

基于痰湿瘀理论探究非酒精性脂肪肝辨治思路

徐家强^{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: 2026年1月10日; 录用日期: 2026年2月4日; 发布日期: 2026年2月12日

摘要

非酒精性脂肪肝(NAFLD)是临床多见的代谢综合征之一, 其定义为排除过量饮酒及其他明确肝损伤因素后, 以肝细胞内脂肪过度蓄积为核心特征的临床病理综合征。该疾病具有较强的隐匿性, 易被大众忽视, 却会对人类健康构成严重威胁——不仅会累及肝胆系统, 随着病情进展, 还可累及心脑血管与血液系统, 进而诱发动脉粥样硬化、高脂血症等并发症。非酒精性脂肪肝在中医范畴多归属于“肝癖”、“脂满”、“胁痛”等, 其核心病机多与肝脾失调、痰湿瘀阻密切相关。现代社会中, 过量饮酒、嗜食肥甘等不良生活习惯易致脾胃运化失常, 膏脂堆积肝脏, 使痰湿瘀等病理产物成为该病发病的主导因素。本文基于痰湿瘀理论溯源, 结合现代人群致病特点, 分析痰湿瘀理论与非酒精性脂肪肝的内在关联, 并从痰、湿、瘀三种证型切入, 探讨其辨证论治思路, 以为临床治疗提供新的理论参考与实践方向。

关键词

非酒精性脂肪肝, 痰湿瘀, 治则

Exploration of Diagnosis and Treatment Strategies for Non-Alcoholic Fatty Liver Disease Based on the Theory of Phlegm-Dampness and Blood Stasis

Jiaqiang Xu^{1*}, Xiaoyu Hu^{2#}

¹Clinical Medical College, Chengdu University of Traditional Chinese Medicine, Chengdu Sichuan

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

Received: January 10, 2026; accepted: February 4, 2026; published: February 12, 2026

*第一作者。

#通讯作者。

文章引用: 徐家强, 扈晓宇. 基于痰湿瘀理论探究非酒精性脂肪肝辨治思路[J]. 临床医学进展, 2026, 16(2): 2354-2360.
DOI: 10.12677/acm.2026.162639

Abstract

Non-alcoholic fatty liver disease (NAFLD) is one of the common metabolic syndromes in clinical practice. It is defined as a clinicopathological syndrome characterized by excessive fat accumulation in hepatocytes, after excluding excessive alcohol consumption and other definite causes of liver injury. The disease is highly insidious and easily overlooked by the public, yet it poses a serious threat to human health. It not only affects the hepatobiliary system, but also can involve the cardiovascular and cerebrovascular systems as well as the blood system, with the progression of the disease, thus inducing complications such as atherosclerosis and hyperlipidemia. In traditional Chinese medicine (TCM), NAFLD is mostly categorized into the scopes of “Gan Pi (Liver Hypochondriac Lumps)”, “Zhi Man (Fat Stagnation)”, and “Xie Tong (Hypochondriac Pain)”, etc. Its core pathogenesis is closely related to liver-spleen disharmony and obstruction of phlegm-dampness and blood stasis. In modern society, unhealthy living habits such as excessive alcohol intake and indulgence in greasy and sweet foods tend to impair the transportation and transformation functions of the spleen and stomach, leading to the accumulation of grease and fat in the liver. Consequently, pathological products, including phlegm, dampness, and blood stasis, have become the dominant pathogenic factors of this disease. Based on tracing the origin of the theory of phlegm-dampness and blood stasis, combined with the pathogenic characteristics of modern populations, this paper analyzes the internal correlation between the theory of phlegm-dampness and blood stasis and NAFLD. Moreover, it explores the strategies of syndrome differentiation and treatment from three syndrome types—phlegm, dampness, and blood stasis, aiming to provide new theoretical references and practical directions for clinical treatment.

