

# 健脾化浊祛瘀法治疗非酒精性脂肪性肝病的临床研究

李艳慧

黑龙江省鹤岗市中医医院工作

DOI:10.32629/fcmr.v7i4.18105

**[摘要]** 目的:探析健脾化浊祛瘀法治疗非酒精性脂肪性肝病的临床效果。方法:选取2024年1月至2025年1月期间院内非酒精性脂肪性肝病患者共102例,作为此次研究对象。通过随机数表法,将102例患者随机分为对照组与观察组。对照组采用常规西药治疗,观察组在对照组的基础上结合健脾化浊祛瘀法治疗,对比两组肝功能状态,中医证候积分,血脂水平。结果:观察组优于对照组, $P < 0.05$ 。结论:在常规西药治疗基础上,结合健脾化浊祛瘀法治疗非酒精性脂肪性肝病,可显著改善患者肝功能状态、中医证候积分、血脂水平,值得推广与应用。

**[关键词]** 非酒精性脂肪性肝病; 健脾化浊祛瘀法; 肝功能状态; 中医证候积分; 血脂水平

中图分类号: R575.3 文献标识码: A

## Clinical Study on the Treatment of Non-Alcoholic Fatty Liver Disease with the Method of Strengthening Spleen, Removing Dampness, and Resolving Stasis

Yanhui Li

Work at Hegang Traditional Chinese Medicine Hospital in Heilongjiang Province

**[Abstract]** Objective To explore the clinical efficacy of the spleen-strengthening, turbidity-transforming, and blood-stasis-removing method in treating non-alcoholic fatty liver disease. Methods A total of 102 patients with non-alcoholic fatty liver disease admitted to the hospital between January 2024 and January 2025 were selected as the study subjects. Using a random number table method, the 102 patients were randomly divided into a control group and an observation group. The control group received conventional Western medication, while the observation group was treated with the spleen-strengthening, turbidity-transforming, and blood-stasis-removing method in addition to the control group's treatment. The liver function status, TCM syndrome scores, and blood lipid levels were compared between the two groups. Results The observation group showed superior outcomes compared to the control group, with  $P < 0.05$ . Conclusion The spleen-strengthening, turbidity-transforming, and blood-stasis-removing method can significantly improve liver function status, TCM syndrome scores, and blood lipid levels, making it worthy of promotion and application.

**[Key words]** Non-alcoholic fatty liver disease; spleen-strengthening, turbidity-resolving, and blood-stasis-eliminating therapy; liver function status; traditional Chinese medicine syndrome score; blood lipid levels

非酒精性脂肪性肝病即患者由于非酒精以及其他明确肝损伤因素所诱发的肝细胞脂质过度沉积。近年来非酒精性脂肪性肝病的病例总数出现了较为明显的增长,患者发病后主要表现为消化不良、肝区隐痛、乏力、恶心以及黑便等症状,部分病情严重的患者甚至可出现高热或意识障碍。现阶段非酒精性脂肪性肝病临床分型包括非酒精性单纯性脂肪肝,非酒精性脂肪性肝炎以及非酒精性脂肪性肝硬化,属于诱发慢性肝病的重要因素,对患者健康构成严重的威胁<sup>[1]</sup>。以往在对非酒精性脂肪性肝病进行治疗的过程中,多采用常规西药治疗模式进行干预,虽然能够取得一定的效果,但是存在不良反应发生率高的局限

性,且患者长期服药后易出现耐药的情况。从中医的角度出发,认为非酒精性脂肪性肝病属于“脂满”“肝癖”“肋痛”等范畴,认为此类疾病的出现主要是由于患者饮食不节,忧思过度,进而出现,脾失健运,肝失疏泄,痰湿瘀血气滞互结的情况,最终痹阻肝脉而发病。因而在开展治疗的过程中需遵循疏肝健脾,利湿泄浊以及活血祛瘀的原则<sup>[2]</sup>。本文将探析健脾化浊祛瘀法治疗非酒精性脂肪性肝病的临床效果,如下所示。

