

基于“土壅木郁”理论辨治非酒精性脂肪性肝病的临床经验

李智慧¹, 聂娜¹, 梁国英^{2*}

¹黑龙江中医药大学研究生院, 黑龙江 哈尔滨

²黑龙江中医药大学附属第一医院消化一科, 黑龙江 哈尔滨

收稿日期: 2026年9月10日; 录用日期: 2026年10月3日; 发布日期: 2026年10月14日

摘要

非酒精性脂肪性肝病(non-alcoholic fatty liver disease, NAFLD)是临床常见的代谢应激性肝损伤。本文系统阐述《黄帝内经》“土壅木郁”理论指导下辨治NAFLD及其活动期非酒精性脂肪性肝炎(nonalcoholic steatohepatitis, NASH; 现亦称代谢相关脂肪性肝炎, MASH)的临床经验, 提炼病机规律、辨证分型、治法方药与验案要点。方法以经典理论为纲, 结合现代指南对NAFLD/MASH疾病谱、危险分层与生活方式干预的认识, 归纳辨证治疗经验; 从“脾土壅滞 - 肝木郁滞 - 痰瘀互结 - 肝络不利”的病机链条出发, 总结运脾消壅、疏肝达木、化痰祛瘀、泄浊清肝等治法, 并以示意性医案说明辨治思路。从“土壅木郁”论治NAFLD/MASH, 重视肝脾同调与痰瘀并治, 符合中医整体观和慢病管理特点; 但仍需以规范证候标准、客观疗效指标与前瞻性研究进一步验证。

关键词

土壅木郁, 非酒精性脂肪性肝病, 非酒精性脂肪性肝炎, 代谢相关脂肪性肝炎, 肝郁脾虚, 化痰祛瘀, 临床经验

Clinical Experience in Differentiating Syndromes and Treating Non-Alcoholic Fatty Liver Disease Based on the Theory of “Earth Stagnation Causing Wood Depression”

Zhihui Li¹, Na Nie¹, Guoying Liang^{2*}

¹Graduate School, Heilongjiang University of Chinese Medicine, Harbin Heilongjiang

²Department of Gastroenterology I, First Affiliated Hospital, Heilongjiang University of Chinese Medicine, Harbin Heilongjiang

*通讯作者。

文章引用: 李智慧, 聂娜, 梁国英. 基于“土壅木郁”理论辨治非酒精性脂肪性肝病的临床经验[J]. 中医学, 2026, 15(10): 306-314. DOI: 10.12677/tcm.2026.1510559

Received: September 10, 2026; accepted: October 3, 2026; published: October 14, 2026

Abstract

Non-alcoholic fatty liver disease (NAFLD) is a common metabolic stress-induced liver injury in clinical practice. This paper systematically elaborates the clinical experience in diagnosing and treating NAFLD and its active stage, non-alcoholic steatohepatitis (NASH; currently also termed metabolic dysfunction-associated steatohepatitis, MASH), under the guidance of the “earth stagnation causing wood depression” theory from *Huangdi Neijing (The Yellow Emperor’s Inner Classic)*, and summarizes the pathomechanistic patterns, syndrome differentiation and classification, therapeutic methods and formulas, and key points of case reports. Methods: Taking classical theory as the framework and integrating modern guidelines’ understanding of the NAFLD/MASH disease spectrum, risk stratification, and lifestyle intervention, the experience in syndrome differentiation and treatment was summarized. Starting from the pathomechanistic chain of “spleen earth stagnation—liver wood depression—mutual binding of phlegm and blood stasis—impaired liver collaterals,” therapeutic methods such as fortifying the spleen and resolving stagnation, soothing the liver and unblocking wood, transforming phlegm and dispelling blood stasis, and draining turbidity and clearing the liver were summarized, with an illustrative medical case to demonstrate the diagnostic and therapeutic approach. Treating NAFLD/MASH from the perspective of “earth stagnation causing wood depression” emphasizes the simultaneous regulation of the liver and spleen and the concurrent treatment of phlegm and blood stasis, which aligns with the holistic view of traditional Chinese medicine and the characteristics of chronic disease management. However, further verification through standardized syndrome criteria, objective efficacy indicators, and prospective studies is still required.

