

中西医结合防治代谢综合征

汤益明 吴跃进 胡建平

(江西省中医药研究院 南昌 330046)

关键词:代谢综合征;中西医结合疗法

中图分类号:R 589

文献标识码:B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2012.01.038

代谢综合征 (metabolic syndrome,MS) 是一组由遗传因素与环境因素共同决定的临床症候群,以腹性肥胖、血脂异常、高血压和糖代谢异常为特点的临床综合征,是多种危险因素在个体的聚集,也是心血管病发生和发展的主要危险因素。但是关于 MS 具体组分的确立,组分指标的异常阈值及其运用侧重,不同国家和地区又不尽相同。表 1 选择 3 个主要标准进行对比以加深其理解。2004 年 5 月国际糖尿病协会 (IDF) 为建立一个统一的全球工作定义并达成共识^[1]。本文的相关讨论均沿用此共识。

1 代谢综合征的识别与判断

2001 年美国成人胆固醇教育计划 (NCEP-ATP III) 对 MS 的识别迄今仍得到全球众多医家的基本

认同。2005 年美国心脏病协会及国家心脏、肺及血液研究院的 ATPIII 亚洲人群修订标准和 2004 年中华区学会糖尿病学会 (CDS) 的建议诊断标准均并列于表 1,且有助于对 MS 的临床识别及判断。近年来关于 MS 的共识中最关键的是将腰围 (waist circumference,WC) 作为临床识别的单独标准。因为作为反映腹型肥胖 (即中心性肥胖) 的腰围增大与其他反映超重或肥胖的指标 (包括体重质量指数 BMI) 及腰臀围比值 (waist-hip ratio,WHR) 相比与 MS 的危险因素更密切相关。亚洲与欧洲人群的过度储存和分布及其异常的病理生理也不相同,亚洲人群在较少的肥胖沉积时将比欧洲人群导致更明显的不良代谢效应^[1-2]。表 1 也显示男、女性腰围切

胃、禀赋不足等,病机主要是热结、气滞、寒凝、气血阴阳亏虚引起的肠道传导失司所致^[6]。

2 结果

2.1 四个证型的一般资料分析 各证型间无差异,具有可比性。其中肝郁气滞证 26 例,男 10 例,女 16 例,平均年龄 (34.7± 9.8) 岁;气阴两虚证 19 例,男 8 例,女 11 例,年龄 (36.2± 9.3) 岁;脾肾阳虚证 22 例,男 9 例,女 13 例,年龄 (36.2± 9.3) 岁;气虚肠燥证 28 例,男 10 例,女 18 例,年龄 (35.6± 9.7) 岁。四组性别及年龄均无统计学差异 ($P>0.05$)。

2.2 各证型比例及神经症评分比较 见表 1。

表 1 各证型比例及神经症评分比较 ($\bar{X} \pm S$)

证型	n	所占百分比 (%)	神经症评分 (分)
肝郁气滞证	26	27.37	11.6± 3.2
气阴两虚证	19	20.00	4.4± 2.6*
脾肾阳虚证	22	23.16	3.5± 2.3*
气虚肠燥证	28	29.47	4.3± 2.1*

注:与肝郁气滞证比较,* $P<0.01$ 。

3 讨论

慢传输型便秘是慢性功能性便秘的一个常见的类型,病因和发病机制非常复杂,目前虽仍未阐明,但近年来研究日益深入。STC 相当于中医学的“便秘”范畴,病因有饮食不节、情志失调、外邪犯

胃、禀赋不足等,病机主要是热结、气滞、寒凝、气血阴阳亏虚引起的肠道传导失司所致^[6]。

本研究发现,在神经症评分方面,肝郁气滞证显著高于气虚肠燥证、气阴两虚证、脾肾阳虚证,差异显著 ($P<0.01$),有统计学意义;而气虚肠燥证、气阴两虚证、脾肾阳虚证两两之间比较差异不明显 ($P>0.05$),无统计学意义。表明了肝郁气滞证与情志障碍关系密切。提示本病与肝密切相关,中医理论认为肝主疏泄,喜条达,恶抑郁,调畅气机。因此情志不遂,肝失疏泄,肝气郁结,郁久化热;气机失调,脾胃升降失常,则大肠传导功能失常而发生便秘。可以推断:精神心理因素对 STC 的影响可能是通过调节脑 - 肠轴而改变了肠道的排便感觉。因此,肝主疏泄功能失常在慢传输型便秘发病中起着重要作用,临床治疗 STC 时,应重视调理肝的疏泄功能,帮助患者调理情志,提高临床疗效。

