



◆ 吴大真 刘艳骄 王凤岐 等主编

Xiandai Ming Zhongyi

现代名中医

脂肪肝

ZHI FANG GAN ZHI LIAO JUE JI



治疗 绝技

 科学技术文献出版社

<http://www.klrs999.cn/>

快乐人生久久久

hbtmy制作

现代名中医脂肪肝 治疗绝技

主 编 吴大真 刘艳骄 王凤岐
王 雷 杨建宇 刘燕玲
黄明达
副主编 苏圣仁 王怡心 王玉娇
编 委 张荣发 柯芳南 周新喜
丁志远

科学技术文献出版社

Scientific and Technical Documents Publishing House

北 京

图书在版编目(CIP)数据

现代名中医脂肪肝治疗绝技/吴大真等主编.-北京:科学技术文献出版社,2005.7

ISBN 7-5023-5059-4

I. 现… II. 吴… III. 脂肪肝-中医疗法 IV. R259.755

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2005)第 054806 号

- 出 版 者 科学技术文献出版社
地 址 北京市复兴路 15 号(中央电视台西侧)/100038
图书编务部电话 (010)68514027,(010)68537104(传真)
图书发行部电话 (010)68514035(传真),(010)68514009
邮 购 部 电 话 (010)68515381,(010)58882952
网 址 <http://www.stdph.com>
E-mail: stdph@istic.ac.cn
策 划 编 辑 袁其兴
责 任 编 辑 马永红
责 任 校 对 唐 炜
责 任 出 版 工芳妮
发 行 者 科学技术文献出版社发行 全国各地新华书店经销
印 刷 者 利森达印务有限公司
版 (印) 次 2005 年 7 月第 1 版第 1 次印刷
开 本 850×1168 32 开
字 数 286 千
印 张 11.75
印 数 1~6000 册
定 价 18.00 元

© 版权所有 违法必究

购买本社图书,凡字迹不清、缺页、倒页、脱页者,本社发行部负责调换。



【 主編 吳大真 】

【 第一主编吴大真的话 】

我是1942年出生于宝岛台湾的。先祖虽为儒宦世家，但因宦海沉浮之轻，人命关天之重，悬殊之比，便“崇尚医学”，悟出“宁为良医，莫为良相”之理。其后，家族中造就了几位国医大师。

我出世后，父辈承继前人，便赐名为“大真”，意为“医学于人至真至大”。国民党元老陈立夫前辈也曾为我题有“能容乃大，至诚曰真”之语，寓意孔孟之学的奥义。

20世纪中期，有幸进入当时的中医药首府深造，深得多位名家的耳提面命，阅览于医林瀚海，学贯中西，为日后的临床、教学、科研、著述，打下了深厚的基础，并初窥祖国医学博大精深奥的殿堂。毕业以后，辗转于西北各地，或临床，或教学，十余春秋，虽艰苦奔波，但于医学之道受益匪浅。实践出真知，此时才真正明白了一般医生与名医的差距在于“经验”。我以为“经验”必须经过“时间”加“悟性”二者的刻骨磨砺，才能取得。人们常说：“病人需要医生”，其实医生更需要病人。只有长期地临床，不断地磨炼、发掘与领悟，才有可能取得经验，才能成为“名医”。名医需要时间，需要悟性，需要病人。

回京后，虽然临床时间不如以往，但学术交流增多，使我犹如一叶小舟投入了大海，更加开阔了眼界，得到了锻炼，深深领悟到“医学是人文医学”。医生看病，既要关注疾病，更要关注人。只有真正地关注人，理论才能发挥透彻，临床效果才会提高，才能真正实现医生的天职“治病救人”。

如今，我虽年过花甲，时至夕阳，但仍存有“老骥伏枥，不用扬鞭自当奋蹄”之心。不敢蔽帚自珍，愿把家传与自悟所得医术精华，奉献给同仁同道，算是我站在先辈的肩头，做后人的“上马石”，愿后学者攀登，平生之愿足矣。

注：吴大真主编，历任中国医药科技出版社副社长，中国中医药出版社社长，中国医药报社社长，中国药学会秘书长，北京同仁医院院长等职，现为中国保健协会副理事长，北京国际医药促进会常务副理事长等职。

通讯地址：北京朝外工体西路古庄里2-108 邮编：100020

科学技术文献出版社



科学技术文献出版社方位示意图

(京)新登字 130 号

内 容 简 介

当代名医学验俱丰,绝技密法,成竹在胸,故临症常能力挽沉疴,起死回生,深得今人学习揣摩。本书精选近 10 年来国内学术权威刊物中所发表的治疗脂肪肝的临床实践经验,展示最新科研成果。为了吸取百家之长,提供诸多名医名家的学术经验和临证技巧,本书客观地保持了其学术论文的学术性、权威性和临床实用性,非常实用,便于阅读。

科学技术文献出版社是国家科学技术部系统唯一一家中央级综合性科技出版机构,我们所有的努力都是为了使您增长知识和才干。

目 录

- 刘艳骄 从痰瘀论治脂肪肝 (1)
- 任世存等 八味护肝降脂胶囊治疗脂肪肝 (4)
- 相鲁闽等 白苣刺头治疗脂肪肝 (8)
- 裴道灵等 辨证论治脂肪肝 (9)
- 潘志坚等 柴胡疏肝散治疗酒精性脂肪肝 (12)
- 蒋仁发等 柴苓调肝液治疗酒精性脂肪肝 (14)
- 卢慕舜等 浅议“消”、“补”法治疗脂肪肝..... (17)
- 许筱颖等 从脾论治脂肪肝探讨 (19)
- 古献民 涤脂灵冲剂治疗脂肪肝 (22)
- 曾 玲等 调肝降脂液治疗酒精性脂肪肝 (25)
- 刘晓楠等 调肝脂胶囊治疗脂肪肝 (28)
- 陈晓云等 调脂散胶囊治疗老年高脂血症性脂肪肝 (31)
- 裴道灵等 复方丹参滴丸治疗老年性脂肪肝 (33)
- 郭 明 复方地龙胶囊治疗脂肪肝 (36)
- 黄筠等 复青降脂汤治疗非酒精性脂肪肝 (38)
- 陈朝俊等 肝苏颗粒合脂必妥胶囊治疗脂肪肝 (41)
- 党中勤 肝脂康胶囊治疗脂肪肝 (44)
- 李金海等 护肝降脂冲剂治疗脂肪肝 (47)

- 何太清等 化痰活血法治疗脂肪肝 (50)
- 杨 菊等 降脂脉安冲剂治疗脂肪肝 (52)
- 廖 慧等 化痰疏肝活血法治疗脂肪肝 (54)
- 王巧明 化痰涤浊法治疗脂肪肝 (56)
- 孙菱娟等 化痰泄浊汤治疗脂肪肝 (58)
- 邓家刚等 黄龙肝脂消合剂治疗高血脂性脂肪肝 (60)
- 陆 霞等 活血化痰法治疗脂肪肝 (62)
- 王 奕等 活血解毒降脂汤治疗慢性病毒性肝炎合并
脂肪肝 (64)
- 彭汉光等 加味四逆散对脂肪肝患者降脂作用的研究 (67)
- 罗登旭 加味四逆散治疗脂肪肝 (70)
- 周修通 加味枳术汤治疗高脂血症性脂肪肝 (73)
- 雷福云 健脾化浊法治疗Ⅱ型糖尿病合并脂肪肝 (76)
- 李 华等 降脂护肝汤治疗酒精性脂肪肝 (78)
- 魏文辉 降脂化湿健脾活血法治疗脂肪肝 (80)
- 杨钦河等 降脂宁肝胶囊治疗脂肪肝 (82)
- 苗宇船等 降脂平肝汤治疗肥胖性脂肪肝 (85)
- 黄晓鸣 降脂清肝饮治疗高脂血症性脂肪肝 (87)
- 孙善坤 静脉滴注黄芪治疗酒精性脂肪肝 (90)
- 王传力等 凉血活血法治疗妊娠期急性脂肪肝 (92)
- 杨建辉 林鹤和治脂肪肝 (94)
- 黄亦琦等 平脂冲剂治疗脂肪肝 (97)

- 朱 芳等 清肝活血法治疗脂肪肝…………… (100)
- 邱磷安等 清肝散治疗酒精性脂肪肝…………… (103)
- 张建平 清热化湿法为主治疗脂肪肝…………… (106)
- 徐宝宏等 清脂肝三联针穴位注射治疗中、重度酒精性
脂肪肝…………… (108)
- 陈利群等 祛湿化痰、理气活血法治疗脂肪肝 …… (112)
- 曹晓菊等 祛痰化湿法为主治疗脂肪肝…………… (114)
- 鞠丽君等 祛脂护肝冲剂治疗酒精性脂肪肝…………… (116)
- 汪 萌等 祛脂护肝冲剂治疗脂肪肝…………… (119)
- 唐红敏等 祛脂护肝汤加减治疗非酒精性脂肪肝…………… (122)
- 李夏亭等 柔肝降脂胶囊治疗脂肪肝…………… (124)
- 郑 欣 软肝胶囊治疗脂肪肝致 ALT 升高 …… (126)
- 潘金友等 疏肝化痰为主治疗脂肪肝…………… (128)
- 尹佐才等 疏肝健脾法治疗脂肪肝…………… (131)
- 吴国潘 疏肝健脾法治疗脂肪肝…………… (133)
- 方桂女等 疏肝降脂汤并肝得健胶囊治疗脂肪肝…………… (135)
- 吴宽裕 疏肝理气通瘀法治疗脂肪肝…………… (137)
- 陈丽英等 疏肝利湿降脂方对脂肪肝…………… (140)
- 洪 声等 舒肝祛脂胶囊治疗伴肝功能损害的脂肪肝…………… (142)
- 孙 光 四君子汤合温胆汤治疗糖尿病高脂血症及
脂肪肝…………… (144)
- 徐 端 孙定隆老师应用启宫丸加减治疗脂肪肝…………… (146)

- 钟怡就 痰瘀同治法治疗脂肪肝…………… (147)
- 黄国毅等 剔络法治疗脂肪肝…………… (149)
- 施正贤等 胃强脾弱证在脂肪肝中的辨治…………… (152)
- 韩伟锋等 消胀调肝汤治疗肥胖性脂肪肝…………… (154)
- 周玉琴 消脂复肝合剂治疗脂肪肝…………… (156)
- 姜国峰等 消脂益肝茶合复方丹参片治疗单纯性
脂肪肝…………… (159)
- 徐海燕 消脂饮治疗脂肪肝…………… (162)
- 徐湘江等 消脂愈肝胶囊治疗脂肪肝…………… (164)
- 宋清武等 谢晶日教授治疗脂肪肝…………… (166)
- 孙 炜 益气化痰法为主治疗脂肪肝…………… (169)
- 董子强等 益肾洗肝化脂汤治疗酒精性脂肪肝…………… (172)
- 倪 卡等 运脾化痰法治疗脂肪肝…………… (176)
- 何汶忠等 运用温肾化痰法治疗脂肪肝…………… (178)
- 汪晓军 张学文教授清肝活血法辨治脂肪肝…………… (180)
- 吴 瑕等 赵文霞教授治疗慢性乙型肝炎合并脂肪肝…………… (184)
- 朱 瑾等 脂肪肝 B 超检查与中医辨证分型关系探讨 …… (188)
- 魏华凤等 脂肪肝辨证分型规律的初步研究…………… (190)
- 沈国良等 脂肪肝辨证分型与 B 超分度间的关系 …… (196)
- 施军平等 脂肪肝辨证分型与胰岛素抵抗的相关性…………… (199)
- 陈小舜 脂肪肝辨证治疗…………… (202)
- 汪 红 脂肪肝辨治述要…………… (204)

谢绍武	脂肪肝辨证分型用药探析·····	(207)
王雁翔等	脂肪肝病因病机初探·····	(209)
潘智敏等	脂肪肝的病机及治疗·····	(212)
韦清	脂肪肝的食疗·····	(216)
刘玉等	脂肪肝的饮食疗法·····	(218)
顾良伯	脂肪肝的营养与药膳·····	(220)
安丰香	脂肪肝的预防·····	(229)
董汉良	脂肪肝的证治探析·····	(232)
徐列明等	脂肪肝的中药治疗·····	(237)
林青等	脂肪肝的中医辨病论治·····	(242)
胡美兰	脂肪肝的中医病因病机·····	(246)
顾本宇等	脂肪肝的中医药治疗·····	(250)
尹常健	脂肪肝临床研究的几个主要环节·····	(253)
赵秀莉	脂肪肝治疗指要·····	(259)
徐广芝	脂肪肝效方达药·····	(262)
顾良伯	脂肪肝的饮食治疗·····	(265)
赵晓威等	脂肪肝与高脂血症·····	(267)
王丽萍等	脂肪肝中医临床特点探讨·····	(274)
秦应娟等	脂肪肝中医论治五法·····	(277)
李玉红等	脂肪肝中医药辨治系统评价·····	(281)
冯明辉等	脂肪肝中医药研究现状和思考·····	(284)
潘金友等	脂肪肝中医药治疗·····	(290)

- 邓银泉等 脂肪肝中医证型与血生化指标的关系…………… (293)
- 冯海涛等 脂肪肝中医证治的临床应用…………… (296)
- 张照琪等 脂肝乐胶囊治疗脂肪肝的临床研究…………… (301)
- 杨牧祥等 脂肝泰胶囊对高脂血症性脂肪肝患者
SOD 和 MDA 的影响…………… (307)
- 杨牧祥等 脂肝泰胶囊治疗高脂血症性脂肪肝的疗效
观察…………… (311)
- 李秀芳等 中药防治脂肪肝药效研究的思路与方法…………… (317)
- 李 青 中药复方治疗肥胖性脂肪肝…………… (322)
- 黄子夏等 中药配合减肥法治疗脂肪肝…………… (325)
- 林梅芬等 中药治疗脂肪肝…………… (329)
- 徐慧先等 中药治疗脂肪肝…………… (332)
- 李 展 中药治疗脂肪肝…………… (334)
- 陈润芝等 中医辨证施治脂肪肝…………… (337)
- 王利军等 中医对脂肪肝的认识及辨证施治…………… (341)
- 罗国庆 中医药治疗脂肪肝…………… (345)
- 孔祥廉等 中医药治疗脂肪肝的分析探讨…………… (347)
- 李 田 中医治疗脂肪肝…………… (351)
- 韩 镛 重用生白术治疗脂肪肝临证浅识…………… (353)
- 裴道灵 周文卫主任治疗脂肪肝经验…………… (355)

刘艳骄

从痰瘀论治脂肪肝

中医没有脂肪肝的病名,但却有类似于脂肪肝的病症。根据其临床表现大多归属于“痞满”、“胁痛”、“痰痞”的范畴,与肝郁痰湿有关。中医学的“肝”与现代医学所称的肝有着明显的不同。中医学的肝胆不仅是一个解剖学的概念,同时也是一种病理生理学的概念。中医学认为,肝为五脏之一,居于右胁部,是人体重要而且最大的器官,与胆相表里。其阴阳属性为阴中之阴,又称为厥阴。肝具有升发,喜条达,恶抑郁,体阴而用阳,主敷和,主怒的特性。其功能主要是主疏泄(包括调节情志,促进消化吸收,疏通气血,通利水道,调理冲任),主藏血(包括贮藏血液,调节血量),主藏魂,司生殖的作用。其开窍于目,主筋,其华在爪和发。肝应于春季,肝与厥阴经脉相连。引起肝病的主要病因有:寒邪侵袭,郁怒伤肝,他脏及病,气滞血瘀,药物影响。其发病的主要表现为筋脉爪甲的异常、头面及两目的异常、胸腹部异常、功能失调的异常,以及发病季节的特殊性。清·周学海《读医随笔》中说:“故凡脏腑十二经之气化,皆必借肝胆之气鼓舞之,始能调畅而不病。凡病之气结、血凝、痰饮、跗肿,腹胀、惊厥、癲狂、积聚、痞满、眩晕……皆肝气不能疏畅也。”指出肝胆气化失常是引起气郁、血瘀、痰饮等病症的关键。综合历代医家的认识:痰、饮、水三者互为因果关系,其产生虽然与脾、肺、肾三脏有关,但肝胆气机郁滞,亦可聚湿成痰,成饮成水。古代所阐述的痰证中四肢倦怠,体肥胖身重;七情抑郁,胸胁痞满;眩晕头风,纳息食少等,多与脂肪肝患者所表现的症状有相似之处。

研究表明,脂肪肝的病因病机主要是:肝气郁结,疏泄失常,以

脂肪肝。守原方服用4个疗程。2000年6月3日诊：患者体重减轻6 kg，自我感觉良好，复查血脂，胆固醇5.73 mmol/L，甘油三酯1.55 mmol/L，B超提示正常。随访至2001年10月，精力感觉充沛，自我感觉良好，睡眠平稳，性事感满意。为了保健延年，仍坚持每日1次服用水丸30粒，作为日常保健之用。随访半年，脂肪肝基本消失。

对于脂肪肝的治疗，不仅要重视药物治疗，更重要的是注意饮食的调整，减少脂肪的摄入量，少饮酒，注意加强身体锻炼，方能使脂肪肝的治疗不出现反弹。

作者是中国第一部脂肪肝专著的作者，对脂肪肝的病因及机制有较为深刻的了解，有一定的临床治疗经验。

任世存等

八味护肝降脂胶囊治疗脂肪肝

脂肪肝是现代社会的常见病、多发病。是由于多种病因导致肝脏脂肪代谢紊乱所致的一组综合征。现代医学认为,脂肪肝的发生与输入肝脏的脂肪及脂肪酸量和肝脏中血浆脂蛋白的合成代谢功能有关。当肝脏合成甘油三酯的速度超过了组合为低密度脂蛋白及泌入血流的速度时,便出现肝中甘油三酯堆积,造成脂肪肝。中医根据其发病特点和临床表现,将其归属在“积聚”、“症瘕”、“胁痛”等范畴。目前中医对脂肪肝病因病机的认识,多认为因长期过食肥甘厚腻,恣意饮酒,导致痰湿热蕴结中焦,伤及脾胃,损及肝胆,致使痰由内生,气机郁滞,瘀血阻脉,最终形成肝经痰凝瘀滞,肝脏脂肪淤积的病理变化。因此,脂肪肝的产生主要责之于肝脾两脏,脾虚痰湿、肝血瘀滞是形成脂肪肝的病机关键,故针对病机采取益气健脾、化痰祛湿、活血散结、软坚消积是中医治疗本病的基本大法。

八味护肝降脂胶囊的研制,正是基于上述中医理论,采用青海地产藏药沙棘、大黄配水蛭,活血化瘀而消积;西洋参、黄芪益气养阴,扶正补虚;泽泻健脾化痰祛湿;鸡内金行气导滞,解郁消积;牡蛎软坚散结。全方共奏益气扶正、化痰祛痰、软坚消积之功效,现代药理研究也证实该方中泽泻、大黄、水蛭等多种药物具有保护肝细胞、降低血脂及肝脂的功效。从本组观察中看出,八味护肝降脂胶囊治疗脂肪肝临床疗效是明显的,经2个疗程治疗后,总有效率达到84%。现代医学治疗本病多以单纯服用不饱和脂肪酸类的植物油着手,重在单纯降血脂,因此疗效不甚明显。我们从临床实

践中体会到本制剂对脂肪肝的治疗作用是中医整体治疗的体现,因而该制剂除能明显改善肝功能,降低 ALT 外,还具有明显的降低患者血清 TG、TC 作用。同时对患者 B 超的改变也具有较好的疗效,在 17 例中度脂肪肝患者中经治疗 2 个疗程后改善达一级者 14 例,占 82.3%,其总改善率为 72%。临床观察还表明,本方能不同程度改善患者的临床症状,其中对患者的肝区隐痛或肝区不适、疲乏无力等症状改善疗效明显,改善率分别为 73.7% 和 84.1%。从临床辨证分型治疗结果看,八味护肝降脂胶囊对气虚血瘀型的治疗效果优于痰瘀互结型,我们认为可能由于后者病情复杂,疗程较短等因素所致。本文统计青海地区不同病因所致的脂肪肝中,肥胖性和酒精性脂肪肝所占的比例较大,本组观察的 50 例患者,其中肥胖性 22 例,酒精性 28 例。我们分析这可能与本地区人群饮食习惯,喜食牛羊肉以及长期嗜饮烈性白酒等因素有关。经研究表明,每日饮烈性白酒 80~120 g 及 8 瓶啤酒持续 10 年以上时,90% 的人可出现脂肪肝。为此对脂肪肝的调摄和保护尤为重要,平时患者应劳逸结合,饮食有节,不饮烈性白酒或少饮酒,同时对脂肪肝患者要强调早期治疗,以防为主。

【临床研究报告】

1. 临床资料

观察 1999—2002 年就诊的脂肪肝患者共计 50 例,全部患者均系门诊治疗患者,其中男性 43 例,女性 7 例;年龄 35~65 岁,平均 45 岁。无症状者 12 例,余 38 例不同程度地出现肝区隐痛或不适感、乏力、腹胀等临床症状。32 例肝功能轻度异常,41 例有不同程度血脂升高,18 例有不同程度舌质紫黯,舌下静脉轻中度青紫曲张。

2. 诊断纳入标准

(1)按《B 型超声诊断学》诊断标准,轻度脂肪肝 28 例、中度 17 例、重度 5 例。

(2) 肥肝性脂肪肝, 体重超过 20% 标准或体重指数 ≥ 24 , 其他脂肪肝除外。

(3) 酒精性脂肪肝, 酒精每日摄入量 > 80 g (约合 50° 白酒 150 mL 以上), 饮酒史 > 5 年以上。

3. 中医辨证分型标准

50 例患者中符合肝气郁滞证 18 例, 气虚血瘀证 21 例, 痰瘀互结证 11 例。

4. 排除标准

① 纳入诊断标准以外其他原因所致的脂肪肝; ② I 型糖尿病及 II 型糖尿病; ③ 慢性活动性肝炎。

凡经确诊患者均于治疗前 7 天停用所有影响血脂代谢的药物, 治疗前 1 天晚上不进高脂饮食, 不饮酒, 次日晨空腹抽取静脉血查肝功、血脂, B 超常规检查肝脏, 分别于第 1 个疗程、第 2 个疗程结束后上述检查重复 1 次。同时观察第 2 个疗程结束后患者临床症状改善情况及中医辨证分型疗效。

5. 疗效标准

临床控制: 患者症状消失, 肝功能、血脂检查在正常值范围内, 肝脏 B 超检查改善明显; 显效: 症状基本消失, 肝功能、血脂、肝脏 B 超检查前两项恢复正常值, 后一项改善 1 级; 有效: 症状部分改善, 肝功能、血脂、肝脏 B 超检查前两项接近正常值, 后一项改善不足 1 级; 无效: 治疗后症状及各项检查无明显改善或未达到上述标准。

6. 统计学处理

临床定量资料采用 t 检验, 定性资料按 X^2 检验。

7. 治疗结果

疗效统计: 50 例患者经 2 个疗程治疗结束后, 其中临床控制 9 例 (18.0%); 显效 10 例 (20.0%); 有效 23 例 (46.0%); 无效 8 例 (16.0%); 总有效率为 84.0%。

8. 治疗前后症状改善结果

患者服药 10 天后自觉症状有所缓解,服药 2 个疗程后肝区隐痛、不适好转或消失 28 例(73.7%);腹胀改善 26 例(68.4%);疲乏无力改善 32 例(84.1%);舌质紫黯、舌下静脉曲张缓解 14 例(36.8%)。

作者通过对藏药的研究,说明藏药治疗脂肪肝有较好的疗效,但仍然需要扩大治疗范围,进一步验证其疗效。

相 鲁 闽 等

白苋刺头治疗脂肪肝

肥胖之人、糖尿病患者患脂肪肝之比例较高。一般来说,脂肪肝只是一种病理变化,轻中度的脂肪肝并不一定会对机体造成危害。因此,一经查出脂肪肝后要综合分析,如果仅为轻中度脂肪肝,无需特殊药物治疗,采取饮食、运动疗法以及戒酒、控制糖尿病、减肥等综合措施以防其进一步发展即可。本法以猪小肠合草药白苋刺头治疗轻中度脂肪肝,取其含转化糖及鞣质,具有清热凉血、消脂解毒、祛瘀生新之功能,以清除肝中多余的脂肪存积。

根据福建民间草药医治肝病经验,我们以多年生草本植物白苋刺头为主治疗轻中度脂肪肝,效果尚可。其法为:白苋刺头鲜草100 g,合猪小肠50 g煎汤服,隔日1次,连服2~3次。

作者通过对民间药方的挖掘,证明地方草药对脂肪肝的治疗有一定的疗效,但因为是地方性药材,临床应用有一定的局限性。

裴道灵等

辨证论治脂肪肝

脂肪肝在中医属“胁痛”、“癥瘕积”范畴,认为肝失疏泄、脾失健运、痰浊阻络、肝肾阴虚是本病的主要病机。目前脂肪肝在诊断、分型、疗效判定等方面还没有统一的标准,临床观察结果往往缺乏可比性。一般多按脂肪肝的总体特征、属性,采用辨病治疗的方法。观察中发现,肝郁脾虚型病例明显多于血瘀痰阻型和肝肾阴虚型;肝肾阴虚型病例多为体弱久病或伴有其他慢性相关疾患,疗效亦稍逊。值得注意的是大多数降脂药物具有促进血液中的脂质进入肝脏代谢排泄的作用,极易导致肝损害和肝脂肪沉积加剧,因此药物选择应更加审慎,相对而言中医药在这方面具有一定优势。

【临床研究报告】

1. 临床资料

共观察 168 例,均为光华中西医结合医院脂肪肝专科、天山中医院肝炎科、华东医院中医内科门诊及住院患者。其中男 83 例,女 85 例;年龄最小 22 岁,最大 72 岁,平均 46.74 ± 6.82 岁。排除肝癌、肝硬化、肝炎活动期病例。参照梁扩寰主编、人民卫生出版社 1995 年版《肝脏病学》,运用 B 超检查将脂肪肝分为三度。轻度脂肪肝:近场回声增强,远场回声衰减不明显,肝内管状结构仍可见。中度脂肪肝:近场回声增强,远场回声衰减,管状结构模糊。重度脂肪肝:近场回声显著增强,远场明显衰减,管状结构无法辨认。

2. 辨证分型

按临床表现分为三型：

(1) 肝郁脾虚型

右胁胀闷，脘闷食少，饥不思食或稍食即饱，体态较胖，动则疲乏，气短嗜睡，舌淡，苔白，脉弦或弦细。

(2) 血瘀痰阻型

右胁隐痛或刺痛，可扪及癥块压痛，面色晦暗，胸闷不舒，脘腹痞胀，食少纳呆，舌质黯，苔薄黄腻，脉细涩。

(3) 肝肾阴虚型

右胁隐痛，口渴欲饮，腰酸乏力，潮热心烦，常伴有慢性肝炎史或糖尿病史，舌红苔少，脉沉细或细数。

3. 治疗方法

口服中药每日 1 剂，连续治疗 3 个月。辅以低脂饮食，适度体育锻炼。

(1) 肝郁脾虚型

治以疏肝理气，健脾和运。柴芍六君子汤加减：柴胡 6 g，白芍 15 g，枳壳 6 g，党参 12 g，白术 9 g，木香 6 g，泽泻 9 g，白及 30 g，决明子 30 g，炙甘草 6 g，茯苓 12 g，陈皮 6 g。

(2) 血瘀痰阻型

治以活血理气，化痰散结。膈下逐瘀汤合四逆散加减：

延胡索 9 g，川芎 9 g，五灵脂 9 g，赤芍 9 g，姜半夏 9 g，柴胡 6 g，甘草 6 g，白芍 12 g，陈皮 6 g，白及 30 g，决明子 30 g，当归 9 g，没药 12 g。

(3) 肝肾阴虚型

治以补益肝肾，活血和络。一贯煎合六味地黄汤加减：南沙参 9 g，枸杞子 9 g，当归 9 g，熟地黄 12 g，川楝子 9 g，麦冬 12 g，山茱萸 9 g，丹参 9 g，陈皮 6 g，白及 30 g，决明子 30 g，泽泻 9 g，山药 12 g。

4. 治疗结果

临床治愈：B超显示肝脏形态恢复正常。

显效：B超显示脂肪肝程度有轻度及以上的好转。

有效：B超显示脂肪肝好转但未达到轻度程度。

无效：经治疗脂肪肝无好转或加重者。

本组观察的有效率为 92.86%，未发现明显的毒副作用。其中肝郁脾虚型有效率 93.98%，血瘀痰阻型有效率 92.16%，肝肾阴虚型有效率 91.18%。经统计学处理，三型之间无显著性差异 ($P > 0.05$)。

潘志坚等

柴胡疏肝散治疗酒精性脂肪肝

脂肪肝属中医“积证”、“胁痛”范围,与肝郁、血瘀有关,系由湿浊为主,肝失疏泄,脾失健运,水谷精微不能正常输布,湿聚为痰,阻滞经脉,以致气血运行受阻,气滞血瘀,因而疏肝理气、活血化瘀为治疗本病大法,故选用柴胡疏肝散加味,方中四逆散疏肝理气,川芎、丹参活血化瘀;郁金疏肝理气、化痰除湿;山楂、草决明除湿泄肝热,健脾化湿;黄芪益气健脾。有实验表明,山楂、草决明等对大鼠脂肪肝及高血脂模型有明显降低甘油三酯、抑制脂肪在肝内沉积的作用,并可改善脂肪肝患者血液变性。

【临床研究报告】

以柴胡疏肝散为主方治疗酒精性脂肪肝 60 例,取得较好的疗效。

1. 诊断标准

(1)症状有肝区隐痛,胀闷不舒,胃脘痞满,神疲乏力,心烦咽燥,大便黏滞不爽,腹部胀满。

(2)体征有肝脾肿大,部分可见肝掌、蜘蛛痣、形体肥胖。

(3)B超显示肝内光点密集、增粗,回声增强,小血管显示不清,肝后缘回声衰减。

(4)谷丙转氨酶(ALT)、天冬氨酸转氨酶(AST)增高, γ -谷氨酸转肽酶(γ -GT)增高,总胆固醇(TC)或甘油三酯(TG)增高。

(5)长期饮酒史。

2. 药物

柴胡、枳壳、香附、川芎、郁金各 10 g,赤芍、白芍各 12 g,生山

楂、丹参、草决明各 15 g,黄芪 20 g。水煎服,每日 1 剂,分 2 次服,连服 1 个月后,休息 1 周,再服 1 个月为一疗程。

3. 疗效标准

临床治愈:肝区胀痛、隐痛或右肋不适感消失,胃脘痞满、食后腹胀、疲劳感消失,大便成形,体重下降,B 超肝脏形态及回声恢复正常,小血管显示尚清,ALT 及 AST、 γ -GT、血脂恢复正常。

显效:症状明显好转,肝区无痛胀感,偶有食后胃脘饱胀感,疲劳减轻,B 超肝脏后缘回声衰减明显减轻,小血管尚清,ALT 下降 2/3 以上,AST 下降 1/2 以上,血脂下降 20%~30%。

有效:症状好转,肝区痛胀减轻,乏力,B 超肝脏后缘回声衰减减轻,ALT 下降 1/2 以上,血脂未下降。

无效:未达到上述标准者。

4. 治疗结果

治疗 1 个疗程后,临床治愈 32 例,显例 8 例,有效 18 例,无效 2 例,总有效率 96.7%。

作者采用中医经典方剂——柴胡疏肝散治疗脂肪肝,是对中医传统疗法的继承与发展,说明中医对此病的疗效可靠。

蒋仁发等

柴苓调肝液治疗酒精性脂肪肝

酒精性脂肪肝(ASH)是脂肪肝的一个重要类型,无疑是与饮酒有关。长期饮酒对人体的影响是众所周知的,中医治疗酒精损伤有悠久的历史,应用中药治疗酒精性脂肪肝效果肯定。

轻症无肝脏功能异常的酒精性脂肪肝无需特殊治疗,禁酒和纠正营养不良可使多数脂肪肝在1~6周内消退;临床症状明显、伴有肝脏功能异常者,如不积极治疗则可能发展为肝硬化。

酒精在肝脏氧化时产生的过多的羟自由基是导致ASH的主要原因,在正常情况下,肝细胞内存在着自由基清除剂如谷胱甘肽、维生素E等抗氧化剂,它们可随时清除不断生成的有害自由基,从而保护肝细胞。当过量酒精摄入,氧化后导致大量的自由基堆积,超过了肝细胞自身的清除能力时,自由基氧化细胞膜的脂质和蛋白质导致肝细胞结构与功能的损害,脂质代谢障碍而致脂肪肝、肝脏纤维化。补充外源性抗氧化剂试图降低脂质过氧化所诱导的肝细胞损伤即基于上述理论。凯西莱、还原型谷胱甘肽、维生素E等即是这一类药物。临床上取得了一定的治疗效果,但确切疗效有待证实。ASH属中医“积证”、“肥气”范畴,一般认为,酒为大热有毒之品,嗜酒日久,热毒内在,即可损及脾胃,伤及肝胆,使气血运行不畅,肝郁脾虚,痰浊壅塞,湿热内生。柴苓调肝液以疏肝活血、渗湿化浊、清热解毒为主要治疗法则,方中柴胡疏肝解郁,丹参、山楂活血化瘀,祛除肝经之瘀结;黄芩、草决明解肝胆湿热毒邪,葛花善解酒毒,党参、陈皮、白茯苓、泽泻健脾除湿化浊。诸药合用则痰湿得化,浊邪得祛,五脏得安,肝脏功能恢复,脂肪代谢得

以调整,达到清除肝内脂肪的目的。柴胡可拮抗酒精所致的肝损伤,其机制可能为提高肝细胞膜系统的稳定性。柴胡的主要生理活性成分柴胡皂甙已证实具有促进肝细胞脂质的代谢作用;丹参为自由基的强力清除剂,其主要成分丹酚 A、丹酚 B 及丹罗酚酸对实验性大鼠肝微粒体的脂质过氧化都有较强的抑制效应,作用远比维生素 E 强;山楂、草决明可干扰人体脂质合成,抑制胆固醇的吸收和沉积。葛花的甲醇提取物和三萜皂甙能抑制乙醇诱导的 TG 升高,异黄酮和三萜皂甙对 ALT、AST 异常升高也有显著的抑制作用。

【临床研究报告】

1. 临床资料

45 例为 2000 年 1 月至 2003 年 1 月门诊肝病专科就诊的患者,按门诊序号随机分为治疗组和对照组(2:1)。治疗组 30 例,男 21 例,女 9 例;年龄 28~58 岁,平均 37 岁;病程 1~8 年。对照组 15 例,男 9 例,女 6 例;年龄 26~58 岁,平均 36.2 岁;病程 1~10 年。两组资料经 Ridit 检验,性别、年龄、病程等方面均无显著性差异,具有可比性。

2. 诊断标准

全部病例均符合:①年龄 25~68 岁,均有 5 年以上饮酒史,且每日饮入酒精量 $>80\sim 150\text{ g}$;②谷-丙转氨酶(ALT) $>40\text{ U/L}$,谷草转氨酶(AST) $>40\text{ U/L}$,谷氨酰转肽酶(GGT) $>50\text{ U/L}$;③总胆固醇(TC) $>52\text{ mmol/L}$;甘油三酯(TG) $>1.17\text{ mmol/L}$;④B 超:肝脏肿大,近场密度增强,远场回声衰减,血管纹理不清晰;⑤患者均有不同程度的腹胀、乏力,肝区不适、头晕、恶心及大便不调等;⑥排除病毒性、药物性肝炎。

3. 治疗方法

一般治疗:①患者禁止喝任何含乙醇的酒或饮料;②控制饮食,以低脂肪、低碳水化合物、丰富的新鲜蔬菜为主,同时给予适量

的蛋白质;③对于 ALT 或 AST > 120 U/L 的患者应停止工作,以休息为主。

药物治疗:治疗组口服柴苓调肝液(基本处方由柴胡、黄芩、葛花、党参、陈皮、山楂、白茯苓、泽泻、丹参、草决明等组成),每次 30 mL,每日 3 次。对照组给予凯西莱(硫普罗宁,河南省新谊药业股份有限公司生产,规格:0.1×12)。每次 0.2 g,每日 3 次,同时给予适量的维生素 E、维生素 C。

4. 疗效标准

根据临床症状、肝脏功能、血脂、B 超等检查结果综合判断治疗效果。

临床治愈:临床症状消失,ALT、AST 恢复正常,TC、TG 水平下降率 > 20%,肝脏 B 超显示肝内回声明显减弱,后场衰减明显减轻,肝内血管清晰。

有效:临床症状好转,ALT、AST 部分或全部恢复,TC、TG 水平下降率 10%~19%,B 超提示脂肪肝较治疗前有所恢复。

无效:临床症状无明显变化,ALT、AST、TC、TG 仅部分恢复,B 超提示脂肪肝仍为治疗前的分型。

治疗前后检查血、尿常规,肝、肾功能,血脂,并观察记录患者出现的不良反应。

统计学方法:采用 t 检验、Ridit 检验和 X^2 检验。

卢慕舜等

浅议“消”、“补”法治疗脂肪肝

脂肪肝属于中医学“积症”、“胁痛”、“积聚”等病的范畴,多由于饮食不节、气郁湿阻、瘀血内停、脏腑虚实等所致气化功能失调,以致肥气膏脂过多积蓄,产生“痰”、“瘀”、“湿”、“积”等病理产物停积于肝所致。正所谓“肝之积,曰肥气”(《内经》),“积者,肝病也”(《金匱要略》),因之,临床上,轻者,似如《医阶辨证》所说的“痰因食而生,病在脾……肢体沉重,嗜卧,四肢不收,腹胀而食不消,变生病为胁痛,四肢不举,恶心呕吐”。即由于湿、痰、食邪困脾,以致脾失健运,清气不升,故见疲劳困倦;继则痰湿郁阻,浊气不降,而见恶心,腹部胀满;甚则肝气不疏而见肝区胀闷,因而采用消法中之消食、化痰、利湿之药而治。重者,气滞血瘀,而见肝区疼痛,肝脾肿大,或皮肤脉络瘀阻而见红缕赤丝,或面色黧黑,甚则血瘀水停,而见下肢浮肿、腹水。故常用消法中行气活血的药物,如赤芍、三七等。

“消”、“补”法与脂肪肝的适应证:“消”、“补”法属于八法中的二法,“消”法是通过消导和散结的作用,对气、血、痰、食、湿等所结成的有形之邪,使之渐消缓散的一种方法。所谓“结者散之”,故治疗脂肪肝痰、湿、食郁阻,气血不调者,常用山楂、神曲、泽泻、大黄、法半夏、苍术、薏苡仁、荷叶、决明子、鸡内金、炒莱菔子、茵陈、石菖蒲、金钱草等化痰、消食、利湿之品;或用丹参、赤芍、虎杖、郁金、柴胡、枳壳、香附、山楂、姜黄、三棱、莪术、田七、土鳖虫、血竭、穿山甲、地龙、延胡索、桃仁、红花等行气活血之药。“补”法则是通过补益人体气血阴阳的不足,协调阴阳偏盛,使之归于平复之法,所谓

“虚则补之”，其中脂肪肝之脾虚者常用黄芪、人参、白术、茯苓、绞股蓝之类；属于肾虚者，则常用菟丝子、何首乌、黄精、女贞子、桑寄生、枸杞子之属。

【病案举例】

徐某，女，32岁。因右肋闷痛、乏力2个月伴嗜睡、口淡于2001年3月8日就诊。查：身高148cm，体重68kg，神差，体胖，肝区轻叩痛。舌淡红，体胖大，舌下静脉紫黯而粗，舌苔白腻，脉细滑尺弱。B超显示重度脂肪肝，肝脾大。实验室检查：ALT 86 U/L，AST 56 U/L，CHO 8.22 mmol/L，TG 4.3 mmol/L，HDL-L 1.11 mmol/L，GGT 106 U/L，TBA 35 umol/L。诊断为脂肪肝。中医辨证为脾气不运，痰湿郁阻，脉络不和。治以健脾化湿，调气通络法。党参10g，白术15g，茯苓15g，何首乌15g，神曲20g，山楂20g，泽泻30g，薏苡仁30g，郁金15g，姜黄10g，穿山甲10g，枳壳10g，香附10g。共7剂。每日1剂，煎2次分服。并嘱食宜清淡，适当散步。1周后复诊，右肋闷痛显著减轻，仅有时右肋不适，嗜睡消失，舌苔化，脉滑有力。守方去党参等，化裁治疗2个月余。于2001年5月18日复查时无自觉不适，体重56.8kg。肝区无叩击痛，肝功能正常，CHO、HDL-L、GGT及TBA均正常，TG 1.97 mmol/L。B超除脾大外，肝脏正常，无脂肪肝征象。嘱停药，并饮食调理及注意身体锻炼。

作者运用中医学的原理，采用消补两法相结合的方法治疗脂肪肝，是对中医学治疗方法的一种创新。

许筱颖等

从脾论治脂肪肝探讨

肝主疏泄,脾主运化;肝藏血,脾统血。脾得肝之疏泄,则升降协调,运化功能健旺。脾气健运,水谷精微充足,输送滋养于肝,肝才得以发挥正常的作用。即所谓“土得木而达”,“木赖土以培之”。脂质代谢与五脏六腑皆有关系,但与脾的关系尤为密切。脾主运化,为后天之本,气血生化之源。《素问·经脉别论》云:“食气入胃,散精于肝,淫气于筋。食气入胃,浊气归心,淫精于脉,脉气流经,精气归于肺,肺朝百脉,输精于皮毛,毛脉合精,行气于府”,“饮入于胃,游溢精气,上输于脾,脾气散精,上归于肺,通调水道,下输膀胱,水精四布,五经并行。”《素问·厥论》云:“脾主为胃行其津液者也。”以上论述说明水谷化生为精微并输布至全身,均有赖于脾主运化。脂质是水谷精微的重要组成部分,其运化输布自然也离不开脾。张翥从现代医学角度对“脾气散精”作出阐释,认为“脾气散精”是指将各精微输布至全身四肢百骸的功能,包括对糖类、脂类、蛋白类、维生素和各種微量元素等的输布,涉及到各组织器官乃至细胞的能量代谢、结构更新和功能运作。此外,大量实验研究结果表明,脾与脂质代谢关系极其密切,它参与脂质代谢中包括消化、吸收、合成、转运、代谢、分解、清除、排泄等全部过程。

肝脾在病理上相互影响,脾虚是脂肪肝的发病基础。肝脾在生理上关系密切,在病理上亦相互影响。肝病可以传脾,脾病也可以及肝。若肝失疏泄,无以助脾之升散,可引起“木不疏土”;若脾虚失运,气血生化无源,则肝无所滋。《素问·玉机真脏论》云:“五脏受气于其所生,传之于其所胜……肝受气于心,传之于脾。”脂肪肝的发病机制至今尚未明确,但随着生活水平的提高,人们的饮食

结构和生活习惯发生了相应的改变,过食肥甘厚味,过度安逸,活动减少,工作紧张等等,脂肪肝的发病率有逐年增加的趋势。从中医理论来讲,这些均直接或间接地损伤脾胃。《素问·痹论》云:“饮食自倍,肠胃乃伤。”缪希雍于《本草经疏》云:“饮啖过度,好食油面猪脂,浓厚胶固,以至脾气不利,壅滞为患,皆痰所为。”《素问·阴阳应象大论》云:“思伤脾。”《温热经纬》谓:“过逸则脾滞,脾气滞而少健运,则饮停湿聚矣”。在脂肪肝的形成与发展过程中,发病原因与病理结果或病理与症状之间的关系不是固定不变的,而是随着疾病的发展不断转化,相互影响,使病证由浅入深、由轻转重、由虚致实,导致病情复杂化。脂肪肝早期多见脾气虚,肝气郁结,继之肝郁气滞,脾虚益甚,日久肝脾肾俱虚,但无论是肝郁还是肾虚,都与脾密切相关,肝主疏泄,脾主运化,脾失健运,酿生痰湿,蕴结化热,痰湿郁热,影响肝之疏泄,导致气滞血瘀,气滞、痰湿、血瘀相互搏结,久病及肾,导致肾精亏虚。另一方面,痰瘀交阻,肝气郁结,日久必损脾胃。李杲于《脾胃论·脾胃虚实传变论》中云:“元气之充足,皆由脾胃之气无所伤,而后能滋养元气,若胃气之本弱,饮食自倍,则脾胃之气既伤,而元气亦不能充,而诸病之所由生也。”因此,我们认为,尽管脂肪肝的病因病机复杂,但脾虚是其病理基础,脾气的亏损贯穿并影响疾病的全过程。

肝脾在治疗上相汇相融,健脾为脂肪肝基本治法。肝脾在生理病理上均有密切关系,治疗上亦常相互为用。《金匱要略》云:“见肝之病,知肝传脾,当先实脾。”叶天士曰:“补脾必以疏肝,疏肝即所以补脾也。”《医学衷中参西录》云:“欲治肝者,原当升降脾胃,脾中官气化敦厚,以听肝木之自理。”李杲亦提出“欲实元气,当调脾胃”。所以尽管脂肪肝的病因病机相当复杂,但因为脾虚在脂肪肝的发生发展中的重要地位,治疗本病应以健脾消积为基本治法,视患者具体情况,或配以祛痰化湿,或配以活血化瘀,或疏肝,或益肾。现代研究亦证实,各种健脾措施可有效改善多种受体和酶的

功能,从而促进脂质代谢的正常运行,减少肝细胞的脂肪沉积。

【临床研究报告】

临床采用健脾消积汤治疗脂肪肝。药物组成为:茯苓 15 g,炒苍术 12 g,炒白术 12 g,泽泻 30 g,桂枝 6 g,生牡蛎 30 g,丹参 30 g,生山楂 30 g,生麦芽 30 g。

本方中茯苓、苍白术、泽泻健脾利湿,使痰无滋生之源;山楂有行气化瘀,消积之效;丹参有活血化瘀之功;桂枝功能化气通阳;生牡蛎可软坚散结;生麦芽能消食化积。诸药合用,使脾能健运,肝得条达,痰浊无滋生之源,脂肪无蓄积之处。现代药理学研究表明,茯苓有明显的降酶作用,能提高免疫功能;白术具有清除自由基和抗脂质过氧化作用;泽泻有降低血中胆固醇、血糖和抗脂肪肝等作用,有阻止脂类在血管内滞留或渗透到血管内壁的功能,并能促进胆固醇的运输和清除;山楂能扩张血管,降低胆固醇,增加胃液分泌,促进脂肪消化;丹参可改善肝脏微循环,增加血流量,促进脂肪在肝中分解,从而降低肝内脂肪含量。诸药合用,共奏防治脂肪肝之功用。临床具体用药,还应辨证辨病相结合。若为酒精性脂肪肝,应首先戒酒,基本方中加葛花;“酒家多湿热”,若见口苦口干,小便黄,舌苔黄腻,应加茵陈、大黄;若为高脂血症性、肥胖性脂肪肝,根据“胖人多气虚多痰湿”的特点,基本方中酌加黄芪、生晒参、法半夏以加强益气健脾化痰作用;若为糖尿病性脂肪肝,临床见口干口渴、嗜睡乏力、尿频等症状者,在控制饮食的同时,可于基本方中加党参、山药等益气养阴之品。

作者运用健脾利湿的方法治疗酒精性脂肪肝,对方药进行了临床药理分析,证明了中药的治疗效果。

古 献 民

涤脂灵冲剂治疗脂肪肝

脂肪肝并不是独立的疾病,常见的有酒精性、营养缺乏性、糖尿病性、内分泌失调性等。本病多见于中年人。近年来,随着人们生活习惯、生活方式和饮食结构的改变,B超的广泛使用,脂肪肝患者日益增多。所以脂肪肝已成为常见病。中医学无脂肪肝病名,归属于肝痞范畴,大多数患者起病缓慢,临床可以没有症状,有的仅见胁肋不适,食欲不振,腹胀或恶心呕吐,厌油,疲倦乏力,体重增加或减轻,这是由于长期过食肥甘酒酪之物,造成肝胆失疏,脾失健运,痰湿瘀浊停积胶着于肝致使肝络阻滞。中医辨证多属肝郁脾虚、痰浊内阻、湿热蕴结和气血瘀滞等证型。目前对脂肪肝的诊断虽然肝组织活检是确诊的金标准,但不被广泛使用。而以实验室血脂测定,血清中胆固醇、甘油三酯的升高和B超检查见肝脏出现密集微小波,后段肝波衰减为依据。

脂肪肝是可逆性病变,及时治疗和祛除致病因素后,肝内堆积的脂肪可以得以消灭,绝大多数患者预后良好,不留后遗症。作者认为针对脂肪堆积的原因,对内扶正气、通血脉、涤脂浊,对外少肥甘、多运动,增强机体对脂质的代谢和利用,其次加机体的排泄功能,双管齐下,催化瘀消脂融。涤脂灵冲剂能活血通脉、涤脂降浊。方中三七、人参、丹参、山楂、泽泻、决明子均有降血脂的功效。三七、丹参活血化瘀通脉,能使血中升高的脂质涤除,决明子、泽泻能阻止甘油三酯在肝中滞留且能改善肝脏脂肪的代谢,山楂消肉积,可促进脂肪的分解,与三七共同阻止脂质从肠道吸收。人参固本培元,提高机体活力,增强代谢,促进胆固醇的排泄。诸药合用共奏活血通脉、涤脂降浊之功。涤脂灵冲剂涤除肝内脂质堆积功专

力猛、疗效较好,且久服有延年轻身抗衰老的作用。

肝内脂肪的堆积是一个渐进的过程,临证用药涤除肝脂也需假以时日,因此要守方守药坚持服用才能显现疗效。

【临床研究报告】

将 63 例脂肪肝患者应用涤脂灵冲剂,并与 60 例应用丹田降脂丸作对比。用生化检测两组治疗前后的血脂变化和用 B 超检测肝脂肪的多少。结果:治疗组服药后血清中胆固醇、甘油三酯水平明显降低,肝内脂肪堆积明显减少。与治疗前比较差异均有显著意义($P < 0.05$);两组总有效率差异也有显著性意义($P < 0.05$)。涤脂灵冲剂对降血脂和治疗脂肪肝有较好疗效。

【病案举例】

梁某,男,66岁,酒楼老板,身体肥胖。素来身体健康,嗜食肥甘,否认嗜酒史。1998年10月8日初诊,患者因事务繁忙而觉体力不支,头晕心悸,胸胁胀闷,纳呆前来就诊,查皮肤目睛无黄染,腹平软,肝脾未扪及,肝区重按压痛(+),口微苦,不渴,两便调,睡眠不佳,舌淡苔白腻,脉沉滑。血压 150/90 mmHg,脉搏 90 次/分,心电图提示心肌劳损,B超提示脂肪肝图像,嘱其第二天空腹抽血检查,肝功能正常,胆固醇和甘油三酯升高,分别为 7.8 mmol/L、4.62 mmol/L。诊断脂肪肝(气血瘀滞挟痰浊内阻)。治则:活血通脉、涤脂降浊。治疗:涤脂灵冲剂每日 2 次,每次 10 g,开水冲服,2 个疗程。嘱其注意饮食和加强运动锻炼。1999年4月16日二诊:服药后,饮食睡眠正常,体力恢复,复查血脂,胆固醇 6.91 mmol/L,甘油三酯 3.2 mmol/L,B超提示轻度脂肪肝。守原方服用 4 个疗程。2000年6月3日三诊:患者体重减轻 8 kg,自我感觉良好,复查血脂,胆固醇 5.73 mmol/L,甘油三酯 1.55 mmol/L,B超提示正常。随访至 2001 年 10 月,虽年近七旬,仍精力充沛,继续奔波在生意场上。自述感觉良好,耳聪目明,性事感满意。作为保健延年,仍坚持每日 1 次冲服涤脂灵。

作者采用降脂中药组方治疗高脂血症性脂肪肝,经过临床观察证明组方对高脂血症性脂肪肝有较好的疗效。涤脂灵冲剂制成散剂冲服,有利于药效的稳定和吸收,且便于携带和服用。涤脂灵冲剂虽药性温和,但重用三七、丹参、人参,故对气血瘀滞和痰浊内阻型的疗效较佳,对素体阴虚和湿热内蕴者不宜。此处方中活血通脉力强,妇女妊娠期、月经期应慎用。

曾

玲
等

调肝降脂液治疗酒精性脂肪肝

酒精性脂肪肝属中医“积证”、“肥气”范畴。酒食不节,伤及脾胃,脾失健运,湿聚成痰,痰郁日久化热,痰湿阻滞,气机不畅,瘀血内停,阻滞脉络而发病。我们根据本病病机,采用舒肝清热活血,健脾除湿化浊,拟定了调肝降脂液。方中首用柴胡、黄芩清肝利湿,共为君药;柴胡味苦微寒,入肝胆二经,舒肝解郁,和解退热;黄芩性味苦寒,入肺脾胆大小肠经,清热燥湿,泻火解毒,两者共奏清热疏肝,利湿解毒之功效。臣药选用丹参、山楂活血化瘀,驱除肝经之郁结;葛根善解酒毒;草决明助黄芩清解肝胆湿热毒邪,党参、白茯苓、泽泻健脾除湿化浊。诸药合用则痰湿化,热清瘀除,五脏得安,肝脏功能得以恢复,脂质代谢得以调整。

【临床研究报告】

1. 临床资料

本组病例均为2002年1月至2003年1月收治的门诊和住院患者,采用数字表法分为两组。对照组25例,其中女11例,男14例;年龄26~60岁,平均 41.7 ± 3.5 岁;病程3~48个月,平均 19.3 ± 6.5 个月。治疗组51例,其中女15例,男36例;年龄27~60岁,平均 40.2 ± 4.0 岁;病程6~45个月,平均 20.4 ± 5.7 个月。两组资料比较,无显著性差异($P > 0.05$)。

2. 诊断标准

- (1)有长期饮酒史,饮酒年数 >5 年,饮酒量 >40 g/d。
- (2)肝脏明显增大。
- (3)谷丙转氨酶(ALT) >40 U/L,谷草转氨酶(AST) >40 U/L,谷氨酰转肽酶(GGT)明显增高。

(4) 总胆固醇 (TC) $> 5.2 \text{ mmol/L}$; 甘油三酯 (TG) $> 1.7 \text{ mmol/L}$ 。

(5) B 超检查示肝脏肿大, 近场密度增强, 远场回声衰减, 血管纹理不清晰。

(6) 患者均有不同程度的腹胀、乏力、肝区不适、头晕、恶心及大便不调等。

(7) 排除病毒性、药物性肝炎。

3. 治疗方法

一般治疗

(1) 患者禁止喝任何含乙醇的酒或饮料。

(2) 控制饮食, 以低脂肪、低碳水化合物、丰富的新鲜蔬菜为主, 同时给予适量的蛋白质。

(3) 对于 ALT 或 AST $> 120 \text{ U/L}$ 的患者应停止工作, 以休息为主。

治疗组: 口服调肝降脂液, 药物组成: 柴胡、黄芩各 12 g, 葛根、山楂、泽泻、草决明各 15 g, 党参、白茯苓、丹参各 20 g。由本院制剂室制成口服液, 每次 30 mL, 每日 3 次。

对照组: 用凯西莱(每片 0.1 g, 河南省新谊药业股份有限公司生产)每次 0.1 g, 每日 3 次。同时给予适量的维生素 E、维生素 C。

两组疗程均为 1 个半月。

4. 疗效标准

根据临床症状、肝脏功能、血脂、B 超等检查结果综合判断治疗效果。

临床治愈: 临床症状消失, ALT、AST 恢复正常, TC、TG 水平下降率 $> 20\%$, 肝脏 B 超显示肝内回声明显减弱, 后场衰减明显减轻, 肝内血管清晰。

有效: 临床症状好转, ALT、AST 部分或全部恢复, TC、TG 水

平下降率 10%~19%,B 超提示脂肪肝较治疗前有所恢复。

无效:自觉症状无明显变化,ALT、AST、TC、TG 仅部分恢复,B 超提示脂肪肝仍为治疗前的分型。

5. 疗效比较

治疗组 51 例中临床治愈 38 例,显效 10 例,无效 3 例,总有效率为 94.1%。对照组 25 例中临床治愈 16 例,显效 5 例,无效 4 例,总有效率为 84.0%。经统计学分析表明,组间差异显著($P < 0.05$)。

血脂及肝功能指标测定结果比较,两组指标治疗后与治疗前相比,均存在显著差异($P < 0.05$),且治疗后组间指标亦存在显著差异($P < 0.05$)。

作者通过综合疗法治疗酒精性脂肪肝,能够使脂肪肝的治疗效果明显提高,同时临床采用对照治疗的方法,说明作者对临床科研方法有一定的了解。

刘 晓 楠 等

调肝脂胶囊治疗脂肪肝

脂肪肝多因长期过食肥甘厚味,伤及脾胃,或久坐久卧,体丰积盛,脾虚失运,痰湿内聚或湿热内蕴,肝失疏泄,气机不畅,气滞血瘀,痰瘀互结,络脉阻滞而致。脾虚痰湿或湿热内蕴者脂质沉积相对较轻,而痰瘀互结者可能不仅有脂质沉积,同时伴有炎症细胞浸润,肝细胞变性坏死及肝纤维化。中医学认为,脂肪肝的病因病机为长期过多嗜食肥甘厚味,饮酒过度,或因肝炎后调摄失当,使脾胃运化失司,肝用失调,血行失运,导致各种代谢紊乱,水谷不能化生精微,聚而为湿为痰,瘀阻肝络,留滞肝脏而成。故治疗以疏肝解郁,化痰利湿及活血化瘀为其主要治则。调肝脂胶囊中柴胡疏肝理气解郁;泽泻、白矾化痰而除湿;决明子清肝泻热,降脂泻浊;山楂化痰消脂;丹参、当归养血活血祛瘀,改善微循环,增加血流量;黄芪、黄精具有降脂、抑脂作用。现代药理研究证实,山楂、泽泻、决明子、黄精具有降脂作用;丹参、当归具有改善微循环,抗氧化,抗自由基之功效。全方共奏行气活血,祛瘀消脂之功效。故可使肝疏,脾健,痰湿无滋生之源,肝络无瘀阻之患,脂肪无堆积之虞,故能取得较好疗效。

【临床研究报告】

1. 临床资料

128例脂肪肝患者,门诊患者106例,住院患者22例。参照文献标准确定诊断,排除糖尿病及心、肝、肾功能异常者,随机分为2组。治疗组65例,男42例,女23例;年龄29~64岁,平均(42±4.8)岁;病情属轻度25例,中度28例,重度12例;病程6个月

~5.6年,平均(3.6 ± 0.3)年。对照组63例,男46例,女17例;年龄30~65岁,平均(43 ± 2.5)岁;其中病情属轻度23例,中度30例,重度10例;病程7个月~5.6年,平均(3.4 ± 0.5)年。2组一般资料比较无显著性差异($P > 0.05$),具有可比性。

2. 治疗方法

2组治疗前均停用其他降脂保肝药物。

治疗组:调肝脂胶囊(由山楂、泽泻、决明子、丹参、当归、黄芪、柴胡、黄精、白矾等药物按比例制成胶囊。每粒0.4g,相当于生药3.65g,由我院制剂中心提供,批号960116),每次4粒,每日3次口服。

对照组:吉非罗齐(商品名诺衡,每粒含吉非罗齐0.3g,湖南株州湘江制药厂生产)2粒,每日2次。

2组均8周为1个疗程,1个疗程后评定疗效。

3. 观察指标

2组均于治疗前后分别取清晨空腹血测血脂(日立7020全自动生化分析仪):血清总胆固醇(TC)、甘油三酯(TG)、高密度脂蛋白胆固醇(HDL-C);丙氨酸转氨酶(ALT);B超(日产东芝Alok630型超声诊断仪)检测治疗前后肝脏大小,管道、回声、光点疏密等。

统计学处理:计量资料用 t 检验,计数资料用 X^2 检验。

4. 疗效标准

治愈:B超显示脂肪肝消失,血脂下降至正常范围,肝功能正常,自觉症状消失。

好转:B超显示脂肪肝程度减轻,其他指标有不同程度好转,ALT下降20%以上,血脂下降10%以上。

无效:B超显示脂肪肝程度无变化,血脂下降10%,ALT下降20%,自觉症状无减轻。

5. 疗效比较

治疗组治愈 25 例,占 38.5%;好转 35 例,占 53.8%;无效 5 例,占 7.7%;总有效率 92.3%。对照组治愈 15 例,占 23.8%;好转 35 例,占 55.6%;无效 13 例,占 20.6%;总有效率 79.4%。2 组总有效率比较有显著性差异($P < 0.05$)。

不良反应:治疗组有 3 例患者于服药初期出现轻微上腹部不适,一周后自行缓解,余无其他不适。

作者在文章中不仅指出中医药可以很好地治疗脂肪肝,同时也提醒其他阅读文章的人,应当注意应对可能出现的不良反应。

陈
晓
云
等

调脂散胶囊治疗老年 高脂血症性脂肪肝

随着高脂血症发病率的上升,高脂血症所致脂肪肝的比例也越来越大。已有报道认为,脂肪肝与血脂含量的严重程度有关,但主要与甘油三酯相关。因而,降脂是治疗高脂血症性脂肪肝的主要手段之一。现代药理研究证实,淫羊藿能减少肝脏过氧化脂的形成;何首乌富含卵磷脂,能阻止胆固醇在肝内沉积,使肝中的甘油三酯显著降低;郁金有增加肝脏血流量,促进脂肪在肝内氧化加强的作用;山楂有减少肝脏脂肪的存贮和沉积的作用;黄精对防止肝脏脂肪浸润有一定作用;泽泻通过影响与胆固醇代谢有关的酶及抑制肝内甘油三酯合成等作用而抗脂肪肝。脂肪肝属中医学“积聚”、“胁痛”范畴,其产生责之于肝脾肾三脏。高脂血症性脂肪肝,有脾失健运,水湿内停,痰浊内生,以致肝失疏泄,肝血瘀滞,土壅木郁,痰瘀交阻的病机。此外,肾失气化,又加重痰瘀留滞。笔者认为,血脂为水谷所化生的精微物质,其吸收和代谢是在脏腑的协同作用下完成的,其中肝的疏泄作用和肾的气化作用尤为重要。老年患者肾气已虚,气化不及,又肾精亏耗,水不涵木,肝失疏泄,致血脂聚为痰瘀,痹阻于肝脏络脉则为脂肪肝。调脂散胶囊能补肝益肾健脾,行气利湿化痰,活血化瘀导滞。因此治疗老年高脂血症性脂肪肝有较好的疗效。

【临床研究报告】

1. 临床资料

本组 87 例,均符合以下脂肪肝的诊断标准:①B 超提示脂肪肝;②血脂升高,胆固醇 ≥ 6.46 mmol/L 或甘油三酯 ≥ 1.64 mmol/L;③临床症状:可见肝区不适或胀痛、乏力、食欲不振、腹胀等;④肝功

能轻度或中度异常(ALT、AST升高)。随机分为治疗组46例,其中男28例,女18例;年龄46~65岁,平均(57.74±5.38)岁。对照组41例,其中男24例,女17例;年龄48~64岁,平均(56.39±4.93)岁。两组临床资料无显著性差异,有可比性。

2. 治疗方法

治疗组予调脂胶囊(药用淫羊藿、女贞子、何首乌、郁金、山楂、石菖蒲、黄精、泽泻、大黄、水蛭、生蒲黄等,每粒含生药1.2g),每次5粒,每日3次。对照组予东宝肝素片,每次3片,每日3次。3个月为一疗程,治疗期间不必特殊调整饮食。疗程结束后复查1次。

3. 治疗结果

疗效判定标准参照《临床证候诊断依据治愈好转标准》;

显效:临床症状消失,B超检查脂肪肝消失,血脂、肝功能恢复正常。

有效:临床症状缓解,B超检查有明显改善,血脂明显下降,肝功能明显改善。

无效:临床症状、B超检查、血脂、肝功能等均无明显改善。

4. 治疗结果

两组临床疗效总有效率:治疗组84.78%,对照组65.85%;两组治疗后疗效有显著性差异($P < 0.05$),治疗组高于对照组。

裴道灵等

复方丹参滴丸治疗老年性脂肪肝

脂肪肝可以发生在任何年龄,老年人出现脂肪肝与脂肪代谢异常有关,特别是与老年人的生理特性有密切的关系。进入老年后,血脂蛋白酶活性降低,使饮食后乳糜微粒(CM)和低密度脂蛋白清除速率减慢,而肝脏分泌的极低密度脂蛋白却在上升,过多的极低密度脂蛋白转化成低密度脂蛋白。再者,绝经后的妇女由于雌激素水平下降等因素,使老年脂肪肝的发生率上升。

中医没有脂肪肝相对应的病名,一般认为,瘀血阻滞、痰浊内结是本病的主要原因。明代工肯堂在《证治准绳·瘀血》中说“夫人饮食起居,一失其宜,皆能使血瘀滞不行,故百病由污血者多”;清·唐容川《血证论·瘀血篇》说“瘀血在经络脏腑之间,则结为癥瘕”;关幼波老师认为本病属痰阻血络之证,并在《关幼波临床经验选》中说“痰随气行,无处不到,而生百病”。复方丹参滴丸由丹参、三七、冰片等组成,具有活血化瘀、理气止痛、豁痰开窍之功。现代药理学研究证实,丹参具有明显的抑制肝细胞脂质过氧化反应作用。目前认为由于多数降脂药可能加重脂肪在肝脏中的沉积,因此用药上应当谨慎,而部分脂肪肝患者最终可发展为肝纤维化甚至肝硬化,对其治疗也应引起足够重视。由于本观察病例的临床诊断较复杂,脂肪肝多为次要诊断,因此统计上较困难。限于观察时间尚短,无法观察到复方丹参滴丸对老年脂肪肝疗效影响的机制及远期疗效的影响,有待今后进一步总结。

【临床研究报告】

1. 临床资料

全部 120 例患者系光华中西医结合医院脂肪肝专科、天山中医医院肝炎科门诊及住院患者,随机平均分为观察组和对照组。观察组中年龄最小 60 岁,最大 78 岁,平均(64.42±3.69)岁;对照组中年龄最小 60 岁,最大 76 岁,平均(64.25±2.88)岁。排除肝癌、肝硬化、肝炎活动期病例。两组在年龄、性别、病情等方面无明显差异,具有可比性。

2. 诊断标准

运用 B 超检查将脂肪肝分为三度。轻度脂肪肝:近场回声增强,远场回声衰减不明显,肝内管状结构仍可见;中度脂肪肝:前场回声增强,后场回声减弱。

3. 治疗方法

观察组和对照组均给予口服吉非罗齐胶囊 0.6 g,每日 2 次;多烯康胶囊 1.8 g;维生素 C 片 0.3 g,每日 3 次。观察组加服复方丹参滴丸(天津天士力制药股份有限公司生产)10 粒,每日 3 次。疗程 3 个月。

4. 疗效标准

临床治愈:B 超显示肝脏形态恢复正常。

显效:B 超显示脂肪肝呈轻一度及以上好转。

有效:B 超显示脂肪肝好转但未达到轻度的程度。

无效:脂肪肝无好转或加重者。

同时观察治疗前后血清总胆固醇(TC)、甘油三酯(TG)、高密度脂蛋白(HDL-C)等指标及药物毒副反应。

5. 治疗结果

观察组总有效率为 91.67%,对照组总有效率为 68.34%, $P<0.01$ 。提示复方丹参滴丸对老年脂肪肝具有良好的协同治疗作用。

作者运用复方丹参滴丸治疗脂肪肝是活血化瘀方法在脂肪肝治疗方面的体现,但活血化瘀方法并不适合所有的人,应当认真掌握治疗的适应证。

郭明

复方地龙胶囊治疗脂肪肝

导致脂肪肝的原因很多,如饮酒、营养失衡、肥胖病、糖尿病、药物中毒等,但目前最主要的原因是肥胖人口的迅速增加和饮酒量的巨增。我们治疗的 60 例脂肪肝患者均为肥胖者,其中有饮酒史者 45 例,占患者的 80%。可见,肥胖和饮酒是引起脂肪肝最常见和最重要的原因。复方地龙胶囊是由鲜地龙、黄芪、川芎、牛膝提取制成,其有效成分有蚓激酶、黄芪甲甙、阿魏酸、齐墩果酸、牛膝甾酮等,可以改善血液循环,降低血小板黏附率,降低血液黏稠度,加快微血管循环,改善血液的黏、浓、聚状态,并能调节异常脂质代谢。脂肪肝患者主要由于血脂升高,血液黏稠导致肝脏微循环障碍,从而使肝内脂肪不能很快代谢和被运出,进而导致脂肪肝的产生。复方地龙胶囊具有改善血液循环,减少血液黏稠度,调节异常脂质代谢的作用,可加速肝内微循环,促进肝细胞内脂肪的代谢,最后达到治疗脂肪肝的目的。尤其是其有效成分中还含有大量的齐墩果酸,它可明显消除脂肪肝造成的肝细胞损伤,降低血清 ALT、AST 水平,减轻肝细胞损害,消除肝脏炎症,促进肝细胞代谢,有良好的保肝护肝作用。虽然复方地龙胶囊的功能、主治中尚未列出治疗脂肪肝之功效,但其药理作用恰能针对脂肪肝的发病机制,又含有丰富的齐墩果酸。因此,我们在面对大量患者而无有效药物的情况下,根据其药理作用,开展了对脂肪肝患者的临床观察研究,以 60 例脂肪肝患者的治疗情况看,有效率高达 91.7%。

【临床研究报告】

1. 临床资料

60 例患者均来自门诊。其中男 54 例,女 6 例。年龄 20—60

岁,平均年龄为 40 岁。体重过重者 15 例,轻度肥胖者 21 例,中度肥胖者 18 例,重度肥胖者 6 例(体重超过标准体重 10% 为过重,超过 20%~30% 为轻度肥胖,超过 30%~50% 为中度肥胖,超过 50% 以上者为重度肥胖)。有饮酒史者 48 例,其中 28 例饮酒量每日 250 mL,(50°白酒)以上,合并糖尿病者 8 例。

2. 诊断依据

全部患者均具备以下条件:肥胖,肝肿大并有肝区胀痛。经 B 超检查显示肝肿大,肝内光点密集及肝后衰减。血脂增高:总胆固醇(TC) ≥ 6.18 mmol/L,甘油三酯(TG) ≥ 2.3 mmol/L。肝功能检查转氨酶及转肽酶轻度或中度升高。

3. 治疗方法

参照有关标准。方法:口服复方地龙胶囊(南京恒生制药公司生产),饭后温开水送下,每日 3 次,每次 2 粒,共服用 90 天。

4. 疗效标准

肝肿大回缩,主要症状消失。B 超检查脂肪肝明显好转。疗程结束后体重下降 10% 以上,TC、TG、肝功能恢复到正常值。显效者符合上述标准中的 3 项,有效者符合其中 2 项,仅有 1 项改善或 4 项均无变化者为无效。

5. 结果

血脂变化治疗前后有显著改变,治疗效果:显效 44 例,有效 11 例,无效 5 例,总有效率为 91.7%。

作者运用复方地龙胶囊治疗脂肪肝意在改善脂肪肝患者的血液流变学的异常,从而通过加速血流速度使人体的脂肪代谢加快,达到了很好的治疗目的。

董**筠
等**

复青降脂汤治疗非酒精性脂肪肝

随着我国生活水平提高,人们饮食结构的改变,脂肪肝的发病率也日趋升高。轻度脂肪肝无自觉症状,中重度表现为肝肿大、食欲减退、肝区胀痛、转氨酶轻度升高,常伴血脂升高、体形肥胖。国内外文献报道,对超声显像诊断为脂肪肝的患者进行肝穿刺活检也验证了它的准确性,认为超声显像可作为脂肪肝的首选诊断方法。

本病属于中医“胁痛”范畴。其病因病机多为过食肥甘厚味,或饮酒过度,或感受湿热疫毒,或情志失调,或久病体虚等致肝失疏泄,脾失健运,湿热内蕴,痰浊郁结,瘀血阻滞而最终形成湿痰瘀热互结,痹阻肝脏脉络。笔者以疏肝健脾、理气活血、祛痰化湿为大法,自拟复青降脂汤治疗,临床观察表明本方能使 ALT、AST、TG、TC 明显降低,B 超声像图明显好转,临床症状显著改善,说明复青降脂汤能有效保肝降酶、降低血脂,总有效率达 83.3%。方中大黄为君,《本经》曰大黄有“调中化食,安和五脏”之功。朱良春教授亲身体会认为大黄确有推陈致新,延缓衰老,降低胆固醇、甘油三酯及利胆消石之功;郁金、丹参行气活血;白术、茯苓健脾化湿;山楂、红曲消食导滞;泽泻清利湿浊,导湿下行;更兼柴胡疏肝解郁,升举清阳之气。全方共奏升清降浊、行气活血、祛瘀生新之功,使体内之痰浊瘀阻得以祛除而达保肝降脂目的。

【临床研究报告】

1. 临床资料

本组 30 例均为 1998 年 1 月至 2002 年 1 月住院及门诊患者,

均经 B 超诊断为脂肪肝,中医辨证属痰湿瘀阻型。其中男 21 例,女 9 例;年龄 32~65 岁;病程 1 周至 18 年;合并高脂血症者 16 例,糖尿病者 3 例,胆石症者 4 例,肥胖型 11 例(以体重指数 = 体重(kg)/身高(m²) \geq 24 作为肥胖标准)。以体检健康者 15 例为正常对照组,男 8 例,女 7 例;年龄 27~60 岁,血糖 3.9~5.9 mmol/L,体重指数 21.5~24。

2. 诊断标准

参照 2000 年中华医学会肝脏病学分会脂肪肝和酒精性肝病学组制定的《非酒精性脂肪肝诊断标准(草案)》拟定。

3. 治疗方法

采用复青降脂汤治疗。方药组成:生大黄 8 g,柴胡 6 g,郁金 15 g,白术 10 g,茯苓 15 g,泽泻 20 g,丹参 20 g,生山楂 20 g,红曲 10 g,何首乌 10 g。每日 1 剂,分 2 次口服。8 周为 1 个疗程,共 3 个疗程。

4. 疗效观察

观察指标:①肝脏超声显像;②血生化指标:谷丙转氨酶(ALT)、谷草转氨酶(AST)、谷氨酰转肽酶(GT)、甘油三酯(TG)、总胆固醇(TC);③安全性指标:空腹血糖、尿素氮、肌酐、肝功能、尿蛋白、心电图。

5. 疗效标准

①临床症状、体征好转或消失。②B 型超声波检查:a. 肝脏声像图基本恢复正常,脂肪肝特征消失;b. 肝脏声像图明显好转。③肝功能恢复正常标准。④参照卫生部颁发的《临床研究指导原则》:a. TC 下降 \geq 20%,或 TG 下降 \geq 40%;b. TG 下降 10%~20%,TG 下降 20%~40%;c. 未达到有效标准。治愈:符合标准①,②-a③,④-a 者。显效:符合标准①,②-b,③,④-b 者。

有效:符合标准①,③和/或④-b 者。

无效:不符合以上判断者。

6. 治疗结果

治疗组 30 例中,临床治愈 11 例,占 36.7%;有效 14 例,占 46.6%;无效 5 例,占 16.7%。总有效率为 83.3%。治疗前后 ALT、AST、血脂水平变化改变明显。治疗前后 B 超肝脏声像图的改变:脂肪肝分级标准以赵玉珍等在 1998 年《中华超声影像学杂志》发表的“原发性肝癌在高危人群中检出率的多普勒超声研究”为依据。治疗前正常 0 例,轻度 9 例,中度 17 例,重度 4 例。治疗后正常 9 例,轻度 6 例,中度 12 例,重度 3 例,前后比较, $P < 0.05$ 。

治疗前后 ALT、AST、TG、TC 等都有明显的改变。与治疗前比较, $P < 0.01$ 。

7. 不良反应

3 例患者于服药初期有轻度便溏,后自行缓解,余无不适。

作者通过复青降脂汤治疗脂肪肝可以有效地改善脂肪肝患者的临床症状与体征,服用药物过程中出现腹泻是服用药物过程中的一个反应,特在此给其他读者予以说明。

陈朝俊等

肝苏颗粒合脂必妥 胶囊治疗脂肪肝

脂肪肝是由多种因素引起的肝脏脂肪变性。目前对其发生机制尚不完全清楚,可能与摄入游离脂肪酸增多,肝合成游离脂肪酸及碳水化合物合成 TG 增加,肝内脂肪酸 β 氧化减少,极低密度脂肪合成和分泌减少,肝内 TG 转运障碍有关。脂质过氧化损伤也是一个重要的致病因素,因而在治疗上减少脂肪的摄入,降低血脂,保护肝脏,促进肝脏自身功能的恢复应成为治疗脂肪肝的有效方法。脂必妥胶囊为纯天然的以红曲为主要成分的调脂新药,临床证实其降脂效果确切,无明显毒副作用。肝苏颗粒是国家级肝病新药,主要成分是扯根菜,具有显著的保肝、降酶、退黄、健脾和抗纤维化的作用。临床报道肝苏颗粒降酶退黄疗效与甘利欣相仿,但在改善和消除慢性肝病的临床症状和体征、缓解腹胀等方面的效果,明显优于甘利欣。我们将两药合用于脂肪肝的临床治疗,结果表明,不仅能显著降低血脂,而且在改善临床症状,恢复肝功能,改善肝脏 B 超积分状况方面都明显优于对照组。显示肝苏颗粒改善肝脏,促进肝脏自身功能的恢复与良好降脂作用的脂必妥胶囊合用于脂肪肝的临床治疗,具有明显的协同作用,是治疗脂肪肝的有效方法,值得推行应用。其远期疗效尚需进一步观察研究。

【临床研究报告】

1. 临床资料

60 例病例均为 1999 年 9 月至 2001 年 9 月肝病专科患者。随机分为两组:治疗组 32 例,男 28 例,女 4 例,平均年龄(41.5 ± 9)岁,病程 2~3 年。对照组 28 例,男 22 例,女 6 例,平均年龄

(49.5 ± 10)岁,病程 2~2.5 年。患者临床症状主要表现为乏力 48 例(80.0%),肝区不适 33 例(55.0%),肝区疼痛 28 例(46.6%),腹胀 22 例(36.6%)。

诊断参照文献,结合脂肪肝的临床指标,制定如下标准:①B 超检查 肝前后部回声差异,近场回声密集增强,而远场回声衰减;肝内管道结构特别是静脉变细不清;肝脏轻度或中度肿大。②CT 检查 肝的密度普遍低于脾脏、肾脏和肝内血管的密度;肝/脾 CT 值 <0.85 ;增强的肝内血管影显示非常清楚,其形态走向均无异常。符合 B 超、CT 检查任何一项即可确诊,所有病例不包括急慢性肝炎患者。

2. 治疗方法

两组患者均服用脂必妥胶囊(成都地奥制药),2 粒/次,每日 2 次,维生素 B₆ 30 mg/次,每日 3 次,治疗组加用肝苏颗粒(四川郎中药业)6 g/次,每日 3 次。3 个月为 1 个疗程。治疗期间全部患者均停用其他降脂、降酶药物,并嘱注意饮食控制及戒酒。

3. 观察指标

临床症状及体征,治疗前后各检测 1 次血清谷丙转氨酶(ALT)、谷草转氨酶(AST)、甘油三酯(TG)、总胆固醇(TC),治疗前后各检查 1 次 B 超,采用积分法评估。

4. 疗效标准

症状及体征消失,ALT、AST 正常,B 超检查肝脏形态及实质回声正常为痊愈;症状、体征明显好转,ALT、AST 正常或明显改善,B 超积分至少有 3 项指标,每项下降 >1 分为好转;未达好转标准为无效。

统计学处理方法。根据资料性质不同,分别采用 t 检验, X^2 检验,结果以 $X \pm S$ 表示。

5. 治疗结果

治疗组对乏力、肝区不适、肝区疼痛和腹胀的改善有效率分别

为 95.0%、85.0%、88.2% 和 84.8%；对照组为 54.2%，36.8%，40.4% 和 55.8%。在临床症状的改善方面治疗组显著优于对照组($P < 0.01$)。

两组治疗前后 ALT、AST、TG、TC 变化明显改善。两组 B 超积分变化：两组患者治疗前后积分有不同程度的下降，其中治疗组治疗后积分(5.5 ± 1.8)较治疗前(8.8 ± 2.2)显著下降($P < 0.01$)；对照组亦有所下降，由治疗前 8.0 ± 2.5 下降到 7.8 ± 1.2 ，但差异无统计学意义，两组治疗后相比，差异有显著性意义($P < 0.05$)。

两组总体疗效比较差异明显。整个治疗过程中均未见明显毒副作用及胃肠道症状出现。

作者认为肝苏颗粒(主要成分是扯根菜)对肝脏的保护作用，可以有效地改善脂肪肝患者治疗前后的血脂变化，对提高临床疗效十分有益。

党中勤

肝脂康胶囊治疗脂肪肝

脂肪肝是临床常见病症,中医学虽无此病名,但有很多类似记载,根据其临床表现,可归属中医学“胁痛”、“积聚”等范畴。中医认为,本病主要由于患者嗜食肥甘厚味,脾运不及,或肝病日久,致脾失健运,水湿不化,凝聚为痰,痰浊停聚中焦,壅塞气机,土壅木郁,肝胆失疏,气机不畅,血行瘀滞,痰瘀膏浊沉积于肝而成。治疗当疏肝健脾,化痰祛瘀,利胆降浊。肝脂康中泽泻、半夏化痰利湿降浊,为君药;姜黄、三七参、生山楂活血化瘀消积,为臣药;青皮、茯苓疏肝健脾,金钱草、大黄通腑利胆降浊,共为佐使药。全方合用,共奏疏肝健脾,化痰祛瘀,利胆降浊之功。现代药理研究表明,泽泻、生山楂有明显的降血脂、抗脂肪肝作用;姜黄主要成分姜黄素能够减少肝脏中甘油三酯、游离脂肪酸含量,可降低血清总胆固醇及甘油三酯;大黄能够抑制胆固醇吸收,促进胆固醇的排泄,降低血清及肝脏胆固醇含量;大黄、三七参等具有保肝、降酶、退黄作用。

