

· 专题笔谈 ·

谈中医治疗糖尿病慢性并发症的思路

魏子孝



魏子孝教授

1 微血管病变仍是糖尿病慢性并发症重点关注对象

糖尿病慢性并发症的经典定义是指微血管病变,近些年强调所有血管病都与糖尿病密切相关,但微血管病变仍是糖尿病慢性并发症被关注的重点。微血管病变指视网膜病变、肾脏病变、各类神经病变,对于糖尿病来说这些慢性病变

有一定的特异性。糖尿病慢性并发症致残率高,对患者、家庭及社会的危害自不必言,而其治疗难度又很大,发展到一定程度病情不可逆。糖尿病慢性并发症的早期发现、早期治疗、遏制其发展是非常重要的。

2 治疗西医诊断的疾病之辨病与辨证相结合的思路

糖尿病慢性并发症的治疗中医学、西医学各有所长,积极的治疗方案应当采取中、西医优势互补的态度。以下谈谈如何发挥中医所长的个人意见。

治疗西医诊断的疾病必须有辨病与辨证相结合的思路。辨病的目的是对该病的轻重、缓急、治疗难易、疗效指标,做到心中有数;辨证是以中医药理论为指导,以辨证论治为手段,保证个体化治疗之长。在步骤上先“抓主症”;再处理好“标本先后”;然后围绕主症辨证论治。

抓主症有以下实际意义:(1)解除痛苦,增强患者对顽症治疗的信心;(2)在西医诊断明确时,主症反映该患者的特殊性;(3)主症是把握标本先后的重要依据;(4)主症是衡量中医学整体调节效果的重要依据;(5)局限了辨证范围;(6)拟定治法后,选方、加减用药针对性更强。

急则治标,缓则治本,在标、本的治疗不相互干扰的情况下应标本兼顾。若标本治疗不宜兼顾,原则是“先急后缓、先易后难”(先易后难,如舌质淡嫩与舌苔

黄腻的处理:舌质淡嫩是正气不足,补益收效尚需时日;舌苔黄腻是湿热蕴积,祛邪相对较易)。

在以上两个前提下,辨证用药才能简捷而针对性强。掌握这一思路也就避免了对每一个西医病名进行漫无边际的证型设计。辨病与辨证结合的中医治疗思维模式见图 1。

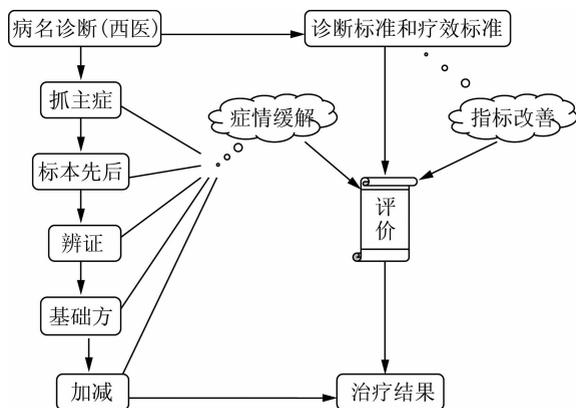


图 1 辨病与辨证结合的中医治疗思维模式

3 以中医治疗糖尿病性末梢神经病变为例

神经病变是糖尿病慢性并发症之一。神经病变范围广泛,分类也有交叉,可涉及颅神经、自主神经及末梢神经病变。其中以多发性末梢神经炎最多见(包括感觉神经与运动神经受损),主要表现为感觉异常,如自肢端开始的发凉或灼热、麻木、蚁走感、疼痛等,早期感觉过敏,后期感觉减退、消失。可以伴有运动障碍如腱反射减弱、肌萎缩,营养障碍如皮肤干燥、少汗、指甲营养不良等。抓主症:麻木、疼痛、肿胀。

3.1 麻木(包括各种感觉异常) 中医学诊断属血痹。早在《金匱要略》中就有论述,“血痹,阴阳俱微,寸口关上微,尺中小紧,外证身体不仁,如风痹状,黄芪桂枝五物汤主之。”仲景将血痹与虚劳合为一篇,知血痹的基础是虚证;名为血痹,知其虚在血脉。古代医家早有“麻木属虚”的概括。

从该病的顽固和发展趋势看,用仲景治疗血痹之经典方黄芪桂枝五物汤显然病重药轻。理论上设计的治疗方案,无论证型多复杂,均离不开补阳还五汤方义,即保证益气养血与活血并重。症状较轻者,原方稍作加减即可作为基础方:生黄芪 30 g 陈皮 9 g 鸡血藤 30 g

当归 12 g 川牛膝 12 g (或川芎 12 g) 赤芍 15 g 白芍 15 g 桃仁 9 g 红花 9 g 地龙 12 g 虻虫 9 g。有寒象者 (畏寒肢冷、舌淡), 可依次选加仙灵脾、葫芦巴、桂枝、吴茱萸、附片、干姜等; 肢冷重症可暂加细辛散寒。瘀滞明显 (舌黯、瘀斑, 病程较长), 可依次选加丹参、鬼箭羽、莪术、水蛭等。有热象者 (舌红、脉数), 活血化瘀可选偏凉性药, 如赤芍、丹皮、丹参、苏木、郁金等配伍益气养血药。夹湿者 (苔腻或舌胖嫩), 黄芪或暂减量或暂不用, 加选加苍术、厚朴、蚕砂、白芷等, 重用生薏苡仁。