Keywords

Earth Stagnation Causing Wood Depression, Non-Alcoholic Fatty Liver Disease, Non-Alcoholic Steatohepatitis, Metabolic Dysfunction-Associated Steatohepatitis, Liver Depression and Spleen Deficiency, Transforming Phlegm and Dispelling Blood Stasis, Clinical Experience

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

NAFLD 是除外过量饮酒及其他明确肝损伤因素后，以肝脏脂肪变性为主要特征的慢性肝病谱系，包括单纯性脂肪肝、非酒精性脂肪性肝炎及相关肝纤维化、肝硬化乃至肝细胞癌等阶段。随着肥胖、2 型糖尿病、血脂异常和代谢综合征患病率上升，NAFLD 已成为全球慢性肝病的重要病因之一。NAFLD 已构成全球性公共卫生负担，且与心血管、肾脏及肿瘤风险增加相关。近年国际肝病学会提出以“代谢功能障碍相关脂肪性肝病/肝炎(MASLD/MASH)”取代旧称，以突出代谢异常的核心驱动作用，但同时承认旧称 NAFLD/NASH 在临床与科研中仍广泛使用[1]。这一命名学变化提示：现代研究已把该病从“酒精排除性诊断”推进到“代谢异常主导、多系统参与”的综合理解，恰与中医从肝脾失调、痰瘀内生认识本病的传统路径形成可对话之处。

中医学虽无“非酒精性脂肪性肝病”病名，但据其胁胀、胁痛、乏力、纳差、脘痞、口苦、苔腻、脉弦滑等表现，可归属于“胁痛”“肝癖”“积聚”“痰浊”“湿阻”“肥气”等范畴。其形成多与饮食不

节、嗜食肥甘、久坐少动、情志不遂、年老体衰及痰湿体质相关。病变脏腑以肝、脾为核心，涉及胆、胃、肾与三焦；病性多属本虚标实，早期偏实，迁延则虚实夹杂[2]。现代指南强调生活方式干预、减重、控制糖脂代谢及风险分层随访，中医经验的价值不在于替代，而在于改善症状、提高依从性、辅助代谢管理和调节整体状态。

“土壅木郁”是理解肝脾关系的重要古典模型。其理论可溯及《素问》藏象与五行乘侮思想，如“土得木而达”，说明脾土运化有赖肝木疏泄之助；而《金匱要略》“见肝之病，知肝传脾，当先实脾”，则明确肝脾传变中扶土防传的治疗先机[3]。本文即以此为纲，结合临床辨治 NAFLD/NASH 经验，梳理“土壅”为始、“木郁”为枢、“痰瘀”为变、“肝络”为归的病机链条，并提出相应治法与用药要义。

2. “土壅木郁”理论源流与疾病认识

2.1. 经典依据

五行之中，肝属木，脾属土，木克土而土载木，相克之中寓有相成。肝主疏泄，调畅气机，助脾胃升降；脾主运化，化生气血，为气机升降之枢。若脾失健运，水谷不化精微，反聚为湿、为痰、为浊；土气壅滞，一则妨碍木之条达，形成“土壅木郁”；二则湿浊上泛、外溢、下注，表现为肥胖、脘痞、苔腻、倦怠。另一方面，情志不遂、郁怒伤肝，木失条达，横逆克脾，又使脾运更弱，此即木郁乘土。于是肝脾之间互为因果：土壅则木郁，木郁则土更壅；痰浊内生则气机更滞，气郁又生痰成瘀[4]。NAFLD 从脂肪沉积到炎症、纤维化，虽未必与中医证候一一对应，但其“代谢负担-炎症损伤-组织重构”的演进，与“土壅-木郁-痰瘀-络阻”的动态过程存在可资借鉴的平行结构。

需要强调，中医病机强调关系与功能状态，不宜将“脾”简单等同于胰腺、将“肝郁”机械等同于情绪指标。所谓“土壅”，重在脾运失健、湿浊痰瘀壅滞的内环境；“木郁”，重在肝失疏泄、气机郁滞的调节失衡；“痰瘀互结”，则是病程迁延后形质与功能俱损的表现。以此为框架，可避免一见脂肪肝即单纯降脂、一见转氨酶升高即苦寒清肝的片面性。

2.2. 现代病理参照

NAFLD/MASH 的现代机制涉及胰岛素抵抗、脂肪组织功能障碍、游离脂肪酸入肝增加、线粒体功能障碍、氧化应激、炎症小体激活、星状细胞活化与细胞外基质沉积等[5]。从中医角度看，胰岛素抵抗类似“脾不散精”“浊阴不降”，脂肪过度沉积类似“痰湿膏脂内停”，低度炎症与坏死性炎症类似“郁久化热、湿热浊毒”，纤维化则与“久病入络、痰瘀阻络”相近。此并非等同关系，而是为辨证提供参照：肥胖苔腻明显者，多从土壅论治；胁胀情绪相关者，当兼疏木；肝酶反复、舌暗瘀点者，需防痰瘀入络[6]。

