

# 从糖毒损络论治糖尿病性不安腿综合征

刘慧玲<sup>1</sup>, 周建龙<sup>1</sup>, 刘秋艳<sup>1</sup>, 胡冰冰<sup>1</sup>, 董久艳<sup>1</sup>, 岳仁宋<sup>2,△</sup>

(1. 成都中医药大学, 四川 成都 610075; 2. 成都中医药大学附属医院内分泌科, 四川 成都 610075)

**摘要:** 糖尿病性不安腿综合征隶属糖尿病周围血管病范畴, 是糖尿病的一种严重微血管并发症。岳仁宋教授根据多年临床经验认为糖尿病性不安腿核心病机当属“糖毒损络”, 并根据中医“心主血脉, 心藏神”等基础理论, 提出身心同治、理糖泄毒的基本治法, 即在理糖泄毒基础上注重通络, 同时兼顾开通玄府及安神定志等。以此法验之临床, 每多良效, 明显缩短病程周期, 减轻了患者的痛苦, 提高了患者的生活质量。

**关键词:** 糖尿病性不宁腿; 糖毒损络; 身心同治

**中图分类号:**      **文献标志码:**      **文章编号:** 1000-3649 (2016) 12-0026-03

**Diabetes Restless Leg Syndrome Differentiated and Treated from Theory of “Diabetes Poison Damaging Meridian” /LIU Huiling, ZHOU Jianlong, LIU Qiuyan, et al. //1. Chengdu University of Traditional Chinese Medicine (Chengdu Sichuan 610075, China); 2. Department of Endocrinology, the Teaching Hospital of Traditional Chinese Medicine (Chengdu Sichuan 610075, China)**

第一作者: 刘慧玲, 成都中医药大学 2014 级研究生, 研究方向: 中医药防治内分泌疾病的研究, Tel: 18382284640, E-mail: 1092293645@qq.com; △通讯作者: 岳仁宋, 教授, 主任医师, 博士生导师, E-mail: yuerensong163@hotmail.com.

[17] Kong J, Gollub R, Huang T, et al. Acupuncture de qi, from qualitative history to quantitative measurement [J]. J Altern Complement Med, 2007, 13 (10): 1059~1070

[18] Yu DT, Jones AY, Pang MY. Development and validation of the Chinese version of the Massachusetts General Hospital Acupuncture Sensation Scale: an exploratory and methodological study [J]. Acupunct Med, 2012, 30 (3): 214~221

[19] 胡妮娟, 林驰, 张鹏, 等. 关于如何进行针刺得气定性定量判断的思考 [J]. 上海针灸杂志, 2015, 34 (6): 493~496

[20] Xu SB, Huang B, Zhang CY, et al. Effectiveness of strengthened stimulation during acupuncture for the treatment of Bell palsy: a randomized controlled trial [J]. CMAJ, 2013, 185 (6): 473~479

[21] Claunch JD, Chan ST, Nixon EE, et al. Commonality and specificity of acupuncture action at three acupoints as evidenced by FMRI [J]. Am J Chin Med, 2012, 40 (4): 695~712

[22] Hui KK, Nixon EE, Vangel MG, et al. Characterization of the “deqi” response in acupuncture [J]. BMC Complement Altern Med, 2007, (7): 33

[23] Hui KK, Marina O, Liu J, et al. Acupuncture, the limbic system, and the anticorrelated networks of the brain [J]. Auton Neurosci, 2010, 157 (1~2): 81~90

[24] Fang J, Jin Z, Wang Y, et al. The salient characteristics of the central effects of acupuncture needling: limbic-paralimbic-neocortical network modulation [J]. Hum Brain Mapp, 2009, 30 (4): 1196~1206

[25] Chen JR, Li GL, Zhang GF, et al. Brain areas involved in acupuncture needling sensation of de qi: a single-photon emission computed tomography (SPECT) study [J]. Acupunct Med, 2012, 30 (4): 316~323

[26] Jin LM, Qin CJ, Lan L, et al. Local Anesthesia at ST36 to Reveal Responding Brain Areas to deqi [J]. Evid Based Complement Alternat Med, 2014, 2014: 987365

