

# 固定穴位針刺加固定辨證用藥對減肥的臨床觀察

史麗珠<sup>1,2</sup>、陳宏偉<sup>1,2</sup>、林莉華<sup>3</sup>、李科宏<sup>4,\*</sup>

<sup>1</sup> 長庚大學公共衛生科，桃園，台灣

<sup>2</sup> 長庚大學分子醫學研究中心生物統計核心實驗室，桃園，台灣

<sup>3</sup> 中國醫藥大學學士後中醫學系，台中，台灣

<sup>4</sup> 長庚醫療財團法人桃園長庚紀念醫院中醫針傷科，桃園，台灣

( 99 年 06 月 14 日受理，99 年 08 月 20 日接受刊載 )

**目的：**本研究是整理2005-2007年長庚紀念醫院中醫減肥門診病人的資料作統計分析，由單一醫師完成中醫證型評估及針刺治療，以評估固定穴位針刺加固定辨證用藥處方在減重方式（體重、內臟脂肪、體脂肪）的可行性。**方法：**將患者依參與門診次數分兩組，比較兩組在體重、內臟脂肪、體脂肪。**結果：**共收案761人，其中初次就診後35天以內門診次數達6次以上者135（17.7%）人（A組），未達6次者626（82.3%）人（B組）。A組減重所費時間與門診次數（129.2天、平均門診次數19.7次）都顯著高於B組（74.6天、平均門診次數6.4次）（ $p < .0001$ ）。A組體重減重（-1.4 kg）顯著比B組（-0.5 kg）好（ $p = .0009$ ）。內臟脂肪減少是A組（-0.3%）顯著優於B組（-0.1%）（ $p = .0045$ ）。體脂肪減少也是A組（-0.9%）顯著優於B組（-0.3%）（ $p = .0038$ ）。**結論：**本研究結果顯示採固定穴位針刺加固定辨證用藥對肥胖患者作治療，長期（體重、內臟脂肪、體脂肪）之成效優於短期。

**關鍵字：**固定穴位針刺、固定辨證用藥、體重、內臟脂肪、體脂肪、長期成效

## 前 言

肥胖症是體脂肪堆積增加的一種慢性疾病，可誘發高血壓、心血管疾病及第二型糖尿病等疾病的危險因素<sup>1-3</sup>。在已開發或開發中國家，肥胖症已成為日益嚴重且普及性的疾病。依據衛生署2008年公布之國人肥胖定義及處理原則，身體質量指數（body mass index, BMI, = 體重(kg)/身高<sup>2</sup>(m<sup>2</sup>)) 24 kg/m<sup>2</sup>訂為國人體重過重之切點，BMI 27

kg/m<sup>2</sup>為肥胖之切點<sup>4</sup>。衛生署1993至1996年的調查顯示，台灣肥胖盛行率在男性為10.5%、女性13.2%，到了2005年男性與女性的肥胖盛行率都提高到約17%。而在1993至1996年的調查中，男性與女性體重過重的盛行率是20%，2005年時男性體重過重盛行率已達到30%<sup>4</sup>。

臨床上，若體重達肥胖或是過重且合併有相關併發症時，建議接受適當的治療以控制體重<sup>5</sup>。除了體重或BMI外，內臟脂肪及體脂肪之控

\* 聯絡人：李科宏，長庚醫療財團法人林口長庚紀念醫院中醫針傷科，33378 桃園縣龜山鄉舊路村頂湖路 123 號，電話：03-3196200 分機 2613，傳真：03-3298995，電子郵件信箱：greglkh@yahoo.com.tw

制也應重視，因為BMI與體、內臟脂肪是兩種獨立指標。而體脂肪會隨著性別與種族有不同的標準<sup>6-8</sup>。例如，外型看似瘦小的人，體內可能囤積很多內臟脂肪，潛藏著危機，易誘發慢性疾病，即所謂「隱藏性肥胖者」。許多人將「體重降低公斤數」視為減肥成果的指標，是一需修正的觀念。因為當體重降低太快，身體不一定能適應，減輕部分是水或是體脂肪，一般民眾無從得知，若能監控降低內臟脂肪及體脂肪，將更為健康。

肥胖症的治療包括飲食控制、運動、藥物、西醫門診治療、手術等<sup>9-12</sup>。雖然已由許多的研究驗證，改善生活型態，由飲食與運動著手，能有效減重<sup>13-14</sup>。但是藉改變個人的生活型態來減重，有相當程度的困難，不易達成，因此選擇以藥物治療，已經成為現今社會大眾廣為使用的減重方式。中醫因為具有藥性溫和、副作用低等優點，對於肥胖症等需要長期治療的患者接受度較高。台灣民眾尋求中醫做為肥胖症替代治療相當普遍。

