

- 8 蔡定芳, 陈锡群, 高颖, 等. 补肾养肝方药对长期服用左旋多巴帕金森病大鼠黑质纹状体功能的影响. 中国中西医结合杂志 2002; 22(1): 43-46
- 9 何建成, 袁灿兴, 卫洪昌. 美多巴和中药合用对帕金森病大鼠酪氨酸羟化酶(TH)及 TH mRNA 的影响. 中国老年学杂志

2006; 26(1): 54-56

- 10 何建成, 袁灿兴, 卫洪昌. 中西药合用对帕金森病大鼠神经细胞凋亡的影响. 中国临床康复 2006; 10(15): 53-55.
(收稿: 2007-03-10 修回: 2007-06-23)

代谢综合征中医病机及证候学的研究思路

吕崇山^{1△} 杨叔禹² 杜建³

代谢综合征(metabolic syndrome, MS) 又称胰岛素抵抗综合征(insulin resistance syndrome, IRS), 是指中心性(腹型)肥胖、糖代谢异常、血脂紊乱及高血压等多种心血管病危险因素在同一个个体的聚集现象。目前现代医学对 MS 的发病机制尚不明确, 缺乏特异治疗。中医学讲究整体观, 把 MS 的各组分作为一个整体, 通过“异病同治”的方法辨证论治, 显示一定的优势, 因此对 MS 采取中医病机及辨证分型的证候学研究应该可行。

1 代谢综合征诊断标准及面临的严峻形势 目前常用 MS 诊断标准包括: 1999 年世界卫生组织(WHO) 定义、2001 年美国国家胆固醇教育纲要-成人教育组第 3 次报告(NCEP-ATP II)、1999 年欧洲胰岛素抵抗研究组(EGIR)、2003 年美国临床内分泌医师学会(AACE)、2004 年中国中华医学会糖尿病分会诊断标准(CDS), 从不同的角度分别提出了以 MS 或 IRS 命名的诊断标准, 2005 年 4 月国际糖尿病联盟(IDF) 在 WHO 和 ATP-III 定义的基础上首次对 MS 诊断标准达成了共识: 必须具备中心性肥胖, 中国人男性腰围 ≥ 90 cm, 女性腰围 ≥ 80 cm, 另加下列 4 因素中任意两项: (1) 甘油三酯(TG) ≥ 1.7 mmol/L, 或已接受针对此脂质异常的特殊治疗; (2) 高密度脂蛋白胆固醇(HDL-C) 水平降低: 男性 < 1.03 mmol/L, 女性 < 1.29 mmol/L, 或已接受针对此脂质异常的特殊治疗; (3) 血压升高: 收缩压 ≥ 130 mmHg 或舒张压 ≥ 85 mmHg, 或此前已被诊断为高血压并接受治疗; (4) 空腹血糖升高: 空腹血糖 ≥ 5.6 mmol/L, 或已被诊断为 2 型糖尿病。

MS 的各组分单独存在都是心血管疾病的危险因素, 有多种危险因素聚集的 MS 临床预后不良的危险明显大于仅有一种危险因素患者, 其效应不是简单相加, 而是协同加剧。随着经济的快速发展, 高热量饮食的增加, 工作节奏的加快, 精神处于紧张状态, 缺少必要的运动, 社会步入老龄化, 可以预测中国未来 MS 的患病率会快速增长。

2 代谢综合征中医病机及证候学的研究探讨 MS 的最新研究结果就是要把过去认为互不相关、彼此分割的各组分, 通过脂肪因子谱改变、IR 等病理生理机制联系成一个整体。然而目前现代医学对 MS 的发病机制未完全阐明, 因此对 MS 无行之有效的治疗方法, 除控制饮食、减轻体重外, 只是分割性

地针对 MS 各组分进行治疗, 如控制血糖、血压, 调节血脂、抗凝等, 尚无法把 MS 的各组分看成一个整体作为一个疾病来治疗; 再者改善胰岛素抵抗治疗能否改善除糖尿病以外的组分? 目前虽有一些苗头, 但尚待评估。

中医学重视整体观, 应该发挥中医药多层次、多靶点的整体调节作用辨证论治防治 MS。中医学文献中没有与 MS 相对应的病名, 可属“肥胖、肥满、湿阻、消渴、头痛、眩晕”范畴, 先天禀赋不足、嗜食肥甘、静坐少动、忧思郁怒等导致脾失健运, 肾失蒸腾, 肝郁气滞, 产生痰、湿、瘀、毒。肥人多痰、多湿、多虚; 脾失健运, 肾失蒸腾, 肝郁气滞, 痰阻气滞血瘀, 郁久化热, 热毒内生, 热伤津液, 气阴两伤, 日久阴阳两虚, 可见血糖和血脂紊乱; 肝肾阴虚、肝阳偏亢, 可见血压升高。MS 中医辨证分型主要有: 脾虚痰湿、肝胃郁热、痰热互结、阴虚燥热、气阴两虚、阴阳两虚。

中医对 MS 的研究起步较晚, 取得了一定进展, 但存在明显不足, 主要表现在: 病机方面, 缺乏在群体调查基础上, 进行严格数理统计推断的中医病机分析; 辨证方面, 缺乏把 MS 作为一个整体来进行的辨证分型研究; 指标方面, 缺乏微观辨证信息及深入的证候实质探讨, 由于条件所限, 大多研究仅观察血糖、血脂、血压及腰围等, 较少涉及中医证候与发病机制有关指标的关系的探讨, 不利于推广应用。

只有建立了客观化、规范化的, 能反映 MS 病机特点的辨证分型, 才能有效地指导临床治疗, 提高疗效。首先采用国际公认标准(2005 年 IDF 对 MS 的诊断标准), 按临床流行病学调查方法, 从中医四诊信息如症状、体征入手, 设计临床证候调查表, 对 MS 患者进行前瞻性、多中心、大样本的横断面调查, 通过对症状、体征聚类分析、主成分分析、多元 Logistic 回归分析及证候频数分析等统计学处理, 获得比较客观规范的 MS 证候分布规律, 形成 MS 的辨证分型及证候诊断标准, 这样可以减少根据古籍记载、理论推导、专家经验总结等证候分析所产生的偏倚。同时检测各病例的血糖、血脂、血压、身高体重(体重指数, BMI)、腰围臀围(腰臀比, W/H)、胰岛素、胰岛素敏感指数(ISI)、肿瘤坏死因子- α (TNF- α)、白介素-6(IL-6)、C 反应蛋白(CRP)、脂联素(adiponectin)、瘦素(leptin)、抵抗素(resistin)、纤溶酶原激活抑制因子-1(PA1-1), 使用相关分析等统计学方法, 发现各证候相对客观化的指标, 从而达到宏观辨证与微观辨证的统一。

(收稿: 2006-11-20 修回: 2007-06-11)

作者单位: 1. 厦门大学医学院(福建 361005); 2. 福建医科大学附属厦门市第一医院; 3. 福建中医学院

通讯作者: 吕崇山, Tel: 13959217198, E-mail: cslv@xmu.edu.cn

[△] 现为福建中医学院中西医结合临床 2005 级博士生