· 临证体会 ·

刘秀萍基于扶正祛邪法治疗糖尿病肾脏病合并亚临床甲状腺功能减退经验

李墨林，刘秀萍*，翟诚诚，尚莉莉
（1. 北京中医药大学，北京 100029；2. 北京中西医结合医院，北京 100089）

摘要 糖尿病肾脏病（DKD）是糖尿病患者的重要微血管并发症之一，亚临床甲状腺功能减退（SCH）是DKD 的独立危险因素，DKD 合并 SCH 病势缠绵，迁延难愈。刘秀萍教授认为其病理基础主要为“正气不足，邪之所凑”，脾肾虚衰、肝气不疏、瘀血阻络、湿热内蕴、浊毒内生为其病因病机，治疗主张扶正与祛邪相结合，扶正固本、脾肾同补，温补肾阳、利水消肿，滋阴养血、补益肝肾以扶正，并以活血祛瘀法贯穿始终，灵活运用清热祛湿法，重视通腑泄浊、疏肝行气。本文通过阐述 DKD 合并 SCH 的中医病因病机，总结刘秀萍教授治疗 DKD 合并 SCH 的学术思想和临床经验，并附验案两则。

关键词 刘秀萍；糖尿病肾脏病；亚临床甲状腺功能减退；中医治疗；扶正祛邪；临床经验
中图分类号：R256.51 **文献标识码**：A **文章编号**：1002－2392（2025）12－0031－06
DOI：10.19664/j.cnki.1002－2392.250249

糖尿病肾脏病（Diabetic kidney disease，DKD）是高血糖所导致的慢性肾脏病，是糖尿病患者的重要微血管并发症之一，约 30% ～50% DKD 患者最终发展为终末期肾病（End－stage renal disease，ESRD）[1]。亚临床甲状腺功能减退（Subclinical hypothyroidism，SCH）是指机体的血清促甲状腺激素（Thyroid－stimulating hormone，TSH）水平升高，但血清游离甲状腺素（Free Triiodothyronine，FT4）、总甲状腺素（Total Thyroxine，TT4）在正常范围，其发病通常无明显的甲状腺功能减退症状。现代研究表明，糖尿病患者甲状腺功能障碍的患病率显著升高，甲状腺功能障碍也增加了 2 型糖尿病的患病风险，另外，糖尿病合并 SCH 的患者，肾脏疾病的患病率也增加[2]。SCH 是 DKD 的独立危险因素，甲状腺功能减退，也与肾脏功能损害密切相关[3]。西医对 DKD 患者的治疗方法仍有欠缺，对于 SCH 患者，临床上定期监测甲状腺功能，暂无明确治疗手段，而中医从多角度整体调节 DKD 合并 SCH 患者机体功能，能有效改善患者临床症状。

刘秀萍教授为北京中西医结合医院肾内科主任医师，硕士研究生导师，跟随国医大师张琪教授学习近 10 年，从事肾脏内分泌疾病的临床研究管理工作30 余年，经验丰富，对 DKD 合并 SCH 患者的治疗有独到经验。刘秀萍教授临床以中西医结合治疗疾病，诊断上相互为用，结合西医学技术进行早期筛查，见微知著，辨病寻因。其治疗 DKD 合并 SCH 患者，基于“扶正祛邪”的中医理念，补益脾肾、温固肾阳、滋阴养血以扶正补益，固本培元，活血祛瘀、清热祛湿、通腑泄浊以祛邪解郁，扶正祛邪相结合。现将其经验理论归纳如下。

1 脾肾阴阳俱虚为本，湿热瘀浊共凑为病因病机

刘教授认为，DKD 发病初期多为气阴两虚证或脾肾气虚证，甲状腺功能多为正常；随着疾病发展，阴损及阳，阳气耗伤，转变为脾肾阳虚之证，加之患者长期病中，情志不畅，亦伴有肝气郁滞之象，甲状腺功能可见降低趋势，从而合并 SCH。DKD 与 SCH 二者相互影响，病势缠绵，脾肾虚衰、肝气不疏，气血运行不畅，瘀血、湿热、浊毒、郁结等病理产物随之而生，使疾病进一步发展。此病本虚标实，虚实夹杂，在治疗中当以扶正为本，祛邪并行。

1.1 正气不足，脾肾阳虚为本

根据症状，糖尿病肾脏病可归属于中医学“消瘅”“肾衰”“肾消”“关格”“水肿”“尿浊”等范畴，现代临床也以“消渴病肾病”“水肿”“肾劳”“关格”“尿浊”为

收稿日期：2024－10－29 **修回日期**：2025－08－26
基金项目：国家自然科学基金面上项目（81273706）
作者简介：李墨林（2000－），女，硕士研究生，研究方向：中医肾脏病。
*通信作者：刘秀萍（1966－），女，硕士，主任医师，研究方向：中医肾脏病。

