

基于湿热理论探究脂肪肝辨治思路

蒋 凌¹, 扈晓宇^{2*}

¹成都中医药大学临床医学院, 四川 成都

²成都中医药大学附属医院感染科, 四川 成都

收稿日期: 2024年12月22日; 录用日期: 2025年1月15日; 发布日期: 2025年1月24日

摘 要

脂肪肝中医认为属于“肝癖”“脂满”等范畴, 是常见肝脏疑难病之一。历代医家大多认为痰、湿、瘀、积为脂肪肝的主要致病因素, 也基于此辨证论治取得不错的疗效。但随着人们生活水平质量的提升, 过度饮酒、嗜食肥甘等生活习惯导致脾失运化, 湿热内生, 机体代谢能力降低, 湿热膏脂堆积于肝脏而形成脂肪肝, 故湿热逐渐成为现代脂肪肝疾病形成的主要致病因素。因此本文基于探讨“湿热理论”的发生发展及其与脂肪肝的密切联系, 从湿重于热、热重于湿、湿热并重三种类型对于脂肪肝进行辨治分析, 为临床治疗脂肪肝提供了新的思路。

关键词

脂肪肝, 湿热, 治则

Based on the Theory of Dampness and Heat, the Idea of Fatty Liver Differentiation and Treatment Was Explored

Ling Jiang¹, Xiaoyu Hu^{2*}

¹School of Clinical Medicine, Chengdu University of Traditional Chinese Medicine, Chengdu Sichuan

²Department of Infectious Diseases, Affiliated Hospital of Chengdu University of Traditional Chinese Medicine, Chengdu Sichuan

Received: Dec. 22nd, 2024; accepted: Jan. 15th, 2025; published: Jan. 24th, 2025

Abstract

Fatty liver is considered by traditional Chinese medicine to belong to the categories of “liver fetish”

*通讯作者。

文章引用: 蒋凌, 扈晓宇. 基于湿热理论探究脂肪肝辨治思路[J]. 临床医学进展, 2025, 15(1): 1458-1463.

DOI: 10.12677/acm.2025.151195

and “fat fullness”, and is one of the common liver diseases. Most of the doctors of the past generations believed that phlegm, dampness, stasis and accumulation were the main pathogenic factors of fatty liver, and based on this, the syndrome differentiation and treatment have achieved good results. However, with the improvement of people’s living standards, excessive drinking, craving for fat and sweet and other lifestyle habits lead to spleen loss, endogenous dampness and heat, reduced metabolic ability of the body, and the accumulation of damp heat and fat in the liver to form fatty liver, so damp heat has gradually become the main causative factor for the formation of modern fatty liver diseases. Therefore, based on the discussion of the occurrence and development of the “damp-heat theory” and its close relationship with fatty liver, this paper analyzes the differentiation and treatment of fatty liver from three types: dampness is heavier than heat, heat is heavier than dampness, and damp-heat is equal to dampness, which provides a new idea for the clinical treatment of fatty liver.

Keywords

Fatty Liver, Damp Heat, Rules

Copyright © 2025 by author(s) and Hans Publishers Inc.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License (CC BY 4.0).

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



Open Access

1. 引言

脂肪肝是一种由于肝内及肝外等原因导致过量脂肪在肝内堆积并持续演变的疾病,有乏力、腹胀、肝区不适或疼痛,或恶心、水肿等临床表现[1]。研究表明,年龄越大,更易患脂肪肝,男性患脂肪肝患病率远大于女性,且患病率与体重指数成正相关[2]。脂肪肝与全身代谢性疾病存在密切相关,有学者研究发现有 48.2%的代谢综合征患者会并发脂肪肝[3],且脂肪肝患者多合并患有肥胖、血脂异常变化、肝酶升高等代谢性疾病[4]。在中医理论中脂肪肝属于“肝癖”“积聚”“脂满”等范畴。本病初起多为实证,久则变为虚实夹杂,后期多为正虚邪实[5]。在中医的古代文献中,没有对脂肪肝详尽病名的阐述。但从《黄帝内经》中即可看出古人对于脂肪肝的相关认识。《素问·阴阳应象大论》云:“浊气在上,则生腹胀”,认识到“浊阴之气”上升,影响肝脾功能运转,气机失调则出现腹胀等不适[6];《古今医鉴》云:“胁痛者……若因暴怒伤触,悲哀气结,饮食过度,冷热失调,或痰积流注于血,与血相搏,皆能为痛”,认识到此病与饮食、情绪、痰浊、瘀血等因素相关。笔者本着湿热理论,结合《张氏医通》:“嗜酒之人,病腹胀如斗……此得湿热伤脾。”