根據中醫臟腑理論<sup>15</sup>，病人的症狀反映臟腑的問題。長期以來，中醫的報告多將肥胖以脾胃為主軸，其他臟腑之相關並未深談。但是這將造成中醫理論與應用上的矛盾，因為中醫重視五臟相互為用，例如《素問·咳論篇》「五臟六腑皆令人咳，非獨肺也」。如果很多臟腑都能令人咳，何以除脾胃之外臟腑不會令人皆胖？近年來陸續有人針對此項發表臨床論文，如沈立力<sup>16</sup>分析中醫界減重之治療原則，治療方向有健脾利濕、宣肺、補腎、疏肝之法，脾虛痰濕雖是肥胖症主要實質，但是胃熱濕阻是肥胖症不癒的癥結。瘀血內生、經氣不運易發生肥胖症。王啟才<sup>17</sup>發汗、祛濕、化痰、利尿與通便是減肥的基本治療環節。卜彤文<sup>18</sup>分析臨床常見肥胖有胃腸腑熱型、脾虛濕阻型、脾腎陽虛型。但是我們認為還需將各臟腑與肥胖之中醫理論做一更好之連結，因為肥胖病人在門診的表現，虛實夾雜、各種臟腑症

狀互見的情形更常見。以固定四或五臟腑病機推演可能失之交臂，本病病位初看似乎在腸胃系統失常-「脾胃」，但是生理衰退和年齡增加也有關係-「腎」，缺少運動的體能衰退-「肺、心」…，試推演各臟腑相關細節及用藥：(1)胃主受納。胃火過旺，依《傷寒論》<sup>16</sup>精神給予承氣湯類或白虎湯類方劑。(2)脾主運化，也是本病的重要臟腑，但因運化水穀及水濕均由其負責，使用健脾類藥物時必須小心避免運化水濕反而讓水穀精微吸收更多，使用藥物如白朮等。(3)肝主藏血與疏泄，暈眩、四肢冰冷、工作壓力、情緒鬱悶、入眠差等自主神經系統相關症狀，使用疏肝、瀉肝火與補血藥物，如龍膽瀉肝湯或是當歸。(4)肺主氣，司呼吸，若是肺活量差或是呼吸道過敏，如氣喘等發作時，此項將影響基本代謝量，使用苦杏仁、桔梗等升降肺氣的藥。(5)心主血脈，主藏神，四肢若冰涼，使用當歸四逆湯類方劑。(6)腎藏精，主水，主納氣，因此水腫，加上精神不濟，手腳冰冷，嗜睡，懶言，若脈診又符合《傷寒論》<sup>19</sup>「少陰之為病，脈微細，但欲寐」的「腎氣虛」，使用濟生腎氣丸為主方。(7)小腸與心互為表裡，如心火過旺時，除表現口爛，舌瘡外，小便短赤，灼熱疼痛等。(8)大腸腑：「大腸者，傳導之官，變化出焉」，便秘和此臟腑極有關係。(9)膽腑和失眠多夢有關，影響腦部休息狀態，長期將間接影響白晝的活動。

從營養學能量的進出平衡觀點來看肥胖形成與中醫臟腑理論不謀而合，人的耗能狀態有幾項指標，其中影響能量消耗最大的為基本代謝量。若處在長期不活動、嗜睡、懶言的狀態，表示代謝量低，體重便容易增加；當躁動，有精神、不嗜睡，似乎容易將熱量多消耗一些，因此衍生出以增加消耗能量的方式為減少體重增加風險的方法（Obesity Management = Weight+ Weight Maintenance+ Risk Reduction）<sup>20</sup>。中醫的治療原則同樣是虛則實之，實則虛之。

本研究是整理長庚紀念醫院中醫減肥門診病人的資料作統計分析，以評估中醫臨床治療之模式之減重方式的可行性。採用的減重治療模式是固定穴位針刺加固定辨證用藥處方。

## 材料與方法

研究對象為2005年2月至2006年1月，至林口及台北長庚醫院接受減重中醫門診之民眾。於門診時記錄其身高、體重、身體質量指數（BMI）、內臟脂肪、體脂肪、基礎代謝率（BMR）、代謝多差（儀器測量出代謝率數值，該數值除以體重，依照年齡層區分為男女30以下，30-50，50以上的標準數值，以代謝率數值與體重之比值減掉標準數值後，即代謝多差）。內臟脂肪、體脂肪、基礎代謝率均是以TANITA Inner Scan BC-522，採用BIA生化電阻分析加上Reactance Technology科技，測量而得。

許多治療肥胖研究要求病人隔日1次。10次為1個療程，每療程間隔1周，一般治療3個療程<sup>18,21</sup>，但這樣的結果即使有效，與臨床之門診型態非常不合。因此我們選定臨床治療最低但可能有效的頻率，即初診個案至少平均每週回診1次，觀察1個月左右的病人，因此選5週35天內門診次數達6次以上者，假設其可能有效，稱為A組，未達6次者為B組。成效指標：(1)減重成果分數之比較：與首次門診體重比較，減重達5%，或與前次門診體重比較，減重達0.5 kg者，該次門診減重分數為1分；與前次門診體重比較，增重達0.5 kg者，該次門診減重分數為-1分；與前次門診體重比較，減重介於-0.5 kg與+0.5 kg之間者，該次門診減重分數為0分，門診減重分數總和除以門診總次數，即減重成果分數。(2)比較兩組體重、內臟脂肪及體脂肪減少的百分比，使用獨立樣本t檢定是否達顯著差異。(3)比較兩組個案第一次門診和最後一次門診後，體重、內臟脂肪及體脂肪

