

· 中医病案析评 ·

全小林教授应用葛根芩连汤治疗 2 型糖尿病辨治思路

赵锡艳 王松 周强 彭智平 逢冰

【摘要】 葛根芩连汤出自《伤寒论》，被历代医家用于治疗湿热泄利，导师全小林教授经方新用，临床善用症、证、病结合的辨治模式，将此方用于治疗肥胖 2 型糖尿病肠道湿热证，并结合慢性病的用药特点，屡获佳效。本文选取两则验案并进行分析，病案 1 阐述全小林教授运用症、证、病结合的辨治模式及治疗代谢性疾病的用药经验；病案 2 体现了全教授病势急用量大，病势缓用量小的原则。

【关键词】 经方； 伤寒论； 葛根芩连汤； 糖尿病

【中图分类号】 R587.1 【文献标识码】 A doi:10.3969/j.issn.1674-1749.2012.12.011

葛根芩连汤出自《伤寒论》太阳病篇第 34 条“太阳病，桂枝证，医反下之，利遂不止，脉促者，表未解也；喘而汗出者，葛根芩连汤主之。”历代医家多用葛根芩连汤治疗湿热泄利。导师全小林教授继承古人而不拘泥于古人，依据异病同治，有是证、用是方理论，扩大了经方的应用范围，经方新用^[1]，将葛根芩连汤应用于肥胖 2 型糖尿病肠道湿热证，屡获佳效。导师全小林教授经过多年的临床实践，提出肥胖 2 型糖尿病是由于过食肥甘，导致胃纳太过而脾运不及，积于中焦，形成中满，以中满内热为核心病机，脾运不化而生湿，湿郁日久而化热，湿热内阻而致胃肠湿热。临床肠道湿热证常表现为：脘腹痞满、大便黏滞不爽、或臭秽难闻、舌苔黄腻、脉滑数等^[2]。然而在临床上经常会遇到有些患者没有明显不适主诉，根据传统的辨证论治模式缺乏辨证依据，中医治疗则无从下手，导师全小林教授应用辨症、辨证、辨病相结合的辨治模式，同时注意用量策略，每获佳效。现列举两则病案具体分析。

1 病案 1

1.1 病历摘要

患者，男，55 岁，身高 165 cm，体重 74 kg。2009 年 4 月 20 日初诊，主诉血糖升高 1 年余。患者 1 年前因心绞痛发作，于当地医院检查空腹血糖（FBG）：15.5 mmol/L，确诊为 2 型糖尿病，开始口服二甲双胍片、渴乐宁胶囊等药物治疗，效

果不理想，故求诊。刻下症：大便 2 次每日，小便正常，眠可，偶有眼眶及肩部疼痛，余无明显不适，舌紫暗，苔白腻，底瘀，脉沉略数。既往心绞痛病史 1 年，腰椎间盘突出症 5 年。检查：2009 年 3 月 20 日查空腹血糖（FBG）8.01 mmol/L，餐后 2 小时血糖 9.6 mmol/L。2009 年 4 月 18 日查甘油三酯（TG）3.51 mmol/L，总胆固醇（CHO）5.77 mmol/L；血压：145/100 mmHg。诊断：2 型糖尿病。中医诊断：脾瘕，肠道湿热证。治法：清热燥湿。处方：葛根 60 g、黄连 30 g、黄芩 30 g、干姜 9 g、红曲 9 g、丹参 30 g。西药：二甲双胍 0.25 g/次，2 次/天；渴乐宁胶囊 4 粒/次，3 次/天。

2009 年 5 月 27 日二诊：服上方 1 月，查糖化血红蛋白 8.0%。血压 140/100 mmHg。肌肉疼痛偶有发作，部位不固定，成一过性发作，眠多，余无明显不适，舌苔厚，底瘀，脉沉滑数。上方葛根加量到 120 g，黄连加量到 45 g，加三七 15 g，继服。

