

# 辨证治疗糖尿病并发症

□吕靖中

## 血崩案治验

□王彦权

### 经验之谈

陈某,女,50岁,月经量大,20天不止,面黄、手黄,严重贫血,身体无力,站立费劲,舌质紫暗,有瘀斑,苔薄白,脉沉。

思辨:中年血崩,专病专方,止血为要。首选《傅青主女科》方加味当归补血汤(黄芪、当归、桑叶、三七)。血虚则生热,热盛则迫血妄行,故佐黄芩、生地,养阴清热,兼以止血;身体无力,脉沉,气随血脱,故“留得一份阳气,便有一份生机”,应用四逆汤大力回阳保命。

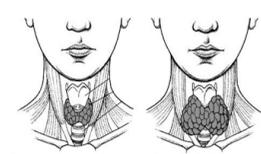
处方:黄芪30克,当归10克,桑叶10克,三七6克(研碎),生地15克,黄芩6克,制附子8克,干姜8克,甘草10克,大枣8枚。共7剂。

患者复诊诉服用上方1剂后血止,因身体无力,在家中休息3天。7剂药服用完毕后,体力恢复,来就诊时还去澡堂洗了个热水澡,在洗澡时也不觉身体之累,遂又开5剂方药,巩固疗效。

(作者供职于偃师市高龙镇石牛村集体卫生室)

### 验案举隅

## 中医治疗甲状腺结节验案



正常

病变

20克,黄连3克,山楂15克,鸡内金15克,大枣6枚。

疗效:患者服药1天后,反馈疼痛明显减轻;服药五剂后,效如桴鼓。

按语:患者表现为颈部至胸前区及肋部疼痛。肋部疼痛多由肝郁气滞所致,患者并见易怒,且有甲状腺结节,故选用四逆散、疏肝解郁;方中重用白芍、甘草,酸甘化阴,缓急止痛;柴胡、枳实,一升一降,理气解郁,使中焦气机畅达。患者又有口咽干,晚上睡眠质量低;易醒,故选用柴胡桂枝干姜汤;方中桂枝配伍白芍、甘草为桂枝汤方;表现有怕冷恶寒,有一分恶寒便有一分表证,故用此方即可疏肝解郁,滋阴潜阳,又可通阳散寒;加黄连即可清心火安神,又有泻心汤之意;干姜、黄芩、黄连,辛开苦降畅达中焦;加山楂、鸡内金消食开胃;加蒲公英清热降火,缓解咽喉疼痛。看似两方合方,实则奥妙无穷。

陆某,女,45岁,患甲状腺结节两年余,西医检查促甲状腺素0.08Miu/L(米尤每升),血清甲状腺素182.11纳摩尔/L。

症见:颈部至胸前区及肋部疼痛难忍,机体怕冷易出汗,睡眠差,口咽干,易上火,患有浅表性胃炎,不能食用油腻寒凉之物,平素大便干,面色潮红,舌质略紫暗,舌苔黄腻,脉弦。患者家属描述其脾气古怪,容易生气。

处方:四逆散合柴胡桂枝干姜汤加味。

成分:柴胡15克,白芍36克,枳实10克,甘草10克,桂枝15克,干姜6克,天花粉10克,黄芩10克,牡蛎36克,蒲公英

20克,黄连3克,山楂15克,鸡内金15克,大枣6枚。

疗效:患者服药1天后,反馈疼痛明显减轻;服药五剂后,效如桴鼓。

按语:患者表现为颈部至胸前区及肋部疼痛。肋部疼痛多由肝郁气滞所致,患者并见易怒,且有甲状腺结节,故选用四逆散、疏肝解郁;方中重用白芍、甘草,酸甘化阴,缓急止痛;柴胡、枳实,一升一降,理气解郁,使中焦气机畅达。患者又有口咽干,晚上睡眠质量低;易醒,故选用柴胡桂枝干姜汤;方中桂枝配伍白芍、甘草为桂枝汤方;表现有怕冷恶寒,有一分恶寒便有一分表证,故用此方即可疏肝解郁,滋阴潜阳,又可通阳散寒;加黄连即可清心火安神,又有泻心汤之意;干姜、黄芩、黄连,辛开苦降畅达中焦;加山楂、鸡内金消食开胃;加蒲公英清热降火,缓解咽喉疼痛。看似两方合方,实则奥妙无穷。