【临床研究报告】

1. 临床资料

所选病例均符合如下标准:①临床表现 右胁胀满、胀痛或隐痛,纳差,腹胀,乏力,触诊肝区不适,肝脏边缘饱满或肿大。②影像学检查 B超提示脂肪肝声像图(肝内光点密集,肝后缘回声衰减)。③实验室检查 血脂升高(总胆固醇 ≥ 6.2 mmol/L,甘油三酯 ≥ 1.8 mmol/L),肝功能异常,ALT > 46 U/L。将所选病例92例随机分为观察组62例,对照组30例。观察组中,男43例,女19例;年龄28~60岁,平均(40.5 \pm 4.2)岁;病程0.5~10年,平

均(5.2 ± 2.4)年;其中不明原因脂肪肝 9 例,酒精性脂肪肝 23 例,肝炎后脂肪肝 30 例。对照组中,男 21 例,女 9 例;年龄 32~59 岁,平均(41.8 ± 4.6)岁;病程 0.6~9 年,平均(5.4 ± 2.6)年;其中不明原因脂肪肝 4 例,酒精性脂肪肝 11 例,肝炎后脂肪肝 15 例。两组患者临床资料各项比较均无显著性差异($P > 0.05$),具有可比性。

2. 治疗方法

观察组用肝脂康胶囊药物组成:金钱草、泽泻各 30 g,半夏 12 g,姜黄、生山楂、青皮、茯苓各 15 g,大黄 10 g,三七参 6 g,由制剂室按一定工艺提取、加工,精制成胶囊,每粒 0.34 g,(相当于生药 3.75 g),每次 3 粒,每日 3 次,口服。对照组用东宝肝泰片(吉林通化东宝药业股份有限公司生产),每次 3 片,每日 3 次,口服。两组均以 2 个月为 1 个疗程,治疗期间均不用其他降脂药物。

3. 疗效标准

临床治愈:症状、体征完全消失,肝功能(ALT)、血脂(Ch、TG)正常,B 超提示肝脏声像图恢复正常。

显效:症状、体征消失,ALT 及血脂升高部分下降 50% 以上,B 超提示脂肪肝声像图明显减轻。

有效:症状、体征明显减轻,ALT 及血脂下降,B 超提示脂肪肝声像图改善。

无效:未达以上标准者。

统计学方法:计数资料用 X^2 检验,计量资料用 t 检验。

4. 治疗结果

观察组 62 例中,临床治愈 24 例,显效 18 例,有效 16 例,无效 4 例,总有效率 93.55%;对照组 30 例中,临床治愈 6 例,显效 7 例,有效 9 例,无效 8 例,总有效率 73.33%,两组比较有显著性差异($X^2 = 7.284, P < 0.01$),观察组疗效明显优于对照组。两组治疗前肝功能及血脂各项指标比较无显著性差异($P > 0.05$),具有

可比性;每组治疗前后自身比较,肝功能及血脂指标均有显著改善($P < 0.05 \sim 0.01$);两组治疗后比较,观察组改善肝功能、降低血脂疗效均优于对照组($P < 0.05 \sim 0.01$)。

作者通过采用利湿化痰的中药治疗脂肪肝可以有效地降低血脂,改善临床症状,在临床研究中有对照,其治疗方法有一定的说服力。

李金海等

护肝降脂冲剂治疗脂肪肝

中医认为脂肪肝多属于“积聚”、“胁痛”、“癥瘕”等范畴。其病因多为长期膏粱厚味,或肝炎后期调养不当,导致肝脾运化精微功能失调,脾失健运,精微物质不能正常输布,清浊不分,脂浊内生,蕴积化热,湿热留恋,日久化痰、阻塞经络而致血脉痹阻,经脉阻滞则右胁胀痛。根据以上病机,笔者自拟益气化痰、软坚散结之护肝降脂冲剂,用以治疗脂肪肝。其中黄芪能益气健脾,活血生血。药理研究认为,黄芪具有机体免疫双向调节作用,促进肝细胞损伤的修复,提高红细胞消除 IC 的功能,使 IC 在肝细胞内沉积减少,减轻 IC 介导的变态反应性炎症,对于恢复功能有较好效果。首乌归肝肾经,补肝肾益精血,润肠通便,有人试验首乌粉治疗实验性高脂血动物,可使肝脏中 TC 降低 52%,何首乌所含物二苯烯成分,对于过氧化玉米油所致大白鼠的脂肪肝和肝功能损害,肝中过氧化脂质含量的升高,均有明显对抗作用。首乌所含的多量卵磷脂尚能阻止 Tch 在肝脏内的沉积。泽泻可使高脂饮食的兔肝内脂肪含量降低。对低蛋白饮料或四氯化碳所致大白鼠脂肪肝亦有疗效。白芥子,温阳祛痰,利气散结,通络止痛。天竹黄,甘寒,归心肝胆经,清热化痰,与白芥子合用一温一寒,相辅相成,能治恣食肥甘所致之痰涎内阻,脂浊内生之证。鳖甲软坚散结,消除肝内脂肪郁积。姜黄,辛苦温,归肝脾经,破血行气,通经止痛,含姜黄素等降脂活性成分,对高脂血症饮食的大白鼠,可明显抑制其肝中 TC 和 CH,亦可显著促进胆汁排泄。丹参活血化瘀。垂盆草、鸡骨草保肝降酶。诸药合用共达益气化痰、软坚散结之效,通过临床验证

护肝降脂冲剂具有降低血脂,降低血液黏稠度,促进肝内脂肪吸收的作用,是较好的抗脂肪肝药。

【临床研究报告】

1. 临床资料

全部资料均来自2000年1月至2002年10月期间门诊符合脂肪肝的诊断标准,按就诊顺序随机分为治疗组及对照组。治疗组330例,其中,男291例,女39例;年龄最大68岁,最小22岁,平均43.72岁。病程最短3个月,最长10年,平均 2.92 ± 2.83 年。对照组160例,其中男142例,女18例,年龄最大67岁,最小25岁,平均45.12岁,病史3个月~12年,平均 2.56 ± 2.35 年,两组年龄、性别、病史经统计学处理无明显差异,具有可比性。

2. 诊断依据

参照范建高的标准,具有第1条及其余3条的两项者。①B超示:形态规则,表面光滑,实质回声近场增强,远场衰减,光点细密,分布均匀,肝内血管欠清。②肝区胀痛或不适,倦怠乏力,腹胀,食欲不振,恶心,口苦,肝脏肿大等。③血脂增高。④肝功异常。

治疗组330例给予护肝降脂冲剂每袋重10g,主要成分:黄芪、首乌、天竹黄、白芥子、垂盆草、鸡骨草、丹参、鳖甲、泽泻、姜黄。口服,每日3次,每次1袋,对照组给予市售东宝肝泰口服(中国通化东宝药业有限公司生产),每日3次,每次4片,疗程为3个月。

3. 观察指标

症状、体征、肝功能、血脂、血黏度及B超检查。3个月后评定疗效,统计对比。

4. 疗效评价

显效:症状、体征消失、肝功能正常及血脂下降达到以下任一项者:TC下降 $\geq 20\%$ 、TG下降 $\geq 30\%$ 或B超脂肪肝表现消失。

有效:1/3~2/3症状、体征消失或好转;肝功能基本正常或好

转及血脂下降达到以下任 1 项者:TC 下降 $\geq 10\%$,但 $\leq 20\%$,TC 下降 $\geq 20\%$,但 $\leq 30\%$,或 B 超脂肪肝表现好转。

无效:症状、体征无明显改善,肝功能改善不明显,血脂下降达不到有效标准,超声波表现无好转者。

护肝降脂冲剂对全血比黏度、血浆比黏度、还原比黏度较治疗前明显降低($P < 0.01$)且治疗后结果与治疗组治疗前结果对比($P < 0.01$)亦具有显著性差异,说明护肝降脂冲剂有较好的降低血液黏度作用。

作者选择一些具有降脂作用的药物组成的护肝降脂冲剂,可以有效地改善脂肪肝患者的高血脂状态,对于防治脂肪肝有较好的作用。

何太清等

化痰活血法治疗脂肪肝

中医学认为,脂肪肝形成主要因为长期过食肥甘厚腻、嗜酒无度、起居失常等损伤脾胃,使运化失健,聚湿生痰,痰阻气滞,血行不畅,痰浊气血相搏结,留于胁下,久之而成此病。治疗以化痰利湿、活血化瘀为宗旨,切中病机。化痰活血法方药中半夏、茯苓、陈皮、泽泻、薏苡仁健脾利湿,化痰散结;大黄、虎杖、生山楂、丹参、姜黄、莪术活血化瘀,消积软坚。药理学研究表明,泽泻、生山楂、姜黄、莪术、丹参能改善肝脏微循环,促进肝内脂肪代谢,减少脂肪蓄积,回缩肝脏,恢复肝功能。在药物治疗同时,增加运动量,减轻体重,平衡膳食,减少高脂、高糖摄入,避免连续大量饮酒,更加有利于治疗。

【临床研究报告】

1. 临床资料

130例脂肪肝患者分组。治疗组90例,男72例,女18例;年龄<40岁12例,40~50岁40例,50~60岁27例,≥60岁11例;病程1.5~5.0年,平均(2.0±0.3)年。对照组40例,男34例,女6例;年龄<40岁5例,40~50岁19例,50~60岁10例,≥60岁6例;病程1.3~5.1年,平均(2.0±0.4)年。2组资料具有可比性($P>0.05$)。

2. 诊断标准

①B超显示肝实质呈点状强回声,后方回声衰减显著,深部实质模糊不清甚至消失;②血脂增高,总胆固醇(TC) >5.70 mmol/L,甘油三酯(TG) >1.70 mmol/L;③肝功能异常,谷丙转氨酶

(ALT) $> 0.417 \mu\text{mol}/(\text{s}\cdot\text{L})$; ④肝脏肿大,边缘钝,质中等硬; ⑤临床症状有肝区闷痛不适、体倦乏力、腹胀、肥胖等。以上5项中,具备第①项,或②~⑤中具备2项即可确诊。

3. 治疗方法

治疗组:治则为化痰利湿,活血化瘀。药物组成:半夏、陈皮、泽泻、大黄、虎杖、生山楂、莪术各 12 g,茯苓、薏苡仁各 15 g,丹参 30 g,姜黄 10 g。水煎服,每日 1 剂,分早、晚 2 次服用。

对照组:口服非诺贝特 0.1 g,每日 3 次,东宝肝泰 3 粒,每日 3 次。2~3 个疗程,2 组均以 2 个月为 1 个疗程。

4. 疗效标准

显效:临床症状消失;B 超肝脏回声正常或明显好转;TC、TG 下降 30% 以上,ALT 正常。

有效:临床症状减轻或部分消失;B 超肝脏回声有好转;TC、TG 下降 5%~29%,ALT 接近正常。

无效:上述检查及临床症状无明显改善。

治疗组总有效率 91.2%,对照组 75.9%。

作者采用化痰利湿、活血化瘀的中药,既可以改善高血脂,又可以降低转氨酶,保护肝功能,能够很好地治疗脂肪肝。

杨菊等

降脂脉安冲剂治疗脂肪肝

脂肪肝属中医学“胁痛”、“积聚”、“痰饮”范畴。多因酗酒、嗜食肥甘厚味、酒食伤肝碍胃,日久脾运化失常,水湿内停,痰浊内生,瘀血阻络,脂质沉积于肝脏而发为本病,治疗以益气健脾化湿,活血祛痰消积。故降脂脉定冲剂方用生黄芪以健脾益气补后天之本,紫丹参活血化瘀通络,决明子清肝热,泽泻健脾化湿利水,生山楂祛痰消积,干荷叶醒脾化湿,生麦芽消食导滞,疏通气机,全方共奏疏肝健脾,利湿化痰,祛瘀消积之功。

脂肪肝是由各种原因引起的肝脏脂肪沉积,肝细胞脂肪变性。现代药理研究证实,黄芪、山楂、决明子不仅能降低胆固醇,还能降低甘油三酯,并且能阻止脂肪肝以及减少肝脏脂肪的浸润;丹参降低血和肝中的甘油三酯,改善肝质地;泽泻改善肝脏脂肪代谢,抑制外源性胆固醇吸收及肝内甘油三酯合成,同时降低血中胆固醇和甘油三酯含量。中药与脂必妥相比,在降脂同时有保肝作用,且无明显不良反应。

【临床研究报告】

80例均为门诊和住院患者,其中男66例,女14例;年龄25~72岁,平均45岁。肥胖者42例,饮酒者58例,高血压18例,胆囊炎12例,肝炎9例。随机分为两组,其中治疗组52例,对照组28例。均有不同程度的肝区疼痛,腹胀,纳差,乏力。B超检查示:明亮肝,肝内小血管欠清晰,肝后方回声衰减。血脂升高,总胆固醇(TC)≥5.98 mmol/L,甘油三酯(TG)≥2.26 mmol/L。ALT和AST轻度或中度升高。

适当休息,控制饮食,禁止饮酒。治疗组用降脂脉安冲剂,药用生黄芪、紫丹参、泽泻各 15 g,决明子 14 g,生山楂、生麦芽各 13 g,干荷叶 3 g。由昆山市中医院制剂室加工成速溶颗粒冲剂,均分为 3 包,每包 15 g,每日 3 次,每次 1 包,用温开水冲服,3 个月为一疗程。对照组口服脂必妥 3 片,每日 3 次,3 个月为一疗程。

降脂效果参照 1993 年卫生部药政局制定《新药临床研究指导原则》的疗效评定标准,即结合临床症状、肝功能、血脂、B 超等综合判断。显效:临床症状消失,ALT、AST 恢复正常,TC 下降 $\geq 20\%$,TG 下降 $\geq 40\%$,肝脏 B 超显示肝内回声前部明显减弱,后部衰减明显减轻,肝内血管走行清晰;有效:临床症状好转,TC 下降 $10\% \sim 20\%$,或 TG 下降 $20\% \sim 40\%$,B 超提示脂肪肝好转;无效:未达到以上标准,肝脏 B 超未见好转。

治疗组有效率 92.31%,对照组有效率 53.57%。两组总有效率有非常显著性差异($P < 0.01$),降脂脉安冲剂治疗脂肪肝优于脂必妥。

作者运用补气降脂药物治疗脂肪肝,既可以改善肝功能,降低血脂,又可以通过中药的作用达到减肥的目的,可谓一举两得。

廖

慧等

化痰疏肝活血法治疗脂肪肝

脂肪肝是最常见的弥漫性肝病之一,其发病机制至今尚未明确。现代医学认为可能与多种因素有关,如脂质代谢、激素水平改善、环境和遗传因素、脂质过氧化损害、免疫反应、缺氧和肝循环障碍等。中医认为多因过食肥甘厚味或饮酒过度,损伤肝脾,肝失疏泄,脾失健运,湿热内蕴,痰浊郁结,瘀血阻滞而最终形成湿痰瘀阻,痹阻肝脏脉络而形成脂肪肝。故作者以化痰祛湿、疏肝理脾、活血化瘀为主要治法,药用法夏、陈皮、茯苓化痰祛湿。脂肪肝患者多见肥胖之体形,中医认为“肥人多痰”,《医方集解》主张“治痰通用二陈……”。柴胡、白芍、枳壳、丹参、三七疏肝理脾,活血柔肝。现代药理研究表明,柴胡、白芍、枳壳具有保肝和利胆作用;丹参、三七具有改善血液循环、抗氧化、抗自由基作用;泽泻、金钱草、山楂、大黄清热利湿,消导化痰,具有降脂抑脂作用。全方具有保肝、降脂、抑制甘油三酯合成、增加肝血流量、改善肝功能、防止纤维化和肝硬化之功效。

【临床研究报告】

1. 临床资料

两组 80 例均为专病门诊及住院患者。治疗组 60 例中,男 47 例,女 13 例;年龄最大 67 岁,最小 25 岁,平均 51 岁。对照组 20 例中,男 14 例,女 6 例;年龄最大 65 岁,最小 26 岁,平均 53 岁。两组 80 例中,有饮酒病史 49 例,喜食肥甘厚味者 47 例,肥胖者 59 例,两组一般资料经统计学处理,无显著性差异($P > 0.05$),具有可比性。

2. 诊断标准

①B超查出“明亮肝”，或肝前缘回声增强，肝后缘回声衰减；②肝脏肿大，边缘钝，表面光滑，质地中等；③血清谷丙转氨酶(ALT)、谷草转氨酶(AST)、总胆固醇(TC)、甘油三酯(TG)均不同程度增高；④临床症状多有右肋疼痛或不适感，腹胀乏力。排除由药物、妊娠、甲状腺机能减退、肾脏疾病、糖尿病等引起的继发性脂肪肝。

3. 治疗方法

治疗组用化痰疏肝活血法治疗。方药组成：柴胡 10 g，白芍 15 g，枳壳 10 g，陈皮 10 g，法半夏 10 g，茯苓 15 g，参三七 3 g，丹参 20 g，金钱草 15 g，泽泻 10 g，大黄 6 g，山楂 15 g。每日 1 剂，分 2 次温服。对照组常量口服脂必妥和逍遥丸。两组均以 30 天为一疗程，共治疗 3 个疗程，服药期间停用其他中西药，禁酒，多食蔬菜和水果，低脂饮食及控制体重。

4. 观察项目

主要观察两组治疗前后主要症状改善情况、血脂变化、肝功能变化情况以及肝脏 B 超结果比较。两组治疗前后主要症状改善情况，右肋疼痛、腹胀、乏力均有明显的改善，与本组治疗前比较， $P < 0.01$ ；与对照组治疗后比较， $P < 0.01$ 。两组肝脏 B 超变化结果比较，肝脏回声衰减发生明显变化，与对照组比较， $P < 0.05$ 。

作者结合中医学的原理，运用利湿化痰、疏肝活络、活血化瘀治疗脂肪肝，可以明显地改善症状，保护肝脏功能，降低肝功能的异常指标。

王巧明

化痰涤浊法治疗脂肪肝

脂肪肝系肝细胞内脂质积聚达5%以上,并使肝脏功能受损的一种疾病,病因复杂多样。作者认为本病多因饮酒过度、嗜食肥甘,或感受湿热疫毒等,或病后失养,脾胃受损,湿浊郁滞肝胆所致。病在肝、脾,日久则累及肾脏,痰浊互结是主要病理因素,故治以化痰涤浊为基本法则。基本方中,丹参活血化瘀;川芎、郁金疏肝活血通络,并为引经药;莪术、槟榔行气导滞,化痰散结;泽泻、茵陈利湿化浊;半夏、胆南星燥湿涤痰;更以鸡内金消食滞、助运化。诸药合用,共奏活血化瘀、荡涤痰浊之功。

【临床研究报告】

本组67例均符合B超脂肪肝的诊断标准。其中男46例,女21例;年龄最小27岁,最大71岁;轻度脂肪肝14例,中度脂肪肝44例,重度脂肪肝9例。血生化检查:ALT及AST升高者61例,占91.04%;TG及TC升高者56例,占83.58%。临床表现:乏力为53例,占79.10%;肝区不适及疼痛47例,占70.14%;腹胀63例,占94.02%。

本组病例全部采用中医化痰涤浊法为主治疗,化痰涤浊基本方:丹参30g,川芎、郁金、泽泻、茵陈各12g,半夏、莪术、槟榔、鸡内金各10g,胆南星6g。加减:脾胃虚弱加党参、白术、白扁豆,湿热内蕴加黄芩、薏苡仁、虎杖、白蔻仁,肾精亏损加生地、女贞子、旱莲草、白芍。水煎服,每日1剂。2个月为1个疗程,治疗1~2个疗程后统计疗效。全部病例在治疗期间停用其他降脂、降酶药物,适当控制高脂、高糖饮食,戒酒。

本组67例经1~2个疗程治疗后,24例治愈(主要症状消失,

血脂、肝功能检查正常, B超检查肝内血管显示清晰), 占35.82%; 17例显效(主要症状消失, 肝功能检查正常, 血脂及B超检查明显好转), 占25.37%; 23例有效(主要症状明显好转, 肝功能、血脂、B超检查较前好转), 占34.33%; 3例无效(主要症状及血脂、肝功能、B超检查无变化或加重), 占4.48%。总有效率为95.52%。

【病案举例】

金某,男,43岁,机关干部。1997年5月11日初诊。平素嗜酒及肥甘之品,近2年来经常感觉腹胀,乏力,肝区隐痛不适,纳减,大便溏薄而黏滞不爽,面部晦暗。舌质黯滞、边有瘀斑,苔厚腻,脉弦。化验肝功能:ALT 105 U/L, AST 56 U/L;血脂: TG 4.1 mmol/L, TC 7.9 mmol/L。B超示肝区回声衰减明显,管状结构不能辨认,符合脂肪肝的诊断。证属肝郁脾虚,痰瘀互结。治当化痰涤浊,佐以健脾益气。基本方加减:丹参、决明子各30g,郁金、川芎、泽泻、茵陈、藿香、白术、茯苓、白扁豆各12g,莪术、槟榔、山楂、鸡内金、半夏各10g,胆南星6g。7剂后腻苔稍退,纳增,腹胀、便溏诸症均见好转,上方增损续服达4个月,临床主要症状消失,期间肝功能、血脂检查逐渐恢复正常, B超示肝区后场回声衰减不明显,肝内管状结构清晰可见。获临床治愈。

作者采用化痰涤浊法为主治疗脂肪肝,可以改善临床症状,降低血脂,很好地治疗脂肪肝。

孙
菱
娟
等

化痰泄浊汤治疗脂肪肝

脂肪肝当属中医学之“积聚”、“胁痛”等范畴。其发生多因过食肥甘,或饮酒过度,或湿热邪毒蕴结肝脾,致肝失疏泄,脾失健运,生湿酿痰,痰湿内阻,郁滞成瘀,痰瘀痹阻肝络而成。久则耗血伤气。病位在肝,涉及脾肾,病理证候多为痰浊内阻和气滞血瘀。据此,用化痰泄浊汤治疗本病。方中选丹参、山楂、海藻健脾化痰散结,制大黄、决明子、泽泻清肝化痰泄浊,枸杞子、制首乌滋补肝肾,黄芪、柴胡健脾疏肝。诸药合用共奏化痰泄浊散结、健脾疏肝滋肾之效,补泻并施,标本兼顾,相得益彰。

【临床研究报告】

1. 临床资料

研究的 46 例患者皆为门诊或住院患者,且经 B 超或 CT 检查确诊为脂肪肝。其中,男性 30 例,女性 16 例;年龄在 23~68 岁,平均 42.5 岁;病程最短者 20 天,最长者 11 年;肥胖性脂肪肝 26 人,肝炎后(排除肝炎活动期)脂肪肝 8 人,糖尿病性脂肪肝 7 人(其肥胖与糖尿病并存者 5 人),酒精性脂肪肝 5 人;合并高脂血症者 28 人(胆固醇增高者 22 例,甘油三酯增高者 25 例),伴转氨酶升高者 8 人,有高血压病史者 7 人,有冠心病史者 3 人,无明显症状者 5 人;其临床表现为神疲乏力,腹胀胁痛,纳谷不香,舌质黯红或淡胖、苔多薄腻,脉多弦滑。

2. 治疗方法

以中药化痰泄浊、健脾疏肝为大法,自拟化痰泄浊汤加减。基本方:丹参 30 g,生山楂 30 g,海藻 20 g,制大黄 10 g,决明子

20 g, 泽泻 20 g, 制首乌 20 g, 枸杞子 15 g, 柴胡 10 g, 黄芪 30 g。

气虚便溏者,去决明子、制大黄,加党参、白术、苡仁;肝肾阴虚者,加黄精、女贞子;气滞为甚,胁痛腹胀者,加郁金、枳壳,瘀结较甚,肝脾肿大者,加桃仁、莪术、赤白芍;湿邪较重,胸闷呕恶者,去黄芪、枸杞子;苔白腻者,加苍术、陈皮、法半夏;苔黄腻者,加黄芩、山栀、法半夏;伴高血压者,加石决明、益母草。每日 1 剂煎服,头煎加水 500 mL,煎 30 分钟,取汁 150 mL;二煎加水 300 mL,煎 20 分钟,取汁 150 mL。2 煎混合,分 2 次口服。同时适当的锻炼、禁酒、限制脂肪类食物,糖尿病患者继续服用降糖药控制血糖。

3. 疗效观察

治愈:临床症状缓解,体征、肝功能及血脂恢复正常,B 超显示肝脏脂肪样变性消失。

显效:临床症状、体征及肝功能基本恢复,血脂下降 20% 以上,B 超显示肝脂肪样变性明显好转。

好转:临床症状及体征明显改善,血脂下降 20% 以下,B 超显示肝脂肪样变性好转。

无效:症状或体征稍有改善,B 超无明显变化。

4. 治疗结果

临床治愈 15 例,显效 13 例,好转 10 例,无效 8 例,总有效率 82.6%。全部病例中以单纯肥胖性脂肪肝疗效最好,其临床症状及体征经治疗后均得到缓解或改善,转氨酶升高者治疗后基本恢复正常或接近正常,原血脂高者治疗后血脂均有不同程度的下降。

作者采用活血化瘀、化痰降脂的方法治疗脂肪肝,配合已经明确治疗脂肪肝的药物,可以较快地达到治疗效果。

邓
家
刚
等

黄龙肝脂消合剂治疗 高血脂性脂肪肝

脂肪肝是肝内脂质堆积过多所致的病症。引起脂肪肝的病因很多,高脂血症是其主要病因之一。中医无脂肪肝的病名,属于“积聚”、“痰浊”、“肥气”等病症的范畴。就其病因病机分析,多为饮食不节,嗜食肥甘厚味及长期饮酒所致。另外,感受湿热疫毒,或情志失调,或久病体虚以及食积、气滞等也是导致脂肪肝的常见因素。病机为肝失疏泄,脾失健运,湿热内蕴,痰浊郁结,瘀血阻滞,最终形成湿痰瘀阻互结,痹阻肝脏脉络而成。处理方法主要有活血化瘀法、健脾消导法、清热解郁法、利水渗湿法、养阴疏肝法、通下法等。病变多责之肝脾,遣药处方也多从肝脾着手。患者多有肾气不足、肾精渐亏之象。肾主水,为水脏,肾气不足,水液代谢障碍即可导致痰湿内生;肾精亏损,水不涵木又可引起肝的疏泄功能失常,造成脂质沉积于肝而发病。基于上述认识,作者认为,对脂肪肝的治疗,当益气活血,祛湿消脂,肝脾肾兼顾。黄龙肝脂消合剂正是体现了这一组方原则。方中龙血竭性平,味甘咸,入心、肝经,功具活血化瘀;配以黄芪益气补脾行水,脾气健旺利于湿浊转化;黄芪性温,寓有“病痰饮者,当以温药和之”之义。两药合用切中脂肪肝湿痰瘀的主要病机,具有祛邪扶正,标本兼治的功效。辅以山楂消食行滞,活血化瘀;泽泻利水渗湿,泻肾浊;淫羊藿温肾阳,黄精补肾精,共同调节肾中阴阳,扶正以助祛邪。药效研究提示,龙血竭可降低全血黏度,减少血栓形成。黄芪、黄精有抗炎、抗氧化、抗纤维化及改善免疫等作用,因而有保护肝脏的功能;黄芪还可减少内源性胆固醇而改善高胆固醇血症;山楂、泽泻有降低血

中胆固醇和抗脂肪肝及阻止脂类在血管内滞留或渗透至血管内壁的作用。

【临床研究报告】

方法:100例随机分为两组,观察组给予口服黄龙肝脂消合剂,每日1剂,分2次温服;对照组给予口服非诺贝特片,每次0.1g,每日3次。8周为1个疗程,两组均观察1个疗程。观察治疗前后症状体征及血清甘油三酯(TG)、总胆固醇(TC)、高密度脂蛋白(HDL-C)、低密度脂蛋白(LDL-C)、肝功能和肝脏B超的变化。

结果:观察组总有效率显著优于对照组($P < 0.05$);与治疗前比较,观察组治疗后TG、TC、HDL-C、LDL-C及ALT均明显改善($P < 0.01$);观察组与对照组比较有显著性差异($P < 0.05$)。

结论:黄龙肝脂消合剂治疗高血脂性脂肪肝有较好的疗效。

作者采用益气活血、祛湿消脂方法治疗脂肪肝,兼顾肝脾肾功能,从而有效地抑制脂肪肝的进一步发展,达到治疗疾病的目的。

陆

霞
等

活血化瘀法治疗脂肪肝

现代医学治疗脂肪肝一般采用降血脂,补充维生素,保肝等疗法。中医无此病名,可归于“胁痛”、“癥瘕”、“积聚”等范畴。我们认为脂肪肝多为饮食不节导致肝失条达,肝气郁滞,为痰为瘀,痰瘀阻滞,肝内脉络受阻则出现胁部疼痛,食少纳差,脘腹胀闷等症。方中丹参、泽兰、王不留行、赤芍活血化瘀,通肝脾经脉;延胡索、郁金疏肝理气;山楂祛瘀消滞。全方以活血化瘀为主,配以化痰祛湿、理气通络、益气健脾等法,共奏活血化瘀、祛痰化浊之功。前列腺素 E₁ 具有强烈的扩张血管和抑制血小板聚集的作用,可使肝脏血管扩张,改善肝脏微循环,从而能防止肝细胞脂肪浸润,减少甘油三酯在肝内浸润,防止肝细胞坏死及肝脂肪变性,与主方配合治疗以提高疗效。

【临床研究报告】

1. 临床资料

住院患者,均有不同程度的肝区疼痛,血甘油三酯及(或)总胆固醇明显升高,血液流变学红细胞压积、纤维蛋白原指标升高,谷丙转氨酶轻度升高,B超示脂肪肝。治疗组 40 例中,男 26 例,女 14 例;年龄 26~60 岁,平均 38 岁;病程 3~6 个月 14 例,6~12 个月 11 例,1~3 年 8 例,3 年以上 7 例;临床症状肝区疼痛者 35 例,腹闷食少者 15 例,恶心呕吐者 13 例;辨证分型属气滞血瘀型 15 例,痰湿阻络型 17 例,气虚瘀阻型 8 例。对照组 26 例中,男 18 例,女 8 例;年龄 30~65 岁,平均 40 岁;病程 3~6 个月 8 例,6~12 个月 8 例,1~3 年 6 例,3 年以上 4 例;其中肝区疼痛 24 例,腹

胀食少 20 例,恶心呕吐 8 例;气滞血瘀型 10 例,痰湿阻络型 10 例,气虚瘀阻型 6 例。

2. 治疗方法

治疗组用活血化瘀基本方:丹参 15 g,泽兰 10 g,王不留行 15 g,赤芍 10 g,郁金 10 g,山楂 15 g,延胡索 15 g。气滞血瘀型加柴胡 10 g,川楝子 12 g,枳实 15 g;痰湿阻络型加制胆南星 10 g,土茯苓 15 g,茵陈 15 g,虎杖 15 g;气虚瘀阻型加黄芪 30 g,白术 10 g,枸杞 15 g。每日 1 剂,水煎 2 次,分早晚服,40 天为 1 个疗程。同时前列腺素 E₁ 200 μg 加入生理盐水 500 mL 静滴,每日 1 次,2 周为 1 个疗程。对照组口服复合维生素 2 g,胆碱 0.6 g,肝泰乐 0.2 g,肌醇 0.5 g,每日各 3 次,40 天为 1 个疗程。

3. 疗效标准

治愈:症状消失,血脂、肝功能正常,B 超检查脂肪肝波型消失。

显效:症状基本消失,血脂、肝功能近于正常,B 超检查脂肪肝波型基本消除。

有效:症状大部分消失,血脂、肝功能好转,B 超检查脂肪肝波型减少。

无效:症状大部分未消失,血脂、肝功能无明显好转,B 超示脂肪肝波型未减。

4. 治疗结果

治疗组 40 例,痊愈 20 例,好转 18 例,无效 2 例,总有效率为 95%;对照组 26 例,痊愈 6 例,好转 14 例,无效 6 例,总有效率 76.92%。经统计学处理,两组有明显差异($P < 0.01$)。

作者采用活血化瘀的方法治疗脂肪肝,可以有效地改善症状,降低肝功能的异常指标,与西药相比效果明显。

王 奕 等

活血解毒降脂汤治疗慢性 病毒性肝炎合并脂肪肝

脂肪肝属于中医“胁痛”、“积聚”等范畴,多表现出湿、热、瘀、毒、痰交结的复杂病因,故治则应以解毒利湿清热、疏肝活血散瘀为主,自拟活血解毒降脂汤。方中姜黄,《本草求真》云:“此药辛苦多,行气过于郁金,破血立通,下气最速,气血兼理耳。”现代药理研究证明,姜黄含姜黄酮、姜黄素等,能明显降低实验性高脂血症大鼠及兔的 β -脂蛋白、甘油三酯及胆固醇的含量,抑制血小板聚集,增加纤溶活性,并有利胆及肝脏解毒作用;而泽泻提取物、醇浸剂及醇浸剂膏对乙硫氨酸诱导的动物脂肪肝模型有明显的抑制作用,可减少脂肪含量,并对四氯化碳所致的实验动物肝损伤有显著的保护作用;加之蒲黄、决明子活血祛浊,可抑制外源性脂质的吸收;生山楂、何首乌健脾化湿,可干扰内源性脂质的合成;辅以苦参、鸡骨草解毒清热降酶,赤芍祛瘀活血通络。诸药协同,相辅相成,故取得了明显的疗效。

【临床研究报告】

1. 临床资料

全部 98 例患者均系门诊或住院患者,诊断符合 2000 年 9 月《病毒性肝炎防治方案》修订的关于慢性病毒性肝炎的诊断标准。且 B 超提示为脂肪肝声像图,并伴有血脂升高(总胆固醇 >5.9 mmol/L,甘油三酯 >1.8 mmol/L)及肝功能异常(谷丙转氨酶 >60 U/L,谷草转氨酶 >40 U/L, γ -谷氨酰转移酶 >38 U/L)。随机分治疗组 57 例,男 38 例,女 19 例,其中乙型肝炎 42 例,丙型肝炎 11 例,乙型、丁型肝炎 4 例,平均年龄 48.2 岁;对照组 41 例,

男 29 例,女 12 例,乙型肝炎 28 例,丙型肝炎 9 例,乙型、丙型肝炎重叠感染者 1 例,乙型、丁型肝炎 3 例,平均年龄 46.5 岁。两组在性别、年龄、病程等方面无显著性差异($P > 0.05$),具有可比性。

2. 治疗方法

治疗组给予活血解毒降脂汤。基本方:姜黄、泽泻、决明子各 15 g,生山楂、何首乌、苦参、鸡骨草各 30 g,赤芍 12 g,蒲黄 9 g,生甘草 6 g。加减:兼有两胁胀痛不适加延胡索、制香附、川楝子;恶心欲吐、胃脘饱胀加陈皮、姜半夏、苏梗、鸡内金;口苦口腻,胸膈不舒加生薏苡仁、豆蔻、郁金、茯苓;腰酸膝软,两腿乏力加桑寄生、杜仲、黄精、续断;夜寐不安,失眠多梦加酸枣仁、夜交藤、合欢皮、煅龙骨、煅牡蛎;小便黄赤加黄柏、牡丹皮、车前草。每日 1 剂,分 2 次煎服。

对照组给予血脂康(北大维信生物科技有限公司生产),每日 2 次,每次 2 片,益肝灵,每日 3 次,每次 1 片及维生素 C 每日 3 次,每次 0.2 g,口服。疗程均为 8 周。

3. 观察指标

所有患者治疗前及治疗 8 周后抽血查肝功能及血脂指标,观察谷丙转氨酶(ALT),谷草转氨酶(AST), γ -谷氨酰转移酶(γ -GGT),总胆固醇(TC),甘油三酯(TG)及临床症状的变化情况。

4. 疗效标准

显效:胁痛、腹胀、纳呆、乏力等临床症状明显减轻或消失,肝功能中 ALT、AST 及 GGT 降至正常,血脂显示 TC 及 TG 恢复正常,B 超提示脂肪肝声像图恢复正常。

有效:临床症状减轻,ALT、AST、GGT、TC 及 TG 下降 $> 50\%$,B 超提示脂肪肝声像图明显改善。

无效:临床症状无改善,ALT、AST、GGT、TC、TG 及 B 超未达到有效标准或指标不降反升者。

5. 治疗结果

治疗组 57 例, 显效 24 例, 有效 29 例, 无效 4 例, 总有效率 92.98%; 对照组 41 例, 显效 10 例, 有效 19 例, 无效 12 例, 总有效率 70.73%。两组总有效率比较, 治疗组优于对照组 ($P < 0.05$)。

作者采用活血解毒降脂汤治疗脂肪肝, 根据中医学的原理进行适当的加减, 符合辨证论治的中医特色, 能够有效地改善血脂异常。

彭
汉
光
等加味四逆散对脂肪肝患者
降脂作用的研究

脂肪肝系各种原因引起的肝脏脂肪蓄积过多的病理状态。当肝细胞内脂质蓄积超过 5%，或组织学上每单位面积 1/3 以上肝细胞脂肪变时，称为脂肪肝，其发病机制至今尚未明确。现代医学认为其发生可能与多种因素有关，如脂质代谢异常、激素水平改变、环境和遗传因素、脂质过氧化损害、免疫反应、缺氧和肝循环障碍等均可在其发病过程中起一定作用。脂肪肝为可逆性病变，经早期诊断和合理治疗可完全康复；如不及时治疗，部分脂肪肝患者可发展为肝纤维化，甚至肝硬化。西医一般以降脂治疗为主，疗效不甚理想。中医将此病归属“癥瘕”、“积聚”、“胁痛”、“痰浊”、“肥气”、“黄疸”、“膨胀”等范畴，证型的划分目前尚未统一。中医治疗原则归纳为保肝治疗、降脂治疗、对症治疗三个方面，与现代医学主要采用抑制甘油三酯合成、增加肝血流量、改善肝功能、防止肝纤维化和肝硬化发生等治疗思路有相似之处，为今后进一步研究和筛选降肝脂的中药复方提供了依据。总体看，中医认为脂肪肝系肝失条达，肝郁血瘀脾虚，瘀血阻络所致脂质沉积于肝而发病。选用四逆散合夏枯草、白花蛇舌草及活血消脂健脾等品化裁，经合理的工艺、稳定的质量标准研制出加味四逆散，临床观察疗效良好，既能有效治疗肝损伤，降低 ALT 等指标，又有明显降脂作用。该制剂降脂作用较强，尤以 TG 下降为明显，有利于抑制脂肪肝的发生与进展，可能与其能改善肝脏脂代谢、抑制外源性胆固醇吸收及肝内 TG 的合成有关。另外，该方具有活血化瘀、改善血液流变学指标的作用，也可能是其治疗效果优于对照组的原因之一。

【临床研究报告】

1. 临床资料

92例脂肪肝患者中,73例伴有高脂血症,均按文献标准诊断,中医辨证符合肝郁、血瘀、脾虚证型。其中治疗组43例,男29例,女14例;年龄30~62岁,平均(42±3.8)岁;病情属轻度16例,中度22例,重度5例;病程1~5.6年。对照组30例,男21例,女9例;年龄31~65岁,平均(41±2.7)岁;病情属轻度12例,中度15例,重度3例;病程1~6.3年。两组资料无显著性差异,具有可比性。

2. 治疗方法

两组治疗前10日均停用降脂、保肝药物。治疗组服用加味四逆散胶囊(每粒含提取物0.45g,相当于生药3.8g),每次3粒,3次/天。对照组服东宝肝泰片(主要成分为蛋氨酸、重酒石酸胆碱及维生素类),每次3片,3次/天;另服月见草油胶丸,每次2粒,3次/天。两组均以1个月为1个疗程,2个疗程后评定疗效。

3. 观察指标

两组均于治疗前及治疗后2天内空腹静脉采血。用速效法测胆固醇(TC)、甘油三酯(TG),用酶法测定(浙江上游试验厂试剂,法国梅里埃全自动生化分析仪)高密度脂蛋白(HDL-CH),用成都医疗仪器厂NXEⅡ型血流变检测电脑分析仪检测全血黏度(锥板式)。统计学处理采用 t 检验。

4. 疗效判定标准

临床控制:症状消失,实验室检查正常。

显效:症状消失,血脂下降20%~40%。

有效:症状减轻,血脂下降10%~20%。

无效:临床症状改善不明显,血脂下降<10%。

5. 治疗结果

治疗组临床控制16例(37.21%),显效13例(30.23%),有效

11例(25.58%),无效3例(6.98%),总有效率为93.02%。

对照组临床控制8例(26.67%),显效6例(20%),有效9例(30%),无效7例(23.33%),总有效率为76.67%。

两组总有效率比较有显著性差异($P < 0.05$)。

6. 方法

将73例脂肪肝伴高脂血症患者随机分为两组,治疗组43例给予加味四逆散治疗,对照组30例给予东宝肝泰片治疗,两组均以1个月为1个疗程,总疗程均为2个月。在两组患者治疗前后分别观察临床症状,检测血胆固醇、甘油三酯、高密度脂蛋白及血黏度。治疗组临床总有效率为93.02%,对照组为76.67%,两者差异显著($P < 0.05$)。证明加味四逆散可明显改善脂肪肝伴高脂血症患者的临床症状、血脂及血黏度。

罗登旭

加味四逆散治疗脂肪肝

脂肪肝属中医“积聚”范畴。多因饮食不节,嗜食肥甘厚味之物,嗜酒成性而致。主要病机为肝脾功能失调,痰湿瘀阻。病位在脾和肝,最后波及肾。因此,治当健脾益气,疏肝理气,活血化瘀,养肝滋肾,佐以清热利湿。加味四逆散方中黄芪、党参、白芍、女贞子、制首乌、黄精、茵灵芝健脾益气,养肝滋肾,以调整肝脾肾三脏功能;当归、赤芍、丹参、姜黄、山楂、桃仁活血祛瘀;柴胡、枳实疏肝理气;泽泻、垂盆草、鸡骨草清热利湿。现代药理学研究认为,柴胡、茵灵芝、泽泻、姜黄、山楂、制首乌、决明子、黄精、当归、女贞子、丹参具有不同程度的降脂作用;垂盆草、鸡骨草、茵灵芝、女贞子、柴胡、黄芪具有保肝作用;党参、黄芪、茵灵芝、当归、丹参、女贞子具有增强免疫功能的作用;姜黄、丹参、桃仁、赤芍具有改善微循环、防止肝纤维化的作用。全方能改善肝功能和微循环、抑制胆固醇增高、降低甘油三酯、阻止肝纤维化的发生,故治疗脂肪肝疗效较好,值得临床推广运用。

【临床研究报告】

1. 临床资料

研究的 35 例均为肝病专科门诊患者。其中男 27 例,女 8 例;年龄 20~62 岁,平均(35.5±6.5)岁;病程 2 个月至 15 年,平均(3.5±2.1)年。其中酒精性脂肪肝 15 例,肥胖性脂肪肝 10 例,糖尿病性脂肪肝 4 例,乙肝合并脂肪肝 6 例。主临床表现为肝区疼痛或不适、腹胀、乏力、纳差。ALT、AST 均 ≥ 40 U/L, γ -GT ≥ 50 U/L, ALP > 160 U/L, TG ≥ 1.7 mmol/L, TC ≥ 5.68 mmol/L。B 超均提示脂肪肝,其中轻度 20 例,中度 13 例,重度 2 例。

2. 诊断标准

(1) 身体肥胖,既往有肝炎、糖尿病或长期大量饮酒史。

(2) 肝区疼痛或不适,易乏力,腹胀,恶心呕吐,食欲减退,重症可见腹水或水肿;或有内分泌功能失调和维生素缺乏症,如乳房发育,月经过多,闭经,阳痿,皮肤瘀斑等。

(3) 查体肝脏肿大、质韧而边缘钝厚者。

(4) 实验室检查:ALT、AST 均 ≥ 40 U/L, γ -GT ≥ 50 U/L,ALP > 160 U/L,TG ≥ 1.7 mmol/L,Tch ≥ 5.68 mmol/L。

(5) B超提示脂肪肝。

3. 治疗方法

一般治疗:戒酒,控制饮食,以低脂肪、低糖、高蛋白为主,适度活动。如ALT、AST升高两倍以上者以休息为主。

药物治疗:加味四逆散,药用垂盆草、鸡骨草、黄芪、山楂、泽泻、女贞子、制首乌、决明子、黄精各30g,柴胡、赤芍、白芍、桃仁、枳实各12g,当归15g,丹参、姜黄、党参各20g,茵灵芝12~15g。睡眠差者加炒酸枣仁30g,胁痛者加郁金15g或延胡索15g,月经不调加益母草30g、制香附15g,纳差加砂仁12g,腹胀者加厚朴12g或台乌药12g,ALT、AST较高者加平地木30g,TB升高者加田基黄30g,GLU升高加枣皮20g。将茵灵芝先煎开30分钟,纳入上药再煎开30分钟,取出药汁,以后再煎2次,每次约25分钟,将3次煎液混合,量约500~600mL,分5次温服,每日1剂。总疗程8周。

4. 治疗结果

显效:临床症状、体征消失,ALT、AST正常, γ -GT、ALP下降 $\geq 50\%$,TC下降 $\geq 20\%$ 或TG下降 $\geq 40\%$,B超未提示脂肪肝。

有效:症状、体征改善,ALT、AST < 80 U/L, γ -GT下降30%~49%,TC下降10%~19%,TG下降20%~39%,B超的声像图特点改变由重度转为中度、中度转为轻度。

无效:未达到有效标准。

观察加味四逆散治疗脂肪肝 35 例的疗效。结果:临床症状基本消失,肝功能、血脂及 B 超均获得较大的改善,总有效率 91.4%。加味四逆散对脂肪肝具有治疗作用。作者采用已经明确可以治疗脂肪肝的处方进行加减,可以明显地改善症状和降低血脂的指标,有助于提高临床疗效。

周 修 通

加味枳术汤治疗高脂血症 性脂肪肝

脂肪肝是肝细胞内中性脂肪堆积过多的病症。常见病为高脂血症、酗酒、肥胖症、糖尿病、慢性肝炎,其他尚有内分泌障碍、药物及毒物中毒(如雌激素、皮质类固醇、某些抗肿瘤药)等,临床上高脂血症性脂肪肝占70%以上。现代研究证明,脂肪肝的形成与脂肪代谢障碍有关,使肝细胞合成增加和氧化减少,使脂肪在肝细胞中堆积所致。故西医目前主要是针对病因对症治疗,尚缺乏理想的药物。中医学认为,脂肪肝属“积聚”、“胁痛”、“痰浊”、“痞满”、“瘀血”之范畴。《金匱要略》曰:“心下坚,大如盘……枳术汤主之。”其所记述的证候类似脂肪肝。《素问·经脉别论篇》曰:“饮入于胃,游溢精气,上输于脾,脾气散精,上归于肺,通调水道,下输膀胱,水精四布,五经并行。”《素问·五常政大论篇》曰:“发生之纪,是谓启陈,土疏泄,苍气达,阳和布化,阴气乃随,生气淳化,万物以荣。”中医认为,脂肪肝的产生主要责之于肝脾肾三脏。因膏粱厚味,或酒湿痰食太过所致的高脂血症性脂肪肝,有脾失健运,水湿内停,或湿聚生热,热结为痰,以致肝失疏泄,土壅木郁,痰瘀交阻的病机。此外肾气不足,气化不及,又加重痰湿瘀滞。故确立疏肝健脾,补肾活血,祛湿化痰的治则。华岫云总结叶天士《临症指南医案》郁病治法说:“先生用药大旨,每以苦辛凉润宣通,不投燥热敛涩呆补。”邹时乘总结叶天士治疗肝着胁痛之法也说:“先生辛温通络,甘缓理虚,温柔通补,辛泄宣瘀等法,皆治肝着胁痛之剂。”《类证治惑》谓:“大抵肝为刚脏,职司疏泄,用药不宜刚而宜柔,不宜伐而宜和,正仿《内经》治肝之旨也。”作者自拟加味枳术汤,由《金匱》枳术汤变化而来,以枳壳、白术健脾消痞;山楂消食化痰,散

瘀行滞;丹参、郁金活血祛瘀;首乌、枸杞子、白芍滋阴补肾,养血柔肝,使之利湿而不伤阴,活血而不耗血,起降低血脂的作用;党参、黄精益气健脾;泽泻、决明子、石燕清热利湿,泄浊降脂,共奏甘缓理虚、温柔通补、辛泄宣瘀之功,使肝脾得调,湿痰得化,气机得畅,瘀血得祛。从而有效调节血脂和改善肝功能,体现中医整体观的优势。现代药理研究也证实,山楂、首乌、决明子、丹参、泽泻等对降低血脂有确切疗效,研究前景诱人。

【临床研究报告】

1. 临床资料

本组 79 例,系 1997 年 3 月至 1998 年 6 月的门诊患者。随机分为治疗组 49 例,其中男 14 例,女 35 例。对照组 30 例,其中男 12 例,女 18 例。年龄 42~68 岁,平均 55 岁。治疗前两组间均无显著性差异($P > 0.05$),因而具有可比性。均符合以下脂肪肝的诊断标准:①肝区不适或胀痛,伴肝功能轻微改变或异常;②血脂增高,胆固醇(TC) $> 6.0 \text{ mmol/L}$ (酶法),甘油三酯(TG) $> 1.7 \text{ mmol/L}$ (酶法);③B 超检测呈明亮肝及回声波衰减或 CT 检测出肝密度普遍降低,并排除糖尿病、慢性肝炎等病因。

2. 治疗方法

治疗组给予加味枳术汤,药用:枳壳、白术、白芍、生山楂、郁金、丹参、首乌、黄精、枸杞子、决明子、泽泻、石燕等,水煎服,每日 1 剂,早晚各 1 次。肝区痛甚加炒延胡索、姜黄;脾气虚弱加党参;肾阳虚弱加淫羊藿;湿盛加苍术;瘀血甚加炮山甲;肝功能异常加平地木、虎杖。

对照组给予益肝灵片,每次 2 片,每日 3 次。多烯康胶丸,每次 2 粒,每日 3 次,以上治疗 3 个月为 1 个疗程。疗程结束后复查血脂、肝功能、B 超,并进行统计学分析。

3. 治疗结果

疗效判定标准参照《临床疾病诊断依据治愈好转标准》来

评定。

显效:临床症状消失,血脂降至正常,肝功能恢复正常,B超检查脂肪肝消失。

有效:临床症状缓解,血脂及肝功能明显下降,B超检查有明显改善。

无效:临床症状,血脂、肝功能、B超检查等较治疗前无明显改善。

4. 总疗效比较

根据临床症状、血脂及B超分析,治疗组显效18例,有效25例,无效6例,总有效率为88%。对照组显效11例,有效6例,无效13例,总有效率为56.7%。经 X^2 检验,两组疗效有显著性差异($P<0.01$)。

血脂变化比较:治疗前后两组自身对照,治疗组有显著性差异($P<0.01$),对照组无显著性差异($P>0.05$)。治疗后与对照组比较,有显著性差异($P<0.05$)。

肝功能变化比较:治疗组与对照组对改善肝功能有显著性差异($P<0.05$)。

临床疗效比较:治疗组在治疗前有倦怠乏力,腹部胀满,肝区不舒等症状37例,治疗后有33例症状改善,占89%。对照组22例中,14例症状改善,占63.3%。两组比较治疗组优于对照组($P<0.05$)。

B超疗效比较:治疗组49例治疗后B超显示,显效18例占37%;有效25例占51%;对照组30例中,显效2例占6.7%;有效15例占50%;无效1例占43.3%。两组比较,治疗组明显优于对照组($P<0.05$)。

作者采用加味枳术汤治疗脂肪肝,可以有效地促进肠蠕动,促进脂肪的消耗,使血脂下降,与对照组相比较有明显的疗效。



健脾化浊法治疗Ⅱ型 糖尿病合并脂肪肝

Ⅱ型糖尿病合并脂肪肝属临床常见病。以体形肥胖,乏力腹胀,口干便溏,舌质紫黯边有齿痕,苔腻脉弦为特征。中医认为,以脾虚、痰湿、瘀滞为主要发病机制,其中以脾虚失运为本,痰湿、瘀滞为标。治宜健脾启中、祛浊扬清,使痰湿、瘀血得以化解,方可使血糖下降、脂肪肝消除。健脾化浊基本方中,黄芪、党参、茯苓、白术健脾益气,启动中枢,改善脾虚症状,降血糖,防止肝脏脂肪浸润,增强机体免疫功能;苍术、泽泻渗利湿浊,既降血糖,又化解肝脏脂肪;丹参、山楂活血通经,抑制血小板凝聚,改善微循环;玫瑰花、海藻利气祛痰、化痰消肿、降脂提神;葛根升发脾胃清阳,可增强降脂功能;柴胡疏肝调经,理脾助运而畅气机,可活化肝脏功能。诸药合用,共奏益气健脾、助运化浊之功,故而取效满意。

【临床研究报告】

本组 56 例均选自门诊首诊或中断降糖治疗 2 个月以上的患者,均符合 1985 年世界卫生组织(WHO)提出的Ⅱ型糖尿病诊断标准,并经 B 超、血脂、肝功能等辅助检查而确诊为脂肪肝。随机分为治疗组和对照组。治疗组 38 例,男 25 例,女 13 例;年龄 35~65 岁,平均 54.3 岁;病程 6 个月至 16 年,平均 4.8 年;伴有慢性乙型肝炎 5 例,高血压 3 例,冠心病 2 例,神经病变 2 例。对照组 19 例,男 13 例,女 6 例;年龄 35~68 岁,平均 52.6 岁;病程 7 个月至 14 年,平均 5.1 年;伴有慢性乙型肝炎 2 例,高血压 2 例,冠心病 1 例,神经病变 1 例。两组在性别、年龄、病程和并发症等方面,均具有可比性。

两组患者均按常规控制饮食,并发冠心病、高血压者加服心痛

定 10 mg/次,每日 3 次。

治疗组:以健脾益气、助运化浊为治则,基本方为茯苓、泽泻、海藻、葛根各 15 g,黄芪、生山楂各 30 g,苍白术、玫瑰花、柴胡各 10 g,丹参 20 g。加减法:偏郁热者加黄柏 10 g,栀子 12 g;阴虚者加枸杞子、玉竹各 15 g;气滞者加合欢皮 10 g,香附 15 g。每日 1 剂,文火浓煎 2 次,混合后共取汁 300 mL,分早、中、晚 3 次温服。服用中药汤剂期间,停用其他降糖、降脂中西药物。

对照组:口服优降糖 7.5~15 mg/d,或并用降糖灵(25~75 mg/d),东宝肝泰片(每次 3 片,每日 3 次)。两组均以 1 个月为 1 个疗程,连续 2 个疗程后复查 B 超、血糖、血脂及肝功能,对照标准判断疗效。

疗效标准显效:症状消失,空腹及餐后 2 小时血糖正常或较治疗前下降 50% 以上,B 超复查肝脏回声正常,轮廓清晰,血脂及肝功能均正常;有效:症状基本消失或明显减轻,空腹及餐后 2 小时血糖下降 30%~50%,但仍高于正常,B 超复查肝脏回声基本正常,血管欠清晰,血脂及肝功能仍有轻度异常;无效:治疗前后症状及各项检查结果均无明显变化。治疗组 38 例中,显效 17 例,有效 18 例,无效 3 例,总有效率为 92.11%;对照组 19 例中,显效 4 例,有效 9 例,无效 6 例,总有效率为 68.42%。两组疗效相比,治疗组优于对照组,且有显著性差异($P < 0.05$)。

作者用健脾化浊方法治疗糖尿病性脂肪肝,既可以治疗糖尿病,又可以治疗脂肪肝,与对照组比较有显著性差异。

李 华 等

降脂护肝汤治疗酒精性脂肪肝

酒精性脂肪肝是常见的肝病,这与气候寒冷和人群饮食习惯有关。饮酒导致的脂肪肝多表现为甘油三酯增高。因为乙醇使肝内脂肪氧化减少,使还原型辅酶 I 增加。致使磷酸-二氢丙酮变为 α -磷酸甘油——此为甘油三酯的前驱物,从而导致甘油三酯的含量增加,肝细胞广泛的脂肪浸润。中医认为酒为形寒质热之品,其形寒似水易伤脾阳致脾胃运化失司;其质热又可扰气血致肝胆疏泄失常,水谷精微不能正化而成湿热浊毒,蕴蓄肝胆而成瘀邪阻络。故治宜益气活血、清利肝胆,兼消导去浊。本方中黄芪益气助运,茵陈清利肝胆,苦丁茶清热化积,生山楂磨积消食,泽泻利湿化痰,草决明清肝祛痰,三七活血化瘀。现代药理研究上述药物具有降脂、利胆、改善循环、抗肝纤维化等功效,经临床观察,此方治疗脂肪肝确有良效。

【临床研究报告】

1. 临床资料

63 例均为肝病门诊患者,男 61 例,女 2 例;年龄最小者 30 岁,最大者 53 岁;其中肥胖者 50 例,巨力型 13 例;饮酒史最长者达 13 年,最短 8 年;饮酒量最多达每日 1 000 mL,其中每日饮酒 150 mL 者 37 例;肝炎病史者 20 例。

2. 诊断标准

①肝区隐痛或伴胃脘不适;②B 超提示肝包膜欠光滑,肝内光点密集增强,肝内管系显示不清,肝后缘回声衰减;③ALT、血脂升高。

症状、体征及实验室检查:63例中有55例偶作肝区隐痛,37例胃脘不适,32例肝大(1.5~3.5 cm)。血ALT升高(41~181)25例,胆固醇升高(6.17~11.8 mmol/L)12例,甘油三酯升高(2.01~9.18 mmol/L)43例。B超:肝内包膜欠光滑,肝内光点密集增强、管系显示不清、肝后缘回声衰减63例。舌红、苔黄腻者47例,舌边有瘀斑者14例。

3. 治疗方法

(1) 一般疗法

禁酒;多食蔬菜、水果、低脂、低碳水化合物、高蛋白饮食;适当运动、减肥。

(2) 药物治疗

降脂护肝汤:生黄芪、生山楂、泽泻、草决明各10 g,三七6 g,茵陈、苦丁茶各3 g。ALT升高者,加五味子10 g。每日1剂,煎水服500 mL,1个月为1个疗程,一般为3个疗程。

4. 疗效标准

临床治愈:症状体征消失,B超提示肝脏常大、包膜光滑,肝内回声光点分布均匀、肝内管系显示清楚,实验室查ALT及血脂正常。

显效:症状消失,体征消失,肝内回声光点尚均匀,肝内管系显示尚清晰,B超影像较为好转。

有效:症状体征减轻或好转,B超肝脏回声光点分布欠均匀、亮度增强,肝内管系显示欠清晰,肝后缘回声可见无明显衰减。

无效:症状体征及实验室检查、B超治疗无明显变化。

5. 治疗结果

除3例未禁酒、4例未坚持服药外,其余56例中临床治愈17例,显效23例,有效16例。总有效率100%。

作者用降脂护肝汤治疗脂肪肝可以改善血脂的水平,降低脂肪肝的严重程度,有利于脂肪肝的治疗。

魏文辉

降脂化湿健脾活血法治疗脂肪肝

脂肪肝的病因由长期过量饮酒或肝炎后体重增长过快、糖尿病肥胖、高脂血症、胆囊炎、胆石症和化学物中毒所致,属中医“胁痛”、“痰浊”、“积聚”范畴,其病机为过食膏粱厚味或嗜酒过度,导致脾胃运化失调、痰湿瘀阻、气滞血瘀。作者采用降脂化湿、健脾活血法治疗脂肪肝,使痰瘀得化,气血通畅。选用荷叶升清降浊,生山楂健脾,泽泻、茵陈利湿,丹参活血化瘀,何首乌、决明子补肝肾益精血,以防利湿伤阴耗血。现代药理研究提示,泽泻有降低血中胆固醇、血糖和抗脂肪肝等作用,有阻止脂类在血管内滞留或渗透到血管内壁的功能,并能促进胆固醇的运输和清除作用;山楂有扩张血管,降低胆固醇,增加胃液分泌,促进脂肪消化作用;茵陈、何首乌能抑制肠道吸收 TG,能阻止 TG 在肝内沉着,并促进血浆中 TG 的运输和清除;丹参改善肝脏微循环,增加血流量,促进脂肪在肝中的分解,从而降低肝内脂肪的含量。

【临床研究报告】

1. 临床资料

32 例患者中,男 29 例,女 3 例,年龄最小者 24 岁,最大 53 岁,肥胖者 26 例,有乙肝病史者 10 例,饮酒史 15 例,ALT 异常者 25 例。

2. 诊断依据

①病史:饮食失调,饮酒嗜好,肝炎、高脂血症、糖尿病等;②体征:形体肥胖,肝脏肿大;③临床症状:肝区痛或不适,头晕目眩;④化验检查:肝功能轻度或中度异常(ALT, γ -GT、LDH 升高)、血脂增高、总胆固醇 $> 7 \text{ mmol/L}$ 、甘油三酯 $> 1.8 \text{ mmol/L}$;⑤肝脏 B

超:体积轻中度肿大,所测各部分大于正常值,肝区光点密度稍增强,肝脏后方回声有不同程度衰减现象。

3. 治疗方法

药物组成:荷叶 10 g,生山楂 30 g,泽泻 20 g,决明子 30 g,何首乌 30 g,丹参 10 g,茵陈 15 g,若肝区胀痛,加柴胡 6 g,郁金 10 g;ALT 升高者,加垂盆草 30 g,田基黄 30 g;舌质紫黯者,加当归 10 g,桃仁 10 g,红花 5 g;舌苔白腻者,加法半夏 10 g,炒苡仁 30 g;每日 1 剂,水煎服,3 个月为 1 个疗程。

4. 疗效标准与结果

临床治愈:症状、体征消失,B 超提示肝脏形态恢复,肝内小血管显示清晰,血脂正常 15 例。

显效:症状、体征明显好转,B 超提示肝脏后缘回声衰减明显减轻,甘油三酯下降 $\geq 40\%$ 或血胆固醇下降 $\geq 20\%$ 11 例。

有效:症状、体征好转,B 超提示肝后缘回声衰减减轻,甘油三酯下降 20%~40%,胆固醇下降 10%~20% 5 例。

无效:症状、体征、B 超未改变或无好转,达不到有效标准 2 例,总有效率 93.7%。

作者采用具有降血脂作用的药物组成的方药,对脂肪肝进行治疗,取得较好的疗效,这是采用现代药理学研究证明具有降血脂作用的药物治疗脂肪肝的一个很好的证明。

杨 饮 河 等

降脂宁肝胶囊治疗脂肪肝

根据其临床表现,脂肪肝多归属中医的“胁痛”、“痰症”、“湿阻”、“积聚”等范畴。脂肪肝的病因病机多为过食厚味,饮食失节,嗜酒无度,情志不调等,导致脾失健运,肝失疏泄,肾之气化无权,水湿、痰浊、瘀血内停,化生脂浊,留着肝络而成,因此以祛湿活血化痰、健脾疏肝益肾立法用药,取得满意疗效。方中苍术、泽泻祛湿运脾以绝痰源,三七活血化瘀通络、改善微循环,柴胡、厚朴疏肝理气解郁,茵陈等清肝泄浊、宣壅除滞,白术益气健脾,制何首乌滋养肝肾,以防祛邪伤阴耗血之弊,顾其肾水涵木、肝木体阴用阳之生理特点。诸药合用,湿痰瘀血同治,气血并调,共奏祛湿化痰清热、活血通络除滞、疏肝解郁利胆、健脾养肝益肾之功,使肝木条达,脾土健运,肾气得充,气机宣通,血脉畅行,水精四布,湿痰瘀血得除,脂浊难凝,则其病难成。故用其治脂肪肝收效较好,除少数人服药开始阶段大便次数略有增多,继续服用则大便转为正常外,未发现有其他毒副反应。

【临床研究报告】

1. 临床资料

53例脂肪肝均系门诊患者,男39例,女14例,年龄25~68岁,平均38.5岁;病程最短2个月,最长11年,平均22个月,其中肥胖37例,长期饮酒史18例,Ⅱ型糖尿病史10例,慢性肝炎病史15例。均无营养不良史和药物中毒史。

2. 诊断标准

按照叶维法主编《临床肝胆病学》(天津:天津科学技术出版

社,1985:927~933)中的标准明确脂肪肝的诊断。中医辨证参考《中医诊断学》中的有关内容,分为肝气郁结 13 例、脾虚湿盛 12 例、肝胆湿热 19 例、痰瘀阻络 9 例,4 种证型。

3. 实验室检查

B 超提示脂肪肝 53 例,轻度 17 例,中度 24 例,重高 12 例;谷丙转氨酶(ALT)升高 32 例,血清胆固醇(TG)升高 34 例,血清甘油三酯(TC)升高者 41 例。

降脂宁肝胶囊是作者临床应用治疗脂肪肝的经验方,主要药物有泽泻、苍术、三七、厚朴、柴胡、茵陈等,经现代制剂技术提炼制成工艺稳定、质量可控的新剂型,每粒 0.5 g 相当于生药 3.37 g,每次 4 粒,每日 3 次,口服。30 天为一疗程。嘱患者服药期间停用其他各类降脂药物,并加强体育锻炼,调整饮食结构,控制体重,忌嗜烟酒,积极治疗原发病。

4. 疗效标准

临床治愈:症状和体征消失,B 超肝脏回声、大小恢复正常,或回声基本恢复正常,实验室检查正常。

显效:症状和体征消失,B 超肝脏回声、大小基本恢复正常,ALT、TG 下降 40% 以上,TC 下降 20% 以上。

有效:症状明显减轻,B 超肝脏回声近场增强,远场衰减不明显,ALT、TG 下降 20% 以上,TC 下降 10% 以上。

无效:症状改善不明显,治疗前后 B 超无变化,或症状体征等表现加重,ALT、TG 下降 20% 以下,TC 下降 10% 以下。

5. 治疗结果

临床治愈 22 例(41.5%),显效 16 例(30.2%),有效 10 例 18.9%;无效 5 例(9.4%),总有效率 90.6%。各临床证型之间经统计学处理无显著差异($P > 0.005$),说明该药对各种原因所致的脂肪肝均有较好的疗效,其作用机制值得进一步探讨。

血 ALT、TG、B 超变化情况 用药 3 个疗程后,TC、TG、ALT

较治疗前均有明显降,肝脏 B 超较治疗前有明显改善,经统计学处理,均有显著性差异($P < 0.01$)。

【病案举例】

袁某,男,41岁,干部。因肝区胀满不适2个月余就诊。患者于1年前健康体检时发现脂肪肝,未引起重视,近2个月来自感肝区胀满不适。诊见:肝区胀满不舒,时有隐痛,形体较胖,面色略暗,脘腹痞闷,口苦,倦怠,大便略干,小便黄浊,舌红稍暗、苔黄腻,脉弦滑数。化验:TC 7.65 mmol/L, TG 3.92 mmol/L, ATL 4250.85 mmol/(s·L), AST 1616.99 mmol/(s·L)。查体:肝肋下2.5 cm,剑突下3 cm。B超提示:肝内光点细密,近场回声明显增强,远场回声明显衰减,肝内血管结构不清晰,难以辨认。西医诊断:脂肪肝重度+;中医诊断:胁痛,证属肝胆湿热夹瘀。服用降脂宁肝胶囊1个疗程后,体重有所下降,精神转佳,除肝区略感不适、舌质仍稍暗、苔略腻外,其他诸症消失。TC 6.55 mmol/L, TG 3.22 mmol/L, ATL 2417.15 mmol/(s·L), AST 1116.89 mmol/(s·L)。肝脏 B 超改善不明显。继续服药2个疗程,上述诸症得除,血脂、肝功能及肝脏大小结构均恢复正常。嘱患者注意调节饮食,适当运动。随访1年未见复发。

常规治疗肝脏疾病的药物,可以明显地改善肝脏功能,缓解肝区症状,疗效明显,有一定的实用性。

苗宇船等

降脂平肝汤治疗肥胖性脂肪肝

脂肪肝属中医学“胁痛”、“痰浊”、“血瘀”范畴,多因长期过食肥甘厚味,过量饮酒以致伤及脾胃,脾失健运,痰湿内结,或肝失疏泄,气机不畅,气滞血瘀,痰瘀互结,络脉阻滞而成。临证多以痰、湿、瘀、积为主。故治疗上当以调肝脾、化痰湿、祛瘀血、消积滞为法。降脂平肝汤方中丹参活血化瘀,疏通经络;泽泻甘淡性寒,健脾利湿;大黄苦寒泻下,逐瘀通经;生山楂养血活血,消食散积。四药配伍,君臣互助,共奏降脂平肝之功。在治疗过程中,患者一定要坚持治疗并积极配合,采用低糖、低脂、高蛋白饮食,禁止暴饮暴食,禁止饮酒,并适当进行体育锻炼,方可提高和巩固疗效。临床观察表明,以降脂平肝汤为主方,临证辨证加减可以降脂、降酶,治疗肥胖性脂肪肝未见明显不良反应。

【临床研究报告】

1. 临床资料

39例中,男25例,女14例;年龄32~64岁,平均52.7岁;病程1~6年;39例均超过标准体重。

2. 诊断标准

- (1)病史:形体肥胖,饮食失调,肝炎或糖尿病史。
- (2)临床表现:疲乏无力,肝区隐痛或不适,胃脘胀满。
- (3)实验室检查:ALT轻度异常,TC \geq 6 mmol/L, TG \geq 2.0 mmol/L。
- (4)B超显示肝脏肿大,肝实质回声近区增强,远区衰减。

3. 统计学方法

结果均以均数±标准差($X \pm S$)表示,采用 SPSS10.0 计算机软件包 ONEWAY-ANOVA 方法进行统计分析。

4. 治疗方法

一般治疗:①调整饮食结构,减少高脂饮食摄入,并适度节制饮食;②适当锻炼,注意休息,起居有时;③禁止饮酒。

降脂平肝汤:丹参、泽泻、生山楂各 30 g,大黄 10 g 等。肝区胀痛者加延胡索、白芍;痰多湿盛者加半夏、陈皮;气短乏力者加黄芪、党参;脾虚便溏者去大黄。每日 1 剂,水煎 2 次,混合后分 2 次服。2 个月为 1 个疗程。

5. 疗效观察

显效:临床症状明显减轻或消失,TC、TG、ALT 均降至正常范围,B 超显示肝脏基本正常;有效:临床症状明显减轻或消失,TC、TG、ALT 恢复正常或好转,B 超显示肝脏明显改善;无效:临床症状、实验室检查、肝脏 B 超均无任何改善甚至加重。

6. 治疗结果

39 例中,显效 5 例,有效 28 例,无效 6 例,总有效率为 84.6% (95% 的可信区间为 73.3%~95.9%)。

作者运用降脂平肝汤治疗脂肪肝,配合一般治疗方法,可以明显地改善脂肪肝的症状,并且不会出现不良反应。

黄晓鸣

降脂清肝饮治疗 高脂血症性脂肪肝

近年来,随着人们生活水平提高,膳食结构改变,高脂血症及脂肪肝的发病率呈明显升高趋势且有显著的年轻化倾向。某些青少年由于无明显症状、体征,往往在体检时才发现患病且已造成较严重的肝功能损害。临床经验提示,某些脂肪肝患者即使未受肝炎病毒侵犯,由于脂肪浸润,其肝功能指标亦可反复波动,较难治愈;如受病毒感染(尤其是受乙肝病毒感染),则其病理表现及治疗更趋复杂化。虽然目前在中医、中西医结合方面对高脂血症合并脂肪肝的治疗研究已引起一定程度的重视,但远不及在心血管方面的相关研究进行得深入透彻。作者通过临床和药理筛选后,确定降脂清肝饮的配方,经临床观察 32 例,其降脂和护肝两方面的综合疗效明显优于西药对照组,且未见任何毒副作用。目前观察例数仍较少,有待进一步扩大临床观察样本。根据中医理论,高脂血症、脂肪肝的形成多因恣食肥甘厚味,更兼缺少运动,以致脾失健运,不能运湿布津,水谷精微不归正化凝聚为痰湿;土虚木乘,肝失疏泄,气血瘀阻,痰浊瘀滞于血脉则气血通行不畅,轻则眩晕,重则发为“中风”、“真心痛”;痰浊瘀积于肝脏则形成脂肪肝,故治疗上以利湿化浊、疏肝活血为治疗大法。降脂清肝饮中,以茵陈、栀子、大黄组成的茵陈蒿汤清理脾胃、肝胆湿热;佐以虎杖荡涤脏腑,推陈出新,促进脂肪从肠道排出,减少吸收;山楂消食导滞;丹参、郁金行气活血使体内之痰浊瘀阻得以消散、排除而达降脂之目的;泽泻、石见穿、绞股蓝等均有清利湿浊、导湿下行之功;更兼柴胡疏肝解郁、升举清阳之气,全方共奏升清降浊、行气活血、祛瘀生新之功。

现代药理研究证实,大黄、虎杖、首乌含大黄酸和卵磷脂,能够

抑制胆固醇的吸收,增加胆固醇的排泄。目前有人认为脂质过氧化物(LPO)可以看做是痰的病理性产物,认为它可成为新的致病因子,引起自由基连锁反应造成新的病变。绞股蓝所含绞股蓝总甙能抑制血清中性脂肪、胆固醇、过氧化脂质以及肝过氧化脂质的增加,能降低血脂,治疗高脂血症。泽泻含三萜类化合物,有阻止脂类在血管内滞留或渗透到血管内壁的功能,从而促进胆固醇的运输和清除,显示一定的降脂降糖作用。日本学者小林幸司等在筛选抗脂肪肝药物时发现泽泻所含有效成分 T 提取物对各种原因所致动物脂肪肝均有良好效应,对四氯化碳所致急性肝损害亦显示保护作用。丹参、郁金、虎杖、大黄、山楂等均有改变血液流变学的作用,从而促进肝脏内脂肪的清除,肝功能的恢复和肝脏组织的修复。

【临床研究报告】

1. 临床资料

采用随机分组方法将 62 例患者分为:临床观察治疗组 32 例,其中男 18 例,女 14 例;年龄 16~67 岁,平均年龄 43.72 岁;对照组 30 例,其中男 18 例,女 12 例;年龄最小 18 岁,最大 65 岁,平均年龄 42.83 岁。两组病例均为肥胖型体质。其中 25 例有嗜酒病史,38 例有肝炎病史。全部病例均排除药物因素影响及内分泌疾病所致血脂异常者。

2. 诊断标准

(1)肥胖体型,肝区隐痛或胀痛不适,肝脏中度增大,质软或中等硬度。

(2)参照卫生部颁发的《临床研究指导原则》中血清胆固醇 $TC \geq 5.8 \text{ mmol/L}$,血清甘油三酯 $TG \geq 1.6 \text{ mmol/L}$,高密度脂蛋白 $HDL-C \leq 0.8 \text{ mmol/L}$ 。

(3)肝功能检查谷丙转氨酶 ALT 升高($\geq 50 \text{ U/L}$)或伴碱性磷酸酶 ALP、 γ -谷胺酰转肽酶 GGT 升高。

(4)B 型超声波检查呈脂肪肝特征。

3. 治疗方法

治疗组采用降脂清肝饮治疗,方剂组成:茵陈 30 g,栀子 10 g,生大黄 10 g,虎杖 15 g,郁金 10 g,生山楂 15 g,生首乌 10 g,泽泻 15 g,石见穿 15 g,丹参 15 g,柴胡 10 g,绞股蓝 30 g。每日 1 剂,3 个月为 1 个疗程。对照组服用鱼油降脂丸,每次 4 粒(250mg/粒,由浙江万联药业有限公司生产),肌苷片(0.2 g/片,由江苏宿迁市制药厂生产),每次 2 片,每日 3 次。3 个月为 1 个疗程。两组患者治疗前进行详细体检和肝功能、血脂、B 型超声波检查。此后每月复查一次,嘱适当清淡饮食,戒酒。1 个疗程后统计疗效。

4. 治疗结果

疗效标准:①临床症状、体征好转或消失。②参照卫生部颁发的《临床研究指导原则》: a. TC 下降 $\geq 20\%$,或 TG 下降 $\geq 40\%$,或 HDL-C 上升 $\geq 20\%$; b. TC 下降 10%~20%,TG 下降 20%~40%或 HDL-C 上升 $> 10\%$ ~20%;未达有效标准。③肝功能恢复正常标准。④B 型超声波检查基本恢复正常,脂肪肝特征消失。治愈:符合标准①,②-a③,④者;有效:符合标准①,②-b,③者;无效:不符合以上判断者。

5. 治疗结果

治疗组 32 例中,临床治愈 12 例,占 37.5%;有效 14 例,占 43.7%;无效 6 例,占 18.8%。总有效率为 81.2%。对照组 30 例中,临床治愈 4 例,占 13.3%;有效 4 例,占 13.3%;无效 22 例,占 73.4%。总有效率 26.6%。两组疗效经统计学处理差异非常显著($P < 0.01$)。通过分析研究可以发现,在降低血脂方面,中药治疗组虽优于西药对照组,但两组间的差异无显著性统计意义($P > 0.05$)。

作者采用降脂清肝饮治疗脂肪肝,其药物组成部分主要是降脂和保肝的中药,既有活血化瘀的药物,又有保肝降脂的中药,临床疗效明显。

孙善坤

静脉滴注黄芪治疗酒精性脂肪肝

酒精性脂肪肝多是长期大量饮酒所致,其原因是脂肪在肝中过量存积。目前认为,酒精中的乙醇成分可直接造成肝损伤,大量乙醇脱氢氧化,可使 NADH/NAD⁺ 比值升高,三羧酸循环减弱,脂肪酸氧化减弱,脂肪酸氧化降低,使肝中脂肪存积,主要表现为右上腹不适,疲乏无力,恶心呕吐,食欲功能减退,易被误诊为胃炎、胆囊炎等疾病。以往主要采用肝穿刺活检确诊,现使用超声显像诊断酒精性脂肪肝则更加确切。在治疗过程中,主要是早期诊断及时治疗,以及立即戒酒后可以恢复正常,在综合治疗的同时,使用黄芪注射液,具有抗病毒,增强肾上腺皮质功能,并能升白细胞,保护肝脏和防止糖原减少,防止肝脏受肿瘤药物及肝炎病毒的损害,同时保肝、降血脂药物联合治疗,对酒精性脂肪肝起协同治疗作用。

【临床研究报告】

1. 临床资料

本组 150 例患者中,治疗组 88 例,男 84 例,女 4 例。对照组 62 例,男 60 例,女 2 例。发病年龄均在 35~70 岁,平均年龄为 42 岁,所有患者均为饮酒后发病,饮酒史最短 2 年,最长 20 年,饮酒量每日在 200 mL 48 例,在 150~200 mL 102 例。

150 例患者合并酒精性脑病 13 例,胆结石 16 例,脾肿大 18 例,经统计学处理 $P > 0.05$, 差异无显著性,具有可比性。

实验室检查:150 例患者入院后均做肝功能检查,黄疸指数升高 55 例,转氨酶升高 68 例,余皆正常。血脂测定 120 例,甘油三酯增高 98 例,胆固醇升高 89 例, γ -球蛋白升高 77 例。全部患者

均做肝脏超声波显像检查,表现为声像图呈典型的脂肪肝样改变。主要有肝内点状高回声,呈明亮肝改变,肝后方回声衰减,肝内血管回声减少,门脉回声减弱。其中有2例呈弥漫性非均匀脂肪肝样改变,肝右后叶有一形态不规则、无占位性征象低回声区,余肝实质呈脂肪肝改变。

2. 治疗方法

两组患者来诊治后,立即戒酒口服保肝药物:肝泰乐、维生素族药物,辅酶Q10,血脂高的患者服用降血脂的药物等综合治疗。治疗组88例则加用黄芪注射液(成都地奥九泓制药厂)20 mL加10%葡萄糖250 mL静脉滴注15天,隔30天后再滴1个疗程,两组经用药治疗3个月后进行复查,进行疗效判定。

3. 治疗判断

治愈:经用药物治疗3个月后,脂肪肝症状和辅助检查均正常。

显效:治疗3个月后脂肪肝症状减轻或消失,辅助检查仍有部分异常。

无效:药物治疗3个月后症状无缓解,辅助检查异常。

4. 治疗结果

总有效率为治疗组99.1%,对照组83.5%,经统计学处理 $P < 0.05$,差异有显著性。随访1年,未见复发和加重,4例无效患者均在治疗过程中戒酒不成功而继续饮酒,影响了药物疗效。

作者静脉注射黄芪注射液治疗酒精性脂肪肝,可以很好地缓解因酒精蓄积而产生的脂肪肝,但一般来说,使用注射液要严格掌握适应证,以免发生不良反应。

王传力等

凉血活血法治疗
妊娠期急性脂肪肝

妊娠脂肪肝是发生于妊娠晚期的严重并发症,若治疗不及时,病死率极高。其病理改变是肝组织呈大量的小空泡脂肪变性,肝细胞呈泡沫状,细胞核仍然居中,病变多局限在肝小叶的周围,但是肝细胞的坏死和炎细胞浸润较轻。鉴于西药治疗本病的效果不理想,采用凉血活血法为主辨证施治,应用赤芍、丹参、葛根、丹皮、炒栀子、茜草为基本方,再根据患者的不同病情进行加减,取得了很好的疗效。

【临床研究报告】

1. 临床资料

36例患者年龄24~39岁,平均27.6岁;孕34周者9例,35周者13例,36周者11例,37周者2例,38周者1例。孕次:第一胎者33例,第二胎者2例,第三胎者1例。

