

代谢综合征的病因病机探讨*

吕崇山 厦门大学医学院(361005)

李学军 杨叔禹 福建医科大学附属厦门市第一医院(361003) 杜建 福建中医学院(福州 350003)

摘要: 代谢综合征(metabolic syndrome, MS)的病因主要有过食肥甘、情志失调、运动过少、年龄增长及禀赋薄弱;MS的病机可以概括为:本虚标实,正虚以脾肾气虚为主,邪实则可归纳为肝郁、痰浊、瘀血、热毒。把握了MS的病因病机对中医的辨证论治具有重要意义。

关键词: 代谢综合征;中医病因病机学

代谢综合征(metabolic syndrome, MS)是心血管病的多种危险因素在同一个体内的集结状态,其组分包括肥胖尤其是腹型肥胖,糖尿病或糖调节受损,高甘油三酯或低高密度脂蛋白胆固醇血症为主要特征的血脂紊乱以及高血压。其主要发病的病理生理环节是肥胖、慢性炎症反应及胰岛素抵抗等。MS概念的提出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、炎症因子改变及胰岛素抵抗等病理生理机制把它们联系在一起成为一个整体。目前现代医学由于对MS的发病机制未完全阐明,因此对MS尚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、调整血脂紊乱、抗凝及降低炎症反应等,尚无法把MS的各组分看成一个整体作为一个疾病来治疗。

中医学重视整体观念,辨证论治是中医学精华,历代文献中没有与MS相对应的病名,但根据MS临床表现如肥胖、口干多饮、多食、头痛、头晕目眩、胸闷、胸痛等症状,可纳入中医学“肥满”、“痰饮”、“消渴”、“眩晕”、“头痛”、“胸痹”等病症范畴认识,只有对MS进行全面病因病机分析,才能有效地指导中医治疗,通过“异病同治”发挥中医药对MS的多个病理环节起到多途径、多层次、多靶点的整体调节作用,这正符合现代医学通过减肥、降糖、调脂、控制血压、抗凝抗炎等综合干预的治疗原则。

1 代谢综合征的病因分析

1.1 过食肥甘 MS患者多有高脂、高糖膳食、速冻食品、快餐饮食习惯、两餐之间喝含能量的饮料、嗜饮暴食、饮酒佐餐等过食肥甘厚味的不良生活习惯。《丹溪心法·消渴》曰“酒面无节,酷嗜炙……于是炎火上熏,脏腑生热,燥热炽盛,津液干焦,渴饮水浆而不能自禁。”饮食结构不合理,长期醇酒厚味,肠胃积热,化燥

伤津,发为消渴;或痰热湿浊阻滞脉络,上扰清窍,则清阳不升,浊阴不降,发为眩晕、头痛,进而导致MS。

1.2 情志失调 流行病学调查表明:MS更易侵袭现代城市人,特别是生活在社会快速发展、经济剧变的时候,这与城市生活快节奏,工作压力较大,精神高度紧张,人际关系不协调,心情抑郁、烦躁等有关。《灵枢·五变篇》云:“怒则气上逆,胸中蓄积,血气逆流,款皮充饥,血脉不行,转而为热,热则消肌肤,故为消瘠”。情志失调,五志过极,气郁化火,发为消渴。长期精神紧张,或忧郁恼怒焦虑,气郁化火,使肝阴暗耗,肝阳升动,上扰清阳,甚者损及肾阴,阴不敛阳,肝阳上亢而致眩晕、头痛。

1.3 运动过少 MS多见于肥胖者及脑力劳动者,现代化的交通及通讯工具使他们缺少起码的运动。《素问·宣明五气论》曰:“久卧伤气,久坐伤肉。”“百病生于气”,久坐少动,气机不行,血行不畅;同时脾主四肢,活动的减少必然影响脾的健运,脾不能为胃行其津液,脾不散精,化则为痰、湿、浊、脂,堆积体内,日久成瘀,阻塞气血,加重病情或变证百出,常见的有肥胖、糖尿病及血脂紊乱等。

