

自拟祛湿疗肝汤联合西药治疗非酒精性脂肪性肝病的效果

王 颜 斌

(河南省安阳市第五人民医院 安阳 455000)

摘要:目的:探讨脾虚湿阻型非酒精性脂肪性肝病患者应用自拟祛湿疗肝汤联合西药治疗的效果。方法:回顾性收集 2019 年 1 月~2020 年 5 月收治的 92 例脾虚湿阻型非酒精性脂肪性肝病患者的临床资料,将采用常规西药治疗的 43 例患者纳入对照组,将采用自拟祛湿疗肝汤+常规西药治疗的 49 例患者纳入观察组。比较两组治疗 3 个月后临床疗效、两组治疗前及治疗 3 个月后血脂水平(总胆固醇、三酰甘油)。结果:观察组治疗总有效率为 97.96%(48/49),高于对照组的 83.72%(36/43),差异有统计学意义($P<0.05$);治疗后,观察组总胆固醇、三酰甘油水平分别为(3.01 ± 0.36) mmol/L、(1.97 ± 0.39) mmol/L,低于对照组的(4.82 ± 0.43) mmol/L、(2.64 ± 0.52) mmol/L,且两组总胆固醇、三酰甘油水平均较治疗前降低,差异有统计学意义($P<0.05$)。结论:脾虚湿阻型非酒精性脂肪性肝病患者采用自拟祛湿疗肝汤联合西药治疗效果确切,可有效改善患者血脂水平。

关键词:非酒精性脂肪性肝病;自拟祛湿疗肝汤;脾虚湿阻型;血脂水平

中图分类号:R575.5

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2021.10.031

非酒精性脂肪性肝病 (NAFLD) 为临床常见的一种多发于肥胖症、高血压、高血脂等群体中的临床病理综合征,若未能采取积极治疗措施,可引发肝纤维、肝硬化化等其他慢性肝病,加重患者心理及生理负担。目前临床多采用多烯磷脂酰胆碱、水飞蓟宾等西药治疗,可通过转化代谢降低中性脂肪及胆固醇含量,改善患者肝功能。祛湿疗肝汤由白芍、柴胡等多味中药组成,具有疏肝理气、通经活血之效,在 NAFLD 防治方面具有独特优势^[1]。鉴于此,本研究探讨脾虚湿阻型 NAFLD 患者应用自拟祛湿疗肝汤联合西药治疗的效果。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 回顾性收集 2019 年 1 月~2020 年 5 月我院收治的 92 例脾虚湿阻型 NAFLD 患者的临床资料,根据治疗方法不同分为对照组 43 例和观察组 49 例。观察组男 29 例,女 20 例;年龄 43~66 岁,平均年龄(54.39 ± 2.71)岁;病程 2~9 年,平均病程(5.53 ± 0.42)年。对照组男 25 例,女 18 例;年龄 44~65 岁,平均年龄(54.28 ± 2.67)岁;病程 3~8 年,平均病程(5.56 ± 0.44)年。两组一般资料比较无明显差异($P>0.05$),有可对比性。

1.2 入选标准 (1)诊断标准:西医符合《非酒精性脂肪性肝病诊疗指南(2010 年修订版)》^[2]中 NAFLD 诊断标准;中医符合《非酒精性脂肪性肝病中医诊疗专家共识意见(2017)》^[3]中 NAFLD 诊断标准,辨证分型为脾虚湿阻型,主证:右胁肋胀满或走窜作痛、胸脘痞满;次证:恶心呕吐、腹痛欲泻、便溏乏力;舌脉,舌质红、苔黄腻,脉濡数。(2)纳入标准:均符合上述 NAFLD 中西医诊断标准;临床资料完整;无认知、精神等功能障碍。(3)排除标准:合并恶性肿瘤;存在胃溃疡、胃炎等消化系统疾病;合并严重心律不

齐、冠心病、高血压。

1.3 治疗方法 两组治疗过程中均停用一切影响本研究治疗的药物,忌辛辣油腻食物、忌烟酒,并予以合理运动指导。

1.3.1 对照组 采用常规西药治疗,予以多烯磷脂酰胆碱胶囊(国药准字 H20059010)口服治疗,2 粒/次,3 次/d;水飞蓟宾胶囊(国药准字 H20040299)口服治疗,2~4 粒/次,3 次/d。连续治疗 3 个月。

