

健脾疏肝法治疗非酒精性脂肪肝 44 例

★ 来丽群 (浙江省杭州市中医院消化内科 杭州 310000)

摘要:目的:探讨健脾疏肝法对非酒精性脂肪肝的临床疗效。方法:选择非酒精性脂肪肝患者,随机分为治疗组、对照组各 44 例。治疗组用健脾疏肝法之中药治疗,对照组用脂必妥治疗。结果:总有效率治疗组明显优于对照组;临床症状改善程度经治疗后两组均有明显改善,组间比较治疗组明显优于对照组;B 超体征改善程度经治疗后,两组体征均有较明显的改善,组间比较无显著性差异;肝功能检查谷丙氨酸氨基转移酶(ALT)、天冬氨酸氨基转移酶(AST)和谷氨酰转氨酶(γ -GT),两组患者均较治疗前明显降低,治疗前后比较有显著性差异,但组间比较无显著性差异;总胆固醇(TC)、甘油三酯(TG)较治疗前显著降低,高密度脂蛋白胆固醇(HDL-ch)较治疗前显著升高,治疗前后比较有显著性差异,其中 TG 与对照组比较还有组间显著性差异。结论:健脾疏肝法治疗非酒精性脂肪肝疗效显著,能有效改善临床症状及体征,明显改善肝功能,降低血脂。

关键词:非酒精性;脂肪肝;健脾疏肝法;中医药疗法

中图分类号:R 575.2 **文献标识码:**B

1 资料与方法

1.1 一般资料 所有病例均来自我院消化科门诊及病房,共 88 例,随机分为治疗组和对照组各 44 例。两组在年龄、性别、病程等方面对比,均无显著差异($P > 0.05$),具有可比性。因故中断或放弃治疗及失访者,治疗组 3 例,对照组 2 例。

1.2 诊断标准 西医诊断标准参照 2002 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^[1];中医辨证标准参照中华人民共和国药品监督管理局(2002 年)制定的《中药新药临床研究指导原则》制定。

1.3 治疗方法 治疗组予健脾疏肝法。药物组成:黄芪 10 g,泽泻 6 g,柴胡 10 g,白芍 8 g,山楂 5 g,决明子 5 g,丹参 10 g。每日 2 剂,分早晚 2 次口服,每次 1 剂。30 天为一个疗程,观察 2 个疗程。对照组服用脂必妥胶囊(成都地奥九泓制药厂生产),每次 0.24 g,每日 2 次,疗程同治疗组。

1.4 观察指标 观察患者临床症状的变化,治疗前及疗程结束后测定丙氨酸基转氨酶(ALT)、谷氨酰转氨酶(GGT)、总胆固醇(TC)、甘油三酯(TG)。治疗前及疗程结束后各做 B 超 1 次。

1.5 疗效评定标准 参照国家药品监督管理局(2002 年)制定的《中药新药临床研究指导原则》。临床痊愈:症状消失或基本消失,证候积分减少 $\geq 95\%$;显效:症状明显好转,证候积分减少 $\geq 70\%$;有效:症状有好转,证候积分减少 $\geq 30\%$;无效:症状无明显好转甚或加重,证候积分减少不足 30%。计算公式:[(治疗前积分 - 治疗后积分) \div 治疗前积分]

$\times 100\%$ 。

1.6 统计学方法 计数资料采用卡方检验,计量资料采用 t 检验。

2 结果

见表 1、2、3。

表 1 两组中医证候疗效对比 (例)

组别	n	临床痊愈	显效	有效	无效	总有效率(%)
治疗组	41	12	17	9	3	92.7
对照组	42	8	14	7	13	69.0

两组对比,经卡方检验, $P < 0.01$,有高度显著性差异。

表 2 治疗前后两组 B 超变化情况对比 (例)

组别	n	恢复正常	减轻	无效	总有效率(%)
治疗组	41	16	21	4	90.2
对照组	42	8	20	14	66.7

两组对比,经卡方检验, $P < 0.01$,有高度显著性差异。

表 3 两组治疗前后 ALT、GGT、TC、TG 对比 ($\bar{x} \pm s$)

组别	n	ALT(IU/L)	GGT(IU/L)	TC(mmol/l)	TG(mmol/l)
治疗组	41	55.46 \pm 14.66	73.10 \pm 29.76	6.38 \pm 1.104	3.59 \pm 1.03
		35.29 \pm 11.82 * #	48.66 \pm 15.94 * #	6.27 \pm 1.30 * #	2.61 \pm 0.85 * #
对照组	42	55.63 \pm 13.92	72.83 \pm 29.30	6.23 \pm 1.16	3.38 \pm 1.01
		45.80 \pm 10.29 *	55.02 \pm 17.68 *	5.58 \pm 1.18 *	3.12 \pm 0.79 *

注:与本组治疗前对比,* $P < 0.05$;与对照组治疗后对比,# $P < 0.05$ 。

3 讨论

非酒精性脂肪肝(NAFLD)是指除外酒精和其他明确的肝损害因素所导致的以弥漫性肝细胞大泡性脂肪变为主要特征的临床病理综合征。已有流行病学研究结果显示,我国的 NAFLD 的患病率约为 5% ~ 15%,且呈上升趋势^[2]。中医学根据其临床表现属于“积聚”、“胁痛”、“痰浊”等范畴。最早记载于《难经》:“肝之积,名曰肥气”,故称之为“肥气

