

基于原络配穴理论针刺治疗高脂血症的临床疗效观察

杨婉婷

浙江省浦江县中医院针灸科, 浙江浦江, 322200;

摘要: 目的: 观察原络配穴针刺治疗高脂血症的临床疗效。方法: 采用随机数字法将 60 例高脂血症患者分为治疗组和对照组, 每组 30 例。治疗组采用予针刺脾、胃、肾、膀胱两对脏腑的原络配穴治疗; 对照组采用阿托伐他汀钙片治疗。对比两组治疗前与治疗后的血脂水平及中医症候评分。结果: 治疗组及对照组治疗后的血脂 TC、TG、LDL-C 水平均有降低, 有统计学差异($P<0.05$)。治疗组治疗后的 LDL-C 水平及中医症候评分下降水平优于对照组, 有统计学差异($P<0.05$)。结论: 原络配穴针刺治疗高脂血症的临床疗效确切, 可显著降低患者血脂水平, 改善中医临床症候。

关键词: 高脂血症; 针刺治疗; 原络配穴; 中医症候

DOI: 10.69979/3029-2808.26.03.044

高脂血症是指由各种原因导致的血浆中甘油三酯、总胆固醇及低密度脂蛋白胆固醇中一种或多种脂质水平升高, 或高密度脂蛋白胆固醇降低的一种代谢性疾病^[1], 高脂血症患者自身不会出现严重的不适症状, 然而持续血脂异常是导致心脑血管疾病的主要因素^[2-4]。目前全球大约有 50% 死亡率于心脑血管疾病^[5], 而我国成人血脂水平正在逐年上升^[6], 我国目前的心脑血管疾病患者已经达到 2.9 亿。因此做好血脂管控对于防治心脑血管疾病的发生发展具有重大意义。

祖国医学对本病的认识早在《素问》中就有“肥”“膏”“肉”等相关论述, 对高脂血症的病理状态多以“膏”“脂”“浊”等概括。中医认为慢性内伤类疾病病因主要是脏腑的阴阳失调, 本病的病因复杂, 目前对于本病因病机的认识尚不统一。目前普遍认为其发病机制为“本虚标实”, 气血阴阳亏虚为本, 瘀血、痰湿为实为标^[7]。高脂血症的发病与痰湿、瘀血等病理产物有关。病变脏腑主要累及肝、脾、肾三脏, 多种病因导致肝失疏泄, 脾失健运, 肾失气化, 继而出现全身水谷精微及气血运化失常而发为本病。

针灸作为一种传统、有效的防病、治疗手段, 已被广泛应用于高脂血症的诊治^[8-9], 逐渐成为防治高脂血症的重要非药物干预手段^[10]。本研究旨在应用原络配穴针刺疗法调整脾胃肾膀胱两脏两腑功能, 疏通四经经气, 使其恢复正常机能, 阻断痰湿膏脂产生、加速其代谢以达到调节血脂、治疗高脂血症的目的, 为临床防治高脂血症添砖加瓦。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2024 年 4 月至 2026 年 4 月在浦江县中医院针灸科就诊的高脂血症患者共 60 例, 分为治疗组和对照组, 采用随机数字表法每组各选 30 例。治疗组采用原络配穴针刺疗法; 对照组采用阿托伐他汀钙片常规治疗。治疗组男 9 例, 女 21 例; 年龄 29~68 (48.57+11.57) 岁; 血脂 TG (4.52+1.30)、TC (5.59+1.12)、LDL-C (3.87+0.94)、HDL-C (1.11+0.25), 中医症候评分 8~19 (15.17+2.51)。对照组男 8 例, 女 22 例; 年龄 29~68 (48.37+10.90) 岁; 血脂 TG (3.63+1.82)、TC (5.93+1.44)、LDL-C (3.74+1.37)、HDL-C (1.43+0.32), 中医症候评分 11~18 (15.00+2.15)。两组治疗前一般资料比较, 差异无统计学意义 ($P>0.05$)。1.2 诊断标准

参照 2016 版《中国成人血脂异常防治指南》^[11]中关于临床高脂血症分型的诊断标准: 患者符合以下其中一项 (单位 mmol/L):

