

熊国良运用补固结合法治治疗糖尿病肾病经验介绍

袁子婷¹ 指导：熊国良²

1. 广州中医药大学第四临床医学院，广东 深圳 518000
2. 深圳市中医院，广东 深圳 518000

【摘要】 介绍熊国良教授以补固结合法治治疗糖尿病肾脏疾病的临床经验。熊国良教授认为，糖尿病肾病本在脾肾气虚，正气亏虚、精微外泄是糖尿病肾病进展的核心病机；治疗当以益气健脾、固肾摄精为核心。临证三法：“补益脾肾”是治疗之本，“固摄精微”是截病之要，“化瘀利水”是清障之枢。创拟消渴肾安汤随症加减治疗。

【关键词】 糖尿病肾病；补固结合；消渴肾安汤；熊国良

【中图分类号】 R249 **【文献标志码】** A **【文章编号】** 0256-7415 (2026) 10-0153-06

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2026.10.024

Introduction to XIONG Guoliang's Experience in Treating Diabetic Kidney Disease Using the Method of Tonification and Consolidation

YUAN Ziting¹ Instructor: XIONG Guoliang²

1. The Fourth Clinical Medical College, Guangzhou University of Chinese Medicine, Shenzhen Guangdong 518000, China; 2. Shenzhen Hospital of Traditional Chinese Medicine, Shenzhen Guangdong 518000, China

Abstract: This article introduces Professor XIONG Guoliang's clinical experience in treating diabetic kidney disease using the method of tonification and consolidation. Professor XIONG believes that the root cause of diabetic kidney disease lies in spleen and kidney qi deficiency, with the core pathogenesis being deficiency of healthy qi and leakage of essential substances. The treatment should focus on supplementing qi, strengthening the spleen, and consolidating the kidney to astringe essence. The clinical approach encompasses three key principles: "tonifying the spleen and kidney" as the foundation of treatment, "consolidating to astringe essence" as the crucial step to halt disease progression, and "resolving stasis and promoting diuresis" as the pivotal measure to clear obstacles. A customized formula, Xiaoke Shen'an Decoction, is formulated and modified according to the syndrome manifestation.

Keywords: Diabetic kidney disease; Method of tonification and consolidation; Xiaoke Shen'an Decoction; XIONG Guoliang

熊国良为深圳市中医院主任医师、广州中医药大学教授、广东省深圳市中西医结合肾脏病专业委员会委员，从事临床工作近40年。熊国良教授善以中医辨证施治理论为核心，结

合现代医学诊疗思维，运用自拟经验方治疗多种急、慢性肾脏疾病，积累了丰富的临床经验，尤其在糖尿病肾病的治疗方面，疗效卓著。在长期的临床实践中，熊国良教授秉持

【收稿日期】 2025-11-03

【修回日期】 2026-04-01

【基金项目】 广东省自然科学基金项目（2020A1515011151）；深圳市科技创新委员会项目（JCYJ20220531092201003）；深圳市“医疗三名工程”项目（SZZYSM202311004）

【作者简介】 袁子婷（1999-），女，硕士研究生。

【通信作者】 熊国良（1963-），男，医学博士，主任医师，教授，博士研究生导师。

“补中寓固，固中有补”的治疗理念，创制出以“补法”与“固法”并举为核心的经验方——消渴肾安汤。该方立足于“益气健脾、固肾摄精”的治则，充分体现了中医“标本兼顾、扶正固本”的治疗思想。笔者在研究生学习期间，有幸跟随熊国良教授学习，现将熊国良教授运用“补固结合”法治疗糖尿病肾病的经验整理介绍如下。

1 现代医学对糖尿病肾病的认识

糖尿病肾病是一种由糖尿病引起的微血管并发症。以持续性白蛋白尿和/或肾功能的进行性减退为主要临床特征，是糖尿病最常见、最严重的并发症之一^[1]。糖尿病肾病是引起糖尿病患者死亡的主要原因^[2]，同时也是全球终末期肾病的主要原因^[3]。

