

糖尿病性心脏病的中医病机浅探

薛 军¹ 陈镜合²

摘要 糖尿病性心脏病是糖尿病过程中最重要的远期并发症和主要死因之一,其病理变化和预后相当于中医学中消渴病并发或伴发心悸、胸痹、真心痛、喘证、水肿、脱证、厥证等范围。从阴虚燥热、心脾两虚、心血瘀阻、痰瘀郁互结等4个方面对糖尿病性心脏病的中医病因病机作了探讨,认为阴虚燥热是糖尿病性心脏病的基本病机,心脾两虚是其病机的关键,心血瘀阻贯穿了疾病过程的始终,痰瘀郁互结是相关致病因素。

主题词 糖尿病血管病/中医病机 心脏病/中医病机

糖尿病性心脏病是糖尿病过程中最重要的远期并发症和主要死因之一,约占糖尿病患者死亡率的70%~80%。现代医学对本病的研究较为深入,病因学研究已经深入到分子水平。其病理变化和预后相当于中医学中消渴病并发或伴发心悸、胸痹、真心痛、喘证、水肿、脱证、厥证等范围。其病因病机也较为复杂,现浅探如下。

1 阴虚燥热是糖尿病性心脏病的基本病机

糖尿病性心脏病是在糖尿病的基础上发生发展而成,属于中医学消渴病之范畴。《素问·阴阳别论》曰:“二阳结,谓之消。”刘完素在《三消论》中指出消渴的病机特征为:“消渴之病者,本寒湿之阴气极衰,燥热之阳气太盛。”清代沈金鳌在总结前人的学术思想后归纳为:“三消之成,总皆水火不交,偏胜用事,燥热伤阴之所致”,都说明了阴虚燥热是消渴病的基础病机。阴虚与燥热在病机上互为因果,“火因水竭而益烈,水因火烈而益干”(《丹台玉案》)。病人素体阴虚,若五志化火灼伤阴液,或饮食不节化热伤阴,或辛苦劳累,年老体衰精血耗伤,均可致阴精亏损,燥热内生,阴虚燥热又互为因果,燥热甚则阴愈虚,阴愈虚则燥热愈甚,终发为消渴。糖尿病性心脏病的发生,正是随着消渴病病程的迁延而逐渐发生发展。消渴病迁延不愈,阴虚燥热日久,必致气阴两虚,心脾两伤,五脏脆弱,变生他病。如阴虚燥热,炼液成痰,或因脾虚湿困,水津不运出现痰湿阻滞;阴虚内热,热伤血络而成瘀血,痰瘀互结,或因病损及阳,气阳虚弱不能推动血脉,导致痰湿瘀郁结于心脉,形成糖尿病性心脏病。

与单纯的糖尿病发病有所不同,糖尿病性心脏病

的发生是在阴虚为本的基础上,以虚致实,形成痰湿瘀血,又因实致虚,使五脏受损,心用失常,形成恶性循环。虚、火、痰、瘀累及心脏而成本病。故阴虚燥热既是糖尿病的基本病机,也是糖尿病性心脏病的发病基础。

2 心脾两虚是糖尿病性心脏病的病机关键

我们认为,心脾两虚是糖尿病性心脏病的病机关键。糖尿病性心脏病是消渴病治疗不及时而进一步发展演变而成。消渴病的基础病机是肺脾肾之阴虚燥热。阴虚燥热日久,不断耗气伤阴,导致气阴两虚,或年老体虚,劳倦内伤,肾气亏损,进而涉及于心,致心阳不振或心气不足,心阴亏虚,使气血运行失畅,痰瘀内停;阴虚火旺,煎熬津液,津亏液少亦可成瘀成痰,痹阻于心脉,使心体受损,心用失常,心神不安而发本病。《素问·举痛论》云:“寒气客于背俞之脉则脉泣,脉泣则血虚,血虚则痛,其俞注于心,故相引而痛”,张仲景《金匮要略·胸痹心痛短气病脉证第九》:“阳微阴弦,即胸痹而痛”,《诸病源候论·胸痹候》“胸痹之症,因虚而发”等论述都强调心气心阳虚衰是胸痹心痛发病基础。近代医家任应秋也指出:“由于心的功能首先是主阳气;其次是血脉,因而发生病变,亦首先是阳气方面的亏虚,其次才是血脉方面有所损害”。糖尿病性心脏病的发病,不全同于单纯的胸痹心痛,但两者有共同之处,都是在心气心阳受损的基础上发病的。

