

# 糖尿病中医治疗之我见

☆ 黄开泰



人要饮食,但一方水土养一方人,一方人适应一方水土,饮食有节、有度的传统,是维护水谷精微气化活动的基本保证。“饮食自倍,肠胃乃伤”,当出不能出,气化垃圾壅滞血脉,堵塞胃肠;“膏粱厚味,足生大丁”,当行不能行,郁热留着营血,损伤肉理,耗伤津液;早餐不吃,午餐凑合,晚餐暴饮,逆反阳气生长收藏的规律,“生乃不固”。糖尿病的治疗,西医着眼点在胰岛素,中医根据就诊病人的实际情况:在肺就治肺,在脾就治脾,在肾就治肾;气虚就补气,阴虚就养阴,有热清热,有寒去寒。以证候病机对应为原则,讲究君臣佐使,讲究药随证转,以就诊病人当下的证候病机为论治目标,以水谷精微气化活动的因应协调性的康复为疗效标准。

根据我自己的临床体会,辨证论治不仅糖尿病效果很好,糖尿病并发症效果也很好,而且不会发生低血糖,没有毒副作用,现

以临床两个案例为例与同道探讨。

**案例一** 李某,男,65岁。2006年体检发现空腹血糖8.8mmol/L,自己注意饮食,未服药,后复查血糖正常。2007年7月3日,因呃逆来门诊,予公丁香10克、柿蒂20克,愈。一月后口干渴引饮,食量大增,尿多,自以为是治呃逆的热药所致,未予重视,后日渐加重,疲乏无力,明显消瘦(2月体重减轻20余斤)。2007年9月14日就诊时,面潮红,心烦不安,口干引饮,脉细弱,舌淡红少苔乏津,门诊随机(下午4时)指血糖:33.1mmol/L,担心发生酮症酸中毒,要求病人住院,病人坚决不住院。以养阴益气,辅以清热为法,散剂与汤剂并进,用参芪通脉散(笔者经验方)去红花加知母20克,黄芪、桑叶、生地剂量加倍,取5剂打为细粉,每次服20克,一日三次饭前空腹服,另取五剂水煎当茶不拘时服,并用煎取的药液调服散剂,控制

饮食。开化验单三张,隔日查静脉空腹血糖一次。

2007年9月27日复诊。服药两天,静脉空腹血糖:20.5mmol/L,自觉症状明显减轻,服药4天,静脉空腹血糖:18.3mmol/L,自觉症状基本消失,服药6天,静脉空腹血糖:15.8mmol/L,无不适。其妻告之,这两天不再难受,放开饮食,今日静脉空腹血糖:20.47mmol/L。方药不变,散剂每次服20克,三顿饭前开水调服,汤剂守方。2007年10月8日,静脉空腹血糖:8.81mmol/L,2007年11月5日,空腹静脉血糖:6.85mmol/L,停汤剂,用参芪通脉散原方,黄芪、生地增加至60克,为散剂,10~20克,一日三次。后静脉空腹血糖稳定在7.00mmol/L以下。2008年“5·12”汶川大地震后,回大连中断治疗。

**案例二** 文某,女,74岁,2007年3月2日初诊。糖尿病20年,蛋白尿、水肿一年余,夜寐差,全身水肿较甚,面目浮肿,下肢重度凹陷性水肿,按之如泥,面色苍白,精神萎靡,浑身沉重,困倦懒动,腰腿疼痛,步履困难,由二女一左一右扶入诊室。多次到北京、上海一些著名医院治疗,长期运用胰岛素、拜糖苹和中药等,自查空腹血糖(指血)8~9mmol/L,尿蛋白波动在2+~3+,尿微白蛋白>0.15。脉沉弱,舌淡红,苔薄白。既往有眼底出血病史。病情较重,汤散并进。参芪通脉散用黄芪80克,每次服10克,一日三次,三顿饭前空腹服。汤剂:黄芪80克,益母草80克,防己15克,茯苓15克,白术15克,陈皮15克。西药继续。