(文图由南阳医学高等专科学校王希攀提供)

河南省中医药研究院附属医院  
儿科主任高雅:  
**孩子反复鼻炎 该如何应对**

扫码看视频

高雅,主任医师,硕士研究生导师,河南省中医药研究院附属医院儿科主任,全国优秀中医临床人才,首届中医药青苗人才培养项目指导老师;擅长中西医结合治疗小儿发热性疾病,反复呼吸道感染,哮喘,急性慢性咳嗽,鼻窦炎,疳积,急慢性腹泻,厌食,遗尿,多动症及多发性抽动症,风湿痹证和疼痛证等,对小儿亚健康状态、疲劳综合征有较多研究和调治方法。

**中医 确有专长 招生**

培训合格后参加国家执业医师考试。  
中医特色调理师、养生美容师、推拿保健师、产后修复师、养老护理师、公共营养师、育婴师等培训也在热招中。证书官网可查。  
诚征各地招生代理。

南阳张仲景研究会培训中心 联系电话:15993109577 广告

**征稿**

本版是以中医药为主要内容的“医生园地”,内设《名医堂》《中西合璧》《中医特色技术》《中医外治》《针推治验》《四诊合参》《临证心语》《中药用法》《验案举隅》《经验之谈》等栏目。

稿件要求:一定是原创,言之有物,具体可行;1000字以内;可以用小故事开头,以增加趣味性。  
联系人:朱忱飞 电话:13783596707  
投稿邮箱:5615865@qq.com

### 案例一

王某,女,65岁。

主诉:口渴、多饮、多尿10年。  
现病史:10年前无明显原因出现口渴、多饮、多尿,被确诊患有糖尿病,给予格列本脲、二甲双胍等药物治疗,但血糖控制不稳定。

刻诊:口渴、多饮、多尿,形体偏胖(82公斤),舌质暗红,苔薄白,脉沉滑。查空腹血糖10.0毫摩尔/升,餐后2小时血糖15.6毫摩尔/升,血清甘油三酯6.8毫摩尔/升,胆固醇4.3毫摩尔/升。

诊断:消渴病。

辨证:阴虚燥热,兼气虚血瘀。

治法:清热滋阴,益气活血。

处方:黄连、人参、生地黄、葛根、水蛭等。

服用方法:每天3次,每次4粒,服用6个月。另外加服二甲双胍

(格华止)0.85克,每天两次。严格控制饮食,适当运动,正规测血糖,按时服降糖药。

二诊:服用2周后症状明显好转,口渴、多饮、多尿消失,体重下降3千克,舌质红,苔薄白,脉沉滑。

按语:笔者运用中医辨证治疗该病,其主要病因病机为燥热、虚、瘀。病初多阴虚燥热,日久津伤气耗,致气阴两虚,气虚则血运无力,阴虚则血脉涩滞;气阴两虚,又可致血瘀,血瘀又阻碍气血液的敷布,二者相互作用,致疾病顽固不愈。糖脂平胶囊中黄连清热泻火,善清上、中、下三焦之火,人参补益脾胃,生津止渴,生地黄滋阴生津,葛根清热生津,鼓舞胃气,增强人参补益功能,水蛭破瘀活血。全方共奏清热滋阴,益气活血之功效。

### 案例二

张某,男,68岁。

主诉:乏力、口渴、多饮、多尿20年,伴双下肢麻木6年。

现病史:20年前无明显原因出现口渴、多饮、多尿,曾到多家医院治疗,口渴、多饮、多尿消失,血糖正常,停止服药。6年前出现双下肢麻木,时有疼痛。经当地医院治疗(用药不详),无明显变化,故来就诊。

刻诊:双下肢麻木,时有疼痛,发凉,偶口渴多饮,肢体乏力,舌质暗红,苔薄白,脉弦。查空腹血糖7.0毫摩尔/升,餐后2小时血糖11.2毫摩尔/升,心电图显示糖尿病周围神经损害。

