

吴芳汀从益气活血论治糖尿病周围神经病变的经验

李丽璇, 洪伟武, 孙安琪, 袁卓杰* 指导: 吴芳汀
(汕头市中心医院, 广东 汕头 515031)

摘要: 总结吴芳汀从益气活血论治糖尿病周围神经病变的经验。认为“气虚血瘀”是本病的核心病机, 且以气虚为本, 瘀血为标。气虚运血无力, 血液运行涩滞, 日久成瘀, 瘀阻脉络, 致使四肢失于濡养, 发为糖尿病周围神经病变。结合络病理论, 认为糖尿病周围神经病变病机演变分为“络滞-络瘀-络闭”3 期。情志失调、饮食不节、劳逸失度及潮汕地区特有的湿热地气均可诱发或加重糖尿病周围神经病变, 兼证可见阴虚、痰瘀阻络、阳虚寒凝及湿热等。治疗以“益气活血”为基本治法, 以黄芪、丹参为核心药对, 强调基于“络滞-络瘀-络闭”的病机演变规律分期论治: 早期络滞阶段重在培补元气, 佐以轻剂活血宣通; 中期络瘀阶段主张气血同调, 益气与活血并重; 晚期络闭阶段大补元气以化腐托毒, 峻药破瘀并参以虫类药搜剔通络。临证注重结合潮汕地区湿热地气及阴虚、痰湿、阳虚等兼杂病理因素灵活加减, 同时主张固本清源兼治糖尿病之本, 并辅以针灸推拿内外合治, 以期通络止痛、延缓疾病进展。

关键词: 糖尿病周围神经病变; 益气活血; 分期辨证; 潮汕地区

糖尿病周围神经病变是糖尿病最常见的慢性并发症之一, 其发病隐匿、病程迁延, 主要表现为肢体麻木、疼痛、感觉减退等症状, 严重时可诱发足部溃疡、截肢等不良结局, 给患者生活质量及社会带来沉重负担^[1]。我国 2 型糖尿病患者中糖尿病周围神经病变患病率高达 53%~67.6%, 且约有 10%~15% 新确诊 2 型糖尿病患者已存在糖尿病周围神经病变相关表现, 疾病防控形势严峻^[2]。目前, 糖尿病周围神经病变常规治疗手段以控制血糖、改善微循环、营养神经及对症止痛为主, 但存在无法完全阻止疾病进展、靶向治疗药物种类有限、止痛药物易产生耐药性及不良反应等瓶颈^[3]。而中医药在糖尿病周围神经病变治疗中凭借整体观与辨证论治的核心优势, 展现出独特价值, 可通过多靶点、多手段干预疾病进程, 有效改善患者症状并延缓病情进展^[4]。

吴芳汀系广东省名中医、广东省中医师承薪火工程指导老师, 从医 40 余年, 在中医药治疗代谢性疾病及其并发症方面积累了丰富的丰富经验, 尤其擅长结合潮汕地区特色, 从益气活血角度论治糖尿病周围神经病变。本文旨在系统梳理吴芳汀对该病因病机的认知及辨治特色, 以期传承其学术思想, 为临床诊疗提供参考。

1 病因病机

1.1 病机演变与分期 吴师认为, 糖尿病周围神经病变乃 2 型糖尿病之变证, 其发生、发展根植于 2 型糖尿病“阴虚燥热”之核心病机。2 型糖尿病日久, 阴虚燥热之“壮火”持续耗伤人体正气, 加之疾病本

身对元气的耗损, 终致气虚; 气为血之帅, 气虚则推动、温煦血液之力减弱, 致使血行不畅, 正如《血证论》所云: “而运血者, 气也”^[5]。久病入络, 血行涩滞, 瘀血内生, 阻于四肢络脉。因此, 糖尿病周围神经病变的核心病机在于气虚血瘀^[6], 且以气虚为本, 血瘀为标, 二者互为因果, 形成恶性循环, 致使气血无以敷布四肢, 经脉、肌肉失于濡养, 遂见肢端麻木、刺痛、感觉减退等表现。基于上述病理特征, 吴师结合络病理论及 40 余年临床实践, 进一步廓清了糖尿病周围神经病变“络滞-络瘀-络闭”的演变规律^[7-8], 并明确了糖尿病周围神经病变各阶段特异性证候特征。

