

中医降脂治则机理探要

张金生¹ 王 阶²

(1. 河南中医学院第一附属医院急诊科, 河南省郑州市人民路 19 号, 450000; 2. 中国中医科学院广安门医院)

[摘 要] 在先贤研究成果的基础上, 结合临床实践, 探研高脂血症从肝、从脾、从肾、从痰瘀论治的中医降脂机理, 并提出“谨守病机、动态选法、有的放矢”的治疗思路。

[关键词] 高脂血症; 中医药治疗; 理论研究

高脂血症是由于脂质代谢运转异常, 使血浆中一种或几种脂质高于正常的代谢性疾病, 表现为高胆固醇血症、高甘油三酯血症或两者兼有的混合型高脂血症, 是动脉粥样硬化、心脑血管疾病和脂肪肝发病的主要原因^[1]。我们近年在研读先贤成果, 借助于动物实验和临床观察的基础上对高脂血症的发病机制、治疗原则进行了研究, 颇有感悟, 简述如下。

1 从脾论治, 清本断源, 化解脂浊

脾在运化代谢中的作用, 颇为历代医家所重视, 强调无论是内因或外因均可导致脾的运化、转输和布散功能障碍。《素问·经脉别论》曰:“饮入于胃, 游溢精气, 上输于脾, 脾气散精, 上归于肺, 通调水道, 下输膀胱。水精四布, 五经并行。”指出了脾主水谷精微的化生、膏脂的生成和转化。若脾失健运, 一则致脾不布津, 津聚生湿, 湿聚为痰, 痰浊成脂; 二则致水谷精微转输、利用、排泄失常, 浊脂滞留, 血脂升高, 血流不畅, 久则化为痰浊, 渐成瘀滞。如《证治汇补》所言:“脾虚不分清浊, 停留津液而痰生。”张景岳亦云:“脾健胃健如少壮者, 则水谷随食随化, 皆成气血, 焉得留为痰, 唯其不能尽化而十留一二则一二为痰, 十留三四则三四为痰矣。”可见, 五脏之精, 悉运于脾, 脾旺才能清气上升布散。若脾虚气弱, 枢机不利, 则不能化生水谷精微, 久则不能散精于肝、上归于肺、下输于肾而聚湿生痰, 滞留血脉, 则病变随之而生, 或出现土虚木乘、气虚瘀阻, 或现水火不济、肾水亏乏等变证。在临床上, 脾运化失职所致的高脂血症主要表现为某些脂质成分的绝对过剩, 某些脂质成分的相对不足或脂质成分比例失调, 对此病变, 总以调整脾胃为要, 方可清本断源, 化解脂浊。

现代医学认为, 中医的脾与消化吸收、血液生成、植物神经调节和机体免疫等密切相关, 是体内代谢的中心环节, 无论外源性脂质, 还是内源性脂质均涉及脾胃的纳运功能; 脾与人体多种受体和酶有密切关系, 多种脂蛋白受体和多种水解酶异常是血脂异常的基本病

理改变^[2], 因此, 通过改善各种受体和酶的功能可达到调整血脂的目的; 依据从脾论治高脂血症的治则, 根据患者的虚实、气血、痰瘀、寒热兼夹各异的情况, 依证立法, 中医创立了许多治疗高脂血症的治法, 如健脾疏肝化痰法、益气健脾法、消食导滞法、健脾活血降脂法、通腑降浊法、利湿清热法、健脾补肾法、化湿祛痰法等。

2 补肾益精, 强壮肝脾, 培本除脂

高脂血症多见于中老年人, 女性则多在更年期后发病, 显示肾与高脂血症病机演变的内在联系, 《素问·阴阳应象大论》曰:“年四十, 而阴气自半也, 起居衰矣。”指出人至中年, 肾气渐虚, 精气渐衰, 肾气不足则易导致各脏腑功能衰减。肾为水火之脏, 内寓肾阴肾阳, 五脏之阴气非此不能滋, 五脏之阳气非此不能发, 人体的气血、津液、膏脂的输布、转化皆靠肾脏的气化作用, 肾精衰减, 五脏六腑随之转衰, 脾胃的运化功能衰减尤其明显, 加之饮食不节, 情志失常, 劳逸失当, 更加重肾阳虚衰, 脾失温煦, 运化无权, 导致水谷精微不能散精于肝、上归于肺, 滞留血脉, 久则郁而化热, 灼伤津液, 炼液为痰, 积蓄体内, 浸淫脉道, 痹阻不畅, 痰瘀并生, 虚实错杂, 而现水不涵木、心肾不交、土虚木乘等变证, 张景岳言:“痰之化无不在脾, 痰之本无不在肾”, 强调肾是脂质代谢异常的主要矛盾之一, 肾脏虚损、肾虚精亏一则水不涵木, 肝失所养, 疏泄失常, 膏脂布化障碍; 二则肾阳虚失于温煦, 致脾阳不振, 脾土运化失调, 痰浊内生而发病。

