

血脂异常中医辨证论治现状概述※

● 罗嗣卿¹ 陈 豫¹ 指导:刘中勇^{2▲}

摘 要 通过检索知网中国学术期刊网络出版总库 2011 - 2015 年中医对血脂异常理论、治疗经验、临床报道,剔除继发性血脂异常及联合西药治疗等干扰相文献,对剩余 574 篇文献再行筛选、分析、归类 and 总结,全面探讨中医对血脂异常的认识和治疗的现状并对未来进行展望。

关键词 血脂异常 病因病机 论治 综述

血脂异常是指血浆所含脂质量和质的异常,通常是指血浆中甘油三酯和(或)胆固醇升高,亦包括高密度脂蛋白胆固醇的降低^[1],俗称高脂血症。古代中医因条件有限,对血脂异常认识欠深,并未有专门病名对应。王居平等^[2]根据患者临床表现和特性认为该病属于“痰湿”“痰浊”“痰瘀”范畴;刘财等^[3]认为从主症出发,亦可归于“眩晕”“中风”“胸痹”病名之下;李翌萌、白长川^[4]教授常以升清降浊法治疗高脂血症而提出“脂浊”,认为该将其独列病名研究。

1 病因病机

根据高脂血症患者的发病年龄、生活习惯、临床症状与体征,其病因主要有禀赋不足、饮食劳倦,

情志内伤等几个方面,主要病理为湿、痰、浊、瘀、毒,与脾、肝、肾系密切,涉及全身脏腑。张选明等^[5]认为缺乏运动,过于安逸则脾气壅滞,脾之运化失司,水谷精微输布不畅可致痰湿内生,精化为浊而成高脂血症。唐娜娜等^[6]根据血脂异常患病人群特点,总结出胃强脾弱之机理,认为饮食结构和生活方式的改变是血脂异常的最常见病因。而刘涵容^[7]言“痰浊、水湿”一类邪气聚于人体,能直接侵袭血脉,阻碍脾的运化水湿功能而致病,认为脾失健运是高脂血症的重要病机。张娜等^[8]认为病变早期以痰浊为主,久则兼有瘀血内停,致痰瘀互结。痰浊血瘀为血脂异常的主要病理。姜明全^[9]指出肝气郁结化火,肾阴虚化火,可灼津

成浊,与气机不畅、血瘀脉络等诸因素夹杂导致痰浊交阻,加重了脂浊停聚。吕金仓等^[10]依据《灵枢·血络》中“血少黑而浊”认为此为血脂异常的概括,其病因为浊毒内蕴血脉,面色瘀肿,口唇紫红即为病症。杨克雅^[11]则认为浊毒既是高脂血症发病的始动机制,也是病程进展中多种因素相互作用的结果,贯穿疾病全过程,初期浊为主,后期毒为主,并深入脉络损伤全身。而梁音心^[12]认为禀赋不足、年老体虚、劳逸无度加上饮食失节、情志不遂等引起的正气不足,方致水液、膏脂运化失常,排泄障碍,郁于体内而膏脂丰满患病,并认为其中脾失健运为首,肾失气化次之。而陈晨等^[13]认为肾“收藏、化精”具有调和气血的功能,日久肾虚则会形成血瘀和痰浊,主张高脂血症久治不效当考虑从肾论治。

目前中医对于血脂异常的认识存在一定的共识,虽有侧重点的不同,但大多认可脾失健运,肝失疏泄,肾失气化为主要病机,痰湿、瘀浊为基本病理因素,病变日久则

※基金项目 江西中医药大学研究生创新专项资金项目(No. JZYC15S11)

▲通讯作者 刘中勇,男,教授,主任医师,博士生导师,国务院特殊津贴专家,国家优秀中医临床人才,江西省名中医。国家中医临床重点专科(心血管病科)学科带头人、国家中医药管理局重点专科(心血管病科)学科带头人、国家中医药管理局重点学科(中医心病学)学科带头人。E-mail lzyongmail@163.com

●作者单位 1. 江西中医药大学研究生院(330004);2. 江西中医药大学附属医院(330006)

