

## 从“脾损为本,湿浊为标”的角度论消渴病

赵润栓 刘欢

**【摘要】**“消渴”一病,今人多认识到“阴虚为本,燥热为标”之病机。从古籍文献看,该病也确为口渴善消所立,其病机与现代医学之糖尿病类似。然而,若将“消渴”病与糖尿病对应起来,每治糖尿病即从“阴虚为本,燥热为标”入手,投以养阴清热之品,是不恰当的。笔者结合临床实践及中医体质研究结果,从“脾损为本,湿浊为标”的角度论述了消渴病的另一病机,并认为此为现代消渴病之主要病机。临证从健脾运、化湿浊角度立法遣方,可获良效。

**【关键词】** 消渴; 糖尿病; 病机

**【中图分类号】** R255.4 **【文献标识码】** A doi:10.3969/j.issn.1674-1749.2015.12.016

“消渴”一病,今人多对应“糖尿病”来论治,或1型,或2型。自清代医家叶天士《临证指南医案》提出“三消一证,虽有上、中、下之分,其实不越阴亏阳亢,津涸热淫而已”之病机以来,有后代医家遵此古训,认为消渴病总属“阴虚为本,燥热为标”,每见消渴病,动辄投以麦冬、当归、生地黄、天花

粉之属,及至疗效欠佳,复归咎于患者饮食未加节制,或运动方式不合理云云。果真如此吗?笔者不揣愚钝,从“脾损为本,湿浊为标”的角度对消渴病谈谈个人见解,愿与同行探讨。

### 1 对“消渴”病“阴虚为本,燥热为标”的思考

从《临证指南医案》提出消渴病“阴虚热淫”之病机以来,后人对消渴病的治疗思路大多围绕阴虚与燥热展开,或兼气虚,或顾血瘀。对此,笔者有些不同观点。

中医学在认识疾病的时候,大多数情况下是朴素的、唯

作者单位:102211 北京小汤山医院健康管理中心 北京市健康管理促进中心

作者简介:赵润栓(1975-),硕士,副主任医师。研究方向:慢性病的中医药防治与健康管理。E-mail:nunshuan@126.com

物的、直观的,尤其在定义病名上,往往患者主要表现为什么,便诊断为为什么病。例如“泄泻”“癃闭”“鼓胀”“水肿”“眩晕”,都是将主要表现定义为病名,然后再围绕该病名进一步阐述各种证型和病机。即使对药物功效的论述上,也是非常朴素且直白的,例如莱菔子可以“宽中除满”治疗中焦胀满;紫苏子可以“降逆止咳平喘”治疗肺气上逆咳嗽气喘;小蓟可以“凉血止血”治疗血热迫血妄行之尿血;白头翁可以“凉血止痢”治疗热毒血痢等。这种朴素的认识疾病与药物功效的思想贯穿了中医学认识疾病与治疗疾病的全过程,中医学的理、法、方、药和方剂中的君、臣、佐、使,以及药物之间相须、相使、相畏、相杀等关系,也无不体现了这种思想。这便是中医学,朴素、原始却又圆满、独立。也正因为中医是这样一种生活化的科学,才能在几千年来为人们容易理解,并欣然接受,广泛扎根于民间,为中华民族的繁衍昌盛做出了不可磨灭的贡献。

由此可以推论,中医前贤著书论述“消渴”一病,则该病必然以口渴多饮为主要表现。博观古籍记载之“消渴”,大多也真正具备了“消渴”一词字面含义所代表的症状,即患者真正表现为口渴多饮。如《证治准绳》记载:“渴而多饮为上消(经谓膈消);消谷善饥为中消(经谓消中);渴而便数有膏为下消(经谓肾消)。”《千金要方·消渴》篇说:“饮啜无度,咀嚼鲜酱,不择酸咸,积年长夜,酣兴不懈,遂使三焦猛热,五脏干燥,木石犹且干枯,在人何能不渴?”《丹溪心法·消渴》篇也说:“酒面无节,酷嗜炙博……于是炎火上薰,腑脏生热,燥热炽盛,津液干焦,渴饮水浆而不能自禁。”可见,前贤论述“消渴”,则该病必然以口渴多饮为主要表现。