[27] White P, Bishop F, Hardy H, et al. Southampton needle sen-

sation, questionnaire: development and validation of a measure to gauge acupuncture needle sensation [J]. J Altern Complement Med, 2008, 14 (4): 373~379

[28] Kong J, Gollub R, Huang T, et al. Acupuncture de qi, from qualitative history to quantitative measurement [J]. J Altern Complement Med, 2007, 13 (10): 1059~1070

[29] MacPherson H, Asghar A. Acupuncture needle sensations associated with De Qi: a classification based on experts’ ratings [J]. J Altern Complement Med, 2006, 12 (7): 633~63

[30] Xiong J, Liu F, Zhang MM, et al. De-qi, not psychological factors, determines the therapeutic efficacy of acupuncture treatment for primary dysmenorrhea [J]. Chin J Integr Med, 2012, 18 (1): 7~15

[31] 颜虹. 医学统计学 [M]. 第2版, 北京: 人民卫生出版社, 2011: 429

[32] Benham A, Johnson MI. Effect of bidirectional rotation of an acupuncture needle at LI10 on acupuncture needle sensation and experimentally-induced contact heat pain in healthy human volunteers [J]. Acupunct Med, 2014, 32 (3): 267~272

[33] Mokkink L B, Terwee C B, Patrick D L, et al. The COSMIN checklist for assessing the methodological quality of studies on measurement properties of health status measurement instruments: an international Delphi study. Qual Life Res, 2010, 19 (4): 539~549

[34] Aaronson N, Alonso J, Burnam A, et al. Assessing health status and quality-of-life instruments: attributes and review criteria [J]. Qual Life Res, 2002, 11 (3): 193~205

[35] Valderas J M, Ferrer M, Mendivil J, et al. Development of EMPRO: a tool for the standardized assessment of patient-reported outcome measures [J]. Value Health, 2008, 11 (4): 700~708

[36] 刘保延. 患者报告结局的测量——原理、方法与应用 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2011

(收稿日期 2016-08-17)

**Abstract:** Diabetes restless leg syndrome which is a serious microvascular complications in diabetes is under category of diabetic peripheral vascular disease. Professor YUE Rensong regards the core of diabetes restless leg as attributing to “diabetes poison damaging meridian” basing on years of clinical experience, who has proposed simultaneous physical and mental treatment, managing blood sugar and expelling diabetes poison basic therapy, basing on the basic traditional Chinese medicine theory of artery and spirit. And pay attention to open up the meridians on basic of managing blood sugar and expelling diabetes poison, meanwhile dredging sweat pore or tranquilizing and sedating the mind. With those clinical experience, patients get good effect, shorten the course of disease developing, reducing the pains and improving the quality of life.

**Keywords:** Diabetes restless leg syndrome; Diabetes poison damaging meridian; Simultaneous physical and mental treatment

糖尿病是一种常见病多发病,持续高血糖与长期代谢紊乱等可导致全身组织器官,特别是眼、肾、心血管及神经系统的损害及其功能障碍。糖尿病性不安腿是糖尿病特有的严重微血管并发症,不安腿综合征(RLS)系指小腿深部于休息时出现难以忍受的不适,运动、按摩可暂时缓解的一种综合征,又称“不安肢综合征”,其临床表现通常为夜间睡眠时,双下肢出现极度的不适感,迫使患者不停地移动下肢或下地行走,导致患者严重的睡眠障碍。西医给以营养神经,扩张血管药往往效果欠佳。导师岳仁宋教授长期从事糖尿病及并发症的临床与研究,提出糖尿病性不安腿“糖毒损络”的病机特点,立法遣方,临床疗效颇佳。

