

· 名医精华 ·

肥满至肝癖:叶橘泉辨治肥胖症思想在代谢相关脂肪性肝病中的承启新解^{*}陈婉丽 倪祥强 万凌峰[▲]

摘 要 叶橘泉教授从脾虚湿困、肝脾失调、湿热内阻、肾虚水泛四型辨治肥胖症,精准治疗;善用凉膈散、防风通圣散、大柴胡汤、茵陈蒿汤、防己黄芪汤、五苓散、附子理中汤等经方、成药,调质防复;辨证、辨病相结合,因病施药。万凌峰主任中医师将叶教授辨治肥胖症的学术思想与经验,运用于超重/肥胖型代谢相关脂肪性肝病(MASLD)的临床诊疗,凝练提出“脾虚湿滞致肝癖”的核心学术观点,拓展出脏腑同调、畅气通络、辨邪分治等七大临证思路,深化了叶教授学术思想在MASLD诊疗领域的延伸应用。

关键词 肥胖症;代谢相关脂肪性肝病;肝脾同调;叶橘泉

叶橘泉教授(1896—1989年)(以下简称“叶教授”)乃中国科学院学部委员、江苏省中医院首任院长,曾先后担任江苏省中医进修学校(南京中医药大学前身)、南京药学院(中国药科大学前身)副院长,为中医药事业的薪火传承做出了伟大贡献。叶教授深耕中医药领域70余载,被称为“中医药学一代宗师”(钱信忠语)^[1]。万凌峰主任中医师在长期临床工作中系统梳理叶教授辨治肥胖症的学术思想,深入挖掘其理法方药内核,将该学术思想运用于超重/肥胖型代谢相关脂肪性肝病(metabolic dysfunction-associated steatotic liver disease, MASLD)的临床诊疗,取得良好疗效;笔者得其亲传,现将相关学术经验总结如下。

1 叶橘泉教授辨治肥胖症经验

肥胖症指对健康产生不良影响的异常和过度脂肪蓄积^[2],其相关疾病包括MASLD、血糖异常、血脂异常、高血压、阻塞性睡眠呼吸暂停综合征、心血管疾病、肿瘤、精神心理异常等。现代医学对肥胖症的治疗包括行为心理干预、运动干预、营养治疗、手术治疗等^[3]。肥胖症可归属于中医学“肥满”“痰湿”等范畴。

叶教授善于分型论治肥胖症,妙用经方、成药,活用单味中药,巧用剂型^[4-5]。

1.1 分型论治,精准治疗 叶教授认为,肥胖症病位在脾,涉及肝、肾,病性总属本虚标实,辨治多以脾虚湿滞为核心。湿性黏滞重浊,或困脾碍胃,或阻遏气机,或郁而化热;湿为阴邪,日久伤阳;湿邪致病易反复缠绵,久病及肾,终至肝、脾、肾三脏亏损。叶教授临床或以健脾祛湿为法,或清利湿热,或行气疏肝,或温肾助阳。

1.1.1 固本清源,健脾化湿奠中州 脾主运化,居中枢转津液。《医方论》言“人非脾胃无以养生”。脾胃虚弱不仅为疾病的始动因素,更是贯穿肥胖症的根本。素体虚弱,或后天失养,致脾失健运,水谷不得化,膏脂渐积、水湿停聚,内外泛溢,发为肥胖,正如《兰室秘藏》所言:“脾湿有余,腹满食不化。”湿浊内生,阻滞中焦,则进一步加重病情。湿浊困阻清阳,而见泛恶欲吐、全身困重;湿浊下渗为泻,壅遏气化,故见大便溏薄、小便短少。

叶教授临证处方一:人参120 g,薏苡仁240 g,茯苓240 g,白术180 g,山药240 g,白豆蔻120 g,莲子240 g,净山楂240 g,生蒲黄180 g,甘草60 g。制为丸剂如绿豆大,每次6 g,每日3次,连续服药3个月为1个疗程。

1.1.2 变理枢机,疏土达木畅郁滞 肝主疏泄,畅气机助脾运。《临证指南医案》指出“肝气郁则湿阻,湿阻

^{*}基金项目 国家自然科学基金面上项目(No.82174292);江苏省中医药管理局重点项目(No.ZD202312);第四批江苏省中医临床优秀人才研修项目(No.苏中医科教[2022]1号)

[▲]通信作者 万凌峰,男,主任医师,硕士研究生导师。研究方向:慢性肝病的防治研究。E-mail:doctorwanlf@njucm.edu.cn

• 作者单位 南京中医药大学附属医院(江苏 南京 210029)