2. 治疗方法

在西医护肝、促进肝细胞再生、降低转氨酶、退黄、终止妊娠及对症支持疗法的基础上加用中药辨证施治治疗。中药基本方:赤芍60g,丹参30g,葛根30g,丹皮20g,炒栀子20g,茜草20g。皮肤瘙痒者加防风、地肤子、白鲜皮;胃脘胀满者加莱菔子或藿香、厚朴、白豆蔻;恶心呕吐重者加竹茹、半夏;纳差明显者加神曲、砂仁、山楂、鸡内金;肋胁痛剧者加郁金、川楝子、延胡索;有黑便、鼻出血者加云南白药、三七;便秘者加生大黄、元明粉,也可加益母草、泽兰或黄芩、茵陈。上方每日1剂水煎服,共治疗7~14天。

3. 治疗效果

治愈:临床主要症状(包括皮肤瘙痒、纳差、恶心、呕吐、鼻出血等)消失,总胆红素 $\leq 17.1 \mu\text{mol/L}$,凝血酶原活动度正常(80%~120%)。显效:临床症状消失或明显减轻,总胆红素 $\leq 51.3 \mu\text{mol/L}$,凝血酶原活动度正常(60%~80%),谷丙转氨酶降至正常值的3倍以下($\leq 123 \text{ U/L}$)。

有效:临床主要症状有所减轻,总胆红素 $51.3 \sim 85.5 \mu\text{mol/L}$,凝血酶原活动度正常(40%~60%),谷丙转氨酶降至正常值的3~5倍(123~205 U/L)。

无效:未达到有效标准。

本组经治疗治愈 24 例,显效 8 例,有效 2 例,无效 2 例,总有效率 94.4%。

作者运用中药治疗妊娠脂肪肝取得了较好的效果,这种脂肪肝与一般脂肪肝有所不同,它往往与妊娠有明显的关系,终止妊娠以后,可以减缓疾病的严重程度。

杨建辉

林鹤和治脂肪肝

林鹤和主任医师行医 50 余载,临床经验丰富,擅长治疗疑难病,其中治疗肝胆疾病更有独到之处,为全国第 2 批名老中医药专家学术继承指导老师。

脂肪肝中医学虽无此病名,但从本病的临床表现如食欲不振,腹胀,肝区不适或隐痛,恶心呕吐及腹泄,严重者出现黄疸、腹水、肝脾肿大等,则属于中医“胁痛”、“癥瘕”、“积聚”等范畴。林老认为脂肪肝多发生于肥胖、长期嗜酒、过食肥甘厚味之人。主要病机为肝胆湿热、痰瘀互结。肝胆湿热、痰瘀互结的形成,林老认为有以下数端:脾胃虚弱,运化失健,湿邪内生,郁而化热;长期饮酒,偏食肥甘厚味,酿湿生热;肝炎患者,湿热未尽,又过食肥甘厚味,使湿热之邪中阻,损伤脾胃;运化失司,不能输布水谷之精微,湿浊凝聚而成痰,痰阻气滞,渐致血行不畅,脉络壅塞,痰浊与气血搏结于肝胆,日久而成脂肪肝。

脾虚失运为本病发病的内在基础,湿热中阻、痰瘀互结为脂肪肝的主要病机,故治疗以扶脾益气、清热利湿、理气化痰、活血化痰散结为主。基本方:白参、黄芪、云苓、泽兰、赤芍、丹参、郁金、山楂、鳖甲、枳实、薏苡仁各 15 g,乌韭 30 g,法半夏、杏仁各 10 g,甘草 5 g。方中白参、黄芪、云苓、淮山、薏苡仁健脾益气,淡渗利湿;乌韭降血脂,清热解毒利湿;郁金、枳实、法半夏、杏仁理气化痰;泽兰、赤芍、丹参、鳖甲活血化痰散结。湿热重有黄疸者,加茵陈、车前草;大便秘结者,加大黄;大便稀溏,次数多,有慢性结肠炎者,加白头翁、秦皮;伴有脾阳不足者,加肉桂、炙甘草、叶下珠、半枝莲等。药物治疗的同时,必须坚决戒酒,严格控制肥甘高脂肪饮食,

应以低糖、低脂肪、高蛋白及高维生素为原则,选择适合自己身体状况的体育运动,合理减轻体重。脂肪肝痊愈后,以参苓白术散加减善后。

目前治疗脂肪肝,主要采取病因及支持疗法,但疗效不尽人意。林老采用健脾益气、清热利湿、理气化痰、化痰散结等中医综合疗法,同时合理安排饮食,控制饮酒,调理情志,保持一定的体力消耗,治疗脂肪肝患者数 10 例,取得了满意的疗效,说明中医药治疗脂肪肝是大有前途的,值得进一步探索。

【病案举例】

例 1 黄某,男,37 岁,干部,1996 年 11 月 4 日初诊。患者长期嗜酒,并喜食肥甘,1996 年 3 月以来,食欲不振,腹胀,食后更甚;肝区隐痛,饮酒后为剧,神疲乏力,大便稀溏,小便黄。1996 年 7 月查肝功能正常;B 超检查肝肿大,下角变钝,脏面平直,肝内管道结构模糊不清,肝静脉显示狭窄,肝实质回声衰减,肝脏边缘显示不清,提示为脂肪肝。自服东宝肝泰等药治疗 3 个月,复查肝功能正常,B 超提示脂肪肝无好转,故来我处求治。症见:身体肥胖,食欲不振,厌食油腻,右肋隐痛,胃脘部胀满,食后加甚,食油腻则恶心,大便稀溏,小便黄,舌质淡红,苔黄腻,脉弦滑。肝脏右肋下触及 1 指,质稍硬,轻度触痛。甘油三酯 2.36 mmol/L,胆固醇 7.1 mmol/L。诊断:脂肪肝。证属肝胆湿热,与痰浊瘀血搏结。拟健脾益气、清热利湿、理气化痰、祛瘀散结法。处方:白参、赤芍、白芍、鳖甲、枳实、郁金、北山楂、黄芪、泽兰、丹参、葛根各 15 g,乌韭 30 g,淮山 18 g,延胡索 10 g,广木香 9 g,甘草 3 g。服药 7 剂,诸症明显好转,此方加减治疗 3 个月,症状消失,复查肝功能、血脂正常,B 超示脂肪肝消失。

例 2 黎某,男,53 岁,干部,1996 年 10 月 10 日初诊。患慢性结肠炎 8 年,长期大便稀溏,每日 2~3 次,腹胀,服黄连素、补脾益肠丸等则好转,饮酒及食油腻厚味则加重,近 1 年来,右肋隐痛,

纳食不振,腹胀,有时恶心,神疲乏力,大便稀溏,小便黄,舌质淡红,苔黄腻,脉弦细滑。查肝功能正常,甘油三酯 1.82 mmol/L,胆固醇 6.2 mmol/L。B超提示脂肪肝,肠镜提示慢性结肠炎。证属脾虚湿热中阻,湿热与痰瘀搏结于肝胆。治以健脾温阳、清热利湿、化痰祛瘀法。处方:白参、白头翁、白芍、鳖甲各 15 g,乌韭、蛇舌草各 30 g,北秦皮 12 g,焦山楂、玄胡、条芩各 10 g,川黄连、肉桂、附子各 5 g,甘草 3 g。服药 5 剂,腹胀、便秘好转,纳食增加,以此方加减治疗 3 个月,继用参苓白术散加减治疗 1 个月,经 B 超复查脂肪肝消失。

例 3 刘某,男,56 岁,干部,1996 年 10 月 27 日初诊。HBsAg 阳性,由于过食营养及厚味之品,身体逐渐肥胖,今年 8 月开始右胁隐隐胀痛,食欲不振,经常腹胀,厌油腻之物,神疲乏力,早上恶心,大便正常,小便黄,舌淡红,苔黄腻,脉弦细。肝功能检查:TTT7 U/L,ALT67 U/L,HBsAg 阳性(滴度 1:2048)。B超提示脂肪肝。证属肝胆湿热未尽,痰瘀互结。治以清热解毒利湿、祛瘀化痰、疏肝软坚散结法。处方:白参、黄芪、云苓、叶下珠、泽兰、赤芍、丹参、鳖甲、山楂、茵陈各 15 g,乌韭 30 g,薏苡仁 18 g,柴胡、垂盆草、枳实、泽泻、法半夏、佩兰各 10 g,甘草 5 g。服上方 7 剂,症状好转。此方加减治疗 4 个月,肝功能正常,经 B 超复查脂肪肝消失。

作者运用中医学的原理,认为脾虚失运为脂肪肝发病的内在基础,湿热中阻、痰瘀互结为脂肪肝的主要病机,故治疗以扶脾益气、清热利湿、理气化痰、活血化瘀散结为主,所以疗效明显。

黄亦琦等

平脂冲剂治疗脂肪肝

据统计,脂肪肝患病率约占厦门市人口的 10%,厦门市职工患病率高达 16.54%,60 岁以上老年人 25.98%。脂肪肝中约 25% 的患者合并肝纤维化,1.5%~8.0% 可发展为肝硬化。因此脂肪肝的防治对阻止肝病进展和改善预后十分重要。

脂肪肝属中医“肝癖”、“胁痛”范畴,中医认为其病因为过食肥甘厚腻,恣意饮酒。病位为肝脾两脏,病机可概括为肝失疏泄,肝血瘀滞,脾失健运,湿邪阻滞,痰湿内生。依据临床症状进行辨证分析,认为脂肪肝的主要病机为湿热阻滞、肝郁血瘀,故确立以清肝利湿,疏肝理气,活血化瘀,佐以润肠为本病的治疗大法。

【临床研究报告】

诊断及分级标准:脂肪肝诊断符合《实用超声诊断手册》中有关 B 超诊断标准。脂肪肝分级参照美国《腹部超声》有关标准。

1. 临床资料

将 136 例脂肪肝患者按 3:1 比例随机分为观察组和对照组。观察组共 102 例,男 75 例,女 27 例;年龄 26~76 岁,平均 52.9 ± 12.6 岁;病程 1 周至 10 年,大多数为 1~2 年;其中重度 52 例,中度 38 例,轻度 12 例;合并高脂血症 39 例,单纯性肥胖症 70 例;伴便秘 21 例,便溏 3 例,高血压 34 例。对照组共 34 例,男 26 例,女 8 例;年龄 29~73 岁,平均 51.9 ± 12.6 岁;病程 1 周至 9 年;其中重度 15 例,中度 15 例,轻度 4 例;合并高脂血症 13 例,单纯性肥胖症 22 例;伴便秘 6 例,高血压 11 例。2 组患者在年龄、性别、病程及分级方面大致相仿,经 X^2 检验, $P > 0.05$,有可比性。

2. 辨证分析

据本文观察统计,约半数脂肪肝患者无任何症状。有症状者多表现为肝区胀闷、隐痛不适,(上腹部)胀满,乏力,眩晕,口干口苦,大便干结。但不论有无症状者,其舌象几乎均表现为舌体胖大、齿痕,苔腻或黄腻。因此分析其基本病机证候为湿热阻滞,肝郁血瘀。

3. 观察项目

(1)症状、舌脉象。

(2)B超检查:早晨空腹检查,采用美国 GERTfinoB 型超声诊断仪,探头频率 3.5 MHz。由专人操作,常规探查肝脏,同一角度摄片。

(3)血脂测定。

(4)体重指数测算:体重、腹围均在空腹状态下测量,腹围统一量平脐腹围。

(5)安全性检查。

4. 治疗方法

观察组口服平脂冲剂(由本所制剂室将茵陈、山楂、何首乌、丹参、柴胡等中药提取精制成无糖颗粒剂,每袋 6 g,1 g 含生药 2.92 g。具有清肝利湿、舒肝理气、活血化瘀功效),每次 1 袋,每日 3 次。对照组以空白对照。2 组均以 12 周为 1 个疗程。嘱其观察期间戒酒,少食油腻厚味,增加体育锻炼。

5. 疗效评定标准(自拟)

痊愈:B超显示脂肪肝转为正常,临床症状消失。

显效:B超显示脂肪肝好转 2 级以上(即由重度转轻度),临床症状基本消失。

好转:B超显示脂肪肝好转 1 级以上(即由重度转中度,或中度转轻度),临床症状改善。

无效:B超显示脂肪肝无变化,甚至加重,临床症状未见消失,甚至加重。

6. 两组疗效比较

治疗组 102 例,治愈 10 例(9.8%);显效 36 例(35.3%);好转 48 例(47.1%);无效 8 例(7.8%)。总有效 94 例(92.2%);愈显 46 例(45.1%)。对照组 34 例,治愈率 0;显效 0,好转 6 例(17.6%),无效 28 例(82.4%);总有效率 6(17.6%)与对照组比较, $P < 0.01$ 。

观察结果表明,平脂冲剂治疗脂肪肝总有效率达 92.2%,愈显效为 45.1%,对临床症状有明显的改善作用。能使肝肿大缩小,这与药效学试验观察到肝/体比值下降相一致。该药有调节血脂作用(降低 TC、TG、LDL-C,升高 HDL-C)和一定的减肥作用(降低体重,减小腹围)。此外,对高血压尚有一定的辅助治疗作用,这可能与患者体重下降和高血压患者出现脂代谢紊乱时纠正血脂异常有关。

药效学实验亦证实,平脂冲剂可明显阻止和改善大鼠肝脏脂肪变性,并有调脂、减肥作用。预防性实验表明该药对实验性大鼠脂肪肝有显著预防作用,据此推测本品临床上有预防脂肪肝作用。临床观察和动物急、慢性毒性实验均未发现平脂冲剂有明显毒副作用。综上所述,平脂冲剂疗效确切,安全无毒,是治疗肥胖性脂肪肝的一种较理想药物,亟待进行新药开发推广。

作者通过临床观察和实验研究,证明平肝冲剂对脂肪肝有较好的治疗作用,说明临床用药和实验室结果是可以保持一致的。本方以茵陈为君药,取其清肝利湿之功;辅以山楂、柴胡等疏肝理气;佐以丹参等活血化瘀,制首乌补益精血,润肠通便。针对肥胖性脂肪肝多合并肥胖症、高脂血症这一现状,在研究开发平脂冲剂时,发挥中医药异病同治优势,使其在抗脂肪肝的同时,兼治高脂血症和肥胖症,这样可免去患者同时服用几种药物之不便。且有研究报道,因脂肪肝常有肝功能损害和肝脏脂质代谢障碍,降血脂药虽能有效防止大鼠高脂饮食性高脂血症,但肝内脂肪沉积反而加剧。

朱 芳 等

清肝活血法治疗脂肪肝

脂肪肝是由于肝脏本身及肝外原因引起的过量脂肪在肝内持久积聚所致,发病原因较为复杂。现代医学认为,本病主要由脂类摄入过多、蛋白缺乏、营养不良、毒物或药物、先天遗传与代谢因素引起过量脂肪(主要是甘油三酯及脂肪酸)在肝内堆积而成。根据其临床主要表现可将其归属于中医“积聚”、“胁痛”等范畴。其病因多由于饮食不节,如过食肥甘厚味,或偏食、饮食过度,或过劳过逸,或情志失畅,或年老体衰,或他病引起等等,使肝脾受损;脏腑失和,导致肝郁气滞,肝失疏泄,肝血瘀积及脾失健运,湿邪不化,湿浊内生而致。治疗方面当以疏肝解郁、清肝泻热、活血化瘀为本。临床实践证明,应用中医清肝活血法治疗脂肪肝疗效显著,总有效率达 93.6%,并发现对降低胆固醇、甘油三酯作用明显。方中柴胡、赤芍、郁金疏肝解郁、行气导滞;山楂、丹参活血化瘀,行经之瘀;何首乌滋阴养血,活血而不伤阴;川楝子、决明子清肝经之热;泽泻利水化湿;茵陈有利胆降脂之功;鳖甲为血肉有情之品,可增强本方活血化瘀、软坚散结之作用。现代药理研究证明,决明子、柴胡均可降低血浆胆固醇和甘油三酯,纠正脂质代谢紊乱,并有抗肝损害的作用;山楂、赤芍可显著降低血浆总胆固醇,赤芍还可明显保护肝细胞,有较强的抗凝血、防止血栓形成、改善肝脏微循环作用;泽泻、何首乌均具有降血脂、促进脂肪代谢功能。诸药配伍,共奏疏肝解郁、清肝泻热、活血化瘀之功,使气行湿化,瘀血清,腑气通,使积聚肝内脂肪得以消除。临床观察结果显示,经过本方治疗后确能迅速改善脂肪肝患者的临床症状,回缩肝脏,促进

脂质代谢及肝功能恢复正常。脂肪肝属于肝脏代谢障碍性疾病,故是可逆的,只要合理用药,配合调整饮食,增加运动量,是完全可以恢复正常的。

【临床研究报告】

1. 临床资料

共观察 192 例,均为门诊和住院患者,随机分为治疗组和对照组。治疗组 96 例,男 63 例,女 33 例;年龄 21~70 岁,其中 26~47 岁者 81 例;平均病程 2.2 年。对照组 96 例,男 63 例,女 33 例;年龄 22~58 岁,其中 26~47 岁 72 例;平均病程 1.9 年。既往有大量饮酒史 129 例,肝炎 38 例,胆结石 12 例,糖尿病 22 例。记录用药前后的体重、肝功能、血脂、B 超检查结果。两组病例的性别、年龄、病程、体重指数、既往史、临床表现基本一致,具有可比性。

2. 诊断依据

脂肪肝的诊断主要依靠病史、临床表现及实验室检查,特别是 B 超和 CT 检查可发现早期脂肪肝,但确诊还有赖于肝活检。

(1)病史:有长期饮酒(特别是酒精含量高的白酒)、肥胖、糖尿病、营养失调及中毒性肝损害病史。

(2)临床表现:有食欲不振、恶心、乏力、肝区不适或隐痛;体检时可见肝肿大、表面光滑、边缘圆钝、轻度触痛或叩击痛。

(3)实验室检查:肝功能 ALT 正常或升高,有高脂血症表现,甘油三酯升高,血清 γ -GT 活性升高,蛋白电泳血浆球蛋白增高。

(4)超声与 CT 检查:B 超显示肝脏增大,实质呈致密的强反射光点,深部组织回声衰减;CT 扫描显示肝密度比其他实质脏器(如脾脏)低下。

3. 治疗方法

治疗组应用自拟方:决明子、山楂、何首乌各 30 g,柴胡、赤芍、鳖甲各 10 g,川楝子、丹参、茵陈、郁金、泽泻各 20 g。水煎服,每日 1 剂,早晚各 100 mL。对照组给予肌苷片 0.4 g、维生素 C 0.3 g,每日各服 3

次。两组均以4周为一疗程,共治疗4个疗程后评定疗效。

4. 治疗结果

疗效标准

治愈:①症状及体征完全消失;②肝脏回缩接近正常;③肝功能正常,停药观察3个月无变化;④B超检查正常;⑤血脂(TC、TG)正常;⑥体重减轻5 kg以上。显效:前5项中具备4项,B超检查仅留有光点致密。

有效:前5项中具备3项,B超检查肝内血管走行清楚,肝内回声近场增强,远场仍有衰减,范围缩小。

无效:未达到有效标准。

5. 临床疗效

经4个疗程的治疗,治疗组96例中治愈57例(59.4%),显效21例(21.9%),有效12例(12.5%),无效6例(6.2%),总有效率93.8%。对照组96例,治愈36例(37.5%),显效15例(15.6%),有效27例(28.1%),无效18例(18.8%),总有效率81.2%。经统计学处理,两组间有非常显著的差异($P < 0.01$)。

治疗前后血脂变化情况:治疗前,治疗组中TC、TG均增高57例,TC单项增高21例,TG单项增高6例;对照组分别为36例、18例、9例。治疗后,治疗组两项均恢复正常51例,单项恢复正常27例;对照组分别为27例、21例。经统计学处理,差异非常显著($P < 0.01$)。

肝功能恢复情况:治疗前,治疗组ALT增高27例,TTT增高36例,ZnTT增高18例;对照组分别为15例、9例、3例。治疗后,治疗组的肝功能全部恢复正常;对照组ALT增高6例,TTT增高3例。上述资料表明本方对脂肪肝所引起的肝功能损害有较为显著的疗效。

作者采用自拟的行气保肝的中药治疗脂肪肝,并进行治疗前后的对照,治疗前后血脂和肝功能均得到恢复。

邱 磷 安 等

清肝散治疗酒精性脂肪肝

作者选择常用对肝病有治疗作用的药物治疗脂肪肝,大黄苦寒沉降,能活血逐瘀,清泄湿热,目前分离的蒽醌衍生物 15 种为其主要成分。研究表明,大黄提取液能促进胆汁分泌和增强胆汁流量,疏通肝内毛细胆管,这对消除肝细胞炎症,促进肝细胞再生有重要作用;增强大肠的蠕动而导泻,促进肠道病原体和有毒物质排出体外,减少有毒物质吸收;增强细胞免疫,从而减少细胞反应,消除免疫复合物,具有免疫调控作用,这对肝炎的治疗十分有益。已故姜春华教授在治疗肝炎时擅用大黄,曾取得很好效果。三七味甘、微苦,性温,有止血散瘀,消肿止痛之功。三七主要成分为三七皂甙,从总皂甙中可进一步水解得人参二醇、人参三醇、齐墩果酸及少量黄酮,研究认为,三七对动物实验性肝损害有明显治疗作用;三七注射液有明显退黄疸和增加胆汁流量作用;三七煎剂能明显增加肝糖元的含量;对肝细胞再生有促进作用;对体液免疫反应起激活作用;可改善肝脏微循环,能使肝细胞炎症消退,阻断肝细胞坏死。本研究通过大黄、三七配伍治疗酒精性脂肪肝(AFL),结果显示清肝散对改善酒精性脂肪肝有明显效果。

【临床研究报告】

1. 临床资料

选择门诊及住院患者 48 例,设观察组 26 例,对照组 22 例,两组病例均符合以上诊断标准。观察组男 24 例,女 2 例;年龄 37~53 岁,平均 44.2 岁。对照组男 21 例,女 1 例;年龄 35~56 岁,平均 45.4 岁。全部患者均伴有不同程度肝区疼痛 38 例(79.2%),

乏力 21 例(43.8%),腹胀 29 例(60.4%),食欲减退 19 例(40%),体形肥胖(超标 $\geq 15\%$)32 例(60.7%),肝脏肿大 20 例(41.6%),肝掌 10 例(20.8%)。观察组 ALT(147 ± 42.2)U/L,AST(125 ± 47.6)U/L,TC(7.22 ± 0.92)mmol/L,TG(2.91 ± 0.82)mmol/L;对照组 ALT(139 ± 48.7)U/L,AST(110 ± 52.2)U/L,TC(7.1 ± 0.84)mmol/L,TG(2.84 ± 0.83)mmol/L,两组具有可比性($P > 0.05$)。

2. 诊断标准

饮酒时间 5 年以上,每日饮酒量平均大于 40 mL 酒精量;肝功能损害:ALT > 64 U/L(正常值 0~64 U/L),AST > 50 U/L(正常值 0~50 U/L);血脂异常:TC > 6.0 mmol/L,TG > 1.6 mmol/L;B 超改变:肝脏肿大,近场回声密度增强,远场回声衰减,血管纹理不清晰;排除病毒性、药物性、营养性肝病。

3. 药物制备和使用方法

药物制备和使用方法:取生大黄、三七分别研细末,过中药 6 号筛后,按大黄、三七 7:3 比例混合,制得清肝散。观察组每次取上法制得清肝散 5 g,以 100 mL 沸水冲泡,约 5 分钟后顿服,每日 2 次,疗程 3 个月。对照组给予复方益肝灵片,每日 3 次,每次 3 片;复方降脂片,每日 2 次,每次 6 片口服,疗程 3 个月。治疗期间嘱患者绝对禁酒,适当减少热量摄入,每周观察 1 次症状及体征,每月复查 1 次肝功能和血脂,疗程结束后复查 B 超。

4. 治疗结果

判定标准:①临床症状或体征消失;②肝功能恢复正常;③血脂降至正常;④B 超查脂肪变图像消失。达到上述 4 项指标者为治愈,达到 3 项者为显效,达到 2 项者为有效,其余为无效。

5. 疗效结果

观察组与对照组疗效对比经统计学处理有显著性差异($P < 0.01$)。治疗组:26 例,治愈 14 例(53.8%),显效 6 例(23.1%),

有效 4 例(15.4%),无效 2 例(7.7%),总有效率 92.3%;对照组 22 例,治愈 4 例(31.8%),显效 4 例(18.2%),有效 3 例(13.6%),无效 8 例(36.4%),总有效率 63.6%。

作者选用对肝脏疾病有治疗作用的生大黄和活血化瘀的中药三七,通过临床观察,疗效很满意。

张建平

清热化湿法为主治疗脂肪肝

作者认为湿热与瘀血是构成脂肪肝的病理基础。长期饮酒、过食肥甘、情志不调、肝失条达致湿热内生,灼津成痰,阻于肝络而发为本病。方中茵陈、大黄、虎杖清热化湿;山楂、丹参、赤芍活血化淤。现代药理研究表明,山楂、虎杖、泽泻、荷叶、丹参、茵陈等药物能够降低血脂,加速肝细胞对脂肪的代谢,促进肝细胞的修复,对减轻肝脏纤维化有明显作用。五味子、乌梅可降低转氨酶。另外,合理的饮食及良好的心情也是很重要的治疗方法。

【临床研究报告】

1. 临床资料

临床资料 63 例中,男 51 例,女 12 例,年龄 38~66 岁。伴高脂血症者 46 例,肝功能损害者 49 例,有饮酒史者 54 例,有乙肝病史 10 例。

2. 诊断要点

- (1)多见于 40 岁以上中老年人,有饮酒史或肝病史。
- (2)B 超有相应影像学表现。
- (3)血脂升高或有肝功能异常,谷丙、谷草转氨酶增高。
- (4)多有腹胀,右肋不适,身重倦怠,食欲不振,口中黏腻等临床表现。

3. 治疗方法

基本方:茵陈、虎杖、灵芝、赤芍、白芍各 10 g,泽泻、荷叶、茯苓各 15 g,决明子、丹参各 30 g,大黄 3 g,山楂 20 g。病情日久,面色黧黑,瘀血较重者加三七 6 g,生蒲黄 12 g,葛根 15 g;肝功能损害较重者加五味子 20 g,乌梅 10 g。水煎服,每日 1 剂,60 天为一疗

程,服药期间限制高脂饮食及饮酒。

4. 疗效标准

显效症状及体征消失,转氨酶恢复正常。B超见肝脏缩小,透亮度减低,血脂恢复正常。

有效:症状及体征基本消失,转氨酶较前下降,血脂下降。

无效:症状、体征、辅助检查均无好转。

5. 治疗结果

显效 37 例,有效 21 例,无效 5 例,总有效率 92%。

作者采用对肝病有治疗作用的中药,特别是具有降低转氨酶作用的中药,针对脂肪肝转氨酶升高的特点,临床疗效较好。

徐宝宏等

清脂肝三联针穴位注射治疗 中、重度酒精性脂肪肝

酒精性脂肪肝(AFL)在中医学属于“酒疸”、“积聚”、“胁痛”、“膨胀”等范畴。中医认为本病肝脏以痰温内停、瘀阻气滞为主要病机,多因饮食失节、肝气郁结、湿热蕴结、中毒所伤等致病,病位在肝,涉及脾、胃、胆。故笔者选择膀胱经背俞穴(肝、胆、脾、胃俞4穴),刺激后分别起到疏肝解郁、清泄湿热、健脾利湿、化湿导滞之功效。随症配穴:阳明经足三里穴,刺激该穴,起到补虚泻实之功效,足少阳经阳陵泉穴,起到利肝胆、通经活络及肝、脾、肾三阴经交汇点三阴交穴,该穴能疏肝理气、健脾益肾。同时结合清脂肝三联针中的复方丹参注射液、盐酸川芎嗪注射液为活血化瘀之品,板蓝根注射液有清热解毒作用。因此,根据中医体表-经络-脏腑理论,通过药物和刺激体表穴位的双重作用,调节脏腑的生理机能,达到清除肝内积聚的脂肪,恢复肝脏功能之功效。

现代医学认为,酒精性脂肪肝是长期过度饮酒造成的。酒精在代谢过程中,由于还原型辅酶的增加,氧化酶的作用占优势,结合自由氧产生增加,导致肝细胞损害,发生高血脂和脂肪肝。且氧应激、脂质过氧化等为其重要的发病机制。本疗法应用复方丹参注射液的活化作用,有助于改善肝脏微循环,减轻瘀血缺血状态,提高微循环的摄氧能力,消除自由基、抗脂质过氧化损伤,降低血清转氨酶,促进肝细胞的再生。盐酸川芎嗪注射液能提高超氧化物歧化酶的含量,增加活性氧自由基的清除,减少肝脏受脂质过氧化的损伤。丹参、川芎等中药,均有不同程度减肥、降低血脂,促进肝内脂肪消退,保护肝细胞、防治肝纤维化之功效。板蓝根注射液

则有消炎护肝、降低血清转氨酶的作用。

【临床研究报告】

1. 临床资料

50例患者均来自于专科门诊,随机分为穴位组、对照组。穴位组30例,男性23例,女性7例;年龄33~56岁,平均年龄44岁;病程3~8年,平均4.2年;脂肪肝中度17例、重度13例;血清谷草转氨酶(AST)、谷丙转氨酶(ALT)、胆固醇(TC)、甘油三酯(TG)均异常。对照组20例,男性15例,女性5例;年龄32~55岁,平均年龄42岁;病程3~9年,平均4.3年;脂肪肝中度12例,重度8例;血清AST、ALT、TC、TG均异常。两组病例在年龄、性别及病程等方面无显著性差异($P>0.05$),具有可比性。

2. 临床表现及诊断标准

临床表现:都较轻微,且无特异性及肝病相关症状,仅有食欲减退、恶心、乏力、肝区疼痛、腹胀以及右上腹压迫感或胀满感等症状,以弥漫性肝肿大(轻、中度肝肿大)为最常见的体征。

诊断标准:依据2002年5月上海全国脂肪肝和酒精性肝病学术研讨会所修订的酒精性脂肪肝的诊断。

(1)有长期饮酒史,一般超过5年,折合酒精量 $>40\text{ g/d}$,女性略低;或2周内有暴饮史。

(2)禁酒后血清ALT和AST明显下降,4周内基本恢复正常,即在2倍正常上限值(ULN)以下。如禁酒前ALT和AST <2.5 倍ULN者则禁酒后应降至1.25倍ULN以下。

(3)下列2项中至少1项阳性:①禁酒后肿大的肝脏1周内明显缩小,4周内基本恢复正常;②禁酒后GGT活性明显下降,4周后降至1.5倍ULN以下,或小于禁酒前40%。

(4)病毒感染、代谢异常和药物等引起的肝损伤除外。

3. 脂肪肝超声诊断标准及超声分型

(1)超声诊断标准:①肝实质呈点状高回声(肝回声强度 $>$ 脾、

肾回声);②肝深部回声衰减(+~++);③肝内血管显示不清。上述3项中如具备第①项,加第②或③项中任何一项即可确诊为脂肪肝,如只有第①项阳性,可疑诊脂肪肝。

(2)超声分型:Ⅰ型(轻度):肝前半部回声稍增强或增强,肝后半部回声稍减低,出肝面光带存在。Ⅱ型(中度):肝前半部回声粗而强,且后半部回声减低,出肝面光带提高,远场增益可出现。Ⅲ型(重度):肝前半部回声明显增粗增强,肝后半部回声消失,出肝面的光带不显示。

4. 治疗方法

穴位组给予清脂肝三联针(复方丹参注射液、盐酸川芎嗪注射液、板蓝根注射液各2 mL组成),行肝、胆、脾、胃俞及足三里、阳陵泉、三阴交7个穴位中,每次酌情选4~6个穴位,每穴将上述药液注射1 mL,每周2次,双侧轮流注射。对照组不使用清脂肝三联针穴位注射。所有患者均给予维生素E 0.1 g,每日3次;血脂康胶囊2粒,每日2次;益肝灵片1片,每日3次等治疗。两组疗程均为4个月。凡是确诊患者一律停用其他药物,并要节制饮食,增加运动及忌酒。同时均于治疗前、治疗后每月测定肝功能、血脂,而且固定操作人员应用B超仪常规检查肝脏,整个治疗期间临床症状及体征每周记录1次,不良反应随时记录。

统计学处理:组内百分率的比较采用 X^2 检验,组间均数比较采用 t 检验。

5. 疗效标准

治愈:症状、体征消失,B超检查肝脏形态及实质恢复正常,血清AST正常(0~45 U/L)、血清ALT正常(0~40 U/L)、血脂正常(TC:3.1~5.7 mmol/L、TG:0.56~1.71 mmol/L)。

有效:症状、体征好转,B超检查肝脏比治疗前降低1个分型或1个分型以上,血清AST、ALT、TC、TG正常或好转。

无效:未达到好转标准。

中度酒精性脂肪肝的疗效:穴位组和对照组的治愈率、有效率均有明显的改善。重度酒精性脂肪肝的疗效和肝功能及血脂变化,两组治疗前后血清 AST、ALT、TC、TG 测定结果变化比较治疗前后改善明显。穴位组血清 AST、ALT 治疗后与治疗前及对照组治疗后比较,均有显著性差异($P < 0.01$)。两组血清 TC 治疗后均有明显下降($P < 0.05$),两组血清 TG 治疗后均有显著下降($P < 0.01$)。

作者应用中药注射液治疗脂肪肝每 4 个月为一疗程,治疗时间与药物差不多,同样可以改善临床症状,值得介绍。本研究使用清脂肝三联针穴位注射治疗中、重度酒精性脂肪肝 30 例的临床观察,中、重度酒精性脂肪肝穴位组治愈率、有效率明显优于对照组治愈率、有效率。表明该疗法具有促进肝内脂质代谢和排泄,消除肝内脂肪和炎症,消除和明显改善临床症状和体征的作用。两组治疗后血清 AST、ALT、TC、TG 测定结果显示,穴位组降低血清 AST、ALT 的疗效优于对照组,降低 TC、TG 的疗效两组相近。因此,采用清脂肝三联针进行穴位注射,除了可刺激穴位发挥疏肝理气、健脾化湿、活血通络、清热解毒、调节脏腑气血阴阳平衡作用外,还通过穴位药物的吸收,达到扩张血管、改善肝脏微循环、清除体内自由基、促进肝内脂质代谢和排泄、消除肝内脂质沉积、恢复肝脏功能、消除临床症状和体征的功效。二者相辅相成,疗效明显高于对照组。另外,穴位注射治疗具有疗效显著、疗程短、方法简便、安全无毒等特点。

**陈
利
群
等**

祛湿化痰、理气活血法 治疗脂肪肝

肝脏与脂肪代谢有密切关系,正常肝脏所含脂肪约占肝脏湿重的3%~5%,脂肪肝是一种常见病,脂肪肝是由于肝脏本身及肝外原因引起的过量脂肪(主要为甘油三酯)在肝内持久沉积所致的肝脏脂肪性变。中医认为脂肪肝的病因病机是由于饮食膏粱厚味或长期嗜酒无度,而导致脾胃受损,运化失职,痰湿凝聚,阻塞气机,肝失条达,气血郁滞,脉络壅塞,痰湿与气血相搏结而成脂肪肝。其病位在肝脾,在病机上强调痰湿内阻,气滞血瘀,痰瘀互结。故在治疗上当以化痰祛湿、理气活血为法。方中白术、茯苓健脾化痰祛湿,泽泻利水除湿,生山楂祛瘀消积,草决明清肝热,川郁金、柴胡入肝经行气导滞、活血化瘀,丹参活血养血,诸药配合,共奏化痰祛湿、理气活血之效。现代药理研究提示,茯苓有明显的降酶作用,能提高免疫功能;泽泻有降低血中胆固醇、血糖和抗脂肪肝等作用,有阻止脂类在血管内滞留或渗透到血管内壁的功能,并能促进胆固醇的运输和清除作用;生山楂、草决明实验研究表明能降低血脂;郁金活血化瘀、疏肝利胆、推陈出新,改善体内微循环,调节代谢,具有良好的护肝作用;柴胡能显著降低血清ALT。值得一提的是常用的活血化瘀药丹参不仅能改善微循环、增加肝内血供、减轻肝细胞变性及坏死、促进肝细胞再生,且实验研究表明丹参煎剂可降低肝中脂类,特别是甘油三酯含量,可能有促进脂肪在肝内氧化加强,而起到抗脂肪肝的作用。

【临床研究报告】

1. 临床资料

56例均系门诊患者,诊断均符合《临床肝胆病学》脂肪肝诊断标准。中医辨证参照1992年中国中医药学会肝病专业委员会制定的分型标准,符合湿浊中阻、瘀血阻络辨证标准。男性36例,女性20例;年龄最小32岁,最大56岁,平均年龄45.6岁;病程1~4年,其中肥胖者20例,有饮酒史者30例,喜食肥甘厚味者20例,有肝炎病史者10例。

2. 治疗方法

基本方:白术20g,茯苓20g,泽泻12g,生山楂15g,草决明5g,川郁金15g,柴胡9g,丹参15g,泽兰12g。胁痛甚者,加川楝子;腹胀明显者,加炒莱菔子;恶心重者,加半夏;肝脾肿大者,加生牡蛎、莪术。每日1剂,煎汁400mL,分2次口服,以连续服用2个月为1个疗程。全部病例在治疗前2周停用其他降脂肪肝等药物。

3. 治疗结果

临床痊愈(症状、体征消失,B超提示肝脏形态恢复,肝内小血管显示清晰,肝功能检查正常,血脂正常)18例,显效(症状、体征明显好转,B超提示肝脏回声远场衰减明显减轻,肝功能检查谷丙转氨酶(ALT)下降75%以上,甘油三酯(TG)下降40%以上,或胆固醇(TC)下降20%以上)24例,有效(症状、体征好转,B超提示肝后缘回声衰减减轻,肝功能检查ALT下降50%以上,TG下降20%以上,TC下降10%以上)10例。无效(症状、体征、B超、肝功能、血脂检查无改变,达不到有效标准)4例,总有效率为92.86%。

作者采用利湿降脂的中药治疗脂肪肝,连续治疗2个月,疗程较短,疗效较好,是值得使用的治疗方法。

曹晓菊等

祛痰化湿法为主治疗脂肪肝

脂肪肝是指肝细胞内脂质超过肝湿重的 5%，或组织学上每单位面积见 1/3 以上肝细胞脂变，临床可表现为肝病的特征，或伴有高脂血症，部分患者可无症状。作者根据中医理论，结合实践，认为该病的发生，与中医痰浊湿阻，肝失调达的病机有许多吻合之处，并以化湿祛痰立法，自拟祛痰清肝汤，治疗 FL58 例，显效率为 56.9%，总有效率为 89.7%，优于对照组($P < 0.05$)。

脂肪肝是由多种疾病和病因引起的肝脂肪变性，其发生机制尚不完全清楚，现代医学研究认为，可能与肥胖、药物、中毒、乙醇、妊娠以及多种疾病有关，迄今尚未找到满意的干预药物。虽然一般认为是良性病变，但其发生肝纤维化，肝硬化的可能性较大。中医认为其发生的机制，为诸多因素导致肝失疏泄，脾失健运，湿热内蕴，痰浊郁结，痹阻于肝脏血脉，临床表现出痰湿内阻和肝经受损的特征。祛痰清肝汤中瓜蒌、半夏祛痰化湿；防己、泽泻利水去湿；柴胡、虎杖疏肝利胆；当归、丹参化瘀通络。药理研究证实，瓜蒌、防己、泽泻、丹参等药具有降低血脂及肝脂作用；柴胡、虎杖具有改善肝功能作用；当归、丹参活血化瘀，具有改善肝血循环，抗氧化、抗自由基，抑制肝纤维化的作用，诸药合用，以祛痰利湿化浊为主，兼以活血化瘀，疏肝通络，是治疗 FL 较为理想的手段之一。

【临床研究报告】

1. 临床资料

58 例均系门诊及住院患者，以 B 超检查确诊为 FL。其中男 50 例，女 8 例；年龄 26~62 岁；谷丙转氨酶(ALT)升高者 45 例，

甘油三酯(TG)升高者 41 例;对照组 30 例中男 26 例,女 4 例;年龄 31—58 岁;ALT 升高者 24 例,TG 升高者 21 例。两组患者在年龄、性别、病情方面无明显差异($P>0.05$),具有可比性。

2. 诊断标准

①B 超检查定为 FL;②肝功能异常,ALT 升高;③高脂血症,TG 升高;④肥胖,实际体重超过标准体重 20%;⑤右上腹隐痛,乏力,消化功能障碍。其中第一项为必备条件。

3. 治疗方法

治疗组用祛痰清肝汤(瓜蒌 20 g,半夏 12 g,柴胡 10 g,防己、泽泻、虎杖、当归、丹参各 15 g),每日 1 剂,水煎至 400 mL,早晚各服 200 mL。对照组口服肝得健,每日 3 次,每次 1 粒。两组疗程均为 6 周。用药期间,嘱患者禁酒,限制高脂饮食。疗程结束,复查 B 超及相关项目。

4. 疗效标准

B 超检查 FL 消失,ALT、TG 检查正常,主要症状消失为近期治愈;B 超检查 FL 明显好转,ALT、TG 下降明显,主要症状基本消失为显效;B 超检查 FL 有所好转,ALT、TG 下降,主要症状明显改善为有效;B 超检查 FL 无好转,ALT、TG 无改善,主要症状无改善或加重为无效。

统计学处理方法。采用 Ritioe 分析法及 t 检验。

5. 治疗结果

两组 FL 疗效:两组治疗 FL 总体疗效比较,近期总有效率 89.71%;对照组 83.33,与对照组比较 $P<0.05$ 两组治疗前后 ALT、TG 变化有明显的不同。

两组治疗前后 B 超变化:治疗组 58 例治疗后复查 B 超,FL 消失 9 例,明显好转 24 例,有所好转 19 例,无变化 6 例;对照组 30 例分别为 3 例、8 例、14 例及 5 例;治疗组优于对照组($P<0.05$)。

鞠丽君等

祛脂护肝冲剂治疗酒精性脂肪肝

饮酒无度及过食肥甘厚味。酒为大热有毒之品，嗜酒日久，热毒内生，可损及脾胃，伤及肝胆。祛脂护肝冲剂选用虎杖来清泄中焦瘀滞；选用善于走散通行、活血化瘀之丹参来祛除肝经之瘀结；配以郁金既能活血，又能行气解郁；黄芩、茵陈蒿可增加本方清热燥湿解毒之功；另选用泽泻利水化浊；增加补肝血、敛肝阴之何首乌、白芍，以防利湿伤阴耗血之弊。诸药相配，共奏清热解毒、祛痰化瘀之功效。现代医学认为，酒精性脂肪肝的形成，主要因为：①脂质在肝内氧化减少；②肝内甘油三酯合成增加；③外周脂肪动员和肝利用循环脂肪增加；④肝脂蛋白的释放减少。现临床上常用的治疗酒精性脂肪肝的药物有血脂调节药、胆碱、维生素 B 族和维生素 E 等，均缺乏特异性，且不良反应和局限性较大，远非理想。而本观察效果显示，中药祛脂护肝冲剂能祛除肝脂，保护肝功能，明显改善临床症状和体征，体现了中医药治疗酒精性脂肪肝的优势，有进一步研究的价值。

【临床研究报告】

1. 临床资料

130 例均来自门诊和住院患者，按就诊序号(约 3:1)随机分为治疗组和对照组。治疗组 100 例中，男 72 例，女 28 例；年龄 30~65 岁，平均 48 岁；病程 1~10 年，平均 4.9 年；轻、中、重度酒精性脂肪肝分别为 8 例、51 例、41 例； γ -谷氨酰转移酶(γ -GT)异常 35 例。对照组 30 例中，男 20 例，女 10 例；年龄 32~65 岁，平均 49 岁；病程 1~13 年，平均 4.8 年；轻、中、重度酒精性脂肪肝分别为

3例、13例、14例； γ -GT异常12例。

2. 诊断标准

所有患者均经B超检查,符合酒精性脂肪肝特征,并参照以下标准:①饮酒史>5年,饮酒量>150 g/d;②肝脏明显增大;③ γ -GT明显增高;④乙型肝炎病毒感染除外;⑤超声检查:肝大,近场回声密集增强,远场回声衰减;⑥肝穿刺活检:肝细胞脂肪变性大于1/3;⑦戒酒后肝脏缩小,超声检查肝脂肪变图像改善。其中达到①②④⑤即可做出临床诊断。两组病例在年龄、性别及病程方面无显著性差异($P>0.05$),具有可比性。

3. 治疗方法

治疗组:口服祛脂护肝冲剂(由虎杖、黄芩、郁金、茵陈蒿、何首乌、泽泻、白芍、丹参8味中药组成,按3:1:1:1.5:1:1:1:3比例水煮浓缩、烘干制颗粒装袋,每袋10 g,每克含生药量9 g,本院制剂室制备),每次10 g,每日3次。

对照组:服用非诺贝特(每片0.1 g,广州威尔曼药业生产),每次0.1 g,每日3次。两组疗程均为1个月。

凡经确诊患者均于治疗前7天始忌酒并停服其他药物,治疗前1天晚上不进高脂饮食,次日晨空腹抽取静脉血查肝功能、血脂,并做血、尿常规检查,同时固定操作人员应用德国西门子小狮王黑白B超仪(探头频率为3.5 MHz),常规探查肝脏,肝脏B超积分参照《超声医学》制定,分0~3分计分。疗程结束后上述检查重复1次。服药其间临床症状及体征每周记录1次,不良反应随时记录。组间百分率比较采用 X^2 检验,组间均数比较用方差分析:检验。

4. 疗效标准

治愈:症状及体征消失,B超检查肝脏形态及实质恢复正常, γ -GT正常,血脂正常。

有效:症状、体征好转,B超积分至少有3项指标每项比治疗

前下降 1 分或 1 分以上, γ -GT、血脂正常或好转。

无效:未达到好转标准或加重者。

疗效:治疗组 100 例中治愈 60 例,有效 32 例,无效 8 例,总有效率为 92.0%;对照组 30 例中治愈 10 例,有效 10 例,无效 10 例,总有效率为 66.7%,两组总有效率比较,有显著性差异($X^2 = 10.9, P < 0.01$)。

作者采用祛脂护肝冲剂治疗脂肪肝,这些药物都是治疗肝病疗效比较确切的药物,同样可以治疗脂肪肝。

汪

萌等

祛脂护肝冲剂治疗脂肪肝

脂肪肝在临床上不是独立的一种疾病,而是由多种病因导致肝脏脂肪代谢紊乱所致的一组综合征。目前一般认为,脂肪肝的发生与输入肝脏的脂肪及脂肪酸量和肝脏中血浆脂蛋白的合成代谢功能有关。当肝脏合成甘油三酯的速度超过了组合为低密度脂蛋白及泌入血流的速度时,便出现肝中甘油三酯堆积,造成脂肪肝。从本组观察中看出,祛脂护肝冲剂对血脂的影响与对照组非诺贝特无显著差异,对脂肪肝的疗效却明显优于非诺贝特,提示血脂代谢紊乱只是脂肪肝形成的原因之一。由于脂肪肝成因的复杂性,单纯的降脂治疗不是治疗脂肪肝的理想疗法,对脂肪肝进行中医药整体治疗明显优于单纯降脂治疗。中医认为,脂肪肝属于“癥瘕”、“积聚”、“疸病”范畴,多发生于肥胖嗜酒之人。酒为大热之品,有毒;而肥胖之人多过食膏粱厚味,易化痰生热。热毒痰湿易内伤肝胆,可损及脾胃,导致气机郁滞,血脉瘀阻,气血痰湿互结于胁下而成本病。祛脂护肝冲剂选用黄芩、茵陈、草决明、荷梗、虎杖清泄肝经之热毒;选丹参、水蛭粉、山楂活血通络、祛除肝经之瘀结;加泽泻、海藻利水化浊;增补肝肾、养精血之何首乌,以防利湿伤阴耗血之弊。诸药相配,共奏清热解毒、化痰活血之功效。

另外,对脂肪肝的调摄与防护尤为重要。平时患者应注意起居有常、劳逸结合、饮食有节,同时对脂肪肝患者要强调早期治疗,以防为主。

【临床研究报告】

1. 临床资料

130 例均来自门诊和住院患者,随机分为治疗组和对照组。治疗组 100 例中,男 72 例,女 28 例;年龄最小 30 岁,最大 73 岁,平均 48 岁;病程 1~10 年,平均 4.9 年;轻、中、重度脂肪肝分别为 8 例,51 例,41 例;谷丙转氨酶(ALT)异常 35 例。对照组 30 例中,男 20 例,女 10 例;年龄最小 32 岁,最大 72 岁,平均 49 岁;病程 1~13 年,平均 4.8 年;轻、中、重度脂肪肝分别为 3 例、13 例、14 例;ALT 异常 12 例。所有患者均经 B 超检查,符合脂肪肝特征。两组病例在年龄、性别、病程方面无显著性差异($P > 0.05$),具有可比性。

2. 诊断标准

根据肝脏形态、回声和肝静脉等声像图的改变诊断脂肪肝:①肝脏体积增大,一般呈轻、中度肿大,所测各部分大于正常值;②肝内回声反射致密一致性增多、增强,以肝脏浅表及声束末端附近为明显,肝脏后 1/3 组织回声有不同程度衰减现象。脂肪肝的分级标准依据有关文献。

3. 治疗方法

治疗组口服祛脂护肝冲剂。药物组成:虎杖、黄芩、郁金、茵陈、何首乌、泽泻、水蛭粉、草决明、丹参、鸡内金、海藻、荷梗、焦山楂 13 味中药按 3:1:1:1.5:1:1:0.3:3:2:0.5:1:1:2 比例水煮、浓缩、烘干制粒装袋,每袋 10 g(本院制剂室制备),每服 10 g,每日 3 次。对照组服用非诺贝特(上海延安制药厂生产),每次 0.1 g,每日 3 次。

两组疗程均为 45 天,治疗期间均停用其他药物。凡经确诊患者均于治疗前 7 天停用所有影响血脂代谢的药物,治疗前 1 天晚上不进高脂饮食,不饮酒,次日晨空腹抽取静脉血查肝功、肾功、血脂,并做血、尿常规检查。同时,固定操作人员应用日本产

ALOKaSSD-620 型 B 超(探头频率为 3.5 MHz),常规探查肝脏,对脂肪肝作出诊断,疗程结束后上述检查重复 1 次。

4. 疗效标准

显效:B 超示肝脏形态、回声和静脉结构改善 2 级,血脂代谢紊乱明显改善,ALT 恢复正常,肝区胀痛症状消失或肝功能恢复正常。

有效:B 超示肝脏形态、回声和静脉结构改善 1 级,血脂代谢紊乱改善,ALT 较治疗前明显下降,肝区胀痛症状缓解。

无效:治疗后各项指标检查无明显改善或未达到上述标准。

用祛脂护肝冲剂治疗脂肪肝 100 例,并设非诺贝特治疗的 30 例做对照。治疗组总有效率 92.0%,对照组总有效率 66.7%,两组结果经统计学处理, $P < 0.01$,有显著差异。

作者采用祛脂护肝冲剂治疗脂肪肝,既有清热解毒作用,又有清热利湿的作用,还有活血化瘀的药物,作用效果明显。

唐
红
敏
等

祛脂护肝汤加减治疗 非酒精性脂肪肝

与酒精有关的脂肪肝是酒精性脂肪肝,而其他则都属于非酒精性脂肪肝的范畴。作者主要针对非酒精性脂肪肝,探讨中医药治疗的方法。

【临床研究报告】

1. 临床资料

98例非酒精性脂肪肝患者均为门诊患者,全部伴有不同程度的脂代谢紊乱症,部分还伴有血清转氨酶(ALT)增高及体重增加,随机分为两组。治疗组58例,其中男性34例,女性24例;年龄30~66岁,平均为49岁,病程1~8年以上,伴ALT增高28例,体重增加24例。对照组40例,男性23例,女性17例,年龄32~61岁,平均50岁,病程1~6年以上,伴ALT增高20例,体重增加14例。两组在性别、年龄、病程及实验室检查等方面均无显著差异($P>0.05$),具有可比性。

2. 诊断标准

B超检查提示脂肪肝:肝区光点密集增强,后缘回声衰减,肝内管道显示不清或消失,亦常伴有不规则的低回声区——局灶性脂肪堆积。排除酒精性脂肪肝,均为研究对象。症状:患者可无明显不适,而于体检时发现;或有不同程度的肝区隐痛,食欲减退,腹胀,神倦,乏力,活动后气短等症状。并伴有不同程度的血脂异常或(和)肝功能指标(ALT)的轻度增加。

3. 治疗方法

治疗组给予祛脂护肝汤,基本方为黄芪、山楂、丹参、车前子各

30 g, 泽泻、决明子、枸杞子、菟丝子、虎杖、首乌、覆盆子各 15 g, 白术 10 g, 五味子 6 g, 并随证加减。偏于肝郁气滞者加强疏肝理气(加柴胡 6 g, 香附 10 g), 偏于痰湿阻络者加强化痰利湿(加苍术 9 g、茯苓 12 g、茵陈 30 g), 偏于气滞血瘀者加强活血理气(加赤芍 10 g、郁金 10 g、当归 12 g)。上药煎煮后取汁 400 mL, 分早、晚温服; 对照组口服大黄虫丸(湖南德康制药有限公司)3 g, 每日 2 次, 均为 2 个月一疗程。治疗期间, 嘱患者停用其他调脂保肝药物, 予低脂饮食并适当锻炼。每个疗程前后各查 1 次 B 超及血脂、肝功能等生化指标, 并测体重。

4. 疗效标准

临床治愈: 症状、体征消失, B 超提示肝脏形态恢复、肝内血管显示清晰、肝血流图正常, 血脂正常, ALT 正常。

显效: 症状、体征明显好转, B 超提示脂肪肝转为肝脂肪浸润, 血脂检查甘油三酯(TG)下降 $\geq 40\%$, 或总胆固醇(TC)下降 $\geq 20\%$, ALT 下降 $\geq 50\%$ 。

有效: 症状有好转, B 超提示肝后缘回声衰减减轻、肝血流图呈好转趋势, TG 下降 20%~40%, TC 下降 10%~20%。

无效: 症状、体征、B 超未达到有效标准。

5. 治疗结果

两组患者经治疗后, TG、TC、ALT 明显低于治疗前, 均有显著差异, 而组间比较均无显著差异, 说明两药均有明显降低 TG、TC、ALT 的作用, 且疗效相似。而超声显像提示, 治疗组对脂肪肝的总有效率为 87.93%, 对照组为 67.5%, 两组比较有显著差异。

作者采用补气降脂的中药治疗脂肪肝, 既可以改善肝功能, 又可以使肝脏的脂肪得以消除, 使生化指标下降。

李夏亭等

柔肝降脂胶囊治疗脂肪肝

脂肪肝发病机制至今未明,通常认为系肝细胞脂肪合成增加和氧化减少所致。最近研究表明,肝脏脂肪氧化功能下降在脂肪肝形成中起关键作用;TG水平增高可促进肝脏HSC增殖,而HSC激活增殖是引起肝纤维化形成的中心环节。中医学认为,脂肪肝之形成,多因进食膏粱厚味或嗜酒过度,损伤肝脾,致脾胃运化失职,肝胆疏泄失常。肥醇膏脂不能化生营养而成为痰浊,留而成瘀,形成瘀痰互结之态。

【临床研究报告】

本组45例脂肪肝患者为脂肪肝门诊和肝科住院患者,经B超确诊,并排除病毒性、免疫性或药物性肝炎。其中男性37例、女性8例,中位年龄48岁(19~61岁),长期饮酒者20例,肥胖者36例(Quetlet指数>24),血脂水平异常者34例,肝功能异常者35例,合并胆石症者5例。

B超诊断:轻度脂肪肝7例,中度脂肪肝32例,重度脂肪肝6例。

治疗药物:柔肝降脂胶囊(由制大黄、赤芍、丹参、生山楂、何首乌、牡蛎等组成),每次0.8g,每日3次,餐前半小时口服,30天为1个疗程,每例观察3~6个疗程。

观察项目:每月测定肝功能、血脂水平,并于治疗中始终B超检查肝、胆、脾形态学变化。肝功能、血脂水平由奥林巴斯Au-800型全自动生化分析仪测定,B超为B&K3535型彩色多普勒超声仪。所有检查均有专人负责。

不良反应:执行 GCP 不良反应观察标准。

结果:肝功能、血脂水平变化 治疗后肝功能正常者 34 例,好转者 8 例,无明显变化者 3 例;血脂水平正常者 29 例,好转者 11 例,无明显变化者 5 例。

肝脏形态学变化:治疗后肝脏形态恢复正常者 6 例,其中 4 例治疗前为轻度脂肪肝、2 例为中度脂肪肝,明显改善者 15 例(中、重度转轻度或重度转中度),无明显改变者 24 例。

不良反应:6 例患者于服药初期 3~7 天有轻度腹泻,均自愈。余未发现不良反应。

作者在治疗上多采用祛湿化痰、活血化瘀之法,兼以养肝疏肝健脾。柔肝降脂胶囊中,制大黄、赤芍清泄湿热、活血化瘀。《本草备要》称赤芍能行血中之滞,尤能泻肝火;丹参、生山楂行瘀消积。《本草正义》谓丹参专入血分,活血行气,达脏腑而化瘀滞、消积破癥;何首乌、牡蛎养肝血清肝热、平肝软坚。诸药合用,共奏疏肝祛湿、活血化瘀、养血柔肝之效。现代研究表明,大黄、何首乌、丹参都有降血脂之效。动物实验表明,丹参有降低肝内脂肪(特别是甘油三酯)的作用,认为丹参促进脂肪在肝细胞中的氧化作用。何首乌可使实验动物肝中甘油三酯降低达 52%,其所富含的卵磷脂能阻止胆固醇在肝内沉积。初步观察结果表明,柔肝降脂胶囊中所用药物能有效地改善脂肪肝患者的肝功能,改善血脂水平从而减少肝脏脂肪蓄积。从而有效地降低脂肪肝患者明显增高的 TG 水平,可能有助于抑制其肝纤维化形成及进展。

郑 欣

软肝胶囊治疗 脂肪肝致 ALT 升高

脂肪肝是临床常见的肝病,脂肪肝患者中 C<D 异常者多提示为中重度脂肪肝,说明已严重损伤肝细胞功能,中药方面多用“疏肝养肝、软坚散结”方剂治疗,且取得一定疗效。本方中柴胡、太子参、首乌、郁金、黄芪疏肝健脾理气;穿山甲、鳖甲、鸡内金、三七、炒大黄软坚散结。临床观察亦表明软肝胶囊对各种类型脂肪肝引起的 C<D 升高具有显著疗效,并且明显优于益肝灵,进一步分析可知,软肝胶囊对脂肪肝具有明显的治疗作用。通过临床应用观察,软肝胶囊对患者腹胀、肝大、厌食等症状改善明显,长期服用后 B 超提示对肝密度有显著的改善作用,且服用方便,未发现毒副作用。

【临床研究报告】

1. 临床资料

2001 年 10 月至 2002 年 10 月使用软肝胶囊治疗各型脂肪引起的 ALT 异常 52 例作为治疗组。其中男 47 例,女 5 例,年龄 31~53 岁(平均 37.8 岁)。对照组 10 例均用益肝灵片治疗,其中男 12 例,女 1 例,年龄 31~55 岁(平均 38.4 岁)。全部病例经彩超确诊为脂肪肝后,再作肝功能检验检查,筛选出肝功能异常者(ALT \geq 80)作为治疗对照观察对象,并排除其他疾病引起肝功能异常者。

2. 治疗方法

治疗组全部使用我院制剂室生产的软肝胶囊(每粒 0.45 g,相当生药 2.25 g,方药组成:黄芪、太子参、首乌、穿山甲、鳖甲、鸡内金、炒大黄、柴胡、郁金、三七粉),每次 3 粒,每日 3 次,对照组全部

服用益肝灵片,每次2片,每日3次,两组均连服20天,20天后复查肝功能,观察转氨酶变化情况。

3. 疗效标准

显效:ALT降低40%以上;有效:ALT降低 $>20\%$;无效:ALT降低 $<20\%$ 。

4. 治疗结果

治疗组52例中,显效30例(69%);有效13例(23.1%);无效0例,总有效率100%。对照组15例中,显效5例(33.3),有效8例(53.3),无效2例(13.3%),总有效率86.6%。

潘金友等

疏肝化痰为主治疗脂肪肝

脂肪肝多伴全身性症状,是肝脏的一种病理过程。随着生活水平的提高,脂肪肝的发病率呈逐年上升的趋势。本病常见于肥胖症、酒精性肝病、肝炎、糖尿病及高脂血症等患者。早期诊断、除去病因、注意调节饮食、增加运动锻炼、加强对原发病的治疗,是减少及防止脂肪肝发生的重要环节。脂肪肝,属医学“胁痛”、“痰浊”、“血瘀”等范畴。其病因不外饮食不调、情志不畅、遗传因素等。肝胆疏泄失常,脾失健运,不能升清降浊、输布精微,致使瘀、痰、湿阻络的发病机制,以疏肝化痰基本法则治疗脂肪肝,能使肝胆疏泄趋以正常,令脾气健运,从而起到痰瘀化、湿浊清、肝络通的作用。

肝气郁滞治用疏肝理气,以条达肝木,健脾助运,以护土防侮,养血化痰,以顺乎肝性。肝气郁滞,临床多表现为胸胁满闷窜痛,暖气腹胀,善太息,口干欲饮,心烦易怒,大便干结或正常。舌偏红,苔薄或腻,脉弦或细弦。治疗多采用疏肝理气,佐以化痰通络方法,以条达肝木为主要目的。常用柴胡疏肝散、香砂六君子汤合失笑散加减。常用药:柴胡、郁金、枳壳、香附,疏肝理气;黄芪、白术、党参、半夏、茯苓、甘草,益气化湿消痰;川芎、当归、白芍、丹皮,柔肝养血;适当配伍制大黄、虎杖、蒲黄、土茯苓,以活血化痰祛湿。

湿热内蕴湿热之邪,羁留不解,多见于肝气郁滞,病程日久,正气虚羸,正不胜邪者。肝脾不调,湿热内蕴是本型的主要病机,而且伴有不同程度的肝络瘀阻。可见口苦咽燥,胁痛低热,恶心腹胀,纳食欠馨,心烦不寐,口干不欲饮,大便秘结或溏垢,小便短赤,

舌偏红苔薄黄微腻或厚腻,脉弦滑。治当以调理肝脾、清热利湿、理气通下为主,兼以和血化瘀通络。常用方:柴平汤、二陈汤合五苓散加减。常用药:猪苓、茯苓、泽泻、黄芩、山栀子、薏苡仁、草薢仁、炒白术、焦山楂、檉豆衣,利湿健脾;柴胡、郁金、白芍、香附、八月扎,疏肝解郁;川厚朴、大腹皮、川楝子、神曲、木香、陈皮、青皮、枳壳,理气宽中;配以丹参、木瓜、赤芍、虎杖、制大黄、泽兰叶,化瘀通络。

肝阴不足多为病程冗长,脾气日衰,胃阴日竭,既不能濡润肝木,又不能生血养肝,更不能生精滋肾,进而导致水不涵木。痰浊、血瘀之邪久恋,或前期治疗过用辛燥之品,阴津暗耗,以致出现肝肾阴亏、气阴两虚的病证。头晕目眩,两胁隐痛,食欲减退,失眠多梦,腰酸膝软,耳鸣耳聋,咽干口苦,口渴欲饮,便干溲黄。舌红干苔少,脉细弦。血虚不能养肝,治疗应养血柔肝以条达肝木为治肝之本,化瘀以通肝络,健脾以助气血生化之源,则为标本兼治之法。常用方:逍遥散、补肝汤、二陈汤、人参养荣汤、一贯煎。常用药:黄芪、金雀根、黄精、当归、白芍、生地、熟地、丹参、柴胡、制香附、郁金,养血柔肝,益气健脾;川芎、川楝子、木瓜、虻虫、丹皮、制大黄,化瘀通络;有阴虚肝热加用山栀子、赤芍、知母、黄柏、白茅根等。

气滞血瘀病程日久,瘀血阻滞肝络。气血凝滞,肝脏功能及气血失调。出现面色暗灰,肋下痞块,肋痛固定不移,口干欲饮,溲黄便干或溲薄,舌紫黯有瘀斑,苔薄黄微腻,脉弦。久者常伴气血亏虚。治以扶正祛邪为主。活血化瘀以疏通肝络,配用养血柔肝以软化肝质条达肝木,益气健脾以助气血生化之源。常用方:血府逐瘀汤、复元活血汤、失笑散、一贯煎、养肝汤。常用药:桃仁、红花、当归、赤芍、虻虫、穿山甲、鳖甲、龟板,活血化瘀,软坚散结;黄芪、山药、白扁豆、白术、金雀根、党参,健脾益气,以助生化之源;半夏、焦山楂、贝母、路路通、茯苓,化痰通络;香附、川楝子、柴胡、八月扎、佛手片,疏肝理气;配用水蛭,祛瘀生新;加用蒲黄、制大黄、虎

杖根、宣木瓜、土茯苓,活血化瘀,利湿。全方有疏肝理气、活血化瘀,去邪而不伤正的作用。

阳虚浊阻脂肪肝本为痰浊、血瘀两相召感,流连脾胃,以致脾阳不振,久必累肾。其轻者耗伤肾气,重则及肾阳,这是形成本病肾气易虚,甚或肾阳亏损,缠绵难愈的重要原因。临床表现有面色㿔白,腹部胀满,便溏泄泻,心慌气怯,头昏目糊,神疲乏力,纳食欠馨,形寒肢冷,腰膝酸软,下肢浮肿,口干不欲饮。舌淡嫩,苔灰浊或白滑,脉沉细。治宜温补脾肾,辅以柔肝疏肝,化瘀养血,从而达到扶正祛邪目的。常用方:实脾饮、真武汤、济生肾气丸。常用药:黄芪、党参、金雀根、黄精、白术、怀山药、白扁豆,益气健脾;干姜、熟附片、淫羊藿、仙茅、白蔻仁,温肾健脾;猪苓、茯苓、泽泻、防己、木瓜、薏苡仁,化湿醒脾;柴胡、焦山楂、郁金、香附,疏肝理气;赤芍、白芍、丹参、制大黄、田七、紫草、泽兰叶,柔肝和血,化瘀通络。

作者把脂肪肝分成若干类型进行辨证治疗,分别采用不同的中药,但在每一个处方中均加入了祛脂保肝的中药,有助于提高临床疗效。

尹佐才等

疏肝健脾法治疗脂肪肝

中医学认为,脂肪肝由于饮酒过度,或嗜食肥甘厚味,酒食内伤,而滋生痰浊,痰湿阻滞,使气机郁滞,血脉瘀阻,致气、血、痰、浊互相搏结,聚滞为积,肝郁气滞,肝失疏泄可致胁肋发胀,抑郁烦闷,肝病传脾,脾失健运,气血不足可致身倦乏力,腹胀便溏等症,因此脂肪肝患者临床多表现为身倦乏力,胁肋发胀,腹胀便溏,舌质淡,舌暗,苔白腻等,属肝郁脾虚证候,兼有痰湿、血瘀征象,临床上多采用疏肝解郁,健脾利湿,益气活血等方法治疗,常可取得满意疗效。

【临床研究报告】

1. 临床资料

本组 60 例中,男性 41 例,女性 19 例;年龄 17~63 岁,平均年龄 40.45 岁;病程 1 个月至 10 年,平均病程 3.65 年;60 例患者中肝功能(主要为谷-丙转氨酶 ALP)异常者 40 例,总胆固醇(TC)异常者 16 例,甘油三酯(TG)异常者 25 例,脂蛋白异常者 32 例,HBsAg 阳性者 28 例。

2. 治疗方法

基本方剂组成:姜半夏 12 g,党参、白术、郁金、生麦芽各 15 g,白芍、香附、茵陈蒿各 25 g,丹参、决明子各 20 g,泽泻、生山楂各 30 g。水煎服,每日 1 剂,连续服 1 个月。随症加减:如脾胃积热,痰浊偏盛可选加黄连、黄芩、藿香、佩兰、苍术、瓜蒌之类。如肝郁气滞,血脉瘀阻,瘀滞症状偏重,可选加川芎、三棱、莪术、王不留行、木香、青皮、厚朴、枳壳之类,酌减泽泻、姜半夏、茵陈蒿之用量

或不用。

3. 疗效标准

服药 1 个月后, B 超复查, 肝脏恢复正常, 临床症状消失者为痊愈; B 超复查有显著改善, 临床症状明显好转者为有效; B 超复查无改变者为无效。

4. 治疗结果

本组 60 例经治疗后, 痊愈 34 例, 占 56.7%; 有效 4 例占 40%; 无效 2 例占 3.3%。

作者采用疏肝健脾法治疗脂肪肝, 通过改善消化功能, 促进胃肠道蠕动, 进一步促进体内脂肪的消耗, 进而达到治疗脂肪肝的目的。



疏肝健脾法治疗脂肪肝

肝脏与脂质代谢密切相关,它可使脂质消化、吸收氧化、转化以及分泌过程保持动态平衡。脂肪肝是因脂肪在肝组织贮积过多所致。近年来,随着生活习惯及饮食结构的改变,脂肪肝的发病率日渐增高,有关资料表明,20世纪60年代以前,脂肪肝的发病率仅为3%左右,病因多为营养不良,而80年代以后,其发病率已达10%左右,病因为营养过剩。据报道,约有25%肥胖型脂肪肝患者会合并肝纤维化,部分发展为肝硬化,因此寻找治疗脂肪肝有效的方法,是目前重要的研究课题之一。中医认为脂肪肝是由于饮酒过度或嗜食肥甘厚味,酒食内伤,而滋生痰浊,痰湿阻滞,使气机郁滞,血脉瘀阻,致气、血、痰、浊互相搏结,聚滞为积,肝郁气滞,肝失疏泄而致胁肋发胀,抑郁烦闷。从而肝病传脾,脾失健运,气血不足,可致身倦乏力、腹胀便溏等症。患者临床表现为身倦乏力,胁肋发胀,腹胀便溏,舌质淡、舌暗、苔白腻等,我们根据中医对脂肪肝发病机制的认识,采用疏肝健脾法治疗脂肪肝,中药配方中党参对肝脏的损伤有保护作用,特别对脂肪肝伴乙肝的患者,有提高网状内皮系统的吞噬作用,提高机体的抗病能力;丹参、决明子配伍有降低血清胆固醇、甘油三酯的作用。泽泻能干扰外源性TC的吸收,又能影响内源性TC代谢;丹参有改善肝脏功能,促进肝脾回缩和变软;大黄和决明子有干扰脂质合成和抑制TC沉积的作用。

【临床研究报告】

1. 临床资料

从1997—2000年,收治71例脂肪肝患者。男49例,女22

例,年龄 43~65 岁,平均年龄(54±11)岁。全部病例符合以下 6 项诊断指标中的 3 项以上:①肥胖,肝区不适或胀满、疼痛;②B 超提示肝的大小、管道回声、光点疏密,CT 提示肝密度降低,CT 值 <40Hu,肝脾 CT 比值 <0.85;③血脂增高;④肝功能轻微异常或异常;⑤全血黏度增高;⑥肝活检诊断为脂肪肝。71 例脂肪肝患者,两对半检查,乙肝患者 7 例,乙肝病毒携带者 11 人,占脂肪肝患者的 25%。

2. 治疗方法

71 例患者随机分成两组,治疗组 38 例,对照组 33 例。治疗组采用疏肝健脾法,基本的方剂组成为:姜半夏 12 g,党参、白术、郁金、生麦芽各 15 g,白芍、香附、茵陈蒿各 25 g,丹参、决明子各 20 g,泽泻、生山楂各 30 g,水煎服,每日 1 剂,连服 1 个月,随症加减。如脾胃积热、痰浊偏盛可选加黄连、黄芩、藿香、佩兰、苍术、瓜蒌之类。如肝郁气滞、血脉瘀阻、瘀滞症状偏重,可选加川芎、三棱、莪术、王不留行、木香、青皮、厚朴、枳壳之类,酌减泽泻、姜半夏、茵陈蒿的用量或不用,每日 1 剂,煎汁 300 mL,分 2 次口服,1 个月为 1 个疗程。对照组,口服肌醇片,每次 0.5 g,维生素 C 每次 0.3 g,每日各服 3 次,服用 1 个月为一疗程。

3. 疗效标准

两组患者服药 2 个疗程,根据常见病的疗效评定标准,采用 B 超复查,肝脏恢复正常,临床症状消失者为痊愈;B 超复查有显著改善,临床症状明显好转为有效;B 超复查无改善者为无效。实验室检查总胆固醇、甘油三酯、高密度脂蛋白在两组治疗前后的水平。两组疗效结果对比,治疗组总有效率 94.6%;而对照组总有效率 75.7%。

作者采用疏肝健脾法治疗脂肪肝,可以明显地改善血脂的变化,从而降低血液的黏稠度,达到治疗脂肪肝的目的。

方桂女等

疏肝降脂汤并肝得健胶囊
治疗脂肪肝

脂肪肝病因复杂,是多种疾病和原因引起的肝脏脂肪变性,这一点从本文病例中也可看出。脂肪肝的发病机制至今尚未完全明确,一般认为肝细胞合成甘油三酯(TG)与分泌极低密度脂蛋白(VLDL)之间的不平衡造成的。中医学认为脂肪肝的病因为过食肥甘厚腻,恣意饮酒,病发于肝脾,脾失疏泄,肝血瘀滞,脾失健运,湿邪不化,痰湿内生。在临床上脂肪肝早期很少有自觉症状,只有发展至一定程度才出现临床症状。因此,常出现气滞、血瘀、痰湿夹杂。故作者拟疏肝降脂散,方中柴胡、枳壳、香附疏肝理气;川芎、白芍、丹参活血化瘀;泽泻、陈皮化痰利湿;首乌、决明子、绞股蓝降脂。肝得健为大豆中提取的多价不饱和磷脂,近代药理学认为多价不饱和磷脂为肝窦内皮和肝细胞膜稳定剂,可降低脂质过氧化,减少肝细胞脂变及其伴随的炎症和纤维化,同时也可增强血液和组织中脂肪分解。

【临床研究报告】

1. 临床资料

门诊治疗患者 68 例,男性 49 例,女性 19 例,年龄 29~68 岁,平均年龄 43.6 岁,病程 1~8 年,平均 3.6 年,其中营养失调性脂肪肝 36 例,肝炎后脂肪肝 18 例,酒精性脂肪肝 14 例,合并糖尿病 3 例。全部病例均有不同程度的肝区胀闷不适或隐痛。B 超提示:脂肪肝。肝功能异常 68 例,其中 ALT 异常 35 例 50~187 U/L,AST 异常 35 例 30~126.3 U/L,r-GT 异常 68 例 40~250 U/L,血脂水平偏高 59 例,甘油三酯偏高 48 例 1.9~5.8 g/L,胆固

醇偏高 21 例 5.8~8.2 g/L, 29 例患者体重超重。将全部病例随机分为 2 组, 治疗组 41 例, 男性 31 例, 女性 10 例; 对照组 27 例, 男性 18 例, 女性 9 例, 两组病例病程病情相似, 具有可比性。

2. 诊断标准

①肝区胀闷不适或隐痛; ②脂肪肝 B 超检查示: 近场回声增强增密/或伴远场回声衰减, 管状结构改变, 肝肿大/或不大; ③肝功能异常, 血脂偏高。

3. 治疗方法

一般疗法: ①肝功能指标异常者以休息为主, 肝功能正常者适当加强体育锻炼; ②调整饮食结构, 以高纤维高蛋白低脂饮食为主; ③禁酒; ④控制血糖, 控制体重。

药物治疗治疗组: 肝得健胶囊每次 2 粒, 每日 3 次。中药疏肝降脂汤: 柴胡、枳壳、香附、芍药、陈皮、川芎、泽泻、首乌、决明子、绞股蓝、丹参; ALT 偏高加五味子、垂盆草。中药每日 1 剂, 1 剂煎 2 次分服。

对照组: 肝得健胶囊每次 2 粒, 每日 3 次; 维生素 C 片每次 2 片, 每日 3 次。治疗疗程为 3 个月, 疗程结束时观察相关的症状、体征、肝功能指标(ALT、AST、 γ -GT 等)、血脂(TC、TG)、B 超检查。

4. 结果

两组患者治疗前后主要症状和体征的变化差异有显著意义。治疗组、对照组治疗后 ALT、AST、 γ -GT 较治疗前均明显下降, 且治疗组较对照组下降更明显, 差异具有显著意义($P < 0.001$)。治疗组、对照组治疗前后 TG 均有一定程度下降, 而治疗组下降较对照组明显($t = 2.905$), 治疗前后两组 TC 下降不明显, 两组比较无显著差异。

作者采用疏肝降脂汤治疗脂肪肝, 通过疏肝降脂的中药, 可以改善脂肪肝治疗前后的血脂变化, 并与对照组有明显的差异, 说明中药治疗脂肪肝的疗效是可靠的。

吴宽裕

疏肝理气通瘀法治疗脂肪肝

脂肪肝多由于饮食不当,过量饮酒,或肥胖症、糖尿病、营养不良以及一些慢性感染和炎症所致。若不及时进行有效治疗,久之有发展为肝硬化之虞。中医认为脂肪肝属于“肥气”、“痞满”、“胁痛”、“痰癖”范畴。大多因肝脾失调,气血失畅,痰湿交结,痰阻血络,或嗜食肥甘厚腻之品,或长期嗜饮,以酒为浆,致湿生痰酿、肝郁血瘀所患。治疗以化湿清热,疏肝理气,健脾化湿,活血化痰,补肾益精等为主。

【临床研究报告】

1. 临床资料

本组 67 例患者中男性 46 例,女性 21 例;年龄 33~76 岁;平均病程 6.3 年。全部入选病例均经有关实验室检查:ALT > 50 U/L, TBIL < 50 μ mol/L, TC > 6.0 mmol/L, TG > 1.7 mmol/L。超声检查提示脂肪肝或 CT 诊断脂肪肝。自觉症状有肋肋不适或钝痛,甚者刺痛,不同程度伴有胀气,乏力,肢软,便溏,舌黯红。中医辨证属肝郁脾虚血瘀者 49 例,伴有肥胖及糖尿病 40 例,肝炎 14 例,有饮酒史者 42 例。将以上病例随机分为两组。治疗组 35 例,其中男 27 例,女 8 例;平均年龄 52.3 岁。对照组 32 例,其中男 21 例,女 11 例;平均年龄 51.7 岁。两组病例平均病程分别为 7.3 年和 7.5 年。

2. 治疗方法

一般治疗:适当休息,少量活动,ALT > 100 U/L 者应限制活动;饮食调节是治疗脂肪肝的基本方法,嘱低脂、低碳水化合物、高蛋白质饮食及适量水果为主,或限脂禁酒。

药物治疗:治疗组给予平肝脂汤(自拟方),基本方药组成:柴胡、半夏、郁金、泽泻、丹参、香附、决明子各 15 g,黄精、陈皮、何首乌、薄荷各 9 g。加减:食滞加焦山楂;脾虚明显加炒白术;夹湿热者加栀子;ALT 显升加五味子。水煎服,每日 1 剂。加脂必妥 3 片,每日 3 次。30 天为 1 个疗程,共治疗 3 个疗程。每日 3 次。总疗程为 90 天。

3. 疗效标准

参照中华人民共和国卫生部药政局 1993 年颁布的《新药临床研究指导原则》中的有关疗效标准。

显效:临床症状消失,ALT、TBIL 正常,TC 下降 $>20\%$ 或 TG 下降 $>40\%$,肝脏 B 超显示肝内回声明显减弱,后缘回声衰减明显减轻,管道系统走向清晰,肝肾对比回声不强。

有效:临床症状好转,ALT、TBIL 部分恢复,TC 下降 $10\% \sim 19\%$ 或 TG 下降 $20\% \sim 39\%$,B 超提示脂肪肝有好转。

无效:未达到有效标准,肝脏 B 超未见好转。

两组治疗后均有明显降脂作用,治疗前后有显著性差异($P < 0.01$),但两组间疗效无显著性差异($P > 0.05$)。

两组总疗效比较:治疗组显效率、有效率、无效率、总有效率分别为 57.1% (20 例), 31.4% (11 例), 11.4% (4 例), 88.5% ;对照组分别为 21.9% (7 例), 37.5% (12 例), 40.6% (13 例), 59.4% ,两组总有效率比较有显著性差异($P < 0.01$)。

作者认为疏肝理气法是中医治疗的常用方法,同样也可以应用此法治疗脂肪肝。平肝脂汤具有疏肝理气、健脾消食、降酶祛脂的作用。方中柴胡具有疏肝的作用,现代药理研究具有稳定细胞膜,降低脂质过氧化物的生成,柴胡皂甙能降低血胆固醇、甘油三酯,改善脂肪肝症状;香附疏肝理气解郁;五味子酸温敛肝,现代药理研究证明,其含有降脂类化合物,可减轻肝细胞损伤,促进肝糖元异生,减轻肝细胞脂肪变性;半夏性温,治脾湿不化,聚而生痰者

最为合拍；泽泻渗泻水湿，《本草正义》谓其“能滑痰化饮”，现代药理实验证明，泽泻是一种很好的降血脂药物；焦山楂能化脂消积，现代药理实验证明其具有调节血脂代谢失常作用，其降脂作用是对脂质的清降；郁金活血行气解郁并利胆，有助于脂质类物质的代谢；何首乌调肝补肾，能阻止胆固醇在肝内沉积；黄精补阴柔润填精，对防止肝脂肪浸润有一定作用；丹参既活血化瘀通络，又和血降脂，尤其具有降低甘油三酯和抗脂质过氧化及抗肝损害作用；决明子能清肝除痰降脂。总之，本方具有疏肝理气、健脾化痰、通瘀活络、降酶降脂的作用，并能有效改善脂肪肝患者肝脏超声形态学变化，改善患者症状和肝功能等。脂必妥主要由山楂、白术、神曲等组成，具有消痰化瘀、健脾和胃的作用。在卫生部指定的临床药理基地进行的临床研究结果表明，该药具有降脂（包括血清胆固醇、甘油三酯、低密度脂蛋白）调脂（如可提升高密度脂蛋白）作用。两药合用，无明显不良反应，疗效优于单用脂必妥。由此可见，中医药防治脂肪肝有良好的效果，且经济实用，毒副作用少，值得临床深入研究。