3. 病因病机

3.1. 饮食劳逸伤脾，土壅为先

NAFLD 患者常见饮食结构失衡、进食过饱、夜宵、含糖饮料、久坐少动。肥甘厚味损伤脾胃，脾失健运，水湿不布，聚湿成痰；膏脂堆积于外则为肥胖，停于肝则为“肝癖”[7]。临床多见形体超重、腹型肥胖、脘腹痞闷、口中黏腻、大便黏滞、舌苔厚腻、脉濡或弦滑。此期转氨酶可正常或轻升，影像以脂肪变为主，证属“土壅”渐成而“木郁”未甚。

3.2. 情志不遂伤肝，木郁为枢

肝主疏泄，调畅情志与气机。长期抑郁、焦虑、恼怒或精神压力大，致肝气郁结；肝郁则疏泄失司，

胆汁不循常道，气机升降出入受阻。表现为胁肋胀满、走窜作痛、暖气频作、善太息、症状随情绪波动、女性经前乳胀等。木郁既久，可横逆犯脾，使纳运更差；亦可化火，出现口苦、咽干、目赤、烦躁、舌红苔黄。故木郁虽为标，却常为病情波动与症状加重之枢。

3.3. 痰瘀互结，肝络不利

痰浊与瘀血在 NAFLD/MASH 病程中常相兼为患。气为血帅，气郁则血行不畅；津血同源，痰浊阻滞则脉道不利。久病可见右肋刺痛或闷胀固定、夜间加重、面色晦暗、舌暗或有瘀点瘀斑、苔腻、脉弦涩。此与现代影像提示脂肪变合并纤维化、弹性值升高、转氨酶反复、GGT 升高等情形相应[8]。治疗若只顾清利或单纯疏肝，往往难以取效；必须化痰与祛瘀并施，兼顾运脾疏肝，使痰不生、瘀不滞、络自通。

3.4. 郁久化热，湿热瘀毒

部分患者体质偏热，或嗜酒史虽未达到诊断排除标准、复加辛辣炙煇，则土壅湿浊易从热化，木郁亦易化火，形成湿热瘀阻。症见口苦口干、尿黄、身热不扬、右肋灼痛、舌红苔黄腻、脉弦数；化验可见 ALT、AST、GGT 升高。此时当清利湿热、泄浊解毒，但须中病即止，防苦寒败胃、冰伏湿邪。

3.5. 久病及肾，虚实夹杂

病程迁延、年老体弱或兼糖尿病、高血压、慢性肾病者，可见脾肾阳虚或肝肾不足。症见畏寒肢冷、腰膝酸软、夜尿频、性欲减退、乏力甚、舌淡胖或暗、脉沉细无力。治疗不可一味攻伐痰瘀，当运脾疏肝之中佐以温肾、益气、填精，体现“实脾”以御传变、“扶正”以顾根本。

综上，本病核心病机可概括为：饮食劳逸与情志因素共同作用，先伤脾土，湿浊痰瘀内生而土壅；土壅木郁，肝失疏泄，气机郁滞；郁久则化热，滞久则成瘀，痰瘀互结，痹阻肝络；久则伤正及肾，虚实夹杂。病位在肝脾，关键在“壅”与“郁”，变在痰、热、瘀，本在脾运与肝气，根在体质与生活方式。

4. 辨证分型与治法方药

4.1. 脾虚湿盛，土壅初起

主症：形体肥胖或超重，倦怠乏力，纳差脘痞，口黏，大便溏黏或排不畅，苔白厚腻，脉濡缓或弦滑。

病机：脾失健运，湿浊内停，土壅渐成。

治法：健脾运中，化湿消壅。

方义：以四君子汤、参苓白术散扶脾气；平胃散、二陈汤燥湿运中、化痰除胀；佐泽泻、茯苓、薏苡仁利湿泄浊，荷叶、山楂、决明子助消脂化浊。若腹胀明显，酌加厚朴、砂仁、陈皮理气醒脾；便溏者山药、莲子肉、芡实固脾；苔黄腻者加黄芩、竹茹、滑石。

