健脾化痰祛湿方治疗痰浊内阻型代谢相关脂肪性肝病临床研究

王建珍[1]，郑康[2]，王再红[1]

1. 衢州市中医医院，浙江 衢州 324000；2. 衢州市人民医院，浙江 衢州 324000

［摘要］**目的：**观察健脾化痰祛湿方治疗浊内阻型代谢相关脂肪性肝病的临床疗效。**方法：**选择2024年2月—9月衢州市中医医院收治的108例代谢相关脂肪性肝病患者，按照随机数字表法分为联合组和西医组各54例。治疗期间，联合组与西医组均脱落2例，最终各纳入52例。西医组给予多烯磷脂酰胆碱治疗，联合组在西医组基础上加用健脾化痰祛湿方治疗。治疗8周后，比较2组临床疗效、中医证候评分、肝脏脂肪含量、受控衰减参数（CAP）值、肝功能［谷氨酰转肽酶（GGT）、丙氨酸氨基转移酶（ALT）、天冬氨酸氨基转移酶（AST）］和血脂［总胆固醇（TC）、甘油三酯（TG）、低密度脂蛋白胆固醇（LDL-C）］水平。**结果：**联合组总有效率为94.23%（49/52），西医组为80.77%（42/52），2组比较，差异有统计学意义（$P<0.05$）。治疗后，2组中医证候评分均较治疗前降低（$P<0.05$），且联合组评分低于西医组（$P<0.05$）。治疗后，2组肝脏脂肪含量、CAP值均较治疗前降低（$P<0.05$），且联合组2项指标水平均低于西医组（$P<0.05$）。治疗后，2组GGT、ALT、AST水平均较治疗前降低（$P<0.05$），且联合组3项指标水平均低于西医组（$P<0.05$）。治疗后，2组TG、TC、LDL-C水平均较治疗前降低（$P<0.05$），且联合组3项指标水平均低于西医组（$P<0.05$）。联合组不良反应发生率为5.77%（3/52），西医组为3.85%（2/52），2组比较，差异无统计学意义（$P>0.05$）。**结论：**健脾化痰祛湿方治疗痰浊内阻型代谢相关脂肪性肝病效果良好，有助于减轻病情，改善肝功能和血脂水平，且安全性良好。

［关键词］代谢相关脂肪性肝病；痰浊内阻；健脾化痰祛湿方；多烯磷脂酰胆碱；肝功能；血脂
［中图分类号］R575.5 ［文献标志码］A ［文章编号］0256-7415（2025）22-0065-05
DOI：10.13457/j.cnki.jncm.2025.22.012

Clinical Study on Jianpi Huatan Qushi Prescription for Metabolic Associated Fatty Liver Disease of Internal Obstruction of Phlegm-Turbidity Type

WANG Jianzhen[1], *ZHENG Kang*[2], *WANG Zaihong*[1]

1. Quzhou Hospital of Traditional Chinese Medicine, Quzhou Zhejiang 324000, China; 2. People's Hospital of Quzhou, Quzhou Zhejiang 324000, China

Abstract: Objective: To observe the clinical effect of Jianpi Huatan Qushi Prescription on metabolic associated fatty liver disease of internal obstruction of phlegm-turbidity type. **Methods:** A total of 108 patients with metabolic associated fatty liver disease admitted to Quzhou Hospital of Traditional Chinese Medicine from February to September 2024 were selected and divided into the combination group and the western medicine group according to the random number table method, with 54 cases in each group. During the treatment, 2 cases were removed from the combination group and the western medicine group, respectively, and finally 52 cases were included. The western medicine group was treated with Polyene Phosphatidylcholine, and the combination group was additionally given oral administration of Jianpi Huatan Qushi Prescription based on the treatment in the western medicine group. After eight weeks of treatment, the clinical efficacy, traditional Chinese medicine syndrome scores, liver fat content, controlled attenuation parameter (CAP), liver function [gamma glutamyl transpeptidase (GGT), alanine aminotransferase (ALT), and aspartate