減少達到10%的人數比例，以卡方檢定驗證是否達顯著差異。所有統計分析以統計軟體SAS 9.1執行。

採用的減重治療模式是固定穴位針刺加固定辨證用藥處方。中醫辨證部份，參考中國大陸人民衛生出版社《實用內科學》的肥胖症診斷標準<sup>22</sup>中，同時符合診斷標準參照中國大陸制定的《中藥新藥臨床研究指導原則》<sup>23</sup>。認為肥胖症的病因主要與稟賦異常、飲食不節、過度安逸和情志失調有關。其相關病理機制為本虛標實，在內外因素作用下，臟腑功能失調，導致水濕、痰濁、膏脂、瘀阻等壅塞於體內而致。本病病位在脾和腎，兼及肺、心、肝。本虛主要是脾胃不足，運化失司，或腎氣不充，精氣失藏；標實主要是痰、濕、熱，或肝氣鬱結。本病依照上述指導原則，分為5個證型：脾虛濕阻型、胃火濕阻型、肝鬱瘀滯型、脾腎兩虛型、陰虛內熱型。各證型症狀，(1)脾虛濕阻型：水腫、大便水狀溏稀、身重乏力、頭重如裹、喉嚨痰或異物感、陰部分泌物多、貪杯飲酒、皮膚濕重或癢。(2)胃火濕阻型：便秘-乾硬或顆粒狀或間隔3天以上、發熱汗多味重、飲食種類肥膩油炸多味道重、小便熱或微紅、多食多餐且量大、胃口極佳、面紅口乾舌燥。(3)肝鬱瘀滯型：情志抑鬱、身體疼痛、脅肋脹痛、急躁易怒、口苦頭痛、目黃厭油。(4)脾腎兩虛型：大便軟、大便一天2-4次、攝護腺腫大、夜尿2次以上、手腳四肢冰冷、長期疲勞或無力感、腰腿痠或浮腫。(5)陰虛內熱型：手足心熱、飢餓卻飲食不多、口乾飲少、心悸。以上均為主症，由病人先填寫中醫相關症狀輔助問卷，醫師再檢查該問卷，確認其他症狀以及舌脈診斷。四診合參決定最後病人的中醫證型，評分等級為0~3分，1分表示病人可能是該證型，但是證據不強，2分表示確診，3分表示不但確診，而且相關症狀很多。

固定穴位：陰陵泉（膽經）、三陰交（脾

經)、豐隆(胃經)、天樞、滑肉門(胃經)、大橫、腹結(脾經)、加上氣海穴(任脈)艾草灸。即使辨證不同仍使用相同穴位,以減少用針分類過多不同之干擾,並且不主動鼓勵患者做激烈的飲食控制以及過度的運動刺激。

## 結 果

本研究共收案761人,其中初次就診後35天

表一 減重門診的人口學及中醫辨證資料

	A (n=135)	B (n=626)	p值
性別			
男	12 (8.9%)	57 (9.1%)	0.9367 <sup>C</sup>
女	123 (91.1%)	570 (90.9%)	
年齡	35.0±11.4	32.1±10.0	0.0030 <sup>*t</sup>
年齡分組			
14-19	6 (4.4%)	35 (5.6%)	0.0462 <sup>*F</sup>
20-29	45 (33.3%)	268 (42.8%)	
30-39	42 (31.1%)	195 (31.0%)	
40-49	29 (21.5%)	93 (14.9%)	
50-59	5 (3.7%)	24 (3.83%)	
60-69	7 (5.2%)	10 (1.6%)	
70-74	1 (0.7%)	2 (0.32%)	
身高 (cm)	160.1±6.8	160.5±6.7	0.5499 <sup>t</sup>
BMI (kg/m <sup>2</sup> )	26.2±4.8	25.8±4.5	0.3102 <sup>t</sup>
>24	51 (37.8%)	255 (40.7%)	0.8163 <sup>C</sup>
24≤BMI<27	36 (26.7%)	160 (25.6%)	
BMI≥27	48 (35.5%)	211 (33.7%)	
代謝功能			
BMR	19.7±1.5	19.9±1.5	0.1497 <sup>t</sup>
代謝多差	-2.7±1.4	-2.8±1.4	0.8411 <sup>t</sup>
辨證			
脾腎陽虛	1.3±0.7	1.3±0.7	0.5303 <sup>W</sup>
痰濕	1.2±0.8	1.1±0.7	0.4294 <sup>W</sup>
胃火	0.8±0.8	0.8±0.7	0.8989 <sup>W</sup>
肝鬱瘀滯	0.7±0.8	0.6±0.7	0.3319 <sup>W</sup>
陰虛	0.5±0.6	0.5±0.6	0.7916 <sup>W</sup>