顺气降逆法配合穴位注射治疗顽固性呃逆 12 例

★ 熊明芳 (江西中医学院附属医院 南昌 330006)

关键词: 顽固性呃逆; 顺气降逆法; 穴位注射

中图分类号: R 245.9+5 文献标识码: B

笔者近 1 年来, 采用中药顺气降逆法配合穴位注射山莨菪碱治疗顽固性呃逆 12 例, 取得满意疗效, 现报告如下:

1 临床资料

12 例均为我科门诊及住院病人, 其中男 7 例, 女 5 例, 年龄 45 ~ 83 岁, 病程 1 ~ 30 天。胃癌 5 例, 非萎缩性胃炎 5 例, 乙型肝炎肝硬化 2 例。

2 治疗方法

基础方: 木香 10 g, 乌药 10 g, 枳壳 10 g, 沉香末 3 g, 代赭石 30 g, 黄连 1 g。呃声无力, 手足不温者, 加丁香 6 g, 吴茱萸 6 g 温胃透膈以平呃逆。每日 1 剂, 水煎 2 服。取穴: 内关。抽取山莨菪碱注射液 10 mg, 内关穴位进针, 患者出现酸胀时注入, 左、右交替, 每日注射 2 次, 3 天为一个疗程。

3 治疗结果

治疗 2 个疗程后痊愈(症状及体征消失, 呃逆消失)7 例, 有效(呃逆次数及间隔时间减轻及减少,

病”。《素问》曰:“清气在下, 则生飧泄, 浊气在上, 则生腹胀。”其病因病机多为嗜食肥甘, 过度饮酒, 劳逸失常, 情志失调, 损伤脾胃, 使脾失健运, 水谷精微不归正化而脂浊痰湿内生; 痰湿内蕴进而使气血运行不畅, 血滞为瘀, 痰瘀内结, 化生脂浊, 停积于肝, 遂生本病。其病位主要在肝脾二脏, 肝郁脾虚, 痰瘀互阻是其病机关键。临床有研究发现脂肪肝患者全血粘度、血浆粘度、红细胞压积也都显著提高^[3], 提示了脂肪肝患者有痰湿、瘀血等病理产物的存在。故笔者治疗本病以健脾疏肝, 化痰祛湿, 行气化痰为治则。方中黄芪健脾益中气, 培气血资生之源, 泽泻利水渗湿泄浊, 二药合用, 补中有清, 共为君药; 柴胡疏肝理气解郁, 以调畅气机, “气顺则一身之津液亦随气而顺矣”(《丹溪心法》), 白芍软肝柔肝为臣药; 丹参一味, 可抵四物, 养则血源充足, 通则肝体可柔, 血无郁滞, 使湿祛痰消瘀化活血祛瘀消脂, 决明子祛湿清肝; 山楂活血祛瘀, 消食化积。诸药合用, 共奏

症状及体征减轻)4 例, 无效(呃逆次数及间隔时间稍有改变, 症状及体征改善不明显)1 例。

4 讨论

呃逆, 古称“哕”, 又称“哕逆”。《内经》首先提出为中上二焦病。中医学认为呃逆乃胃失和降, 胃气上逆动膈所致, 也是胃气衰败之象。在治疗方面, 以和胃顺气, 降逆平呃为主, 配合内关穴注射山莨菪碱。内关穴位于腕横纹上 2 寸, 主治心痛、心悸、胃痛、呕吐等, 有宁心和胃、安神、降逆止呕功效。双侧内关穴注射山莨菪碱是融合药物和针刺治疗作用于一体的好方法。山莨菪碱能阻断 M 胆碱受体, 松弛平滑肌, 主治腹胀、腹痛、泄泻、呕吐, 通过针刺输穴以导药物, 循经络而治脏腑, 收效快速而且稳定。同时水针可持续针刺感应, 诱导经络感传而提高疗效, 达到治愈好转的目的, 具有治疗时间短, 见效快, 并且疗效稳定的特点。

(收稿日期: 2008-11-04 责任编辑: 秦小珑)

健脾疏肝, 化痰消脂作用。使肝木条达, 脾土健运, 气机宣通, 血脉畅行, 水精四布, 湿痰瘀血得除, 脂浊难凝, 其病难成。本研究在辨证施治基础上, 结合现代中药研究成果, 采用治疗脂肪肝有效的药物进行治疗。结果显示, 健脾疏肝法治疗非酒精性脂肪肝, 在改善肝脏影像学变化, 缓解症状, 降低血清甘油三酯, 改善肝功能等方面有显著作用。临床验证本方可祛邪扶正, 标本兼治, 显著提高疗效, 值得推广和研究。

参考文献

- [1] 中华医学会肝脏病学分会脂肪肝和酒精性肝病组. 非酒精性脂肪性肝病诊断标准[S]. 中国肝病杂志, 2003, 11: 71.
- [2] 范建高. 非酒精性脂肪肝的流行病学调查[J]. 中华消化杂志, 2002, 22(2): 106 - 107.
- [3] 范小芬, 邓银泉. 非酒精性脂肪肝血液流变学变化与中医证型关系[J]. 浙江中医杂志, 2002, 37(6): 262 - 263.

(收稿日期: 2008-09-09 责任编辑: 周茂福)