则脂凝”。肝气郁滞,木不疏土,或脾运失常,膏脂壅滞,凝着于肝,遂成肝脾失调之机。气机郁滞,不通则痛,甚或逆乱,横逆乘脾,胆汁泛溢,故见形体肥胖、胁胀口苦、情志怫郁。

叶教授临证处方二:柴胡6 g,净山楂15 g,芍药9 g,厚朴9 g,白豆蔻9 g,香橼6 g,决明子15 g,鸡内金12 g,陈皮6 g,甘草3 g,绿萼梅3 g。每日1剂,水煎,每次200 ml,每日2次,连续服药3个月为1个疗程。

1.1.3 分消走泄,清热祛湿通腑络 胃脾相邻,纳运相得、升降相因、燥湿相济。膏腴甘甜,滋湿酿热,或湿毒外侵,或病程迁延,湿蕴化热,而致胃热脾滞。《灵枢·大惑论》曰:“胃热则消谷,谷消故善饥。”胃热强食,食多伤脾,脾虚不运,正所谓“胃既病,则脾无所禀受……故亦从而病焉”。临床症见多食善饥,脘腹胀满,口苦饮冷,大便秘结,小便黄赤。

叶教授临证处方三:黄连6 g,白术9 g,薏苡仁15 g,茯苓12 g,陈皮6 g,车前草15 g,滑石15 g,决明子15 g,淡竹叶12 g,马齿苋15 g,大黄6~9 g。每日1剂,水煎,每次200 ml,每日2次,连续服药3个月为1个疗程。

1.1.4 煦下培中,温肾利水固真元 肾主先天,温脾土化水湿。《素问·水热穴论》云:“肾者,胃之关也,关门不利,聚水而从其类。”若禀赋虚怯,火不生土,脾失健运,水谷无以消磨,则积湿酿痰;若脾虚失运,肾阳无以充养,津液蒸腾气化不及,停聚生湿,是以日见臃肿,渐成肥胖之疾。“肥人气虚生寒,寒生湿”如是也。故临床症见不思饮食、腹满畏寒、肢肿便溏、乏力懒言等。

叶教授临证处方四:制附子120 g,黄芪120 g,桂枝120 g,白术120 g,干地黄240 g,茯苓240 g,补骨脂240 g,淫羊藿180 g,杜仲叶150 g,陈皮120 g。制为丸剂如绿豆大,每次6 g,每日3次,连续服药3个月为1个疗程。

1.2 经方成药,调体防复 叶教授作为经方“方证药证派”的代表,主张“辨证论治,以及辨症求‘证’,论治求‘方’,方证相对”,尤善辨其证、病、体质,妙用经方成药改善肥胖患者体质偏颇^[6-7]。

叶教授提出以腹部触诊分虚实肥满:腹硬拒按为实;肉松肢软为虚。叶教授认为,实性肥满兼烦躁口渴、目赤唇干、咽痛头痛、吐衄生疮、涕唾黏稠者乃“热盛体质”,治疗应予凉膈散;以脐腹部肥胖为主,伴见

面赤咽干、口苦头眩者即“中风体质”,治疗应予防风通圣散;伴见上腹胀满压痛,甚则腹肌紧张者,治疗应予大柴胡汤;伴见口渴、皮肤瘙痒,或皮肤巩膜黄染者,治疗应予茵陈蒿汤。

叶教授认为,虚性肥满兼平素多汗,皮肤色白者即“水肥体质”,治疗应予以黄芪汤;伴见清晨颜面苍白浮肿,傍晚双下肢肿胀者,治疗应予五苓散;若病久体虚,伴见腹胀畏寒、喜温喜按、心悸水肿、手足厥冷、肤色晦暗者即“迟缓体质”,治疗应予以附子理中汤。

肥胖的本质是病理产物堆积,其病机总属本虚标实。叶教授治疗实证(肝郁、湿热)肥胖常用汤剂,“汤者荡也”,以求涤荡湿、郁、瘀、热等病理因素;治疗虚证(脾虚、阳虚)肥胖喜用丸剂,盖“丸者缓也”,丸剂药力缓释、药效持久、服用便捷,利于患者长程服用,巩固疗效。