A: 首次門診之後35天內達6次以上門診者,  
B: 首次門診之後35天內未達6次以上門診者。

\*: p-value<0.05

<sup>C</sup>: chi-square test

<sup>F</sup>: Fisher's exact test

<sup>t</sup>: independent t test

<sup>W</sup>: Wilcoxon rank sum test

以內門診次數達6次以上者135 (17.7%)人,未達6次者626 (82.3%)人。個案的人口學變項與中醫辨證資料之描述性統計於表一。兩組女性所占比例皆高於90%,男女組成比例在兩組無顯著差異。A組平均年齡是35.0±11.4歲,顯著高於B組的32.1±10.0歲,前者有較高的比例屬40歲以上年齡層。平均身高兩組無顯著差異。A組BMI是26.2 (kg/m<sup>2</sup>)、B組是25.8 (kg/m<sup>2</sup>),未達顯著差異,BMI皆高於衛生署訂定體重過重 (BMI≥24)之標準值。代謝功能的比較,BMR平均值A組是19.7,B組是19.9,代謝多差值A組是-2.7、B組是-2.8。兩項指標顯示A、B兩組代謝功能無顯著差異。各項證型分數以脾腎陽虛最高,然後是痰濕、胃火、肝鬱瘀滯,以陰虛最低,兩組比較皆無顯著差異。

治療前與後,體重減重成效如表二所示。A組於減重所費時間與門診次數都顯著高於B組,A組平均所費時間是129.2天、平均門診次數19.7次;B組所費時間是74.6天、平均門診次數6.4次。治療前A組平均體重是67.3±14.1 (kg)、B組是66.6±13.9 (kg)。治療後平均體重A組是66.0±13.9 (kg)、B組是66.2±13.9 (kg)。體重的變化量依照減重成果分數方式計算後,兩組的減重分數無顯著差異。A組的體重減重百分比是2.0±4.4%,一年內體重減重達10%以上的有10例 (7.4%);顯著高於B組體重減重百分比0.7±2.5%,減重達10%以上的7例 (1.1%)。除減重成果分數外,A組體重減重成效皆顯著比B組好。

表三是治療前後內臟脂肪減少成效的比較。治療前A組內臟脂肪平均值是6.7±3.5 (kg),B組是6.4±3.5 (kg);治療後A組是6.4±3.5 (kg)、B組是6.3±3.5 (kg)。內臟脂肪減少百分比是A組減少量較多,平均減少5.0±14.8%,減少達10%的有62例 (45.9%);B組的減少量2.1±12.5%,減少達10%的157例 (25.1%)。

治療後體脂肪減少成效如表四所示。治療前

表二 減重門診治療前及後之比較：體重（第一次門診與最後一次門診之比較）

	A (n=135)	B (n=626)	p值
減重時間(天)	129.2±93.2	74.6±76.4	<0.0001 <sup>*t</sup>
門診次數	19.7±15.4	6.4± 5.8	<0.0001 <sup>*t</sup>
治療前體重(kg)	67.3±14.1	66.6±13.9	0.5940 <sup>t</sup>
治療後體重(kg)	66.0±13.9	66.2±13.9	0.8633 <sup>t</sup>
治療後體重變化(kg)	-1.4± 3.1	-0.5± 1.8	0.0009 <sup>*t</sup>
減重成果分數 <sup>a</sup>	0.1± 0.3	0.1± 0.4	0.2205 <sup>t</sup>
減重百分比(%) <sup>b</sup>	-2.0± 4.4	-0.7± 2.5	<0.0001 <sup>*t</sup>
減重達10%者-人數(%)	10 (7.4%)	7 (1.1%)	0.0080 <sup>*</sup>
3個月	0 (0.0%)	3 (0.5%)	
6個月	6 (4.4%)	5 (0.8%)	
9個月	9 (6.7%)	7 (1.1%)	
12個月	10 (7.4%)	7 (1.1%)	

\*:  $p$ -value<0.05 <sup>t</sup>: independent  $t$  test

<sup>a</sup>: 與首次門診體重比較，減重達5%，或與前次門診體重比較，減重達0.5kg者，該次門診減重分數為1分；與前次門診體重比較，增重達0.5kg者，該次門診減重分數為-1分；與前次門診體重比較，減重介於-0.5kg與+0.5kg之間者，該次門診減重分數為0分。門診減重分數總和除以門診總次數，即減重成果分數。