在既往中医临床上多把脂肪肝的辨证分型为 5 种: 1. 肝郁脾虚型: 多以疏肝理气, 健脾益气为治疗思路; 2. 痰湿内阻型: 多以理气化痰, 祛湿泄浊为治疗思路; 3. 肝郁气滞型: 多以疏肝健脾, 理气活血为治疗思路; 4. 痰瘀互结型: 多以活血化痰, 祛痰散结为治疗思路; 5. 肝肾阴虚型: 多以滋补肝肾为治疗思路。随着社会及疾病的不断发展,笔者从临床观察认识到湿热之邪是脂肪肝发病及迁延的重要病机。故本文试从经典出发,讨论湿热理论的产生及治法,以及其在脂肪肝辨证论治当中的运用,以期对脂肪肝的临床辨治提供新的思路。

2. 湿热理论源流及相关论述

《黄帝内经》首载“湿热”,《素问·生气通天论篇》曰:“因于湿,首如裹,湿热不攘,大筋繃短,小筋弛长,繃短为拘,弛长为痿”,讲述了湿热相互裹结侵犯人体大小筋膜,导致筋膜缺失濡养而出现

拘和痿废的表现。《素问·六元正纪大论篇》曰:“四之气, 溽暑湿热相薄, 争于左之上, 民病黄疸而为肘肿”, 论述了湿热邪气于主气太阴湿土时更盛, 且肝胆更易被湿热侵犯, 出现黄疸、肿胀等临床表现。

《金匱要略》所述“瘀热在里, 身必发黄”, “黄家所得, 从湿得之”, 认为湿热是引起黄疸疾病的主要致病因素, 并据此创制了茵陈蒿汤成为治疗湿热型黄疸的著名方剂。《诸病源候论》曰:“湿热相搏, 故头面身体皆生疮”, 讲述了湿热之邪易致皮肤病如疮、痈等。《仁斋直指方》曰:“饮食失调而生湿热”, 《脉因证治》指出“脾土转输失职, 胃虽受谷, 不能运化精微, 聚而不散, 隧道壅塞, 清浊相混, 湿郁于热, 热又生湿”。《内外伤辨惑论》言:“湿热病皆由饮食劳倦、损其脾胃、乘天暑而病作也”。皆认为脾胃为湿热之邪形成的主要脏腑, 脾虚易生湿, 湿热之邪又易损害脾胃, 从而湿热更甚[7]。刘完素创制的火热论, 提出“积湿成热”之思想, 进一步阐明了湿邪与热邪相互裹结转化的机理。薛生白在《湿热论》中提出了湿热病之三焦辨证, 湿热病变化多端, 不拘一格, 舌脉变化不定。湿热之邪可侵犯人体上焦、中焦、下焦, 因此而辨证施治[8]。《临证指南医案》曰:“初病湿热在经, 久则瘀热入络”, 认为湿热类疾病会随病程发展而由浅到深进行演变, 同时注重湿热伤阴、伤津等变证。后家对湿热理论不断创新完善, 使其对多种疾病的辨证施治提供了思路。

