針灸治療頸型頸椎病的研究進展

鄭文杰　陶飛　張靜　李林

（四川省簡陽市中醫醫院針灸科）

【摘要】目的：介紹近10年來國內文獻關於針灸治療頸型頸椎病的方法。方法：通過查閱相關文獻，對頸型頸椎病的發病機制、國內現有的針灸臨床治療方法的相關文獻進行綜述。結果：針灸治療頸型頸椎病有可靠的療效，但在研究方面也存在一些問題。

【關鍵詞】頸型頸椎病　針灸治療　綜述

頸型頸椎病是頸椎病的一種類型，也有學者認為是頸椎病的前期表現或先兆，是頸椎病中最常見的一種，主要是因頸部勞損、頸椎退變引起的，以頸部症狀為主，伴有枕、偏頭或肩、上背部不適的一組臨床綜合征[1,2]。關於頸椎病的病因、病機和臨床治療的研究很多，而頸型頸椎病的相關研究並不多，甚至此型還曾被忽視和不被承認。但隨着現代生活的日益發展，人們工作學習強度的增加以及電腦使用的普及，頸型頸椎病的發病率也隨之增長，逐漸引起臨床研究者的重視。近年來運用針灸治療此病取得良好的效果，其研究情況如下：

1　中西醫對頸椎病的認識

1.1　中醫的認識

在祖國醫學中沒有頸型頸椎病這一提法，但其症狀早已為歷代醫者重視，屬於中醫學中「痹証」、「項強」、「頸筋急」、「頸肩痛」等範疇。《黃帝內經素問．痹論》中提到「風、寒、濕三氣雜至合而為痹也」、《黃帝內經靈樞．九針論》「久立傷骨，久行傷筋，久坐傷肉」。《病機臨証分析》中提到「頸項為三陽經脈所過之處，如果頸項強直，總屬邪客三陽經所致。凡寒濕博於經脈，肌肉必因之拘急而強；風濕博於經脈，筋肉必因之弛張而強」。《張氏醫通》指出：「觀書對弈久坐而致脊背痛」，並認為「肩背痛，脊強，腰似折，項似拔，此足太陽經氣不行也」。故風寒外邪、慢性勞損、或急性損傷等為頸椎病的病因[3]，風寒濕痹，或氣滯血瘀，致經脈不通為頸型頸椎病的主要病機。

1.2　西醫的發病機理

目前多數學者認為其發病機理主要在於長期慢性姿勢不良或受力不當等病因，如長期低頭作業，使頸椎較長時間彎曲，造成頸肌勞損、頸部局部軟組織炎症、炎性物質滲出，使肌肉、韌帶等纖維組織變性、攣縮，久之致使頸部肌肉、韌帶等軟組織功能失調，勞損退變無力束骨，不能正常維持頸椎生理弧度和頸椎椎體等結構的穩定性，頸椎不穩定、異常活動，又造成頸椎生理曲度變小、消失、甚至反弓，加速頸椎（尤其是椎間盤）的退變。其中動靜力失衡學說也得到學術界的認可。[4,5,6]。

2　針灸臨床研究

目前本病在治療方面多以非手術療法和中醫手段為主，其中又以針灸、推拿為主要的兩大類方法，其它還包括導引、全息療法、中藥等中醫手段。針灸治療原則主要在於祛風散寒，疏經活絡，方法多樣。現總結如下：

2.1　單純針灸療法

2.1.1 毫針刺

李豐軍等[7]研究頸椎遠部、近部、遠近結合3種配穴方法針刺治療頸型頸椎病，治療方法：遠部組，取：昆侖、後溪，行提插捻轉手法，並囑患者活動頸部；近部組，取風池、頸6、頸7夾脊穴、阿是穴，均行捻轉提插手法；遠近組，取上兩組穴，其療效為遠部配穴組治愈率53.3%，好轉46.7%，近部配穴組治愈率36.7%，好轉63.3%，遠近配穴組治愈率50.0%，好轉50.0%。3組間差異無統計學意義（P>0.05），得出以下結論：針灸

Copyright ©博看网 版權所有 All Rights Reserved

治療頸型頸椎病的療效與配穴數量的多寡無關，並不能簡單地認為針刺的穴位越多，療效會越好；在根據患者實際病情進行正確辨証、辨經的基礎上科學配穴，只要選穴精準、操作得當，確實能起到激發整條經脈的經氣，通調整條經脈的作用，從而取得好的療效。王樂琴[8]採用針刺全息頸穴、靳氏頸三針、溫針灸治療90例，取第二掌骨側全息頸穴，同時讓患者活動頸部，選靳氏頸三針即天柱、百勞、大杼，採用平補平瀉法加溫針，療效顯著。王氏認為這三方面有機結合，協同作用，針刺作用於所選的穴位，改善頸部肌肉緊張狀態，調整毛細血管通透性，增加血液循環，氣血流暢，通則不痛。朱曉平[9]採用蒼龜探穴針法治療頸型頸椎病36例，蒼龜探穴治療組採用蒼龜探穴針法，取穴：百勞、肩井、阿是穴；對照組為常規電針組，結論為蒼龜探穴針法對於頸型頸椎病具有良好的近期療效，遠期療效優於電針法。郭元琦等[10]採用薄氏腹針治療63例，主穴取天地針（中脘、關元），配穴取商曲、滑肉門、神闕（加TDP局部照射），頸椎退行性變加建里，肩部強痛在商曲與滑肉門連線中間淺刺一針。總有效率96.8%，復發率低。腹針是以神闕為中心的一個微針系統，可調節臟腑輸佈精、氣、血的功能，故能治療頸椎病引起的各種臨床症狀。狄長青等[11]針刺正筋正宗穴治療頸型頸椎病60例，正筋正宗穴位於跟腱上屬膀胱經走向範圍，平補平瀉針刺正筋正宗穴，取得顯著療效。由於針刺後肌緊張得到緩解，病變部位的血液循環得到改善，新陳代謝功能加強，能夠迅速帶走炎性滲出物，故可緩解疼痛，促使病變部位組織細胞的再生和恢復。

