

“动-定序贯八法”治疗消渴病的辨证施治思路

吕丽萍^{1*}, 龙艳¹, 宋薇¹, 范冠杰²

(1. 广州中医药大学, 广州 510405; 2. 广东省中医院, 广州 510120)

[摘要] 糖尿病已成我国一大公共卫生问题。糖尿病属中医学“消渴”范畴,范冠杰教授在多年临床实践中不断总结前辈经验,创造性的提出了“动-定序贯八法”综合防治消渴病的临床方案。“动-定序贯八法”理论以整体观念、辨证论治为基础,强调对疾病发生、发展、变化规律及核心病机进行动态把握,提出了“核心症状-核心病机-主证-治法-药串”的临床辨证规律,主张从整体把握消渴病发展规律进行辨证施治,是中医临证辨治消渴病的新思路及新方法。“动-定序贯八法”其“动-定结合”、“连贯有序”的临证辨治思维具有普遍适用性又有充分的发展空间,临床诊治任何疾病均适于推广应用。

[关键词] 动-定序贯八法; 整体观念; 辨证论治; 推广应用

[中图分类号] R222 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1005-9903(2012)13-0318-03

最新流行病学资料显示,我国糖尿病(diabetes of mellitus, DM)患者总数达 9 240 万,与 1997 年调查结果相比,10 年内我国糖尿病患病率翻了 3 倍^[1]。糖尿病已成我国一大公共卫生问题,因此对糖尿病的治疗迫在眉睫。

糖尿病属中医学“消渴”范畴,应用中药物治疗消渴病疗效卓著,陈吉生等^[2]认为合理使用中药及中成药能发挥中药在预防、治疗糖尿病及其并发症方面的优势。李玉荣等^[3]观察中药降糖乐对糖耐量减低(IGT)的干预效果,结果显示治疗组、对照组的空腹血糖、餐后 2 h 血糖、糖化血红蛋白及

血脂治疗前后比较差别具有统计学意义($P < 0.05$),降糖乐对糖耐量减低患者有明显的改善作用。范冠杰教授运用纯中药治疗消渴病,患者的临床症状及血糖、糖化血红蛋白指标均有明显好转,甚至有些病人临床症状消失,实验室指标在正常范围。范师应用纯中药治疗消渴病颇有心得,有幸从师并对范师的临床辨证及用药规律进行解析。

1 辨证用药

1.1 把握核心症状,确定核心病机 临床病情复杂,症状多样,证候互相交叉,如何能在复杂的症状中快速准确地辨证困扰着诸多中医师。张仲景谓“伤寒中风,有柴胡证,但见一证便是,不必悉具”,说明在伤寒中风的病人见到“往来寒热,胸胁苦满,默默不欲饮食,心烦喜呕”等症状中的其中之一症,不必各症均具,便可确诊病已至少阳。范师对此辨证思路进行发挥,通过患者的症状、体征、舌脉等首先把握疾病核心症状,从而确定核心病机。范师总结出消渴病常见以“肾虚”、“气阴两虚”等为主的 8 种证型,其核心症状归纳如下:

[收稿日期] 20120201(002)

[基金项目] 广东省中医院中医特色与优势临床研究专项;广东省财政厅项目(粤财工[2009]349 号)

[通讯作者] * 吕丽萍,博士,从事中医内科内分泌专业研究, Tel:13828492595, E-mail:499536589@qq.com

治,故来就诊。现症见:头身困重,脘腹痞闷,情志抑郁,善太息,舌质黄,苔腻,脉弦细而涩;大便干,夜尿稍增多,睡眠可。证属湿热内盛兼肝郁气滞。治以清热祛湿,疏肝解郁。药用:大黄 9 g,黄连 3 g,柴胡 15 g,泽泻 15 g,茯苓 15 g,白术 15 g,黄芪 20 g,甘草 6 g,水煎服,每日 1 剂,分 3 次服。服药 1 周时间后出现便溏,则改大黄用量为 3 g。同时嘱患者配合饮食、运动疗法,连服 1 个月复查,空腹血糖仍在正常范围内,餐后 2 h 血糖降至 $9.0 \text{ mmol} \cdot \text{L}^{-1}$,相关症状也稍有好转,后在以上基础方上加减用药,继续服用 2 月余,餐后血糖为 $7.9 \text{ mmol} \cdot \text{L}^{-1}$,基本接近正常,相关症状得以好转。患者为体型偏胖,平时喜食肥甘厚味,且少动,性情急躁易怒,日久则导致肝郁脾虚,脾不健运,失于运化水谷精微,致津停气阻,导致水湿内生,久湿聚成热。本方黄芪为君药,益气健脾,以助运化,柴胡疏肝解郁则全身气血通畅。黄连清热祛湿,尤善清中焦湿火郁结。茯苓、白术利水渗湿、燥湿健脾。大黄、泽泻辅以清热泻火,导热下行。甘草调和诸药,益气畅