痰湿瘀浊胶结于血脉,五脏六腑相互影响累及,严重者可致血脉壅塞不通而致各种心脑血管急症坏病。而对浊、毒等概念的定义和论述尚需要进一步探讨。

2 证型特点

近年来医家对血脂异常的证型特点从北京 661 例^[14]、江苏 212 例^[15]、广东 316 例^[16]三地证类统计中可以发现,痰浊瘀血为血脂异常主要病理因素,脾失健运、肝失疏泄为常见病机,阴虚内热,肾阳不足者占比较小,均认为该病实证多,虚证少。此外,从当下医家治疗血脂异常经验总结中,我们亦可发现,证型分类多以脾虚痰湿、肝肾阴虚、气虚血瘀、脾肾阳虚立意,如魏巍等^[17]将高脂血症主要分为“肝阳上亢,痰瘀互结,湿热壅滞”、“痰浊中阻,气虚血瘀”、“肝肾阴虚,肝脾阳虚”三大类;叶倩等^[18]则直接将其分为脾肾阳虚型、脾虚湿盛型、肝肾阴虚型三型;康善平^[19]总结彭绍杰教授治疗经验认为,初病多脾虚痰阻型,中期可见痰瘀互结型,久病肾阴虚可见。

综合各家之言,将近五年血脂异常的证型特点与侯明奇等^[20]对期刊全文数据库(CNKI)2000~2010年血脂异常研究相关文献研究结论相对比,可以发现仍然以脾虚痰湿、肝郁血瘀、肾阳气虚、肾阴虚内热等为基本证型,基本认同血脂异常是一个从脾虚痰湿初起,进而痰瘀互结侵犯血脉,日久病肾虚愈显的疾病发展过程。且从临床治疗经验来看,多数医家越来越注重脾肾气虚、阳虚的发生。各地研究结论虽不尽相同,却殊途同归,符合中医因地制宜的辨证思想。

3 因证施治

3.1 脾升清,主运化,生湿化痰责

之在脾 郑萍红等^[21]将 188 例血脂异常患者随机分成三组,治疗组 72 例以益气调脂颗粒(组成:黄芪、山楂、首乌、丹参、决明子各 30g,泽泻 12g,地鳖虫 10g)治疗,中药组 60 例以脂必妥治疗,西药组以辛伐他汀治疗,治疗 16 周分析结果表明治疗组总有效率 87.6%,中药组总有效率 83.9%,西药组总有效率 86.7%,统计学分析示治疗组与西药组效果相当,治疗组疗效优于中药组,在治疗过程中仅西药组出现不良反应,3 例出现肝酶升高。刘海军^[22]采用自拟降脂汤(组成黄芪 30g,泽泻 15g,薏苡仁 20g,茯苓 15g,白术 15g,半夏 10g,丹参 30g,山楂 30g,三七 10g,首乌 15g)通过辨证加减,共治疗 62 例,治疗均为 8 周,结果表明总有效率为 91.9%,而且临床控制和显效共为 34 例占 69.3%。彭绍杰等^[23]针对高脂血症脾虚痰浊、肝肾亏虚、痰瘀互结浸润血脉的病机特征,以自拟益脉降脂汤(组成:黄精、山楂各 20g,黄芪、白术、茯苓、泽泻、何首乌、杞子、丹参、菊花、草决明、绞股蓝各 10g)治疗 60 例血脂异常患者,得出类似结论。

3.2 肝藏血,主疏泄,痰瘀阻结责之在肝 赵顺利^[24]等自拟降脂益肝汤(枸杞子 20g,败酱草 30g,决明子 30g,生何首乌 15~20g,泽泻 20~30g,丹参 15~30g,生山楂 30g,黄精 15~20g,虎杖 12~15g,荷叶 15g)治疗 126 例血脂异常患者,两个月后显效 108 例,占 85.7%,总有效率为 97.7%。而武艳慧等^[25]按就诊时间将 96 位血脂异常患者随机分为天麻钩藤饮治疗的治疗组和血脂康治疗的对照组,入组治疗 30 天后疗效比较显示治疗组总有效率为 97.91%,对照组总有效率为 89.58%,治疗组