2009 年 7 月 6 日三诊：检查糖化血红蛋白 6.2%，空腹血糖 6.71 mmol/L。2009 年 7 月 4 日检查 TG 2.74 mmol/L。血压 120/80 mmHg。服上方后肌肉疼痛基本消失，仍多梦，头、颌、颞部有轻微头痛，天热时心前区偶有不适。处方：2009 年 4 月 20 日方中红曲加到 12 g，继服。

2009 年 8 月 10 日四诊：检查糖化血红蛋白 5.8%。2009 年 8 月 6 日检查 TG 2.81 mmol/L，CHO 5.74 mmol/L。肌肉疼痛全部消失，偶有太阳穴头痛，一个月以来夜间发作两次，眠差多梦，纳可，大便近两日略干，日 1~2 次，小便调，夜尿 1~3 次。

后根据患者病情调方为半夏泻心汤加减，3 个月后西药全部停掉，改为口服水丸，每三个月复诊，随访一年糖化血红蛋白控制在 6.5% 以下，血脂控制在正常范围。

1.2 分析与讨论

该患者同时患有肥胖（体重指数 BMI = 27.18）、糖尿病、血脂异常、高血压、冠状动脉粥样硬化性心脏病（冠心病），西医属于代谢综合征的范畴，中医属于“脾瘕”^[3]“膏浊

基金项目：国家中医药管理局中医药行业科研专项（201007004）

作者单位：100053 北京，中国中医科学院广安门医院内分泌科
[赵锡艳（硕士研究生）、王松（硕士研究生）、周强（博士研究生）彭智平（硕士研究生）、逢冰（硕士研究生）]

作者简介：赵锡艳（1986 - ），女，2010 级在读硕士研究生。研究方向：糖尿病及其并发症的中医药防治。E-mail: 15201185873@126.com

通讯作者：周强（1984 - ），2011 级在读博士研究生。研究方向：糖尿病及其并发症的中医药防治。E-mail: 15101016416@126.com

病”^[4]的范畴。现代医学只能单靶点的给予减肥、降糖、降脂、降压治疗,而且不良反应多。而中医能够从根本出发,综合调理,多靶点治疗,同时达到减肥、降糖、降脂、降压的效果,并且还能够预防并发症,体现了整体治疗和治未病的思想。以本案为例,该患者由于平素嗜食肥甘,胃纳太过,脾运不及,积于中焦,久蕴化热,湿热内阻中焦而致病,由于该患者没有明显不适主诉,仅偶有眼眶及肩部疼痛,不能作为辨证的主要依据,舌脉表现为舌紫暗,苔白腻,底瘀,脉沉略数,根据传统的辨证论治模式缺乏辨证依据,现在该患者的主要矛盾是血糖高,服药 1 月后的糖化血红蛋白 8.0%,同时有血脂、血压等多种代谢紊乱,而解决主要矛盾是当下之急,导师全小林教授对此采用辨证、辨症、辨病相结合的辨治模式^[5],辨症包括显症和隐症,显症包括医生搜集到的患者的症状和体征,本例为舌紫暗,苔白腻,底瘀,隐症为随着现代医学的发展,各种化验检测手段在临床中的应用,一些疾病在早期仅表现为化验指标的升高,能够被及时检查出来,如本例的血糖、血脂、血压,这些潜症或隐症甚至成为医生和患者关注的重点,因此,解决这些隐症成为治疗的当务之急。全小林教授认为辨病当辨西医之病,古代中医对疾病的认识比较笼统和模糊,多是根据症状和体征命名,而西医之病能够反映疾病的病理特点,提示疾病发展及预后。如本例患者糖尿病为主、同时兼有血脂异常、高血压、冠心病,初期病情多以实热为主,久则虚实夹杂,病情后期兼有并发症多以虚为主。综合以上辨治模式,辨证为肠道湿热证。