陈
丽
英
等

疏肝利湿降脂方对脂肪肝

引起脂肪肝的原因很多,如营养失调、大量饮酒、糖尿病、感染、药物性肝损等等,多种原因直接或间接地影响肝脏脂肪代谢,使肝脏内甘油三酯蓄积,当肝细胞内脂质蓄积超过肝脏湿重的5%或病理学上每单位面积有1/3以上肝细胞内有脂滴时,即发生脂肪肝。慢性脂肪肝较为常见,起病隐匿,病程漫长,多呈良性经过,仅部分病例可发展为肝硬变,好发于中老年,酒精性脂肪肝见于男性,非酒精性则可能以女性为主。部分脂肪肝患者可发展为脂肪性肝炎,其病因是肝内局灶性炎症及单纯性坏死,从而引起肝功能异常,转氨酶升高。肥大的脂肪细胞也可压迫胆管引起血清胆红素及转肽酶的异常。

作者所提到的脂肪肝除转氨酶有轻中度增高,胆红素有轻度增高,部分患者转肽酶的升高很明显。患者可有食欲减退,恶心乏力,肝区疼痛,腹胀,及右上腹压迫感、胀满感,这些症状可能与肝内脂肪浸润导致肝脏肿大、肝被膜过度生长有关。临床上常用的治疗脂肪肝的药物有血脂调节药、胆碱、维生素B族和维生素E等,缺乏特异性,且毒副反应和局限性较大,远非理想。脂肪肝可归属于中医的“痰证”、“湿阻”、“胀满”、“积证”、“癖病”范畴。其病因病机主要为饮食失节、情志郁结、病后失调等导致肝郁脾湿、痰湿瘀阻、内结所致。气滞、痰、湿是本病的主要病理因素,在治法上往往涉及柔肝、利湿、清热、解毒等。故以疏肝、利湿、降脂为其基本治则。

【临床研究报告】

1. 临床资料

本组 32 例均为门诊患者。男 24 例,女 8 例;年龄 26~64 岁,平均(40.2±13.4)岁;病程 30 天至 12 年,平均(1.8±2.5)年。并存高脂血症史 28 例,肥胖史 20 例,酗酒史 11 例,乙型肝炎史 5 例,均有不同程度的肝功能异常。所有病例都经两次以上腹部 B 超或 CT 检测,证实为脂肪肝。

2. 疗效标准

显效:B 超检查肝脏形态及实质基本恢复正常,ALT、AST、 γ -GT 正常或好转,治疗前后症状积分下降 $>2/3$ 者 10 例。有效:B 超检查肝脏形态及实质有所恢复,ALT、AST、 γ -GT 好转,治疗前后症状积分下降 $>1/3$ 且 $<2/3$ 者 18 例。无效:未达到好转标准或加重,治疗前后症状积分下降 $<1/3$ 者 4 例。

3. 治疗方法

自拟疏肝利湿降脂方治之。方中柴胡、枳实疏肝柔肝;败酱草、金钱草、垂盆草利肝胆,清湿热,且有降低转氨酶、转酞酶的作用。药理证明,败酱草能促进肝细胞的再生使肝细胞炎症消退,故能改善肝功能;葛根、黄芩、生甘草清热解毒,具有解酒护肝、提高肝脏解毒的功能;对于酒精性脂肪肝还可重用茯苓、栀子、连翘,且须严格戒酒;降脂可用生首乌、生山楂、生大黄。通过不同机制,作用于肝脏的不同环节,诸药合用,有舒肝利胆、降脂健脾、护肝降酶之功。对脂肪肝患者症状、体征的改善、肝功能血脂的恢复及 B 超声像图的改善均有较好的作用,总有效率 87.5%。在脂肪肝患者的防治中,注重体育锻炼,调节适度的运动量,适当休息,食用低碳水化合物、低脂肪、高蛋白质饮食及新鲜蔬菜水果。因新鲜蔬菜含有丰富的维生素、纤维素、无机盐和微量元素,每天吃 500 g 左右的蔬菜可起到充饥、降血脂、减肥和防治脂肪肝的作用。但要少吃水果,或吃含糖量低的水果,均有助于脂肪肝的防治。

洪
声
等

舒肝祛脂胶囊治疗 伴肝功能损害的脂肪肝

脂肪肝的形成是一漫长的病理变化过程,它又可继发于多种疾病,而非单一脏器所能一概而论的。伴有不同程度肝损害的脂肪肝,往往提示肝细胞存在炎性渗出,肝细胞被脂肪滴侵占,使肝窦受压,正常肝细胞组织受损,出现 SGOT、SGPT 升高,并有肝区胀痛不适、腹胀、乏力等临床症状。

【临床研究报告】

1. 临床资料

全部病例来自于 2000 年 6 月至 2001 年 6 月期间中医专病门诊。34 例中男性 27 例,女性 7 例;年龄 31~68 岁,平均(45.29±8.98)岁。均有不同程度的肝功能损害(转氨酶>40 U/L,或胆红素>1.7 U/L),21 例伴有单纯性高甘油三酯血症(TC<6.0 U/L, TG>1.8 U/L),8 例为混合性高脂血症(TC>6.0 U/L, TG>1.8 U/L),27 例伴有高血压,27 例男性患者均有饮酒史。服药前,部分患者服用过益肝灵、胆维他、维生素 C 等 3 个月以上,且疗效不显著。部分高脂血症患者短期服用过他汀类或贝特类降脂药,疗效确实,但因有损于肝、肾功能,已自行停用。

全部病例均经 B 超检查确诊,表现为较强细小光点,呈明亮肝,肝内血管结构显示不清,肝的深部组织回声减弱。全部病例均有不同程度的肝损害(转氨酶>40 U/L 或胆红素>1.7 U/L)。全部病例均超过标准体重,尤以腹围增加明显。临床表现多有肝区胀痛、食后腹胀、便溏、乏力等症状。

本研究排除由药物、妊娠、甲状腺机能减退、肾脏疾病、糖尿病

等继发性的脂肪肝。

观察期间,停药其他药物,改服舒肝祛脂胶囊(由本院药剂科提供,沪卫药剂 N(99)-0381),每日 3 次,每次 5 粒,连服 12 周,并且嘱患者服药期间尽量改变不良饮食习惯,晚饭以清淡为主,提倡少食。服药前测定肝功能、血脂、体重、腰围、B 超等指标。用药后 8 周、12 周复查。结果均以 $X \pm S$ 表示,计数资料采用 t 检验。

2. 疗效标准

(1) B 超检查

显效:恢复正常;有效:强细小光点、肝内血管结构不清、深部组织回声减弱等情况有所改善;无效:无明显改善。

(2) 生化检查

以 SGOT、SGPT 为主。显效:SGOT、SGPT 正常或下降 $> 20\%$;有效:SGOT、SGPT 下降 $10\% \sim 20\%$;无效:SGOT、SGPT 无变化或下降 $< 10\%$ 。血脂显效:TC、TG 下降 $> 40\%$;有效:TC、TG 下降 $> 10\%$;无效:TC、TG 治疗后无明显变化或下降 $< 10\%$ 。

(3) 临床症状

显效:临床诸症状消失;有效:临床症状改善;无效:临床症状无明显变化。

舒肝祛脂胶囊为纯中药制剂,由柴胡、郁金、海藻、参三七、红花等组成。现代研究已证实,方中柴胡、青皮、枳壳等疏肝消脂,破肝中之结;黄芩、生大黄、败酱草等清热化积,配以猪苓利水渗湿;三七、红花、海藻、郁金活血行瘀、化痰清源;加上白芍、女贞子柔肝养肝。笔者从清化湿热、消痰、消瘀、消脂着手,同时兼顾调和气血、养肝健脾,从而避免单一治疗的偏颇性。

本组观察结果还显示,舒肝祛脂胶囊还可调节血脂水平,消除脂肪堆积,有小幅减肥作用。且服药观察期间全郁病例均未见任何不良反应,适宜于长期服用,为肝损害的脂肪肝患者提供了安全有效的治疗用药。

孙 光

四君子汤合温胆汤治疗糖尿病 高脂血症及脂肪肝

随着医学的发展和糖尿病患者寿命的延长,动脉粥样硬化和冠心病等糖尿病慢性并发症和合并症已成为导致糖尿病患者死亡的重要原因,血脂代谢异常是糖尿病显著特点之一,是心血管疾病的独立危险因素。因此除了有效地控制血糖水平,强调调脂治疗对于改善糖尿病预后具有极其重要的意义。目前降糖、调脂治疗提倡控制饮食,适量运动等综合治疗,但药物治疗仍占主导地位。临床普遍使用的他汀类、贝特类降脂药物,具有肝脏损害,肌溶解,胃肠道反应等毒副作用,患者往往难以长期坚持服用,严重影响治疗和预后,而中药有其独特优势。

【临床研究报告】

1. 临床资料

病例为2000年1月至2002年1月临床确诊为糖尿病高脂血症、B超证实患有脂肪肝的患者,符合WHO标准,共26例,男14例,女12例;年龄45~72岁,平均58.5岁;糖尿病病程4~20年,均使用胰岛素把血糖控制在正常水平;高脂血症、脂肪肝病程2~8年,均短于糖尿病病程。服中药每日1剂,30天为1个疗程,进行2个疗程后复查血脂、肝功、肝脏B超。

2. 治疗方法

基本方:党参、大腹皮各12g,茯苓15g,甘草、枳实各6g,陈皮8g,半夏、白术、香附、竹茹各10g。脾虚、自汗者加黄芪;脾虚湿重、大便泄泻者加炒薏苡仁、白扁豆、苍术;脾肾阳虚加干姜、补骨脂、益智仁。

3. 疗效标准

显效:血糖正常,肝功正常,甘油三酯(TG) ≤ 2.28 mmol/L,总胆固醇(TC) ≤ 5.2 mmol/L,高密度脂蛋白(HDL-C) > 0.9 mmol/L,低密度脂蛋白(LDH-C) < 3.4 mmol/L,B超:未见脂肪肝。

有效:血糖正常,肝功正常,TG ≤ 5.65 mmol/L,TC < 6.2 mmol/L,HDL-C > 0.9 mmol/L,LDH-C < 4.1 mmol/L,B超:未见脂肪肝或由重度转为轻度。

无效:血糖正常,肝功可不正常,TG > 5.65 mmol/L,TC ≥ 6.2 mmol/L,HDL-C ≤ 0.9 mmol/L,LDH-C ≥ 4.1 mmol/L,B超:仍有原来程度的脂肪肝。

4. 治疗结果

26例患者经2个疗程治疗,显效8例,占30.8%;有效16例,占61.5%;无效2例,占7.7%;总有效率92.3%。

正常情况下,糖、脂代谢在肝内保持动态平衡,患糖尿病后,动态平衡被破坏,脂代谢异常,在肝细胞内堆积,形成脂肪肝,其机制:①大量的脂肪酸被肝细胞摄取;②肝细胞损害导致甘油三酯与载脂蛋白合成障碍;③肝细胞损害导致肝内游离脂肪酸氧化降低,致甘油三酯增加。本组疗程中用胰岛素将血糖控制在正常水平,以去除降糖药物对肝细胞损害,从而影响血脂数值。作者认为,方药以四君子汤合温胆汤加减:党参、白术、茯苓、甘草补脾益气治其本;陈皮、半夏、竹茹、枳实、大腹皮化痰和中治其标;香附舒肝理气。治疗过程中,患者反应良好,无一例因不能耐受而中断治疗。研究结果表明此方剂对糖尿病合并高脂血症及脂肪肝疗效显著。

徐 端

孙定隆老师应用启宫丸 加减治疗脂肪肝

脂肪肝患者在药物治疗的同时一定要记住调节饮食,加强锻炼。脂肪肝患者应忌吃过量甜食,少吃富含胆固醇的食物如动物内脏、蛋黄等。多吃富含多链不饱和脂肪酸的食物如胡桃、大豆油、玉米油、棉籽油、花生油和芝麻油等。平时应多运动少坐车,多爬楼梯少坐电梯。肥胖者宜减肥,脂肪肝患者还应忌长期精神紧张,以免引起内源性血脂增高。只要调整饮食,加强运动,坚持治疗,预后一般较好。

【病案举例】

林某,男,52岁,初诊:2002年7月23日。刻诊:体态丰腴,神靡乏力,纳呆,恶心,腹胀,便溏,面色晄白。身高165cm,体重75kg,腰围113cm,舌胖苔白厚腻,脉滑。实验室检查:血脂TC 7.8 mmol/L, TG 2.4 mmol/L。B超检查:提示为重度脂肪肝。西医诊断:脂肪肝伴高脂血症。中医诊断:脾虚痰湿壅积。治宜健脾祛痰,降脂化浊,启宫丸加减:白术15g,苍术10g,法半夏15g,云苓15g,藿香15g,泽泻15g,川芎10g,神曲15g,荷叶10g,枳壳10g,5剂,每日1剂,水煎分3次服。7月29日复诊:患者服药后腹胀减轻,苔渐退,仍遵前法,原方增损,坚持治疗。9月23日,患者来院复诊,B超:肝胆胰脾未见异常。TC:5.6 mmol/L, TG:1.8 mmol/L,症状消除,腰围103cm,体重70kg,巩固疗效赅进5剂。

作者运用利湿化痰方药对脂肪肝进行治疗,可以明显地改善患者的脂肪肝症状和体征。

钟怡就

痰瘀同治法治疗脂肪肝

脂肪肝是由于过量脂肪沉积,造成肝脏发生脂肪变性,功能受损。中医学认为由痰瘀互结,阻滞肝络所致。治疗上除应注重祛除病因,合理膳食外,要抓住化痰祛瘀这一重要环节,并结合机体寒热虚实灵活化裁。本例为痰瘀阻络,湿热内蕴。故治宜化痰活血,清热除湿。

方中平胃二陈汤运脾燥湿化痰;泽泻祛泻痰饮,泻浊降脂;荷叶降浊升清;郁金、丹参、田七、山楂、莪术、赤芍等活血祛瘀、疏肝通络;草决明清泄肝热;重楼、连翘清热解毒散结;虎杖清热通腑泻浊;羚羊角骨、小蓟清肝凉血解毒,对降酶有一定作用。诸药配合,共奏祛痰化浊、活血通络之功,体现了痰瘀同治,肝脾并调,降浊升清、标本兼顾的治疗法则。使痰瘀得化,湿热得清,肝络和畅,因而取得满意效果。从现代医学观点看,痰瘀同治的方药具有降脂、抗凝、消炎等作用,能改善微循环,纠正代谢紊乱,促进肝内脂肪氧化,从而有利于脂肪肝的恢复。也进一步说明痰瘀同治法治疗诸多慢性病及疑难病,具有广阔的前景。

【病案举例】

某患者,男,34岁,于1997年11月12日就诊。患者于1995年体检发现脂肪肝,血脂高,因无特殊不适,未予重视。近1个月来自觉肝区时作胀痛,食欲不振,恶心,四肢乏力。检查:巩膜及全身无黄染。腹软,肝于肋缘下2cm,质稍硬,触痛(+),脾(-)。化验:总胆固醇4.6mmol/L,甘油三酯2.4mmol/L,乙肝二对半(-);谷丙转氨酶68U/L,总蛋白78g/L,白蛋白46g/L;总胆红素15.8 μ mol/L。B超示:肝脂肪中度浸润。诊断:脂肪肝。初诊:

腹胀,肝区隐痛,胃纳差,恶心欲吐,神疲乏力,夜寝不安,多梦,大便不畅,溲黄。舌红略黯,苔黄白厚腻,脉弦滑数。证属痰瘀互结,肝络不和,湿热内蕴。治宜化痰祛瘀,疏肝和络,佐清热化湿。处方:苍术 10 g,川朴 10 g,陈皮 7 g,法半夏 12 g,茯苓 15 g,泽泻 20 g,山楂 20 g,荷叶 10 g,重楼 15 g,连翘 15 g,羚羊角骨 15 g(先煎),郁金 15 g,赤芍 15 g,莪术 12 g,草决明 30 g,佩兰 12 g,小蓟 15 g,水煎服。

二诊(11月18日):上方服6剂后,腹胀减轻,无恶心欲吐,厚腻苔较前消退。照上方去佩兰加虎杖 20 g。三诊(12月2日):上方连服12剂,腹胀消失,夜睡已安,唯胃纳仍欠佳,大便溏,每日2~3次,溲不黄。照上方去小蓟、羚羊角骨,加布渣叶、鸡内金、麦芽各 15 g。四诊(12月16日):肝区不痛,胃纳增加,舌黯红有改善,脉弦细。照上方去布渣叶、麦芽、内金,加田七粉 5 g(冲),白芥子 15 g。

效果:经3个月治疗,诸症消失。其间处方稍有加减,酌选三棱、薏仁、佛手、苏梗、地鳖、水蛭等进退,但基本法不变。1998年2月6日查肝功能、甘油三酯均恢复在正常范围,B超示肝脂肪浸润消失,肝未见异常。

黄国毅等

剔络法治疗脂肪肝

脂肪肝属中医学“胁痛”、“积聚”范畴,病因为长期膏粱厚味、嗜酒而成,病变部位在肝、脾,肝郁脾虚,运化失健,聚湿成痰,肝郁气滞,血行不畅,痰瘀互结,壅阻经络,积聚胁下,日久而成此病,后期累及肾脏,属本虚标实之证。

中医文献中没有关于脂肪肝的专门论述,我们主要从其现代病理学改变特征来进行辨病论治,其病理学改变是脂质(主要是甘油三酯)在肝脏组织细胞内的过量储积,脂质来源于水谷精微,内行经络,外充皮毛,渗透肌肉,滋养筋骨,过量储积即成脂肪肝。针对脂肪肝的主要病理因素痰瘀互结,采用剔络法治疗,剔络散中全蝎、白僵蚕、蜈蚣,均为虫类药,功能活血化瘀、通络散结。现代药理研究发现全蝎有通络作用,能抗血栓形成,同时影响糖代谢,引起肝糖元及肌糖元的分解,增加糖原水解酶的活力水平,促进消化,使胃液的酸度和蛋白酶活力增加;白僵蚕有较强的抗凝血作用和降脂作用;蜈蚣抗衰老,能显著降低血清中过氧化脂质及肝、脑组织中脂褐质含量。故3味虫蚁搜剔药同用,可荡涤痰瘀,取得明显的临床效果。

【临床研究报告】

1. 临床资料

本组56例患者均为门诊病例,凡经B超检查诊断为脂肪肝(肝区光点密集增强,后缘回声衰减,肝内管道显示不清或消失,并常伴有不规则的低回声区——局灶性脂肪堆积),肝脂肪浸润(肝区光点轻度密集、均匀,回声稍增强,肝内管道分布尚正常),即为

治疗观察对象。其中男性 38 例,女性 18 例;年龄最小 32 岁,最大 82 岁;病程最短 3 个月,最长 10 年以上;脂肪肝 42 例,占 75.00%;肝脂肪浸润 14 例,占 25.00%。临床表现:20 例无明显不适,占 35.72%;乏力为 16 例,占 28.57%;肝区不适及疼痛为 18 例,占 32.14%;腹胀 2 例,占 3.57%。血生化检查:肝功能异常者为 39 例,占 69.64%;血脂升高者为 40 例;占 71.43%。

2. 治疗方法

本组病例全部采用中医剔络法为主治疗,剔络散基本方:全蝎、白僵蚕、蜈蚣各 1 袋(江阴天江药业有限公司生产免煎制剂,全蝎 1 袋相当于生药 3 g,白僵蚕 1 袋相当于生药 10 g,蜈蚣 1 袋相当于生药 1 g),早晚吞服。如有 ALT 及 AST 明显升高者,加服保肝降酶中药煎剂,肝功能正常即停服煎剂。2 个月为 1 个疗程,治疗 1~2 个疗程后统计疗效。全部患者在治疗期间停用其他降脂、降酶药物,提倡低脂、低糖、高蛋白饮食,并建议戒烟、戒酒,并进行适量运动。

临床症状:主要观察乏力、肝区不适、腹胀、大便失调(便溏或便秘)、口干口苦、纳差、头晕、耳鸣腰酸等症状,2 周观察记录 1 次。肝功能:ALT、AST、ALP、GGT、A/G,每月检测 1 次。

血脂:TC、TG、HDL,2 个月查 1 次。B 型超声波检查:肝、脾 B 超检查,2 个月查 1 次。

主要观察肝区不适、乏力、腹胀、大便失调等,根据 1995 年中华人民共和国卫生部制定发布的《中药新药临床研究指导原则(第二辑)》的中医症候分级,分 4 级,用无(-)、轻(+)、中(++)、重(+++)表示。

3. B 超观察标准

轻度:近场回声增强,远场回声衰减不明显,肝内管状结构仍可见;中度:前场回声增强,后场回声衰减,管状结构模糊;重度:近场回声显著增强,远场回声明显衰减,管状结构不清,无法辨认。

4. 疗效标准

评估标准：①症状消失或显著改善；②B超显示分级标准减轻1级以上；③血清生化指标好转：肝功能恢复正常，血脂下降。

显效：以上3项全部成立；有效：以上3项有2项成立；无效：以上3项有2项不成立。

本组56例患者经1~2个疗程治疗后，35例显效，占62.50%；19例有效，占33.93%；2例无效，占3.57%。总有效率为96.43%。

治疗前后脂肪肝变化：56例脂肪肝中，34例转为正常肝，占60.71%；20例B超显示分级标准减轻1级，占35.71%；2例仍为脂肪肝，占3.57%；经Ridit分析，治疗前后有显著性差异($P < 0.05$)。

施正贤等

胃强脾弱证在脂肪肝中的辨治

胃强脾弱型脂肪肝常见的四大主症：肥胖、乏力、便溏、口干。这些症状皆与脾虚有关。虽病位在肝，然常肝脾同病。肥胖为脂肪肝的常见特征。因痰瘀胶结于肝而致血流不畅，失其疏泄之功，肝喜条达，木郁则土虚，失其健运，则水谷不化，痰瘀内生，壅阻肌肤，发为肥胖。“肥人多痰湿”，形成恶性循环。乏力为全身无力之症。常为四肢酸软、精神疲乏、时时欲睡、头晕头胀、心慌心悸、动则气喘，此皆为脾虚肝弱之象。“脾为气血生化之源”，脾虚则水谷精微不能化生精血，则机体失其濡养，五脏功能衰弱而致一派虚惫之象。脾主四肢和肌肉，脾气虚弱则肢酸乏力；肝藏血主疏泄，肝血不足则头晕头胀。因此胃强脾弱型脂肪肝常见乏力。便溏为脾虚之明证。胃纳过旺，腐熟水谷之功不及，水谷直趋肠道，脾失健运，不化水谷，而致完谷不化；脾失健运，不化水湿，而致水湿留滞。水谷与水湿并趋肠道则现便溏。口干为自觉之症。口干常不欲饮，或但欲漱口不欲咽，尤以夜间为甚，常伴有口苦、口臭。此因湿阻中焦，肝失疏泄，气机升降失常而致津液不得上承则口干。胃浊上泛，胃火偏旺，上扰于口，故现口苦、口臭。此亦为胃强之主症。

【病案举例】

胃强脾弱型脂肪肝治疗时应予健脾清胃，治痰化瘀。董老师有自拟方胃强脾弱汤（《中医杂志》1998-2 期载：川连 5 g，葛根 30 g，青蒿 10 g，藿香 10 g，诃子炭 10 g，蒲公英 15 g，八月扎 10 g，炙甘草 5 g）合护肝降脂汤（绵茵陈 30 g，丹参 30 g，炙鳖 10 g，莪术 10 g，三棱 10 g，陈皮 5 g，炙甘草 5 g，柴胡 10 g，青皮 10 g）加减：

川连 5 g, 葛根 30 g, 藿香 10 g, 诃子炭 10 g, 绵茵陈 30 g, 虎杖 15 g, 绞股蓝 30 g, 泽泻 10 g, 丹参 30 g, 陈皮 5 g, 炙甘草 5 g。

在临床上四大主症虽常并存,然时有轻重。临床辨证:肥胖甚者,常见大腹绵绵、四肢不见粗壮、面色油亮、轻度浮肿、舌淡胖边有齿痕,加米仁 30 g,石菖蒲 10 g,玉米须 30 g;乏力甚者,常见精神不振、头晕头胀、心慌心悸、动则气喘,加淮山药 30 g,炒扁豆 30 g,太子参 30 g,炙黄芪 30 g,当归 15 g,仙茅 10 g,仙灵脾 30 g;便溏甚者,常见晨起即欲如厕,大便完谷不化或溏薄如水,早餐之后又欲大便,甚至每餐之后都欲大便,重用诃子炭至 30 g,加石榴皮 30 g,茯苓 10 g,炒白术 10 g,淮山药 15 g,炒扁豆 15 g;口干甚者,常见口干不欲饮,伴口苦,口臭,加米仁 30 g,杏仁 10 g,薏仁 5 g,佩兰 10 g,升麻 5 g。

如治愈某,男,29岁,从事商业。就诊于2001年8月2日,患者主诉乏力2个月有余,察该患者素体肥胖,大便溏薄,每日晨起就有便意,每餐后又欲大便,脘腹怕冷,胃纳如常,舌胖淡边有齿痕,苔微腻,脉沉细,证属胃强脾弱型。B超提示为轻、中度脂肪肝。实验室检查为血脂偏高。治拟健脾清胃,化痰化瘀。处方:川连 5 g,葛根 30 g,藿香 10 g,诃子炭 30 g,石榴皮 30 g,怀山药 30 g,薏仁 5 g,炒白术 10 g,泽泻 10 g,绵茵陈 30 g,虎杖 15 g,丹参 30 g,陈皮 5 g,炙甘草 5 g。前后调治月余,诸症若失,B超及血脂检查均为正常。

作者认为,肥胖、乏力、便溏、口干皆为胃强脾弱型脂肪肝的主症,其病在肝,其本在脾,四大主症皆责之于脾虚。脾虚湿滞,痰瘀内结,脂肪堆积于机体则为肥胖;“肥人多气虚”则为乏力;脾虚失运,水谷不化则便溏;脾虚湿阻,津不上承则口干。故四者之间相互并存,互为因果。

韩伟锋等

消胀调肝汤治疗肥胖性脂肪肝

脂肪肝属于中医学“痰浊”、“血瘀”等范畴,多因过食肥甘厚味,致脾胃运化输布失常,肝胆疏泄调达不畅,中焦壅阻。木郁土壅,致津液失调,凝聚成痰,痰湿浊化,酿脂为膏,阻于脉络,壅滞气血,继而导致瘀血阻滞,所以肝郁脾虚、痰浊瘀血阻滞是本病的主要病机。只有针对病机,选择合适的方药进行治疗,才能达到理想的治疗效果。

【临床研究报告】

1. 临床资料

治疗组 64 例,其中男性 48 例,女性 16 例;年龄 18~64 岁,平均 38.5 岁;病程 1~15 年,平均 5.5 年。对照组 30 例,其中男性 22 例,女性 8 例;年龄 20~60 岁,平均 39.5 岁;病程 9 个月至 16 年,平均 5.6 年。两组病例在性别、年龄、病程及病情方面无显著性差异($P>0.05$),具有可比性。

2. 诊断标准

- (1)单纯性肥胖,体重超过标准体重 20% 以上。
- (2)疲乏,肝区疼痛或不适,腹胀,食欲不佳。
- (3)肝脏不同程度增大,质中等硬度。
- (4)肝功能轻度或中度异常,谷丙转氨酶、 γ -转肽酶升高,总胆固醇 ≥ 8.5 mmol/L,甘油三酯 ≥ 2.8 mmol/L。
- (5)B 超检查:肝肿大,肝出波明显衰减。
- (6)排除由其他因素如糖尿病、饮酒、药物等引起的脂肪肝。

3. 治疗方法

治疗组用自拟消胀调肝汤：三棱、莪术、炮山甲各 12 g，丹参、生白术、生山药、生苡仁、焦山楂、泽泻、大腹皮各 30 g，郁金、香附、乌药各 15 g。加减：肠鸣便溏，遇冷则甚者，白术、山药、苡仁改为炒用；舌苔厚腻，口苦而黏者，加藿香 10 g、龙胆草 15 g；大便干结者加大黄(后下)10 g。水煎服，每 2 日 1 剂。对照组用西药肝得健胶囊，每次 2 粒，每日 2 次，口服。两组均控制饮食，停用其他药物，3 个月后统计疗效。

4. 疗效标准

治愈为症状消失，血脂、肝功能正常，B 超示脂肪肝波型消失，肝脏回缩至正常；显效为症状基本消失，血脂、肝功能近于正常，B 超示脂肪肝波型基本消除，肝脏明显回缩；有效为症状大部分消失，血脂、肝功能好转，B 超示脂肪肝波型减少，肝脏轻度回缩；无效为症状及各项检查未见改善。

5. 治疗结果

治疗组 64 例中，治愈 45 例，显效 10 例，有效 7 例，无效 2 例，治愈率为 70.31%，总有效率为 96.88%；对照组 30 例中，治愈 6 例，显效 7 例，有效 8 例，无效 9 例，治愈率为 20.00%，总有效率为 70.00%。经统计学处理，两组的治愈率有显著差异($P < 0.01$)，两组的总有效率则有显著差异($P < 0.05$)。

作者采用疏肝健脾、利湿化痰、祛瘀通络法。应用消胀调肝汤中三棱破血中之瘀结，莪术行血中之郁滞，两者配伍消瘀散结、行气消积；丹参、郁金活血化瘀，解郁理气；炮山甲善走窜，有祛瘀通络、软坚散结之功；香附、乌药入肝经畅肝气，走少腹畅大肠，共奏行气活血之效；白术、山药、生苡仁、焦山楂可健脾胃，杜痰湿之源；泽泻、大腹皮利水湿，直折痰浊。现代研究证明，泽泻、山楂、丹参有降血脂及抑制肝内甘油三酯合成而抗脂肪肝的作用。

周玉琴

消脂复肝合剂治疗脂肪肝

在中医文献中未见脂肪肝一词,根据其临床症状分析可属“积聚”,“胁痛”范畴。本病的发生与湿热痰瘀关系密切,由于饮食失节,过食肥甘,或肝病后失调,损伤脾胃,运化失司,造成湿热内蕴日久,凝聚成痰致瘀,痰瘀相兼,阻于肝络,肝失疏泄导致本病。消脂复肝合剂,具有清热利湿,化痰祛瘀之功效,方中茵陈、连翘、泽泻、虎杖,清热利湿,湿去痰自化;大黄、莪术,通腑活血,化痰瘀之积。全方用药精炼,配伍严谨,利湿而不伤阴,清热而未败胃,因而在临床上无任何毒副作用。

脂肪肝是肝脏代谢的一种疾病,正常人的肝内总脂量占肝重的5%,内含磷脂、甘油三酯、酯酸,胆固醇和胆固醇酯。脂肪肝患者总脂量可达40%~50%,主要为甘油三酯和脂酯。脂肪肝的形成与营养过剩性肥胖,酗酒,糖尿病,药物性肝损有关。肝炎后脂肪肝,由于患者在患病期间过多地摄取能量,过度注意休息,使皮下脂肪沉积增多,肝内脂肪含量也增多。通常肝脏内甘油三酯与脂蛋白结合,以极低密度脂蛋白的形式排出。当甘油三酯的合成与极低密度脂蛋白的排泌失衡时,则会出现脂肪的堆积,从而引起脂肪肝。大多数脂肪肝预后良好,但仍有部分特别是伴炎症的脂肪肝可能发展为肝纤维化和肝硬化。所以,脂肪肝的治疗是不能忽视的。

【临床研究报告】

1. 临床资料

观察肝科门诊及住院患者50例,随机分为两组,治疗组30例中,男20例,女10例;年龄最小11岁,最大62岁,平均38.6岁;

伴乙型肝炎病毒阳性 12 例。对照组 20 例中,男 13 例,女 7 例;年龄最小 15 岁,最大 67 岁,平均 39.3 岁;伴乙型肝炎病毒阳性 8 例。

诊断依据:①患者有不同程度的肥胖,临床上可伴乏力,食欲欠佳,肝区隐痛;②B 超提示脂肪肝;③血脂升高(甘油三酯 $> 1.70 \mu\text{mol/L}$);④肝功能轻中度异常。

2. 治疗方法

治疗组予自制消脂复肝合剂,药用:茵陈、连翘各 100 g,泽泻、虎杖各 50 g,生大黄 25 g,莪术 50 g。每日 2 次,每次 50 mL 口服。对照组予多稀康胶囊每次 2 丸,每日 3 次;益肝丸每次 2 片,每日 3 次。两组均服 4 个月,每月复查 1 次肝功能、血脂。4 个月后,复查 1 次 B 超。

3. 治疗结果

显效:临床症状消失,B 超检查脂肪肝消失,血脂恢复正常,肝功能恢复正常。有效:临床症状消失,B 超检查脂肪肝好转,血脂或肝功能中有一项恢复正常。

好转:临床症状好转,B 超检查脂肪肝好转,血脂或肝功能有所下降,但未恢复正常。

无效:上述之症均无变化。

治疗组 30 例,显效 18(60%);有效 8 例(26.7%);好转 2 例(6.7%);无效 2 例(6.7%);总有效率 28 例(93.3%)。对照组 20 例,显效 6 例(30%);有效 5 例(25%);好转 1 例(5%);无效 8 例(40%);总有效率 12 例(60%)。经改进 Ridit 法检验 $U=2.46$,两组疗效有显著差异($P<0.05$)。

现代药理研究发现,泽泻的有效成分 T 提取物对各种原因引起的动物脂肪肝均有良好的疗效,指出泽泻可减轻肝内脂肪量,改善肝功能;虎杖、茵陈其所含白藜芦醇甙,有降血清甘油三酯的功效,活血之品往往通过脂肪的氧化或降解等“主动”的机制来消除

脂肪肝;连翘除具有较强的抗菌作用外,还有明显减轻肝细胞变性和坏死,恢复肝细胞内积蓄的肝糖元和核糖核酸的含量,下降谷丙转氨酶的活力,具有抗肝损的作用,因此,消脂复肝合剂具有降血脂减肥,改善肝功能的效果。消脂复肝合剂治疗脂肪肝的总有效率为 93.3%,而西药对照组总有效率为 60%,两组比较有显著差异($P < 0.05$)。B 超检查对照,治疗组有效率为 93.3%,对照组 60%,两组有显著差异($P < 0.01$)。在降甘油三酯方面,治疗组总有效率为 90%,对照组总有效率为 45%,两组有显著差异($P < 0.05$),两组比较说明消脂复肝合剂治疗脂肪肝是有效的。

姜
国
峰
等

消脂益肝茶合复方丹参片 治疗单纯性脂肪肝

中医认为,单纯性脂肪肝属“胁痛”、“积聚”、“肥气”范畴。主要以情志不畅,肝气不舒,饮食不节,脾胃损伤使气机阻滞,痰湿凝聚,血行不畅逐使气滞血瘀,痰湿气血搏结,日积月累而成本病。故肝郁脾虚、气滞血瘀为本病病机。消脂益肝茶是针对病机而设,故能够取得疗效。单纯性脂肪肝治疗全过程必须贯穿畅达情志、饮食调理,适当体育活动。药物治疗、心理疗法、饮食疗法和体育锻炼疗法四者结合,实乃治疗本病之准则。

【临床研究报告】

1. 临床资料

126例均为门诊和住院患者,按门诊序号(2:1)随机分为治疗组和对照组。治疗组84例中,男50例,女34例,年龄26~62岁,平均37岁,病程0.5~9年,平均3年。肥胖者52例,Ⅱ型糖尿病9例,高脂血症53例,嗜酒史(饮酒年数>5年,饮酒量>150 mL/d)52例。其中肥胖、糖尿病、高脂血症和嗜酒史4项中3项以上并存者55例,肝功异常54例,B超异常84例。对照组42例中,男30例,女12例,年龄26~63岁,平均37.5岁,病程(0.5~9.5年,平均3年。肥胖29例,Ⅱ型糖尿病7例,高脂血症34例,有嗜酒史27例。其中肥胖、糖尿病、高脂血症和嗜酒史4项中3项以上并存者31例。肝功能异常30例,B超异常42例。两组病例在年龄、性别、病程、病因及B超检查结果方面具有可比性。

2. 诊断标准

- (1)符合脂肪肝的 B 超诊断标准。
- (2)血清无 HBV、HCV、HEV 等嗜肝病毒感染的依据。
- (3)肝脏增大。

3. 治疗方法

两组病例观察期间积极治疗原发病,包括控制血糖,降低体重,低脂低糖清淡饮食及控制烟酒。治疗组饮服消脂益肝茶。组方:柴胡、丹参、北楂、青果、枳壳各 2 g,安溪铁观音茶 40 g。中药共研细末后与茶混合制成袋泡茶 5 袋。每日上、下午各泡服 1 次,每次 1 袋,频频饮服之。配服复方丹参片,每次 3 片,每日 2 次。对照组口服肌醇片,每次 0.2 g,每日 3 次,复方丹参片用量与用法与治疗组同。3 个月为 1 个疗程,均治疗 1 个疗程。治疗期间停用其他降脂药,高脂血症和肥胖以外的合并症可进行对症治疗。两组治疗前后均进行肝胆 B 超、血脂、肝功能和尿常规检查。治疗期间每周记录临床症状和体征情况 1 次。若有不良反应随时记录。

4. 疗效标准

治愈:症状及体征消失,B 超检查肝脏形态及实质恢复正常,肝功能及血脂正常。

好转:症状、体征好转,B 超积分治疗后至少有 3 项指标比治疗前下降 1 分或 1 分以上;肝功能、血脂正常或好转。

无效:未达到好转标准或加重者,积分计分法。

5. 临床疗效

治疗组:治愈 30 例,好转 47 例,无效 7 例,总有效率 91.6%。
对照组:治愈 12 例,好转 20 例,无效 10 例,总有效率 76.1%。

治疗组疗效优于对照组,两组疗效比较, $P < 0.05$ 。

6. B 超影像学观察

治疗组治疗前脂肪浸润 100%,肝脏形态及实质异常 100%,

治疗后分别为 8.4% 和 16.7%；对照组治疗前脂肪浸润 100%，肝脏形态及实质异常 100%，治疗后分别为 24% 和 35.70%。两组治疗前后变化比较，有显著性差异， $P < 0.05$ 。

7. 肝功能检查

治疗组治疗前肝功能异常占 64%，治疗后 16.6%；对照组治疗前肝功能异常占 71.4%，治疗后 35.7%，两组治疗后有显著性差异， $P < 0.05$ 。

8. 临床症状和体征的观察及尿常规检查

临床症状和体征，治疗后两组均有显著改善；尿常规检查两组治疗前后无变化。

作者认为，之所以有效是因为方中柴胡疏肝理气；青果、北楂、枳壳健脾和胃；辅以丹参活血化瘀而不伤正，再联合复方丹参片共奏疏肝健脾，理气化痰扶正之功效。脂肪代谢异常是诱发单纯性脂肪肝的重要因素，据检测，安溪铁观音茶内含有丰富的多糖类、茶素、维生素 C 族、多种氨基酸及矿物质、微量元素等，能抑制肝内脂质合成，防止烯醇及中性脂肪在肝脏中沉积；丹参中水溶性成分丹酚酸 A 有显著的抗脂质过氧化、抗肝损伤、抗肝纤维化作用；加之青果去脂消积，切断了肝内 TG 来源的另一通道，此可能是治疗组疗效优于对照组原因之一。

徐海燕

消脂饮治疗脂肪肝

脂肪肝属中医“积聚”范畴，作者从临床实践中总结其特点为湿热蕴结，瘀血阻络，肝胆疏泄失调，以泻热祛瘀，养肝健脾为治则。

自拟消脂饮重用山楂、泽泻、生大黄泻热祛瘀，消食化积；何首乌补肝益脾；丹参、虎杖活血化瘀通络；海藻化痰散结，合而用之，有推陈出新、荡涤痰瘀之功。现代药理研究证明山楂可扩张血管，促进消化，降低胆固醇；泽泻能使血液中的滞留尿素及胆固醇含量减少，其内含泽泻醇 A-24 醋酸降脂作用强，何首乌能阻止胆固醇在肝内存积，减轻动脉粥样硬化；海藻所含藻胶酸的硫化物，有抗高脂血症的作用，效力与肝素相同；虎杖能降低脂质过氧化物和血清中游离脂肪酸、血清中的甘油三酯。诸药同用，增强降脂作用强。脂必妥主要成分是红曲等天然药物，该药作用机制之一是通过抑制肝脏 HMG-CoA 还原酶，阻止内源性胆固醇合成以达到降脂的目的，与消脂饮比较，在疗效方面有差异，考虑可能系脂必妥作用较单一，临床上运用时可考虑配合控制饮食、运动等以增加疗效。

【临床研究报告】

正常人肝内总脂量占肝重的 5%，而脂肪肝患者其总脂量可达 40%~50%，其中主要是甘油三酯及脂醇。其可使肝细胞体积增大，互相挤压，并压迫肝血窦，造成缺血、坏死、纤维组织增生，直至形成肝硬变。1999 年对本院教职工体检时，发现脂肪肝患病率为 10%，其中多合并高脂血症，遂对 40 例脂肪肝合并高脂血症患者试用消脂饮观察其降血脂的作用及对脂肪肝的疗效。

1. 临床资料

对经 B 超诊断为脂肪肝的患者进行血脂测定，将空腹血清总

胆固醇(TC) ≥ 6.0 mmol/L(酶法)、甘油三酯(TG) ≥ 1.7 mmol/L的70例作为观察对象。将患者随机分成两组,消脂饮组(治疗组)40例,其中男26例,女14例,年龄35~62岁,平均49岁,轻、中、重度脂肪肝分别为20例、13例、7例。脂必妥组(对照组)30例,其中男18例、女12例,年龄38~65岁,平均52岁,轻、中、重度脂肪肝分别为14例、10例、6例。

2. 治疗方法

治疗组予消脂饮(自拟方)组成如下:生山楂30g,泽泻30g,何首乌30g,丹参20g,虎杖20g,海藻30g,生大黄(后下)6g,鸡内金10g。加减法:痰湿盛加法半夏、车前子、茯苓,瘀血盛加红花、三七,脾气虚加人参、炒白术,肝肾阴虚加枸杞、黄精。水煎,每日1剂,每日2次,1个月1个疗程,治疗3个疗程。

对照组服用脂必妥(中国科学院成都地奥制药公司生产)1.05g,每日3次,疗程3个月。疗程结束后对两组患者进行血脂测定及肝脏超声观察。

3. 疗效评定标准

显效:轻度与中度脂肪肝转为正常或重度脂肪肝转为轻度。

有效:比原来脂肪肝程度下降一个等级。

无效:治疗前后无变化或未达到以上标准。

4. 治疗结果

两组治疗降血脂作用比较:治疗后两组TC、TG均有降低,治疗组血脂低于对照组,有显著差异。

两组治疗前后肝脏B超复查结果比较:对照组有效率53.3%,治疗组有效率85.0%,两组有效率有显著差异($X^2 = 8.423$, $P < 0.01$),治疗组疗效优于对照组。

作者通过临床实践,总结出治疗以泻热祛瘀,养肝健脾之法治疗脂肪肝,临床疗效较满意。

徐湘江等

消脂愈肝胶囊治疗脂肪肝

脂肪肝是临床常见病和多发病,由于肝脏脂质代谢紊乱,肝内脂肪合成与输出失去平衡,导致脂肪在肝内沉积的一种疾病,多见于肥胖(过度摄入脂肪)、大量饮酒、营养缺乏、妊娠、肝炎恢复期等,偶有轻度乏力、食欲减退、肝区胀痛不适,部分患者有血清内酮酸氨基转移酶、甘油三酯、胆固醇增高现象,形体多肥胖,舌苔白或腻浊,舌质黯而不泽,脉沉弦或弦滑。主要病机为过食肥甘厚味,或饮食不节,嗜酒伤脾以致脾失健运,湿热内蕴,络脉不通,血瘀内阻而成癥瘕积聚。自制消脂愈肝胶囊以黑蚂蚁为主补肝肾,活血化瘀,黑蚂蚁具有提高机体免疫机能、保肝、防治脂肪肝的作用;泽兰、泽泻疏肝化瘀,通利水湿,湿去痰消,泽泻能降低人体胆固醇;丹参、鳖甲、赤芍药、三棱、莪术等活血化瘀,消癥散结,能促进肝内脂肪代谢,防止肝脏纤维化,回缩肝脾;山楂为降脂良药,能加速血脂的清除;三棱、莪术又有健脾强胃之功,有利于湿邪运化。全方共奏疏肝健脾,祛湿化痰,活血通络之功。临床观察表明可改善肝内脂肪代谢,对消除脂肪肝的临床症状和体征有明显效果,优于西药烟酸肌醇脂。

【临床研究报告】

选择 80 例,均经 B 超显示肝大,有明显衰减波确诊为脂肪肝。分为治疗组 50 例,男 38 例,女 12 例;年龄最大 70 岁,最小 21 岁,平均 42 岁;甘油三酯增高者 34 例,胆固醇增高者 23 例,丙酮酸氨基转移酶升高者 32 例。对照组 30 例,男 21 例,女 9 例;年龄最大 62 岁,最小 25 岁,平均 38 岁;甘油三酯增高者 15 例,胆固醇增高

者 15 例;丙酮酸氨基转移酶增高者 16 例。部分病例出现肝区胀痛或腹胀、纳呆。恶心呕吐等症状。两组在年龄、性别及血脂检测指标方面无显著性差异($P > 0.05$),具有可比性。

治疗组予消脂愈肝胶囊(黑蚂蚁、鳖甲、生山楂、泽兰、丹参、赤芍药、三棱、莪术等。共研粉末过 100 目筛,烘干消毒,装 0.3 g 胶囊)6 粒,每日 3 次,2 个月为 1 个疗程。

对照组予烟酸肌醇脂 0.3g,每日 3 次,2 个月为 1 个疗程。

近期治愈:临床症状消失,甘油三酯、胆固醇、丙酮酸氨基转移酶、肝脏 B 超肝大及衰减波等全部恢复正常,停药 6 个月未复发;显效:临床症状消失,甘油三酯、胆固醇、血清丙酮酸氨基转移酶其中 1 项或 2 项恢复正常,肝脏 B 超示肝大回缩,肝衰减波减少;有效:临床症状减轻,甘油三酯、胆固醇、血清丙酮酸氨基转移酶指标均有所下降,但未达正常值,肝脏 B 超肝大、肝衰减波较治疗前略有好转。无效:治疗前后临床症状、血脂检测指标及肝脏 B 超无变化。

治疗组 50 例,总有效率 96.0%;对照组 30 例,总有效率 53.3%。与对照组比较, $P < 0.01$ 。可见治疗组近期治愈率和总有效率均优于对照组($P < 0.01$),说明自拟消脂愈肝胶囊治疗脂肪肝疗效优于烟酸肌醇脂。

宋清武等

谢晶日教授治疗脂肪肝

治肝之病当顺肝之性，助肝之用肝为风木之脏，其气春，性喜条达而恶抑郁。其功能主疏泄，主筋膜，主藏血，主藏魂，主爪甲。肝体阴而用阳。具刚柔曲直之性，能敷布一身之阴阳气血。故《素问·五常政大论》说：“木得周行阳舒阴布，五化宣平……”若因饮食、情志、酒毒所伤，致肝气内变，津液不能正常敷布，化为脂膏沉积于肝。《素问·五运行大论》说：“在气为柔，在脏为肝，其性为暄，其德为和，其用为动……”故治肝之病当顺其喜动、性暄，喜条达之性。同时应运脾、调肝生血以助肝之用。

柴胡、白芍合用一宣散，一收一敛，有开有合，符合气机运动的特点，故可疏肝、畅达气机，可顺肝之性。炙何首乌、当归合用可养肝血、补肝体、助肝之用。焦槟榔、陈皮、生大黄合用可行气泄浊，助肝疏泄。在临床上谢师常选用上述对药，辨证用之。以肝为主，脾肾兼治谢，师认为凡肝之病妄补、妄泄、妄疏均是不恰当的，必须认清肝与脾、肝与肾的关系而辨证论治。“见肝之病，知肝传脾，当先实脾”。脾的运化有赖于肝的疏泄，肝的疏泄功能正常，则脾能将水谷化为精微，疏布全身，升清降浊。若肝失疏泄，脾失健运，则水谷不能归于正化，精微不布，化为脂膏、痰浊沉积于肝。肝与肾乙癸同源，肝与肾所藏之精血不但可互化，肝气与肾气之间亦存在着密切的关系。肾阳鼓动肾阴，肾阴之精得阳气之煦化生为气，气微动而生少火。少火是人体生理活动的原动力，少火助肝疏泄。肾阳是气之根，若肾阳不足，不能助肝疏泄，津液不布而生脂膏、痰浊。故健脾泄浊，补肾升阳可助肝行使疏泄之职。何首乌(黑豆

制)、菟丝子,二者一阴一阳,不燥不腻,可补肝肾生少火,运脾可用苍术配茯苓。湿邪偏盛者可选用缩砂仁。泄浊可用车前子、泽泻。

专病用专药与辨证相结合中药药理学的研究表明,一些中药具有保肝、降脂的作用,如生山楂片、何首乌、虎杖、泽泻、丹参等。但应用上述诸药时,必须与辨证论治相结合,从中医理论的角度出发,才能得到较好的疗效。如纳呆、腹胀、不思饮食者可选用生山楂片;体质较胖,嗜睡易疲劳而偏于湿热者常选苍术、茯苓、滑石;偏于气虚则选黄芪、防己、焦白术;偏于血瘀者加丹参、三七;偏于肾气不足者则选菟丝子、巴戟天。

活血化瘀,防止传变肝病既久,可以入络。络脉不和,肝失疏泄而生气滞之候。日久肝乘脾,脾失健运,水湿内停。若失治、误治,水湿痰饮不去,土壅而晦木,肝瘀更甚。因肝为藏血之脏,故可累及于血而生血瘀。久病入肾,则肝脾肾三脏功能失调,气滞、瘀血、水饮互结于腹中转为鼓胀之候。故当本病症见肋下痞块,肋痛引背,入夜加剧,舌暗有瘀点等血瘀之征象者,当行气活血,化瘀消积。谢师常喜用复元活血汤加味。同时在运用活血化瘀法治疗本病时,谢师认为应该注意以下几个方面的问题:

(1)活血化瘀药多辛香走窜,用量过大易伤阴耗血,可适当配伍地黄、当归、白芍等。

(2)气虚血瘀、气滞血瘀宜分别对待。气虚血瘀时益气药量宜大,活血药量宜小,取气行血行之效。气滞血瘀时宜理气活血,活血药量常应大于理气药量,以调理气机于轻灵之中。

(3)瘀血征象较明显,是有顽血阻隔经络,可适当加破血之品,如三棱、莪术之属,但应注意其破血耗气之毒副作用。

【病案举例】

赵某,男,42岁,于2002年10月16日初诊。因反复肝区胀痛不适半年余,近1个月加重而来诊。患者肝区胀痛,时轻时重。自服“护肝片”、“维生素C片”不缓解,伴有倦怠乏力,纳呆,溺黄。

既往有嗜酒史。查患者形体肥胖,腹部隆起,肝脾未触及。生化检查:谷丙转氨酶 74 U,余在正常范围内。血脂:总胆固醇 9.1 mmol/L,甘油三酯 2.5 mmol/L。B超检查:肝脏肿大,肝区光点亮点增强,出波衰减。B超诊断:脂肪肝。肝炎系列检查:未见异常。中医舌脉:舌红、苔黄腻、脉弦滑。西医诊断:脂肪肝。中医诊断:胁痛(湿热蕴结)。治法:清热化湿,理气通络。方药:龙胆草、栀子、夏枯草清肝火,泄热;柴胡、郁金、大腹皮舒肝理气止痛;通草、车前子、泽泻清利湿热;生地黄、当归养血清热益肝;枳椇子、葛花解酒毒。服药 1 周后症状缓解,疼痛减轻。经辨证论治 3 个月后,已完全好转。B超复查:肝脏未见异常,血脂亦在正常范围内。嘱其饮食忌膏粱厚味、戒酒,定期观察,停药中药。随访 3 个月,未再复发。

孙 炜

益气化瘀法为主治疗脂肪肝

中医学中并无脂肪肝的病名,但根据头晕、心悸、胸闷、胁胀、脘痞、肥胖、肢体麻木、脉沉滑、苔白腻等临床表现,可纳入“痰浊”、“眩晕”、“瘀血”等范畴。其病变部位在肝,同时与脾、胃、肾等脏腑密切相关。脂肪肝多因患者平素饮食偏嗜,饱食无度,过食肥甘,脾胃运化失调,精从浊化。根据津血同源理论,“中焦之气,蒸津液化其精微……溢于外则皮肉膏肥,溢于内则膏育丰满”,说明膏脂即油质、脂质,它源于水谷,属津液之一,并能化入血中,为人体营养物质。倘若脾胃虚弱,机体对水谷精微摄入、转输、利用、排泄失常,则可使脂质瘀积肝脏,此为其一;人至中老年后,脏腑精气渐衰,气血渐虚,无力推动营血正常运行,而致血脉瘀滞,脂浊留于肝脏此为其二;肾气虚衰,肝肾火旺,热灼津液,脂浊积于肝脏,此其三。脂浊、瘀血胶着脉管,阻碍气机,致血脉瘀滞,血行凝涩,痹阻肝脏脉络,而形成脂肪肝。正如《医宗粹言》所说“先因伤血,血伤气滞,气滞则生痰,痰与血相聚,名曰瘀血夹痰……若素有郁痰所积,后因伤血,故血随气滞,气痰相聚,名曰痰夹瘀血”。

脂肪肝临床上以气虚气滞为脂浊形成之中心,脂浊着于肝脏为其病理特点,脂凝血瘀是本病的病理结果。故治疗以益气化瘀为立法原则,配合祛脂浊。《素问·举痛论》中指出:“百病生于气。”张景岳对此作了进一步的阐述:“气之在人,和则为正气,不和则为邪气,凡表里虚实,逆顺缓急,无不因气而至,故百病皆生于气。”人身之气血、津液贵乎流畅,而津血的运行又与气息息息相关,正如《丹溪心法》中所云“气血冲和,万病不生,一有怫郁,诸病生焉”。脂肪肝中“瘀”是脏腑功能失调的产物,但究其肇始病因病机,不外乎气

虚无力推动血脉而为瘀；或为气机阻滞，水谷精微不布，聚而成浊，痹阻脉络而为瘀。另一方面，瘀血与脂浊胶结，又能反果为因，进一步加重气机的阻碍，因此临床治疗脂肪肝在祛脂浊时，当以益气化瘀为先。

辨证治疗脏腑气机失调，气血郁阻，可分为气滞血瘀、气虚血滞两大类。临床辨证可见肝郁血滞、脾虚血郁、肾虚血瘀三型。肝郁血滞型一般病程较短，脾虚血郁型、肾虚血瘀型一般病程较长，三型可独立出现，也可相互转变，或夹杂出现。

肝郁血滞型：症见情志不畅，抑郁易怒，两胁痞闷，喜叹息，腹胀纳呆。苔薄腻微黄，脉弦滑或弦涩。治当疏肝解郁、行气化瘀，方选柴胡疏肝散加减。药用柴胡、枳壳、赤芍、白芍、苏子、桔梗、郁金、香附、木香、益母草、延胡索、山楂、泽泻、丹参。处方遣药应注意不宜疏泄太过，以免伤气。

脾虚血郁型：症见思虑过度，神疲乏力，心悸胸闷，纳少便溏，面色萎黄。舌质淡胖、苔薄白腻，脉细滑或细涩。治当健脾助运、益气行瘀，方选参苓白术散加活血化瘀之品。药用党参、炒白术、茯苓、薏苡仁、白扁豆、泽泻、黄芪、砂仁、枳壳、山楂、焦六曲、地龙、赤芍。

肾虚血瘀型：症见劳伤日久，动则气促，腰膝酸软，形体疲惫，耳鸣耳聋，肢冷。舌质淡胖、苔薄白腻，脉沉细，治当益气补肾、活血祛瘀，方选金匱肾气丸加活血祛瘀之品。药用干地黄、怀山药、山茱萸、泽泻、茯苓、丹皮、桂枝、附子、炮山甲、地龙、鳖甲、三棱、莪术。

由于脂浊是脂肪肝的病理产物，同时又是进一步阻碍气血运行的病因，所以在益气化瘀的前提下，也应注意祛脂化浊，如此才能使脂浊分消，气机条达，脏腑气血功能正常。现代药理研究，泽泻、山楂、川芎等具有降脂抑脂作用；柴胡、黄芩、白芍、郁金、枳壳等具有保肝及利胆作用；活血化瘀类的中药如三棱、莪术等具有改

善血液循环,抗氧化,抗自由基作用。这与现代医学治疗脂肪肝主要采用抑制甘油三酯合成,增加肝血流量,改善肝功能,防止肝纤维化和肝硬化发生等治疗思路颇有相通之处。

【病案举例】

某患者,男,45岁,私营企业业主。2000年6月初诊。诊见其形体肥胖,自诉胸胁胀满,脾气急躁易怒,平素应酬较多,喜食肥甘。舌质紫黯、苔薄黄腻,脉弦滑。B超示脂肪肝。证属肝郁血滞,瘀浊内阻,治当疏肝理气、化瘀祛浊,方用柴胡疏肝散合血府逐瘀汤化裁。药用柴胡、郁金、赤芍、白芍、川芎、桃仁、红花、当归各10g,枳壳、生甘草各6g,香附12g,生山楂、丹参各15g。服上方7剂后,临床症状减轻。续服30剂后,改用逍遥丸,嘱服3个月,并注意调整饮食结构。3个月后复查,B超示脂肪肝消失。

针对不同患者所表现出的气虚症状,采用益气化瘀的方法治疗脂肪肝,从而起到了气行则血行的目的。

董
子
强
等

益肾洗肝化脂汤治疗 酒精性脂肪肝

酒精性脂肪肝多由长期饮酒,过食肥甘,热毒内生,损及脾胃,伤及肝胆,累及于肾。肾主五液,肾中精气亏损,阴阳失衡,水不涵木,肝失疏泄,痰阻气滞,血行不畅,痰浊气血相搏结,留积于肝而成此病。益肾洗肝化脂汤有滋肾护肝、行气活血、解酒泄毒、软坚祛脂、洗肝化浊等作用,符合酒精性脂肪肝的病因病机,故能取得较好疗效。

酒精可使体内乳酸增加,而乳酸可以抑制肾小管对尿酸的排泄;乙醇还能促进嘌呤分解而直接使尿酸升高,同时酒类本身可提供嘌呤原料。BUA 是循环中嘌呤代谢的最终产物,在体内形成后经肾小球过滤,90%被肾小管重吸收,在近曲小管远端或远曲小管又有40%~44%被吸收,最终仅6%~12%的尿酸随尿液排出体外。长期饮酒 BUA 升高,大量尿酸结晶在血管壁上沉积直接损伤动脉内膜,加重肾动脉硬化,损害肾功能,肾血流下降而使 BUA 更高。同时尿酸盐是炎性物质,长期 BUA 增高,损害血管内皮细胞,内皮细胞也是产生尿酸的主要部位,故可使尿酸合成分泌增加。

益肾洗肝化脂汤降低 BUA 的机制可能是补肾护肝、解毒化浊、活血化瘀等功能改善了血管内皮细胞的功能,使受损的内皮细胞恢复,从而使 BUA 合成分泌减少,同时与其能恢复肝肾功能有关。血清总胆汁酸水平是反应肝实质损伤的重要指征,肝脏合成胆汁酸的能力有限,需要经过肠肝循环满足生理需要。正常人每日进行6~12次肠肝循环,经门静脉回流的胆汁酸80%以上被肝

细胞窦膜有效摄取,仅少量直接经中央静脉进入肝静脉入外周血循环。酒精性脂肪肝患者肝实质损伤,使胆汁酸合成降低,胆汁酸池体积缩小,而胆汁酸池体积大小与肠肝循环率呈负相关,因而使血液中血清总结合胆汁酸量升高。同时 γ -GT 活性常常升高。益肾洗肝化脂汤中多数药物都有促进酒精排泄及肝细胞再生,使肝内脂肪沉积减少,改善微循环,降低血黏度,有确切的保肝降脂、促进免疫功能、抗肝损伤作用,从而有降低 TBA、 γ -GT 的疗效。该项研究表明,益肾洗肝化脂汤治疗酒精性脂肪肝,在降低 BUA、TBA、 γ -GT、血脂等重要指标方面疗效显著,能祛除肝脂,保护肝功能,改善症状与体征,且无毒副作用,优于单纯戒酒调脂治疗,体现了中药优势,有进一步研究应用的价值。

【临床研究报告】

1. 临床资料

1999年4月至2002年6月筛查出酒精性脂肪肝314例,其中BUA、TBA升高者98例,随机将其分为治疗组与对照组。治疗组坚持服中药完成疗程者38例,其中男37例,女1例;年龄30~57岁,平均46岁;病程1~8年;轻、中、重度脂肪肝分别为8例、16例、14例。对照组资料完整者30例,全部为男性;年龄27~62岁,平均48岁;病程1~10年;轻、中、重度脂肪肝分别为11例、13例、6例。两组患者饮酒史5~12年。

2. 诊断标准

(1)有长期饮酒史,平均每日饮40°左右白酒300~700 mL(酒精量120~280 g)。

(2)肝脏明显肿大,有肝区隐痛、胀痛、纳差等症状。

(3)BUA、TBA、 γ -谷氨酰基转移酶(γ -GT)明显升高。

(4)B超检查呈脂肪肝特征,符合《实用腹部超声诊断学》脂肪肝诊断标准。

(5)乙肝病毒感染除外。

3. 治疗方法

两组患者首先戒酒,辅以多种维生素口服。对照组予脂必妥、非诺贝特、洛伐他汀、藻酸双脂钠等药 1~2 种口服。治疗组予益肾洗肝化脂汤:制首乌 10 g,枸杞子 10 g,女贞子 10 g,茵陈 20 g,泽泻 20 g,葛根 10 g,郁金 10 g,山楂 10 g,槐米 10 g,海藻 10 g,酒大黄 10 g,草决明 10 g,丹参 20 g。每日 1 剂,水煎服。两组均 1 个月为 1 个疗程,连服 3 个疗程。

4. 观察指示

(1)凡参加观察的所有病例治疗前一天晚上不进脂肪餐,次日晨起空腹抽肘前静脉血,采用意大利 BT-2000 型全自动生化分析仪检查 BUA(试剂盒由上海科华——东菱诊断用品有限公司提供)、TBA(试剂盒由北京九强公司提供)及 γ -GT、血脂、肾功等。

(2)观察肝区胀痛、恶心乏力、胃痞纳差等症状的改变情况。

(3)观察治疗前后肝脏 B 超的改变情况,由专人应用日本东芝 220A 型 B 超仪(探头频率 3.75 MHz)常规检查肝脏。疗程结束后重复以上检查。

5. 疗效标准

临床治愈:症状与体征消失,B 超检查肝脏形态及实质恢复正常,TBA、BUA、 γ -GT 等恢复正常。

显效:临床症状明显好转或消失,肝脏 B 超示后缘回声衰减明显减轻,小血管显示清楚,或由重度转为轻度,TBA、BUA、 γ -GT 等增高值下降 2/3 以上。

有效:临床症状好转,B 超示肝脏后缘回声衰减减轻,或由重度转为中度,中度转为轻度者,TBA、BUA、 γ -GT 增高值下降 1/2 以上,血脂下降不明显。

无效:未达到上述指标者。

6. 统计方法

组间百分率比较用 X^2 检验,组间均数比较用 t 检验。两组

患者疗效比较:治疗组 38 例中临床治愈 15 例,显效 13 例,有效 6 例,无效 4 例,总有效率为 89.47%;对照组 30 例中临床治愈 4 例,显效 6 例,有效 13 例,无效 7 例,总有效率为 76.67%。两组总有效率比较 $P < 0.05$,治疗组优于对照组。

倪

卡
等

运脾化痰法治疗脂肪肝

脂肪肝可以表现出不同的中医病理生理变化,作者认为气滞湿阻、肝络瘀阻是脂肪肝的重要病理基础。脂肪肝的发生以及肝纤维化增生,均引起气滞血瘀、肝络郁阻,导致各种病变。由于饮酒无度或饮食结构的改变,均引起湿热内生,损伤脾及肝脏,脾虚不能养气,肝郁则气机不畅,肝主疏泄,条达气机;肝病及脾,气机郁滞,血生不利,气血郁滞,导致本病的发生。

现代医学认为,正常肝的脂肪含量在肝湿重的5%以下,各种原因引起肝细胞内脂肪存积而超过正常限度时称脂肪肝。无论脂肪肝的程度如何,总有部分患者发展成为脂肪性肝炎和肝纤维化,甚至导致脂肪性肝硬化及其他相关疾病。

【临床研究报告】**1. 临床资料**

所选择的病例均为住院及门诊患者。随机分为治疗组40例,对照组32例;男54例,女18例;年龄24~60岁,平均年龄40.8岁。

2. 诊断标准

所有患者均按下列条件诊断:①乏力,饮食减退,腹胀;②B超提示:肝内光点密集,回声衰减,肝内血管显示不清;③CT提示:肝内密度普遍降低;④血脂增高,TC \geq 6.18 mmol/L, TG \geq 2.3 mmol/L;⑤ALT升高(ALT/ULN $>$ 2)。

3. 治疗方法

治疗组用运脾化痰汤:郁金、赤芍、鸡内金、丹参各12g,桃仁

10 g,海藻、生麦芽各 15 g,生山楂、香附各 9 g,西红花 0.5 g。每日 1 剂,水煎分 2 次服用。对照组用适泰宁胶囊,每日 3 次,每次 100 mg 口服。两组均以 60 天为 1 个疗程,观察期间停用其他药品。

4. 疗效标准

临床治愈:症状及体征完全消失,B超提示肝脏声像图文大小恢复正常,ALT 及血脂降至正常,治疗组 32 例,对照组 12 例;显效:症状体征明显好转,B超提示肝脏形态好转,回声衰减明显减轻,治疗组 7 例,对照组 10 例;无效:症状体征及检查指标均无变化,治疗组 1 例,对照组 12 例。经总结,治疗组总有效率为 97.5%,而对照组总有效率为 61.1%,经 X^2 检验 $P < 0.05$,两组有明显差异。

脂肪肝的有效防治可阻止慢性肝病的进展并改善其预后,故用运脾化痰法治疗脂肪肝有一定的理论依据和科学性,配用生麦芽、内金健脾化湿,治肝实脾,再配赤芍、丹参、西红花等活血化瘀之品,促进肝内循环,对已经沉积的脂肪,有促进吸收和消除作用,特别是西红花能扩张血管,改善微循环,促进肝细胞的修复。运脾化痰法,能调节脂肪代谢,保护肝细胞,改善肝脏微循环,促进脂肪细胞的吸收,达到恢复肝功能和消除脂肪的目的,但其具体作用机制待进一步研究。

何汝忠等

运用温肾化痰法治疗脂肪肝

脂肪肝是指脂质主要是甘油三酯在肝组织细胞内过量储积的状态。当其储积量超过肝湿重 5% 以上即诊断为脂肪肝。引起脂肪肝的原因很多,肥胖病、糖尿病、高脂血症等引起的非酒精性脂肪肝最为多见占 70%~80%,酒精性脂肪肝占 7%~8%,病毒性肝炎脂肪肝占 6%~7%,其他药物性、小肠旁路术后、长期肠外营养、营养不良、妊娠等占 10% 左右。分析病因可见其病理机制:一是脂质代谢紊乱;二是肝细胞膜通透性改变。脂肪肝并无相应的中医病名,目前多以病理改变和临床表现归入积证、虚损、胁痛范畴;辨为痰浊、血瘀、湿热、肝郁、脾虚等证;治以化痰降浊、疏肝理气、清肝利胆、疏肝健脾、清补兼施等法。

作者观察了酒精性或(并)病毒性肝炎后脂肪肝,经温肾化痰治疗除耳鸣症状以及血清胆红素变化无显著意义外($P > 0.05$),其他症状以及血清谷丙转氨酶、超声诊断改善均有显著意义($P < 0.01$)。本观察认为形盛气虚是酒精性脂肪肝或(并)病毒性肝炎后脂肪肝的发病机制,形盛为痰,在表为体重,在里为脂多;酒精形似水性似火,嗜肝病毒亦为湿热邪毒。火热既去,气已耗伤,所谓“壮火食气”,唯留水湿,久聚成痰,因其虚处而留。治以温肾化痰,化“肝之体”,助“肝之用”,受治者症状体征、实验室检查得到改善。

【临床研究报告】

1. 临床资料

本组 63 例经 B 超诊断为脂肪肝的肝病门诊患者,男 48 例,女 15 例。酒精性、病毒性肝炎相关的病例,剔除其他原因引起的脂

肪肝病例。临床表现分级 临床症状以及 B 超诊断按无、轻、中、重分为 0、1、2、3 四级,ALT、TBIL 按正常、2 倍于正常、3 倍于正常、4 倍于正常以内分为 0、1、2、3 四级。

2. 治疗方法

抗脂平肝散,药用桑寄生、巴戟天、仙灵脾、浙贝母、枸杞子、草决明、紫丹参、菟丝子、黄芩、山楂等,由我院制剂室制成。每次 12 g,每日 3 次,转氨酶升高以垂盆草、鸡骨草,煎水冲服散剂,胆红素升高以茵陈、金钱草煎水冲服散剂,3 个月进行症状评估及肝功超声检查。

治疗前后中医症状及实验室检查分级结果均有明显的改善。

汪晓军

张学文教授清肝活血法 辨治脂肪肝

脂肪肝是指由于肝脏本身及肝外原因引起的过量脂肪在肝内持久积聚所致疾病,发病原因极其复杂。现代医学认为,本病主要由脂类摄入过多、蛋白缺乏、营养不良、毒物或药物、先天遗传与代谢因素引起(过量脂肪)主要是甘油三酯及脂肪酸在肝内堆积而成。根据其临床表现可将其归属于中医“积聚”、“胁痛”等范畴。其病因多是由于饮食不节,如过食肥甘厚腻,或偏食、饮食过度,或过劳过逸,或情志失畅,或老年体衰,或他病引起等等,使肝脾受损,脏腑失和,导致肝郁气滞,肝失疏泄,肝血瘀积及脾失健运,湿邪不化,痰浊内生而成。肝经郁热、气滞血阻、瘀血内结是脂肪肝发病的重要病机。

张学文教授在多年临床实践中,观察到脂肪肝发病后其症状不仅表现出肝肿大、右肋不适或疼痛、压痛、烦躁易怒、乏困、舌紫黯、苔黄厚腻、脉弦滑或弦数等以肝本脏为主的症状、体征,同时出现胸胁不适、蜘蛛痣、胆囊炎、角膜干燥等肝经的病变及腹胀、便溏、纳差、恶心、呕吐等症状,并可出现女性月经不调、闭经、乳癖等症状,男性还可出现睾丸胀痛、阳痿等症状。因此肝经郁热、气滞血阻、瘀血内结是脂肪肝发生发展的重要病机。其病位主要在肝,包括其经,涉及脾胃。绝大多数患者表现以邪实为主。

肝为五脏之一,位于腹部,横膈之下,右肋之内,为魂之处、血之藏、筋之宗,肝属木,性喜条达,主动、主升。肝以血为体,以气为用,有“体阴而用阳”之谓。其主要生理功能是主疏泄、主藏血。其疏泄功能正常则调畅气机,气的升降出入运动正常,使气血和调,经络通利,脏腑、器官的活动也就正常和调,可促进脾胃的运化

功能。肝的调节血量是以贮藏血液为前提的,而将藏于肝内之血输布于外周又须依靠肝的疏泄功能,故《血证论》说:“以肝属木,木气冲和调达,不致遏郁,则血脉通畅。”故气血运行通利,脏腑经络功能正常,情志舒畅,血有所藏,魂有所舍,则脂浊、瘀血也就不得积聚于肝,脂肪肝之疾亦无从得之。人身之病多由于郁,元·王安道在《医经溯洄集·五郁论》中说:“凡病之起也,多由乎郁,郁者滞而不通之义。”朱丹溪在《丹溪心法·六郁》中云:“气血冲和,万病不生,一有怫郁,诸病生焉,故人身诸病,多生于郁。”正常时肝主疏泄,调畅全身气机和情志,影响脾主运化和胃主受纳,且司藏血和调畅血行之职。若因饮食失节、过食肥甘厚腻或饮酒过度,致湿热酒毒内蕴,或情志失调、肝失疏泄,或外界湿热毒邪直犯于肝脏,或年老体衰、病后体弱、正气不足、肝体失养或脾胃失健、土壅木郁,或他病及肝等等原因,均可影响肝的正常生理功能。而肝喜条达疏畅,更忌怫郁,失调则最易肝气郁滞。肝气郁滞则脏腑气血津液皆受其害,其为病繁杂,变证多端,为百病之始,诸郁之首。“气郁久则必见热,热郁则津液耗而不流,升降之机失度,初伤气分,久延血分”(《临证指南医案·郁证》),可见气郁日久则可生热,郁热日久则可伤及整个肝经甚至可连累他脏他经。同时,肝以血为体,以气为用,气郁不达,气病及血,可致气滞血瘀,且“气有余,便是火”,火为热之极,火热煎熬血液亦可成瘀,如王清任《医林改错》所云:“血受热则煎熬成块。”瘀血既生,肝又为藏血之脏,则积聚于肝,故《灵枢·邪气脏腑病形篇》云:“邪之中人脏奈何(……若有所大怒,气上而不下,积于胁下则伤肝。”《灵枢·五邪篇》又说:“邪在肝,则两胁中病,……恶血在内。”《医学发明》说:“血者,皆肝之所主,恶血必归于肝。不问何经之伤,必留胁下,盖主血故也。”这些均指出了肝病致瘀,瘀积胁下的病理特点。

【清肝活血饮治疗脂肪肝的原理和依据】

张教授根据脂肪肝之病机,结合临床经验,提出清肝解郁、活

血凉血、疏肝理气、化瘀散结的重要治法。清肝即清肝经之热,佐以凉血分之热。解郁则解气机郁滞,配合疏肝理气,再加上活血、化瘀、散结法的应用以及针对不同患者特殊病机采取恰当的辨证论治,使肝热得清,气郁得解,血热得除,瘀血得行,积聚得散,终归肝气条达,疏泄正常,气血津液得以正常输布运行,脏腑、经络、组织、器官的功能得以正常运转,疾病得以痊愈。张教授创立基本方清肝活血饮,主要由决明子、柴胡、山楂、赤芍、川楝子、鳖甲等药组成,用于治疗以肝经热、气滞血阻、瘀血内结为主要病机的脂肪肝。临床一般常见肝肿大、胁肋疼痛或不适、暴躁易怒、恶心、纳差、呕吐、困乏、腹胀、小便黄、大便干溏不定但不爽,舌黯红或紫、苔黄厚腻、脉弦滑或弦数等症状、体征。方中决明子味甘、苦,性微寒,归肝、大肠经,既能清泄肝火,又能疏散风热,为治肝热或风热目疾常用药;柴胡味苦、辛,性微寒,归肝、胆经,善条达肝气而疏肝解郁,是解肝郁、舒肝气要药。两药合而为君,一清肝热,一解肝郁,共奏清肝解郁之效。现代药理研究表明,决明子、柴胡均可降低血浆胆固醇和甘油三酯,纠正脂质代谢紊乱,并有抗肝损伤的作用。赤芍味苦,性微寒,归肝经,既能清肝凉血,清血分郁热,又能活血祛瘀止痛,《本草求真》说:“白则能于土中泻木,赤则能于血中活滞。故凡腹痛坚积……因于积热而成者,用此赤芍则能凉血逐瘀。”山楂味酸、甘,性微温,归脾、胃、肝经,能入血分,善活血化瘀消肿,同时,其味酸而甘,微温不热,擅助脾健胃化积,促进消化。本品之性平和,故李东垣在《珍珠囊》中指出其“消食积而不伤于刻,行气血而不伤于荡”;张锡纯谓山楂“苦以甘药佐之,化瘀血而不伤新血,开郁气而不伤正气,其性尤和平也”。遇久病顽疾属瘀血所致者,张教授每必用之。川楝子味苦,性寒,有小毒,归肝、胃、小肠、膀胱经,既能疏理肝气郁滞,又善调理脾胃滞气,为理气止痛之要药,且苦寒性降,兼能疏泄肝热,善治肝气郁滞或肝胃不和所致的胁肋、脘腹疼痛、疝气痛等证,尤以兼热象者较为适宜。以上诸药

共为臣药,既助君药清肝泄热、疏肝理气解郁,又能加强活血祛瘀凉血之力,且有一定散结止痛之功,诸药相合,君臣相助,药力更加精专。现代药理研究证明,赤芍、山楂可显著降低血浆总胆固醇,赤芍还可明显保护肝细胞,有较强的抗凝血、防止血栓形成、改善肝脏微循环的作用。鳖甲味咸,性寒,归肝经,为血肉有情之品,可滋肝阴、潜肝阳、清肝热,且其味咸,功擅软坚散结,醋炙力更强,配伍活血祛瘀之品则常用治心腹癥瘕积聚,在本方中为佐药,可增强全方活血破瘀、软坚消积之作用。本方中大部分药性沉重,难达病所,故用柴胡芳香疏泄,可升可散,清灵通透,又能起到引诸药入经的作用。《医学起源·药类法象》也说:“柴胡,少阳、厥阴引经药也。”全方君臣佐使,相得益彰,相辅相成,配伍精当,并紧紧围绕肝郁、肝热、气滞、瘀结的病机关键,且药少而力专,直达病所。

临床若遇湿热较重者,可酌加茵陈、虎杖、大黄等;痰湿重者加陈皮、法半夏、通草等;肝郁明显可加延胡索、乌药、荔枝核等;肝热甚加夏枯草、羚羊骨;脾胃气滞加砂仁、白豆蔻;脾气虚加黄芪、党参、太子参等;肾虚加桑寄生、续断、杜仲等;瘀血重者加桃仁、红花、莪术等,或虫类药如土鳖虫、乌梢蛇等逐络脉瘀血的药物。此外,张教授亦根据中医辨病论治并结合现代药理学研究成果,对血脂较高的患者在处方中适当加入有明显降血脂的中药,如泽泻、姜黄、绞股蓝、何首乌、山楂、郁金、荷叶等等,或配合一些降血脂的西药。因人而异,因病制宜,辨证论治,则疗效更佳。

吴 瑕 等

赵文霞教授治疗慢性 乙型肝炎合并脂肪肝

作者根据导师的临床经验,总结出了一系列的临床治疗方法,并把这些经验上升为理论,使他人能够更好地学习中医治疗疾病的经验,提高临床疗效。

1. 察病因,内外互见

识病机,虚实并存导师从多年的临床研究工作中,发现慢性乙型肝炎合并脂肪肝并不少见。详察病因,为内外之因互见;在外之因多感受湿热疫毒之邪,伏于肝络,肝体受伐,阴血渐耗,肝体失其柔润而渐衰;在内之因多过食肥甘厚味、情志失调,致肝失疏泄、脾胃虚弱、运化失职而聚湿生痰、气滞血瘀、痰瘀互结于肝。因湿为阴邪,重着黏腻,易困脾土;热呈阳蒸之态,易耗气伤阴;疫毒、痰浊、血瘀互结而致病情缠绵,迁延难愈。导师认为,痰湿内停,瘀血阻络,肝失条达是本病的主要病机,而气虚则是其病理基础。因“正气存内,邪不可干”,正气亏损,病邪由生,故本病既有湿、痰、瘀积聚之实,又有肝失疏泄、脾失健运、肾精亏损之虚,因此为本虚标实证。

2. 论治法,消脂为先

用方药,护肝为要导师认为,应先重视脂肪肝的治疗,消脂为先,配以健脾利胆。待脂肪消退后则转为护肝为主,配以消脂。因健脾利胆作用有四:①湿为阴邪,常先困脾,故健脾益气即扶土以益木;②脾胃为后天之本,气血生化之源,脾胃气化功能旺盛,以助祛邪;③脾主运化水液,脾气健旺,水液运行通畅,则健脾即为祛湿之本;④胆汁排泄畅达,则使肝气得疏,脾气健旺。实为治本之法。

目前的临床研究表明:中医药治疗脂肪肝有良好的疗效。消脂药物主要分为利湿祛痰、疏肝健脾、活血化瘀、益肾养阴等方面,常可根据辨证加减用药,具体运用如下:

(1)利湿祛痰药:适用于脾不运化、聚湿生痰。可选用泽泻、荷叶、决明子、茯苓等以利湿化痰,以绝肝脏产生脂肪之源。

(2)疏肝健脾药:适用于患者情志不畅,而致肝郁,“木郁克土”而致脾虚,肝失疏泄、脾失健运则生痰湿。“见肝之病,当先实脾”,故可选用醋柴胡、绞股蓝、生白术、枳壳、党参、黄芪等以疏肝健脾,以祛肝脏产生脂肪之本。

(3)活血化瘀药:适用于“久病入络,气血皆窒”。肝郁气滞而易导致血瘀,久病气虚亦可致血瘀,可选用丹参、赤芍、山楂、郁金等活血化瘀药物,以断肝脏产生脂肪之枢。

(4)益肾养阴药:适用于久病肾精亏损而致肝血不足,久则肝肾阴虚,可选用枸杞子、五味子、何首乌、女贞子等养阴药物,以解肝脏产生脂肪之根。

值得注意的是:

(1)慢性乙型肝炎合并脂肪肝的形成如“冰冻三尺,非一日之寒”,故疗程也较长,应向患者说明,以达到良好的依从性。

(2)因胆盐有促进脂肪酸吸收的作用,增强胆汁排泄,有助于脂肪的代谢,故在治疗过程中应加用一些利胆药物,如海金沙、金钱草等,可提高疗效。

(3)肝功能中丙氨酸氨基转移酶(ALT)和天冬氨酸氨基转移酶(AST)等升高的患者,治疗上不应过于强调降酶而大量使用降酶药物。因若脂肪颗粒清除,转氨酶不易降至正常,降酶药一旦停用会造成转氨酶的反跳、病情的反复。