Keywords

Non-Alcoholic Fatty Liver Disease, Phlegm-Dampness and Blood Stasis, Therapeutic Principles

Copyright © 2026 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

非酒精性脂肪性肝病是指在排除酒精及其他明确肝损伤因素后,以弥漫性肝细胞大泡性脂肪变为主要特征的临床病理综合征,包括单纯性脂肪肝以及由其演变的脂肪性肝炎和肝硬化。胰岛素抵抗和遗传易感性在该病发病中起关键作用[1]。研究表明,无论是男性还是女性,脂肪肝患病率均随年龄增长而增加,50岁之前男性脂肪肝患病率显著高于女性,而50岁以后女性脂肪肝患病率显著高于男性[2]。脂肪肝已成为临床常见病,其高发与饮食习惯及生活方式改变密切相关[3],且常合并肥胖、血脂异常、肝酶升高等代谢性疾病[4]。非酒精性脂肪肝是依据病理、病史命名,在中医学中目前没有与之相统一的病名,但根据本病的证候特点及患者的体征,此病通常可归为“脂浊”、“痰证”、“眩晕”、“肥人”、“肝痞”的疾病范畴[5]。在中医的古代文献中,没有对脂肪肝详尽病名的阐述。但此病的发生大多与痰、湿、瘀、积密切相关,肝、脾、肾三脏的影响最大。《素问》中提及:“肝壅,两胁痛”[6];《古今医鉴》云:“胁痛者,肝木之为病也。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。因此,笔者认为非酒精性脂肪肝的发生与痰浊、湿阻、血瘀、脾胃气虚等密切相关,主要是与痰湿瘀互结为主,在临床遵循健脾运湿、化

痰祛瘀的原则, 可以明显改善患者的临床症状。

在既往中医临床上, 非酒精性脂肪肝的辨证分型通常有 3 种: 1) 痰证(以痰为主): 多以化痰祛湿为治疗思路; 2) 湿证(以湿为主): 多以行气祛湿为治疗思路; 3) 瘀血证(以瘀为主): 多以祛除瘀血为治疗思路。随着社会及疾病的不断发展, 笔者从临床观察认识到痰湿瘀之邪是非酒精性脂肪肝发病及迁延的重要病机。故本文试从经典出发, 讨论痰湿瘀理论的产生及治法, 以及其在非酒精性脂肪肝辨证论治当中的运用, 以期为非酒精性脂肪肝的临床辨治提供新的思路。

2. 痰湿瘀理论源流及相关论述

《黄帝内经》作为中医理论的源头, 虽未明确提出“痰湿瘀”的复合概念, 但奠定了痰饮和瘀血的理论基础。关于痰饮: 提出“饮入于胃, 游溢精气, 上输于脾, 脾气散精, 上归于肺, 通调水道, 下输膀胱, 水精四布, 五经并行”, 阐明水液代谢失常是痰饮产生的核心病机, 提出“恶血”、“留血”等名称, 指出“脉不通则血不流”、“血凝于肤者为痹”, 明确瘀血的形成与气血运行不畅密切相关, 且为多种疾病的致病因素。《金匱要略》为东汉张仲景所著, 是痰饮病和瘀血证辨证论治的奠基之作, 对二者的分类、诊断、治疗有详细记载。该书首创“痰饮”病名, 将其分为痰饮、悬饮、溢饮、支饮四类, 提出“病痰饮者, 当以温药和之”的治疗总纲, 在“惊悸吐衄下血胸满瘀血病脉证治”、“妇人妊娠病脉证并治”等篇中, 论述瘀血的临床表现。《诸病源候论》为隋代巢元方所著, 是中医第一部病因病机专著, 对痰饮的病因、证候分类进行了系统梳理。该书列“痰饮诸候”专篇, 将痰饮分为痰饮、流饮、癖饮、留饮等多种类型, 详细描述不同部位痰饮的症状, 强调痰饮由“三焦气不宣通, 故聚水而成痰饮”, 进一步完善了痰饮的病机理论。《灵枢·百病始生》提出“凝血蕴里而不散, 津液涩渗, 着而不去, 而积皆成矣”, 是关于痰湿和瘀血最早的论述[7]。《素问·奇病论》指出“肥者令人内热, 甘者令人中满, 其气上溢, 传为消渴。”《素问·通评虚实论》进一步阐述“消瘠仆击, 偏枯痿厥, 甘肥贵人则膏粱之疾也。”记桂元等从痰湿证探讨胰岛素抵抗致 NAFLD 发病的机理, 认为长期过食肥甘滋腻之味损及脾胃, 或长时间坐卧致脾失健运, 肝失调达, 疏泄不及, 气机不畅, 聚湿成痰, 引起肥胖及胰岛素抵抗, 而致 NAFLD 发病[8]。《灵枢·逆顺肥瘦》中也有记载“此肥人也, 广肩腋项, 肉薄厚皮而黑色, 唇临临然, 其血黑以浊, 其气涩以迟”。以上这些理论均表明, 脂肪肝与气血的充盈、饮食及瘀血密切相关。后世医家对肥胖的病因病机研究不断深化, 李东垣在《脾胃论》中将脂肪肝的发病归因于痰饮。