中。本方清热祛湿,疏肝解郁,疗效显著。

中医对糖尿病前期干预是在“治未病”思想、整体观念的指导下通过辨证论治给药,有着整体调节、多靶点综合作用的优点,调理机体的阴阳、气机的升降出入使机体恢复阴阳秘的状态。因此,中医对糖尿病前期的干预治疗有很大的潜力,有着良好的应用前景。

[参考文献]

- [1] 张林军,刘军,常超,等. 补阳还五汤治疗 2 型糖尿病研究进展[J]. 中国实验方剂学杂志, 2012, 18(1):244.
- [2] 熊曼琪,朱章志. 仲景论消渴病的理论探讨[J]. 广州中医学院学报, 1994, 11(3):121.
- [3] 周劲刚. 芳香化湿法为主干预湿浊型糖耐量低减的临床研究[J]. 中国实验方剂学杂志, 2011, 17(13):212.

[责任编辑 邹晓翠]

①肾虚:腰膝酸软,脉沉;②气阴两虚:倦怠乏力,口干;③肝气郁结:急躁易怒,脉弦;④血脉瘀阻:舌暗,舌底络脉迂曲;⑤燥热内盛:多食易饥,口渴喜饮,寸关脉洪大;⑥血分热郁:面红唇赤,舌红;⑦湿热内阻:苔黄腻,脉滑数;⑧热扰心神:心烦,失眠多梦。

1.2 以固定药串施治 根据以上8种核心病机,范师以补肾、疏肝、清肺、养心、运脾、理血(凉血、活血)、通腑导下和清利湿热等8种辨治方案,以固定药串进行施治。

1.2.1 肾虚 消渴致病因素众多,其中肾虚是决定因素,故范师十分重视肾虚的发病地位。治当补肾固本,方用狗脊10~20g,川续断10~20g,女贞子20~30g,旱莲草20~30g。狗脊苦甘性温可治肾虚之腰膝软弱;川续断味苦性温具有补肝肾、通血脉等功用;女贞子甘苦凉,旱莲草甘酸寒,二者配伍,补肝益肾功专力宏。四药合用,共奏补益肝肾、通利血脉之效。

1.2.2 气阴两虚 施今墨^[4]提出糖尿病“脾胃虚弱,气阴两虚”的病机理论。范冠杰^[5]认为若嗜食肥甘厚味、生冷之品,或情志失调,房劳过度等均可导致脾气虚,气虚则阴精更少。治以益气养阴,方用北黄芪15~30g,生地黄15~30g,地骨皮15~30g。黄芪甘温善补脾肺之气;生地黄甘苦寒是滋阴之佳品;地骨皮甘寒善清肝肾虚热。三药合用使阴液回复,内热自消。

1.2.3 肝气郁结 糖尿病患者心理障碍的发生率高达30%~50%,是普通人的3倍^[6]。治当疏肝解郁,方用柴胡10g,白芍15~30g,薄荷5~10g,丹皮15~30g。柴胡辛散主入气分;白芍性酸柔主入血分;柴胡疏肝气和肝用,白芍养肝血补肝体;薄荷辛凉有疏肝解郁之效;丹皮苦辛微寒,临床上主要用于清肝火和凉血散瘀。四药合药,可养肝阴,调肝气。

1.2.4 血脉瘀阻 消渴病久、阴虚火旺等终可致瘀血阻络。治宜活血化瘀,方用丹参15~30g,三棱10g,莪术10g,泽兰15~30g;丹参苦寒为活血化瘀之要药,《中华本草》记载本品可降血糖;泽兰味苦辛微温,活血不伤血,祛邪不伤正;莪术辛苦温可破血逐瘀;三棱苦辛平功擅破血。诸药合用使瘀血去而不留。