2007年4月5日。守上方案治疗一月,浮肿明显消退,自觉浑身轻松,重树治疗信心,笑容满面,自己一人前来就诊。就诊时,

尿多夜间为甚,腰腿疼痛,指节微痛,面目虚浮,尿常规:蛋白+,白细胞1~4,自查空腹血糖(指血):7mmol/L。中药治疗不变。嘱:如果血糖稳定,口服西药可逐渐减量,以10天为一个时间段,每时间段递减1/3~1/4,在口服西药停用之后,接着减少胰岛素用量,如果血糖出现反复则暂停减量。2007年5月8日。浮肿消失,无不适感,血糖稳定,胰岛素用量减少一半,口服西药全部停用,自觉效果明显。“五一”假期,外出旅游,睡眠不正常,饮食失控,旅游回来,下肢微肿,尿蛋白2+,尿糖+,指血糖:餐前8.5mmol/L,餐后2小时9.6mmol/L。脉舌无明显变化,继续上方案治疗:汤剂黄芪增加至100克,加泽泻20克。至8月13日,血糖正常,尿蛋白+,微白蛋白>0.15。坚持到2009年春节,患者自认为好了,放弃治疗。

现在有些中医,动不动就要和西医对号入座,如糖尿病属于中医的什么病。这其实毫无意义,从文化上讲,也荒唐。中医是中医,西医是西医,客观基础不同,疾病本质不同,治疗目标不同,虽然血糖升高,西医是病,但纳入中医辨证论治,不过是一个疾病现象,属于一种临床症状,必须运用中医疗理论去“辨证求机”,把握住证候病机,中医才能做出恰当的治疗决策。

治疗糖尿病,西医以胰岛素为本,中医以五藏气化为本。《素问·经脉别论篇》谓:“食气入胃,散精于肝,淫气于筋。食气入胃,浊气归心,淫精于脉。脉气流经,经气归于肺,肺朝百脉,输精于皮毛。毛脉合精,行气于府。府精神明,留于四藏,气归于权衡。”气化调节水谷精微的化生、转化,饮食化生为气血、转化为津液,藏纳为

肾精肝血,多层次、多环节相因相应、协调平衡,无太过无不及,血糖、血脂等维持“气归于权衡”的平和状态。水谷精微的气化,脾胃为先导,肝散精以调节,心受气化赤为血,然后统归于肺,经过“肺朝百脉”的敷布运行,或充养形体,或藏纳五藏,或泄之于外。脾主运化、肺主治节、心主化血,肝主藏血,肾主藏精,六腑以通为用,实现水谷精微的气化平衡。

根据上述认识,经过多年的临床思考,我自拟一方,名曰参芪通脉散(汤),益气升清、养津活络。是方以黄芪、桑叶为君,黄芪补脾气以升,桑叶清肺热以降;用生地、枸杞子、黄精、玉竹护五藏之津血,令藏有所藏、有所养;再用葛根、丹参、红花、赤芍行经脉畅气血,既散精微于皮毛,又活络脉防瘀滞。该方既可为散剂,又可为汤剂。如内热甚加石膏、黄连、黄柏(散剂不宜石膏),津伤甚者加知母、麦冬、天冬,痰浊者加浙贝、陈皮、瓜蒌仁,湿滞者苍术、厚朴、生薏仁,“以酒为浆”者用熟地黄、郁金、人参。熬夜之人,元气多虚,可与人参、麦冬、五味子;久坐少动之人,气血更易郁滞,宜加川芎、桃仁、当归。阳虚者肉桂,脾寒者干姜,总之根据病机用药。