有效率大于对照组, $P > 0.05$ 。沈辉等^[26]经辨证将气滞血瘀或痰湿阻遏证患者以理气化浊方(组成:柴胡 9g,陈皮 9g,丹参 15g,郁金 9g,炙穿山甲片 6g,赤芍 9g,山楂 15g,茯苓 12g,白茅根 30g,泽泻 15g,荷叶 9g,牡丹皮 12g,泽兰 12g,绞股蓝 15g,炙鸡内金 15g)治疗,对照组以普伐他汀治疗,治疗 3 个月后证明,辨证下该方有效率优于普伐他汀对照组。

3.3 肾为本,主气化,诸脏衰微责之在肾 刘克勤等^[27]自拟补肾活血化痰汤(组成:制首乌、枸杞子、女贞子、丹参各 20g,生山楂、泽泻、决明子茵陈、瓜蒌、水蛭各 15g,三七、大黄各 10g)治疗高脂血症 36 例并设 36 例对照组以降旨灵片治疗,治疗均为 45 天。结果显示治疗组总有效率 94.4%,优于对照组 69.4%。李日珍^[28]以降脂汤(组成:熟地 15g,肉桂 6g,菟丝子 8g,制首乌 12g,薏米 10g,泽泻 15g,陈皮 10g,茯苓 10g,山楂 15g,决明子 20g,水蛭 10g)治疗高脂血症,同样效果确凿。

综合各家治疗血脂异常临床报道,五脏辨治重在脾、肝、肾次之,而从组方用药角度无不切中疾病过程中痰浊瘀阻的标实本质,故在临床报道中诸多以化痰祛瘀立意的汤剂效验颇佳。

4 小结与展望

综上所述,中医对血脂异常的病因病机已有较为统一的认识,临床施治效果显著,发挥了中医整体观念和辨证施治的优势,当前血脂异常的中医治疗已成为本病治疗的重要手段之一。但辨证治疗尚缺乏行之有效的统一标准,对本病进行大规模的中医治疗分析及研究带来了一定的困难。在今后本病的中医

治疗及研究中,临床医务人员应学习循证医学理念,使研究进一步客观化,辅以现代化的实验室研究,提升中医药治疗血脂异常的研究水平,更好的为血脂异常患者提供精准、可靠、优质的中医治疗。

参考文献

[1]葛均波,徐永健.内科学[M].第八版.北京:人民卫生出版社,2013:782.
[2]王居平,冯利民,李立凤,张存彦.从肝论治高脂血症[J].吉林中医药,2015,35(11):1092-1094.
[3]刘财,侯凤茹,刘晓明.从脾论治高脂血症[J].长春中医药大学学报,2011,27(1):53.
[4]李翌萌,马超,白长川.升降清浊法与脂浊[J].中国实用医药,2013,8(9):224.
[5]张选明,杨百京.从脾论治高脂血症[J].环球中医药,2015,8(S1):80.
[6]唐娜娜,罗嗣卿,骆始华,等.刘中勇教授运用健脾化浊调脂颗粒治疗高脂血症经验[J].中医研究,2015,28(9):38-39.
[7]刘涵容.从脾论治高脂血症研究进展[J].云南中医中药杂志,2014,35(3):64-66.
[8]张娜,章怡祎,刘萍.从痰瘀论治高脂血症[J].中华中医药学刊,2011,29(6):1263-1264.

[9]姜明全,何立人论治高脂血症经验[J].安徽中医药大学学报,2014,33(4):44-45.
[10]吕金仓,魏晓娜,李佃贵.从浊毒论治高脂血症经验介绍[A].中华中医药学会李时珍研究分会.2014年中华中医药学会第七届李时珍医药论坛暨浊毒理论论坛论文集[C].中华中医药学会李时珍研究分会,2014:3.
[11]杨克雅,陈东亮.高脂血症从“浊毒”论治探讨[J].国医论坛,2015,30(2):14-15.
[12]梁音心.从虚论治高脂血症浅析[J].中国民族民间医药,2011,20(22):10.
[13]陈晨,方显明.高脂血症的从“肾”论治[J].中国民族民间医药,2011,20(9):11-13.
[14]唐大恒,张敬峰,曹征,等.原发性高脂血症中医证候规律研究[J].北京中医药大学学报(中医临床版),2011,18(3):11-13.
[15]蒋卫民,朱长乐,刘健,等.212例高脂血症患者中医证候特点与ApoE基因多态性的相关性分析[J].中华中医药杂志,2012,27(5):1458-1460.
[16]朴胜华,郭姣,胡竹平.高脂血症住院患者中医证候临床研究[J].中国中西医结合杂志,2012,32(10):1322-1325.
[17]魏巍,何晓明.高脂血症的中医辨治[J].现代医药卫生,2014,30(3):476-480.
[18]叶倩,顾一煌.论高脂血症中医治疗[J].辽宁中医药大学学报,2014,16(1):159-160.