［收稿日期］2025-04-18
［修回日期］2025-08-18
［作者简介］王建珍（1989-），女，主管技师，E-mail：13175725025@163.com。

aminotransferase (AST)] and levels of blood lipid [total cholesterol (TC), triglyceride (TG), and low-density lipoprotein cholesterol (LDL-C)] were compared between the two groups. **Results**: The total effective rate was 94.23% (49/52) in the combination group and 80.77% (42/52) in the western medicine group, the difference being significant ($P<0.05$). After treatment, the traditional Chinese medicine syndrome scores in the two groups were decreased when compared with those before treatment ($P<0.05$), and the above scores in the combination group were lower than those in the western medicine group ($P<0.05$). After treatment, the liver fat content and CAP in the two groups were reduced when compared with those before treatment ($P<0.05$), and the levels of above two indexes in the combination group were lower than those in the western medicine group ($P<0.05$). After treatment, the levels of GGT, ALT and AST in the two groups were down-regulated when compared with those before treatment ($P<0.05$), and the above three levels in the combination group were lower than those in the western medicine group ($P<0.05$). After treatment, the levels of TG, TC and LDL-C in the two groups were decreased when compared with those before treatment ($P<0.05$), and the above three levels in the combination group were lower than those in the western medicine group ($P<0.05$). The incidence of adverse reactions was 5.77% (3/52) in the combination group and 3.85% (2/52) in the western medicine group, the difference being insignificant ($P>0.05$). **Conclusion**: Jianpi Huatan Qushi Prescription has a good curative effect on metabolic associated fatty liver disease of internal obstruction of phlegm-turbidity type, which is helpful to alleviate the condition, improve the liver function and the level of blood lipid, and has good safety.

Keywords: Metabolic associated fatty liver disease; Internal obstruction of phlegm-turbidity; Jianpi Huatan Qushi Prescription; Polyene Phosphatidylcholine; Liver function; Blood lipid

代谢相关脂肪性肝病是以肝细胞内脂肪过量堆积为特征的一种慢性肝病，与酒精摄入无关，其病理变化可从单纯性脂肪肝发展到非酒精性脂肪性肝炎，最终可能发展为肝纤维化和肝硬化[1]。近年来代谢相关脂肪性肝病发病率持续上升，已成为全球范围内最常见的慢性肝病，其与肥胖、2型糖尿病、高脂血症等代谢综合征密切相关[2-3]。目前针对代谢相关脂肪性肝病的治疗主要集中在饮食控制和运动锻炼等生活方式干预，以及应用降脂药、胰岛素增敏剂、保肝药物等药物治疗，然而这些方法往往治疗周期较长、疗效有限，且患者依从性较差[4]。中医学认为，代谢相关脂肪性肝病多由脾虚湿盛、痰浊内阻所致，治疗宜以健脾益气、化痰祛湿为法。健脾化痰祛湿方由二陈汤化裁而来，立足“脾为生痰之源”，具有健脾化湿之功，兼顾化瘀通络。本研究在常规西医治疗基础上联合健脾化痰祛湿方治疗代谢相关脂肪性肝病，收到较好疗效，结果报道如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准 符合《非酒精性脂肪性肝病诊疗指南》[5]中代谢相关脂肪性肝病诊断标准。肝脏呈弥漫性脂肪肝表现，无饮酒史，肝功能异常持续6个月以上；排除因饮酒、药物性肝病、自身免疫性肝病、病毒性肝炎等其他原因所致的脂肪肝。

1.2 辨证标准 符合《非酒精性脂肪性肝病中西医结合诊疗共识意见(2017年)》[6]中痰浊内阻证辨证标准。主症：形体肥胖，右胁胀闷，周身困重，大便黏滞；次症：食欲不振，脘腹胀满，头晕恶心，乏力疲倦；舌脉：舌质淡、苔白腻，脉沉滑。

1.3 纳入标准 符合上述诊断和辨证标准；年龄18~75岁；近1个月内未接受过针对脂肪肝的治疗；认知功能和沟通能力正常，可配合完成研究；患者知情同意。

1.4 排除标准 合并糖尿病或其他影响糖脂代谢的疾病；患恶性肿瘤、严重感染、血液系统疾病；合并药物性肝病、病毒性肝病、良恶性肝脏肿瘤等其他肝脏疾病；合并消化性溃疡、急慢性胃炎等影响药物吸收的疾病。