#### 1 糖尿病性不安腿病因病机

根据不安腿综合征的临床症状,《内科摘要》中“夜间少寐,足内酸热。若酿久不寐,腿内亦然,且兼腿内筋似有抽缩意,致二腿左右频移,辗转不安,必致倦极方寐”的论述与本病酷似。虽未明确提出病名,但与不安腿综合征症状完全符合。本综合征的发病原因及发病机制尚不十分清楚,现认为与神经、精神等多种因素有关,有人推测是与腿部的血液循环障碍引起组织代谢产物的堆积有关<sup>[1]</sup>。导师岳仁宋教授认为糖尿病性不安腿核心病机为“糖毒损络”,即是多种原因导致体内糖毒堆积,痰湿、瘀血内生,损于血络,络脉阻滞,不通则痛;邪在血分,故见夜间尤甚;心主血脉,邪滞络脉,故心烦不安。

1.1 三火成毒 导师认为“糖毒”是由禀赋不足、嗜食肥甘、情志失调、久坐少动等原因导致脏腑受损、功能失调而蕴生的一种停积于三焦、脉络,具有强烈侵袭性、损伤性、难于根除的毒邪<sup>[2]</sup>。其中不可忽略的是“三郁化火”之毒: 1) 食郁化火,糖尿病患者普遍多食,当饮食失节、恣食肥甘,伤及脾胃失于运化,脾不散精,膏脂不能充分转化成水谷精微之气,充溢堆积体内,停于中焦,郁而化火; 2) 毒郁化火,糖尿病属于代谢性疾病,持续高血糖与长期代谢紊乱,导致血糖、血脂、尿酸等代谢异常,聚集成毒,停于三焦,久则糖毒、脂毒郁而化火; 3) 气郁化火,糖尿病患者原本肝旺,或体质素弱,复加情志刺激(例如明确诊断后),七情过极,超过机体的调节能力,导致情志失调,肝气不疏,忧思成结,郁而化火。三火归于壮火,一种亢奋的病理之火。壮火食气、散气,伤津耗液,炼液为痰,阻于经络,引起气血津液运行障碍,血瘀津

凝痰结,从而产生痰、瘀等病理产物。

1.2 心神受扰 1) 《素问·调经论》云“心藏神。”《素问·痿论》曰“心主身之血脉。”络脉隶属于血脉系统,络脉受“糖毒”所伤,病及血脉,邪伏于血分,“血舍神”,故心神被扰; 2) 糖尿病性不安腿疼痛明显,“诸痛疮疡,皆属于心”,心主血脉,糖毒损伤络脉,邪扰于心则心不藏神,故可见心烦不安; 3) “糖毒”伏于血脉,即“血分伏邪”,血属于阴,夜间阳入于阴,阴分渐盛,邪气不衰,正邪相争则见疼痛夜间症状加重,痛则烦躁不安,心神不宁,有强烈活动欲望。心神受扰,患者睡眠质量差,情绪受到影响,加重气郁之火,且导致血糖波动大。故强调“身心同治”重要性。

#### 2 糖尿病性不安腿治则

基于糖毒损络,心神不安的病机特点,导师提出身心同治之法。治身有二,一者理糖泄毒,二者通络脉、开玄府。治心即是安神定志。

##### 2.1 治身

2.1.1 理糖泄毒 “理糖”指在中西医结合下控制血糖。“泄毒”指清除糖毒,其中包括食郁、气郁、毒郁三郁化火毒,分别采用半夏泻心汤、越鞠丸、黄连解毒汤加减。食郁之半夏泻心汤:膏脂不能充分转化成水谷精微之气,充溢堆积体内,积郁中焦,多见痞证,吴昆《医方考》云“姜、夏之辛,所以散痞气;芩、连之苦,所以泻痞热;已下之后,脾气必虚,人参、甘草、大枣所以补脾之虚。”气郁之越鞠丸:越鞠丸为朱丹溪首创,虽解六郁,但六郁无不与气相关,方中香附为疏肝理气之要药,李时珍称之为“气病之主司”,为君药;川芎为“血中气药”,既可助香附以行气解郁,又可活血以消血郁;苍术燥湿健脾以消湿郁,神曲消食郁,栀子清火郁,共奏解郁之效。毒郁之黄连解毒汤:黄芩、黄连、黄柏分别治上、中、下三焦之火,栀子泻三焦之火,导热下行,引邪热从小便而出,共奏泄毒郁之火功效。另“糖毒”郁火阻于三焦、经络,致气机失调,清阳不升,浊阴不降,亦可选“升降散”阳升阴降,内外通和,畅通“糖毒”排泄之路。