1.4 年龄增长 临床流行病学调查显示,MS随着年龄的增长,发病率明显的上升,以中老年患者为多。《素问·上古天真论》:“七八肝气衰,筋不能动,天癸竭,精少,肾气衰,形体皆极。”《灵枢·天年》云:“五十岁,肝气始衰,肝叶始薄,目始不明……七十岁,脾气虚,皮肤枯……九十岁,肾气焦,四脏经脉空虚……。”《素问·阴阳应象大论》:“年四十,而阴气自半,起居衰矣。”可见随年龄的增长,脾肾气虚无力推动血脉的运行或津液的流通,使血液瘀滞,津停为痰,痰瘀互结,进一步加剧衰老。在脾肾气虚、痰瘀互结基础上容易形成体胖肥满、消渴、眩晕及胸痹等一系列病证,最终导致MS。

1.5 禀赋薄弱 禀赋强弱与肾之关系密切,肾藏精,肾精所化生之元气能推动人体生长发育和生殖,激发和调节各个脏腑、经络等组织器官生理功能,为人体生

* 基金项目:厦门市卫生局课题(No: WSK0607)

命活动的原动力。若先天禀赋不足, 元气亏损, 易患 MS。现代实验研究表明, MS 的发生与遗传因素关系密切, 如 β 肾上腺素能受体、脂肪酸结合蛋白 2、脂肪酶、过氧化物酶体增殖物激活受体 γ 、胰岛素受体底物 1、糖原合成酶等基因的异常增加代谢综合征的危险性^[1]。

2 代谢综合征的病机分析

2.1 痰瘀互结 MS 多有过食肥甘厚味而静坐少动, 使过多的肥甘厚味得不到正常的运化转输, 反而化为痰、湿、浊、脂堆积体内。《血证论》分析到:“痰亦可化为瘀”, “血积既久, 亦能化为痰水”。可见痰阻则血难行, 血凝则痰易生, 痰乃津液之变, 瘀乃血液凝滞, 津血同源, 所以痰、瘀可以相互转化, 因痰致瘀, 或因瘀成痰, 互为因果, 相互搏结形成痰瘀互结的病机, 导致腹型肥胖、血糖升高、高胰岛素血症、血脂紊乱等 MS 的出现, 研究也证实血清总胆固醇、甘油三酯、低密度脂蛋白胆固醇的升高是“痰浊证”特有的重要生化指标和物质基础。李庆生^[2]认为不论何种原因发病, 病至代谢综合征阶段, 均易出现痰湿内蕴、瘀血阻滞之痰瘀互结。痰浊内蕴证者表现为形体肥胖、神疲乏力、四肢困倦、少气懒言、腹胀纳呆、苔白腻等; 瘀血阻滞者表现为痛有定处、瘀积、皮肤粘膜瘀斑、肌肤甲错、舌紫暗或有瘀斑瘀点, 脉涩或无脉等。

2.2 毒邪为患 正常人的血糖、血脂及胰岛素, 均为人体正常所需的生理物质, 但在 MS 患者却由于代谢障碍, 超出其生理需要量而转化为致病物质, 形成“糖毒”、“脂毒”、“火毒”、痰浊、瘀血等, 形成毒邪为患。MS 组分糖尿病或糖耐量受损, “糖毒”壅塞是其根本; MS 组分血脂紊乱或肥胖, 由于过食肥甘, 超出了肝脾的调达与运化, 致“脂毒”为害; MS 组分高血压的基本病机为气机郁结化火, 日久而成“热毒”、“火毒”为患。此外“糖毒”、“脂毒”、痰浊也可瘀积化火, 成“痰毒”、“瘀毒”及“火毒”。这些“内毒”产生、堆集是 MS 发病基础。从现代医学的微观角度看, MS 发病核心为慢性炎症因子诱发的胰岛素抵抗; 从中医学的宏观角度看, 其核心则“毒邪为患”。吕崇山^[3,4]等也认为毒邪致病贯穿 MS 发病的始终而成为重要的病机, MS 发病的毒邪主要有痰毒、瘀毒和热毒, 常形成痰、瘀、热毒相互交结的病理状态, 机体的慢性低度炎症状态及其诱发的胰岛素抵抗、糖毒性、脂毒性就成了“毒邪”致病的物质基础。