2.1.2 電針刺

張必萌[12]採用電針療法治療52例，取穴為風池穴和大杼穴、頸夾脊穴，局部產生酸脹感為度，然後選取兩組穴位電針儀，選用連續波，持續治療時間為20min，總有效率為86.5%。張氏認為風池穴屬交會穴，功善祛風，具有解表散寒功效，在臨床中多用於治療頸項強痛等症。大杼穴是骨會穴，具有強壯筋骨的功效，適用於肩背部酸痛、頸項強痛等筋骨病。而夾脊穴則有良好的疏通局部經絡和氣血運行效果，同時接用電針可起到解肌止痛的作用。現代研究表明，上述穴位的組合運用，可顯著促進脊髓釋放更多的內源性鎮痛物質（內啡肽等），同時也可以通過有效的刺激穴位感受器，使痛覺信號被有效抑制，抗痛能力提高。

2.1.3 皮針刺

梁建新[13]採用皮針治療頸椎病60例，取穴為玉枕穴、天柱穴、大杼穴、附分穴、魄戶穴、阿是穴，將針直接垂直刺入穴位。不捻針，不留針，疾刺速拔。進針深度視患者胖瘦及病變部位而定。經1~3次治療後，頸肩疼痛症狀減輕或消失，頸椎的活動度明顯改善。其中，12例治療1次，28例治療2次，20例治療3次。皮針既能疏通膀胱經脈。通絡止痛，又能使病變局部的筋膜減張減壓，充分鬆解黏連，解除壓迫，故可緩解因皮神經的卡壓而引起的疼痛。

2.1.4 其他方法

李濤等[14]穴位埋線治療56例，治療方法：取硬結、痛點等陽性反應點為穴位，使用羊腸線埋入皮下組織內。總有效率96.43%。通過埋線溫和持久的刺激，提高機體的應激能力，促進病灶部位血管床增生，血流量增加，從而加快炎症的吸收，減少滲出和黏連，緩解肌肉痙攣，鬆解壓迫，疏通氣血，達「通則不痛」之功。林超群[15]天窗穴穴位注射治療25例，取患側天窗穴注入地塞米鬆注射液5mg+維生素B_{12}0.25mg混合液後；對照組20例：取風池、天窗、肩井為主穴，後溪、外關為配穴。針刺手法為瀉法，加電針，通電20min，結果：穴位注射明顯優於對照組。穴位注射可刺激穴位緩減病變部位的肌肉緊張，通經活絡，行氣止痛，促進新陳代謝，消除神經及周圍組織的炎症、水腫。耿引循等[16]採用砭石療法，用溫熱、刮法、撥法、點按、扣法等方法治療30例，治療原理也主要在於活血通絡，散寒祛濕，調和氣血等。

2.2 針刺配合其他療法

2.2.1 針刺配合推拿

吳際生等[17]觀察電針結合推拿治療35例，對照組35例為單純電針治療，取風池、第6頸椎棘突下凹陷中旁開1寸處，得氣後使用電針儀連續波。每次20分鐘。針刺後採用常規頸部推拿手法，治療組治愈率為48.6%，對照組為28.6%。黃剛等[18]採用腹針配合旋轉手法治療30例，取穴同薄氏腹針，配合不定點旋轉手法，腹針每天

香港註冊中醫學會 版權所有 Copyright © HKRCM All Rights Reserved

1次，手法隔天1次，療效顯著。白鶴美等[19]用針刺並手法整復治療52例，針刺項三針（風池、完骨、翳風）、項4-6夾脊穴；採取常規頸部整復手法。吳氏認為通過點、按、揉等手法具有促進血液循環，舒筋活絡，解痙止痛，鬆解黏連，消除肌肉疲勞的使用。有時通過上述方法，頸椎小關節的微小錯縫即可復位，進一步可通過端提牽引、頭部旋轉及枕部提拿進行復位，從而緩解由於頸椎病變對神經、周圍軟組織的壓迫和刺激而引起的症狀。

2.2.2 針刺結合拔罐

尹建平等[20]採用挑罐法治療56例，選項夾脊穴、大杼、肩井、阿是穴，用鈎狀挑治針對準穴位刺入約2mm，縱行挑破皮膚2mm，然後將針深入表皮下挑治，針尖由深至淺盡數挑出皮下纖維組織，給與拔罐，拔出少量血液，結果痊愈率53.6%，總有效率94.6%，但瘢痕體質是禁忌的。魏林[21]針罐結合治療300例，取穴：風池、夾脊、阿是穴、肩井、肩外俞、天宗、後溪、頸椎穴，每日1次，留針30min，10次為1療程。選取壓痛點，用三棱針點刺至局部出血，然後火罐留罐15min。痊愈213例，好轉68例，無效19例。刺血拔罐具有祛風除濕、溫經散寒、活血通絡、消腫止痛的作用。現代醫學研究認為，刺血拔罐通過良性的物理刺激，能夠促進局部組織的血液循環和新陳代謝，提高痛閾，同時直接改善局部的內環境，促進新陳代謝，加速體內酸性物質與致痛物質的排除，緩解局部軟組織痙攣，改善缺氧狀態，解除疼痛。