现代医学认为, 中医肾的某些功能类似下丘脑—垂体—性腺轴的功能, 该轴功能提前老化即可出现肾虚的临床表现, 同时可导致高密度脂蛋白胆固醇水平降低, 甘油三酯、胆固醇及低密度脂蛋白胆固醇升高, 增加高脂血症的发病率^[3], 肾气盛则高密度脂蛋白胆固醇含量高, 血脂不易升高; 肾气衰则高密度脂蛋白胆固醇含量低, 血脂易升高。因此, 基于肾虚是高脂血症发病机制之一的认识, 先后创立了补肾化湿法, 补肾活血化湿法, 滋肾养肝治本、化痰祛瘀治标等治疗高脂血症的治法。

3 从肝降脂, 兼顾脾胃, 整体调控

肝乃藏血之脏, 职司疏泄, 对调畅气机, 促进脾胃运化, 津血输布起着重要作用, 清代唐容川在《血证论》中曰:“木之性主于疏泄, 食气入胃, 全赖肝木之气疏泄之而水谷乃化”, 《临证指南医案》谓:“肝和脾升, 胆和胃降, 盖胆为中精之府, 能净脂化浊; 肝乃藏血之脏, 职司疏泄。若肝胆失疏, 则脾胃升降失常, 而运化停滞, 清浊难分; 胆郁不畅, 则清静无能, 脂浊难化”, 这与现代医学关于脂质代谢主要在肝脏完成的理论相吻合。肝气上逆, 易上侮肺金, 中乘脾胃, 下竭肾阴, 上逆冲心, 旁及胆腑, 而引发诸脏功能失调。若肝主疏泄功能正常, 一则可使脾胃升降有序, 运化有度, 脂质精微生成输布正常; 二则可保障肾精充足和胆汁分泌排泄正常, 使精微得以上输, 浊阴得以下降, 胃“游溢精气”和脾“散精”功能正常发挥, 使脂散浊消。若肝失所养或疏泄不及, 气郁化火, 内耗阴血, 致津液亏损, 炼津灼液, 痰浊内生, 或肝火旺而下烁肾阴, 水不涵木, 木克脾土, 膏脂不能散精于肝、上归于肺、下泄于肾, 滞留血脉而发病。因此, 肝失疏泄不仅直接造成脂质的生成和输布障碍, 还影响气血的运行, 络道失和, 使血中膏脂失于转化和排泄, “清营之血”变为“污秽之血”, 积于体内, 形成痰瘀等病理产物, 继而影响后天脾胃的纳运、三焦的气化、胆腑清静和先天肾之藏精功能, 造成膏脂的吸收、输布、代谢异常, 使浊脂内生而发病。可见, 肝失疏泄在高脂血症的病机演变过程中占有重要地位。

现代医学认为, 肝脏作为脂质代谢的中心, 在内源性和外源性脂质代谢中均发挥着重要作用, 肝脏的脂质代谢水平直接反映着人体血液中血脂及脂蛋白代谢的水平。肝脏不仅参与除乳糜微粒以外所有脂蛋白的合成, 而且还参与各种脂蛋白的降解作用。通过调控肝脏相关血脂基因的表达和提高脂蛋白代谢酶的活性, 可促进机体富余脂质的清除而降低血脂, 纠正脂代谢紊乱^[4,5]。

虽然高脂血症发病与肝失疏泄密切相关, 在治疗上强调“从肝论治”的治则, 但还应注重脏腑相关整体性的治疗, 正如《金匱要略·脏腑经络先后病脉证并治第一》“见肝之病, 知肝传脾, 当先实脾”及“夫肝之病, 补用酸, 助用焦苦, 益用甘味之药调之, ……此治肝补脾之要妙也”的指导思想, 才能使五脏各司其职, 配合默契, 达到“五脏元真通畅, 人即安和”的目的。

4 痰瘀立论, 调节五脏, 脂消浊降

《灵枢·血络论》云:“阳气畜积, 久留而不泻者, 其血黑以浊, 故不能射。”一个“浊”字点出了高脂血症的病源所在, 但血脂本身并不是致病因素, 而病源是由异

常血脂引起的病理产物脂浊(痰浊和瘀血)所为。《血证论》云:“须知痰水之壅, 有瘀血使然, 然使无瘀血, 则痰气自有消溶之地”, 痰乃津液之变, 瘀乃血液凝滞, 但津血同源, 痰瘀不仅相互渗透, 还可相互转化, 痰邪停滞日久, 必致血瘀; 血瘀日久必影响水液代谢, 使水湿停聚变生痰浊, 或因痰致瘀, 或因瘀成痰, 或痰瘀互结, 危害脏腑, 损伤正气而发病。因此, 湿浊、痰浊、瘀血既是机体脏腑失调的病理产物, 又是致病因素, 针对这一发病机制, 从痰瘀论治为佳。

