仝小林教授从“土壅木郁”辨治代谢综合征经验

何莉莎 顾成娟 崔亚珊 赵林华
（中国中医科学院广安门医院，北京，100053）

摘要 代谢综合征（Metabolic Syndrome，MS）是多种代谢成分紊乱的一类病理状态，往往伴有糖代谢紊乱、脂代谢紊乱、高血压等多种临床表现，而其共同的病理基础为胰岛素抵抗。仝小林教授在多年临证中积累了丰富的治疗经验，通过系统梳理了肥胖、高血脂、2 型糖尿病，高尿酸血症等代谢综合征各组分的中医发病机理，认为代谢综合征归属“膏浊”范畴。早期过食膏粱厚味，土壅中满，体内“膏脂”蓄积形成肥胖，久之则转化为“糖浊”“脂浊”“尿酸浊”等。此外，西医研究认为肝脏是糖脂代谢的重要器官，也是胰岛素抵抗的主要成因。仝教授充分将这一认识引入中医辨证体系中，认为代谢综合征中，糖尿病合并脂代谢紊乱或脂肪肝是极为常见一类疾病，辨证当以肝胃为中心，从“土壅木郁”出发，治疗当从肝启动，主要方剂选用大柴胡汤和茵陈蒿汤。现将其治疗经验总结如下，以飨同道。

关键词 代谢综合征；膏浊；土壅木郁

Experience of Tong Xiaolin in Treating Metabolic Syndrome from Differentiating Spleen Obstruction or Liver Stagnation

He Lisha, Gu Chengjuan, Cui Yashan, Zhao Linhua
(*Guanganmen Hospital of China Academy of Chinese Medical Sciences*, *Beijing* 100053, *China*)

Abstract Metabolic syndrome (MS) is a pathological state involved with a variety of metabolic disorders, including glucose metabolism, lipid metabolism disorders, and high blood pressure, which are all resulted from insulin resistance (IR). With rich experience of clinic work, professor Tong Xiaolin regard that the from the aspect of Traditional Chinese Medicine (TCM), the pathogenesis mechanism of obesity, hyperlipidemia, type II diabetes and other subcategories of MS all relate to “ointment turbid”. This means that in the early stage of life, the patient had been eating excessive fat, which obstruct the spleen, and induce obesity. In a longer term, the turbid of ointment transfer to “sugar turbid” “fat turbid” and “uric acid turbid”. Besides, western medicine regard liver as a vital organ in metabolizing sugar and generating insulin resistance. Professor Tong draw a comparison between TCM and western medicine, and concluded that in MS, diabetes involved with fat metabolism or fatty liver were very common, which should be treated from regulating liver and stomach. To differentiate spleen obstruction and liver stagnation and to regulate liver firstly, professor Tong mainly adopted Major Bupleurum Decoction and Virgate Wormwood Decoction. Hopefully, this will provide advice for future treatment.

Key Words Metabolic syndrome, Gaozhuo disease, Spleen obstruction; Liver stagnation

中图分类号：R249；S856.5 **文献标识码**：B **doi**：10.3969/j.issn.1673－7202.2015.12.024

代谢综合征（Metabolic Syndrome，MS）是多种代谢成分紊乱的一类病理状态，往往伴有糖代谢紊乱、脂代谢紊乱、高血压等多种临床表现，而其共同的病理基础为胰岛素抵抗。2005 年国际糖尿病联盟（IDF）对 MS 的诊断做出定义，患者必须具备中心性肥胖；且另加下列 4 因素中任意两项：1）三酰甘油（TG）水平升高；2）高密度脂蛋白胆固醇（HDL-C）水平降低；3）血压升高；4）空腹血糖升高。仝小林教授治疗 2 型糖尿病合并脂代谢紊乱，或合并脂肪肝时，多从“土壅木郁”入手，以调肝为突破口。现将其辨证思路和选方用药的策略简介如下。