病名[4]；亚临床甲状腺功能减退可归属于“虚劳”“瘿病”“水肿”等范畴[5]。消渴病早期脾虚湿滞，日久气阴耗伤，迁延及肾，肾脏亏虚，继而发展为消渴病肾病。《证治要诀》曰：“三消久……更有浮在溺面如猪脂，溅在桶边如樵烛泪，此精不禁，真元竭矣。”指出消渴病日久，缠绵不愈，肾虚不固，精微蛋白漏下，出现尿浊如脂，蛋白漏下之症，符合西医学 DKD 蛋白尿的症状。《诸病源候论·水病诸候》中也指出“水病无不由脾肾虚所为，脾肾虚，则水妄行，盈溢皮肤而令身体肿满。”脾肾虚衰，气化失常，封藏收敛失司，水液外溢肌肤，发为水肿。现多将西医学胃肠道功能归为中医学脾之运化一类，现代研究发现，肠道菌群的紊乱可加重糖尿病患者糖代谢紊乱，DKD 患者体内普遍存在肠道菌群失调[6]，另外，胃肠道健康及肠道内微生物种群与甲状腺功能之间密切相关[7]。甲状腺受肾精、脾气、肝血共同濡养，脾肾二脏也可调节甲状腺功能[8]。DKD 患者脾肾两虚，气血不足无力滋养，导致甲状腺失养，功能减退，TSH 轻度升高（4.0～10.0 mIU/L），从而并发 SCH，可见乏力，易疲劳，少气懒言，腰膝酸软，食欲欠佳或恶心欲呕，腹胀，腹泻，下肢水肿，舌淡红或暗红，舌边有齿痕，苔白腻或水滑，脉沉细。脾肾两虚，运化输布功能失常，固摄失司，精微蛋白漏下、水液外溢、阴精外泄，进一步加重正气衰败，阴损及阳，最终发展为脾肾阳虚，可见 TSH 重度升高（>10.0 mIU/L），患者畏寒肢冷，腰膝冷痛，四肢无力，大便稀溏，尿少或尿浊，眼睑、下肢甚至全身浮肿，皮肤干燥，舌淡，苔薄白或水滑，脉沉细弱。临床 186 例 DKD 合并 SCH 患者的证型统计研究显示，该病以脾肾阳虚证为主[9]。肝肾同源，肝藏血，肾藏精，肾虚精亏，肝血亦不足。DKD 合并 SCH 患者脾肾之气不足，加之肝藏血功能失司，血虚津少，遗精失血，血脉不和，则会致患者肾性贫血，气血不足，患者常表现出面色苍白无华，唇甲色淡，心悸失眠，肢体麻木，舌淡，苔白，脉细等气血两虚之象。

1.2 “瘀、热、湿、浊、郁”为标

《时病论》曰：“至虚之处，便是容邪之处。”DKD 的病理基础在于脾肾气虚，气血阴阳失衡，痰饮、湿热、浊毒、瘀血等病理产物随之而生，邪滞于脾肾；日久阴损及阳、邪伤于内，致脾肾阳虚，痰湿瘀浊之邪留滞愈多；病程迁延进展，脏腑功能受损，气血阴阳俱虚，浊毒内停，进而发为危证。其发展过程中瘀、热、湿、浊聚集，调摄失宜，虚处容邪，脾、肾皆为留邪之所。《济生方·瘿瘤论治》曰：“夫瘿瘤者，多由喜怒不节，忧思过度，而成斯疾焉。大抵人之气血……调摄失宜，气血凝滞，为瘿为瘤。”瘿病与情志失调、气血运行失司密切相关。DKD 本有肝脾肾亏虚、瘀热湿浊留滞之基础，久病肝气郁滞更甚，气滞则精、血、水运行不畅，气血凝滞而并发 SCH。

瘀血贯穿疾病始终。王清任《医林改错》曰：“元气既虚，必不能达于血管，血管无气，必停留而瘀。”DKD 合并 SCH 病势缠绵，脾肾气虚，损及阳气，且肝郁致气机不畅，气血运行无力，加之血脉不和，血行不畅而浊瘀内生。瘀血内阻，血不利则为水，加重患者水肿、小便不利等症状。患者常见面色晦暗，肌肤甲错，舌暗红，有瘀斑，脉细等。

湿、热、浊均为重要致病之邪。《明医指掌·赤白浊精滑梦遗证》曰：“盖脾湿则化气不清，而分注于膀胱者，亦混浊而稠厚。”DKD 合并 SCH 患者脾肾两虚，水液精微运化不畅，内停而浊湿内生；脾肾两虚，运化无力，且阴血不足，肠道失养，大便难出，湿浊难排，湿浊内停日久，郁而化热，湿热蕴结中焦，阻滞气机，致脾胃升清降浊失常，运化失职更甚，脾不散精，肾气不固，精微分泄于膀胱，可见蛋白漏下，尿液浑浊，湿浊泛溢于肌肤，亦可见颜面、四肢浮肿。且湿热阻滞脉络，加之内生痰瘀，湿热痰瘀胶结，加重疾病发展。肠道功能紊乱与 DKD、甲状腺功能减退息息相关[6-7]。患者常见便秘症状，表现为大便黏、干结或多日不便便出则溏稀，伴有口中黏腻及舌红苔厚腻等症。研究表明，便秘与肾功能存在相关性，一方面，血肌酐与尿素氮水平随便秘的严重程度而变化，另一方面，持续的便秘状态也可能反向加剧肾脏疾病的进展[10]。