2.1.2 通络脉 糖毒之“郁火”伤津耗液,炼液为痰,阻于经络,引起气血津液运行障碍,血瘀津凝痰结,从而产生一系列病变。导师认为,此时单用草木活血化痰之品药力不及,尤难达于络脉,故须辅以虫类搜剔通络之品。常用药物:当归、川芎、桃仁、乳香、没药、红花、怀牛膝、大黄等活血化痰;

羌活、独活、秦艽等祛风湿通经络；僵蚕、蝉蜕、地龙、乌梢蛇、土鳖虫、蜈蚣、水蛭等搜剔络脉。

2.1.3 开玄府 刘氏将人体各种组织的腠理统称为“玄府”，把营卫、气血、津液在人体脏腑、皮肉、筋骨的玄府中正常运行的生理功能称作“气液宣通”<sup>[3]</sup>。“糖毒”停滞经络、三焦，气血、津液失于宣通，玄府闭郁，则见患者皮肉疼痛，治疗上刘氏认为应“以辛散结”，“令郁结开通，气液宣行”<sup>[3]</sup>。常用药物：麻黄、黄连、黄芩、葛根、鸡内金、荔枝核等。

2.2 治心 治心即是安神定志。心神受“糖毒”所扰，患者心神不安、心烦燥扰，强烈想要活动，故辨证给予安神药，导师常用药物：酸枣仁、合欢皮、首乌藤、远志、柏子仁、磁石、龙骨、琥珀等。另“糖毒”之郁火伏于血脉，即“血分伏邪”，加用清热凉血药养阴清热而泄伏热，如：生地黄、玄参、赤芍、丹皮等类。

### 3 应用举隅

患者泽翁某某，男，37岁，藏族人。患2型糖尿病四年。症见：全身广泛皮肤肌肉针刺样疼痛，下肢为主，夜间尤甚，活动、捶打后稍缓解，伴口干口苦，不欲饮水，下腹部胀满不适，食欲佳，眠差，大便干结，小便量少。舌红苔黄，舌下脉络迂曲，脉弦数。辅助检查：入院随机血糖23.3mmol/L，血酮0.1mmol/L，尿常规：葡萄糖(+++)，甘油三酯2.8mmol/L，震动感觉阈值：浅感觉减退，轻-中度感觉障碍，肌电图示：双下肢胫、腓神经运动运动纤维和腓浅神经感觉纤维受损，提示双下肢坐骨神经病变。F波：双侧胫神经F波潜伏期延迟，H反射：双侧H反射潜伏期延迟。诊断为糖尿病性不安腿。西医予以控制血糖及戴芬、加巴喷丁止痛、甲钴胺营养神经治疗后疼痛缓解不明显。中医治疗：初诊方选升降散加减：僵蚕20g，蝉蜕15g，姜黄10g，酒大黄5g，川牛膝15g，羌活15g，鸡血藤15g，独活15g，枳壳15g，酸枣仁15g，磁石30g，远志15g，合欢皮30g，生地黄20g。免煎3剂，水冲服，日3次，餐前温服，每次150ml。二诊：患者血糖空腹血糖7~9mmol/L，餐后血糖10mmol/L，诉全身皮肤肌肉肌肉针刺样疼痛、口干口苦、眠差缓解，食欲可，小便赤涩疼痛，大便不成形，舌红苔腻，脉数。调整方药如下：怀牛膝15g，羌活15g，地龙15g，秦艽20g，醋香附20g，炙甘草10g，当归15g，川芎15g，乌梢蛇15g，生黄芪15g，苍术10g，生黄柏10g，五灵脂10g，桃仁15g，没药10g，红花10g。免煎6剂，水冲服，日3次，餐前温服，每次150ml。三诊：患者空腹血糖5~7mmol/L，餐后血糖7~10mmol/L，诉双下肢疼痛减轻，小便调，大便不成形，舌稍红苔腻脉数，舌下脉络正常。上方基础上去苍术、黄柏，黄芪加至30g，加麻黄10g，白附片20g，免煎剂4剂，水冲服，日3次，每次150ml。四诊：患者血糖控制可，诉全身皮肤肌肉针刺样疼痛缓解明显，食欲可，眠可，舌稍红苔腻，舌下脉络正常，脉数调整方药如下：上方基础上加桂枝