- (1) 高胆固醇血症: $TC \geq 6.20$
- (2) 高甘油三酯血症: $TG \geq 2.30$
- (3) 混合性高脂血症: ($TC \geq 6.20$ 或 $LDL-c \geq 4.10$) 且 $TG \geq 2.30$
- (4) 低高密度脂蛋白血症: $HDL-c \leq 1.04$

1.2 中医辨证标准

- (1) 参照《中药新药临床研究指导原则》^[12]及《中

医内科学》拟定“脾肾阳虚”的诊断标准。主症：畏寒肢冷、腰膝酸冷、乏力、便溏、尿多、舌质胖嫩、苔白滑、脉沉迟或沉细弱；次症：肢体浮肿、腹胀、食少、口淡。

(2) 诊断标准：主症 ≥ 2 项或1项主症加2项次症加任意一项舌脉。

1.3 纳入标准

(1) 患者均符合上文所列西医诊断依据和中医辨证；

(2) 患者年龄介于25周岁至70周岁（包含边界值）；

(3) 入组前3个月内未曾接受系统性降血脂药物治疗；

(4) 充分理解研究目的与流程，自愿参与并签署知情同意书。

1.4 排除标准

(1) 血友病及凝血功能严重不全者；

(2) 肝肾功能、心肺功能严重不全患者；

(3) 继发于其他严重疾病如（甲状腺功能减退、糖尿病、肾病综合征等）的高脂血症者。

(4) 孕妇、妊娠哺乳期患者；

(5) 近期曾使用可能干扰血脂水平的药物（如糖皮质激素）的患者；

(6) 在拟行针刺的区域存在皮肤感染病灶；

(7) 既往曾发生晕针反应的患者。

1.5 研究方案

1.5.1 分组及操作方法

治疗组（针刺治疗）

选取脾、胃、肾、膀胱两对脏腑的原络配穴治疗：

主穴：太白、丰隆、冲阳、公孙、太溪、大钟、京骨、飞扬；

配穴：偏脾阳虚者：脾俞、太冲、胃俞、足三里；

偏肾阳虚者：命门、肾俞、气海；

针具：佳辰牌0.25 $\times$ 40mm规格的毫针；

操作方法：按照《经络腧穴学》定穴标准^[13]，选定穴位，用75%酒精消毒（分术者双手、穴位皮肤）。仰卧位：取足三里、丰隆、气海、飞扬，垂直皮肤进针，深度1寸-1.5寸；取太白、太冲、公孙、大钟、冲阳、京骨，垂直皮肤进针，深度0.5寸-1.0寸；俯卧位：取

肾俞、胃俞、脾俞、命门，垂直皮肤进针，深度0.5寸-1.5寸。快速进针，得气后予平补平泻手法。每次留针30分钟，治疗期间注意保暖。每日治疗1次。以2周为1个疗程，共治疗4个疗程（总计8周）。

对照组（西药治疗）

药物：阿托伐他汀钙片，规格：20mg/片。（商品名：美达信，产品批号：GC2H0381，中国齐鲁制药有限公司。）

用法：口服，每次20mg（1片），每日1次，连续服用8周。

1.6 剔除标准

受试期间同时参与其他临床试验患者；

(2) 试验过程中出现严重不良反应；

(3) 依从较差，不能完成试验者。

1.7 观察指标

(1) 临床指标数据

治疗前与治疗后的血脂水平：TG、LDL-C、TC、HDL-C。

(2) 中医症候评分

参照《中药新药临床研究指导原则》^[12]及《中医内科学》制定的高脂血症患者症状项目及分级量化标准。

1.8 疗效评判标准

①西医疗效评判标准：参照《中药新药临床研究指导原则》^[12]及《中国成人血脂异常防治指南》^[11]：

临床治愈：血脂指标完全恢复正常。

显效：达到以下任一条件：总胆固醇（TC）降低 $\geq 20\%$ ，甘油三酯（TG）降低 $\geq 40\%$ 或低密度脂蛋白胆固醇（LDL-C）降低 $\geq 20\%$ 同时高密度脂蛋白胆固醇（HDL-C）升高 $\geq 0.26\text{mmol/L}$ 。

有效：达到以下任一条件：总胆固醇（TC）降低10%至 $<20\%$ ，甘油三酯（TG）降低20%至 $<40\%$ ，低密度脂蛋白胆固醇（LDL-C）降低10%至 $<20\%$ ，或高密度脂蛋白胆固醇（HDL-C）升高0.104mmol/L至 $<0.26\text{mmol/L}$ 。

