

# 祛瘀化痰方治疗非酒精性脂肪肝痰瘀互结证临床观察

王国华

环县人民医院, 甘肃 环县 745700

**[摘要]** 目的: 观察祛瘀化痰方治疗非酒精性脂肪性肝病 (NAFLD) 痰瘀互结证的疗效。方法: 将 90 例 NAFLD 痰瘀互结证患者随机分为治疗组和对照组各 45 例, 所有患者进行非药物干预, 对照组口服复方蛋氨酸胆碱片, 治疗组给予祛瘀化痰方治疗, 2 组疗程均为 12 周。比较 2 组的临床疗效、血脂与肝功能指标 [总胆固醇 (TC)、甘油三酯 (TG)、谷丙转氨酶 (ALT)、谷草转氨酶 (AST)]、体质量指数 (BMI) 和腰围/臀围比 (WHR)。结果: 总有效率治疗组为 93.33%, 对照组为 75.56%, 2 组比较, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。治疗后, 2 组 TC、TG、ALT 和 AST 水平均较治疗前下降 ( $P < 0.01$ ); 治疗组 TC、TG、ALT 和 AST 水平均低于对照组, 差异均有统计学意义 ( $P < 0.01$ )。治疗后, 治疗组 BMI 比治疗前降低, 且低于对照组, 差异均有统计学意义 ( $P < 0.01$ )。2 组 WHR 均无显著变化。结论: 祛瘀化痰方治疗痰瘀互结型 NAFLD 患者可保护肝功能, 促进血脂恢复, 提高临床疗效, 值得临床使用。

**[关键词]** 非酒精性脂肪性肝病 (NAFLD); 痰瘀互结证; 祛瘀化痰方

**[中图分类号]** R575.5 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2016) 05-0093-03

**DOI:** 10.13457/j.cnki.jncm.2016.05.036

非酒精性脂肪性肝病 (non-alcoholic fatty liver disease, NAFLD) 是临床常见病。据统计, 亚洲地区 NAFLD 的发病率约 12% ~ 24%, 随着肥胖症、糖尿病患病率的升高, NAFLD 有上升趋势<sup>[1]</sup>。伴随乙肝疫苗接种的普及, 病毒性肝炎已基本获得有效治疗, NAFLD 将成为肝硬化和肝癌的首要病因<sup>[2]</sup>。因此, NAFLD 已成为严重威胁人类生存的医学难题。近年, NAFLD 的基础研究已取得较大进展, 但西医临床治疗 NAFLD 仍缺乏理想药物<sup>[3]</sup>。中医药在我国脂肪肝的临床治疗实践中发挥了重要角色, 其疗效已得到临床实践和大量研究的肯定<sup>[3]</sup>。本研究拟在常规西药基础上, 对痰瘀互结型 NAFLD 患者加用祛瘀化痰方治疗, 现报道如下。

## 1 临床资料

**1.1 一般资料** 选择 2012 年 7 月—2014 年 7 月就诊于本院的痰瘀互结型 NAFLD 患者共 90 例, 随机平均分为治疗组和对照组。治疗组 45 例, 男 27 例, 女 18 例; 年龄 31 ~ 65 岁, 平均 (49.23 ± 6.92) 岁; 合并高血压病 28 例, 高脂血症 29 例, 2 型糖尿病 18 例。对照组 45 例, 男 29 例, 女 16 例; 年龄

32 ~ 63 岁, 平均 (48.97 ± 6.88) 岁; 合并高血压病 27 例, 高脂血症 29 例, 2 型糖尿病 17 例。2 组性别、年龄、合并症等一般资料比较, 差异均无统计学意义 ( $P > 0.05$ ), 2 组具有可比性。

**1.2 诊断标准** 依据《非酒精性脂肪性肝病诊疗指南》<sup>[4]</sup>中 NAFLD 的诊断标准, 同时符合以下①~⑤项及⑥或⑦项中任一项者, 即可确诊: ①无饮酒史, 或饮酒乙醇量在男性每周 < 140 g, 女性每周 < 70 g。②除原发疾病临床表现外, 同时可兼有消化不良、乏力、肝区隐痛、肝脾肿大等非特异性症状、体征。③除外病毒性肝炎、药物性肝病、肝豆状核变性及全胃肠外营养等可引起脂肪肝等疾病。④可合并体重超重和(或)内脏性肥胖、血脂紊乱、空腹血糖增高等代谢综合征。⑤血清转氨酶和  $\gamma$ -谷氨酰转肽酶水平可有轻至中度升高。⑥肝活检提示组织学改变符合脂肪性肝病诊断标准。⑦影像学提示弥漫性脂肪肝。