秦昌遇《症因脉治》曰：“阳虚小便不利之因，肝主施泄，肾主开阖……此聚水生病而小便不利也。”情志不畅，肝气郁滞，气机运行失司，经络受阻，日久可见气郁化火，内火灼津，愈发消渴；经络不畅，气血运行不畅，加重瘀滞。患者常有胸胁苦满，郁郁不乐，腹胀，不欲饮食，烦闷失眠，舌质紫暗或有瘀点瘀斑，脉弦细等症状。

2 补益脾肾以固本，辨清邪实而祛邪，扶正祛邪随证加减

2.1 扶正固本，培元补虚

“正气存内，邪不可干”，治疗 DKD 合并 SCH 过程中刘教授注重补益脾肾以资气血生化之源，通过补脾益气、温补肾阳、肝肾同补、滋阴养血等治法，固本培元，益精养血，同时也提高患者自身抗邪能力。“扶正”是治疗 DKD 合并 SCH 的核心。

2.1.1 脾肾双补，培土固水

《景岳全书·杂证谟·脾胃》曰：“善治脾者，能调五脏，即所以治脾胃也。能治脾胃，而使食进胃强即所

以安五脏也。”在 DKD 合并 SCH 初始阶段，患者 TSH 轻度升高，刘教授在治疗时注重补脾，脾肾双补，以培补疾病之消耗。常用四君子汤合参芪地黄汤加减滋肾健脾，益气养阴，常用黄芪 15 ~ 30 g，党参 9 ~ 15 g，太子参 9 ~ 15 g，白术 9 ~ 15 g，茯苓 9 ~ 15 g，熟地黄 6 ~ 12 g，山药 9 ~ 15 g。四君子汤为健脾益气基础方，还具有抗炎、调节糖脂代谢、改善胃肠道功能的作用[11]。黄芪顾护正气，助脾运化，兼以固摄精微，亦可以抗炎、减少蛋白尿、提高机体免疫力、抗疲劳、保护肾脏[12]，气虚乏力困倦较重的患者应适当加大黄芪用量，可用至 50 g，并配伍清热药物如黄芩、茵陈等，以防滋腻生热。茯苓、白术健脾利水，山药补益脾肾，三者均有改善肾功能、减少蛋白尿的作用[13]。熟地黄滋养肾阴，填补精髓，其性味甘温而润，又能兼防温燥。对于腹胀不舒、胃脘嘈杂的患者，常加用延胡索 6 ~ 9 g，香附 6 ~ 9 g健脾和胃行气。对于脾胃不和、痰湿蕴脾、寒热往来而胃痛、泄泻的患者，加用不换金正气散化湿醒脾，助脾健运。

2.1.2 温补肾阳，利水消肿

DKD 合并 SCH 初始多为脾肾气虚之证，病程日久而脏腑阳气虚衰，TSH 重度升高，甚至由 SCH 发展成为甲状腺功能减退症，当监测患者甲状腺功能。研究表明，温补肾阳，化气行水法能有效改善 2 型糖尿病伴 SCH 患者的胰岛素抵抗情况和临床症状[14]。健脾温肾法可明显改善脾肾阳虚型 SCH 患者的临床症状及甲状腺功能[15]。

临床上刘教授常以真武汤、麻黄附子细辛汤、葶苈大枣泻肺汤三方合用，温阳治水，兼补脾益肾，常用葶苈子 9 ~ 30 g，茯苓 9 ~ 20 g，白术 9 ~ 20 g，白芍 9 ~ 15 g，黄芪 15 ~ 30 g，桂枝 6 ~ 15 g，肉桂 1 ~ 3 g，蜜麻黄 3 ~ 6 g，附片 3 ~ 6 g，山药 9 ~ 15 g，菟丝子 9 ~ 15 g，金樱子 6 ~ 15 g。《伤寒论 · 辨少阴病脉证并治》曰：“少阴病，二三日不已，至四五日，腹痛，小便不利，四肢沉重疼痛，自下利者，此为有水气，其人或咳，或小便利，或下利，或呕者，真武汤主之。”真武汤温阳利水，主治脾肾阳虚，水湿内停之证。现代研究发现，真武汤可改善肾功能，减少蛋白尿，调节甲状腺功能，改善氧化应激状态，调节机体免疫功能[16-17]。麻黄附子细辛汤温里散寒，主治阴寒内盛，阳气不得宣达而见外寒之证，《伤寒论辨证广注 · 中寒脉证》言其“使里温而阳气不脱，表透而寒邪得散。”对于脾肾阳虚之 DKD 合并 SCH 患者，该方温阳助阳，化气行水。研究表明，麻黄附子细辛汤具有抗炎、免疫调节等作用，可有效延缓 DKD 大鼠肾小球硬化进展，改善大鼠因肾小球硬化而引起的脂质代谢紊乱[18]。葶苈大枣泻肺汤有泻肺平喘，利水消肿之功，多用于治疗肺系及心系疾病，用于 DKD 患者时，应去大枣，以减少患者血糖波动。研究表明，葶苈大枣泻肺汤可通过调节 HK - 2 细胞水通道蛋白及钠离子重吸收相关蛋白的表达，从而调节水液代谢[19]。此三方合用，肺、脾、肾同治，气、血、水同调，更加黄芪、山药、菟丝子等补益脾肾，肉桂、桂枝温中散寒，金樱子收敛固精，共凑温阳固肾，减少精微物质外泄之功。