无效：未达到有效标准。

②中医疗效（尼莫地平法）：临床疗效指数（N）计算公式为： $N = [(治疗前症状积分 - 治疗后症状积分) / 治疗前症状积分] \times 100\%$ 。

临床治愈： $N \geq 95\%$ ，症状基本消失；

显效： $95\% < N \geq 70\%$ ，症状明显改善；

有效: 70% < N ≤ 30%, 症状改善;

无效: N < 30%, 症状无改善。

1.9 统计学方法

使用统计软件 SPSS22.0 分析; 计数资料用 n (%) 描述, 组间差异比较应用卡方检验; 计量资料依据情况选择性使用均数 ± 标准差 ($\bar{x} \pm s$) 或中位数 (四分位数间距) (M (Q)) 描述。对应的组间比较方法: 符合正态用独立样本 t 检验; 不符合正态用秩和检验。统计学

显著性水平定为 $P < 0.05$ 。

2 结果

2.1 2 组治疗后中医症候评分、血脂 TG、TC、LDL-C、HDL-C 水平比较

治疗后 2 组血脂 LDL-C 水平、中医症候评分, 均存在统计学差异 ($P < 0.05$)。治疗后 2 组血脂 TG、TC、HDL-C 水平, 均不存在统计学差异 ($P > 0.05$)。见表 1、2。

表 1 2 组治疗后中医症候评分、血脂 TG、HDL-C 水平比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	TG	HDL-C	中医症候评分
治疗组	30	2.37±0.98	1.50±0.41	10.43±2.37
对照组	30	2.74±1.23	1.37±0.32	13.23±2.25
t 值		1.30	-1.38	4.68
P		0.20	0.17	0.00

表 2 2 组治疗后血脂 TC、LDL-C 水平比较 M (p25, p75)

组别	例数	TC	LDL-C
治疗组	30	4.33 (3.89, 4.79)	3.38 (2.28, 4.37)
对照组	30	5.02 (3.80, 5.71)	2.68 (1.86, 3.27)
z 值		1.68	3.02
P		0.09	0.002

2.2 两组高脂血症患者总有效率比较

2 组治疗后西医疗效评价总有效率治疗组较对照组无统计学差异 ($\chi^2 = 0.182$, $P > 0.05$)。总有效率: 治疗组 83.3%, 对照组: 80.0%。相较于对照组, 治疗组展

现出更优的疗效, 见表 3。2 组治疗后中医疗效评价总有效率治疗组较对照组存在着统计学差异 ($\chi^2 = 6.88$, $P < 0.05$)。治疗组总有效率: 83.3%, 对照组总有效率: 83.3%。治疗组与对照组总有效率相等, 见表 4。

表 3 2 组患高脂血症者治疗后西医疗效评价总有效率比较/例 (%)、 χ^2

组别	n	显效	有效	无效	总有效率	卡方检验	
						χ^2	P
治疗组	30	6	19	5	83.3%	0.182	0.913
对照组	30	5	19	6	80.0%		

表 4 2 组患高脂血症者治疗后中医疗效评价总有效率比较/例 (%)、 χ^2

组别	n	显效	有效	无效	总有效率	卡方检验	
						χ^2	P
治疗组	30	14	11	5	83.3%	6.88	0.032
对照组	30	5	20	5	83.3%		

3 讨论

高脂血症作为脂质代谢紊乱引发的常见疾病, 与动脉硬化及心脑血管疾病密切相关^[14]。目前我国心血管病患率及死亡率仍在不断上升。致残、致死率较高的脑卒中、冠心病及外周动脉硬化等, 严重影响了人民的生命健康及生活质量^[15-16]。血脂异常是心脑血管发病诱因之一, 防治血脂异常是预防心脑血管事件的关键措施^[17]。人体血管在高血脂水平环境下, 脂质不断在血管内壁沉积并形成斑块, 斑块的增长导致血管官腔进行性狭窄, 甚至完全堵塞。这种血管壁的病理改变即发展为动脉粥样硬化, 是后续发生心脑血管事件的病理基础。堵塞在心血管则诱发冠心病、堵塞在脑血管则引起脑梗塞、堵

