消渴病从痰湿论治

★ 张海燕 高中祖 （云南中医学院基础医学院 昆明 650200）

关键词：消渴病；痰湿；病因病机；预后转归
中图分类号：R 255.4 **文献标识码**：A

消渴病总属津液代谢异常之疾，津亏、津停均可为之。对于消渴病的病因，历代医家比较一致的认识有饮食不节，积热伤津；情志失调，郁热伤阴；禀赋不足，五脏柔弱；房劳过度，肾精亏耗；过服温燥，耗液伤阴等。对于病机大都认为是阴津亏损，燥热内盛，阴虚为本，燥热为标。病变涉及五脏六腑，但以肺、胃、肾为主。自当代施今墨、祝谌予氏创立气阴两虚说和血瘀说以来[1]，各种病机假说被不断地提出，极大地丰富了对消渴病发病机理的认识。但关于消渴与痰湿的关系重视不够，历代阐释甚少，而临床上此类情况甚为多见，现就消渴与痰湿的关系作一讨论。

1 理论依据

《素问．奇病论篇》曰："此肥美之所发也，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。"即过食肥甘，损伤脾胃，滋生痰湿，发为消渴。《金匮要略》中有关因湿致渴的条文最多，述其症状、病机者如："湿家，其人但头汗出……渴欲得饮而不能饮，则口燥烦也"，"夫水病人，目下有卧蚕……其人消渴"。《金匮要略》还专篇论述消渴的辨证施治，其中有关消渴与痰湿的论治亦颇多，且多为后世临床施治之效方。《消渴小便不利淋病脉证并治第十二》说："脉浮小便不利，微热消渴者宜利小便、发汗。五苓散主之。渴欲饮水，水入则吐者名曰水逆，五苓散主之。"指出了因水与热结所致消渴的证治。《医宗金鉴》对此的解释是："小便不利，水停中也，水停则不化津液，故消渴也。发表利水，止渴生津之剂，惟五苓散能之。"五苓散本为痰饮水湿之病所设，但消渴之病见水饮病机者，亦用五苓散主之。清·费伯雄《医醇腾义·三消》中认为："上消者……当于大队清润中，佐以渗湿化痰之品，益火盛则痰燥，其消炼之功，皆痰为之诸虐也，逢原饮主之；中消者……痰入胃中与火相乘，火力更猛，食入即腐，易于消烁……清阳明之热，润燥化痰，除烦养胃汤主之。"《杂病广要·消渴》云："脏腑焦腐，饮有形之水以浇沃……无形之火热日炽，有形之水饮日加，五脏乃伤，气血俱败，水气内生。"说明古代医家对从痰湿论治消渴，早已有比较深刻的认识。痰湿既是发病因素，又是病理产物，盖痰湿既成，则可随气升降，无处不到，湿邪重浊粘滞，易闭气机，痰湿困阻脾运，令津液敷布无权，且郁久化热，也可使津伤液耗不能载血畅行导致体内血行瘀滞；瘀血既成则津液更难敷布，燥热愈加炽盛，气机更难以疏通。

2 病因病机

《素问·经脉别论》云："饮入于胃，游溢精气，上输于脾，脾气散精，上归于肺，通调水道，下输膀胱，水津四布，五经并行。"消渴的产生，是津液代谢失常，水津失布，五经不行的结果。导致此结果的原因，一为水津之不足，则津无所布，失去了物质基础，即历来所论阴津亏损，燥热偏胜之理；而另一则为从"饮入于胃"到"水津四布，五经并行"的中间环节受阻，布精不利，水道失畅，津液不运所致。痰湿的形成系肺、脾、肾、三焦水液代谢功能失常，导致津液不能正常敷布而聚液成痰。

2.1 病因

2.1.1 饮食不节 "饮食自倍，肠胃乃伤"。如食甘美味肥之品，过度则损伤脾胃，致纳运失职。脾运不健，则水湿不能化生津液，胃纳无力则积滞壅遏不化，反生湿浊，再困中焦。

2.1.2 五脏柔弱 肺失滋养，治节失宜，津液失于输布，可聚湿生痰。又如肾气不足，水失温化，凝聚生痰，先天不足如肾阴亏损，阴虚火旺，可灼津为痰；或脾阳失于肾之温煦，脾失健运，水谷精微不能化生津液聚而成痰湿。