1.3 重视药理,因病施药 叶教授治疗肥胖症,恒以大剂鲜荷叶入药(汤剂60 g/剂,丸剂600 g/料)。荷叶,归肝、脾、胃经,味苦涩,性平,具有升发清阳、醒脾开胃、凉血止血等功效^[8],《医林纂要》谓其“泻心肝而清金固水”。相较于干荷叶、荷叶炭,鲜荷叶中黄酮类、生物碱类物质含量更高,具有降脂、降糖功效且呈明显的剂量依赖性^[9-13]。

叶教授十分重视中药药理作用,临床上辨证与辨病结合,满足现代医学对“病”的改善要求。临证见肥胖兼高血糖者,加啤酒花、楤木、黄连;兼高血压者,加连钱草、车前子、钩藤;兼高血脂者,加车前子、槐花、丹参等;兼痛风者,加草薢、地肤子等;兼胆囊炎、胆石症者,加过路黄、郁金、蒲公英;兼脂肪肝者,加茜草、丹参、三七。现代研究证实,茜草、丹参、三七的有效成分具有调控肝脏炎症反应、抑制肝组织铁死亡、降低血脂、改善糖耐量异常等功效^[14-18]。

2 肥满与肝癖病机相因:万凌峰主任中医师对超重/肥胖型MASLD的病机认识

随着全球饮食结构改变与生活方式的转变,肥胖已成为全球性重大公共卫生问题;其中,MASLD作为肥胖最主要的代谢并发症之一,已成为全球最常见的慢性肝病。研究^[5]显示,全球超重/肥胖人群中MASLD患病率约为50.7%。肥胖与MASLD二者协同进展、互为因果,不仅损害肝脏功能,还会增加2型糖尿病、心

血管疾病、肝细胞癌(Hepatocellular carcinoma, HCC)等并发症的发病风险,给个人健康与公共卫生体系带来沉重负担。MASLD的发病机制仍未完全阐明,现“多重打击”学说^[19]认为MASLD与胰岛素抵抗(Insulin resistance, IR)、脂质代谢紊乱、免疫损伤、肠道微生物失衡等多种“附加打击”并行发生、相互作用有关。

超重/肥胖型MASLD归属于中医学“肝癖”范畴,临床常兼见“胁痛”“积聚”,与肥胖本同一源、病机相因。《难经》有言“肝之积,名曰肥气”,恰合其膏脂壅积于肝的现代病理特征。该病多由过食肥甘厚味、久坐少动、情志失调诱发,病位主要在肝,与脾、肠密切相关,久则及肾。

万凌峰主任中医师在系统梳理叶教授辨治肥胖症的学术思想与临证经验基础上,凝练出“脾虚湿滞致肝癖”的核心观点,作为治疗超重/肥胖型MASLD的学术根基。其认为,本病以脾虚为本,肝郁为枢,湿滞为标,肾虚为久病之根;病机虚实交织,层层递进,临床多见肝脾肠同病、湿痰瘀热互结、病情迁延反复。

2.1 脾虚为发病之本 脾虚既是“中满内热”之根源,亦是痰湿脂浊壅滞肝络的启动环节,更是肥胖与MASLD“同源”的核心。饮食不节、劳逸失度先伤脾胃,脾失运化,水湿内生,初起多为无形湿气,弥漫三焦,困遏气机;水谷精微失于输化,湿气凝结,则化为有形膏浊。湿浊膏脂蓄积于肌肤则形体肥胖;停聚于脏腑则为脂浊内蕴;病及肠腑则传导失司,浊毒不得下泄,循肠-肝轴上熏肝脾,加重肝脏脂浊沉积。相关研究^[20]认为,肠道菌群结构紊乱及短链脂肪酸(Short-chain fatty acids, SCFAs)代谢异常可能是脾虚的重要生物学基础。超重/肥胖型MASLD患者肠道微生态平衡被打破,有益菌减少,有害菌富集,致膳食纤维发酵不足,SCFAs水平显著下降,进而触发三重病理损伤:一是肠屏障受损,内毒素入血,激活肝脏炎症通路;二是脂代谢紊乱,促进肝脏脂肪酸合成,抑制分解;三是加剧IR,形成恶性循环^[21]。

2.2 肝郁为传变之枢 肝郁既加剧本虚,又强化标实,是肥胖向MASLD转化的关键节点。肥胖之人多伴情志失畅,加之脾虚湿困,易致肝气郁结、疏泄失常。肝郁一则加重脾失健运、肠腑壅滞,形成恶性循环;二则推动湿浊成痰化瘀,诸种病理产物层层胶结,深伏肝络。现代医学研究表明,情志失调引发的肝郁气滞,与神经-内分泌-免疫网络紊乱密切相关,可通过下丘脑-垂体-肾上腺轴激活炎症反应,促进肝脏脂