### 1 资料与方法

#### 1.1 一般资料

选取2024年1月至2025年1月期间院内非酒精性脂肪性肝病

患者共102例,作为此次研究对象。通过随机数表法,将102例患者随机分为对照组与观察组。对照组患者共51例,男26例,女25例,年龄为:33-53岁,平均年龄(46.72±3.69)岁,观察组患者共51例,男28例,女23例,年龄为:33-55岁,平均年龄(47.33±4.08)岁,两组一般资料对比, $P>0.05$ 。纳入标准:(1)患者均符合《非酒精性脂肪性肝病诊疗指南》<sup>[3]</sup>中非酒精性脂肪性肝病诊断标准;(2)具有正常的认知及沟通交流能力;(3)不存在饮酒史,或饮酒折合乙醇量:男性每周<40g,女性每周<2g。排除标准:(1)药物性肝病或自身免疫性肝病等可诱发脂肪性肝病的患者;(2)合并严重心、脑、肾系统疾病;(3)其他重要器官功能障碍。

### 1.2 方法

#### 1.2.1 对照组方法

予以患者多烯磷脂酰胆碱胶囊口服,每日3次,每次2片,同步落实对于患者的饮食指导,落实戒烟戒酒措施,控制体重,保持规律作息等,连续治疗3个月。

#### 1.2.2 观察组方法

在对照组的基础上予以患者健脾化浊祛瘀法治疗,采用茵陈苓桂术甘汤,组方为:桂枝10克,茵陈蒿18克,炙甘草5克,炒白术5克,茯苓10克,栀子10克,生大黄5克,将上述药材采用清水浸润,充分浸润后进行煎煮,每日1剂,分别于早间及晚间服用,连续治疗3个月。

#### 1.3 观察指标

##### 1.3.1 肝功能状态

采集患者空腹静脉血共4ml,落实离心处理,取上清液,应用化学发光法测定患者天冬氨酸氨基转移酶,丙氨酸氨基转移酶以及总胆红素水平。

##### 1.3.2 中医证候积分

以《中药新药临床研究指导原则》<sup>[4]</sup>为基础进行评定,包括神疲乏力,腹胀纳呆,肝区隐痛,嘈杂泛酸。0分为无症状,1分为轻度症状,2分为明显症状,3分为重度症状。

##### 1.3.3 血脂水平

采集患者空腹静脉血共3ml,落实离心处理,取上清液,应用P800型全自动生化仪测定低密度脂蛋白胆固醇,甘油三酯及高密度脂蛋白胆固醇水平。

##### 1.4 统计学方法

将数据纳入SPSS22.0软件中分析,计量资料比较采用t检验,并以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示, $P<0.05$ 为差异显著,有统计学意义,数据均符合正态分布。

## 2 结果

### 2.1 两组肝功能状态

干预前两组对比, $P>0.05$ ,干预后观察组天冬氨酸氨基转移酶,丙氨酸氨基转移酶以及总胆红素水平低于对照组, $P<0.05$ ,见表1:

### 2.2 两组中医证候积分

干预前两组对比, $P>0.05$ ,干预后观察组低于对照组, $P<0.05$ ,见表2:

表1 两组肝功能指标 $(\bar{x} \pm s)$

| 组别  | 例数 | 天冬氨酸氨基转移酶水平       |                  | 丙氨酸氨基转移酶水平       |                  | 总胆红素水平           |                  |
|-----|----|-------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|
|     |    | 干预前               | 干预后              | 干预前              | 干预后              | 干预前              | 干预后              |
| 对照组 | 51 | (100.20±24.97)U/L | (86.11±20.09)U/L | (91.21±31.64)U/L | (71.05±17.21)U/L | (62.13±12.45)U/L | (46.09±10.40)U/L |
| 观察组 | 51 | (101.20±25.31)U/L | (65.07±18.32)U/L | (90.88±30.50)U/L | (54.23±20.38)U/L | (63.97±13.62)U/L | (34.11±11.20)U/L |
| t   | -- | 0.286             | 13.426           | 0.116            | 11.258           | 0.351            | 8.354            |
| P   | -- | 0.773             | 0.000            | 0.910            | 0.000            | 0.728            | 0.000            |