2.1.3 情志失调 七情所伤，如郁怒伤肝致肝气郁结，疏泄失常，津液输布失常则化生痰湿；肝郁乘脾，脾胃不健则痰湿自生。

2.1.4 劳倦内伤 外劳于形，或房劳太过，损伤先天之肾，累及后天之脾胃。肾气不足，水湿内停，脾气亏虚，蕴生痰湿，二者均可见水肿诸证，临床较为常见。年老之人少运动而喜安逸，静则气血易于阻滞，津液不化，加之年老而脏腑本已衰老，脾胃运化无力，故易生痰湿。

2.1.6 失治误治 消渴病邪，燥热多见，燥为火热之属，最易伤气，失治则脾气亏虚必然发生；医者见消渴有阴虚热盛症状，即用大量清热之品，热虽消而气被伤，转成脾气虚弱之证，此乃误治而成。《侣山堂类辨·消渴说》曰："有脾不能为胃行其津液，肺不能通调水道而为消渴者，人但以凉药治，不知脾喜燥而肺恶寒……以燥脾之药治之，水液上升即不渴也。"

http://www.ajutcm.com

2.2 病机

2.2.1 素体亏虚，气机失调 脾虚失健，水湿内停，蕴结成痰；或脾失摄纳，水谷精微下注，不能濡养充实五脏经脉，致百脉空虚，常为有形之邪所占踞，致经络阻滞而成痰；肾中阴虚及阳，出现阴阳两虚；阴虚则精不可生，骨髓空虚，阳虚则不能蒸腾气化水液停聚而成痰；三焦失于通调，水气互结成痰。肺朝百脉，阴损及阳，阳虚气亏，宣降无力，痰阻气滞而致瘀血阻脉。

2.2.2 热盛伤津，炼液成痰 肾阴不足，阴虚内热煎熬津液，津液粘稠，瘀阻脉络而致痰饮；肺燥津亏，肺阴不足，肺失宣降敷布，聚津成痰；脾胃受燥热损伤，胃火炽盛，脾阴亏损，脾失健运，水湿内停，蕴结成痰。由此可见，阳虚则气乏，阴虚则血竭津涸，阴虚内热则灼津炽痰，血粘液稠，皆可使三焦失于通调，水湿互结成痰。

糖尿病病程长、难速愈，其原因之一，痰湿粘腻浊滞，为病缠绵难解，痰浊形成之后，极易阻碍气机，影响脏腑功能。其有形之痰或壅于心肺，或留于肝胆，或阻于脾，或碍于肾，或滞于目，或闭阻血络等，皆可进一步阻碍津液敷布，加重津亏气虚、燥热、瘀血，形成性循环，以致血中糖、脂居高不下，并发症迭出不穷。临床上如不辨有无痰湿气滞，而一味养阴滋燥、清热活血而难为功者，常与气机阻滞未得调畅、痰湿未得蠲化有关。

3 治疗

《诸病源候论》曰："劳狎之人脾胃虚弱，不能克消水浆，故有痰饮也。"《景岳全书》曰："夫人之多痰，悉由中虚而然……不观之强壮之人，任其多饮多食，则随食随化，未见其为痰也；惟是不能食者，反能生痰。此以脾虚不能化食，而食即为痰也……正以脾气愈虚，则全不能化，而水液尽为痰也。""惟脾虚饮食不能消化而作痰者，其变最多，但当调理脾胃，使其气强，则自无食积之虑。而痰饮即皆血气矣，若脾气微虚，不能制湿，或不能运化而为痰者，其证必食减、神倦，或兼痞闷等症。"可见脾气虚弱，运化功能失健，以致痰湿内生。清·李用粹在《证治会补·消渴》中指出："五脏之精悉运于脾，脾旺则心肾相交，脾健则津液自化。"李东垣也认为消渴病多由元气不生所致，脾气不足百病自生，治疗当以健脾益气为本[2]。痰湿的产生可涉及多个脏器，但脾居中焦，主运化，故以脾为主，治疗上主要从脾着手，治宜益气健脾，渗湿化痰，通过益气健脾，恢复其化输津液和布化精微之功能，使机体的津液和水谷精微代谢趋于正常。张秀云[3]以理气化痰法治疗Ⅱ型糖尿病60例，拟方香附旋覆花汤加味治疗，显效33例，有效18例，总有效率为85%。李今恒[4]从风痰论治糖尿病50例，临床报道以法半夏、白芥子、积实、大黄、苍术、川芎等药物加减治疗糖尿病，结果总有效率近86%。故以痰湿论治糖尿病，治疗时运用益气健脾、燥湿化痰之药，往往能获得满意的疗效。