2.2.3 針刺配合耳穴

馬俊玲[22]針刺頸夾脊穴加耳穴穴位貼壓治療60例，針刺以頸夾脊穴為主，進針得氣後，平補平瀉，捻轉5分鐘，留針30分鐘。耳穴以頸、頸椎等穴為主，耳廓前後兩面對壓，每日按壓4~5次，每次按壓5~10分鐘，使耳廓皮膚充血變紅、發熱、微痛，以病人能忍受為度。治療3個療程後，統計療效為痊愈75%，顯效16%，好轉3%，無效5%。馬氏認為頸椎病屬祖國醫學「骨痹」範疇。認為其病因病機以肝腎虧虛為本，風寒濕邪易痹阻經脈，氣滯血瘀為標，針刺頸夾脊，能疏通督脈及太陽經氣而調和陰陽、疏經通絡，而腎氣通於耳，故通過對耳穴刺激可調和陰陽。

2.2.4 針灸配合康復

邱玲等[23]溫針調衡針刺法配合牽引治療青壯年頸型頸椎病142例，治療組：採用溫陽調衡針刺法針刺，取大椎、風池、頸C4或C5夾脊一對為主穴，隨症配穴。對照組：採用傳統針刺法，兩組均於每次針刺治療結束後配合坐位懸吊式枕頜牽引帶進行頸椎縱軸牽引。治療組明顯優於對照組。頸椎牽引時限制了頸椎活動，起到了制動的作用，在力學上有維持頸椎生理曲度的趨勢，恢復頸椎的生物力學平衡的作用。鍾麗霞等[24]採用電針、牽引配合項肌靜力練習治療30例，取大椎、天柱、百勞、大杼、頸夾脊，得氣後接電針儀，留針20min，針刺後牽引，用雙手掌勻力向前推頸項，頸項肌肉對抗此阻力進行關節無運動僅維持固定姿勢的收縮。療效顯著。張航曼[25]電針配合中藥離子導入治療頸型頸椎病80例，取穴以風池、頸椎夾脊穴為主，選連續波，留針20min；中藥離子導入治療法，將煎煮好的中藥液後置頸部適當調節治療儀，有效率達85.0%，張氏認為中藥離子導入既有藥物祛風除濕，消腫散瘀的作用，又有理療作用，且能促進神經血管、骨膜及軟組織無菌炎症的消散和吸收。

2.2.5 針刺配合中藥

袁成明[26]針灸配合中藥治療60例，取相應頸部夾脊穴、阿是穴、風池、大椎、後溪、懸鐘，行平補平瀉捻轉法，大椎穴加灸，留針30min。中藥內服：在辨証論治基礎上選桂枝加葛根湯加減，總有效率96.7%。朱玉景等[27]用火針配合中藥治療236例，火針：選用中粗火針，於壓痛點、條索狀物及結節處，中藥內服，總有效率為99.6%。針藥並用，內通外達，具有溫通經絡、濡養筋脈、解痙緩急的作用。

2.2.6 其他綜合法

廖小七等[28]經絡刮痧配合刺絡拔罐治療39例，治療組：先經絡刮痧後刺絡拔罐，刮拭經絡以督脈、手足太陽、手足少陽經為主，刺絡拔罐是從痧斑中尋找紫紅色或暗紅色的血斑或血疱，4次後觀察療效，對照組用常規針刺法，結果治療組明顯優於對照組。廖氏認為刮痧可調動機體的免疫功能及促進機體病痛局部的血液循環和

Copyright ©中國針灸學會 版權所有 All Rights Reserved

新陳代謝。刺絡拔罐具有活血通絡，破瘀生新，散寒祛濕，調和氣血的作用。兩法相輔療效顯著。李亞軍[29]針刺後溪穴配合局部刺絡放血法治療急性頸型頸椎病30例，針刺後溪穴後，行針過程中囑患者搖動頸項部，動靜結合，30分鐘後刺絡放血拔罐，一般治療2-3次後病人痊愈。陶少華[30]穴位埋線配合水針治療80例，治療方法：局部痛點取穴，取病根穴，循經取穴，埋線完後注入混合液（曲安奈德10mg、V丁膠鈣1ml、維生素B_{12}500mg、維生素$B_1$100mg），總有效率100%。王蘭生[31]穴位埋線綜合療法治療42例，採用穴位埋線；口服氯唑沙宗片；熱敷頸部。治愈率76.2%，有效率95.2%。沙岩[32]針砭罐綜合療法治療35例，綜合組重用耿氏多功能砭板沿督脈、胆經、膀胱經實施推法和刮法、閃罐留罐法，並用常規電針療法及紅外線照射治療，療效明顯。

