

# 短篇报道

## 肥胖病的中医辨证

李 晶 陈筱云 赵莉娟

(山西中医学院, 太原 030024)

肥胖病是一种既在发展中国家又在发达国家流行、不只影响儿童同时也影响成人健康的“富贵病”。在我国随着人们生活水平的提高, 该病呈逐渐增多的趋势, 其发病率为 10%~20%。肥胖不但影响体态和活动, 而且易并发高脂血症、动脉粥样硬化、冠心病、高血压、糖尿病、痛风、脂肪肝、内分泌失调、肺泡低换气综合征、胆囊炎以及抵抗力低下而感染等, 使患者生存质量下降, 预期寿命缩短, 病死率增高。这就提示我们, 肥胖病的诊治势在必行。迄今为止, 中医对该病尚缺乏深入研究, 辨证方面也未形成统一意见。本篇的宗旨是从诊断该病入手对肥胖病之中医辨证规范化和客观化作初步的探讨。

肥胖的病因主要是饮食过度 and 养尊处优, 此外还与遗传、年龄、性别、地域等因素有关。《素问·通评虚实论》指出: “肥贵人, 则膏粱之疾也。”《金匱要略·血痹虚劳病篇》亦指出: “夫尊荣人, 骨弱肌肤盛。”《素问·异法方宜论》又说: “西方者, 金玉之域……其民华食而脂肥。”但多数病人除了形体臃肿之外, 大多没有明显的症状可辨, 因此给辨证带来一定的困难。长期以来, 只能是直观地辨病治疗。

祖国医学认为, 肥胖多与“痰湿”、“胃热”、“脾虚”、“气虚”、“血瘀”等几方面有关。如“脾胃俱虚则不能食而瘦, 或食少而肥, 虽肥而四肢不举”; “肥人形盛而气虚”; “肥人多痰而经阻, 气不运也”(汪昂)。“肥人多湿多痰”; “肥者令人生内热”(《素问·奇病论》)。“脾胃积热, 消谷善饥”; “能食而肥”(《脾胃论》)。“肥人多痰”、“痰瘀同源”。上述理论说明脾虚生湿, 湿聚生痰, 气机壅滞, 瘀血内生, 膏脂郁积, 经阻气不运, 湿困脾胃, 肝脾失调, 代谢失常, 久病及肾, 脾肾两虚, 恶性循环, 则肥胖诸症丛生。笔者根据祖国医学理论及临床观察, 就肥胖病中医辨证诊断分别论述。

### 脾虚痰湿是肥胖病发生的实质

一般认为, 痰湿是一种病理产物, 也是一种致病因子

痰湿的产生与肺、脾、肾三脏功能有密切的关系, 三脏之中尤以脾的功能最重要。脾主运化, 为后天之本, 人体所必需的一切营养物质来源于饮食, 而饮食不仅需经过口, 受纳于胃, 还必须通过脾的运化, 才能将水谷精微之营养物质运送到五脏六腑, 四肢百骸。如果脾运健旺, 则脏腑气血充和; 若脾运失健, 胃虽能纳谷, 但纳入之谷不能变成营养物质运送到周身, 反酿成痰湿, 纳食愈多, 痰湿愈甚, 日积月累, 则成肥胖。它是近代中医体质学说的一个类型。其特征为: 肥胖丰腴, 肤色白、面色淡黄而暗, 多伴有口粘、胸闷、身重不爽、目窠微肿、腹部肥满松软、困倦、苔白腻、舌胖、脉滑。现代医学通过对肥胖痰湿体质质的人类白细胞抗原的检测发现, 肥胖痰湿体质人与正常人在人类白细胞抗原 HLA-A<sub>11</sub>、HLA-B<sub>40</sub> 两个位点上有差异, 可能存在遗传性。