治疗湿热证的方剂很多,但是为了提高治疗的针对性,主要是降糖,同时结合现代药理研究,葛根^[6]、黄连^[7]、黄芩^[8]均具有确切的降糖作用,给予清热燥湿的葛根芩连汤加减,处方:葛根 60 g、黄连 30 g、黄芩 30 g、干姜 9 g、红曲 9 g、丹参 30 g。此方药少而精。方中葛根早在《神农本草经》中就有“主消渴”的记载,《伤寒药性赋》记载葛根“阳明之药,脾渴可解而胃热能消”。黄连、黄芩苦寒以清热燥湿,并可以苦制甜。配伍辛温的干姜以防黄芩、黄连苦寒败胃,又与黄连组成辛开苦降药对,以调畅中焦气机。红曲具有消食和胃,活血止痛,健脾的功能,配伍应用能消膏降浊。《别录》记载丹参:“养血,去心腹痼疾结气,腰脊强,脚痹;除风邪留热,久服利人。”丹参活血化瘀,既是取丹参饮之意治疗患者的冠心病,又能够预防糖尿病微血管及大血管的并发症,体现了早期治络,未病先防,治未病的思想。现代药理研究也证实了葛根素对 MS-T2DM 大鼠能产生二甲双胍样的改善高胰岛素血症、提高胰岛素敏感性以及降糖和调节血脂等效应,并具有抗氧化活性^[6]。黄连中含有的生物碱通过改善糖代谢;影响胰岛素抵抗的炎症因子;改善脂质代谢;抗氧化,清除自由基等途径改善糖、脂代谢^[7]。黄芩苷在一定的剂量范围内能降低糖尿病小鼠的血糖,能显著提高抗氧化酶的活力,提示黄芩苷可能对糖尿病并发症有一定的防治作用^[8]。

然而自古中医就流传着一句话“中医不传之秘在药量”,能够胆大心细的把握中医用药剂量是疗效的关键。二

诊时完善检验结果后,由于患者的糖化血红蛋白是 8%,血糖相对较高,故加大了葛根和黄连的剂量,提高了降糖的力量。舌能够反映人体的脏腑经络气血津液,而舌下静脉是人体唯一暴露在外的,通过肉眼能够直接看到的血管,舌下脉络的变化直接反映了体内血管是否瘀滞。由于患者舌底瘀滞严重,故同时加用三七,加大活血化瘀的力量。效果立竿见影,仅一个月的时间糖化血红蛋白从 8% 降到 6.2%,基本达标,三诊时血压已经达到 120/80 mmHg,糖化血红蛋白为 6.2%,病情趋于稳定,病势平稳,只是甘油三酯还未达标,故整方剂量恢复原量,加大红曲的剂量,以消膏降浊。四诊时糖化血红蛋白达到 5.8%,已经完全达标。该患者治疗之初由于服用西药血糖不能控制在理想范围内故来诊,四诊之后患者的西药剂量未予改变,糖化血红蛋白由 8% 降到 5.8%,中药降糖效果由此可见。

后期继续根据患者病情辨证调方为半夏泻心汤加减,逐步减少西药用量,至三个月后,二甲双胍片及渴乐宁胶囊及其他降糖降脂、治疗冠心病的药物均未服用,改为口服水丸 9 g,2 次/天,以后每 3 个月复诊,随访一年血糖、血压、血脂均控制良好。服药期间未出现任何不良反应。