3 討論與思考

隨着現代從事低頭工作方式人群增多，如電腦、空調的廣泛使用，人們屈頸和遭受風寒濕的機會不斷增加，造成頸椎病的患病率不斷上升，且發病年齡有年輕化的趨勢。學術界一致認為長期低頭工作是引起頸椎病最常見的原因。其病機可概括為以動態失衡為先，靜力失衡為主，與頸椎的結構、生理曲度改變密切相關。臨床上的診斷標準多採用1993年的標準，而且很少有臨床觀察中採用中醫辨証分型，臨床常見的証型有風寒濕型、氣血瘀滯多見，即在診斷、分型方面尚無統一的標準。

在治療方面，臨床上多採用非手術的中醫、西醫、中西醫結合以及康復治療等綜合療法。針灸在治療頸型頸椎病的方面取得了可靠的療效，針灸治療的手段多樣，有毫針刺、電針、皮針、腹針、刮痧、穴位注射等，從目前文獻報道中可看出針灸綜合療法優越於單獨的針刺療法。此外，頸型頸椎病具有復發的臨床特點，針灸治療不僅可以緩解急性期的疼痛，而且可以從本論治，減少復發，提高患者的生活質量。在近期和長期療效方面，針灸治療具有較大的優勢。

療效判定也無統一的標準。目前對於頸型頸椎病的療效判定多為主觀指標，少有試驗指標的觀察，從而缺乏說服力。其療效的判定多採用疼痛的評定表例如：VAS疼痛評分、簡氏麥吉爾疼痛問卷表等等。在客觀指標中很少，陳銀海[33]等提出頸椎曲度的X線測量能夠判斷頸椎病的嚴重程度並在頸椎病的康復評定中具有明確的應用價值。邱玲等[23]也提到療效與恢復頸椎生理曲度密切相關。但頸椎曲度的X線測量在頸型頸椎病的療效判定上的報道幾乎沒有。

對於機理研究方面，目前多為理論上的，但在針灸治療頸椎病的實驗研究方面，總體上其治療頸椎病的療效機理研究甚少，如有小部分資料涉及到療效，機理研究都局限在針灸治療椎動脈型頸椎病對血液變學以及局部血循環的影響等方面，頸型頸椎病的幾乎沒有。從分子生物學水平探討針灸治療頸椎病機理的實驗研究更少。有關的實驗研究主要偏向臨床研究方面，動物實驗開展的相對較少。

針灸治療本病的研究過程中，臨床隨機對照存在一定的問題。隨機分配過程描述不足；很少採用盲法；樣本量的計算和數量過少；對照組的不合理；療效評價標準不統一，指標量化少等等。從而缺乏循証醫學證據。

4 結語

綜合上述，針灸治療頸型頸椎病有顯著的療效，治療手段多樣，但臨床研究中仍存在一些問題，對頸型頸椎病的診斷、中醫分型尚無統一的標準；對其療效的判定無統一主觀指標，無明確的客觀指標；另外針灸治療的本病機理的試驗研究相對較少；很少有嚴格的臨床隨機對照的文獻。因此筆者建議，應對頸型頸椎病制定統一的診斷標準、分型標準、療效評定標準，開展一種有效的針灸綜合療法治療頸型頸椎病，進行嚴格的、規範的臨床隨機對照研究。

