

(上接第18版)

# 以“痰瘀伏络”为靶点 中医药干预心血管病

▲ 吉林省中医院 邓悦

伏者，匿藏也。《瘟疫论》下卷云：“凡邪所客，有行邪，有伏邪……”，所谓伏邪者，指藏于体内而不立即发病的病邪（《中医大辞典》）。任继学教授在《伏邪探微》中指出：“伏邪即隐藏于人体之虚处”。伏邪有狭义与广义之分，狭义的伏邪指伏气温病。广义的伏邪则指一切伏而不即发的邪气，既指七情所伤、饮食失宜、痰浊、瘀血、内毒等内在的致病因素。伏邪治病在慢病中屡见不鲜，其发生、发展、转归都与伏邪有密切关系。

已有研究表明，冠心病痰瘀证与血脂、血液流变学的异常及胰岛素抵抗密切相关。认为血脂异常是痰凝心脉证的物质基础，血液流变学指标异常是痰瘀痹阻证的物质基础，胰岛素抵抗存在于冠心病的各证型，且按照非痰非瘀证——痰

凝心脉证——痰瘀痹阻证的顺序有逐渐加重的趋势。

为把握冠心病中医证候特征规律，通过代谢组学诠释中医理论，为冠心病的有效防治提供参考与依据。笔者团队开展了冠心病中医证候痰瘀伏邪发病机制的流行病学调查与代谢组学研究。研究显示，气虚血瘀证和气虚血瘀痰浊证实冠心病心绞痛的主要证素；气虚血瘀证和气虚血瘀痰浊组中的生物素、赖氨酸酪氨酸、磷脂酰甘油、甘氨酸低于健康组。

另外，研究检测到天冬氨酸、半胱氨酸、半胱氨酸亚硫酸可能为气虚血瘀证的潜在特异性标志物；马尿酸、氨基葡萄糖、果糖胺、甘油三酯可能为气虚血瘀痰浊证的潜在特异性标志物。

痰瘀伏邪实心血管事件链中内在病理基础，在病变向恶性事

件发展的过程中起到推波助澜的作用，也是造成心血管病易反复、难治疗、预后差的根本原因。

因此，依据“气虚”“血瘀”“痰浊”的伏邪特点，以益气化痰、豁痰通络为主要治疗方法，随证用药，早期全程干预，可改善患者的生存质量，降低心血管事件。



邓悦 教授

# 痰瘀互结证：冠心病动物模型“拟临床”研究与评价

▲ 中国中医科学院西苑医院 刘建勋

痰瘀互结证是冠心病的常见证型，主要表现为胸闷胸痛，胸膈痞满闷痛，痰多体胖，纳呆脘胀等症及舌象、脉象改变。四诊辨证施治是中医临床最突出的诊疗特色。但是，在现有的实验研究中，由于人类与实验动物的种属差异，对于研究对象动物而言，缺乏有效的沟通手段和模拟的研究方法，使中医临床的四诊信息在实验动物上难以实现。

千百年来，中医都将注意力集中在治疗人，而西医则循着“从实验室逐步走向人”的思路。与现代医学对话，势必需要循着“从人回到实验室”的方向，让试验结果验证中医药诊疗思路是否正确。笔者将此称为“拟临床”。在“拟临床”研究模式的基础上，参考现代医学研究方法，将四诊主观化信息进行客观化转化，并进行定性、分级量化，这为实验动物的中医准确的辨证提供一个重要的途径。

## 冠心病痰瘀互结证小型猪模型建立

笔者团队开展的研究之一是以冠心病痰瘀互结证作为研究出发点，采用高脂饲料喂养与冠状动脉损伤内皮结合的方法建立冠心病痰瘀互结证小型猪模型，主要借鉴中医临床“痰”“瘀”的辨证特点，通过主观症状和体征进行客观化转化，采用证候客观化评分的方法模拟动物在中医证候四诊方面的表现，以达到中医动物模型辨证的目的。

首先采用30点体表心电图特征性心肌缺血变化模拟冠心病胸痛的症状；心电图理论认为导联ST变化与心肌缺血密切相关，ST抬高或下移幅度越大，ST变化导联数越多，心肌缺血程度和范围就越大；相比



