

基于“五脏别通”理论的穴位埋线治疗不同证型肥胖型高脂血症临床研究

胡赫其¹, 胡佳慧², 冯祯根¹, 陈泽莉¹

1. 浙江中医药大学附属金华市中医医院, 浙江 金华 321017; 2. 浙江省人民医院, 浙江 杭州 310014

[摘要] 目的: 观察基于“五脏别通”理论的穴位埋线治疗不同证型肥胖型高脂血症患者的疗效。方法: 选取100例肥胖型高脂血症患者, 按中医证型分为痰浊阻遏组、脾肾阳虚组、气滞血瘀组、肝肾阴虚组、阴虚阳亢组, 每组20例。5组均采用“五脏别通”理论的穴位埋线。均连续治疗6周。比较5组临床疗效, 比较5组治疗前后中医证候积分、体质量指数(BMI)、脂肪率(F%)、总胆固醇(TC)、甘油三酯(TG)、高密度脂蛋白胆固醇(HDL-C)。结果: 治疗后, 5组中医证候积分均较治疗前下降($P < 0.05$)。治疗后, 5组BMI、F%均较治疗前下降($P < 0.05$)。组间F%比较, 差异有统计学意义($P < 0.05$), 痰浊阻遏组、气滞血瘀组F%均低于肝肾阴虚组, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。治疗后, 5组TC、TG水平均较治疗前下降, HDL-C水平均较治疗前上升, 差异均有统计学意义($P < 0.05$)。治疗后, 组间TC比较, 差异有统计学意义($P < 0.05$), 痰浊阻遏组改善程度优于其他4组($P < 0.05$)。痰浊阻遏组临床疗效总有效率为95.0%, 脾肾阳虚组为80.0%, 气滞血瘀组为85.0%, 肝肾阴虚组为90.0%, 阴虚阳亢组为85.0%, 差异无统计学意义($P > 0.05$), 两两组间比较, 差异均无统计学意义($P > 0.05$)。结论: 基于“五脏别通”理论指导下的穴位埋线治疗不同中医证型肥胖型高脂血症均有确切疗效, 且对痰浊阻遏证患者在改善TC方面优于其他证型。

[关键词] 肥胖型高脂血症; 五脏别通; 穴位埋线; 中医证型; 中医证候积分

[中图分类号] R246.1 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2024) 11-0141-06

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2024.11.028

Clinical Study of Acupoint Catgut Embedment for Obesity Hyperlipemia of Different Syndrome Types Based on Theory of “Five Viscera Communication”

HU Heqi¹, HU Jiahui², FENG Zhenggen¹, CHEN Zeli¹

1. Jinhua Hospital of Traditional Chinese Medicine Affiliated to Zhejiang Chinese Medical University, Jinhua Zhejiang 321017, China; 2. Zhejiang Provincial People's Hospital, Hangzhou Zhejiang 310014, China

Abstract: **Objective:** To observe the curative effect of acupoint catgut embedment on obesity hyperlipemia of different syndrome types based on theory of “Five Viscera Communication”. **Methods:** A total of 100 patients with obesity hyperlipemia were selected and divided into the phlegm turbidity obstruction group, the spleen-kidney yang deficiency group, the qi stagnation and blood stasis group, the liver-kidney yin deficiency group, and the yin deficiency with yang hyperactivity group according to the traditional Chinese medicine syndrome types, with 20 cases in each group. The five groups were treated with acupoint catgut embedment based on theory of “Five Viscera Communication” for six weeks. The clinical effects, and the traditional Chinese medicine (TCM) syndrome scores, body mass index (BMI), body fat percentage (F%) and the levels of total cholesterol (TC), triglycerides (TG) and high density lipoprotein cholesterol (HDL-C) were compared before and after treatment between the two groups.

[收稿日期] 2023-09-19

[修回日期] 2024-03-30

[基金项目] 金华市科技计划项目 (2021-4-288)

[作者简介] 胡赫其 (1995-), 男, 中医师, E-mail: hhq1612211369@163.com.

