

# 中西医结合治疗非酒精性脂肪性肝病痰瘀互结证 48 例临床观察

徐水根

江山市淤头中心卫生院内科, 浙江 江山 324100

[摘要] 目的: 观察中西医结合治疗非酒精性脂肪性肝病 (NAFLD) 痰瘀互结证的临床疗效。方法: 收集 96 例 NAFLD 病例, 随机分为观察组和对照组各 48 例, 2 组均给予非药物康复治疗, 对照组采用多烯磷脂酰胆碱胶囊和还原型谷胱甘肽片治疗, 观察组在对照组治疗基础上给予膈下逐瘀汤联合二陈汤治疗。2 组患者均治疗 12 周。检测 2 组患者治疗前后谷丙转氨酶 (ALT)、谷草转氨酶 (AST)、总胆固醇 (TC) 和甘油三酯 (TG) 水平; 比较 2 组的中医证候积分和临床疗效。结果: 总有效率观察组为 95.83%, 对照组为 79.17%, 2 组比较, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。治疗后 6 周, 观察组 ALT 和 AST 水平均较治疗前下降 ( $P < 0.01$ ), 而对照组 2 项指标值下降不明显; 观察组 ALT 和 AST 水平均低于对照组 ( $P < 0.01$ )。治疗后 12 周, 2 组 ALT 和 AST 水平均较治疗前下降 ( $P < 0.01$ ), 观察组 ALT 和 AST 水平均低于对照组 ( $P < 0.01$ )。治疗后, 2 组中医证候积分、TG 和 TC 均较治疗前下降 ( $P < 0.01$ ); 观察组中医证候积分、TG 和 TC 均低于对照组 ( $P < 0.01$ )。结论: 在常规西医治疗基础上以膈下逐瘀汤联合二陈汤治疗 NAFLD 痰瘀互结证, 可明显改善患者的肝功能和中医证候, 促进血脂好转, 其疗效优于单纯西医治疗。

[关键词] 非酒精性脂肪性肝病 (NAFLD); 痰瘀互结证; 膈下逐瘀汤; 二陈汤

[中图分类号] R575.5 [文献标志码] A [文章编号] 0256-7415 (2015) 12-0063-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2015.12.028

非酒精性脂肪性肝病 (NAFLD) 是一种代谢性疾病, 与生活习惯、饮食结构等因素存在密切关系。研究表明, NAFLD 的发生发展是引起人体其他疾病的重要因素, 如慢性肝病、肝硬化和心脑血管疾病等<sup>[1-2]</sup>。因此, 如何有效治疗 NAFLD 是当前临床面临的迫切问题。目前, 现代医学治疗 NAFLD 以综合疗法为主, 有一定效果, 但远期和整体疗效较差, 常伴有不良反应发生<sup>[3]</sup>。近年, 中医药治疗 NAFLD 的有效性已得到国内学者的肯定<sup>[4]</sup>。在本研究中, 笔者根据 NAFLD 痰瘀互结证的病证特点, 在西医治疗基础上, 采用膈下逐瘀汤联合二陈汤治疗 NAFLD 取得良好效果。报道如下。

## 1 临床资料

1.1 一般资料 收集 2012 年 9 月—2014 年 11 月本院消化科病房和肝病科门诊收治的 NAFLD 病例共 96 例, 根据随机数字表法将患者随机分为观察组和对照组各 48 例。观察组男 34 例, 女 14 例; 年龄 45~66 岁, 平均 (52.44 ± 5.52) 岁; 合并肥胖 22 例, 高脂血症 33 例, 2 型糖尿病 15 例。对照组男 32 例, 女 16 例; 年龄 43~67 岁, 平均 (53.27 ± 5.65) 岁; 合并肥胖 24 例, 高脂血症 35 例, 2 型糖尿病 17 例。2 组性别、年龄、病情等一般资料比较, 差异均无统计学意义 ( $P > 0.05$ ), 具有可比性。

1.2 诊断标准 根据《非酒精性脂肪性肝病诊疗指南》<sup>[4]</sup>中的

诊断标准拟定。凡同时具备以下 4 项者即可诊断为 NAFLD:

无饮酒史或饮酒折合乙醇量每周少于 140 g (女性每周少于 70 g); 除外病毒性肝炎、药物性肝病、全胃肠外营养、肝豆状核变性等可导致脂肪肝的特定疾病; 肝活检组织学改变符合脂肪肝的病理学诊断; 血清  $\gamma$ -谷氨酰转氨酶和转氨酶含量有轻、中度升高, 以谷丙转氨酶 (ALT) 升高为主。

1.3 辨证标准 根据《非酒精性脂肪性肝病的中西医结合诊疗共识意见》<sup>[5]</sup>制定痰瘀互结证辨证标准。主症: 胁肋刺痛或钝痛; 胁下痞块; 面色晦暗; 形体肥胖。次症: 胸脘痞满; 咯吐痰涎; 纳呆厌油; 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。证型确定: 具备主症 2 项和次症 1 或 2 项, 参考舌脉象。

1.4 纳入标准 符合以上 NAFLD 诊断标准与辨证标准; 20~60 岁; 血清 ALT 水平异常升高持续 4 周及以上者; 近期未采用其他降糖、保肝和降脂药物治疗者; 患者知情并签署同意协议。

1.5 排除标准 不符合上述诊断标准与辨证标准者; 妊娠及哺乳期妇女; 合并其他肝脏疾病者; 合并心脑血管、内分泌系统等严重疾病者; 未按规定用药者。

## 2 治疗方法

2.1 基础治疗 依据《非酒精性脂肪性肝病诊疗指南》<sup>[4]</sup>采用

[收稿日期] 2015-07-11

[作者简介] 徐水根 (1969-), 男, 主治医师, 主要从事中西医结合内科的临床工作。

非药物康复治疗。包括：完善饮食结构，适宜摄入饱和脂肪酸、糖和反式脂肪酸等，适量增加膳食纤维；户外适当有氧运动，每周 > 4 次，每次 ≥ 30 min。

2.2 对照组 采用多烯磷脂酰胆碱胶囊(A.Nattemann & Cie. GmbH)治疗，开始服用剂量为每天 3 次，每次 2 粒，维持剂量为每天 3 次，每次 1 粒；还原型谷胱甘肽片(重庆药友制药有限公司)，每次 400 mg，每天 3 次。

2.3 观察组 在对照组治疗基础上给予膈下逐瘀汤联合二陈汤治疗。膈下逐瘀汤方药组成：五灵脂、川芎、牡丹皮、赤芍、乌药各 6 g，当归、桃仁、红花、甘草各 9 g，香附、枳壳各 4.5 g，延胡索 3 g；二陈汤方药组成：法半夏、橘红各 25 g，茯苓 10 g，甘草 9 g。两方均每天 1 剂，水煎，分 2 次服用。

2 组患者均治疗 12 周。

### 3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 2 组肝功能检测：包括 ALT 和谷草转氨酶(AST)，采用全自动生化分析仪(型号 2700, 0 lym pus)分别于治疗前、治疗后 6 周和 12 周测定；观察 2 组的临床症状、体征和中医证候，评定中医证候积分；检测 2 组血脂水平：包括总胆固醇(TC)和甘油三酯(TG)，采用全自动生化分析仪(型号 2700, 0 lym pus)分别于治疗前后测定；中医证候评分标准：参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》拟定，评价指标包括：胁肋刺痛或钝痛，胁下痞块，面色晦暗，形体肥胖，胸脘痞满，咯吐痰涎，纳呆厌油；以上指标按症状的严重程度分别记为无(0 分)、轻度(1 分)、中度(2 分)和重度(4 分)，得分越低，提示症状越轻。

3.2 统计学方法 应用 SPSS 17.0 统计学软件包进行数据分析，计量资料以( $\bar{x} \pm s$ )表示，采用 *t* 检验；计数资料采用  $\chi^2$  检验。

### 4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 依据《非酒精性脂肪性肝病的中西医结合诊疗共识意见》<sup>[6]</sup>拟定，于治疗 12 周后评定。临床痊愈：主要症状、体征消失或基本消失，疗效指数 ≥ 90%；显效：主要症状、体征明显改善，疗效指数为 70% ~ 89%；有效：主要症状、体征明显好转，疗效指数为 30% ~ 69%；无效：主要症状、体征无明显改善，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。总有效率观察组为 95.83%，对照组为 79.17%，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  | <i>n</i> | 临床痊愈 | 显效 | 有效 | 无效 | 总有效率(%)            |
|-----|----------|------|----|----|----|--------------------|
| 对照组 | 48       | 7    | 22 | 9  | 10 | 79.17              |
| 观察组 | 48       | 13   | 25 | 8  | 2  | 95.83 <sup>①</sup> |