3. 湿热理论与脂肪肝的联系

肝主疏泄, 为“将军之官”。古人云“肥人多湿”, 在临床观察中发现此病患者多为肥胖之人, 舌质红, 苔黄厚腻, 脉滑或洪数, 常为一派湿热之象[9]。脂肪肝患者大多饮酒过盛、嗜食肥甘厚腻, 损伤脾胃功能, 运化失常, 脂代谢能力下降, 致使湿热膏脂排泄不及而积聚于肝脏, 影响肝气疏发、肝血运转而发病, 此病会随病理产物堆积和肝脏功能下降而不断演变加重[10]。故湿热是脂肪肝发病及迁延的重要病机, 《临证指南医案》中“而但湿从内生者, 必其人膏粱酒醴过度”的论述, 也证实了过食肥甘厚腻或饮酒过度, 脾胃运化功能下降, 浊气下降, 蕴生湿气, 郁而化热, 湿热浊脂裹结于肝脏而发脂肪肝。何廉臣《全国名医验案类编》按:“湿温之为病, 有湿遏热伏者, 有湿重热轻者, 有湿轻热重者, 有湿热并重者, 有湿热俱轻者”故在辨证之时, 需辨析湿邪与热邪孰轻孰重, 并在疾病发展过程中湿邪于热邪侧重会发生变化, 需随机应变而用药治疗。故笔者基此从湿重于热、热重于湿、湿热并重三种类型对于此病进行辨析。

4. 湿热理论与脂肪肝的辨治

4.1. 湿重于热型

4.1.1. 理论辨析

湿重于热证型多于湿邪较盛或素体阳虚之体。《湿热病篇》云:“湿多热少, 则蒙上流下”, 湿邪重浊, 湿邪致病可出现多种秽浊症状, 郁而化热则四处走窜。《温热论·外感温热篇》云:“湿胜则阳微。”湿为阴邪, 易阻遏气机, 损伤阳气, 湿邪为病, 易阻滞气机之升降, 影响脏腑阳气之运转, 从而使膏脂浊邪更易停聚于肝脏而难以排出[11]。《素问·阴阳应象大论》曰:“在天为湿, 在地为土, 在脏为脾”, 脾喜燥而恶湿, 湿邪为病最易伤脾, 脾脏功能降低则难以运化膏脂浊邪而堆积于肝脏[12]。湿性粘滞, 湿邪为病多缠绵不断, 病程较长, 加之热邪更为胶着, 故脂肪肝患者病程都较长且病情易加重。叶天士云“热自湿而出, 当以湿为本治”, 其认为在湿热病演变初期, 先有湿邪, 日久郁而化热而生热邪, 故热邪为湿邪的衍生病理产物, 因此, 湿重于热证型中当以祛湿为主。同时《证治准绳》云:“脾虚不分清浊, 停留津液而痰生”, 脾脏与湿邪最为密切, 脾主运化水湿, 脾脏功能强劲, 亦可运化膏脂浊邪帮助脂肪肝的治疗。人体脾胃参与了脂代谢过程的消化吸收、代谢分解和排泄[13], 故健脾亦为湿重于热证型辨治之关键。

4.1.2. 治疗

治疗上以苦温燥湿为主、泄热为辅,可采取三仁汤或加减正气散方剂之思路论治。中药如藿香,性辛温,其气芳香,善化在里之湿浊,《本草正义》云:“藿香清分温,善理中州湿浊痰涎,为醒脾快胃,振动消阳之妙品。”茯苓,味甘、淡,性平,善利水渗湿,健脾,《本草备要》云“甘温益脾助阳,淡渗利窍除湿”。且有学者研究认为茯苓多糖在一定程度上可以显著调节非酒精性脂肪肝造成的肝功能受损[14]。李东垣云“治湿不利小便非其治也”。通草味甘、淡,性微寒,可清热利尿,有学者对通草的抗肝毒性研究发现其有明显的抗肝毒性作用[15]。在湿重于热证型中既要注重芳香化湿、淡渗利湿,辅以健脾,同时兼以清热,方可利于湿重于热型脂肪肝的痊愈。