现代研究表明, 血脂异常确实存在着红细胞及血小板聚集指数增高, 红细胞电泳减慢, 血浆黏度升高等血液流变学方面的改变, 而脂质沉积是动脉粥样硬化斑块形成的重要因素, 也是早期损伤反映, 而且动脉粥样硬化指数与痰浊型呈正相关^[6]。近年来, 从痰瘀论治高脂血症效果明显。姚红等^[7]以痰瘀辨治高脂血症, 用温胆汤加减治疗高脂血症 60 例, 总有效率为 96.6%; 戴敏等^[8]对活血化痰、健脾化痰和痰瘀同治比较发现, 在抗脂质过氧化、抗主动脉血管内膜脂斑形成、改善细胞膜结构和膜脂流动性方面, 健脾化痰方与痰瘀同治方较活血化痰方有明显的优势。我们认为, 虽然从痰瘀立论效果较佳, 但不能过分强调痰瘀对本病的影响, 而弱化脏腑亏损的病理损伤; 从痰瘀立论, 应分清主次, 或治痰为主, 辅以治瘀, 或治瘀为主, 辅以治痰等, 通过整体调节五脏功能而达到痰化瘀消, 脂浊自降。

5 谨守病机, 动态选法, 有的放矢

《素问·阴阳应象大论》曰:“治病必求于本。”在临床上, 从高脂血症发病的源头(脂质代谢紊乱)论治不易掌握, 且疗效有限; 若从高脂血症进展的终期(脂肪肝—肝硬化; 动脉粥样硬化—心脑血管疾病)论治, 疗效不仅欠佳, 且因痰湿浊瘀已生, 脏腑阴阳气血已伤, 难有回天之力。因此, 应针对本病的本质进行治疗, 抓住疾病发展过程中的主要矛盾, 同时兼顾病情演变过程中出现的种种变证, 谨守病机、动态选法、有的放矢地选方用药。

虽然目前对高脂血症的降脂治疗认识尚不统一, 辨证分型多样化, 有从脏腑着手, 有从痰瘀论证, 但我们认为, 谨守病机是治疗的关键, 紧紧把握每一阶段的个性特征, 明晓其病因病机(包括主病脏腑、病理产物等)、证候特点的演变规律, 动态选择治疗方法, 有的放矢地把理、法、方、药结合起来是降脂成功的关键, 正如《素问·至真要大论》中说:“谨守病机, 各司其属, 有者求之, 无者求之, 盛者责之, 虚者责之, 必先五胜, 疏其气血, 令其调达, 而致和平。”

花蛇舌草、酢浆草、龙葵、水红花子、石见穿；转移瘤源于乳腺者，配以枸橘李、漏芦、王不留行、八月札、炮穿山甲等。

4 病案举例

案1：冯某，男，63岁，2003年9月18日初诊。当年6月18日晚突发头痛，住院多次经MRI检查发现脑内多发性占位，右上肺低分化癌，纵隔淋巴结肿大，已进行放化疗治疗1个疗程。目前自觉症状不多，稍疲劳，视力模糊，纳可，大便次多而不稀，苔淡黄腻、质暗、边有齿痕、舌体胖，脉细滑。证属热毒痰瘀蕴肺，拟从扶正抗癌，化痰消瘀，清热解毒为法。处方：炙鳖甲12g，土鳖虫5g，失笑散15g，生黄芪20g，南沙参、北沙参各12g，天冬10g，漏芦15g，红豆杉20g，山慈菇15g，泽漆12g，炙南星10g，炙僵蚕10g，猫爪草20g，露蜂房10g，白花蛇舌草20g，羊乳15g，仙鹤草15g，鸡血藤15g，薏苡仁20g，鬼馒头15g，灵芝5g，每日服1剂。2004年3月11日来诊，诉目前头痛不显，间有头昏，自觉疲劳无神，腰酸，微咳，痰多色白，咯吐不利，最近复查CT 3次均提示：脑部病灶缩小，肺部病灶无变化。仍以前法加减出入。2005年5月11日再诊，诉体重较去年增加4kg，最近复查脑CT示：颅内病灶消失，肺部病灶同前，仍常见疲劳乏力，无胸闷，稍咳嗽，尿频，夜寐易醒，仍守前方加入补益肝肾之品，目前患者情况良好。