3. 痰湿瘀理论与非酒精性脂肪肝的联系

肝主疏泄, 为“将军之官”。《石室秘录·肥治法》所云: “肥人多痰, 乃气虚也。虚则气不能运行, 故痰生之”。现代研究进一步印证了“脾虚生湿”、“痰湿致肥”的传统认知[9]。中医角度认为非酒精性脂肪肝的病位主要在脾胃, 痰与食是早期病理产物。饮食不节或过食肥甘厚味之品, 脾胃健运失常, 水谷精微运化失常, 湿浊和食积蓄积于胃; 脾胃气机升降失常, 肝失疏泄, 气机郁滞, 脂液痰湿蓄积于脏腑; 三焦气化失常, 水湿内停, 湿聚成痰, 郁而化热, 湿热浸渍, 日久由气及血, 而致脂肪肝发生[10]。故痰湿是脂肪肝发病及迁延的重要病机, 《临证指南医案》言: “如其人饮食不节, 脾家有湿, 脾主肌肉四肢, 则外感肌躯之湿亦渐次入于脏腑矣。”也证实了饮食不洁伤及脾脏, 进而导致脾主四肢肌肉虚弱而导致邪气趁虚而入结于肝脏而发脂肪肝。在非酒精性脂肪肝(NAFLD)的病理演变中, “瘀血”是关键病机之一, 但其成因复杂。依据“气为血帅”之理, 气机阻滞必然导致血行不畅。若患者本就肝郁脾虚, 肝气失于条达, 气机郁滞, 致使痰浊、湿邪与食积胶结于内, 进而阻塞脉道, 终成瘀血。此外, 正气亏虚亦可致瘀: 气虚则血行无力, 血虚则流速迟缓, 阳虚则脉道失于温煦而凝涩, 阴虚则脉管失于濡养而拘急。随着病程迁延, 瘀血久羁肝络, 气血凝滞不通, 最终导致肝脏疏泄功能的严重失调。故在辨证之时, 需辨析痰、湿、

痰这三种病理因素的轻重,并根据疾病发展阶段的侧重变化,随机应变而用药治疗。故笔者基于此从痰证、湿证、痰证三种类型对于此病进行辨析。

4. 痰湿痰理论与非酒精性脂肪肝的辨治

4.1. 痰证

(一) 理论辨析

非酒精性脂肪肝的痰证多见于素体脾虚者。《诸病源候论》云:“痰饮者,由气脉闭塞,津液不通,水饮气停在胸膈,结而成痰。又其人素盛今瘦,水走肠间,漉漉有声,谓之痰饮。”历代以来就有“百病多因痰作祟”、“怪病多痰”之说。概括而言,其特点具有阻滞气血运行、影响水液代谢、易于蒙蔽心神、致病广泛、变化多端等几个方面[11]。《素问·至真要大论篇》曰:“诸湿肿满,皆属于脾”,脾喜燥而恶湿,痰湿为病最易伤脾,脾脏功能降低则难以运化膏脂浊邪而堆积于肝脏,故发病为脂肪肝。“湿性粘滞,湿邪为病多缠绵不断,病程较长,加之痰邪凝聚难解,故脂肪肝患者病程都较长且病情易加重。”唐宗海《血证论》言:“木之性主于疏泄,食气入胃,全赖肝木之气以疏泄之,而水谷乃化;设肝之清阳不升,则不能疏泄水谷,渗泄中满之证在所不免”,其认为木(肝)的特性主要在于疏通发泄,饮食进入胃部,完全依赖肝木的气机来进行疏泄,水谷才能消化;假如肝的清阳之气不能上升,就无法疏泄水谷(助其消化),那么水湿渗泄失常、中焦胀满的病症就在所难免了,因此,痰证型中当以疏肝健脾、祛痰理气为主[12]。古代医家提出的“百病皆有痰作祟”、“善治痰者,不治痰,而治气,气顺则痰消”等著名论点,至今仍为临床工作者所遵循,具有重要的指导意义。脾脏与痰湿关系最为密切,脾脏功能强健,可运化膏脂浊邪,从而辅助非酒精性脂肪性肝病的治疗[13]。故理气亦为非酒精性脂肪肝痰型辨治之关键。