诊断:消渴病;痹证(糖尿病合并周围神经病变)。

辨证:气阴两虚,瘀血阻络。

治法:益气养阴止渴,活血化痰通络。

处方:消渴安胶囊。黄芪80克,生地黄80克,水蛭粉80克,鸡血藤30克,三七粉40克,当归20克,丹参20克,鬼箭羽20克,川牛膝20克,全蝎10克,蜈蚣3条。

服用方法:每天3次,每次4粒(0.5克/每粒),1个月为1个疗程。要严格控制饮食,适当运动,正规测量血糖,按时服降糖药。

二诊:患者服上药后双下肢

麻木,疼痛症状大有好转;乏力,口渴多饮症状消失。继续服用消渴安胶囊治疗半年。

按语:笔者认为祖国医学虽无糖尿病性周围神经病变这一病名,但有消渴病日久,合并“手足麻木”“腿膝枯细”“痹症”“痿症”“麻木”“不仁”等记载。消渴病的基本病机是阴虚燥热,病程迁延,阴损耗气而致气阴两伤,气虚则血行无力,阴虚脉络阻滞,特别是中晚期的消渴病患者普遍存在瘀血现象。消渴病痹痿是消渴病日久累及肝肾,导致肝肾气阴耗伤,久病入络,导致脉络痹阻不通,不通则痛,不通则肌肤失荣,而出现肢体的麻木、疼痛、乏力、局部发冷发热等表现,最终导致四肢痿废不用。笔者认为消渴安胶囊不仅能明显改善糖尿病性周围神经病变患者的临床症状,而且可以有效地提高糖尿病患者的神经传导速度和末梢微循环障碍。方中黄芪,生地黄益气养阴止渴,为君药;水蛭活血化痰为臣药;佐以三七粉活血止血散瘀,益气养血;使以丹参、鸡血藤活血化痰通络,另外加鬼箭羽、川牛膝、全蝎、蜈蚣增加活血化痰通络止痛之功效。诸药合用,共奏益气养阴止渴、活血化痰通络之功效。

### 案例三

经方治疗糖尿病痒痹

1.气血亏虚,营卫失调。

治法:解肌祛风,调和营卫。

处方:桂枝汤加味。桂枝12克,白芍15克,当归20克,黄芪15克,生姜3片,大枣6枚,炙甘草6克,玄参20克。每天1剂,水煎,分早、晚两次温服。

按语:糖尿病日久,易患皮肤痒痹。常见全身痒,如虫行感。老年患者多气血亏虚,营卫失调,肌肤失濡。患糖尿病日久,气虚更甚,故皮肤干燥,痒痒比较多见。对此笔者多用桂枝汤加当归、黄芪以益气生血、调和营卫、解肌祛风。

2.肝肾不足,血虚失养。

治法:养血活血,祛风通络。

处方:四物汤加味。当归20克,丹参20克,鸡血藤30克,川芎20克,熟地黄10克,生地黄12克。每天1剂,水煎,分早、晚两次温服。

按语:笔者认为该病多见肝肾阴血不足、血虚失养,病程往往较长,反复发作,皮色淡暗,皮肤干燥脱屑,变厚。血虚多滞,血涩经脉,可见肢体麻木,身痒,甚则疼痛,夜间尤甚。多治以养血活血,祛风通络,兼肢体麻木,疼痛者可加川牛膝30克,桂枝10克。四物汤本为冲任虚损而设,补血调血。用药动静结合,补血而不滞血,行血而不破血,能使血虚得补,经络得通而痒痒自除。

3.阳气不足,瘀血阻络,毒邪内蕴。

治法:补气通络,解毒祛瘀止痒。

处方:助阳止痒汤加味。黄芪30克,桃仁10克,红花15克,皂角刺15克,炒穿山甲6克,赤芍10克,当归20克,玄参12克,连翘20克,金银花20克。每天1剂,水煎,分早、晚两次温服。若兼气阴虚,可加太子参15克,生地黄12克,北沙参15克。

按语:笔者认为治病贵在辨证,贵在灵活,糖尿病阴燥燥热固然多见,然日久必生变证,临证应当细辨。若见四肢发凉,肢体麻木,困倦尤甚,查舌质暗、苔白,脉沉涩,证多属阳气不足,瘀血阻络,毒邪内蕴。治

以补气通络,解毒祛瘀,笔者多用王清任的助阳止痒汤加味治疗该病效果甚佳。

4.湿热蕴结于皮肤。

治法:清热渗湿,杀虫止痒。

处方:萆薢渗湿汤加味。白鲜皮30克,牡丹皮15克,黄柏15克,泽泻15克,土茯苓15克,苦参10克,蒲公英30克,紫花地丁20克,泽泻15克。水煎,趁热外熏洗,每天1次~2次。

