

【临床基础】

从络论治糖尿病肾病

高怀林

(河北医科大学附属以岭医院 国家中医药管理局中医重点专科建设项目,
河北省中医药络病理论指导糖尿病足防治重点实验室 石家庄 050091)

摘要: 运用中医络病理论探讨糖尿病肾病的发病机制,不论阴虚、气虚、气阴两虚甚至阴阳两虚,皆可因虚致实,成为导致或加重糖尿病肾病肾络病变的重要因素。在此基础上提出中医辨证要点、治疗原则、辨证论治,为糖尿病肾病的防治提供了新思路。

关键词: 糖尿病肾病;络病理论;辨证论治

中图分类号: R587.1 文献标识码: A 文章编号: 1006-3250(2014)01-0087-03

糖尿病肾病(diabetic nephropathy, DN)是糖尿病微血管并发症之一,又称糖尿病性肾小球硬化症,为糖尿病特有的肾脏并发症。临床上可表现为蛋白尿、水肿、高血压及肾功能损害等^[1]。

本病属于中医学“水肿”、“肾消”、“消渴”、“眩晕”、“虚劳”、“关格”等范畴。《杂病源流犀烛》说:“有消渴后身肿者,有消渴面目足膝肿而小便少者。”《圣济总录》进一步阐述病机“消渴病久,肾气受伤,肾主水,肾气虚寒,气化失常,开合不利,水液聚于体内,而出现水肿。”上述记载则与糖尿病肾病的临床表现相类似。本病属于典型的“久病入络”、“久病及肾”病证,当属络病范畴。随着络病学说的不断完善和深化,从络病论治该病取得了显著进展,有助于更清晰地把握其病机特点与病理演变,治疗上也更具针对性^[2]。

1 中医病因病机^[2]

先天禀赋不足或后天饮食不节、情志失调、房劳过度等可致阴虚火炽、津伤液竭,成为糖尿病肾病的早期病变。随着病情进展,渐至阴伤及气,气损及津,出现气虚、气阴两虚等病理机转,病情久延,正气日衰,最终出现脾肾衰败、阴阳两虚的病理转归。不论阴虚、气虚、气阴两虚甚至阴阳两虚,皆可因虚致实,成为导致或加重糖尿病肾病肾络病变的重要因素。

一般而言,因虚致实有如下途径:一是气虚无力推动血液运行,致络中血瘀。如清代医家王清任所说“元气既虚,必不能达于血管,血管无气,必停留而瘀”,其言虽指脑血管病,但对糖尿病肾病亦具有指导意义;二是气虚不能摄血,血溢络外,反过来压迫肾络,肾络受损,导致肾络瘀阻,即清代医家唐容川所言“离经之血亦为瘀血。”三是气虚布津无权,津液涩渗,化为痰浊,阻滞肾络;四是其他如阴虚燥热,炼津为痰,或火热煎熬血液为瘀,或阳虚寒凝,血凝络中,均可导致瘀血、痰浊等病理产物积聚而损伤肾络。

糖尿病肾病之气阴两虚、肾络亏虚可产生痰浊、瘀血等病理产物阻滞肾络,痰瘀互结日久又可引起络息成积的病理改变。关于积之形成,《灵枢·百病始生》说“虚邪之中人也,始于皮肤……留而不去,传舍于肠胃之外,募原之间,留著于脉,稽留而不去,息而成积。或著孙脉,或著络脉”,指出正虚邪气内侵,久聚络脉,稽留不去,引起络息成积的病理变化。该篇又说“肠胃之络伤,则血溢于肠外,肠外之寒汁沫与血相搏,则并合凝聚不得散而积成矣”,明确指出积证乃凝血不散与津液涩渗著而形成,血在络中运行,津血在络脉末端互渗互换,津血的凝滞显然属于络脉病变。可见痰瘀痹阻、互结肾络,引起络外络周继发性病理改变,导致络息成积是糖尿病肾病发展加重的关键病理环节。纵观糖尿病肾病的病理过程,临床前期多是由于血糖增高、糖代谢紊乱引起肾小球微血管病变,表现为肾小球肥大、肾小球直径及肾小球毛细血管管腔直径增加。肾脏损害继续,肾小球细胞外基质逐渐增多,表现为肾小球系膜区增宽及毛细血管基底膜增厚,最后发展至肾小球硬化。显然糖尿病肾病发展至肾小球硬化的过程与痰瘀互结肾络最终引起络外络周络息成积的继发性病理改变是相吻合的。

