

柴胡疏肝散治疗肝气郁滞型非酒精性脂肪肝患者的临床效果

苏伟

(河南省社旗县人民医院中西医结合科 社旗 473300)

摘要:目的:分析柴胡疏肝散治疗肝气郁滞型非酒精性脂肪肝患者的临床效果。方法:选取 2018 年 2 月~2020 年 5 月收治的 71 例肝气郁滞型非酒精性脂肪肝患者,依照随机数字表法分为对照组 35 例和观察组 36 例。对照组患者给予常规西药治疗,观察组患者在西药治疗的基础上加用柴胡疏肝散治疗。比较两组临床疗效以及治疗前后血清天冬氨酸氨基转移酶、丙氨酸氨基转移酶、甘油三酯、总胆固醇、低密度脂蛋白胆固醇、高密度脂蛋白胆固醇。结果:观察组治疗总有效率为 94.44%(34/36),高于对照组的 74.29%(26/35), $P<0.05$ 。治疗后,观察组血清天冬氨酸氨基转移酶、丙氨酸氨基转移酶、甘油三酯、总胆固醇、低密度脂蛋白胆固醇水平均较对照组低,而血清高密度脂蛋白胆固醇水平较对照组高($P<0.05$)。结论:柴胡疏肝散治疗肝气郁滞型非酒精性脂肪肝效果显著,能有效改善患者肝功能,调节血脂水平。

关键词:非酒精性脂肪肝;肝气郁滞型;柴胡疏肝散
中图分类号:R575.5 文献标识码:B doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2021.09.003

非酒精性脂肪肝 (NAFLD) 与代谢、应激、遗传、环境等因素相关,患者无过量饮酒史,临床主要表现为消化不良、乏力、肝区隐痛等^[1]。近年来随着饮食结构的改变,非酒精性脂肪肝的发病率呈逐年升高趋势,严重影响患者的身体健康。西医针对 NAFLD 主要通过对症治疗,但治疗效果不理想。中医认为,NAFLD 属“积聚、胁痛、痞满”等范畴,是由饮食不节、起居异常、痰湿内蕴、血运不通、气机受阻等导致,肝气郁滞型 NAFLD 多由暴怒、情志郁结导致,治疗应以疏肝解郁、行气活血为主。本研究分析柴胡疏肝散治疗肝气郁滞型 NAFLD 患者的临床效果。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取社旗县人民医院 2018 年 2 月~2020 年 5 月收治的 71 例肝气郁滞型 NAFLD 患者,依照随机数字表法分为对照组 35 例和观察组 36 例。对照组女 14 例,男 21 例;年龄 38~65 岁,平均 (51.60 ± 6.38) 岁;病程 4~27 个月,平均 (15.73 ± 5.08) 个月。观察组女 16 例,男 20 例;年龄 38~65 岁,平均 (49.86 ± 4.17) 岁;病程 5~28 个月,平均 (16.72 ± 5.18) 个月。两组一般资料均衡可比($P>0.05$)。本研究经医院医学伦理委员会审核通过。

1.2 选取标准 (1)纳入标准:经西医临床诊断为 NAFLD 者;经中医辨证符合善太息、胁肋胀痛、舌苔白滑等肝气郁滞症状者;女性饮酒量每周 $<70\text{ g}$,男性饮酒量每周 $<140\text{ g}$,或无饮酒史;患者及家属签署知情同意书;未服用三苯氧胺、胺碘酮等药物者。(2)排除标准:病毒性肝炎;药物性肝炎;合并糖尿病等慢性疾病;肝功能失代偿;他器官功能障碍;服用抗菌药物、非甾体类抗炎药、皮质类固醇药物>

6 个月;存在本研究药物禁忌证。

1.3 治疗方法

1.3.1 对照组 给予常规西药治疗,口服多烯磷脂酰胆碱胶囊(国药准字 H20059010), 456 mg/次 , 3 次/d ;口服甲硝唑片(国药准字 H32020575),每次 0.2 g , 2 次/d ;口服牛磺酸胶囊(国药准字 H44024544), 0.8 g/次 , 2 次/d ;静脉注射注射用硫酸多粘菌素 B(国药准字 H31022631), 80 万 U/次 , 1 次/d 。持续治疗 2 个月。

