

脂肪肝中医发病机制的探讨

★ 缪伟峰 金小晶 (江苏省南京市中医院消化科 南京 210001)

摘要:运用中医理论探讨脂肪肝的发病机制,认为饮食不节、劳逸失当是主要病因;脾肝功能失调,湿热内蕴、痰瘀互结是主要病机;痰湿、瘀血既是病理产物,又是病理因素,其病位在肝,与肝脾肾相关。

关键词:脂肪肝;发病机制;现代医学;中医学

中图分类号:R 575.5 **文献标识码:**A

脂肪肝是由多种原因引起的肝脏脂肪代谢功能发生障碍,致使肝内脂质蓄积过多的一种病理变化,也是一种临床常见病症。从流行病学研究来看,欧美国家普通成人脂肪肝的发病率从20世纪80年代的10%骤升至当前的20%以上;我国曾于20世纪90年代对上海、北京、南京三地进行普查,其发病率分别为12.9%、11.0%、10.2%^[1],职业以干部和商人为主,中青年病例逐渐增多,地区分布主要集中在城镇^[2]。在我国,肥胖相关性脂肪肝及肝炎后脂肪肝是脂肪肝中最常见的类型,笔者综合多年临床经验,对脂肪肝的发病提出以下观点。

1 现代医学的认识

当肝内甘油三酯储积超过肝湿重5%,组织学上每单位面积见1/3以上个肝细胞脂肪性变时,称为脂肪肝^[3]。随着人们生活水平的提高、饮食结构的变化及预防保健措施的相对滞后,脂肪肝的发病率呈上升趋势,且发病年龄趋向年轻化。

脂肪肝的发病机制尚未完全明确,近来有些作者提出以氧应激和脂质过氧化为轴心的“二次打击”假设,把包括酒精、肥胖、糖尿病、药物及其他代谢异常等病因引起的脂肪肝病变,均纳入“二次打击”统一发病机制予以解释。许多发病因素通过增加氧化活性和脂质过氧化作为共同致病途径对肝脏实施二次打击,导致脂肪肝发生及其病变进展^[4]。

本病临床可表现为食欲不振,腹胀,肝区不适或隐痛,恶心呕吐及腹泄,严重者出现黄疸、腹水、肝脾肿大等。

2 关于中医病名

中医并无脂肪肝病名,根据其发病时常见的临床表现,如右胁胀满、疼痛不适、乏力等见于“胁痛”、“肝胀”、“痞证”、“肥气”等病证中,如《古今医鉴》:“胁痛者,……若因暴怒伤触,悲哀气结,饮食过度,冷热失调……皆能为痛。”《本草纲目》:“有心下痞结者,从土虚及痰热、食郁、湿热治之。”《灵枢·百病始生篇》中说:“肝之积,曰肥气。”现代认为脂肪肝是由多种原因造成的脂质代谢障碍,使脂质在肝细胞内过多蓄积的一种肝脏疾病,故笔者认为可将其归属于中医“痰证”、“湿阻”、“瘀证”、“积聚”范畴,痰证泛指痰涎停留于体内的病症,多因脏腑气化功能失常,水液吸收障碍;瘀证含有瘀积之义,血运受阻,留于经脉,以致瘀积于血管内,现代研究认为,代谢障碍所引起的组织病理反映,也可视为瘀证。诚如《古今医鉴》云:“胁痛者,……颠仆伤形,或痰积流注于血,与血相搏,皆能为痛”。

3 关于病因病机

3.1 饮食不节、劳逸失当是主要病因 (1)饮食不节。饮食规律,营养均衡,脾胃健运,气血生化充足,是维持健康的基本条件。现代人随着生活节奏的加快,生活水平的提高,人们的饮食结构发生了较大变化,高脂肪、高蛋白、高糖饮食已很常见,食物丰富,容易使人过饱,从而脾胃受损,健运失常,清阳不升,浊阴不降,饮食不化精微,反为脂浊,聚湿生痰,充斥机体,外溢于肌肤则为肥胖,内积于肝则为脂肪肝,张志聪指出:“中焦之气,蒸津化液,其精微溢于外则皮肉膏肥,余于内则膏育丰满”。临床发现脂肪

肝患者大多饮食不节,主要是嗜食肥甘厚味和恣饮醇酒,《临证指南医案》:“湿从内生者,必其人膏粱酒醴过度。”嗜食肥甘厚味,“饮食自倍,肠胃乃伤”,过食肥甘厚味,则会有“膏粱之变”,因肥能生热,甘能壅中,肥甘太过可壅滞中焦,损伤脾胃,化湿生热,炼津为痰,痰湿内蕴亦而变生本病。酒为湿热之品,《本草纲目》认为“少饮则和血行气”,饮酒太过,酒毒湿热蕴结中焦,伤及脾胃,脾失健运,不能为胃行其津液,致痰饮、水湿内生,久而湿热蕴结,故《医学心悟》云:“过嗜醇酿则饮积”。