很多糖尿病人希望断根,也有中医说能治断根。我觉得,一时、短期血糖指标的正常,并不代表糖尿病痊愈,远期、长久地正常,才算痊愈。因为见识太浅,水平不够,数十年临床还没有发现完全停药而血糖长久稳定在正常范围的案例。糖尿病是“入五藏者,半生半死也”,多个藏腑的气化调节都已经损伤,经隧多已壅滞,饮食、情志、气候等因素都会使已经损伤了因应协调性受到影响,彻底康复极为困难,因此宜长期坚持治疗,并注意生活调护,以图带病延年。



## 泻心汤治肠易激综合征

☆ 四川省彭州市通济镇姚家村卫生所 胡佑志

陈某,男,今年38岁。患者便溏1年余,脘痞,腹痛,腹痛位置不固定,肠鸣,便溏,每日3~6次,便后痛减轻,无明显消瘦。曾服用抗生素治疗,症状无明显改善。查体无异常,经胃肠透视、结肠镜检查为肠易激综合征。刻下患者舌淡,苔白腻,脉沉弦细。给予痛泻药方:白芍15克,白术12克,防风、陈皮各6克。水煎,分3次服,每日1剂,连服3~5剂。服药期间停用其他药物。

陈某服药3剂后,腹痛消失,大便每日1次,先硬后溏,脘痞,舌淡红,苔黄腻,脉弦细。改用泻心汤法:党参15克,半夏12克,黄芩、黄连、干姜各10克,甘草5克。水煎,取药液,分3次服,连服3剂。3剂后,脘痞减轻,舌淡红,苔黄腻,脉弦。上方加木香10克,继续

服药13剂,大便先硬后溏,每日1次,余症消失。舌淡红,苔白,脉缓。再给予香砂养胃丸6克,每日早晚服用,保和丸1丸,每日服用3次。连服10日后,诸症消失,苔转薄白,半年后,电话随访未见陈某复发。

按:方中白术苦温,除湿益气,补中补阳,佐以陈皮行气以解其壅;白芍之肝,缓肝之急,再加防风,轻可去实,郁开通止。湿热弥散中州,舌见黄腻,症见痞塞,脾胃为升降之枢,再用辛开苦降之泻心汤以开枢机,痞塞可解,腻苔可消。大便先干后溏,脾弱而胃强,用香砂养胃丸行胃腑之气。胃腑以通为用,以降为能,取轻清之气,胃气因降,浊气可消。午后阳气转盛,取保和丸醒脾,浊去脾醒,脾气可养,脾胃因和,诸症痊愈。

## 血府逐瘀汤治支气管扩张验案一则

☆ 安徽省望江县大北门中医门诊部 朱时祥

张某,女,54岁,2006年5月29日初诊。患者自述咳嗽、咳痰有近7个月,近日又感风寒,可见咳嗽频作,并咳出暗红色血痰。X线胸透显示:支气管扩张,经西医疗效不佳,仍有间断性咳血痰之症。就诊时症见咳嗽,痰中带有暗红色血块,右侧胸痛。舌质暗紫,舌边有瘀斑,舌苔薄黄,脉弦涩。笔者辨其为瘀血滞留肺络、阻遏气机。

治予活血祛瘀止血为则,佐以宣肺止咳。应用血府逐瘀汤加减。

处方:仙鹤草20克,生地15克,川牛膝15克,桃仁10克,红花10克,当归10克,赤芍10克,桔梗10克,杏仁10克,柴胡10克,枳壳10克。水煎3次合并药液,分3次服用,每次150毫升,每日1剂。

二诊:服用3剂后,咯血减少。效不更方,再进5剂。

三诊:服用5剂后,诸症皆除。随访1年,未见复发。

按:本病因患者有咳嗽史,加之又偶感风寒,此乃内外交攻,使肺失肃降,导致血脉阻络,形成血瘀。瘀血不去,新血不能循常道而溢于脉外,故见咯血。此外,胸痛固定不移,舌有瘀斑,脉弦涩等皆为瘀血之证,所以,应用活血祛瘀之法能获良效。