

DOI: 10.16305/j.1007-1334.2026.z20250320003

共病视域下朱丹溪气血观对糖尿病合并高血压“阴伤湿聚”施治求索

刘禹涵¹, 杨孔铭¹, 王 琴¹, 张 楠¹, 张曦旭², 杨 潇², 尹远平²

1. 辽宁中医药大学(辽宁 沈阳 110847); 2. 辽宁中医药大学附属第二医院(辽宁 沈阳 110034)

【摘要】 以朱丹溪气血观为理论框架, 聚焦糖尿病合并高血压“阴伤湿聚”这一病机, 分析其动态演变规律, 提出“阴生于脾, 藏于肾, 用于肝; 湿源于脾, 化于肾, 疏于肝”的学术观点, 强调肝、脾、肾同治, 自拟消渴基本方调肝益肾、和中理气、滋阴祛湿, 疗效满意, 为代谢性共病的中医辨治提供新思路。并附验案 1 则。

【关键词】 糖尿病; 高血压; 代谢性疾病; 共病; 阴伤湿聚; 中医药疗法

Exploration of Zhu Danxi's qi-blood theory in treating "yin deficiency with dampness accumulation" in diabetes mellitus complicated by hypertension from perspective of comorbidity

LIU Yuhan¹, YANG Kongming¹, WANG Qin¹, ZHANG Nan¹, ZHANG Xixu², YANG Xiao², YIN Yuanping²

1. Liaoning University of Traditional Chinese Medicine, Shenyang, Liaoning 110847, China; 2. Second Affiliated Hospital of Liaoning University of Traditional Chinese Medicine, Shenyang, Liaoning 110034, China

Abstract: Based on Zhu Danxi's qi-blood theory, and focusing on the pathogenesis of "yin deficiency with dampness accumulation" in diabetes mellitus complicated by hypertension, this paper analyzes its dynamic progression. The academic viewpoint is proposed that "yin is generated in the spleen, stored in the kidneys, and used by the liver; dampness originates in the spleen, transforms in the kidneys, and is dispersed by the liver." Emphasizing the simultaneous treatment of the liver, spleen, and kidneys, a self-formulated Xiaoke basic prescription for diabetes is used to regulate the liver and benefit the kidneys, harmonize the middle to regulate qi, nourish yin and expel dampness. Satisfactory clinical efficacy has been achieved, providing a new perspective for syndrome differentiation and treatment of metabolic comorbidities in traditional Chinese medicine. A clinical case is presented for reference.

Keywords: diabetes mellitus; hypertension; metabolic diseases; comorbidity; yin deficiency and dampness accumulation; traditional Chinese medicine therapy

糖尿病是临床常见的代谢性疾病, 常与高血压合并发生, 糖尿病患者高血压的发病率高达 59.8%^[1-3]。

[基金项目] 国家中医药管理局全国名老中医药专家传承工作室建设项目(国中医药人教函[2022]75 号); 辽宁省科技厅辽宁省科学技术计划项目(2023-MSLH-153); 辽宁省教育厅 2023 年度高等学校基本科研面上项目(JYTMS20231835)

[作者简介] 刘禹涵, 女, 硕士研究生, 主要从事中医药防治内分泌疾病临床与研究工作

[通信作者] 尹远平, 主任医师, 博士研究生导师;
E-mail: yinyp063@163.com

共病是个体同时患有两种或两种以上慢性疾病的现象, 在全科医院就诊的患者中, 半数患有共病, 其治疗面临着难以合理评估共病药物治疗潜在获益与风险的决策困境, 这类患者往往存在较高的死亡风险^[4-6]。中医可以通过辨证论治为共病患者制定综合性、个体化的治疗方案, 在共病的治疗中具有优势^[7]。尹远平教授系第六批国家老中医药专家学术经验继承工作指导老师, 从事中医理论研究、临床诊疗与科研工作四十余年, 在辨治消渴等内分泌疾病领域经验丰富。“阴伤湿聚”指人体阴液受损和

湿邪停滞两种病理状态同时存在的情况,尹教授在临床实践中发现,“阴伤湿聚”常发生于以阴虚为本的糖尿病及其各种合并症中,并基于朱丹溪气血观提出肝、脾、肾同治的原则,临证以滋阴祛湿、调肝益肾、和中理气为治,疗效卓著。现将其诊疗经验介绍如下。