参考文献

[1] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则 (试行) [S]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002. 124
 [2] 周仲瑛. 中医内科学 [M]. 第 7 版. 北京: 中国中医药出版社, 2003. 142
 [3] 柯美云, 罗金燕, 许国铭, 等. 我国慢性便秘的诊治指南 [J]. 中华消化杂志, 2002, 22(11): 684-687
 [4] 罗马委员会. 功能性胃肠病罗马 III 诊断标准 [J]. 胃肠病学, 2006, 11(12): 761-765
 [5] 沈渔邨, 陶国泰. 精神病学 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 1999. 312
 [6] 宋卫国. 补中益气汤加减治疗结肠慢传输型便秘的临床观察 [J]. 实用中西医结合临床, 2010, 10(5): 56

(收稿日期: 2011-06-24)

点差异。IDF 共识强调 WC 的测定应位于肋弓下缘和髂嵴上缘的中点平面,而不是习惯的过脐平面或最大的凸起平面,这种统一的测定可保证数据的准确性及可比性^[3]。此外,表 1 修改标准中还强调 MS 的识别应结合病史,对过去已诊断的疾病或接受的相应治疗存在时,即使目前检测的数据已属正常,仍应作为临床识别的证据。表 1 对糖尿代谢异常的识别仍沿用 ATP III 建议的空腹血糖 (fasting plasma glucose, FPG)。这是因为众多的实践已表明 FPG ≥ 5.6 mmol/L 已包涵大部分葡萄糖抵抗的个体。何况

餐后血糖异常的个体还可能由于 WC、血脂、血压等指标并不达标而不能诊断为 MS。因此使用 FPG 漏诊单纯性血糖异常的可能性是很小的。非酒精性脂肪肝 (nonalcoholic fatty liver disease, NAFLD) 可视为代谢综合征的肝脏表现,90% NAFLD 至少有一种 MS 的组分,约 1/3 的 NAFLD 患者含所有的 MS 组分。NAFLD 发病率很高,一般人群中占 15%~30%,腹型肥胖或 2 型糖尿病中更高达 70%~80%。肝脏病变可依次表现为单纯脂肪肝、脂肪性肝炎、肝脏纤维化或肝硬化。

表 1 MS 的临床识别及判断标准

	NCEP-ATP III(2001)	ATP III 亚洲人群修订标准(2005)	中华医学会糖尿病学会诊断标准(2004)
腹型肥胖	腰围男 >102 cm,女 >88 cm	腰围 ≥ 90 cm,女 ≥ 80 cm	超重及 / 或 BMI ≥ 25
高甘油三酯血症	≥ 1.70 mmol/L	≥ 1.70 mmol/L(或已接受相应治疗)	≥ 17.0 mmol/L
HDL-c 降低	男 <1.04 mmol/L 女 <1.30 mmol/L	男 <1.04 mmol/L 女 <1.30 mmol/L	男 <1.0 mmol/L 女 <0.9 mmol/L
高血压	$\geq 130/85$ mmHg	$\geq 130/85$ mmHg	$\geq 140/90$ mmHg 及 / 或已确诊为高血压并治疗者
空腹血糖升高	≥ 6.1 mmol/L	≥ 5.6 mmol/L	≥ 6.1 mmol/L 或 2 h PG ≥ 7.8 mmol/L 及 / 或已确诊为糖尿病并治疗者