Copyright © 北京中醫藥大學 版權所有 All Rights Reserved

參考文獻：

[1] 郭艷幸等.頸型頸椎病的分型與針灸治療[J].中醫正骨，2004, 16 (10): 27-28

[2] 張衛華.頸椎病的診斷與非手術治療[M].北京：人民軍醫出版社，2005，第1版：172.
[3] 景濤.導引結合針刺推拿治療頸型頸椎病臨床研究[J].中國中醫藥信息雜誌，2008, 14 (6): 53-54.
[4] 李樂丁，易杉.頸型頸椎病21例臨床分析[J].民航醫學，1999, 9 (2): 28.
[5] 李亞軍.局部針刺配合按摩治療頸型頸椎病臨床療效觀察[J].中華中西醫學雜誌，2005, 3 (10): 41-43.
[6] 劉志坤.理脊通脈手法治療頸型頸椎病臨床療效觀察[J].中國中醫骨傷科雜誌，2005, 13 (3): 44-45.
[7] 李豐軍，衣華強，姚朋華等.不同配穴方法針刺治療頸型頸椎病90例療效評價[J].中醫雜誌，2008, 49 (11): 998-1000.
[8] 王樂琴.全息療法並溫針灸治療頸型頸椎病的臨床觀察.遼寧中醫雜誌，2007, 34 (3): 350-351.
[9] 朱曉平等.蒼龜探穴針法治療頸型頸椎病36例[J].中國臨床康復，2002, 10 (15):162-163
[10] 郭元琦等.腹針治療頸型頸椎病63例觀察[J].中醫藥學刊，2005, 23 (3): 539-540.
[11] 狄長青，尚斌.針刺正筋正宗穴治療頸椎病60例[J].陝西中醫，2008, 29 (8): 1056.
[12] 張必萌，吳耀持.電針療法治療頸型頸椎病[J].中華中西醫雜誌，2006, 4 (1): 2.
[13] 梁建新.皸針治療頸型頸椎病60例臨床觀察[J].北京中醫藥，2008, 27 (7): 544.
[14] 李濤，孫治東.穴位埋線治療頸型頸椎病56例[J].上海針灸，2003, 22 (12): 34.
[15] 林超群，盧虹.天窗穴穴位注射治療頸型頸椎病療效觀[J].川北醫學學院學報，2003, 18 (2): 84.
[16] 耿引循等.砭石療法治療頸型頸椎病30例[J].河北中醫，2007, 29 (12): 1109.
[17] 吳際生，徐雀鶯.針刺結合推拿治療頸型頸椎病的臨床觀察[J].光明中醫，2008, 23 (5): 606.
[18] 黃剛，陳博來，孔暢.腹針配合旋轉手法治療頸型頸椎病的臨床療效觀察[J].時珍國醫國藥，2007, 19 (9): 2247-2248.
[19] 白鶴美，鄭丹紅.針刺並手法整復治療頸型頸椎病[J].寧夏醫學雜誌，2006, 28 (12): 959.
[20] 尹建平，王海燕.挑罐法治療頸型頸椎病56例[J].湖北中醫雜誌，2009, 31 (1): 27.
[21] 魏林.針罐結合治療頸型頸椎病[J].山東中醫雜誌，2009, 28 (2): 84.
[22] 馬俊玲.採用針刺頸夾脊穴加耳穴穴位貼壓治療頸型頸椎病60例[J].新疆中醫，2007, 25 (5): 53.
[23] 邱玲等.溫陽調衡針刺法配合牽引治療青壯年頸型頸椎病142例[J].陝西中醫，2007, 28 (4): 475.
[24] 鍾麗霞，袁宜勤.電針、牽引配合項肌靜力練習治療頸型頸椎病的臨床觀察[J].針灸臨床雜誌，2008, 24 (9): 23.
[25] 張航曼.電針配合中藥離子導入治療頸型頸椎病臨床觀察[J].上海針灸，2008, 27 (10): 22-23.
[26] 袁成明.針刺配合中藥治療頸型頸椎病[J].中國民間療法，2008, 9: 33.
[27] 朱玉景，葛傳福.火針配合中藥治療頸型頸椎病236例[J].中國社區醫師，2005, 15: 64.
[28] 廖小七等.經絡刮痧配合刺絡拔罐治療頸型頸椎病39例[J].上海針灸，2004, 23 (9): 28-29.
[29] 李亞平.針刺後溪穴配合局部刺絡放血法治療急性頸型頸椎病30例[J].中華中西醫學雜誌，2005, 3 (9): 13.
[30] 陶少華，李振，岳燦鮮.埋線配合水穴治療頸型頸椎病80例[J].中醫外治雜誌，2008, 17 (2): 50.
[31] 王蘭生.穴位埋線綜合療法治療頸型頸椎病42例療效分析[J].醫學信息，2007, 20 (4): 43.
[32] 沙岩.針砭罐綜合療法治療頸型頸椎病療效觀察[J].上海針灸雜誌，2007, 26 (8): 19-20.
[33] 陳銀海等.頸椎曲度的X線測量在頸椎病康復評定中的應用價值[J].中國康復，2007, 22 (3): 157-158.

（編委：陳得生審校2010.12.28）

非酒精性脂肪肝中醫藥診治研究進展

李軍昌　朱芳紅　王玉珍

（第四軍醫大學西京醫院中醫科，西安，710032）

1　概況：非酒精性脂肪性肝病（non-alocoholic fatty liver disease, NAFLD）是指是一種無過量飲酒史、飲酒折含乙醇量小於140g/周（女性＜70g/周）和其他明確的損肝因素所致的，以瀰漫性肝細胞大泡性脂肪變為主要特徵的臨床病理綜合征[1]。其疾病譜包括單純性脂肪肝、脂肪性肝炎、脂肪性肝纖維化及肝硬化等。隨着生活水平的提高和生活習慣的改變，NAFLD的患病率逐年升高，已成為一個全球性的公共衛生問題，全球普通人群中NAFLD的患病率約20%~30%。亞洲地區本病的發病率約12%~24%，我國NAFLD患病率已達到12%左右，且有上升趨勢，甚至預測未來10 年將有50%的人有發生NAFLD的危險，成為這些國家的第一大肝病[2,3]。NAFLD危險因素的研究逐漸受到重視。目前較多研究認為，NAFLD與代謝綜合征關係密切。在肥胖人群中，NAFLD患病率高達76%；在糖耐量異常和高血壓人群中，NAFLD患病率也分別高達43%和30.9%；肥胖、高血壓、糖尿病、高脂血症均被認為是NAFLD的危險因素，這些代謝性疾病有着共同的病理生理基礎——胰島素抵抗，因而有學者提出NAFLD實際上是代謝綜合症在肝臟中的表現，並認為胰島素抵抗是NAFLD發病的關鍵環節，這一概念的提出，為NAFLD的防治提供了新的思路。在上述基礎上，進一步認識NAFLD的危險因素，對疾

香港註冊中醫學會 版權所有 Copyright HKCMP All Rights Reserved

病的防治有着重要的意義。肝臟穿刺活組織檢查是目前診斷NAFLD的金標準。目前西醫藥尚缺乏治療本病的特效藥物，採用中醫中藥治療在促進本病的逆轉、改善臨床症狀和一些實驗室指標等方面，行之有效。故現將近年來中醫對NAFLD的研究進展綜述如下。