(2)劳逸失当。脂肪肝与劳动强度、工作压力、体育锻炼及睡眠有关,正常作息可以使人气血通畅,筋骨强劲,保持健康。过劳少逸或贪逸少劳,均可损伤人体而致病,如《素问·宣明五气论》:“久视伤血,久立伤骨,久行伤筋,久坐伤肉”,脂肪肝患者多由于过度安逸少劳,致筋骨懈堕,气血不畅,壅遏不行,久不活动,脾失健运,水谷之气堆积不行,进而痰饮、水湿内停而致病,“气行则血行”,气虚则无力推动血液运行,血行失畅,日久成瘀,痰瘀互结,阻于肝络。王孟英《温热经纬》:“过逸则脾滞,脾气滞而少健运,则饮停湿聚矣”。其他如肥胖、病后等因素所致脂肪肝,亦多由饮食不节、少劳多逸,致脾失健运,痰湿内生而成。

此外肝炎病后、情志所伤、素体禀赋等因素亦与脂肪肝的发病相关。

3.2 脾肝功能失调,湿热内蕴、痰瘀互结是主要病机 脾主运化,为后天之本,水谷精微、气血生化之源,转输散精营养周身。肝主疏泄,可以促进气血的运行和津液的代谢。肝脾在生理、病理上有着紧密的联系。生理上,肝脾在消化功能方面存在着依存关系。肝的疏泄功能正常能调畅脾胃气机,使脾胃能升清降浊,保持正常的消化功能;肝能分泌与排泄胆汁,有助于脾胃的运化;脾气健旺,运化功能正常,亦有利于肝之疏泄。病理上,“见肝之病,知肝传脾”。两者相互影响,肝气郁结,疏泄失司,影响脾胃消化功能。脾失健运,水谷精微不归正化,生湿化痰,痰湿内蕴发为本病。

临床脂肪肝多发生于长期嗜酒、过食肥甘厚味、肥胖之人。脾胃虚弱,运化失健,湿邪内生,郁而化热;长期饮酒,偏食肥甘厚味,酿湿生热;肝炎病人,湿热未尽,又过食肥甘厚味,使湿热之邪中阻,损伤脾胃;运化失司,不能输布水谷之精微,湿浊凝聚而成痰,痰阻气滞,渐致血行不畅,脉络壅塞,痰浊与气血搏结于肝,日久而成脂肪肝病。

此外,临床上脂肪肝患者多为中老年人,这与肾中精气渐不足有关,如《素问·阴阳应象大论》云:“年四十,阴气自半也”。肾位于下焦,为脏腑阴阳之本,生命之源,为“先天之本”,主藏精、主水、主纳气、主生长、发育与生殖。《素问·生气通天论》云“阳气者若天与日”,可温煦五脏六腑,并维持体内水液的代谢平衡,肝之疏泄、脾之运化,无不依赖阳气之鼓动,年长体衰,肾中精气不足,蒸腾气化无权,可加重痰湿和瘀滞。因此,笔者认为,脂肪肝的病位在肝,但其发生、发展与脾关系密切,尚与肾相关。

3.3 痰湿、瘀血既是病理产物,又是病理因素 由于饮食不节、劳逸失常或情志所伤,则引起脾失健运,肝失疏泄,肾精不足,导致水谷精微(含血脂)不归正化,生湿化痰,引起水停、痰聚;痰浊阻络,气行不利,血行不畅,遂成血瘀,痰湿、瘀血更可互化。痰是津液在体内运化输布失常停积于体内的病理产物。湿邪为阴邪,易阻滞气机、伤阳气,其性重浊、粘滞、趋下。湿邪最易化热或与热邪相合,形成湿热之邪,瘀亦可化热,邪热为无形之体,瘀血为有形之体,瘀血与邪热相互搏结,形成瘀热,往往使热邪久稽不退,瘀血久留不散。

古有“痰瘀同源”之说,巢元方认为:“诸痰者,此由血脉壅塞,饮水积聚而不消散,故成痰也”,现有研究表明痰证患者突出表现血液浓稠性、粘滞性、聚集性和凝固性增高,可见痰证与血液循环的关系密切^[5]。

由痰致瘀或由瘀致痰,痰瘀搏结成为新的病因,又使病情缠绵,或病情进展,变生他证。

总之,笔者认为脂肪肝的病因多与饮食不节、劳逸失当有关,其病位在肝,由肝脾肾三脏功能失调,产生痰湿、瘀血,久而蕴热,湿热内蕴、痰瘀互结,停积于肝所致,临证之时以此辨证为法,多可获效。

参考文献

- [1]范建高.非酒精性脂肪肝的临床流行病学研究[J].中华消化杂志,2002,22(2):106.
- [2]潘红英,施军平.脂肪肝形成相关因素分析[J].浙江中医学院学报,2002,26(4):21.
- [3]French SW, Nash J, Shitabata P. Pathology of alcoholic liver disease [J]. Seminar Liver Dis, 1993, 13: 154.
- [4]曾民德.脂肪肝发病机制及其“二次打击”假设[J].中华消化杂志,2002,22(3):166.
- [5]方永奇,黄可儿.痰证的血液循环特征初探[J].湖北中医杂志,1992,14(6):33-34.

(收稿日期:2008-07-16)