肪合成与沉积^[22],这与中医“肝郁致瘀、肝郁生热”的病机特点相呼应。此外,肝郁气滞所致的气机不畅,还可影响肠道蠕动功能,进一步加重肠道菌群紊乱,间接参与肠-肝轴功能失调^[23]。

2.3 湿滞为标实之要 湿滞既是脂浊凝聚、结于肝内而发为肝癖的关键因素,亦是诱发MASLD炎症活动、肝络受损的重要推手。《素问·奇病论》有云:“肥者令人内热,甘者令人中满。”肥甘厚味所酿之湿浊日久郁而化热,湿热内盛一则灼伤肝络、阻滞气机,加重肝脉瘀滞;二则困遏脾阳、闭塞肠腑,湿浊脂毒排泄失司,湿、热、痰、瘀相互胶结,致使病情缠绵难愈,这与现代医学中内脏脂肪堆积引发慢性低度炎症、铁死亡等介导的肝细胞损伤的病理过程高度契合^[24]。NLRP3炎症小体是机体固有免疫的重要组成部分,可被氧化应激、脂质过氧化、内毒素等因素激活,活化后促进半胱天冬酶-1活化,释放促炎因子,诱发肝脏慢性无菌性炎症^[25]。铁死亡以肝细胞铁过载、脂质过氧化、谷胱甘肽过氧化物酶4失活为特征,与炎症形成正反馈环路,加速肝细胞损伤与疾病演进^[26]。

2.4 肾虚为久病之根 肾虚是疾病迁延难愈,向肝纤维化及肝硬化(属中医“肝积”范畴)发展的深层机制。MASLD早期病位多责之于肝脾;病程日久,肝脾损伤渐深,湿、痰、瘀、热等浊毒深伏肝络,长期耗伤正气,最终累及肾脏,导致肾之封藏失职、阴阳失调。一方面,肾虚可进一步加重脾失健运与肝气疏泄失常,使湿浊、痰瘀等病理产物更难排泄,肝癖之证根深蒂固;另一方面,肾虚可致精血不足,肝失濡养,肝络瘀阻更甚,最终促成由肥胖至MASLD、由轻证向重证乃至肝硬化的病机深化。

3 万凌峰主任中医师治疗超重/肥胖型MASLD临证思路

万凌峰主任中医师传承叶教授学术内核,结合当代超重/肥胖型MASLD的临床实际,拓展构建七大临证思路,具体如下。

3.1 脏腑同调,重肝脾肠 本病存在肝失疏泄、脾失运化、肠腑浊毒不降的多脏腑联动病机,临证应当恪守肝、脾、肠脏腑同调的整体理念,重建肝疏、脾升、肠降的脏腑功能稳态。

3.2 畅达气血,引药入肝 针对肝郁气滞、肝络瘀阻的病机特征,一方面疏肝理气,恢复气机枢转,令气行湿散、土郁得舒;另一方面和血通络、行滞散瘀。同

时,临床上可择用归肝专药直达肝络病所,有效截断土壅木郁的核心病机传变。

3.3 明辨病理,别“湿”形质 本病常湿、浊、痰、瘀、热多邪交织为病,临证当精细甄别各类病理产物形质,分清邪正主次,摒弃笼统治法。无形湿气郁滞、困遏中焦者,重在化气行湿、醒脾畅中;有形膏浊脂浊固结、壅阻肝脾者,主以消积导滞、泄浊清脂;痰浊黏滞阻滞气机者,重在化痰散结;瘀血阻络、肝络不畅者,重在活血通络;湿热蕴结中焦者,治以清热化湿。

3.4 证病结合,达标治疗 万凌峰主任中医师临证坚持中医辨证与西医辨病有机结合,以调理脏腑失衡、改善中医证候为根本,同时结合肝脏脂肪含量受控衰减参数(Controlled attenuation parameter, CAP)、丙氨酸氨基转移酶(Alanine aminotransferase, ALT)、天门冬氨酸氨基转移酶(Aspartate aminotransferase, AST)等现代客观检查综合评判病情,树立量化诊疗的达标理念,实现病证同治、疗效可评的规范化治疗。