1.1.1 络滞阶段(早期) 此乃 2 型糖尿病入络之初, 气虚初显, 无力鼓动血脉, 致气血运行迟缓。然瘀血尚未成形, 病属气分, 络脉形质未损, 证候以功能性失调为主。① 症状: 多无明显自觉症状, 或仅见肢端轻微发凉、麻木, 麻木多在活动后缓解, 静息时偶发, 无疼痛症状; ② 体征: 肢端肤温如常或微降, 触觉、痛觉及温度觉无明显减退, 踝反射正常; ③ 舌脉: 舌淡红, 苔薄白, 脉细缓。

1.1.2 络瘀阶段(中期) 2 型糖尿病日甚, 气虚益重, 推动血行之力明显减弱, 气不行血, 致瘀血渐生并留滞络脉。络脉部分阻滞, 气血运行受阻而失布, 肢体失荣之象遂显。① 症状: 肢端持续性麻木, 夜间或静息时加重, 渐生刺痛、隐痛或烧灼感, 呈“手套-袜套样”感觉异常, 伴肢体乏力, 活动后气短; ② 体征: 肢体肤温降低, 触觉、痛觉及温度觉明显迟钝, 踝反射减弱; ③ 舌脉: 舌淡紫或有紫斑、紫点, 苔薄白, 脉涩。

1.1.3 络闭阶段(晚期) 经年久病, 正气大衰, 气虚至极则无力推动血行, 瘀血久留化生恶血, 致使络脉闭阻不通而蚀损。气血瘀滞不行, 肢体失养严

收稿日期: 2026-01-12; 接受日期: 2026-02-02

基金项目: 广东省中医师承薪火工程项目(粤中医办函[2021]123 号); 汕头市科技计划医疗卫生类别项目(250721116494603)

通信作者: 袁卓杰, E-mail: 1300203902@qq.com

DOI: 10.13260/j.cnki.fjtc.2026.09010

重。① 症状:肢体麻痛剧烈,痛如掣电或持续作痛,甚则感觉完全丧失,伴肢体痿软无力,肌肉萎缩,重者足软废行,甚至出现足部溃疡、坏疽;② 体征:肢体肤温显著降低,触觉、痛觉及温度觉完全消失,踝反射消失,肌肉萎缩明显;③ 舌脉:舌紫暗、有紫斑或紫块,苔厚腻,脉沉涩。

1.2 诱发因素 吴师强调,2型糖尿病本已气阴暗耗、络脉隐滞,在此基础上,情志、饮食、劳逸失度及潮汕湿热地气均可作为诱因^[9],加速并促发2型糖尿病向糖尿病周围神经病变转化。

1.2.1 常规因素 ① 情志不遂:消渴本多阴虚,肝木失养;复加情志不遂,肝郁气滞,气不行血致瘀象益甚;且木郁易乘土,致脾失健运,不仅生化无源而致气虚,更易酿生痰浊,令气虚与痰浊交阻。② 饮食不节:2型糖尿病之本多责之脾胃,若复恣食肥甘厚味或辛辣之品,最易戕伐脾胃,聚湿生痰,痰瘀交结而阻遏络脉;且肥甘厚味易助湿生热,热灼营阴,炼液为痰,熬血为瘀。③ 劳逸失度:劳倦太过则暗耗正气,气虚益甚;过度安逸则“久卧伤气”,致气机停滞,血行迟缓,进一步加重血瘀之势。

1.2.2 地域因素 潮汕地区地卑土薄,气候炎热潮湿,此方土禀赋对糖尿病周围神经病变病机产生独特影响。① 湿热侵袭:2型糖尿病患者多具阴虚燥热之体,外感湿热之邪,最易阻遏气机,且湿邪黏滞,热伤气阴,致湿热与瘀血交相搏结,铜闭络脉。故患者常于肢端麻痛之外,兼见口干口苦、大便黏腻等症。② 饮食习俗:潮汕地区本湿,居民恣食海鲜发物及甘甜肥腻,2型糖尿病患者脾弱,内外湿热合邪,最易困遏脾土,不仅损及生化之源而加剧气虚,更易滋生痰湿,加剧气虚与痰瘀互结之势,成为潮汕地区糖尿病周围神经病变高发的重要诱因。