4.2. 热重于湿

4.2.1. 理论辨析

热重于湿证型多于热邪偏盛或素体阳盛之体。叶天士《外感温热篇》云“在阳旺之躯,胃湿恒多在阳盛之体,脾湿亦不少”。热为阳邪,燔灼向上,易耗气伤津,若人体质热盛,则湿邪更易郁而化热,从而相互裹结而损害脏腑功能,使气血津液运转不周,人体脂代谢能力降低,病理产物更不易排出,从而脂肪肝愈加严重[16]。加之湿邪缠绵,热毒之邪不易排散,日久易产生其他病变。肥甘厚腻、酒毒物质进入人体,热毒夹湿之邪损害肝脏,影响肝之疏泄,络脉失和,脂肪肝则易转变为脂肪性肝炎。故热重于湿证型中当以清热为主。且热为火之渐,毒为火之聚,湿邪缠绵之性质使热邪聚集日久为毒邪。《金匱要略·心典》云:“毒,邪气蕴结不解之谓。”热毒裹结湿邪,使脂肪肝更加错综复杂及缠绵不段。故解毒亦为热重于湿证型辩证之关键。

4.2.2. 治疗

治疗上以清热解毒为主、祛湿为辅,可采取白虎汤加苍术或黄芩滑石汤方剂之思路论治。中药如黄芩,味苦,性寒,善清热燥湿,泻火解毒。《医学衷中参西录》记载黄芩“又善入肝胆清热,治少阳寒热往来”,有学者研究认为黄芩可以有效缓解高脂、高胆固醇饮食引起的肝脂肪变性和肝损害[17]。滑石,甘、淡,寒,可利尿通淋,清热解暑,《纲目》:“滑石利窍……为荡热燥湿之剂,发表是荡上中之热,利水道是荡中下之热,发表是燥上中之湿,利水道是燥中下之湿”。有学者研究认为滑石可以保肝降酶,缓解肝区疼痛[18]。若脂肪肝患者热毒偏重,可酌加龙胆草、薄荷、栀子等清泄肝脏热毒之中药。在热重于湿证型中既要注重清热泻火、辅以解毒,同时兼以祛湿,方可利于热重于湿型脂肪肝的痊愈。

4.3. 湿热并重

4.3.1. 理论辨析

湿热并重型多见于湿邪和热邪均偏盛者。首先,湿热之邪为脂肪形成的主要致病因素,湿热裹结影响脾脏运化清浊,膏脂湿浊积聚于肝脏而成脂肪肝;同时,湿热之邪亦为脂肪肝的病理产物,肝失疏泄,脾失运化,肝脾气机升降失衡,人体内气机、津液等代谢紊乱,湿热之邪更易滋生,从而形成恶性循环[19]。湿热并重型中当以清热、祛湿并行。吴鞠通云:“徒清热则湿不退,徒祛湿则热愈炽”,湿为阴邪而粘腻,若只清热则会使寒凉药物凉遏湿邪;热为阳邪,若只祛湿则会使温燥淡渗药物助热伤阴。

4.3.2. 治疗

治疗上需以清热、祛湿并重,可采取甘露消毒丹方剂之思路论治。中药如茵陈,味苦、辛,性微寒,善清利湿热退黄。《本草经疏》:“茵陈……苦寒能燥湿除热,湿热去,则诸症自退矣。除湿散热结之要药也。”有学者研究认为茵陈有利于肝损伤的保护,可有效改善肝脏微泡脂肪变性[20]。木通,味苦,性寒,可利尿通淋,清热除烦。《药性论》:“利小便……除烦热。”有学者研究认为川木通利尿作用和抗

菌作用较强[21]。若脂肪肝患者湿热症状明显,可酌加黄连、黄柏等清热燥湿之中药。在湿热并重型中需将清热和祛湿相结合,方可利于湿热并重型脂肪肝的痊愈。以上分型可见表 1。

Table 1. Classification and analysis of fatty liver based on damp-heat theory
表 1. 基于湿热理论的脂肪肝分型辨析

证型	治则	方剂思路	中药(列举)
湿重于热	苦温燥湿为主、泄热为辅	三仁汤或加减正气散	藿香、茯苓、通草
热重于湿	清热解毒为主、祛湿为辅	白虎汤加苍术或黄芩滑石汤	黄芩、滑石
湿热并重	清热、祛湿并重	甘露消毒丹	茵陈、木通