### 胃热湿阻是肥胖病不愈之症结

肥胖蕴热常以胃热为著, 其特征为消谷善饥, 胃纳过旺, 势必加重脾运负担, 久则脾运不及, 易积湿生痰, 痰湿蕴热, 复困脾胃, 二者之间恶性循环; 另一方面, 胃纳所受之物, 并非皆为气血生化所需之物, 诸如肥甘之品, 反影响气血生化, 导致人体脂质代谢紊乱, 使机体脂质储存增多, 形成肥胖病。如《王氏医存》所言: “肥人酗酒之湿热, 久作痰涎, 淫泆一身。”《素问·生气通天论》有“膏粱之变, 足生大丁”之论。对肥胖者来说, 食欲旺盛, 并不表示脾胃功能正常, 相反则是处于“胃强脾弱”的一种病理状态, 使肥胖不减。其特征为: 肥胖, 消谷善饥, 大便干结, 口干, 舌红, 苔黄腻, 脉弦数。实验室检查: 胰岛素释放试验提示分泌水平高于正常, 且分泌延缓; 尿 17-羟 (17-OH)、17-酮 (17-KS)、尿 3-甲基-4-羟基苦杏仁酸 (VMA) 的水平值升高。

### 瘀血内生是肥胖病合并征的关键

气为血帅, 血为气母。气运血, 血载气, 相辅相成。脾不健运, 气血生化乏源, 气虚则血行不畅, 加之痰湿内阻, 气机升降出入受阻, 终则导致血瘀, 瘀滞既成, 脂积瘀阻, 又使气机壅滞, 恶性循环, 致使痰脂滞留周身皮肤之间, 腹膜之中, 脏腑之内, 易生他变。所谓“肥人多痰”, “痰瘀同源”即是此意。现代医学认为肥胖患者一般多伴高脂血症, 血液中存在大量的脂肪, 一方面影响血管壁的通透性, 另一方面, 严重影响细胞携氧能力, 形成动

动脉硬化及组织器官的缺血缺氧,因而易形成脑梗塞、冠心病、心肌梗死等,由于体形的增大,必然加重胰岛的负担,导致糖尿病的发生。其特征为:体形丰满,面色紫红或暗红,胸闷胁胀,舌暗红或有瘀点、瘀斑,脉沉弦或涩。实验室检查:甘油三酯增高,血清总胆固醇增高,血流变异常(全血粘度增高,纤维蛋白原增高,血小板聚集性增高)。

### 经气不运是肥胖病危证的所在

肥人多痰多瘀,使经阻气不运,困遏了脏腑,使之难以发挥正常的功能,加之脾虚,不能将水谷精微布散周身,五脏得不到充养,导致五脏六腑之气血皆虚。现代医学认为,肥胖患者由于大量脂肪沉积于腹部,可致横膈上抬,影响呼吸运动,肺通气不良,换气受限,加之肥胖致心脏负荷过重,最终出现心、肺功能不全,构成所谓“肺心综合征”。其特征为:气短胸闷,心悸乏力,活动后加重,中脘痞闷,嗜睡,甚至昏迷。测定其心、肺功能多呈下降。

### 脾肾两虚是肥胖病发展的趋势

肾为先天之本,化气行水。中年以后,肾气由盛转衰,加之脾病及肾,脾肾阳虚,不能化气行水,水湿运化无权,加重体内湿浊,瘀脂泛滥肌肤而发肥胖。现代医学认为,肥胖常为衰老的表现,尤其是经产妇女或绝经期女性。其特征为:肥胖,气短乏力,身体困重,胸闷胁胀,腰酸腿软,形寒肢冷,四肢不温或轻度浮肿,性功能减退,小便不利,便溏或便秘,舌淡胖,苔白,脉沉细。实验室检查:胰岛素释放试验提示水平降低,胰岛素分泌不足;cAMP/cGMP 比值降低;血浆E<sub>2</sub>(雌二醇)/T(睾酮)比值升高。

对于肥胖病的辨证分型,我们还可以通过临床实践不断修订完善,建立统一的辨证体系,使得临床辨证准确,乃获良效。

## 参 考 文 献

- 1 骆斌等·痰湿体质论析·安徽中医学院学报 1999; 18(5):10
- 2 黄山峰等·内脏型肥胖与脾胃关系刍议·安徽中医临床杂志 1999; 11(6):435
- 3 申屠瑾·800 例单纯性肥胖患者与中医分型的关系·中国医药学报 1990; 5(6):422