1 共病之“阴伤湿聚”中医阐释

根据相关临床表现,可将糖尿病合并高血压归入中医学“消渴”与“眩晕”复合病证的范畴^[8]。其证候特征及病机演变遵循“脾虚-阴伤湿聚-阴伤痰凝”的发展规律,即以脾失健运为始动环节,以湿浊内蕴与阴津亏损交互影响为演变核心,最终形成痰凝与阴伤的虚实夹杂格局。

糖尿病与高血压具有相似的病机演变过程。糖尿病的成因在于中满内热^[9],正如《素问·奇病论》所载:“此五气之溢也,名曰脾瘅……肥者令人内热,甘者令人中满,故其气上溢,转为消渴。”高血压的发生发展亦可以从中满内热的角度进行阐释。一方面,脾虚导致脾不升清,脾失健运则湿邪停滞,清阳之气不能上达头目濡养清窍,造成清阳不升而发眩晕;或日久化热,湿热壅滞,蒙蔽清窍,亦可发为眩晕。另一方面,中满内热持续耗伤阴津,致使肝肾阴亏,不能制约肝阳而致肝阳上亢;或阴亏严重,引动虚风,上扰清窍。肾为先天之本,脾为后天之本,二者关系密切。脾虚则精微生成不足,不能充养肾;脾运化失司,气溢成湿浊,湿性趋下,则困厄肾阳,阻碍气化;湿邪郁久化热,内热耗伤津液,损及肾阴,则致肾阴亏虚。《伤寒直指·辨太阳病脉

证治中第六》又载:“木得水而柔和,火得水而既济。恐不如此,则反助热增据……以使风平火息之为稳也。”肾阴亏虚,不能涵养肝木,必致肝阴不足,肝阳偏亢,此为高血压的常见病机。《脾胃论·脾胃虚不可妄用吐药论》载:“木郁达之者,盖谓木初失其性,郁于地中,今既开发,行于天上,是发而不郁也,是木复其性也,有余也;有余则兼其所胜,脾土受邪。”其强调了肝、脾两脏的相互关系,脾虚者湿浊内蕴,壅滞中焦,阻碍气机,形成“土壅则木郁”之态,抑制肝气升发。此外,肝气郁结,一则郁而化火,内热灼津,二则疏泄失职,不能助脾运化水湿,导致脾湿更甚。综上,中满内热是糖尿病与高血压共同的病理过程,且始于脾失健运这一关键环节,进而累及肝、肾。

因此糖尿病合并高血压的共病状态,实为由脾失健运产生的湿与热作为共同致病因素在脾、肾、肝三脏之间相互影响,进而形成从脾气虚损至肝肾阴虚的病机演变结果。脾失健运、中满内热转为消渴,脾虚生湿,湿浊下流,郁遏下焦化热,煎熬肝、肾之阴,阴伤日甚,阳失潜藏,亢逆于上,遂发为眩晕。湿邪停滞日久,聚而成痰,可进一步引发以痰浊为病理基础的并发症,如坏疽及动脉粥样硬化斑块形成。“阴伤湿聚”之状态处于“脾虚-阴伤湿聚-阴伤痰凝”病理演变的中间阶段,此时湿浊不化与阴津亏损并见且互相影响、互为因果,机体呈现双重失衡状态。此阶段既不同于单纯消渴之阴虚燥热,亦有别于单独眩晕之肝阳上亢,而是呈现出虚实夹杂、燥湿相兼的复杂证候特征。