2.1.3 滋补肝肾，养血滋阴

肾藏精，肝藏血，精血同源，互生互化。唐容川《血证论》曰：“肝主藏血，血生于心，下行胞中，是为血海……木气冲和条达，不致遏郁，则血脉得畅。”刘教授认为肝肾同源，精血同治，补养肝肾，滋阴养血，常在补益脾肾基础上，加用六味地黄丸、当归补血汤或四物汤，肝、脾、肾三脏同调。且多用乌梅、五味子药对，以酸敛阴，补益肝脏，熟地黄、麦冬、知母等滋阴养血。临床常用当归 6 ~ 12 g，熟地黄 6 ~ 12 g，白芍 9 ~ 15 g，川芎6 ~ 15 g，山药 9 ~ 20 g，乌梅 9 ~ 15 g，五味子 9 ~ 15 g，麦冬 9 ~ 12 g，知母 9 ~ 15 g。现代研究表明，当归补血汤可促进铁的吸收，提高内源性促红细胞生成素(EPO)水平，改善肾性贫血[20]。研究表明，加味四物汤联合 EPO 对肾性贫血患者的疗效比单用 EPO 治疗更为显著[21]。

2.2 祛邪除浊，去宛陈莝

朱丹溪《格致余论》曰：“或因忧郁，或因厚味，或因无汗，或因补剂，气腾血沸，清化为浊。”脾肾亏虚水湿难运，血行无力，内生瘀血、浊毒等病理产物，积聚留滞于内，气血运行受阻更甚，脏腑功能进一步失调则病情加重。刘教授强调祛邪的重要性，在补益扶正的基础上，根据疾病邪实的不同，选择合适的祛邪之法。在治疗过程中，以活血祛瘀法贯穿始终，灵活运用清热祛湿，通腑泄浊，重视疏肝行气。

2.2.1 活血化瘀，通络祛滞

刘教授认为瘀血阻络贯穿疾病始终，应当在各阶段加入活血祛瘀药以通肾络，并根据患者症状，灵活加减。常选用丹参饮、血府逐瘀汤活血行气，三棱、莪术药对及水蛭等虫类药破血逐瘀。临床常用丹参 9 ~ 15 g，生地黄 6 ~ 12 g，红花 9 ~ 1 5 g，枳壳 9 ~ 15 g，赤芍6 ~ 15 g，醋三棱 6 ~ 9 g，醋莪术 6 ~ 9 g，烫水蛭 3 ~ 6 g。丹参中的活性成分可调节糖代谢、改善血流灌注、减轻肾脏损伤[22]。莪术可改善 DKD 大鼠多饮、多尿、多食和体重减轻等症状，降低大鼠血糖和血脂，减少尿微量白蛋白[23]。水蛭颗粒对联合优甲乐治疗桥

本甲减，可更好改善患者甲状腺功能及临床症状，并且水蛭还有抗炎、抗氧化应激、改善肾脏功能、保护肾脏的作用[24-25]。活血化瘀可改善肾脏血流动力学、减轻肾脏病理损伤、降低尿蛋白[26]。活血化瘀对于 DKD 合并 SCH 患者极为重要，可明显改善患者相关症状。

2.2.2 清热祛湿，通腑泄浊

刘完素《火热论》言："诸水肿者，湿热之相兼也……以辛苦寒药治之。"刘教授常选用茵陈蒿汤或茵陈五苓散加减，清热利湿化浊，并根据患者湿与热侧重不同，灵活调整用药剂量。临床常用茵陈 9 ~ 12 g，白术 9 ~ 20 g，大黄 9 ~ 15 g，熟大黄 9 ~ 15 g，猪苓 9 ~ 15 g，茯苓 9 ~ 20 g，黄芩 9 ~ 15 g，黄连 9 ~ 15 g。热重者，茵陈可加至 20 g，大黄可加至 30 g，除湿热而防滋腻；易受外邪合并泌尿系感染者，加薏苡附子败酱散清热解毒；阴虚热盛者，多用滋阴清热药，选用白茅根9 ~ 20 g，芦根 9 ~ 20 g，知母 9 ~ 15 g 清热生津。研究表明，茵陈五苓散可重塑糖尿病患者肠道菌群结构，并调节患者机体代谢[27]。