Results: After treatment, the TCM syndrome scores in the five groups were decreased when compared with those before treatment ($P < 0.05$). After treatment, the BMI and F% in the five groups were decreased when compared with those before treatment ($P < 0.05$). There was significant difference being found in the comparison of F% between the five groups ($P < 0.05$), and the F% in the phlegm turbidity obstruction group and the qi stagnation and blood stasis group was respectively lower than that in the liver-kidney yin deficiency group, the difference being significant ($P < 0.05$). After treatment, the levels of TC and TG in the two groups were decreased when compared with those before treatment ($P < 0.05$), and the HDL-C levels were increased when compared with those before treatment, differences being significant ($P < 0.05$). After treatment, there was significant difference being found in the comparison of TC level between the five groups ($P < 0.05$), and the improvement degree in the phlegm turbidity obstruction group was better than that in the other four groups ($P < 0.05$). The total clinical effective rate was 95.0% in the phlegm turbidity obstruction group, 80.0% in the spleen-kidney yang deficiency group, 85.0% in the qi stagnation and blood stasis group, 90.0% in the liver-kidney yin deficiency group, and 85.0% in the yin deficiency with yang hyperactivity group, there being no significance in the difference ($P > 0.05$) and in the differences between two groups. **Conclusion:** Acupoint catgut embedment has a definite curative effect on obesity hyperlipemia of different TCM syndrome types under the guidance of theory of "Five Viscera Communication", and in addition, it is superior to other syndrome types in improving TC of patients with syndrome of phlegm turbidity obstruction.

Keywords: Obesity hyperlipemia; Five Viscera Communication; Acupoint catgut embedment; Traditional Chinese medicine syndrome types; Traditional Chinese medicine syndrome scores

近年来,随着人们饮食结构和生活方式的转变,肥胖问题愈发严重,且年龄逐年呈现年轻化态势。流行性病学研究表明,肥胖是各类心脑血管疾病、代谢类疾病的主要风险因素,肥胖者的高脂血症发生率明显高于非肥胖者,全球日均因高脂血症诱发心脑血管疾病的死亡人数达到了4 000余人^[1-3]。穴位埋线是结合传统针灸与现代技术的新兴穴位组织学刺激疗法,临床上广泛用于减肥治疗,具有简单易行、速效与续效兼有的优势^[4]。“五脏别通”理论源于明代李梴《医学入门·脏腑相通篇》,是不同脏腑之间阴阳表里关系的一种特殊联通方式。该理论也是针灸取穴的重要依据之一,对肥胖、糖尿病等常见代谢类疾病的临床疗效已得到了研究证实^[5]。本研究从中医“五脏别通”理论出发进行穴位埋线治疗,从脂质代谢、体质量指数、中医证候学角度,对不同中医证型肥胖型高脂血症患者进行疗效观察,报道如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准 符合《中国成人血脂异常防治指南(2016修订版)》^[6]中高脂血症诊断标准。正常饮食情况下,2周内2次测血清血中总胆固醇(TC)≥6.22 mmol/L或甘油三酯(TG)≥2.88 mmol/L或男性高密度脂蛋白胆固醇(HDL-C)≤1.04 mmol/L、女性HDL-C≤1.17 mmol/L。符合《单纯性肥胖病的诊断及疗效评定标准》^[7]中肥胖病诊断标准:根据病史、体检和实验室检查除外症状性肥胖(继发性肥胖),实测体质量超过标准体质量[标准体质量=身高(cm-100)×0.9]的20%以上或(和)脂肪率(F%=身体脂肪总质量/体质量×100%)超过30%。

1.2 辨证标准 符合《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[8]中5个证型。①痰浊阻遏型:形体肥胖,头重,胸闷,心悸,失眠,食少,肢麻体重,舌胖,苔滑腻,脉弦滑。②脾肾阳虚型:畏寒肢冷,食少,脘胀,眩晕,倦怠乏力,便溏,舌淡质嫩,脉沉细。