与单纯的胸痹心痛不同,我们认为,脾气虚弱在糖尿病性心脏病的发病过程中也起了重要作用。脾居中州,主运化,因此脾气充足,则输化正常,水精四布,发挥濡养作用;若脾气不足,则输化失常,水津不布,精化为浊,出现脾虚湿阻、脾虚夹瘀、肝郁脾虚等病理特征。消渴病人多食多饮使中土受伤,或燥热伤气,或治疗失当,过用清热之品,使脾气亏损,脾失健运,痰湿内生,痰湿之邪阻滞气机,痰气互阻也可引起心脉不通而形成本病。《内经》曾有“此人必数食甘美而多肥也,肥者令人内热,甘者令人中满,故其气上溢,转为消渴”之论,消渴进一步发展则变为消瘴。《灵枢·本脏》云:“心脆则善病消瘴热中”,肺、脾、肝、肾脆“善病消瘴易伤”。《素问·通评虚实论》云:“凡治消瘴仆击、偏枯、痿厥、气满发逆,肥贵人,则高粱之疾也”等,均说明了脾虚失运在糖尿病及其并发症的发生发展过程中的重要性。

张延群等^[1]用现代统计学和流行病学方法,通过

1 广州中医药大学人事处,广州市机场路12号(510405)

2 广州中医药大学第一附属医院

收稿日期:2001-07-02;修回日期:2001-08-20

2080 例糖尿病患者的证候与血糖关系分析,运用中医理论,从症状、证型(即复合证候)3 个不同层次进行了统计和分析,虚证证候的阳性率占 77.55%,证实了糖尿病发生的根本原因是正气虚弱、运化无能,生理代谢失常,导致病理产物潴留或外邪乘虚而入而发病。

总之,糖尿病不及时治疗,或年老体衰,或劳倦内伤,致正气不足。气阴两虚,血瘀心脉;脾虚失运,水湿内停,聚湿生痰,精化为浊,不得布散,反渗入血;气机郁结,阻滞心脉,痰瘀郁互结,使心脉失养,胸阳失运,发为本病。所以说,心脾两虚是糖尿病性心脏病的病机关键。

3 心血瘀阻贯穿疾病始终

心血瘀阻在糖尿病性心脏病的发生发展过程中起了重要作用,并贯穿于整个病程始终。糖尿病病人阴虚燥热日久,损伤正气,导致心脾两虚,气机郁结,痰浊中阻;气虚推动乏力、阴虚血脉空虚,涩滞成瘀,痰瘀郁互结、痹阻心脉而形成糖尿病性心脏病。本病患者多有体质肥胖,伴有心前区憋闷、疼痛,舌质紫暗或有瘀斑,脉象或结或代等“虚”、“瘀”的临床特征,也可以说明这一点。现代学者对本病的病因病机认识也基本趋于一致。屠伯言等^[2]根据 30 例本病患者大多年过 40 岁,形体肥胖,认为其病因多与体质因素、情绪紧张、过食肥甘之品有关。并结合临床主要表现为瘦多色黄、善饥多食、心前区闷痛、无明显多饮,认为其基本病机是心脾阳虚,日久痰瘀交阻不化;阴虚火旺导致壮火食气,气衰血必瘀而成本病。董振华等^[3]将本病辨为气阴两虚、心血不足、瘀血阻络,并引祝湛予对本病的认识进行分析:非胰岛素依赖型糖尿病以气阴两虚兼夹瘀血最为多见。若合并冠心病、高血压等病后,又属本虚标实之证。武桂霞等^[4]根据 30 例患者临床表现为瘦多色黄、善饥多食、心前区闷痛、动则加重、两下肢酸软无力、无明显多饮,认为本病属虚证,以气阴两虚为主,气阴不足、载血无力、血瘀心脉而发本病。林兰^[5]将糖尿病血管合并症 625 例(其中包括合并冠心病者 142 例)辨证分为气阴两虚 475 例(76%),阴虚热盛 71 例(11.4%),阴阳两虚 79 例(12.65%),3 型合并血瘀证候者 336 例(53.8%);陆书魁^[6]、施赛珠^[7]、陈剑秋^[8]等分别对 57 例、76 例、170 例糖尿病患者进行统计,结果糖尿病血瘀证的发生率分别为 77.3%、52%和 61.77%,证实了血瘀证在糖尿病中具有普遍性。以上结果都说明心血瘀阻在糖尿病性心脏病发生发展过程中的重要作用。