1.3 兼证病机 2型糖尿病演进为糖尿病周围神经病变的过程中,“气虚血瘀”之核心病机常与2型糖尿病本病之病理产物及外感邪气相互交织,形成错综复杂之兼夹证候。

1.3.1 兼阴虚 2型糖尿病以“阴虚燥热”为核心病机。糖尿病周围神经病变病程日久,一方面,气虚无以化生阴液,致气阴两虚;另一方面,瘀血内阻,新血不生,益耗阴血。加之潮汕地区气候炎热,或情志化火,均易灼伤阴津。2型糖尿病阴津未复亦有加重之病势,致使络脉失于濡润,干涩挛急,从而加剧肢体麻木、疼痛及拘挛感,并见口干、便干等症。

1.3.2 兼痰瘀 气虚则脾运失健,水湿不化,聚而成痰。痰湿内生,既可进一步阻滞气机,加重气虚;痰湿又可与血瘀相互搏结,形成痰瘀互结之势,胶着难解,深伏络脉,使病情顽固。潮汕地区湿热氤氲,外湿频引内湿,更易加剧痰湿或湿热形成。痰

湿或湿热阻滞,临床可见肢体沉重、肿胀、麻木,或伴口干口苦、苔腻等症。

1.3.3 兼阳虚 病情迁延,气虚及阳,终致阳气亏虚。阳虚失煦,阴寒内生;血遇寒则凝,阳虚寒凝可进一步加重血瘀。《素问·举痛论篇》有云:“寒气入经而稽迟,泣而不行……故卒然而痛。”^[10] 2型糖尿病卫气多虚,若复感寒湿之邪,内外合邪,脉络收引凝滞更甚,故见肢体冷痛、畏寒、遇冷加重、肤色青紫等症。

1.3.4 兼湿热 患者素体气虚血瘀,脾运不健,易生内湿。加之本地气候湿热,外湿引动内湿,郁而化热。湿热之邪,其性黏滞,既会困阻气机,加重气虚,又能与瘀血相互搏结,黏滞、铜闭络脉,使病情胶着。临床除见肢端麻木、刺痛外,常伴肢体困重、灼热感,或伴口干口苦、小便黄赤、苔黄腻等症。

2 治疗特色

吴师认为本病论治当以“益气活血”为基本治法,并严循“络滞-络瘀-络闭”病机演变规律,施以分期论治。早期络滞重在培补元气,佐以轻剂活血宣通;中期络瘀则气血同调,强调益气与活血并重,并兼顾化痰祛湿、清热滋阴等法;晚期络闭阶段瘀阻深重,治当大补元气以化腐托毒,峻药破瘀并参以虫类搜剔之品,同时兼顾滋补肝肾,温阳散寒,扶助正气以促进络脉修复^[11]。此外,强调糖尿病周围神经病变治疗需与血糖控制相结合,指导患者规范控制血糖,避免高血糖进一步损伤络脉。

吴师强调“治病必求于本”,糖尿病周围神经病变乃2型糖尿病之变证,故在益气活血通络以治其标的同时,必须紧扣2型糖尿病“阴虚燥热”之核心病机,根据病程中燥热与气阴耗损的偏重,灵活佐以清热润燥或益气养阴之法以治其本,方为标本兼顾之策。基于此,吴师以黄芪、丹参为核心药对构建益气活血基础方,根据络病演变规律及潮汕地区湿热之偏性,动态权衡两药之剂量配比,并随兼证灵活加减,形成个性化治疗方案。

2.1 核心药对 黄芪为补气升阳之要药,功擅益气行血。而丹参功擅活血祛瘀,通经止痛,且能活血而不伤血,为疏通络道之要药。二者配伍,标本兼顾,为治疗糖尿病周围神经病变的核心药对。二者剂量根据糖尿病周围神经病变病机演变动态调整:① 络滞阶段以益气为先,黄芪常用15~30 g,配丹参10~15 g,取其微调气机、宣通络气而无破血伤正之虞;② 络瘀阶段气虚与血瘀并重,需增鼓动之力,黄芪加至30~50 g,丹参增至15~30 g;③ 络闭阶段非重剂无以挽将败之络,故黄芪常以50~60 g大剂图之,以期气旺促行,托毒生肌,丹参亦重用至30~40 g,并常辅以虫类走窜之品,以收大补元气、峻破恶血之全功。