15g，茯苓15g，免煎剂4剂，水冲服，日3次，每次150ml。3日后，患者出院，门诊随访3月，按上述治则治疗，疼痛缓解至消失。

按：初诊，患者血糖控制差，口干口苦，不欲饮水，食欲佳，眠差，大便干结，舌红苔黄腻，脉弦数。辨证属于“火热炽盛，充斥三焦”，治宜“理糖泄毒”。方选升降散：僵蚕、蝉蜕祛风解痉、散风热、宣肺气，宣阳中之清阳，大黄、姜黄荡积行瘀血、清邪热，解温毒，降阴中之浊阴，一升一降，可使阳升阴降，内外通和，表里三焦之热全清；眠差受“糖毒”所扰，加用酸枣仁、远志、合欢皮养心安神，磁石镇惊安神。生地黄清热凉血泄血中伏热；口干不欲饮水、肌肉疼痛、舌下脉络迂曲，必有“瘀”：羌活、独活：二者皆为辛苦温燥之品，辛温通络，共奏通络止痛之效；鸡血藤、川牛膝：活血化瘀，后者攻破之力较胜，更能活血通经；胀满不适，加用枳壳行气宽胸除胀。二诊时，患者血糖水平有所下降，全身皮肤肌肉仍针刺样疼痛、口干口苦、眠差缓解，食欲可，小便赤涩疼痛，大便不成形，舌红，苔黄腻，脉数。此时火热炽盛虽解除，但痰、瘀病理产物尚存于经络、皮肉，玄府闭郁，以致皮肉疼痛，须“开通玄府、活血化瘀通络”。方选身痛逐瘀汤：秦艽、羌活通络；桃仁、红花、当归、川芎、牛膝、没药、五灵脂、香附行气活血，祛瘀止痛；生黄芪：补气行滞；地龙为虫类药，清热，搜风通络，力专善走，周行全身，以行药力。方中共用六味辛味药，朱丹溪“以辛散结”，令郁结开通，气液宣行，玄府开通，同时体现了“络以辛为泄”治法；乌梢蛇：性走窜，能通络，尤善治病久邪深者；患者皮肉筋骨疼痛，小便赤涩疼痛，大便不成形，苔黄腻，加二妙散以清热祛湿，止痹痛。三诊时，患者疼痛缓解，小便正常，舌稍红苔腻脉数，舌下脉络正常。患者疼痛仍在，须加强去除“糖毒”之害。在上方基础上加用麻黄，白附片。麻黄走表，开腠理、透毛窍，加强“玄府”开通，透邪外出，缓解疼痛；白附片为附子切成片，《本草正义》：“附子，其性善走，故为通十二经纯阳之要药……彻内彻外，凡三焦经络，诸脏诸腑，果有真寒，无不可治。”在此取其彻内彻外，通达三焦、经络之效。四诊时，患者疼痛缓解明显，通络之效已成，须进一步清除“糖毒”的病理性产物。故去乌梢蛇，加桂枝、茯苓共奏化痰散结之意。

值得强调的是，糖尿病性不安腿属于慢性代谢性疾病，疗程长，中病后仍须继续调理。

#### 参考文献

- [1] 崔建杰, 刘芳, 张志良, 等. 王敏淑教授治疗糖尿病性不安腿综合征的经验探讨 [J]. 四川中医, 2015, 08: 17~18
- [2] 岳仁宋, 曹立虎, 齐方洲, 等. 小议“糖毒” [J]. 辽宁中医杂志, 2012, 07: 1286~1287
- [3] 岳仁宋, 廖秋双, 王丹. 开通玄府治疗糖尿病 [J]. 光明中医, 2010, 11: 1988~1989

(收稿日期 2016-08-26)