1 “土壅木郁”与 MS 中糖脂合病密切相关

土壅为膏浊之始。仝小林教授认为 MS 属于“膏浊”范畴，过食膏粱厚味，尤其是脂肪的过量摄入是其发病的关键因素，病变中心在胃肠，初起可见中满内热表现[1]下同。《黄帝内经》认为“中满内热”为消渴初起与膏浊发病的共同病机，《素问·奇病论》载：“有病口甘者，病名为何？何以得之？岐伯曰：此五气之溢也，名曰脾瘅。夫五味入口，藏于胃，脾为之行其精气，津液在脾，故令人口甘也。此

基金项目：国家自然基金重点项目-从“菌-毒-炎-糖”致病途径探讨 2 型糖尿病肠道湿热证证候特点及葛根芩连汤干预机制（编号：81430097）

作者简介：何莉莎，女，中国中医科学院博士研究生，内分泌科，E-mail：jqhelisha@163.com
通信作者：赵林华（1979—），女，医学博士，主治医师，广安门医院分子实验室，研究方向为中医内分泌、经方量效关系，E-mail：melonzhao@163.com

肥美之所发也。此人必数食甘美而多肥也。肥者令人内热,甘者令人中满,故其气上逆,转为消渴。”《素问·通评虚实论》亦曰:“肥贵人,则膏粱之疾也。”此即是指出多食膏粱厚味,导致脾胃内热,热耗气津,而成消渴的病理转变过程。《金匮要略·消渴小便利淋病脉证治》“趺阳脉浮而数,浮即为气,数即消谷而大坚,气盛则溲数,溲数即坚,坚数相搏,即为消渴”,仲景在消渴病的论述中明确指出了其原因为脾胃有热,肠中燥结,病机亦为中满内热,与《黄帝内经》一脉相承。

脾胃的运化与输布功能是机体代谢功能正常的动力因素。《黄帝内经》载:“饮入于胃,游溢精气,上输于脾,脾气散精,上归于肺,水精四布,五经并行。”脾胃运化水谷,转输精微,内养脏腑,外充形体,灌益肌肤。发病早期因过食肥甘厚味导致脾胃亏虚,气机升降无度,运化失司,脾土壅塞,而生中满内热,相当于《黄帝内经》所言之“膏浊”。仝小林教授认为 MS 的病理中心在胃肠[2]。MS 从“膏”积到“浊”病,必是以肥胖为基础,而肥胖形成必是膏粱厚味之渐积而成[3]。而脾土壅滞是发病的关键,土壅以致血糖、血脂、血尿酸等代谢物质不能有序的输布应用,积聚在脉管之中,久而成浊,瘀塞脉道,最终形成 MS 的各种表现。

肝属木,脾胃属土,木达而土旺。脾的升清与胃的降浊,中焦气机斡旋有赖肝的疏泄之功。“土壅”与“木郁”互为因果,为 MS 发病的两大关键因素。《灵枢·五变》云:“怒则气上逆,胸中蓄积,血气逆留……转而为热,热则消肌肤,故为消瘅。”张仲景在《金匮要略》中提出“厥阴消渴”的概念:“厥阴之为病,消渴,气上冲心,心中疼热,饥而不欲食,食则吐蛔,下之不肯止。”对此尤怡在《金匮要略心典》注解道:“夫厥阴风木之气,能生阳火而烁阴津,津虚火实,脏燥无液,求救于水,则为消渴。”可见仲景认为除了脾胃之外,厥阴肝木在消渴的病机演变中有极为重要的地位。消渴为 MS 的重要组分,后世医家从肝论治消渴的论述亦颇为丰富,黄元御《四圣心源》载:“消渴者,足厥阴之病也……凡木之性,专欲疏泄,疏泄不遂,则相火失其蛰藏。”郑钦安在《医学真传》中亦论及“消症生于厥阴下水而上火,风大相煽,故生消渴诸症。”《临证指南医案·三消》中说:“心境愁郁,内火自燃,乃消症大病。”肝气条达则既能助脾运化,水谷精微得而转为清阳之气,上归于肺,泽溉周身;又能助胃受纳腐熟,使水谷下达小肠。若长期饮食不节,土壅内热,势必影响肝木的疏泄功能。若肝木郁结,中焦气机氤氲,脾土为之壅滞,久则化热而成脾瘅。土壅与木郁往往互为因果,最终导致精微不布,浊阴难降,行于脉内,充于肌肤,则成痰成瘀,终成“膏浊”之态。