按语:由于糖尿病患者,尿液及阴道内糖分增多,易导致尿道及阴道感染而致痒。女性糖尿病患者,肥胖者最易发病,并且属湿热者俱多。对此,笔者首先考虑有无感染,并及时检验,对其辨证治疗,临证多见体倦乏力,胸闷不适,腰酸困重,阴部痒痒,时重时轻,夏季加重,带下量多。舌苔多黄腻,脉数,多对于局部细菌感染阴道痒痒,多配合清热解湿毒燥湿中药煎汤熏洗。萆薢渗湿汤出于《疡科心得集》,萆薢清热,化浊止痒;牡丹皮、黄柏清热燥湿,解毒杀虫;泽泻、土茯苓健脾渗湿、清热化浊;蒲公英、紫花地丁清热解毒。全方共奏清热渗湿,杀虫止痒的功效。并嘱咐患者要穿着宽松透气吸湿的内裤,保持外阴清洁。外洗方需夫妇共同应用。辨病辨证,对应治疗,常常中西药共用。糖尿病痒痹四季发病各有特点,笔者特别强调要因时制宜。春为风令,风邪盛行;夏季酷暑,湿气蕴结,湿热多见;秋季主燥,平素血虚阴虚之人多易生风见燥;冬季寒冷,阳虚卫弱多病,临证不可不察。对于糖尿病本病,控制血糖是首要任务,而临床降血糖的西药,笔者认为要根据患者病情选用。对痒痒之外用药,如炉甘石洗剂及其他外用擦剂,笔者也并不是一味地拒绝。若患者已口服抗过敏药及维生素类药物,并不强制要求患者马上停药。

(作者为全国名老中医)

# 肾动脉狭窄的诊断与介入治疗

□周朋利 韩新巍

肾脏是人的重要器官,主要功能是产生原尿,通过对原尿的浓缩和重吸收来清除体内代谢产物,维持水电解质平衡。同时肾脏还具有内分泌功能,可以分泌肾素、促红细胞生成素、活性维生素D3等。大约20%的心脏输出量是经过肾脏回流的,如此巨大的血流量是维持其生理功能和自身代谢的必要条件。随着人们生活条件的改善,饮食结构发生改变,平均寿命明显延长,这使得动脉粥样硬化性疾病发病率明显上升。肾动脉是动脉粥样硬化性疾病累及的主要血管之一,动脉粥样硬化性肾动脉狭窄使肾动脉灌注下降并导致肾功能衰竭、心脑血管意外等一系列的全身性疾病,严重影响患者的生活质量。肾动脉狭窄性疾病的诊断与治疗对患者生活质量有着重要意义。

对健康人(平均年龄77岁)的超声筛查发现,肾动脉狭窄率为6.8%,男性患者明显高于女性;对于大于50岁的死者进行尸检发现肾动脉狭窄率为27%,患有舒张期高血压的死者肾动脉狭窄率为53%。目前我国的肾动脉狭窄患者中,总体发病原因依次为动脉硬化(81.5%)、大动脉炎(12.7%)、肌纤维发育不良(4.2%);动脉硬化性肾动脉狭窄的比例随年龄增高而增加,在年龄小于40岁的患者中,大动脉炎和肌纤维发育不良是主要原因,而这两种疾病,女性患者发病率明显高于男性患者。

临床症状

肾动脉狭窄无特异临床症状

状,对于有下列临床表现的患者,应当推荐相应检查,明确是否存在肾动脉狭窄:1.30岁以前或者55岁以后新发的高血压病;2.恶性、难治性高血压病;3.不明原因的肾功能不全;4.使用ACEI(血管紧张素转化酶抑制剂)或ARB(高血压治疗药物)后出现氮质血症的;5.双侧肾脏大小相差大于1.5厘米,原因未明的;6.不明原因的急性肺水肿;7.外周血管疾病(腹主动脉瘤或踝肱指数<0.9);8.多支冠脉病变的。

辅助检查

实验室检查:肾功能、24小时尿蛋白、血脂、BNP(脑钠肽)等检查可以用来评估肾脏功能水平,有专家推荐以尿蛋白/肌酐比值替代24小时尿蛋白检查。对于大动脉炎性肾动脉狭窄,还应当检查血沉及C反应蛋白,以判断患者是否处于炎症活动期。卡托普利实验、选择性肾静脉肾素检测、血浆肾素水平检测等检查方法可靠性较低,现在临床已经少用。