③气滞血瘀型：胸胁胀闷，心烦，舌尖边有瘀点或瘀斑，脉沉涩。④肝肾阴虚型：眩晕，口干，健忘，耳鸣，腰膝酸软，五心烦热，失眠，舌质红，少苔，脉细数。⑤阴虚阳亢型：眩晕，头痛，急躁易怒，口苦，心悸，面红，失眠，便秘，舌质红或紫暗，苔黄，脉弦或弦细而数。

1.3 纳入标准 符合上述肥胖型高脂血症诊断标准及辨证标准；年龄16~65岁；既往无动物蛋白及酒精过敏史；自愿加入本研究，并签署知情同意书。

1.4 排除标准 妊娠期或哺乳期妇女；继发性肥胖；合并心血管、脑血管、肝、肾和造血系统等原发性疾病；有严重并发症，如心力衰竭、肾衰竭、帕金森病、老年性痴呆、癌症等，以及患有其他严重影响患者生活质量的疾病；由药物(吩噻嗪类、J3-阻滞剂、肾上腺皮质类固醇及某些避孕药等)引起的高脂血症及家族性高胆固醇血症；正在服用肝素、甲状腺素治疗药和其他影响血脂代谢药物，以及2周内曾采用其他降脂措施；精神疾病，或意识障碍；治疗期间无法配合及坚持治疗；于治疗前3个月内接受过减肥药或其它理疗治疗。

1.5 脱落标准 发生严重不良事件或不良反应，不宜继续治疗；研究过程中自行退出；病例资料不全或不完整，影响临床判断。

1.6 一般资料 选取2021年8月—2022年8月就诊于金华市中医医院针灸科门诊的100例肥胖型高脂血症患者，按中医证型分为痰浊阻遏组、脾肾阳虚组、气滞血瘀组、肝肾阴虚组、阴虚阳亢组，每组20例。痰浊阻遏组男11例，女9例；年龄17~64岁，平均(39.50±14.70)岁；病程1~32年，平均(11.35±7.53)年。脾肾阳虚组男14例，女6例；年龄17~64岁，平均(38.05±16.47)岁；病程2~30年，平均(11.25±7.57)年。气滞血瘀组男12例，女8例；年龄18~60岁，平均(39.90±14.01)岁；病程1~34年，平均(11.30±7.69)年。肝肾阴虚组男10例，女10例；年龄17~62岁，平均(40.25±14.98)岁；病程1~33年，平均(11.85±7.56)年。阴虚阳亢组男11例，女9例；年龄16~63岁，平均(38.25±13.55)岁；病程1~32年，平均(11.35±7.53)年。5组一般资料比较，差异无统计学意义($P>0.05$)，具有可比性。本研究已通过金华市中医医院医学伦理委员会批准(20210126005)。

2 治疗方法

5组均接受穴位埋线治疗。取穴：腕骨双侧、三焦俞双侧、膈俞双侧、带脉双侧、天枢双侧、水道双侧、丰隆双侧。准备：一次性使用无菌注射针(规格0.9×38TWLB)，2-0号可吸收的羊肠线，剪成0.5~1.5 cm浸泡于75%乙醇中备用，0.30 mm×50 mm一次性使用针灸针，剪成平头。操作：患者取适当体位，穴位处常规消毒，取9号一次性针头，用灭菌持针钳取一段1.5 cm羊肠线，置于9号针头口，后接无头毫针作为针芯，用左手拇、食指固定进针部位皮肤，选取腹部穴位天枢、水道、带脉，直刺，进针约1.5寸，至腹部有酸胀感。腕骨选取长0.5 cm羊肠线，进针约0.5寸，使针感放射至掌心。三焦俞、膈俞斜刺15°进针，针尖向下，深度约1.2寸，要求腰背酸胀感。丰隆直刺进针约1寸，使酸胀感向腹侧传达，以上诸穴均施平补平泻法，得气后边推针芯边退针管，出现落空感后示羊肠线已推入，随即出针，用干棉球按压针孔片刻，贴上创口贴，1 d后去除创口贴，24 h内禁浴。每周1次，2次为1个疗程，连续治疗3个疗程。