<sup>b</sup>: 最後一次門診體重減首次門診體重，除以首次門診體重，即減重百分比。

表三 減重門診治療前及後之比較：內臟脂肪

	A (n=135)	B (n=626)	p值
治療前內臟脂肪(%)	6.7 ± 3.5	6.4 ± 3.5	0.3726 <sup>t</sup>
治療後內臟脂肪(%)	6.4 ± 3.5	6.3 ± 3.5	0.7991 <sup>t</sup>
治療後內臟脂肪變化(%)	-0.3 ± 0.8	-0.1 ± 0.6	0.0045 <sup>t</sup>
內臟脂肪減少百分比(%) <sup>a</sup>	-5.0 ± 14.8	-2.1 ± 12.5	0.0152 <sup>*t</sup>
內臟脂肪減少達10%者-人數(%)	62 (45.9%)	157 (25.1%)	0.0027 <sup>*</sup>
3個月	51 (37.8%)	134 (21.4%)	
6個月	60 (44.4%)	154 (24.6%)	
9個月	62 (45.9%)	156 (24.9%)	
12個月	62 (45.9%)	157 (25.1%)	

\*:  $p$ -value<0.05 <sup>t</sup>: independent  $t$  test

<sup>a</sup>: 最後一次門診內臟脂肪減首次門診內臟脂肪，除以首次門診內臟脂肪，即內臟脂肪減少百分比。

表四 減重門診治療前及後之比較：體脂肪

	A (n=135)	B (n=626)	p值
治療前體脂肪(%)	35.7 ± 6.5	35.2 ± 6.3	0.4343 <sup>t</sup>
治療後體脂肪(%)	34.8 ± 6.7	35.0 ± 6.4	0.7838 <sup>t</sup>
治療後體脂肪變化(%)	-0.9 ± 2.3	-0.3 ± 2.3	0.0038 <sup>t</sup>
體脂肪減少百分比(%) <sup>a</sup>	-2.6 ± 6.5	-0.6 ± 8.2	0.0106 <sup>*t</sup>
體脂肪減少達10%者-人數(%)	35 (25.9%)	61 (9.7%)	0.0122 <sup>*</sup>
3個月	20 (14.8%)	40 (6.4%)	
6個月	34 (25.2%)	57 (9.1%)	
9個月	35 (25.9%)	61 (9.7%)	
12個月	35 (25.9%)	61 (9.7%)	

\*:  $p$ -value<0.05 <sup>t</sup>: independent  $t$  test

<sup>a</sup>: 最後一次門診體脂肪減首次門診體脂肪，除以首次門診體脂肪，即體脂肪減少百分比。

表五 減重門診的辨證頻率

	A(n=132)							
	0分		1分		2分		3分	
脾腎陽虛	12	(9.1%)	70	(53.0%)	45	(34.1%)	5	(3.8%)
痰濕	24	(18.2%)	67	(50.8%)	34	(25.8%)	7	(5.3%)
胃火	52	(39.4%)	57	(43.2%)	16	(12.1%)	7	(5.3%)
肝鬱瘀滯	60	(45.5%)	54	(40.9%)	15	(11.4%)	3	(2.3%)
陰虛	71	(53.8%)	55	(41.7%)	6	(4.6%)	0	(0.00%)
	B(n=615)							
	0分		1分		2分		3分	
脾腎陽虛	90	(14.6%)	288	(46.8%)	219	(35.6%)	18	(2.9%)
痰濕	112	(18.2%)	339	(55.1%)	143	(23.3%)	21	(3.4%)
胃火	228	(37.1%)	299	(48.6%)	85	(13.8%)	3	(0.5%)
肝鬱瘀滯	302	(49.1%)	246	(40.0%)	66	(10.7%)	1	(0.2%)
陰虛	344	(55.9%)	233	(37.9%)	36	(5.7%)	2	(0.3%)

A組體脂肪平均值是 $35.7 \pm 6.5$  (%)，B組是 $35.2 \pm 6.3$  (%)；治療後A組是 $34.8 \pm 6.7$  (%)、B組是 $35.0 \pm 6.4$  (%)。A組體脂肪減少百分比 $2.6 \pm 6.5\%$ ，減少達10%的有35例(25.9%)；B組體脂肪減少百分比 $0.6 \pm 8.2\%$ ，減少達10%的61例(9.7%)。兩組在體脂肪減少百分比及減少達10%的人數都有統計顯著差異。

依證型分析出現頻率如表五所示，即扣除0分的病例數，脾腎陽虛出現頻率比例最高，然後是痰濕、胃火、肝鬱瘀滯，以陰虛最低。

## 討 論

本研究採用固定穴位針刺加固定辨證用藥處方來減重，結果顯示，A組減重所費時間與門診次數(129.2天、平均門診次數19.7次)都顯著高於B組(74.6天、平均門診次數6.4次)。除減重成果分數，A組體重減重成效皆顯著比B組好。內臟脂肪減少百分比是A組顯著優於B組。體脂肪減少百分比及減少達10%的人數也是A組顯著優於B組。

大部份的減重研究都著重在短期的成效分析，實際上長期體重控制較短期的降低體重更為重要。美國National Weight Control Registry(NWCR)定義，長期體重控制成功定義為，維持或減輕原始體重的10%，且持續至少一年以上<sup>24</sup>。本研究結果顯示持續且規律接受中醫治療者(A組)，比中途退出或不規律性回診治療的患者(B組)在減重的成效表現較佳。顯示中醫臨床治療模式為可行之減重方式外，長期且持之以恆的體重控制行為值得給予重視。