糖尿病肾病的发生与多种危险因素相关，其中肥胖、吸烟等因素被认为是其重要诱因^[4-5]，同时，遗传易感性亦在发病过程中发挥关键作用^[6]。尽管目前其确切发病机制尚未完全阐明，但现代研究表明，糖尿病肾病的病理进程涉及多重分子及细胞水平的异常调控。如氧化应激、糖脂代谢紊乱、炎症反应、血流动力学改变等，多种病理机制相互交织、互为因果，导致肾脏系膜细胞的异常增殖和凋亡，如内皮细胞被破坏、基底膜增厚等等，最终导致肾小球硬化和肾小管间质纤维化。

治疗方面，现行干预策略主要包括生活方式调整与常规药物治疗两大类。生活方式干预以低脂、低蛋白饮食、合理体质量管理及戒烟限酒为核心，旨在改善代谢负担、降低肾脏压力。常规治疗则着重于调控血糖与血脂、稳定血压、减少蛋白尿，通过减轻肾小球高滤过状态以延缓肾功能恶化。尽管这些措施在一定程度上可延缓疾病进展，但其临床疗效有限，现有治疗效果并不能满足当下临床需要^[7]。

2 病因病机

糖尿病肾病属中医尿浊、肾风、消渴、水肿、虚劳、下消、肾劳、溺毒等范畴。国家中医药管理局医政司将其统一命名为消渴病肾病。消渴病肾病的病因病机较为复杂，其病因主要包括禀赋不足、饮食不节、七情过极、外感六淫及劳欲失度等等，其核心病机在于消渴病日久，损伤肾阴肾阳，五脏生理功能受损，最终导致气、血、阴、阳亏虚。消渴病肾病虽然主要病位在肾，但病变还涉及心、肝、脾、肺四脏，与脾肾二脏联系最紧密。

3 补固结合法

熊国良教授认为，糖尿病肾病的发病多与先天肾气不足有关，并与后天饮食不节损伤脾气联系紧密，多因患者嗜食甘滋之物，脾失健运而痰湿内生，久则化瘀，阻碍气血运行，所谓“本虚在脾肾，标实在痰瘀”，脾肾受损，浊邪内生，久则精微外泄而更伤正气。因糖尿病肾病多继发于消渴日久之躯，病程缠绵，虚实夹杂，其临床表现因病程阶段及个体禀赋差异而呈多样化：早期糖尿病肾病病势隐匿，随着疾病进展，可仅仅表现为泡沫尿，现代医学检验仅可见少量尿蛋白，若不加干预，后期则瘀血等病理产物阻滞肾络，脏腑功能受损，难以逆转。熊国良教授认为，蛋白尿乃疾病由量变趋于质变的标志，治疗上应用大剂量补气固精之品，以求迅速干预与扭转病机，延缓疾病进展。

熊国良教授指出，蛋白等精微物质的流失是糖尿病肾病进展的重要标志之一。精微不守，正气亏虚，病势迅速加重。一旦出现精微外泄之征，应当急用固精之品以封藏精气，迅截病势，同时补益脾肾以充养根本，防止正气进一步耗散。《素问·经脉别论》云：“饮入于胃，游溢精气，上输于脾，脾气散精，上归于肺，通调水道，下输膀胱。”脾为后天精微化

生及输布的重要脏腑，肾为固摄精微之要官。若脾失健运，则化源不充；若肾失固摄，则精微外泄。脾肾功能俱损，则开阖枢机失调，精微物质大量流失，正气渐衰而邪毒乘虚，病趋于难治。《灵枢·平人绝谷》曰：“故神者，水谷之精气也……故平人不食饮七日而死者，水谷精气津液皆尽故也。”可见精微物质乃生命活动之本源。现代医学所指之蛋白、糖类、脂质等皆属精微之有形体现。精微物质充裕，则五脏调和，六腑通利，津液周流，形神俱旺；精微亏损，则气血乏生，脏腑失养，百病由之而起。