2 中医辨证论治^[2]

2.1 辨证要点

2.1.1 辨虚实 要辨脏腑之虚实和络病之虚实。邪实方面主要表现在气滞、血瘀、痰、饮、水、湿及其他外邪为患。在脏腑方面,表现为肺、脾胃、肾、肝、三焦为患,但主要以肾为主。脏腑之虚证,早期多见阴虚及阴虚火旺,中期可见气阴两虚,晚期可见阴阳两虚。在络病方面,虚证可见络脉空虚、络虚不荣。疾病的发展过程中往往错综复杂,表现为虚实夹杂,而以某一方面为主;在发病过程中也可出现由实转虚或因虚致实,要全面分析。

2.1.2 辨标本 本病以络脉空虚和脏腑亏虚

为本,气滞、血瘀、痰、饮、水、湿及其他外邪为标,两者互为因果、相互影响,常因病程长短及病情轻重不同而各有侧重。

2.1.3 辨并发症 易发生多种并发症是本病的特点之一,如痲疽、肺癆、眼疾、心脑病证等,往往是本病首诊和确诊的线索,对并发症的积极治疗,会改善本病的病程进展和预后。

2.2 治疗原则

本病病位在肾络,气阴两虚为本,血瘀、湿痰及其他外邪为标,故通络祛邪、调理脏腑为本病的治疗原则。实证应祛邪通络,可选用辛温通络、辛润通络、辛香通络、虫蚁搜络等方法;虚证宜络虚通补,可选用补气通络、辛甘通补、滋润通络等方法。

2.3 辨证治疗

2.3.1 阴虚燥热,肾络不荣 证候:头目昏眩,耳鸣,性情急躁,腰酸,口干,咽喉干痛,盗汗,烦热,尿赤,舌质红,少津,苔薄少,脉细弦数。证候分析:肺津、胃液、肾阴不足故口干、舌少津;肾虚失养则腰酸;肾虚髓海不足则头目昏眩、耳鸣;阴虚内热则盗汗、烦热、尿赤;虚火上炎则咽喉干痛、性情急躁,舌质红、少津、苔薄少、脉细弦数为阴虚燥热之象。

治法:滋润通补。方药:左归丸加减:熟地 10 g,生地 15 g,麦冬 30 g,白芍 15 g,山药 30 g,龟板 15 g,山茱萸 15 g,菟丝子 8 g,桃仁 15 g,丹皮 15 g,地龙 20 g。方解:方中以熟地、龟板滋补肾阴,生地、麦冬养阴生津,白芍、山茱萸滋肝阴,小剂量菟丝子阳中求阴,桃仁、丹皮、地龙活血化瘀通络,共奏补润通络之功。加减:阴虚火旺者,加知母、黄柏、生龙骨、生牡蛎以清退内热;气虚者加党参、黄芪以益气扶正;兼湿热者加土茯苓、薏苡仁、滑石利水清热化湿。

2.3.2 气阴两虚,肾络失荣 证候:面浮肢肿,少气乏力,胸闷气短,失眠,易感冒,午后低热,口干,咽燥,手足心热,咽部暗红,耳鸣,头晕目眩,腰膝酸软,舌质红,少苔,脉细或弱。证候分析:肺肾气虚则少气乏力、气短;气虚卫外不固易于感冒;阴液不足故口干、舌少津;肾虚失养则腰酸;肾虚髓海不足则头目昏眩、耳鸣;阴虚内热则盗汗、烦热、尿赤;虚火上炎则咽喉干痛、性情急躁;气虚不能固摄、水液溢于脉外则面浮肢肿,舌质红、少苔、脉细或弱为气阴两虚之象。