5. 案例举隅

患者,男,36岁,2023年9月28日就诊。主诉:肝区不适不适半月余。患者素体肥胖,嗜饮酒,半月前饮酒后出现大便泄泻,伴脐腹、右上腹部不适,有作胀感。遂于我院就诊,查腹部B超示:重度脂肪肝。实验室检查,肝功能:ALT:190.8 U/L,AST:147.7 U/L,总胆汁酸:17.1 umol/L。刻下症见:形体肥胖,时有肝区不适作胀,腹部畏寒,大便稀,不成形,伴口臭,自诉易“上火”。舌质暗红,舌边齿痕,苔白腻夹黄,脉濡数。中医诊断:积聚(湿热蕴结,湿重于热证),宜健脾化湿,辅以清热,予三仁汤加减。处方:石菖蒲 15 g,白蔻仁 10 g,藿香 15 g,茵陈 30 g,滑石 15 g,川木通 10 g,黄芩 30 g,连翘 15 g,薏苡仁 30 g,砂仁 6 g,厚朴 10 g,薄荷 15 g,淡竹叶 10 g,法半夏 10 g,浙贝母 15 g,川射干 10 g。14 剂,每日一剂,水煎三次服。2023 年 10 月 15 日复诊,患者自诉肝区不适作胀缓解,腹部畏寒冷感不明显,大便已不稀,口中仍有味,有“上火”感。舌质暗红,苔淡黄,脉弦。继用前方,加黄连 15 g,郁金 15 g,炒山楂 30 g,虎杖 5 g,丹参 20 g,建曲 30 g,荷叶 20 g,吴茱萸 10 g。14 剂,每日一剂,水煎三次服。2023 年 11 月 5 日复诊,无肝区不适感,大便成形,日一次,有轻微口臭及“上火”症状,舌脉如上。以上方服用近 20 剂后,复查肝功能正常:ALT:28.9 U/L,AST:32.3 U/L,总胆汁酸:7.3 umol/L,腹部 B 超示:轻度脂肪肝,无其不适。嘱其禁饮酒,清淡饮食,定期复查。

按:该患者素体肥胖,平素嗜饮酒,嗜食肥甘厚腻,损伤脾胃运化功能,脂代谢能力下降,湿热膏脂聚于肝脏,日久形成重度脂肪肝,引起肝区不适作胀。脾失健运,则饮酒后易出现腹泻,腹部自觉寒冷。湿热裹结,热熏于上,故见口臭,易“上火”。再参舌脉,苔白腻夹黄,脉濡数为湿热蕴结之象,舌边齿痕提示脾虚湿盛之象。纵观舌脉症,患者辨为湿热蕴结,湿重于热证,治以健脾化湿,辅以清热,选用三仁汤加减。方中石菖蒲、白蔻仁、藿香、薏苡仁、砂仁芳香化湿,黄芩、滑石、茵陈、川木通、淡竹叶清热利湿,厚朴、薄荷、连翘、浙贝母行气破结。全方芳香化湿,清热利湿,行气破结,使聚集于肝脏之湿热膏脂消散。后加黄连清热燥湿,郁金疏肝行气,山楂、建曲、荷叶、丹参活血降脂,最终将重度脂肪肝治疗为轻度脂肪肝。

6. 讨论

脂肪肝发病隐匿,其发病率不断提升,且发病年龄日趋年轻化。古代医家大多认为脂肪肝形成的内在病理因素为痰、湿、瘀、积,外在病理因素多为病毒、酒精、药物、不规律饮食等。其发病大多因嗜食肥甘、膏粱厚味之品,过度饮酒,或感受湿邪,或情志不畅,或过度肥胖等导致脾失运化,肝气不疏,湿热痰瘀毒互结,痹阻肝之脉络而成脂肪肝。而由于现代人群生活习惯、饮食结构发生了变化,相应该疾病病因病机也随之改变,笔者认为湿热之邪逐步成为了脂肪肝发病及迁延的重要致病因素,故本文从湿热理论出发探讨了其与脂肪肝的密切联系和辨治思想,以期为临床提供一些思路。