《儒门亲事》曰："大积大聚，大病大秘，大涸大坚，下药乃补药也。"刘教授认为大便不通，浊毒排出受阻，滞留于内，内伤脏腑，促进病程发展，使疾病迁延难愈。刘教授常根据患者症状，大便不通热结肠道者，加大黄 9 ~ 12 g，枳壳 9 ~ 15 g，生石膏 12 ~ 20 g 等，张锡纯《医学衷中参西录》称石膏为"清阳明胃腑实热圣药"，有通腑退热之功，阳明实热甚者可加至50 g，大量使用生石膏对此类大便难出患者有很好疗效；气虚肠燥者，加白术 30 ~ 50 g，或加白芍 9 ~ 15 g，当归 12 ~ 15 g，生地黄 9 ~ 12 g，郁李仁 9 ~ 12 g 等，灵活组方选药，使患者大便通畅，保持每天 2 ~ 3 次，以便浊毒外泄。

2.2.3 疏肝理气，解郁散结

刘教授认为情志不畅为该病发生的一个关键因素，《丹溪心法·六郁》曰："人身诸病，多生于郁"，常选用小柴胡汤和解少阳，逍遥散疏肝解郁健脾，柴胡加龙骨牡蛎汤疏解肝经郁热，行气解郁，滋水清肝饮滋养阴血且清热疏肝。常用柴胡 9 ~ 15 g，龙骨9 ~ 15 g，牡蛎 9 ~ 15 g，桂枝 6 ~ 15 g，大黄 9 ~ 15 g，黄芩9 ~ 15 g，琥珀 1 ~ 3 g。对于尿浊、尿沫多，大量蛋白尿者，加青风藤 9 ~ 20 g，祛肝风除湿热，同时减少蛋白尿，减轻精微外泄。诊疗过程中刘教授也注重对患者的情志疏导，调畅情志，利于身心。

DKD 合并 SCH 初始阶段可见 TSH 轻度升高，此时多表现为脾肾气虚之象，并常兼瘀血阻络及湿热浊邪。治疗应以补益脾肾，顾护正气为主，辅以活血祛瘀，并根据湿浊邪气的轻重程度灵活调整用药。病程发展至 TSH 重度升高，多为脾肾阳虚之证，且瘀血、湿热、浊毒互结，治疗以温补肾阳，补脾益气，利水消肿为主，活血祛瘀贯穿始终，根据湿热偏重而清热祛湿泄浊。DKD 合并 SCH 常有血虚之象，应当关注患者血红蛋白的变化，用药应滋阴养血，补血活血，祛瘀不伤正，补血不留瘀。治疗过程中，患者情志、大便情况与疗效息息相关，故应解郁疏肝以调畅情志，通便泄浊以助邪外排。标本兼顾，扶正祛邪，随证加减，用药得当以治本病。

3 验案

3.1 验案一

患者，女，54 岁，2023 年 12 月 21 日就诊。因发现糖尿病 8 年余，蛋白尿 3 年余就诊。患者 8 年前体检血糖升高，诊断为糖尿病，目前口服西格列汀二甲双胍片（1 片/次，每日 2 次）和阿卡波糖片（1 粒/次，每天 3 次），重组甘精胰岛素注射液 7 ~ 9 U 睡前皮下注射控制血糖，目前血糖控制不佳。3 年前患者尿中泡沫，于医院就诊发现蛋白尿，乏力困倦，易疲劳，间断于医院就诊。现患者仍有尿沫，血糖波动就诊于刘教授门诊。刻下：尿中泡沫，尿频、尿急、尿痛，时乏力，易疲劳困倦，鼻塞，偶咳嗽，无双下肢浮肿，下肢怕冷，记忆力减退，胃胀，纳少，眠差，大便日 1 次，成形，舌淡红，苔薄黄，脉沉细。既往史：心率偏快，口服酒石酸美托洛尔片12.5 mg/次，日 2 次。辅助检查：2023 年 12 月 11 日空腹血糖示 7.93 mmol/L，糖化血红蛋白 6.8%，血肌酐 56 μmol/L，血尿酸 428 μmol/L，甘油三酯 3.17 mmol/L，血红蛋白 106 g/L，尿蛋白（++），尿蛋白定量 1.739 g/24 h，TSH 5.69 mIU/L，FT4、TT4 正常。西医诊断：糖尿病肾脏病Ⅳ期；亚临床甲状腺功能减退；2 型糖尿病。中医诊断：尿浊，辨证为脾肾气虚，湿热内蕴证。处方：黄芪 20 g，党参9 g，白芍 6 g，白术 9 g，茯苓 9 g，熟地黄 9 g，葛根 9 g，当归 9 g，北柴胡 9 g，黄芩 9 g，白茅根 15 g，芦根 9 g，乌梅 9 g，醋香附 9 g，醋延胡索9 g，枳壳 6 g，熟大黄9 g，辛夷 9 g，红景天 9 g，三七粉 3 g（冲服），青风藤 9 g，薏苡仁 9 g，附片 6 g（先煎）。14 剂，水煎服，日 1 剂，早晚分服。