3.5 分段论治,培本杜复 本病病机层层递进、缠绵胶着,迁延日久可累及肾脏,临证需依据不同病程阶段分段施策。疾病早期浊邪初盛、虚象未显,重在清解浊邪、截断病势,阻止病机进一步深入。病至中后期,痰瘀浊毒深伏固结,虚实夹杂之象更为突出,不可单纯攻邪而耗伤正气,而应顾护先后天之本,做到标本兼治,进而延缓病情进展,减少疾病复发,巩固远期疗效。

3.6 经时并重,合方有度 万凌峰主任中医师临证恪守古法而不泥古,融通新说而不偏执。其立足经典经方固本溯源,结合当代人群体质偏颇与疾病规律,取时方之长,规避单方药力偏颇的弊端,使方药与当代超重/肥胖型 MASLD 的病机特点相契合。

3.7 量效相倚,以证为衡 诊疗全程摒弃固定剂量的刻板施治模式,以患者体质禀赋、虚实偏颇、浊邪深浅、病程长短为依据,结合实时证候动态调整方药剂量,精准权衡量效关系,为全程精准施治奠定方药基础。

4 验案举隅(万凌峰主诊医案)

4.1 脾虚湿阻证验案 吴某,男,29岁,2024年5月1日初诊。主诉:发现脂肪肝5年。现症见:全身乏力,肝区不适,大便日行一次,呈烂泥样,有排便不畅感,寐可。查体:身高177 cm,体质量75 kg,腰围90 cm,体质量指数(BMI)23.9 kg/m²,舌淡稍胖,苔薄白小

腻,脉细。辅助检查:甘油三酯(TG)2.82 mmol/L;CAP 345 db/m;肝脏弹性硬度值(E)5.5 kpa。西医诊断:MASLD。中医诊断:肝癖,辨为脾虚湿困证。治法:健脾益气,化湿去浊。处方:叶教授临证处方一合茯苓泽泻汤、厚朴三物汤加减。药用:党参15 g,炒薏苡仁15 g,净山楂15 g,麸炒山药15 g,桂枝10 g,绞股蓝15 g,法半夏10 g,麸炒白术10 g,生蒲黄10 g,茯苓10 g,柴胡10 g,姜厚朴9 g,麸炒泽泻10 g,豆蔻仁8 g,荷叶30 g,升麻6 g,麸炒枳实20 g,熟大黄6 g。28剂,每日1剂,水煎服。

2024年6月21日二诊:大便畅,不完全成形,体质量减少1.5 kg。予原方增厚朴量至20 g,另加用三七粉3 g。28剂,每日1剂,水煎服。

2024年7月27日三诊:未诉特殊不适,复测体质量71 kg, BMI 22.6 kg/m², CAP 289 db/m, E 5.3 kpa。汤剂易为丸剂,予参苓白术丸口服巩固治疗。

按 患者病程日久,脾虚失运,湿浊内生,壅滞肝络,故见全身乏力、肝区不适;湿浊下注肠腑,气机不畅,则大便烂泥样、排便不畅;舌淡稍胖、苔薄白小腻、脉细,均为脾虚湿阻之征。治宜健脾益气、化湿去浊。初诊拟方以叶教授临证处方一为基础,丸剂化裁为汤剂,改人参为党参补中不滞,去莲子、甘草甘膩壅中之品;合茯苓泽泻汤温阳化气、淡渗利湿,导湿浊从小便分消;配伍厚朴三物汤行气通腑、泄降膏浊,其中以小剂量熟大黄缓通腑气、导浊外泄;复加升麻配伍柴胡疏肝解郁、升举清阳;绞股蓝化浊降脂,恪守“脏腑同调、重肝脾肠”学术思想,重在恢复脏腑气机稳态。二诊时患者大便畅、体质量下降,提示湿浊渐化,故加量厚朴增强行气消胀之力,加三七粉活血化瘀,兼顾肝络瘀滞。三诊诸症缓解,相关指标改善,遵“分段论治、培本杜复”思路,改予参苓白术丸健脾固本,杜绝湿浊复聚。

4.2 肝郁气滞证验案 杨某,男,46岁,2023年8月5日初诊。主诉:发现脂肪肝3年余。患者平素作息昼夜颠倒,脾气暴躁善怒,易感疲乏,口气重,大便日行一二次,偏软,小便淡黄,寐可。查体:身高170 cm,体质量76 kg, BMI 26.3 kg/m²,舌红苔白腻,脉小弦。辅助检查:生化检查示“ALT 51 U/L, AST 51 U/L,血清总胆固醇(TC)7.6 mmol/L, TG 6.2 mmol/L”;B超示“重度脂肪肝”。西医诊断:MASLD。中医诊断:肝癖,辨为肝郁气滞证。治法:疏肝理气,运脾化湿。处方:叶教授临证处方二合二陈汤、木香顺气丸加减。药

