

扶脾理肝法治疗肥胖 2 型糖尿病浅析

唐咸玉, 孙璐, 曾慧妍, 何柳, 何嘉莉

广东省中医院内分泌科, 广东 广州 510120

[摘要] 肥胖 2 型糖尿病 (T2DM) 正成为危害人类健康的流行性疾病, 其多由先天禀赋、情志、饮食、生活方式等因素导致脾失运化、肝失疏泄、气机不畅, 水谷肥甘之物转变为痰湿脂质积聚体内所成。其中脾肝功能失调在本病发病过程中起重要作用, 脾虚湿滞是肥胖 T2DM 存在的体质基础, 气机不畅是其重要发病条件。临床辨治肥胖 T2DM 从脾虚及气机不畅入手, 运用扶脾理肝法治疗肥胖 T2DM 是一种有益的探索。

[关键词] 2 型糖尿病; 肥胖; 中医药疗法; 扶脾; 理肝

[中图分类号] R587.1 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2018) 12-0261-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2018.12.078

A Brief Analysis of Method of Reinforcing the Spleen and Regulating the Liver for Obese Type 2 Diabetes Mellitus

TANG Xianyu, SUN Lu, ZENG Huiyan, HE Liu, HE Jiali

Abstract: Obese type 2 diabetes mellitus (T2DM) is developing into an epidemic disease which is harmful to human health. The failure of the spleen to transport and transform, the failure of the liver to govern the free movement of qi, and the disorder of qi movement are mostly caused by constitution, emotion, diet and life style. Water, grain, fat and sweet food are transformed into phlegm-dampness and lipid accumulated in human body. The disharmony of the spleen and the liver plays an important role in the pathogenesis of this disease. Spleen deficiency and dampness stagnation is the constitutional basis of obese T2DM, and the disorder of qi movement is its important inducing condition. The clinical treatment of obese T2DM based on syndrome differentiation starts from spleen deficiency and the disorder of qi movement. The method of reinforcing the spleen and regulating the liver for obese type 2 diabetes mellitus is a kind of beneficial exploration.

Keywords: Obese type 2 diabetes mellitus; Obesity; Chinese medicine therapy; Reinforcing the spleen; Regulate the liver

长期以来, 阴虚燥热被认为是消渴病的基本病机, 一直指导和影响着历代医家的临床实践。随着时代的变迁和生活方式的改变, 我国肥胖 2 型糖尿病(T2DM)患病率显著升高, 2007—2008 年的流行病学研究发现, 我国 T2DM 患者中超重比例超过 40%, 肥胖的比例约 25%, 这一比例仍在不断上升。临床实践发现, 此类患者基于临床辨证的“三多一少”症状并不明显, 因此传统的阴虚燥热理论不能适应肥胖 T2DM 患者的辨证论治, 从而制约了临床疗效的提高。近年来, 笔者从肝脾论治肥胖 T2DM 取得了一些经验和体会, 试述如下。

1 病因病机

中医学对肥胖 T2DM 的病因的认识, 多责之为先天禀赋、饮食失节、情志不畅、年老体虚、久坐少动等。

1.1 先天禀赋 《石室密录·肥治法》云: “肥人多痰, 乃气

虚也, 虚则气不能运行, 故痰生之。”肥人多痰湿、多气虚。气虚推动无力, 则水湿不化, 血行涩滞, 更易化痰、生湿、成瘀, 导致肥胖。痰湿体质关键成因多责之于先天禀赋不足, 或后天失养。《医学实在易》说: “素禀之盛, 由于先天。……大抵素禀之盛, 从无所苦, 惟是湿痰颇多。”这与现代医学所指出的本病有遗传倾向相吻合, 家族中有患肥胖的人, 其近亲的患病几率明显升高, 痰湿体质是肥胖人群的主要体质类型^[1]。

