血祛瘀而不伤正;同时,气为血之帅,气行则血行,补益、化瘀的同时应稍加理气行气之药,方可补而不腻、血行通畅。

临床上刘老师在辨证论治的基础上,灵活运用活血化瘀法,疗效显著。但糖尿病及其并发症为慢性病,为全身性、进行性疾病,临床上病机复杂多变,活血化瘀通络法固然重要,但必须以审证求因、辨证论治为前提,方能应用,万不可盲目投药。

参考文献

- [1]刘敏,欧阳静萍,吴珂,等.黄芪多糖对 KK- α y 小鼠骨骼肌蛋白激酶 B 丝氨酸磷酸化的影响[J].武汉大学学报(医学版), 2006, 27(2): 135-139.
- [2]黄兆盛.中药学[M].北京:人民卫生出版社, 2002: 285.

1 北京中医药大学东方医院(100029);

2 北京中医药大学

禩国维治疗系统性红斑狼疮经验

李红毅* 沙海勇* 指导:禩国维*

禩国维教授是广州中医药大学教授、博士研究生导师,从事中医、中西医结合皮肤病临床工作 40 余载,临床经验宏丰,疗效卓著,其学术思想活跃,观点鲜明,认为系统性红斑狼疮发病主要与肾阴虚相关,并擅用补肾法论治系统性红斑狼疮。笔者运用信息挖掘技术对禩国维教授治疗系统性红斑狼疮的中医辨证、治法和用药特点进行分析、挖掘,现将研究结果总结如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

应用结构化电子病历,以门诊为中心,采集禩老师治疗系统性红斑狼疮病例 34 例。通过查询门诊病历系统、询问病人等方式收集首诊在 2008 年 10 月 25 日前的病历资料为回顾性病例,首诊在 2008 年 10 月 25 日以后病历为前瞻性病例。

1.2 研究方法

将收集的禩教授历年发表和未发表的关于补肾法治疗皮肤病的论文、专著、读书心得、讲稿、临证体会,

病案资料按时间顺序整理汇编,初步分析总结禩老师补肾法治疗系统性红斑狼疮的思辨特点、学术思想。电子病历使用统计分析软件 SPSS 13.0 建立禩国维教授补肾法临床诊疗数据库。在数据库的基础上,根据中药大辞典对病例中出现的中药别名、异名进行合并,采用频数分析的方法,并采用聚类分析的方法分析药物配伍规律,结合禩国维教授补肾法相关论著、临床跟诊,总结禩国维教授补肾法治疗系统性红斑狼疮的临床经验与思辨特点。

2 结果

本次研究纳入禩老师治疗系统性红斑狼疮病例 34 例,其中回顾性、前瞻性各 17 例,处方 158 次,共应用 53 种药物,共出现频次 2 178 次。

2.1 频数分析

用药频数统计结果显示,使用次数 > 144 次的 7 味,使用频率居首位的为熟地黄、山茱萸,其他依次为鸡血藤、甘草、生地黄、茯苓、山药;使用次数 > 126 次