在研究过程中，脾肾阳虚组和阴虚阳亢组各出现1例针刺局部轻度水肿，加压包扎后肿块消退；脾肾阳虚组1例患者针刺时出现头晕，拔针休息后缓解。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 ①中医证候积分。参考文献[8]观察5组治疗前后各证型的证候积分变化。证候表现根据无、轻、中、重分别计0、1、2、3分，累计各证型的证候积分，分值越高代表症状越严重。②客观性评价指标。观察治疗前后F%、TC、TG、HDL-C指标数值变化，并计算体质量指数(BMI)，作为疗效判断依据。③临床疗效。

3.2 统计学方法 应用SPSS26.0统计学软件进行处理。符合正态分布且方差齐性的计量资料以均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示，组内比较采用配对样本 t 检验，组间比较采用单因素方差分析。计数资料以百分比(%)表示，采用 χ^2 检验，若有期望值小于5则采用Fisher精确检验。 $P<0.05$ 表示差异有统计学意义。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 治疗过程中采用脂肪测量仪动态观察脂肪含量，以体重秤测量患者体质量。参照《单

纯性肥胖病的诊断及疗效评定标准》^[7]制定。显效：体质量下降 ≥ 5 kg，F%下降率 $\geq 5\%$ ；有效：2 kg \leq 体质量下降 < 5 kg，3% \leq F%下降率 $< 5\%$ ；无效：体质量无变化或下降 < 2 kg，F%下降率 $< 3\%$ 。血脂参照《调整血脂药物临床研究指导原则》^[9]中的相关标准规定。显效：TC下降率 $\geq 20\%$ ，或TG下降率 $\geq 40\%$ ，或HDL-C上升 ≥ 0.26 mmol/L；有效：10% \leq TC下降率 $< 20\%$ ，或20% \leq TG下降率 $< 40\%$ ，或HDL-C上升 ≥ 0.104 – 0.26 mmol/L；无效：TC下降率 $< 10\%$ ，或TG下降率 $< 10\%$ ，或HDL-C上升 < 0.104 mmol/L。其中，疗效判定需结合肥胖疗效及血脂疗效，两者均评价“显效”，则总体疗效判定为“显效”；若二者中有一项被评为“无效”，则总体疗效判定为“无效”；其余情况总体疗效判定为“有效”。

4.2 5组治疗前后中医证候积分比较 见表1。治疗前，中医证候积分比较，差异均无统计学意义($P > 0.05$)。治疗后，5组中医证候积分均较治疗前下降($P < 0.05$)。组间比较，差异均无统计学意义($F = 0.928$, $P = 0.451$)。

表1 5组治疗前后中医证候积分比较($\bar{x} \pm s$) 分

组别	例数	治疗前	治疗后
痰浊阻遏组	20	13.55 \pm 1.90	6.25 \pm 1.80 ^①
脾肾阳虚组	20	13.85 \pm 1.36	6.55 \pm 2.01 ^①
气滞血瘀组	20	13.30 \pm 2.00	6.45 \pm 1.50 ^①
肝肾阴虚组	20	13.50 \pm 1.76	7.20 \pm 2.07 ^①
阴虚阳亢组	20	14.05 \pm 2.44	7.05 \pm 1.99 ^①

注：①与本组治疗前比较， $P < 0.05$

4.3 5组治疗前后BMI、F%比较 见表2。治疗前，5组BMI、F%比较，差异均无统计学意义($P > 0.05$)。治疗后，5组BMI、F%均较治疗前下降($P < 0.05$)。治疗后，组间BMI比较，差异无统计学意义($F = 1.690$, $P = 0.159$)，且组间两两比较差异均无统计学意义($P > 0.05$)。组间F%比较，差异有统计学意义($F = 2.856$, $P = 0.028$)，痰浊阻遏组、气滞血瘀组F%均低于肝肾阴虚组，差异有统计学意义($P < 0.05$)。