与对照组比较，<sup>①</sup> $P < 0.05$

4.3 2 组治疗前后肝功能指标比较 见表 2。治疗后 6 周，观察组 ALT 和 AST 水平均较治疗前下降( $P < 0.01$ )，而对照组 2 项指标值下降不明显；观察组 ALT 和 AST 水平均低于对照组( $P < 0.01$ )。治疗后 12 周，2 组 ALT 和 AST 水平均较治疗前下降( $P < 0.01$ )，观察组 ALT 和 AST 水平均低于对照组( $P < 0.01$ )。

表 2 2 组治疗前后肝功能指标比较( $\bar{x} \pm s$ ,  $n=48$ ) IU/L

| 组别  | 时间       | ALT                         | AST                        |
|-----|----------|-----------------------------|----------------------------|
| 对照组 | 治疗前      | 83.26 ± 17.26               | 70.11 ± 12.78              |
|     | 治疗后 6 周  | 77.67 ± 14.55               | 65.27 ± 11.86              |
|     | 治疗后 12 周 | 60.52 ± 10.67 <sup>①</sup>  | 53.75 ± 5.85 <sup>①</sup>  |
| 观察组 | 治疗前      | 83.85 ± 17.62               | 70.04 ± 11.25              |
|     | 治疗后 6 周  | 62.57 ± 11.09 <sup>②③</sup> | 58.42 ± 8.61 <sup>②③</sup> |
|     | 治疗后 12 周 | 34.51 ± 4.26 <sup>②③</sup>  | 30.62 ± 5.69 <sup>②③</sup> |

与本组治疗前比较，<sup>①</sup> $P < 0.01$ ；与对照组同时点比较，<sup>②</sup> $P < 0.01$

4.4 2 组治疗前后中医证候积分、TG 和 TC 比较 见表 3。治疗后，2 组中医证候积分、TG 和 TC 均较治疗前下降( $P < 0.01$ )；观察组中医证候积分、TG 和 TC 均低于对照组( $P < 0.01$ )。

表 3 2 组治疗前后中医证候积分、TG 和 TC 比较( $\bar{x} \pm s$ ,  $n=48$ )

| 组别  | 时间  | 中医证候积分(分)                 | TG(mmol/L)                | TC(mmol/L)                |
|-----|-----|---------------------------|---------------------------|---------------------------|
| 对照组 | 治疗前 | 22.05 ± 4.21              | 3.87 ± 0.95               | 7.09 ± 2.33               |
|     | 治疗后 | 16.15 ± 3.62 <sup>①</sup> | 2.51 ± 0.62 <sup>①</sup>  | 4.88 ± 1.68 <sup>①</sup>  |
| 观察组 | 治疗前 | 22.68 ± 4.39              | 3.93 ± 0.90               | 7.15 ± 2.51               |
|     | 治疗后 | 9.52 ± 2.63 <sup>②③</sup> | 1.72 ± 0.35 <sup>②③</sup> | 3.86 ± 0.99 <sup>②③</sup> |

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

### 5 讨论

中医学将 NAFLD 归属于痞满、积聚等范畴，认为该病多因饮食不节，情志失调或感受湿热等，引起脾失健运，不能输布水谷精微而聚湿为痰，气血失畅，脉络瘀滞，痰瘀互结损伤肝脾，导致脂肪肝<sup>[6]</sup>。《景岳全书·痰饮》曰：“痰涎皆本气血，若化失其正，则脏腑病，津液败，而气血即成痰涎。”因此，湿热困脾、痰瘀互结为 NAFLD 的主要病机特点<sup>[7]</sup>。

膈下逐瘀汤源于《医林改错》，是重要的活血化瘀方，方中当归、川芎、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；桃仁、红花、五灵脂破血逐瘀，以消积块；配香附、乌药、枳壳、延胡索行气止痛；尤其川芎不仅养血活血，更能行血中之气，增强逐瘀之力；甘草调和诸药。全方以逐瘀活血和行气药物居多，使气帅血行，更好地发挥活血逐瘀、破瘀消结之力。