**1.3 痰瘀互结证辨证标准** 依据《非酒精性脂肪性肝病的中西医结合诊疗共识意见》<sup>[5]</sup>相关标准拟定。主症: ①胁肋刺痛或钝痛; ②胁下痞块; ③面色晦暗; ④形体肥胖。次症: ①胸脘痞满; ②咯吐痰涎;

**[收稿日期]** 2016-01-14

**[作者简介]** 王国华 (1969-), 男, 主治医师, 主要从事中西医结合治疗肝病临床工作。

③纳呆厌油；④四肢沉重。舌脉象：舌质暗红、有瘀斑，舌体胖大，边有齿痕，苔腻，脉弦滑或涩。具备主症2项和次症1或2项即可确诊，同时参考舌脉象。

**1.4 纳入标准** ①符合NAFLD诊断标准者；②符合痰瘀互结证辨证标准者；③年龄30~65岁；④肝功能指标谷丙转氨酶(ALT)、谷草转氨酶(AST)、谷氨酰转氨酶(GGT)升高持续4周以上者；⑤近3月未服用中药治疗者；⑥自愿接受本治疗方案，且签署协议。

**1.5 排除标准** ①孕妇或哺乳期妇女；②合并心脑血管、肺、肾及造血系统等严重功能障碍及精神疾病患者；③合并肝功能恶化者；④合并结缔组织病、抑郁证及其他不适合纳入者。

## 2 治疗方法

**2.1 基础治疗** 所有患者根据《非酒精性脂肪性肝病诊疗指南》<sup>[4]</sup>进行非药物干预，包括平衡膳食，低糖低脂饮食，增加膳食纤维；中等量有氧运动，每周>4次，每次≥30 min。

**2.2 对照组** 口服复方蛋氨酸胆碱片(通化东宝药业股份有限公司)，每次3片，每天3次。

**2.3 治疗组** 给予祛瘀化痰方治疗，方药组成：五灵脂15g，桃仁、法半夏、陈皮各12g，当归、牡丹皮、茯苓、柴胡、大腹皮、白术各10g，赤芍、枳实、甘草各9g，每天1剂，常规水煮2次，早晚内服。

2组疗程均为12周。

## 3 观察指标与统计学方法

**3.1 观察指标** 于治疗前后检测以下指标。①血脂水平和肝功能测定：检测指标有总胆固醇(TC)、甘油三酯(TG)、ALT、AST，均在AU2700型全自动生化分析仪上进行检测。②体质量指数(BMI)和腰围/臀围比(WHR)：测量患者的身高、体重和腰臀围，计算出BMI和WHR。③痰瘀互结证证候评分<sup>[6]</sup>：主症根据无、轻、中、重分别记录0、2、4、6分；次症分别记录0、1、2、3分，治疗前后各评价1次。

**3.2 统计学方法** 本组数据用SPSS19.0统计学软件分析。计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示，采用 $t$ 检验；运用 $\chi^2$ 检验分析计数资料，以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

## 4 疗效标准与治疗结果

**4.1 疗效标准** 根据《非酒精性脂肪性肝病的中西

医结合诊疗共识意见》<sup>[6]</sup>制定。临床治愈：主要临床症状、体征完全消失或基本消失，疗效指数≥90%；显效：主要临床症状、体征显著改善，疗效指数为70%~89%；好转：主要临床症状、体征显著好转，疗效指数为30%~69%；无效：主要临床症状、体征无改善，甚或加重，疗效指数<30%。采用尼莫地平法计算。疗效指数(%)=(治疗前证候积分-治疗后证候积分)/治疗前证候积分×100%。

**4.2 2组临床疗效比较** 见表1。总有效率治疗组为93.33%，对照组为75.56%，2组比较，差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。

表1 2组临床疗效比较

组别	n	临床治愈	显效	好转	无效	总有效率(%)
对照组	45	7	15	12	11	75.56
治疗组	45	13	20	9	3	93.33 <sup>①</sup>

与对照组比较，① $P < 0.05$

**4.3 2组治疗前后TC、TG、ALT、AST水平比较** 见表2。治疗后，2组TC、TG、ALT和AST水平均较治疗前下降( $P < 0.01$ )；治疗组TC、TG、ALT和AST水平均低于对照组，差异均有统计学意义( $P < 0.01$ )。

表2 2组治疗前后TC、TG、ALT、AST水平比较 $(\bar{x} \pm s, n=45)$

组别	时间	TC(mmol/L)	TG(mmol/L)	ALT(U/L)	AST(U/L)
对照组	治疗前	7.27±0.98	3.95±0.55	86.33±9.12	70.30±7.93
	治疗后	5.01±0.78 <sup>①</sup>	2.59±0.31 <sup>①</sup>	62.88±7.03 <sup>①</sup>	51.22±5.92 <sup>①</sup>
治疗组	治疗前	7.19±0.94	3.98±0.51	85.97±9.36	70.66±7.85
	治疗后	3.98±0.52 <sup>②</sup>	1.68±0.20 <sup>②</sup>	35.72±4.43 <sup>②</sup>	32.34±4.03 <sup>②</sup>