1.3.2 观察组 在对照组治疗基础上加用柴胡疏肝散治疗。柴胡疏肝散组方:柴胡 10 g ,白芍 20 g ,山楂 20 g ,丹参 15 g ,泽泻 12 g ,川楝子 10 g ,枳壳 10 g ,当归 10 g ,旋覆花 10 g ,茜草 10 g ,三七 6 g 。用 400 ml 水煎至 200 ml ,早晚分服。持续治疗 2 个月。

1.4 检测方法 采集患者 10 ml 空腹静脉血,使用酶法检测血清天冬氨酸氨基转移酶 (AST)、丙氨酸氨基转移酶 (ALT),采用全自动生化分析仪(日本日立 7600 型)及配套试剂盒测定血清甘油三酯 (TG)、低密度脂蛋白胆固醇 (LDL-C)、总胆固醇 (TC)、高密度脂蛋白胆固醇 (HDL-C)。

1.5 观察指标 (1)两组临床疗效比较,显效:B 超检查肝脏回声、大小基本正常,CT 检查肝脏密度恢复正常,临床症状、体征消失;有效:B 超检查表现为远场衰减不显著,近场回声增强,可见肝内管状结构,CT 检查见肝脏 CT 值 $<$ 脾脏 $1\sim 5\text{ HU}$,临床症状、体征缓解;无效:未达到上述标准。显效率、有效率之和为总有效率。(2)两组肝功能指标比较,包括血清 ALT、AST。(3)两组血脂水平比较,包括血清 TG、LDL-C、TC、HDL-C。

1.6 统计学方法 数据处理采用 SPSS22.0 统计学

软件进行。肝功能、血脂水平等计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,组内比较采用配对 t 检验,组间比较采用独立样本 t 检验;治疗总有效率等计数资料以率表示,组间比较采用 χ^2 检验。检验水准 $\alpha=0.05$ 。 $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组临床疗效比较 对照组无效 9 例、有效 12 例、显效 14 例,治疗总有效率为 74.29%(26/35);观察组无效 2 例,有效 11 例,显效 23 例,治疗总有效率为 94.44%(34/36)。观察组治疗总有效率高高于对照组($\chi^2=5.508, P=0.019$)。

2.2 两组治疗前后肝功能指标比较 治疗前,两组

表 2 两组血脂水平比较 (mmol/L, $\bar{x} \pm s$)										
组别	n	TG		TC		LDL-C		HDL-C		
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	
对照组	35	4.92± 1.15	3.47± 0.31 [*]	7.25± 1.60 [*]	5.37± 0.94 [*]	3.17± 0.90	2.84± 1.12 [*]	1.39± 0.62	1.46± 0.37 [*]	
观察组	36	5.16± 0.83	1.68± 0.25 ^{##}	7.36± 1.48 ^{##}	3.61± 0.82 ^{##}	3.21± 0.84	2.27± 1.03 ^{##}	1.34± 0.56	1.78± 0.29 ^{##}	

注:与同组治疗前比较,^{*} $P<0.05$;与对照组治疗后比较,^{##} $P<0.05$ 。

3 讨论

NAFLD 发病机制复杂,是严重威胁人体健康的第二大肝病,临床难以采取针对性治疗和预防措施,整体治疗效果不理想。中医根据患者证候特点实施辨证治疗,对于肝气郁滞型 NAFLD,主张行气中和、疏肝解郁,在方中加入柴胡等药物,以疏肝、行气止痛。ALT 为人体各组织器官广泛存在的细胞内酶,在肝脏中含量最高。ALT 为评估 NAFLD 患者病情程度和预后效果的重要指标,肝细胞出现实质性损伤后,ALT 可经细胞膜被大量释放,并进入血液,引起血液中 ALT 水平短期迅速升高;肝细胞变性时,肝细胞膜通透性改变,AST 可从细胞内渗出,大量进入血液^[2]。本研究结果显示,观察组治疗总有效率较对照组高,且观察组治疗后血清 ALT、AST 低于对照组($P<0.05$)。这表明对肝气郁滞型 NAFLD 患者采用柴胡疏肝散治疗的效果显著,能有效改善患者的肝功能。柴胡疏肝散方中柴胡性微寒,味苦、辛,可和解表里,疏肝升阳;白芍性微寒,味苦、酸,具有养血柔肝、平肝止痛的作用^[3];丹参性微寒,味苦,能活血祛瘀、养血安神;川楝子性寒,味苦。长于通肝经气;枳壳性微寒,味苦、辛、酸,可降浊;旋覆花性温,味苦、咸;茜草性寒,味苦。诸药合用,可发挥疏肝解郁、活血行气的效果。现代药理学研究证明,白芍可减少肝细胞变性坏死,促进肝细胞再生;柴胡具有抑制纤维增生、促进纤维吸收的作用^[4]。柴胡疏肝散能减少肝脏脂肪蓄积,增强脂质代谢,改善肝功能^[5]。