“阴伤湿聚”动态演变过程见图 1。

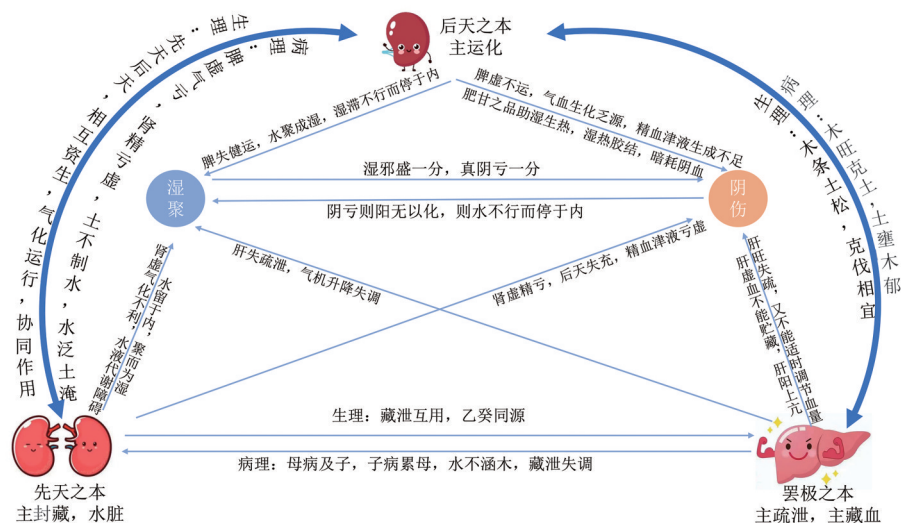


图 1 “阴伤湿聚”动态演变过程

2 朱丹溪气血观与共病之“阴伤湿聚”

朱丹溪是滋阴流派的代表人物,其强调气与血的关系,擅长通过调节气血达到滋阴、祛湿的目的,常见治法可总结为滋阴降火、健脾渗湿、行气祛痰^[10-12]。阴伤作为糖尿病合并高血压“阴伤湿聚”病机的核心环节,其病理在于阴血暗耗导致阴不制阳,虚阳上越,进而表现为眩晕、烦热等症。阴伤日久必生虚火,而湿聚亦化热矣,终致虚实夹杂。朱丹溪提出的滋阴降火治法,可使失潜之相火重归命门,重建阴阳平衡。《格致余论·养老论》载:“而况人身之阴难成易亏,六七十后阴不足以配阳,孤阳几欲飞越,因天生胃气尚尔留连,又藉水谷之阴,故羈縻而定耳。”揭示了年老之后肾阴亏虚、虚阳浮越之病机,同时突出了胃气(脾)与水谷精微(后天之本)对于维系阴阳平衡、稳定浮越之阳的重要作用,体现了朱丹溪在阴伤中对脾、肾二脏的重视,也为糖尿病合并高血压的论治提供了启发。此外,朱丹溪十分强调阴伤对湿聚的影响,如《格致余论·养老论》载“阴虚难降则气郁成痰”,《格致余论·涩脉论》载“气腾血沸,清化为浊,老痰宿饮,胶固杂糅”,均描写了阴虚内热、血浊成痰、缠结脉道之复杂病态。

滋阴以固本,填五脏而平燥热;凉血以清标,降火邪而防炼痰;健脾以断源,渗湿浊而绝湿根。朱丹溪主张从脾、肾入手,阴伤与湿聚同治,体现其扶脾益肾、调和水火的诊疗思路,对糖尿病合并高血压“阴伤湿聚”的治疗具有很高的指导价值。

3 共病之“阴伤湿聚”再发挥

3.1 从肝、脾、肾论治共病之“阴伤湿聚” 在既往糖尿病合并高血压的论治中,虽然也有从肝、脾、肾等脏探讨其病机发展的报道,但在论治上仍以脾为主^[13-14],兼顾肝、肾的名家经验较少。尹教授继承发展朱丹溪气血观之本质,取其精华,注重理脾益肾。在此基础上,结合多年的临床经验,尹教授认为阴虚之本与脾之化生、肝之藏血、肾之涵养密切相关,总结出“阴伤湿聚”现象的发生与肝、脾、肾三脏功能失调息息相关,提出“阴生于脾,藏于肾,用于肝;湿源于脾,化于肾,疏于肝”的学术观点,强调肝、脾、肾同治,在滋阴祛湿的同时重视调肝益肾、和中理气,以更系统地解决糖尿病合并高血压“阴伤湿聚”这一复杂病机。

3.2 消渴基本方与共病之“阴伤湿聚” 陈士铎在《石室秘录·大治法》中投大剂量滋阴之品以填补肾

阴,此类治法虽可奏养阴降火之功,但滋腻之性易困阻脾土,反助痰湿内生,湿浊蒙窍,形成“补肾碍脾”的治疗矛盾。针对此矛盾,尹教授组方时依据朱丹溪气血观中“血常不足”之论,融合乙癸同源的理念,在滋养精血以固其本的同时兼顾健脾化湿以助运化,最终研创出消渴基本方。

