

《临证指南医案》痢疾辨治特色探析

An analysis of the diagnosis and treatment characteristics of dysentery in

Linzheng Zhinan Yi'an

刘嘉欣¹ 周天羽^{2*}

(1. 辽宁中医药大学, 辽宁 沈阳, 110847; 2. 辽宁中医药大学附属医院, 辽宁 沈阳, 110032)

中图分类号: R254.6 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2022) 32-0021-04

【摘要】基于对《临证指南医案》中相关医案的论述, 探析清代名医叶桂(字天士)对于痢疾中医辨治的特点。叶桂从病因病机、临床特点及辨证治疗等方面提出系统阐释。对于病因病机, 叶桂提出中焦湿热、脏腑气机失调、久病入络及奇脉病论。治疗首辨虚实, 强调通补并用, 可归纳为清利湿热法、清热解毒法、甘酸化阴法、温通导滞法、温补固涩法, 并提出从奇经论治痢疾, 开创温补奇脉法, 为临床上进一步优化痢疾的诊治提供了参考依据。

【关键词】痢疾; 《临证指南医案》; 辨证论治

【Abstract】 based on the discussion of the relevant medical records in *Linzheng Zhinan Yi'an* (《临证指南医案》), the characteristics of treating dysentery in TCM by the famous doctor YE Gui in the Qing Dynasty were explored in this paper. TCM master YE Gui put forward a systematic explanation on relevant contents from the aspects of the etiology and pathogenesis, clinical characteristics, and syndrome differentiation and treatment. In terms of the etiology and pathogenesis, YE Gui put forward the theories of damp-heat in the middle energizer, imbalance of Qi (气) movement in viscera, chronic illness entering the collaterals, and extra meridians disease. The first step in the treatment was to distinguish between deficiency and excess, emphasizing the combination of clearing and tonifying. The treatment methods were summarized as the clearing dampness and heat method, the clearing away heat and detoxifying method, the transforming Yin (阴) with sweet and acid method, the warming dredge to remove stagnation method, and the warm tonification and inducing astringency method. He also put forward the theory of treating dysentery from the aspect of extra meridians, and created the method of warming and nourishing extra meridians, which provides a reference for further optimizing the diagnosis and treatment of dysentery in clinical practice.

【Keywords】 Dysentery; *Linzheng Zhinan Yi'an*; Syndrome differentiation and treatment

doi:10.3969/j.issn.1674-7860.2022.32.004

叶桂(字天士)是清代著名医家。《临证指南医案》成书于1764年, 是记录叶桂临床经验的名医医案专著, 为其门人据叶氏临证医案整理编撰而成^[1]。叶氏世医出身, 幼承家学, 具有丰富的临床经验, 《临证指南医案》是叶桂临证经验与其独特学术思想的集成与升华。书中设有痢疾专篇, 对痢疾的病因病机、辨证以及遣方用药等见解独到, 现对《临证指南医案》痢篇的辨治特色进行探析, 进一步指导临床实践。

1 痢疾概述

痢疾最早见于《黄帝内经》, 《素问·通评虚实论篇》称之为“肠澼”, 《素问·至真要大论篇》称之为“赤白”“赤沃”^[2]。汉代医家张机(字仲景)《金匮要略》中有“下利”“热痢”等称谓, 而后陈延之将本病称为“滞下”, 提出“肠胃中实, 始作滞下”, 在先秦至隋唐时期, 多将痢疾与泄泻混称, 多数著作将二者混为一谈^[3]。直至宋代《太平惠民和剂局方》首次提出“痢疾”病名, 将泄泻与痢疾分而论之。严用和《严氏济生方》亦有“今之所谓痢疾者, 即古方所谓滞下是也”之述。自此“痢疾”之病名统一, 频见于后世典籍^[4]。叶桂《临证指南医案·痢》开篇即谈到其“古称滞下”,

且全篇中对“滞下”之名多有提及。

对于痢疾的临床分类, 《备急千金要方》:“大凡痢有四种, 谓冷热痢, 冷则白。热则赤。甘则赤白相杂无复节度, 多睡眼涩, 壅则纯痢瘀血。”将痢从病因上分为冷、热、痞、壅四型^[5]。《症因脉治》按病因将痢疾分为外感内伤两大类, 然后再分为寒湿痢、湿热痢、燥热痢、疫痢、七情痢、劳逸痢、饮食痢以及休息痢8种不同证型^[6]。历代医家对痢疾的分型各不相同, 但均不离大便形状颜色、病因等特点命名。叶桂对痢疾的分类对上述命名均有延用, 叶氏医案中痢疾未明确分论, 可见“湿热痢、协热痢、血痢、休息痢、久痢、疟变痢、肠风、噤口痢”等病名。