按：周师在治疗本病时认识到，虽有肝肾不足证候，但以热毒痰瘀互结、气阴两伤为主，标急本缓，先采用益气养阴、清热解毒、化痰散结等药物组方，后期融入补益肝肾之品。

案2：蒋某，男，66岁，1994年4月30日初诊。患者20年前有脱髓鞘病史，用激素治疗，控制向愈。1994年3月初，突然头痛，左侧瞳孔放大，眼睑下垂，不能睁开，伴有呕吐，头颅MRI报告提示：“斜坡及鞍区块状异常信号，斜坡膨胀，轮廓消失，视神经受压上抬，肿块占据蝶窦，考虑脊索瘤可能”。患者因体虚，畏惧手术，来我院就诊。来诊时头痛，左侧瞳孔放大，眼睑下垂，复视，时有恶心呕吐，面色少华，神疲乏力，舌质红、苔黄

薄腻，脉细滑。周老辨证为痰瘀上蒙、清阳不展。药用：赤芍、天麻、僵蚕、天南星、炮穿山甲、地龙、枸杞子、石菖蒲、泽兰、泽泻各10g，生黄芪20g，葛根15g，炙全蝎5g，制白附子3g，制马钱子0.25g(另吞)。服药15剂后，头痛明显缓解，瞳孔恢复正常，眼睑狭窄有所改善，仍有复视，神疲乏力，口干，舌质红、有裂纹，苔黄腻，脉细，证属痰郁化热、阴液耗伤，上方去天南星、石菖蒲、泽兰、泽泻，加胆南星、石斛、天花粉各10g。服药30剂后，复视、眼睑下垂进一步改善，稍有头昏，左眼视力模糊。转从标本同治，加用补益肝肾之品，上方改黄芪为30g，加制首乌10g，石决明30g。连续服药40剂后，左眼睑闭合基本恢复正常，多视，视力模糊，畏光，复视，右耳鸣响，舌质暗红，苔黄薄腻，脉细。患者11月2日住某医院准备手术，以图根治，11月12日复查头颅MRI并与4月9日的MRI片比较，肿瘤缩小1/3，该医院认为半年内肿块缩小明显，且症状改善，建议暂不手术，用原法继续治疗。患者于12月7日复诊，治以滋养肝肾，益气升阳为主，配以化痰消瘀，解毒抗癌法，药用：生地黄、枸杞子各12g，炙鳖甲、天冬、天花粉、天麻、胆南星、炮穿山甲、炙僵蚕、山慈菇各10g，生黄芪30g，葛根15g，炙蜈蚣、制白附子各5g，制马钱子0.25g。服药半年余，畏光头昏等症消失，惟感有时耳鸣。1995年5月27日头颅MRI示，“鞍区斜坡脊索瘤术后，有少许残留”，与1994年4月9日MRI片比较，肿块缩小2/3。原方加炙水蛭5g，路路通10g，磁石30g，调治1个月后，诸症皆除，目前继续服药，巩固疗效。2003年12月复查MRI：“左侧脑室体旁可见小片状长T1及长T2信号影，余脑实质未见异常，脑沟裂增宽，鞍区未见异常肿物影，斜坡及蝶鞍部未见异常。”

按：本案用祛风化痰之药，配升举清阳之品，使药物直达病所；用虫类熄风搜剔之药，配化痰软坚之品引药上行，疏通络脉、消肿散结；用益肾养肝之药，配解毒抗癌之品，扶正祛邪，标本兼顾。审证精当，用药恰切，守方守法，坚持治疗，因而疗效满意。

(收稿日期：2006-06-05；修回日期：2006-09-07)

(上接第393页)

参考文献

- [1]刘瑞杰主编.高脂血症和相关疾病.北京:科学技术文献出版社,1999,143~144.
- [2]陈修,陈维洲,曾贵云主编.心血管药理学.北京:人民卫生出版社,1989,497.
- [3]陈可冀.抗衰老中药学.北京:中医古籍出版社,1989,143~146.
- [4]彭勃,张金生.试论中医理论的创新与重构.中国医药学报,2004,19(12):711~713.

- [5]彭勃,张金生.橄榄降脂胶囊治疗高脂血症56例临床观察.河南中医,2005,25(2):31~33.
- [6]宋剑南.从生物化学角度看痰瘀相关.中国中医基础医学杂志,2000,6(3):40~42.
- [7]姚红,李阳,孙飞.从痰瘀论治高脂血症119例分析.实用中医内科杂志2004,18(1):40~41.
- [8]戴敏,刘青云.母皮酚对高脂血症大鼠动脉内皮细胞的保护作用.中国中医基础医学杂志,2001,7(2):38~40.

(收稿日期：2006-11-22；修回日期：2006-12-30)