2.2 辨证加减

2.2.1 气虚血瘀证 若纯属本虚标实之象,当循络病3期平调气血之法。① 络滞阶段,气虚尚浅,故在主药外,略佐太子参15 g、白术12 g增强益气之力,配伍当归10 g、赤芍10 g、川芎8 g轻剂活血;② 络瘀阶段,气行渐弱而瘀象成形,当增益气通络之功,加太子参20 g、白术15 g以益气,当归15 g、赤芍15 g、川芎12 g以活血通络;③ 络闭阶段,非重剂无以图功,常易太子参为人参(另煎)10 g以挽气散之危,白术重用至20 g,并佐以当归20 g、赤芍15 g、川芎15 g、桃仁10 g、红花10 g峻猛活血,破瘀通络。

2.2.2 兼阴虚证 ① 早期络滞兼阴伤者,加生地15 g、麦冬12 g、玄参12 g以滋阴清热而润络,配牡丹皮10 g、赤芍10 g以清热凉血活血;② 中期络瘀,瘀血内阻,新血不生,阴血暗耗,生地黄增至20 g,麦冬、玄参增至15 g以滋阴清热,活血凉血之品,如牡丹皮、赤芍亦可增至12~15 g,滋阴与活血相配,以防活血通络之品温燥劫阴;③ 络闭阶段,精血大亏,脉络枯涩,则需生地黄25 g,麦冬与玄参各20 g,并入玉竹15 g大剂增液润枯,合牡丹皮、赤芍各15 g以期化瘀而不伤新血,润枯而使络道柔和。

2.2.3 兼痰瘀阻络证 ① 早期湿遏络滞,加半夏10 g、陈皮10 g以理气化痰,薏苡仁15 g以利水渗湿;② 中期络瘀,痰瘀胶结渐深,半夏、陈皮增至12 g,并入苍术10 g以燥湿健脾,薏苡仁加至20 g,配泽泻12 g以增强导湿下行之力,令痰湿去则络通;③ 络闭阶段,顽痰恶血深伏,非寻常草木能化,半夏、陈皮增至15 g,加厚朴12 g以行气化痰,重用薏苡仁30 g、泽泻15 g以利水渗湿,吴师常于此时果断引入虫类搜剔之品,借其走窜之性,破除痰瘀之痼结。

2.2.4 兼阳虚寒凝证 ① 早期微寒凝络,仅用桂枝8 g、细辛3 g轻剂温通,佐鸡血藤15 g以行血通经;② 中期络瘀寒象显露,肢冷渐甚,则桂枝加至10 g,并入炮附子(先煎)6 g、细辛3 g通行十二经脉,搜剔阴寒,鸡血藤增至30 g以温经通络;③ 至晚期络闭、阳微阴盛之危候,四肢逆冷,加桂枝12 g,炮附子(先煎)10 g,细辛5 g,干姜10 g,大辛大热以破阴寒,鸡血藤重用40 g、鹿角胶(烊化)10 g以温补肝肾,填精益髓,以期阳复而络通。

2.2.5 兼湿热证 ① 早期湿热未深,可加绵茵陈15 g、土茯苓20 g以清热利湿,佩兰10 g以芳香化浊。② 中期湿热与瘀血胶着,加绵茵陈20 g、土茯苓25 g、赤小豆20 g增强清热利湿之力,佐以丝瓜络15 g、路路通15 g以通络。③ 晚期湿热瘀血深伏,可加用五爪龙20~30 g益气健脾,祛湿通络,黄花倒水莲15~20 g益气利湿,活血舒筋,并配伍苍术12 g、黄柏10 g以清热燥湿。使用虫类药时,可

选用兼有清热利湿作用的地龙。

2.3 固本清源 吴师强调治络必先治本,糖尿病周围神经病变乃2型糖尿病之变证,若病源壮火不除,则气阴暗耗无休,络脉无以复常。故在益气活血通络之余,需视病程兼顾清热润燥或益气养阴之法,以固其本。① 络滞期:此期络病虽处早期,然消渴日久,中焦燥热之势多未平,且气虚为著。故在益气活血基础上,当折其壮火以存阴,常佐黄连6 g直折中焦胃火,天花粉15 g清上生津。二药合用,清热而不苦寒败胃,生津而不滋腻助湿,使火退气平,络气自安。② 络瘀期及络闭期:病深日久,壮火食气,致气阴两伤,乃至肝肾精血大亏。此时壮火已衰而本虚极矣。故治当由“清热润燥”转向“填精固本”。在益气活血通络之时,重投山药20 g健脾固肾以培后天,山茱萸15 g敛阴益精以补先天,并入玉竹15 g滋阴润燥。此配伍上可生津,下可填精,既可防活血通络之品辛散耗阴,又寓“行血必先养血,血充则络自通”之意。