叶氏勤求古训, 其治痢之法多总结前人学术经验, 临证时继承前人之法并不断创新完善。汉代医家张机提出“辨证论治”思想, 临床上用方灵活, 叶氏治疗痢疾大量引用张机之方, 且毫不拘泥于《伤寒杂病论》条文; 李杲(号东垣)开创了“脾胃元气论”, 认为脾气不升则湿气下流, 突出脾胃为胜湿之本, 故以健脾益气为治泻痢之要; 滋阴派代表朱震亨则以气血痰郁为纲要辨治内伤杂病, 提出痢疾皆以湿热为本, 认为“赤白者气血受病”, 治疗当通调气血为宜^[6]。叶氏集各家学说之精华, 结合其毕生临证之经验, 总结出“从湿热论

治”“脏腑同调，尤重脾胃”“补中寓通，通补并用”的学术思想，独具叶氏治疗特色。

痢疾是夏秋季节常见的肠道传染病，临床表现以大便次数增多、腹痛、里急后重、痢下赤白黏冻为主^[7]。症状与现代医学的溃疡性结肠炎相似，溃疡性结肠炎的发病原因及机制复杂，目前其发病率在全世界呈逐年上升趋势。口服中药治疗临床应用广泛，且出现很多行之有效的专用方^[8]，故可探析叶桂治痢之法以指导溃疡性结肠炎的治疗。

2 叶桂对痢疾病因病机的认识

2.1 湿热气薄肠胃致病

叶桂对痢疾的认识，首先源于前代医家的经验积累。《素问·阴阳应象大论篇》：“热胜则肿……湿盛则濡泻。”“暴注下迫，皆属于热；诸呕吐酸，皆属于热。”^[2]《素问·生气通天论篇》：“因于湿，首如裹，湿热不攘，大筋繃短，小筋弛长。”^[2]湿为阴邪，热为阳邪，湿热之邪相合，其病程较长，病情复杂，变化多端^[9]。

叶氏认为痢疾多属湿热壅滞肠胃，病邪有外感内伤之分。外感者多因夏秋暑湿夹积，其次为风淫火迫寒侵也^[1]，如《临证指南医案·痢》：“痢症湿热，皆是夏令邪伏。”“每痢必先腹痛，是夏秋暑热郁滞于中。”“平昔酒客留湿，湿胜内蕴，肠胃不爽。”饮食不节为痢疾发病的重要原因。平素饮食毫无禁忌，嗜酒太过，致脾胃阳气虚弱，无以运化水谷，饮食积滞日久生湿生热，湿热蕴结在腑致气血瘀阻，发为痢疾。此外，叶氏提出湿热致痢亦有暑湿及湿热之分，二者致病最广。暑必夹湿，多发生于夏秋季节，指出其季节性。

2.2 脏腑气机失调致病

痢疾病位虽在肠，但与脾、肝、肾密切相关，叶氏尤以脾胃为本立论。他认为：“脉缓，脐上疼痛，便稀溺短，乃是湿郁脾胃之阳。”“腹满自痢，脉来濡小，病在太阴。”^[1]脾胃为后天之本，二者同居中焦，平素饮食不忌、酒客湿滞，损伤脾胃，中阳受困以致水谷运化受阻，酿生湿热、寒湿之邪，蕴于中焦，闭阻气机，故症见下利不爽。《临证指南医案·脾胃》：“胃主纳食，脾主运化，脾宜升则健，胃宜降则和。”若清气不升，浊气不降，脾胃升降失司，日久则生湿化火，因此调节气机升降是改善脾胃湿热的关键。

《景岳全书》：“凡里急后重者，病在下肠最下之处，而其病本则不在广肠，而在脾肾。”“脾肾虚弱之辈，但犯生冷，极易作痢。”^[10]若久痢缠绵难愈，则脾胃先伤，继而及肾。叶氏在《临证指南医案·痢》中多次提及“久痢必伤肾”“久泻久痢为肾病”，肾虚是痢疾发病的重要因素之一，肾为先天之本，肾阳虚衰，无以温煦脾阳，虚寒内生，下焦失于收摄，故发为晨泄。