1.2 饮食不节 《素问·通评虚实论》曰: “消瘴……甘肥贵人则膏粱之疾也。”指出肥胖是糖尿病形成的主要因素之一, 而饮食不节、嗜食肥甘厚味是肥胖 T2DM 形成的主要因素。《素问·奇病论》中亦指出了肥人过食“膏粱”, 致“中满”“内热”, 发为消渴。《景岳全书》亦曰: “消渴者, 其为病之肇端, 皆膏粱肥甘之气, 酒食劳伤之过, 皆肥贵人之病。”故

[收稿日期] 2018-04-27

[基金项目] 广东省自然科学基金项目 (2016A030313630)

[作者简介] 唐咸玉 (1974-), 男, 副主任医师, 研究方向: 中西医防治内分泌代谢性疾病。

过食肥甘厚味,或暴饮暴食,或长期饮食不节,一方面可致水谷精微在人体内堆积成膏脂,形成肥胖;另一方面也可损伤脾胃,脾运不及,不能布散水谷精微及运化水湿,升降失常,致使湿浊内生,酝酿成痰,痰湿内蕴,日久化热,灼津生痰,发为消渴。

1.3 情志失调 肝气郁结,气机不畅,久郁化火,上灼肺津,中灼胃液,下损肾阴,发为消渴。《灵枢·五变》云:“怒则气上逆,胸中积热,……血脉不行,转而热,热则消肌肤,故为消瘵。”《三消论》曰:“此五志过极,皆从火化,致令消渴。”思虑过度、长期精神压力过大,均可导致气机失调,气血精微物质运化失司,最终导致消渴发生,即所谓之肝郁致消。

气机失调也是导致肥胖的重要因素。肝之疏泄,调达三焦之气机,与水湿、津液的运行气化密切相关。肝失疏泄,不仅使人体气机失调,津液输布失常,水湿滞留,还可致肝郁之“木不达土”,影响脾胃运化功能。

1.4 年老少动 肥胖 T2DM 多见于中老年患者。中年以后,人体的生理机能由盛转衰,脂质代谢失调,好坐少动,以致身体逐渐肥胖。如《素问·阴阳应象大论》所言:“年四十,而阴气自半也,起居衰矣。年五十,体重,耳目不聪矣。”现代医学认为,代谢过程是受神经、体液系统调节,人到中年,随着神经激素及酶对代谢过程调节功能的下降,特别是性激素分泌的减少,使肥胖的发病率明显提高。

2 脾肝功能失调在发病过程中的重要作用

肥胖 T2DM 属于中医学消渴、痰湿等范畴,其发病多与脏腑功能失调、气血津液运行失常有关,其中以脾肝二脏功能失调尤为重要。如前所述,无论是患者的体质因素,或由饮食调养失节,或情志失于疏泄,或年龄的增长,或由攻伐太过,可使脾之气阴不足、肝之气机运行不畅,水谷肥甘之物无以化生气血精微,转变为痰湿脂质积聚体内,最终发为消渴。

脾为后天之本,“脾脆,善病消瘵”之说为历代医家所阐述及发挥;“脾虚致消”“肝郁致消”理论现已为业内所公认,共为消渴发病的重要病机。然而,肥胖 T2DM 病机并不局限于单纯的脾虚、肝郁。痰湿、气虚既是肥胖的重要特征,也是导致脾肝功能失调的内因,而各种外因则诱发、加重本病的发展。脾肝二脏在生理上关系密切,病理上相互影响,肝木乘脾,则脾失健运;脾虚气血化生乏源,日久必影响肝之藏血及疏泄功能。此外,肥胖 T2DM 在病机特点上既有脾气(阳)虚、阴虚等本虚之征,也有痰湿、郁热、气滞、血瘀等邪实之征,其中“脾虚湿滞”是肥胖 T2DM 存在的体质基础^[2],肝郁气机阻滞是其常见的标实之征。

3 扶脾理肝法治疗肥胖 T2DM

笔者通过文献数据挖掘及回顾性临床统计分析发现,脾虚、肝郁、气滞、痰湿均为肥胖 T2DM 的高频中医证型,从而提出扶脾理肝法治疗本病^[2-4]。扶脾固本,即从后天之本入手,