## 对姚五达“轻可投实”法的研究

于丽均<sup>1</sup> 王 晨<sup>2</sup> 吴 浩<sup>1</sup> 李素菊<sup>1</sup>

(<sup>1</sup>北京市健工医院,北京 100054;<sup>2</sup>日本东京学艺大学)

先师姚五达行医六十余年,孜孜以求,潜心研究,大胆创新,不拘泥于古人,形成自己独特的治疗风格,余师

从姚老师学习多年,姚老师在临床教学的用药分析中经常提到用药重在“把握关键,拨动枢机”。其中“轻可投实”法是姚老师在临床中经常使用的十分有效的用药方法。我们在多年临床工作和学习中有了新的认识和理解。

“轻”原意是分量小,数量少。姚老师则指药物的分量小、质地轻微、价格低。“投”即抛、掷,引申为祛除之意。“实”在这里指病邪;“投实”即切中要害,辨证用药。“轻可投实”是用小剂量,质地轻或低价格药物,据病之急所,拨动枢机,祛除病邪的一种治疗方法。

1. 质地轻的意思是轻扬和质轻之意。用轻扬发散之剂解除在表之邪。外感六淫之邪多侵犯肌表或从口鼻而入,而肺卫首当其冲,很快出现卫表及上焦肺系症状。此时,邪气轻浅,必须及时采取解表达邪的治法使外邪从肌表而出。姚老师多用辛散轻扬,质地较轻的银翘散、桑菊饮加减以祛除风热表邪,荆防败毒散加减以祛除风寒表邪,新加香薷饮加减治疗暑热之邪,显“轻可投实”之意。脾胃失和,中气不利多用青竹茹 12~18g,姚老师讲解用药意旨时曰:“现代人多因生活节奏紧张,贪图安逸,嗜酒厚味,违反自然规律,中焦多有伏火,竹茹质轻轻扬,走肺胃,兼心肝胆,有清上中焦的妙用。”

2. 小剂量的用药可祛除较重的病邪。根据轻轻者上浮之意,姚老师多用小剂量的药物治疗上焦心肺疾患,并可起引经上行作用。临床中病邪多有阴阳表里,虚实寒热夹杂,药物也多有毒性,剂量小则用其之能,防其性烈。姚老师治疗上焦胸阳不振或胸阳痹阻所致的胸痹多用薤白 1~2g、台乌药 5g 以行气止痛、通阳散寒。肺失宣降或肺气上逆喘息者用麻黄 5g 以宣肺平喘。阴虚消渴病用白葛粉 2g 以解热生津。治疗寒湿阻滞经络所形成的痹证用川羌活 2g,以通阳止痛、祛风散寒、胜湿通络。治疗脾虚崩漏用升麻炭 2g 以升举脾胃清阳之气。气滞寒凝胃脘疼痛多用白檀香 2g 以散寒和胃、行气止痛。姚老师常说:“点到为止,恰到好处,不可太过亦不可不及,太过则伤正气,不及则邪难祛。”

3. 廉价药物可治较重之病。如肺热加入紫草可提高疗效,消除肺部阴影或咽痒咳嗽白鲜皮、地肤子甚妙,小儿肾炎鲜茅根常有效,脘腹胀满莱菔子疗效较好,清热解表蒲公英随地可取,降逆止呕灶心土家家均有,冬瓜皮乃寻常之物,水湿泛滥服之可立见其效,小儿疳腮,绿豆芽捣烂用金黄散外敷可消肿止痛。这些药物价格便宜、容易取得又可减轻病人负担。

临床运用姚老师的经验多有显著疗效。如患者杨某,男性,44岁,2001年12月27日来诊,述冬季腹痛、腹胀史三年,伴腹部发凉,呃逆、泛酸,纳差,近两周又出现上述症状,经西药治疗效果不佳。经人介绍来我处就诊。追问病史,患者夏季贪凉,嗜饮凉啤酒,饮食无规律,望