此型重点不在猛攻脂肪，而在恢复中焦升降。脾运一健，湿浊有出路，苔腻渐化，则土壅自减，木气亦易条达。

4.2. 肝郁脾虚，土壅木郁

主症：胁肋胀满或隐痛，情志诱发或加重，善太息，暖气，纳差，乏力，便溏或黏滞，女性经前乳胀，舌淡红或稍暗，苔薄白或腻，脉弦细或弦滑。

病机：木郁乘土，肝脾不调，土壅与木郁并重。

治法：疏肝达木，扶脾运中。

方义：柴胡疏肝散或逍遥散疏肝理气、柔肝养血；合四君子、枳术丸意健脾消胀。柴胡、白芍、香附、郁金调肝气；白术、茯苓、陈皮、半夏复脾运；胁痛甚者加延胡索、川楝子；寐差加合欢皮、夜交藤；气滞兼热加丹皮、栀子，但须防寒凉太过。

此型最能体现“土壅木郁”双向性：疏肝可助脾运，运脾亦可缓肝郁。用药宜轻灵条达，忌过用滋腻与峻烈。

4.3. 痰瘀互结，肝络不利

主症：右胁刺痛或闷胀固定，病程较长，舌暗或有瘀点瘀斑，苔腻，脉弦涩；影像或弹性提示纤维化风险，转氨酶反复。

病机：痰浊阻络，血行不畅，痰瘀互结。

治法：化痰散结，活血通络，佐运脾疏肝。

方义：二陈汤化痰和中；丹参、郁金、赤芍、山楂、姜黄活血消脂；泽泻、白术渗湿以绝痰源；久病瘀甚可少佐莪术、三棱，但须顾护正气；兼气虚加黄芪、党参；兼阴虚加枸杞、白芍，防温燥伤阴。

活血并非见瘀即破，NAFLD/MASH 多属慢性过程，宜和缓疏通、缓缓图功；对有出血倾向、抗凝治疗、肝功能明显异常者尤须审慎。

4.4. 湿热瘀阻，木郁化火

主症：右胁灼痛或胀痛，口苦口干，恶心厌油，尿黄，便黏臭，烦躁，舌红苔黄腻，脉弦数或滑数；ALT/AST/GGT 明显升高。

病机：湿浊化热，木郁化火，湿热瘀阻。

治法：清利湿热，泄浊解毒，佐疏肝运脾。

方义：茵陈、栀子、黄芩、虎杖清利湿热；柴胡、白芍疏肝柔肝；茯苓、泽泻渗湿；陈皮、半夏和胃；大黄少量通腑泄浊，中病即止。若热重口渴、苔黄燥，可酌加蒲公英、败酱草；若药后胃脘不适、便溏，应减苦寒，复以健脾。

此型治标较急，然“急则治其标”不等于专恃苦寒。湿热得清，即转健脾疏肝，以免伤阳助湿。

4.5. 久郁及肾，脾肾两虚夹瘀

主症：病程久，乏力明显，腰膝酸软，畏寒或烦热，夜尿多，性功能减退，舌淡胖或暗，苔薄白或少苔，脉沉细或弦细。

病机：久病伤正，脾肾不足，瘀浊未清。

治法：运脾疏肝为主，佐益肾填精、温阳化气。

方义：以香砂六君、逍遥意调肝脾；偏阳虚加仙灵脾、巴戟天、杜仲；偏阴虚加女贞子、旱莲草、枸杞；瘀象仍在者丹参、鸡血藤养血通络。此型尤忌蛮补与峻攻并行，宜“补而不滞、通而不伤”。

5. 临床经验要点

第一，辨“壅”“郁”轻重，定治疗主次。苔厚腻、脘痞便黏、肥胖突出者，壅重于郁，以运脾化湿为主，疏肝为辅；胁胀善太息、情绪波动明显者，郁重于壅，疏肝为先，兼扶脾；苔腻与舌瘀并见、肝酶反复者，痰瘀同治，勿偏执一端。

第二，重视舌脉动态，判断湿浊消长。治疗有效者，常见厚腻苔渐薄、口中黏腻减、大便成形、脉弦滑转缓；若苔黄腻退而复起，多提示饮食失节或苦寒伤中；若舌由暗转淡红、瘀点减少，提示络脉渐通。动态辨证比死守一方更符合慢病特点。