2024 年 1 月 4 日复诊。患者乏力困倦、易疲劳较前好转，双下肢仍怕冷，睡眠好转，尿频、尿急、尿痛好转，小便偶有浑浊，大便日 1 次，便干，舌淡红，苔黄，脉沉细。上方黄芩、熟大黄均减至 6 g，北柴胡加至 15 g，枳壳加至 9 g，白术加至 15 g，青风藤加至20 g，加生石膏 20 g（先煎），茵陈 9 g，桂枝 12 g，去白茅根、乌梅。14 剂，日 1 剂，煎服法同前。

按语：患者中年女性，消渴病病程日久，伤及脾肾，湿热、痰瘀、浊毒内生，肾气亏虚，精微不固，可见时有乏力，易疲劳困倦，尿中蛋白漏下，小便浑浊，双下肢怕冷；脾肾不足，水液运行失司，浊湿内停，日久生热，湿热下注，而见尿频、尿急、尿痛；患者疾病较重，气血阴阳俱虚，精亏血少，气血无力上行，甲状腺失养故见甲状腺功能减退。舌淡红，苔薄黄，脉沉细，四诊合参，为脾肾气虚水停，湿热内蕴之证。选用四君子汤、参芪地黄汤合逍遥散加减，以此三方共凑补益脾肾，解热疏肝之效。方中党参、白术、茯苓合黄芪健脾益气，固护根本；熟地黄、当归、白芍滋补肝肾，培补精血；柴胡、当归、白芍、白术、茯苓疏肝理气调畅气机，加香附、延胡索、枳壳增强疏肝理气，和胃止痛之效；薏苡仁、附子为刘教授治疗尿频、尿急、尿痛的经验配伍，温阳利湿，排脓解毒；黄芩、芦根、白茅根清热利尿；熟大黄通腑泻浊，以给邪出路；旧血不去，新血不生，故配伍延胡索活血行气，三七粉活血化瘀，红景天益气活血；患者仍有蛋白尿，故加青风藤祛风除湿，减少蛋白尿；葛根生津止渴，有助血糖调控；乌梅与方中甘味药相配，酸甘化阴，以生阴液；辛夷通窍，针对鼻塞之症。诸药合用，肝、脾、肾同治，瘀热同清，扶正祛邪。复诊时患者主症减轻，提示方证相符，双下肢仍怕冷、便干、苔黄，表明脾肾阳虚之本未复，内热与气机不畅犹存，故加柴胡、枳壳用量，以增调畅气机之力；白术加量以增强健脾祛湿之力；清风藤加至 20g，意在乘胜追击，进一步控制尿蛋白漏出；减少黄芩、熟大黄用量，减其苦寒，加生石膏、茵陈、桂枝，清热化湿，兼以通阳，使寒温配伍更加均衡。

3.2 验案二

患者，女，55 岁，2024 年 11 月 4 日就诊，因糖尿病 18 年，肌酐升高伴双下肢浮肿 1 月就诊。患者18 年前诊断为糖尿病，近一月出现双下肢浮肿，口服非奈利酮片，目前以卡格列净片、二甲双胍片，德谷胰岛素利拉鲁肽 12 u 每晚一次控糖，血糖控制尚可，餐前血糖波动在 6 ~ 7. 3 mmol/L，餐后血糖波动在 8 ~ 9.3 mmol/L。1 月前患者双下肢浮肿，2024 年 10 月 31 日查血肌酐 97 μmol/L，计算肾小球滤过率 56.64%，尿蛋白定量 3.32 g/24 h，白蛋白 35.1 g/L，血红蛋白 98 g/L，TSH 5.9 mIU/L，FT4、TT4 正常，遂就诊于刘教授门诊。刻下症：双下肢浮肿，四肢凉，唇指青紫，乏力，怕冷，纳可，睡眠欠佳，入睡稍困难，小便尿沫多，大便日 1 次，成形，舌淡暗，苔微黄，脉沉细。既往病史：高血压，口服氯沙坦氢氯噻嗪片、氨氯地平片、富马酸比索洛尔片，血压控制尚可；糖尿病周围神经病变，口服甲钴胺、依帕司他胶囊。西医诊断：糖尿病肾脏病Ⅳ期；慢性肾脏病 3 期；肾性贫血；亚临床甲状腺功能减退；高血压 3 级（极高危）；糖尿病周围神经病变。中医诊断：慢性肾衰病，辨证为脾肾阳虚水停，湿热瘀阻证。予雷公藤多苷片 10 mg/次，日 3 次；黄葵胶囊 2.15 g/次，日 3 次；中药处方：蜜麻黄 6 g，附片 9 g（先煎），葶苈子 20 g，茯苓 20 g，白术 6 g，白芍6 g，烫水蛭 6 g，黄芪 30 g，芦根 6 g，知母 6 g，乌梅 15 g，醋莪术 6 g，醋三棱 6 g，熟大黄 3 g，桂枝 15 g，青风藤 15 g，甜叶菊 1 g。7 剂，日 1 剂，水煎服，早晚分服。