4.4 5组治疗前后TC、TG、HDL-C水平比较 见表3。治疗前，5组TC、TG、HDL-C水平比较，差异均无统计学意义($P > 0.05$)。治疗后，5组TC、TG水平均较治疗前下降，HDL-C水平均较治疗前上升，差异均有统计学意义($P < 0.05$)。治疗后，组间TC比

较，差异有统计学意义($F = 3.946$, $P = 0.005$)，痰浊阻遏组改善程度优于其他4组($P < 0.05$)。治疗后，组间TG比较，差异无统计学意义($F = 1.891$, $P = 0.118$)，且组间两两比较差异均无统计学意义($P > 0.05$)。治疗后，组间HDL-C比较，差异无统计学意义($P > 0.05$)，且组间两两比较，差异均无统计学意义($P > 0.05$)。

表2 5组治疗前后BMI、F%比较($\bar{x} \pm s$)

组别	时间	例数	BMI	F%
痰浊阻遏组	治疗前	20	27.91 \pm 0.80	37.16 \pm 0.70
	治疗后	20	25.44 \pm 1.03 ^①	32.90 \pm 1.40 ^②
脾肾阳虚组	治疗前	20	27.69 \pm 0.52	37.19 \pm 0.75
	治疗后	20	25.60 \pm 0.86 ^①	33.35 \pm 1.34 ^①
气滞血瘀组	治疗前	20	27.96 \pm 0.50	37.11 \pm 0.70
	治疗后	20	25.88 \pm 0.87 ^①	32.91 \pm 1.37 ^②
肝肾阴虚组	治疗前	20	28.08 \pm 0.63	37.75 \pm 0.60
	治疗后	20	26.11 \pm 0.86 ^①	33.98 \pm 0.86 ^①
阴虚阳亢组	治疗前	20	27.68 \pm 0.68	37.24 \pm 0.66
	治疗后	20	25.58 \pm 1.00 ^①	33.54 \pm 0.88 ^①

注：①与本组治疗前比较， $P < 0.05$ ；②与肝肾阴虚组比较， $P < 0.05$

表3 5组治疗前后TC、TG、HDL-C水平比较($\bar{x} \pm s$) mmol/L

组别	时间	例数	TC	TG	HDL-C
痰浊阻遏组	治疗前	20	6.98 \pm 0.87	5.11 \pm 0.69	1.12 \pm 0.05
	治疗后	20	4.74 \pm 0.80 ^①	3.31 \pm 0.64 ^①	1.23 \pm 0.05 ^①
脾肾阳虚组	治疗前	20	6.94 \pm 0.90	5.04 \pm 0.74	1.11 \pm 0.08
	治疗后	20	5.49 \pm 0.76 ^②	3.83 \pm 0.72 ^①	1.20 \pm 0.07 ^①
气滞血瘀组	治疗前	20	6.93 \pm 0.88	4.91 \pm 0.81	1.12 \pm 0.07
	治疗后	20	5.65 \pm 0.84 ^②	3.81 \pm 0.76 ^①	1.22 \pm 0.06 ^①
肝肾阴虚组	治疗前	20	7.02 \pm 1.15	5.10 \pm 0.88	1.09 \pm 0.08
	治疗后	20	5.47 \pm 0.91 ^②	3.87 \pm 0.77 ^①	1.21 \pm 0.06 ^①
阴虚阳亢组	治疗前	20	6.84 \pm 1.17	5.13 \pm 0.96	1.11 \pm 0.08
	治疗后	20	5.46 \pm 0.70 ^②	3.79 \pm 0.88 ^①	1.21 \pm 0.07 ^①