2　血脂紊乱和胰岛素抵抗与肝脏密切相关

仝小林教授以肝脏为启动,从“土壅木郁”辨治 MS 中“糖脂合病”一类的疾病,充分结合了现代医学的研究成果。2 型糖尿病患者中有 40% ~50% 合并脂代谢异常,是导致动脉粥样硬化、冠心病、脑血管病等并发症的重要危险因素之一。肝脏为血脂代谢的重要器官。血脂来源分为外源性和内源性两部分,外源性主要来自食物的消化吸收,内源性主要是指经肝脏等组织合成或者脂肪动员后释放入血的脂类。外源性脂肪以游离脂肪酸(FFA)形式转运至体内;而脂肪降解后以 FFA 的形式被组织器官被氧化利用,从而维持脂代谢的平衡[4]。脂代谢紊乱可以减低胰岛素的敏感性和损伤胰岛 β 细胞功能,被称为“脂毒性”,是糖尿病发病机制中最重要的获得性因素。

脂肪肝被认为是 MS 在肝脏的主要表现形式[5],是发生心血管疾病的潜在发病因素之一[6]。近年来,脂肪肝的发病率逐年上升,普通成年人患病率为 20% ~33%[7],肥胖人群为 57% ~74%,在糖尿患者群中达 70% ~80%[8],T2DM 合并肥胖者的发病率几乎达到 100%[9]。胰岛素抵抗所造成的血胰岛素水平升高、脂肪组织过度分解且释放游离脂肪酸增多,造成肝细胞内脂肪积聚;而过量的 FFA 增加三酰甘油合成并沉积在肝脏,使肝脏对代偿增高的胰岛素清除降低;同时,干扰肌肉组织对胰岛素的敏感性,进一步加重胰岛素抵抗,形成恶性循环[10]。

胰岛素抵抗是 MS 各组分共同的关键病理环节,肝脏参与调控糖脂代谢,是影响胰岛素抵抗的重要器官,从土壅木郁辨治 MS 不仅符合中医理论,也充分结合了现代医学的研究成果。

3　中医辨治思路

仝小林教授治疗 MS,尤其是在过食肥甘厚味导致肝胃郁热的肥胖 2 型糖尿病患者,合并血脂异常者或者脂肪肝者中,采用大柴胡汤进行治疗和茵陈蒿汤治疗,取得良好的临床疗效[11]。

大柴胡汤出自《伤寒论》,第 103 条:“太阳病,过经十余日,反二三下之,后四五日,柴胡证仍在者,先与小柴胡。呕不止,心下急,郁郁微烦者,为未解也,与大柴胡汤下之则愈。”第 136 条:“伤寒十余日,

热结在里,复往来寒热者,与大柴胡汤。”第 165 条:“伤寒发热,汗出不解,心下痞鞕,呕吐而下利者,大柴胡汤主之。”《金匮要略·腹满寒疝宿食病脉证治第十》:“按之心下满痛者,此为实也,当下之,宜大柴胡汤。”清代张璐解释道:“此汤治少阳经邪渐入阳明之腑,或误下引邪内犯,而过经不解之证。”大柴胡汤是主治肝胃郁热之主方,其病机既有少阳火郁,枢机不利,又有阳明化燥,腑气壅滞。大柴胡汤主治病位在肝、胃、肠,与脾瘅及膏浊初期,皆因过食膏粱厚味而致肝胃郁热,肠燥内结颇为吻合[12]。