心血瘀阻是冠心病等多种心脏病的共同病机,与一般的心脏病相比,糖尿病性心脏病多因虚致瘀,糖尿

病日久气阴两虚,气虚推动血液无力,阴虚脉管空虚,滞而为瘀,阻于心脉而发病。一般的心脏病可因寒凝、气滞等因素引起血瘀,痹阻心脉而发病。当然也有因虚致瘀,需辨证论治。

4 痰湿瘀郁互结是糖尿病性心脏病的相关致病因素

气血阴阳不足,脏腑功能衰退的病理过程,必然影响气血津液的正常气化而产生病理性代谢产物痰浊、瘀血。中医认为,痰瘀同源相生而互结,互为因果而相兼,痰来于津,瘀本乎血,津与血在生理上同源,痰与瘀在病理上相关,两者可以相互转化,相兼为病。《景岳全书·杂证候·痰证》有“痰涎本皆血气,若化失其正,则脏腑损,津液败,而血气即成痰涎”的论述。正是由于正气不足,脾气虚弱,运化无权,精微不归正化而痰浊内生;心气虚,不能达于血管,血管无气,停留为瘀;阴虚火旺,既可炼液成痰,又可以煎熬血液成瘀,导致痰瘀互结,痹阻于心脉而发病。

情志失调是糖尿病性心脏病发病和病情加重的重要原因之一。刘河间在《三消论》中明确提出:“消渴者……耗乱精神,过违其度,而燥热郁盛之所成也。此乃五志过极,皆从火化,热盛伤阴,致令消渴。”《灵枢·五变》云:“五脏皆柔弱者,善病消瘴……其心刚,刚则多怒,怒则气上逆,胸中蓄积,血气逆留,血脉不行,转而为热,热则消肌肤,故为消瘴。”说明在正气虚损的情况下,情志郁怒,气逆化火,消灼阴津,血脉不行,是形成消渴病及其并发症(消瘴)的主要原因。糖尿病病人在其漫长的病程中,多有心境恶劣,七情不畅,气机郁滞,导致肝郁脾虚,痰浊内生,心气郁结,血脉瘀阻等病理变化,形成痰饮、瘀血等病理产物,这些病理产物又反过来加重气机的郁滞,因郁致病和因病致郁,形成恶性循环,使痰瘀郁互结于心脉,引发或加重糖尿病性心脏病。

现代医学认为,糖尿病患者的心血管疾病发生率高,病情进展快,死亡率高与糖尿病病人血小板、内皮细胞功能和凝血功能异常;脂质代谢障碍;高血压、心脏微循环异常;精神紧张,心理压力等多种因素有关。而这些因素又与中医的“痰浊”、“瘀血”、“气郁”密切相关。因此,我们认为痰湿瘀郁互结是糖尿病性心脏病发病的重要相关致病因素。

综上所述,糖尿病性心脏病为消渴病未能进一步治疗发展而成。其发病与久病不愈,情志不调,年老体衰,劳倦内伤,饮食不节等因素有关,其病位在心、脾,涉及肺、肝、肾等脏腑。属本虚标实、虚实夹杂之病。阴虚燥热是糖尿病性心脏病的基本病机,心脾两虚是其

(下转第 274 页)

表1 治疗前后甲襞微循环加权积分值变化比较($\bar{x} \pm s$)

	例数	血管形态	血液流态	襻周状态	总积分值
治疗前	20	1.58±1.025	2.09±1.282	1.545±0.951	5.167±2.367
治疗后	20	0.985±0.624*	1.245±0.769**	0.98±0.751*	3.248±1.224**

与治疗前比较, * $P < 0.05$, ** $P < 0.01$

表2 治疗前后血流速度变化比较(cm/s, $\bar{x} \pm s$)

例数	股总动脉		股浅动脉		腘动脉		胫后动脉		
	左	右	左	右	左	右	左	右	
治疗前	10	71.9±54.3	70.7±38.14	34.6±14.99	35.33±14.99	33.5±19.65	34.8±11.80	12.6±9.902	15.5±10.78
治疗后	10	91.8±42.48	111±49.87**	58.5±25.06**	58.5±25.06**	55.9±45.54	50.40±17.79	18.8±13.21*	21.6±12.72*

与治疗前比较, * $P < 0.05$, ** $P < 0.01$

化性闭塞症(早、中期)取得较好效果,并且能够改善患肢动脉血流速度和足趾微循环。

ASO 是当今中老年常见血管病之一。特别是近20年来,随着高血压、高脂血症和糖尿病发病率增高及人口老龄化,本病的发病率日趋增高。由于ASO患者中有5%~6%(伴有糖尿病者高达20%)的高截肢率,以及高死亡率,本病对人类健康造成很大的危害。

