

DOI:10.13288/j.11-2166/r.2023.22.004

王新陆基于“血浊”辨治代谢综合征经验

马一铭¹, 徐云生^{2,3}✉ 指导: 王新陆¹

1. 山东中医药大学, 山东省济南市历下区文东街道经十路 16369 号, 250000; 2. 山东中医药大学第二附属医院; 3. 山东中医药大学中医药经典理论教育部重点实验室

[摘要] 总结王新陆教授从“血浊”理论辨治代谢综合征(MS)的经验。认为血浊是 MS 发病之关键病理因素, 血浊内伏, 脏腑失用, 发为 MS; 血浊日久, 痰瘀胶结, 病情加剧, 变证频发。临证以清化血浊为基本治法, 自拟加味化浊行血汤为基本方, 并根据疾病不同时期及表现灵活加减, 同时运用援药针对西医异常指标进行治疗。

[关键词] 代谢综合征; 血浊; 名医经验; 王新陆

王新陆(1949—), 男, 主任医师, 教授, 博士研究生导师, 国医大师, 首届全国名中医。对于治疗内科杂病经验丰富, 在临床工作中逐渐形成“经方活用, 论治时病”“无证可辨, 化浊为先”及“古药新理, 活用援药”等学术观点。

代谢综合征(metabolic syndrome, MS)是以中心性肥胖、高血压、血糖升高及血脂异常等为主要表现的一组症候群^[1]。流行病学调查显示, 我国成年人中 MS 患病率已由 2005 年的 16.5%^[2] 上升至 2018 年的 33.6%^[3], 至 2040 年 MS 全球患者总数预计达到 25.68 亿^[4], 成为严重危害人类健康的慢性疾病和公共卫生问题。

MS 是一组代谢紊乱相关的症候群, 目前多认为胰岛素抵抗为其发生机制, 又与氧化应激、慢性炎症反应等关系密切^[5]。西医常针对 MS 导致的肥胖、高血糖、高血脂、高血压等分别进行治疗, 靶点单一, 难以兼顾, 长期应用多种药物使患者依从性变差, 加之不良反应多, 导致临床整体疗效有限^[6]。中医药可以通过调控胰岛素信号、抗氧化、减轻炎症、减少游离脂肪酸生成、调节肠道菌群等多靶点、多角度改善胰岛素抵抗从而发挥治疗 MS 作用^[7]。研究表明, MS 发病与现代社会生活节奏快、工作压力大及不良生活习惯等密切相关^[8]。王新陆教授认为“血浊”作为精神因素、环境污染、

不良习惯等现代致病因素作用的产物^[9], 是 MS 的关键病理因素, 贯穿于其发生发展过程。现将王老师基于“血浊”治疗 MS 的经验总结如下。

1 血浊的内涵

血浊一词最早记载于《灵枢·逆顺肥瘦》, 原文曰:“刺壮士真骨, 坚肉缓节监监然, 此人重则气涩血浊”, 指血液浑浊不清。王老师认为, 血浊不单指血液失清的状态, 也包括血液运行的紊乱, 在此基础上提出血浊即血液失其原有清纯, 或血之循行规律丧失, 最终阻碍机体脏腑的正常气机活动和功能表达^[10]。现代医学中的血液中滞留过剩的代谢产物、血流动力学异常以及血液循行障碍等皆属于血浊的范畴, 如血脂升高、血糖升高、尿酸升高等^[11]。因此, 血浊的形成与各类代谢性疾病密切相关。

血浊之形成与外感六淫、七情内伤、饮食失宜、环境污染、精神情志因素、不良生活习惯等相关, 其中与环境污染、精神情志因素、不良生活习惯的关系尤为密切。血浊既是疾病初期的病理产物, 又是病情进展的主要因素。浊邪客于血中, 始于无形, 血浊初生多使血液精纯之态受到影响, 但尚未表现出明显的临床症状, 这与 MS 初期多仅表现为血液化验指标异常的特点一致。浊邪随血液的运行遍布全身, 累及周身内外上下, 故其致病极为广泛。MS 作为一组代谢相关的症候群, 表现多样,

基金项目:国家重点研发计划(2018YFC1704100, 2018YFC1704103); 山东省泰山学者工程专项(ts201712097)

✉ 通讯作者: xys65@126.com

与血浊易阻气机、致病广泛的特点相符。血浊性黏滞，日久浊阻气滞，水津失布，停而为湿、凝而为痰，痰瘀互相胶结，使病情缠绵难愈，变生他证。MS 日久则可引起心、脑、肾等各器官或系统的严重并发症，且与恶性肿瘤的发生密切相关^[1]。