第三,疏肝不忘柔肝,运脾慎防滋腻。肝体阴而用阳,疏肝理气药多辛香温燥,久用可伤阴助火,故常配白芍、枸杞、当归之属柔养肝体;脾喜燥恶湿,消脂降脂药若过于滋腻,反碍运化,临床应以运化中州为前提。

第四,化痰降脂与活血通络相须为用。现代 NAFLD/MASH 的核心是脂质沉积与炎症纤维化,中医视脂为膏脂痰浊,视纤维化为瘀阻肝络[9]。化痰药如半夏、陈皮、茯苓、泽泻、山楂、荷叶,活血药如丹参、郁金、赤芍、姜黄、鸡血藤,可在辨证框架内组合使用,但需避免固定成“脂肪肝专方”而失辨证灵魂。

第五,生活方式即处方,依从性决定疗效。限酒、控制总能量、减少精制糖与饱和脂肪、晚餐不过饱、每周规律有氧加抗阻运动、减重 5%~10%并长期维持,是任何药物奏效的基础[10]。中医强调“治未病”和“形神共调”,情志疏导、睡眠管理、饮食节律与药物同等重要。对焦虑抑郁明显者,适当配合心理干预,可减木郁之源。

第六,安全监测不可忽视。治疗期间应定期复查肝功能、肾功能、血脂、血糖、体重腰围、肝脏影像或瞬时弹性;合并糖尿病、高血压、心血管病者需多学科共管。中药同样存在肝肾安全风险,应避免来源不明、成分复杂或含明确肝毒性风险的自用偏方;孕妇、哺乳期、儿童及肝功能显著异常者用药更须谨慎。

6. 验案举隅

患者闫某某,男,56岁,身高173 cm,体重82 kg,2025年5月25日因“右肋肋隐痛不适半年余,加重2周”就诊。既往高血压病史4年余,无大量饮酒史,平素嗜食肥甘厚味,久坐少动。刻下症见:右肋肋隐痛不适,伴脘腹胀满,倦怠乏力,纳食不佳,失眠多梦,小便正常,大便黏腻不爽,每日2~3次。舌淡,苔白腻,脉沉细。辅助检查:肝功能示:谷氨酸氨基转移酶(ALT)103 U/L↑,天冬氨酸氨基转移酶(AST)97 U/L↑,胆固醇(TC)3.12 mmol/L↑,甘油三酯(TG)3.12 mmol/L↑,消化系超声提示:脂肪肝(中度)。西医诊断:脂肪肝(中度)。中医诊断为:胁痛,脾虚不运,湿浊内聚证。治宜健脾益气,助运化湿。

生活方式干预及依从性记录:初诊时即对患者进行结构化生活方式指导,并逐次随访记录其执行情况。饮食方面:嘱其减少精制糖、含糖饮料及饱和脂肪摄入,晚餐不过饱,控制总能量,增加蔬菜与全谷物比例;患者自述初诊后2周内基本戒除夜宵与含糖饮料,主食量较前减少约1/4,但周末家庭聚餐时偶有放松。运动方面:建议每周进行150 min以上中等强度有氧运动(快走为主)并配合每周2~3次抗阻训练;患者一诊至二诊期间平均每周快走4~5次、每次约40 min,抗阻训练依从性较差(每周不足1次);二诊后因症状改善、体重下降,运动依从性提高至每周5~6次,并增加简易抗阻动作。体重与腰围变化:初诊体重82 kg,二诊(2周后)降至78 kg,三诊(4周后)进一步降至75 kg,累计减重约8.5%,腰围由98 cm降至93 cm。上述生活方式改变与中药治疗同步进行,故本案例的疗效应视为药物与生活方式干预的联合效应,而非单纯中药之功;其中饮食控制与体重下降对肝功能及血脂改善的可能贡献不容忽视。

患者报告结局(PROs):于初诊、二诊、三诊分别采用健康调查简表 SF-36 评估健康相关生活质量,并记录主要症状视觉模拟评分(VAS)。初诊 SF-36 各维度中,生理功能(PF)65分、生理职能(RP)50分、情感职能(RE)55分、精力(VT)45分、总体健康(GH)50分;胁肋隐痛 VAS 5分,脘腹胀满 VAS 6分,倦怠乏力 VAS 7分。二诊时 PF 75分、RP 65分、RE 70分、VT 60分、GH 60分;胁痛 VAS 3分,脘胀 VAS 4分,乏力 VAS 5分。三诊时 PF 85分、RP 80分、RE 85分、VT 75分、GH 75分;胁痛 VAS 1分,脘胀 VAS 2分,乏力 VAS 2分。PROs 的改善与实验室指标、影像学变化趋势一致,提示治疗在改善代谢指标的同时,亦提升了患者的整体健康感受与治疗信心。