(4)消脂的同时应配合其他疗法,以达到事半功倍的效果。如患者应在医师的指导下进行适量运动(如快走、慢跑、太极拳等),而不是单纯的卧床休息;其次,指导患者合理饮食是治疗本病的又

一重要措施,患者原则上应采用高蛋白、充足维生素、适当热量及低碳水化合物、低脂肪饮食,禁止饮用含酒精的饮料。

消脂治疗3个月后,复查若肝内脂肪大部分消退,治疗上应转为护肝为主、消脂为辅。导师认为,在辨证论治的基础上,治慢性乙型肝炎应顺应肝脏的习性,即“肝为刚脏,以血为体,以气为用”。因病程迁延不愈,肝血渐耗,肝体渐衰,肝用渐虚,故强调“用药不宜刚而宜柔,不宜伐而宜和”,处方以柔肝、养肝、护肝为要。偏于肝气虚者,宜用柔肝补气法,常用药物有黄芪、太子参、茯苓、白术、陈皮等。黄芪为补气要药,不可不用,与茯苓、陈皮同用,补而不滞。偏于肝阴血不足者,宜用养血柔肝法,常用药物有炒白芍、枸杞子、当归、醋柴胡、百合、何首乌、女贞子、旱莲草等。腰膝酸软者加木瓜、川牛膝;失眠多梦加鸡血藤、炒枣仁。

【病案举例】

宋某,男,30岁,职员。患者因“肝区钝痛,伴口干苦半年余”前来就诊。既往为乙肝(小三阳),肝功正常,PCR-HBV-DNA阴性,未予治疗。近一年体重迅速增加,现身高176 cm,体重94 kg,近半年因情志不遂,感到肝区钝痛,伴口干、苦、臭。时有心烦,急躁,食欲减退,眠差,多梦,大便干,小便黄。复查B超:肝脏弥漫性损伤及脂肪肝。乙肝五项:HBsAg(+),HBsAb(-),HBeAg(-),HBeAb(+),HBcAb(+),PCR-HBV-DNA阴性。肝功能检查:ALT 126 U/L,AST 54 U/L,余正常。查体:肝区叩击痛,舌质黯,舌下静脉曲张,苔薄黄,脉弦数。无大量饮酒史。有喜食肥甘、辛辣食物嗜好。西医诊断:慢性乙型肝炎合并脂肪肝。中医诊断:胁痛。证属肝郁化火兼有血瘀。治以解郁降火、活血消脂为主。方选丹栀逍遥散加丹参20 g,郁金15 g,川楝子12 g,玄胡12 g,枳壳10 g,炒枣仁20 g,夜交藤30 g,大黄6 g,每日1剂。服用2周后,上述症状减轻。二诊时去大黄,加荷叶15 g、泽泻15 g、决明子20 g,继服2周。三诊时症状全消,则改用中成药消脂护肝胶囊

(主要成分为泽泻、山楂、生黄芪、草决明、赤芍、郁金、柴胡、金钱草),配以维生素 E 胶丸。继服 5 个月,复查 B 超:肝脏轻度弥漫性损伤;肝功能正常;PCR-HBV-DNA 阴性;乙肝五项:HBsAg(-),HBsAb(-),HBeAg(-),HBeAb(+),HBcAb(+),遂停药,嘱立即接种乙肝疫苗,建立良好饮食规律,保持心情舒畅,适当运动,定期复查。随访半年未复发。

【按语】

乙型肝炎是一种比较难治疗的慢性病毒性肝病,机体感受湿热疫毒之邪,伏于肝络,阴血渐耗,正气亏虚,加之过食肥甘厚味。损伤脾胃,聚湿生痰;肝失疏泄、郁久化火,故痰、火、瘀互结于肝而致肝区钝痛,口干、苦、臭,心烦,失眠,大便干。导师认为,患者乙肝五项仍为“小三阳”,PCR-HBV-DNA 阴性,肝功异常,为脂肪性肝炎引起。故治疗上先以辨证消脂为主,待肝细胞中脂肪颗粒消退时,临床症状自然消失,肝功恢复正常,表面抗原转阴。

朱
瑾
等

脂肪肝 B 超检查与中医辨证 分型关系探讨

脂肪肝系多种因素如肥胖、病毒、酒精中毒、糖尿病、营养不良等所致的肝脏脂肪代谢障碍,其肝纤维化高达 25%,其中 1.5%~8% 患者可发展为肝硬化,如能早期诊断和治疗,可阻止其进一步发展,甚至使其逆转。中医诊治本病主要依据四诊进行辨证分型论治,对于肝脏的大小、脂肪肝的严重程度、均匀性或非均匀性脂肪肝、疾病转归等都无法判定。而 B 超检查能显示肝脏的大小、内部弥漫性改变的程度以及管道结构的变化,可作为对脂肪肝的首选诊断方法。

【临床研究报告】

临床资料:568 例均为体检者和住院或门诊患者,男 415 例,女 153 例。年龄 18~65 岁,平均 48 岁。所有病例均符合脂肪肝的 B 超诊断标准。并根据 B 超图像表现分为轻、中、重三度。其中轻度 300 例,中度 212 例,重度 56 例。

检测仪器:应用 B 型超声波东芝 SSA-220A,探头频率 3.5MHz,患者禁食和水 8~12 小时,次日早晨空腹检查。

辨证分型:依据《中医肝胆病学》,按中医辨证分为三型。肝气郁滞型(332 例):症见胁肋胀痛,按之不适,时有嗝气,大便不畅,神疲乏力,舌苔薄白,脉弦细或濡。痰湿内阻型(171 例):症见形体肥胖,神疲肢倦,恶心纳呆,脘肋胀闷不适,大便软而不爽,舌苔白腻,脉弦滑。痰瘀阻络型(65 例):病程较长,症见面色晦暗,肋肋刺痛,或固定不移,胸闷胀痞,舌胖紫或瘀斑,脉弦涩。

结果发现,568 例脂肪肝 B 超检查结果与中医辨证分型存在

一定关系,肝郁气滞型最常见,占总数 58.45%,临床以轻度脂肪肝为主,占此型的 82.83%;痰湿内阻型次之,占总数 30.1%。临床以理论基础结果发现,568 例脂肪肝 B 超检查结果与中医辨证分型存在一定关系,肝郁气滞型最常见,中度脂肪肝为主,占此型的 80.70%;痰瘀阻络型最少,占总数 11.44%,临床以重度脂肪肝为主,占此型的 66.15%。

从 568 例脂肪肝 B 超检查结果来看,与中医辨证分型有其内在的联系。肝郁气滞型多因情志郁滞或思虑气结,以致气机不畅,脾失健运,湿浊不化,聚集成痰,临床以轻度脂肪肝多见。痰湿内阻型多因长期过食肥甘、醇酒厚味,损伤脾胃,健运失职,痰湿内生,阻滞于肝而成,临床以中度脂肪肝为多见。痰瘀阻络型病程日久或久病失治,气滞痰凝,血行瘀涩,痰瘀互结,络脉阻滞遂成本病,临床以重度脂肪肝多见。因此,将 B 超检查引入脂肪肝的中医辨证领域,使辨证的层次更加丰富细致,从而为临床选方用药提供新的依据。

魏 华 凤 等

脂肪肝辨证分型规律的初步研究

通过对脂肪肝辨证分型文献的回顾性调查,寻找脂肪肝辨证分型的一般规律,初步建立脂肪肝辨证分型的标准。方法:检索我国期刊 1975—2001 年的相关文献,采集相关信息,以 K-means 聚类及主成分分析方法及 SPSS 统计软件为研究手段。结果:共检索出有关脂肪肝的文献 1126 篇,其中辨证分型者 96 篇,病例数 5193 例,涉及 54 个不同的证型,经聚类及主成分分析,标化为肝郁脾虚、痰瘀互结、痰湿内阻、肝肾不足、湿热内蕴等 5 个证型。结论:标化后的证型及其分型依据可以指导脂肪肝的辨证分型,并为前瞻性研究提供参考。

1. 肝郁脾虚证

临床表现:胁肋胀痛,心情抑郁不舒,乏力,纳差,脘腹痞闷,便溏,舌淡红,苔薄,脉弦细或沉细。

主症:①肝区胀痛;②心情抑郁不舒;③舌不红。

次症:①脘腹痞闷;②乏力;③纳差;④便溏。

辨证要求:在排除湿热内蕴证的基础上,具备主症①③及次症中任一项,即属本证;具备主症②③及次症中任一项,即属本证。

2. 痰瘀互结证

临床表现:胁肋刺痛,乏力,纳差口黏,脘腹痞闷,肋下痞块,便溏不爽,舌胖大瘀紫,苔白腻,脉细涩。

主症:①胁肋刺痛;②肋下痞块;③舌瘀紫。

次症:①乏力;②纳差;③口黏;④脘腹痞闷;⑤便溏不爽;⑥舌胖大;⑦苔白腻。

辨证要求:符合主症①②③中任一条,结合次症任一条即属本证。

3. 痰湿内阻证

临床表现:胁肋隐痛,脘腹痞闷,口黏纳差,困倦乏力,头晕恶心,便溏不爽,形体肥胖,舌淡红胖大,苔白腻,脉濡缓。

主症:①脘腹痞闷;②苔白腻;③形体肥胖。

次症:①口黏纳差;②困倦乏力;③头晕恶心;④便溏不爽;⑤舌淡红胖大;⑥脉濡缓;⑦胁肋隐痛。

辨证要求:符合主症任两项或符合主症任一项,次症任两项,即可诊断本证。

4. 肝肾不足证

临床表现:胁肋隐痛,腰膝酸软,足跟痛,头晕耳鸣,失眠,午后潮热,盗汗,男子遗精或女子月经不调,舌红少津,脉细或细数。

主症:①腰膝酸软;②舌红少津,脉细或细数。

次症:①胁肋隐痛;②足跟痛;③午后潮热或盗汗;④失眠;⑤头晕;⑥耳鸣;⑦消瘦;⑧衄血。

辨证要求:具备主症①②即属本证;具备主症中任一项及次症中任两项,即属本证。

5. 湿热内蕴证

临床表现:脘腹痞闷,胁肋胀痛,恶心呕吐,便秘或秽而不爽,困倦乏力,小便黄,口干,口苦,舌红,苔黄腻,脉弦滑。

主症:①舌红;②苔黄腻。

次症:①小便黄;②脘腹痞闷;③恶心呕吐;④口干口苦;⑤便秘。

辨证要求:具备主症①②即属本证;具备主症任一项及次症任两项,即属本证。

在我国古医籍中,没有脂肪肝的病名,多数人将其归属到“痰证、湿证、积证、瘀证”,国标将其命名为“肝癖”。本病病位在肝,与

脾、胃、肾均有关。过食肥甘厚味,或过度肥胖,或饮酒过度,或感受湿热疫毒,或情志失调,或久病体虚等均可引发本病。肝失疏泄,脾失健运,湿热内蕴,痰浊内结,瘀血阻滞,而最终形成湿、痰、瘀互结,痹阻于肝脏脉络是脂肪肝病机演变的基本规律;气血亏虚、肝失调养及肾精亏耗、水不涵木是左右脂肪肝预后转归的关键。自20世纪50年代从病理学的角度提出脂肪肝以来,对脂肪肝的研究产生了许多新的观点。流行病学资料表明,脂肪肝的发病与年龄、性别、血脂、高血压、肥胖等密切相关,嗜酒、高脂蛋白饮食、临睡前加餐、睡眠过多是脂肪肝的主要危险因素,故可以预见,随着人们生活条件的改善、生活方式的改变、老龄化人群的增加,脂肪肝及其相关疾病的患病率将显著上升;大多数脂肪肝预后较好,但有部分特别是伴有炎症的脂肪肝可以发展成为肝硬化,所以如何有效防治脂肪肝已经成为肝病工作者面临的新课题。

实践证明,大多数化学合成的降血脂药对脂肪肝短期疗效不理想,长期服用具有肝毒性,故从20世纪80年代开始,降血脂药不断更新换代,但中医中药始终是脂肪肝药物治疗的主要手段。辨证论治的特点固然使中医药对脂肪肝的治疗手段相对丰富,但也延缓或忽视了对脂肪肝中医药理论体系的构筑,缺乏完整理论体系下的个体化治疗方案难以推广和被医学界同仁广泛认可,成为中医药治疗脂肪肝取得更大进展的“瓶颈”。如对脂肪肝中医病证的范畴、病因病机的认识、辨证分型的标准、具有中医特色的疗效评价体系的建立等还缺乏统一的观点,还局限于个体经验的总结;临床疗效的观察缺乏严格、科学的设计和统计分析等等。辨证论治和整体观念是中医学的传统特色,有其独特的优势。中医药防治脂肪肝的研究在临床、实验方面已做了许多有益的工作,取得了一定成绩,有着广阔的前景。建立脂肪肝辨证分型的标准,确定疗效肯定、利于推广的规范化治疗方案,注重临床研究设计的规范化和科学性,寻找一个或一组能反映肝组织脂肪浸润程度的无创

性检测指标,如对 Bus、CT、MRI 等影像学信息间的相关关系的研究等等,已成为亟待解决的问题。也必将有助于中医药防治脂肪肝研究工作的进一步深入。

【文献研究报告】

1. 文献来源

采用上海中医药大学图书馆 CBMdiso97 光盘检索系统(文献收录年限 1975—2001 年),输入主题词“脂肪肝/辨证分型”、“脂肪肝/中医药治疗”,共检出相关文献 1126 篇。具有明确辨证分型者,纳入分析对象;未明确分型,但列出主症者由两位主治医师以上职称者盲法判别,分型一致者纳入分析对象,不一致者予剔除;不符合上述两条件者均予剔除。对纳入文献分别采集型别、病例数、症状特点、病因学资料等相关信息。

2. 各类证型的聚类分析

将 54 型共计 5193 例患者按样本分类,每一样本选取出现频率最高的 5 个症状作为变量进行 K-means 聚类分析。

3. 各证型主成分分析

对聚出的每一类再进行主成分分析,借助其反映出每一个证型的特点。

4. 统计方法

采用 SPSS 软件包,对所有的患者症状、舌脉进行 K-means 聚类分析,根据聚类中心将其分类,再对每种类型进行主成分分析,判定每种类型的代表症状,归纳出证型,初步建立脂肪肝中医辨证分型的标准。

5. 证型聚类分析结果

参照《中医证候鉴别诊断学》,规范各类证候名称为:肝郁脾虚、痰瘀互结、痰湿内阻、肝肾不足、湿热内蕴。根据《中医证候鉴别诊断学》的诊断标准,按照如下原则对各大类 54 个证型 5193 例进行遴选。主症两条;主症一条,次症两条;主症一条,舌脉符合;

次症两条,舌脉符合;符合上述标准者纳入分析对象,不符合上述标准者予以剔除,结果如下:5974例患者,未分型者781例,占13.08%;5种常见证型以肝郁脾虚证多见,有2053例,占34.37%;痰瘀互结证次之,有1759例,占29.44%;痰湿内阻证714例,占11.95%;肝肾不足证317例,占5.31%;湿热内蕴证228例,占3.81%;其他证型122例,占2.04%。在明确辨证分型的5193例患者中,5大证型占97.65%,其他证型仅为2.35%,具有显著代表性。

6. 脂肪肝的常见症状分析

按症状出现的频数和几率,从大到小进行排列,脂肪肝的常见症状分布频数如下:乏力(96.07%)、睡眠障碍(55.23%)、纳差(40.88%)、脘腹痞闷(38.46%)、口淡(32.43%)、肝区胀痛(31.43%)、肝区不适(31.29%)、恶心(29.73%)、口苦(23.69%)、腰膝酸软(19.01%)。各证型常见舌苔及频数:肝郁脾虚,舌淡(89%)、苔薄(63%)、苔腻(57%)。痰瘀互结,舌胖大(59%)、瘀紫(56%)、苔白腻(92%)。痰湿内阻,舌淡红(61%)、胖大(48%)、苔白腻(100%)。肝肾不足,舌红(89%)、少津(74%)、苔薄(21%)。湿热内蕴,舌红(87%)、绛(12%)、苔黄腻(98%)。相关变量对指标的贡献率:以症状为变量,归纳出的证候为指标,聚类及主成分分析结果如下表(诊断标准依据《中医症状鉴别诊断学》、《中医证候鉴别诊断学》,统计方法采用SPSS统计软件包秩和检验):

相关变量对指标的贡献率

类型	相关变量及其权重等级	n	辨证分型
1	乏力,口淡,肝区不适+,肝区胀痛+,心情不舒,便溏+,纳差+,舌淡,苔薄腻,脉弦细,脉沉细+	2053	肝郁脾虚
2	乏力+,口黏+,肝区刺痛,肝区不适,脘腹痞闷,纳差+,舌胖大瘀紫,苔白腻,脉细涩	1759	痰瘀互结
3	乏力,纳差,口黏+,口淡+,脘腹痞闷,肝区不适+,肝区隐痛+,头晕+,恶心+,肥胖+,便溏+,肢冷畏寒,舌胖大,苔白腻,脉濡缓	714	痰湿内阻
4	乏力,腰膝酸软,足跟痛+,口干+,肝区隐痛,午后潮热+,耳鸣+,低热+,遗精+,目涩+,盗汗+,舌红,苔薄+,苔少津,脉弦细	317	肝肾不足
5	乏力+,口苦,便秘+,便溏+,心烦易怒,肝区胀痛+,肝区不适+,脘腹痞闷,恶心+,头晕+,耳鸣+,舌红,苔黄腻,脉弦滑,脉数	228	湿热内蕴
6		781	未分型

沈
国
良
等脂肪肝辨证分型与 B 超
分度间的关系

脂肪肝是由多种原因引起的肝脏脂肪性病变,属中医学的“痞症”、“积聚”等范畴。多系过食肥甘厚味、饮酒过度,或情志失调,或感受湿热疫毒等,导致肝气郁滞,横逆犯脾而致脾失健运,水湿不能正常输布而致痰湿内阻,气血瘀阻,而成本病。B 超检查作为脂肪肝的重要诊断手段,由于其经济、准确、迅速、无创伤而易被患者接受。本次脂肪肝中医辨证分型与 B 超分度间的关系研究结果显示,肝郁气滞型 B 超显示轻度脂肪肝为主,痰湿内阻型 B 超显示中度脂肪肝为主,痰瘀互结型 B 超显示重度脂肪肝为主,且以痰湿内阻型为多见。说明中医辨证分型的肝郁气滞型—痰湿内阻型—痰瘀互结型与 B 超分度的轻—中—重基本对应,这为临床辨病和辨证相结合提供了依据。

【临床研究报告】

1. 临床资料

经 B 超检查确诊为脂肪肝的患者 487 例,其中男性 317 例,女性 170 例;年龄最小 24 岁,最大 71 岁,平均年龄 51.3 岁。

2. 诊断方法

对所有病例进行舌象、脉象、面色的观察,采集病史,综合分析归类,有两位医师共同完成。B 超肝脏检查,上午 8:00~9:00,空腹,由本院 B 超室完成,B 超机为意大利百胜公司生产的百胜 DU3 探头 3~5 MHz,按其回声衰减程度分为轻、中、重度。由两位 B 超医师共同诊断。

3. B超诊断标准

脂肪肝的声像图表现:

(1)肝实质点状高回声,呈“晶莹明亮的肝脏”,重度病例可呈“大片雪”状,并现膨起状曲线之表面。

(2)肝肾对比度增加。

(3)后方回声衰减显著,因而深部实质影像常为模糊乃至消失。深部回声衰减率与表皮至肝脏之距离呈正相关,即腹壁愈厚,深部回声衰减愈甚。深部回声衰减率(1 cm处与7 cm处对比)正常肝为 $29.4\% \pm 13.4\%$,脂肪肝时为 $57.2\% \pm 12.1\%$ 。

(4)管腔结构不清。

按回声衰减的程度,分为:

(1)轻度脂肪肝,表现为近场回声增强,远场回声衰减不明显,肝内管状结构仍可见。

(2)中度脂肪肝,前场回声增强,后场回声衰减,管状结构模糊。

(3)重度脂肪肝,近场回声显著增强,远场回声明显衰减,管状结构不清或无法辨认。

4. 中医辨证分型

根据中医疾病诊疗标准及临床资料,将脂肪肝辨证分为3型。

(1)肝郁气滞型

可见肝区隐隐胀痛,胸闷,善太息,口苦,便干,症状轻微或无症状,舌质淡红或红、苔薄,脉弦。

(2)痰湿内阻型

可见肝区胀痛,胸闷,气短,纳呆食少,神疲乏力,头晕,健忘,舌质淡红、苔白腻或黄腻,脉弦滑。

(3)痰瘀互结型

可见肝区刺痛,或有四肢麻木,舌质黯红或有瘀点、苔薄,脉弦涩。

5. 统计学处理

所有调查结果均录入电脑,采用卡方检验,用 SPSS-10.0 统计软件进行分析。

脂肪肝患者中医辨证分型的分布情况:肝郁气滞型 73 例,占 14.99%;痰湿内阻型 248 例,占 50.92%;痰瘀互结型 166 例,占 34.09%。以痰湿内阻型为主。本研究结果显示各组间的 B 超分度有显著性差异($P < 0.01$)。中医分型为肝郁气滞型,B 超诊断以轻度脂肪肝为主;痰湿内阻型,B 超诊断以中度脂肪肝为主;痰瘀互结型,B 超诊断以重度脂肪肝为主。

施
军
平
等脂肪肝辨证分型与胰岛素
抵抗的相关性

脂肪肝是由多种原因引起的肝脏脂肪性病变, 中医古代文献中无对此病的论述。中医辨证多属“肝壅”、“积聚”、“痰浊”、“胁痛”等范畴。脂肪肝起因多为过食肥甘厚味, 过度肥胖, 或饮酒过度, 或感受湿热疫毒, 或情志失调, 或久病体虚以及食积、气滞、痰气等都可引发本病, 其病变部位在肝, 与肝、胆、脾、胃、肾等脏腑密切相关, 其证候特点多为肝郁脾虚、痰湿壅盛、气血瘀阻或肝肾阴虚。

本研究将脂肪肝按中医辨证分型的标准分为 4 型后, 结果显示各证型胰岛素敏感性与健康对照组比较均有显著性降低; 如果将健康对照组的胰岛素敏感性定为 100, 则肝郁气滞型、痰浊内阻型、气血瘀阻型、肝肾亏虚型的胰岛素抵抗敏感性呈递增的趋势, 提示实象越明显, 则胰岛素抵抗越严重, 虚象越明显, 则机体对胰岛素反应性越敏感。而脂肪肝 4 型间比较时, 脂肪肝辨证分型与胰岛素抵抗的相关性研究均有显著性差异; 肝郁气滞型、痰浊内阻型、气血瘀阻型三型之间比较无统计学意义 ($P > 0.05$)。通过逐步回归分析选择有意义的变理进行多因素回归分析, 在排除了年龄、性别、体重指数的影响后, 脂肪肝患者胰岛素敏感性仍与中医辨证分型呈显著性的负相关关系。所以本组资料提示胰岛素敏感性和中医辨证分型呈显著的负相关关系, 这种相关独立与年龄、性别、体重指数, 我们认为胰岛素敏感性可能是中医辨证分型的病理基础之一, 且可能是通过细胞因子的介导实现的, 可以作为脂肪肝中医辨证分型的客观化标准之一。无疑对中医药治疗脂肪肝提供

了新的契机。

【临床研究报告】

1. 临床资料

脂肪肝组:52例均为2000年11月至2002年1月住院及门诊患者,其中男性38例,女性14例,年龄12~48岁,平均30.8岁,病程0.5~8年,平均1.5年,全部病例经询问病史,心电图、血压、血糖、尿糖等检查,排除冠心病、高血压及糖尿病;其中酒精性脂肪肝18例,非酒精性脂肪肝15例,肝炎相关性脂肪肝19例。

正常对照组:选健康体检者15例,男10例,女5例,年龄20~42岁,平均34.2岁。所有患者均测定身高、体重。脂肪肝的诊断标准参照2001年杭州全国酒精肝、脂肪肝会议标准(试行)。脂肪肝中医辨证分型分为:肝郁气滞、气血瘀阻、痰浊内阻、肝肾亏虚4型。

2. 血样本采集及处理

患者及健康体检者于空腹抽静脉血10 mL,将血样迅速置于离心机中,3 000 r/min离心10 min测其空腹血糖、胰岛素及ALT、AST。血清胰岛素测定采用化学发光法,血糖采用葡萄糖氧化酶法测定;胰岛素敏感性指数为患者空腹血糖及空腹胰岛素两者乘积的倒数。

3. 主要试剂、药盒及仪器

血糖试剂盒由温州东瓯生物有限公司生产,胰岛素试剂盒采用美国DPC公司产品,日立7060全自动生化分析仪,Rmuulite化学发光仪。

4. 统计方法

采用SPSS 8.0统计软件进行统计。计量数据采用均数±标准差($X \pm S$)表示,多组间比较采用F检验,变量间相关的显著性采用多因素回归分析。血胰岛素原始值为非正态分布,故取其自然对数使之正态化,然后进行分析。

5. 一般情况比较

脂肪肝患者较健康对照组 ALT、AST 显著升高($P < 0.05$), 而各型之间差别不显著($P > 0.05$)。脂肪肝各型间及与健康对照组间在年龄、性别及体重指数[BMI = 体重(kg)/身高(m^2)]方面差别均不显著($P > 0.05$), 具有可比性。

6. 各证型间的胰岛素敏感性比较

脂肪肝患者各型空腹血糖与健康对照比较无显著性差异, 各型间空腹血糖也无显著性差异($P > 0.05$); 而脂肪肝患者各型血清空腹胰岛素水平均较健康对照组显著升高($P < 0.05$), 且肝郁气滞型、痰浊内阻型、气血瘀阻型患者血清胰岛素水平与肝肾亏虚型比较也显著增高, 有显著性差异($P < 0.05$)。

7. 中医辨证分型与胰岛素敏感性的关系

脂肪肝患者各型与健康对照组比较胰岛素敏感性均有所降低, 差异显著($P < 0.05$), 肝郁气滞型、痰浊内阻型、气血瘀阻型患者与肝肾亏虚型比较也显著降低, 具有显著性差异($P < 0.05$), 肝郁气滞型、痰浊内阻型、气血瘀阻型之间均无显著性差异($P > 0.05$)。因此, 可将肝郁气滞型、痰浊内阻型、气血瘀阻型视为一组合并, 称为实证组。

陈 小 舜

脂肪肝辨证治疗

脂肪肝随着人们生活水平的提高和生活习惯的改变,成为目前临床上消化系统中的常见病和多发病,以往用单方或单药治疗脂肪肝未取得满意效果,运用中医辨证施治在临床治疗中取得了较好的疗效。

脂肪肝属中医“胁痛”、“积证”范畴。关于“胁痛”、“积证”早在《内经》中已有记载。《素问·藏气法时论篇》说:“肝病者,两胁下痛引少腹。”《灵枢·五邪篇》说:“邪在肝,则两胁痛。”《金匱要略·五脏风寒积聚篇》说:“积者,脏病也,终不移。”《景岳全书》对病因病机和治疗都有详细的记载,《景岳全书·积聚篇》说:“积聚之病,凡饮食,血气,风寒之属皆能致之。”《景岳全书·胁痛篇》说,“凡房劳过度,肾虚羸弱之人,多有胸肋间隐隐作痛,此肝肾精虚”,“但察其有形无形,可知之矣。盖血积有形而不移,或坚硬而拒按,气痛流行而无迹,或倏聚而倏散”。即明确指出了从痛的不同情况来分辨属气属血。脂肪肝大多因过食肥甘厚味或长期嗜酒过度导致食滞肠道,生湿成痰,痰滞互结,气机不畅,日久气滞血瘀,痰瘀滞互结;或久病体虚,精血亏损,或肝郁日久化热,耗伤肝阴致肝阴不足。

【临床研究报告】

1. 诊断标准

(1) B超或CT检查呈典型脂肪肝表现(即肝脂肪化达到30%)。

(2) 血脂增高。

(3) 用乙肝五项指标和抗HCV检查排除由乙肝、丙肝等引起的ALT、AST异常增高。

(4)有肥胖,或糖尿病,或高脂血症,或酒精性肝炎,或药物性肝炎病史。

(5)乏力、右上腹不适或胀痛、纳差、肋下可触及肝脏或未及等临床症状体征。

符合(1)或(2)(3)(4)(5)任一项者。

2. 分型论治

(1)痰瘀滞互结型:症见右肋腹胀或痛,肝肿大触之质软或拒按,面色偏暗,舌质淡或有瘀点,苔腻,脉弦滑或涩。治宜化痰消积祛瘀。方用莱菔子、姜半夏、泽泻、柴胡、郁金、生山楂、丹参、草决明、生麦芽、虎杖、厚朴、莪术。

(2)肝阴不足挟瘀滞型:症见右肋腹隐痛,肝脏触之疼痛,面色灰暗,或有心烦,低热,舌质红,有瘀点,苔少,脉弦细。治宜养肝阴,清虚热,活血消滞。方用柴胡、郁金、山楂、丹参、白芍、赤芍、制首乌、五味子、虎杖、牡丹皮、黄芪、枸杞子。

治疗以3个月为1个疗程,以纯中药治疗,每日1剂,水煎,分2次服。

3. 疗效标准治愈

临床症状、体征消失,B超或CT检查提示肝脏形态正常,血清TC、TG、AST、ALT,在正常值范围内。显效:临床症状、体征消失或明显好转,B超或CT检查显示正常或明显改善,血清TC、TG、AST、ALT恢复正常或下降超过治疗前60%以上。有效:临床症状、体征明显好转,B超或CT检查肝脏明显改善,血清TC、TG、AST、ALT下降超过治疗前30%,低于治疗前60%。无效:临床症状、体征无改善,血清TC、TG、AST、ALT与治疗前比较无明显改善。

汪

红

脂肪肝辨治述要

脂肪肝是因肝脏的脂肪代谢功能发生障碍,致使脂类物质的动态平衡失调,脂肪在组织细胞内贮积所致。随着生活水平的日益提高,体力劳动及运动的减少,脂肪肝发病率不断上升,且年轻化趋势明显。因此,应正确认识本病的发病机制,确立治疗原则。

1. 肝阳被蒙

浊瘀是其主要病机。肝为阳脏,藏血,主疏泄,其性升发,苦郁滞,生机勃勃为其常。若饮有所伤,食有不精,酗酒嗜辣,过食肥甘油腻,留而为滞,浊从中生,郁于肝中,则成其疾。浊为阴邪,蒙蔽其阳,可见身体日渐肥胖,疲乏易劳,困顿丛生。邪滞肝中,气机为之不利,肝络失畅,则胁肋胀满等症互现。浊滞而久,瘀而不除,则有结实之虞,使肝脏失却柔软之性,终则硬化。因此,本疾始缘于饮食不当,嗜酒甘肥,或富余留滞,或浊从中生,留于肝体为患;日久着而未除,则浊瘀结实,由浊而瘀,损伤肝体,成硬化之变。

2. 升阳助运

化痰泄浊是其治疗大法。脂肪肝之为患,多食善饮,体态丰腴,性情少动,或动则气短而吁,舌质淡边有齿印,苔薄白腻或薄黄腻,脉象细滑。治宜健脾助运、升阳化浊。药用:苍术、厚朴花、法半夏、青皮、陈皮、生山楂、葛根、茯苓、泽泻、炙甘草。嗜酒者加葛花、生何首乌;气短、汗多者加生黄芪、黄精;口干而苦者加黄芩、浙贝母;苔黄腻、便秘者加制大黄、枳实;晨起痰多而黏者加淡竹沥、冬瓜籽;胁肋不舒者加柴胡、郁金。

3. 病久硬化

宜活血化瘀,软坚散结。脂肪肝若未能较早发现,或治疗不当,则可能导致肝纤维化改变。扪诊可触及较韧或偏硬之肝脏,患者面呈黧色,舌质黯紫或见瘀斑、瘀点,苔薄腻,脉细涩。治宜活血化瘀、软坚散结。药用:丹参、川芎、当归、枳壳、炮穿山甲、赤芍、白芍、益母草、昆布、海藻。苔腻纳减者加苍术、厚朴花;胁痛隐作者加延胡索、川楝子;大便秘结者加决明子、郁李仁;饮酒嗜辣者加葛花、生山楂;肝体质韧而硬者加石见穿、炙鳖甲。

4. 调理平衡

脂肪肝之成病虽有肝之功能不达之实,但更多调理养护失衡之机。中医之粹,不仅在于识病、治病,更在于防患于未然。若欲治脂肪肝于患病之初,抑或是治于未病之时,则应遵守以下几点:

(1)饮食不求于丰,但求于实:食之过丰,或酗酒无度,或过食肥甘,则贻害无穷。中医之道,平衡是其精髓。食不裹腹,或滥食无度均在摒弃之列。五谷瓜果,粗细杂粮,掺面食之,则脏腑所需应有尽有;若只择优而食,饮有所偏,则所需不及,不需者泛,终为所弃,贻而有害。因此,醇酒不(少)沾,食无精细,果蔬互重是其原则。

(2)治不求捷效,但求稳妥:脂肪肝患者有轻、中、重度之分,其治疗各有侧重。轻度和中度患者,若治之得当,养护合理,有可能获得明显好转;而重度患者,则应以改善症状与体征,防止出现肝硬化为要旨。治疗时不必贪求速效,盲目节食。若节食不当,则会导致营养缺乏,影响整体治疗。

(3)动静结合,保持收支平衡:脂肪肝患者体态丰腴者居多,所以加强锻炼,合理消耗体内脂肪,减轻体重是患者必须制定并争取达到的目标。从目前的研究来看,年轻人以游泳、慢跑、球类运动为宜,而中老年患者则以散步、门球、太极拳等运动为宜。

(4)了然于心,防止节外生枝:脂肪肝是许多疾病共有的临床

表现,而并非独立的疾病。因此,医者既要重视脂肪肝的治疗,又要对同时伴有的其他疾患了然于心,并有所防范。做到既知脂肪肝之病源,祛除病因,以防加重;又能知脂肪肝之演变,防患未然,杜其滋事。

谢绍武

脂肪肝辨证分型用药探析

脂肪肝是由多种原因引起的肝脏脂肪性病变,当肝细胞内脂质蓄积超过5%,或组织学上每单位面积1/3以上肝细胞脂变时,称脂肪肝。

1. 肝气郁结

多为早期脂肪肝病变,症状表现为两胁隐隐胀痛、胁下有肿块感、腹胀不舒、脘痞便溏、暖气频作、舌苔薄白、薄黄、脉弦细等,治宜疏肝解郁,健脾散结。方用柴胡疏肝散合金铃子散加减。药用柴胡、白芍、枳壳、甘草、香附、川芎、川楝子、延胡索、郁金、山楂、白术、莱菔子等治疗。

2. 肝郁脾虚

症状表现为纳差、腹胀不适、胸胁胀痛、大便不实或溏、精神不振、舌苔薄白、脉细弦等。治宜疏肝健脾、化痰消导。方用柴芍六君子汤加减。药用柴胡、白芍、白术、茯苓、法半夏、陈皮、党参、郁金、山楂、麦芽、九香虫、薏苡仁等化痰活络、理气渗湿等方治疗。

3. 痰湿中阻

症状表现为体胖倦怠、面有油脂、头昏头重、胸闷作呕、胸胁隐痛、胁下有块、腹胀不适、厌食油腻、汗出乏力、大便油滑、小便混浊、舌质红、苔白腻滑、脉弦滑等。治宜理气化痰、祛湿泄浊,方用胃苓汤合涤痰汤加减。药用清半夏、茯苓、竹茹、枳实、陈皮、苍术、厚朴、泽泻、柴胡、枳壳、制胆星、木香、海浮石等祛湿泄浊为主治疗。

4. 肝瘀痰阻

症状表现为右胁刺痛,右胁下肿块,推之不移,局部钝痛或刺

痛,体胖腹胀,舌质紫或有瘀斑点,脉弦涩。治宜活血化瘀、祛痰散结。方用消瘿丸合化积丸方加减,药用牡蛎粉、玄参、三棱、莪术、香附、郁金、大贝粉、槟榔、海浮石、水蛭、泽兰、鸡内金、瓜蒌;苔腻滑重者加苍术、茯苓、菖蒲、胆草等燥湿祛浊等药物治疗。

5. 肝肾阴虚

症状表现为形体虚胖、肤粗、毛丛、面色油光、身倦乏力、手足心热、四肢微肿、肝区不适隐隐刺痛、腹胀纳差、头晕目胀、口干口苦、心烦失眠、舌淡胖紫、苔薄腻、脉弦细等。治宜滋补肝肾。方用滋水清肝饮加减。药用生地、熟地、茯苓、丹皮、泽泻、山茱萸、怀山药、柴胡、枸杞子、当归、郁金等,大便干结者加瓜蒌仁、麻仁;低热加地骨皮;脘腹胀甚加山楂、麦芽等滋阴健脾消导随证治疗。

脂肪肝病属于中医学中的“痞证”、“积聚”、“肝癖”范畴。因过食肥甘厚味、过度肥胖,或饮酒过度,或情志失调或感受湿热疫毒,或久病体虚以及食积气滞、疫气等引发本病。其病变部位与肝、脾、肾等脏腑密切相关,众多学者认为其发病机制是肝失疏泄、脾失运化、湿热内蕴、痰浊郁结、瘀阻血滞而最终形成湿、痰、瘀阻互结、痹阻肝脏脉络而形成肝体肿胀(脂肪肝)。本病虽病变在肝。肝主藏血,主筋的运动,主疏泄,主谋虑。肝居胁下,与足少阳胆相为表里。正如《金匱》有“见肝之病,知肝传脾当先实脾”,而中医所谓的“脾”是指以消化系统为主的综合免疫整体。中医学早在《内经》就有“五脏六腑皆禀气于胃”的认识。张景岳有“调脾胃即所以安五脏”之说。脾胃乃为后天之本,气血生化之源,疏肝运脾、调理中州,乃为治疗脂肪肝之大法。

以上所述仅是脂肪肝病常见的几种证型,因本病迁延日久,诸因交错、虚实夹杂、证候繁多,施治时还应随证分析、灵活辨证。脂肪肝病是可防、可控制的疾病,只要通过祛除病因,如糖尿病、肝炎等,合理饮食,戒除烟酒,服用中药治疗可取得较好的治疗效果。

王雁翔等

脂肪肝病因病机初探

中医没有脂肪肝病名,多数学者将其归属于中医的“积聚”、“胁痛”、“痰浊”等范畴。大多数学者认为,本病主要涉及肝、脾二脏,以肝为主;病理产物为痰、浊、瘀、湿;病因病机可归为酒食不节,或感受湿邪,或嗜食肥甘等而致肝失疏泄,脾失健运,痰浊内生,气机郁滞,血脉瘀阻,气、血、痰、浊互相搏结而脾失健运,湿滞中焦;肾气亏虚而致气血痰瘀互结胁下形成本病。

谢敏卿等认为,脂肪肝的病因病机为肝气郁结,疏泄失常以致气机阻滞,横逆犯胃,气病及血,血流不畅;肝病传脾,脾失运化,水湿稽留,日久生痰,以致痰湿互结,内郁肝胆;过食肥甘厚味,滋生痰浊,久则痰阻血瘀形成本病。

杨继荪认为,饮酒过度,摄食肥甘,湿浊内停、痰浊阻滞,气机郁阻,血脉瘀阻,气、血、痰、浊互相搏结而形成,以痰瘀交阻为主。关于肾在该病发病中的作用,文献亦略有论及,下面就有关文献及肾虚在脂肪肝发病中的作用谈谈我们粗浅的看法。根据肾为先天之本,内居元阴、元阳,肾为痰之根,脾为痰之源等中医理论,结合临床观察,我们认为“肥人多湿”、“肥人多痰”只是其标,所谓“壮人无积,虚人有之”,脂肪肝的根本病因在于本虚,本虚的核心在于肾虚。

高龄是脂肪肝的危险因素。多项流行病学调查显示,随着年龄增大,脂肪肝的患病率逐渐增加。50岁以前男性脂肪肝的患病率显著高于女性,其后性别差异不再明显。说明随着年龄的增长及性激素的改变而出现脂肪代谢紊乱是导致脂肪肝发生的一个重

要因素。

有一项针对中医临床特点的研究显示,脂肪肝患者中具有头晕症状者占 48.8%,腰膝酸软者 38.4%,胃脘胀闷者 25.6%,便溏 25.6%,四肢乏力 23.2%,困倦易睡 20.8%;舌质以淡白、紫黯为多;脉象以弦细、弦滑为多;提示,脂肪肝患者在标证不明显的情况下显示以脾肾两虚为主的本象。《素问·阴阳应象大论篇》有“肾生骨髓,髓生肝”之说,李中梓在《医宗必读》中提出著名的“乙癸同源,肝肾同源”的观点。

近年来,不少学者对肝肾本质进行了深入研究,国内学者比较一致的结论是将肾定位于下丘脑,肝病证候的出现与大脑皮层功能密切相关。通过实验研究将“肝肾同源于精血”的认识推进到“肝肾同源于脑”,“肝肾同源于神经-内分泌-免疫网络”。同时也将肾本质的研究,从围绕下丘脑-垂体及其 4 个靶腺(肾上腺、甲状腺、性腺、胸腺)轴的范围拓展到下丘脑-垂体的第 5 个靶腺轴,即下丘脑-垂体-肝轴。由于脂肪肝的发病机制与内分泌、代谢紊乱及免疫失调密切相关,故脂肪肝的发病机制与中医肾虚密切相关。

实验及临床实践证实补肾组方有抗脂肪肝作用。有实验显示,五子衍宗丸能明显防止肝脏及血清甘油三酯的增高,有效防止脂肪肝的发生。六味地黄片可明显减轻 ch-甲基硫氧嘧啶-猪油等高脂食物家兔的肝湿重,减少脂肪沉积。

临床上司晓晨等用益肾降脂片治疗脂肪肝有效率为 67.65%,蒋晓霞等用益肾清肝汤、吴庆光等用地黄丸加味治疗脂肪肝有效率为 90.7% 左右。

中药药理研究证实,补肾中药具有抗脂肪肝作用。研究证明,益精补肾中药有调整血脂、抗脂肪肝的作用。其中何首乌所含的多量卵磷脂能阻止血清胆固醇在肝内沉积;女贞子、枸杞子等具有降低肝中甘油三酯及减少肝细胞脂质沉积,改善免疫功能和抗肝损伤等作用;冬虫夏草、杜仲、黄精等温补肾阳药,有促进细胞免疫

功能,提高机体免疫力,防止肝细胞再损害;六味地黄片能明显抑制肝脏中的脂肪沉积;左归饮、右归饮能有效改善和调节神经内分泌免疫功能,达到调节血脂的作用。

《素问》中有“年四十,而阴气自半也,起居衰矣”的说法。人到中老年,肾中精气渐衰,气血渐虚,往往处于生理性肾虚状态。由于现代人的生活节奏加快,竞争激烈,劳神过度,加之饮食不节,生活无序,而使人体各脏器功能受损,久必及肾,耗损肾中精气,出现未老先衰,进一步加速了肾虚的改变。肾主水,以维持体内水液代谢平衡。肾中精气亏损,阴阳失衡,藏精及气化功能失调,水不涵木温土,肝失疏泄,脾失健运,血脂失于正常运化,积于血中为痰为瘀,形成高血脂症,瘀阻于肝则形成脂肪肝。治疗宜以补肾为主以杜生痰之根,同时辅以化痰泄浊活血以治其标,则痰浊瘀阻随之而解。

潘智敏等

脂肪肝的病机及治疗

脂肪肝是一种发病机制至今尚未完全明确的脂肪代谢障碍疾病,以肝组织中蓄积大量脂肪(大多是甘油三酯),肝细胞发生显著脂肪变性为特点,可导致肝细胞坏死,进一步演变为肝纤维化、肝硬化。在祖国医学中,脂肪肝属于“积聚”范畴,现代谓之“肝癖(痞)”。

潘氏从事脂肪肝专科门诊多年,在长期的临床观察和治疗中认识到,目前脂肪肝多由酒食不节、情志内伤所致,日久可形成痰、痰、脂、食、气五种病理积滞,治疗上可针对性采用祛痰化浊,消导行滞,疏理解郁之法。

1. 酒食不节、情志内伤是主要原因

饮食为营养之源,恣食膏粱厚味,毫无节制,往往导致脾胃运化功能失常,清阳不升,浊阴不降,从而又可聚湿,生痰,化热或变生它病。《医方论》指出:“人非脾胃无以养生,饮食不节病即随之,多食辛辣则火生,多食生冷则寒生,多食浓厚则痰湿俱生,于是为积累、为胀满、为泻痢,种种俱见。”现代人随着生活节奏的加快,饮食结构有了较大变化。饮食中富含较多脂肪,同时,饮酒作为一个不可忽视的问题日益突现。《医方类聚》认为“酒有大热,大毒”。清·王燕昌谓:“好酒者多上热、下湿、痰积。”故饮食无节制或偏嗜,均可引起气、脂、食、痰、痰等积滞。《素问·阴阳应象大论》说:“人有五脏化五气,以生喜怒悲忧恐。”人的情志活动与内脏之间有着密切的生理、病理联系。情志导致的内伤发病往往同个体的生活环境、性格、机体的气血脏腑机能状态有关。随着社会竞争的加

剧,因情志导致的疾病日益增多。七情致病既可直接伤及内脏,致使脏腑功能紊乱;也可导致气机升降失调,影响水液代谢、血液运行,而变生痰、瘀。《医林绳墨》朱丹溪曰:“气也,常则安……逆则祸,变则病,生痰动火,升降无穷,燔灼中外,血液稽留,为积为聚。”

2.“痰、瘀、食、脂、气”积滞是病理特点

脂肪肝的形成与肝、脾的功能失调,气血津液运行障碍有关。《读书随笔》曰:“凡病之气结、血凝、痰饮、痞厥、积聚、痞满……皆肝气之不能舒畅所致也。”肝为将军之官,主疏泄,主藏血。感受情志刺激,肝气郁结,不得条达疏泄,久郁不解,失其柔顺舒畅之性,形成气积。脾乃仓廩之官,主司水湿、水谷精微的运化及输布。饮酒过度,嗜食肥甘厚味,或致饮食不化,形成食积,或精微物质过剩,聚为脂质,积于血液、肝内,形成脂积。气能行(化)津,当脾失升清,肝失疏泄,三焦气化失常,食滞、脂质等与胃内浊气相互抟结,凝于脉中,聚而为痰,积于肝内,形成痰积。脂质、痰浊与血液相结,与气滞并见,循经而行,积结肝内,形成瘀积。

“气、食、脂、痰、瘀”五积可相互转化。如气积日久可影响水谷精微的输布,形成脂积;也可肝气横逆犯胃,脾胃升降失常,形成食积;也可气积导致水液代谢障碍,痰浊内停,形成痰积;也可气积直接影响血液运行,形成瘀积。当前患者的发病以饮酒过度,嗜食肥甘厚味多见,因此食积、脂积往往同时并见,日久均可导致痰积。痰瘀交阻,积结肝内,往往是中晚期脂肪肝的主要表现。现代研究表明,痰浊证与自由基损伤关系密切,自由基及其衍生物,主要是过氧化氢(H_2O_2)可损伤血管内皮细胞,形成过氧化低密度脂蛋白(MDA-LDL),产生细胞毒作用,并引起细胞内胆固醇堆积,形成泡沫细胞。同时对痰、瘀及其之间关系,也有研究认为,痰证主要表现为血液“凝”、“聚”的异常,其甘油三酯、纤维蛋白原含量增高,血沉增快,红细胞聚集指数增高;瘀证和痰瘀证均表现为“黏”、“浓”、“凝”、“聚”的异常,痰瘀证的变化程度甚于单纯的瘀证,说明

“痰可致瘀”，并提出痰证与瘀证具有共同的病理生理基础。痰、瘀、食、脂、气初积于肝内，形成肝痞，日久气血耗伤，津液枯竭，积块坚硬，而成聚证。

治疗以祛实为先。脂肪肝的病位在肝，但与脾，与气血津液的关系密切。其病程可分早、中、后三期，早期多以气积、食积较为常见，中期以脂积、气积、痰积多见，后期以痰积、瘀积为主要表现。总体上看，该病以实证为主，亦可见本虚标实，但瘀、痰、食、脂、气等积滞之实贯串于病机始终。故治疗以祛实为先，采用祛瘀化浊、消导行滞、疏理解郁之法，重在调解气血运行，并注意气、血、痰之间生理病理上的联系，在该病晚期出现邪盛正衰时可疏补兼施。同时亦应注意情志、饮食的调摄。《医学心悟》云：“凡人起居有常，饮食有节，和平恬淡，气血周流，谷神充畅，病安从来？”对于虚瘀夹杂患者，不应轻易用壅补、骤补之剂。

潘氏认为脂肪肝病理实质是“瘀、痰、脂、食、气”五积的特点，根据气顺则痰清，治血当先治气等原则，采用祛瘀化浊、消导行滞、疏理解郁之法，选用莪术、郁金、莱菔子、半夏、生山楂、川朴、枳壳、泽泻、丹参、白蔻仁、虎杖、过路黄等药物作为基本方。其中莪术、郁金为君药，意在破瘀消积，行滞解郁；莱菔子、山楂、半夏以其祛痰、导积、理气化浊为臣药，君臣合用，意在消导痰浊、瘀血、积滞之功，更佐以川朴、白蔻仁、枳壳理气行气，以疏导瘀、痰、食、脂、气等积滞；虎杖、丹参、过路黄、泽泻等意在活血开郁、通利小便而清除郁热。

随症加减，灵活用药脂肪肝在临床上主要表现为肝肿大，右胁腹胀或疼痛，偶有压痛，或伴反跳痛，少数有轻度黄疸。气积者可兼见情志抑郁易怒，口苦目涩，脉弦等症状。当以行气解郁，疏肝理气为治则，越鞠丸、柴胡疏肝散为其代表方，可选用香附、川芎、柴胡、陈皮、枳壳等药物治疗。食积者可兼有口臭、噯气、胃脘闷胀不适等，舌质红、苔黄腻，脉弦而滑。食积轻症可用保和丸以消食

和胃,药用神曲、山楂、茯苓、半夏、陈皮等;重症者用枳实导滞丸以消导化积除痞,可选择枳实、大黄、神曲、茯苓、黄芩、黄连、泽泻等药物。脂积者多形体肥胖,实验室检查可见有血脂、血黏度的升高,治疗当以利湿行气导滞,攻积泄热之法,选用木香槟榔丸加茵陈、过路黄等。痰积者可兼见胸闷,身重体倦,舌质淡红、苔胖腻,脉滑。痰积轻症可用二陈汤为基础方进行加减,药用半夏、生姜、茯苓、陈皮、胆南星等;重症者可用三子养亲汤合鳖甲煎丸加减,药用莱菔子、苏子、鳖甲、大黄、干姜、厚朴、黄芩等。瘀积者可兼见面色黯褐,舌质或黯,或边有瘀点,舌下瘀筋显露,脉象弦劲或弦而坚涩,以活血化瘀,软坚散结为主要治则,膈下逐瘀汤为代表方,选用当归、川芎、桃仁、丹皮、赤芍、延胡索、香附、红花等药物。

韦 清

脂肪肝的食疗

科学的饮食是治疗脂肪肝的重要环节,脂肪肝患者饮食应供应高蛋白质、适量脂肪和糖类。如摄入不含脂肪的食物,脂酸可从糖类及氨基酸前身物质合成。如摄入过多的糖类,可促进胰岛素的分泌,增加糖转化为脂肪。因此采用高蛋白质、适量脂肪和糖类这一食疗原则,有利于脂肪肝的治疗。

燕麦 含极丰富的亚油酸和丰富的皂甙素,可降低血清总胆固醇和甘油三酯。

玉米 含丰富的钙、磷、硒和卵磷脂、维生素等,均具有降低血清胆固醇的作用。

海带 含丰富的牛磺酸,可降低血及胆汁中的胆固醇,还含有食物纤维褐藻酸,可以抑制胆固醇的吸收,促进其排泄。

大蒜 含硫化物的混合物,可减少血中胆固醇和阻止血栓形成,有助于增加高密度脂蛋白。

苹果 因含有丰富的钾,可排除体内多余的钾盐,维持正常的血压。

牛奶 含有较多的钙质,能抑制人体内胆固醇合成酶的活性,可减少人体内胆固醇的吸收。

洋葱 所含的烯丙基二硫化物和硫氨基酸,不仅具有杀菌的功能,还可降低人体血脂,抵抗动脉硬化,还含有激活纤维蛋白的活性成分,可有效地阻止血管内血栓的形成所含的前列腺素,对人体有良好的降血压作用。常吃洋葱,可防止心血管病的发生。

蕃薯 是生理性碱性食品,能中和体内因食肉、蛋所产生过多

的酸,保持人体酸碱平衡。含有较多的纤维素和胶原黏液,在胃肠中吸收较多的水分,润滑消化道,起通便作用,将肠道内过多的脂肪、糖、毒素排出体外,起到降脂作用。

另外,还有胡萝卜、菇类、花菜、向日葵籽、山楂、无花果、柠檬等都可起到降脂作用,脂肪肝患者不妨经常多吃。

此外,适量的运动十分必要,运动以不感到疲劳为度。运动可以促进血液循环,促进肝脏的新陈代谢,增加机体热能的消耗和排除代谢产物起祛脂保肝作用。

刘

玉
等

脂肪肝的饮食疗法

脂肪肝为现代社会常见多发病,是多种病因导致的肝脏脂肪代谢紊乱所致的一组综合征,约1.5%~8.0%患者可能转为肝硬化,故应早期诊治以阻止其进一步发展。饮食调整为治疗本病的基本方法,亦为预防和控制脂肪肝的重要措施。

一般措施预防为先:酗酒及营养缺乏是引起脂肪肝的重要原因,故患者应戒酒,加强营养,保证足量的蛋白质摄入,同时应避免使用四环素、环己胺、蓖麻碱、吐根碱等药物。

加强锻炼:减肥对肥胖患者尤为重要,因此加强锻炼是防治脂肪肝的重要一环。体育锻炼强度应以患者能耐受为宜。可从小量开始,逐渐加大到每日打太极拳1小时,中速步行5~10公里。

积极治疗原发疾病:糖尿病及肝炎患者易合并脂肪肝,对这些患者应积极治疗,防止脂肪肝的发生。

饮食宜忌宜摄入足量蛋白质:可选用脱脂牛奶、蒸蛋白、少油豆制品如豆腐、豆腐片、豆腐丝及猪瘦肉、牛瘦肉、鱼、虾等。

限制脂肪摄入:应少食高胆固醇食品如脑髓、鱼子、肥肉、动物内脏等,蛋黄每日不应超过2个,以免增加肝脏负担。烹调时少用油或不用油,或只用少量植物油,如豆油、葵花籽油、芝麻油等,以保证低脂肪摄入。烹调方法忌用煎炸,可采用蒸、煮、炖、拌等少油或不用油的方法,如炖瘦肉、豆腐干丝、拌豆腐等,每日用油量不得超过10g。

摄入充足的维生素:可选用各种新鲜绿叶菜,少吃或不吃含糖较多的土豆、胡萝卜、芋头、山药等,不用粉丝、芡粉等食品。部分

食物如奶渣、兔肉、海米、干贝、淡菜及小米、荞麦面、芝麻、菜花、油菜、菠菜、甜菜头等对脂肪肝有一定疗效,可适当多吃。不宜使用葱、姜、蒜、辣椒、胡椒、芥菜、咖喱等对肝脏有刺激的调味品,食盐的摄入每日应控制在4~6 g。

食疗方:

(1)生山楂 30 g,每日煎饮代茶;或用山楂冲剂,每次1匙,每日3次冲服。

(2)饮茶,以龙井茶或乌龙茶为宜。

(3)蘑菇煮豆腐。

(4)紫菜蛋汤:紫菜 10 g,鸡蛋 1 只,按常法煮汤。

(5)浓海带汤或海带瘦肉汤。

(6)芹菜炒干丝。

(7)鲜荷叶一大张,切细丝,加水煎取药汁 200 mL,去荷叶渣后加入粳米 50 g,冰糖适量,加水如常法煮粥。

(8)大枣 1 枚,芹菜连根 20 g,煎汤代茶饮。

顾良伯

脂肪肝的营养与药膳

脂肪在肝中过量存积称为脂肪肝。正常肝脏的脂肪含量为肝重的3%~5%，当脂肪在肝脏中过量存积超过肝重的5%时或在组织学有50%以上的肝细胞脂肪变，即可诊断为脂肪肝。随着生活节奏的改变和社会应酬的增多，脂肪肝患者日渐增多。据体检和调查资料显示，成人脂肪肝发病率为5%~9%，肥胖儿童中20%~30%有不同程度的脂肪肝。因脂肪肝越来越威胁人们身体健康，故越来越受到有关学者重视。

脂肪肝造成原因很多。肥胖、糖尿病、高脂血症、酒精中毒、病毒性肝炎可以引发脂肪肝。不合理的饮食结构，过多摄入主食、甜食、高脂肪饮食也可以引发脂肪肝。还有营养不良蛋白质摄入不足时，肝内运送脂肪的载脂蛋白缺乏而导致脂肪在肝内堆积；过度饥饿人体内葡萄糖含量降低，交感神经活动性增加，脂肪动员加速，血清游离脂肪酸增多使得脂肪在肝内堆积等。

其发病机制很多与脂肪代谢有关：肝中脂肪来源太多，如高脂肪、高糖饮食（肝脂可将葡萄糖转化为脂肪）。肝脏功能受损，使肝内脂肪酸氧化减少，利用率减低，相应地引起甘油三酯合成增加。合成磷脂的原料不足，特别是胆碱或参加胆碱的蛋氨酸缺乏等。

某些趋脂因素缺乏也使得肝细胞合成的脂肪外移，其他肝外组织器官减少。

肝类病情好转后，食欲改善，摄入总热量过高活动减少导致热量储存，体重增加，肝内脂肪蓄积而致。

中医认为本病属中医学的“积聚”范畴。发病机制为津液输布

运化异常,湿热蕴结,痰湿内生,气滞血瘀,瘀久化热,痰热胶结形成痞块。治宜疏肝理气,活血化瘀,补气益血,化痰散结。合理的膳食结构是治疗脂肪肝的重要手段和治愈的关键。

脂肪肝早期无明显临床症状,随着肝内脂肪蓄积量的增加,其临床症状渐为明显,常伴食欲不振,少数有恶心呕吐,严重者体重减轻,疲乏感,食后腹部饱胀,右上腹疼痛。少数患者出现肝肿大,SGPT(谷丙转氨酶),轻度升高及浊度变化。严重者可发展成脂肪肝性硬化,肝功能不同程度的异常改变,血清总胆固醇和甘油三酯可升高,B超提示脂肪肝声像改变。

1. 辨证论治

中医根据患者的不同征象,辨证分型为肝郁气滞,气血瘀阻,痰浊内阻,正虚瘀结四型。

(1)肝郁气滞:胁肋胀痛,肝右肋下可触及质中有叩击痛,乳房胀痛,脘闷食少,舌质淡、苔白、脉数。多为轻度或中度患者,治宜疏肝理气。

(2)气血瘀阻:肝脏肿大,疼痛拒按,面赤缕血丝,舌黯,边有瘀斑、瘀点,脉细涩,多为中度患者,治宜行气、活血、祛瘀。

(3)痰浊内阻:肝肿大,胸腹闷胀,黏痰多,恶心呕吐,舌质淡,苔白,脉弦滑。多为中度患者,治宜化痰散结。

(4)正虚瘀结:肝脏肿大,疼痛明显,伴有压痛和反跳痛,肝掌,蜘蛛痣,脾脏肿大,性欲低下,极者腹水和双下肢水肿,舌质淡紫,脉细数或弦涩。多见于重度患者伴肝硬化,治宜气血双补,软坚散结。

2. 营养和食疗原则

脂肪肝除药物治疗外,必须纠正不合理的膳食结构和饮食习性的致病因素,供给合理膳食结构和选用合理的食物保护肝功能是治疗脂肪肝的最好办法。

供给合理的平衡膳食,调节三大代谢(蛋白质、脂肪、碳水化合

物), 控制总热量的摄入约供给 1 500~1 800 kcal/d, 蛋白质 80~100 g/d, 脂肪 40~50 g/d, 碳水化合物 200~300 g/d。多食含纤维素丰富的食物。

适当增加运动, 保持体能消耗平衡。同时要消除病因, 忌食过甜、过油食品及烟酒, 特别要控制主食的摄入量。

供给足够含必需氨基酸丰富的优质蛋白质, 可提供胆碱、蛋氨酸等抗脂肪肝因子, 使脂肪变为脂蛋白, 利于顺利运出肝脏, 防止脂肪浸润, 对因蛋白质缺乏而发生的脂肪肝极为重要。例如, 水产品鱼类、豆类及其制品等。采用趋脂性食物, 如蛋白奶渣、兔肉、山楂、芝麻及新鲜蔬菜和水果。食物烹调方法宜多用蒸、煮、炖、炒、熬为主。忌用动物脂肪、内脏、油炸和刺激性食品。

3. 家常食谱

(1) 药膳

• 茴香芹菜饺子

茴香菜 100 g, 芹菜 100 g, 瘦肉 30 g, 饺子皮 150 g, 油盐调料适量。前三物洗净斩末, 拌调料作馅包饺子食用。特点是舒肝理气。该食谱含蛋白质 29 g, 脂肪 30 g, 碳水化合物 76 g, 钙 203 mg, 磷 432 mg, 铁 14 mg 及维生素等。

• 醋炆海带

海带 120 g, 米醋 500 mL, 橡皮 9 g。将海带橡皮炆在米醋中 2 天后可食, 每次服 6~9 g。特点是理气散结。海带 100 g 含蛋白质 8.2 g, 脂肪 0.5 g, 碳水化合物 54.3 g, 钙 1341 mg, 磷 221 mg, 铁 122 mg 及维生素等。

• 柚子鸡

柚子 1 个, 最好是隔年越冬, 去皮留肉, 雄鸡 1 只, 约 1 000 g。鸡去毛内脏, 将柚子肉放入鸡腹腔中加清水适量炖熟饮汤吃鸡肉, 每 2 周 1 次, 连用 3 次。每日服用 200~300 g 鸡。特点是补益气血导滞开胃。鸡肉含蛋白质 100 g, 脂肪 23 g, 钙 22 g, 磷 190 mg,

铁 4.7 mg 及维生素等。

• 糖醋蒸鱼

青鱼 250 g, 米醋 25 g, 白糖、油等调料适量。鱼去鳞及内脏, 加姜丝等调料蒸熟后, 放入锅内, 加糖醋调味、淀粉勾芡即可食用。特点是补气化湿, 散瘀解毒。青鱼 100 g, 含蛋白质 20 g, 脂肪 4.3 g, 钙 31 mg, 磷 184 mg, 铁 0.9 mg 及维生素等。

• 爆炒三鲜

芹菜 250 g, 玉米笋 150 g, 香蕈 20 g, 油盐调料适量。香蕈泡洗好, 芹菜洗净切段与玉米笋入锅, 用植物油爆炒。特点是调中开胃, 降压祛脂。该食谱含蛋白质 11 g, 脂肪 1 g, 碳水化合物 13 g, 钙 430 mg, 磷 234 mg, 铁 33 mg 及维生素等。

• 茼蒿炒萝卜

白萝卜 200 g, 茼蒿 100 g。萝卜洗净切条, 茼蒿洗净切段, 起油锅放入花椒 20 粒等炸焦黑捞出, 加入白萝卜煸炒等熟时加入茼蒿稍炒, 调味食用。特点是理气宽中, 温阳化痰。该食谱含蛋白质 260 g, 脂肪 0.5 g, 碳水化合物 12.6 g, 钙 105 mg, 磷 99 mg, 铁 3 mg 及维生素等。

• 参芪首乌精

党参、黄芪、制首乌各 250 g, 白糖 500 g。将党参、黄芪、制首乌洗净, 用冷水浸透, 加水煎汁, 反复加水煎 3 次, 三次药汁混合, 去药渣, 继用武火烧开, 再用文火煎熬浓缩至黏稠, 停火, 待温拌入白糖, 把煎液吸净, 混匀、晒干、压碎, 装入瓶中待用, 每日 2 次, 每次 10 g, 沸水冲服。特点是补气养血, 补益下焦。白糖 100 g, 碳水化合物 99 g 及微量蛋白质和无机盐等。

• 黄精党参煮瘦肉

黄精 10~30 g, 党参 10~15 g, 瘦猪 100 g。猪肉洗净切片与黄精党参同煮, 加盐少许, 食肉饮汤。每日 1 剂, 连服 20 天。营养特点是健脾祛湿, 宽中益气。猪肉 100 g, 含蛋白质 16 g, 脂肪

28 g, 钙 5.5 mg, 磷 103 mg, 铁 1.25 mg 及维生素等。

(2) 药汤(羹)

• 药汁鲫鱼汤

郁金、香附、当归、白芍各 9 g, 橘叶 6 g, 丝瓜络 200 g, 活鲫鱼 100 g, 油盐调料适量。前六味药水煎取汁, 入洗净的鲫鱼做汤, 调料调味食用, 食鱼喝汤, 每日 1 剂, 连服 20 天。特点是理气解郁, 养血柔肝。鲫鱼 100 g, 含蛋白质 13 g, 脂肪 1.5 g, 钙 54 mg, 磷 203 mg, 铁 1.5 mg 及维生素等。

• 海带陈皮萝卜汤

海带 25 g, 白萝卜 250 g, 陈皮 2 片, 调料适量。海带、萝卜洗净切丝, 加入陈皮和水煮汤, 调料调味喝汤吃萝卜、海带, 每日 2 次。特点是理气解郁。该食谱含蛋白质 4 g, 碳水化合物 26 g, 钙 460 mg, 磷 140 mg, 铁 31 mg 及维生素等。

• 山楂甲鱼汤

甲鱼 1 只, 约 500 g(去头、内脏), 生山楂 30 g。甲鱼、山楂共煮至甲鱼酥烂, 去山楂, 食肉饮汤, 分数日服, 每周 2 次。特点是行气活血, 消瘀散结。甲鱼 100 g, 含蛋白质 17.3 g, 脂肪 4 g, 钙 15 mg, 磷 94 mg, 铁 2.5 mg 及维生素等。

• 紫桃萝卜汤

紫菜、桃仁各 15 g, 白萝卜 250 g, 陈皮 30 g。紫菜撕碎, 萝卜洗净切丝, 陈皮切小块, 共加水煮 30 分钟。去渣取水煎液 300 mL。将桃仁研粉冲入, 调味服用, 每日 1~2 次。特点是行气化痰软坚。萝卜 100 g, 含蛋白质 1 g, 碳水化合物 5 g, 钙 49 mg, 磷 34 mg, 铁 0.51 mg 及维生素等。

• 茼蒿蛋花汤

茼蒿 250 g, 鸡蛋 2 只, 生姜等调料适量。茼蒿洗净切段与生姜加水煮汤。待好时鸡蛋打散入汤, 煮开调味服用。特点是养心益脾, 祛痰和胃。鸡蛋 100 g, 含蛋白质 14.7 g, 脂肪 11.6 g, 碳水

化合物 1.6 g, 钙 55 mg, 磷 210 mg, 铁 2.7 mg 及维生素等。

- 鸡丝冬瓜汤

鸡脯肉 250 g, 切丝, 冬瓜片 200 g, 党参 3 g。同放沙锅加水 500 mL, 加入调料, 煮熟调味服用。特点是消肿利水, 健脾减肥。鸡肉 100 g, 含蛋白质 23 g, 脂肪 2 g, 钙 22 mg, 磷 190 mg, 铁 4.97 mg 及维生素等。

- 归参鳝鱼羹

鳝鱼 150 g, 全当归、党参各 3 g, 葱姜调料适量。鳝鱼洗去头骨, 取肉切丝入锅, 当归党参用纱布包好与鳝鱼肉加水共煮, 好后取出药包。调味服用。特点是双补气血, 补中益气。鳝鱼 100 g, 含蛋白质 18.8 g, 脂肪 0.9 g, 钙 38 mg, 磷 150 mg, 铁 1.6 mg 及维生素等。

- 芹菜黑枣汤

水芹菜 500 g, 黑枣 250 g。黑枣洗净去核, 芹菜洗净切段共煮食。每日 1 次, 连服 30 天。特点是滋补肝肾, 降压祛脂。该食谱含蛋白质 14 g, 脂肪 2 g, 碳水化合物 68 g, 钙 83.5 mg, 磷 362 mg, 铁 64 mg 及维生素等。低血压者慎用此汤。

(3) 药粥

- 梅花粥

红梅花 10 g, 粳米 100 g。粳米煮粥好时加梅花再同煮。特点是清肝解郁。粳米 100 g, 含蛋白质 7 g, 脂肪 2 g, 碳水化合物 76 g, 钙 10 mg, 磷 200 mg, 铁 1.5 mg 及维生素等。

- 佛手粥

佛手 30 g(干品), 粳米 200 g, 红糖适量。佛手水煎取汁与粳米煮粥, 加红糖食用。特点是疏肝行气和胃。粳米营养素含量同上方。

- 桃仁粥

桃仁 20 g, 粳米 100 g, 白糖适量。桃仁捣碎加水煎取汁待用,

粳米淘净加水煮粥,待好后加入桃仁汁后再煮片刻,加白糖食用。每日2次,连服15天。特点是活血化瘀,通络止痛。粳米营养素含量同上方。

- 山楂合欢粥

生山楂15g,合欢花30g(鲜品50g),粳米100g,白糖适量。山楂、合欢水煎去渣留汁,与淘净的粳米煮粥,粥好后加入白糖稍煮片刻,即可食用。每日早晚1次,温热服用。特点是解郁安神,活血化瘀。粳米营养素含量同上方。

- 玉米粉粥

粳米100g,玉米粉适量。粳米煮粥,好时掺入玉米粉成糊状,稍煮片刻,即可食用。特点是调中养胃,降脂健身。粳米营养素含量同上方。

- 薏米赤豆粥

薏米50g,赤小豆50g,泽泻10g。泽泻水煎去渣取汁与赤小豆、薏米同煮为粥食用。特点是健脾利湿,消肿减肥。该食谱含蛋白质17.5g,脂肪3.1g,碳水化合物63g,钙74mg,磷264mg,铁2.75mg及维生素等。

- 仙人粥(何首乌粥)

制何首乌30g,红枣5个,粳米100g,红糖适量。何首乌水煎去渣留汁与粳米、红枣加水煮粥,好时入红糖食用。特点是补气益精,养血安神。粳米营养素含量同上方。

- 枸杞女贞黄精粥

枸杞子30g,女贞子、黄精各20g,粳米50g。枸杞、女贞子、黄精水煎去渣留汁与粳米煮粥,温热服,每日1次,连服30天。特点是滋阴益气,降脂抗脂。粳米营养素含量同上方。

(4)药茶(饮)

- 郁金清肝茶

广郁金(醋制)10g,炙甘草5g,绿茶2g,蜂蜜25g。上药加

水煎,沸后再煮 15 分钟,取汁即可,频频饮服,每日 1 剂。特点是疏肝解郁,利湿祛痰。

- 佛手柑饮

柴胡 50 g,甘草 10 g,白茅根 50 g。上三味加水煎取汁,代茶频饮。特点是疏肝利胆,兼以解表。

- 玫瑰花茶

玫瑰花瓣 6~10 g。沸水冲泡玫瑰花代茶频饮。特点是舒肝解郁,理气止痛。

- 橘皮茶

鲜橘皮 10 g。橘皮洗净切丝,沸水泡饮代茶。特点是理气解郁。

- 山楂银菊茶

山楂、银花、菊花各 10 g。将山楂捣碎与银花、菊花水煎代茶饮。特点是化痰消积,消脂减肥。

- 降脂饮

枸杞子 10 g,首乌、草决明、山楂各 15 g,丹参 20 g。文火水煎,待汁约 1 500 mL,储于保温瓶中作茶饮。特点是活血化瘀,轻身减肥。

- 茶叶茶

干荷叶 9 g,(鲜品 30 g)。将干荷叶切碎,水煎代茶饮。特点是祛脂减肥。

- 茯苓茶

茯苓 5 g,陈皮、花茶各 2 g。茯苓、陈皮水煎去渣取汁,冲泡茶叶代茶饮。特点是健脾利湿,祛痰减肥。

4. 按中医辨证分型选用食谱

中医根据患者的不同征象辨证分型为肝郁气滞,气血瘀阻,痰浊内阻,正虚瘀结四型。

(1) 肝郁气滞选膳

药膳:茴香芹菜饺子、醋炆海带

药汤、羹:药汁鲫鱼汤、海带陈皮萝卜汤

药粥:梅花粥、佛手粥

药茶、饮:郁金清肝茶、佛手柑饮、玫瑰花茶、橘皮茶

(2) 气血瘀阻选膳

药膳:柚子鸡、糖醋蒸鱼

药汤、羹:山楂甲鱼汤、紫桃萝卜汤

药粥:桃仁粥、山楂合欢粥

药茶、饮:山楂银菊茶、降脂饮

(3) 痰浊内阻选膳

药膳:爆炒三鲜、茼蒿炒萝卜

药汤、羹:茼蒿蛋花汤、鸡丝冬瓜汤

药粥:玉米粉粥、薏米赤豆粥

药茶、饮:荷叶茶、茯苓茶

(4) 正虚瘀结选膳

药膳:参芪首乌精、黄精党参煮瘦肉

药汤、羹:归参鳝鱼羹、芹菜黑枣汤

药粥:仙人粥、何首乌粥、枸杞女贞黄精粥

安 非 香

脂肪肝的预防

中医学有“治未病”的预防思想,《素问·四气调神大论》中的“治未病”,有未病先防,既病防变两重意义。目前脂肪肝尚缺乏明确的特效疗法,更显出预防的重要性。由于脂肪肝与生活习惯直接相关,因此,要重视饮食、行为调理,加强运动锻炼。

1. 生活调理

生活起居要有规律。要戒除不良生活习惯,如《内经》所载“以酒为浆,以妄为常,醉以入房,以欲竭其精,以耗散其真,不知持满,不时御神,务快其心,逆于生乐,起居无节”的不良习惯。坚持每天一定量的运动,早起而不贪睡,勤动而不贪坐,坚持餐后散步,尤其是晚餐后散步更为重要。

适量运动,必须因季节、因人而异。春天宜早起夜卧,广步于庭院之中;夏季必须勤于劳作,加大活动量,常泄汗于外;秋天必须收敛神气,使神志安宁,内润肺燥;冬天宜早卧晚起,以避其寒,必待日升光辉而作,以就其温。对中青年人,宜定期登山、游泳、长跑、郊游等;对老年人,宜动功、交谊舞、舞剑等活动,易于接受。

在生活调理方面,下列几个时期,最容易引起脂肪积累,必须加以注意:

(1) 儿童时期

儿童时期人体的脂肪细胞处于增生过程之中,此时期摄入过多热量,脂肪细胞大量增生并肥大,其数目远远超过正常人。在儿童时期一旦形成了脂肪积聚,造成肥胖,较难以治疗。我国独生子女较多,长辈对孩子过度溺爱,大量摄入糖果、高脂食品、朱古力、果汁等高热量、高脂肪的食物,且不鼓励儿童参加体育活动,能量

消耗减少。因此,儿童时期注意体重变化,注意控制饮食与体育活动相结合,是预防脂肪肝和肥胖发生的重要措施。

(2) 女性孕产时期

中国的传统是在女性孕产期间大量“进补”,其中补品中常有高脂肪、高热量的食物,虽然女性在此时期确需要一定的能量消耗,但过多摄入热量,则是脂肪肝、肥胖病发生的最为直接的原因。且女性此时期,体内内分泌功能变化较大,一旦不注意控制,即可发生肥胖。

(3) 中年以后时期

男女中年以后,绝大部分过着安稳而美满的生活。且中年以后,人体内激素水平逐渐发生变化,若不注意饮食起居等调理,最容易发生脂肪肝。对男性来说,常见的是过量饮酒和高脂食物、夜宵。对女性来说,零食常是脂肪积聚最为关键的因素。

(4) 疾病恢复期

人们多习惯于疾病恢复期进食大量补品,以补充体力消耗,增强机体免疫能力。如果一旦进补过量,且缺乏一定量的体力活动,就会造成摄入热量过多,形成脂肪积蓄,也是脂肪肝形成的直接原因。如肝炎后脂肪肝就是典型的例子。

2. 饮食调理

饮良调理,又称饮食疗法,是中医学的特色之一。它是利用食药两用的中药品种,并配合人们日常生活习惯,寓食于治的一种治疗方法。中医学认为,肝为将军之脏,多易生火动风。故脂肪肝患者饮食应以清淡为上,忌辛辣刺激、肥甘酒酪食物。主要是控制高脂食物,提倡低脂、低糖、高蛋白、高纤维饮食。

脂肪肝的饮食疗法有多种,下面介绍几种供大家参考。

(1) 大枣 1 枚,芹菜根 20 g,煎汤代茶饮用。

(2) 鲜荷叶 1 张,切细片,加水煎汁,代茶饮用。

(3) 常喝茶,以龙井茶或乌龙茶为宜。

(4)萝卜 300 g,大米适量,煮粥调味即可。

(5)紫菜 10 g,鸡蛋 1 只,按常法煮汤。

(6)南豆腐 50 g,鲜蘑菇 100 g,红枣 2 枚,文火煮 1 小时,调味即可。

(7)生山楂 30 g,每日煎水代茶。

(8)芥菜 60 g,淡菜 30 g,煮汤调味即可。

(9)桑白皮茶:以桑根白皮切丝备用,每次用 30 g,每日煎汤代茶。

(10)玫瑰花、代代花、茉莉花、川芎、荷叶各适量,每日 1 包,开水冲服。

(11)番泻叶、泽泻、山楂、草决明各适量,水煎代茶,用于胃热脾虚者。

3. 精神调理

人的情志状况与疾病的发生和发展密切相关。突然强烈的精神刺激,或反复持续的精神刺激,可使人体气机逆乱,气血阴阳失调而发病。情志刺激可致正气内虚,外邪侵人而致病。在脂肪肝疾病过程中,情志因素占有非常重要的意义,如某些女性患者正是因为强烈的精神情志改变,或悲伤、忧郁等因素,暴饮暴食,过度地摄入高热量、高脂肪的食物,造成肥胖、脂肪肝。现代医学证明,人体的精神情志强烈地波动,会导致人体免疫功能低下和内分泌功能失调,体内激素水平的紊乱,脂肪等物质的代谢失常,大量脂肪积蓄。

精神调理,主要是指调养心神,心境平稳,坚持治疗。保持心情舒畅与积极锻炼是相辅相成的。平衡精神心理,调理生活节奏,做到无病防病,增强体魄,适应自然,减少体内热量正平衡,消除多余脂肪,这些对脂肪肝的预防与治疗都有积极意义。

董汉良

脂肪肝的证治探析

脂肪肝是肝细胞内脂肪堆积过多的一种现代医学病名。近年来由于保健意识(体检)增强,饮食结构(丰盛)改变,诊断方法(B超)提高,因此其发病率呈直线上升趋势。脂肪肝并非是独立疾病,但它是一种临床常见病、现代文明病。它严重地威胁着人们的健康和生命,故此病的防治已日益引起中西医药界的关注。

1. 病名试析

“脂肪肝”在中医文献中无此病名。根据脂肪肝的临床特征,有人将其归属于“积聚”、“痞满”、“胁痛”等病的范畴,但无具体所指。其实,根据脂肪肝的特定部位、临床特征、治疗方药的分析,董氏认为,脂肪肝似为《内经》所载的“肥气”。

《灵枢·邪气脏腑病形》篇中说:“肝脉微急为肥气,在胁下若复杯。”说明肝之积块在胁下,其状如复杯,名曰肥气。指出了病位、症状、病名。《难经》继承了《内经》的认识,并指出此病“连岁不已”。说明病程的形成和发展缠绵漫长。注释《难经》的唐·杨玄操认为:“肥气者,肥盛也。言肥气聚于右胁下,如复杯突出,如肉肥盛之状也。”描述了人体肥胖的特征。这些症状特征和其病在肝的记载与脂肪肝相一致,所以《内经》中说的“肥气”似为今指的“脂肪肝”。犹与今之“糖尿病”与古之“消渴”相似。

肥气的治疗古有肥气丸,如东垣所定的肥气丸由柴胡、黄连、厚朴、椒目、昆布、皂角、干姜、巴豆、川乌、茯苓、人参组成,该方祛脂化痰,健脾疏肝。《三因方》中的肥气丸由当归、莪术、三棱、青皮、铁粉、蛇含石组成,该方重在活血散结、疏肝理气。还有三因鳖甲丸专治肥气,由鳖甲、大黄、三棱、木香、桃仁组成,此方降脂活

血,化痰软坚,药简效专,故列为肥气之专方。

以上诸方从不同角度治疗肥气,至今移用于治疗脂肪肝十分合拍。因为从脂肪肝的辨证分析,其基本病机为,痰瘀互结。瘀血内结,肝郁脾虚。治当化痰化瘀,疏肝健脾。从以上古方治疗肥气的药物分析,诸如化痰化瘀有昆布、皂角、巴豆、椒目、茯苓、三棱、莪术、桃仁、大黄、鳖甲等,疏肝健脾有柴胡、青皮、木香、人参、茯苓、干姜、黄连、厚朴等。因此从治方分析,现代医学所称的脂肪肝与古代记载的肥气基本一致,因此脂肪肝的中医病名宜以“肥气”较为妥贴。