3.2 疼痛 疼痛的发生并不局限微血管病变, 常伴有不同程度、不同部位的动脉栓塞。典型的表现是掣痛 (如闪电), 轻重不一。严重者不分昼夜, 难以忍受, 甚至有主动要求截肢者。中医学诊断属痹症, 有寒、热两端, 寒为常态, 热属急症。不论寒、热均是重症, 故需说明几点: (1) 从病因来说, 寒性痹症虽有行痹、痛痹、着痹之分, 但不要忽视“风、寒、湿三气杂至合而为痹”的古训; 热性痹症也多是湿、热合邪。可见均非单一邪气致病, 治疗仅把握孰轻孰重而已。(2) 无论寒痹、热痹, 绝大多数夹湿邪。湿 (或已凝聚成痰, 或阻络成瘀) 为有形之邪, 需配伍散结之品。(3) 一般痹症多以关节痛为论, 这里讨论的是血瘀为患 (神经也因微循环障碍而失养导致的炎症), 更应重视“治风先治血”、“气帅血行”之论, 而常配伍养血、益气、芳香走窜之品。(4) 局部红肿热痛是有形之邪郁而化热 (应考虑感染), 应高度重视。至局部溃疡久不愈或已成坏疽就是糖尿病足了, 治疗更加困难。

以下两基础方供参考: 寒证可仿阳和汤方义, 但避其壅滞、滋腻, 重用祛寒行瘀、通络止痛药物。基础方: 生黄芪 30 g 当归 15 g 川芎 12 g 红花 9 g 水蛭 6 g 桂枝 15 g 炙麻黄 9 g 白芥子 6 g 制川乌 9 g 制草乌 9 g。阳虚显著者, 仙灵脾、肉苁蓉、巴戟天等均可选用, 甚至可用附片、干姜 (乌头、附子同用均需久煎, 并配生甘草缓和乌头碱毒性。干姜也可减其毒性); 寒痛显著, 可选加全蝎、蜈蚣、蜂房等。用细辛需隔周间断应用。

热证可用四妙勇安合四妙合方加减, 并重用通络止痛之品为基础方: 忍冬藤 30 g 玄参 15 g 黄柏 12 g 苍术 12 g 川牛膝 12 g 土茯苓 30 g 皂刺 9 g 地龙 12 g。身热者可选加青蒿、柴胡、升麻 (古人尝代犀角), 或生石膏、知母等。或径用清瘟败毒饮加减 (此方凉血不可或缺, 但又不可过用, 毕竟有瘀。故可在大青叶、白头翁、秦皮、槐米、紫草等选择 1、2

味代犀角), 此属急治其标, 视发热程度增损。热痛显著, 可选加蜂房、徐长卿、秦皮、延胡索等。

3.3 伴局部水肿 伴局部水肿尤其是伴下肢水肿, 可能兼有静脉回流障碍有关。一般肿胀较轻, 若肿甚, 则应考虑心、肾衰竭之变症又非单纯血管、神经病变。因此, 患者应避免较长时间站立、乘车、小腿悬垂, 卧位时脚部需垫枕。

末梢神经病变属中医学“脚气”病范畴, 初发也缓; 晚期也厉, 以至不治。晋、唐时因多发, 颇受重视, 出现很多专方、专著。且该病与糖尿病及其并发症是有关联的, 在当时的文献中有线索可寻。脚气病以干 (不肿)、湿 (肿) 分别邪气所主: 湿脚气, 水气胜; 干脚气, 风气胜。随着病情的发展, 脚气病的临床表现并不局限于末梢神经病变。据文献描述, 脚气入腹的表现实际上反映着自主神经病变或心、肾功能衰竭的特点, 很容易与今天的糖尿病慢性并发症的晚期联系起来。脚气, 亦称“脚弱”、“脚缓”, 为古病名。非当今香港脚 (亦称脚气、足癣, 为真菌感染), 但至清朝二者混而论之。临床表现与湿脚气相似, 以软、痛、肿为其特点。故其治疗可从中取法。

可用鸡鸣散加减为基础方: 槟榔 12 g (大便黏滞者可用至 15 g 或更多) 木瓜 9 g 吴茱萸 3 g 生姜 6~9 g 苏叶 9 g 桑枝 15 g 生薏苡仁 30 g 苏木 12~15 g 羌活 9~12 g 独活 9~12 g。其加减大致与以上相仿, 可参照前法。

治疗糖尿病性末梢神经炎需注意: (1) 同时调控血糖很重要。糖尿病病程短、血糖居高不下, 而见手足麻木者, 往往血糖调整好, 麻木症状随之逐渐消失。(2) 不拘于肢端凉、热而辨别证属寒热。因末梢神经病变的特点是感觉异常。正因为感觉异常, 泡脚时需旁人试水温, 避免烫伤继发感染。同理特别注意保护手足勿使皮肤损伤。(3) 中药外洗是最好的辅助疗法, 尤其是主证候与局部症状不一致时更有意义, 如热证而见手足凉者, 内治解郁热, 无论实热还是阳气闭郁, 外治均以祛寒为法; 证属虚、寒而见手足灼热, 外治需以活血通脉为法。以下两个常用方供参考 (可根据病位范围大小调整剂量), 外洗祛寒方: 制川乌 12 g 制草乌 12 g 吴茱萸 12 g 细辛 12 g 当归 15 g 仙灵脾 30 g 白芷 15 g, 外洗通脉方: 透骨草 30 g 红花 15 g 桂枝 15 g 苏木 15 g 刘寄奴 15 g 川芎 15 g 白芷 15 g。

(收稿: 2019-02-11 在线: 2019-03-08)

责任编辑: 汤静