现代医学之“糖尿病”中,真正具备多饮、多食、多尿、消瘦症状的,绝大多数是 1 型糖尿病,而 2 型糖尿病中,具备典型“三多一少”症状者,为数不多。而且,糖尿病在今天这种生活方式下是一种常见病、多发病,而在古代,2 型糖尿病的患病率一定要比今天低得多。而且,表现为典型的“三多一少”的 2 型糖尿病可谓更少。可以假设,古人见到的“消渴病”,应是以 1 型糖尿病患者居多,对少数以口渴多饮为主要表现的 2 型糖尿病,也统统归属于“消渴”病来论治,毕竟中医是不区分 1 型还是 2 型糖尿病的,也没有必要区分,凡表现为口渴多饮者,就是“消渴病”,不管是糖尿病引起的消渴,还是非糖尿病引起的消渴。中医的核心思想和精髓是辨“证”论治,有是证而用是药,可以异病同治,也可以同病异治,关键是“证”与“治”的吻合,而非“病”与“治”的对应。对于真正的“消渴”,滋阴清热自然如理如法,但对于现今社会常见且高发的 2 型糖尿病,笔者认为,治疗时不可以墨守“阴虚为本,燥热为标”之陈规,有时滋阴清热反而适得其反。关于这一点,稍后笔者会结合病例来谈。

## 2 对“消渴”病“脾损为本,湿浊为标”的阐释

现代医学认为,2 型糖尿病是一种具有遗传倾向的多种综合因素引起的慢性代谢性疾病。多数由于个体长期摄取过多高蛋白、高糖分、高脂肪、高热量饮食,而体力活动却不

足,导致体内脂肪储存增加所致。这与《黄帝内经》所阐述的机理是一致的。《素问·奇病论篇》说:“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。”可谓将糖尿病的病因、病机、患者的形体特征、临床表现做了精辟的论述。

脂肪、蛋白质、糖,这是满足生命活动的主要能量来源,为了保持生命,人们必须进食。但正如临床所见,很多糖尿病患者都没有好好管理自己的饮食,包括食物结构、食物量、食物种类。往往恣情纵欲,贪图美酒佳肴,膏粱厚味。毕竟香甜可口的食物对人来说是一种难以抗拒的诱惑,但这种方式同时也埋下了健康隐患。

中医认为,饮食不节,必然伤脾。脾失健运,后果有二:一者,中焦气机失畅,转输不利,气血生成乏源,此为虚证;二者,水液不能正常运化输布,变为痰饮湿浊,此为实证。由此二者,可以演变出许多虚虚实实、虚实夹杂的疾病与证型。现代医学之肥胖症、高脂血症、糖尿病、脂肪肝、代谢综合征、高尿酸血症等,莫不与此有关。甚至冠心病、脑卒中、动脉斑块形成、厌食症、溃疡病、结肠炎、癫痫病、抑郁症等,也与脾失健运、湿浊内生的病机不无关联。盖脾胃乃后天之本,根本受损,则百恙生焉。

据《中国居民营养与慢性病状况报告(2015 年)》研究结果显示,全国 18 岁及以上成年人中糖尿病的患病率为 9.7%。另一项研究称,中国糖尿病总体人群中 1 型糖尿病的比例大约占 5%,而 2 型糖尿病占 95% 左右<sup>[1]</sup>。糖尿病患病率是如此之高,试想,如果个体出现阴虚燥热的种种表现,他是不会感觉不到身体的异样的,但临床上 2 型糖尿病患者因口渴多饮而被确诊者比例很少,多数都是通过健康体检才被发现的,很多患者甚至疑惑自己怎么可能患糖尿病?很多患者不仅没有“三多一少”症状,反而表现为不欲饮水,食欲不振,体重增加,喜静懒动等症状。这些症状用“阴虚为本,燥热为标”的病机是无法解释的,因为当今社会的糖尿病病机,笔者认为,“脾损为本,湿浊为标”应占主导地位。

