

• 思路与方法 •

高脂血症中医识症辨析

倪进军

(开封市第一中医院, 河南省开封市财政厅东街 54 号, 475001)

[摘要] 中医的识症是辨病和辨证的基础, 症的规律探讨必将对高脂血症中医病机的确定起重要作用。突出中医的自身优势, 充分发挥“非疾病诊断症状”作为中医辨证主要依据的优势, 积极探索高脂血症中医识症的规律, 可使识症的研究对高脂血症中医治疗水平的提高做出贡献。

[关键词] 高脂血症; 中医研究; 识症

高脂血症是临床常见病、高发病, 是严重危害人们健康的心脑血管病的源头性疾病, 所以对该病必须引起高度重视, 中医药在该病的防治也理应发挥其应有的作用。在高脂血症的诊疗中, 如何认识中医的“症”是重要问题之一。

1 正确识症是中医诊疗高脂血症的前提

中医通过望、闻、问、切四诊所搜集的病情资料主要包括症状、体征和病史等。其中, 症状是患者自我感到的不适; 体征是用一定的方法查出的异常现象。中医诊法将症状和体征统称为“症”, 症是疾病的客观表现, 是判断病种、辨别证候的主要依据^[1]。识别症的过程称之为“识症”, 识症是辨病和辨证的前提, 在以辨证论治为特色、以辨病和辨证相结合的中医诊疗体系中识症占据着重要的地位, 在高脂血症的中医诊疗过程中, 正确地识症尤为重要。

根据《实用内科学》^[2]对高脂血症临床表现的描述, 除极少数人表现为黄色瘤外, 许多高脂血症患者并无任何症状和异常表现, 往往是在血液生化检验时才发现。根据中医对疾病认识的方法, 黄色瘤可列为中医外科“疣”的范畴, 除此之外, 按照西医的诊断高脂血症可以没有其他症状和体征。那么中医在治疗高脂血症特别是辨证治疗时所依据的“症”又是从何而来呢?

中医四诊的信息, 虽然包含舌、脉及闻诊的客观信息, 但多数是依据问诊而得到的主观症状, 因此, 主观症状在中医证候分类中起着决定性作用。在《中药新药治疗高脂血症的临床研究指导原则》^[3]这一高脂血症诊疗的指导性文献中, 即列出了高脂血症的 31 种症状, 除形体肥胖外, 其余 30 种基本都是患者的主观症状。高脂血症中医辨证治疗的前提是识症, 有辨证就必

然有症的存在, 况且又有上述 31 种症状的制定, 这些均已说明中医在高脂血症的诊疗中有症状的存在, 这些症状大多以患者的主观症状为主, 对于西医来说这些主观症状对于疾病的诊断可能是非特异性的或无诊断价值的, 是属于“非疾病诊断症状”, 但对于中医的辨证却有着至关重要的作用。

中医识症是辨病和辨证的依据, 但症仅仅是疾病的现象而不是病变的本质, 因此, 必须将各种症状综合起来进行分析才有可能将其上升到证乃至病的高度, 在对症加以认识才能透过现象看本质, 对疾病做出准确的诊断。在高脂血症的中医研究中, 正确的识症是辨病和辨证的基础, 也是中医诊疗高脂血症的前提, 因此, 对于其症状的合理性及其分布规律有必要进行系统而深入的探讨。

2 中医识症在高脂血症治疗中的优势

疾病泛指用标准指标(客观为主)所能确立的不健康状态。现代医学诊断治疗的信息主要来自物理化学诊断, 是属于相对可以量化、可见的客观信息, 这些信息, 在疾病分类学中起决定性作用。主观症状是指通过询问所得到的与疾病相关的信息, 主观症状在疾病发生发展过程中的作用, 目前现代医学的认识还远远不够, 多数情况被认为是一些病理变化的主观反应, 是从属于客观病理变化的反映, 或者说是治疗效果的从属反映。例如, 确诊为高脂血症的患者有无纳差、口苦、汗出等症状并不影响高脂血症的疾病分类及治疗方案的确立; 高脂血症患者治疗后的大便改变也不影响治疗方案的调整。虽然现代医学已经开始重视与主观症状相关的生命质量, 但仍然是作为被动反应来看待, 并没有把这些作为调整疾病诊断和治疗的依据。