声 明

该病例报道已获得病人的知情同意。

基金项目

国家自然科学基金(No. 81973840); 四川省中医药管理局——中医药重大科技项(2021XYCZ004)。

参考文献

- [1] 郭亮, 汤其群. 非酒精性脂肪肝发病机制和治疗的研究进展[J]. 生命科学, 2018, 30(11): 1165-1172.
- [2] 李英卓, 李琳, 李咏梅, 等. 非酒精性脂肪肝发病率与体重指数及年龄的关系[J]. 河北医药, 2017, 39(24): 3693-3696.
- [3] 王锐锋, 林秋强, 蔡楚喜. 体检人群非酒精性脂肪肝发病率调查及对肝功能影响的研究[J]. 现代医院, 2019, 19(6): 848-850.
- [4] 何毅轩, 刘家玲, 卫家润, 陈月桥. 中医治疗非酒精性单纯性脂肪肝的研究进展[J]. 内蒙古中医药, 2023, 42(1): 158-161.
- [5] 黄鸿娜, 符燕青, 黄晶晶, 张文富. 非酒精性脂肪肝中医药治疗进展[J]. 辽宁中医杂志, 2020, 47(11): 201-203.
- [6] 邓宏, 吴万垠, 薛晓光, 等. “清气在下, 则生飧泄; 浊气在上, 则生月真胀”刍议[J]. 辽宁中医杂志, 2007(11): 1537.
- [7] 张成明, 刘莹莹, 赵梅梅, 等. 脾胃系疾病脾虚湿热证研究[J]. 陕西中医药大学学报, 2023, 46(6): 14-17.
- [8] 张荣涛, 沈洪, 朱磊. 依据《湿热病篇》论治消化系统疾病湿热证的思路和方法[J]. 吉林中医药, 2023, 43(4): 382-384.
- [9] 谢长飞, 黄笑梅, 杨涛. 脂肪肝常见中医证型与生化指标的关系分析[J]. 湖南中医药大学学报, 2018, 38(3): 296-301.
- [10] 夏聪敏, 姜泉, 李克嵩, 等. 湿热理论源流探颐[J]. 辽宁中医杂志, 2021, 48(11): 52-55.
- [11] 唐日林, 冯晓旭, 张光荣. “湿胜则阳微”理论探析与临床应用[J]. 中国中医基础医学杂志, 2019, 25(2): 241-242.
- [12] 武正权, 廖挺, 廖志峰. 廖志峰教授论治“脾胃之湿”经验探析[J]. 西部中医药, 2023, 36(12): 21-24.
- [13] 周佳, 陈娇, 韦双双. 从脾论治高脂血症[J]. 长春中医药大学学报, 2016, 32(2): 309-312.
- [14] 吕黎明, 张来宾, 吕洁丽. 茯苓的化学成分、药理作用及临床应用[J]. 滨州医学院学报, 2024, 47(1): 61-67.
- [15] 张锐, 殷洪林, 马懿飞, 等. 通草的本草考证及药理作用研究[J]. 亚太传统医药, 2023, 19(3): 178-182.
- [16] 隋国媛, 权冬梅, 赵娜, 等. 非酒精性脂肪性肝病湿热蕴结证患者肠道菌群与血清代谢物的相关性[J]. 世界科学技术-中医药现代化, 2023, 25(12): 3969-3979.
- [17] 刘晓龙, 李春燕, 陈奇剑, 等. 黄芩主要活性成分和药理作用研究进展[J]. 新乡医学院学报, 2023, 40(10): 979-985+990.
- [18] 毕丽叶, 聂晶. 滑石功用拾遗[J]. 中国中医基础医学杂志, 2017, 23(8): 1152-1153+1173.
- [19] 郭小舟, 杨瑞虹, 刘静, 等. 甘露消毒丹在脂肪肝辨机论治中的应用探讨[J]. 中医药学报, 2018, 46(6): 89-91.
- [20] 刘玉萍, 邱小玉, 刘焯, 等. 茵陈的药理作用研究进展[J]. 中草药, 2019, 50(9): 2235-2241.
- [21] 乌兰其其格, 白玉华. 川木通的研究进展[J]. 中国民族医药杂志, 2015, 21(1): 30-32.