1.5 剔除和脱落标准 观察指标不全，无法判断疗效；主动退出研究；治疗依从性差，未严格遵循研究方案治疗；治疗期间接受了其他可能影响研究结

果的其他治疗措施；突发重大疾病无法继续治疗者；失访者。

1.6 一般资料 选择2024年2—9月衢州市中医医院收治的108例代谢相关脂肪性肝病患者，按照随机数字表法分为联合组和西医组各54例。治疗过程中，联合组因用药依从性不佳而剔除1例、自动退出研究1例，最终纳入52例；西医组因接受了其他治疗方案而剔除1例、因观察指标不全而剔除1例，最终纳入52例。联合组男35例，女17例；年龄32~75岁，平均(52.77±11.54)岁；病程1~7年，平均(4.15±1.33)年。西医组男33例，女19例；年龄30~75岁，平均(51.49±12.37)岁；病程1~6年，平均(3.89±1.24)年。2组一般资料比较，差异无统计学意义($P>0.05$)，具有可比性。本研究经衢州市中医医院伦理委员会审核批准(2023-05-033)。

2 治疗方法

2.1 西医组 给予多烯磷脂酰胆碱胶囊[赛诺菲(北京)制药有限公司，国药准字H20059010]口服，每次456 mg，每天3次。连续治疗8周。

2.2 联合组 在西医组基础上加用健脾化痰祛湿方。处方：党参20 g，炒白术12 g，法半夏15 g，橘红15 g，泽泻9 g，茯苓9 g，陈皮10 g，郁金9 g，丹参12 g，赤芍6 g，山楂20 g，藿香6 g，甘草6 g。随症加减：乏力气短者加太子参15 g，黄芪15 g；头痛身热者加黄连6 g，茵陈6 g；肝区疼痛甚者加延胡索6 g，柴胡6 g。每天1剂，加水煎煮至400 mL，分早晚温服。连续治疗8周。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 ①中医证候评分。治疗前后对中医证候进行评分，主症根据无、轻、中、重度分别计0、2、4、6分，次症分别计0、1、2、3分，总分36分，得分越高症状越严重。②肝脏脂肪病变程度。采用肝脏瞬时弹性超声检查肝脏脂肪含量和受控衰减参数(CAP)，肝脏脂肪含量越高、CAP值越大，说明肝脏脂肪病变程度越严重。③肝功能。采用全自动生化分析仪检测治疗前后谷氨酰转肽酶(GGT)、丙氨酸氨基转移酶(ALT)、天冬氨酸氨基转移酶(AST)水平。④血脂。采用全自动生化分析仪检测治疗前后总胆固醇(TC)、甘油三酯(TG)、低密度脂蛋白胆固醇(LDL-C)水平。⑤不良反应。观察患者治疗期间恶心腹胀、便秘、腹泻等不良反应发生情况。⑥临床疗效。

3.2 统计学方法 采用SPSS25.0统计学软件进行数据分析。计数资料采用百分比(%)表示，比较采用χ^2检验；计量资料符合正态分布者以均数±标准差($\bar{x}\pm s$)表示，组内比较采用配对样本t检验，组间比较采用独立样本t检验。$P<0.05$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 参照《非酒精性脂肪性肝病中西医结合诊疗共识意见(2017年)》[6]评估疗效。痊愈：B超显示肝脏恢复正常，CAP值＜238 db/m，肝功能正常；显效：肝脏脂肪病变严重程度由重度转为轻度，肝功能显著改善；有效：肝脏脂肪病变严重程度减少1个等级，肝功能有所改善；无效：未达上述标准。

4.2 2组临床疗效比较 见表1。联合组总有效率94.23%，高于西医组80.77%，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 例(%)