3.1 补益脾肾是治疗之本 熊国良教授指出，消渴病肾病患者多有先天禀赋不足，脏气柔弱。《灵枢·五变》曰：“人之善病消瘵者，何以候之？少俞答曰：五脏皆柔弱者，善病消瘵。”而《消渴门》中亦记载：“消渴之症皆脾坏而肾败。脾坏则土不胜水，肾败则水难敌火。两者相合而病成。”二者相互印证，揭示了“消渴”发病之根源。肾为先天之本，主藏精而生髓，为一身阴阳之根；脾为后天之本，主运化水谷，为气血生化之源。肾气不足，则脾失所养；后天饮食不节损伤脾土，脾运失常，又难充养于肾。先天失养与后天受损互为因果，虚损之势日深，正气日衰，终致脾肾同病，精微不固。由是观之，固护脾肾乃扶正祛邪之根本。补脾以健运化源，益肾以固精摄气，脾肾相互资生，则气血有源，阴阳得调。

3.2 固摄精微是截病之要 糖尿病肾病患者常见小便浑浊、泡沫增多且经久不散的典型症状，部分患者早期以夜尿频多为主症，此亦属精微外泄之象。精微不固的核心病机在于肾气亏虚，气化失常，加之久病肾络受损，封藏失司，固摄无权，水谷精微与湿浊一同下注膀胱，形成小便泡沫、浑浊不清之症。肾之固摄既失，则“精走气脱，形神两伤”，病情进展。

另一方面，脾气亏虚亦为重要内因。脾主升清化源，为气血生化之本。脾虚则升清无力，精微生成不足，既难上荣于心肺以化气血，亦难下输于肾以充其精藏，治宜以“固摄精微”为要。固者，守其精也；摄者，约其泄也。固精摄气，可封藏精微，遏止滑脱，使肾气得固，封藏复职。精固则气血化源有本，正气自复；气足则阴阳相济，脏腑得养。固摄精微之法的核心在于运用大量固精之品截断精微耗散之势，从而延缓肾病进展，维持机体气血津液之平衡。在补固结合中，固精摄气既为防变之策，亦为扶正之法，堪称截断病势、保全元气之关键环节。

3.3 化瘀利水是清障之枢 熊国良教授认为，机体生理功能的紊乱，往往与病理产物的淤积密切相关，故需“祛除病理产物，畅通代谢之机”。脾虚不运，谷物无法转为正常精微营养人体，郁于脾胃，久生浊毒，脾为浊毒所困，可见纳差，甚则呃逆不能食；脾肾为津液代谢之枢纽，脾虚则津液不布，肾虚则气化无权，温煦无力而不能制水，水湿泛滥，溢于肌肤，则见肢体肿满，水饮凌心，故见胸闷气促；上焦津液不承，故见口干口渴或口苦；水饮久停不化而浊毒内生，甚则可发生关格等危重之症。从病机演变观之，水湿为病之始，痰浊为病之成，瘀血为病之极。初起则津液不化，继则浊邪内生，日久瘀结于络，阻滞气血。此三者相互牵连，使肾脏气化功能日渐减退，血流灌注不足，代谢废物堆积不散，终致肾络痹阻、精微流失、肾元亏损，形成虚实错杂、标本互结的复杂病机。化瘀利水之法，正是清除内障、畅达气机之枢纽。化瘀可使血脉通畅，气机复行，瘀祛则新生，络通则肾复；利水则可除湿泄浊、导滞排毒，使水道流通，津液布散。二者相辅相成，共奏通腑逐邪、清源化浊之功。浊毒瘀血的积聚不仅会直接导致肾功能