2. 病机分析

脂肪肝病位在肝,病变为肝之积,古称肥气。肝主藏血和疏泄,起着贮藏血液和调节血量的作用。肝被脂肪浸润,肝中脂肪堆积,中医称为肝中痰浊。朱曾柏在《中医痰病学》中说:“血脂犹如营血津液……过量血脂实有类痰浊也。”肝中痰浊阻凝,失其疏泄、调畅之功,使其藏血和调节血量之功能受阻,导致血流瘀滞,而为瘀血,瘀血与痰浊胶结,而为痰瘀互结之变,这是肝内病理变化。

肝体阴用阳,藏泄并主,刚柔相兼,与脾胃关系甚密。李时珍说:“风木太过,来制脾土,气不运化,积滞生痰。”若风木不及,木郁土虚,脾土失其健运,水湿酿而为痰,因此,张景岳说:“夫人之多痰,悉由中虚而然。”“在脾者,以饮食不化,土不制水也。不观之强壮之人,任其多饮多食,则随食随化,未见其为痰也。惟其不能食者,反能生痰,此以脾虚不能化食,而食即为痰也。”所以痰浊之生,多因过食厚味,或醇酒癖饮,戕伤脾胃,脾虚失运,遂生痰浊,形成恶性循环。脂肪肝发病率的上升与肥胖、营养过剩、酗酒有着直接关系,这都与脾虚肝郁有着密切联系。这是肝脾之间病理变化。

3. 证治经验

脂肪肝临床上分有症状与无症状两大类型。无症状的脂肪肝主要靠实验室检查,尤其是通过B超检查以明确其轻重程度,其

他如血脂、肝功能测定,亦可用 CT 及肝穿刺检查。有症状的脂肪肝可根据临床症状进行辨证施治。然而两者之间并无绝然区别,无症状的脂肪肝一般为较轻度的脂肪变性,但通过四诊,尤其脉、舌亦可找出一定症状;有症状的一般为中、重度的脂肪肝,除按症辨证外,必定亦需实验室检查,以明确诊断。所以目前对有、无症状的脂肪肝在实验室检查 B 超首选的前提下,进行辨证施治,常见证型辨治如下。

(1)胃强脾弱型

饮食不节,嗜好鲜品,频繁应酬,喜食甘肥,不进肥油之品,胃里嘈杂难受,酗酒无度,喜饮乙醇含量高的白酒,有甚者餐餐需酒,否则酒瘾难忍,大腹绵绵,犹如妇人十月怀胎,按之软绵,以脘腹为甚,四肢不见粗壮,面色油亮,轻度浮肿,大便次频,起床即欲上厕,大便完谷不化,懈惰乏力,精神不振,时有昏睡之感,尤其餐后更觉疲乏,动则气喘,胸闷心悸,舌淡质胖嫩,边有齿印,脉濡缓。在辨证上属胃强脾弱之证,经 B 超检查常为轻、中度脂肪肝。血脂检查常接近最高限值,肝功能常无变化,多见于男性青壮年,以从事脑力劳动的机关干部、经理、老板、营销员及诸多的单位领导为多。

【治疗】清胃浊,健脾气,化痰瘀,疏肝郁。常用自拟的胃强脾弱汤(黄连 3 g,葛根 30 g,藿香 10 g,青蒿 10 g,诃子炭 10 g,蒲公英 15 g,八月札 10 g,炙甘草 5 g)合自拟的护肝降脂汤(茵陈 30 g,虎杖 15 g,绞股蓝 30 g,泽泻 10 g,杞子 20 g,丹参 30 g,鳖甲 10 g,三棱 10 g,莪术 10 g,陈皮 5 g,炙甘草 5 g,柴胡 10 g,青皮 10 g)加减:黄连 5 g,葛根 30 g,藿香 10 g,诃子炭 10 g,茵陈 30 g,虎杖 15 g,绞股蓝,泽泻 10 g,丹参 10 g,陈皮 5 g,炙甘草 5 g。并嘱其节饮食,多运动,少饮酒。

(2)肝郁脾虚型

胸宇不畅,胁肋胀满,性格内向,少言孤语,时时嗳气,有时自言自语,常欲开窗敞门,时有捶胸打背之举,有时喜抽烟解闷,烟中

喜放香料(薄荷油),气短乏力,四肢倦怠,食少便溏,有时腹痛欲便,便时不畅,食后脘腹胀满,面目浮肿,腹部脂肪堆积,按之柔软,舌质淡,面无华,脉弦细而沉。在辨证上属肝郁脾虚之证。经B超检查常为中度脂肪肝,血脂常偏高,肝功能常见转氨酶偏高。多见于中、老年患者或常伴有肝病(肝病)者。

【治疗】疏肝郁,健脾胃,化痰瘀,软坚积。常用自拟护肝降脂汤(见前)。本方根据脂肪肝的基本病机,结合现代中药药理研究及本人治疗经验组方。方中茵陈、柴胡、青皮疏肝利胆,虎杖、绞股蓝、泽泻降脂化痰,三棱、莪术、丹参活血养血,陈皮、炙甘草健脾益气。绞股蓝为人参样五加科植物既降脂又益气;枸杞子既降脂又养肝;鳖甲既养肝阴又软坚化积,与三棱、莪术起到化痰散结的作用。所以本方凡脂肪肝者皆可试用。

(3)肝脾血瘀型

有长期饮酒史或肝病史、糖尿病史,肝脾肿大,肝区压痛,面色黑滞,颈或面颊有红丝赤缕,脘腹胀满,大便不畅,矢气频频,乏力肢酸,纳食不化,喜食酸味之物,尿黄浊不清,时有牙龈及鼻出血,尤其劳累时多见。腰背酸胀,尤以近肝区为甚,素体肥胖(有的有家族史),肢体沉重,有时下肢浮肿,尤以下午为甚,晨起渐退,按之有指印。舌淡瘀有紫斑,脉沉弦。在辨证上属肝脾血瘀之证。经B超检查为重症脂肪肝伴肝纤维化(肝硬化)。肝功能出现蛋白倒置或平衡、转氨酶偏高等多项肝功能损害。多见于酒精中毒性肝病、乙肝、糖尿病、高血脂症的中、晚期患者。

【治疗】化痰瘀,软坚积,健脾胃,养肝肾。常用自拟护肝降脂汤加减:茵陈 30 g,虎杖 15 g,绞股蓝 30 g,泽泻 10 g,枸杞子 20 g,丹参 30 g,鳖甲 10 g,三棱 10 g,莪术 10 g,地鳖虫 10 g,萸肉 10 g,墓头回 30 g,槐米 30 g,怀山药 30 g,大腹皮 10 g。若兼糖尿病加黄连 10 g;伴有酒精中毒性肝病加砂仁 5 g,葛花 20 g,枸杞子 20 g;伴有出血加三七粉 3 g(吞服),仙鹤草 30 g,白及 10 g;水肿

明显加玉米须 30 g, 益母草 30 g, 马鞭草 30 g。伴肝硬化腹水宜处二方, 为逐水剂: 冬葵子 10 g, 郁李仁 10 g, 玄明粉 5 g(冲), 大腹皮子 10 g, 番泻叶 30 g(后下), 陈葫芦壳 30 g。二方交替使用。

徐列明等

脂肪肝的中药治疗

脂肪肝是近代才被重视的疾病,在古代中医文献中没有记载。根据其病因(多为饮食不节,久坐少动,精神压力,过度肥胖)、病位(肝脏)和临床表现,不少学者试图从中医文献中寻找病机。如据《素问·阴阳应象大论》“清气在下,则生飧泄,浊气在上,则生腹胀”、《济生拔粹》“风寒暑湿得以外袭,喜怒忧思得以内伤,食啖生冷,过饮寒浆,扰动冲和,如是阴气当升不升,阳气当降不降,中焦痞塞,必成胀满”等记载,认为与“浊阴之气”有关;从《张氏医通》“嗜酒之人,病腹胀如斗,此得湿热伤脾”、《临证指南医案》“而但湿从内生者,必其人膏粱酒醴过度”等阐述,认识到与湿热有关;从《古今医鉴》“胁痛者……若因暴怒伤触,悲哀气结,饮食过度,冷热失调……或痰积流注于血,与血相搏,皆能为痛”的论述,揭示与痰血瘀结有关。有学者从临床分析认为该病系因“过食肥甘厚腻,恣意饮酒,导致湿热蕴结肝经,瘀血阻滞”;也有学者认为“湿热久羁,熬炼成痰,痰浊阻络痰瘀胶着”为主要病机;亦有学者认为该病病位在肝,总属“气血湿实瘀滞”。较为一致的看法是前述脂肪肝的病因可通过肝气郁结导致瘀血阻滞肝络脾气虚弱,生湿成痰,或湿郁化热,痰湿或湿热客于肝络;肝脏久病及肾,肝肾两虚,形成脂肪肝。但我们在临床上发现,本病大多数患者的病机主要还是本虚标实。本虚多表现为脾气虚弱、肝肾亏损;标实表现为痰湿内蕴、气滞血瘀。涉及肝、脾、肾三脏这种特点,有利于我们以中西医结合的观点,“辨证”和“辨病”相结合,采用专方或基本方加减治疗。这种思路也是国内相当一部分研究者的共识,已成为目前国内中

药防治脂肪肝研究的主流。

中药复方治疗脂肪肝的临床观察本研究所运用健脾活血方(由丹参、炒白术、泽泻、郁金等组成)治疗脂肪肝 52 例,并设东宝肝泰对照组 24 例。结果健脾活血方能显著改善患者的脂肪肝 B 超影像,治疗后的 B 超积分较治疗前有显著差异。治疗组治疗后 B 超图像复常者有 7 例,未复常但积分下降 3 分或 3 分以上者有 31 例、积分下降小于 3 分但大于或等于 1 分者有 7 例,积分无变化或有升高者 7 例,有效率为 86.53%;对照组治疗后 B 超图像复常者 2 例,未复常但积分下降 3 分或 3 分以上者有 10 例,积分下降小于 3 分但大于或等于 1 分者有 2 例,积分无变化或有升高者 10 例,有效率为 58.33%。两组相比有显著差异。健脾活血方还能减轻和缓解患者的症状,改善和恢复肝功能,降低腰臀围比值和血中甘油三酯、胆固醇的含量,其总有效率为 73.08%,显著优于对照组的 50%。

国内其他学者创立的中药复方治疗脂肪肝也取得了较好的临床疗效。

谭行华等以健脾行气、化痰祛湿、活血化瘀为法,以抗脂益肝汤(田七、草决明、姜黄、何首乌、泽泻、荷叶、香橼皮)治疗脂肪肝 31 例,经 6 个月治疗,患者甘油三酯、胆固醇明显下降,肝功能恢复,临床症状改善。祝俊峰等采用消脂汤(桑寄生、何首乌、巴戟天各 12 g,象贝、白芥子、赤芍各 15 g,枳壳、郁金、泽泻、草决明、丹参各 20 g)治疗脂肪肝 68 例。脾虚证加苍术、白术,食积加焦三仙,湿热明显加栀子,ALT 活性升高加垂盆草。结果治愈 23 例,显效 16 例,有效 17 例,无效 2 例,总有效率 97%。血脂、ALT 治疗前后比较均有显著差异。

吴国潘用疏肝健脾法治疗脂肪肝 38 例。基本方为姜半夏、党参、生麦芽各 10 g,白芍、香附、茵陈各 25 g,丹参、决明子各 20 g,泽泻、生山楂各 30 g,并随症加减。脾胃积热,痰浊偏盛者选加黄

莲、黄芩、藿香、佩兰、苍术、瓜蒌；肝郁气滞，血脉瘀阻，瘀滞症状偏重者选加川芎、三棱、木香、枳壳、厚朴，酌减或不用姜半夏、泽泻。治疗结果显效 25 例，有效 11 例，无效 2 例，总有效率 94.6%。血脂 3 项指标在治疗前后及治疗后组间比较均有显著差异。

李洁等用降脂汤结合针刺治疗脂肪肝 32 例。基本方为丹参、莱菔子、生山楂各 30 g，首乌、草决明各 20 g，泽泻、郁金、半夏、木瓜各 10 g，陈皮 6 g。肝郁气滞者加柴胡、川楝子、延胡索、白芍各 10 g；痰湿困脾者加苍术、茯苓、竹茹各 10 g；瘀血内阻者加泽兰叶、赤芍各 10 g，桃仁、红花各 6 g；肝肾两虚者加生地、桑寄生、杜仲各 15g，山药 30g。治愈 5 例，显效 15 例，有效 7 例，无效 5 例，总有效率 84.38%。高于力平脂、维福康对照组的 63.33%，且治疗前后血中甘油三酯、胆固醇、肝功能变化显著。

我们在中药复方治疗脂肪肝的实验中进一步验证了健脾活血方治疗脂肪肝的疗效以及探讨了其作用机制。结果显示，健脾活血方能明显减轻 CCL₄ 诱导的大鼠肝细胞脂肪变性程度和炎性细胞的浸润，降低模型大鼠血清 ALT 和 AST 的活性，减少肝脏甘油三酯的含量和使肝脏的 SOD 活性恢复到正常水平，总体疗效优于对照药东宝肝泰。研究表明，该药抗肝脂肪变性的重要作用机制可能在于药物调节肝内三羧酸循环，促进脂肪酸的 β 氧化和肝内甘油三酯的转运。国内采用实验研究的方法观察中药治疗脂肪肝的疗效和研究作用机制的报道还不多。刘英宏等观察到肝脂消胶囊(由醋柴胡、人参、炒白术、茯苓、猪胆汁、泽泻、决明子、丹参、姜黄等组成)能保护大鼠的肝组织及细胞超微结构，具有明显的降血脂、血清酶的作用，且有明显的量效关系。

杨冬娣等采用复合致病因素造成大鼠脂肪肝模型，观察虎金丸抗脂肪肝的超微结构变化。结果模型组大鼠肝脏脂变严重，细胞内有大量空泡形成，胞浆脂滴大量出现且积聚严重等。而虎金丸治疗组对上述超微结构有显著改变，脂变程度明显减轻，肝细胞

超微结构基本恢复正常,从而为临床治疗和研究提供了形态学的依据。中成药当飞利肝宁胶囊可降低高脂血症脂肪肝大鼠血清丙氨酸氨基转移酶、甘油三酯及总胆固醇水平,减轻肝细胞脂肪性变及肝脏炎症反应。

有关抗脂肪肝中药的现代药理研究证实,许多单味药具有良好的抗脂肪肝之功效。

丹参具有改善微循环,增加肝血流量作用,其煎剂对实验性动脉硬化的鼠及家兔有降脂,尤其降低甘油三酯的作用。机制可能是促进脂肪在肝中的氧化作用,从而降低肝中脂肪含量。此外,丹参及其有效成分还具有清除自由基和抗脂质过氧化作用。

泽泻可抑制外源性甘油三酯、胆固醇的吸收,影响内源性胆固醇代谢及抑制甘油三酯肝内合成,从而改善肝脏的脂肪代谢。

大黄醇提取物有明显降低大鼠血清胆固醇的作用,而大黄多糖可使蛋黄及高脂饲料诱导的高脂血症小鼠血清和肝脏总胆固醇及甘油三酯明显降低。

黄芩所含黄芩素和黄芩甙可降低实验性高脂大鼠血清游离脂肪酸(FFA)和甘油三酯(TG)及肝脏 TG 含量。汉黄芩素可升高大鼠血清 HDL-C 的含量,降低肝内 TG 水平。而黄芩新素能降低血清 TG 和肝内 TG 的含量。

何首乌对家兔、鸽子、大鼠、鹌鹑等多种高脂动物模型都有明显降脂作用。制首乌醇提取物可提高鹌鹑血浆中高密度脂蛋白/总胆固醇比值,降低血浆总胆固醇、甘油三酯、游离胆固醇和胆固醇酯的含量,抑制 β 脂蛋白。体外实验表明,何首乌能与胆固醇结合,减少兔肠道胆固醇的吸收,其所含蒽醌类化合物还能促进肠蠕动,抑制胆固醇在肠道的再吸收,并促进胆固醇代谢。而且何首乌富含磷脂,能阻滞胆固醇在肝内沉积。

枸杞子能降低肝内脂质,其作用是多方面的。其中与加速肝内脂质转运,抑制肝内脂质合成,从而改善肝内脂质代谢有关,且

对肝肾功能、血细胞无毒性。长期喂饲枸杞子水提物或所含的田菜碱,可减轻肝细胞脂质沉积。

此外,黄芪、人参、大蒜、姜黄、柴胡、生山楂、草决明、赤芍等中药也有降血脂、调整肝脏脂质代谢的作用。

林 青 等

脂肪肝的中医辨病论治

脂肪肝是各种病因使肝脏脂质代谢紊乱,甘油三酯(TG)的合成速度大于将其泌入血液的速度,脂质大量堆积于肝脏而致的一种病理改变,脂肪肝即是各种病因导致的结果,同时也作为病因使脂肪肝向脂肪性肝炎、脂肪性肝硬化发展,脂肪肝还是一个独立的高血压的危险因素。为此早期治疗对于防止继发症的出现有着极为重要的意义。然而轻、中度脂肪肝常无明显的临床症状及体征,实验室检查也多正常,大多数患者是在体检及相关疾病的检查时被发现,这就造成无症可辨、施治困难的局面,根据云南省荣誉名中医,著名中西医结合肝病专家苏涟教授多年治疗脂肪肝的经验,结合近年关于脂肪肝研究的进展,我们认为脂肪肝的中医治疗宜以辨病为主,从痰而治。

脂肪肝辨病论治的依据病是反应疾病全过程的总体属性、特征或演变规律的诊断概念,是根据病因、病位、主症及特征等某一方面或几个方面综合命名的。脂肪肝可作为一个病名,表示各种原因造成脂质代谢紊乱,使从肝脏输出的脂质相对或绝对不足,致使脂质大量堆积于肝脏而成。轻、中度脂肪肝多无明显的临床症状或难与相关疾病症状区别,随着病情的发展部分患者可出现胁痛、食欲不振、乏力、肝肿大等症状及体征,所以中医辨症常将其归于“胁痛”、“肝郁”、“癥瘕”等范畴。由于其病因的多样性,临床表现各异,造成辨症分型无规律可循,施治也各不相同。尽管脂肪肝的病因不同,然而其在病理改变及演变过程中却有许多相似之处。通过辨病,根据在发展过程中各阶段的特点,结合中医药理论,方

能准确把握疾病,有效地治疗。临床研究表明脂肪肝患者不仅存在肝血流动力学的改变,同时还存在血液流变学的变化。实验表明在肝纤维化形成中有重要作用的肝星状细胞(HSC)在早期脂肪肝阶段,肝组织炎症坏死不明显或缺乏时,HSC即已被激活,约有50%的脂肪肝有程度不一的中央静脉纤维化。说明在早期脂肪肝虽无明显的临床症状及体征时,就已存在着潜在的血瘀症。脂肪肝是多种因素造成脂质代谢紊乱而成。控制原发疾病是治疗的关键,与脂肪肝发病密切相关的肥胖、高脂血症、Ⅱ型糖尿病、病毒性肝炎等均存在明显的血液流变学变化及动力学异常,如高脂血症可以引起血液流变学异常,后者又可作为高脂血症中的一个中间环节或促进因子,加重或促进高脂血症所致的病理改变,Ⅱ型糖尿病的胰岛素抵抗与瘀的关系密不可分,胰岛素抵抗存在血瘀,活血化瘀中药能改善胰岛素抵抗;病毒性肝炎常规治疗,血液流变学和肝脏供血的改善较慢,加活血化瘀药,可望取得较好的疗效。活血化瘀名方四物汤的研究表明,四物汤不仅能减少肠道对胆固醇等质类物质的吸收,而且还可加速脂质在体内的生物转化。以上说明脂肪肝从瘀而治不仅能改善脂质代谢,同时还能针对原发疾病的治疗。从传统的中医理论来看,重度脂肪肝所出现的胁痛、肝肿大等亦属瘀的范畴,辨病为主,从瘀而治不仅有现代研究依据,同时还有中医理论的依据。

脂肪肝辨病诊断的依据正常情况下肝脂占肝重的4%~7%,当脂肪含量超过肝重的10%即为脂肪肝。当肝组织脂肪达10%时,超声图像便可出现异常,达30%~50%时便可准确诊断,并可根据脂肪肝的超声特征判断病变程度。CT的准确性优于B超,肝活检是诊断及判定脂肪肝最准确的方法,但由于费用、放射性、创伤性等原因,安全、简捷、方便、经济、可连续动态观察的B超是诊断最常用的方法,也是最直观的方法。由于B超是根据肝内脂肪与正常组织有不同的声强的原理,但高度脂变脂肪肝,当含脂滴

肝细胞达 80% 以上时,由于脂/非脂界面的消失可不出现声衰,出现假阴性,同时肥胖体型,腹部脂肪厚而致声衰出现假阳性。这就要求必须严格制定影像学判定指标,建立标准化操作规程,才能做到正确诊断。流行病学调查结果表明,肥胖、高血脂症、嗜酒、Ⅱ型糖尿病、病毒性肝炎等均为脂肪肝的危险因子,通过减肥,降低血脂及原发疾病的控制,脂肪肝能得到很大程度的减轻。但是以上疾病相互影响,而且肥胖、高脂血症、高血糖等也并非脂肪肝的特异性指标。如临床近半数脂肪肝患者的血脂水平在正常值内,脂肪肝在血糖升高的Ⅰ型糖尿病中的发生率也仅为 4.5%,并且肝内中等量的脂肪时并不引起炎症及细胞坏死,只有在大量脂肪时可伴有轻度局灶性炎症及单纯坏死,出现肝功能异常的指标。所以肥胖、高血脂、高血糖、肝功能在脂肪肝的诊断过程中均无特异性,脂肪肝的诊察诊断需要根据病史、临床表现,用影像学检查的方法诊断并判断其程度,但确诊脂肪肝及病程还需靠肝活检。

从中医的整体观念出发,认为肝郁脾虚,虚瘀交结是脂肪肝的主要病理特点,治以健脾软肝、活血化瘀,并从多年临床用药经验中,反复筛选组成以白术、白芍、三七、莪术、赤芍等为主的去脂软肝散治疗脂肪肝取得明显的临床疗效,在改善肝脂的同时,对血脂、肝功能均有明显的作用。目前西药治疗脂肪肝尚无特效药,有些药在服用过程中还会造成不同程度的肝损伤,加重疾病的进程。中药治疗脂肪肝表现出综合治疗的优势,但由于用药疗程相对较长,患者服汤剂多不方便的特点,为挖掘名医验方,开发有效、服用方便的中药制剂,我们经过严格的工艺研究,将去脂软肝散制成去脂软肝丸,并进行了该制剂的主要药效学研究。

一般来说正常动物对药物的敏感性很低,所以得出阳性结果是很可靠的,去脂软肝丸能够降低正常小鼠的血脂表明其降脂作用是肯定的。蛋黄乳液能引起血液胆固醇升高与外源性胆固醇迅速吸收而加重肝中胆固醇合成有关,实验表明去脂软肝丸具有抑

制外源性胆固醇的吸收及内源性胆固醇合成的作用。乙硫铵酸通过使肝脏载脂蛋白的合成障碍,导致 TG 蓄积于肝脏,去脂软肝丸表现出对输出障碍的脂质代谢紊乱有较好的疗效。高脂饲料使血液游离脂肪酸增加,造成肝内脂肪摄入过多而成为脂肪肝,去脂软肝丸不仅对高脂饲料所致的高血脂、肝脂有降低作用,同时还能明显降低停饲高脂饲料后大鼠的肝脂、血脂水平,表明其不仅能抑制脂质的吸收,还能促进脂质的降解,在四氯化碳所致的肝损伤模型中还表现出具有保肝作用。脂肪肝的发病机制虽还不十分清楚,但认为与多种因素有关。其症状的非典型性给中医辨证带来一定困难。基于脂质代谢紊乱是其主要病机,脂质堆积于肝脏又是疾病发展的一个重要因素,结合近年来脂肪肝研究的成果以及苏涟教授的用药特点,我们认为脂肪肝的中医治疗应以辨病为主,从瘀而治,并取得了临床及药理研究的支持。

胡美兰

脂肪肝的中医病因病机

脂肪肝是现代医学的病名,中医文献中无明确记载,其内容散见于“胁痛”、“腹胀”等病之中,其病位在肝,属于全身性疾病。近年来,由于生活水平提高、饮食结构变化、运动量减少,脂肪肝的发病率正在逐步上升,现已成为中老年的常见病、多发病。明确本病的病因病机对治疗和预防有积极意义,现就脂肪肝的中医病因病机作如下探讨。

脂肪肝的病因劳逸失度、情志失调、饮食失节以及他病迁延均可引起脾肾不足、瘀血和痰浊内停,最终导致本病发生。

1. 劳逸失度

由于不良的生活方式,运动不足,使气血运行不畅,日久引起脾胃功能减弱,正气日虚。王孟英说:“过逸则脾滞,脾气因滞而少健运,则饮停聚湿也。”说明过度安逸则脾失健运,津停痰成,壅滞气血,阻于肝脉则肝气不舒、肝血瘀滞。陆九芷认为本病“须用行气健脾,导滞理气之法”。或者因生活工作节奏过快、劳神过度,使人体脏腑功能受损,久则及肾,耗损肾中精气,未老先衰,加速肾虚改变,肾虚及脾,终成痰浊瘀血。现代研究认为,多坐少动的生活方式与本病的发生有关。

2. 饮食失节

肥甘厚味食之太过,必伤脾胃,肥能生热,甘能壅中,肥性黏腻阻滞,甘性偏缓,过食肥甘则阻碍胃肠功能,脾胃气机失常,升降失司,中焦阻滞,水停湿聚,湿久化热,湿久痰生。厚味肥甘入胃肠,中阳不运,脂质浸淫脉道,血脉不利,气机失畅,气滞血瘀,肝主藏血,受之尤重。同样,过度饮酒,酒热之气可损伤脾胃,酿成湿热而

蕴结体内,影响肝脏疏泄。现代医学研究表明,肝脏是脂肪代谢的重要器官,在脂类的消化、吸收、分解、合成及运输等过程中起着重要作用。当肝中合成甘油三酯的速度超过合成极低密度脂蛋白并泌入血液的速度时,便出现肝中甘油三酯堆积,形成脂肪肝。饮用乙醇过量能使肝内脂肪酸合成增加,诱发脂肪肝。情志失调与情志过激均可影响肝脏功能。《素问·阴阳应象大论》云“暴怒伤阳,暴喜伤阴,厥气上行,满脉去形”,肝气郁结,气滞血瘀,肝郁乘脾,脾运失健,痰浊内生,终成痰浊瘀血,流注于肝则成脂肪肝。

3. 他病失治转变

肝病迁延不愈,日久可引起肝阴亏虚,肝失濡养,痰浊瘀血更易停滞于肝。中老年体质下降,脾肾之气日虚,痰浊瘀积体内,常可引起脂肪肝,若合并消渴等症则更易致使本病的发生。现代研究认为,脂肪肝可以是一个独立的疾病,更多的是某一全身性疾病在肝脏的表现。在临床上又将脂肪肝分为原发性和继发性,前者主要与肥胖有关,后者则与许多危险因子如糖尿病、高脂血症、空肠-回肠短路手术、静脉高能营养、体重骤减、营养失调、肥胖症等有关。

脂肪肝病机现代医学认为,脂肪肝并非独立的疾病,可由多种病因引起,其发病机制为:脂肪动员增加;肝对脂肪酸的利用或氧化减少;脂肪酸合成增加;脂肪酸的分泌和排泄障碍;脂肪酸酯化为甘油三酯增多。

中医病机可以从脾虚肝郁、肾虚血瘀以及他病迁延几方面探讨。

1. 脾失健运,痰浊内生

各种原因使脾失健运,不能运化津液,水湿停聚成痰,痰湿互结,流注血脉使体内血脂升高,肝主藏血,脂质积聚于肝,则成脂肪肝。痰饮的输布虽与肺、脾、肾和三焦均有关,但脾失健运是主因,因为脾为生痰之源,《证治准绳》曰:“脾虚不分清浊,停留津液而痰

生。”

脾失健运有内外二因：

(1)脾气虚弱：脾气虚弱，水谷精微不布，聚而成痰浊，流注血脉，以致痰瘀互结。

(2)湿邪困脾：恣食生冷，伤及脾阳，外感寒湿，内舍脾胃，脾不能正常运化水湿，停聚而成痰浊，脂肪肝与痰浊密不可分。痰浊阻滞，肝失疏泄，而成胁痛、胁胀、脘闷、纳差诸证。

2. 肝气郁结，气滞成瘀

情志抑郁，肝主疏泄，肝气郁结，气滞湿阻，气滞血运失畅。气机运行失常，脏腑功能均受害，出现精血津液功能的改变，又使气机不利，痰浊内停，血行失畅而瘀成，痰瘀互结。同时肝气郁滞，横逆犯脾，肝脾不和，致气血失和，痰浊丛生，久则痰瘀互阻，阻滞血脉，使之痹阻于肝脉。

3. 肾气亏虚，清浊不分

《素问·天真论》云：“肾主水，受脏腑之精而藏之。”《素问·六节脏象论》云：“气和而生，津液相成，神自主。”说明肾主体内五液，有维持体内水液平衡的功能。肾气亏虚，气化失司，肾气虚不能温煦脾阳，则津液内停，清阳不升，浊阴不降，清从浊化，津液内停化为痰浊。正如张景岳所言：“痰之化无不在脾，痰之本无不在肾。”若肾阳不足，藏精与主气化功能失调，不能蒸化津液为水气，液积脂凝血脉而肥胖，聚于肝脏则成脂肪肝，脂肪肝患者中肥胖者比例高于正常人，肥胖为阳虚气化失运的表现。若房室不节，暗耗肾精，或久病伤阴途穷归肾，或热入下焦，劫耗肾精，皆可成肾阴亏虚。肝肾同源，肾阴受伐，不能涵养肝阴，肝之阴血愈亏，阴虚火旺灼津成痰成瘀，或阴损及阳，气化失司，脾失健运，浊瘀停聚于肝。

4. 肝阴不足，津伤血瘀

肝脏疾患迁延不愈，日久伤及肝阴，津液不足，脉管不充，血运失畅而成瘀。气郁日久化火可劫阴伤血，如《杂病源流犀浊·肝病

源流》云：“气郁，由大怒气逆，或谋虑不决，皆令肝火动甚。”肝阴不足，加之其他因素，痰瘀更易积聚于肝而成脂肪肝。

5. 他脏病变，迁延及肝

人体为一整体，脏腑之间相互影响，相互传变，如《景岳全书·胁痛》云：“胁痛之病，本属肝胆二经，然而心肺脾胃与膀胱亦皆有胁痛之病，但以邪在诸经气逆不解，必次相传。”说明他脏疾病日久，尤其消渴、胸痹等病，易引起体内血脂失于正常运化，积于血中则为痰为瘀，形成高脂血症，痹阻于肝，则为脂肪肝。

顾本宇等

脂肪肝的中医药治疗

脂肪肝临床非常常见,欧美 1/3 原发健康的意外死亡人员尸检发现脂肪肝,5% 肝穿刺患者发现有脂肪肝。我国以往报道不多,但近年有增多趋势。对本病的治疗,中医药一直起主导作用。

【临床研究报告】

1. 临床资料

弥漫性脂肪肝患者 50 例,其中男 38 例,女 12 例;年龄 38~62 岁,平均 50.8 岁。有长期饮酒史者 35 例,平均每日饮酒 100~250 mL,29 例有长期嗜食肥甘厚味史。病程最短者半年,最长者 10 年,平均 4.5 年。全部病例均有肝区隐痛或钝痛、乏力、腹胀等症状,上述病例经空腹抽查血脂及肝功能,均有不同程度异常,均排除了 HBV、HCV、HEV 等血清标志物阳性的病例。

2. 诊断方法

B 超应符合肝脏前场回声增强增多,光点细而密呈“亮肝”;后场回声衰减。CT 显示肝密度减低,肝/脾 CT 值比 <0.85 。

3. 分级标准

轻度:肝大小正常,角度锐利,实质回声粗大致密、增强,后方回声无明显衰减,血管显示正常,脾大小正常。

中度:肝稍大,角度变钝,实质回声粗大密集增强,后方回声轻度衰减,血管变细,脾厚 3.8~4.1 cm。

重度:肝大,角度圆钝,实质回声明显衰减,血管受挤压显示不清,脾厚 >4.5 cm。本观察组选择患者时排除了轻度脂肪肝患者,50 例患者中符合中度者 33 例,重度者 17 例。

4. 治疗方法

所有病例均服用软肝降脂汤(自拟):柴胡 12 g,白芍 12 g,草决明 30 g,丹参 15 g,枳实 9 g,姜黄 9 g,鸡内金 15 g,山楂 15 g。加减法:腹胀者加川朴 12 g;胁痛者加元胡 30 g;便溏者加炒山药 15 g。上药水煎服,每日 1 剂,分 2 次服。1 个月为 1 个疗程。同时嘱患者禁酒及高脂肪饮食。

5. 评定标准

治愈:临床症状消失,实验室检查恢复正常,B超及CT检查提示肝脏脂肪样变基本消失。

好转:临床症状明显好转,实验室检查基本正常,B超及CT检查提示肝脏脂肪样变明显改善,B超分级可减少 1~2 级。

无效:临床症状及实验室检查无明显改变或恶化者。

6. 治疗结果

治愈 18 例(36%),好转 27 例(54%),无效 5 例(10%),总有效率 90%。实验室检查治疗前后相比差异有显著意义($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$)。

脂肪肝的形成,主要由于营养过剩或不良、饮酒过度等因素造成,而饮酒过度在近些年来则成为最常见的因素,本组 50 例患者中 35 例有长期饮酒史。上述因素可致使脂质代谢异常,从而使肝脏贮脂细胞内脂肪沉积过多,进而引起肝脏细胞破坏和形成纤维化,使肝功能出现异常和脂质代谢的进一步紊乱。西医治疗一般采用控制饮食、戒酒及应用降酶、降脂等疗法,疗效多不肯定。脂肪肝在中医中属“胁痛”、“脘痞”范畴,主要由于嗜酒及嗜食肥甘厚味,脾被湿困,痰湿内生,阻滞气机,痰阻血瘀,结于胁下而为痞块。故治疗当以理气行瘀化痰为主。

顾氏根据中医临床实践结合现代中药药理学的研究成果,拟成软肝降脂汤,方中柴胡、枳实理气化痰,白芍柔肝止痛,丹参、内金、山楂活血软肝。现代研究证实,柴胡、山楂、草决明具有降血

脂、抗脂肪肝的作用；丹参、内金有抗纤维化的作用。诸药配伍，治疗脂肪肝可发挥降酶、降血脂、抗纤维化的作用。通过本组的临床观察表明，本方能明显改善患者的症状、体征及有关的实验室检查指标，其具体作用机制，尚需进一步的研究。

尹常健

脂肪肝临床研究的几个主要环节

脂肪肝是一种多病因引起的、病变主体在肝小叶、以肝细胞内中性脂肪异常沉积为主的临床综合征。近年来发生率有日渐升高之势。欧美学者统计,脂肪肝发病率占社会人口的10%。我国成人脂肪肝约占5%~9%,另有报道约有20%~30%的肥胖儿童患有不同程度的脂肪肝,已经引起医学界和国人的广泛关注。近年来,脂肪肝已成为肝病临床研究的热门课题,各地在辨证治疗、法定方及疗效机制研究等方面进行了深入探索,发现了一些苗头和规律,中医药已成为脂肪肝治疗的重要方法。

根据脂肪肝发生发展的规律,认为中医临床研究应从以下主要环节入手,经过深入探讨,可望发现治疗规律并总结出有益的经验。

祛除病因和诱因,积极控制原发基础疾病引起脂肪肝的病因与诱因很多,适当进行针对病因的治疗,积极控制原发基础疾病是脂肪肝防治的最重要一环,临床治疗时应将病因与现证同时纳入辨证,标本兼顾方可提高疗效。

病毒性肝炎特别是慢性乙型肝炎是引起肝脏脂肪变性的重要原因,在治疗时应充分顾及慢性乙型肝炎的临床特点,进行抗病毒治疗、调节免疫治疗及护肝治疗等,使慢性肝炎恢复到最理想的状态,脂肪肝则可因之而减轻或恢复。因此,临床治疗与用药时往往会涉及清热祛湿、凉血活血、清热解毒、滋肾养肝、疏肝健脾等多种不同的治法,这些治法看起来好像没有直接针对脂肪肝,但针对病因的治疗又恰恰是最重要的,一味强调祛脂治疗、舍本求末显然并非相宜。肝炎患者长期高热量膳食、大量静脉注射葡萄糖、过分限

制活动等也是形成脂肪肝的原因之一,应引起足够重视。医者应给予患者合理的膳食指导,肝炎恢复期,应合理补充营养,体力活动做到动静结合,以防止脂肪肝的发生。

糖尿病性脂肪肝的发病率各家报道不一,约为 50%~60%,脂肪肝伴发糖尿病者约为 25%~36.7%。糖尿病时肝脏的脂代谢紊乱、脂蛋白的合成障碍、胰岛素分泌不足是形成脂肪肝的重要原因,积极有效地控制糖尿病是脂肪肝最重要的防治措施。应当特别注意的是许多降糖药物包括某些治疗糖尿病的中药如天花粉、泽泻等都具有一定的损伤肝细胞的作用,临床上应慎用,以防对肝脏造成新的损伤,对脂肪肝的恢复带来不利影响。

酒精性脂肪肝是长期饮酒导致的肝脏脂肪堆积,其发病率近年来迅速增长,我国的一项抽样调查显示,酒精性脂肪肝的患病率已达 23.34%,已成为我国脂肪肝的首位病因。研究表明,日饮酒量在 160 g 以上,10 年内脂肪肝的发病率可达 92% 以上。治疗酒精性脂肪肝,除应劝告患者必须戒酒外,临床治疗亦可在辨证的基础上适当加入解酒护肝药物以增强肝脏解毒功能,如葛根、葛花、枸杞子、生甘草、黄芩、白术、蒲公英、芦根等,对于提高疗效常有助益。

用药不当可引起各种类型的肝损害,脂肪肝就是常见的肝损害之一,不同药物引起脂肪肝的机制不同,但大多数是由脂蛋白合成和排泄障碍引起。出现此类情况后应立即停用损肝药物,同时重用护肝解毒药物,如生甘草、栀子、连翘、大黄、白术、败酱草、板蓝根、女贞子、枸杞子、大枣、黄芩等,以增强肝脏解毒功能,减轻肝脏组织损伤,防止肝细胞功能衰竭的发生,促使肝功能尽快恢复。

肥胖者脂肪肝发生率甚高,有资料表明肥胖者半数可有轻度脂肪肝,重度肥胖者脂肪肝的发生率可达 61%~90%。不少学者认为,应当将肝内脂肪看做体内脂肪的一部分,控制或减轻体重可使脂肪肝程度减轻,临床上除应告诫患者控制饮食、避免高热量饮

食、适当运动外,临证时还可应用一些具有减肥功效的中药,如大黄、郁李仁、火麻仁、核桃仁、生地黄、当归等,此类药作用缓和,临床用之常可获效。

调节脂肪代谢全身及肝内脂肪代谢紊乱是脂肪肝发生的主要原因之一,日本一项研究发现,血清 TG 升高与脂肪肝密切相关,脂肪肝患者甘油三酯升高者可高达 60%~80%;调节全身脂肪代谢,特别是进行积极有效地降脂治疗对于祛除肝内脂肪沉积,促使脂肪肝痊愈,具有十分重要的意义。

大量研究已证明,许多单味中药及复方都具有较好的降低血脂及改善肝脏脂肪代谢的作用。如枸杞子、决明子、山楂、大黄、葛根、何首乌、泽泻、甘草、白术、薏苡仁、龙胆草、三七、菊花等,均可通过不同的途径降低 TG、TCH 水平,抑制肝内脂肪的沉积,从而起到抗脂肪肝的作用。

由黄芪、白术、葛根、玫瑰花、青皮组成的益气补肝颗粒,可使酒精性脂肪肝大鼠肝内 TG 含量明显降低,并能显著降低升高的肝内糖原(Gn),还可明显降低脂肪变性细胞与正常肝细胞的比值,这种调节肝细胞内 TG、Gn 水平的作用,可进一步清除肝内脂肪堆积,改善肝内脂肪代谢,使酒精性脂肪肝得到改善或恢复。

中药降脂作用主要是通过以下四个途径实现的。一是抑制外源性脂质吸收,如大黄、虎杖、决明子等可促进肠道蠕动,减少胆固醇吸收;何首乌所含卵磷脂可阻止胆固醇、类脂质沉积滞留;蒲黄所含植物固醇在肠道能竞争性抑制外源性胆固醇吸收;金银花可降低肠内胆固醇吸收;茵陈可使内脏脂肪沉着减少;槐花可有效降低肝内胆固醇含量;三七、酸枣仁亦可阻止胆固醇吸收及在血管壁堆积。二是抑制内源性脂质合成,如泽泻可减少合成胆固醇原料乙酰辅酶 A 的生成;山楂水煎剂可增加胆固醇生物合成限速活力;西洋参茎叶可降低血中脂质,抑制过氧化脂质生成。三是促进体内脂质的转运和排泄,人参皂苷可促进胆固醇的转化、分解和排

泄;柴胡皂苷能促进血中胆固醇周转;老山云芝多糖刺激清道夫受体途径,整体发挥降脂作用,马齿苋、昆布、紫苏子、酸枣仁、沙苑子、夜交藤、女贞子、月见草子、大黄、虎杖、石菖蒲等均可升高血浆高密度脂蛋白-胆固醇(HDL-C)或载脂蛋白(apoA1),促进脂质转运排泄。四是影响体内脂质代谢,胡桃肉、月见草子、何首乌、山楂、菊花、黄芩等可通过多种机制起到调节脂质代谢的作用。临床观察所见,许多中医治法如化痰祛湿法、芳香化浊法、清热利湿法、通里泻下法、活血化瘀法等具有良好的调节血脂的作用,可有效降低TCH及TG,某些方药还有较好的减肥效果。值得注意的是,何首乌、泽泻等因其具有较好的祛脂作用,近年来常作为治疗脂肪肝的首选药物,但亦屡有报道,提示这些药物能够引起肝脏损害,使ALT升高,临床上应尽量避免应用。

抑制炎症反应,促进肝细胞再生临床所见,脂肪肝患者约有半数以上有酶学指标异常,表现为ALT、AST轻度升高,以 γ -GT升高最为显著与多见,脂肪性肝炎时病理组织学可见在肝细胞气球样变和小叶内混合性炎症细胞浸润及肝细胞点状坏死。因此,在积极治疗脂肪肝的同时进行有效的保护肝细胞,减轻肝实质炎症,从而促使ALT、AST、 γ -GT恢复正常,并防止纤维化的发生,对于改善脂肪肝的预后具有十分重要的意义,也是脂肪肝临床治疗的重要环节之一。

实验研究证实,生甘草、蒲公英、茵陈、黄芩、板蓝根、栀子、大青叶、虎杖、败酱草、八月札等清热解毒药都有较好的减轻肝实质炎症的作用;丹参、赤芍、红花、川芎、鸡血藤、当归、三七粉等活血化瘀药物则能增加肝脏血流量,从而为肝细胞提供更多的氧,以有利于被损肝细胞的修复;山楂、乌梅、木瓜、五味子、青皮、陈皮、佛手、香橼等酸甘化阴药则可改变肝细胞周围的酸碱环境,从而抑制ALT的释放;茵陈、田基黄、金钱草、大黄、羚羊角粉、车前草、通草、竹叶、茅根等清热利胆利湿药则有较好的利胆作用,临床用之,

可收到较好的护肝降酶、利胆退黄功效；而沙参、当归、枸杞子、桑椹子、百合、炒酸枣仁、熟地黄、炒山药、黄精等滋补肝肾药除有很好的护肝作用外，尤长于清球蛋白比值的调整。

临床实践证明，在对脂肪肝进行辨证治疗的同时，适当加入上述护肝抗炎药物，因果兼顾，对于提高脂肪肝的总体疗效是十分有益的。

阻抑肝纤维化的发生和发展有研究提示，重度肥胖性脂肪肝约有 25% 的患者并存肝纤维化，而其中 1.5% ~ 8.0% 发生或即将发生肝硬化。有学者对 320 例长期嗜酒者肝活检发现，大约 30% 脂肪肝患者并存肝纤维化。研究发现，31% ~ 50% 的酒精性脂肪肝合并静脉周围纤维化。采取积极的治疗措施，有效地阻抑纤维化的发生和发展对改善脂肪肝的预后意义重大。阻抑肝纤维化发生和发展的治疗途径有两个，一是抑制胶原纤维的生成；二是促进已形成的胶原纤维的降解和吸收。

近年来的研究证实，中医药治疗在这两个方面都有较为确切的作用和疗效，有资料报道用活血化瘀与补气药组成的中药复方进行实验研究，表明能有效地防治大鼠的肝纤维化，治疗后网状纤维和胶原纤维的沉积明显减少。另有报道，给实验性肝纤维化大鼠肌注丹参提取液可使 70% 的大鼠肝脏胶原纤维明显吸收。也有研究证实，桃仁提取物与虫草菌丝对动物肝纤维化有良好的逆转作用，表现为肝纤维化程度减轻、胶原含量减少等。多数研究表明，中药抗肝纤维化研究以活血化瘀药最有希望，活血化瘀可以改善肝脏微循环、增加肝脏血流量、软缩肝脾、促进胶原纤维降解，对防止肝硬化有一定作用。有人用桃仁、丹参、牡丹皮等活血药为主组成的肝结散，可降低脂质过氧化物(LPO)、型前胶原(PC)、HA 水平，且明显优于秋水仙碱对照组，展示了良好的应用前景。有研究用白术、黄芪、砂仁、青皮、葛花、荷叶组成术葛脂肝消颗粒进行治疗酒精性脂肪肝的实验研究，结果表明该方具有较好的抗脂质

过氧化及降低脯氨酸含量,从而减缓细胞损伤产物 MDA 的产生,促进胶原 mRNA 的表达。

研究证实,中医药抗肝纤维化的作用机制主要有以下几个方面:一是减轻肝细胞变性坏死,抑制炎症反应,促进肝细胞再生,祛除肝纤维化的诱发因素;二是抑制肝细胞脂质过氧化反应,祛除具有肝细胞毒性的自由基,诱导细胞素 P450 合成,促进细胞外基质(ECM)的降解和吸收;三是抑制 ECM 的活化与增生;四是抑制转化生长因子 β_1 (TGF β_1) 的表达,促进星状细胞(HSC)的凋亡。

上述结论为我们对脂肪肝患者进行抗肝纤维化治疗提供了可靠的理论依据,参考这些临床结果使之成为脂肪肝辨证论治的有益补充,有效地阻抑肝纤维化的发生和发展,对改善脂肪肝的远期预后意义极其深远。以上环节对脂肪肝患者而言可因人而异,或有先有后,或有轻有重,有主有次,或单一存在,或同时并俱。临床研究可根据不同情况,或单一环节调治,或多环节并举,这样目标明确,针对性强,较易达到预期的效果。

赵秀莉

脂肪肝治疗指要

脂肪肝是由多种原因引起的肝脏病变,凡脂类在肝内蓄积超过肝重的5%即称为脂肪肝。近年来随着人们生活水平的提高,发病人数日趋增多。

脂肪肝的临床表现多不典型,约半数患者无明显症状。严重者见肝区闷痛不适,食欲不振,恶心,嗝气,腹胀,便溏,体重增加或下降,阳痿,闭经等,少数可有黄疸。若脂肪囊肿破裂,可发生右上腹或剑突下剧痛,易误诊为急腹症。或出现舌尖、角膜干燥、皮下瘀斑等维生素缺乏表现。与慢性肝炎症状极易混淆,应注意鉴别。

查体时可见肝肿大,质软或韧,或有轻触痛,一般脾不肿大,严重者可出现肝硬化表现,如蜘蛛痣、食管静脉曲张、门脉高压或脾功能亢进等。

在临床上可以看到两种极端的治疗方法:一是主张大剂量地使用降脂、调脂药物,如临床上常用他汀类和贝特类药物。但由于调脂药物大多在肝脏代谢,故可引起轻度转氨酶的升高。如此大剂量长期使用调脂药物,势必进一步升高转氨酶。虽然可使血脂正常,但肝功能却进一步恶化。二是主张大剂量的护肝降酶药物与卧床休息,如静滴葡萄糖、维生素C、肌苷、肝安注射液等。治疗的结果常是转氨酶可能短暂地下降了,但总热量摄入过多,其结果是血脂一直升高,最后肝功能也进一步异常。

因此,处理好降脂与恢复肝功能的关系,是治疗脂肪肝的重要问题。降脂与降低转氨酶,是整体与局部的辨证关系,虽然肝内脂肪积蓄是脂肪肝的主要矛盾,但为什么脂肪会积蓄起来,这才是关键,也是医者所要注意的。

(1) 中毒性脂肪肝

任何因药物及化学等因素引起的肝毒脂肪肝,必须去除病因,停用引起脂肪肝的药物或化学品,然后适当地使用护肝降酶药物,如静滴葡萄糖、维生素 C、肌苷、肝安注射液等。

(2) 营养性脂肪肝

必须明确摄入总热量与消耗总热量是否失衡。已摄入过多者,必须大幅度减少摄入热量,尤其是脂肪量,治疗以减少摄入量为原则,如纤维药品,加入适当的降脂药物;如果是总消耗量减少者,必须加强锻炼,增加运动量。可大量应用消导类中药。极为少见的低蛋白血症引起的脂肪肝,则必须补充优质蛋白质,适当使用护肝降酶药物,可不必使用降脂药物。

(3) 酒精性脂肪肝

酒精不但是肝毒物质,也是一种热量饮品。此类患者治疗的关键是戒酒,治疗上护肝与降脂并用。中医治疗方面适当地加入软肝化瘀之品,如桃仁、丹参、三棱、鳖甲、海藻等。

预防脂肪肝的复发是脂肪肝疗效巩固的关键。如何预防脂肪肝的复发是临床医生以及患者最为关心的问题。脂肪肝患者应坚持做到以下几点:

(1) 行为矫正,养成良好习惯。大多数脂肪肝患者,都能直接或间接找出行为(生活饮食)异常。所以,不但在治疗过程中需要行为矫正,而且在临床治愈后,更需要行为矫正,培养良好的生活、饮食习惯,以达到预防复发的目的。

(2) 戒酒,禁食甜类食物。酒精类饮品、高糖食品有:低度啤酒、中高度白酒,各种含糖饮品、甜品、蛋糕等。纠正进餐行为异常,如饮过快、过饱、夜宵等。饮食时,应细嚼慢咽,放慢进餐速度,刚有腹饱感,即停止进餐,忌三餐之后,加食夜宵及零食等。

(3) 适当地增加运动量。做到每天运动 1 小时左右,如慢跑、游泳、登山等,以微有汗出为度。特别忌晚餐后久坐。一日三餐之

中,大多以晚餐热量最为丰富,最富热量、高脂肪,因此,必须于晚餐后慢步半小时以上。

(4)嗜好肉类高脂肪食品者,必须减少肉类食物摄入量,增加蔬菜、生瓜果、菇菌类、藻类等高纤维食品摄入,适当进食少量鱼肉、鳖甲、大豆等优质蛋白。

(5)控制体重,维持腹围。控制体重是预防脂肪肝复发的关键。尤其是控制腹围的增加,是重中之重。一旦脂肪肝临床治愈了,病前必须测量一下自己的腹围数据,作为观察是否脂肪肝复发的主要指标。如果患者在治愈后一段时间内不注意饮食,不适量运动,必然会引起体重增加、腹围增加,内脏脂肪也逐渐恢复积蓄,那么脂肪肝也就复发。

控制体重,维持腹围的主要措施:保持总摄入量与总消耗热量的动态平衡,适当地进行户外活动,改变多坐少动的坏习惯。总的来说,减少热量的摄入,尤其是大量脂肪、糖类,适当地补充优质蛋白质,并补充大量的维生素矿物质等。

徐广芝

脂肪肝效方达药

中医药治疗脂肪肝取得了较好的疗效,在实验研究方面也进行了有益的工作,众多医家以中医理论为依据,辨证与辨病相结合,特别是对脂肪肝在病因、病机、治疗方面达成共识,使得许多行之有效的处方用药有其共性,为今后降肝脂药物的进一步研究和筛选提供了方便及广阔的前景。

1. 效经验方

日本学者井斋伟矢以古方小柴胡汤与桂枝茯苓丸并用治疗脂肪肝,取得了可喜的效果。研究对象为8例经超声波检查诊断为脂肪肝的病例,其中4例有大量饮酒史。两药投量均为每次2.5g,每日3次,饮前或饭间服用。疗程原定12周,实际延至24周,服药期间2~4周进行1次血液生化检查,停药后根据超声波进行诊断。

结果:5例肝超声波图像均较服药前明显减少,其中1例恢复正常,其余3例中1例没有变化,2例未作超声波检查。以全部病例各项检查值的平均值进行比较研究,只有胆固醇值在服药12周时较服药前明显减少,尤其是超声波结果和总胆固醇值的变化,认为小柴胡汤与桂枝茯苓丸并用治疗脂肪肝有效。

(1) 大黄廬虫丸治疗肥胖性脂肪肝

任氏等用大黄廬虫丸治疗肥胖形体合并脂肪肝患者70例。

【治疗方法】 大黄廬虫丸9g,每日3次。如患者腹胀、纳差明显,舌淡胖,苔厚腻者,用二陈汤加減煎水化服。

【治疗结果】 临床治愈42例(60%),显效17例(23.3%),有效7例(40%),无效4例(6.7%),总有效率为94.3%。

(2) 益肾降脂片治疗脂肪肝

司氏等报道,用益肾降脂片(含制首乌、黄精、泽泻、山楂、僵蚕、丹参等)治疗脂肪肝 34 例。

【治疗方法】 每次 6~8 片(每片 0.35 g),每日 3 次,疗程 3 个月。并设立对照组 19 例,用非诺贝特,每次 0.1 g,每日 3 次,疗程 3 个月。

【结果】 治疗组与对照组分别显效 14 例、8 例,有效 9 例,无效 11 例、6 例,总有效率分别为 67.65%、68.42%,两组疗效无显著差异($P>0.05$)。两组患者 TC(总胆固醇)、TG(甘油三酯)治疗前后自身比较有显著差异($P>0.05$)。

2. 单味中药

(1) 山楂

山楂可减轻脂类在器官的沉积。山楂水煎剂连服 9 周后的豚鼠,肝细胞微粒体及小肠黏膜中总胆固醇(TC)合成的限速酶、羟甲戊二酰辅酶还原酶的活力明显受到抑制。认为其降脂作用是由于肝脏 TC 合成被抑制所致。其他如决明子、蒲黄、茵陈、柴胡、莪术、黄精等均有一定降脂活性,可减少 TC 的吸收,抑制血中 TC 的升高和动脉粥样硬化斑块的形成。

(2) 何首乌

何首乌粉剂可使高脂动物血中胆固醇、甘油三酯和 β 脂蛋白分别下降 89%、42% 和 54%,肝中甘油三酯下降 52%。何首乌所含均二苯烯成分对过氧化玉米油酶升高均有显著对抗作用,还能使血清游离脂肪酸及肝脏过氧化脂质显著下降。在体外实验中也更进一步证明,何首乌保肝、抗脂肪肝作用机制是在于抑制过氧化脂质的产生及其对肝细胞的破坏。近年来,大量临床观察发现,本品有改善肝功能之功效,常用于各种脂肪肝、病毒性肝炎。

(3) 人参

人参的成分人参皂甙对胆固醇、甘油三酯具有双向调节作用,

但对主胆固醇饮食的正常大鼠血清中胆固醇和甘油三酯的升高具有明显的抑制作用。给大鼠饲喂高脂饮食(含1%胆固醇、0.5%胆酸或含1%红参或不含红参粉),让其自由摄取90天。心穿刺取血,测定血清总胆固醇、高密度脂蛋白胆固醇、甘油三酯、非酯化脂肪酸和脂类过氧化物,并作肝脏组织学检查。结果表明,人参可使实验动物肝脏总胆固醇和甘油三酯含量明显减少,而肝磷脂含量显著增加,减轻肝脏脂肪浸润,预防脂肪肝的形成。临床实验也证实,高胆固醇血症患者口服红参粉后1周,血清胆固醇无明显变化。但血清高密度脂蛋白胆固醇却明显增加,动脉硬化指数显著下降。高甘油三酯血症患者的血清甘油三酯也明显下降。

顾良伯

脂肪肝的饮食治疗

脂肪在肝中过量存积称为脂肪肝,正常肝脏的脂肪含量为肝重的3%~5%。当含量超过肝重的10%时,即可诊断为脂肪肝。随着生活节奏的改变和社会应酬的增多,脂肪肝患者日渐增多,据体检和调查资料显示成人脂肪肝发病率为5%~9%,在肥胖儿童中20%~30%,患者有不同程度的脂肪肝,因脂肪肝越来越威胁人们身体健康,故越来越受到有关学者重视。

脂肪肝造成原因很多,有肥胖、糖尿病、高脂血症、酒精中毒、肝炎后、营养不良、蛋白质摄入不足(肝脏运送脂肪的载脂蛋白缺乏而导致脂肪在肝内堆积)、饥饿时(人体内葡萄糖含量降低,交感神经活动性增加,脂肪动员加速,血清游离脂肪酸增多使得脂肪在肝内堆积所致)等原因。

1. 与脂肪代谢有关

肝中脂肪来源太多,如高脂肪膳食。肝脏功能障碍,肝脏合成和释放脂蛋白的功能降低以及氧化脂肪的能力降低。合成磷脂的原料不足,特别是胆碱或参加合成胆碱的蛋氨酸缺乏等。

2. 饮食结构不合理占脂肪肝发病的重要地位

肝在临床表现轻的常无症状,许多患者的轻微症状被原来疾病遮盖,常见症状有食欲不振,少数有恶心、呕吐、体重减轻、疲乏感、食后腹部饱胀、右上腹疼痛,少数患者发现肝肿大,ALT(谷丙转氨酶)轻度升高及浊度变化。用何种方法治疗脂肪肝,治疗的前提首先要去除病因。例如,戒酒戒烟,少食高脂肪、高碳水化合物饮食,同时适当增加运动。供给合理的平衡膳食,调节三大代谢(蛋白质、脂肪、碳水化合物)的代谢平衡,定能取得较满意的效果,

同时在日常饮食中应注意以下方面：

(1)总热量摄入要适当,与消耗要保持平衡,防止过多热量转化为脂肪贮存体内。按工作强度和公斤体重供给 0.8~1.3 兆焦耳(20~30 千卡)总热量。

(2)高蛋白质饮食可提供胆碱、蛋氨酸等抗脂肪肝因子,有抗脂肪凝聚作用,使脂肪变为脂蛋白顺利运出肝脏。

(3)适量脂肪,脂肪中的脂肪酸参与磷脂的合成,能使脂肪从肝中顺利运出。植物油(为不饱和脂肪酸)因不含胆固醇对治疗脂肪肝有益,烹调时可选用,但过量食用同样产生较高热量引起体内脂肪贮存。应限制高胆固醇食物如海货、动物内脏尤其肝、鱼子等。

(4)高糖饮食在体内可转化为脂肪,造成肥胖和脂肪肝。所以要禁食蔗糖、果糖、葡萄糖和含糖较多的食物。供给足够的膳食纤维,可调节血脂、血糖的作用,饮食不宜过分精细,应食用粗杂粮及含纤维较多的蔬菜(如茭白、芹菜、韭菜、笋等)水果和藻类。

(5)足够维生素和矿物质,维生素可保护肝细胞免受损害,矿物质有利于代谢废物的排出。

(6)禁酒戒烟。许多资料表明饮酒成性是造成脂肪肝的重要因素之一,而饮酒过量可使肝脏产生酒精中毒损害肝细胞,降低肝脏中脂肪细胞运外能力,导致脂肪在肝内蓄积,引起脂肪肝或加重脂肪肝症状。香烟对人体危害众所周知,其有害成分同样对肝细胞产生毒性,损害肝细胞。所以戒酒、戒烟是预防和治疗脂肪肝的一个组成部分。适当增加运动量,保持总热量摄入和消耗平衡,供给合理的平衡饮食,调节三大营养物质的代谢平衡。预防和治疗脂肪肝除上述措施外,如平时饮食中常食些芹菜、红枣汤、番茄、大葱、山楂、菌藻类、香菇、蘑菇、黄豆及其制品(豆浆、豆腐、香干等)、喝茶等均可降低血清胆固醇和血脂,防止脂肪在肝脏中积存诱发脂肪肝。

赵晓威等

脂肪肝与高脂血症

脂肪肝是由多种疾病和病因引起的肝脏脂肪变性。高脂血症所致脂肪肝为非酒精性脂肪肝。高脂血症指血浆中胆固醇(TC)或/和甘油三酯(TG)水平升高,是脂质代谢紊乱的一种常见病,为动脉粥样硬化、冠心病、脑血管病的主要危险因素,与脂肪肝的发生亦密切相关。脂肪代谢紊乱,过量的脂肪在肝内持久积聚,导致脂肪肝。随着高脂血症发病率的上升,高脂血症所致脂肪肝的比例越来越大。据统计,脂肪肝中1.5%~8.0%的患者可发展为肝硬化。故脂肪肝与高脂血症的关系已引起人们重视,以往已有一些报道。

脂肪肝的流行与高脂血症相关脂肪肝的流行有多种因素,如肥胖症、糖尿病、脂肪肝家族史,以及嗜酒、高脂蛋白饮食、临睡前加餐、睡眠过多或白天经常瞌睡等,均是脂肪肝的危险因素。

有人分析182例老年脂肪肝,发现肥胖症、高甘油三酯血症、II型糖尿病是老年脂肪肝的主要病因。对624例老年机关干部检测,发现156例老年脂肪肝,占25.0%,该组TG平均为3.7 mmol/L,明显高于对照组;高密度脂蛋白(HDL-C)0.6 mmol/L,明显低于对照组。有人对1674例高级知识分子分为肥胖组和非肥胖组进行检测,发现肥胖组的高脂血症并发脂肪肝的发病率为47.0%,非肥胖组高脂血症并发脂肪肝的发病率为7.5%。说明体重正常的高脂血症、脂肪肝发病率较低,肥胖伴高脂血症更易引发脂肪肝。高脂血症是脂肪肝流行的相关因素之一。

有人对127例脂肪肝患者进行检测,肝功能异常42例(占

33.1%),多为轻、中度转氨酶升高,以酒精性脂肪肝明显;多伴血脂升高,尤其是肥胖性脂肪肝患者肝功能异常明显。

脂肪肝的发病与高脂血症相关脂肪肝发病的相关因素有:肝脏脂质代谢障碍、胰岛素抵抗、细胞色素 CYP_{2E1} 和 CYP_{4A} 的作用、氧应激和脂质过氧化反应、免疫反应、遗传因素等几方面。

脂肪肝患者肝内大量堆积脂肪并释放出过量的未酯化脂肪酸(NEFA, TG 的前驱物质), NEFA 的增加导致肝内合成 TG 的增加。脂肪肝的发生,主要因为肝细胞内各种形态脂肪酸大量蓄积所造成,其中主要是 TG。选 123 例脂肪肝,以非脂肪肝 88 例对照,脂肪肝组 TG 升高 33 例(占 26.8%),与对照组相比,有显著差异($P < 0.05$),说明脂肪肝的形成与血脂含量增高尤其 TG 升高有关。

有研究证实,脂肪肝形成与血脂含量升高尤其 TG 的升高有密切关系。有人对 491 例患者检测,血脂升高者占 60.5%,脂肪肝的发病率随着高脂血症发病率的增加而升高,二者存在高度相关性($P < 0.01$)。提出高脂血症是动脉粥样硬化的物质基础和主要原因,同时也是脂肪肝的主要原因之一。但也有 40% 的脂肪肝者血脂在正常范围内,说明脂肪肝肝外的发病是复杂和多因素的。有人发现脂肪肝组血浆肝脂酶(HL)、脂蛋白脂肪酶(LPL)活性较其他组降低($P < 0.05$),含量无明显差异($P > 0.05$)。LPL 与 HL 是血循环中与内源性 TG 代谢有关的 2 种关键酶。LPL 主要分解乳糜微粒和极低密度脂蛋白(VLDL)中的 TG,在脂蛋白之间转移 TC、磷脂及载脂蛋白,代谢后的 VLDL 转变为中密度脂蛋白。HL 存在于肝内皮细胞表面,参与 IDL、LDL 转变过程,分解后的 IDL 被肝细胞摄取,亦能选择性地分解高密度脂蛋白-2(HDL-2)中的磷脂和 TG,使 HDL-2 向 HDL-3 转化。此 2 种酶活性的降低可引起高脂血症。高脂血症导致脂肪肝可能与此 2 种酶活性的降低有关。脂肪肝、高脂血症发病的原因还不完全清楚,但认为二者是互

为因果、互相影响的。肝脏在脂类的消化、吸收、分解、合成及运输等过程中起着重要作用,是内源性血脂和脂蛋白合成及其代谢的主要器官,肝外组织的 TC 主要由 HDL 携带通过 HDL 受体途径进入肝脏代谢。当高脂血症导致肝组织被脂肪堆积、浸润变性时,会使血脂代谢和脂蛋白合成障碍,尤其是 HDL 合成减少。肝细胞被浸润变性,同样使肝脏生成 VLDL 障碍,导致肝内的脂类不能以脂蛋白形式运出肝脏,造成 TG 在肝内堆积,形成和加重脂肪肝。一旦形成脂肪肝,因肝功能障碍,会加重脂类代谢紊乱,使高脂血症加重,病情更为复杂,因此临床上要考虑到它们的关系。中医认为高脂血症属“痰浊”、“血瘀”,发病与肝、脾、肾三脏关系密切。脂肪肝属于中医“积证”、“瘀证”、“痰证”,病变部位在肝,与胆、脾、胃、肾密切相关,病机主要责于痰瘀互结、气滞血瘀。高脂血症痰滞导致血瘀引起脂肪肝。高脂血症、脂肪肝均与“痰”、“瘀”有关,发病涉及肝、脾、肾,但后者主要在肝。

高脂血症、脂肪肝的诊断和高脂血症的诊断主要靠实验室检查,其中最主要是测定血浆(清)总 TC 和 TG 浓度。诊断标准可参照卫生部 1995 年制定的《调整血脂药物临床指导原则》标准,在正常饮食情况下,2 周 2 次血清 TC 均 ≥ 6.5 mmol/L,或 TG ≥ 1.54 mmol/L,或 HDL-C 男 ≤ 1.04 mmol/L,女 ≤ 1.17 mmol/L,即可确诊。脂肪肝的诊断包括生化检查(转氨酶、血脂)、影像学检查(B 超、CT、核磁共振)、肝活检等。

一、脂肪肝的治疗

1. 降血脂西药对脂肪肝的治疗

脂肪肝与高脂血症关系密切,降血脂药物对脂肪肝的影响引人注目。许多降血脂药可能趋使血脂更集中于肝脏进行代谢,反而促使脂质贮积并损害肝功能。烟酸类、弹性酶及苯氧乙酸类的安妥明、苯扎贝特等降脂药具有潜在的肝毒性、降低糖耐量及升高尿酸等不良反应,而肝内脂肪沉积无改善甚或加重。最近研究

发现,HMC-C、CoA 还原酶抑制剂辛伐他丁可抑制肝 Ito 细胞的增生,且可显著改善持续饮酒的脂肪肝患者的肝功能及血脂代谢紊乱。普伐他丁可显著降低高脂饮食性高脂血症和脂肪肝家兔的血脂水平,肝内脂肪沉积亦有所改善。有研究显示,以降低血 TG 为主的贝特类降脂药——苯扎贝特,虽能显著降低高脂饮食饲养大鼠血液 TG 和总 TC 水平,但血清转氨酶和肝匀浆 TG 含量均较模型对照组呈升高趋势,并且 2 组大鼠肝组织学改变基本相似。提示苯扎贝特虽能有效降低血脂,却无助于肝内脂肪沉积的消退,且长期大量使用还有肝毒性。

探讨他丁类降脂药对高脂血症、脂肪肝的防治作用,18 只高脂饮食饲养家兔随机分为 3 组,即模型对照组、普伐他丁组、普伐他丁加维生素 E 组,共 10 周,结果与模型组相比,2 个治疗组血清和肝匀浆 TG、TC 含量均显著下降,但肝脂肪变性程度仅稍减轻,血清 AST 在普伐他丁组呈升高趋势,在普伐他丁加维生素 E 组有恢复正常倾向,后者肝病理学改善程度略优于普伐他丁组,但是 2 个治疗组间各项指标均无显著差异。因此,常规降血脂药物对脂肪性肝病防治的利弊至今尚无定论,目前认为不伴有高脂血症的脂肪肝无须应用降血脂药物治疗,而有高脂血症的脂肪肝仅在综合治疗的基础上慎用降血脂药物,并密切监测肝功能。

2. 中药治疗脂肪肝

有人提出治疗高脂血症有益气健脾、祛瘀降脂法,化痰(祛痰)、活血降脂法,滋补肝肾降脂法,滋肝补肾、活血降脂法,滋肝补肾、祛瘀清热、利湿降脂法和清肝利湿降脂法等。清肝利湿降脂法适用于高脂血症伴有脂肪肝,症见形体肥胖,口干口苦,胁肋胀满或疼痛,头晕心烦,舌质红,苔厚腻而滑者。常用药物选用茵陈、山栀子、黄柏、泽泻、龙胆草、黄芩、山楂、草决明、郁金等。很多治疗脂肪肝的方药对血脂升高疗效较好。

(1) 复方

• 分消肝脂灵

176 例患者随机分成 2 组, 治疗组 88 例肝功能异常者, 采用自拟分消肝脂灵(黄芪、枸杞子、何首乌、山楂、昆布各 30 g, 海藻、泽泻、丹参、核桃肉、杜仲、茯苓、茵陈各 20 g, 柴胡、败酱草、白术、皂角刺、水蛭各 10 g) 治疗, 每日 1 剂; 对照组 88 例, 用非诺贝特、藻酸双酯钠、维生素 B₁ 治疗, 5 天为 1 个疗程并评定 B 超下肝内脂肪浸润程度及血脂等。结果治疗组总有效率为 96.6%, 对照组为 59.1%, $P < 0.01$ 。

• 健脾活血方

用健脾疏肝化痰法组方, 治疗 40 例脂肪肝患者(治疗期间停用其他保肝、降酶、降脂药物)。结果治疗后体重指数明显下降($P < 0.05$), ALT、AST、GGT、TG、TC 等明显下降, 总有效率 80.0%。

• 化浊降脂方(黄芪、陈皮、苍术、茯苓、泽泻、丹参、莪术、赤芍、姜黄、生山楂、何首乌、枸杞子)

治疗脂肪肝 58 例, 降血脂作用明显, 尤其在 2 个月后降低 TC、TG 和升高 HDL-C 明显。治疗后 1 个月降低 TG 和升高 HDL-C 与对照组比, $P < 0.05$; 2 个月后降低 TC、TG 和升高 HDL-C 与对照组比, P 均 < 0.05 。临床治愈 21 例(占 36.2%), 显效 26 例(44.8%), 有效 8 例(13.8%), 无效 3 例(5.2%), 总有效率 94.8%。

(2) 中成药

• 脂肝宁

用脂肝宁口服液治疗脂肪肝 98 例, 对照组 50 例, 2 组均以 6 周为 1 个疗程。结果治疗组显效率 66.3%, 总有效率 90.8%; 对照组显效率 22.0%, 总有效率 68.0%。经统计学处理, 2 组疗效有明显差异($P < 0.05$)。实验证实该药可降低血清 TC、TG、LDL-C、VLDL, 还可治疗高脂血症, 是理想的治疗脂肪肝和高脂血症的

药物。

二、中药药理实验

绿茶预防脂肪肝发生的机制,在于茶叶可防止烯酸及中性脂肪在肝脏中的沉积。肝脂平(柴胡、丹参、茵陈等)能使血清及肝脂降低,尤其是 TG 更为明显,其机制是通过疏通肝脏气机、增强肝脏功能、加速脂质的转化与排泄、调整脂肪代谢,从而达到清除肝内脂肪的目的。肝脂乐胶囊(泽泻、山楂、草决明等)对大鼠脂肪肝及高脂血症模型具有明显降低 TG、抑制脂肪在肝脏沉积的作用,同时对脂肪肝患者具有改善血液流变性的作用。以壳聚糖为主,配合传统中药何首乌、人参和牛膝的复方,可明显降低四氯化碳肝损伤合并脂肪肝的大鼠肝组织中 TG、总 TC 含量,使肝细胞中脂滴减少。说明该方可保护肝脏,提高肝抗氧能力,促进脂质过氧化与转运功能,对脂肪肝有明显的预防作用。舒肝脂胶囊(蒲黄、泽泻、郁金、决明子、柴胡等)治疗高脂血症性模型大鼠及脂肪肝大鼠,与模型组、脂必妥组比较,能显著升高血清 HDL-C($P < 0.05$),显著降低 TC、TG,用药后,肝脏脂滴小,接近正常组织。其作用可能与抑制外源性脂类的吸收,抑制 TC、TG 的合成,影响脂质的分泌、运转与清除,促进 TC 的排泄,清除肝脏脂肪代谢,改善肝内脂质代谢有关。

有研究观察熊去氧胆酸对高脂饮食诱发肥胖高脂血症性脂肪性肝炎大鼠的影响,发现可降低血清 TC、TG、FFA 含量,使 ALT、AST 降低,减轻肝组织脂肪变性程度。牡蛎可降低血脂,调整肝脏脂肪代谢,促进疾病恢复。

高脂血症与脂肪肝密切相关,但不是脂肪肝惟一的发病因素。二者有许多方面存在共性,但有其自身的发病因素和治疗特点。二者均有血脂升高的表现,但脂肪肝以 TG 升高为主;诊断均需检测血脂,但脂肪肝需综合其他项目(如转氨酶、B 超等)才能确诊。降血脂西药对肝脏有一定毒性,且对脂肪肝的疗效尚无定论。故

对高脂血症的脂肪肝应在综合治疗的基础上慎用降血脂西药。治疗脂肪肝中药单方、复方很多,法则大致有补益肝肾、化痰祛瘀和疏肝健脾、化痰祛瘀及疏肝活血、健脾除湿等法,降血脂疗效较好,但临床治疗试验欠严谨,缺乏统一的测试手段和疗效标准。

王
丽
萍
等

脂肪肝中医临床特点探讨

脂肪肝临床表现缺乏特异性,目前多认为本病是由于饮酒过度,或嗜食肥甘厚味等因素而肝失疏泄、脾失健运,致痰浊内阻,气机郁滞,血脉瘀阻,气、血、痰、浊互相搏结,聚滞为积,形成脂肪肝。临床上多采用疏肝化痰、健脾利湿、益气活血等法治疗。

【临床研究报告】

1. 临床资料

125例系1999年健康人群,检查中经B超确诊脂肪肝患者。男性87例,女性38例,男女之比2.29:1;年龄26~81岁,其中50岁以上61例,50岁以下64例。125例患者中饮酒者79例,喜食肥油腻者65例,甜食和辛辣者各34例,血压超过正常值者(BP>18.7/12 kPa)69例;肝功能(主要为谷丙转氨酶ALT及谷氨酰转肽酶GGT)异常52例;血脂异常84例;HBsAg阳性16例;血糖超过正常值者30例;伴有高血压17例,冠心病5例,糖尿病5例,胆囊炎胆石症19例,其他疾病26例。

2. B超诊断脂肪肝标准

①明亮肝;②肝肾回声对照明显增强;③深部回声衰减;④肝内血管欠清晰。

凡符合上述一项以上者,即可诊断为脂肪肝。

3. 中医临床症状分布

按照中医望闻问切,选择主要的中医临床症状列表,见表1。

表 1 125 例脂肪肝中医临床症状分布情况

临床症状	n/例	%	临床症状	n/例	%
头晕	51	48.80	头痛	19	15.20
腰膝酸软	48	38.40	急躁易怒	17	13.60
胃脘胀闷	32	25.60	不易入睡	14	11.20
便溏	32	25.60	多愁善感	14	11.20
四肢乏力	29	23.20	抑郁烦闷	13	10.40
困倦易睡	26	20.80	便秘	9	7.20
口苦	26	20.80	淡而乏味	8	6.40
肋肋胀痛	25	20.20	面色晦暗	7	5.60
腹胀	23	18.40	面色萎黄	6	4.80
多梦易醒	20	16.00	肝肿大	5	4.00

由表 1 可见脂肪肝患者以头晕、腰膝酸软、胃脘胀闷、便溏、四肢乏力、困倦易睡等症状比较多见,其中头晕、腰膝酸软最多。

125 例脂肪肝舌、脉情况见表 2。

表 2 125 例脂肪肝舌、脉象分布情况

舌、脉	n/例	%	舌、脉	n/例	%
脉弦滑	64	51.20	脉细滑	28	22.40
舌黯	56	44.80	苔黄腻	25	20.00
舌淡	42	33.60	脉沉细	14	11.20
苔白腻	35	28.00	脉弦细	13	10.40

由表 2 可见,脂肪肝患者以舌淡舌暗者较多,四种脉象以弦滑脉较多。

4. 中医临床征象与相关因素关系

125 例脂肪肝患者中年龄小于 50 岁 64 例,其中男 56 例,女 8 例。大于 50 岁 61 例,其中男 31 例,女 30 例。头晕症状男性 18

例,女性 32 例,男女分布有显著差别($P < 0.05$),年龄小于 50 岁 19 例,大于 50 岁 32 例,两者分布有显著差异($P < 0.05$);便溏者伴血压增高 25 例,正常 7 例,分布有显著差异($P < 0.05$);口苦者嗜好辛辣者 9 例,喜甜食者 13 例,喜油腻者 3 例,在前二者与后者中的分布比较有显著差异($P < 0.05$)。饮酒与血脂正常与否,其临床表现分布基本相同,经统计学分析,无显著差异。

通过对 125 例 B 超诊断脂肪肝的中医临床特点分析,发现患者临床多表现为头晕腰酸、胃脘胀闷、腹胀便溏、困倦乏力、胁肋胀痛、口苦、舌淡舌黯、苔白腻或黄腻等。笔者认为脂肪肝之病位在肝,但与脾肾关系密切。肝郁、痰湿、血瘀等属标实征象,但本质当属脾虚肾亏。各种外界因素致脾胃损伤,脾虚及肾,最终导致脾肾两虚;而内因为素体禀赋不足,脾胃虚弱,肾精亏耗。内外因交合,互为因果,笔者认为正虚邪恋是脂肪肝的基本病机,在治疗上当根据整体辨证,须有急缓之分,除疏肝化痰、利湿去瘀外,在整体上还应健脾补肾,以治根本。

同时,根据临床症状与年龄、饮酒、嗜好、血压、肥胖及肝功能、血脂、血糖等相关因素分析,中医临床表现分布基本相同,提示我们在临床中,既要注意患者的病因及各项生化指标,更不要忽视患者的临床表现,治疗时应正确的辨证施治,才能收到良好的效果。

秦应娟等

脂肪肝中医论治五法

作者从临床实践出发,总结中医治疗脂肪肝的经验,探索了不同中医治疗方法对脂肪肝的中医学原理,对指导中医临床很有参考价值。

1. 益气健脾,清热利湿以化浊

嗜食肥甘厚味、饮酒过度或感受湿热之邪是本病的外因,亦可因素体禀赋、形体肥胖等原因导致湿热内蕴、脾失健运。因此脾虚失健是脂肪肝最基础的病理变化,是该病发生发展的基础。“脾为后天之本”,脾运失健常可导致变证,影响脏腑气血功能,此类患者初时可能无明显临床症状,继而常表现为疲倦乏力,纳呆食少,恶心欲呕,胸脘胀满或口苦而黏,渴而不欲饮,心中懊恼,便泻不畅,舌质红,苔黄腻,脉濡数,法当健脾益气以治本,兼清热利湿以化浊。方选连朴饮、五苓散加味。常用药物:黄连、山栀、芦根、厚朴、石菖蒲、法半夏、泽泻、山楂、猪苓、茯苓、神曲等。

2. 清肝泻热,疏泄肝胆以保肝解毒

肝失疏泄是脂肪肝患者常有的病理变化。此类患者或由饮食不节、嗜肥甘辛辣、烈酒成性,湿热内蕴,土壅侮木,或因情志郁结化火,木郁土壅,终致湿热蕴结肝胆,肝胆失于疏泄,肝脾同病,产生种种临床表现。症见胁肋胀痛或灼痛隐隐,腹胀不适,胸脘痞闷,身重乏力,肠泻便溏,纳呆,烦闷难眠,小便黄赤,舌质红、苔黄或腻,脉弦滑数。正如《知医必辨》云:“人之五脏……惟肝一病即延及它脏。”在此阶段,治肝保肝、肝脾同治防止变证及病情进展相当关键。治当疏泄肝胆,清肝泻热,调畅脏腑气血,方用蒿芩清胆

汤或龙胆泻肝汤加味。常用药物:青蒿、竹茹、法半夏、茯苓、黄芩、枳壳、郁金、茵陈、草决明、柴胡、龙胆草等。

3. 理气舒郁,化痰通络以调脂

脂肪肝发生的病理基础为内外因所致脾虚,脾失健运则痰浊内生,正如《景岳全书》云,“水谷津液但化得其正则成津血,化失其正则为痰浊”、“痰涎本皆气血”。气血运行不畅与痰涎的形成二者之间是相互作用的,因此,气滞痰凝为此型患者的病机。症见时有胁肋窜痛,偶有刺痛,精神萎靡,形体虚胖或消瘦,胸闷脘痞,稍进油腻则便溏,病情波动与情志有关,舌质淡或稍黯,苔薄腻,脉弦,常用二陈汤、柴胡疏肝散二方化裁。药用:柴胡、枳实、白芍、甘草、陈皮、茯苓、香附、川芎、白芥子、丹参等。