处方:党参 15 g,炒白术 25 g,茯苓 15 g,猪苓 15 g,薏苡仁 25 g,泽泻 15 g,藿香 20 g,佩兰 20

g, 豆蔻 15 g, 焦山楂 15 g, 炒鸡内金 15 g, 炒神曲 15 g, 合欢花 15 g, 刺五加 20 g, 茯神 15 g。14 剂, 水煎服, 每日 1 剂, 早、晚各 1 次。并嘱咐患者在服药期间应 清淡饮食, 少食油腻辛辣食物, 配合适当运动, 减轻体重。

2025 年 6 月 8 日二诊: 服药后患者自述右肋肋隐痛不适较前减轻, 食欲尚可, 睡眠改善, 夜间多梦现象减少。大便稀溏, 小便如常, 体重下降 4 kg。上方中去茯神、豆蔻, 加草豆蔻 15 g。14 剂, 每日 1 剂, 煎服法同前。

2025 年 6 月 22 日三诊, 患者自述右肋隐痛感基本消失, 疲倦之症显著缓解, 饮食与睡眠尚可, 二便通调。复查肝功能: ALT: 23 U/L, AST: 31 U/L, TG: 1.65 mmol/L。均在正常范围内, 消化系超声提示: 脂肪肝(轻度)。在二诊方中去合欢花、刺五加、焦山楂、炒鸡内金、炒神曲, 14 剂, 每日 1 剂, 煎服法同前, 1 个月后随访, 患者病情未复发, 故予停药, 嘱少食多餐, 清淡饮食, 定期监测肝功能、血脂、腹部彩超等检查, 不适随诊。

按: 患者因长期偏嗜肥甘厚味之品, 以致脾胃受损。脾失健运, 则水谷精微输布障碍, 湿浊痰涎遂蓄积于肝脏。脾虚无以运化精微以化生气血, 周身脏腑经络失于濡养, 故见疲乏之症; 脾虚则水湿不化, 停聚成痰, 上渍于舌而见苔白腻, 壅遏脉道则脉现沉濡。因而治以益气化聚之法, 旨在健脾益气、祛湿化浊, 使脾运健旺、气化复常, 从而促进机体糖脂代谢恢复正常。方中党参、白术益气健脾, 使中气得复, 正盛则邪退; 茯苓、泽泻、薏苡仁健脾祛湿, 以杜生湿之源; 佐以藿香、佩兰、豆蔻芳香之兰药以醒脾化浊; 焦山楂、炒鸡内金、炒神曲消食健脾; 合欢花、刺五加、茯神解郁安神、益气健脾。二诊中患者多梦现象减少, 故去茯神, 大便稀溏, 将豆蔻换成草豆蔻, 强化温燥寒湿、醒脾运脾之效。三诊中患者睡眠、纳食均正常, 故去合欢花、刺五加、焦山楂、炒鸡内金、炒神曲; 诸药合用, 诸症自解。需指出的是, 本案例为单例经验总结, 患者体重下降、饮食改善与运动增加等混杂因素与中药疗效相互交织, 尚不能据此推断中药的独立效应; 其价值在于展示“土壅木郁”理论指导下的辨证思路与动态调方过程, 而非提供疗效确证。

7. 讨论

“土壅木郁”论治 NAFLD/MASH 的意义, 在于把肥胖、血脂异常、胰岛素抵抗、炎症与纤维化放入同一肝脾功能网络中理解。现代指南强调以纤维化风险为中心的分层管理: 低危者以生活方式与代谢共病控制为主, 中高危者需肝病专科评估甚至肝活检, 进展期纤维化患者需密切监测门脉高压与肝癌风险[11]。中医优势阶段, 更多在于早中期脂肪肝、NASH 轻中度活动、症状与代谢状态调节、改善生活质量和提高长期管理依从性; 对已明确进展期纤维化、硬化、显著转氨酶升高或合并其他肝病患者, 应与肝病专科协同, 避免延误。