2 血浊为 MS 发病之关键

2.1 血浊内伏，脏腑失用

《素问·经脉别论篇》云：“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。”脾脏为机体水液代谢的枢纽^[12]，脾气推动水精输布全身，血浊蕴脾，脾虚健运失职，水湿停留中焦，日久聚为痰浊、脂浊，进而导致血脂升高、肥胖等，可见纳差、腹胀等表现。肺为华盖，覆于五脏六腑之上，肺为水之上源，居高位以行水，血浊阻肺，血不能正常载气，影响肺之宣发肃降，通调水道失职，津液难以输布。《素问·逆调论篇》云：“肾者水脏，主津液”，血浊阻滞，血行不畅，肾精不足以化生肾气，肾虚不固，膀胱失于温煦，开阖失司，代谢失权。脾、肺、肾不利，水液代谢失调，或脾脏功能虚弱，胃火腐熟相对亢盛，消烁津液，则发为消渴。《灵枢·五邪》云：“邪在心，则病心痛喜悲，时眩仆。”心藏神，神使气，气行则血畅，血浊扰心，心气不充，鼓动无力，精血难以上荣头脑，脑窍失养，神明失用，以致头痛、眩晕、失眠等。孙思邈《千金方》言：“肝厥头痛，肝为厥逆，上亢头脑也。”肝脏体阴而用阳，主动主升，血浊阻滞，肝脏疏泄失司，气机不畅，可见情志不舒、心烦易怒等；若肝气上逆，扰动脑神，可发为头痛。

2.2 痰瘀互结，病情加剧，变证频发

血浊附着脉管，阻塞脉道，致血瘀气壅；血浊妨碍水泄，津聚成痰。痰、瘀与血浊相互胶结，更难祛除，又能使病情加重，变生他证。若痰浊凝滞，郁久化火则伤及血络，迫血妄行，可见眼底出血；若瘀留眼络，血行失通，则视物不清。血浊性黏滞，闭阻经络，气机不畅，则见四肢疼痛麻木，日久甚则痿废不用；若痰瘀日久化热，流注于四末，聚热发痛，则见足趾溃烂。痰瘀痹阻于心脉，可发为胸痹而见胸闷、胸痛、心悸；若痰瘀上壅脑络，可见头痛、头晕甚至发为中风。血浊属阴，易损阳气，日久亦见脾肾阳虚，水液精微输布失司，或水津内停而发水肿，或精微下趋膀胱而见小便浑浊。

3 从“血浊”辨治 MS

3.1 清化血浊为基本治法

治疗内科杂病王老师提倡无证可辨、化浊为先，治疗 MS 以清化血浊为基本治则，随证施治。自拟加味化浊行血汤，药物组成为荷叶、焦山楂、决明子、酒大黄、赤芍、烫水蛭、虎杖、路路通、制何首乌、泽泻、黄连、石斛、钩藤、菊花、香附。《本草纲目》言荷叶可“生发元气，裨助脾胃，涩精浊，散瘀血”，清阳升则浊阴降，脾胃健则湿邪去，气机畅通，血随气行，则黏滞之血浊可消；焦山楂减酸增苦，健脾食消，行气活血，散瘀化浊；决明子味苦以泄浊，甘以补脾，咸以入血，入肝经善治头痛、眩晕。此三药药性平和，升清阳以祛血浊，助气行以通血瘀，补脾胃以化水湿，共为君药。酒大黄苦寒以清化折逆，尤善清上焦血分热毒，可活血行瘀，清热化浊；赤芍行血散瘀；烫水蛭善下行，破血逐瘀之力强。此三药共为臣药，清泄全身上下之血热瘀毒。虎杖利湿化痰，清热散瘀，活血定痛；路路通能通经脉以行血浊；制何首乌长于补生新血，荡涤血浊，三药利湿浊、通血脉，以佐君药、臣药行血通瘀，并有化浊止痛之功。泽泻善利水下行，泄热散浊，《药品化义》称其为“利水第一良品”，与荷叶配伍，一升阳健脾，一渗湿利水，上下并行，补泻兼施，荡涤一身湿邪，增清泄化浊之功。黄连寒以清热、苦以燥湿，善泻中焦火毒；石斛甘以滋养为用，入胃经可益胃阴、生津液，入肾经可滋肾阴、清虚热，二者同用增养阴清热之功，可缓解消渴之症。钩藤、菊花同入肝经，质轻疏透以熄肝风，甘平和缓以平肝阳，性凉清泄以散肝热，对阳亢之头晕目眩尤宜。香附辛开苦降，可调达一身血脉，归肝、脾经助气血之生成与运行，入三焦经则疏通一身之枢纽，助药力窜达全身，更化行血浊。纵观全方，行气以行血，生血以涤浊；甘缓平和以制肝郁，淡渗苦泄以祛湿浊；补阴又升阳，使脾之阴阳相生，则脾气得以健运；甘苦合化，苦寒以清热，甘寒以养阴，既缓消渴之症，又顾护胃阴。