表2 两组中医证候积分 $(\bar{x} \pm s)$

| 组别  | 例数 | 神疲乏力         |              | 腹胀纳呆         |              | 肝区隐痛         |              | 嘈杂泛酸         |              |
|-----|----|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
|     |    | 干预前          | 干预后          | 干预前          | 干预后          | 干预前          | 干预后          | 干预前          | 干预后          |
| 对照组 | 51 | (2.72±0.40)分 | (1.29±0.26)分 | (2.20±0.48)分 | (1.30±0.27)分 | (2.31±0.69)分 | (1.61±0.42)分 | (2.00±0.50)分 | (1.43±0.22)分 |
| 观察组 | 51 | (2.69±0.38)分 | (0.79±0.20)分 | (2.08±0.47)分 | (0.81±0.13)分 | (2.25±0.69)分 | (0.90±0.19)分 | (2.05±0.48)分 | (0.79±0.11)分 |
| t   | -- | 0.273        | 11.435       | 0.632        | 9.886        | 0.171        | 13.976       | 0.167        | 10.451       |
| P   | -- | 0.741        | 0.000        | 0.527        | 0.000        | 0.840        | 0.000        | 0.843        | 0.000        |

### 2.3 两组血脂水平

干预前两组对比, $P>0.05$ ,干预后观察组低密度脂蛋白胆固醇,甘油三酯水平低于对照组,高密度脂蛋白胆固醇水平高于对照组, $P<0.05$ ,见表3:

表3 两组血脂水平 $(\bar{x} \pm s)$

| 组别  | 例数 | 高密度脂蛋白胆固醇         |                   | 低密度脂蛋白胆固醇         |                   | 甘油三酯              |                   |
|-----|----|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|
|     |    | 干预前               | 干预后               | 干预前               | 干预后               | 干预前               | 干预后               |
| 对照组 | 51 | (1.37±0.40)mmol/L | (1.51±0.56)mmol/L | (2.96±1.82)mmol/L | (2.11±0.93)mmol/L | (2.38±0.58)mmol/L | (2.36±0.76)mmol/L |
| 观察组 | 51 | (1.41±0.36)mmol/L | (1.99±0.81)mmol/L | (2.90±1.79)mmol/L | (1.44±0.47)mmol/L | (2.41±0.62)mmol/L | (1.77±0.39)mmol/L |
| t   | -- | 0.531             | 3.481             | 0.168             | 5.824             | 0.157             | 4.324             |
| P   | -- | 0.597             | 0.000             | 0.867             | 0.000             | 0.889             | 0.000             |

## 3 讨论

现阶段非酒精性脂肪性肝病已经逐步成为临床常见疾病,现阶段其发病机制尚未明确,西医认为此类疾病的出现属于多方面因素共同作用的结果,包括脂质代谢疾病,胰岛素抵抗,营养过剩以及遗传因素等,均属于诱发非酒精性脂肪性肝病的重要因素。过去针对此类患者的治疗主要以调节生活、饮食方式;调节血脂紊乱(苯氧乙酸类药物、改善IR类药物、一致氧化作用

药物等),虽然能够取得一定的效果,但是存在用药周期长,患者依从性差的不足,且长期应用会存在较大的几率使得患者出现不良反应。而中医治疗则具有疗效确切及不良反应发生率低的优势,从中医的角度出发,认为非酒精性脂肪性肝病属于“脂满”“肝癖”“肋痛”等范畴,主要是由于患者机体脾虚湿困,气滞血瘀,肝失疏泄,血瘀郁结,促使肝脉受阻而发病。因而在实际开展治疗的过程中,需遵循疏肝健脾,利湿泄浊,活血祛瘀以及疏肝理气的原则<sup>[5]</sup>。