二陈汤是临床治疗痰湿内阻的要方，功用燥湿化痰，理气

和中。方中法半夏燥湿化痰，和胃止呕；橘红理气化痰，使气顺则痰降，气行则痰化；痰由湿生，故以茯苓健脾利湿；甘草和中益脾。因此，上述两方合用，证法合一，切中该病病机。

本研究结果显示，在西医治疗基础上加用膈下逐瘀汤联合二陈汤治疗 NAFLD 痰瘀互结证，可明显改善患者的肝功能和中医学证候，促进血脂好转，其疗效优于单纯西医治疗。进一步证实中西医结合治疗 NAFLD 疗效显著，说明病证结合进行诊疗是提高 NAFLD 疗效的重要途径，值得探讨。

#### [参考文献]

- [1] Berlanga A, Guiu-Jurado E, Porras JA, et al. Molecular pathways in non-alcoholic fatty liver disease [J]. Clin Exp Gastroenterol, 2014, 7: 221-239.
- [2] 隋晓丹, 邓厚波, 刘铁军. 中医药防治非酒精性脂肪肝病的进展[J]. 世界华人消化杂志, 2013, 21(18): 1708-1713.
- [3] 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.
- [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] 杨红明. 清热祛痰、活血通络法治疗非酒精性脂肪肝临床体会[J]. 江苏中医药, 2014, 46(10): 40-41.
- [7] 黄静娟, 刘树军. 论痰瘀理论对非酒精性脂肪肝辨证与治疗的指导作用[J]. 中华中医药杂志, 2006, 21(12): 765-767.

(责任编辑: 吴凌)

## 百令胶囊对慢性肾衰患者肾功能改善效果及生存质量的影响

王军峰, 蒋霄翔

慈溪市人民医院, 浙江 慈溪 315300

[摘要] 目的: 观察百令胶囊对慢性肾衰患者的肾功能改善效果及生存质量的影响。方法: 将 80 例慢性肾衰患者, 随机分为 2 组, 各 40 例。对照组采用常规药物代文治疗; 观察组在对照组治疗基础上加用百令胶囊治疗。观察组治疗前后血肌酐 (SCr)、内生肌酐清除率 (CCr)、血尿素氮 (BUN) 及 24h 尿蛋白定量等肾功相关指标, 及体能 (PF)、精神影响 (RE)、社会活动 (SF)、心理健康 (MH)、体能影响 (RP)、精力 (VT)、身体疼痛 (BP)、一般健康 (GH) 等 8 个维度生存质量指标分析。结果: 2 组治疗后 SCr、CCr、BUN 及 24h 尿蛋白定量与治疗前比较, 差异均有统计学意义 ( $P < 0.05$ ); 治疗后, 观察组与对照组各项指标比较, 差异均有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。治疗后观察组 RE、SF、MH、RP、VT、BP 和 GH 7 个维度的得分与治疗前比较, 差异均有统计学意义 ( $P < 0.05$ ); 对照组在 MH、RP、VT、BP 和 GH 5 个维度的得分与治疗前比较, 差异均有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。治疗后观察组 PF、RE、SF 与对照组比较, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。总有效率观察组 92.5%, 对照组 80.0%, 2 组比较, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。结论: 百令胶囊在慢性肾衰竭的治疗上不仅能改善肾功能, 延缓肾衰竭, 还能改善患者的生存质量。

[关键词] 慢性肾衰; 百令胶囊; 肾功能; 生存质量

[中图分类号] R692 [文献标志码] A [文章编号] 0257-7415 (2015) 12-0065-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2015.12.029

慢性肾功能衰竭(Chronic Renal Failure, CRF)是因为多种原因导致了肾脏的损害、恶化, 对肾单位和肾实质造成了不可逆的损害, 从而引发了排泄代谢废物、水电解质的调节及

酸碱平衡等方面出现紊乱的临床综合征<sup>[1]</sup>。本研究采用百令胶囊加上西医常规治疗慢性肾衰患者, 收到较好的疗效, 现报道如下。

[收稿日期] 2015-06-15

[作者简介] 王军峰 (1980-), 男, 主治医师, 研究方向: 中医治疗慢性肾衰。