1.2.5 肺胃燥热 世人多认为消渴与燥热内盛相关。治宜清热润燥,方用石膏30g,知母10g,葛根15~30g,连翘15~30g。石膏辛甘大寒,为泻肺胃二经气分实热要药;知母甘苦寒,其苦降火,寒胜热;葛根甘辛凉是治阴虚消渴佳品;连翘苦寒善宣散透热。诸药合用使胃气胃阴得复,燥去不伤阴。

1.2.6 血分热郁 研究表明“糖毒”、“火毒”等“内毒”在体内堆积是消渴发病的基础^[7]。从中医学的角度看,其发病核心为“热邪为患,热入血分”,治宜清热凉血,方用丹皮10~30g,赤芍15~30g,麦冬10~30g,玄参10g;丹皮苦辛寒善治血中结热;赤芍苦寒善除血分热郁;麦冬甘苦寒用治血分热郁,热伤津液;玄参苦甘寒善泄营血之热。四药合用,使血分热除,津液得复。若胃肠热结,大便秘结,治以清热通腑,

方用大黄5g(后下),枳实10g,火麻仁15g。大黄主泄胃肠结热之有形积滞;枳实主泄胃肠结气之无形气痞;火麻仁甘平既善润肠通便又兼滋养补虚。三药合用,可泄热除积、利气消痞。

1.2.7 湿热内蕴 内外湿邪与热相结,邪热伤阴发为消渴。治宜健脾清热利湿,方用苍术10g,黄柏10~15g,薏苡仁20~30g,绵茵陈15~30g。黄柏苦寒以清下焦湿热为长;苍术辛苦温通治内外湿邪;薏苡仁甘淡微寒利水渗湿;绵茵陈苦寒清利三焦湿热。诸药合用,湿热去三焦通利则阴津自复。若兼湿盛困脾,加茯苓15~30g,炒白术10~15g,法半夏10~15g,神曲15~30g以健脾化湿;兼腹胀加莱菔子10~15g,枳壳10g,川厚朴10~15g以健脾除胀。

1.2.8 心神失养 心神失养的原因众多,肝气不舒,郁怒伤阴,心肾不交均可致心神失养。治宜养心安神,方用夜交藤30g,远志10g,酸枣仁15~30g。夜交藤甘平用于阴血虚少之失眠;远志苦辛温开心气而宁心;酸枣仁甘酸平,益心、肝血而安神。诸药使心肾交通,血归于肝,心神得养。

《大要》曰:“谨守病机,各司其属,有者求之,盛者责之,虚者责之,必先五脏,疏其血气,令其调达,而致和平,此之谓也”,提示了探求病机的基本方法,病机一旦确定,治法也随之可定,不管何种治法,其根本原则是令脏腑、气血和调,阴平阳秘。

1.3 独具特色的中药药串组合形式

1.3.1 继承发展,开拓创新 秦老^[8]首创中药药对施治,范师对药对进行发展创新,形成了与8种治法相应的由2~4味中药组成的固定药串,更能增强药物药效。

1.3.2 旧药新用,推陈出新 结合临床实践,对传统的药物或旧法新用,或创立新法,选药精当,药随证转,配方严谨,显示了辨证的规律性和灵活性。

1.3.3 紧扣病机,处方精当 范师在立法用药时“一阴一阳”、“一脏一腑”、“一气一血”、“一寒一热”、“一升一降”等数法合用,处方精当,配伍巧妙。

1.3.4 用药适量,中病即止 量少则药效不足,量多则治疗太过,常用剂量为10~30g。治疗中若一证候消失,则停止使用该类药物,中病即止。

2 “动-定序贯八法”的辨证施治思路

“动-定序贯八法”是范冠杰教授临床诊治消渴病之精华,是范冠杰教授基于消渴病中医临床诊治经验所创立的以整体观念和辨证论证为主导思想,以动态把握核心病机内部规律为思维方式,以相对固定而又动态变化的中药药串为施治特点,从实践中不断丰富中医对病因病机、治法方药及辨证规律的认识。其中“动”意在改变、变化,是指无论对中药药性还是对疾病病机的认识,都应打破固定思维,灵活动态地看待。范师观察到消渴病是动态发展的,患者就诊时可为单纯一个证候,也可为多个证候同时存在;不同病人中医证候不一的;疾病进展过程中,中医证候也在动态变化,随着主要矛盾的解决,原来的次要矛盾上升为主要矛盾,相应的治则、治法、药物亦随之改变;“定”,安也,与动相对,意即固