用:柴胡 10 g,川芎 10 g,炒白芍 10 g,炙甘草 4 g,陈皮 10 g,麸炒苍术 15 g,法半夏 10 g,茯苓 10 g,升麻 6 g,木香 6 g,熟大黄 4 g,生蒲黄 10 g,紫苏叶 10 g,萆薢 10 g,豆蔻仁 10 g,大腹皮 10 g,净山楂 15 g,垂盆草 30 g。14 剂,每日 1 剂,水煎服。

2023 年 8 月 22 日二诊:体质量下降 1 kg,但易疲劳,大便日行 2 次。原方去半夏、萆薢、大腹皮,减大黄量至 3 g,加葛根 10 g。14 剂,每日 1 剂,水煎服。

后继于上方基础上渐加黄芪 15 g、党参 20 g、山药 15 g、薏苡仁 15 g,随证加减,调理近 3 个月。经中药调理,患者情绪渐稳,易怒、疲劳缓解。2023 年 11 月 11 日复查:体质量 72 kg, BMI 24.9 kg/m²,生化指标均在正常范围内;B 超提示脂肪肝由重度转为轻度。

按 患者平素昼夜颠倒、脾气暴躁,情志失畅致肝气郁结,疏泄失常,木不疏土则脾运失健,湿浊内生,故见疲乏、口气重、大便偏软;舌红苔白腻、脉小弦,为肝郁气滞、湿浊内蕴之象。治宜疏肝理气、运脾化湿。初诊拟方以叶教授临证处方二为基础,去香橼、绿萼梅等轻散之品,集中药力;增大柴胡、白芍用量,畅达气血,重用归肝之品直达病所;合二陈汤燥湿健脾、祛除痰湿;参木香顺气丸行气畅中之法,加麸炒苍术、豆蔻仁;另加大腹皮、萆薢、生蒲黄分消湿浊;垂盆草清降肝热,保肝降酶;紫苏叶宣通气机;升麻升举清阳;小剂量熟大黄缓通腑气,重建肝疏、脾升、肠降功能稳态。二诊时患者体质量下降但仍易疲劳,提示肝郁渐舒而脾虚未复,故去燥湿耗气之半夏、萆薢、大腹皮,减大黄用量,加葛根升阳健脾,后渐加黄芪、党参等益气健脾之品,兼顾本虚。经中药调治,患者症状缓解,各项指标改善。此乃通过疏肝运脾阻断恶性循环,紧扣肝脾同病之病机。

4.3 湿热内蕴证验案 周某,男,47 岁,2024 年 5 月 1 日初诊。主诉:发现脂肪肝 2 年。现症见:口气重,眼干,轻度腹胀,大便日行二三次,黏马桶,双侧脚气明显。既往有高血压病史。查体:身高 180 cm,体质量 99 kg,腰围 96 cm, BMI 30.5 kg/m²,舌红苔黄白小腻,脉小弦细。辅助检查:ALT 72 U/L, AST 66 U/L, TG 2.62 mmol/L,空腹血糖(GLU) 5.95 mmol/L;糖化血红蛋白(HbA1c) 7.16%;血清铁蛋白(SF) 342 μg/L; CAP 329 db/m; E 6.6 kpa。西医诊断:① MASLD; ② 高血压。中医诊断:肝癖,辨为湿热内蕴证。治法:清热祛湿。处方:叶教授临证处方三合茵陈蒿汤、三黄泻心汤加减。药用:黄连 6 g,炒薏苡仁 15 g,茯苓 12 g,车

前草 15 g,马齿苋 15 g,茵陈 30 g,焦栀子 10 g,熟大黄 10 g,荷叶 60 g,升麻 6 g,丹参 30 g,虎杖 15 g,垂盆草 30 g,法半夏 10 g,麸炒苍术 20 g,黄芩 10 g,绞股蓝 15 g,净山楂 15 g,桑叶 15 g,鬼箭羽 10 g,麸炒僵蚕 10 g,鸡骨草 15 g。14 剂,每日 1 剂,水煎服。

2024 年 5 月 17 日二诊:眼部干涩减轻,脚气消失,大便成形。继予原方,随证加减 5 个月。

2024 年 10 月 26 日三诊:无明显不适,复测体质量 89 kg, BMI 27.4 kg/m²; ALT 19 U/L, AST 32 U/L, GLU 4.67 mmol/L, TC 6.17 mmol/L; CAP 258 db/m; E 6.6 kpa。汤剂易为丸剂,医嘱予参苓白术丸、化滞柔肝颗粒交替口服巩固疗效。