本研究结果显示,观察组治疗后血清 TG、TC、

ALT、AST 比较无显著差异($P>0.05$)。治疗后,观察组血清 ALT、AST 水平较对照组低($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组治疗前后肝功能指标比较 (U/L, $\bar{x} \pm s$)										
组别	n	ALT		AST						
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后					
对照组	35	85.13± 10.64	53.08± 5.16 [*]	81.40± 9.86	59.24± 5.10 [*]					
观察组	36	87.62± 9.15	42.59± 4.71 ^{##}	84.33± 7.52	43.17± 6.05 ^{##}					

注:与同组治疗前比较,^{*} $P<0.05$;与对照组治疗后比较,^{##} $P<0.05$ 。

2.3 两组血脂水平比较 治疗前,两组血清 TG、TC、LDL-C、HDL-C 比较无显著差异($P>0.05$)。治疗后,观察组血清 HDL-C 水平高于对照组,血清 TG、TC 和 LDL-C 水平均低于对照组($P<0.05$)。见表 2。

LDL-C 低于对照组,血清 HDL-C 高于对照组($P<0.05$)。这表明采用柴胡疏肝散可调节血脂水平,TG 与机体内载脂蛋白结合后,可形成低密度脂蛋白颗粒物,机体内颗粒物增加可能会引起肝脏运输功能失调,造成 TG 大量沉积,最终形成 NAFLD^[6-7]。有研究显示,肝脏是机体代谢的中心枢纽,肝脏脂肪主要来自食物,而食物脂肪经水解酶消化后,可促使小肠上皮吸收 TG,并进入血液循环^[8]。检测 TG 水平对临床判断 NAFLD 患者病情具有重要意义。综上所述,柴胡疏肝散治疗肝气郁滞型 NAFLD 效果显著,能有效改善患者肝功能,调节血脂水平。

参考文献

[1]尹述平.非酒精性脂肪性肝病的中医证候及用药分析[J].中国处方药,2016,14(3):87-88.
[2]丁麟,蔡新吉,王巍,等.降脂化痰汤联合水飞蓟宾葡甲胺片对痰瘀互结型非酒精性脂肪肝患者血清 ALT、AST、GGT 水平及血脂代谢的影响[J].中国中西医结合消化杂志,2018,26(7):561-565.
[3]方琦道道.中西医结合治疗非酒精性脂肪肝肝气郁滞型临床观察[J].实用中医药杂志,2016,32(4):344-345.
[4]朱娜,赵小姐,檀贝贝,等.柴胡疏肝散治疗非酒精性脂肪肝的临床研究[J].深圳中西医结合杂志,2018,28(15):56-57.
[5]褪雪梅.柴胡疏肝散在酒精性脂肪肝患者中的应用价值探究[J].医学理论与实践,2019,32(23):3817-3819.
[6]蔡艳青.非酒精性单纯性脂肪肝中医证型与超敏 C 反应蛋白、血脂等指标的相关性研究[D].福州:福建中医药大学,2019.
[7]刘敬.血脂与血糖及肝功能检测对非酒精性脂肪肝患者临床意义探讨[J].中国医药导刊,2016,18(1):3-4.
[8]李向红,李玉军,康璇.非酒精性脂肪肝患者血脂血糖与肝功能检验的效果对比分析[J].中国药物与临床,2018,18(11):2048-2050.

(收稿日期:2020-12-19)