此外，痢疾的临床表现亦与肝密切相关，如在周氏案中“痢后阴伤，但嗔怒不已，肝木犯土，致病流连”。肝之疏泄功能主要表现在“情志”“消化”和“通利三焦、疏通水道”方面。唐容川《血证论·脏腑病机论》：“木之性主于疏泄，食气入胃，全赖肝木之气以疏泄之……设肝之清阳不升，则不能疏泄水谷。”^[11]进一步解释了脾胃升降有赖肝木的协调作用，肝木过盛则克伐脾土而致邪气流连难愈。

2.3 八脉无权，病久入络

叶桂首创从奇经八脉辨识疾病的病机^[12]。奇经八脉调节十二经脉气血，又司统摄之权，尤与肝肾关系密切，肾阳肝阴受损，发为痢疾，痢久延及奇经八脉，八脉无权，下无收摄，漏卮不已。纵观叶氏医案，亦有痢久连两腰胯脊酸痛，周身痛痹者，督脉“贯脊属肾”“内侠脊抵腰中，入循脊络肾”，故从奇经八脉论治久痢所致疼痛、痹症等常能收到意外良效。

叶桂《临证指南医案》述及“阴络乃脏腑隶下之络”“食物不和，肠络空隙所渗”，首次明确提出“肠络”概念^[13]。“凡久恙必入络，络主血”“病久痛久则入血络”即为著名的久病入络、久痛入络理论。痢疾总属虚体夹邪之症，肠络痹阻为致病关键，在痢疾发展过程中存在不同程度的血瘀湿热阻滞络脉现象，病邪由经入络、由气及血，逐渐发展为慢性疾病，易反复发作。叶氏奇脉病论及久病入络理论为痢疾病因病机的辨识提供了新思路。

3 叶桂治痢五法

对于痢疾的治疗，叶桂首辨虚实，注重通补并用。湿热痢者清利湿热，协热痢热毒炽盛者清热解毒，阴伤耗气者甘酸化阴，阳虚肠滞者温通导滞，但须苦寒通降有度，不可伤正。中虚脏寒宜温补脾胃，下元亏虚宜滋阴补肾，若病久入络应温补奇经八脉。叶桂辨治痢疾及其用药规律归纳如下。

3.1 久蕴湿热者治以清利湿热法

湿热痢是临床常见证型。症见久痢不爽，中焦痞结，腹形胀满，小溲不利等症状。叶桂：“久蕴湿热，痢脓自利，肠胃气滞，利频不爽，法当分消，以去湿热。”“虽脾胃久伤，但仍能纳食，当使用苦味药坚阴，芳香理脾。”宜用苦辛寒为治，以清利湿热。叶氏善用苦寒之品，同时强调顾护脾胃，不可攻劫太过，对于此类湿热证的治疗常以半夏泻心汤加减，取补以运之，辛开苦降之功，调畅脾胃气机升降，促进水湿运化。“半夏泻心汤”及其类方由汉代著名医家张机所创制，是辛开苦降的代表方^[14]。现代研究表明半夏泻心汤能通过影响生长激素释放肽的释放调节胃肠运动功能，从而发挥缓解腹痛、腹部不适，改善大便性状的效用^[15]。

针对暑湿热痢、邪未尽、热渐入里、津先耗伤者，常用黄芩、黄连、桂枝、银花、乌梅、芍药等药物，以疏散表邪，益气生津，酸苦泻热。叶氏认为“气行斯湿热积聚无容留矣”。若湿热伤气，后重里急不爽，则需清里热，必佐理气，叶氏善用木香、厚朴二味行气之品，再配黄芩、黄连苦辛行气泻热。有学者认为黄芩、黄连具有抗真菌、抗病毒、抗炎、抗腹泻等作用，可抑制血小板活化因子，明显改善肠道炎症^[16]。木香经内酯是木香的主要药效成分，对溃疡性结肠炎小鼠具有明显的治疗作用，其作用机制可能是改善肠道菌群失调，促进Th1/Th2平衡，抑制4型Toll样受体/核转录因子- κ B活化，从而减轻肠黏膜炎症损伤^[17]。

3.2 协热自利者治以清热解毒法

清热解毒法属中医治疗八法中的“清法”范畴，即运用寒凉药物清泻火热的治疗方法。叶氏所言之协热利为痢之重症，症见协热自利，温邪经询不解，时有神志不清，神昏惊厥。此为湿热疫毒内侵，热盛于内，燔灼肠道，耗气伤津所致，叶氏