3.2 分期治疗，灵活化裁

疾病初期血浊始生，可能没有明显临床症状，仅表现为指标的异常。因疾病初发，可消灭疾病原始之邪，将疾病遏制在萌芽状态，发挥中医未病先防、既病防变之用。此时治以凉血清浊为要，方以加味化浊行血汤。至中期血浊阻脉，气血失和，变生痰瘀，出现面色晦暗、食欲不振、头晕头痛、气

短乏力等表现,此时着重消除病理因素,延缓疾病进展。血瘀较重者,加桃仁、红花等以活血化瘀;痰浊较重者,加清半夏、陈皮等以理气化痰。疾病后期血浊痰瘀胶着难除,各脏腑失用,气血乏源加剧,易造成冠心病、慢性肾病、肿瘤、糖尿病微血管病变等并发症。脾肾为先后天之本,以两脏亏虚最为严重,应注意顾护脾肾,补益气血,保养机体。脾虚重者,加党参、白术等健脾助运;肾虚重者,加杜仲、桑寄生等补肾壮阳;气虚重者,加黄芪、太子参等益气固表;血虚重者,加当归、熟地黄等补血养阴。

针对临床常见症状,王老师用药灵活,适宜加减。见口渴重者,加用芦根、天花粉等生津止渴;头晕重者,加用天麻、胆南星等平肝熄风;纳差者,加用石菖蒲、麦芽等健胃消食;伴泄泻者,去加味化浊行血汤中决明子,加用薏苡仁、茯苓等渗湿止泻;伴手足麻木者,加用独活、桑枝等舒筋通络。

3.3 针对指标,活用援药

援药是指现代药理研究已证实的、可直接作用于靶器官的、对主要病因及症状有确切作用的药物^[13]。王老师临证善用援药,MS 常见血糖、甘油三酯、低密度脂蛋白胆固醇等指标升高,援药可针对上述指标对症治疗。如红景天^[14]和黄芩^[15]可以抑制炎性介质的分泌和释放,减轻炎症反应应答,缓解脏器损伤,伴炎性因子升高者可选用。桑叶^[16]可改善葡萄糖转运,抑制胰岛细胞凋亡,延缓糖尿病进展;葛根^[17]能提高胰岛素敏感性,增强糖转运,改善糖稳态,伴血糖升高者可选用。玉竹^[18]可改善脂质堆积;鸡内金^[19]能调节胆固醇、甘油三酯和低密度脂蛋白胆固醇水平,减小动脉斑块面积,伴甘油三酯、低密度脂蛋白胆固醇升高者可选用。三七^[20]能扩张血管,改善血流灌注,降低血压;绞股蓝^[21]通过拮抗胰岛素耐受、减少血管紧张素Ⅱ生成、抑制动脉斑块形成等途径发挥降血压作用,高血压伴血流缓慢或血管狭窄者可选用。

3 典型验案

患者,男,66岁,2018年9月21日初诊。主诉:发现血糖升高10余年。患者自述10余年前体检发现血糖升高,空腹血糖7.2 mmol/L,随机血糖最高20 mmol/L。现服用阿卡波糖每次100 mg、每日3次,达格列净每次5 mg、每日1次,诺和灵30R早晚各16单位皮下注射,血糖控制不佳。刻下症:口渴明显,易感乏力,平素情绪急躁易怒,时有头晕,纳一般,食后腹胀,眠差易醒,小便频数、日