2　中醫對非酒精性脂肪肝病因病機的認識　根據非酒精脂肪肝的症狀和體征，非酒精性脂肪肝可將其歸屬為中醫的「痰濁、脅痛、肝着」等範疇。《難經》曰：「肝之積，名曰肥氣」；《臨証指南醫案》有「而但濕從內生者，必其人膏粱酒醴過度」等闡述，認識到本病與濕熱有關；《古今醫鑒》中「脅痛者，……若因暴怒傷触，悲哀氣結，飲食過度，冷熱失調……或痰積流注於血，與血相搏，皆能為痛」的論述，揭示本病與痰血瘀結有關。「十一五」國家中醫藥管理局中醫肝病重點專科協作組將NAFLD的中醫病名定為「肝癖」。多數中醫學者認為本病與痰濕瘀積密切相關，飲食失節、勞逸失度、情志失調、或久病體虛等，導致肝失疏洩，脾失健運，濕熱內蘊，痰濁內結，瘀血阻滯，而最終形成痰瘀互結，痹阻於肝臟脈絡而發病。但各家觀點不一：王雁翔等[4]認為該病的根本在於腎虛，水不涵木溫土，而致肝失疏洩、脾失健運，血脂失於正常運化，阻於肝則形成脂肪肝。李軍[5]認為本病多因肝臟自衰，復加飲食不節，勞逸失常，致肝脾失調，痰濁內生，日久成瘀，痰濁血瘀沉積於肝臟為患。概括起來，其病因可由痰濕之體，脾、肝、腎失養或虛損，氣血虧虛為內因，以及過食肥甘、膏粱、感受濕毒或情志失調等外因而致本病，多種因素導致濕、痰、瘀阻互結發為本病已成為共識。又久病氣虛絡阻可加重病情。現頻率最高的4味藥為：山楂、澤瀉、丹參、柴胡（>75%），其次為首烏、郁金、半夏、陳皮、茯苓、白芍、草決明、虎杖、大黃、甘草（>45%），再次為白朮、茵陳、赤芍、當歸、枸杞子、枳殼、香附、党參、薑黃、黃芪、黃精、決明子、萊菔子、荷葉（>25%）。結果提示，化痰祛濕、活血化瘀、疏肝健脾、補腎是本病的基本治法，符合中醫對本病病因病機的認識。顯示出中醫基礎理論在臨床診治過程中的指導意義。

3　非酒精性脂肪肝辨証分型與客觀化研究

劉敏等[6]指出非酒精性脂肪肝的病理變化是肝脾功能受損，痰濕內蘊，痰瘀阻絡，肝失條達，根據臨床表現，將本病分為痰濕阻滯、肝郁脾虛、瘀血阻絡、肝腎陰虧4型，並指出脾虛痰濕型脂質沉積較輕，痰瘀互結型較重。付靜等[7]則將本病分為肝郁脾虛、痰濁內阻、濕熱蘊結、氣血瘀滯、肝腎陰虧5型。葉蕾[8]將46例非酒精性脂肪肝患者按中醫辨証分為痰濁挾瘀、濕熱中阻、脾虛濕阻、肝腎陰虧4型，並進行肝纖維化指標檢測，結果痰濁挾瘀型患者的III型前膠原、層黏連蛋白明顯高於其它3型。

根據血液流變學變化[9]、胰島素抵抗[10]、肝纖維化[11]3個方面對脾虛痰濕、濕熱內蘊、痰瘀互結3個証型的相關指標進行比較，結果示痰瘀互結型的血液黏稠度、肝纖維化指標高，而胰島素抵抗則以脾虛痰濕型高。葉蕾[8]發現NAFL患者存在不同程度的肝纖維化傾向，且痰濁夾瘀型的III型前膠原、層黏連蛋白明顯高於脾虛濕阻和濕熱中阻型，提示痰瘀互結可能是脂肪肝向肝纖維化發展的主要病機。

4　非酒精性脂肪肝的中醫藥治療概況

4.1辨証論治　劉敏等[6]把非酒精性脂肪肝分為4型：□痰濕阻滯型：治以理氣化痰、祛濕洩濁為主；□肝郁脾虛型：治以舒肝健脾、理氣活血為主；□瘀血阻絡型：治以活血化瘀、祛痰散結為主；□肝腎陰虛型：治以養肝益腎、補益精血為主。劉文全等[12]辨証與辨病相結合治療非酒精性脂肪肝133例：□肝氣郁滯型，治以疏肝理氣；□痰濕內盛型，治以化痰祛濕；□痰瘀互結型，治以軟堅通絡。結果：治愈27例，顯效50例，有效37例，總有效率85.17%。陳麗華等[13]用脂肝康（生何首烏、山楂、決明子各30g，枸杞子、澤瀉各加12g，薑黃、生蒲黃各15g）加減；轉氨酶升高加五味子；黃疸加田基黃等，治療非酒精性脂肪肝84例，與口服立普妥治療84例比較。結果兩組各治愈39，11例，顯效20，27例，有效21，24例，無效4，22例，總有效率95.2%，73.8%；兩組比較有極顯著性差異（P<0.01）。