2.4 特色疗法

2.4.1 虫类药 针对病程日久、瘀阻深重的络瘀或络闭阶段,吴师认为草木之品难以透达瘀阻,必借虫类“飞潜动软”之性,搜剔通络。然虫类药多有破血伤气之弊,需严格遵循“扶正为先,峻药缓用,配伍减毒”原则^[12-13]。① 药物选择:首选地龙10~15 g、虻虫6~10 g,二者破瘀通络而不伤正,适用于多数晚期患者;合并肌肉萎缩者,可加全蝎(研末冲服)6 g增强通络止痛、濡养筋脉之力。② 配伍减毒:凡用虫药,必佐大剂益气之品,如黄芪50~60 g、人参10 g,以补气固正,祛其伤气之弊;同时配伍当归10~15 g、白芍10~15 g等养血药物,避免破血伤阴。③ 用药监测:虫类药连续使用应≤4周,症状缓解后逐渐减量至停药,不可长期连用;用药期间严格监测患者肝肾功能,每2周复查一次,若出现肝肾功能异常立即停药,改用温和通络药物。

2.4.2 针灸推拿 吴师重视针灸、推拿等外治法辅助治疗,认为外治法可直达病所,疏通局部络气血,与内服药协同提高疗效。针灸治疗以益气活血、通络止痛为目的,主穴选用足三里、三阴交、阳陵泉、血海。其中,取足三里、三阴交以培补后天气血,血海以活血散瘀,并常以阳陵泉通络止痛。针对气虚血瘀本证,手法以补法为主,辅以平补平泻法。阳虚寒凝者,重灸关元、命门以破阴寒;阴虚血瘀者,加太溪、涌泉以滋阴清热;肢体麻木严重者,加曲池、合谷以疏通经络,行气活血。得气后留针30 min,每周2~3次。推拿导引则以放松肢体、疏通经络为务,采用揉法、按法、捏法作用于四肢病变部位,重点按揉足三里、三阴交等穴位,配合自主肢体关节活动,促进局部气血运行,缓解肢体麻木、僵硬症状,以10次为1个疗程。

病例介绍

张某,男,56岁,于2024年3月15日初诊。主诉:确诊“2型糖尿病”8年余,双侧下肢麻木、刺痛6个月,加重1个月。患者8年前体检发现血糖升高,确诊“2型糖尿病”,长期口服二甲双胍片(1.0 g/次,2次/d)联合格列齐特缓释片(60 mg/次,1次/d)控制血糖。定期监测血糖,血糖控制欠佳,空腹血糖(FPG)波动于8.5~10.2 mmol/L,糖化血红蛋白(HbA1c)波动于8.2%~8.8%。6个月前无明显诱因出现双侧下肢麻木,呈“袜套样”分布,伴轻微刺痛,夜间休息时加重,活动后稍缓解,未予重视。1个月前上述症状加重,麻木感蔓延至双侧小腿,刺痛频发致夜寐不安,伴肢体乏力,活动后气短,口干不欲饮,大便干结,二三日一行,小便正常。既往史:发现“高血压病”5年,长期口服硝苯地平控释片控制血压,血压维持在130~140/80~90 mmHg。辰下症:双侧下肢麻木、刺痛,肢体乏力,活动后气短,口干不欲饮,大便干结,夜寐不安,精神欠佳,面色淡黯,口唇轻度紫绀,双侧下肢皮肤温度稍低,触觉、痛觉、温度觉均减退,双侧踝反射减弱,舌淡紫,有紫斑,苔薄白,脉涩。2024年3月15日实验室及影像学检查如下。①血糖相关指标:FPG 9.6 mmol/L,餐后2小时血糖(2hPG)13.2 mmol/L,HbA1c 8.8%;②神经电生理检查:肌电图(EMG)示双侧腓总神经、胫神经运动神经传导速度减慢,其中,腓总神经38 m/s,胫神经33 m/s;感觉神经传导速度明显减慢,其中,腓肠神经30 m/s,正中神经40 m/s。西医诊断:①2型糖尿病;②糖尿病周围神经病变;③高血压病2级(很高危)。中医诊断:消渴病痹证中期(气虚血瘀兼阴虚证)。治以益气活血,通络止痛,滋阴清热,方予黄芪丹参方加减。处方:黄芪50 g,丹参30 g,太子参20 g,白术15 g,当归15 g,赤芍15 g,川芎12 g,地龙15 g,鸡血藤30 g,牛膝15 g,麦冬15 g,玄参15 g,火麻仁20 g,甘草6 g。14剂,每日1剂,水煎400 ml,分早晚2次温服。调整降糖方案:二甲双胍片增至1.0 g/次,3次/d,联合西格列汀片100 mg/次,1次/d。针灸治疗:主穴取足三里、三阴交、阳陵泉、血海,配太溪、涌泉,其中足三里、三阴交、太溪、涌泉用补法,阳陵泉、血海用平补平泻法,得气后留针30 min,每周3次。嘱患者低盐低脂糖尿病饮食,适度运动,要求每日散步≥30 min,避免受凉,每晚温水泡脚,要求水温<40℃,忌海鲜、生冷、甜腻之品。