4. 清热解毒,祛瘀化痰以消积聚

脾虚气郁,外感时热疫毒可致有形的病理产物痰湿、瘀浊、热毒终积聚于肝,所谓“痰瘀相关”、“痰瘀同病”,病脂肪肝者每易形成热毒痰瘀互结的病理特点,三者相互影响,产生胁下攻撑不适或积块,胁肋刺痛,食欲不振,腹胀或痛,精神萎靡,面部赤缕斑斑,乏力,恶心等表现,舌质黯有瘀点,苔腻,脉涩或弦。治当逐瘀化痰,清解热毒,而且本型患者大多病程较长,正气已不同程度受损,故临床根据病史长短,邪正盛衰,在攻邪的同时应适当顾护正气,处方常以导痰汤、复元活血汤出入化裁。常用药物:法半夏、茯苓、枳壳、制胆南星、白花蛇舌草、当归、黄芪、丹参、柴胡、红花、桃仁、海藻、昆布等。

5. 滋阴柔肝,扶正祛邪以标本兼治

脂肪肝病位在肝,涉及脾脏、胆腑,然病程长者,久病及肾。该病初起,以邪实为主,然热毒、痰浊、瘀血久久留恋,肝木疏泄失常,久而化火伤阴,同时肝为刚脏,赖肾水以滋养,故凡脂肪肝久病者常致肝肾阴虚,出现一派阴虚阳亢之象,病至此时,虚实夹杂,更趋复杂。临床症见胁肋隐痛,头昏目眩,口燥咽干,烦躁少寐或胃痛

隐隐,面色憔悴,体倦腰酸,舌质红少苔或舌体瘦小,舌底脉络迂曲怒张,苔薄黄,脉细。治宜滋阴柔肝,兼以攻邪时不宜攻伐太过,以免进一步损伤正气。常用一贯煎或杞菊地黄丸加味,药选:沙参、枸杞子、当归、川楝子、麦冬、石决明、海藻、白芍、山药、山茱萸、牡丹皮、蛇舌草、丹参等。

【病案举例】

例1 姬某,男,干部,45岁,嗜饮烈性酒10年有余。4年前体检时B超提示肝脂肪浸润(肝内光点轻度密集、均匀、回声稍增强,肝内管道分布尚正常),初无明显症状,渐感神疲乏力,食欲不振,过劳则右肋隐痛,口苦而黏,于2000年12月初诊。查舌质红,苔黄腻,脉濡数。化验:甘油三酯2.5 mmol/L,胆固醇6.9 mmol/L,高密度载脂蛋白胆固醇(HDL-C)1.03 mmol/L,肝功能正常。复查B超同前。治以益气健脾、清热利湿。用上方出入30余剂,症状消失,继服60天巩固疗效,用药中嘱患者适当运动,戒烟酒,予低脂饮食,120天后复查B超,肝脏无特殊,血脂正常。

例2 王某,男,30岁,干部,患者形体肥胖,嗜食肥甘,以食后腹胀10天,于2000年6月就诊。诉食后腹胀不适,肋肋灼痛隐隐而无定处,急躁易怒,口干苦,大便干,小便热涩,舌边尖红,苔黄腻,脉弦数。查肝功正常,血脂:胆固醇7 mmol/L,甘油三酯2.2 mmol/L,HDL-C 1.02 mmol/L。腹部B超示:肝脂肪浸润,证属肝胆湿热,治当清泻肝热,疏泄肝胆,以前方化裁施治,嘱适当运动、低脂饮食,服药15剂后,全身情况改善,继服药90天巩固治疗,120天后复查腹部B超提示肝脂肪浸润转为正常肝。血脂检查:胆固醇5.9 mmol/L,甘油三酯1.9 mmol/L,HDL-C 1.04 mmol/L。

例3 糜某,男,41岁,干部,形体肥胖,5年前常规体检提示肝脂肪浸润,当时未予重视,2002年6月来诊。诉因生活琐事烦恼,突感胸闷,晨起泛恶,暖气频频,右肋下流窜作痛,不欲饮食,大

便时干时稀,舌质淡红、苔腻、脉弦。查血脂、肝功能正常,B超示脂肪肝(肝内光点密集增强,后缘回声减弱,肝内管道显示不清),此乃肝郁气滞,痰气交阻所致诸症,治以理气舒肝、化痰通络,予上二方化裁施治,服药20剂后症状消失,继服药120天后,复查B超提示肝脂肪浸润。

例4 陈某,男,37岁,患慢性乙型肝炎10年,未予治疗,于2002年10月初诊。诉胁肋攻窜灼痛,有时疼痛如针刺,精神萎靡,不欲饮食,食后腹胀,晨起泛恶,口苦而黏,舌质淡紫,苔腻,脉弦数。症属热毒痰瘀互结。B超示肝大,脂肪肝。查血脂:胆固醇7.8 mmol/L,甘油三酯2.1 mmol/L,HDL-C 1.01 mmol/L,肝功能示AST为152 U。乙肝两对半示:HbsAg(+),HbeAg(+),HbcAg(+),以上二方化裁30余剂后全身情况改善,继以前方出入内服120天后,诸症明显减轻。复查B超示:肝内脂肪浸润。复查血脂:胆固醇5.7 mmol/L,甘油三酯1.7 mmol/L,HDL-C 1.03 mmol/L,肝功能正常,乙肝两对半指标无改变。

例5 文某,男,退休干部,68岁,于2002年1月初诊。一向嗜食肥甘之品,于5年前体检时诊断为脂肪肝后戒烟酒,改进低脂、低盐饮食,因无明显不适未作治疗。近半年来,患者时感头昏不适,右上腹隐痛,口燥咽干,少寐体倦,腰背酸软,舌质红,少苔,脉细。查血脂:胆固醇8.7 mmol/L,甘油三酯3.5 mmol/L,HDL-C 1.02 mmol/L,肝功能示ALT为89 U,B超查见脂肪肝并局部脂肪积聚。治以养阴柔肝,解毒化浊,以前方化裁,每日1剂,60天为1个疗程。服药1个疗程后,症状改善,继续用药1个疗程症状消失,嘱患者服杞菊地黄丸滋养肝肾,半年后复查血脂:胆固醇7.2 mmol/L,甘油三酯2.0 mmol/L,HDL-C 1.03 mmol/L,肝功能正常,B超示肝内脂肪浸润。

李玉红等

脂肪肝中医药辨治系统评价

脂肪肝,是各种原因引起的肝脏脂肪蓄积过多的病理状态,其发病率呈上升趋势。中医药治疗本病的临床随机对照试验(Randomized Controlled Trial, RCT)报道较多,Meta分析是用定量合成的方法对资料进行统计学处理的一种系统评价,用Meta分析对众多的中医药辨证治疗脂肪肝文献进行评价,增强了研究的效能,得出的结论更为真实可靠。

【文献研究报告】

1. 资料来源

研究资料,包括计算机检索、人工检索和从综述的参考文献中追踪查询的资料等。计算机检索的是中国生物医学文献数据库,关键词为中医药、治疗、脂肪肝;人工检索是在我院图书馆进行。共检索出文献资料百余篇,精心筛选,凡符合标准,质量较好的文献均被纳入。

2. 纳入标准

研究对象为经确诊的所有脂肪肝患者,采用中药治疗组与西药对照组(西药有东宝肝泰片、非诺贝特、藻酸双酯钠、肌苷片、烟酸肌醇酯片、复方胆碱片、肝得健片、维生素类等)相比较,真正随机分配,并且用有效(临床治愈、显效、好转)和无效等级资料的人数作为疗效判定指标,临床疗效用有效率表示的或用其他方式表示的尽量还原成笔者所需格式加入本统计。

3. 排除标准

凡没有经过随机分配的,采用中西医结合治疗和非单纯西药

对照的,均被排除。

4. 研究方法

以 OR 值作为每个研究结果的研究效应测定指标,若各研究结果之间无差异,则采用固定效应模型,否则使用随机效应模型。纳入资料列表,表中 a_i 、 b_i 、 c_i 、 d_i 为各研究四格表数, N_i 为各个研究的样本例数。 a_i 为处理组的实际阳性数。

中医药治疗脂肪肝的 23 个研究资料

	中药治疗组		西药对照组		合计 N_i
	有效数	无效数	有效数	无效数	
	a_i	b_i	c_i	d_i	
1	135	11	37	10	193
2	25	5	11	5	46
3	49	4	21	6	80
4	49	1	22	8	80
5	190	8	75	25	298
6	23	11	13	6	53
7	65	2	23	6	96
8	38	4	26	14	82
9	36	2	25	8	71
10	82	8	30	10	130
11	26	6	8	22	62
12	28	2	16	9	55
13	32	7	9	11	59
14	38	7	17	13	75
15	62	2	21	9	94
16	92	8	20	10	130
17	47	13	20	10	90
18	60	10	20	10	100

续表

	中药治疗组		西药对照组		合计 Ni
	有效数	无效数	有效数	无效数	
	ai	bi	ci	di	
19	39	3	25	5	72
20	17	3	13	2	35
21	57	3	17	5	82
22	70	6	27	15	118
23	49	1	29	9	88
合计	1 309	127	525	228	2 189

通过 Meta 分析结果可知,中医药辨证治疗脂肪肝疗效确切,值得进一步推广。本研究是中医辨证治疗与西药病因治疗方法间总的比较,结果反映中药好于西药,说明中医药在辨证治疗的个体化方面占有优势。但本研究尚具有一定的局限性和偏倚性,资料的收集不够完全,如未发表文献许多阴性结果欠缺,存在着发表偏倚,笔者将对其进行更深入全面的研究。

冯
明
辉
等

脂肪肝中医药研究现状和思考

正常情况下肝脏所含脂肪约占肝脏湿重的 2%~4%，当肝脏内脂肪积聚超过 5% 时，或组织学上每单位面积见 1/3 以上肝细胞脂变时，即形成脂肪肝。脂肪肝并非临床上的一个独立性疾病，而是多种疾病和原因引起的肝内脂质（主要为甘油三酯）蓄积过多的一种病理状态，也是多种肝脏疾病发展中的常见病理过程。随着我国人民生活饮食结构的变化以及临床诊断技术的不断提高，各种诱因所致的脂肪肝在我国的诊断率逐年增加。

目前，根据饮酒与否，将脂肪肝分为酒精性脂肪肝和非酒精性脂肪肝，其中后者进一步肝纤维化的发生率约高达 25%，且约 1.5%~8.0% 患者可进展为肝硬化，故积极防治脂肪肝对阻止慢性肝病进展和改善愈后十分重要。目前，脂肪肝的发病机制尚未明确，西医缺乏理想的针对性治疗药物。相比而言，中医药治疗脂肪肝具有疗效稳定、持久、无毒副作用、价廉等优势，因此深入进行中医药治疗脂肪肝的临床及实验研究是有其现实意义的。

中医对脂肪肝病因病机的认识“脂肪肝”之名未见于中医古籍，结合其病因、病机及临床表现当可归属于中医“痰浊”、“胁痛”、“积聚”、“湿阻”等范畴。对于病因的认识，多责之于七情郁结、饮食内伤、酒食失节；同时认为感受湿热疫毒是形成肝炎后脂肪肝的主要原因之一。病机方面，目前主要认为是肝郁脾虚、气滞湿阻、痰浊瘀血互结，导致肝脏脉络痹阻，胆汁排泄失畅而形成脂肪肝。另有司氏认为脂肪肝的发生除与痰、湿、瘀、毒主要病理产物影响有关外，机体气血亏虚，肝肾阴虚，水不涵木与本病的发生有关。

刘氏则提出应重视肾在脂肪肝形成过程中的作用,并强调固肾助阳法的应用。总之,脂肪肝的病位在肝,病机为本虚标实,本虚以脾肾之虚为主,标实主要与气滞、痰湿、血瘀有关。

1. 中医临床研究

(1) 辨证论治

辨证论治是中医的精华所在,近 20 年来不少学者针对脂肪肝的辨证施治进行了有益的探索。

1992 年中国中医药学会肝病委员会制定了脂肪肝辨证分型标准,将其分为湿热中阻、肝郁脾虚、肝肾阴虚和瘀血阻络四型。同时,经过临床统计发现以肝郁脾虚型患者较多,肝肾阴虚型和瘀血阻络型者较少。

王氏将脂肪肝分为四型施治:肝郁气滞型予以疏肝理气,柴胡疏肝散加减;气血瘀阻型治以疏肝理气、活血止痛,膈下逐瘀汤加减;痰浊内阻型予以疏肝理气、化痰散结,四逆散合导痰汤加减;正虚瘀结型予以大补气血、活血化瘀,八珍汤合化积丸加减。

姚氏等将本病分四型:气郁血滞型予柴胡疏肝散;气滞血瘀型予消脂通络方;痰阻血瘀型用陈皮、胆南星、泽兰等药;肝郁湿瘀型用柴胡、枳壳、木香等药。设对照组(用肝泰乐,烟酸肌醇脂片),治疗 46 例,结果治疗组总有效率 83.3%,对照组 68.8% ($P < 0.01$),认为中药优于单纯西药治疗。

金氏将本病分为五型:肝气郁结型予柴胡疏肝散加减;痰湿困阻型予平胃散加减;湿热内蕴型予加味柴胡汤;瘀血阻络型予复元活血汤加减;阴虚肝郁型予滋水清肝饮加减。共治疗 76 例,疗程 3 个月,总有效率 96.1%。

王利军等将本病分六型辨证治疗:肝郁气滞型,方用逍遥散或柴胡疏肝散加减;肝胆湿热型,方用小柴胡汤合茵陈蒿汤加减;痰湿内阻型,方选平胃散合二陈汤加减;瘀血阻络型,方选膈下逐瘀汤加减;肝肾阴虚型,方选滋水清肝饮加减;脾肾亏虚型,方用四君

子汤合真武汤加减。

曹氏治疗 60 例脂肪肝按中医辨证论治分为三型：痰浊中阻型，治拟燥湿化痰祛浊，二陈汤合三子养亲汤加减；脾气虚弱型，治拟益气健脾化痰，参苓白术散加减；气滞血瘀型，治宜理气活血、化瘀通络，血府逐瘀汤加减。总有效率 93.3%，并认为各证型治疗中，痰浊中阻型疗效最好，脾气虚弱型次之，气滞血瘀型最差。

(2) 自拟专方论治

近年来，许多临床医生结合辨证与用药经验采用自拟专方治疗，取得了较好的疗效。李氏用降脂复肝汤（醋柴胡、白芍、草决明、菊花、益母草、丹参、山楂、制首乌）治疗脂肪肝 35 例，临床治愈 15 例，总有效率 94.3%。周氏自拟茵陈丹参降脂方（茵陈、丹参、赤芍、怀山药、山楂、泽泻、车前草、柴胡、郁金、防己、大黄、甘草）治疗本病 35 例，总有效率 94.30%。项氏以消脂护肝汤（泽泻、生山楂、柴胡、丹参、生鳖甲等）治疗本病 50 例，治愈 39 例，总有效率为 98%。祝氏等自拟消脂汤（桑寄生、何首乌、巴戟天、象贝、白芥子、赤芍、枳壳、郁金、泽泻、草决明、丹参）随证加减治疗本病 68 例，取得显著疗效。姚平将 176 例患者随机分成两组，治疗组 88 例子分消肝脂灵（黄芪、枸杞子、何首乌、山楂、泽泻、丹参等），对照组 88 例（服用非诺贝特、藻酸双酯钠、维生素 C、维生素 B），3 个疗程后评定 B 超下肝内脂肪浸润程度及血脂等，结果治疗组总有效率为 96.6%，对照组为 59.1%（ $P < 0.01$ ）。翟氏以疏肝活血化瘀汤（柴胡、郁金、赤芍、桃仁、半夏、大黄等）治疗脂肪肝 42 例，对照组 40 例（服月见草油软胶囊、护肝片、谷维素），3 个月为 1 个疗程，结果总有效率分别为 92.9% 和 62.5%（ $P < 0.01$ ）。冯氏以祛脂方（虎杖、丹参、川芎、山楂、柴胡、白术、泽泻、灵芝、女贞子、昆布、桑寄生、甘草）治疗 164 例脂肪肝患者，并与用凯西莱治疗作对照，治疗组总有效率 96.95%，对照组总有效 85%（ $P < 0.01$ ）。

(3) 中西医结合治疗

张氏等以祛脂汤(丹参、山楂、何首乌、决明子、泽泻、郁金、苍术、桔梗)配藻酸双酯钠治疗脂肪肝 35 例,并设对照组 23 例(服维生素 C 片、维生素 E、藻酸双酯钠片)。1~3 个疗程后,治疗组临床治愈 11 例,显效 15 例,有效 6 例,无效 3 例,总有效率为 91.4%;对照组临床治愈 4 例,显效 6 例,有效 7 例,无效 6 例,总有效率为 73.9%。对比治疗组和对照组在临床症状、血脂、肝功能、B 超及 CT 检查等方面,发现有显著差异($P < 0.01$)。卢氏采用中西医结合方法治疗 69 例脂肪肝患者,随机分为两组,对照组 30 例,予口服益肝灵、凯西莱、维生素 E;治疗组在对照组治疗的基础上同时口服中药(由制首乌、泽泻、夏枯草、平地木、虎杖根、石见穿等组成),并随证加减。结果治疗组治愈 14 例,有效 19 例,无效 6 例,总有效率 84.6%;对照组治愈 14 例,有效 2 例,无效 14 例,总有效率 53.30%;治疗组明显优于对照组($P < 0.01$)。

(4)其他

明氏应用针灸疗法治疗脂肪肝,入选病例 47 例,治疗组 31 例。取穴:肝腧、期门、足三里、阴陵泉等,并设对照组 16 例(服逍遥丸与绞股蓝总甙片),疗程 3 个月,治疗组有效率 93.55%,对照组总有效率 75% ($P < 0.01$)。

2. 实验研究

(1)单味中药研究

20 世纪 80 年代后,国内外学者相继开展中草药抗脂肪肝的药理研究,筛选出一批有效的调脂药物,如山楂、丹参、泽泻、柴胡、草决明、制首乌、郁金、茯苓、陈皮、半夏、绿茶、绞股蓝、姜黄、虎杖等。同时对其作用机制也进行了探索,发现这类药具有改善血液循环、抗氧化、抗自由基等作用,这些研究成果对中医药治疗脂肪肝具有临床指导意义。如丹参经实验研究发现对实验性动脉粥样硬化大鼠及家兔有降脂作用,尤其是有降低甘油三酯的作用,其机制可能是促进了脂肪在肝中的氧化作用,从而降低了脂肪在肝中

的含量。绿茶预防脂肪肝发生的机制在于绿茶可能防止烯醇及中性脂肪在肝脏的沉积。泽泻可抑制外源性甘油三酯、胆固醇的吸收,影响内源性胆固醇代谢及抑制甘油三酯肝内的合成,通过影响与胆固醇代谢有关的酶及抑制肝内甘油三酯合成等作用而抗脂肪肝。大黄的提取物大黄多糖可使蛋黄及高脂饲料诱导的高脂血症小鼠血清和肝脏总胆固醇、甘油三酯明显降低。山楂核醇提取物三萜酸和熊果酸均能抑制大鼠高脂血症的 TC(LDL + VLDL)-C 水平升高和 HDL-C/TC, HDL2-C/TC 比值下降,并能使高胆固醇血症大鼠血清 LCAT 的活性提高。

(2) 中药复方研究

与临床研究方面相比,中药复方的实验研究较为滞后,阐明机制方面缺乏深度。赵氏等采用脂肪肝乐与东宝肝泰片对照,表明脂肪肝乐胶囊具有明显降低甘油三酯,抑制脂肪在肝脏堆积,改善血液流变学的作用。程氏研究益寿饮(五子衍宗丸加女贞子、丹参、山楂、何首乌等),认为其抗脂肪肝的机制与抑制外源性胆固醇的吸收,抑制内源性胆固醇的生成,保护肝功能,促胆固醇在肝细胞内分解代谢,加快胆固醇的清除有关。李氏等研究硒、锌与葛根、山楂、决明子联用对高脂血症和脂肪肝大鼠的作用,用药 5 周后大鼠 TC、LDL-C、TG、AI 显著降低, HDL-C、AAI 显著升高,脂肪肝的恢复明显加快。杨氏等通过研究脂肝泰胶囊(丹参、泽泻、茵陈蒿、大黄、生山楂、生黄芪、制首乌等)对高脂血症性脂肪肝大鼠的血浆 ET-1 的含量影响,认为脂肝泰胶囊可通过降低血浆 ET-1 的含量发挥抗肝损伤的作用。关氏等观察舒肝宁(主要成分为大豆磷脂、芦丁、硒)使实验性高脂血症脂肪肝大鼠血浆甘油三酯下降 50%,胆固醇可下降 22%。光镜和电镜病理学检查证实大鼠脂肪肝治疗后恢复正常。

从上述文献报道来看,中医药治疗对促进脂肪肝的逆转及改善临床症状行之有效,且毒副作用少。杨氏等总结 1995—2001 年

间 125 篇临床报道,发现中医药治疗脂肪肝疗程多在 3 个月左右,总有效率为 83%~97%,各项疗效观察指标均高于对照组。可见中医药治疗本病有极大的优势,治疗前景广阔。

目前中医药针对脂肪肝治疗与研究尚处于探索起始阶段,还有不少问题亟待解决。

第一,脂肪肝多缺乏特异性临床表现,约半数患者无自觉症状和体征,这在某种程度上给中医临床诊断及辨证治疗提出了挑战,即如何在中医理论指导下,借助现代医学知识、仪器把“宏观辨证”与“微观辨证”有机结合,使辨证依据客观化、指标化,使识病治病的水平显著提高。

第二,临床和实验研究时应遵循科研设计的基本原则——随机、对照、重复的原则。目前,很多临床研究未能设立严格的纳入标准,纳入的病例数目不够,观察指标缺乏客观性,使得筛选的有效方剂和药物缺乏说服力。

第三,临床缺乏切合实际的统一的辨证分型、诊断及疗效判定标准。

第四,脂肪肝并非单一病因引起,应更有选择地对不同病因所致脂肪肝进行针对性研究探索。如酒精性与非酒精性脂肪肝二者预后差别大,应区分进行研究。

第五,现有的脂肪肝动物模型造模方法较多,但与临床实际仍有差距,应探索筛选出更符合人类疾病实际情况的动物模型。

第六,目前在中医药治疗机制和药理作用环节方面研究不够深入,研究多徘徊于药物对血脂、肝脂等有限指标影响的低水平重复上。故在今后的脂肪肝研究中,应当在中医理论指导下,从整体出发,拓展思路,加强对中医药多靶点作用机制的研究,充分发挥中医辨证施治的优势。

潘金友等

脂肪肝中医药治疗

随着生活水平提高,饮食不节,运动减少,脂肪肝已是常见病之一。中医药治疗脂肪肝,辨证分型中灵活运用疏肝化痰方法,若能把握病机,合理遣方用药,临床获效甚捷。

肝气郁滞治用疏肝理气以条达肝木,健脾助运以护土防侮,养血化痰以顺乎肝性。肝气郁滞临床多表现为胸胁满闷窜痛,噎气腹胀,善太息,口干欲饮,心烦易怒,大便干结或正常,舌质偏红,舌苔薄或腻,脉弦或细弦。治疗多采用疏肝理气,佐以化痰通络方法,以条达肝木为主要目的。选方:柴胡疏肝散、香砂六君子汤合失笑散加减。用药:柴胡、郁金、枳壳、香附疏肝理气;黄芪、白术、党参、半夏、茯苓、甘草益气化湿消痰;川芎、当归、白芍、丹皮柔肝养血;可配伍制大黄、虎杖、蒲黄、土茯苓以活血化瘀祛湿。

湿热内蕴湿热之邪羁留不解,多见于肝气郁滞病程日久,正气虚羸,正不胜邪患者。肝脾不调,湿热内蕴是本型的主要病机,而且伴有不同程度的肝络瘀阻。可见口苦咽燥,胁痛低热,恶心腹胀,纳食欠馨,心烦不寐,口干不欲饮,大便秘结或溏垢,小便短赤,舌质偏红,苔薄黄微腻或厚腻,脉弦滑。治法当以调理肝脾、清热利湿、理气通下为主,兼以和血化痰通络。选方:柴平汤、二陈汤合五苓散加减。用药:猪苓、茯苓、泽泻、黄芩、山栀、薏苡仁、草薢仁、炒白术、焦山楂、稻豆衣利湿健脾,柴胡、郁金、白术、香附、八月扎疏肝解郁,川厚朴、大腹皮、川楝子、神曲、木香、陈皮、青皮、枳壳理气宽中,配以丹参、木瓜、赤芍、虎杖、制大黄、泽兰叶化痰通络。肝阴不足临床上病程日久的患者,脾气日衰,胃阴日竭,既不能濡润

肝木,又不能生血养肝,更不能生精滋肾,进而导致水不涵木。痰浊、血瘀之邪久恋,仰或前期治疗过用辛燥之品,阴津暗耗,以致出现肝肾阴亏、气阴两虚的病证。头晕目眩,两胁隐痛,食欲减退,失眠多梦,腰酸膝软,耳鸣耳聋,咽干口苦,口渴欲饮,便干溲黄,舌质红干、苔少、脉细弦。治疗应从血虚不能养肝着手,养血柔肝以条达肝木为治肝之本,化瘀以通肝络,健脾以助气血生化之源,则为标本兼治之法。选方:逍遥散、补肝汤、二陈汤、人参养荣汤、一贯煎。常用药:黄芪、金雀根、黄精、当归、白芍、生地、熟地、丹参、柴胡、制香附、郁金养血柔肝,益气健脾;川芎、川楝子、木瓜、地鳖虫、丹皮、制大黄化瘀通络;有阴虚肝热加用山栀、赤芍、知母、黄柏、白茅根等。

气滞血瘀病程日久,瘀血阻滞肝络。气血凝滞,阴阳乖戾。出现面色黯灰,肋下痞块,肋痛固定不移,口干欲饮,溲黄便干或溲薄,舌质紫黯有瘀斑,苔薄黄微腻,脉弦,久者常伴气血亏虚。治疗当以扶正祛邪为主。活血化瘀以疏通肝络,配用养血柔肝以软化肝质条达肝木,益气健脾以助气血生化之源。选方:血府逐瘀汤、复元活血汤、失笑散、一贯煎、养肝汤。用药:桃仁、红花、当归、赤芍、地鳖虫、穿山甲、鳖甲、龟板活血化瘀,软坚散结;黄芪、山药、白扁豆、白术、金雀根、党参健脾益气,以助生化之源;半夏、焦山楂、贝母、路路通、茯苓化痰通络;香附、川楝子、柴胡、八月扎、佛手片疏肝理气;配用水蛭更有祛瘀生新之效;加用蒲黄、制大黄、虎杖根、宣木瓜、土茯苓具有活血化瘀利湿之效;全方有疏肝理气、活血化瘀,去邪而不伤正的作用。

阳虚浊阻,脂肪肝本为痰浊、血瘀两相召感,流连脾胃,以致脾阳不振,久必累肾。其轻者耗伤肾气,重则惫及肾阳,这是形成本病肾气易虚,甚或肾阳亏损,缠绵难愈重要原因。临床表现有面色晄白,腹部胀满,便溲泄泻,心慌气怯,头昏目糊,神疲乏力,纳食欠馨,形寒肢冷,腰膝酸软,下肢浮肿,口干不欲饮,舌质淡嫩,苔灰浊

或白滑,脉沉细。治疗宜温补脾肾,辅以柔肝疏肝,化瘀养血,从而达到扶正祛邪目的。常用方:实脾饮、真武汤、济生肾气丸。用药:黄芪、党参、金雀根、黄精、白术、怀山药、白扁豆益气健脾;干姜、熟附片、仙灵脾、仙茅、白蔻仁温肾健脾;猪苓、茯苓、泽泻、防己、木瓜、薏苡仁化湿醒脾;柴胡、焦山楂、郁金、香附疏肝理气;赤芍、白芍、丹参、制大黄、田七、紫草、泽兰叶柔肝和血,化瘀通络。脂肪肝多伴有全身性症状,是肝脏的一种病理过程。随着生活水平的提高,脂肪肝发病率有逐年上升的趋势。本病常见于肥胖症、酒精性肝病、肝炎、糖尿病及高脂血症等患者,目前已经成为一个公共卫生问题,严重危害人类的健康。早期诊断、除去病因、注意调节饮食、增加运动锻炼、加强对原发病的治疗,是减少及防止脂肪肝发生的重要措施。

脂肪肝属中医学“胁痛”、“痰浊”、“血瘀”等范畴。其病因不外饮食失调、情志不畅、遗传因素等。肝胆疏泄失常,脾失健运,不能升清降浊、输布精微,致使瘀、痰、湿阻络其的发病机制,运用疏肝化瘀法则治疗脂肪肝,能使肝胆疏泄趋以正常,令脾气健运,从而起到痰瘀化、湿浊清、肝络通的作用。

邓银泉等

脂肪肝中医证型与 血生化指标的关系

脂肪肝是一种常见的代谢性疾病,据 1993 年杭州市部分体检职工调查,脂肪肝患病率达 5.96%,近年来有呈升高趋势。为给脂肪肝中医辨证提供有益参数,对中医不同证型脂肪肝血生化指标进行了研究。

【临床研究报告】

全部病例来源于 1995—1999 年脂肪肝专科门诊及中医内科门诊,均符合脂肪肝的 B 超诊断标准,并根据 B 超图像表现分为轻度、中度、重度三种,入选病例共 252 例,其中男 148 例,女 104 例,轻度脂肪肝 114 例,中度 80 例,重度 58 例,年龄 23~71 岁。

所有观察对象均应用 SSD650 型 B 型超声波检查仪检查肝脏,在中医辨证基础上,作血生化指标检查。脂肪肝中医辨证目前尚无统一标准,根据其特征,参照文献分为脾虚湿痰、湿热内蕴、肝郁气滞、痰瘀互结四型。血生化指标检查谷丙转氨酶(ALT)、谷草转氨酶(AST)、碱性磷酸酶(ALP)、谷氨酰转肽酶(GGT)、胆碱酯酶(CHE)、甘油三酯(TG)、总胆固醇(TC)、高密度脂蛋白-胆固醇(HDL-C)、空腹血糖(FBS),应用日本 HITACHI7170 型全自动生化分析仪测定。数据处理采用方差分析、Ridit 分析、直线相关分析。

不同中医证型脂肪肝的发生频度:252 例脂肪肝中,脾虚湿痰型 93 例(36.90%),湿热内蕴型 78 例(30.95%),肝郁气滞型 51 例(20.24%),痰瘀互结型 30 例(11.90%)。

不同中医证型脂肪肝血生化指标的变化:与非脂肪肝比较,各

证型脂肪肝 CHE、TG 均明显升高 ($P < 0.01$), ALP 正常 ($P < 0.05$), 湿热内蕴型 TC、GGT、FBS 升高, 肝郁气滞型 ALT、AST、GGT 升高, 痰瘀互结型 ALT、AST、GGT、TC 升高, HDL-C 降低 ($P < 0.05 \sim 0.01$)。脂肪肝各证型间比较, ALT、AST、GGT、TC 有明显差异 ($P < 0.05 \sim 0.01$)。

不同中医证型脂肪肝与脂肪肝程度的关系: 经 Ridit 分析, 脂肪肝程度平均 Ridit 值比较, 有显著差异 ($P < 0.01$)。表明不同证型脂肪肝中, 轻度者脾虚湿痰型多见, 重度者痰瘀互结型多见, 见下表。

不同证型脂肪肝与脂肪肝程度的关系

单位: 例

	n	轻度	中度	重度
脾虚湿痰型	93	48	23	22
湿热内蕴型	78	43	33	2
肝郁气滞型	51	19	14	18
痰瘀互结型	30	4	20	16

Ridit 分析比较: $P < 0.01$

脂肪肝血生化指标与脂肪肝程度的关: 经直线相关分析, 脂肪肝患者 ALT、AST、GGT 与脂肪肝程度呈正相关 (γ 分别为 0.658、0.483、0.582; $P < 0.05$), 其他生化指标无相关性。

脂肪肝系多种原因所致的肝细胞内脂质积聚达肝重的 5% 以上, 使肝脏功能受损所致的病症。因其缺乏特异的临床表现, 确诊常需依赖肝活检, 但又不易被患者所接受, 而近年来图像诊断的作用增加, 对于肝脂肪含量达 30% 以上的脂肪肝, B 超完全可以检出, 因此, B 超经济、准确、迅速、无创的诊断方法应作为首选。

脂肪肝虽然临床症状不多, 但中医辨证仍有证可寻。根据笔者多年临床观察和经验总结, 基本可分为四个证型, 以脾虚湿痰型和湿热内蕴型为最多, 这可能与本病的主要病机是湿痰内结、瘀血

阻滞有关。脂肪肝多因长期过食肥甘厚腻,过量饮酒等因素伤及脾胃,脾虚失运,湿痰内结,或湿热内蕴,肝失疏泄,气机不畅,气滞而血瘀,痰瘀互结,络脉阻滞而成。整个病变过程有脾虚湿痰或湿热内蕴→肝郁气滞→痰瘀互结发展的趋势。

本结果显示脂肪肝不同证型间,ALT、AST、GGT有显著性差异,并按脾虚湿痰或湿热内蕴→肝郁气滞→痰瘀互结型顺序递增;而且脂肪肝轻度者脾虚湿痰型多见,重度者痰瘀互结型多见;经直线相关分析,ALT、AST、GGT与脂肪肝程度呈正相关。表明脂肪肝患者生化指标的变化似与不同证型及脂肪肝程度有关,脾虚湿痰型或湿热内蕴型而轻度者,肝脏受损较轻,ALT、AST、GGT升高不明显;痰瘀互结型而重度者,肝脏受损程度较重,ALT、AST、GGT升高较明显。由此可见,血生化指标检查对脂肪肝中医辨证似有一定参考意义,似可作为脂肪肝中医辨证分型的一种辅助客观指标。

冯海涛等

脂肪肝中医证治的临床应用

目前,西医对脂肪肝尚无特殊治疗方法,一般多采用补充维生素、祛脂等支持疗法。中医学认为,脂肪肝属“肝癖”、“积聚”等范畴。常因饮食失调,情志失和,痰湿内蕴等致病,由于痰浊、瘀血阻滞经脉,蕴结于肝而为积证;肝络郁阻不通则见右胁疼痛;痰湿内蕴、阻滞中焦则腹胀痛,食欲不振,肝胃不和,胃气上逆则恶心呕吐。治疗上,应从痰湿瘀血论治。综观近 10 年文献资料,中药在利湿、化痰、活血治疗脂肪肝方面取得了理想效果,大体总结其治疗思路有如下几法。

化痰祛瘀中医学认为,本病之成因,外因为过食肥甘或嗜酒无度;内因为肝失疏泄,脾不健运,饮食水谷无以化生气血精微,反聚为痰浊,留而成痰,痰瘀互结于胁下而成本病。故可辨证病位于肝脾,病机强调痰瘀同源。关于痰瘀相关理论,古人多有论述,吴鞠通认为,“肝气久瘀,痰瘀阻络”;朱丹溪提出,“痰挟瘀血,遂成巢囊”;唐容川认为,“血不利则为水”、“水结亦病血”,并强调痰瘀同病,虚痰瘀同治,方能奏效。鉴于“百病皆因痰作祟”,故主张脂肪肝治当活血化瘀、化痰散结并用。

(1)曾亚庆等以祛痰化痰为治疗大法,用王不留行、丹参、泽兰活血养血;胆南星、土茯苓祛湿化痰浊,总有效率 95%。

(2)苏经格以化痰利湿、调气活血法治疗 32 例,治愈 10 例(31%),显效 5 例(16%),有效 14 例(44%),无效 3 例(9%),总有效率 90.6%。

(3)郑培理以海藻、昆布、浙贝、穿山甲、郁金、鳖甲组方。治疗

96例,痊愈82例,显效11例,无效3例,总有效率96.9%;此类治疗原则取得的较好疗效在宋福印、祁培宏等的实验中均有报道。化痰散结与活血化瘀可协同发挥作用,提高疗效,使痰去有利于瘀消,瘀消有利于痰去。

清肝化浊《丹溪心法·积聚痞块》篇说:“凡积病不可用下药,终损真气,病亦不去,当用清积药使之融化。”清肝化浊法即出此意。当肝经湿热偏重,转氨酶轻度升高时,宜加重清热利湿药的应用;当转氨酶正常,痰湿偏重时,应加重化痰、化浊、化瘀药的应用。

(1)龚锡曾用本法(郁金、茵陈、垂盆草、六月雪、大黄、岗捻根等)治疗36例,治愈8例,显效16例,有效8例,无效4例,总有效率88.9%。

(2)戴贻超用清肝降脂散(主药生薏苡仁、山楂、陈皮、大黄、泽泻、决明子)治疗60例,显效44例,有效11例,无效5例,总有效率91.7%。

(3)黄兆胜用虎金丸(君药虎杖清肝经之热)治愈37例(58.73%),显效18例(28.59%),有效5例(7.94%),无效3例(4.76%)。

(4)王怀福以《金匱》泽泻汤加山楂、丹参、决明子等组方的清肝降脂胶囊治疗脂肪肝90例,总有效率91.8%;李玉林等用通脉胶囊(姜黄、大黄主药)治疗198例,总有效率95.9%。

(5)姚平用分消胶囊(黄芪、枸杞、何首乌主药)治疗,总有效率96.6%。

(6)赵仙铭等以泽泻为君药,加以法夏、陈皮、白术、山楂、鸡内金组成祛脂化浊汤,治愈17例,显效8例,有效4例,无效1例,总有效率80.2%。

(7)熊炳木以草决明、泽泻、地龙、茵陈、大黄、赤芍、丹参、五味子、生山楂、甘草祛脂化痰清解肝浊治疗,显效11例,有效5例,无效2例,总有效率93.9%。综观其法,共同特点是重用清热、利

湿、渗水药物,大黄、泽泻、薏苡仁、虎杖、茵陈等。

理气活血肝藏血,主疏泄。肝因湿热、痰阻而致气滞、血瘀,宜治益气活血。此型病情最重,多为中、重度脂肪肝。局部及全身症状严重,血脂、转氨酶多异常,B超示回声衰减严重,或呈明亮肝,血管网络不清,病机主要是气滞、气虚进一步发展,血液瘀阻肝络。证见胁肋胀疼,痛有定处,拒按,头疼,肢麻,严重者出现皮肤瘀点、瘀斑、血尿等出血症状,舌质紫黯或舌下青紫,脉弦细或沉迟或涩。

(1)杜玲等以益气活血汤(太子参、生黄芪、紫丹)治疗 33 例,痊愈 25 例,好转 3 例,无效 5 例,总有效率 85%。

(2)祁培宏、姚国科等以丹参、赤芍活血,香附理气,疗效可观。

(3)金群以复元活血汤加减(柴胡、当归、郁金、丹参、天花粉、桃红、大黄、王不留行、芍药、川芎、炮甲片、地龙等)合平胃散加味(苍术、厚朴、陈皮、泽泻、茯苓、生黄芪、白术、薏苡仁、砂仁、石菖蒲等)治疗瘀血阻络,总有效率 96.1%。其主旨亦是以活血之药,如丹参、桃红、赤芍等和理气药郁金、柴胡等共同发挥作用。

(4)薄晓霞、陈建宁等治疗上亦取得了较好疗效。血府逐瘀汤亦可作为该类方法治疗脂肪肝的理想方剂。上述临床实验证明了益气活血法治疗脂肪肝的有效性。

健脾益肾中医认为,脂肪肝病程日久,必因肝失疏泄,肝郁脾虚,运化失职而致肾精亏耗,水不涵木,反之,加重肝病。又肝肾同源,互为因果,肝病日久,必损及肾,两脏互相影响,故治以健脾益肾。

(1)安春绵用脂肪宁(何首乌、枸杞子、冬虫夏草为主)治愈 15 例,显效 5 例,有效 8 例,无效 2 例,总有效率 93.4%。

(2)韩建平等以淫羊藿、枸杞子、牛膝补肾药为主,治愈 15 例,显效 5 例,有效 8 例,无效 2 例,总有效率 93.4%。

(3)又长期嗜食肥甘厚味或情志失调及某些疾病等因素,使脾胃失其健运,湿热结聚成痰,壅滞中宫,气机不利,土壅木郁,肝失

疏泄,脾不健运,痰湿互结于经络,气血运行不畅,痰瘀膏脂沉积于肝而成。刘向农以加味温胆汤(陈皮、茯苓、山楂、竹茹、枳壳、荷叶为主药),治疗39例,痊愈24例,有效11例,无效4例,总有效率89.7%。

(4)王怀福用清肝降脂胶囊(主要成分泽泻、生山楂、生麦芽)健脾燥湿治疗脂肪肝,治愈40例,显效36例,有效12例,无效2例,总有效率97.8%。

(5)赵玉玺用运脾净肝汤(主药陈皮、半夏、赤白芍、茯苓、郁金、苍术、山楂、薏苡仁)治疗,痊愈6例,有效4例,无效1例。

(6)桑海康、刘艳玲、尹佐才研究表明,健脾益肾不仅能调整患者机体功能,而且有改善血液流变性作用。由此可见,健脾益肾法不失为治疗脂肪肝的有效方法之一。

疏肝利胆肝主升、主动、主调畅气机,疏通发泄全身的气血津液,促使其畅达宣泄。肝胆在生理病理上密切相关,肝病常影响及胆,《东医宝鉴》说“肝之余气泄于胆,聚而成精”。肝失疏泄,气机郁结,脂浊阻络,并及胆腑,胆腑瘀滞不畅,郁积于肝,肝郁更甚。临床上出现胸胁胀痛、腹胀、纳呆、呕恶、黄疸等症状。治拟疏肝利胆为主,每获良效。

(1)钟玉芳等用此法(茵陈、丹参、黄芪、补骨脂、生山楂、陈皮、半夏、大黄、甘草)治疗20例,治愈10例,显效1例,好转9例,总有效率100%。

(2)黄河清等用大柴胡汤加减,治愈5例,显效8例,有效4例,无效1例;黄象安用该法,治愈8例,显效21例,有效7例,总有效率88.5%。

(3)薄利民用疏肝祛脂汤(赤芍、枳实、山楂、郁金、丹参、泽泻、茯苓、何首乌、柴胡、陈皮)疏肝活血,总有效率100%。

以上诸法临床一般如综合应用,疗效更好。

(1)瞿常云疏肝与活血化瘀相结合,治愈14例,显效9例,有

效 6 例,无效 3 例,总有效率 92.9%。

(2)邱志济化痰血与理气疏肝结合,疗效颇理想。刘常世疏肝与燥湿、化痰、利胆结合,痊愈 32 例,有效 15 例,无效 5 例,总有效率 90.3%。

(3)刘向农强调,运用疏肝理气祛痰过程中,不可滥用疏泄,要疏补结合,标本兼治。其他各法均互有交配使用。

(4)薄晓霞益肾之中加以虎杖、白芍,清热凉血以清肝中瘀滞之气。

(5)赵玉玺在运脾汤中亦加郁金、柴胡、枳实、厚朴以净肝化浊,疏泄肝郁。张晓明健脾与活血化瘀相结合,有效率 68.8%。可见综合法的运用更具临床治疗价值。

脂肪肝肝细胞内脂肪堆积引起的临床症状。有的脂肪含量可高达肝重 40%~50%。引起的病因常见的有长期高糖、高脂肪饮食、酗酒、化学因素(药物、毒物)、肥胖、糖尿病、营养缺乏等,用中医的整体观辨证,脂肪肝的病机不独肝脏,还与肾气的渐衰,脾失健运,水谷精微变生湿浊,沉积于肝,肝失疏泄;脏病及腑,胆失贮藏,功能失调密切相关。故可以致肝脾失和,痰湿阻滞,气滞血瘀的改变。对此,用中医治法化痰祛瘀、清肝泄浊、理气活血、健脾益肾、疏肝利胆在近年来临床上取得了较好疗效,期望以后能进一步加强中医的量化规则,使中医更好地对脂肪肝的治疗发挥作用。

张
照
琪
等

脂肝乐胶囊治疗 脂肪肝的临床研究

脂肪肝是由各种原因引起的过量脂肪在肝细胞内持久积聚所致的疾病,绝大多数脂肪肝是因甘油三酯的堆积所致。目前,治疗脂肪肝的中西药物疗效主要是改善肝功能,降低血脂和减轻脂肪变。脂肪肝属于中医学“积聚”、“痰湿”、“胁痛”等范畴,以痰湿内停、瘀阻气滞为主要病机,为本虚标实证,本虚者为脾气虚、肝气虚,标实者为湿热、痰饮、瘀血、气滞相互掺杂。根据此病机,治疗当益气、化痰、活血、祛湿。

本研究运用纯中药制剂脂肝乐胶囊治疗脂肪肝,正是针对此病机以浙贝母清热化痰散结,黄芪补气,泽泻、茯苓利水祛湿,陈皮、半夏健脾化痰,决明子行肝中之痰,丹参活血养血,大黄逐瘀泻实,何首乌解毒通便、益肝肾,葛根生津解酒毒,全方以祛邪之化痰、逐瘀、祛湿为重点,以扶正之补气、行气为辅佐,攻补兼施,切中病机。临床研究发现该制剂具有减轻肝脏脂肪变,改善肝功能,降血脂和抗肝纤维化的作用。现代临床药理研究证实,柴胡、泽泻、决明子、何首乌、大黄、丹参有降血脂、调整肝脏脂肪代谢、抗脂肪肝的作用。黄芪、丹参、大黄、浙贝母有减轻肝纤维化的作用。脂肝乐胶囊是根据临床辨证施治为原则,紧紧抓住脂肪肝的痰证这一主要病机,治疗采用化痰通络逐瘀为重点,脾为生痰之源,故兼以健脾益气以祛除痰之根源,推动气血以行痰;痰血可以互化,故行气活血以化痰、行痰、消痰;湿久留于脏腑经络则为痰,故利湿以祛痰。用药方面,在辨证的基础上,结合现代中药研究成果,采用治疗脂肪肝有效的药物,使临床疗效有明显的提升。所以,本研究

结果显示脂肝乐胶囊治疗脂肪肝,在改善肝脏影像学变化,降低血清甘油三酯、透明质酸,改善肝功能,改善症状,减轻脂肪肝病理改变等方面有显著作用,值得推广。

【临床研究报告】

1. 临床资料

从1999年1月至2003年6月,应用脂肝乐胶囊治疗脂肪肝101例,并与凯西莱片治疗100例进行对照观察。201例均为住院及门诊患者,随机分为两组。治疗组101例,男42例,女59例,年龄(37.37 ± 9.958)岁。脂肪肝临床分度:轻度42例,中度48例,重度11例。有少量饮酒史者13例。对照组100例,男35例,女65例,年龄(33.85 ± 11.276)岁。两组病例一般资料经统计学处理无显著差异($P > 0.05$),具有可比性。

2. 诊断依据

所有病例临床诊断和病理诊断均符合2002年中华医学会肝脏病学分会脂肪肝和酒精性肝病组制定的诊断标准。临床分度采用《脂肪肝》中的B超检查方法。

轻度脂肪肝:光点细密,近场回声增强,远场回声轻度衰减,血管结构清晰。

中度脂肪肝:光点细密,前场回声增强,远场回声衰减明显,血管结构不清晰。

重度脂肪肝:光点细密,前场回声显著增强,远场回声显著衰减,血管结构不能辨认。

病理诊断标准:低倍镜下,肝细胞脂肪变占肝小叶 $1/3 \sim 1/2$ 者为轻度脂肪肝;占肝小叶 $1/2 \sim 2/3$ 者为中度脂肪肝;占肝小叶 $2/3$ 以上者或肝细胞弥漫脂肪变性呈鱼网状者为重度脂肪肝。

3. 治疗方法

治疗组用脂肝乐胶囊(由我院制剂室提供,药物组成:决明子、黄芪、大黄、泽泻、何首乌、浙贝母、茯苓、陈皮、半夏、丹参、葛根、柴

胡等,每粒 0.5 g),每次 2.0~4.0 g,每日 3 次口服;对照组用凯西莱片(由河南新宜药业集团公司生产,每片 100 mg),每次 200 mg,每日 3 次口服。两组患者血清丙氨酸氨基转移酶(ALT)5 倍以上增高者及血清总胆红素(TBiL)升高者,均可用清开灵注射液、甘利欣注射液治疗,免用任何降血脂药。两组患者均提倡高维生素、低脂肪饮食,增加适当的运动。疗程 2 个月,1 个疗程后评定疗效。

4. 观察指标

B 型超声机(日本产)、Ⅲ型前胶原(PCⅢ)试剂盒由重庆市肿瘤研究所提供,Ⅳ型胶原(ⅣC)、透明质酸(HA)、层粘连蛋白(LN)试剂盒由上海海军医学研究所提供,均采用放免方法。ALT、TBiL、 γ 谷氨酰转移酶(γ -GT)、总胆固醇(TC)、甘油三酯(TG)均采用奥林巴斯 AU400 全自动生化仪检验。

病理取材方法:应用 MANANPRO-MAG2.2 穿刺枪,18GA 穿刺针,病理标本长度 1.5 cm 以上,常规做苏木精-依红(IIE)和 Masson3 色染色,由专人操作、书写病理报告。

5. 疗效标准

显效:主要症状消失;B 超提示肝脏无细密波形;肝功能、肝纤四项恢复正常,TC、TG 指标下降 50% 以上。

有效:主要症状明显改善或消失;B 超提示肝脏致密波形下降 1 度;肝功能 ALT、 γ -GT、肝纤四项指标下降 50% 以上,TBiL、TC、TG 指标下降 30% 以上。

无效:未达到上述指标。

6. 统计学方法

计量资料采用 t 检验,计数资料采用 X^2 检验。

7. 治疗结果

(1)两组疗效比见表 1。

表 1 两组疗效比较

单位:例

组别	n	显效	有效	无效	总有效率(%)
治疗组	101	37	56	8	92.08
对照组	100	26	55	19	81.00

注:与对照组比较, $P < 0.05$ 。

(2) 两组治疗前后肝功能变化比较见表 2。

表 2 两组治疗前后肝功能变化比较

	治疗组(n=101)		对照组(n=100)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
ALT(U/L)	164.72 ± 44.54	58.11 ± 25.25 Δ	160.18 ± 38.12	66.16 ± 29.13
TBiL(μ mol/L)	30.57 ± 19.91	23.26 ± 12.94 Δ	31.49 ± 19.98	27.07 ± 12.06
γ -GT(U/L)	98.50 ± 28.63	43.20 ± 9.88 Δ	86.70 ± 9.47	52.70 ± 13.43

注:与本组治疗前比较, $P < 0.01$;与对照组治疗后比较, $\Delta P < 0.05$ 。

(3) 两组治疗前后症状、体征变化比较见表 3。

表 3 两组治疗前后症状、体征变化比较

单位:例

	治疗组		对照组	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
乏力	19	9 Δ	18	14
纳差	22	7 Δ	23	13
腹胀	17	6 $\Delta\Delta$	17	11
肝区不适	40	10 $\Delta\Delta$	38	22
黄疸	11	1 $\Delta\Delta$	9	6

注:与对照组治疗后比较, $\Delta P < 0.05$, $\Delta\Delta P < 0.01$ 。

(4) 两组治疗前后肝脏 B 超脂肪沉积情况变化比较见表 4。

表 4 两组治疗前后肝脏 B 超脂肪沉积情况变化比较

	治疗组($n=101$)		对照组($n=100$)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
轻度	42	2 $\Delta\Delta$	39	6
中度	48	2 Δ	52	8
重度	11	3 Δ	9	6

注:与对照组治疗后比较, $\Delta\Delta P<0.01$, $\Delta P<0.05$ 。

(5)两组治疗前后血脂变化比较见表 5。

表 5 两组治疗前后血脂变化比较($X \pm S$) 单位:mmol/L

	治疗组($n=101$)		对照组($n=100$)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
TC	4.54 \pm 1.16	3.67 \pm 0.62 \blacktriangle	4.47 \pm 1.05	4.01 \pm 0.58
TG	3.29 \pm 1.21	2.16 \pm 1.34 Δ	3.53 \pm 1.12	2.87 \pm 1.13

注:与本组治疗前比较, $P<0.01$;与对照组治疗后比较, $\Delta P<0.05$, $\blacktriangle P>0.05$ 。

(6)两组治疗前后肝纤四项变化比较见表 6。

表 6 两组治疗前后肝纤四项变化比较($X \pm S$)

	治疗组($n=101$)		对照组($n=100$)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
HA(ng/mL)	157.17 \pm 55.46	96.58 \pm 45.82 Δ	163.58 \pm 69.65	32.33 \pm 37.76
LN(ng/mL)	118.01 \pm 22.34	22.58 \pm 44.10 \blacktriangle	121.0 \pm 20.01	1.08 \pm 30.76
PCIII(μ g/L)	188.58 \pm 81.23	165.42 \pm 32.01 \blacktriangle	179.46 \pm 65.61	145.69 \pm 39.22
IVC(μ g/L)	96.58 \pm 32.32	87.67 \pm 35.34 \blacktriangle	94.08 \pm 22.12	88.53 \pm 4.74

注:与本组治疗前比较, $P<0.05$;与对照组治疗后比较, $\Delta P<0.05$, $\blacktriangle P>0.05$ 。

(7)治疗组治疗前后病理分级变化见表 7。

表 7 治疗组治疗前后病理分级变化

	治疗前	治疗后
中度	5	5
轻度	5	0
重度	3	3
中度	2	0

杨
牧
祥
等脂肪肝泰胶囊对高脂血症性脂肪肝
患者 SOD 和 MDA 的影响

脂肪肝在中医学中无独立的病名,根据其病因、发病机制及临床表现和体征,大致可归属于中医的“痰证”、“瘀血”等范畴。

杨教授所领导的课题组根据中医学对高脂血症性脂肪肝的传统认识和现代研究成果,并结合多年的临床实践经验,以疏肝健脾,消痰化瘀为法,研制成脂肪肝泰胶囊,方中选用茵陈蒿、郁金、柴胡疏肝利胆,清利湿热,促使脂肪降解;炙黄芪、生白术益气健脾燥湿,以助痰瘀的运除,而且也体现了“见肝之病,当先实脾”的治疗法则;泽泻除水湿,消痰浊,阻脂质生成;丹参活血通络,祛肝经之瘀,增强肝脏血运,消除积聚脂肪;生大黄通腑导滞,降浊祛脂,与泽泻配用,分流疏导,使邪有去路;生山楂祛瘀消积,消化脂肪;枳实行气消痞,理脾导滞,且与升散之柴胡相配,一升一降,条畅气机,以利于气血运行;制首乌补益精血,使之利湿而不伤阴,活血而不耗血,诸药合用,旨在清除痰浊瘀积,调节肝脾功能,疏通气血壅滞,从而达到断本清原,阻浊导滞,分流疏导,消通净脂的目的。

脂肪肝泰胶囊对高脂血症性脂肪肝患者 SOD 的活性及 MDA 含量的影响:自由基造成生物体系损伤的重要因素是产生脂质过氧化物,其中最主要的是 MDA。SOD 是广泛存在于需氧代谢细胞中的一种自由基清除剂,在自由基的产生与清除平衡中起着重要作用。研究结果显示,治疗组与对照组患者治疗前血清 MDA 的含量均高于正常($P < 0.01$),而 SOD 的活性均低于正常($P < 0.01$),提示抗氧化能力下降是高脂血症性脂肪肝的一个重要发病机制。经药物治疗后患者血清 MDA 的含量明显降低,SOD 的活

性明显增强,与治疗前比较有显著差异($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$),尤以脂肝泰胶囊治疗组最为明显。说明脂肝泰胶囊具有清除肌体自由基,增强抗氧化能力的作用,可以调节和改善自由基代谢平衡。此可作为脂肝泰胶囊治疗高脂血症性脂肪肝的作用机制之一。

【临床研究报告】

1. 临床资料

所有患者均为 2000 年 3 月至 2002 年 8 月在河北新乐市中医院、河北中医肝病医院、河北行唐县中医院脂肪肝专科诊治的患者。分为脂肝泰治疗组(简称治疗组)和东宝肝泰对照组(简称对照组)。治疗组 128 例,男 106 例,女 22 例;年龄 31~62 岁,平均(45.6±12.6)岁;病程最长者 12 年,最短者 1.8 年,平均病程(5.9±2.1)年。按分级标准,轻度者 17 例,中度者 97 例,重度者 14 例。对照组 62 例,男 55 例,女 7 例;年龄 32~59 岁,平均(46.8±12.9)岁;病程最长者 11 年,最短者 1.9 年,平均病程(6.1±2.3)年;按分级标准,轻度者 9 例,中度者 46 例,重度者 7 例。两组病例基本情况无明显差异,具有可比性。另设正常对照组 30 例,男 24 例,女 6 例,平均年龄 45.3 岁,皆为健康献血员。

2. 诊断标准

参照有关文献制定如下标准:

(1)B 超检查:①肝前后部回声差异,近场回声密集增强而远场回声衰减;②肝内管道结构特别是静脉变细不清;③肝脏轻度或中度肿大。患者 B 超检查任何一项符合上述目标标准即诊断为脂肪肝。

(2)高脂血症:TC≥6.0 mmol/L 或 TG≥1.7 mmol/L 或男性 HDL-C≤1.04 mmol/L;女性 HDL-C≤1.17 mmol/L。纳入标准:不同医师 2 次或 2 次以上腹部 B 超检查证实为脂肪肝,同时伴有高脂血症者。

3. 排除标准

(1)病毒性肝炎、药物性肝病、Wilson 病、全胃肠外营养和自身免疫性肝病等。

(2)胰岛素依赖性糖尿病及严重的非胰岛素依赖性糖尿病。

(3)无饮酒史或饮酒折合酒精量每周 $<40\text{ g}$ 。

(4)妊娠和哺乳期妇女。

(5)未按规定服药者。

4. 分级标准

轻度:肝脏形态饱满,轮廓尚清晰,肝实质回声近场弥漫性增强,远场回声轻度衰减,肝内管状结构尚清晰。

中度:肝脏形态增大,轮廓欠清晰,肝实质回声近场明显增强,远场回声明显衰减,肝内管状结构减少,出肝表面回声线模糊。

重度:肝脏形态明显增大,轮廓不清,肝实质回声近场明显增强、增粗,远场回声明显衰减,甚至无回声区,肝内管状结构及出肝表面回声线消失。

5. 治疗方法

治疗组服用脂肝泰胶囊(河北中医肝病医院制剂室制备,课题组监制),每次5粒,每次3片;对照组服用东宝肝泰片(通化东宝药业股份有限公司出品,批号为430110),每次3片,每日3次。两组均以2个月为1个疗程。全部患者在治疗期间不再另外服用其他降脂每日3次、降酶药物,注意控制饮食(保持平衡膳食,适当控制进食量,特别是高脂肪和糖类食物)和戒酒。

6. 检测方法

治疗前及疗程结束后空腹抽取静脉血,将血样低温离心,分离血清,SOD采用黄嘌呤氧化酶法、MDA采用硫代巴比妥酸(TBA)比色分析法。严格按试剂盒说明书检测。试剂盒购自南京建成生物工程研究所(批号:2002826)。由专人严格按照说明书要求测定,每份标本测定2次取平均值作为有效数据。

7. 主要仪器

722 型光栅分光光度计(上海精密科学仪器有限公司), MSE-25 型高速冷冻离心机(上海安亭科学仪器厂)。

8. 统计学处理方法

数据结果以 $\bar{X} \pm S$ 表示, 数据分析采用 t 检验, 显著性检验以 0.05 和 0.01 为标准。

9. 治疗结果(见下表)

检测结果显示, 治疗组和对照组的患者经药物治疗后血清 SOD 的活性较治疗前增强 ($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$), MDA 的含量较治疗前明显下降 ($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$); 两组治疗后比较, 治疗组患者血清 SOD 的活性高于对照组 ($P < 0.01$), MDA 的含量低于对照组 ($P < 0.01$)。

两组治疗前后血清 SOD 的活性及 MDA 的含量变化

分组	SOD(nU/mL)		MDA(nmol/mL)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
治疗组	$0.93 \pm 0.16 \Delta$	$1.53 \pm 0.19 \#$	$6.67 \pm 1.28 \Delta$	$5.07 \pm 0.98 \#$
对照组	$0.92 \pm 0.17 \Delta$	1.09 ± 0.18	$6.68 \pm 1.24 \Delta$	5.91 ± 0.93
正常组	0.68 ± 0.14	4.82 ± 0.87		

注: 与正常组比较 $\Delta P < 0.01$, 与治疗前比较 $P < 0.05$; 与对照组比较 $\# P < 0.01$ 。

杨
牧
祥
等脂肝泰胶囊治疗高脂血症性
脂肪肝的疗效观察

脂肪肝是由多种疾病和病因引起的肝脏脂肪变性。现代医学对脂肪肝的发病机制未完全明了,认为摄入游离脂肪酸增多、肝合成游离脂肪酸及碳水化合物合成 TG 增加、肝内脂肪酸 β 氧化减少、极低密度脂蛋白合成和分泌减少、肝内 TC 转运障碍等因素与脂肪肝的形成有关,此外脂质过氧化损伤也是一个重要的致病因素。

脂肪肝在中医学中无独立的病名,多数学者认为,属于中医的“积聚”、“痰浊”、“瘀血”等范畴。其发生原因多由长期嗜食肥甘厚味,或情志失调,加之劳逸失度,以致脾失健运,痰浊内生,肝脉瘀阻,气血痰浊瘀结于肝脏而形成。

杨教授所领导的课题组经多年临床研究,认为饮食、情绪为诱因,肝脾功能受损为果,痰浊气血瘀滞为标,肝脏病累为本。治宜疏肝健脾,消痰化瘀。脂肝泰胶囊选用茵陈蒿、郁金、柴胡疏肝利胆、清利湿热,促使脂肪降解;黄芪、白术补气健脾、燥湿,以助痰瘀的运除,而且也体现了“见肝之病,当先实脾”的治疗法则;泽泻除水湿、消痰浊,阻脂质生成;丹参活血通络,祛肝经之瘀,增强肝脏血运,消除积聚脂肪;生大黄通腑导滞、降浊祛脂,与泽泻配用,分流疏导,使邪有去路;生山楂祛瘀消积,消化脂肪;枳实行气消痞、理脾导滞,且与升散之柴胡相配,一升一降,调畅气机,以利于气血运行;制何首乌补肝肾、益精血,使之利湿而不伤阴,活血而不耗血。诸药合用,旨在清除痰浊瘀积,调节肝脾功能,疏通气血壅滞,从而达到断本清源、阻浊导滞、分流疏导、消通净脂的目的。

现代药理学研究证实,方中多味中药具有抗肝脂肪变性和调节血脂的作用,如泽泻能促进甘油三酯的运输和清除;茵陈蒿利胆降脂,促进脂肪代谢;黄芪有提高血浆 cAMP 的含量,增加免疫功能,促进再生肝细胞 DNA 合成和直接减少内源性 TC 生成等作用;何首乌对用过氧化玉米油所致大鼠的脂肪肝和肝功能损害及肝中过氧化脂质含量的增高,均有明显对抗作用,尚能阻止 TC 在肝内的沉积;山楂可抑制肝脏 TC 的合成;丹参、郁金、大黄等活血化瘀药可疏通肝内血液循环,增加肝血流量,改善肝脏微循环。此外丹参及其有效成分以及白术和郁金都有清除自由基和抗脂质过氧化作用。

临床观察资料结果显示,经脂肝泰胶囊治疗后,高脂血症性脂肪肝患者的 B 超影像显著改善,同时该方具有显著减轻和缓解临床症状、调节血脂、改善和恢复肝功能等作用,从而减轻或逆转脂肪肝,其总体疗效优于东宝肝泰对照组($P < 0.01$),充分证明脂肝泰胶囊是治疗高脂血症性脂肪肝的有效药物。

【临床研究报告】

1. 临床资料

所有患者均为 2000 年 3 月至 2002 年 8 月在河北新乐市中医院、河北中医肝病医院、河北行唐县中医院脂肪肝专科诊治的患者。分为脂肝泰治疗组(简称治疗组)和东宝肝泰对照组(简称对照组)。治疗组 128 例,男 106 例,女 22 例;年龄 31~62 岁,平均 45.6 岁;病程最长者 12 年,最短者 1.8 年,平均 5.9 年;按分级标准,轻度者 17 例,中度者 97 例,重度者 14 例。对照组 62 例,男 55 例,女 7 例;年龄 32~59 岁,平均 46.8 岁;病程最长者 11 年,最短者 1.9 年,平均 6.1 年;按分级标准,轻度 9 例,中度者 46 例,重度者 7 例。两组病例基本情况无明显差异,具有可比性。

2. 诊断标准

参照有关文献制定如下标准:

(1)B超检查:①肝前后部回声差异,近场回声密集增强而远场回声衰减;②肝内管道结构特别是静脉变细不清;③肝脏轻度或中度肿大。患者B超检查任何一项符合上述标准即可诊断为脂肪肝。

(2)高脂血症:TC \geq 6.0 mmol/L,或TG \geq 1.70 mmol/L,或男性HDL-C \leq 1.04 mmol/L,女性HDL-C \leq 1.17 mmol/L。

3. 纳入标准

不同医师2次或2次以上腹部B超检查证实为脂肪肝,同时伴有高脂血症者。

4. 排除标准

(1)病毒性肝炎、药物性肝病、Wilson病、全胃肠外营养和自身免疫性肝病等。

(2)胰岛素依赖性糖尿病及严重的非胰岛素依赖性糖尿病。

(3)无饮酒史或饮酒折合酒精量每周 $<$ 40 g。

(4)妊娠和哺乳期妇女。

(5)未按规定服药者。

5. 分级标准

轻度:肝脏形态饱满,轮廓尚清晰,肝实质回声近场弥漫性增强,远场回声轻度衰减,肝内管状结构尚清晰。

中度:肝脏形态增大,轮廓欠清晰,肝实质回声近场明显增强,远场回声明显衰减,肝内管状结构减少,出肝表面回声线模糊。

重度:肝脏形态明显增大,轮廓不清,肝实质回声近场明显增强、增粗,远场回声明显衰减,甚至无回声区,肝内管状结构及出肝表面回声线消失。

6. 治疗方法

治疗组服用脂肝泰胶囊(河北中医肝病医院制剂室制备,课题组监制),每次5粒,每日3次;对照组服用东宝肝泰片(通化东宝药业股份有限公司出品,批号为430110),每次3片,每日3次。

两组均以 2 个月为 1 个疗程。全部患者在治疗期间不再另外服用其他降脂、降酶药物,注意饮食控制和戒酒。

7. 观测指标

临床症状、体征变化,检测血脂、血丙氨酸转氨酶(ALT)、门冬氨酸转氨酶(AST),肝脏 B 超。治疗前后各检查 1 次,B 超检查采用积分法评估(见表 1)。

表 1 肝脏 B 超积分计算

	0 分	1 分	2 分	3 分
肝脏形态	正常	饱满	增大	明显增大
肝脏轮廓	清晰	尚清晰	欠清晰	不清晰
肝实质回声	均匀	近场光点弥漫性增强	近场光点明显增强	近场光点明显增强、增粗、闪亮
远场回声	无衰减	1/3 衰减	2/3 衰减	全衰减呈无回声区
出肝表面回声线	清晰	尚清晰	欠清晰	消失
肝内管状结构	清晰	尚清晰	欠清晰	不清晰
肝内强回声结节	无	单个	多个	

8. 疗效标准

治愈:治疗 1 个疗程后,症状及体征消失,B 超检查肝脏形态及实质恢复正常,血脂各项指标及 ALT 正常。

显效:治疗 1 个疗程后,症状和体征明显改善,其程度由 +++ 降至 + 或由 ++ 降至 +;主要理化指标明显改善,如 B 超积分至少有 5 项指标,每项比治疗前下降 ≥ 1 分;ALT、AST 正常;血脂下降达到以下任 1 项:TC 下降 $\geq 20\%$,TG 下降 $\geq 30\%$,HDL-C 上升 ≥ 0.26 mmol/L。

有效:治疗 1 个疗程后,1/3~2/3 症状和体征改善,其程度由

+++降至++或由++降至+;主要理化指标有所改善,如B超积分至少有3项指标每项比治疗前下降 ≥ 1 分;ALT、AST好转;血脂下降达到以下任1项:TC下降 $\geq 0\%$ 但 $< 20\%$,TG下降 $\geq 20\%$ 但 $< 30\%$,HDL-C上升 ≥ 0.104 mmol/L但 < 0.26 mmol/L。无效:治疗1个疗程后症状、体征无改善,超声表现及ALT、AST无好转,血脂下降达不到标准者。

9. 统计学处理方法

数据结果以 $X \pm S$ 表示,根据资料性质不同,分别采用 t 检验、 X^2 检验,显著性检验以0.05和0.01为标准。

10. 治疗结果(见表2~表6)

表2 两组临床症状有效率比较

单位:例,%

组别	疲倦	肝区不适	肝区疼痛	脘腹痞满	食少	恶心
治疗组	94/98 (96.1*)	93/96 (96.9*)	9/82 (96.3*)	105/10 (97.2*)	74/76 (97.4*)	34/36 (94.4*)
对照组	30/46 (65.2)	35/43 (81.4)	23/31 (74.0)	39/51 (76.5)	23/34 (67.6)	9/16 (56.3)

注:与对照组比较,* $P < 0.01$ 。

表3 两组TG、TC、HDL-C、LDAL-C比较

单位:mmol/L

组别	n	TG	TC	HDL-C	LDL-C
治疗组	128				
疗前		2.21 \pm 0.68	5.43 \pm 0.63	1.01 \pm 0.19	4.45 \pm 0.83
疗后		1.55 \pm 0.55** Δ	4.54 \pm 0.61** Δ	1.49 \pm 0.23** Δ	3.79 \pm 0.78** Δ
对照组	62				
疗前		2.15 \pm 0.43	5.48 \pm 0.78	1.03 \pm 0.27	4.49 \pm 0.52
疗后		1.69 \pm 0.13*	4.68 \pm 0.67*	1.33 \pm 0.31*	4.03 \pm 0.47*

注:与治疗前比较,* $P < 0.05$,** $P < 0.01$;与对照组比较, $\Delta P < 0.05$ 。

表 4 两组 AST、ALT 比较($\bar{X} \pm S$)

组别	n	AST(U/L)	ALT(U/L)
治疗组	128		
治疗前		55.79 ± 3.98	49.21 ± 2.47
治疗后		37.43 ± 2.66*	31.13 ± 2.58*
对照组	62		
治疗前		54.43 ± 3.17	50.11 ± 3.68
治疗后		38.23 ± 2.85*	35.47 ± 3.16*

注:与治疗前比较,* $P < 0.01$ 。

表 5 两组 B 超积分比较($\bar{X} \pm S$)

组别	n	治疗前	治疗后
治疗组	128	8.57 ± 2.23	4.16 ± 1.84* * △
对照组	62	8.19 ± 2.72	6.93 ± 1.96*

注:与治疗前比较,* $P < 0.05$,** $P < 0.01$;与对照组比较,△ $P < 0.05$ 。

表 6 两组总体疗效的比较

组别	n	治愈	显效	有效	无效	总有效率(%)
治疗组	128	14	59	54	1	99.2*
对照组	62	5	20	28	9	85.5

注:与对照组比较,* $P < 0.01$ 。

李秀芳等

中药防治脂肪肝药效
研究的思路与方法

脂肪肝是肝脏脂蛋白代谢紊乱,甘油三酯的合成速度大于将其泌入血液的速度,TG大量堆积于肝脏而致的一种病理改变。近年来随着人们生活水平的提高、饮食结构的改变、检测手段的进步以及保健意识的增强,脂肪肝的检出率呈逐年增高的趋势。临床流行病学研究表明,我国脂肪肝的发病率在5.2%~11.4%,所处地区经济越发达,发病率也越高,并且发病年龄有越来越小的趋势。脂肪肝既是多种病因的结果,同时也作为病因使单纯性脂肪肝向脂肪性肝炎、脂肪性肝纤维化、脂肪性肝硬化发展,故及早诊治对于防止脂肪性肝病的发展极为重要。然而脂肪肝的危害至今尚未引起公众及医学界的高度重视,目前尚无特效治疗药物,而且脂肪肝常规治疗中的一些促进血液中脂质运输至肝脏进行代谢的降低血脂药物,在降低血脂的同时却升高肝脂,加重肝脏脂肪沉积。

现代研究认为,脂肪肝的病因和发病机制主要有:

(1)进入肝内的脂肪酸(FFA)过多,TG的合成超过将其转运出肝脏的能力。

(2)肝内脂肪酸 β 氧化障碍,肝内脂肪酸利用减少,TG合成增多。

(3)极低密度脂蛋白(VLDL)合成障碍,肝脏合成的内源性TG不能运出肝脏;(肝脏合成)能力增加及脂蛋白代谢酶的活性下降。

临床用于脂肪肝治疗的药物主要有调血脂药和护肝祛脂药两大类。常用的调血脂药有的在降低血脂时肝脂未见减少,甚至有

的药物在降低血脂的同时,肝脂反而增加,因此对于血脂正常的脂肪肝患者来说,原则上不用降脂药。护肝祛脂药中较早应用的是胆碱,其为卵磷脂的组成成分,可促进磷脂合成,加速肝内脂肪转运而去除肝脂。具有护肝祛脂作用的药物还有水飞蓟素、肉毒碱乳清酸盐、熊去氧胆酸、甜菜碱、牛黄酸、还原型谷胱甘肽等,它们通过抗氧化、改善肝脏微循环、促进 VADL 合成、促进线粒体代谢活性、抗肝细胞坏死等环节发挥作用,但这些药物治疗作用的报道有的是动物实验研究资料,或仅为部分临时研究结论,治疗脂肪肝的确切疗效、机制及安全性尚须做更进一步的研究。

中医研究认为,轻、中度脂肪肝早期虽无明显的临床症状,但随着病情的发展,部分患者可出现胁痛、食欲缺乏、乏力、肝肿大等症状与体征,并且脂肪肝患者多具长期酗酒、嗜食肥甘厚味、形体肥胖等特点,中医将其归为“癥瘕”、“积聚”、“胁痛”、“痰浊”、“湿气”、“臌胀”等范畴。发病机制与痰、瘀、积有关,认为脂肪肝是饮食不节、嗜食肥甘或饮酒无度,致使脾失健运,肝失疏泄,湿热蕴积于脾胃,痰湿内生,气滞血瘀,最终导致气滞、痰湿、血瘀互结,积于胁下而成。其病位主要在肝脾两脏。脾主运化,若酒食不节,脾失健运,水湿不化、湿浊内阻而见乏力,纳差。肝主疏泄,调畅全身气血、津液,肝失疏泄,气机郁结,气滞血瘀而见胁肋胀满不适、隐痛、肝肿大。处方用药相对集中于具有疏肝理气健脾、化痰利湿降浊、活血化瘀、消积导滞功效的中药。有学者根据对临床报道治疗脂肪肝的中药处方进行分析,得出使用频率最高的单味中药依次为:山楂、丹参、泽泻、柴胡、草决明、制首乌、郁金、茯苓、陈皮、半夏、大黄。而复方治疗多以具有降低血脂、改善肝脏脂质代谢、保肝、改善血液流变学等作用的方剂为主。

由于脂肪肝的发病机制尚未完全清楚,但从目前的研究来看,造成 TG 大量堆积的原因有两个:一是肝脏 TG 输出相对不足,二是肝脏 TG 输出绝对不足。前者是由于进入肝脏的血液中 FFA

增多或肝脏自身合成 FFA 增多,加速肝脏合成 TG 所致,后者多与载脂蛋白的合成不足、 β -氧化作用减弱等有关。尽管引起脂肪肝病因和发病机制不完全相同,但在其病理改变及演变过程均有许多相似之处,均可因脂变的肝细胞体积增大,互相挤压并压迫肝血窦造成肝细胞缺血,或 FFA 的细胞毒性及药物、毒物的直接肝细胞损害作用,使脂肪肝由单纯性脂肪肝向脂肪性肝炎、脂肪性肝纤维化或肝硬化发展。若在早期,即单纯性脂肪肝阶段就能及时治疗,不仅可阻止脂肪肝的进一步发展,甚至可以完全治愈。临床上由于脂肪肝病程隐匿,一旦出现症状或在体检发现时多伴不同程度的脂肪性肝炎或脂肪性肝纤维化,因此,理想的抗脂肪肝药物应在控制原发疾病降低肝脂的同时,还能防治脂肪性肝炎及脂肪性肝纤维化。大量流行病学调查表明,脂肪肝多伴有血脂升高,尤其以 TG 的升高为主,故许多临床研究常以血脂升高作为诊断脂肪肝的依据之一,并以血脂的降低作为评价药物治疗脂肪肝疗效的依据。但血脂增高并非脂肪肝的特异性指标,有研究表明,约有 40% 的脂肪肝患者血脂在正常值内,对于此部分患者,使用降脂药是有益还是有害,目前尚无明确的研究结论。

不区分血脂的情况,盲目使用降脂药,有可能促进血脂进一步向肝脏转移,而加重脂肪肝。实验及临床研究均表明中药及其复方制剂可作用于与脂肪肝发病有关的多个环节,在脂肪性肝病的防治上有一定的优势,如可通过减肥、降低血糖、补充磷脂、降低血脂等促进肝内脂肪消退,还可通过抗脂质过氧化、改善微循环等改善肝脏的功能状况,达到抗脂肪肝、脂肪性肝炎、肝纤维化及早期肝硬化的作用。中药不仅用于对症治疗,也用于消除病因。在进行中药防治脂肪肝的药效研究时,应结合临床用药特点,从调节脂肪代谢、改善肝脏功能、抗肝纤维化、治疗原发病四个方面着手,方能更好地揭示其治疗作用的环节及机制,指导临床合理用药。

改善肝脏功能:肝脏是脂质代谢的中心,肝脏的功能状态在脂

肪肝的形成过程中占有主要地位。临床上单纯性脂肪肝常伴有丙氨酸氨基转移酶(ALT)、天门冬氨酸氨基转移酶(AST)的轻度增高。临床原因不明的血清转氨酶增高,最多的组织学诊断是脂肪肝。在 110 例 HBV、HCV、HEV 血清标志物皆为阴性的脂肪肝患者中肝功能异常者占 32.7%,即使肝功能正常者,ALT、AST 也较正常对照组显著增加,脂肪肝患者不仅有肝血流动力学改变,也存在血液流变学的改变。多数医家治疗脂肪肝以健脾益气、行气化痰为主要治则,现代研究认为血瘀证主要是循环系统功能和血液理化性质异常的综合表现。肝脏对缺氧极度敏感,特别是位于肝内血循环末梢部位小叶中央区的肝细胞容易缺氧、瘀血而发生脂肪变性,中药则可通过改善肝脏局部微循环、抗脂质过氧化、促进肝细胞再生、改善肝脏功能而上升到治疗脂肪肝的目的。

肝脏合成: TG 的脂质原料来源于吸收的 CM 和糖在肝胆中的转化和脂肪组织动员生成的 FFA,所以药物若能作用于肝脏脂肪的摄入、合成与排出、氧化、分解的某一个环节或几个环节,均可治疗脂肪肝。一般来说,正常动物对降脂药的敏感性不高,若得出阳性结果常较为可靠。通过观察药物对正常动物血脂的影响,可明确药物的作用是否与降血脂有关;通过不同的动物模型及采用不同的给药方法可了解药物的作用环节,如高脂饲料诱发的脂肪肝模型与人类肥胖合并高脂蛋白血症脂肪肝极为相似,饲喂适当比例的高脂配方饲料在一定时间内模型的成功率达 100%,是最常用脂肪肝模型,采取造模的同时预防性给药,造模成功后再给药及造模成功后停饲高脂饲料继续给药等方法,可初步判断药物是作用于脂质的吸收、TG 的合成、TG 的降解哪个环节而起的作用。

脂肪肝的实验研究也可分为整体和离体两种实验方法,但离体实验目前仅在脂肪肝的基础研究中使用。有学者已成功地用酒精、高脂血清造成离体人和动物肝细胞的脂肪变性模型,而体外实验治疗学中药药效研究尚未见报道。目前抗脂肪肝药效学研究多

采用与发病机制相关的整体动物模型。脂肪肝的实验动物常选用大鼠、小鼠、豚鼠和家兔。大鼠易造成酒精及非酒精性脂肪肝模型,而且饲养及给药方便,是最常用的动物。由于脂肪肝发病机制尚未完全清楚,其可以是一个独立的疾病,也可以是多种疾病过程中的一种病理改变,所以很难以某一种模型作用研究的黄金模型,在药效学研究时,宜根据临床用药特点,选择与发病机制密切相关的疾病模型及脂质代谢有关环节的模型进行研究。

进入肝内 FFA 过多为主的脂肪肝模型:可选用高脂饲料诱发肥胖、高脂血症脂肪肝模型,该模型是目前最常用的外源性 FFA 摄入过多脂肪肝模型,还有高脂、高热量诱发脂肪肝模型、自发性肥胖、高脂血症脂肪肝模型等。肝脏 VLDL 合成及分泌障碍为主的脂肪肝模型 可选用四环素脂肪肝模型、乙硫氨酸脂肪肝模型,它们主要引起肝脏急性脂变,以肝脏 TG 增高为主。

抑制脂肪酸、氧化的脂肪肝模型:可选用肉毒碱缺乏症脂肪肝模型、FFA 摄入过多的脂肪肝模型、CCL 脂肪肝模型、酒精性脂肪肝模型等。

复合因素造成的脂肪肝模型:可选用高脂、酒精性脂肪肝模型等。

所选用的客观指标主要为:肝脏脂质的直接测定,不论何种病因引起的脂肪肝其特异性指标即肝脂的堆积,堆积的肝脂同时还是脂肪性肝病发展的一个重要因素,故肝脂是诊断脂肪肝的关键性指标,但由于肝脂检测的创伤性会给患者带来一定的痛苦而不易被患者接受,故临床上多不采用肝活检,但在治疗脂肪肝药物疗效评价的实验研究中,测定肝脂简便易行,故选用降低肝脂作为评价指标较以降血脂为指标更为合理,肝脂的测定可以通过组织学及化学的方法进行。