[19]康善平,彭绍杰.彭绍杰教授治疗高脂血症经验[J].时珍国医国药,2014,25(6):1490.
[20]侯明奇,崔亮,薛洁.近10年高脂血症中医证治用药规律的文献研究[J].新疆中医药,2011,29(2):83-85.
[21]郑萍红,李飞泽,杨朔,等.益气调脂颗粒治疗高脂血症72例临床观察[J].浙江中医杂志,2011,46(12):886-887.
[22]刘海军.自拟降脂汤治疗高脂血症临床疗效观察[J].光明中医,2012,27(2):261.
[23]彭绍杰,刘华盛,康善平,等.自拟益脉降脂汤治疗高脂血症临床观察[J].时珍国医国药,2014,25(9):2181-2182.
[24]赵顺利,高诗云,杜昊.降脂益肝汤治疗高脂血症疗效观察[J].人民军医,2012,55(1):39-40.
[25]武艳慧,熊秀峰.天麻钩藤饮治疗高脂血症临床研究[J].中医学报,2012,27(8):1027-1028.
[26]沈辉,赵伟康.理气化痰法治疗高脂血症60例[J].河南中医,2015,35(10):2458-2459.
[27]刘克勤,高秀云,李占林.自拟补肾活血化痰汤治疗高脂血症36例疗效观察[J].河北医科大学学报,2013,34(8):955-956.
[28]李日珍.降脂汤治疗高脂血症随机平行对照研究[J].实用中医内科杂志,2015,29(6):52-53.

医论

脏象别论

脏象之义,余所类于经文者不啻详矣,然经有所未及,而同中有不同,及有先后异者,俱不可以不辩也。夫人身之用,止此血气。虽五脏皆有气血,而其纲领,则肺出气也,肾纳气也,故肺为气之主,肾为气之本也。血者水谷之精也,源源而来,而实生化于脾,总统于心,脏受于肝,宣布于肺,施泄于肾,而灌溉一身。所谓气主嘘之,血主濡之,而血气为人之橐,是皆人之所同也。若其同中之不同者,则脏气各有强弱,禀赋各有阴阳。脏有强弱,则神志有辩也,颜色有辩也,声音有辩也,性情有辩也,筋骨有辩也,饮食有辩也,劳役有辩也,精血有辩也,勇怯有辩也,刚柔有辩也。强中强者,病其太过,弱中弱者,病其不及。因其外而察其内,无弗可知也。禀有阴阳,则或以阴脏喜温暖,而宜姜、桂之辛热;或以阳脏喜生冷,而宜芩、连之苦寒。或以平脏,热之则可阳,寒之则可阴也。有宜肥腻者,非润滑不可也;有宜清素者,惟膈脘是畏也。有气实不宜滞,有气虚不宜破者。有血实不宜涩,有血虚不宜泄者。有饮食之偏忌,有药饵之独碍者。有一脏之偏强,常致欺凌他脏者。有一脏之偏弱,每因受制多虞者。有素挟风邪者,必因多燥,多燥由于血也。有善病湿邪者,必因多寒,多寒由于气也。此固人人之有不同也。其有以一人之禀而先后之不同者,如以素禀阳刚而恃强无畏,纵嗜寒凉,及其久也,而阳气受伤,则阳变为阴矣。或以阴柔而素耽辛热,久之则阴日以涸,而阴变为阳矣。不惟饮食,情欲皆然。病有出入,朝暮变迁,满而更满,无不覆矣。损而又损,无不破矣。故曰:久而增气,物化之常也;气增而久,夭之由也。此在经文固已明言之矣。

夫不变者,常也;不常者,变也。人之气质有常变,医之病治有常变,欲知常变,非明四诊之全者不可也。设欲以一隅之偏见,而应无穷之变机,吾知其遗害于人者,多矣。故于此篇之义,尤不可以不深察。 摘自明·《景岳全书》