注：①与本组治疗前比较， $P < 0.05$ ；②与痰浊阻遏组比较， $P < 0.05$

4.5 5组临床疗效比较 见表4。痰浊阻遏组临床疗效总有效率为95.0%，脾肾阳虚组为80.0%，气滞血瘀组为85.0%，肝肾阴虚组为90.0%，阴虚阳亢组为85.0%，5组总有效率比较，差异无统计学意义($P = 0.794$)。两两比较采用Bonferroni法调整 α 水平(0.005)，各组间差异均无统计学意义($P > 0.05$)。

表4 5组临床疗效比较 例(%)

组别	例数	显效	有效	无效	总有效
痰浊阻遏组	20	5(25.0)	14(70.0)	1(5.0)	19(95.0)
脾肾阳虚组	20	3(15.0)	13(65.0)	4(20.0)	16(80.0)
气滞血瘀组	20	4(20.0)	13(65.0)	3(15.0)	17(85.0)
肝肾阴虚组	20	1(5.0)	17(85.0)	2(10.0)	18(90.0)
阴虚阳亢组	20	2(10.0)	15(75.0)	3(15.0)	17(85.0)

5 讨论

肥胖症是一种常见的慢性、代谢性疾病，多由于遗传、环境改变等因素综合作用下出现体内脂肪过度堆积或异常分布，引起体质量超重^[10]。肥胖不光引发人们对身材的焦虑，同时还易诱发高脂血症，表现为异常变化的血脂水平(TC、TG)及脂蛋白(HDL-C、VLDL-C)。其中，脂肪细胞中TG的异常堆积是导致脂肪层增厚的直接原因，并通过诱发一系列炎症反应，破坏机体能量平稳及葡萄糖稳态。过度肥胖往往伴随着胰岛素的大量分泌，继而抑制脂肪组织分解，促进葡萄糖吸收，进一步加重脂质代谢紊乱和胰岛素抵抗^[11]。研究表明，合并高脂血症与肥胖是动脉粥样硬化、心血管疾病、糖尿病和某些癌症的主要危险因素^[12]。目前，针对肥胖型高脂血症的治疗策略，除了饮食调整外，多数患者需服用他汀类药物。但长期服用存在患者依从性差且不良反应多的问题，如联合应用他汀类和贝特类药物时会增加发生横纹肌溶解、血糖异常升高的风险^[13]。单纯的改变膳食结构及运动调节，效果不显著，存在一定的局限性。穴位埋线疗法是传统针灸的拓展与延伸，利用埋线工具将羊肠线埋入穴位，对治疗区域产生持续、稳定的长效针感效应，其起效快、治疗次数少的特点，很好地适应现代快节奏生活下的减肥治疗。在穴位埋线过程中，刺入肌肉的羊肠线可引起轻度组织损伤，诱发脂肪细胞死亡和小范围脂肪液化，在一定程度上减少脂肪组织中的细胞数量^[14]。穴位埋线能对人体血清胰岛素、瘦素水平有良性调节作用，并抑制SREBP-I表达，是纠正异常的脂质代谢和胰岛素抵抗的潜在机制^[15-17]。相关研究表明，对腹部肥胖的患者经过6周的穴位埋线治疗，可以降低患者TC、糖化血红蛋白水平及瘦素/脂联素比值，减少体质量和腹围^[17]。本研究团队前期的临床试验也证实“五脏别通”理论指导下，穴位埋线法能有效降低肥胖型高脂血症患者体质量、F%、BMI及血清TC、TG、