(二) 治疗

治疗上以苦温燥湿为主,健脾理气为辅,可采取二陈汤及柴胡疏肝散方剂之思路论治。另外中药如山楂,能消食健胃,行气散瘀,是治疗脂肪肝的要药。《本草纲目》曰:“化饮食,消肉积,癥瘕,痰饮痞满吞酸,滞血胀痛”,可见其祛除痰湿之功效。泽泻,功效利水渗湿、泄热。现代研究证实其有显著的降脂作用。另有研究表明,泽泻提取物及其萜类成分具有调血脂、抗动脉粥样硬化等作用[14]。此外,经动物实验证实,丹参能显著降低 NAFLD 大鼠血清 TC、TG 含量及 ALT、AST,表明在一定程度上能抑制脂质在肝内沉积,改善肝功能和血脂代谢,其作用机制可能与减轻高脂饮食诱导的 NAFLD 大鼠氧化应激反应有关[15]。现代研究表明:丹参、泽泻配伍可多靶点干预非酒精性脂肪肝病理过程,贴合其脂质过氧化、菌群失衡、炎症激活的病理生理机制。丹参中丹酚酸、丹参酮IIA 通过激活 AMPK/Nrf2 通路,提升 SOD、GSH 活性,降低 MDA 与 ROS 水平,阻断脂质过氧化;同时抑制 NF- κ B/NLRP3 通路,减少 IL-1 β 、TNF- α 等炎症因子释放。泽泻三萜类成分调节肠道菌群结构,富集脂代谢相关菌属,改善菌群失衡,还可下调肝脂合成相关基因,减少脂质沉积。二者协同激活 Nrf2 通路抑制 ROS/NLRP3/IL-1 β 轴,兼顾抗氧化、抗炎、调节菌群与脂代谢,实现肝保护作用。总之,在非酒精性脂肪肝的痰证治疗中既要注重苦温燥湿,辅以健脾,又要兼以行气,方可利于痰证非酒精性脂肪肝的痊愈。

4.2. 湿证

(一) 理论辨析

非酒精性脂肪肝的湿证多见于素体阳虚之体。《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[16]。湿邪缠绵,脾失健运,日久易产生其他病变。肥甘厚腻进入人体,外邪损害肝脏,影响肝之疏泄,络脉失和,脂肪肝则易转变为脂肪性肝炎。故湿证为主的非酒精性脂肪肝当以

祛湿为主。其病因病机以脾胃受损内生湿浊为先; 肝郁气滞, 肝病及脾, 脾失健运, 导致湿浊内停; 湿邪日久, 郁而化热, 出现湿热内蕴; 聚湿则生痰, 痰阻则血瘀, 遂成痰瘀互结等证。由此可见, “湿邪”在 NAFLD 的发病起始及疾病进展中作用突出。故祛湿亦为湿证为主的非酒精性脂肪肝辨治之关键。