1.3.2 观察组 在对照组基础上,加用自拟祛湿疗肝汤治疗,药方组成:泽泻 20 g、山楂 15 g、郁金 12 g、枳实 12 g、片姜黄 12 g、柴胡 14 g、佩兰 10 g、白芍 10 g、茵陈 10 g、藿香 10 g、预知子 10 g、甘草 6 g。若患者胃部胀痛,则加玫瑰花 10 g、佛手 10 g;若患者暖气,则加丁香 5 g、降香 8 g。1 剂/d,加水煎服取药液 300 ml,分别于早晚各温服 150 ml。连续治疗 3 个月。

1.4 评价指标 (1)治疗 3 个月后,比较两组临床疗效。疗效标准^[4]:痊愈为临床症状基本消失,中医证候积分较治疗前减少 $>95\%$;显效为临床症状明显改善,中医证候积分较治疗前减少 $>70\%$;有效为临床症状有所好转,中医证候积分较治疗前减少 $>30\%$;无效为中医证候积分减少 $\leq 30\%$,体征无明显变化甚至加重。痊愈例数、显效例数与有效例数之和占总例数的百分比即为总有效率。(2)治疗前及治疗 3 个月后,分别于清晨 8:00 采集两组空腹静脉血 5 ml,3 500 r/min 离心 10 min 后取血清,使用全自动生化仪(贝克曼库尔特, AU680 型)检测两组总胆固醇(TC)、三酰甘油(TG)水平。

1.5 统计学方法 采用 SPSS23.0 统计学软件,以%表示计数资料,采用 χ^2 检验,等级资料采用秩和检验;采用($\bar{x}\pm s$)表示计量资料,组间以独立样本 t

检验,组内以配对样本 *t* 检验,以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组临床疗效比较 观察组治疗总有效率为 97.96% (48/49), 高于对照组的 83.72% (36/43), 差异有统计学意义 ($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组临床疗效比较[例(%)]						
组别	<i>n</i>	痊愈	显效	有效	无效	总有效
观察组	49	23 (46.94)	17 (34.69)	8 (16.33)	1 (2.04)	48 (97.96)
对照组	43	12 (27.91)	14 (32.56)	10 (23.26)	7 (16.28)	36 (83.72)
$Z\chi^2$				2.518		4.192
<i>P</i>				0.012		0.016

2.2 两组治疗前后血脂水平比较 治疗后,观察组 TC、TG 水平低于对照组, 且两组 TC、TG 水平均较治疗前降低, 差异有统计学意义 ($P<0.05$)。见表 2。

表 2 两组治疗前后血脂水平比较 (mmol/L, $\bar{x} \pm s$)					
时间	组别	<i>n</i>	TC	TG	
治疗前	观察组	49	6.32± 0.87	3.29± 0.78	
	对照组	43	6.29± 0.84	3.25± 0.75	
	<i>t</i>		0.168	0.250	
	<i>P</i>		0.867	0.803	
治疗后	观察组	49	3.01± 0.36*	1.97± 0.39*	
	对照组	43	4.82± 0.43*	2.64± 0.52*	
	<i>t</i>		21.973	7.042	
	<i>P</i>		<0.001	<0.001	

注:与本组治疗前相比,* $P<0.05$ 。

3 讨论

NAFLD 为临床常见获得性代谢应激性肝损伤疾病,该病和遗传易感性、胰岛素抵抗等因素有着密切关联,随着肥胖症、代谢综合征发病率不断提升, NAFLD 发病率也呈快速增长趋势, 且逐渐呈低龄化发展,严重危害人类生命健康及生活质量,故探寻合理有效治疗办法尤为重要。

目前,临床常用于治疗 NAFLD 患者的西药中,多烯磷脂酰胆碱结构类似于内源性磷脂,可刺激肝组织,从而促进肝组织再生,通过转化代谢以降低机体中性脂肪及胆固醇含量,调节阶梯血脂水平,促进患者肝功能改善^[5];而水飞蓟宾是黄酮类化合物,具有强效抗氧化功能,可阻碍自由基对肝脏细胞产生破坏,促进蛋白质合成,从而促进已经受损肝脏细胞自行修复,加速新的肝脏细胞生成,达到保护机体肝脏细胞,降低血脂水平的效果^[6]。本研究结果显示,治疗后观察组治疗总有效率高于对照组,TC、TG 水