中医学将本病归于“脱疽”范畴,认为是由于中老年气血和脏腑功能渐渐衰退,不能运化精微物质,加上后天在精神、饮食和起居等方面失于调摄,以致气机紊乱、气血失和,痰浊、瘀血内生,阻滞脉络。在疾病早期,多数气虚不运血,肢体脉络失于温养导致肢端阳气不足,故觉肢体发凉、活动后因气血不足而出现疼痛;中期则病情发展,气血郁滞,脉络不通而形成血瘀,故剧烈疼痛。因此,ASO在早中期的病机为气虚血瘀。故治疗法则为益气活血化瘀。方中黄芪、党参补气为君药;茯苓、白术健脾助气血生化,桂枝温经通脉,丹参、桃仁、红花、川芎、赤芍、牛膝、地龙活血化瘀共为臣药;川芎为血中气药,丹参兼能养血,地龙通经活络以止痛;牛膝引诸药下行至腰腿,泽泻泄肾浊防止过补,甘草调和诸药共为佐使。全方补气而不滞,化瘀而不伤正,共

奏益气活血化瘀之功。现代药理研究表明,丹参、赤芍、泽泻等具有降脂、扩张血管和抗动脉硬化作用。统计显示,中药治疗ASO有较好疗效。

由于ASO发病部位大多数在下肢,患足大趾甲襞微循环观察较手指微循环更能准确反映病变肢体末梢循环的改变。本文统计结果显示,中药治疗后微循环在管襻形态、血流状态、襻周状态及总积分值各方面的改善均有显著或极显著性差异。

本组病例全部经过血管多普勒超声明确诊断为ASO,将其中10例患者血流速度数据进行统计学处理,结果表明,治疗后右股总动脉、双侧股浅动脉、双侧胫后动脉血流速度有明显改善。左股总动脉和腘动脉血流速度改变无明显差异,考虑与样本较小等因素有关,有待于今后进一步观察。

参考文献

- 1 陈淑长. 周围血管病中医研究最新全书. 北京:中国医药科技出版社,1992:354-357.
- 2 冯友贤. 血管外科学. 第2版. 上海:上海科技出版社,1992:314.
- 3 张柏根,张皓. 慢性下肢动脉缺血性疾病诊治面临的问题及发展趋势. 中国实用外科杂志,1998,18(9):518-520.
- 4 陈柏楠. 周围血管病中西医诊疗学. 北京:中国中医药出版社,1999:97-98.

(上接第249页)

病机的关键,心血瘀阻贯穿了疾病过程的始终,痰瘀郁互结是相关致病因素。若病情进一步发展,可致心气衰微,阴阳俱虚。甚至累及他脏,出现心肾虚衰,阴竭阳绝,阴阳离绝等危象。因此治疗上,应围绕虚、火、痰、瘀、郁进行辨证论治,大法不离补虚、清热、化痰、行瘀、解郁,治宜益气养阴、健脾祛湿化痰,行气开郁,活血通络,尤其应注意益气活血化瘀。

参考文献

- 1 张延群,韩清,和贵章,等. 2080例糖尿病患者证候与血糖关系分析. 中医杂志,1996;37(10):617-619.
- 2 屠伯言,顾仁樾,吴圣农,等. 糖尿病兼有冠心病的辨证分型与治疗.

山东中医杂志,1983,(2):11-12.

- 3 董振华,季元. 祝氏降糖生脉方治疗糖尿病50例疗效观察. 山西中医,1997,(2):9-10.
- 4 武桂霞,武万才. 益气通脉汤治疗糖尿病伴冠心病30例. 河北中医,1990;12(3):7-8.
- 5 林兰,张鸿恩,高齐健,等. 降糖通脉胶囊治疗糖尿病血管合并症的临床研究. 中医杂志,1992,(8):26-27.
- 6 睦书魁,李佃贵. 从痰论治糖尿病57例临床观察. 中国中西医结合杂志,1992;12(1):43-44.
- 7 施赛珠,陈剑秋,石志芸. II型糖尿病中的瘀血证和益气活血药预防其血管病变的疗效观察. 中医杂志,1989;30(6):21-24.
- 8 陈剑秋,施赛珠,林果为,等. 糖尿病血瘀证的临床特点及易患因素探讨. 中医杂志,1994,(2):106-108.