按 患者体型肥胖,湿热内生,壅滞中焦,熏蒸肝胆,故见口气重、眼干、腹胀;湿热下注肠腑则大便黏马桶,下注肌肤则脚气明显;舌红苔黄白小腻、脉小弦细,为湿热内蕴之征。治宜清热祛湿、分层泄浊。初诊拟方以叶教授临证处方三为基础,恪守“明辨病理、别‘湿’形质”,去滑石、淡竹叶、决明子、陈皮,避其清利效弱、燥湿力缓之弊;增熟大黄用量,强化通腑泄浊,导膏脂湿热从下而解;合茵陈蒿汤利肝胆湿热、疏泄浊瘀;合三黄泻心汤苦寒直折、清畅中焦;辅以桑叶、虎杖、垂盆草、鸡骨草清泄肝热、护肝降酶;丹参、鬼箭羽、僵蚕活血通络,防湿热久郁成瘀;绞股蓝、山楂化浊消脂;苍术、半夏燥湿醒脾;升麻升举清阳,顾护脾胃升降。二诊,诸症缓解,湿热渐清,守方加减以巩固祛邪。三诊,体质量下降、相关指标改善,邪势已衰,改用参苓白术丸、化滞柔肝颗粒交替口服,健脾固本、清涤余浊,防范湿热复燃。

5 小结

肥胖既是超重/肥胖型 MASLD 发生、发展的危险因素,亦是前驱病理状态。二者同属代谢紊乱谱系、病机同源相承。叶教授辨治肥胖症,紧扣肝脾肾三脏失调病机,建立健脾化湿、疏肝畅郁、清热祛湿、温肾固本四维辨治体系,秉持分型论治、经方调体、药理互参、剂型分用的诊疗思路,形成完备的肥胖症临证方案。

万凌峰主任中医师系统梳理叶教授辨治肥胖症的学术思想,结合现代超重/肥胖型 MASLD 的临床实际,凝练提出“脾虚湿滞致肝癖”的核心学术观点,将其作为超重/肥胖型 MASLD 的核心诊疗根基。同时,其立足叶教授辨治肥胖症的学术体系,拓展出脏腑同

调、畅气通络、辨邪分治等七大临证思路,深化了叶教授的学术思想在MASLD诊疗领域的延伸应用。

本文所附3则验案,均已排除病毒性肝炎、酒精性肝病、药物性肝损伤等其他肝病,确诊为超重/肥胖型MASLD。3则验案分别对应脾虚湿困、肝郁气滞、湿热内蕴三种核心证型,均紧扣超重/肥胖型MASLD“脾虚为本,肝郁为枢,湿滞为标,肾虚为久病之根”的核心病机。临床处方以叶教授临证处方为基础,经方、时方灵活化裁,坚持证病结合、中西互参,将中医证候与CAP、转氨酶、糖脂代谢等客观指标相互参照,动态调方,分段论治,务求辨证精准、祛邪扶正、标本同治。治疗后患者疾病相关理化指标、中医证候指标均明显改善。本组验案既体现了中医辨证论治的精髓,也验证了前文所述病因病机及诊疗思路的科学性与实用性,为临床诊治超重/肥胖型MASLD提供了切实可行的参考范例。

参考文献

- [1] 马永华,叶加南,叶庭兰,等.中国百年百名中医临床家丛书:叶桔泉[M].北京:中国中医药出版社,2004:379-382.
- [2] Obesity: preventing and managing the global epidemic. report of a WHO consultation[J]. World Health Organ Tech Rep Ser, 2000, 894: 1-253.
- [3] ESLAM M, SARIN S K, WONG V W, et al. The Asian Pacific Association for the study of the liver clinical practice guidelines for the diagnosis and management of metabolic associated fatty liver disease[J]. Hepatol Int, 2020, 14(6): 889-919.
- [4] ESLAM M, FAN J G, YU M L, et al. The Asian Pacific association for the study of the liver clinical practice guidelines for the diagnosis and management of metabolic dysfunction-associated fatty liver disease[J]. Hepatol Int, 2025, 19(2): 261-301.
- [5] LIU J, AYADA I, ZHANG X, et al. Estimating global prevalence of metabolic dysfunction-associated fatty liver disease in overweight or obese adults[J]. Clin Gastroenterol Hepatol, 2022, 20(3): e573-e582.
- [6] 叶橘泉. 叶橘泉现代实用中药[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2015: 1-4.
- [7] 叶橘泉. 叶橘泉临证直觉诊断学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2019: 1-18.
- [8] 国家药典委员会. 中华人民共和国药典(一部)[S]. 北京: 中国医药科技出版社, 2020: 287.
- [9] 王俊杰, 龙婷, 曹欣, 等. 荷叶黄酮对油酸孵育的HepG2细胞甘油三酯代谢的影响[J]. 中国药理学通报, 2010, 26(12): 1626-1630.
- [10] 范婷婷, 法鲁克, 方芳, 等. 荷叶总生物碱降脂减肥作用的体内外试验[J]. 浙江大学学报(农业与生命科学版), 2013, 39(2): 141-148.