在高脂血症的中医诊疗实践中, 主观症状, 或被现代医学所认为的“非疾病诊断症状”有重要的意义, 中

医非常重视这些症状在疾病个体化治疗中的作用,并将其作为辨证论治的基础。中医辨证论治的临床效果不容忽视,即使辨证论治理论存在这样或那样的问题,但其以主观症状作为诊断治疗依据的核心内容不应受到怀疑。众多的对一种疾病的分证治疗的临床研究报告说明,以主观症状为主的分类诊断治疗效果比仅以客观指标为基础的诊断治疗效果要好^[4]。可以认为,主观症状在疾病的全过程中是有客观地位的,是能影响疾病发生、发展、诊断和治疗的,这种影响一定是有规律可循的,同时,该规律一旦产生,一定会成为能指导医学实践的理论。对高脂血症来说,以主观症状或非疾病诊断症状为基础的中医识症方法存在有如下优势。

2.1 主观症状反映人体的保护机制是一种客观的存在

人体是一个整体,当其机能减退和失调或疾病出现时,必然会出现一些不适的感受即主观症状作为保护性反应,用来提示人们应该引起重视。认定非特异性主观症状在高脂血症患者存在的合理性,是因为高脂血症既然是一种疾病,就有可能对机体的生理功能造成影响,而机体对这种影响就可能会有不良的体验和感受,当然这种主观症状和体验与高脂血症的内在联系还有待于进行深入研究,但这些主观症状可以认定是客观存在及合理的。这些非特异性症状正是机体机能失调或衰退的表现,目前所要探讨的问题是这些症状是否与高脂血症有直接关系,是单纯由高脂血症所引起,还是由高脂血症与其他疾病共同作用于人体所导致。对这些规律的探索一定会为高脂血症识症的科学性提供依据。

2.2 反映生命质量的重要指标

反映生命质量的许多主观症状(如饮食、二便、睡眠及性功能等)在西医疾病分类诊断治疗过程中的作用仍不十分清楚,但就人体的整体观而言,这些症状均是机体生理机能紊乱或病理的表现,它们的发生与疾病一定有某种联系,以主观症状为主要依据的中医辨证在治疗高脂血症的过程中不论血脂指标的改善如何,主观症状的改善对于生命质量的提高无疑是应该得到肯定的。

2.3 反映疾病的疗效

非疾病诊断相关的主观症状及舌象、脉象等中医诊断的依据与疾病疗效之间存在一定的相关性,中医治疗高脂血症效果的判定也均以这些症状为主要依据。不论高脂血症的实验室指标改善情况如何,在治疗高脂血症的同时,若改善了这些人体生理功能紊乱的症状对于高脂血症患者来说也无疑是一个较大的收

益。临床实践也已证明,以主观症状为主要依据的中医辨证治疗效果往往优于单纯以实验室检测指标为依据的单味药的治疗效果^[5]。

2.4 与疾病的发生发展相关联

特异性症状有时可以经过实验室检查得到验证或认可,可作为西医诊断的依据,而大多数非特异性症状在现有的西医诊断体系中却得不到应有的重视,其内在联系和发生规律的探讨必然对辨证论治地位的提高起重要作用,并且非疾病相关的临床信息对于疾病的发生和发展一定会有更深层次的意义,随着生命科学研究不断进步,这种联系有可能会被逐渐揭示出来,在目前这种联系尚不清楚的情况下,以这些非特异性症状为依据的中医辨证论治的治疗无疑是先行了一步。

3 对高脂血症治疗中如何识症的建议

就目前高脂血症的研究来说,辨病和辨证的不规范是其问题的主要根源^[6],这种状态不利于对高脂血症的识症进行总结,必然会影响到中医辨证的规范化和病机的总结,也难以确立高脂血症在中医作为一个独立病种的地位。所以依照中医学的自身规律,对高脂血症的症状进行研究,并探索其规律性,对于研究高脂血症的辨病和辨证及提高中医药的临床疗效有着重要的意义。暂时仍以《中药新药治疗高脂血症的临床研究指导原则》所列的 31 种症状为标准,对高脂血症中医识症进行规范研究,在临床实践过程中,逐渐拾遗补缺、删繁就简,进而达到符合高脂血症中医研究需要的目的。