异常的检验结果，更是病势难逆的重要标志。临证治之，当化瘀利水，使气血津液得以通调，脏腑升降复常，为补固结合奠定根基。

4 消渴肾安汤

消渴肾安汤系熊国良教授基于补固结合、攻守兼权的原则所创，方剂以参芪地黄汤为基础进行加减化裁。因消渴病肾病的核心病机已由消渴病时期的阴虚内热逐渐转为气阴两虚，而精微外泄为该阶段的主要矛盾，分利恐更伤正气，故去六味地黄汤之“三泻”——泽泻、茯苓、牡丹皮，转以扶正固精为治疗核心，以求快速恢复正气。全方由生黄芪、金樱子肉、盐益智仁、山药、熟地黄、紫苏叶、三七、莲须、烫水蛭、芡实、天花粉、蝉蜕、丹参13味药组成。其中温性药5味，平性药5味，寒性药3味，寒温并用，补中寓散，攻中有守，标本兼顾。以益气健脾、温肾固摄为主，活血通络、清化湿浊为辅，既扶正以培元，又祛邪以通滞，遏制精微外泄，延缓病势发展，保存正气。

方剂重用生黄芪50 g，补气升阳兼健脾，黄芪味甘而性温，温补脾气而不伤津液，味甘又能养有形之精，直接对治气阴两虚的核心病机。同时，黄芪兼有固腠理、利水消肿之功，可治疗消渴病肾病气虚所致浮肿少尿，标本兼治。补气升阳以炙黄芪效果最佳，但因消渴病肾病常有明显阴虚津亏之症状，大量炙黄芪恐伤津液，故多用生黄芪。芡实与金樱子，取《洪氏集验方》中水陆二仙丹之意，芡实味甘涩，性平，具有益肾固精、健脾之功效，既能补脾肾之不足，又能固摄精微；金樱子味酸甘涩，性平，味酸则收涩之力更强，二者与黄芪协同，构建起益气-固摄的核心治法。且芡实、金樱子性平，无寒热偏颇，适用于多种体质，久服不易产生偏性。益智仁与莲须，莲须更添固涩之效，但收涩太过恐邪无出路，故配

合益智仁，二者一收一散，使得全方收而不滞，脾肾之气升降有度。生益智仁味辛温而燥，久服易伤津液，盐制后辛燥得缓，味咸而入肾固涩之效更佳，能暖肾温脾，治小便频数。山药与熟地黄，山药可养中州脾土而补虚劳，兼能益肾固精；熟地黄质厚味甘，滋阴补血，填精益髓，二者一补后天之本，一益先天之源，脾肾同调，使补气生精、养阴化津相得益彰。然熟地黄性滋腻，易碍运化，熊国良教授巧用大量紫苏叶配伍，以其辛温轻清之性宣通三焦气机，助运化而防壅滞，并借其宣透之力将三焦郁闭之毒邪向外发散，气机流通，浊毒得以运转分化，从汗液或二便排出。再配合天花粉，祛三焦浊毒兼清热养津润燥。阴虚燥热易生风，内风扰动肾关则加重精微外泄，以蝉蜕配合紫苏叶，增强方剂疏风透邪之效。三七、烫水蛭、丹参三药合用，行血破瘀，重在除肾络之瘀血积聚，攻补结合。全方性味偏温，重在益气固精，同时兼顾活血化瘀、清热养阴等功效，防止方剂温燥更伤津液。

阳虚为主，伴有腰部冷痛、夜尿频数者，可加桑螵蛸温肾固精缩尿；大便干结、血肌酐偏高者，加大黄、枳实等行气通腑泄浊，老年患者可用大黄炭、酒大黄，炮制后药性更缓；下肢水肿者，可加冬瓜皮、茯苓皮等利水消肿，伴呕吐者可加姜皮；呃逆严重、脘腹虚寒者加干姜；病程长、舌暗有瘀斑者伴明显肾功异常者，加鬼箭羽破血祛瘀通经；阴虚内热明显、伴大量尿蛋白者，为燥热生风扰动肾关，加蝉花疏散风热；腰膝酸软、耳鸣失眠者，合二至丸滋肾益精。

5 病案举例

刘某，男，47岁，2025年1月10日初诊。主诉：口干多饮7年，小便泡沫1年。患者7年前在外院诊断2型糖尿病，现口服磷酸西格列汀，每次100 mg，每天1次；二甲双胍，