刘建勋 教授

胸痛的严重程度，导联ST变化更能反映心肌缺血程度和范围。其次通过体质指数（BMI）及进食情况反映痰多体胖，腹满纳呆等痰浊内阻证的状况。

## “拟临床”研究阐明中医药原理

研究显示，BMI与血脂升高有明显的相关性，痰瘀互结证是冠心病的常见证型，主要表现为胸闷胸痛，胸膈痞满闷痛，痰多体胖，纳呆脘胀等症及舌象、脉象改变。

目前认为，血脂代谢紊乱是“痰”证的重要客观表现，血脂代谢异常引起血液流变学的改变，致血管内皮形态与舒缩功能损伤，同时激活血小板功能和内源性凝血系统，导致血液凝固性增高；脂质在血管壁沉积，促使血管内皮平滑肌过度增殖及细胞凋亡，形成粥样硬化斑块，阻碍血液运行，形成血液“浓、凝、黏、聚”的瘀血状态，这在一定程度上阐释了痰瘀互结证的客观病理基础。由此反映在舌象上，则出现舌质紫暗、紫斑或舌下脉络紫胀，苔腻或黄或白滑等表现。

本研究仅对舌象变化进行主观评分分析，而对痰瘀互结证舌象色泽变化的客观分析将在随后进行研究。最后，采用无创血流动力学的方法来反映脉象的改变；心脏搏出的血流及血管壁的改变必然导致的压力扰动和流量扰动的变化。已有研究证实，脉象图波幅的高低与心脏收缩功能的强弱显著相关；在消化性疾病中患者血流动力学与病变过程和中医脉象有明显的相关性。

本实验结果显示，模型组动物随着心肌缺血时间的延长，心电图ST段变化幅度及ST变化的测定点的总数也均升高，对应的证候主症评分升高；同时兼症、舌象、脉象的评分也随造模时间的延长而逐渐升高。表明采用动物模型客观化具有重要意义。

# 慢性萎缩性胃炎癌前病变“痰”“湿”证探讨

▲ 福建省中医药大学中医学院 林平



林平 教授

目前，多数研究者赞同由慢性胃炎-胃黏膜萎缩-肠上皮化生（IM）-异性增生（ATP）-胃癌的演变模式。因此，干扰阻断PLGC对于胃癌的防治具有重要意义。中医开展CAG伴IM和ATP的治疗工作已有多多年，并初步显示出它的优越性和广阔的发展前景，众多的临床报道及病理证实，中医药可使部分IM和ATP减轻或消失，使胃癌的药物预防成为可能。

中医认为“百病皆由痰起，怪病也因痰生”，根据慢性萎缩性胃炎的证素特点，笔者团队认为CAG癌前病变作为慢性胃炎向胃癌发展的后期阶段，必在脾虚气滞的基础上痰湿不断加重。加之现代生活饮食杂乱，高脂高糖居多，易化

生痰湿；以及地域气候影响，南方气候多湿热，湿性缠绵，因此推测慢性萎缩性胃炎癌前病变的发生、发展与“痰、湿”相关。笔者团队研究证实，CAG伴肠化患者的体质分布以阳虚质、气虚质、气郁质、痰湿质为主。

慢性萎缩性胃炎癌前病变的产生发展与“痰”“湿”密切相关，且有“痰”必有“湿”“痰”证多在“湿”证基础上发展而成；“痰”是PLGC的重要病理产物，从慢性萎缩性胃炎发展到癌前病变，病理产物终由“湿”化“痰”。因此，PLGC的治疗，应注意化痰湿、调气血、健脾胃、调肝肾。

慢性萎缩性胃炎癌前病变（PLGC）是指在慢性萎缩性胃炎（CAG）基础上，胃黏膜的异常改变，主要包括中、重度肠上皮化生和不典型增生。

2016年第二届全国心血管及中医痰证研讨会暨世界中医药学会联合会痰证学专业委员会成立大会 2016.8.20 广州