认为温邪致病，邪气伏于厥阴，内虚邪陷，易致痉厥。

《伤寒论·辨厥阴病脉证并治》：“热利下重者，白头翁汤主之。”《金匱要略·呕吐下利病脉证治》：“下利欲饮水者，以有热故也，白头翁汤主之。”白头翁汤原方由白头翁、黄连、黄柏、秦皮组成。此方张机用治热毒下利，可达清热解毒凉血、燥湿止痢之功^[18]。叶桂在临床上结合张机之学说，多延用白头翁汤治疗协热下利，再加黄芩、白芍祛湿缓痉。现代药理学研究表明，白头翁具有较强的抗炎作用，可明显抑制巨噬细胞分泌白细胞介素-6，有效减轻炎症程度和组织损伤，能通过调节炎症因子的平衡及其介导的免疫反应达到治疗溃疡性结肠炎的功效^[19]。再如噤口痢，证属暑湿之邪深入着腑，干呕不能食，腹痛，里急后重，脉细数者，叶氏亦选用白头翁汤苦寒清热解暑。

3.3 痢久阴伤者治以甘酸化阴法

叶桂：“泻痢久必阴损液耗，与甘酸化阴。”^[1]脾有阴阳之分，脾胃为后天之本、中州之脏，五脏六腑均有赖于脾胃之气的濡养。脾运化疏布五脏六腑之阴液，有赖于脾阴和脾阳之间互相依存、互相协调。张锡纯《医学衷中参西录》引陈修园精辟论述：“脾为太阴，乃三阴之长，故治阴虚者，当以滋脾阴为主，脾阴足，自能灌溉诸脏腑也。”^[20]

阴液耗伤者常症见唇燥舌干，不思饮食，厌食欲呕，肛门坠胀等。叶氏认为久痢必脾阴受损，耗伤阴液，此时出现口渴微咳等症状，并非实火所致，皆因阴液亏损。“昔贤于热病液涸急以救阴为务。”^[1]用药注重酸甘化阴生津，常以人参乌梅汤加减酸甘化阴、健脾止痢，在此基础上或加生地、麦冬清热养阴，或加白芍养血敛阴。实验表明，腹泻模型大鼠结肠组织中 γ -氨基丁酸能信号系统相关调控因子与腹泻病具有高度相关性，人参乌梅汤对 γ -氨基丁酸能信号系统具有抑制作用，其发挥生津止泻作用可能是通过下调磷脂酰肌醇-3-激酶、Akt2及 γ -氨基丁酸A型受体 $\beta 2$ 亚基的表达、减少Cl⁻向肠腔的流动、调节肠道水液代谢来实现的^[21]。叶氏亦常用张介宾（号景岳）之理阴煎亦或复脉汤去姜、桂、麻等辛温耗伤阴液之属。若已有阴伤，暑热又乘阴虚下陷，则用熟地黄炭、当归炭、山楂炭、麦芽、升麻等药物摄阴升阳。

3.4 阳虚肠闭者治以温通导滞法

叶桂认为六腑宜通，强调治病之法，非通即涩。对于肠腑闭结，阳气虚弱者，叶氏主张以温药通之。腑病多实，“六腑以降为顺，以通为用”对疾病的诊治有重要意义，在生理状态下，六腑须保持通畅，以利于食物下传、糟粕排泄以及水液代谢正常。叶氏在《临证指南医案·脾胃》中亦论述“脏宜藏，腑宜通，脏腑之用各殊也”^[21]。

症见久痢腹痛、食少畏寒，服用温下之品后，仍然肠滞不通，脉沉伏者，多使用大黄、附子、厚朴、木香、茯苓等药物治疗。阳气虚弱，运化功能失常，故肠胃留滞。叶氏合附子温通中阳、大黄泻下攻积之力，佐以木香、厚朴顺气导滞，痢疾多为虚实夹杂，治疗宜补中寓通，通补兼施，共奏温阳通腑之效。若痢疾因饮食不慎，偏食生冷或七情内伤所致腹痛拒按，痛痢不爽，此为湿热郁蒸，实邪阻滞胃肠，多采用承气汤类或大黄牡丹汤，以通下之法通腑消积。