2 病案 2

2.1 病历摘要

患者,男,52 岁。2010 年 3 月 15 日初诊。患者 6 年前发现血糖升高,于当地医院检查发现血糖升高(具体不详),诊断为 2 型糖尿病,予二甲双胍口服,血糖控制不佳故来就诊。刻下症见:双目干涩,视物模糊,纳眠可,小便偏黄,有泡沫,量多,夜尿 0 次每晚,大便可,余无明显不适,平时控制饮食。既往脂肪肝病史 6 年。吸烟史 30 年,平均 2 天 1 包,无饮酒史,母亲患有糖尿病。辅助检查:无。舌红,苔厚偏黄腻,脉偏弦数略硬。诊断:2 型糖尿病;脂肪肝。中医诊断:脾瘴,肠道湿热证。治法:清热燥湿。处方:葛根 120 g、黄连 45 g、黄芩 45 g、干姜 7.5 g、甘草 30 g、鸡血藤 30 g。西药:二甲双胍片 0.25 g/次,一天 3 次;格列美脲片 4 mg/次,一天 1 次。

2010 年 5 月 26 日二诊。服上方 2 月余,服药期间出现一次低血糖,纳眠可,二便调,余无明显不适。完善检查:服药前(2010 年 3 月 29 日)查糖化血红蛋白 9.5%。2010 年 5 月 26 日查糖化血红蛋白 7.2%。2010 年 5 月 25 日查空腹血糖 5.6 mmol/L,餐后 2 小时血糖 5.9 mmol/L。2010 年 3 月 29 日查血脂:高密度脂蛋白 1.8 mmol/L,低密度脂蛋白 3.5 mmol/L,血糖(空腹)8.0 mmol/L。腹部 B 型超声示:轻度脂肪肝。现用药:二甲双胍片减至 0.25 g/次,2 次/天;格列美脲片减至 2 mg/次,1 次/天。舌稍暗,苔厚微黄腐腻,脉偏弦略缓滑。处方给予上方加佩兰 9 g,继服。

2010 年 6 月 23 日三诊。患者服上方 28 剂。患者诉双眼视物渐清晰,小便黄减轻,仍有泡沫,量多,夜尿 0 次每晚,全身乏力,嗜睡。2010 年 6 月 22 日查糖化血红蛋白 6.1%,自测血糖,空腹血糖 7.3 mmol/L,餐后 2 小时血糖

6.2 mmol/L。现用西药:与前不变。舌暗,苔腐腻,脉沉。处方:葛根 24 g、黄芩 9 g、黄连 9 g、甘草 4.5 g、干姜 1.5 g、三七 6 g。

2010 年 9 月 8 日五诊。服上方二月。血糖控制可。现全身乏力,易疲倦,小便仍有泡沫,夜尿 1 次每晚,大便调,纳眠可,余无明显不适。现用西药:与前不变。2010 年 9 月 8 日检查糖化血红蛋白:6.1%。

2.2 分析

该患者同时患有糖尿病、脂肪肝、血脂异常,属于中医“脾瘅”^[3]“膏浊病”^[4]范畴。通过辨患者的显症,舌苔厚腐腻,脉缓滑,同时辨隐症,该患者服用中药前的糖化血红蛋白是 9.5%,结合糖尿病的特点,“脾瘅”的病理中心在胃肠,中满内热是其核心病机^[3],综合辨证为肠道湿热证,给予葛根芩连汤加減。

同时由于该患者初诊血糖较高,糖化血红蛋白为 9.5%,恐常规剂量很难将血糖迅速控制在理想水平,故初诊时加大葛根芩连汤剂量以加强清热燥湿和降糖的力量,《伤寒杂病论》中记载葛根半斤,黄连三两,黄芩三两,甘草二两。关于《伤寒杂病论》中剂量的争论由来已久,柯雪帆等人通过史料、实物核算以及医药科学实践验证,认为一两为 15.625 g^[9]。而临床应用也多以一两为今 1.6 g,3 g,3~9 g,13.92 g,15.625 g,18 g 不等。导师全小林教授应用葛根芩连汤的用量策略是临床症状明显,血糖居高不下时,用量宜大,应用《伤寒杂病论》中葛根芩连汤的剂量一两等于 15 g;血糖控制尚可,用量适中,应用《伤寒杂病论》中葛根芩连汤的剂量一两等于 9 g;血糖控制理想,用量宜小,甚或改成水丸,长期服用。如本例患者初诊糖化血红蛋白 9.5%,视物模糊,小便有泡沫,均可判断患者血糖水平较高^[10]。