与本组治疗前比较，① $P < 0.01$ ；与对照组治疗后比较，

② $P < 0.01$

**4.4 2组治疗前后BMI和WHR比较** 见表3。治疗后，治疗组BMI比治疗前降低，且低于对照组，差异均有统计学意义( $P < 0.01$ )。2组WHR均无显著变化。

## 5 讨论

NAFLD属中医学积聚、痞满等基本范畴，认为本病多由饮食不节或劳逸过度、情志刺激等引起脏腑功能失调而诱发，痰、湿、瘀、积等是其主要病理因素，其中痰瘀互结证是NAFLD的常见证型<sup>[6]</sup>。《古今医鉴》记载：“胁痛者……或痰积流注于血，与血相搏”，朱丹溪曰：“痰挟瘀血，遂成窠囊”，可见痰瘀互结，肝脏脉络阻遏易形成脂肪肝。单纯祛痰则瘀

表3 2组治疗前后BMI和WHR比较( $\bar{x} \pm s$ ,  $n=45$ )

组别	时间	BMI	WHR
对照组	治疗前	27.71±4.02	0.92±0.19
	治疗后	26.99±3.12	0.91±0.17
治疗组	治疗前	27.80±3.34	0.93±0.20
	治疗后	24.27±3.15 <sup>①②</sup>	0.91±0.22

与本组治疗前比较, ① $P < 0.01$ ; 与对照组治疗后比较, ② $P < 0.01$

血不化, 单纯化痰则痰浊不去, 故临床治疗当痰瘀同治。但采用化痰祛湿、活血化瘀之法时, 需慎重筛选化痰祛瘀药物, 辅以健脾、理气、消积等治法才可取得较满意疗效。

祛瘀化痰方由《医林改错》中的膈下逐瘀汤合《太平惠民和剂局方》的二陈汤化裁而定, 具有活血化瘀、祛痰散结之功效, 方中五灵脂、桃仁破血逐瘀, 以消积块; 当归、赤芍养血活血, 与逐瘀药同用, 可使瘀血去而不伤阴血; 牡丹皮清热凉血、活血化瘀; 配柴胡、大腹皮行气疏肝、消肿止痛; 枳实破气消积、化痰散痞; 法半夏燥湿化痰, 和胃止呕; 陈皮理气化痰, 使气顺则痰降, 气行则痰化; 茯苓、白术健脾渗湿; 甘草调和诸药。全方合用, 逐瘀与化痰并用, 通过活血、理气、散结等作用, 对NAFLD痰瘀互结证起到标本兼治的效果。

NAFLD常伴有肝功能异常, 笔者检测患者ALT和AST的变化, 结果显示: 治疗组ALT和AST水平均低于对照组( $P < 0.01$ )。NAFLD的发生与异位脂肪沉积密切相关, 肥胖人群长期存在能量过剩, 血中TG水平常异常增高<sup>[7]</sup>, 本研究结果显示, 治疗组TC和TG水平均低于对照组( $P < 0.01$ )。BMI和WHR检

测结果显示: 治疗组BMI低于治疗前( $P < 0.01$ ), 且低于对照组( $P < 0.01$ )。治疗组总有效率高于对照组( $P < 0.05$ )。以上结果均提示, 相对于单一西药干预, 加用祛瘀化痰方可更好地保护患者的肝功能, 促进患者的血脂恢复正常, 提高临床疗效。

综上所述, 采用祛瘀化痰方治疗痰瘀互结型NAFLD患者可保护肝功能, 促进血脂恢复, 提高临床疗效, 值得临床使用。

#### [参考文献]

- [1] 王灵台. 中西医结合治疗非酒精性脂肪肝现状的思考[J]. 中国中西医结合杂志, 2009, 29(12): 1061-1063.
- [2] 周语媚, 包剑锋. 非酒精性脂肪肝与肝癌关系的研究进展[J]. 中华实验和临床病毒学杂志, 2014, 28(2): 159-161.
- [3] 胡义扬, 彭景华, 冯琴. 中医药治疗酒精性和非酒精性脂肪肝的重要靶位—肠道[J]. 中国中西医结合杂志, 2011, 31(9): 1269-1272.
- [4] 中华医学会肝脏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[J]. 中华肝脏病杂志, 2006, 14(3): 161-162.
- [5] 中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会. 非酒精性脂肪性肝病的中西医结合诊疗共识意见[J]. 中国中西医结合杂志, 2011, 31(2): 155-158.
- [6] 张顺贞, 季章龙, 姚政, 等. 从痰瘀理论探讨非酒精性脂肪肝的治疗[J]. 云南中医中药杂志, 2015, 36(6): 21-23.
- [7] 董柳, 李敏, 佟海滨, 等. 非酒精性脂肪肝病患者虚实证型与体脂水平及代谢特征的相关性[J]. 中医杂志, 2014, 55(18): 1571-1574.

(责任编辑: 吴凌)