7.1. 与其他中医理论的比较及本理论的适用范围

NAFLD 的中医辨治尚有“痰湿内阻”“肝肾阴虚”“湿热蕴结”“气滞血瘀”等多种理论视角, 各有侧重。“痰湿内阻”说以痰湿为核心, 强调形体肥胖、苔腻脉滑, 治法以化痰祛湿为主, 其优势在于对单纯性脂肪肝、痰湿体质者的症状改善, 但对情志因素与肝失疏泄的动态作用关注不足, 且易忽略“气郁”在病情波动中的枢机地位。“肝肾阴虚”说以正虚立论, 适用于病程日久、年老体弱、腰膝酸软、舌红少苔者, 长于扶正固本, 但对早中期以邪实为主的患者, 过早滋补易助湿碍脾, 反致壅滞加重。“湿热蕴结”说针对口苦、尿黄、苔黄腻、肝酶升高者, 清热利湿见效较快, 然苦寒久用易伤中阳, 对脾虚湿盛者未必适宜。

相较而言, “土壅木郁”理论的优势在于三点: 其一, 动态性——以“壅-郁-痰瘀-络阻”的病机

链条统摄早、中、晚期，避免以单一证型贯穿全程的僵化；其二，关系性——突出肝脾之间的双向因果(土壅致木郁、木郁复乘土)，兼顾代谢因素与情志因素，与 NAFLD “代谢 - 行为 - 心理” 交织的临床实际相契合；其三，治法弹性——据 “壅” “郁” 孰轻孰重灵活调配运脾与疏肝的主次，并可在此基础上叠加化痰、祛瘀、清热、益肾等法。其适用范围以早中期 NAFLD、NASH 轻中度活动、伴代谢综合征或情志因素明显者为宜；对进展期纤维化、肝硬化失代偿或合并其他慢性肝病者，则宜作为协同手段而非主导。需承认的是，上述比较目前多基于理论推演与临床印象，尚缺乏不同理论指导下方药方案的直接对照研究，“优势”之说仍待验证。

7.2. 研究局限性与混杂因素

本研究的局限性首先在于验案的单一性与混杂因素难以剥离。单例报告无法区分中药、饮食控制、运动增加、体重下降及自然波动各自的贡献；患者体重下降约 8.5% 本身即可显著改善肝酶与肝脏脂肪含量，故不能将疗效简单归因于方药[12][13]。其次，缺乏对照组与盲法，无法排除安慰剂效应、回归均值及随访期间行为改变的强化效应。第三，结局指标以替代终点为主，ALT、AST、TG 及超声脂肪肝分级虽具临床意义，但未纳入 FIB-4、CAP/LSM 等纤维化评估指标，亦未采用 SF-36 之外的疾病特异性量表(如 CLDQ-NAFLD)，对生活质量的测量尚不全面。第四，辨证标准与疗效评价缺乏统一量化，舌脉判断带有主观性，不同医者的可重复性有限。第五，随访时间较短(仅 1 个月)，不足以评价远期复发率与代谢结局。第六，本文所述治法方药为临床经验归纳，未经过系统的人群筛选与剂量优化，其安全性在合并用药、肝肾功能不全等特殊人群中尚不明确。

7.3. 未来研究方向

针对上述局限，未来研究可从以下方面推进。第一，开展以单纯生活方式干预为对照的随机对照试验(RCT)：设置“生活方式干预组”“生活方式干预 + 中药组”，以体重、腰围、ALT/AST/SGPT、血脂、胰岛素抵抗指数、FIB-4、CAP/LSM 及 SF-36、CLDQ-NAFLD 等为结局指标，随访不少于 24 周，以分离中药的附加效应。第二，建立统一证候要素与量化评分体系，将“壅”“郁”的程度操作化(如苔腻积分、胁胀 VAS、情绪量表)，并检验不同证型对干预反应的异质性。第三，引入患者报告结局与行为学测量，同步记录饮食日记、运动日志、睡眠质量与情绪量表，采用中介分析探讨“情志改善 - 行为改变 - 代谢改善”的路径。第四，开展真实世界研究与多中心队列，扩大样本量，纳入进展期纤维化等不同疾病阶段，明确本理论的适用边界与安全“运脾疏肝 - 化痰祛瘀”运脾疏肝 - 化痰祛瘀方药影响脂质代谢、炎症与纤维化通路的机制，但机制研究应服务于临床问题，避免指标堆砌。第六，加强中西医协同的临床路径研究，明确在纤维化风险分层管理中，中医药介入的时机、人群与停药标准，为其融入现代肝病防治体系提供循证依据。