饮食不节,脾失健运,故见纳呆食少;水湿内生,停而为痰,留而为饮,聚而为浊,阻遏气机,清阳不升,浊气不降,故见大腹便便,困顿乏力,好逸恶劳,舌苔厚腻,大便黏滞;湿为阴邪,重浊黏滞,虽不伤津液,却也非津非液,故见口黏口腻,口不渴,或饮不解渴;又因湿郁化热,或湿滞痰成,而生种种变证,如湿热互结,湿瘀交困,气滞血瘀,气阴两虚,阴虚湿困等等。笔者认为,这是当今糖尿病最主要的病机。围绕此机,临证当健脾胃,化湿浊、行瘀郁、利气机,使中焦转输复职,三焦水道复利,清阳得升,浊气得降,气血化生有源,津液敷布正常。如此,才是恢复阴阳平衡,脏腑和谐之枢机所在。

## 3 典型病例

患者,男,45 岁,2015 年 5 月请笔者诊治。患者因工作关系,日常应酬频繁。两年前单位体检发现空腹血糖 8.2 mmol/L,餐后 2 小时血糖 15.5 mmol/L。后多次监测,血糖值均居高不下。当地医院诊断为“2 型糖尿病”,给予

“瑞格列奈片”治疗,每次 1 mg,三餐前半小时服用,并嘱控制饮食,适量运动。服用药物后,患者自诉空腹血糖控制在 6.9~7.6 mmol/L 之间,餐后 2 小时血糖控制在 12.1~13.6 mmol/L 之间。因担心药物不良反应,患者未加大服用剂量。今年 2 月份开始,配合中草药治疗过 40 余日,自诉血糖控制不理想,4 月初测糖化血红蛋白为 7.4%。为求良好控制血糖,请笔者调治。

笔者参阅患者先前服用药方,大多为益气、养阴、清热、润燥之属。诸方中生地黄、葛根、天花粉、麦冬、黄连、黄精等品几未中断。观患者形体丰盛,面部油腻,舌苔厚腻略黄。自诉应酬较多,但也会考虑到病情而自觉控制食量,有空闲时间也会有意增加活动量,但常感困顿乏力,运动后也未觉轻松。自感食欲并不旺盛,有时甚或不吃亦可。大便常黏滞不爽,口干但不欲饮水。睡眠好,倒头即可入眠,但多梦,醒后未觉神清气爽,脉象沉濡。笔者认为,证属脾虚湿盛,处以藿朴夏苓汤加减,广藿香 20 g、佩兰 20 g、姜半夏 15 g、陈皮 15 g、茯苓 30 g、党参 15 g、苍术 15 g、薏苡仁 30 g、白扁豆 20 g、冬瓜皮 30 g、枳实 12 g、厚朴 12 g、远志 20 g、石菖蒲 30 g、红花 15 g、甘草 9 g。7 剂,水煎服,每天 1 剂,早晚空腹温服。

一周后复诊,自诉食欲较前转佳,口内黏腻感减轻,想喝水,困顿乏力感好转,运动后不似先前感觉疲累,尿量好像较前增加,大便黏滞现象减轻。并诉因口渴、多尿、食欲好转,自恐血糖较前升高,近日监测反有下降。欣喜之余,不可思议,找余复诊。观其舌苔已不似先前那般厚腻,脉象也有伸扬之象,前方去茯苓、冬瓜皮,加升麻 12 g、葛根 12 g,7 剂。

后患者又来复诊三次,每次都有自行监测血糖数据,均平稳好转。6 月中旬测糖化血红蛋白为 6.4%。余每次立法遣方均着眼于健脾运、化湿浊、升阳气,兼顾行气活血,并告知患者血糖生成指数、食物平衡宝塔、糖尿病有氧运动注意事项等生活方式调理常识,患者降糖药物始终未增量,但血糖控制良好,最后基本掌握了饮食、运动、药物三者协调,帮助平稳控制血糖的最佳个体方案。随访至今,效果满意。