3.5 痢下滑脱者治以温补固涩法

《素问·水热穴论篇》：“胃者，肾之关也。”《类经》提出“关者，门户要会之处，所以司启闭出入也”，认为“关”为开合门户之意^[22]。叶氏指出肾虚不固，久痢必伤肾阴。命门火衰，无以温土，脾胃虚衰，无以资肾则见痢下滑脱不禁，二者互资互助，相互影响。如某案中出现的下痢后大便不实，食不健运，色脉皆提示虚象，叶氏认为此清阳失旷于中，阴气走泄于下，当先理中焦脾胃，继而摄阴。选方以四君子汤益气健脾为基础，加广皮、炮姜、益智仁。再如症见自利不渴，胃少纳谷，冲气上逆，有土败之象者，选附子粳米汤驱寒降气，调和中土。纵观叶氏医案，此类理中焦虚寒方剂应用颇多，足见叶桂对顾护脾胃的重视。

至于肾阴亏损，趁泄痢血，肛坠尻酸，下焦不固，失于收纳者，常用六味地黄丸滋阴补肾，再配以禹余粮、五味子等酸收之品固摄下焦。久痢延及奇经八脉，八脉无权，奇脉失统，漏厄不已。叶氏治疗此类痢疾多用温补奇脉法，重用鹿茸等血肉有情温补之品配伍菟丝子、熟地黄、杜仲、人参等肝肾同补^[23-24]。

4 小结

痢疾是临床常见病，涉及病证类型广泛，病理复杂且迁延难愈，历代医家对痢疾的辨治探讨颇多。对于痢疾的病因病机，叶桂认为主要为湿热之邪客于中焦及脏腑气机失调所致，在此基础上提出了痢久延及奇经八脉，八脉无权以及久病入络理论。治疗痢疾则首辨虚实，通补并用，具体治法有清利湿热法、清热解毒法、甘酸化阴法、温通导滞法、温补固涩法，此外还提出久病入络学说，首创温补奇脉法。叶氏汲取前人理论经验之精华，结合其临床实践，总结出“从湿热论治”“脏腑同调，尤重脾胃”“补中寓通，通补并用”等学术思想，形成独具叶氏特色的诊治思路，其见解独到，用药精准，对于现代临床治疗痢疾有一定的指导意义。

参考文献:

- [1]叶天士.临证指南医案[M].苏礼,等,整理.北京:人民卫生出版社,2006.
- [2]黄帝内经素问[M].傅景华,陈心智,点校.北京:中医古籍出版社,1997.
- [3]朱璐璐,邝卫红,纪意纯.泄泻与痢疾鉴别源流探析[J].环球中医药,2021,14(7):1260-1262.
- [4]姜德友,赵术志,李俊,等.痢疾源流考[J].中国中医急症,2020,29(6):1098-1101.
- [5]冯汉财.痢疾的中医古籍整理及临床诊疗方案的梳理[D].广州:广州中医药大学,2011.
- [6]张艳君,白鹏飞,李鞍英.金元四大家学术思想对泻痢疾病辨治的影响[J].四川中医,2015,33(10):3-4.
- [7]周仲瑛.中医内科学[M].北京:中国中医药出版社,2017.
- [8]张瑞芳,陈朝晖,刘瀚沧,等.溃疡性结肠炎的发病机制及其治疗进展[J].生命的化学,2018,38(2):241-249.
- [9]吕文亮,周姝含,孙易娜,等.基于病证结合的脾胃病湿热理论的创新与应用研究[J].世界科学技术-中医药现代化,2021,23(8):2601-2606.
- [10]张介宾.景岳全书[M].北京:中国中医药出版社,1994.
- [11]霍磊,张欢润,詹向红,等.“肝主疏泄”内涵演变[J].中国中医基础医

学杂志,2021,27(10):1533-1535.

[12]孟彦彬,石艳华,孙盛,等.叶天士辨证论治学术思想及对后世的影响[J].陕西中医,2006(11):1446-1448.

[13]张慧,张云松,姜璐,等.以“络以通为用”为指导探讨溃疡性结肠炎的诊疗[J].北京中医药大学学报,2021,44(11):1044-1048.

[14]皇玲玲,赵晓峰,郭海,等.叶桂治痢五法浅析[J].环球中医药,2017,10(8):994-996.

[15]申中美,刘万里,苏坤涵.辛开苦降法在腹泻型肠易激综合征治疗中的应用[J].辽宁中医药大学学报,2020,22(3):166-169.

[16]张玲.葛根苓连五炭汤治疗溃疡性结肠炎的疗效观察[J].中医临床研究,2020,12(23):54-56.