本研究採用中醫辨證論治之精神，分析病患的症狀給以治療或調整。本研究的減肥門診病人證型可以重複，腎陽虛比例最高，然後是痰濕、胃火、肝鬱瘀滯以陰虛最低。與中醫理論相符。病人脾腎陽虛、痰濕、胃火症比例最高，肝鬱瘀滯與陰虛最低。脾腎陽虛、痰濕的重要性果然如同傳統理論佔有很重要地位，其次是胃水、肝鬱，也佔有一定份量。因此，肝鬱的治療仍然要並行重視。肝膽火氣使用龍膽瀉肝湯，腎氣不足及水液積聚使用濟生腎氣丸及麻杏薏甘湯，心氣肺氣不足使用生脈散或是黃耆，便秘問題若是屬

於胃火則使用含大黃之調胃承氣湯或是防風通聖散等。結果顯示效果良好，受試者的體重、內臟脂肪、體脂肪均顯著下降。特別是A組的受試者能持續 $129.2 \pm 93.2$ 天（3-287天），B組的受試者亦能持續 $74.6 \pm 76.4$ 天（0-357天），應是本研究採用固定辨證用藥處方，副作用低，所以受試者能持續參加本研究的減重計畫。但是A組的受試者只佔減重門診病患的17.7%，比例偏低，可能是長期要持之以恆的體重控制行為本來就是不容易。

本研究以中醫固定穴位針刺加固定辨證用藥治療肥胖症患者，在35天以內門診次數達6次以上組（A組）平均約4個月的療程期間，減重1.4 kg。相較其他中醫研究，因為並無統一標準，對於相同症狀所使用的針灸位置與每次針刺的時間，具有相當多的變異，因此產生的療效變異也較大。Allison等（1995）以耳針為96名肥胖症患者進行3個月的療程，耳針治療組體重平均減少1.28 kg、對照組減少0.63 kg，兩組無顯著差異<sup>25</sup>。Hsu等（2009）針對45名BMI>27 kg/m<sup>2</sup>的女性進行耳針減重治療，研究結果顯示耳針治療組和對照組的體重和BMI治療後無顯著差異，但是肥胖相關的激素耳針治療組ghrelin有顯著增加、leptin有顯著減少，激素的改變有利於患者體重控制<sup>26</sup>。Richards等（1998）以病例對照試驗，對60名體重過重個案治療4個月，試圖以針灸方式降低患者食慾。試驗設定2 kg為成功降低食慾，結果實驗組有95%成功減重超過2 kg<sup>27</sup>。

本研究的個案體重並未有較大幅度的減少，此與研究對象的初始BMI有相當的關聯。依據國人的BMI標準，本研究34%的個案屬於肥胖，26%屬過重，而40%是屬正常體重。個案中未達肥胖標準的民眾在減重的成效是相當有限。根據衛生署定義BMI>27 kg/m<sup>2</sup>定義為肥胖並需要以改善生活型態和配合藥物控制的方式減低體重<sup>5</sup>。而有如此高比例的正常體重患者尋求中醫減重門診

治療，可歸因於國人崇尚苗條體態和中醫治療較無副作用的關係。

本文納入內臟脂肪與體脂肪做為減重成效的參考指標，試驗期間持續且規律接受中醫治療者（A組）體脂肪減少2.6%、內臟脂肪減少0.3 kg。而Sun和Xu（1993）的研究，將110名單純性肥胖患者，分為針灸配合耳針組和中藥治療組，結果顯示針灸配合耳針組體重減少5 kg，體脂肪減少3%，療效皆顯著較中藥治療組佳<sup>28</sup>。由於許多探討減重的研究並未納入內臟脂肪或體脂肪作為監控的項目，目前也未有體脂肪對於肥胖的標準定義。但不容忽視的是體脂肪也是許多心血管疾病的潛在危險因子<sup>6</sup>。

西方國家認為減重相關之中藥草藥要經過麻黃素與咖啡因等檢查，因為好處可以減少進食量，降低血糖、膽固醇、體重、體脂肪。但常常伴隨著口乾、心悸、失眠及焦慮、心跳加快、血壓升高等、甚至有相關死亡等不適案例。中藥方劑中麻黃湯，小青龍湯，麻杏薏甘湯等都含有麻黃，但我們治療肺系相關症狀時不會違背中醫傳統理論大量使用這些藥物<sup>29</sup>，治療效果應不是由麻黃素而來<sup>15</sup>。

## 限制

本研究是整理2005-2007年長庚紀念醫院中醫減肥門診病人的資料作統計分析，並未依臨床試驗的隨機雙盲有對照組的原則，使得本研究結果在推論上有許多限制。中醫治療結果以體脂肪與體重呈現較易讓大家了解，但中醫精髓在於診斷以及症狀之改善，前測之症狀過多以致診斷標準難以統一，將使得中醫診斷喪失臨床證據，也不利於試驗之後的症狀追蹤，期望未來在中醫辨證上能提出有意義的證據。