强调正气亏虚在肥胖 T2DM 发病中的主导作用,重在健脾、运脾以固护根本,扶脾的目的既是治疗糖尿病,也是治疗肥胖的体质因素,俾脾土运化得健,则湿浊痰瘀可除。扶脾包括了健脾、运脾、醒脾等手段;健脾又有补脾气、养脾阴、温脾阳之分,临床需要灵活运用,随证加减。此外,在治疗过程中注意顾护后天之本,防止攻伐太过伤正。

理肝法之根本在于调畅气机。肝有易郁、易火、易虚的特点,故宜以疏肝、清肝、养肝之法,使肝之条达顺畅,恢复其生理功能。肝气条达,气机调畅,则脾升胃降,肾藏肺降,升降有序,气血津液输布正常,血糖自然下降,病变从而得到控制。而气机调畅,则邪有去路,痰湿、水饮、瘀血等各种病理产物亦可随之而去。如李明煜等^[5]用小柴胡汤和解少阳法治疗糖尿病,王巧云等^[6]运用加味四逆散治疗糖尿病胃轻瘫,使枢机运转,气机开阖升降自如,而诸症自除。笔者既往的临床研究亦表明,在以扶脾理肝法为主的中医药复方治疗肥胖 T2DM,取得良好临床疗效^[7-8]。

4 病案举例

陈某,男,50岁,初诊:2013年10月24日。现病史:14年前体检时发现血糖升高,外院诊断为 T2DM,先后服用多种口服降糖药物控制血糖;8年前开始联合胰岛素控制血糖,血糖均控制不理想。入院之前降糖方案:门冬胰岛素 18 U,三餐前皮下注射,甘精胰岛素 14 U,睡前皮下注射;盐酸二甲双胍 0.5 g 口服,每天 3 次,拜糖苹 50 mg 口服,每天 3 次,达美康缓释片 30 mg 口服,每天 1 次。平素空腹血糖波动在 8~12 mmol/L,餐后 2 h 血糖波动在 15~20 mmol/L。既往史:高血压病史 10 年,口服倍他乐克缓释片、安博维控制血压,血压控制尚可;高脂血症病史 7 年,口服立普妥控制血脂;高尿酸血症病史 5 年。个人史:生活条件优越,无烟酒不良嗜好;已婚未育;否认家族遗传病病史。刻下症见:口干,口苦,无明显多饮,稍觉乏力,四肢指端对称性麻木感,大便偏烂,舌质暗红、苔黄腻,脉弦滑。查体:身高 181 cm,体重 114 kg, BMI 34.79 kg/m², BP 145/90 mmHg, 体型肥胖,心肺腹查体无异常。实验室检查:糖化血红蛋白 8.6%, 尿酸 521 μmol/L, 肝功能、肾功能、血脂正常; OGTT 试验:葡萄糖:空腹 13.25 mmol/L, 1 小时 21.85 mmol/L, 2 小时 22.42 mmol/L, 3 小时 19.13 mmol/L; C 肽: 3.36 ng/mL(正常 0.60~1.28 ng/mL), 1 小时 4.74 ng/mL, 2 小时 5.60 ng/mL, 3 小时 6.06 ng/mL。

中医诊断:消渴,肥胖病,血浊(脾虚湿热夹瘀,兼气阴两虚证)。西医诊断:2 型糖尿病,肥胖症,高尿酸血症,高血压病(3 级,极高危组)。处理方案:①饮食:不吃早饭,喝茶为主,中午少量主食,晚餐以番茄或青瓜为主。②运动:晚餐后快走 8~10 km,一个半小时左右。③药物:调整减少降糖西药:门冬胰岛素 6 U 午餐前皮下注射,甘精胰岛素 8 U 睡前皮下注射;二甲双胍缓释片 0.5 g 口服,每天 2 次(午晚餐后),