张景岳云："痰之化无不在脾，而痰之本无不在肾"。故尚文斌等认为本病病久而无"三多一少"症状，又并发心、脑、肾等慢性并发症时，辨证首当考虑脾肾亏虚夹痰湿为患。治疗也力倡"见痰休治痰，治病必求本"，治本补虚，针对糖尿病的脾肾亏虚，重在调补脾肾；而且认为健脾补肾既可化痰除湿，又可防痰湿再生。

《医原》曰："思虑过度则气结，气结则枢转不灵而成内湿。"究其故，或郁悒恼怒，多虑喜悲，以致肝气郁结，气不布津而津聚成痰；或气郁化火，灼液成痰；或木横乘土，脾失健运，水湿内聚而为痰。凡此种种，均可导致痰气交阻，津气失布，使糖尿病复杂化，故苗建英等立调肝化痰法治疗糖尿病[5]。

瘀血阻滞脉络，影响水湿津液输布，水泛日久则为痰湿。故《医宗粹言》说："先因伤血，血逆则气滞，气滞则生痰"；而《血证论》更是直言："血积既久，亦能化为痰水"。临床验证：高脂血证与痰证相似，而且脂痰可以互生，化痰即可降脂[6]；杨玉芳则提出瘀脂同源观点，认为化瘀也可降脂[7]。

4 预后及转归

糖尿病不仅缠绵难愈，而且并发症较多。其原因之一是痰湿粘腻浊滞，阻塞血络，与瘀血搏结之后，尤属如斯。痰湿留于体内，随气升降，无处不到，或阻于肺，或停于胃，或蒙心窍，或流窜经络，或郁于脑络，临床上变证可随痰湿阻塞部位的不同而异。如痰瘀阻于肢体脉络可表现为肢端麻木刺痛，甚至坏死脱疽；阻于心脉则心悸、胸痛；上阻脑络、目系，则可发生中风、视物障碍，直至失明；下阻肾脏则可出现尿蛋白，直至肾功能衰竭。有报道：痰热阻肺，可见糖尿病合并肺内感染，肺结核之咳嗽咯痰，痰浊中阻而表现呕恶、胸腹满闷、气短乏力、头晕目眩等。痰阻心脉可见心脑血管疾病；痰热上扰可见高血压、头晕、失眠、烦躁等；痰饮泛溢肌肤见于并发肾病，出现水肿[8]。

总之，糖尿病与痰湿关系密切。痰湿的形成，既可直接耗伤阴液，另外痰郁化火又可损伤阴液，更有痰湿日久闭阻经络，阴津失于输布，使肌体失去濡养而发为消渴者[9]。传统阴虚燥热，"三消"分治理论已经逐渐被临床医生所淘汰[1]。近年来，随着大量临床与实验研究的不断深入，脾虚论、肾虚论、肝郁论、气虚论及瘀血论等新观点颇受青睐，极大的丰富了糖尿病的病因病机学说。查阅相关文献，从痰湿论治糖尿病的资料罕见。究其原因，多囿于阴虚为本，燥热为标之说不能自拔。证之临床，常见一些糖尿病，尤其是胰岛素抵抗患者，表现为脘痞胸闷、口渴不欲饮、口中粘腻或有甜味、身体困重、舌苔厚腻等湿邪内蕴之象。这类病人大都体态丰腴，恣食贪杯，喜静懒动，与中医学的"肥人多湿"理论相吻合[10]。消渴病从痰湿论治是一个新的概念，需要从理论上加以规范，临床上进一步探讨，使之形成一种完整的、成熟的辨证论治、理法方药体系，以提高临床应用的针对性和可操作性。

参考文献

[1]陈长青，熊曼琪，李赛美，等. 消渴病（糖尿病）的病机研究进展[J]. 中国中医基础医学杂志 2002，10(8)：72～74

[2]王东，李敬林. 从"脾主运化"论治消渴[J]. 中国中医基础医学杂志，2002，8(12)：43～44

[3]张秀云. 理气化痰法治疗老年糖尿病 60 例[J]. 山东中医杂志，1996，23 (4)：255

[4]李今恒. 从风痰论治糖尿病 50 例临床报道[J]. 天津中医，1992 (3)：10

http://www.ajutcm.com

栏目特约 江中集团

血管性痴呆肝阳上亢证的临床辨证体征

★ 王新新[1] 齐向华[2] 彭伟[2] 马永刚[1] (1.山东中医药大学 2004 级硕士研究生 济南 250014;2.山东中医药大学附属医院 济南 250011)