按 但见乏力,口干,大便不爽,便认为属于气阴两虚,处以益气、滋阴、清热、润肠之品。殊不知,乏力乃因湿性重浊,清阳难升,令人困顿而感疲倦;口干则是湿邪困阻,气血津液不能正常敷布所致,并非真正阴伤津亏,因而自觉口干但并不欲饮,因饮后脾为湿困,不能蒸腾气化,反加重湿浊;大便不爽,属湿邪牵制,并非阴虚肠道失润;睡眠好,亦并非真正质量好,乃是湿困清阳,清窍蒙蔽,沉沉欲寐罢了,所以即使入眠也梦幻纷纷,醒后难觉神清;应酬频繁,佳肴琼浆,膏粱厚味,必然脾伤;形体丰盛,面部油光,舌苔厚腻,皆是痰湿壅盛之象。因而,笔者从健脾助运、化痰祛湿的角度立法组方,取得良效。后期不用茯苓、冬瓜皮者,盖脾既损伤,津液乏源,不欲过度利湿伤正也。加升麻、葛根是为升举阳气;用菖蒲、远志,意在豁痰宁神;佐枳实、红花,功图行气活血。药量偏大,是因患者形体壮实,量小恐力薄难胜重任。组方

思路清晰,加上患者态度端正,积极配合生活方式干预,因此收到良效。余所遇糖尿病,“脾损为本,湿浊为标”者较“阴虚为本,燥热为标”者为多,每次从健脾运、化湿浊角度立法治疗,皆能取得良效。

#### 4 中医体质学研究结论对糖尿病“脾损为本,湿浊为标”的佐证

中医学认为,体质是由先天遗传和后天获得所形成的,是个体在形体结构和功能活动方面所固有的、相对稳定的特征。个体体质的不同,表现为生理状态下对外界刺激的反应性和适应性的某些差异,以及发病过程中对某些致病因子的易感性和疾病发展的倾向性<sup>[2]</sup>。关于糖尿病的中医体质研究结果,各家说法不一,考虑与地域、年龄、样本量、评价标准等因素有关。但痰湿质(或湿热质)、气虚质在糖尿病的中医体质研究中,均具有不容忽视的比例。孙冉冉等<sup>[3]</sup>的研究结果认为,2 型糖尿病前期中医体质类型以气虚质、痰湿质为主,发病期以痰湿质为主。郑勇强等<sup>[4]</sup>的研究结果认为,气虚、阴虚、痰湿体质为 2 型糖尿病人主要的体质类型;并且针对具有 2 型糖尿病遗传危险因素的非糖尿病人群进行中医体质辨识结果显示,平均转化分最高的 4 种体质类型分别为气虚、湿热、痰湿、阴虚体质<sup>[5]</sup>。

痰湿质,是一种以形体肥胖、腹部松弛肥满,面部皮肤油脂较多,多汗且黏,困倦多痰,大便黏滞不爽等为主要临床表现的体质类型。这种体质类型与个体长期摄入过盛能量,而体力活动却不足,致体内脂肪储存增加有关。中医学也有“胖人多痰湿”之说。糖尿病患者多痰湿质,这与该人群普遍存在的饮食不节现象是吻合的,亦即《素问·奇病论篇》“此肥美之所发也,此人必数食甘美而多肥也”所言之理。

综上笔者认为,在当今 2 型糖尿病高发的状况下,医者临证时,要考虑到该病高发的现实背景,不可墨守“阴虚为本,燥热为标”之陈规,动辄处以滋阴清热之治法,当适时转变思路,从“脾损为本,湿浊为标”的角度考虑该病的病机与治法,往往可以取得良效,愿与同行探讨。

#### 参 考 文 献

- [1] 梁梦璐,胡永华. 1 型糖尿病病因流行病学研究进展[J]. 中华疾病控制杂志,2013,17(4):349-350.
- [2] 王琦. 中医体质学[M]. 北京:人民卫生出版社,2005:2.
- [3] 孙冉冉,郑燕飞,李玲孺,等. 从中医体质角度探讨 2 型糖尿病的防治[J]. 环球中医药,2014,7(5):375.
- [4] 郑勇强,杨晓琼,陈桂凤,等. 2 型糖尿病患者的体质分布分析[J]. 中国中医基础医学杂志,2014,20(3):329.
- [5] 郑勇强,杨晓琼,苏茹. 2 型糖尿病遗传危险因素人群的中医体质分析[J]. 中国中医基础医学杂志,2014,20(6):758.

(收稿日期:2015-07-16)

(本文编辑:蒲晓田)