

糖尿病微血管病变的水火气血辨证思维浅析

甘 宇

黑龙江中医药大学研究生学院 黑龙江哈尔滨 150036

〔摘要〕水火气血辨证是基于《血证论》中阴阳水火气血论,根据阴阳、水火、气血的转化运行机理,治疗人体气血津液代谢紊乱疾病的辨证方法。糖尿病微血管病变是糖尿病主要并发症之一,其发生发展过程中始终贯穿水火气血的转化失调。通过分析糖尿病微血管病变的水火气血转化规律,得出了糖尿病微血管病变的两大基本病机,即五脏水火气血失衡与络脉阻滞。运用水火气血转化关系来研究糖尿病微血管病变的病机演化过程,是中医探讨糖尿病微血管病变发生发展的新方法,也是研究糖尿病微血管病变辨证的新思路。

〔关键词〕唐容川; 阴阳水火气血论; 血证论; 糖尿病微血管病变

〔中图分类号〕R25 〔文献标识码〕A 〔文章编号〕2095-7165 (2022) 07-069-02

阴阳水火气血论是清末中西汇通医家唐容川的主要学术思想之一,总结了人身水火气血转化之规律。其中“水即化气”、“火即化血”、“水与气行”、“火随血行”的观点,新颖独到,对于从中医思维逻辑出发了解相关疾病有着独特价值。水火气血辨证是根据人体气血水火转化规律来对疾病辨证论治,旨在调节人体水火气血失常,使之转化有度。在糖尿病微血管病变的辨证过程中,水火气血辨证的方法更加注重剖析病变过程中的病机变化,而不能仅仅依靠四诊资料来推导病机演变。

1 水火气血转化的理论渊源

人身有阴阳之分,亦有水火气血之变化。唐容川认为,气血与水火之变化,互相联系,互相影响。人身之水火,即肾水与心火,为人阴阳之根本,如汪洋大海与当空烈日为驱动生命活动的根本力量。水火共济为人生命活动的核心过程。肾水为生命活动的物质基础,心火为生命活动的能量来源。气血的产生是先天水火与后天脾胃之气协调转化的结果。

肾水上济于心,以心火为驱,化赤为血,即为心血,此为“火即化血”,心血随心火下行而藏于肝,火与血终归于肾;心火下济于肾,以肾水为基,生精化气,即为肾气,此为“水即化气”,肾水得气化而上润于肺,水与气终归于心。心火下济全赖肝木舒畅,此为“木生火”。若肝木不畅,血与火不能下行入肾,而郁于肝,反成相火,肾水不得心火而不能化气,与血互结,此血与水同病。肾水上济全赖肺金濡润,此为“金生水”。若肺金失润,水与气不能上行入心,而壅于肺,反成痰饮,心火不得肾水而不能生血,与气相合,此气与火同病。

肾水与心火为人身之本,是谓“先天”。而胃腐熟水谷,脾化其精微,以水谷精微养心肾之水火,为气血生化之源,是谓“后天”。若脾胃受损,不能养先天水火,则水火气血转化失常;若是先天水火失调,全赖后天脾胃之气补充,则渐伤脾胃,内生痰湿水饮侵入经络脏腑。此所谓“内伤脾胃,百病由生”。

2 糖尿病微血管病变水火气血转化规律

糖尿病病位在五脏,阴虚或气虚为本,痰浊、瘀血贯穿

始终^[1]。呼永和、李静等人认为^[2]微血管属于中医所说“络脉”范畴,并且认为络脉中精微物质运行不畅与太少二阴失司,即肺、脾、心、肾四脏功能失调有关。马居里教授^[3]认为糖尿病肾病属消渴病中“肾消”范畴,病机为脾肾亏虚,清气不升,浊气下流,精气外泄,形成蛋白尿。张大宁教授^[4]认为慢性肾衰竭其本为肾气衰败,肾虚血瘀。以上所说肾虚指的是肾气虚衰,浊气指的是痰浊瘀血,与唐容川《血证论》中所说气虚而水阴不能散布意思相近,而唐容川所说气虚,不单单指肾气,更有肺脾肾三脏气虚之意。笔者将从气血水火转化失调的角度探讨糖尿病微血管病变过程中,痰浊瘀血的产生及其对脏腑功能的影响。

2.1 水气失衡

水与气行,津液与气的代谢均绕不开肺脾肾三脏。唐宗海所说“水邪”包括了痰浊、水饮、湿浊等,为气与水转化失衡的病理产物,总因肺脾肾三脏气水代谢失衡所致。肺主气,亦为水之上源,肺虚而不能运输水液,而见烦渴引饮诸津液亏虚之症,受上焦心火炼液为痰,随火与血行于经络,致络脉运行不畅,兼见瘀血,故火郁于血中。脾属中焦,受水谷之气化而精微,亦为水之中源,脾虚而不能运化水湿,亦成痰饮,随脾灌注四旁。肾主水,为水之下源,亦为气之根,肾虚而不能气化水阴,水阴转为水邪阻滞下焦络脉。