(二) 治疗

治疗上以祛湿为主, 补阳行气为辅, 可采取真武汤或金匮肾气丸方剂之思路论治。中药如仙灵脾, 可补肾助阳, 温而不燥。《本草纲目》中明确记载: “甘、香、微辛, 温。真阳不足者, 宜之。”有研究表明仙灵脾中含有的淫羊藿苷可以明显降低山梨醇脱氢酶, 增加肝脏解毒功能[17]。肉苁蓉, 味甘、微温, 首载于《神农本草经》并列为上品。它的特点是“温而不热, 补而不峻”, 是温补命门、填精益髓的平补良药。有学者研究认为肉苁蓉对肝脏具有保护作用, 能使肝组织结构趋向正常和升高肝糖原[18]。若脂肪肝患者气滞偏重, 可酌加陈皮、高良姜、厚朴等补阳行气之中药。可见, 在湿证中要注重祛湿、辅以补阳, 同时兼以行气, 方可利于湿证为主的非酒精性脂肪肝的痊愈。

4.3. 瘀证

(一) 理论辨析

非酒精性脂肪肝的血瘀证多见于痰湿久病而化瘀者。首先, 饮食不节致痰湿内生, 痰湿困阻中焦, 脾运失职而成脾虚。脾虚生湿更甚, 土壅木郁致肝气郁结。肝郁气滞则血行不畅, 瘀血内停。痰、湿、瘀互结, 流注于肝, 肝络受阻, 终成脂肪肝。此为恶性循环, 痰瘀互为因果, 可相互转化。痰阻于血脉, 影响气血的运行, 导致血瘀; 瘀血日久, 阻碍气机的升降出入功能, 导致津液停滞成痰, 最终导致痰瘀同病[19]。血瘀证临床表现为胁下痞块刺痛拒按, 舌质紫暗或有瘀斑, 脉象弦涩。其病理特征表现为血液“黏”、“浓”、“凝”、“聚”的异常状态, 红细胞硬化指数显著升高, 提示红细胞变形性差, 不易通过毛细血管, 易导致瘀血形成。B 超检查显示, 此类患者以重度脂肪肝为主[20]。

(二) 治疗

治疗上需以祛瘀为主, 补气健脾、祛痰化湿为辅, 可采取血府逐瘀汤之思路论治。中药红花、桃仁, 味苦、辛, 善养血活血, 祛瘀而不伤正。《名医别录》: “止咳逆上气, 消心下坚, 除卒暴击血, 破癥瘕, 通脉, 止痛。”有学者研究表明, 桃仁提取物能显著降低 NAFLD 模型大鼠血清中的 TC (总胆固醇)、TG (甘油三酯) 和 LDL-C (低密度脂蛋白) 水平。若非酒精性脂肪肝患者气虚症状明显, 可酌加黄芪补气之中药。黄芪为“补气诸药之最”, 归脾、肺经。气虚则血行无力, 黄芪通过大补脾肺之气, 为血液运行提供动力(气行则血行)。以上分型可见表 1。

Table 1. Exploration of diagnosis and treatment strategies for non-alcoholic fatty liver disease based on the theory of phlegm-dampness and blood stasis

表 1. 基于痰湿瘀理论探究非酒精性脂肪肝辨治思路

证型	治则	方剂思路	中药(列举)
痰证	苦温燥湿为主, 健脾理气为辅	二陈汤、柴胡疏肝散	山楂、泽泻、丹参
湿证	祛湿为主, 补阳行气为辅	真武汤、金匮肾气丸	仙灵脾、肉苁蓉
瘀证	祛瘀为主, 补气健脾、祛痰化湿为辅	血府逐瘀汤	桃仁、红花