茵陈蒿汤首载于《伤寒论》,第 236 条:“阳明病,发热,汗出者,此为热越,不能发黄也。但头汗出,身无汗,剂颈而还,小便不利,渴引水浆者,此为瘀热在里,身必发黄,茵陈蒿汤主之。”第 260 条:“伤寒七八日,身黄如橘子色,小便不利,腹微满者,茵陈蒿汤主之。”《金匮要略》:“谷疸之为病,寒热不食,食即头眩,心胸不安,久久发黄为谷疸,茵陈蒿汤主之。”仲景茵陈蒿汤本为治疗黄疸阳黄之主方,然阳黄的主要病机为“瘀热发黄”,与肝之疏泄功能密切相关。现代研究亦显示茵陈蒿汤能有效的控制脂肪肝,减轻模型大鼠体重和肝重,降低炎症水平,改善肝组织脂肪变性的病理状态[13]。研究亦证实茵陈蒿汤通过改善高脂饲养大鼠的三酰甘油、血清胆固醇和低密度脂蛋白等,具有降脂作用[14]。

4 病案举隅

4.1 大柴胡汤治验一则 某,男,54 岁。2 型糖尿病 3 年,口服二甲双胍 0.25 g,3 次/d,消渴平片 4 片,日 3 次,空腹血糖控制在 6 ~ 9 mmol/L,偶有低血糖反应。确诊高血压病 10 年,血脂紊乱 6 年。刻下症:腹型肥胖(蛙状腹),BMI = 体重/身高^2 = 85 kg/(1.69 m)^2 = 29.76,腰围 106 cm,臀围 99 cm。乏力,胸闷,耳鸣,偶有口干,口苦,夜尿 1 ~ 2 次,大便干燥,2 d 一次,睡眠安。舌红,苔黄腻,脉弦滑略数,舌底络脉瘀闭。检查:空腹血糖 8.3 mmol/L,HbAIc%:5.7%,CHO:6.95 mmol/L(2.8 ~ 5.68),TG:2.09 mmol/L(0.56 ~ 1.7),HDL:1.07 mmol/L(1.13 ~ 1.76),LDL:3.53 mmol/L(1.2 ~ 3.12)。处方:柴胡 15 g,黄芩 45 g,黄连 30 g,清半夏 15 g,瓜蒌仁 30 g,生山楂 30 g,红曲 6 g,生大黄 6 g(单包),水蛭 15 g,生姜 3 片。服上方 2 月,诸证悉减,复查空腹血糖 6.22 mmol/L,HbAIc%:5.1%,CHO:5.24 mmol/L,TG:1.54 mmol/L,HDL:1.23 mmol/L,LDL:2.98 mmol/L。

按:患者 2 型糖尿病,合并中心性肥胖、血脂紊乱、高血压病,为典型的 MS。症见口干、口苦、耳鸣等少阳枢机不利,肝胆郁热之表现;同时伴有大便干燥之阳明腑热内结表现;此处舌红苔黄腻,脉弦滑略数均符合肝胃郁热之证。仝师从肝启动,予大柴胡汤加减,以开郁泄浊清热。柴胡、黄芩和解少阳;黄连、清夏、瓜蒌仁为小陷胸汤,宽胸清热化痰,为缓解胸闷乏力而设;大黄通腑泄浊;山楂、红曲为仝师降脂常用药物,其中红曲为中成药血脂康的主要成分,为降脂特效药物;患者长期血脂异常,血液运行壅滞不畅致舌底络脉瘀闭,故重用水蛭有开瘀启闭之功,又仝师常在糖尿病肾病中以水蛭为降尿蛋白的特效药。全方开郁清热,通腑泄浊,从肝而治,降脂调态效如桴鼓。