2.3 肝脾失调 肝主疏泄, 调畅气机, 三焦通利, 则各脏腑功能协调。MS 患者生活快节奏, 常有紧张、抑郁、焦虑、恼怒、悲愤、失落、挫折, 则肝郁气滞, 气机不畅, 三焦不利, 气血津液运行不畅。此外, 肝木克脾土, 脾失健运, 不能运化水谷精微及水湿之邪, 聚饮成痰, 致痰浊内生。《济生方》有“若三焦气塞, 脉道壅闭, 则水

饮停聚, 不能宣通, 聚而成痰饮, 为病多端”。《素问·举痛论》云:“百病生于气也。”王智明^[5]认为肝的机能失调是 MS 的始动因素, 肝机能失调为害甚广, 肝阳上亢致眩晕(高血压); 肝郁化火, 火热内扰, 消灼津液致消渴(糖尿病); 肝风内动致中风(脑血管病); 肝郁气滞血瘀致胸痛心痛(冠心病)、脉痹(动脉硬化); 肝的机能失调导致气血津液代谢失常, 痰浊瘀血内生而出现高脂血症、肥胖、闭经(多囊卵巢综合征)等等。张德贵^[6]等则认为肝失疏泄则可形成肝脾失调、肝胆失和之病理, 使水谷精微、中精之气的产生和利用受阻, 变成痰浊、瘀血, 进而产生胰岛素抵抗及高胰岛素血症, 最终导致高血糖、高血压、高脂血症等的发生。

2.4 脾肾气虚 MS 患者多有嗜酒肥甘、劳累过度、长期思虑、久卧少动、年老体弱、禀赋薄弱等均可导致脾虚失运, 肾失蒸腾, 以致体内气血及津液输布、运化失常, 物不归正化, 反而形成痰浊、瘀血等一系列病理产物, 困阻于体内, 致使血糖、血压升高、血脂紊乱, 形体日渐肥胖。《景岳全书》谈到“盖痰即水也, 其本在肾, 其标在脾。”“……五脏之病, 但能生痰, 故痰之化, 无不在脾, 痰之本, 无不在肾”。因此可以把脾肾不足, 痰浊内停等证候与西医的糖类、脂类代谢能力下降, 以致形成高糖、高脂、高粘、高凝血症等相比拟。

综上所述, MS 的主要病机可以概括为: 本虚标实, 正虚以脾肾气虚为主, 邪实则可归纳为肝郁、痰浊、瘀血、毒邪。脾为先天之本, 肾为后天之本, 脾肾气虚, 脾失健运, 肾失蒸腾加之肝失疏泄, 气血津液代谢失常, 瘀血痰浊毒邪内生。《医门法律》说“肥人多痰湿”, 伴随肥胖而出现的糖尿病、血脂紊乱、高血压等一系列病症, 均可归于中医的痰浊、瘀血的范畴, 痰乃津液之变, 瘀乃血液凝滞, 津血同源, 两者互相渗透、互相转化, 因痰致瘀, 或因瘀致痰, 痰瘀互结, 可以化热, 加之肝郁化火, 火热之甚谓之毒, 形成痰瘀毒互结, 也就成了 MS 的主要病机。

参考文献

- [1] 王虹剑, 任晓炜, 梁雁, 等. 代谢综合征遗传学研究进展[J]. 中华糖尿病杂志, 2004, 12(3): 225
- [2] 李庆生. 诊治代谢综合征应重视痰瘀互结[J]. 云南中医中药杂志, 2007, 29(2): 6-9
- [3] 吕崇山, 杨叔禹, 李学军, 等. 代谢综合征从毒论治病机探析[J]. 光明中医, 2007, 22(10): 12-14
- [4] 吕崇山, 杨叔禹, 杜建. 代谢综合征中医病机及证候学的研究思路[J]. 中国中西医结合杂志, 2007, 27(9): 799
- [5] 王智明. 胰岛素抵抗从肝论治的探讨[J]. 光明中医, 2003, 18(6): 13-14
- [6] 张德贵, 贺建丽. 调肝滋肾法治疗胰岛素抵抗及其相关性疾病的临证与探讨[J]. 光明中医, 2002, 17(4): 26-27

作者简介: 吕崇山, 1966 年生, 汉族. 讲师、主治医师, 主要从事中西医结合心血管病的临床、教学与科研。

(本文校对: 李彦知 吕崇山 收稿日期: 2008-04-27)