摘要:在对文献及现代中医诊断学整理的基础上,对中医体征进行分类整理,制定了血管性痴呆中医体征调查表;应用临床流行病学方法,通过对 264 例血管性痴呆病人临床病例的调查,填写体征调查表,并进行统计学分析,得出与血管性痴呆肝阳上亢证诊断关联性较大的几个临床体征。

关键词:血管性痴呆;肝阳上亢;中医体征;临床研究

中图分类号:R 749.1 **文献标识码**:A

体征是指医生在诊察疾病过程中,通过体检和客观检查发现的异常表现,这些异常表现对于疾病的诊断与治疗具有十分重要的意义。所谓的中医体征是指在中医临床过程中通过对患者望、闻、切三诊的查体所获得的客观征象,这些客观征象能够指导我们的临床辨证,可以说如果没有体征,中医的辨证论治就无从谈起。

血管性痴呆有不同于其他疾病的特点,即很难通过问诊获得病情的详细资料,有了体征诊断就能弥补症状诊断上的不足,从而顺利的进行辨证论治,更好地发挥中医学的优势,为提高临床疗效提供支持。

1 临床资料

1.1 研究对象

山东中医药大学附属医院、山东大学齐鲁医院、山东大学第二医院及千佛山医院 2006 年 7 月～2006 年 12 月间符合血管性痴呆诊断的住院患者共计 264 例,年龄均在 45～80 岁。

1.2 诊断标准

血管性痴呆的临床诊断必须具备下列 3 条:

(1)痴呆。经临床检查和神经心理学评价确定先前较高认知功能水平有明显下降,包括:① 记忆障碍;② 认知领域两项或两项以上障碍(定向力、注意力、语言、空间能力、执行能力、运动控制和行为);③ 上述两种损害严重到足以影响病人的日常生活活动能力,而不是由于中风本身的躯体影响所致;④ 排除干扰神经心理学评价的意识障碍、谵妄、神经症、严重失语或明显的感觉运动障碍,以及能引起记忆和认知缺损的全身系统疾病或其它脑病如阿尔茨海默病(AD)等。

(2)脑血管病。① 神经系统检查证明有脑血管病(不管是否有中风病史)引起的局灶性体征,如偏瘫、中枢性面瘫、病理征、感觉障碍、偏盲、构音障碍等;② 有时无局灶性体征,但有影像学检查(CT 或 MRI)证实的脑血管病证据也可考虑,如多发的大血管梗死或单个的关键部位的梗死(角回、下丘脑、基底前脑或 PCA、ACA 区等),以及多发基底节和脑白质腔隙性梗塞,或广泛的脑室周围白质损害,或上述病变共存。

(3)上述两种损害有因果关系,即具备下述一项或两项:① 在明确的中风后 3 个月内发生痴呆;② 突然认知功能衰退,或波动样、阶梯样进行性认知功能损害。

1.3 血管性痴呆的中医辨证分型

采用 1997 年田金洲等制订的血管性痴呆中医辨证量表(SDSVD)进行血管性痴呆中医辨证[2]。证型分别是肾精亏虚证、痰浊阻窍证、瘀血阻络证、肝阳上亢证、火热内盛证、腑滞浊留证、气血亏虚证。各证候满分为 30 分,7 分为该证候诊断成立。

1.4 纳入排除标准

1.4.1 纳入标准 (1)符合血管性痴呆诊断标准;(2)年龄

[5]吴大真,刘学春,董静.现代名中医糖尿病治疗绝技[M].北京:科学技术文献出版社,2003.185～187,282,185,170

[6]陆纪宏.试论中医辨治高脂血症[J].辽宁中医杂志,1991(2):1

[7]杨玉芳.活血化瘀与喘证方药研究[M].北京:中国中医药出版社,1994.85

[8]金英.略谈糖尿病阴虚与痰湿瘀血的关系[J].贵阳中医学院学报,1999(2):5

[9]程汉桥.糖尿病从痰湿论治的理论探讨[J].中国中医基础医学杂志,1999,5(4):48～49

[10]杨辰华.从痰湿论治糖尿病胰岛素抵抗的体会[J].四川中医,2005,23(1):10～11

(收稿日期:2006-12-29)

江西中医药 http://www.ajutcm.com