注:符合以上 3 项(或更多)改变者可判断为 MS。

2 西医防治

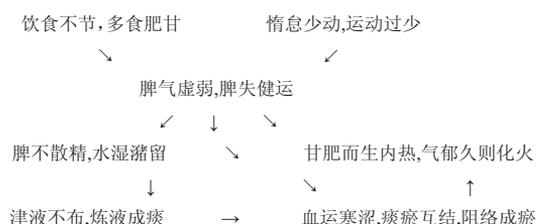
对于 MS 病因的认识近年来也由过去的胰岛素抵抗中心论转变为脂质代谢紊乱中心论。表 1 MS 的识别中,既采用 WC 定义的肥胖,又将 TG 增高和 HDL-C 降低分别列为独立的组分,就足以阐明脂质代谢异常在 MS 中的地位超过胰岛素抵抗的糖代谢异常。在临床观察中可以发现超重者有高胰岛素血症,说明已有胰岛素抵抗存在,但此时空腹血糖及糖耐量仍均正常。而此阶段虽高腹血脂正常,餐后血脂却已处高水平,反应脂质代谢异常确早已糖代谢异常。这种概念的改变必将对 MS 的防治导向起关键影响。此外,近年来作为 MS 表达之一的高血压已被认识为导致心血管疾病的独立危险因素^[4],良好的血压控制是改善 MS 预后的重点措施。长期坚持控制饮食和体育锻炼是防止或减轻肥胖、超重的主要措施^[5],MS 患者的食谱应强调低脂肪、高复合碳水化合物及高纤维,尽量食用未加工的食品,对于仅提供高热卡而无其他营养素的食物,如脂肪、蔗糖及酒类则应尽量避免。嗜氧运动 (acrobic exercise) 直接增加能量的支出,如能习惯性进行将对降低体重及减低肥胖起良好效果。应结合个体的具体情况(尤其是年龄及伴发的疾病)选择适合的项目及训练的程度和时间。至于减肥药物 (antiobesity agents) 使用应慎重,因为过去的减肥药多属作用于中枢的食欲抑制剂,其中的拟儿茶酚胺类的氯苯咪唑啉及芬氟拉明均因明显副效应而撤出市场。目前尚上市的同类药物为盐酸西布曲明 (sibutamine HCL, 诺美亭),据称间歇使用或具疗效及安全性。另一种新制剂为通过阻断饮食中脂肪的

吸收而达到减肥目的。药品奥利司他 (orlistat, 商标名赛尼可 XENICAL) 是目前唯一 FDA 批准用于肥胖症的该类药物,有条件的亦可在医师指导下谨慎使用。

3 中医防治

MS 作为现代医学的新概念,中医学古籍中虽无相关病名,但结合上述多种西医相关疾病及危险因素在个体的整合,其中医病机及防治可从“消渴”、“肥满”、“胖人”、“痰湿”、“眩晕”等中摸索。如国内王文健多年来从事 MS 的中西医结合研究认为本病以气虚为本,热郁湿滞、血瘀为标,并以黄芪、黄连、泽泻、生蒲黄等组成的益气化正汤进行治疗。根据 MS 患者辨证时往往有体胖、腹满、口干渴、气短、易疲乏等脾气虚弱证候,饮食不节、多食肥甘、惰怠少动等则为脾失健运、气机不畅的病因,而脾气虚的后果每致脾不散精、水湿潴留、津液化为痰浊。中医学认为痰瘀可同病,其进程为由痰致瘀,以痰为主。津液停滞成痰,血液滞涩则致瘀,这也就是津血同源可分而不能分。其后果是痰浊黏滞,阻络成瘀,血运滞涩。甘肥易生内热,气郁久则化火,燥热丛生。因此 MS 的病机可归结为痰浊、瘀血及燥热等,而涉及脏腑包括肝、脾及肾,而脾虚痰浊应视为根本^[5-6]。图 1 归纳 MS 的中医病因及病机。

图 1 MS 的中医病因、病机



桂枝四逆散治疗亚健康人群 426 例临床观察及 90 项症状清单测评结果分析

马卫¹ 张沁园² 王晓红³

(1 山东省济南市天桥人民医院 济南 250031; 2 山东中医药大学 济南 250355;

3 山东大学第二附属医院 济南 250033)

关键词: 亚健康; 桂枝四逆散; 中医药疗法; 90 项症状清单测评

中图分类号: R 247.9

文献标识码: B

doi: 10.3969/j.issn.1671-4040.2012.01.039

亚健康状态是机体介于健康与疾病中间状态, 在这种状态下, 人体适应能力下降, 严重影响人们的生活质量。亚健康包括躯体亚健康、心理亚健康和社会适应亚健康。据世界卫生组织统计, 健康人群与不健康人群各占全体人群的三分之一, 另外三分之一的人群则处在健康和疾病之间的过渡状态, 亦称第三状态^[1]。亚健康问题成为普遍的医疗及社会问题, 成为国际上医学界研究的热点之一, 该类人群多表现为体弱乏力、头晕目眩、厌食、失眠多梦等症, 理化检查又无实质性病变。本研究自 2005 年 2 月~2006 年 3 月以来, 采用中药复方调治亚健康