本研究採用固定穴位針刺加固定辨證用藥處方，無法釐清體重、內臟脂肪、體脂肪的下降

是因為固定穴位針刺的效果，還是固定辨證用藥的效果。本研究受試者在接受中醫減重期間的個人飲食控制並未監控。因此，受試者的體重、體脂肪下降，也有可能是因為飲食控制或運動，建議未來研究須收集在研究期間飲食與運動量的資料。本研究採用的中醫辨證問卷並沒有作信效度評估，影響辨證的品質，這也是目前中醫研究一大困境。較樂觀的是，本研究的受試者均由單一醫師完成綜合評估，沒有評估者因評估標準不同的問題。

## 結 論

本研究結果顯示採固定穴位針刺加固定辨證用藥對肥胖患者作治療，長期（體重、內臟脂肪、體脂肪）之成效優於短期。

## 誌 謝

本研究的研究助理薪資是來自教育部五年五百億一流大學計畫（EMRPD180201）補助，特此致謝。

## 參考文獻

1. Bogaert YE, Linas S. The role of obesity in the pathogenesis of hypertension. *Nat. Clin. Pract. Nephrol.*, 5:101-111, 2009.
2. Nguyen NT, Magno CP, Lane KT, Hinojosa MW, Lane JS. Association of hypertension, diabetes, dyslipidemia, and metabolic syndrome with obesity: findings from the National Health and Nutrition Examination Survey, 1999 to 2004. *J. Am. Coll. Surg.*, 207:928-934, 2008.
3. Nyamdorj R, Qiao Q, Söderberg S, Pitkaniemi JM, Zimmet PZ, Shaw JE, Alberti KG, Pauvaday VK, Chitson P, Kowlessur S, Tuomilehto J. BMI compared with central obesity indicators as a predictor of diabetes incidence in Mauritius. *Obesity (Silver Spring)*, 17:342-348, 2009.
4. Pan WH, Lee MS, Chuang SY, Lin YC, Fu ML. Obesity pandemic, correlated factors and guidelines to define, screen and manage obesity in Taiwan. *Obes. Rev.*, 9:22-31, 2008.
5. 行政院衛生署，國人肥胖定義及處理原則出爐，2002。URL：[http://www.doh.gov.tw/CHT2006/DM/SEARCH\\_RESULT.aspx](http://www.doh.gov.tw/CHT2006/DM/SEARCH_RESULT.aspx)
6. Chang CJ, Wu CH, Chang CS, Yao WJ, Yang YC, Wu JS, Lu FH. Low body mass index but high percent body fat in Taiwanese subjects: implications of obesity cutoffs. *Int. J. Obes. Relat. Metab. Disord.*, 27:253-259, 2003.
7. Flegal KM, Shepherd JA, Looker AC, Graubard BI, Borrud LG, Ogden CL, Harris TB, Everhart JE, Schenker N. Comparisons of percentage body fat, body mass index, waist circumference, and waist-stature ratio in adults. *Am. J. Clin. Nutr.*, 89:500-508, 2009.
8. Jackson AS, Stanforth PR, Gagnon J, Rankinen T, Leon AS, Rao DC, Skinner JS, Bouchard C, Wilmore JH. The effect of sex, age and race on estimating percentage body fat from body mass index: The Heritage Family Study. *Int. J. Obes. Relat. Metab. Disord.*, 26:789-796, 2002.
9. Berkowitz RI, Wadden TA, Tershakovec AM, Cronquist JL. Behavior therapy and sibutramine for the treatment of adolescent obesity: a randomized controlled trial. *JAMA*, 289:1805-1812, 2003.
10. Bond DS, Phelan S, Leahey TM, Hill JO, Wing RR. Weight-loss maintenance in successful weight losers: surgical vs non-surgical methods.