4.2專方專用　趙培利[14]觀察中藥清脂湯對非酒精性脂肪肝（NAFLD）的臨床療效：選擇NAFLD患者70例，

Copyright 中華醫學會 版權所有 All Rights Reserved

隨機分為治療組35例，對照組35例。治療組口服中藥清脂湯煎劑，對照組服用甘利欣膠囊，觀察兩組治療後的總有效率、肝功能及血脂、B超影像方面的變化。結果：治療後治療組總有效率88.6%，對照組為68.6%，在ALT、AST下降方面兩組無明顯差異（P>0.05），治療組在改善症狀、血脂、B超影像方面與對照組比較有顯著差異（均P<0.05及P<0.01）。結論：中藥清脂湯治療非酒精性脂肪肝有確切療效，能改善患者肝功能，改善脂質代謝，改善B超影像，降低血脂，明顯強於對照組。王微等[15]選擇113例非酒精性脂肪肝患者，分為中藥組61例和對照組52例。中藥組給予化濁去瘀方（藥物組成：柴胡15g、丹參30g、澤瀉10g、半夏10g、白芍10g、當歸15g、大黃6g、山楂15g），對照組給予熊去氧胆酸（UDCA）口服。觀察結果為中藥組總有效率為85.12%，優於對照組的51.19%（P<0.05）；中藥組患者B超影像復常率為31.11%，優於對照組的9.16%（P<0.05）；兩組血清ALT、AST治療後均有所降低，與治療前比較差異有顯著性意義（P<0.01），提示中藥組在改善血中TC、LDC-C、HDL-C水平方面優於對照組（P<0.01）。李芳等[16]以理氣健脾、活血化瘀為治則，擬理氣化瘀方（丹參15g、赤芍15g、柴胡10g、郁金12g、薑黃12g、澤瀉15g、白朮10g、大黃10g、荷葉10g）治療非酒精性脂肪肝；合併氣虛加生黃芪、党參，肝腎陰虛加女貞子、黃精，脾虛不運加陳皮、山楂，痰濁內蘊加蒼朮、茯苓等；觀察肝臟B超、血脂、肝功能及體重、腰圍變化，總有效率為90.32%。潘豐滿[17]選擇非酒精性脂肪肝患者82例，隨機分為2組，治療組、對照組各41例。治療組服用柴胡疏肝散，對照組服用東寶肝泰片，比較兩組療效、B超及肝纖維化指標變化。結果：治療組總有效率、B超分級及肝纖維化指標改善情況均明顯優於對照組，差異有顯著性意義（P<0.05或P<0.01）。

4.3中西藥合用　王昊[18]觀察中西醫結合治療非酒精性脂肪肝的療效。採用自擬中藥和硫普羅寧治療非酒精性脂肪肝112例患者的資料。結果治療組總有效率92.9%，對照組總有效率83.9%，治療後兩組肝功能、血脂指標、B超檢查比較有顯著性差異（P<0.05）。結論中西醫結合可緩解患者臨床症狀和肝功能，降低患者的血脂，且安全有效，無明顯毒副作用。99例NAFL隨機分為兩組，分別給予熊去氧胆酸聯合中藥及單用熊去氧胆酸治療，3個月為1個療程，觀察患者治療前後血清丙氨酸轉氨酶（ALT）、γ-谷氨酰轉肽酶（GGT）、甘油三酯（TG）、胆固醇（TCh）及肝臟超聲聲像圖的變化。結果：治療組總有效率為88.2%，而對照組僅66.7%（P<0.01）[19]。

5　中藥治療非酒精性脂肪肝的實驗研究

艾迎春[20]以飼料配方：77%基礎飼料+10%豬油+5%蛋黃粉+2%胆固醇+5%蔗糖+0.5%胆酸鈉+0.5%丙基硫氧嘧啶。50隻Wistar大鼠高脂飲食喂養6周製成非酒精性脂肪肝大鼠模型，中藥復方：柴胡、茵陳、金錢草、大黃、延胡索、郁金、當歸製成藥物進行干預，大鼠體重、肝濕重、肝指數，血清生化指標，血清INS、IR、TNF、Leptin，肝組織SOD、MDA含量，結果發現：復方中藥組大鼠血清GLU、INS、IR值明顯降低，優於辛伐他汀（P<0.05）；血清SOD含量顯著升高，MDA含量則明顯下降，上述治療作用明顯優於凱西萊、辛伐他汀（P<0.05）。同時血脂、肝功能、TNF、Leptin和肝組織病變也獲一定程度的改善。提示復方中藥治療NAFLD的機制與降低TNF、Leptin和血脂含量，提高機體抗氧化能力，減輕IR和肝組織壞死和炎症細胞浸潤等密切相關。由繆股蘭15g，虎杖15g，丹參9g，茵陳9g，乾荷葉6g組成的降脂顆粒[21]能明顯降低非酒精性脂肪肝大鼠模型肝脂（TG和TC）水平，改善脂肪變性，降低肝臟炎症反應，並能明顯降低血清瘦素高水平狀態（P<0.01），改善瘦素抵抗，同時增加瘦素受體mRNA~表達（P<0.01），增加肝組織P-JAK2和P-STAT3蛋白的含量（P<0.01）。

6　總結

目前對於以本病之主要病因病機認識中：痰濕、瘀血、肝郁、脾虛得到眾多學者的認可，初步提出辨証分型為：肝郁脾虛、痰濕阻滯証；痰阻血瘀、濕郁化熱証；濕郁血瘀、肝陰不足証，並據此擬定多種組方用於臨床治療，各醫家再結合自己的臨床經驗進行組方，進行了較廣泛的臨床實踐。然而，還存在一些問題值得商榷：

（1）臨床缺乏切合實際的統一的辨証分型、診斷及療效判定標準。勢必造成雜亂無章的同一層次的重復；

本論文由中國學術會議版權所有 Copyright ©1994-2010 CNKI. All Rights Reserved.