2024年3月29日二诊:患者进药14剂并辅以针刺6次后,双侧下肢麻木、刺痛明显减轻,夜间可正常睡眠,肢体乏力、活动后气短改善,口干缓解,大便干结减轻,一二日一行,双侧下肢皮肤温度较前升高,触觉、痛觉、温度觉较前恢复,双侧踝反射较前活跃,舌淡紫,紫斑减轻,苔薄白,脉细。FPG

7.2~8.0 mmol/L,2hPG 11.0~12.0 mmol/L。于上方去火麻仁,黄芪减至40 g,丹参减至25 g,加陈皮12 g,半夏10 g。14剂,煎煮法同前。西药治疗方案与针灸方案同前。

2024年4月12日三诊:患者再进14剂,针刺6次后,双侧下肢麻木、刺痛症状基本消失,仅久站后出现轻微麻木感,肢体乏力、气短症状消失,口干、大便干结完全缓解,双侧下肢皮肤温度正常,触觉、痛觉、温度觉基本恢复正常,双侧踝反射正常,舌淡红,紫斑基本消退,苔薄白,脉缓。FPG 6.5~7.0 mmol/L,2hPG 9.0~10.0 mmol/L,HbA1c 7.5%。于上方黄芪减至30 g,丹参减至20 g,太子参减至15 g,白术、当归、赤芍均减至12 g,川芎减至10 g,鸡血藤减至20 g。28剂,煎煮法同前。针灸改为每周2次,手法守旧,续治1个月。

2024年5月12日四诊:患者守方1个月,针刺8次后,双侧下肢麻木、刺痛完全消失,肢体感觉功能恢复正常。FPG 6.0~6.5 mmol/L,2hPG 8.0~9.0 mmol/L,HbA1c 7.0%。EMG示双侧腓总神经、胫神经运动神经传导速度及感觉神经传导速度均恢复正常。其中腓总神经46 m/s,胫神经43 m/s,腓肠神经39 m/s,正中神经47 m/s。调整降糖方案为二甲双胍片1.0 g/次,2次/d,联合西格列汀片100 mg/次,1次/d。停用中药及针灸治疗,嘱患者定期监测血糖、血压,坚持健康生活方式,忌生冷甜腻食物,随访3个月无复发。