降压药同前，停降脂药。中医治法：以健脾补气、清肝利湿活血为主，佐以养阴为法。处方：黄芪、绵茵陈、车前草、薏苡仁、葛根、丹参、生地黄、地骨皮、泽兰各 30g，白术、黄柏各 15 g，苍术、荷叶各 10 g，甘草 5 g。每天 1 剂，水煎分 2 次服。2013 年 11 月 12 日二诊：口干口苦症状减轻，大便仍偏烂，舌质略暗，舌苔黄腻减轻，脉弦滑。上方减黄柏用量至 10 g，加山药 20 g 健脾。晚餐加 50~100 g 瘦肉或鱼肉。2013 年 12 月 8 日三诊：无口干多饮症状，大便成形，舌质略暗，舌苔黄腻减轻，脉弦滑，症状稳定。查空腹血糖 5.10 mmol/L，餐后 2 小时血糖 7.60 mmol/L，体重 102 kg。停用胰岛素及口服降糖、降压西药。单以中药及生活方式干预治疗，中药守原方。2014 年 2 月 21 日四诊：查空腹血糖 5.3 mmol/L，餐后 2 小时血糖 7.4 mmol/L，糖化血红蛋白 4.8%，体重 84 kg(减重 30 kg)，无其他不适，气阴两虚之象已消失，以湿热内阻夹瘀为主，舌质暗红、苔黄腻，脉弦滑。上方去黄芪、生地黄、地骨皮，改车前草为车前子 15 g 加强清热利湿之功。中药改为隔天服 1 剂。2015 年 12 月 5 日随访：空腹血糖 5.10 mmol/L，餐后 2 小时血糖 7.60 mmol/L，体重 81 kg。2016 年 1 月 2 日随访：血糖正常。

按：本例患者糖尿病病史长，但胰岛功能较好，未合并急慢性并发症，经大剂量胰岛素联用多种口服降糖药血糖不达标。由于患者治疗意愿强烈，依从性较好，予以严格的饮食、运动全程干预，同时配合中医辨证治疗，在短期内减、停了降糖西药，并且成功实现了良好的血糖及体重控制，长期随访血糖正常，治疗过程中患者并无明显的饥饿感及出现低血糖，疗

效显著。

[参考文献]

- [1] See R, Abdullah SM, McGuire DK, 等. 超重和肥胖的不同指标与动脉粥样硬化患病之间的关系: Dallas 心脏研究[J]. 世界核心医学期刊文摘: 心脏病学分册, 2007, 22(12): 1032-1036
- [2] 唐咸玉, 范冠杰, 赵晓华. 肥胖 2 型糖尿病中医证型频数分析[J]. 中医临床研究, 2013, 5(20): 115-116.
- [3] 唐咸玉, 谢雯雯, 何柳, 等. 扶脾理肝法治疗肥胖 2 型糖尿病理论探讨[J]. 中国中医基础医学杂志, 2015, 21(11): 1365-1366.
- [4] 孙璐, 唐咸玉, 张鹏, 等. 超重及肥胖 2 型糖尿病患者治疗中药用药规律分析[J]. 新中医, 2014, 46(2): 146-148.
- [5] 李明煜. 小柴胡汤在糖尿病治疗中的应用[J]. 中华实用中西医杂志, 2003, 16(1): 54-55.
- [6] 王巧云, 谷中红, 余静, 等. 加味四逆散治疗糖尿病胃轻瘫 56 例[J]. 总装备部医学学报, 2004, 6(2): 104.
- [7] 唐咸玉, 孙璐, 范冠杰, 等. 温肾健脾、疏肝调气法对肥胖 2 型糖尿病炎症标志物影响的研究[J]. 新中医, 2012, 44(9): 15-17.
- [8] 彭雪萍. 固本畅枢法对肥胖 2 型糖尿病炎症标志物的影响[D]. 广州: 广州中医药大学, 2011.

(责任编辑: 冯天保)