2.2 血火失调

火于血行,阴血与火的代谢均绕不过开心肝脾三脏。外感火热源于六淫之气,而内生火热源于心中离火。心主血,亦属火,饮食情志之邪火扰心,则心火被遏,不能随血下济,火与血壅塞于上,上行于头面,致络脉瘀阻,则有目瞑、耳聋、眩晕等症状;肝藏血,上承心中之火,下传血与火济于肾中,肝受邪火所困,瘀血火热上可行于耳鼻诸窍,下可泄于前后二阴,致大便难、小便不利。脾为统血之脏,常因情志饮食所伤,郁而化为邪火,脾属至阴,邪火盛而至阴之气不能统摄血液,则血自经络溢出血外,此为“脾之阴分受病,而失其统血之常也”。

3 水火气血辨证思维之临床运用

水火气血辨证是根据阻滞络脉之实邪(主要为痰浊瘀血)的产生机制(五脏水火气血失调)来制定论治方案,不拘于证型的简单归纳,而侧重探究复杂个体的病机演变。

3.1 复其气血水火转化之职

作者简介:甘宇(1996-),男,汉族,籍贯:湖南省岳阳市岳阳县,黑龙江中医药大学研究生学院(硕士研究生),研究方向:中西医结合防治内分泌疾病。

复五脏气血水火转化之职，即是使肺脾肾中之气与水运行通畅，心肝之火不致过亢，心肝之血不致成瘀，三焦元气畅通，则痰浊瘀血不生，脏器调和。

“肺津伤”，治以金水相生，补充肺中津液，又提肾中津气上行以资水之上源，如可于滋肺阴之天花粉、麦冬中佐以黄芪、人参启肾中之气；“心火遏”，治以导心火，活心血，使心火与血下济肝肾，如黄连与肉桂合用引心火下行，佐丹参化痰生新；“脾气虚”，治以健脾助运，使中焦水谷精微以及水湿得以运化，常用茯苓、苍术等；“肝木郁”，治以泻浊养肝，泻浊常用半夏、石菖蒲、地龙、土鳖虫等祛瘀活血，则肝体如释重负；“肾水停”，治以祛水邪、布水阴，如附子、泽泻配伍地黄、山茱萸。

3.2 祛痰化瘀通络勿使九窍闭塞

祛痰化瘀通络勿使九窍闭塞，即清理络脉中痰瘀之邪，清利耳鼻肾中诸窍。半夏、南星、菖蒲、远志擅祛痰，藤类药物如鸡血藤、络石藤，虫类药物如全蝎、地龙、蜈蚣，均有活

血化瘀通络之功，以上诸药为祛痰化瘀通络之上品，国医大师熊继柏以上述虫藤类药物，配伍黄芪，自创黄芪虫藤饮，用治多种气虚血瘀痰浊之证，效果甚佳，治疗糖尿病微血管病变或能有奇效。

[参考文献]

- [1] 仝小林, 刘喜明, 魏军平, 倪青, 高齐健. 糖尿病中医防治指南[J]. 中国中医药现代远程教育, 2011, 9(04):148-151.
- [2] 呼永河, 李静, 谢春光, 侯君. 基于“太少二阴失司”探讨糖尿病微血管病变病机[J]. 中国临床医生, 2013, 41(10):6-7.
- [3] 杨锦欣, 李科, 苏衍进. 马居里教授治疗糖尿病肾病蛋白尿经验总结[J]. 云南中医中药杂志, 2018, 39(11):3-5.
- [4] 徐英. 张大宁教授治疗慢性肾衰竭的思路与方法[A]. 中华中医药学会肾病分会. 第十九次全国中医肾病学术交流会论文汇编[C]. 中华中医药学会肾病分会: 中华中医药学会, 2006:2.