掌握高脂血症的时效性原则,高脂血症是慢性病,其主要症状应该是长期存在并相对恒定的,故应在研究中剔除那些临时性症状,如感冒的表证等。回避一些疾病的特有症状,如胸痹的胸痛、中风的偏瘫等不易列入高脂血症之中的症状。重点研究以虚证为主的高发症状,高脂血症多见于中老年人,此时肾虚可能是其症状的重要来源。高脂血症多见于肥胖人群,而肥人多湿而脾虚,故应将脾肾两虚作为研究重点。借助现有的研究成果探索痰湿和瘀血在高脂血症中的作用机制,痰湿和瘀血作为疾病过程中的病理产物,临床表现较多,其在高脂血症发病中的作用,更应进行深入探讨,并力求找出与高脂血症联系紧密的症状。

以疗效寻找“症”,中医学是一门实践性很强的经验医学,一切基础的研究均是为了治疗效果的提高,识症的研究可以指导辨证及辨病,通过辨证治疗高脂血症,也可反过来佐证中医“症”的合理性,如此,从识

(下转第 945 页)

疗初期 6 个月内肿瘤转移率两者分别为 7.4%、26.7%，6 个月～2 年未见差异，中位生存期分别是 16.1、13.8 个月，1 年、1.5 年、2 年远期生存率两组分别为 85.1%、67.7%、61.1% 和 36.6%、22.2%、10%，经统计两组 1 年生存率差异有显著性($P<0.05$)。在化疗的近期内配合益气活血药效果好于加用散结祛瘀药，并且加用散结祛瘀药又不能提高近期疗效，较长时间后加用散结祛瘀药两组间未见区别，因此，在介入化疗后近期服用散结祛瘀药物有可能促进转移。可能是介入治疗后的短期内体内蓄积大量的化疗药物，损伤了正气，降低了机体的免疫力，使机体监护癌细胞扩散能力减弱，此时加用散结祛瘀药在一定程度上使癌细胞容易达到其他部位，经过一段时间后出现转移灶。由此提示，介入治疗初期应用益气活血药不但能提高机体免疫力，减少癌灶转移率，又能提高远期生存率；病灶稳定后扶正祛邪并用，加用散结祛瘀药治疗是较好的方法。

总之，临床上治疗肿瘤一般不宜单用活血化瘀药，应与益气、助阳、养阴等补虚药配伍应用，实现让瘤细胞既不易脱落又不易在远处黏附的效应。

参考文献

[1] 杨晔, 王维力, 李庆棣, 等. 当代内科学. 北京: 中国中医药出版社, 2000: 369~379.

[2] 李佩文, 邹立攻, 程剑华, 等. 中西医临床肿瘤学. 北京: 中国中医药出版社, 1996: 54.

[3] 高捷. 甲皱微循环检查在肿瘤治疗中的应用. 中日友好医院学报, 1996, 11(4): 319~322.

[4] 刘承煌, 姚亚其. 胸部恶性肿瘤患者的甲皱微循环表现. 中华肿瘤杂志, 1984, 8(4): 250.

[5] 周阿高, 丁钰熊, 黄大慰, 等. 胃恶性肿瘤患者高凝状态与年龄、临床病理分期关系的研究. 肿瘤, 1998, 18(3): 34~36.

[6] 陈建民. 癌症患者血液高黏度状态与活血化瘀治疗. 中西医结合杂志, 1985, 5(2): 89~91.

[7] 王禹堂. 晚期肺癌与血小板增多症关系的探讨. 中西医结合杂志, 1988, 8(4): 276.

[8] 李国贤, 吴浩源, 李冰芳, 等. 从体外血栓形成的血小板黏附

性探讨血瘀与癌症. 中西医结合杂志, 1987, 7(12): 726.