十余行,大便调,舌暗红、边有齿痕,苔黄腻,脉弦数。查体:身高170 cm,体重84 kg,体质指数(BMI)29.07 kg/m²,腹围100 cm。既往高血压病史10余年,血压最高170/110 mmHg,现服用苯磺酸氨氯地平片每次5 mg、每日1次,倍他乐克每次100 mg、每日1次;高血脂病史4年余,现服用瑞舒伐他汀片每次10 mg、每日1次。辅助检查:空腹血糖10.1 mmol/L,餐后两小时血糖15.6 mmol/L,血压165/103 mmHg,总胆固醇6.84 mmol/L,甘油三酯2.78 mmol/L,低密度脂蛋白胆固醇4.25 mmol/L。腹部超声示轻中度脂肪肝。西医诊断:代谢综合征;中医诊断:消渴。辨证:浊瘀互阻;治法:清化血浊,凉血化瘀。处方:荷叶30 g,焦山楂20 g,决明子20 g,酒大黄15 g,赤芍20 g,虎杖30 g,制何首乌12 g,泽泻20 g,黄连20 g,石斛20 g,生地黄15 g,玄参15 g,钩藤(后下)30 g,菊花12 g,香附20 g,炒酸枣仁30 g,茯神30 g,天麻15 g,丹参15 g,绞股蓝30 g,山药15 g,葛根15 g,桃仁12 g,红花12 g,炒莱菔子18 g。14剂,每日1剂,水煎服,分早晚两次温服。诺和灵30R早24单位、晚22单位皮下注射,其余西药继续服用。嘱患者保持心情愉悦,低糖低盐低脂饮食,加强锻炼,适当减重。

2018年10月6日二诊:患者口渴减轻,纳食较前改善,食后腹胀不明显,睡眠改善,偶有头晕,仍有乏力、小便频数,大便溏、日二行,舌暗红、苔黄腻,脉弦数。空腹血糖8.1 mmol/L,餐后两小时血糖13.2 mmol/L,血压160/95 mmHg,体重无明显变化。予初诊方改决明子12 g、玄参12 g、炒酸枣仁20 g,加石决明20 g、益智仁30 g、覆盆子30 g、沙苑子30 g、麸炒白术20 g。14剂,煎服法同前。西医治疗方案不变。

2018年10月20日三诊:患者至此次就诊时头晕未再发作,口渴已不明显,时感神疲肢倦,纳眠可,小便频次减少,日七八行,大便偶有不成形、日一行,舌红、苔稍黄腻,脉数。空腹血糖6.8 mmol/L,餐后两小时血糖11.4 mmol/L,血压143/90 mmHg,总胆固醇6.72 mmol/L,甘油三酯2.73 mmol/L,低密度脂蛋白胆固醇3.95 mmol/L,体重81.5 kg。予二诊方加薏苡仁30 g。14剂,煎服法同前。诺和灵30R调整为早20单位、晚18单位皮下注射,阿卡波糖减量至每次50 mg、每日3次,其余西医治疗药物不变。

2019年1月30日随访,患者自行继服三诊方28剂,现已停药中药,无明显不适,血糖控制稳

定,空腹血糖波动在 5~6 mmol/L,餐后两小时血糖波动在 7~8 mmol/L,血压维持在 130/80 mmHg 左右,体重稳定至 80 kg。嘱患者诺和灵 30R 调整为早晚各 16 单位,余西药不变。保持心情舒畅,清淡饮食,坚持锻炼,如有不适,及时随诊。

按语:该患者为老年男性,血浊化热,津液无法上承,故见口渴;平素急躁易怒,肝气郁结,见情绪不畅,偶有头晕,脉弦数;食后腹胀、舌暗红、苔黄腻为痰湿蕴热兼血瘀之象;血浊阻塞脉管,血行不畅,濡养不能而见乏力;血浊扰心,见眠差易醒;血浊扰肾,加之年老肾虚不固,见小便频数。自病史可知血浊蕴积已久,但脏腑虚损尚轻,疾病分期属中期,治疗在加味化浊行血汤的基础上着重病理因素的祛除。患者虽有血瘀之象,但相对轻缓,且有乏力之症,去破瘀通经之烫水蛭;又因患者小便频数,去利水之路路通。加丹参、桃仁、红花活血化瘀;脾虚之象明显,加善补脾气阴之山药、升脾阳之葛根,二者相伍,补助脾运,使脾之阴阳互根相生;因食后腹胀,加炒莱菔子消食除胀;眠差易醒,加炒酸枣仁、茯神宁心安神,以助睡眠;因血糖控制不稳,口渴明显,加生地、玄参清热凉血、养阴生津;平素情绪急躁且偶有头晕,加天麻平抑肝阳;同时选用绞股蓝、葛根作为援药分别调节血压、血糖,加强疗效。二诊时患者血压仍控制不佳,故加石决明增平肝潜阳之力;小便仍频数,加益智仁、覆盆子、沙苑子暖肾助阳,固精缩尿;患者服药后出现便溏,考虑决明子润肠通便、玄参苦寒、酸枣仁含脂而润,故三药减量使用,同时加麸炒白术增健脾化湿之功。三诊时患者时感神疲肢倦,大便不成形,是因水湿仍有不化,故加薏苡仁缓增健脾利水、渗湿止泻之用。治疗全程紧扣血浊这一关键病理因素,以凉血清浊为要,兼顾血瘀之祛除,同时根据临床表现灵活施治,终获良效。