治法:益气养阴荣络。方药:生脉散合六味地黄汤加减:生黄芪 30 g,西洋参 15 g,酸枣仁 30 g,麦冬 30 g,茯苓 30 g,山药 30 g,山茱萸 15 g,生地黄 15 g,枸杞子 15 g,桂枝 6 g,地龙 20 g,丹参 15 g。方解:方中生黄芪、西洋参益气扶正,麦冬、山茱萸、枸杞子、山药、酸枣仁养阴增液生津加桂枝、地龙、丹参以通络。加减:有水肿者加茯苓、茯苓皮、车前子利水;瘀重者加桃仁、红花增加活血化瘀之力;络脉瘀阻甚

者可加水蛭、土鳖虫增化瘀通络之功。

2.3.3 气阳两虚,肾络失煦 证候:面色苍白,形寒肢冷,周身水肿,按之没指,可伴胸水、腹水,甚者胸闷气急,小便短少,大便溏薄,舌质淡,舌体胖大,苔薄或腻,脉沉细微。证候分析:脾肾阳虚、失去温煦之职则形寒肢冷;阳不化气、水湿下聚则肢体浮肿;阳虚水泛则心悸、气短;脾失转输、肾失蒸腾气化、络脉不通、水液不归正化而溢于脉外则周身水肿,甚者可伴胸水、腹水;脾阳不运则便溏,舌质淡、舌体胖大、苔薄或腻、脉沉细微为脾肾阳虚之征。

治法:温肾通络、化气行水。方药:附子理中丸组方加减:附子 10 g,党参 15 g,白术 15 g,干姜 10 g,茯苓 30 g,甘草 10 g,水蛭 15 g。方解:方中附子、干姜温补脾肾阳气;党参、白术补益脾气,白术、茯苓健脾化湿,甘草补中扶正,调和诸药,水蛭化瘀通络。加减:若肾阳虚甚、形寒肢冷、大便溏薄明显者,可加肉桂、补骨脂以助温补脾肾;水肿明显者加葶苈子以泻肺利水;瘀血重者加桃仁、红花破血,络脉瘀阻重者加土鳖虫以加强通络之力。

2.3.4 湿热壅盛,络脉阻滞 证候:身体困重,胸腹痞闷,烦热口渴而不欲饮,口苦,小便赤涩,纳呆,胸闷,呕恶,舌质红,苔黄或黄厚腻,脉弦数。证候分析:湿热互结、蕴蒸三焦、络脉阻滞故身体困重、胸腹痞闷;湿热上蒸、浊水内停故烦热口渴而不欲饮;湿热下注、小便赤涩、湿热熏蒸肝胆故口苦;湿重于热、湿阻滞肠胃故纳呆、胸闷、呕恶。

治法:清热利湿,泄浊通络。方药:甘露消毒丹加减:茵陈 30 g,滑石 30 g,黄芩 15 g,薏苡仁 50 g,川牛膝 15 g,土茯苓 30 g,地龙 15 g,水蛭 15 g。方解:方中用茵陈、滑石清热利湿,黄芩苦寒燥湿,加强清热之力,薏苡仁、土茯苓淡渗利水,川牛膝有活血化瘀之力,地龙、水蛭搜风透络,共奏清热利湿通络之效。加减:脾胃虚者加苍术、白术以增加健脾之力;湿盛者加白蔻仁、藿香、佩兰以化浊醒脾;湿毒盛者加公英、地丁以增强清热解毒功效;大便干结者加大黄、麻子仁泄浊化瘀,使邪有出路;络脉瘀阻重者加蜈蚣、红花、桃仁以加强化瘀通络之力。