定,不变,即把握疾病的规律性,即在消渴病的辨治过程中,根据患者的核心症状确定核心病机,随之明确治则;继施以固定药串;“定”也是相对的,体质、饮食、环境、季节不同,感受病邪的性质亦不同,则疾病症状各异,因此“证”具有“阶段性”、“特异性”;“序”,指次第、秩序、规则之意;“贯”,指连续、贯通,体现了认识疾病和辨证论治的方法是一个连贯有序的过程,即动态把握消渴病不同阶段的核心病机,次第采用不同方法进行连贯有序的治疗,从而总结为“核心症状-核心病机-主证-治法-药串”的辨治思路。

“动-定序贯八法”原意是指范冠杰教授在临证中针对消渴病最常见的 8 种证候类型而制定的 8 种基本治法,但随着研究对象范围的不断扩大,证型可能会有所增加,因此“八法”又取八卦之变化无穷之意,可演变为千变万化的治法。动-定结合”、“序贯治疗”模式提出了有规律可循的动态灵活的辨证施治特色,体现了消渴病辨证论治是一个连贯有序的过程。

3 心得与体会

3.1 从整体角度把握疾病规律 “动-定序贯八法”理论以整体观念、辨证论治为基础,提出了“核心症状-核心病机-主证-治法-药串”的整体把握消渴病发展规律的辨治思路。如早期无症状的糖尿病患者,虽“三多一少”的典型症状尚未出现,只要抓住现阶段的核心症状,分析其病因、病机,明确主证,确定治法,再施以相应的药串,即可序贯治之。范师临证中不拘泥于旧见,从整体角度把握辨证施治规律,开拓了治疗思路。

3.2 从发展变化角度把握疾病规律 消渴病在不同个体、不同阶段,其病机特点为动态变化且多证并存,对此,“动-定序贯八法”理论提出了动态把握消渴病复杂的病机特点及变化规律,鉴别标本主次,找出主证发展的一般规律,注意兼证变化的特殊规律,以证候表现为转移动态把握病证演变,灵活运用药串“动-定结合”、“序贯治疗”的辨证思路。从发展变化角度把握疾病规律,是范师临证辨治之精髓。

3.3 理论与实践、传承与发展相结合 中医理论理论源于实践,范师在传承前辈之经验基础上提出的“动-定序贯八法”理论是由理论上升为实践再回归于理论之精华,是在前

贤的认识和经验基础上的传承与发展,进一步中不断丰富了中医对病因病机、治法方药及辨证规律的认识,是范师临证辨治之新思路。

3.4 抛砖引玉，“动-定序贯八法”是开放、发展的中医思维,可推广应用 临床疾病种类繁多且变化多端,“动-定序贯”理论指导我们既可在同一种疾病出现不同证候时进行同病异治,又可以根据疾病发展过程中出现的相同证候进行异病同治,因此“动-定序贯八法”理论不仅仅是机械的 8 种辨治方法,更是可用于指导临床辨证施治之创新思维。

“动-定序贯八法”是开放、发展的中医思维,其“动-定结合”、“连贯有序”的特性具有普遍适用性又有充分的发展空间,掌握这种具体可控的辨治模式可提高我们临证诊治能力,因此任何疾病均适于推广应用。

[参考文献]

- [1] 翁建平. 广东省糖尿病研究现状与对策[J]. 新医学, 2010,41(3):141.
- [2] 陈吉生,郑聪. 中药治疗糖尿病及其并发症的应用分析[J]. 中国实验方剂学杂志, 2011,17(23):276.
- [3] 李玉荣,杨晓南,杨玉山,等. 中药干预糖耐量减低 64 例临床疗效观察[J]. 中国实验方剂学杂志, 2010,16(18):215.
- [4] 祝谌予,翟济生,施如雪,等. 施金墨临床经验集[M]. 北京:人民卫生出版社,2005:134.
- [5] 范冠杰,唐咸玉,李双蕾,等. 降糖补肾方对 2 型糖尿病患者血清 CRP、IL-6 及 TNF- α 的影响[J]. 中国中西医结合杂志,2006,26(4):329.
- [6] 杨晓晖,张力. 糖尿病患者心理状况临床研究进展[J]. 中国误诊学杂志, 2010,29(10):7070.
- [7] 张燕,邹华. 糖脂毒性对胰岛 β 细胞功能的影响[J]. 新疆医学,2010,10(10):64.
- [8] 秦伯未. 秦伯未医学名著全书[M]. 北京:中医古籍出版社,2003,1(1):119.

[责任编辑 邹晓翠]