参考文献

- [1]中华医学会糖尿病学分会. 中国 2 型糖尿病防治指南 (2020 年版)[J]. 中华糖尿病杂志, 2021, 13(4): 315-409.
- [2]顾东风, REYNOLDS K, 杨文杰, 等. 中国成年人代谢综合征的患病率[J]. 中华糖尿病杂志, 2005, 13(3): 181-186.
- [3]WU HM, LIU MY, Chi VTQ, et al. Handgrip strength is inversely associated with metabolic syndrome and its separate components in middle aged and older adults: a large-scale population-based study[J]. Metabolism, 2019, 93: 61-67. doi: 10.1016/j.metabol.2019.01.011.
- [4]SAKLAYEN MG. The global epidemic of the metabolic syndrome[J]. Curr Hypertens Rep, 2018, 20(2): 12.
- [5]MCCRACKEN E, MONAGHAN M, SREENIVASAN S. Pathophysiology of the metabolic syndrome [J]. Clin Dermatol, 2018, 36(1): 14-20.
- [6]何忠义, 于澄. 代谢综合征中西医研究进展[J]. 中国中医药现代远程教育, 2022, 20(15): 196-198.
- [7]姜雯, 梁晓春. 中医药防治代谢综合征胰岛素抵抗的研究进展[J]. 世界中西医结合杂志, 2019, 14(7): 1028-1032.
- [8]冯金章, 刘锁红, 冯俊芳, 等. 代谢综合征的病因及防治研究进展[J]. 内蒙古民族大学学报(自然科学版), 2020, 35(6): 525-528.
- [9]王新陆. 论“血浊”与“治未病”[J]. 天津中医药, 2008, 25(3): 177-180.
- [10]王新陆. 血浊论[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2016: 14.
- [11]于丽红, 王兴臣, 刘伟, 等. 试论血浊理论及临床应用[J]. 中国中医药现代远程教育, 2015, 13(1): 12-15.
- [12]董秀文. 谈脾胃为水液代谢之中枢[J]. 中医药研究, 1992, (1): 28-29.
- [13]王栋先, 王新陆. 齐鲁内科时病流派学术思想简析[J]. 广州中医药大学学报, 2017, 34(6): 934-938.
- [14]蒲位凌, 李文华, 白茹玉, 等. 红景天及其抗炎和抗肿瘤活性成分药理作用研究进展[J]. 天津中医药, 2017, 34(12): 856-859.
- [15]黄玉普, 吴大章, 王森. 黄芩的药理作用及其药对研究进展[J]. 中国药业, 2022, 31(15): 129-133.
- [16]马知遥, 丁雷, 钟丰鹰, 等. 桑叶的降糖作用及机制研究进展[J]. 世界科学技术-中医药现代化, 2023, 25(1): 156-162.
- [17]朱水兰, 许文华, 李冰涛, 等. 葛根调控 PPARs 信号通路改善脂肪细胞胰岛素抵抗的体外研究[J]. 中药新药与临床药理, 2023, 34(3): 287-295.
- [18]肖作奇, 邱盼子, 欧阳波. 玉竹多糖对油酸诱导的 HepG2 脂肪堆积的改善作用及作用机制研究[J]. 中医药导报, 2021, 27(11): 46-49, 55.
- [19]陈佳, 沈梦菲, 张伟, 等. 重构本草: 鸡内金[J]. 吉林中医药, 2023, 43(2): 229-231.
- [20]成万华, 杨晓雪, 李付强. 三七的活性成分抗心律失常作用机制的研究进展[J]. 环球中医药, 2023, 16(4): 796-801.
- [21]马泽刚, 辛超, 吴秀丽, 等. 绞股蓝总皂苷及其不同提取物对实验性高血压大鼠的降压作用[J]. 广东医学, 2023, 44(2): 168-172.

(下转第 2299 页)