并上调HDL-C水平^[18]。

肥胖型高脂血症归属于中医脂浊范畴，《黄帝内经》将肥胖之人描述为“脂人”“膏人”，有“肥贵人，则高粱之疾也”的说法，指出肥胖与饮食不节，体内肥甘浊腻之气积聚息息相关。中医学认为，肥胖型高脂血症病位在脾、胃、肝、肾，与先天禀赋不足、饮食不节、情志失调、劳逸失度等因素有关，在内外因共同作用下，气血、阴阳、脏腑、津液等功能失调，导致水湿、痰浊、膏脂等壅盛于体内，痹阻脉络而发病。本研究拟从不同证型出发，观察以“五脏别通”理论为指导的穴位埋线法治疗肥胖型高脂血症的疗效差异。“五脏别通”理论所引导的脏腑系统，是一种有别于传统脏腑、经络从属，以相同离合状态的阴与阳互相对应形成的关系^[19]。“五脏别通”理论据最早可见于明代李梴在《医学入门》一书中提到：“心与胆相通，肝与大肠相通，脾与小肠相通，肺与膀胱相通，肾与三焦相通，肾与命门相通，此合一之妙也。”根据《灵枢·根结》所述“太阳为开，阳明为合，少阳为枢”“太阴为开，厥阴为合，少阴为枢”，以三阴与三阳开、阖、枢的气化特点，同气相求，具有别通关系的脏腑得以相互联系沟通，太阳与太阴互通则脾与小肠通。五脏别通理论认为，小肠同属脾胃功能系统。其中脾主运化水谷精微，升清降浊；小肠司泌别清浊之职，将胃传来的饮食水谷消化并分清别浊，二者互相协同。因此，本研究选取手太阳小肠经之原穴——腕骨穴为主穴，以分清化浊为治疗大法。肥人多痰湿，配足阳明胃经之丰隆祛湿化痰；临床中肥胖者常伴有腹痛、便秘等瘀滞、湿热症状，加天枢以活血散瘀、通腑泻热；辅水道调节津液输布，三穴合用共奏涤荡体内痰浊糟粕之效。取血会之膈俞，调节气血运行；三焦俞调理三焦，通调水道，二者属足太阳膀胱经，通手太阴肺经，宣发肺气，可治疗肥胖患者常见的咳喘、乏力；带脉位于腹部，局部取穴可束诸经减腰围，同时带脉从属足少阳胆经，与手少阴心经相通，有温通心脉之效，改善胸闷、心慌等症状。诸穴合用，配合穴位埋线法，治以分清别浊、化湿和胃、行气活血，起到减肥、降脂作用。

本研究结果显示，经过“五脏别通”穴位埋线法为期6周的治疗，不同证型肥胖型高脂血症患者的中医证候评分均较治疗前改善，但不同证型间差异

无统计学意义。对BMI、F%的观察发现,患者BMI及F%治疗后均明显减低,其中痰浊阻遏组、气滞血瘀组F%降低程度要优于肝肾阴虚组。同时,穴位埋线均能降低不同证型的TC、TG水平,并上调HDL-C水平,其中痰浊阻遏组在降低TC方面要优于其它4组。在疗效方面,痰浊阻遏组、脾肾阳虚组、气滞血瘀组、肝肾阴虚组、阴虚阳亢组有效率分别为95.0%、80.0%、85.0%、90.0%、85.0%,不同证型间无明显差异。说明“五脏别通”穴位埋线法对不同中医证型的肥胖型高脂血症患者均有疗效,通过调节血液中TC、TG、HDL-C含量,降低BMI、F%,纠正体内脂质代谢紊乱,减轻体质量。其中,在降低TC方面,对痰浊阻遏型患者效果最明显,分析其原因可能与本研究所选腕骨、三焦俞、水道、丰隆穴位以化浊祛湿为主,对痰浊阻遏型患者在血脂水平改善方面有一定的优势。气滞血瘀型患者在减轻体质量以及体脂率方面与痰浊阻遏型疗效相当,均优于肝肾阴虚型,可能与所取膈俞穴、带脉穴相关,具有行气活血作用。

综上,基于“五脏别通”理论指导下的穴位埋线治疗不同中医证型肥胖型高脂血症均有确切疗效,且对痰浊阻遏证患者在改善TC方面优于其他证型。同时,该研究也存在一定的不足,由于样本量限制,不同证型间其他疗效差异可能未达到统计学差异的显著水平,未来需要多中心、大样本的临床研究进一步探讨。