每次0.25 g, 每天2次; 自测空腹血糖波动在5.9~8.6 mmol/L。近1年患者自觉小便泡沫较多, 未予系统诊治, 2周前出现双下肢水肿。症见: 精神疲倦, 乏力, 腰酸痛, 口干口渴, 晨起口苦, 双下肢水肿, 纳眠一般, 夜尿每夜3~5次, 小便泡沫较多, 大便1~2天1次, 质干结。舌暗淡、边有齿痕, 苔白、根部厚腻, 脉细涩。既往病史: 高血压病史3年余, 现口服苯磺酸氨氯地平片, 每次5 mg, 每天1次; 平素血压控制可。尿常规示: 尿蛋白(++); 尿生化5项示: 尿总蛋白1 226.3 mg/L; 肾功能检查示: 血肌酐84 μ mol/L。西医诊断: 2型糖尿病, 糖尿病肾病, 高血压。中医诊断: 消渴肾病(脾肾气虚夹瘀证)。治则: 补益脾肾, 固精养阴, 活血化瘀。处方: 黄芪50 g, 金樱子肉30 g, 益智仁15 g, 山药15 g, 熟地黄30 g, 紫苏叶30 g, 三七10 g, 莲须10 g, 烫水蛭3 g, 芡实30 g, 天花粉20 g, 蝉蜕10 g, 丹参30 g, 鬼箭羽10 g, 蝉花10 g, 枳壳10 g, 茯苓皮30 g。14剂, 每天1剂, 水煎服, 早、晚餐后1小时分别服用1/2剂。

2025年2月12日二诊: 服药后偶有腹胀, 乏力、口干口渴、腰酸痛较前好转, 双下肢水肿稍减轻, 纳眠一般, 夜尿约3次, 小便泡沫较前减少, 大便每天1次, 舌暗淡、边有齿痕, 苔白、根部苔较前稍薄。复查尿生化5项: 尿总蛋白534 mg/L, 尿蛋白(+), 血肌酐84 μ mol/L。患者纳差, 舌根苔厚, 服药后仍有腹胀, 因方剂运用大量黄芪, 考虑为患者脾胃运化功能较差导致腹胀、舌根苔厚腻。在前方基础上枳壳加量, 增强行气除滞之效, 并加陈皮理气健脾, 砂仁化湿醒脾, 大腹皮既行气又可利水消肿。14剂, 每天1剂, 煎服方法同前。

2025年3月11日三诊: 无腹胀及口干口渴, 自觉精神较前好转, 偶有腰酸痛, 双下肢

水肿进一步减轻, 纳可, 眠一般, 夜尿每夜1~2次, 小便泡沫与二诊比较无明显变化, 大便每天1~2次, 舌暗淡、边有齿痕、苔薄白。复查尿生化5项: 尿总蛋白606 mg/L, 尿蛋白(+), 血肌酐80 μ mol/L。患者腹胀减轻, 前方去砂仁, 减轻方剂辛散之力, 加茯神宁心安神、利水消肿。14剂, 每天1剂, 煎服方法同前。

2025年4月9日四诊: 症状基本缓解。复查尿生化5项: 尿总蛋白354 mg/L, 尿蛋白(+), 血肌酐78 μ mol/L。继续口服中药方剂治疗, 前方去大腹皮、砂仁, 并嘱患者配合低盐、低糖、优质蛋白饮食, 控制血糖及血压。随访至投稿时, 患者一般情况可, 间断至门诊复诊, 尿蛋白控制在<500 mg/L, 血肌酐正常, 双下肢无水肿, 病情平稳。