(上接第 66 页)

镇静安神方面功效显著，知母可用于泻炎清热、润燥滋阴，丹参有安神除烦、消痈凉血作用，菊花用于平抑肝阳，黄柏有解毒泻火、燥湿清热之效，罗布麻在安神、利尿清热及平抑肝阳方面效果显著；钩藤有平肝清热作用；干地黄有补血凉血、清热滋阴功效，天麻的作用是平抑肝阳，炒白芍的功效是平肝潜阳、养血柔肝^[3]。卡托普利结合天麻钩藤汤疗法有协同效果，能够促使冠脉、微血管扩张效果提升，继而降低血压。研究表明，试验组病情改善效果、临床治疗总有效率均优于对照组，组间对比 $P < 0.05$ 。提示天麻钩藤汤疗法 + 卡托普利疗法可以在肝阳上亢型高血压疾病治疗中使用，效果确切，降血压作用提高。

综上，仅通过西药治疗肝阳上亢型高血压时，无法取得确切治疗效果，联合中医治疗方案，可以促使疗效提高，本研究中，肝阳上亢型高血压患者服用卡托普利药物时，采取了中医天麻钩藤汤治疗，血压水平降低，疾病症状减轻。

[参考文献]

- [1] 柳威, 邓林华, 赵英强. 天麻钩藤饮干预肝阳上亢型高血压病的临床疗效及机制探讨[J]. 天津中医药大学学报, 2021, 40(1):51-54.
- [2] 商宁宁. 天麻钩藤汤联合卡托普利治疗肝阳上亢型高血压的效果和不良反应分析[J]. 中国保健营养, 2020, 30(23):342-343.
- [3] 左俊武. 天麻钩藤汤联合卡托普利治疗肝阳上亢型高血压的疗效观察[J]. 内蒙古中医药, 2020, 39(2):39-40.

(上接第 67 页)

肺驱寒；半夏可祛痰，五味子可止咳，加之炙甘草发挥调节诸药作用，能够实现治疗目标。本次研究中，观察组的总体有效率比对照组更高，且观察组的中医证候积分比对照组低，差异明显，有统计学意义， $P < 0.05$ 。此结果说明，小青龙汤确有提升治疗效果的作用，并且还能够有效改善患者的临床症状，减轻患者痛苦。

综上所述，小青龙汤能够有效治疗支气管哮喘，并且还能够有效改善患者的临床症状，值得推广。

[参考文献]

- [1] 华志. 小青龙汤加味疗法对 90 例支气管哮喘急性发作期疾病治疗的效果[J]. 心理医生, 2019, 025(003):181-182.
- [2] 原艺. 小青龙汤加减治疗急性呼吸窘迫综合征的临床研究[J]. 中西医结合研究, 2019, 11(02):57-60.
- [3] 于长虹. 研究分析小青龙汤辨证加减治疗小儿咳嗽变异性哮喘的临床效果[J]. 中国社区医师, 2019, 35(12):103+106.
- [4] 蒋江平. 小青龙汤辨证加减治疗小儿咳嗽变异性哮喘的临床价值研究[J]. 中国保健营养, 2019, 029(003):339.

(上接第 68 页)

题。中医认为慢性荨麻疹主要致病机制为卫表不固，营卫失调，气血不足，血虚化燥生风，本病因先天禀赋不耐，风邪乘虚侵袭所致；或因平素体虚，卫表不固，风寒风热之邪外袭客于肌表，致使营卫失调而发病；或因饮食失节，使胃肠积热，复感风邪，内不得疏泄，外不得透达，郁于皮毛肌腠之间而发病；也可因久病体虚，气血不足，血虚化燥生风，复感外风之邪而诱发。针灸治疗具有调整阴阳、扶正祛邪的作用，针刺曲池、血海、足三里、三阴交等穴位，可起到补气行血、清热解表、活血祛风、祛风止痒等作用^[3]。中医针灸疗法以整体观念对疾病进行辨证论治，将扶正，祛邪作为主治方向，标本同治，不仅具有较强的针对性，副作用也非常少，同时降低复发率。本文研究结果显示，观察组采取药物联合针灸进行治疗，治疗后总有效率为 93.33%，对照组采取药物治疗，

治疗总有效率为 73.33%，两组数据对比差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)，经过 30 天随访，观察组患者复发率为 20.00%，对照组复发率为 46.67%，组间对比差异存在显著性 ($P < 0.05$)，充分表明，针灸联合依巴斯汀治疗慢性荨麻疹具有显著的临床效果，提高治疗有效率，降低复发率，值得临床推广使用。

[参考文献]

- [1] 吕廷蓉, 应掌红. 依巴斯汀片联合复方甘草酸苷片治疗慢性荨麻疹的疗效评价[J]. 临床合理用药杂志, 2020, 13(11):100-102.
- [2] 胡瑾瑾. 中西医结合治疗慢性荨麻疹疗效观察[J]. 皮肤病与性病, 2022, 40(06):848-850.
- [3] 王玫玲, 闵玮, 钱齐宏, 杨子良, 宋琳毅, 周乃慧, 王森森. 不同剂量依巴斯汀治疗慢性荨麻疹的临床效果观察[J]. 中国社区医师, 2021, 34(33):85-86.