平较低, 提示脾虚湿阻型 NAFLD 患者采用自拟祛湿疗肝汤联合西药治疗,效果确切,可促进患者血脂水平得到有效改善。分析原因在于,依据 NAFLD 的临床症状,中医学将其归于“胁痛、积聚”等范畴,病因为食滞不运、肝失疏泄、痰湿凝聚,故临床治疗中应遵循健脾化痰、疏肝活血等原则。自拟祛湿疗肝汤中,取柴胡入肝、胆经,配以白芍、枳实、甘草,可升发阳气、敛阴养血柔肝,达疏肝解郁、补养肝血之效;枳实理气解郁、泻热破结,配以白芍,可调和气血,益脾和中;佩兰行脾开胃;茵陈利胆护肝、清热利湿;山楂消食健胃、收敛止痢;泽泻利水渗湿;郁金活血止痛、行气解郁^[7]。且现代药理研究表明,山楂中含有有机酸、黄酮类等有效成分,具有降压、扩张血管、调节血脂等作用,还可促进胃中酶的分泌,促进消化^[8];郁金中含有姜黄提取物,可促进机体免疫力提升,发挥降低血脂的作用^[9];茵陈中含有挥发油、绿原酸等化学成分,能促进胆汁分泌,降低血脂水平^[10]。综上所述,脾虚湿阻型 NAFLD 患者采用自拟祛湿疗肝汤联合西药治疗,效果确切,可有效改善其血脂水平。

参考文献

[1]宋寿龙,张建设,刘文宏.祛湿疗肝法联合刺络泻血疗法治疗非酒精性脂肪性肝病疗效观察[J].现代中西医结合杂志,2019,28(18):1943-1946.
[2]中华医学会肝病学分会脂肪肝和酒精性肝病学组.非酒精性脂肪性肝病诊疗指南(2010年修订版)[J].现代医药卫生,2011,27(5):641-644.
[3]中华中医药学会脾胃病分会.非酒精性脂肪性肝病中医诊疗专家共识意见(2017)[J].中医杂志,2017,58(19):1706-1710.
[4]国药食品监督管理局.中药新药临床研究指导原则[S].北京:中国医药科技出版社,2002.368-371.
[5]易默,周健,史丽萍,等.多烯磷脂酰胆碱联合二甲双胍治疗对非酒精性脂肪性肝病患者肝纤维化、血浆抵抗素与胰岛素抵抗的影响[J].中国中西医结合消化杂志,2017,25(9):641-645.
[6]杨惠敏,蒋春彦.自拟中药方剂联合水飞蓟宾治疗非酒精性脂肪性肝病患者临床疗效研究[J].实用肝脏病杂志,2018,21(3):467-468.
[7]刘梦玲,沈红艺,李中平.中医药防治非酒精性脂肪性肝病的研究进展[J].中西医结合肝病杂志,2019,29(1):85-88.
[8]黎运呈,王艳,郑迪,等.山楂叶总黄酮对非酒精性脂肪性肝病肝细胞抗氧化作用的研究[J].中西医结合肝病杂志,2019,29(1):54-56.
[9]曾欣,练美林,毛碧增.温郁金化学成分、药理作用及病害研究进展[J].药物生物技术,2017,24(6):554-560.
[10]刘玉萍,邱小玉,刘焯,等.茵陈的药理作用研究进展[J].中草药,2019,50(9):2235-2241.

(收稿日期: 2021-02-19)

(上接第 38 页)和蜕膜组织 SOCS-3 和 LIF 的表达[J].福建医药杂志,2017,39(2):54-57.
[8]宋涛.肝素联合黄芪汤治疗复发性流产的临床效果分析[J].东方药膳,2019(22):119.
[9]车蕊,王燕,方庆霞,等.中医治疗复发性流产临证思路[J].中国中医

药信息杂志,2020,27(2):99-101.
[10]塔拉,张琰,王晓彩,等.地屈孕酮片联合绒毛膜促性腺素治疗原因不明复发性流产及对 T 淋巴细胞和炎症因子影响[J].中国计划生育学杂志,2020,28(1):32-35.

(收稿日期: 2021-03-21)