塞在外周血管则肢体缺血坏死。对于 ASCVD 极高危患者 (如近期心梗、多血管病变), LDL-C 目标值已降至 $< 1.4 \text{ mmol/L}$ ($< 55 \text{ mg/dL}$), 甚至提出“越低越好, 越早越好”。研究发现, 血清低密度脂蛋白胆固醇 (LDL-C) 增高在 As 的发生机理中占极其重要的地位^[18], 血脂异常还可诱发脂肪肝、糖尿病、胰腺炎、骨质疏松等疾病^{[19][20]}。

目前西医治疗高脂血症最广泛应用的仍是调脂类药物, 如他汀类、贝特类及烟酸类药物。这类药物疗效显著, 但是存在肝损害、胃肠道反应、肌炎等诸多副作用^[20-24], 此类药物强调长期依从性, 并作为联合治疗的基础。不过西医对高脂血症的治疗研究正在深入, 如靶向治疗典范单抗 (依洛尤单抗、阿利西尤单抗) 皮下注

射,可强力降低 LDL-C 50%-60%。新型口服药物贝派度酸,作用于胆固醇合成通路更上游的靶点(ACL 酶)。适用于他汀不耐受患者,可有效降低 LDL-C。然而,任何药物都不能替代健康的生活习惯,绿色针灸治疗方法仍是优势选择。

原络配穴针刺疗法选择病变累计脏腑本经的原穴和络穴进行针刺治疗,原穴是脏腑元气经过和留止的部位,可以治疗各自所属脏腑的疾病。络穴是络脉从本经别出的部位,可以沟通表里经脉,治疗表里两经的疾病。原络配穴针刺疗法可以对内脏、经络进行双向调节,疏通经络,调整身体阴阳平衡,扶正祛邪,使机体恢复正常的机能^[25-26]。笔者依据前人经验及观察高脂血症患者临床表现,归纳本病病机为脏腑失调,经脉堵塞,本虚标实。主要损伤脾肾两脏,尔后累及络属的膀胱、胃两腑,因脾失健运,肾失气化,导致全身气血津液代谢异常,痰湿阻滞经脉,并继发痰、瘀等病理产物。《素问·经别论》曰:“饮入于胃,游溢精气,上输于脾,脾气散精”。《素问·五脏别论》云:“胃者,水谷之海,六腑之大源”,说明脾胃主生化水谷。而肾为先天之本,内藏命门之火温煦五脏,脾胃失其命门之火温煦,则水湿不化,聚合为痰、下流成湿。《难经》云:“五脏六腑之有病者,皆取其原也”。本研究着重取穴选择脾、胃、肾、膀胱两对脏腑的原络配穴,调整脾胃脏腑功能以杜绝痰湿膏脂产生,同时改善肾与膀胱脏腑功能加速陈旧痰湿膏脂代谢,以恢复患者阴阳平衡,从而达到降脂目的。

本研究结果显示:组内比较,两组治疗后的血清 TC、TG、LDL-C 水平存在统计学差异($P<0.05$);说明口服阿托伐他汀钙片和应用原络配穴针刺疗法均能调节血清 TC、TG、LDL-C 水平,但对 HDL-C 水平影响不大。组间比较,治疗后两组患者血清 LDL-C 水平差异有统计学意义($P<0.05$),血清 TC、TG、HDL-C 水平差异无统计学意义;两组西医临床总有效率比较不存在统计学差异($P>0.05$),说明两组方法在临床总有效率方面不相上下。治疗组在降低血清 LDL-C 水平方面优于对照组。在中医疗效评价方面,治疗后对照组中医临床症候评分组内比较无统计学意义,治疗组组内比较有统计学意义($P<0.05$)。两组组间比较差异具有统计学意义($P<0.05$),两组中医临床总有效率比较差异有统计学意义($P<0.05$),说明在改善高脂血症患者中医临床症候方面,治疗组优于对照组。研究表明,原络配穴针刺疗法具有