5. 案例举隅

患者, 男, 42 岁, 2023 年 11 月 10 日就诊, 主诉右肋肋部胀痛反复发作 1 年, 加重 1 周。患者形体

壮实, BMI = 29.5 kg/m², 有高血压病史, 平素喜食甜食、油炸食品, 极少运动, 无饮酒嗜好, 1年前单位体检发现脂肪肝, 未予重视, 近1周因工作压力大, 自觉右肋肋部胀满刺痛, 夜间尤甚, 伴有胸闷气短, 肢体沉重, 乏力懒言, 偶有头晕, 遂来我院就诊。腹部B超示肝实质回声前场增强, 后场衰减, 肝内管道结构显示不清, 提示重度脂肪肝; 实验室检查肝功能示 ALT: 115.4 U/L, AST: 68.2 U/L, γ -GT: 89 U/L; 血脂示甘油三酯(TG): 3.4 mmol/L, 总胆固醇(TC): 6.8 mmol/L。刻下症见形体肥胖, 面色晦暗, 右肋刺痛固定不移, 脘腹胀满, 肢体困重, 纳食不馨, 夜寐欠安, 大便黏滞不爽, 舌质紫暗, 舌底络迂曲怒张, 苔白厚腻, 脉弦涩。中医诊断为积聚(痰瘀互结证), 治法为活血化瘀, 化痰散结, 疏肝健脾, 处方为膈下逐瘀汤合温胆汤加减, 具体药物为桃仁 15 g、红花 10 g、当归 15 g、川芎 15 g、赤芍 15 g、五灵脂 10 g(包煎)、延胡索 15 g、法半夏 15 g、陈皮 15 g、茯苓 30 g、竹茹 10 g、枳实 15 g、山楂 30 g、决明子 30 g、泽泻 15 g、甘草 6 g, 共 14 剂, 每日一剂, 水煎分三次服; 2023 年 11 月 25 日复诊, 患者诉右肋刺痛感明显减轻, 胸闷乏力好转, 大便已成形, 唯感口干口苦, 晨起明显, 舌质暗红, 苔薄白微腻, 脉弦, 继用前方, 去五灵脂、竹茹, 加柴胡 10 g、黄芩 15 g、丹参 20 g、郁金 15 g、荷叶 15 g, 仍 14 剂, 每日一剂, 水煎分三次服; 2023 年 12 月 20 日复诊, 患者无明显不适, 精神转佳, 饮食睡眠正常, 复查肝功能示 ALT: 32.1 U/L, AST: 28.5 U/L, γ -GT: 45 U/L; 血脂示 TG: 1.6 mmol/L, TC: 5.3 mmol/L; 腹部 B 超示肝实质回声稍致密, 前场轻度增强, 提示轻度脂肪肝, 嘱其控制饮食, 加强有氧运动, 定期随访。

按: 该患者中年男性, 形体肥胖, 虽无饮酒史, 但长期嗜食肥甘厚味, 导致脾失健运, 水谷精微不归正化, 聚湿成痰, 痰湿内蕴, 阻滞气机, 气滞则血瘀, 终致痰瘀互结, 痹阻肝络, 形成积聚。辨证分析痰浊阻滞中焦, 故见肢体困重、脘腹胀满、苔白厚腻; 瘀血阻滞肝络, 不通则痛, 故见右肋刺痛固定不移、舌质紫暗、舌下络脉迂曲、脉弦涩, 综观舌脉症, 辨为痰瘀互结证。治疗思路为“痰瘀同治”, 以活血化瘀、化痰散结为主, 方选膈下逐瘀汤合温胆汤加减, 方中桃仁、红花、当归、川芎、赤芍、五灵脂、延胡索活血化瘀, 通络止痛; 法半夏、陈皮、茯苓、竹茹、枳实理气化痰, 清胆和胃; 并重用山楂、决明子、泽泻消食化积, 降脂泄浊。二诊时瘀血渐化, 痰浊未清, 故去破血之五灵脂, 加柴胡、黄芩疏肝清热, 丹参、郁金加强活血行气之功, 荷叶升清降浊。全方共奏活血化瘀、化痰通络、疏肝健脾之效, 使痰瘀得化, 肝络得通, 从而逆转了重度脂肪肝的病理状态。

6. 讨论

非酒精性脂肪肝起病隐匿, 早期多无特异性症状, 近年来其发病率在全球范围内持续攀升, 且发病群体呈现明显的年轻化趋势, 已成为威胁公众健康的重要慢性肝病之一。古代医家虽未明确提出“非酒精性脂肪肝”这一病名, 但其相关病症多被归为“积聚”、“胁痛”、“痰浊”等范畴, 认为其形成多与内在的脾失健运、痰湿内生、气血瘀滞相关, 外在则与饮食不节、劳逸失调、情志郁结等因素密切相关, 病机关键在于痰湿瘀浊阻滞肝络, 导致肝脏疏泄功能失常。而随着现代社会生活节奏加快、饮食结构显著改变, 高糖、高脂、高热量食物摄入过多, 加之久坐少动的生活方式普遍存在, 非酒精性脂肪肝的病因病机也随之发生了变化。笔者认为“痰瘀互结”已成为当代非酒精性脂肪肝发病及病情进展的核心病理环节, 长期饮食失宜导致脾运化功能受损, 水湿不化聚而成痰, 痰湿阻滞气机又致血行不畅形成瘀血, 痰瘀胶结于肝脏, 既影响肝的疏泄之职, 又进一步加重脾的运化失常, 形成恶性循环。故本文从痰瘀互结理论入手, 深入探讨其与非酒精性脂肪肝发病机制的内在联系, 梳理相应的辨证要点与治疗思路, 旨在为临床诊治非酒精性脂肪肝提供更具针对性的理论依据与实践参考。