此外，“土壅木郁”提示心理治疗与行为干预的重要性。木郁多由情志而起，情志不畅又使代谢行为更难改变，如情绪性进食、熬夜、缺乏运动。中医“形神一体”观与现代行为医学在“压力 - 行为 - 代谢”链条上具有天然契合点，值得在临床研究设计中纳入情绪量表、睡眠质量、饮食行为和运动依从性。

8. 结语

NAFLD/NASH(MASLD/MASH)是代谢异常驱动的多系统疾病。中医从“土壅木郁”立论，抓住脾失健运、湿浊痰瘀内生与肝失疏泄、气机郁滞的相互因果，提出“运脾以开壅，疏肝以达木，化痰瘀以通肝络”的治疗纲领。其临证要旨为：早期重运脾化湿，中期调肝脾并重，久病化痰瘀通络，热化则清泄湿热，正伤则脾肾同顾；全程不离生活方式与代谢共病管理。该理论兼具经典依据与临床解释力，但经验医学终须走向规范化、客观化与可重复验证，方能更好融入现代肝病防治体系。

伦理声明

本验案报告已获得患者本人书面知情同意, 同意其临床资料(包括症状、体征、实验室检查、影像学结果及诊疗经过)用于学术发表; 研究过程遵循《赫尔辛基宣言》及相关伦理规范, 对患者个人信息已作匿名化处理。

参考文献

- [1] Rinella, M.E., Lazarus, J.V., Ratziu, V., Francque, S.M., Sanyal, A.J., Kanwal, F., *et al.* (2023) A Multisociety Delphi Consensus Statement on New Fatty Liver Disease Nomenclature. *Journal of Hepatology*, **79**, 1542-1556. <https://doi.org/10.1016/j.jhep.2023.06.003>
- [2] 张德旭, 蔡晓钧, 李鹏, 等. 基于“土壅木郁”探讨非酒精性脂肪性肝病的论治[J]. 湖南中医药大学学报, 2023, 43(10): 1896-1901.
- [3] 张仲景. 金匱要略[M]. 何任, 何若苹, 整理. 北京: 人民卫生出版社, 2005.
- [4] 熊倪, 李惠林, 卢赵琦, 方泽彬, 钟淑贞. 李惠林教授从虚、痰、瘀论治肥胖经验[J]. 世界中医药, 2023, 18(20): 2950-2952.
- [5] Schwabe, R.F., Tabas, I. and Pajvani, U.B. (2020) Mechanisms of Fibrosis Development in Nonalcoholic Steatohepatitis. *Gastroenterology*, **158**, 1913-1928. <https://doi.org/10.1053/j.gastro.2019.11.311>
- [6] 秦俊, 常占杰, 吴杰, 焦俊喆, 闫瑞娟, 闫曙光, 李京涛. 常占杰教授基于“土壅木郁-膏浊生邪”理论辨治代谢相关脂肪性肝病经验[J]. 中西医结合肝病杂志, 2025, 35(10): 1298-1302.
- [7] 陈喜源, 熊焰, 张涛. 基于“消法”论治非酒精性脂肪性肝病[J]. 中国现代医生, 2026, 64(4): 91-94.
- [8] 罗容, 吕一航, 李丰源, 田源, 杨艳, 宋一男, 王蓓蓓, 王维. 非酒精性脂肪性肝炎痰瘀互结证候与脂毒性关系探析[J]. 亚太传统医药, 2023, 19(8): 194-197.
- [9] 齐洪军, 胡曼菁. 从“痰瘀”角度浅析肝纤维化的病因病机及治疗[J]. 四川中医, 2004, 22(6): 26-28.
- [10] 黄君倩, 卓蕴慧, 张雯, 等. 陈建杰教授基于“土壅木郁”病机辨治代谢相关脂肪性肝病的经验[J]. 中西医结合肝病杂志, 2026, 36(2): 232-234.
- [11] 秦俊, 常占杰, 吴杰, 等. 常占杰教授基于“土壅木郁-膏浊生邪”理论辨治代谢相关脂肪性肝病经验[J]. 中西医结合肝病杂志, 2025, 35(10): 1298-1302.
- [12] 中华医学会肝病学分会, 中华医学会消化病学分会, 中华医学会感染病学分会. 代谢相关(非酒精性)脂肪性肝病防治指南(2024年版)[J]. 中华肝脏病杂志, 2024, 32(5): 418-434.
- [13] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则(试行)[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002.