按语:本例患者为2型糖尿病日久引发的糖尿病周围神经病变,辨为气虚血瘀证,其兼夹阴虚之象,实因消渴本病燥热久羁,暗耗阴津,复加潮汕地气炎热,湿热氤氲煎灼津液,故见口干、便结;然气虚运化无力,津液不能上承,故口干而不欲多饮。此乃2型糖尿病气阴两伤之渐,阴虚、气虚与血瘀交织为患。患者病程处于中期络瘀阶段,兼夹轻微阴虚之象。吴师紧扣“气虚为本,血瘀为标”核心病机,以“益气活血,通络止痛”为治法,选用大剂量黄芪、丹参为核心药对,契合中期益气活血并重的治疗原则;配伍太子参、白术健脾益气以培生化之源;当归、赤芍、川芎助丹参活血行滞;地龙搜剔络瘀;鸡血藤、牛膝活血通络并引诸药下行直达病所;麦冬、玄参滋阴清热以缓口燥;火麻仁润肠通便。本例患者经治后神经传导速度显著提升,其机制可能在于:黄芪甲苷可抑制背根神经节细胞与施旺细胞凋亡^[14-16];丹参酮ⅡA能改善线粒体功能及微循环^[17];地龙等虫类药具备抗炎及改善组织灌注之功^[18]。诸药合用,共奏益气活血通络之功。全方标本兼顾,精准契合病机及分期特点。二诊时患者大便干结缓解,故去火麻仁,减少黄芪、丹参剂量,加陈皮、半夏化痰祛湿,兼顾潮汕地区易生痰湿的病机特点。三诊时症状基本缓解,进一步减轻益气

活血之力,以巩固疗效。同时配合针灸疏通局部经络气血,调整降糖方案控制血糖,规避潮汕地区不利饮食因素,多手段协同作用,有效改善患者肢体感觉异常。随访结果显示,患者感觉神经功能完全恢复,表明该治疗方案契合病机与地域特色,体现了吴师“分期辨证,标本兼顾,因地制宜”的治疗思想,以及核心药对分期调量、搜剔通络药与外治法协同应用的治疗特色。

3 结 语

吴芳汀基于临床实践与潮汕特色,提出糖尿病周围神经病变以“气虚为本,血瘀为标”为核心病机,并细化糖尿病周围神经病变“络滞-络瘀-络闭”分期,强调情志、饮食、湿热等诱因。治疗以“益气活血,通络止痛”为法,尤擅运用黄芪、丹参这一核心药对分期权衡调量,辅以虫类搜剔通络及针灸推拿调气之法,构建了标本兼治、内外同调的综合诊疗体系。未来尚需依托大样本循证医学观察与多学科交叉手段,进一步深挖其理、法、方、药的科学内涵与现代生物学机制,从而为该经验的临床推广与转化应用提供更为坚实的客观依据。