2024 年 11 月 11 日患者复诊。双下肢水肿明显减轻，唇甲青紫减轻，四肢凉、乏力、怕冷较前缓解，纳眠可，尿沫减少，大便日两次，稍稀，舌淡暗，苔微黄，脉沉细。上方附片加至 12 g，茯苓减至 15 g，加当归 15 g，醋五味子 9 g，去芦根。7 剂，日 1 剂，煎服法同前。西药同前。

按语：患者中年女性，素体偏虚，消渴病病程日久，迁延不愈伤及脾肾，脾肾不足，气化失常，水液外溢，浊毒内积，代谢失常，故双下肢浮肿，血肌酐升高；肾阳亏虚，固摄失司，可见四肢凉，乏力，怕冷，尿中蛋白漏下，小便浑浊；气血运行无力，加之血脉不和，血行不畅而浊瘀内生，可见唇甲青紫。舌淡暗，苔黄，脉沉细，四诊合参，为脾肾阳虚水停，湿热瘀阻之证。选用真武汤、麻黄附子细辛汤、葶苈大枣泻肺汤三方共凑温阳补肾，利水消肿之效。附片、茯苓、白术、白芍，温补脾肾之阳，化气行水；麻黄、附子开泄腠理，宣通阳气；葶苈子泻肺中水气，针对标实急症；重用黄芪以补脾肾之气，除湿热除黏滞，兼顾肾性贫血，气旺则血行；桂枝温通经脉、助阳化气；乌梅、五味子、知母补益肝脏、滋阴养血；三棱、莪术、水蛭活血破积，化瘀通络；芦根清热利尿；甜叶菊调和药味。同时青风藤及雷公藤多苷片祛风解毒，除湿消肿，舒筋通络，阴阳气血俱补，祛瘀清浊，扶正祛邪。复诊时患者水肿减轻，主症改善，但仍有唇甲青紫、怕冷之症，阳虚未复，瘀血仍存，故增加附片用量，以增温阳之本；减少茯苓用量，减轻利水药力，避免过利伤正；加当归，与黄芪合为当归补血汤，气血双补；加五味子，协同乌梅增加酸敛固精之功，其酸收之性亦可制附片之燥烈；患者水势已减，内热之象未加重，故去除清热药芦根，使全方之力更集于温补与活血。

4 讨论

刘教授以“扶正祛邪”理论论治 DKD 合并 SCH，见微知著，辨病寻因，认为正气不足，邪之所凑贯穿疾病始终，从脏腑气机、阴阳平衡多个方面扶正补益，固

本培元。并基于临床症状辨证论治,根据辨病辨证及个人体质不同,灵活用药,收效卓著,具有较强的临床指导意义。

参考文献:

[1] 李洪梅,朱海清. 中国糖尿病肾脏病防治指南(2021 年版)解读[J]. 中国医刊,2022,57(2):133 – 138.

[2] 崔琦,周虹,宋成伟,等. 2 型糖尿病患者亚临床甲状腺功能异常与糖尿病肾病的相关性[J]. 中国临床研究,2023,36(11):1632 – 1635.

[3] 王舒欣,王丽. 甲状腺激素与糖尿病肾脏病严重程度及肾功能的关系[J]. 临床合理用药杂志,2024,17 (9):32 – 36.

[4] 吴童,李靖,李雪,等. 糖尿病肾病中医诊疗指南的内容分析及建议[J]. 江苏大学学报(医学版),2024,34(6):490 – 496.

[5] 魏军平,郑慧娟,王秋虹,等. 亚临床甲状腺功能减退症中西医结合诊疗方案探讨[J]. 世界中西医结合杂志,2018,13(10):1451 – 1455.

[6] 张晴,王俭勤. 肠道菌群及其代谢产物在糖尿病肾病中的研究进展[J]. 中国医药,2024,19(6):951 – 955.

[7] 段祥凯,杨萌萌,王心雨,等. 甲状腺功能减退症与胃肠道健康微量元素关系研究进展[J]. 临床心身疾病杂志,2023,29(5):128 – 132.

[8] 周佳慧,杨晗,陈锐. 基于“阳虚阴结”理论从脾肾阳虚辨治甲状腺肿[J]. 环球中医药,2023,16 (11):2307 – 2311.

[9] 杨莉,李丹,刘秀萍. 糖尿病肾脏病合并亚临床甲状腺功能减退症患者的临床特点及中医证候分析[J]. 中国中西医结合肾病杂志,2023,24(9):786 – 790.

[10] 许苑,林玮涛,邹川. 慢性肾功能衰竭便秘发生率及其相关因素分析[J]. 广东医学,2016,37(8):1202 – 1204.

[11] DAI X, LIU Y G, LIU T Y, et al. Sijunzi decoction ameliorates bone quality and redox homeostasis and regulates advanced glycation end products/receptor for advanced glycation end products and WNT/β – catenin signaling pathways in diabetic mice[J]. J Ethnopharmacol, 2024,319(Pt2):117167.

[12] 曾海涛. 中药黄芪在临床上的药理作用及其应用价值探讨[J]. 北方药学,2019,16(10):126 – 127.