消渴基本方由葛根(20~30 g)、佩兰(15~20 g)、黄连(10~15 g)、黄芪(15~20 g)、黄精(15~20 g)、蒲公英(30~60 g)、五味子(7.5~15 g)、女贞子(20~30 g)组成。君药葛根功善升发清阳以醒脾运,解散阳明气分热邪,其生津止渴之效对热灼津伤及阴虚消渴标本兼治。臣药黄芪健脾气、资化源,助津液输布而止渴,补益后天之本;黄精既补后天脾胃之气阴以资化源,又滋先天肾精以固根本,精血同源,亦可养肝血。佐药五味子酸收固涩,益气生津而防阴液耗散;女贞子专滋肝肾之阴,与黄精共践乙癸同源之旨,精血同源互化;蒲公英“凡系阳明之火起者,俱可大剂服之,火退而胃气自生”(《本草新编·蒲公英》),功善清泄肺胃郁热而不伤中阳,可大剂清泻阳明胃火,且久用无碍脾土,依此之理,大剂投之,可使热退津存,无伤阴之虞;佩兰芳香化浊,醒脾畅中,可绝痰湿化生之源;黄连苦寒沉降,长于清泻中焦湿热,泻胃火以存津液,旨在解除“湿聚”之标。需要注意的是,黄连性峻,其剂量与配伍尤为关键。在黄连的应用方面,全小林院士经验颇丰,在糖尿病早中期,尤其火热炽盛或血糖极高甚至出现酮症时,常重用黄连至30~60 g,甚则短期用至更大剂量,意在直折火势、快速降糖^[14-15];其经验表明,在此剂量范围内应用黄连,配伍得当则安全性良好,疗效显著。尹教授则基于“五脏平衡”的整体观针对共病多见、病机交织的临床实际,治疗重在多方兼顾、平衡调和,故黄连用量多控制在10~15 g,既取其清泻肺胃燥热、中焦湿热之功,又避免苦寒太过影响整体平衡。全方融葛根升清、黄芪补中为枢机,佐黄精、女贞子填下焦之阴、养肝之血,五味子固摄津液,更借蒲公英清透郁热、佩兰化浊醒脾、黄连燥湿泻火,共奏调肝益肾、和中理气、滋阴祛湿之功,化解滋阴碍脾之弊而契“阴伤湿聚”之病机。

糖尿病合并高血压病机交织缠绵,常现肝肾阴虚、肝阳上亢与脾虚湿蕴并存之复杂态势。临证当随证治之,动态调方。在明确“阴伤湿聚”的基础上,若见脘痞纳呆、肢体困重,舌胖有齿痕、舌苔白

腻、脉濡滑等湿重之象多者，酌加白术、茯苓以助脾淡渗利湿，既杜湿聚化热之变，亦防阴药助湿之弊；若兼见头晕目眩、面赤烦热，舌红少津、脉弦细数等阴虚之象多者，慎避滋腻碍脾，不必重用滋阴，加龙骨、牡蛎之品潜阳以滋阴，制亢阳而不伤中州；若见渴而脘闷、燥热且身重，舌绛、舌苔黄腻、脉细滑数，此乃湿浊与燥热胶结之候，阴伤与湿聚之象并重，可加薏苡仁、牛膝、黄柏、黄芩。

综上，尹教授治疗糖尿病合并高血压“阴伤湿聚”尤重肝、脾、肾三脏制衡，柔肝不忘实脾，滋阴必佐运湿，泻火毋损真阴，使乙癸同源、中州斡旋、龙雷潜摄。

4 验案举隅

胡某，女，37岁。初诊日期：2024年1月4日。

主诉：乏力甚伴口干1周。患者平素偏食肥甘厚味，1周前自测空腹血糖为15.1 mmol/L，控制饮食及加强运动后复测空腹血糖为12.0 mmol/L，为求系统治疗，至尹教授门诊就诊。刻下：乏力，口干，怕热，头晕目眩；小便正常，大便黏滞，睡眠正常；舌质暗红，舌体胖大、边有齿痕，舌面湿滑，舌苔薄，脉沉滑。既往有高血压病史，未正规治疗。查糖化血红蛋白为11.30%、空腹血糖为12.08 mmol/L、餐后2 h血糖为18.07 mmol/L，测血压为158/110 mmHg。