按: 患者既往糖尿病病史7年余, 血糖控制不佳, 消渴病进展为消渴肾病, 以脾肾亏虚为主, 病性虚实夹杂, 辨为脾肾气虚夹瘀证。患者初诊以下肢水肿为主症, 熊国良教授认为, 此缘饮食不节损伤脾气, 脾气亏虚, 运化水液无力; 肾主水, 肾气亏虚亦可导致水湿内停, 湿邪趋于下, 故见下肢水肿, 同时患者精神疲倦、腰酸痛, 均为脾肾亏虚之表现。熊国良教授认为, 患者舌脉象无明显热象表现, 故口干口渴、大便干结并非阴虚津亏, 而是水液聚于下肢分布不均所致。肾气亏虚精微不固, 精微外泄故见小便泡沫, 尿检提示尿蛋白阳性。舌暗淡有齿痕, 苔白、根部厚腻, 脉细涩等提示血瘀、湿浊内阻, 方拟熊国良教授经验方消渴肾安汤加减。患者脉细、精神疲倦, 为久病正气亏虚, 故以大剂量黄芪补益正气, 金樱子、益智仁、莲须、芡实固精, 山药健脾益气, 熟地黄滋补肾阴, 与紫苏叶、蝉蜕配伍, 滋补而不碍运化, 调畅脾肾气机。三七、烫水蛭、丹参、鬼箭羽四药合用, 增加活血破瘀之

力，重在除肾络之瘀血积聚。然患者久病，脾胃运化无力，二诊诉服药后腹胀，双下肢仍水肿，故增加枳壳量以行气除满，予陈皮、砂仁、大腹皮等行气健脾，利水渗湿，祛湿浊，益脾气。三诊复查示尿蛋白有轻微上升，但患者水肿无加重，考虑为利尿药物导致肾脏滤过功能上升所致尿蛋白一过性增多。因患者就诊时尿总蛋白已多于1 g，提示肾脏已受损，病情逆转较困难，但症状体征向好，故守前方继续口服。治疗上以降低蛋白尿、延缓肾功能衰竭、改善临床症状为主，予益气健脾、固肾摄精，兼活血化瘀、利湿泄浊，扶正祛邪并举。随访患者病情平稳。

6 小结

糖尿病肾病为糖尿病迁延日久的严重并发症之一，临证多以脾肾气虚为主，久病者可兼见湿浊、血瘀等病理产物留滞肾络。熊国良教授根据多年临床经验总结，以尿浊为主要表现的糖尿病肾病治疗上需要牢牢盯紧精微外泄这一核心疾病阶段，尽早运用大量益气固精类药物；对于久病肾功能受损的患者，补益脾肾的同时需注重祛沉痾邪毒，根据辨证合理运用行气活血、破血化瘀或利尿渗湿类药物。早期糖尿病肾病病势尚有逆转之可能，中后期糖尿病肾病虚实错杂、正气衰败、病理产物顽固，病

情难逆。除中医辨证施治外，仍需嘱患者积极控制原发病，在饮食、生活作息上进行调整，中西并治，以期延缓肾功能衰竭，改善患者生活质量。

【参考文献】

- [1] Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) Diabetes Work Group. KDIGO 2020 clinical practice guideline for diabetes management in chronic kidney disease[J]. Kidney International, 2020, 98(4 Suppl): S1-S115.
- [2] REIDY K, KANG H M, HOSTETTER T, et al. Molecular mechanisms of diabetic kidney disease[J]. J Clin Invest, 2014, 124(6): 2333-2340.
- [3] SCILLETTA S, DI MARCO M, MIANO N, et al. Update on diabetic kidney disease: focus on non-albuminuric DKD and cardiovascular risk[J]. Biomolecules, 2023, 13(5): 752.
- [4] 郭玲, 谭宏伟, 王志浩, 等. 代谢综合征患者血清内脏脂肪素和肾功能变化的相关性研究[J]. 中国老年学杂志, 2009, 29(16): 2016-2018.
- [5] CIGNARELLI M, LAMACCHIA O, DI PAOLO S, et al. Cigarette smoking and kidney dysfunction in diabetes mellitus[J]. J Nephrol, 2008, 21(2): 180-189.
- [6] SEAQUIST E R, GOETZ F C, RICH S, et al. Familial clustering of diabetic kidney disease[J]. New England Journal of Medicine, 1989, 320(18): 1161-1165.
- [7] THOMAS M C, BROWNLEE M, SUSZTAK K, et al. Diabetic kidney disease[J]. Nature Reviews Disease Primers, 2015, 1(1): 1-20.

[责任编辑: 刘淑婷, 蒋维超(英文)]