[13] 张慧芳,王峥. 中医药治疗肾性蛋白尿用药规律分析[J]. 新疆医科大学学报,2023,46(8):1092 – 1098.

[14] 张丽萍,王芬,王锐,等. 金匮肾气丸对 2 型糖尿病合并亚临床甲状腺功能减退患者胰岛素抵抗的影响[J]. 现代中西医结合杂志,2023,32(7):974 – 978.

[15] 王欢欢. 健脾温肾方治疗脾肾阳虚型亚临床甲减的临床观察[D]. 张家口:河北北方学院,2020.

[16] 王启民,赵威,黄婉佳. 真武汤加减治疗糖尿病肾病用药规律研究[J]. 河南中医,2024,44(7):1006 – 1011.

[17] 吴剑纯,林宗粤,吴漪彤,等. 真武汤对脾肾阳虚型 TPOAb 阳性甲状腺功能减退症疗效及对细胞因子、血脂水平的影响[J]. 世界中西医结合杂志,2020,15(3):478 – 484.

[18] 苏哲苓,卢嫣,韩世盛,等. 麻黄附子细辛汤对局灶性节段性肾小球硬化症模型大鼠血尿生化及肾脏病理的影响[J]. 江苏中医药,2020,52(12):81 – 84.

[19] 常鑫迪. 基于 ACE2 – Ang – (1 – 7) – Mas 轴探讨葶苈大枣泻肺汤对肾近曲小管上皮细胞水液代谢的作用机制研究[D]. 郑州:河南中医药大学,2022.

[20] 侯敏娜,侯少平,逯莉,等. 基于整合药理学平台的当归补血汤治疗贫血分子作用机制研究[J]. 西部中医药,2023,36(11):8 – 13.

[21] 张洁,张莹莹,丘江. 加味四物汤联合促红细胞生成素对肾性贫血红细胞参数、肾功能及微炎症状态的影响[J]. 湖北中医药大学学报,2021,23(2):59 – 62.

[22] 赵仲秋,张诏. 丹参及其有效成分治疗糖尿病肾病的作用机制研究进展[J]. 环球中医药,2024,17(11):2368 – 2374.

[23] 胡婉素,刘帆,王杰. 莪术对糖尿病肾病大鼠的保护作用[J]. 中国实验方剂学杂志,2011,17(7):163 – 166.

[24] 邓仲麒. 水蛭颗粒联合优甲乐治疗桥本甲减的疗效观察[D]. 济南:山东中医药大学,2012.

[25] 刘彤,伊桐凝. 常用虫类药治疗糖尿病肾病研究进展[J]. 实用中医内科杂志,2025,39(2):121 – 124.

[26] 杨蕤,万生芳,李荣科,等. 基于“瘀血阻络”证候特点探析糖尿病肾脏病血流动力学改变[J]. 中医药临床杂志,2023,35(7):1254 – 1257.

[27] 李思韵,蔡宏桂,张珏,等. 茵陈五苓散加减治疗 2 型糖尿病临床研究[J]. 新中医,2024,56(11):7 – 11.

LIU Xiuping's Experience in Treating Diabetic Kidney Disease with Subclinical Hypothyroidism Based on the Method of Strengthening Healthy Qi and Eliminating Pathogenic Factors

LI Molin, LIU Xiuping, ZHAI Chengcheng, SHANG Lili

(1. *Beijing University of Chinese Medicine*, *Beijing* 100029, *China*;

2. *Beijing Hospital of Integrated Traditional Chinese and Western Medicine*, *Beijing* 100089, *China*)

Abstract Diabetic kidney disease (DKD) is one of the important microvascular complications in diabetic patients, and subclinical hypothyroidism (SCH) is an independent risk factor for diabetic kidney disease. DKD combined with SCH has a prolonged and refractory course. Professor Liu Xiuping believes that its pathological basis is mainly "deficiency of healthy qi and invasion of pathogenic factors," with spleen and kidney deficiency, liver qi stagnation, blood stasis obstructing collaterals, internal dampness – heat, and turbid toxin internal generation as its etiology and pathogenesis. The treatment advocates the combination of strengthening healthy qi and eliminating pathogenic factors, including strengthening the root and reinforcing the spleen and kidney, warming and tonifying kidney yang to promote diuresis and reduce swelling, nourishing yin and blood to tonify the liver and kidney for strengthening healthy qi. At the mean time we shall consistently apply the method of activating blood circulation and removing stasis, flexibly use the method of clearing heat and eliminating dampness, and emphasize purging the abdomen to discharge turbidity and soothing the liver to promote qi flow. This article explains the etiology and pathogenesis of DKD combined with SCH in Traditional Chinese Medicine, summarizes Professor Liu Xiuping's academic ideas and clinical experience in treating DKD, with two proven cases included.

Key words LIU Xiuping; Diabetic kidney disease; Subclinical hypothyroidism; Traditional Chinese Medicine treatment; Strengthening healthy qi and eliminating pathogenic factors; Clinical experience