4.2 茵陈蒿汤治验一则 某,女,30 岁,2013 年 10 月 21 日就诊。2 型糖尿病合并脂肪肝 10 年。平素口服胰岛素和二甲双胍,血糖控制不理想。刻下症:口干口渴,易饥多食,双眼易发结膜炎,偶有失眠,自汗;大便排出不畅,2 ~ 3 d 一行,大便黏臭,伴腹胀,夜尿 2 ~ 3 次,无泡沫,月经正常。舌暗红,苔微黄腻,舌底络脉瘀滞;脉滑略数。辅助检查:HbAIc%:7.2%,空腹血糖:15 mmol/L,ALT:46 U/L,AST:28.6 U/L,BUN:2.6 mmol/L(2.5 ~ 8.33),CR:42 μmol/L(45 ~ 84),CHO:6.61 mmol/L(2.8 ~ 5.68),TG:3.24 mmol/L(0.56 ~ 1.7),HDL:1.21 mmol/L(1.13 ~ 1.76),LDL:4.25 mmol/L(1.2 ~ 3.12),FFA:0.91 mmol/L(0.1 ~ 0.45),血压 170/110 mmHg。B 超示:中重度脂肪肝。处方:茵陈 30 g(先煎 1 h),虎杖 15 g,赤芍 30 g,红曲 12 g,川黄连 15 g,知母 45 g,天花粉 45 g,鸡血藤 30 g,生大黄 6 g,生姜 3 片。以上方为基本方,加减服用 3 月,复查 HbAIc%:6.3%,ALT:44 U/L,CHO:5.13 mmol/L,TG:2.38 mmol/L,HDL:1.13 mmol/L,LDL:3.24 mmol/L。B 超:中度脂肪肝。上方加减继服半年,血脂转为正常。

按:患者 2 型糖尿病合并血脂代谢异常、脂肪肝,诊断为 MS。患者口干口渴,易饥多食为肝胃郁热;大便黏滞臭秽,排出不畅为肠腑湿热;结合舌脉患者兼有血行瘀滞,故最终辨证为湿热内蕴,浊瘀内阻,病位在肝胃肠。予茵陈蒿汤加减以清热利湿,降浊化瘀。方中茵陈、虎杖,清热解毒利湿;仝师常在此基础上配以红曲为利胆退黄降脂的经验对药,能改善酒精性肝炎、脂肪肝及脂肪性肝炎、胆汁瘀滞症状。川黄连、知母、天花粉苦寒直折胃肠之热,是“苦酸制甜”的常用降糖对药。赤芍清热凉血,为治疗肝

经瘀热要药；鸡血藤活血通络，配合赤芍行血中之滞，是仝师在治疗糖尿病中所倡之“全程治络”的临证活用。红曲为降脂之特效药，少佐生姜以防苦寒伤胃。本案与上则医案比较，其湿热之征更为明显，故选茵陈蒿汤。本案血糖控制不理想，加强了降糖力度。研究证实大剂量黄芩与黄连配伍时，能拮抗黄连的降糖效应，故去黄芩，加知母、天花粉加强了降糖力度。

5　小结

MS 的各组分之间共同的病理机制为胰岛素抵抗，肝脏在糖脂代谢和胰岛素抵抗的形成中都具有重要的作用。从肥胖到 MS，必然经历了脾瘅阶段，“土壅木郁”是其基本的病机。临床中 MS 见血脂异常、脂肪肝，或者肝源性糖尿病时，需重视护肝，治疗应注重松土开壅，疏泄肝木。在明确疾病的核心病机，灵活应用经方将收到良好的临床疗效[15]。

参考文献

[1]仝小林，刘文科. 论膏浊病[J]. 中医杂志，2011，52(10)：816－818.

[2]周立波，仝小林，杨秋丽. 脾瘅邹议[J]. 山西中医，2008，42(7)：1－3.

[3]车慧，刘文科，郭允，等. 从“膏浊病”理论谈代谢综合征合并脂肪肝的治疗[J]. 中医杂志，2012，53(7)：560－562.

[4]程中荣，王旭光. 胰岛素抵抗与游离脂肪酸[J]. 中国社区医师：医学专业，2008，10(18)：10－11.

[5]Ratziu V，Bellentani S，Cortez-Pinto H，et al. A position statementon NAFLD/NASH based on the EASL 2009 special conference[J]. J Hepatol，2010，53(2)：372－384.

[6]矫杰，李雅君. 血脂康调控老年 2 型糖尿病合并非酒精性脂肪性肝病患者血脂的观察[J]. 临床内科杂志，2011，28(12)：849－850.