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] 非酒精性脂肪性肝病诊疗指南[J]. 中华肝脏病杂志, 2006(3): 161-163.
- [2] 范建高, 朱军, 李新建, 等. 上海市成人脂肪肝患病率及其危险因素流行病学调查[J]. 中华肝脏病杂志, 2005(2): 9-14.
- [3] 范建高. 第二讲非酒精性脂肪肝的临床流行病学研究[J]. 中华消化杂志, 2002(2): 38-39.
- [4] 覃英, 李苏宁. 浅谈中医中药对脂肪肝的治疗[J]. 中西医结合心血管电子杂志, 2019, 7(26): 143-144.
- [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] 牛兵占. 黄帝内经灵枢译注[M]. 北京: 中国古籍出版社, 2009.
- [7] 柯琼菲, 刘芳芳, 凌家生, 等. 基于“痰湿瘀”理论探讨代谢相关脂肪性肝病铁死亡机制的中医内涵[J]. 中医药导报, 2025, 31(5): 183-187+194.
- [8] 纪桂元, 杨钦河, 谢维宁, 等. 从痰湿探讨胰岛素抵抗致非酒精性脂肪肝的发病机理[J]. 辽宁中医杂志, 2007(8): 1063-1064.
- [9] 李玉梅, 徐鹏, 王晓婉, 等. 免疫炎症视角下脾虚-痰湿在肥胖中的致病机制及中医药防治策略[J]. 中医杂志, 2026, 67(1): 31-37.
- [10] 米永佳, 王茂泓, 李龙华, 等. 全国名中医张小萍教授治疗非酒精性脂肪肝经验[J]. 中国民族民间医药, 2024, 33(12): 80-83.
- [11] 卜志超, 徐嘉新, 孔宪斌, 等. 从脾论治痰证研究进展[J]. 辽宁中医药大学学报, 2020, 22(2): 64-66.
- [12] 薛欣, 李海玉, 李玉梅, 等. 从痰论治脂肪肝机制探讨[J]. 中国中医基础医学杂志, 2014, 20(11): 1472-1475.
- [13] 李寿庆, 辛文华. 疑难顽症从痰论治琐谈[J]. 世界中医药, 2009, 4(3): 152-153.
- [14] 程志红, 萧伟, 王振中. 泽泻调血脂活性成分及其药理和临床应用研究进展[J]. 中草药, 2015, 22(46): 3420-3426.
- [15] 路帅, 郭建利, 张一听, 等. 丹参-泽泻防治非酒精性脂肪肝模型的作用机制研究[J]. 科学咨询(教育科研), 2021(33): 4-6.
- [16] 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.
- [17] 朱小区, 叶小丹, 吴春明. 温肾升阳法对肾阳虚型非酒精性脂肪肝证候的影响[J]. 浙江中医杂志, 2014, 49(2): 90-91.
- [18] 赵锡安, 阎晓红, 侯金凤, 等. 肉苁蓉对负荷运动小鼠肝脏保护作用的探讨[J]. 内蒙古大学学报(自然科学版), 2007, 38(3): 311-313.
- [19] 徐洪涛, 袁成业, 肖香群. 从痰瘀论治非酒精性脂肪肝肝纤维化纂要[J]. 光明中医, 2014, 29(11): 2392-2393.
- [20] 陈静, 叶柏. 脂肪肝证治四法[J]. 南京中医药大学学报, 2006, 22(3): 193-194.