由于药量大,效专力宏,服药期间患者出现一次低血糖,即减二甲双胍片由 0.25 g/次,3 次/天,为 0.25 g/次,2 次/天,格列美脲片 4 mg/次,1 次/天,为 2 mg/次,1 次/天。三诊时糖化血红蛋白已经基本达标,病情稳定,故葛根芩连汤的剂量减小,减小剂量后糖化血红蛋白一直维持在控制目标内。此后改为服用水丸长期调理。

3 结语

以上两则病案充分体现了导师全小林教授的辨治思路和临床用量策略。采用症、证、病结合的辨治模式突破了传统辨证论治的局限性,扩大了辨证论治的思路。辨症既包括辨显症,也包括辨隐症,辨证是继续发挥辨证论治的优势,辨

病是结合现代疾病,提高临床治疗的特异性,同时重视审因论治,将现代药理研究成果运用于临床,从而实现以症为靶,以证为基,以病为参,点、面、体结合的整体综合辨治模式^[5]。同时以上两则病案的一个共同特点是葛根芩连汤的剂量不是一成不变的,而是根据患者血糖的变化而变化,血糖高,病情重时,加大剂量,效专力宏,病情稳定时剂量减少,恢复常规剂量,当糖化血红蛋白达标时,使用水丸,长期维持,预防并发症。李杲言:“汤者荡也,去大病用之。”“丸者缓也,舒缓而治之。”病势较急,病情较重,多以汤剂峻急猛攻,直挫病势;病势缓解,病人坦途,则以丸剂缓缓图之^[10]。即蚕食法则^[11]。临床上应用症、证、病结合的辨治模式是中医辨证论治的再继续,胆大心细的把握临床用药剂量,掌握合理的用量策略是临床疗效的关键所在。

参 考 文 献

- [1] 全小林,周强,刘文科. 经方新用的思索[J]. 中医杂志, 2011,52(11):901-903.
- [2] 刘桂芳,刘文科,姬航宇,等. 2 型糖尿病中医诊疗思路[J]. 中医杂志,2011,52(14):1243-1245.
- [3] 全小林. 糖络杂病论[M]. 北京:科学出版社,2010:15
- [4] 全小林,刘文科. 论膏浊病[J]. 中医杂志,2011,52(10):816-818.
- [5] 全小林. 论症、证、病结合辨治模式在临床中的应用[J]. 中医杂志,2010,51(4):300-303.
- [6] 陶树高,潘竞锵,邝少松,等. 葛根素对代谢综合征-2 型糖尿病大鼠胰岛素、血糖、血脂的影响[J]. 中国药业,2008,17(7):10-12.
- [7] 安小平,崔庆荣. 黄连治疗糖尿病的研究进展[J]. 甘肃中医,2008,21(1):57-58.
- [8] 李云巍,牛艳芬,黄年旭,等. 黄芩苷对四氧嘧啶致小鼠糖尿病降糖作用的研究[J]. 昆明医学院学报,2009,30(6):5-8.
- [9] 明坚. 药贵精专岂可乱投方虽有名还须足量[J]. 上海中医药杂志,1982,16(5):45.
- [10] 赵林华,连凤梅,姬航宇,等. 全小林教授运用不同剂量葛根芩连汤治疗 2 型糖尿病验案[J]. 中国实验方剂学杂志,2011,17(4):249-251.
- [11] 全小林,刘文科,翟翌,等. 经方本源剂量在 2 型糖尿病治疗中的应用[J]. 世界中西医结合杂志,2008,3(12):695-698.
- [12] 全小林,刘文科. 论方药用量策略[J]. 中医杂志,2011,52(6):469-470.

(收稿日期:2012-09-07)

(本文编辑:秦楠)