2.3.5 痰浊阻络 证候:胸闷,气短心慌,痞满不舒,痰涎壅盛,形体肥胖,四肢沉重,懒言少动,或腕腹胀满,纳呆,呕恶,或便溏,舌质胖大,苔白腻或白滑,脉沉弱或沉缓。大便干结,小便短赤,舌质胖大,苔薄黄,脉濡数或弦滑数。证候分析:痰浊积于体内,阻滞络脉,心络被阻,阳气不振,故胸闷、气短心慌、痞满不舒;四肢络脉阻滞故身重、懒言少动;痰阻中焦故腕腹胀满、纳呆、呕恶。

治法:宽胸豁痰,散结通络。方药:栝蒌通络汤(自拟方):全栝蒌 30 g,茯苓 30 g,陈皮 30 g,薤白 15 g,法半夏 15 g,苍术 15 g,郁金 15 g,厚朴 15 g,桂

枝 10 g, 制地龙 15 g。方解: 方中全栝楼燥湿化痰; 法半夏辛温性燥, 能燥湿化痰又能降逆和胃; 陈皮燥湿祛痰; 苍术、厚朴燥湿健脾; 茯苓健脾渗湿; 桂枝、薤白辛温通阳; 加地龙、郁金化痰搜风通络散结。加减: 痰浊化热者加黄芩、竹茹清热化痰; 便秘者加大黄以通腑泻热; 脾虚者加党参、白术以健脾化痰; 感受风寒者加荆芥、防风、羌活、独活疏风解表; 感受风热者加银花、连翘、浮萍。

2.3.6 水瘀阻络 证候: 面目虚浮, 四肢水肿, 小便不利, 迁延日久肌肤甲错, 或现红丝赤缕; 瘀点瘀斑, 或腰痛尿赤, 舌质紫暗, 苔薄黄或薄腻, 脉弦细涩。证候分析: 病久瘀血阻络故见红丝赤缕; 瘀阻腰部则腰痛; 日久肌肤失荣故肌肤甲错; 瘀血阻滞络脉、水液运行不畅, 溢于脉外、留于体内则面目虚浮、四肢水肿; 水液不归正化则化生不足故小便不利。

治法: 理气活血, 利水通络。方药: 理气活血通络汤(自拟方): 当归 15 g, 红花 15 g, 赤芍 12 g, 川芎 18 g, 桃仁 15 g, 柴胡 18 g, 降香 10 g, 枳壳 20 g, 丹参 30 g, 茯苓 30 g, 三棱 20 g, 乌梢蛇 15 g。方解: 方中当归、赤芍、川芎、丹参养血活血; 柴胡、枳壳理气通络; 茯苓淡渗利水; 红花、桃仁、三棱破血通络, 降香辛香通络, 乌梢蛇搜风通络。加减: 患者心胸疼痛加剧, 可酌加乳香、没药、延胡索等以增强止痛效果; 气虚者加西洋参、生黄芪以益气通络; 阴虚者加生地、沙参滋阴。

2.3.7 络息成积 证候: 少尿甚则无尿, 面目、肢体浮肿, 伴腰膝酸软, 形寒肢冷, 大便溏薄等, 舌质暗, 脉沉细涩。证候分析: 痰湿浊瘀阻滞络脉, 凝聚成形, 络息成积, 肾失蒸腾气化之职, 故少尿甚则无尿; 水液输布代谢障碍、停于体内故面目、肢体水肿; 肾络阳虚故腰膝酸软、形寒肢冷、大便溏薄阳虚温运失职; 血滞为瘀故舌质暗、脉沉细涩。