臨床報道多缺乏嚴格的、較大樣本的隨機雙盲設計，缺乏大宗病例及不同類型脂肪肝療效的觀察分析，缺乏前瞻性的嚴密的臨床觀察設計，且療效判定指標選擇不夠嚴密，研究結果的可靠性及重復性差；且少有遠期療效的觀察與評估。（２）臨床研究復方是大多數醫家採用的治療手段，但由於辨証的客觀性有待規範，因此藥物組方的優選還有待深入研究。（３）目前在中醫藥治療機制和藥理作用環節方面研究不夠深入，研究多徘徊於藥物對血脂、肝脂等有限指標影響的低水平重復上。有作者已深入到細胞、分子生物學水平，試圖研究中藥抗脂肪肝的作用靶點，尋找其作用的具體環節，但這方面的研究報道尚少。（４）實驗研究中的動物模型離散度較大；□營養失調性脂肪肝模型，包括高脂、高澱粉、高糖低蛋白飼料等誘導；□酒精性脂肪肝模型；□化學藥物中毒性脂肪肝模型，包括四氯化碳、乙硫氨酸、四環素等；□特殊種系動物脂肪肝模型，但由於脂肪肝發病機制尚不完全清楚，其可是一獨立的疾病，也可以是多種疾病過程中的一個症狀，所以很難以某一種模型作為研究的黃金模型。

基於上述分析，在今後的研究和臨床工作中應注意：（１）臨床研究方面，診斷與中醫辨証的客觀化依然是臨床研究的基礎，應組織多中心協作；（２）基於中藥多靶點、多環節作用的特點，加強雙盲對照和前瞻性研究；（３）中醫藥研究應與疾病研究同步，應深入地探索更符合人類疾病實際情況的，建立與臨床相匹配的動物模型，以便系統地評價與篩選抗脂肪肝的藥物，使研究逐步深入到分子生物學水平，為中藥治療脂肪肝找到更加充分的客觀依據。

版權所有 Copyright © 博看網 All Rights Reserved.

參考文獻：

[1] 中華醫學會肝臟病學分會脂肪肝和酒精性肝病學組.非酒精性脂肪性肝病診斷標準[J].實用肝臟病雜誌2007; 10 (1): 1.

[2] 范建高，曾民德.脂肪性肝病[M].北京：人民衛生出版社，2001: 85-87.

[3] 范建高.非酒精性脂肪肝的臨床流行病學研究[J].中華消化雜誌，2002; 22 (2): 106-107.

[4] 王雁翔，王靈台，高月求，等.脂肪肝中醫証型流行病學調查及其中醫病因病機初探[J].中國中西醫結合雜誌， 2005; 25 (2): 126-130.

[5] 周琪，劉鑒.李軍教授從痰瘀論治脂肪肝臨床經驗探要[J].實用中醫內科雜誌，2008; 22 (1): 15-16.

[6] 劉敏，李佳明.非酒情性脂肪肝辨治體會[J].中國社區醫師，2005; 7 (12): 48.

[7] 付靜，楊素珍.中西醫結合治療非酒精性脂肪肝的臨床觀察[J].中國中西醫結合急救雜誌，2004; 11 (3): 185.

[8] 葉蕾.非酒精性脂肪肝肝纖維化指標與中醫辨証分型相關性探討[J].北京中醫藥大學學報，2004, 11 (2): 15.

[9] 鄧銀泉，范小芬，李劍平.非酒精性脂肪肝痰瘀証與纖溶狀態的關係[J].中國中西醫結合雜誌，2005; 25 (1):22.

[10] 鄧銀泉，范小芬.非酒精性脂肪肝胰島素抵抗與中醫証型的關係[J].浙江中醫雜誌，2001; 36 (9): 395.

[11] 鄧銀泉，范小芬.非酒精性脂肪肝肝纖維化指標與中醫証型的關係[J].中國中西醫結合雜誌，2001; 21 (9): 652-653.

[14] 趙培利，曹立華，王玉華.中藥治療非酒精性脂肪肝臨床觀察[J].遼寧中醫藥大學學報，2009; 11 (12): 88-89.

[15] 王微，張符思，韓春生.化濁去瘀方治療非酒精性脂肪肝臨床研究[J].廣州中醫藥大學學報，2007; 24 (4): 272-276.

[16] 李芳，邵鳳珍.理氣化瘀方治療非酒精性脂肪性肝病62例療效觀察[J].實用中醫內科雜誌，2008, 22 (3): 36-37.

[17] 潘豐滿，張德新，黃江榮.柴胡疏肝散對非酒精性脂肪肝患者B超及肝纖維化指標的影響[J].四川中醫，2009; 27 (2): 66-68.

[18] 王昊.中西醫結合治療非酒精性脂肪肝112例療效分析[J].中國現代醫生，2009; (22) 55, 70.

[19] 張培喜.熊去氧胆酸聯合中藥治療非酒精性脂肪肝51例臨床觀察[J].河北醫學將，2009; 15 (1): 69-71.

[20] 艾迎春，李佳，賈紅傑.等復方中藥治療非酒精性脂肪肝病的實驗研究[J].黑龍江醫藥科學，2009; 32 (6):43-44

[21] 馬贊頌，柳濤，鄭培，等.中藥降脂顆粒對非酒精性脂肪肝大鼠肝臟瘦素受體mRNA及P-JAK2/P-STAT3的影響[J].世界華人消化雜誌，2007; 15 (32): 3360-3366.

（編委：朱洪民審校2011.01.01）