西医诊断：糖尿病，高血压；中医诊断：消渴，眩晕；辨证：阴伤湿聚；治法：滋阴祛湿，调肝益肾，和中理气。

处方：葛根25 g，蒲公英30 g，五味子15 g，黄连15 g，酒黄精20 g，佩兰20 g，黄芪20 g，女贞子15 g，薏苡仁25 g，白术20 g，茯苓20 g，熟地黄40 g，山茱萸20 g，知母15 g，黄柏15 g，醋龟甲20 g，龙骨20 g，牡蛎20 g，牛膝25 g。每日1剂，水煎服。嘱低盐、低脂、糖尿病饮食，配合三餐后运动。

二诊（1月11日）：乏力、怕热、眩晕较前明显好转，大便黏滞改善（2日一行），口干好转，晨起眼干。复查空腹血糖为9.53 mmol/L、餐后2 h血糖为12.76 mmol/L。宗上方，加厚朴15 g。煎服法同前。

三诊（1月25日）：稍感乏力，怕热、眩晕症状消失，大便不成形，口不甚干，眼干略涩；舌胖、边有齿痕，舌面水滑，中有细小裂纹，脉沉滑。复查空腹血糖为7.73 mmol/L、餐后2 h血糖为9.13 mmol/L。二诊方去黄柏、厚朴，改茯苓25 g、薏苡仁30 g，加丹参15 g、石斛20 g。煎服法同前。

四诊（2月8日）：大便成形，排出费力，余无明显

不适；舌胖、苔薄，舌面湿滑，脉沉弦。复查空腹血糖为7.47 mmol/L、餐后2 h血糖为9.62 mmol/L，测血压为138/90 mmHg。三诊方改黄芪25 g、蒲公英40 g，加厚朴15 g。煎服法同前。

五诊（3月4日）：患者因出差停药10 d，但无明显不适，体质量减轻10 kg；舌胖，舌质偏暗，舌苔薄，舌面湿滑，脉沉弦滑。复查空腹血糖为6.88 mmol/L、餐后2 h血糖为9.59 mmol/L，测血压为120/80 mmHg。此时患者血糖指标已达糖尿病患者管理标准。四诊方去女贞子，改丹参20 g，加红景天15 g，当归15 g。煎服法同前。

患者于2024年3月25日复查糖化血红蛋白7.0%，嘱其低盐、低脂、糖尿病饮食，并坚持三餐后运动，继予门诊中药调治。后续复查：5月13日糖化血红蛋白降至6.4%（空腹血糖5.74 mmol/L，餐后2 h血糖7.01 mmol/L）；8月1日糖化血红蛋白6.5%（空腹血糖6.16 mmol/L，餐后2 h血糖5.88 mmol/L）。血糖控制达标。

按 本案患者多食肥甘厚味而碍脾从而酿生痰湿，痰湿日久郁而化热，热灼津液，营阴被耗，发为消渴病；痰湿不化，阻遏中焦，清阳不升，浊阴不降，同时阴不制阳，阳亢于上，二者并至，发为眩晕。尹教授遵朱丹溪气血观，从“阴伤湿聚”病机入手进行干预，治以滋阴祛湿、调肝益肾、和中理气，在消渴基本方的基础上进行加减。熟地黄、山茱萸补所亏之阴血；牛膝益肾、引血下行，血能载气，血活气通，气行则津液行；茯苓、薏苡仁、白术淡渗健脾，消停滞之痰湿；龙骨、牡蛎潜亢盛之阳。二诊时患者诸症好转，但仍有眼干之“阴伤”之证，兼见排便间隔较长，效不更方，加厚朴行大肠之气。三诊时患者畏热症状消失，但大便不成形，故去寒凉之黄柏、行大肠气之厚朴，增茯苓、薏苡仁药量以增利湿之功，加丹参、石斛补血活血、养阴。四诊时患者血压恢复正常，仅有排便费力，故增黄芪、蒲公英用量，以加强益气清热之功，再以厚朴行大肠之气。五诊时患者已无明显不适，血压正常，血糖已达糖尿病患者管理标准，但舌体偏暗，系血行不畅，故处方时着重增强活血之力。经五诊次治疗，患者未用西药，血压降为正常，血糖达到糖尿病患者管理标准。

5 结语

我国糖尿病患者的高血压罹患率居高不下，且血压控制达标率普遍偏低^[1]。中医多成分、多靶点、整体调节的治疗范式具有天然优势^[16]。同时，临床

观察发现糖尿病并发高血压患者的血压波动与血糖调控水平具有相关性,即伴随血糖控制的改善,血压逐渐下降至正常范围。提示在代谢性疾病共病管理中,血糖调控可能对血压水平产生协同调节作用,这种相互作用机制是否具有普遍性,仍需通过大样本队列研究和基础实验进行系统性验证。此类研究将有助于完善代谢性共病的诊疗策略,并为个体化治疗提供理论依据。