[参考文献]

- [1] MAINIERI F, BELLA S L, CHIARELLI F. Hyperlipidemia and Cardiovascular Risk in Children and Adolescents[J]. *Biomedicines*, 2023, 11(3): 809.
- [2] 马颖. 肥胖与高血压、高脂血症、高血糖的相关性探析[J]. *中国实用医药*, 2013, 8(25): 240-241.
- [3] 李娜, 李菊莲, 宁子铭, 等. 针灸治疗肥胖并发高脂血症的研究进展[J]. *中医临床研究*, 2021, 13(15): 90-93.
- [4] 尹改珍, 霍新慧. 穴位埋线疗法现代临床应用[J]. *针灸临床杂志*, 2006, 22(10): 57-58.
- [5] 魏韵卓, 蔡剑. 脏腑别通理论的历程及现状[J]. *中医药临床杂志*, 2023, 35(6): 1053-1056.
- [6] 诸骏仁, 高润霖, 赵水平, 等. 中国成人血脂异常防治指南(2016年修订版)[J]. *中国循环杂志*, 2016, 31(10): 937-953.
- [7] 危北海, 贾葆鹏. 单纯性肥胖病的诊断及疗效评定标准[J]. *中国中西医结合杂志*, 1998, 18(5): 317-319.
- [8] 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: 85-91.
- [9] 中华人民共和国卫生部. 调整血脂药物临床研究指导原则[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1994: 16.
- [10] 中国营养学会肥胖防控分会, 中国营养学会临床营养分会, 中华预防医学会行为健康分会, 等. 中国居民肥胖防治专家共识[J]. *西安交通大学学报(医学版)*, 2022, 43(4): 619-631.
- [11] BEATA J L, MAGORZATA W, MARTA W, et al. New indexes of body fat distribution, visceral adiposity index, body adiposity index, waist-to-height ratio, and metabolic disturbances in the obese[J]. *Kardiologia Polska*, 2017, 75(11): 1185-1191.
- [12] MHA B, ZG C, YING G B, et al. Huang-Qi San ameliorates hyperlipidemia with obesity rats via activating brown adipocytes and converting white adipocytes into brown-like adipocytes[J]. *Phytomedicine*, 2020, 78: 153292.
- [13] THOMPSON P D, PANZA G, ZALESKI A, et al. Statin-Associated Side Effects[J]. *J Am Coll Cardiol*, 2016, 67(20): 2395-2410.
- [14] NEIRA R, ARROYAVE J, RAMIREZ H, et al. Fat liquefaction: effect of low-level laser energy on adipose tissue[J]. *Plastic & Reconstructive Surgery*, 2002, 110(3): 912-922.
- [15] 周晓玲, 谢胜, 侯秋科. 穴位埋线对非酒精性脂肪性肝病大鼠SREBP-1表达的影响[J]. *中国中医急症*, 2011, 20(6): 902-903, 908.
- [16] 孙云廷, 龚燕, 李丽萍, 等. 穴位埋线治疗不同证型单纯性肥胖疗效观察[J]. *上海针灸杂志*, 2014, 33(4): 323-325.
- [17] CHEN I J, YEH Y H, HSU C H. Therapeutic Effect of Acupoint Catgut Embedding in Abdominally Obese Women: A Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled Study[J]. *Journal of Womens Health*, 2018, 27(6): 782-790.
- [18] 陈宜恬, 陈泽莉, 冯祯根, 等. 基于“脏腑别通”理论的穴位埋线法治疗肥胖型高脂血症疗效观察[J]. *中华全科医学*, 2019, 17(12): 2092-2095.
- [19] 吴玄哲, 吴海洲, 刘飞. “脏腑别通”的理论微探[J]. *世界最新医学信息文摘*, 2019, 19(8): 256-259.

(责任编辑: 吴凌, 郭雨驰)