参考文献

- [1] 国家老年医学中心,中华医学会老年医学分会,中国老年保健协会糖尿病专业委员会. 中国老年糖尿病诊疗指南(2024版)[J]. 协和医学杂志,2024,15(4):771-800.
- [2] 朱文博,匡洪宇. 糖尿病周围神经病变的研究进展[J]. 心血管康复医学杂志,2020,29(6):736-739.
- [3] 甘兆义,李春妮,韦雄丽,等. 糖尿病周围神经病变的早期诊断及治疗进展[J]. 中国卫生标准管理,2023,14(11):194-198.
- [4] 王乐旭,伊桐凝,齐月. 糖尿病周围神经病变中西医结合治疗研究进展[J]. 中医药临床杂志,2024,36(12):2436-2440.
- [5] 唐宗海. 血证论[M]. 魏武英,李佺,整理. 北京:人民卫生出版社,2005:16.
- [6] 李凌云,王标. 补气活血通络方联合铺灸疗法治疗糖尿病周围神经病变气虚血瘀证临床研究[J]. 新中医,2025,57(22):81-87.
- [7] 冷玉琳,谢子妍,杜联,等. 谢春光教授基于络病学说治疗糖尿病周围神经病变经验[J]. 时珍国医国药,2023,34(11):2786-2788.
- [8] 李红蓉,吴以岭. 络病研究的传承与创新[J]. 南京中医药大学学报,2022,38(12):1075-1085.
- [9] 胡慧英,张征宇. 运动干预在老年糖尿病周围神经病变患者中的应用效果[J]. 中华全科医学,2020,18(5):769-772.
- [10] 黄帝内经素问[M]. 田代华,整理. 北京:人民卫生出版社,2005:23.
- [11] 袁丽莎,杨荣禄,娄文凤,等. 张宁分期辨治糖尿病周围神经病变经验[J]. 山东中医杂志,2024,43(1):70-75.
- [12] 尹东,任那,杜丽坤. 基于络病学说虫类药在糖尿病周围神经病变中的应用[J]. 河北中医,2025,47(12):2083-2086.
- [13] 彭雪,蓝丽君,张珏,等. 基于“络以通为用”理论探讨虫类药在糖尿病周围神经病变中的应用[J]. 新中医,2025,57(23):146-151.
- [14] WEI X, ZHENG Y, AI Y, et al. Regulatory effects of astragaloside IV on hyperglycemia-induced mitophagy in schwann cells [J]. Evid Based Complement Alternat Med, 2022, 2022: e7864308.
- [15] YIN Y, QU H, YANG Q, et al. Astragaloside IV alleviates schwann cell injury in diabetic peripheral neuropathy by regulating microRNA-155-mediated autophagy [J]. Phytomedicine, 2021, 92: 153749.
- [16] BEN Y, HAO J, ZHANG Z, et al. Astragaloside IV inhibits mitochondrial-dependent apoptosis of the dorsal root ganglion in diabetic peripheral neuropathy rats through modulation of the Sirt1/P53 signaling pathway [J]. Diabetes Metab Syndr Obes, 2021, 14: 1647-1661.
- [17] 宋蔚宁,张淑香,卢芳,等. 丹参活性成分及其复方在治疗神经系统疾病中的研究进展[J]. 中国实验方剂学杂志,2025,31(2):303-313.
- [18] 王志强,曹秋平,岳瑞文,等. 五虫通络胶囊治疗消渴病痹证疗效观察[J]. 云南中医中药杂志,2021,42(4):22-25.
- [4] 郑岚,杨俊妹,王鹏. 王鹏教授对肺结节病的中医病因病机初探[J]. 广西中医药,2021,44(1):41-43.
- [5] 许海柱,潘永福. 潘永福教授治疗孤立性肺小结节经验摘菁[J]. 时珍国医国药,2018,29(1):206-208.
- [6] 洪海都,刘城鑫,吴鹏,等. 刘小虹辨治肺结节中医特色探析[J]. 中国中医基础医学杂志,2020,26(4):539-541.
- [7] 徐雯,杨宏志,李羿芳. 基于“玄府-肺络”理论探析特发性肺纤维化的治疗[J]. 时珍国医国药,2025,36(2):321-324.
- [8] 灵枢经[M]. 田代华,刘更生,整理. 北京:人民卫生出版社,2005:135.
- [9] 张锡纯. 医学衷中参西录[M]. 鲁瑛,梁宝祥,高慧,等,校注. 太原:山西科学技术出版社,2009:82.
- [10] 黄帝内经素问[M]. 何永,马君,何敬华,校注. 北京:中国中医药出版社,2022:147.
- [11] 唐宗海. 血证论[M]. 魏武英,李佺,整理. 北京:人民卫生出版社,2023:65.
- [12] 贾振华. 肺络病证治体系构建的理论及临床价值[J]. 疑难病杂志,2025,24(12):1510-1515.
- [13] 朱震亨. 丹溪心法[M]. 王英,竹剑平,江凌圳,整理. 北京:人民卫生出版社,2017:69.
- [14] 张喜奎. 陈亦人教授医话(连载)[J]. 国医论坛,1997,12(4):22-23.
- [15] 黄安闻,高丽丽,张喜奎. 基于脾虚络滞分析补气通络方在神经根型颈椎病中的应用[J]. 中医药通报,2025,24(10):38-41.
- [16] 孙倩,阮叶永盛,黄国芳,等. 张喜奎教授运用补气通络方治疗老年人中风病的临床经验[J]. 中国老年保健医学,2025,23(1):143-145.
- [17] 黄孟珂,张喜奎,朱为坤,等. 张喜奎基于“异机同治”理论运用补气通络方经验总结[J]. 中国民族民间医药,2024,33(20):86-89.
- [18] 杜婷婷,凌瑞平,丁孟蓓,等. 从痰热论治乌议加味黄连温胆汤之异病同治[J]. 中医临床研究,2026,18(4):54-59.
- [19] 蔡少勋,朱为坤,黄孟珂,等. 张喜奎教授基于六经辨证论治肾病综合征的经验[J]. 广西中医药,2024,47(6):38-41.
- [20] 王梦琪,何丽云,唐青涛,等. 脾主运化功能季节性规律现代阐释[J]. 中国中西医结合杂志,2026,46(1):98-104.