[7]中华医学会肝脏病学分会脂肪肝和酒精性肝病学组. 非酒精性脂肪性肝病诊疗指南(2010 年 1 月修订)[S]. 中华肝脏病杂志，2010，49(3)：275－278.

[8]Targher G，Marra F，Marchesini G. Increased risk of cardiovascular disease in non-alcoholic fatty liver disease：causal effect or epi-phenomenon[J]. Diabetologia，2008，51(11)：1947－1953.

[9]庞淑珍，吴爱华，蔡中起. 非酒精性脂肪肝病研究进展[J]. 临床肝胆病杂志，2008，24(1)：70－72.

[10]Neuschwander-Tetri BA. Nonalcoholic steatohepatitis and the metabolic syndrome[J]. Am J Med Sci，2005，330(6)：326－335.

[11]周强，张家成，仝小林，等. 仝小林教授治疗脂肪肝经验[J]. 世界中西医结合杂志，2011，6(4)：277－278.

[12]周强，赵锡艳，逄冰，等. 仝小林教授运用大柴胡汤治疗代谢性疾病验案解析[J]. 环球中医药，2012，5(10)：754－757.

[13]梁惠卿，陈少东，张其清，等. 茵陈蒿汤防治大鼠非酒精性脂肪性肝炎的实验研究[J]. 光明中医，2009，24(2)：212－214.

[14]朱江，宋光明，万宗明，等. 茵陈蒿汤对高脂血症大鼠的调血脂作用[J]. 武警后勤学院学报：医学版，1999，8(2)：91－94.

[15]仝小林，周强，刘文科. 经方新用的思索[J]. 中医杂志，2011，52(11)：901－903.

(2015－01－27 收稿　责任编辑：徐颖)

《世界中医药》杂志中药研究栏目征稿通知

《世界中医药》杂志为世界中医药学会联合会的会刊，目前该会已经成立了 26 个中药相关专业（如中药、中药新剂型、中药药剂、中药分析、中药化学、中药药理、药材资源、中药鉴定、方剂、中药饮片等）委员会，这些专业委员会在各自的学科建设、学术交流、人才培养等方面都发挥着重要的作用，本杂志与各专业委员会联手，产、学、研、用、政结合，优化学科建设，解决中药领域面临的实际困难，实现“学术、创新、转化、共赢”为目的，共同推动学科的发展，在中药领域的推广应用等方面做出了突出贡献。本杂志近几年稳步发展，办刊质量逐步提升，影响不断扩大，据中国科学技术信息研究所 2015 年期刊评价最新数据显示，本杂志核心影响因子为 0. 773，在中医学类期刊中排名第 3，在中药学类期刊中排名第 4，连续 7 年被评定为中国科技核心期刊。杂志设置“中药研究”栏目，陆续宣传展示国内外中药学研究进展和最新动态，是中药研究高学术水平的交流平台。如果您致力于中药领域的研究，请将您在新药研发、中药资源与鉴定、中药分析、药剂学、中药化学、药理、不良反应等方向的新成果、新技术、新方法与新思路撰写成有创新性的文章或综述，在本杂志出版发表。内容以 6 000～7 000 字符为宜，稿件一经录用，优先安排发表。《世界中医药》杂志（CN11－5529/R；ISSN 1673－7202）由国家中医药管理局主管，世界中医药学会联合会主办，创刊于 2006 年，是中国第一本面向国内外公开发行的中医药类综合性学术期刊，月刊。2009 年被国家科技部收录为“中国科技核心期刊”。杂志全文收录在《中国期刊全文数据库》《中文科技期刊数据库》《中国核心期刊数据库》《中文科技期刊综合评价数据库》《美国乌利希期刊指南收录期刊数据库》《美国化学文摘 CA 收录期刊数据库》等一系列检索系统。

欢迎您踊跃投稿！

投稿请通过《世界中医药》杂志社官方网站：www.sjzyyzz.com，“在线投稿”入口注册投稿，并注明“中药征稿”字样。

联系电话：0086－10－58650023，58239055；传真：0086－10－58650236

E－mail：sjzyyzz@vip.126.com