影像学检查

超声及超声造影:安全、简便、经济,是肾动脉狭窄检查的首选方法。但其结果受操作者主观因素影响,准确率在60%~90%,副肾动脉易漏诊。常规超声及超声造影能获取肾脏大小、肾功能储备、肾脏阻力指数(Renal resistive index,RI)等指标。肾脏抵抗指数可以反映是否存在肾微小动脉病变,低阻力指数提示肾动脉重建后可能获

得更好的临床效果。彩色多普勒超声可测定血流速度,也能一定程度反映肾动脉狭窄。

CTA(CT血管造影)检查:可对血管进行三维重建,是检查肾动脉狭窄的重要方法,检查敏感性94%,特异性在90%以上。CT较高的空间分辨率使其能发现细小的副肾动脉。缺点在于,需要使用碘对比剂,不能应用于对碘对比剂过敏的患者;对于肾功能不全患者,还可能诱发对比剂肾病;对于严重钙化的肾动脉显示较差。

MRA(磁共振血管造影):对肾动脉狭窄检查的敏感度为90%,特异性可达100%,无辐射,不使用碘对比剂,不受钙化斑块影响。空间分辨率低于CTA,检查耗时较长,不适合体内有特殊器械植入的患者,如起搏器。应用对比剂也有导致肾纤维化风险。

DSA(数字减影血管造影):肾动脉造影是检查肾动脉狭窄的金标准,除了可以显示肾动脉狭窄程度、肾实质灌注情况、测量狭窄远端压力梯度等,还可以显示肾内的动脉畸形。血管造影具有较高的密度分辨率,使用的对比剂剂量远少于CTA检查。但检查为有创性操作,不作为常规检查手段。对于儿童患者,临床症状支持肾动脉狭窄诊断,而CTA或MRA检查阴性的患者,仍有必要进行造影检查。

治疗

药物治疗:所有肾动脉狭窄的患者均应进行干预,包括

生活方式的改变,如戒烟、适当锻炼。药物治疗主要目的为减缓病情进展,预防并发症。口服降压药物,大于60岁的患者,血压目标值<150/90毫米汞柱(1毫米汞柱=133.322帕);60岁以下患者140/90毫米汞柱。口服降压药包括钙通道阻滞剂、ACEI、ARB、β受体阻滞剂及噻嗪类利尿药。ACEI、ARB类药物降压效果好,兼有肾脏保护作用,但是双侧肾动脉狭窄患者禁用,单侧肾动脉狭窄患者应用过程中,也应密切监测肾功能。他汀类及阿司匹林也应当长期服用,以降低并发症的发生。

介入治疗:1964年国外医学专家首次实施了外周动脉血管成形术,随后该项技术逐步发展,被应用到肾动脉狭窄的治疗中。目前肾动脉狭窄介入手术的成功率为98%,并发症发生率约为11%,严重并发症的发生率更低,已经在很大程度上取代了外科手术治疗。

介入手术进行肾动脉血流重建的方法包括肾动脉球囊成形和肾动脉支架植入。

球囊扩张:适用于纤维肌

性发育异常(FMD)及大动脉炎导致的肾动脉狭窄。主要原因为FMD及大动脉炎发病年龄低,预期生存期较长,动脉支架植入后远期后果缺乏研究。大动脉炎患者存在血管内膜炎,炎症有可能反复发作,支架植入后可能诱发炎症发作,术后再次狭窄及闭塞率远高于球囊扩张和外科手术治疗。球囊成形术易发生再狭窄,1年再狭窄率达20%。对于抵抗性狭窄,使用切割球囊可获得更好的治疗效果。早期研究认为FMD导致的高血压,球囊扩张治疗治愈率可达50%,2010年发表的荟萃分析认为其治愈率约为36%,年轻、病程短的患者治疗效果更好。

肾动脉支架:粥样硬化性肾动脉狭窄球囊扩张后再狭窄率较高,可选择肾动脉支架植入治疗,位于肾动脉开口位置的粥样硬化性狭窄,支架植入是首选治疗方法。此外,对于FMD及大动脉炎患者,球囊扩张不成功,或扩张过程中出现闭塞,需行支架植入治疗。(作者供职于郑州大学第一附属医院)

**健康你我 原装生活**

JIANKANGNIWO YUANZHUANGSHENGHUO

123