治法: 益肾通络, 散结化积。方药: 益肾化积汤(自拟): 黄芪 30 g, 白术 12 g, 茯苓 12 g, 鹿角霜 30 g, 穿山甲 9 g, 女贞子 30 g, 莪术 12 g, 黄精 15 g, 蜈蚣 2 条, 土鳖虫 9 g, 龙葵 12 g, 白茅根 30 g, 大黄 6 g, 土茯苓 30 g。方解: 方中黄芪、白术益气, 鹿角霜温阳, 黄精、女贞子养阴, 龙葵、白茅根、茯苓、土茯苓利水解毒, 穿山甲、蜈蚣搜风透络, 土鳖虫化瘀通络,

莪术通络消积、大黄祛瘀生新。加减: 小便难出者加知母、黄柏、肉桂; 下腹胀痛重者加沉香、乌药、元胡; 痰浊甚者加胆星、全栝楼、皂角刺。

3 预后调护^[3]

3.1 预后

糖尿病肾病预后不良, 为慢性进行性损害, 临床症状出现较晚, 出现蛋白尿时, 一般认为病程 10 年, 发展到 III 期后, 其肾功能将进行性下降, 若不加以控制, 5~10 年内将出现肾功能衰竭, 肾脏病理呈弥漫性, 较结节性更易进展到肾功能衰竭。

3.2 调护

3.2.1 饮食调理 糖尿病肾病应和糖尿病患者一样, 控制饮食与调护很重要, 要注意饮食的控制, 碳水化合物占总热量的 50~60%, 提倡粗制米面和一定量的杂粮, 忌食葡萄糖及其制品, 蛋白质含量不超过总热量的 15%。糖尿病肾病不伴肾功能损害者, 蛋白量应控制在 0.8 g/kg/d, 伴有肾功能损害者, 应控制在 0.6 g/kg/d, 脂肪约占总热量的 30%, 饱和脂肪与多价不饱和脂肪、单价不饱和脂肪的比例应为 1:1:1, 每日胆固醇摄入量在 300 mg 以下。肾衰透析后, 蛋白摄入量可增加至 1.0~1.2 g/kg/d。

3.2.2 生活调护 要劳逸适度, 避免过劳增加肾脏负担, 增加卧床休息时间, 早期鼓励轻度运动, 如饭后散步、练气功、打太极拳等。并注意避免感冒, 避免服用对肾脏有损的药物, 注意有规律的生活, 忌烟酒。

3.2.3 精神调护 避免情绪过度激动和波动, 情绪的过大变化可增加肾上腺素分泌, 引起血管收缩, 减少肾脏血供; 要注意克服抑郁情绪, 保持心情畅达。

参考文献:

- [1] 中华中医药学会糖尿病分会. 糖尿病中医防治指南[S]. 北京: 中国中医药出版社, 2007.
- [2] 吴以岭. 络病学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2006.
- [3] 吴以岭. 络络论[M]. 北京: 中国科学技术出版社, 2010.

收稿日期: 2013-10-11

(上接第 51 页)

- [14] Einecke G, Reeve J, Sis B, et al. A molecular classifier for predicting future graft loss in late kidney transplant biopsies[J]. Clin Invest, 2010, 120: 1862-1872.
- [15] Wilhelm Kriz, Brigitte Kaissling and Michel Le Hir. Epithelial-Mesenchymal transition (EMT) in kidney fibrosis: fact or fantasy[J]. The Journal of Clin Invest, 2011, 121(2): 468-474.
- [16] Catherine E. Winbanks, Ian A. Darby, Kristen J. Kelynack, et al. Explanting Is an Ex Vivo Model of Renal Epithelial-

Mesenchymal Transition. Journal of Biomedicine and Biotechnology, 2011, ID 212819, 7 pages doi: 10.1155/2011/212819.

- [17] Huang B, Pi L, Chen C, Yuan F, et al. WT1 and Pax2 Re-Expression Is Required for Epithelial-Mesenchymal Transition in 5/6 Nephrectomized Rats and Cultured Kidney Tubular Epithelial Cells[J]. Cells Tissues Organs 2012, 195(4): 296-312.

收稿日期: 2013-10-17