调节高脂血症患者的血脂代谢、改善临床症状的作用,进而提升患者的生活质量,并在预防心脑血管疾病方面展现出潜在价值。

参考文献

- [1]中国胆固醇教育计划血脂异常防治建议专家组,中华心血管病杂志编辑委员会,血脂与动脉粥样硬化循证工作组,等. 2014 年中国胆固醇教育计划血脂异常防治专家建议[J]. 全科医学临床与教育,2015,13(1):3-5.
- [2]任洁,赵冬. 中国人群血脂水平的流行病学现状[J]. 中国现代神经疾病杂志,2009,9(01):8-11.
- [3]焦江琴. 缺血性脑卒中与血脂水平异常的关系[J]. 航空航天医学杂志,2011,22(05):613-614.
- [4]Beaumont JL,Carlson LA,Cooper GR, et al. Classification of hyperlipidemias and hyperlipoproteinemias[J]. Arq Bras Cardiol. 1972 Feb;25(1):97-109.
- [5]臧国尧. ASCVD 的血脂管理[C]. 2016 年浙江省医学会健康管理学分会学术年会暨中国健康管理学科发展论坛论文汇编. 2016:218.
- [6]马丽媛,吴亚哲,陈伟伟.《中国心血管病报告 2018》要点介绍[J]. 中华高血压杂志,2019,27(08):712-716.
- [7]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]. 中华心血管病杂志,2016,44(10):833-853.
- [8]刘迈兰,张国山,李成文,等. 针灸治疗高脂血症随机对照临床试验的系统评价[J]. 辽宁中医杂志,2015,42(11):2065-2070.
- [9]周薇,陈霞,韦丹,等. 不同针灸方法治疗胃肠腑热型单纯性肥胖并发高脂血症患者成本效果分析[J]. 针灸临床杂志,2020,36(2):8-13.
- [10]肖颖,乐薇,黄浩,等. 电针“丰隆”穴对高脂血症大鼠血脂及巨噬细胞肿瘤坏死因子- α 、白介素-6 的影响[J]. 针刺研究,2013,38(6):459-464.
- [11]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.
- [12]郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则:试行[J]. 中国医药科技出版社,2002. 85-90.

- [13] 沈雪勇. 经络腧穴学[M]. 中国中医药出版社, 2016. 49-179.
- [14] 张运. 动脉粥样硬化研究的当前问题[J]. 中国医药科学, 2012, v. 35; No. 267(01).
- [15] Xin Wang, et al. Trend in young coronary artery disease in China from 2010 to 2014: a retrospective study of young patients < 45[J]. BMC Cardiovascular Disorders, 2017, 17: 18.
- [16] Vivencio Barrios Carlos Escobar, Arrigo Francesco Giuseppe Cicero, David Burke, et al. A nutritional approach (Armolipid Plus) to reduce total and LDL cholesterol in individuals with mild to moderate dyslipidemia: Review of the clinical evidence[J]. Atherosclerosis Supplements, 2017, 24: 1-15.
- [17] 安冬青, 吴宗贵, 梁春, 等. 血脂异常中西医结合诊疗专家共识[J]. 中国全科医学, 2017, 20(03): 262-269.
- [18] 宫亚楠, 赵颖馨, 贾青, 等. 老年人随访低密度脂蛋白胆固醇变异性与动脉粥样硬化进展的相关性[J]. 中华老年心脑血管病杂志, 2019, 21(3): 228-231.
- [19] 李艳, 孙珂焕, 白芳, 等. 高脂血症相关疾病发病机制研究进展[J]. 辽宁中医药大学学报, 2019, 21(04): 84-87.
- [20] 段 誉, 曹玉举, 王子昂. 中医药治疗骨质疏松合并高脂血症研究进展[J]. 上海中医药杂志, 2025, 59(9): 96-100.
- [21] 杨永革, 王占庆, 姜楠等. 他汀类药物的不良反应[J]. 医药导报, 2011, v. 30; No236(06).
- [22] An assessment by the Statin Liver Safety Task Force: 2014 update [J]. J Clin Lipidol, 2014, 8: S47-S57.
- [23] An assessment by the Statin Muscle Safety Task Force: 2014 update [J]. J Clin Lipidol, 2014, 8: S58-S71.
- [24] Statin associated muscle symptoms: impact on Statin therapy European.
- [25] 董阳, 李敬华, 王家明. 中医治疗高脂血症临床研究进展[J]. 中国中医药图书情报杂志, 2023, 47(4): 170-173.
- [26] 孙远征, 姚嘉, 周凌. 原络配穴针法古今研究进展[J]. 辽宁中医药大学学报, 2019, 21(10): 5-8.
- [27] 刘宗瑜, 李其忠. 高脂血症中医病因病机研究[J]. 黑龙江中医药, 2010, v. 39; No. 252(04).
- 基金项目: 2024 年金华市中医药科学技术研究计划项目 (青年人才支持项目)