我们在防治中并不固定用一个处方, 而是结合辨证判断的病机针对性施治。多数患者每以脾气虚弱兼水湿滞留为主要病机, 每以温胆汤《千金备要方》合四君子汤《太平惠民和剂局方》为基本方(法半夏、竹茹、枳实、陈皮、生姜、炙甘草、党参、白术、茯苓)。辨证示湿浊甚者加薏苡仁利水渗湿, 腹胀甚者加厚朴, 纳呆者酌加佛手、山楂。部分患者伴消谷善饥、舌红、舌苔腻而微黄等胃热证候者, 宜清胃泄火、凉血润肠, 可选用减味防风通圣散《宣明论》为基本方(防风、黄芩、生石膏、山栀、连翘、酒大黄、滑石)。口渴甚加鲜荷叶, 伴头胀、头晕加野菊花。另有部分患者呈胸肋苦痛、胃脘痞满或女性有月经不调或失眠多梦、舌苔薄腻、脉弦等辨证示肝郁气滞者, 则治宜疏肝理气, 可以大柴胡汤《金匱要略》或柴胡舒肝散《景岳全书》为基本方(柴胡、黄芩、芍药、半夏、枳实或枳壳、大黄、大枣、生姜)。气郁甚加郁金, 肋痛甚加川芎、川楝子, 腹胀甚加茯苓, 口渴、大便干结加生地。重度肥胖患者中医辨证每以正虚为主, 且多已转化为脾肾阳虚, 且时兼挟水湿或痰瘀互结, 阻络或瘀的表现(参阅图 1)。治宜温肾健脾, 兼益气祛风利水, 可以真武汤《伤寒论》合防己黄芪汤《金匱要略》为基本方(附子、茯苓、白术、芍药、防己、黄芪、炙甘草)。浮肿甚可加车前草、泽泻, 便溏腹胀加佛手, 腿软、腰痠加牛膝。如痛如针刺有定

状态, 同时又对该人群进行心理卫生测评。现将观察结果及测评报告分析如下:

1 对象和方法

1.1 对象 426 例亚健康人群均取自 2005 年 2 月~2006 年 3 月山东大学第二附属医院康复中心门诊病例, 采用 WHO 推荐的 MDI 健康评估量表, 对被测试者进行健康综合评价, 其标准为: 满分 100 分, 85 分以上为健康状态, 70 分以下为疾病状态, 70~85 分为亚健康状态。筛选 MDI 健康评估量表分值在 70~85 分的亚健康状态病人, 其中男性 278 例(65%), 女性 148 例(35%); 年龄 38~67 岁, 平均

处, 舌质黯红, 舌边有瘀斑, 舌面有瘀点, 唇或双目暗黑, 脉涩或弦紧等证候者宜用血府逐瘀汤《医林改错》或桃红四物汤《济阴纲目》活血祛瘀(桃仁、红花、当归、生地、川芎、赤芍、牛膝、桔梗、柴胡、枳壳、甘草)。痛甚加延胡索, 瘀血重可加乳香、没药或虫类药(如水蛭、地龙、蜈蚣等)。但应指出上述中医药防治 MS 尚缺乏更多的循证医学证据, 有条件时应

在学术团体组织下进行。

参考文献

- [1]潘长玉.代谢综合征认识和防治的新进展 - 评《国际糖尿病联盟关于代谢综合征定义的全球共识》[J].中华内分泌代谢杂志,2005,21(4):298-300
- [2]Grundy SM,Cleeman JI,Daniels SR,et al.Diagnosis and management of metabolic syndrome.An American Heart Association/National Heart,Lung and Blood Institute Sicientific Statement[J].Circulation, 2005,112:2 705-2 752
- [3]Executive summary of the expert of the national cholesterol education program(NCEP)expert panel on detection and treatment of high blood cholesterol in adults (Adult Treatment Panel III) [J]. JAMA,2001,285:2 486-2 497
- [4]中华医学会糖尿病分会代谢综合征研究协作组.中华医学会糖尿病学分会关于代谢综合征的建议[J].中华糖尿病杂志,2004,12(3): 156-160
- [5]郭璐,胡晓杼,郭志荣,等.代谢综合征与心血管病的关系及其组分间的相互作用[J].中华心血管病杂志,2009,37(7):644-647
- [6]Lawrence M,Tierney JR.Current Medical Diagnosis & Treatment[M]. 42nd edition.McGraw-Hill:Appleton 8L Lange,2003.1 224-1 227
- [7]胡佩珍,张树基.中西医结合内科治疗学[M].北京:化学工业出版社, 1996.875-879

(收稿日期: 2011-08-19)