[9] 刘永惠, 张玉五, 梁国光, 等. 肿瘤转移与微观血瘀证的临床和实验研究. 现代中医, 1996, 9(4): 224~228.

[10] 马文建, 程广泽. 肿瘤的血行转移与血黏状态的关系. 中级医刊, 1992, 27(4): 7~9.

[11] 侯炜, 李杰. 扶正解毒活血抗转移的研究. 中国肿瘤, 1999, 8(10): 499~450.

[12] 吴继萍, 李世辉. 活血化瘀法配合化疗治疗消化道肿瘤 39 例. 陕西中医, 1999, 20(2): 52.

[13] 蔡维明. 活血化瘀中草药合并放疗治疗鼻咽癌. 中华放疗杂志, 1992, 1(1): 4.

[14] 高三民. 中药治疗肝癌 20 例. 陕西中医, 2000, 21(3): 104.

[15] 张侠武. 中医药治疗原发性肝癌 22 例. 陕西中医, 1999, 20(9): 393.

[16] 杨继泉, 张斌斌. 中医药治疗中晚期胃癌 102 例临床疗效分析. 中医杂志, 2000, 41(8): 483~484.

[17] 谢远明, 张长富. 加味一贯煎治疗肺癌症 106 例. 陕西中医, 2002, 23(4): 302~303.

[18] 张亚密, 王希胜, 高玉梅. 清瘀扶正汤治疗中晚期胃癌 30 例. 陕西中医, 2005, 26(9): 889.

[19] 彭轶霞. 中医健脾祛瘀法治疗胃癌 40 例. 陕西中医, 2006, 27(9): 1037~1038.

[20] 徐明寿, 李振斌. 益气散结汤及消结散治疗晚期食管癌疼痛 80 例. 陕西中医, 2003, 24(7): 612.

[21] 魏琳, 杨晨光. 中医辨证与辨病相结合治疗晚期原发性肝癌 52 例. 陕西中医, 2002, 23(7): 585.

[22] 卜平, 周荣卿, 陈齐鸣. 扶正化瘀方对胃癌患者术后转移的抑制作用及 T 细胞亚群的影响. 中医杂志, 2001, 42(4): 226~227.

[23] 张培彤, 裴迎霞, 祁鑫, 等. 活血药对人肺癌细胞黏附和侵袭的影响. 中国中西医结合杂志, 1999, 19(2): 103~105.

[24] 徐德成, 张培宇. 活血化瘀强度与气血双亏型胃癌转移率相关性机理探讨. 中医杂志, 1998, 39(3): 156~157.

[25] 钟栩. 中医治疗萎缩性胃炎癌前病变疗效分析. 甘肃中医学院学报, 1998, 15(4): 14~15.

[26] 王炳胜, 刘秀芳, 付显成, 等. 益气活血散结介入化疗治疗晚期非小细胞肺癌. 中国中西医结合外科杂志, 1999, 5(4): 203~206.

(收稿日期: 2007-07-03; 修回日期: 2007-12-12)

[编辑: 李 巍]

(上接第 938 页)

“症”到辨证，再从辨证到识“症”的多次反复，相信也可成为探索高脂血症识症规律的重要途径。

参考文献

[1] 郭振球主编. 中医诊断学. 2 版. 长沙: 湖南科学技术出版社, 2002: 2.

[2] 陈灏珠主编. 实用内科学. 北京: 人民卫生出版社, 2005: 1082.

[3] 郑筱萸主编. 中药新药临床研究指导原则. 北京: 中国医药

科技出版社, 2002: 85~89.

[4] 吕爱平, 李梢, 王永炎. 从主观症状的客观规律探索中医证候分类的科学基础. 中医杂志, 2005, 46(1): 4~6.

[5] 尹修海, 罗永铁. 辨证分型治疗高脂血症 120 例分析. 湖南中医杂志, 1999, 15(3): 8~9.

[6] 康广盛, 李显波, 孙丽英, 等. 近五年中医药治疗高脂血症的研究进展. 中医药信息, 2006, 23(2): 15~7.

(收稿日期: 2008-07-01)

[编辑: 黄 健]