此次研究发现,观察组在肝功能状态,中医证候积分,血脂水平方面均具有明显的优势。与王盈佳<sup>[6]</sup>等人的研究基本一致。提示结合健脾化浊祛瘀法可更好的改善患者病情状态。分析其原因认为:茵陈苓桂术甘汤中,桂枝具有清热利尿以及助阳化气的效果,茵陈蒿则能够清热利湿,在《本草再新》中对其有所记载,认为其具有平肝,化痰,利湿以及泻火的效果。炒白术则可补脾益胃,同时可燥湿和中。茯苓有着健脾化痰以及利水渗湿的效果。栀子可泻火除烦,清热利尿,同时具有凉血散瘀的效果。生大黄则能够泻热毒,破积滞,行瘀血。而炙甘草则能够有效缓和各类药材的毒性与烈性,通过多种药材的联合应用,达到疏肝健脾,利湿泄浊,活血祛瘀的效果<sup>[7]</sup>。其次从现代药理角度出发,认为茵陈蒿中的叶酸及挥发油成分能够促进肝细胞再生的效果,同时可进一步调节患者血脂水平,对于改善患者肝功能状态及血脂水平具有积极的意义。栀子中则含有栀子苷、芸香苷等成分,可显著提升细胞中蛋白质及DNA的合成,以促进胆汁的分泌,针对胆红素的生成产生优良的抑制效果,进而达到抗炎及抗菌作用,促进患者肝功能的改善。桂枝中则具有桂皮醛成分,其具有抗血凝的效果。炒白术中具有苍术酮挥发油,可达到抗血凝及促进胃肠运动的效果,对于改善患者神疲乏力,腹胀纳呆等临床症状具有积极的意义。茯苓则具有多糖及茯苓聚糖成分,此类成分可达到预防肝损伤的作用,对于改善肝功能具有积极的意义。通过多种药材的联合应用,在调节患者血脂水平的同时,可进一步改善患者肝功能状态及各项临床症状,更好的改善其病

情<sup>[8]</sup>。

综上所述,结合健脾化浊祛瘀法可显著改善患者肝功能状态,中医证候积分,血脂水平,值得推广与应用。

#### [参考文献]

[1]李思婷,曾江涛,李黄彬,等.降脂护肝膏治疗湿浊内停型非酒精性脂肪性肝病临床研究[J].广州中医药大学学报,2025,42(09):2156-2161.

[2]秦浩洋,罗磊,李梦阁,等.基于“浊邪入血”理论探讨非酒精性脂肪性肝病相关性肠道屏障损伤机制及中药干预策略[J/OL].中国实验方剂学杂志,1-14[2025-10-24].

[3]Fatty Liver and Alcoholic Liver Disease Study Group of the Chinese Liver Disease Association.非酒精性脂肪性肝病诊疗指南[J].中华肝脏病杂志,2006.

[4]梁茂新,高天舒.《中药新药临床研究指导原则》脏腑诸证考察与分析[J].中国中医基础医学杂志,2008,14(5):330-331,342.

[5]陈玉麟,陈述,陈子平.消脂减肥丸治疗非酒精性脂肪性肝病的效果及对肠道菌群的影响[J].中国医学创新,2025,22(15):42-47.

[6]王盈佳,庞秀冰,张荣臻,等.壮方调脂舒肝丸治疗痰浊内阻型非酒精性脂肪肝病临床研究[J].广西中医药大学学报,2025,28(05):46-50.

[7]韩雨.消痞汤治疗非酒精性脂肪性肝病(肝郁脾虚证)的临床观察[D].广西中医药大学,2025.

[8]马家惠,褚春薇,陈聪.左归降糖清脂方对2型糖尿病合并非酒精性脂肪性肝病小鼠肝组织CD9、CD63及凋亡的影响[J].中国中医药信息杂志,2025,32(10):100-106.

#### [作者简介]

李艳慧(1973--),女,汉族,山东省泰安市人,本科,主任医师,医生,中医内科专业,内分泌肾病方向,从事中医内科临床工作。