[17]宋洁,郭瑞芳,聂虹,等.木香桉内酯对溃疡性结肠炎小鼠肠道免疫炎症的影响及其机制[J].广西医科大学学报,2021,38(12):2300-2305.

[18]王立娟,刘旭,张亚利,等.仲景方治疗溃疡性结肠炎研究进展[J].中国中医药信息杂志,2014,21(7):124-128.

[19]俞赞丰,韦方敏,殷双,等.基于数据挖掘的加味白头翁汤治疗溃疡性结肠炎的方药组成分析[J].中医临床研究,2021,13(19):25-29.

[20]张元贵,邱仕君,肖莹,等.从“体阴用阳”谈脾之阴阳[J].中医药信息,2008(2):8-9.

[21]李珊珊,赵琼,管志伟,等.加味人参乌梅汤调控腹泻大鼠GABA能信号通路的系统效应[J].中国实验方剂学杂志,2022,28(9):7.

[22]瞿金鸿,李炯侠,王子坪.“六腑以通为用”在临床中的应用[J].辽宁中医药大学学报,2008,9(6):21-23.

[23]张景靳,周永学.从“肾者,胃之关”试论水气病治则[J].四川中医,2019,37(12):26-28.

[24]谭复成.《临证指南医案》痢疾治法探讨[J].湖北中医杂志,1995,17(5):26-27.

基金项目:

辽宁省自然科学基金(2020-MS-226)。

作者简介:

刘嘉欣(1996—),女,辽宁中医药大学硕士研究生,研究方向为中医肛肠。

周天羽(1977—),通讯作者,博士后,主任医师,硕士生导师,研究方向为炎症肠病。

编辑:张怀锦 编号:EA-4220330493(修回:2022-11-16)

肾虚在糖尿病早期肾病中病因病机的初探

The effect of kidney deficiency in the etiology and pathogenesis of early diabetic nephropathy

李欣 杨江成 邢志光 辛梅芳
(海阳市中医医院,山东 烟台,265100)

中图分类号:R587.1 文献标识码:A 文章编号:1674-7860(2022)32-0024-03 证型:DGB

【摘要】肾虚痰浊是糖尿病早期肾病的基本病机,肾虚是本,痰浊是标,两者互为因果,相互影响。在病因学方面,肾气虚弱是该病的基本原因,与脾气功能异常、痰浊湿邪等病理产物关系密切;在病机学方面,主要与肾失开阖,痰浊扰肾,精微下注有关。

【关键词】糖尿病早期肾病;病因病机;肾虚

【Abstract】 Kidney deficiency and phlegm turbidity are the basic pathogenesis of early diabetic nephropathy. Kidney deficiency is the root cause, and phlegm turbidity is the superficial symptom, the two indicators are mutually causal and affect each other. In terms of etiology, kidney-Qi (气) - deficiency is the basis cause of the disease, and it is closely related to pathological products such as abnormal spleen function, phlegm turbidity and dampness. In the aspect of pathogenesis, it is mainly related to the dysfunction of opening and closing of kidney, phlegm turbidity disturbing the kidney, and the downward diffusion of essential substances.

【Keywords】 Early diabetic nephropathy; Etiology and pathogenesis; Kidney deficiency

doi:10.3969/j.issn.1674-7860.2022.32.005

糖尿病肾病是临床上最为常见的糖尿病微血管病变之一,在糖尿病患者中,高血糖毒性以及氧化应激反应等因素在肾小球系膜细胞增殖、纤维化中扮演了重要角色,因此在糖尿病肾病早期就可以观察到肾小球系膜扩张和基底膜的增厚,这不仅是糖尿病肾病患者产生尿微量白蛋白的因素,也是其肾功能减退的诱因^[1]。肾小球系膜细胞增殖是本病的起始阶段,而肾脏纤维化则是糖尿病肾病的最终结局,因此只有在

糖尿病肾病早期进行干预才能达到延缓本病进展的目的。目前尚无理想药物,血管紧张素转化酶抑制剂以及钠-葡萄糖协同转运蛋白2抑制剂虽然在一定程度上降低了尿蛋白排泄率,但未从根本上解决肾小球系膜的增殖与纤维化。中医学对于糖尿病肾病病因病机的认识已趋于一致,认为本虚标实是本病的病因病机,笔者亦认为肾虚痰浊符合上述病理发展过程,可以作为糖尿病肾病的基本病机。基于此认识,本文将重点