- [11] ONO Y, HATTORI E, FUKAYA Y, et al. Anti-obesity effect of Nelumbo nucifera leaves extract in mice and rats[J]. J Ethnopharmacol, 2006, 106(2): 238-244.
- [12] 张金英, 茆志国, 郭琳, 等. 常用鲜干中药差异化学成分及药理作用研究特点分析[J]. 中药药理与临床, 2025, 41(11): 116-120.
- [13] 李坤, 王明芳, 薛非非, 等. 荷叶炒炭过程中金丝桃苷、异槲皮苷与槲皮素含量变化规律研究[J]. 世界科学技术-中医药现代化, 2016, 18(1): 112-117.
- [14] 周永静, 王肖辉, 李如意, 等. 大叶茜草素对高脂诱导小鼠非酒精性脂肪肝的影响[J]. 世界中西医结合杂志, 2022, 17(1): 86-91, 110.
- [15] 秦智, 周敏. 丹参酮II A通过Nrf2信号通路抑制肝组织铁死亡对非酒精性脂肪肝大鼠肝脏的保护作用[J]. 中国中药杂志, 2024, 49(6): 1611-1620.
- [16] 郝健亨, 王海军, 曹玉霞, 等. 丹参酮II A治疗非酒精性脂肪性肝病的网络分析及实验验证[J]. 中国老年学杂志, 2024, 44(21): 5243-5249.
- [17] 冯晓昇, 何朋伦, 赵梓铭, 等. 从CRTC2/SREBP1调节探讨三七总皂苷改善非酒精性脂肪肝大鼠脂质代谢的作用[J]. 中华中医药杂志, 2022, 37(2): 1107-1112.
- [18] 姜清芳, 黄敏怡, 游春香, 等. 三七总皂苷对非酒精性脂肪肝大鼠糖脂代谢的影响[J]. 海峡药学, 2021, 33(4): 19-21.
- [19] SAKURAI Y, KUBOTA N, YAMAUCHI T, et al. Role of Insulin Resistance in MAFLD[J]. Int J Mol Sci, 2021, 22(8): 4156.
- [20] 黄凯舟, 蒋开平, 李建鸿, 等. 基于肠道微生态与脾胃升降关系探讨非酒精性脂肪性肝病的组方用药思路[J]. 中国实验方剂学杂志, 2020, 26(3): 43-52.
- [21] CUI C, GAO S, SHI J, et al. Gut-Liver Axis: the role of intestinal microbiota and their metabolites in the progression of metabolic dysfunction-associated steatotic liver disease[J]. Gut Liver, 2025, 19(4): 479-507.
- [22] 朱蓓, 白敏, 蔡锡顶, 等. 舟山市儿童超重肥胖和下丘脑-垂体-肾上腺轴与抑郁症状的关联及交互作用分析[J]. 中国妇幼保健, 2024, 39(21): 4207-4211.
- [23] 蔡欢, 姜岩, 刘静芹, 等. 肠道微生物-短链脂肪酸轴与肥胖抑郁共病机制的研究进展[J]. 中国病理生理杂志, 2022, 38(12): 2291-2297.
- [24] TODOSENKO N, YUROVA K, KHAZIAKHMATOVA O, et al. The role of (nuclear) lipid droplets in the pathogenesis of metabolic syndrome[J]. Front Biosci (Landmark Ed), 2025, 30(6): 26742.
- [25] 钟严, 刘哲睿, 杨彦娣, 等. NLRP3炎症小体在肝病中的研究进展[J]. 解放军医学院学报, 2025, 46(10): 1003-1010.
- [26] 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.

(收稿日期: 2026-01-14)

(本文编辑: 蒋艺芬)