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效
联合组	52	6(11.54)	19(36.54)	24(46.15)	3(5.77)	49(94.23)
西医组	52	3(5.77)	16(30.77)	23(44.23)	10(19.23)	42(80.77)
χ^2值						4.308
P值						0.038

4.3 2组治疗前后中医证候评分比较 见表2。治疗前，2组中医证候评分比较，差异无统计学意义($P>0.05$)；治疗后，2组中医证候评分均较治疗前降低($P<0.05$)，且联合组评分低于西医组($P<0.05$)。

表2 2组治疗前后中医证候评分比较($\bar{x}\pm s$) 分

组别	时间	例数	主症	次症	总分
联合组	治疗前	52	17.75±3.36	8.10±2.16	25.85±5.77
	治疗后	52	6.39±2.05①②	4.10±1.13①②	10.49±3.05①②
西医组	治疗前	52	17.32±4.13	7.87±2.30	25.19±6.04
	治疗后	52	9.48±3.04①	5.32±1.47①	14.80±3.58①

注：①与本组治疗前比较，$P<0.05$；②与西医组治疗后比较，$P<0.05$。

4.4 2组治疗前后肝脏脂肪病变程度比较 见表3。治疗前，2组肝脏脂肪含量和CAP值比较，差异无统计学意义($P>0.05$)；治疗后，2组肝脏脂肪含量和CAP值均较治疗前降低($P<0.05$)，且联合组2项指标水平均低于西医组($P<0.05$)。

表3 2组治疗前后肝脏脂肪病变程度比较($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	肝脏脂肪含量(%)		CAP值	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
联合组	52	12.96±2.42	7.55±2.41①②	269.49±32.72	230.45±24.11①②
西医组	52	13.10±2.27	8.63±2.69①	271.23±34.55	241.24±21.89①

注：①与本组治疗前比较，$P<0.05$；②与西医组治疗后比较，$P<0.05$。

4.5 2组治疗前后肝功能指标比较 见表4。治疗前，2组GGT、ALT、AST水平比较，差异无统计学意义($P>0.05$)；治疗后，2组GGT、ALT、AST水平均较治疗前降低($P<0.05$)，且联合组3项指标水平均低于西医组($P<0.05$)。

表4 2组治疗前后肝功能指标比较($\bar{x}\pm s$) U/L

组别	时间	例数	GGT	ALT	AST
联合组	治疗前	52	93.15±29.43	102.16±36.88	89.76±25.68
	治疗后	52	35.27±11.80①②	40.31±12.29①②	37.90±11.24①②
西医组	治疗前	52	91.87±25.10	99.87±33.94	90.64±27.30
	治疗后	52	43.39±13.55①	48.56±14.11①	44.27±10.09①

注：①与本组治疗前比较，$P<0.05$；②与西医组治疗后比较，$P<0.05$。

4.6 2组治疗前后血脂水平比较 见表5。治疗前，2组TG、TC、LDL-C水平比较，差异无统计学意义($P>0.05$)；治疗后，2组TG、TC、LDL-C水平均较治疗前降低($P<0.05$)，且联合组3项指标水平均低于西医组($P<0.05$)。

表5 2组治疗前后血脂水平比较($\bar{x}\pm s$) mmol/L

组别	时间	例数	TG	TC	LDL-C
联合组	治疗前	52	3.77±1.22	6.25±2.19	4.22±1.36
	治疗后	52	1.65±0.42①②	3.86±1.17①②	2.14±0.58①②
西医组	治疗前	52	3.69±0.98	6.34±1.88	4.30±1.17
	治疗后	52	2.01±0.65①	4.53±1.35①	2.69±0.74①

注：①与本组治疗前比较，$P<0.05$；②与西医组治疗后比较，$P<0.05$。

4.7 2组不良反应发生率比较 见表6。联合组不良反应发生率为5.77%，西医组为3.85%，2组比较，差异无统计学意义($P>0.05$)。

表6 2组不良反应发生率比较 例(%)

组别	例数	恶心腹胀	便秘	腹泻	合计
联合组	52	1(1.92)	2(3.85)	0	3(5.77)
西医组	52	1(1.92)	0	1(1.92)	2(3.85)
χ^2值					0.210
P值					0.647