中华中医药学会发布的《糖尿病合并高血压中医诊疗标准》^[8]将本病分为 6 种证型。该标准虽亦从“阴伤”与“湿聚”两个层面进行辨治,但在具体诊疗中,阴伤者多以左归丸为底方加减,湿聚者则常选用半夏白术天麻汤化裁,并未将二者同时纳入考量,因而在临床上易陷入“滋阴易助湿、祛湿易伤阴”的治疗困境。尹教授在临床实践中观察到,糖尿病合并高血压患者常见阴伤与湿聚并存之证,并深刻认识到二者兼治的重要性。基于对多脏腑系统关联性的阐释,尹教授提出了“阴伤湿聚”这一关键病机,其学术思想融汇朱丹溪的气血理论,尤其注重肝、脾、肾三脏功能的协同调和。为此,尹教授自拟消渴基本方,在治法上实现了滋阴与祛湿的统筹兼顾,从而改善了传统诊疗中二者难以并调的局限。这一贡献不仅体现在方药创新,更在于其提出了适用于多种代谢紊乱共存的“共病状态辨证”新范式,推动了糖尿病及其并发症临床管理思维的转变,为此类复杂疾病的诊治提供了重要思路。

参考文献:

- [1] 北京高血压防治协会,中国老年学和老年医学学会,北京市社区卫生协会,等.成人高血压合并 2 型糖尿病和血脂异常基层防治中国专家共识(2024 年版)[J].中国全科医学,2024, 10(27): 3453-3475.
- [2] TECK J.Diabetes-associated comorbidities[J].Prim Care, 2022, 49(2): 275-286.
- [3] 高宁,盛丹,唐绍琰,等.2 型糖尿病患者常见慢性病共存状态模式的现况研究[J].中华疾病控制杂志,2025, 29(2): 152-157.
- [4] LANGENBERG C, HINGORANI A D, WHITTY C.Biological and functional multimorbidity-from mechanisms to management [J].Nat Med, 2023, 29(7): 1649-1657.
- [5] 王梓仪,范星宇,贾裕智,等.基于中西医临床病症特点的 2 型糖尿病合并高血压动物模型分析[J].中国实验方剂学杂志, 2025, 31(7): 230-236.
- [6] 曾文宝,康静,贺文超,等.2 型糖尿病合并高血压患者发生脑血管事件风险的巢式病例对照研究[J].兰州大学学报(医学版),2025, 51(2): 10-16.
- [7] 金婷婷,刘巧,陈欢.中医药防治老年人共病的特色优势与实践路径[J].中医药管理杂志,2024, 32(13): 99-101.
- [8] 中华中医药学会糖尿病分会.糖尿病合并高血压中医诊疗标准[J].世界中西医结合杂志,2011, 6(7): 638-644.
- [9] 谢榆,钱先,鲁璐.金实从脾痹论治糖尿病经验[J].上海中医药杂志,2019, 53(9): 27-28.
- [10] 王仁和,杨宇峰,石岩.朱丹溪论治消渴理论框架研究[J].时珍国医国药,2018, 29(1): 139-140.
- [11] 刘瑞,鲍艳举,花宝金.“金元四家”对气机升降理论的认识[J].辽宁中医杂志,2014, 41(2): 241-242.
- [12] 王乐,张耀夫,赵进喜,等.基于“三位一体”诊疗模式论治糖尿病合并高血压病经验[J].中华中医药杂志,2024, 39(8): 4156-4159.
- [13] 徐佩英,陆灏,姚政.丁学屏治疗糖尿病经验[J].上海中医药杂志,2006, 40(6): 5-7.
- [14] 尹瑞阳,王昭博,张艳娇,等.全小林运用黄连治疗 2 型糖尿病苦味评分及疗效分层分析[J].吉林中医药,2025, 45(7): 805-809.
- [15] 周源.黄连降糖作用在糖尿病治疗中的应用与思考[D].北京:北京中医药大学,2011.
- [16] 苗明三,谢逸轩.论精准医学视角下的“精准中药”[J].上海中医药杂志,2023, 57(5): 31-36.

编辑:严林

收稿日期:2025-03-20