另外还可选用计算机断层(CT)扫描、肝脏病理组织检查等方法。其他相关指标的检测有:体重、肝重、肝指数的检测、肝功能试验、血脂测定、血清纤维化指标等。

李 青

中药复方治疗肥胖性脂肪肝

现代医学认为脂肪肝不是一种独立的病疾,而是由于多种原因长期作用而引起的肝脏常见的病理改变。其病理改变主要为脂肪变性、脂肪性肝炎和肝硬化。肥胖性脂肪肝主要为脂肪性肝炎,其类证治疗虽散见于“胁痛”、“积聚”、“黄疸”等门类,但其病机核心皆言归“痰浊”。盖因患者过食肥甘厚味,酿湿生痰;或因素体脾虚运迟(脂肪酸氧化功能减退),湿邪内生。遂致湿困中土,壅遏肝胆气机,肝失疏泄,脾失健运,脂肪等水谷精微不能正常输布全身,消耗于日常的生命活动,反而滞留于血脉之中成为痰浊(高脂血症),痹阻于肝脏即为脂肪肝。

基于以上认识,笔者取《伤寒论》之四逆散疏肝理气,《和剂局方》之四君子汤健脾助运,《丹溪心法》之保和丸导滞化痰。结合现代药理研究成果,加用含有齐墩果酸的女贞子、丝瓜络、夏枯草保肝降酶;用能够改善人体脂质代谢的草决明、生山楂、泽泻、干荷叶降脂抑脂。全方借助千古名方的确切疗效,借鉴现代药理的研究成果,故对肥胖性脂肪肝取得了较好的治疗效果。

【临床研究报告】

1. 临床资料

本组 52 例均为门诊患者。其中男性 24 例,女性 28 例;年龄 30~60 岁。

(1)临床症状:为右胁或两胁隐痛或胀闷不适,胃脘痞满,胃纳欠佳,恶心,四肢乏力,身体困重,舌体胖或有齿痕、舌苔厚腻罩黄,脉细。

(2)体重指数(BMI)≥27。

(3)血清 ALT、AST、 γ -GT、TC、TG 增高。

(4)B 超显示肝脏增大,前场回声增强增多,后场回声衰减,管状结构模糊。

(5)因酒精、药物、糖尿病、肝炎病毒所致脂肪肝不列入本组治疗观察范围。

2. 治疗方法

加味三合一方组成:柴胡 6 g,白芍、党参、炒莱菔子各 12 g,炒枳实、炒白术、陈皮、半夏、茯苓、女贞子各 10 g,生山楂、连翘、神曲、生麦芽、泽泻、草决明、干荷叶、丝瓜络、夏枯草各 15 g,炙甘草 5 g。

加减法:寒湿偏盛,舌苔白厚而腻,去连翘加炒苍术、砂仁;血清 TB 增高,加茵陈、虎杖。每日 1 剂,水煎服。4 周为 1 个疗程,连续观察 1~2 个疗程。

3. 疗效标准

显效:临床症状消失,ALT、AST、 γ -GT 下降至正常,TC、TG 超标部分下降 $2/3$ 以上,B 超显示肝脏回声恢复正常,管状结构清楚。

有效:临床症状明显减轻,ALT、AST、 γ -GT 超标部分下降 $2/3$ 以上,TC、TG 超标部分下降 $1/2$ 以上,B 超显示肝脏回声、管状结构较前好转。

无效:未达到以上标准者。

4. 治疗结果

本组 52 例中,治疗 1 个疗程显效 9 例,有效 21 例,无效 22 例,总有效率 57.7%;两疗程显效 13 例,有效 30 例,无效 9 例,总有效率 82.7%。加味三合一方对减轻体重亦有一定作用,平均每个疗程患者体重下降 2 kg。

【临床病案】

蒯某,男,54 岁,干部。因右上腹痛、乏力达 1 个月于 2000 年

3月2日来诊。刻诊患者右上腹胀闷,时有隐痛,四肢乏力,昏昏欲睡,胃纳不馨,恶心欲吐,尿黄,便下不爽,腹壁肥厚,右上腹压痛,舌淡红,舌边有齿痕,苔厚腻罩黄,脉弦细。BMI28.6。实验室检查:血清 TB24 $\mu\text{mol/L}$, ALT136 U, AST112 U, γ -GT198 U, TC 6.02 mmol/L, TG2.40 mmol/L。B超提示:脂肪肝、胆囊壁略粗。西医诊断为肥胖性脂肪肝。中医辨证为肝郁脾虚,痰浊中阻。治拟疏肝健脾,利湿化痰导滞,予加味三合一方:柴胡 6 g,白芍、党参、炒莱菔子各 12 g,炒枳实、炒白术、陈皮、半夏、茯苓、女贞子各 10 g,生山楂、连翘、神曲、生麦芽、泽泻、草决明、干荷叶、丝瓜络、夏枯草、虎杖各 15 g,茵陈 30 g,炙甘草 5 g。每日 1 剂,水煎 2 次,早晚分服。7 剂后右上腹胀痛感消失,苔腻渐化。效不更方,连服 21 剂,患者诸症若失,复查血清 TB16 $\mu\text{mol/L}$, ALT32 U, AST 30 U, γ -GT43 U, TC4.80 mmol/L, TG1.78 mmol/L。肝胆 B 超未见异常。体重下降 4.5 kg。嘱其适当增加运动,控制脂肪、糖类进食量。随访 2 年脂肪肝未发。

作者运用中医传统理论,采用疏肝健脾、利湿化痰导滞的方法治疗脂肪肝临床收到较好的效果,既可以减肥,又可以增加治疗效果。

黄子夏等

中药配合减肥法治疗脂肪肝

目前,病态肥胖患者的肝组织学异常相当多见,愈是肥胖愈易引起脂肪性变。对脂肪肝的治疗现常用降脂药,但其对肝肾功能多有损害。

应用中药结合减肥法限制饮食、运动锻炼、改变生活习惯等治疗肥胖型脂肪肝,疗效较好。

【临床研究报告】

1. 临床资料

90例随机分为治疗组与对照组。治疗组58例,男46例,女12例;平均年龄40.82岁;对照组32例,男25例,女7例;平均年龄39.63岁。两组患者均为肥胖体形,BMI指数 >25 [BMI=体重(kg)/身高的平方(m^2)]。

2. 诊断标准

(1)症状和体征:肥胖体型,易感疲劳,右肋部时感轻度胀痛,进食后上腹胀闷不适或兼暖气。部分患者无自觉不适症状。体查肝脏轻度至中度增大,质软或中等硬度,肝区可有轻叩痛。

(2)血清酶学检查:ALT >50 IU/L,或AST、ALP、GGT升高。

(3)血脂检查:参照卫生部颁布《药物临床研究指导原则》,TC ≥ 5.8 mmol/L, TG ≥ 1.6 mmol/L,或伴HDL-C降低,LDL-C升高。

(4)B超检查:呈脂肪肝特征。肝前场光点增粗,回声增强,呈“明亮肝”;后场回声衰减;肝内管状结构欠清晰。

排除标准:排除糖尿病、慢性肝炎、酒精及药物因素所致的脂

肪肝。

3. 治疗方法

(1) 治疗组

中药治疗:用柴胡 10 g,茵陈、山楂、泽泻、女贞子各 20 g,丹参 15 g,大黄 5 g,鸡内金末 2 g(冲服),黄芪 30 g。脾虚湿郁重加法夏、苍术;肝肾阴虚重加首乌、枸杞子。每日 1 剂,水煎服,3 个月为一疗程。

减肥治疗:根据年龄和体质选择慢跑或徒步运动(或其他运动),慢跑时间每次逐渐加至不少于 30 分钟,徒步时间每次逐渐加至不少于 60 分钟,以全身汗出为宜。戒烟、酒,戒肥甘厚味,饮食清淡,起居有节。

(2) 对照组

服用脂必妥胶囊(0.24 g/粒,成都地奥九泓制药厂生产),每次 1 粒,每日 2 次,3 个月为一疗程。两组患者治疗前进行体检及肝功能、血脂、B 超检查,以后每月复查 1 次,并记录体重的变化。

4. 疗效标准

(1) 临床症状、体征好转或消失。

(2) 生物化学指标:参照《药物临床研究指导原则》。①TC 下降 $\geq 20\%$,或 TG 下降 $\geq 40\%$,或 HDL-C 上升 $\geq 20\%$;②TC 下降 20%~40%,或 TG 下降 20%~40%,或 HDL-C 上升 10%~20%。

(3) 肝功能恢复正常。

(4) B 超检查基本恢复正常,脂肪肝特征消失。显效:符合上述标准(1)、(2)、①、(3)、(4)者。

有效:符合上述标准(1)、(2)-②、(3)者。

无效:不符合上述标准者。

治疗结果疗效见表 1~表 3。

表 1 两组治疗前后血脂变化比较($\bar{X} \pm S$) 单位:mmol/L

组别	n	TC	TG	HDL-C
治疗组	58			
治疗前		7.12 ± 1.8	95.28 ± 1.07 *	3.15 ± 1.32
治疗后		2.05 ± 0.91 * *	1.13 ± 0.29	1.42 ± 0.36 *
对照组	32			
治疗前		7.03 ± 1.7	95.58 ± 1.10 *	3.09 ± 1.33
治疗后		2.70 ± 1.26 * *	1.17 ± 0.37	1.23 ± 0.30

注:与治疗前比较,* $P < 0.01$,** $P < 0.05$;治疗后组间比较, $P > 0.05$ 。

表 2 两组治疗后 ALT、B 超检查变化比较 单位:例(%)

组别	n	ALT 正常	B 超检查正常
治疗组	58	52(89.66) *	23(39.66) * *
对照组	32	12(37.50)	5(15.63)

注:ALT 两组比较,* $P < 0.01$;B 超检查两组比较,** $P < 0.05$ 。

表 3 两组患者治疗后体重变化与疗效比较 单位:例

组别	n	体重下降			疗 效				
		>10%	10%~	5%~	不变	显效	有效	无效	有效率(%)
治疗组	58	5	16	25	12	23	29	6	89.66 *
对照组	32	0	1	9	22	5	7	20	37.50

注:与对照组比较,* $P < 0.01$ 。

表 4 两组患者治疗后体重变化与血脂、ALT、B 超检查比较

单位:例

体重下降	组别	血 脂		ALT 正常	B 超正常
		2a	2b		
>10%	治疗组	5		5	5
	对照组	0	0	0	0
10%~	治疗组	12	4	16	10
	对照组	1	1	1	1
5%~	治疗组	5	20	54	7
	对照组	4	5	5	3
不变	治疗组	1	5	7	1
	对照组	0	1	5	0

林梅芬等

中药治疗脂肪肝

脂肪肝是由多种原因引起的肝脏脂肪性病变,当肝细胞内脂质蓄积超过 5%,或组织学上每单位面积 1/3 以上肝细胞脂变时,称为脂肪肝。其发病机制至今未能明确。中医认为是肝失疏泄,脾失健运,湿热内蕴,痰浊郁结,瘀血阻滞而最终形成痰湿瘀阻互结,痹阻肝脏脉络形成脂肪肝。除痰、湿、瘀这些病理产物外,也有人认为与机体气血亏虚,肝失调养及肾精亏耗,水不涵木有关。

本方黄芪益气消痰(无形之痰),并有利水消肿功效;泽泻以“渗湿热,行痰饮”能协助黄芪利水渗湿,药理证实泽泻有降低血中胆固醇及抗脂肪肝等作用;山楂健脾消积,其尤善于消食积和肉积,有化瘀散结之功效;而丹参专入血分,其功能在于活血行血,内达脏腑而化瘀滞,外利关节而通脉络,不仅能有效地改善血液的黏、聚、滞状态,而且能够促进微循环,抗炎,抗氧化,清除自由基和改善前列腺素代谢及降脂等作用,丹参、黄芪不但可以抑制纤维生成,还能增加基质的降解,缩小门脉口径和脾肿大,降低型前胶原肽及层连蛋白,阻断与逆转肝纤维化;枸杞具有补肾益精之功效。现代药理已证实其有降脂、护肝和增强机体免疫功能等作用;何首乌养阴益气,补肾固本。以上诸药合用,气行则血行,血行必祛瘀,祛瘀必利湿,促进肝脏脉络疏通。本文证实中药疗效优于力平脂、谷维素,且价格低廉,无毒副作用,值得临床进一步应用。

近几年来,随着饮食结构改变和 B 超检查的普及,脂肪肝发病率有逐年增加趋势,目前该病还缺乏有效的药物治疗。

【临床研究报告】

1. 临床资料

40 例中男 32 例,女 8 例;年龄最小 26 岁,最大 65 岁;病程最短 3 个月,最长 8 年。患者全部行空腹血脂检查,发现异常者 36 例(占 90%),其中甘油三酯(TG) ≥ 1.56 mmol/L 者 18 例(占 45%),血清胆固醇(TC) ≥ 6 mmol/L 者 12 例(占 30%),TC、TG 2 项均升高者 10 例(占 25%);高密度脂蛋白胆固醇(HDL-C)降低者(≤ 0.60 mmol/L) 13 例(占 32.5%),低密度脂蛋白胆固醇(LDL-C)升高者(≥ 3.8 mmol/L) 26 例(占 65%)。HBsAg 全部阴性。血清检查肝、肾功能和血糖均正常。

2. 诊断标准

全部病例经 B 超检查证实。B 超诊断依据为:

(1)肝区密集光点,回声稍增强,分布不均匀,肝区前段较密集,肝区后段回声衰减,光点稀疏,整个回声显示透声性差,似有一层“薄雾”。

(2)肝内血管明显减少,门脉分支回声减弱。

(3)肝增大,部分患者脾可稍大。局灶性脂肪肝,出现相对回声增强的结节。

3. 治疗方法

将 40 例患者根据随机双盲法分为治疗组和对照组,每组各 20 例。2 组患者在年龄、性别、病情方面无明显差异,对照组用力平脂 200 mg,每日 1 次;谷维素 30 mg,每日 3 次。治疗组用黄芪 30 g,山楂 20 g,泽泻 20 g,丹参 20 g,枸杞 30 g,何首乌 20 g。痰湿困阻型加苍术 12 g,茯苓 12 g,薏苡仁 30 g,佩兰 10 g;湿热内蕴型加茵陈 30 g,黄芩 10 g,柴胡 10 g;瘀血阻络型加桃仁(去皮) 6 g,红花 6 g。每日 1 剂,文火慢煎,分早晚 2 次服。2 组在治疗期间低脂饮食,禁饮酒,并停用其他影响血脂的药物。30 天为 1 个疗程,疗程结束后复查 B 超、血脂、血糖、肝、肾功能及血、尿常规。

4. 疗效判定标准

显效: B超检查显示脂肪肝转为正常者。

有效: B超检查显示脂肪肝由重度转为中度, 或由中度转为轻度者。

无效: B超检查脂肪肝无变化, 甚至加重者。

5. 治疗结果

治疗组显效 8 例, 有效 9 例, 无效 3 例, 总有效率为 85%; 对照组显效 4 例, 有效 9 例, 无效 7 例, 总有效率为 65%, 2 组比较有显著差异 ($P < 0.05$)。本文出现血脂异常者 36 例, 其中治疗组 21 例, 对照组 15 例, 经治疗后治疗组有 16 例得到不同程度的恢复, 无效 5 例; 而对照组仅有 9 例得到不同程度的恢复, 无效 6 例, 2 组亦有明显的差异。2 组患者在服药 1 个疗程后复查肝、肾功能、血糖以及血、尿常规均正常, 无不良反应。

徐慧先等

中药治疗脂肪肝

中医学并无脂肪肝病名,根据临床表现如右胁胀痛,肋下肿块等称之为“肝癖”,无症状者只能借助现代医学理论检查及舌脉进行辨证施治。其发病多由肝气郁结或饮食不节而致脾失健运,气滞痰浊积于肝,络脉不通所致,治疗当以疏肝健脾降浊为主。

疏肝健脾降脂汤中,柴胡、郁金、芍药、佛手疏肝解郁,理气柔肝;党参、白术、茯苓健脾利湿。现代医学研究表明,决明子、首乌、丹参有降胆固醇和甘油三酯的作用,能阻止其在肝内沉积,降低肠道内对脂质的吸收。故临床用之,收到满意疗效。

【临床研究报告】

1. 临床资料

46例患者均为本院住院或门诊患者,其中男35例,女11例;年龄最大65岁,最小29岁,平均年龄38岁;病程最长5年,最短3个月,全部根据B超检查确诊(依据《临床超声诊断学》)。其中合并高血压4例,长期嗜酒5例。

2. 辨证分型

肝气郁结型(12例):临床表现胸胁胀闷不舒,症状随情志变化而加重。舌淡,苔薄,脉弦。

脾虚湿阻型(19例):临床表现腹部胀闷,倦怠乏力,大便稀薄,舌淡胖,苔厚腻,脉濡滑。

无症状型(15例)。

3. 治疗方法

疏肝健脾降脂汤组成:柴胡、芍药、郁金、佛手、党参、白术、茯

苓、丹参、首乌、决明子。

加减法：肝气郁结加香附、川楝子；脾虚湿阻型加茵陈、佩兰、泽泻；无症状型加枸杞子、山楂。同时清淡饮食，忌酒，适当体育运动。

用法：上药每日 1 剂，水煎取汁 200 mL，早晨空腹顿服。2 个月为 1 个疗程，2 个疗程后复查 B 超并判断治疗结果。

4. 疗效标准

临床治愈：B 超复查表现正常声像图，临床无明显症状。

有效：B 超复查脂肪肝声像图明显减轻，临床症状减轻或消失。

无效：B 超复查脂肪肝声像图治疗前后无明显变化或加重，临床症状无改善。

5. 治疗结果

46 例中，临床治愈 25 例，有效 17 例，无效 4 例，总有效率 91%。临床观察各证型间疗效无差异($P > 0.05$)。

李 展

中药治疗脂肪肝

脂肪肝归属于中医的“积证”、“胁痛”，或“痰癖”等病证范畴。主要病因多为过食肥甘厚味，嗜酒，或起居失宜等。笔者在临证过程中发觉本病证的形成乃上述病因引起脾胃与肝胆的功能障碍，相互之间的协调性失调所致。

中医学认为脾胃相表里，主运化水谷，升清降浊；肝主疏泄，调畅气机，影响着脾胃的运化功能，促进脾胃对水谷的消化吸收。胆与肝相表里，为“中精之府”，内贮藏清汁（胆汁），在消化水谷过程中向小肠排泄，以助脾胃的运化，胆汁具有乳化脂肪的作用，在脂质代谢中至关重要，而胆汁的排泄有赖于肝的疏泄功能所控制和调节，肝的疏泄功能正常，有助于胆汁的正常排泄，脾胃的运化功能亦健旺。相反，脾胃运化功能的正常与否，亦将影响着肝的疏泄功能。若饮食失节，过食肥腻，起居失宜，则脾胃运化失调，势必食、湿停滞中焦，久郁化热，变生痰浊，以致土壅木郁，气机阻遏，进而影响胆汁的代谢排泄及脾胃的运化，如此恶性循环，肝郁脾虚，痰湿内生，痰瘀互结而发为本病。

【临床研究报告】

1. 临床资料

共 57 例，其中男 42 例，女 15 例；年龄最小 29 岁，最大 69 岁；病程 1 个月至 8 年。脂肪肝诊断分轻、中、重三度，57 例中重度脂肪肝 25 例，中度脂肪肝 32 例，未将轻度脂肪肝患者纳入观察病例中。伴有糖尿病者 8 例，有肝炎病史 12 例，胃炎病史 32 例，血脂升高者 47 例，43 例患者有长期嗜酒的习惯。

2. 病例纳入条件

共 57 例患者均具备以下条件:

(1)临床表现:乏力,纳差,右上腹不适,胀闷或胀痛,可伴腹胀,肋下可及肝脏或未及。

(2)均有肝功能异常。

(3)B 超或 CT 检查均呈典型的脂肪肝表现,且按 B 超检查分级。

轻度脂肪肝:表现为近场回声增强,远场回声衰减不明显,肝内管状结构仍可见。

中度脂肪肝:前场回声增强,后场回声衰减,管状结构模糊。

重度脂肪肝:近场回声显著增强,远场明显衰减,管状结构不清,无法辨认。

57 例患者经 B 超诊断均为中度脂肪肝以上(含中度)。

3. 治疗方法

自拟方:山楂 20 g,莱菔子 20 g,鸡内金 12 g,丹参 25 g,泽泻 20 g,郁金 15 g,草决明 30 g,法半夏 12 g,茯苓 20 g,陈皮 8 g,生首乌 15 g,白术 12 g,火麻仁 30 g,北芪 10 g。

加减法:胁痛重者加川楝子 12 g,若肝阴不足者加杞子 15 g。上方日服一剂,水煎分 3 次温服,连服 1 个月为 1 个疗程。1 个疗程后复查肝功能、B 超,部分患者还复查 CT,未痊愈者继续第 2 个疗程,最多不超过 3 个疗程。

4. 疗效标准

显效:临床症状、肝功能恢复正常,肝脏 B 超和 CT 检查脂肪肝表现消失或下降两个级别(如重度转为轻度)。

有效:临床症状基本消失,肝功能正常,肝脏 B 超及 CT 检查脂肪肝表现明显好转,或下降一个级别(如重度转为中度)。

无效:治疗前后临床症状无明显改善,肝脏 B 超及 CT 检查脂肪肝表现无明显变化。

5. 治疗结果

除3例患者未够1个疗程而中断治疗外,余下的54例,其中显效17例,占31.5%;有效35例,占64.8%;无效2例,占3.7%;总有效率96.3%。

【病案举例】

覃某,男,40岁,干部,主诉右上腹反复胀闷5年加重2个月而于1997年11月11日来诊。证见右上腹胀闷,胁痛,神疲乏力,纳差,厌油,尿黄。查体:生命征好,面色无华,心肺正常,腹平软,右上腹及剑突下压痛,无反跳痛,肝脾肋下未及,肝区叩击痛(+),腹水征(-),NS(-)。舌边尖红,苔黄腻,脉弦滑。患者有长期嗜酒史及糖尿病史。查肝功能:ALT54 U/L, AST50 U/L, GGT 107 U/L。血脂:T-cho7.54 mmol/L, TG9.33 mmol/L, LDL-C 436 mmol/L。B超及CT检查:重度脂肪肝(CT值-8Hu。注:正常值+40Hu以上)。中医诊断:胁痛。西医诊断:重度脂肪肝。给予上述方药治疗1个月后症状基本消失,复查肝功能正常,血脂明显下降。复查B超:轻度脂肪肝。CT检查:轻度脂肪肝(CT值+38Hu)。给予第2个疗程治疗,随访2年未见复发。

脂肪肝的治疗原则应立足于疏肝利胆,健脾消食,祛瘀化痰。为此方药中以山楂、莱菔子、内金消食化积;郁金疏肝利胆;丹参则活血祛瘀;泽泻、草决明清热利湿;法夏、茯苓、白术、陈皮则健脾化痰,以绝生痰之源;以火麻仁、生首乌润肠通腑,导滞降浊;北芪扶正。诸药相伍共达疏肝利胆,健脾消食,祛瘀化痰之效。现代药理研究表明,郁金有促进胆汁分泌,促进脂肪代谢的作用;而泽泻、草决明、山楂、陈皮等均有降脂作用,丹参可改善肝脏血循环,利于脂肪代谢功能的进行。此外在用药治疗的同时应禁止饮酒,节制饮食,少食或不食肥腻之品,注意休息,适当运动。脂肪肝的治疗康复有一定的过程,故患者要保持良好的心态,持之以恒,积极配合治疗,以利于早日康复。

陈润芝

中医辨证施治脂肪肝

脂肪肝中医学称为“肝痞”，属“积症”，过多脂肪沉积肝细胞内超过肝重 10% 的病理状态。

脂肪肝的病机为：过食肥甘厚味或长期大量饮酒，湿热内生，聚湿成痰，湿痰互结，阻滞肝络，肝气郁结，肝失疏泄，脾失健运，水湿内停，聚湿化热，湿热中阻，瘀塞经络。感受疫毒湿热之邪，肝失疏达，气滞血瘀。治宜疏肝理气，健脾消导，化痰祛湿，活血化瘀。

在辨证治疗中，有肝郁证者以逍遥散加减。有痰湿内阻证者以导痰汤加减。有湿热蕴结证者用茵陈蒿汤加减。有气血瘀阻证者用逍遥散合膈下逐瘀汤加减。殊路同归，疗效优于对照组，症状、酶学及影像学改善明显。四型中以肝郁脾虚型有效率最高，气血瘀阻型最低，符合脂肪肝—脂肪性肝炎—脂肪性肝硬化的进展中病理改变愈重、治疗效果愈差的规律。本组病例数较小，观察时间较短，有待进一步研究、改进、总结、提高。

【临床研究报告】

1. 临床资料

本组男 102 例，女 38 例，年龄 30~76 岁，平均 42 岁，均为门诊或住院患者。有长期酗酒史 68 例，肥胖体型 112 例，病程 110 年，平均 2.6 年，B 超示轻度脂肪肝 26 例，中度 81 例，重度 33 例，ALT 升高 64 例，AST 升高 48 例，高胆固醇 (TH) 血症 72 例，高甘油三酯 (TG) 血症 87 例，二者均高 68 例。

肝郁脾虚型 39 例，痰浊内阻型 43 例，湿热蕴结型 37 例，气血瘀阻型 21 例。对照组 60 例，男 39 例，女 21 例，年龄 26~65 岁，

平均 41 岁,有长期酗酒史 34 例,肥胖体型 47 例,病程 0.5~11 年,平均 3.3 年。高 TH 血症 31 例,高 TG 血症 39 例,二者均高 28 例,B 超轻度 19 例,中度 28 例,重度 13 例,ALT 升高 28 例,AST 升高 21 例。2 组病情、病程、合并症无显著差异($P>0.05$),具可比性。2 组均排除药物性、内分泌性、营养不良性、遗传性、妊娠性等继发因素影响。

2. 诊断标准

B 超检查参考文献:①肝脏体积不同程度增大,但外型规整;②肝内回声反射致密、光点粗、强,后 1/3 组织回声衰减;③肝内管道系统走行正常。轻、中、重度分级标准参考文献。

CT 检查参考文献:①肝脏体积不同程度增大;②CT 值等于甚至低于脾脏(正常高于脾脏),局灶性脂肪肝表现局部低密度区;③肝内管道系统走行正常。结合其他相关检查,排除各种炎症、占位性病变。

3. 辨证分型

肝郁脾虚型:胁肋胀痛,情志变化,情绪抑郁,烦躁易怒或乳房胀痛,腹满食少,大便不爽,肝可肿大,舌淡红,苔白脉弦缓。

痰浊内阻型:胸腹痞满,肝大不痛,食少痰多,恶心呕吐,体胖嗜睡,肢体困重,舌淡胖,苔白腻,脉濡缓或沉滑。

湿热蕴结型:胸胁痞满胀痛,肋下肿块,口苦口渴,食纳少,小便赤,大便不畅,肢体困倦,舌红苔黄腻,脉弦滑而数。

气血瘀阻型:肋下胀或刺痛,肝脾肿大,肝掌,纳呆,乏力,舌黯红,边有瘀点或瘀斑,脉弦细或涩。

4. 治疗方法

所治患者均忌酒,忌肥甘,多吃蔬菜,适当体育锻炼,保持心情舒畅。

肝郁脾虚型以疏肝健脾为则:柴胡 10 g,当归 12 g,云苓 10 g,白芍 15 g,白术 10 g,枳壳 8 g,香附 15 g,生山楂 15 g,决明子

15 g,甘草 6 g 等。

痰浊内阻型以祛湿化痰,疏肝理气为则:半夏 10 g,陈皮 10 g,云苓 15 g,枳实 9 g,胆南星 6 g,郁金 10 g,虎杖 10 g,泽泻 15 g,白术 12 g,生山楂 10 g,丹参 12 g,甘草 6 g 等。

湿热蕴结型以清热利湿,疏肝理气为则:茵陈 20 g,栀子 10 g,柴胡 10 g,郁金 12 g,枳壳 10 g,大黄 6 g,香附 10 g,虎杖 10 g,泽泻 10 g,生山楂 20 g,黄芩 10 g 等。

气血瘀滞型以疏肝理气,化瘀通络为则:柴胡 10 g,当归 10 g,赤芍 10 g,川芎 10 g,枳壳 10 g,五灵脂 10 g,元胡 10 g,桃仁 10 g,香附 12 g,蒲黄 10 g,炮山甲 6 g,甘草 6 g 等。

各型视不同伴随症状,随症加减,每日一副,水煎服。

对照组口服益肝灵(水飞蓟素)、肝太乐、非诺贝特、复合维生素 B 等药。两组均以 2 个月为一疗程,疗程结束统计疗效。

5. 观察项目

所有患者治疗前及疗程结束,详细记录症状、体征,专人用同一台 B 超机(日本 ALOKA. SSD-5000)或 CT 机(美国 GE-9000HP)检查肝脏,分别抽血查 ALT、AST、 γ -GT、TH、TG。

6. 疗效标准

临床治愈:症状消失,ALT、AST、 γ -GT、TH、TG 恢复正常范围,B 超或 CT 示脂肪肝征象消失。

显效:症状消失,酶接近正常范围,TH、TG 较治疗前下降 20%~40%,B 超或 CT 脂肪肝征象明显消退。

有效:症状减轻,酶下降 50%,TH、TG 较治疗前下降 10%~20%,B 超或 CT 脂肪肝征象部分消退。

无效:虽有症状好转,但酶、血脂下降无统计学意义,影像检查脂肪肝征象无明显消退。

7. 治疗结果

治疗组有效率 87.14%,对照组 65.00%,两组比较有显著差

异($P < 0.05$)。

表 1 两组疗效比较

单位:例

	<i>n</i>	临床治疗	显效	有效	无效	有效率(%)	<i>P</i>
治疗组	140	21	58	43	18	87.14	<0.05
对照组	60	4	15	20	21	65.00	

辨证分型四型疗效比较,肝郁脾虚型有效率 89.74%,气血瘀阻型 71.09%。两型比较有显著差异($P < 0.05$),其余两型分别为 88.37% 和 86.43%,无显著差异($P > 0.05$)。

表 2 四型疗效比较

单位:例

	<i>n</i>	临床治愈	显效	有效	无效	有效率(%)
肝郁脾虚型	39	8	17	10	4	89.74
痰浊内阻型	43	6	19	13	5	88.37
湿热蕴结型	37	5	15	12	5	86.34
气血瘀阻型	21	2	7	8	4	71.09

脂肪肝出现 ALT、AST、 γ -GT 升高说明肝细胞损伤明显,即脂肪性肝炎,多为痰浊内阻和湿热蕴结型,经祛湿化痰、清热利湿、疏肝理气治疗后,酶下降明显,优于对照组。

针对不同病机辨证施治后血脂均有不同程度下降,有统计学意义($P < 0.05$)。治疗组优于对照组,说明辨证施治能改善肝细胞转运、代谢肝内脂肪功能或加强脂肪组织的廓清作用。

王利军等

中医对脂肪肝的认识及辨证施治

脂肪肝是由肝脏本身及肝外原因引起的脂肪在肝内持久积聚所致的疾病。正常肝脏内含有少量脂肪物质,占肝重的2%~4%,肝脏过量脂肪堆积,超过5%以上,则出现脂肪肝。

脂肪肝是一常见病,国外有报告发病率占26.5%,国内略低,但有逐渐增多趋势。本病预后良好,但由于临床症状缺乏特征性,易被误诊误治,使病情加重,部分患者发展为肝纤维化、肝硬化等。西医对本病无特异疗法,中医疗效较好,积累了一定经验,但临床诊治有待进一步规范。

中医的病因病理中医无脂肪肝病名,多属“积聚”病范畴。《难经·五十六难》曰:“肝之积名曰肥气,在左胁下如覆杯”,“脾之积名曰痞气,在胃脘,覆大如盘,久不愈,令人四肢不收”。中医认为脂肪肝多因嗜食肥甘厚味,过度肥胖,或饮酒过度,或情志失调,或安逸少动,或感受湿热疫毒,或久病体虚以及食积、气滞、疫气等而引发本病。其病变部位与肝、胆、脾、胃、肾等脏腑关系密切。

1. 饮食所伤

饮食不节,损伤脾胃,运化失职,湿浊内生,痰饮内聚,壅滞肝胆;嗜食肥甘厚味,辛辣炙火专,壅遏中焦,湿热内生,熏灼肝胆;饮食不洁,湿热疫毒或秽浊之物从口而入,损伤脾胃,化热生毒,移聚肝胆;嗜酒过度,气血逆乱,损伤肝胆,日久必湿热蕴结,热毒内攻,终成“酒积”、“酒癖”、“酒黄”之病。

2. 情志失调

七情过激,肝气郁结,肝失疏泄,气机逆乱,或气滞不行,则血

行不畅,血瘀内阻;或肝气横逆,损伤脾胃,运化不健,痰湿内生,滞留不去;或肝郁化火,灼津为痰,湿热痰火留着肝胆而成本病。正如《金匱翼·积聚通论》所说:“气滞成积者,忧思郁怒,久不得解者,多成积。”

劳逸失度过度安闲,少动不劳,筋骨懈堕,气血不畅,壅遏不行,气血瘀阻,久不活动,肠胃功能低下,代谢失常,水谷之气堆积不行,结聚肝胆,留着为患。《温热经纬》云:“过逸则脾滞,脾气滞而少健运,则饮停湿聚矣”。

3. 肾气不足

烦劳过度,或久病肾虚,肾精亏损,阴阳失衡,肾之藏精主水及气化功能失调,水不涵木,肝失疏泄,阳不温脾,运化失常,血脂失天正常运化,积于血中为瘀为痰而病。

总之,本病多因情志所伤,饮食肥甘,酗酒,安逸等引起,多属本虚标实之证,其基本病机为正虚邪恋,以脾虚、肾虚为本,肝郁气滞、痰湿、瘀血为标。

辨证施治轻度脂肪肝可无症状,重度者可有肝脏肿大,两肋胀闷或痛,头晕乏力,腰膝酸软,纳呆腹胀等。西医检查多以 ALT、AST、 γ -GT、TG 异常,结合 B 超、CT 等可作诊断,肝穿可确诊。根据临床表现及体征中医认为其病机主要有肝失疏泄,脾失健运,湿热内蕴,痰浊郁结,瘀浊郁结,瘀血阻滞,肾气不足等,其治疗以疏肝解郁,化痰利湿,活血化瘀,健脾益肾为主,辅以清热、解毒、利胆、泄浊、化积、补肾、养肝等。

临床宜按不同证型辨证治之,一般分以下几型:

(1) 肝郁气滞型

症见肝脏肿大,两肋不舒,或胀或痛,噯气吞酸,脘腹胀满,食欲不振,舌苔薄白,舌质淡红,脉弦。治宜疏肝解郁,理气和胃。方用逍遥散或柴胡疏肝散加减,常用柴胡、枳壳、白芍、当归、制香附、佛手、山楂、姜黄、郁金、川楝子、延胡索、半夏、陈皮等。

(2)肝胆湿热型

症见肝大,胁胀满或痛,口苦口干,烦闷不适,体胖困倦,厌食腹胀,甚则黄疸,小便黄赤,舌苔黄腻,舌质红,脉弦数。治宜疏肝利胆,清热利湿。方用小柴胡汤合茵陈蒿汤加减。常用柴胡、黄芩、半夏、黄连、枳壳、泽泻、决明子、茵陈、大黄、栀子、虎杖、川楝子等。

(3)痰湿内阻型

症见胁下痞块,胀满不适,厌食痞闷,身困倦怠,恶心或呕吐,便溏腹胀,体胖虚浮或浮肿,舌苔白腻,舌质淡滑,脉滑或濡缓。治宜燥湿化痰,理气和中。方选平胃散合二陈汤加减,常用陈皮、茯苓、半夏、苍术、厚朴、泽泻、薏苡仁、白术、海藻、木香、制南星、白芥子、山楂、砂仁等。

(4)瘀血阻络型

症见肝大痞硬,固定不移,或胀或痛,入夜更甚,脘闷食少,肌肤不泽,面黯或发青,舌苔薄,舌质黯或有瘀斑,脉弦细或涩。治宜活血化瘀,通络消积。方选膈下逐瘀汤加减,常用当归、川芎、桃仁、红花、赤芍、丹皮、五灵脂、延胡索、香附、乌药、枳壳、大黄、郁金、丹参、山楂、姜黄等。

(5)肝肾阴虚型

症见两胁不适,头晕目眩,腰膝酸软,烦热口干,甚则潮热盗汗,急躁易怒,失眠多梦,视物昏花,舌苔少而干,舌质红,脉弦细数。治宜滋阴补肾,养血柔肝。方选滋水清肝饮加减,常用熟地黄、白芍、山药、枸杞子、丹皮、当归、郁金、柴胡、决明子、女贞子、旱莲草、山茱萸、黄精、鳖甲、牡蛎等。

(6)脾肾亏虚型

症见胸胁痞闷,食少倦怠,神疲乏力,便溏,腰膝酸软,怯寒肢冷,足跗浮肿,小便不利,舌苔薄白,舌质胖大或有齿痕,脉沉细。治宜温肾化饮,健脾利湿。方用四君子汤合真武汤加减,常用人

参、白术、茯苓、生姜、熟附子、泽泻、猪苓、白芍、桑寄生、山药、熟地黄、桂枝等。

许多科研人员对中医药治疗脂肪肝进行了大量研究,临床多集中在疏肝理气健脾,化痰利湿降浊,活血化瘀消积等方面。同时实验研究发现海藻、鳖甲、川楝子、海金沙、威灵仙、决明子、生牡蛎、山慈姑、白芥子等中药对防止肝脂变有一定作用。表明中药有降低肝脂作用,其机制可能是通过保护肝细胞,增强肝细胞对脂质的清除能力。另外中药有很好的调节内环境,改善机体代谢机能的作用。因此,中医药治疗本病显示了明显的优势。在脂肪肝的治疗中,必须辨病、辨证、辨因相结合,充分发挥中医辨证施治的多环节、多角度、多层次体综合作用,分型论治,灵活加减。对无明显临床见症,而B超、CT等检查确诊的患者,宜用疏肝降浊法治疗,常用柴胡、佛手、枳壳、姜黄、郁金、山楂、决明子、川楝子、大黄、泽泻等,多能取效。临床治疗本病应本着攻补兼施的原则,实证明显者当以祛邪为主,切忌单纯苦寒、或辛燥、或行散太过,适当调理脾胃,培元固本;正虚明显者应以培补为主,宜辅以疏解渗行之品。同时在治疗过程中还应注意加强体质锻炼,保持饮食清淡,务使情志调畅等,临床才能取得更好的疗效。

罗国庆

中医药治疗脂肪肝

脂肪肝是各种原因引起的肝脏脂肪代谢发生障碍,脂类物质的动态平衡失调,致使肝细胞内脂肪蓄积(主要为甘油三酯)过多的一种病理状态。根据脂肪肝的症候特点,可以归属中医“胁痛”、“肝痞”等病证范畴。多由于嗜食肥甘厚味或饮酒过度,损伤脾胃,致使脾胃运化水谷精微功能失司,湿浊内生,阻遏气机,气滞血瘀,痰瘀互结所致。

中医临床实践表明,以中医药治疗脂肪肝,对促进脂肪肝的逆转以及改善临床症状和某些实验室指标均有较好疗效。方中太子参、生白术、茯苓、青陈皮健脾理气;柴胡、丹参、姜黄疏肝活血;生山楂、泽泻、草决明、虎杖、绞股蓝调节血脂;使全方能收健脾理气、疏肝活血之功。由于本证病理基础与湿、痰、瘀有关,故饮食调理亦至关重要,清淡饮食对患者疗效的巩固有很大帮助。节制饮食,增加运动,改变不良行为有助于促进脂肪肝的康复。

【临床研究报告】

1. 临床资料

2000年7月至2002年9月在我院门诊就诊的脂肪肝患者150例,男136例,女14例,年龄21~65岁,平均39岁。

全部病例均表现为右胁部隐痛或不适,脘腹胀满乏力,肝脏肿大1.5~4.0 cm;血清ALT、AST及总胆固醇(TC)、甘油三酯(TG)均有不同程度升高;B超提示肝内呈光点密集、增粗、回声增强,肝后缘回声衰减。甲、乙、丙、丁、戊、庚型肝炎及TTV病毒学指标均为阴性。有饮酒史68例,喜食肥甘厚味39例,肥胖43例。150例随机分为治疗组90例和对照组60例,两组性别、年龄、病

程等均具可比性。

2. 治疗方法

两组同时给予饮食指导、禁酒、低脂、低碳水化合物饮食,控制体重,多食蔬菜、水果以及适当运动。

治疗组用中药治疗,基本方:生山楂、丹参各 30 g,泽泻 15 g,草决明 30 g,柴胡 12 g,虎杖 30 g,姜黄 12 g,绞股蓝 30 g,太子参、生白术各 15 g,茯苓 20 g,青陈皮 12 g,随症加减,水煎 2 次,各取汁 150 mL,早晚各服 1 次,1 个月为 1 个疗程,治疗 3 个疗程,服药期间停用其他中西药物。对照组常量口服必需磷脂、复合维生素 B 和肌苷,疗程同治疗组。

3. 治疗结果

两组治疗前后血脂及肝功能改变,两组治疗后主要症状均有所改善,但治疗组右肋隐痛、腕腹胀满症状改善明显,与对照组治疗后比较, $P < 0.05$,两组 B 超检查均较治疗前有好转,治疗组疗效优于对照组, $P < 0.05$ 。

孔祥康等

中医药治疗脂肪肝的分析探讨

中医对脂肪肝病因病机的认识及治则的选用因各家临床经验不同而不一致。

综合现有报道的资料可以将其归为以下几个方面：

(1) 肝郁脾虚，痰湿内阻

李向农认为本病的病因病机是长期嗜食肥甘厚味或因情志失调及某些疾病等因素，使脾胃失其健运，湿热结聚成痰，肝失疏泄，以致痰湿互结阻于肝络而成。刘燕玲认为病因系过食肥甘厚腻，恣意饮酒，其产生责于肝脾，病机为肝失疏泄，肝血瘀滞，脾失健运，湿邪不化，痰湿内生。李洁认为外为过食肥甘或嗜酒过度，内责于肝失疏泄，脾不健运，痰浊内生，留而成瘀，痰瘀互结于胁下而成，病位在肝脾。

(2) 肝肾亏虚，痰瘀痹阻

司晓晨等认为，肾精亏虚，水不涵木，肝失疏泄，血脂失于运化，积于血中则为痰为瘀，若痹阻于肝，则为脂肪肝。蒋晓霞认为痰、湿、瘀是形成脂肪肝的条件，病机为肝失疏泄，气滞血瘀，脾失健运，痰浊内生。同时，肾为疾之根，脾之运化，全赖肾之鼓动，故与肾有关。

(3) 肝气郁滞，痰瘀内停

刘如翰认为情志不舒，肝气郁滞，气滞血瘀，痰瘀内停亦可造成本病发生。王瑞方认为过食肥甘，饮酒无度则伤脾，脾生痰湿，情伤于肝，肝气郁结，气郁血行不畅则瘀血内生，痰瘀互结积于胁下，日久成本疾。

(4) 病程日久, 痰瘀内结

郑淳理认为脂肪肝是气滞、湿阻、热蕴、食积、痰凝、血瘀等因素互相影响共同作用所致。在缓慢发展过程中, 最终导致痰瘀互结于肝而致疾。曹海涛亦认为饮食不节, 过食肥甘, 损伤于脾。同时, 肝胆疏泄不畅致脾虚, 痰浊积留, 痰浊阻络而血行不畅成瘀血, 痰阻血瘀日久内结而成脂肪肝。

综上所述, 脂肪肝的病因, 可以认为是饮食不节, 嗜食肥甘或饮酒无度, 在内责于脾失健运, 肝失疏泄, 湿热蕴积脾胃, 痰浊(湿)内生, 气滞血瘀, 最终导致气滞、痰湿、瘀血互结, 积于胁下, 病位在肝脾, 与肾有关。与痰浊、湿热、瘀血、气滞等病理因素有关, 其中尤与痰瘀最为关键。可见, 脂肪肝的产生主要责之于肝脾肾三脏, 其病机可概括为: 肝失疏泄, 肝血瘀滞; 脾失健运, 湿邪不化, 痰浊内生; 肾气失化, 痰瘀留滞等。故在治疗方法则有健脾、益肾、疏肝、活血、利湿、祛痰等。有人把临床报道的方药治则分为五大类: 疏肝理气, 化痰祛痰类; 清肝利湿, 化痰活血类; 健脾调肝, 燥湿化痰类; 益肾疏肝, 软坚泄浊类; 活血祛瘀, 化痰利湿类。基本上能反映目前中医药治疗脂肪肝方药治则的要点。基于脂肪肝的病因病机与痰瘀关系最为密切, 而且部分病例可演变成肝纤维化, 甚至于肝硬化。因此在治则上除了上述几个方面之外, 我们认为值得强调的是应注重祛痰、化痰和软坚这三方面。

近年来, 用中药治疗脂肪肝的报道较多。通过研究, 疗效分析 40 篇报道, 共计治疗脂肪肝 2 331 例, 其中有效 2 116 例, 有效率达 90.77%, 40 篇报道中病例最多的 164 例, 最少的也有 30 例, 有效率高的 98.52%, 最低的也有 68.75%, 有 21 个报道(占总数 52.5%)的观察设立了对照组进行对比观察, 其观察结果表明中药对脂肪肝的治疗是确有疗效的。其主要表现在缓解和改善临床症状、肝 B 超肝脏形态及回声衰减减轻或恢复正常, 血脂明显降低或恢复正常。但目前对治疗脂肪肝中药的疗效观察在某些方面也

存在问题,主要表现在观察病例数太少,未设立对照组或虽设有对照组但对照病例太少,对照药物选择不恰当等问题。

分析以上 40 篇报道,共用药物 94 种,重复使用的药物有 44 种,其中使用频率较高的药物按使用次数多少排列次序如下:山楂(34/40)、丹参(33/40)、泽泻(31/40)、柴胡(22/40)、草决明(18/40)、郁金(17/40)、何首乌(15/40)、虎杖(13/40)、大黄(11/40)、陈皮(10/40)、海藻、半夏(均为 9/40)、白术、茯苓、茵陈(均为 8/40)、白芍、葛花、枳壳(均为 7/40)、党参、苍术(均为 6/40)、厚朴、荷叶(均为 5/40)、当归、甘草、莪术、姜黄、枸杞子、绞股蓝(均为 4/40)、昆布、赤芍、红花、香附、女贞子、五味子、芦根(均为 3/40)、桃仁、鸡内金、乌梅、灵芝、薏苡仁、木香、莱菔子、竹茹、蒲黄(均为 2/40)。

从上述统计结果可以看出,有 50% 以上的处方都选用了山楂、丹参、泽泻、柴胡等药物,山楂为健胃消食药,现代药理研究证明其有显著的降血脂作用,丹参有显著的活血化瘀作用,泽泻有较强的利水渗湿作用,柴胡有疏肝解郁理气作用,丹参和泽泻亦有明显的降血脂作用。可见,目前临床上对于脂肪肝的治疗药物选用基本上是以疏肝解郁、活血化瘀、利水渗湿等类药物为主,且重用具有降血脂作用的中药,这与脂肪肝的病因病机是相吻合的。但我们认为,脂肪肝的病因病机之中与痰湿因素最为密切,且其发展有出现肝纤维化、肝硬化的趋势。故在选择治疗脂肪肝的药物时不妨重用一些海藻、昆布之类具有清热化痰,软坚散结,利水作用的中药。

从以上 40 篇报道的给药方法来看,大多是选用汤剂,达 35 方,颗粒剂和合剂各占 2 方,胶囊剂 1 方。

脂肪肝是一种慢性病症,用药周期较长,选用汤剂显然不太合适,主要存在以下几方面的问题:

(1)临时制备,使用不方便,给患者带来诸多麻烦。

(2)缺乏统一的制作方法及具体的规格、质量标准,使制作人员(包括患者)无章可循,随意制备,质量难以保证。

(3)由于制备时间、方法、火候及人员的素质不一致,使每次制出的药剂质量不一致,影响临床疗效。脂肪肝与过食肥甘有关系,因此治疗脂肪肝的药物剂型选择方面应尽量避免选用含糖多的剂型如蜜丸、糖浆剂、口服液及含糖颗粒剂。综合以上各种情况,我们认为治疗脂肪肝药物制剂选用无糖颗粒剂和胶囊剂较为合适。

从上述 40 篇报道中可以看出所选用的疗程极不一致,最长达 6 个月,最短的仅 20 天,相差达 9 倍之多,平均疗程为 72 天。我们知道疗程的选择对药物疗效的观察是十分重要的,疗程太短无法观察到药物的真正疗效,疗程太长,不仅造成药物的浪费,而且还会因长期过量服药而产生不良反应。鉴于脂肪肝的疗程特点,我们认为治疗脂肪肝的药物疗效观察疗程应不少于 2 个月为宜。

近年来,脂肪肝的发病率不断增高,而且发病年龄趋于年轻化,对人类健康已造成威胁。广大的中医药工作者在防治脂肪肝方面作了大量的工作,取得了一些成绩,但也存在不少的问题,如对脂肪肝的病因病机认识不一致,治疗上杂乱无章且仅限于各家的临床经验,辨证分型不规范,涉及方药繁杂,给药方法不合理,缺乏较严格的观察设计和对照,疗程长短不一,疗效判定标准不统一等,因此,规范中医药治疗脂肪肝的临床研究,是中医药工作者当前努力的方向。本文总结的资料表明,用中药治疗脂肪肝是有效的,但由于缺乏系统的基础研究和严格的药剂学研究,因此只能停留在中规模的临床试验上,很难全面推广应用。今后有必要加强这方面的研究工作,应在现有研究资料基础上筛选出 1~2 个有代表性的方药,确定合理剂型,严格按现代药剂学的理论和新药审批规定要求,对其进行制备工艺、质量标准、稳定性、药效学、药代动力学、毒理学等系列研究,按规范的临床研究方案进行临床疗效观察,从而取得全面的科研数据,使之达到科学化、规范化、标准化,成为一个真正具有高效、长效、速效、能全面推广应用的脂肪肝的理想新剂型,其前景是十分广阔的。

李

田

中医治疗脂肪肝

中医认为脂肪肝属于“积聚”与“瘀痰”范畴。临床 500 例脂肪肝诊断数据统计分析表明,舌质黯,有紫点,有瘀斑的患者占 76%,有腻苔患者占 65%。分析可见,该病发生机制以气滞血瘀为本,以肝胆湿热为标;以饮食不节、情绪不佳、肝失疏泄为诱因;以气滞于内、肝络阻塞、脾失健运、浊邪害清、气血痰瘀互结于胁下为基本病机。按照所述将脂肪肝分为四种类型,其治疗方法如下:

(1)气滞型

治法为疏肝解郁,行气和中。以柴胡疏肝散与逍遥散加减。全方特点:理气为主,兼有行血;调肝为重,佐以健脾;柴胡为升,枳壳为降。主要药物为:

柴胡 10 g,枳壳 6 g,白芍 15 g,甘草 6 g,当归 10 g,茯苓 10 g,白术 10 g,泽泻 15 g。

(2)血瘀型

治法为疏肝养血,活血化瘀。以膈下逐瘀汤为主加减。全方特点:气血双调,养血破瘀,以降为主,降中有升。主要药物为:

桃仁 6 g,川楝子 6 g,玄胡 10 g,五灵脂 10 g,丹参 10 g,川芎 6 g,草决明 15 g,山楂 15 g。

(3)湿热型

治法为祛湿化浊,清热解毒。方用平胃散加减。全方特点:行气理气,分利湿热。主要药物为:苍术 10 g,厚朴 6 g,青皮 10 g,陈皮 6 g,车前子 15 g,荷叶 20 g,泽泻 15 g,甘草 6 g。

(4)痰瘀型

治法为柔肝养血,化浊消瘀。以旋复花汤和大黄蔗虫丸加减。

全方特点：通利三焦，利胆降浊，化痰消瘀。主要药物为：

青黛 15 g，昆布 10 g，栀子 6 g，茵陈 10 g，大黄 10 g，麝虫 15 g，首乌 15 g，郁金 6 g。

中医学的特点就是个体化的治疗医学，每个人将自己的临床经验贡献出来，集合众多中医的智慧，就会找出中医临床治疗的科学规律。

韩 锴

重用生白术治疗脂肪肝临证浅识

脂肪肝是一病理学概念,系指肝内脂肪含量超过肝湿重的5%,或肝活检30%以上肝细胞有脂肪变且弥漫分布于全肝,属于中医学“积证”、“肥胖”、“痰湿”、“浊阻”等疾病范畴。

作者在临床中发现,其人多为形体肥胖的富贵之人,其症有头晕头重,胸脘满闷,恶心欲呕,肢倦懒动,舌淡苔白腻体胖大脉沉缓等。论病位虽在肝,而病实源于脾,盖脾主运化,具有消化饮食,化生、吸收和转输水谷精微的生理功能,若饮食不节,肥甘厚味,“以酒为浆”,损伤脾胃,健运失职,饮食水谷不能化为气血而为痰为浊。清代名医蒋宝素指出,“脾伤则津液不归正化,凝渍成痰”,“痰即津液、精血、脂膏之所化”,故可见有血脂增高,痰浊聚于肝则为脂肪肝;痰湿中阻,清阳不升,清空之窍失养,故见头晕头重,正如《类证治裁》所云痰“随气升降,遍身皆到……在头为眩”;胃失和降则恶心欲呕,体肥而气不能周流,故见肢倦懒动;若痰湿积聚日久,气机阻滞,血脉瘀阻,而致痰瘀交阻而为积证。

综上所述,此类脂肪肝患者,发病多由脾虚湿盛,因“夫痰本津液、精血所化,必使血液各守其乡,为治痰大法”,治法宜健脾运以治本为主,化湿浊为辅,“若但攻痰,旋攻旋化,势必攻尽血液、脂膏而后已”,同时酌情配合疏肝理气、活血通络等法。补脾胃、健脾运之药,首推白术。正如《本草通玄》所云“补脾胃之药,更无出其右者”,《本草汇言》亦云“扶植脾胃,散湿除痞,消食除痹之要药也,脾虚不健,术能补之;胃虚不纳,术能助之”,脾胃健运则湿散痰消,诸症皆除。

其用法以生白术用为主,至少用30g,可酌情用至90g,以保

持每日大便 1~2 次,出现大便溏薄时,可改用炒白术。同时伍以茯苓、山药、薏苡仁等健脾之品及枳实、陈皮等行气之品,并根据病情选配生山楂、瓜蒌、半夏、泽泻等消食化痰之品,红花、丹参、赤芍等活血化瘀之品。

【病案举例】

赵某,男,56 岁,体重 80 kg,身高 168 cm。有脂肪肝、高脂血症、高血压、糖尿病病史,不规则服用珍菊降压片、消渴丸等治疗。近来因工作繁忙,又出现头晕头胀而于 2002 年 4 月 17 日就诊。刻下:头晕头胀,胸脘满闷,肢倦懒动,形体肥胖,舌淡,苔白腻,体胖大脉缓。测血压:160/110 mmHg。辅助检查:肝功能“TP 76 g/L, A 45 g/L, G 31 g/L, A/G 1.5; 总胆红素 11 μ mol/L, 直接胆红素 4 μ mol/L, GOT 49 U/L, GPT 38 U/L, AKP 74 U/L, GT 65 U/L”。空腹血糖“7.6 mmol/L, 餐后 2 小时血糖 15.4 mmol/L”, 血脂“总胆固醇 5.67 mmol/L, 甘油三酯 2.1 mmol/L, HDL 1.2 mmol/L, LDL 4.0 mmol/L, 载脂蛋白 A 1.28 g/L, B 1.30 g/L”; 24 小时动态血压示“夜间舒张压升高, 昼夜节律减弱”, B 超示“肝大小形态无异常, 肝内光点细密, 血管变细, 后方伴声衰减”, 肝 CT 示“肝脏形态大小正常, 肝脏密度降低, CT 值为 46 Hu”, 证属脾虚湿盛, 治以健脾运湿法。处方:生白术、生山楂、全瓜蒌各 30 g, 泽泻、茯苓、枳实各 15 g, 陈皮 10 g, 丹参 12 g, 红花 3 g, 生甘草 6 g。上方出入加减, 每日 1 剂, 治疗 3 个月后, 已停用珍菊降压片、消渴丸, 体重减轻 5 kg, 多次测血压在 140/90 mmHg 下, 两次复查血糖、血脂正常, 肝脏 B 超未见明显异常。需要指出的是, 单纯非酒精性脂肪肝预后较好; 脂肪肝和肥胖、糖尿病、高脂血症、高血压等疾病并存时, 则预后不佳, 需要强化治疗以防止肝硬化的发生。

裴道灵

周文卫主任治疗脂肪肝经验

周文卫主任是上海光华中西医结合医院知名专家,擅长治疗内科、儿科诸多疾病,尤其是脂肪肝和消渴病。

脂肪肝是常见的弥漫性肝病,一般认为脂肪代谢障碍是脂肪肝的主要成因,常见于慢性肝胆疾病、糖尿病、高脂血症等病的患者,尤其是与腰臀部比例指数具有明显的相关性。由于脂肪肝在诊断上缺乏特异性指标,目前多采用B超的传播速度和衰减率定量诊断方法代替肝穿刺活检,成为较为普遍的诊断脂肪肝的手段。脂肪肝在中医没有相应的病名。一般归之为“积症”、“胁痛”的范畴,国标命名为“肝癖”是病后失于调养,长期多量饮食或过食肥甘厚味是本病的主要原因。周文卫主任治疗脂肪肝注重辨证与辨病相结合,所谓“泥标忘本,白首不痊”,同时又注重降脂调脂的应用,如泽泻、决明子、白及等均有良好的降脂作用,而且药物配伍,变化细致,重视理气药物的运用,如陈皮一味在不同证情中有不同的用量,深合王肯堂所言“治积之法,理气为先”之旨。周文卫主任用药以轻灵见长,寓古意而不泥古法,认为治疗脂肪肝的要旨是疏肝健脾、理气化痰;强调要知常达变,机法圆活;只有辨证精确配伍才能相得益彰,用药精妙治疾方能效如桴鼓。

1. 脾虚湿热型

临床症状:上腹部不适,口苦便干,素体肥胖,兼有胆囊炎胆石症病史,舌苔黄腻,脉小弦滑。

治疗方法:健脾和胃,清热利湿。

方药:蒿秦清胆汤加减

【案例】

王某,女,42岁,教师,门诊号:00484。因右胁胀痛1个月于1998年3月来我院就诊,有慢性胆囊炎胆石症病史,口苦便干,形体肥胖,舌苔黄腻,脉小弦滑。查胆固醇5.8 mmol/L,甘油三酯4.6 mmol/L,LDL-C3.2 mmol/L,三对半(-),B超显示轻度脂肪肝。临床诊断脂肪肝(轻度)、高血脂症、胆囊炎胆石症。中医诊断:肝癖、胁痛。辨证为脾胃湿热,予健脾和胃、清利湿热。蒿秦清胆汤治疗。药用:青蒿9g,黄芩9g,姜半夏9g,泽泻9g,茯苓9g,生熟米仁各15g,决明子30g,川楝子9g,莪术9g,六一散6g(包煎),连服月旬,诸症均减,查甘油三酯1.8 mmol/L,B超显示肝脏形态正常,后以胆宁片巩固治疗。

2. 肝郁脾虚型

临床症状:右胁胀痛,乏力纳呆,便溏洩黄,兼有肝炎病史,舌胆苔薄或黄腻,脉濡缓或小弦滑。

治疗方法:疏肝健脾,化痰和络。

方药:柴芍六君子汤或丹栀逍遥散加减。

【案例】

李某,男,57岁,干部,门诊号:01274。因上腹部胀痛加重10天,于1999年7月来院就诊。有糖尿病史,形体较胖,神疲乏力,上腹部胀痛,食后尤甚,大便溏薄,舌淡苔薄脉濡缓。查空腹血糖10.2 mmol/L,总胆固醇5.2 mmol/L,甘油三酯5.7 mmol/L,LDL-C4.2 mmol/L,三对半(-),B超显示中度脂肪肝。临床诊断:脂肪肝(中度)、II型糖尿病、高脂血症。中医诊断:肝癖、消渴。辨证为肝郁脾虚,化痰和络。柴芍六君子汤加减。柴胡6g,白芍15g,党参12g,白术8g,木香6g,茯苓9g,泽泻12g,决明子15g,莪术9g,丹参9g,白及9g,姜半夏9g,陈皮6g,服上药14剂,并给予瑞易宁控制血糖,(上腹部)胀痛明显好转,大便转稠,精神健朗,效不更方,继续服用上药2个月,诸症渐消,空腹血糖

7.2 mmol/L, 甘油三酯 2.1 mmol/L, 总胆固醇 5.7 mmol/L, LDL-C 3.8 mmol/L, B超显示脂肪肝明显好转, 继续血脂康调摄, 后实验室指标均转阴。

3. 肝肾阴虚型

临床症状: 右胁阴痛, 口渴引饮, 腰膝酸乏力, 兼有慢性肝病和糖尿病史, 舌红少苔, 脉沉细。

治疗方法: 补益肝肾, 活血和络。

方药: 一贯煎和六味地黄汤加减。

【案例】

张某, 男, 48岁, 工人, 门诊号: 00317。因右胁阴痛反复发作8年加重1个月于1998年1月来院就诊, 有乙肝病史, 腰酸膝软, 神疲乏力, 口渴引饮, 纳呆便干, 舌红苔薄脉弦细。查 HbsAg(+), Ant-Hbe(+), ALT 82 U, 总胆固醇 5.2 mmol/L, 甘油三酯 3.4 mmol/L, LDL-C 3.8 mmol/L, B超西安市肝炎后肝硬化(轻度)、脂肪肝(重度)。临床诊断: 肝癖、胁痛。辨证为肝肾阴虚。给予补益肝肾, 活血和络。一贯煎和六味地黄汤加味。南沙参 9g, 枸杞子 9g, 当归 9g, 生熟地各 9g, 川楝子 9g, 麦冬 9g, 山萸肉 9g, 泽泻 12g, 丹参 12g, 莪术 15g, 决明子 15g, 陈皮 4.5g。上方出入服用2个月, 诸善皆陈, 甘油三酯 2.1 mmol/L, 总胆固醇 5.4 mmol/L, LDL-C 3.6 mmol/L, 三对半 HbsAg 转阴, B超显示脂肪肝明显好转, 继续服用六味地黄丸合丹参片调摄, 随访半年病情稳定。

编 后 记

通过对国内中医专家和学者对脂肪肝临床经验的总结和学术经验的研究,我们认为中医治疗脂肪肝有如下特点:

(1)对于脂肪肝的病因病机大多从痰、湿、瘀论治,以利湿化痰,活血化瘀为主,临床在应用这些药物的同时,加入一些被现代医学认识到可以改善脂肪肝的药物,反映了中医学的进步。中医药学者同样可以吸取现代医学的成果,同样可以利用现代医学的诊断方法,这是对中医学术和临床诊断方法的补充。

(2)脂肪肝不是一种单纯的疾病,而是涉及多个器官的疾病,中医在治疗脂肪肝时,同样要考虑多脏器的损伤问题。

(3)脂肪肝的治疗不能仅仅依靠药物进行,还可以通过改善饮食结构,通过药膳进行治疗。

(4)中医治疗脂肪肝具有个体化的特征,同时也具有一定的共性,掌握中医治疗脂肪肝的规律,对于提高临床疗效十分重要。

(5)预防脂肪肝比治疗脂肪肝更为重要,要注意从生活习惯等方面进行脂肪肝的预防,从而避免脂肪肝的发生。

参 考 文 献

- 1 刘艳骄,李 筠,李 茵.脂肪肝(第二版).科学技术文献出版社,2002
- 2 卢慕舜,甘金娥.浅议“消”、“补”法治疗脂肪肝.江西中医药,2004,35(1):35~36
- 3 古献民.涤脂灵冲剂治疗脂肪肝 60 例的临床观察.湖南中医药导报,2003,(2):15~16
- 4 曾 玲,江永苏.调肝降脂液治疗酒精性脂肪肝 51 例.四川中医,2004,(3):64
- 5 裴道灵,唐盛龙.复方丹参滴丸治疗老年脂肪肝 60 例的临床观察.上海中医药杂志,2003,(9):12~13
- 6 董 筠,邵 铭,余季言等.复青降脂汤治疗非酒精性脂肪肝 30 例.湖南中医杂志,2002,(4):26
- 7 郭 明.复方地龙胶囊治疗脂肪肝.吉林中医药,2003,(3):17
- 8 陈朝俊,李淑英.肝苏颗粒合脂必妥胶囊治疗脂肪肝 32 例.中国中西医结合消化杂志,2003,(4):235
- 9 党中勤.肝脂康胶囊治疗脂肪肝 62 例.陕西中医,2003,(7):589
- 10 李金海,玄绪丽,李润东,陈长远,张雪梅,邵爱玲.护肝降脂冲剂治疗脂肪肝 330 例分析.实用中医内科杂志,2003,(2):77
- 11 何太清,纪延龙.化痰活血法治疗脂肪肝疗效观察.河北中医,2000,(2):422
- 12 杨 菊,孙九光,许邹华.降脂脉安冲剂治疗脂肪肝 52 例.实用中医药杂志,2001,(12):14
- 13 廖 慧,许雪君.化痰疏肝活血法治疗脂肪肝 60 例总结.湖南中医杂志,2003,(3):9
- 14 王巧明.化痰涤浊法治疗脂肪肝 67 例临床观察.2001,(8):338

- 15 孙菱娟,顾晓明,席 彪. 化瘀泄浊汤治疗脂肪肝 46 例疗效观察. 江西中医药,2000,(4):15
- 16 邓家刚,秦华珍,林寿宁,黄 彬. 黄龙肝脂消合剂治疗高血脂性脂肪肝临床观察. 浙江中西医结合杂志,2003,(9):539
- 17 陆 霞,伊春锦. 活血化瘀法治疗脂肪肝 40 例. 福建中医药杂志,2001,(6):32
- 18 王 奕,张 玮,邢练军. 活血解毒降脂汤治疗慢性病毒性肝炎合并脂肪肝 57 例. 吉林中医药,2003,(8):17
- 19 彭汉光,王 萍,艾长征,薛卡明,张茂林,方之勇,邱荣元. 现代中西医结合杂志,2003,(2):793
- 20 罗登旭. 加味四逆散治疗脂肪肝 35 例观察. 实用中医药杂志,2003,(7):342
- 21 周修通. 加味枳术汤治疗高脂血症性脂肪肝. 辽宁中医杂志,2001,(7):406
- 22 雷福云. 健脾化浊法治疗Ⅱ型糖尿病合并脂肪肝 38 例. 湖北中医杂志,2001,(6):18
- 23 李 华,张 伟,曾斌芳. 降脂护肝汤治疗酒精性脂肪肝 63 例. 新疆中医药,2001,(3):22
- 24 魏文辉. 降脂化湿健脾活血法治疗脂肪肝临床观察. 2001,(4):45
- 25 杨钦河,陈孝银,徐云生. 降脂宁肝胶囊治疗脂肪肝 53 例. 新中医,2003,(4):53
- 26 苗宇船,李美蕊. 降脂平肝汤治疗肥胖性脂肪肝 39 例临床观察. 山西中医,2003,(2):14
- 27 黄晓鸣. 降脂清肝饮治疗高脂血症性脂肪肝临床研究. 浙江中医学院学报,2000,(2):26
- 28 孙善坤. 静脉滴注黄芪治疗酒精性脂肪肝 150 例临床观察. 山西医药杂志,2002,(2):459
- 29 王传力,张 锋,陈海龙,等. 凉血活血法治疗妊娠期急性脂肪肝 36 例. 中国民间疗法,2002,(6):55
- 30 杨建辉. 林鹤和治脂肪肝的经验. 江西中医药,2000,(3):1

- 31 黄亦琦,吴秀治,罗友华,等. 平脂冲剂治疗脂肪肝临床研究. 福建中医药,2000,(4):3
- 32 朱 芳,沈陆琪. 清肝活血法治疗脂肪肝 96 例. 中国中医药信息杂志,2003,(8):54
- 33 邱磷安,林赛金,王诗端. 清肝散治疗酒精性脂肪肝 26 例. 福建中医药,2001,(5):22
- 34 张建平. 清热化湿法为主治疗脂肪肝 63 例. 实用中医药,2003,(10):522
- 35 徐宝宏,陈 闽,徐海虹,等. 清脂肝三联针穴位注射治疗中、重度酒精性脂肪肝的临床观察. 海军医学杂志,2004,(3):31
- 36 陈利群,王维淳. 祛湿化痰、理气活血法治疗脂肪肝临床观察. 江西中医药,2001,(3):22
- 37 曹晓菊,罗 强,吉海旺,等. 祛痰化湿法为主治疗脂肪肝 58 例. 中国中西医结合消化杂志,2001,(5):299
- 38 鞠丽君,鞠传兰,汪 萌. 祛脂护肝冲剂治疗酒精性脂肪肝的临床观察. 中国中西医结合杂志,2002,(8):629
- 39 汪 萌,鞠传兰,张雅萍,周永红. 祛脂护肝冲剂治疗脂肪肝的临床研究. 山东中医杂志,2000,(1):9
- 40 唐红敏,张建伟,王佩芳. 祛脂护肝汤加减治疗非酒精性脂肪肝 58 例. 中国临床医学,2003,(4):587
- 41 李夏亭,张锁才,郑锦华,等. 柔肝降脂胶囊治疗脂肪肝 45 例临床分析. 江苏中医,2000,(6):15
- 42 郑 欣. 软肝胶囊治疗脂肪肝致 ALT 升高 52 例. 中国新医药,2003,(9):97
- 43 潘金友,张爽秋,姚祖颐,等. 疏肝化痰为主治疗脂肪肝. 辽宁中医,2001,(3):152
- 44 尹佐才. 王春艳,齐永明,等. 疏肝健脾法治疗脂肪肝 60 例. 中医药信息,2000,(5):37
- 45 吴国潘. 疏肝健脾法治疗脂肪肝疗效分析. 江西中医药,2002,(6):24
- 46 方桂女,潘小锋. 疏肝降脂汤并肝得健胶囊治疗脂肪肝 41 例临床分析.

- 浙江临床医学, 2001, (1): 63
- 47 吴宽裕. 疏肝理气通瘀法治疗脂肪肝 35 例. 福建中医药, 2001, (6): 23
- 48 陈丽英, 张曼韵, 钱立明. 疏肝利湿降脂方对脂肪肝患者血生化指标的影响. 辽宁中医杂志, 2003, (11): 935
- 49 洪 声, 姜昌明. 舒肝祛脂胶囊治疗伴肝功能损害的脂肪肝 34 例. 中国中医药信息, 2002, (1): 49
- 50 孙 光. 四君子汤合温胆汤治疗糖尿病高脂血症及脂肪肝的临床观察. 中医药信息, 2002, (4): 49
- 51 徐 端. 孙定隆老师应用启宫丸加减治疗脂肪肝经验介绍. 贵阳中医学院学报, 2003, (3): 封三
- 52 钟怡就. 痰瘀同治法治疗脂肪肝 1 例. 现代中西医结合杂志, 2000, (11): 2174
- 53 黄国毅, 卓蕴慧. 剔络法治疗脂肪肝 56 例临床观察. 上海中医药杂志, 2003, (5): 23~24
- 54 施正贤, 董汉良. 胃强脾弱证在脂肪肝中的辨治. 中国社区医师, 2002, (13): 36
- 55 韩伟锋, 张 影, 李素领. 消胀调肝汤治疗肥胖性脂肪肝 64 例. 浙江中医杂志, 1999, (11): 14
- 56 周玉琴. 消脂复肝合剂治疗脂肪肝 30 例的疗效观察. 辽宁中医杂志, 2000, (12): 549
- 57 姜国峰, 沈志强, 徐水钦. 消脂益肝茶合复方丹参片治疗单纯性脂肪肝. 浙江中西医结合杂志, 2003, (12): 761
- 58 徐海燕. 消脂饮治疗 40 例脂肪肝临床观察. 中国校医, 2000, (1): 26
- 59 徐湘江, 何继红, 杨洪娟. 消脂愈肝胶囊治疗脂肪肝 50 例疗效观察. 河北中医, 2001, (11): 826
- 60 宋清武, 谢晶日. 谢晶日教授治疗脂肪肝经验. 中医药信息杂志, 2004, (1): 42
- 61 孙 炜. 益气化瘀法为主治疗脂肪肝刍议. 浙江中医杂志, 2001, (8): 336~337
- 62 董子强, 赵勇军, 史玉霞. 益肾洗肝化脂汤对酒精性脂肪肝患者 BUA、

- TBA 的影响. 国医论坛, 2003, (2): 20
- 63 倪 卡, 钱立瑛, 哈斯也提. 运脾化痰法治疗脂肪肝 40 例. 新疆中医药, 2001, 增刊: 26
- 64 何汶忠, 高月求. 运用温肾化痰法治疗脂肪肝 63 例. 实用中医内科杂志, 2003, (2): 97
- 65 汪晓军. 张学文教授清肝活血法辨治脂肪肝经验介绍. 新中医, 2003, (2): 12
- 66 吴 瑕, 董 柳, 段荣章. 赵文霞教授治疗慢性乙型肝炎合并脂肪肝的经验. 四川中医, 2004, (4): 2
- 67 朱 瑾, 朱学葵. 脂肪肝 568 例 B 超检查与中医辨证分型关系探讨. 浙江中西医结合杂志, 2003, (3): 160
- 68 魏华凤, 季 光, 邢练军. 脂肪肝辨证分型规律的初步研究. 辽宁中医杂志, 2002, (11): 655
- 69 沈国良, 高雅文, 王丽萍, 汪柏尧. 脂肪肝辨证分型与 B 超分度间的关系研究. 浙江中医杂志, 2004, (3): 104
- 70 施军平, 王新光, 娄国强. 脂肪肝辨证分型与胰岛素抵抗的相关性研究. 浙江中医学院学报, 2003, (4): 32
- 71 陈小舜. 脂肪肝辨证治疗的体会. 浙江中医学院学报, 2000, (2): 37
- 72 汪 红. 脂肪肝辨治述要. 湖北中医杂志, 2001, (12): 22
- 73 谢绍武. 脂肪肝辨证分型用药探析. 中医药学刊, 2001, (5): 503
- 74 王雁翔, 孙学华, 王灵台. 脂肪肝病因病机初探. 中医药学刊, 2003, (11): 1849
- 75 潘智敏, 李玉花. 脂肪肝的病机及治疗研析. 浙江中医杂志, 2004, (1): 8~9
- 76 韦 清. 脂肪肝的食疗. 药膳食疗, 2004, (3): 18
- 77 刘 玉, 周立民, 姜兆庆. 脂肪肝的饮食疗法. 中国民间疗法, 2002, (6): 60
- 78 顾良伯. 脂肪肝的营养与药膳. 药膳食疗研究, 2001, (6): 11
- 79 安丰香. 脂肪肝的预防. 中国社区医师, 2003, (16): 16
- 80 董汉良. 脂肪肝的证治探析. 中国社区医师, 2003, (10): 36~37

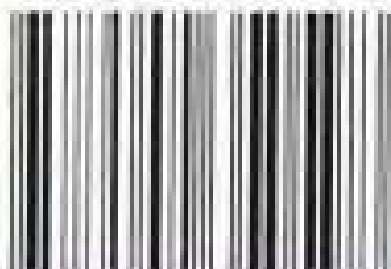
- 81 徐列明,胡义扬. 脂肪肝的中药治疗. 中西医结合学报, 2003, (2): 138~139
- 82 林青,陈文惠,张超,苏平. 脂肪肝的中医辨病论治. 云南中医中药杂志, 2002, (2): 11~12
- 83 顾本宇,王军. 脂肪肝的中医药治疗. 中国基层医药, 2004, (4): 369
- 84 胡美兰. 脂肪肝的中医病因病机探讨. 浙江中西医结合杂志, 2003, (12): 754
- 85 尹常健. 脂肪肝临床研究的几个主要环节. 山东中医杂志, 2004, (1): 3~4
- 86 赵秀莉. 脂肪肝临证指要. 中国社区医师, 2003, (16): 14~15
- 87 徐广芝. 脂肪肝效方达药. 中国社区医师, 2003, (16): 15
- 88 顾良伯. 脂肪肝的饮食治疗. 药膳食疗研究, 2000, (6): 11
- 89 赵晓威,王江河. 脂肪肝与高脂血症. 安徽中医临床杂志, 2002, (6): 521
- 90 王丽萍,洪佳璇. 脂肪肝中医临床特点探讨. 浙江中西医结合杂志, 2000, (5): 285~86
- 91 秦应娟,杜林. 脂肪肝中医论治五法. 河南中医学院学报, 2004, (2): 47~48
- 92 李玉红,张伯礼,徐宗佩,商洪才. 脂肪肝中医药辨治系统评价. 辽宁中医杂志, 2002, (11): 657~658
- 93 冯明辉,杜发斌. 脂肪肝中医药研究现状和思考. 湖南中医药导报, 2004, (5): 61~62
- 94 潘金友,姚祖颐,陆露华,杨慧萍,陈百先. 脂肪肝中医药治疗. 同济大学学报(医学版), 2001, (4): 72~74
- 95 邓银泉,范小芬. 脂肪肝中医证型与血生化指标的关系. 浙江中西医结合杂志, 2001, (3): 138
- 96 冯海涛,张玮,李莹,王育群. 脂肪肝中医证治的临床应用. 辽宁中医杂志, 2003, (6): 93~94
- 97 张照琪,刘晓平,胡瑞敏,李军生,姚春甫,王淑荣,金淑萍. 脂肝乐胶囊治疗脂肪肝的临床研究. 河北中医, 2004, (2): 89~90
- 98 杨牧祥,张一昕,耿兰书,等. 脂肝泰胶囊对高脂血症性脂肪肝患者 SOD

- 和 MDA 的影响. 河北中医药学报, 2002, (4): 1~2
- 99 杨牧祥, 张一昕, 王占波, 李同振. 脂肝泰胶囊治疗高脂血症性脂肪肝的疗效观察. 中国中医药信息杂志, 2002, (12): 37
- 100 李秀芳, 李立纪, 淤泽溥. 中药防治脂肪肝药效研究的思路与方法. 云南中医中药杂志, 2003, (3): 32
- 101 李 青. 中药复方治疗肥胖性脂肪肝 52 例. 陕西中医, 2003, (9): 778~779
- 102 黄子夏, 郑苏娜, 邱彩信. 中药配合减肥法治疗脂肪肝 58 例观察. 实用中医药杂志 2002, 18(7): 8~9
- 103 林梅芬, 林添水. 中药治疗脂肪肝 20 例. 福建中医药, 2002, (5): 29
- 104 徐慧先, 马 建, 金昌凤. 中药治疗脂肪肝 46 例临床观察. 中国中医药科技, 2002, (4): 238
- 105 李 展. 中药治疗脂肪肝 57 例临床体会. 广西中医学院学报, 2001 (1): 27~28
- 106 陈润芝, 张连枝, 崔 宁. 中医辨证施治脂肪肝 140 例观察. 泰山医学学报, 2003, (3): 263
- 107 王利军, 杨学峰. 中医对脂肪肝的认识及辨证施治. 中医研究, 2002, (1): 54~55
- 108 罗国庆. 中医药治疗脂肪肝 90 例疗效分析. 浙江中西医结合杂志, 2003, (7): 435
- 109 孔祥廉, 梅全喜, 高玉桥, 钟希文. 中医药治疗脂肪肝的分析探讨. 时珍国医国药, 2003, 14(12): 781
- 110 李 田. 中医治疗脂肪肝. 医药与保健, 2002, (2): 17
- 111 韩 镛. 重用生白术治疗脂肪肝临证浅识. 中医药学刊, 2004, (1): 177~179
- 112 裴道灵. 周文卫主任治疗脂肪肝经验. 黑龙江中医药, 2000, (6): 39~40



- 现代名中医前列腺治疗绝技
- 现代名中医肾病治疗绝技
- 现代名中医股骨头坏死治疗绝技
- 现代名中医糖尿病治疗绝技
- 现代名中医冠心病治疗绝技
- 现代名中医胃病治疗绝技
- 现代名中医颈肩腰腿痛治疗绝技
- 现代名中医精神神经疾病治疗绝技
- 现代名中医高血压中风治疗绝技
- 现代名中医肥胖治疗绝技
- 现代名中医甲亢甲减治疗绝技
- 现代名中医风湿类风湿治疗绝技
- 现代名中医脂肪肝治疗绝技

ISBN 7-5023-5059-4



9 787502 350598 >

ISBN 7-5023-5059-4/R·1299

定价：18.00元

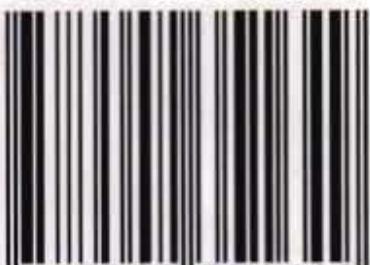
封面设计
宋雪梅



- 现代名中医前列腺治疗绝技
- 现代名中医肾病治疗绝技
- 现代名中医股骨头坏死治疗绝技
- 现代名中医糖尿病治疗绝技
- 现代名中医冠心病治疗绝技
- 现代名中医胃病治疗绝技
- 现代名中医颈肩腰腿痛治疗绝技
- 现代名中医精神神经疾病治疗绝技
- 现代名中医高血压中风治疗绝技
- 现代名中医肥胖治疗绝技
- 现代名中医甲亢甲减治疗绝技
- 现代名中医风湿类风湿治疗绝技
- 现代名中医脂肪肝治疗绝技
- 现代名中医疼痛诊治绝技
- 现代名中医便秘治疗绝技
- 现代名中医头痛头晕治疗绝技
- 现代名中医白血病治疗绝技
- 现代名中医贫血治疗绝技
- 现代名中医结石囊肿治疗绝技

封面设计
宋雪梅

ISBN 7-5023-5164-7



9 787502 351649 >