5 讨论

中医学多将代谢相关脂肪性肝病归为胁痛、积证、臌胀、痰饮、肥胖等病证范畴，认为其病因病机复杂，外因多与饮食、情志、劳倦因素相关；内因通常与脾虚、痰浊、湿热等密切相关，其中以“脾虚湿盛，痰浊内阻”为关键病机。久嗜肥甘厚味，可导致脾失温煦，脾主运化，为水谷精微转化和输布的中枢，脾虚则运化失常，湿邪内滞，日久痰浊内生；痰浊久滞损伤气血运行、瘀血阻滞；痰浊瘀血互结，阻滞肝络而发本病。可见，脾虚运化失调是痰湿内生的关键，治疗当以健脾补虚以治本，化痰祛湿、化瘀通络以治标。

健脾化痰祛湿方由二陈汤加减化裁而来，方中重用健脾补气、化痰祛湿药，同时增加了活血化瘀药，标本兼治。方中党参甘平清补，既健脾补气，又兼生津养血；白术主以温补扶正、健脾益气，兼能燥湿利水，炒后补脾之力更增；配伍党参，健脾阳而不燥，滋胃阴而不湿，可杜生痰之源，共为君药。茯苓、泽泻、法半夏、橘红共为臣药，茯苓甘淡渗利兼补，善渗湿利水以消湿邪，兼健脾补中以行水；泽泻渗利清泄，既利水渗湿，又降脂化浊，二者配伍，可增强利水渗湿之效，以助化痰之力；法半夏为治痰湿之要药，可健脾和胃、燥湿化痰；橘红燥湿化痰，兼理气宽中，与法半夏相伍可增强燥湿化痰之力。藿香醒脾化湿、行气和中；陈皮理气健脾、燥湿化痰，二者合用，理气之力大增，气顺则痰消；郁金保肝利胆、行气祛瘀；丹参活血祛瘀、清心凉血；赤芍清热凉血、散瘀止痛；山楂行气散瘀、降脂化浊，六药合用，发挥活血祛瘀、化浊降脂之功效，共为佐药。甘草为使药，调和诸药。全方合用，共奏健脾补虚、化痰祛湿、活血化浊之功。现代药理研究显示，党参多糖有调节脂质代谢、抑制转氨酶活性的药理作用[7]。党参-茯苓对酒精性肝病大鼠肝功能和血脂有调节作用，可下调GGT、ALT、AST水平，降低TC、TG含量[8]。白术-茯苓对药可调节肝脏脂质代谢，加速脂肪的消耗，降低TG和肝细胞损伤[9]。橘红中的活性成分异橙黄酮、柚皮素有降血脂、保肝等药理作用，可降低肝损伤[10]。泽泻提取物可调节脂质代谢，加速胆固醇的外排，降

低LDL-C、TG水平，从而延缓肝脏脂肪堆积和变性[11]。陈皮-半夏可通过抑制脂肪酸合成发挥降脂作用，也可通过间接调节肝细胞代谢而加速脂质代谢，起到降血脂的作用[12]。以上研究结果显示，健脾化痰祛湿方可通过调脂、保肝护肝等途径对代谢相关脂肪性肝病起治疗作用。

肝脏脂肪含量是指肝细胞中脂质蓄积的比例，可直观反映肝脏脂肪变性程度。CAP是一种通过瞬时弹性成像技术检测肝脏组织脂肪含量的无创性指标，基于超声信号的衰减程度评估肝脏脂肪变性程度。肝脏脂肪含量越高则CAP值越大，提示肝脏脂肪病变越严重。本研究结果显示，治疗后联合组总有效率高于西医组，且中医证候评分、肝脏脂肪含量、CAP水平均低于西医组，说明健脾化痰祛湿方治疗痰浊内阻证代谢相关脂肪性肝病效果良好，可进一步减轻病情，缓解症状。