- Int. J. Obes. (Lond)*, 33:173-180, 2009.
11. Despres JP, Golay A, Sjostrom L. Effects of rimonabant on metabolic risk factors in overweight patients with dyslipidemia. *N. Engl. J. Med.*, 353:2121-2134, 2005.
  12. Van Gaal LF, Rissanen AM, Scheen AJ, Ziegler O, Rossner S. Effects of the cannabinoid-1 receptor blocker rimonabant on weight reduction and cardiovascular risk factors in overweight patients: 1-year experience from the RIO-Europe study. *Lancet*, 365:1389-1397, 2005.
  13. Brar JS, Ganguli R, Pandina G, Turkoz I, Berry S, Mahmoud R. Effects of behavioral therapy on weight loss in overweight and obese patients with schizophrenia or schizoaffective disorder. *J. Clin. Psychiatry.*, 66:205-212, 2005.
  14. Kramer FM, Jeffery RW, Forster JL, Snell MK. Long-term follow-up of behavioral treatment for obesity: patterns of weight regain among men and women. *Int. J. Obes.*, 13:123-136, 1989.
  15. 鄧鐵濤，中醫診斷學，知音出版社，台北，1989。
  16. 沈立力、熊芳麗，中醫治療單純性肥胖症的概述，貴陽中醫學院學報，32:75-78，2010。
  17. 王啟才，針灸減肥的基本環節和用穴規則，江蘇中醫藥，39:6-7，2007。
  18. 卜彤文、田新樂、王少錦、劉薇、李小林、譚玉華，不同療法治療單純性肥胖的療效比較與分析，中國針灸，27:337-340，2007。
  19. (漢)張仲景撰，厲暢、梁麗娟點校，傷寒論，中醫古籍出版社，北京，1997。
  20. Kopelman PG, Grace C. New thoughts on managing obesity. *Gut*, 53:1044-1053, 2004.
  21. 馬文明、秦黎虹，辯證配穴針刺治療單純性肥胖症40例，中國醫藥指南，6，2008。
  22. 陳灝珠，實用內科學，人民衛生出版社，北京，1979。
  23. 鄭筱萸，中藥新藥臨床研究指導原則(試行)，中國醫藥科技出版社，中國大陸，2002。
  24. Klem ML, Wing RR, McGuire MT, Seagle HM, Hill JO. A descriptive study of individuals successful at long-term maintenance of substantial weight loss. *Am. J. Clin. Nutr.*, 66:239-246, 1997.
  25. Allison DB, Kriebich K, Heshka S, Heymsfield SB. A randomised placebo-controlled clinical trial of an acupuncture device for weight loss. *Int. J. Obes. Relat. Metab. Disord.*, 19:653-658, 1995.
  26. Hsu CH, Wang CJ, Hwang KC, Lee TY, Chou P, Chang HH. The effect of auricular acupuncture in obese women: a randomized controlled trial. *J. Womens Health (Larchmt)*, 18:813-818, 2009.
  27. Richards D, Marley J. Stimulation of auricular acupuncture points in weight loss. *Aust. Fam. Physician*, 27:S73- S77, 1998.
  28. Sun Q, Xu Y. Simple obesity and obesity hyperlipemia treated with otoacupoint pellet pressure and body acupuncture. *J. Tradit. Chin. Med.*, 13:22-26, 1993.
  29. Steyer TE, Ables A. Complementary and alternative therapies for weight loss. *Prim. Care*, 36:395-406, 2009.

# CLINICAL OBSERVATION OF OBESITY REDUCTION USING FIXED ACUPUNCTURE POINTS PLUS A FIXED PRESCRIPTION MODEL

Lai-Chu See<sup>1,2</sup>, Hung-Wei Chen<sup>1,2</sup>, Lih-Hwa Lin<sup>3</sup>, Ko-Hung Lee<sup>4,\*</sup>

<sup>1</sup> Department of Public Health, College of Medicine, Chang Gung University, Taoyuan, Taiwan

<sup>2</sup> Biostatistics Core Laboratory, Molecular Medicine Research Center, Chang Gung University, Taoyuan, Taiwan

<sup>3</sup> School of Post-Baccalaureate Chinese Medicine, China Medical University, Taichung, Taiwan

<sup>4</sup> Department of Chinese Acupuncture and Orthopaedics, Center for Traditional Chinese Medicine, Chang Gung Medical Foundation, Taoyuan, Taiwan

( Received 14<sup>th</sup> June 2010, accepted 20<sup>th</sup> August 2010 )

**Aims:** This study analyzed the 2005-2007 data of weight control from Dr. Lee to examine the effect of fixed acupuncture points plus a fixed prescription model on body weight, body fat, and organ fat. **Methods:** The patients were divided into two groups based on the number of visits to the doctor for treatment. The body weights, body fat, and organ fat were compared between the study groups. **Results:** A total of 761 patients were involved in this study. Group A (135 individuals, 17.7%) had received 6 or more times of treatment within 35 days and group B (626 individuals, 82.3%) had received less than 6 times of treatment within 35 days. The treatment duration was significantly longer in group A (129.2 days, 19.7 outpatient-visits) than in group B (74.6 days, 6.4 outpatient-visits) ( $p < .0001$ ). The results show that the reduction of body weight was significantly better in group A (-1.4kg) than in group B (-0.5kg) ( $p = .0009$ ). The reduction of organ fat was also significantly better in group A (-0.3%) than in group B (-0.1%) ( $p = .0045$ ). Finally, the reduction of body fat was significantly better in group A (-0.9%) than in group B (-0.3%) ( $p = .0038$ ). **Conclusion:** We saw a superior long-term effect on body weight, organ fat, and body fat using fixed acupuncture points plus a fixed prescription model.

**Key words:** fixed acupuncture, fixed prescription model, body weight, organ fat, body fat, long term effect

---

\*Correspondence to: Ko-Hung Lee, M.D., Department of Chinese Acupuncture and Orthopaedics, Center for Traditional Chinese Medicine, Chang Gung Medical Foundation, 123 Dung Hou Road, Kweishan, Taoyuan, Taiwan, Tel: 886-3-3196200 ext.2613, Fax: 886-3-3298995, E-mail: greglkh@yahoo.com.tw