肝功能变化是肝脏代谢紊乱、肝细胞受损和病情进展的直接反映，表现为GGT、ALT、AST等指标异常升高，故改善肝功能、降低肝细胞损伤是非酒精性脂肪肝的首要目标。本研究结果显示，治疗后联合组GGT、ALT、AST水平低于西医组，说明健脾化痰祛湿方可进一步改善患者肝功能，加速病情恢复。

肝脏脂肪酸的来源包括膳食摄入、外周脂肪分解和体内脂质合成，代谢相关脂肪性肝病患者体内脂肪酸往往摄入过多，脂质合成增多，加剧脂肪堆积，导致血脂异常，故针对血脂的干预也是代谢相关脂肪性肝病的重要措施[13-14]。本研究结果显示，经过治疗后，2组TG、TC、LDL-C等血脂水平均得到显著降低，且联合组低于西医组，说明健脾化痰祛湿方对血脂的调节效果更佳。治疗期间，2组不良反应发生率均较低，且2组比较差异无统计学意义，提示治疗安全性良好。

综上所述，健脾化痰祛湿方治疗痰浊内阻证代谢相关脂肪性肝病效果良好，可减轻肝脏脂肪变性程度，改善肝功能和血脂水平，值得临床推广应用。

［参考文献］

[1] 中华医学会肝病学分会，范建高，南月敏，等. 代谢相关(非酒精性)脂肪性肝病防治指南(2024年版)[J]. 实用肝脏病杂志，2024，27(4)：494-510.
[2] LI X，GE J，LI Y，et al. Integrative lipidomic and transcriptomic study unravels the therapeutic effects of saikosaponins A and D on non-alcoholic fatty liver disease[J]. Acta Pharm Sin B，2021，11(11)：3527-3541.
[3] 唐墨莲，张晓敏，陈之琦，等. 6~17岁患者非酒精性脂肪肝与代谢健康型肥胖关系的横断面研究[J]. 复旦学报(医学版)，2022，49(6)：961-967.
[4] 袁潇，杨韶华，谢亚楠，等. 中西医结合治疗非酒精性脂肪性肝病研究进展[J]. 光明中医，2023，38(24)：4904-4907.
[5] 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]. 胃肠病学，2010，15(11)：676-680.
[6] 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中西医结合诊疗共识意见(2017年)[J]. 中国中西医结合消化杂志，2017，25(11)：805-811.
[7] LIU W，LV X，HUANG W，et al. Characterization and hypoglycemic effect of a neutral polysaccharide extracted from the residue of Codonopsis Pilosula[J]. Carbohydr Polym，2018，197：215-226.
[8] 蔡世揪，毛雷鸣，周丽芳，等. 基于网络药理学，分子对接和动物实验探究党参-茯苓药对对酒精性肝病的作用机制[J]. 中国药理学通报，2024，40(5)：945-954.
[9] 黄锦桢，王宇新，曾华，等. 基于健脾法和网络药理学探讨“茯苓-白术”药对治疗非酒精性脂肪性肝病的作用机制[J]. 中西医结合肝病杂志，2022，32(11)：1016-1020.
[10] 吴潇，谌攀，吴灏，等. 基于网络药理学和分子对接技术探讨化橘红治疗酒精性肝损伤的潜在作用机制[J]. 现代药物与临床，2023，38(2)：300-307.
[11] 罗静心，简丽娜，夏凡，等. 泽泻活性成分改善非酒精性脂肪性肝病的作用机制进展[J]. 中国药业，2024，33(7)：1-7.
[12] 张理. 陈皮-半夏药对治疗高脂血症作用机制的网络药理学分析与实验研究[J]. 中西医结合心脑血管病杂志，2022，20(17)：3118-3128.
[13] 周泠潇，张卿，高鹰，等. 成人血脂异常与非酒精性脂肪性肝病发病风险的前瞻性队列研究[J]. 中华全科医师杂志，2024，23(8)：831-838.
[14] 谢建寰，李冬春，刘春凤，等. 健脾消脂方对非酒精性脂肪肝(脾虚湿盛型)患者TGF-β1、SOD、GGT及血脂水平的影响[J]. 中国免疫学杂志，2022，38(22)：2735-2739.

［责任编辑：冯天保，蒋维超(英文)］