

本文引用:谢长飞,黄笑梅,杨涛.脂肪肝常见中医证型与生化指标的关系分析[J].湖南中医药大学学报,2018,38(3):296-301.

脂肪肝常见中医证型与生化指标的关系分析

谢长飞¹,黄笑梅²,杨涛^{1*}

(1.荆州市中医医院,湖北 荆州 434000;2.华中科技大学同济医学院,湖北 武汉 430074)

〔摘要〕目的 探讨常见五种证型不同程度(轻度、中度和重度)脂肪肝与临床指标的关系。方法 选择2014年9月-2016年11月收治的脂肪肝患者208例,按照中医辨证分为肝郁脾虚证68例、湿浊内停证37例、湿热蕴结证47例、脾肾两虚证31例以及痰瘀互结证25例,同期选择健康对照组60例,比较轻度、中度、重度脂肪肝与中医证型之间的占比关系及相关生化指标与中医证型之间的联系。结果 脂肪肝程度从轻到重排序:肝郁脾虚证→湿热蕴结证→湿浊内停证→脾肾两虚证→痰瘀互结证。轻度脂肪肝湿浊内停证中TC、ALT指标外,其余生化指标与对照组比较均明显升高($P<0.05$);四项生化指标(TC、TG、ALT、HOMA-IR)在各中医证型间比较也存在显著差异,痰瘀互结证、脾肾两虚证的TC、TG与其它三证型比较差异具有统计学意义($P<0.05$),痰瘀互结证与TC($r=0.14, P=0.00$)、TG($r=0.13, P=0.01$)有显著相关性;痰瘀互结证、湿热蕴结证ALT升高较其他三证型明显,痰瘀互结证与ALT($r=0.11, P=0.02$)有显著相关性;湿热内蕴证HOMA-IR较其它四证型升高明显,湿热内蕴证与HOMA-IR($r=0.14, P=0.02$)有显著相关性;痰瘀互结证患者HGB指标有80%高于正常值,湿热蕴结证有72.34%高于正常值,与其它三证比较占比率上升。结论 脂肪肝中医证型与生化指标具有相关性,生化指标的检查结果能有效地帮助临床进行分型诊断,能够为患者病情的发展以及预后提供客观的指标。

〔关键词〕 脂肪肝;中医证型;生化指标;脂肪肝程度

〔中图分类号〕R256.4 **〔文献标志码〕**A **〔文章编号〕**doi:10.3969/j.issn.1674-070X.2018.03.016

Analysis of the Relationship Between the Common TCM Syndrome Types and the Biochemical Indexes of Fatty Liver

XIE Changfei¹, HUANG Xiaomei², YANG Tao^{1*}

(1. Jingzhou Hospital of Traditional Chinese Medicine, Jingzhou, Hubei 434000, China; 2. Tongji Medical College, Huazhong University of Science and Technology, Wuhan, Hubei 430074, China)

〔Abstract〕 Objective To investigate the relationship between five different degrees (mild, moderate and severe) of fatty liver and clinical indexes. **Methods** The 208 cases of fatty liver patients from September 2014 to November 2016 were selected including 68 cases of liver depression and spleen deficiency syndrome, 37 cases of dampness turbidity stagnation syndrome, 47 cases of accumulation of damp heat syndrome, 31 cases of spleen-kidney deficiency syndrome, 25 cases of stagnation of phlegm syndrome. At the same time, 60 healthy persons were selected. The correlation between proportion of mild, moderate,

〔收稿日期〕2017-10-09

〔基金项目〕荆州市科学技术局荆科技发项目(201316-54)。

〔作者简介〕谢长飞,女,大专,主管检验师,研究方向:临床检验。

〔通讯作者〕* 杨涛,男,副主任技师, E-mail:WDH7274@163.com。

severe fatty liver, and biochemical indexes with TCM syndrome types were compared. **Results** The degree of fatty liver from mild to severe: liver depression and spleen deficiency syndrome, accumulation of damp heat syndrome, spleen-kidney deficiency syndrome, stagnation of phlegm syndrome. The indicators excepting TC, ALT in mild fatty liver with dampness turbidity stagnation syndrome were statistically higher than those in the control group. The four biomedical indices (TC, TG, ALT, HOMA-IR) among TCM syndrome types were statistically different; TC and TG in patients with liver depression and spleen deficiency syndrome, compared with other three syndrome types, were statistically significant ($P<0.05$). The stagnation of phlegm syndrome showed positive correlation with TC ($r=0.14$, $P=0.00$) and TG ($r=0.13$, $P=0.01$). The ALT in patients with stagnation of phlegm syndrome and accumulation of damp heat syndrome were statistically higher than other three syndrome types, and stagnation of phlegm syndrome showed obvious correlation with ALT ($r=0.11$, $P=0.02$). The 80% of HGB indicators in patients with stagnation of phlegm syndrome were higher than the normal indicators, and 72.34% of indicators in patients with accumulation of damp heat syndrome were higher than the normal indicators. **Conclusion** TCM Syndromes of fatty liver show some correlations with biochemical indexes. The examination results of biochemical indexes could effectively help clinical classification diagnosis, and it could provide objective indicators for the development and prognosis of the patient's condition.

[**Keywords**] fatty liver; TCM syndromes; biochemical indicators; degree of fatty liver

脂肪肝(fatty liver)是由于各种原因引起的肝细胞内脂肪堆积过多的病变,是一种常见的肝脏病理改变,而非一种独立的疾病。脂肪性肝病正严重威胁国人的健康^[1],成为仅次于病毒性肝炎的第二大肝病,发病率在不断升高,且发病年龄日趋年轻化^[2]。研究表明,当肝脏中超过肝重量的5%或在组织学上肝细胞50%以上有脂肪变性时,即为脂肪肝^[3]。现代中医中药对脂肪肝的治疗具有独特的优势^[4],许多医家已经开始重视体质因素的作用^[5],根据各个阶段的临床表现及其特征来探究病机的转变,应用中医手段有针对性的进行治疗。脂肪肝早期属可逆性疾病,因此早期诊断和治疗具有十分重要的临床意义,本研究探讨脂肪肝常见中医证型与生化指标的关系,为临床应用提供依据,现报道如下。

1 资料

1.1 一般资料

观察组选择2014年9月至2016年11月在荆州市中医医院门诊就诊的脂肪肝患者208例,其中男113例,女95例;年龄30~70岁,平均(54.63±9.01)岁。患者按中医辨证分型标准分为五个证型组,其中痰瘀互结证25例,男14例,女11例;年龄33~69岁,体质指数(BMI)19.21~28.79,脂肪肝病程6~13年,高脂血症17例,高血压8例,糖耐量减退10例;湿浊内停证37例,男23例,女14例;年龄32~70岁,体质指数(BMI)18.91~28.59,脂肪肝病程

6~12年,高脂血症24例,高血压9例,糖耐量减退11例;肝郁脾虚证68例,男37例,女31例;年龄30~70岁,体质指数(BMI)17.58~27.99,脂肪肝病程6~13年,高脂血症45例,高血压15例,糖耐量减退19例;湿热蕴结证47例,男20例,女27例;年龄30~70岁,体质指数(BMI)16.21~28.69,脂肪肝病程7~13年,高脂血症31例,高血压16例,糖耐量减退14例;脾肾两虚证31例,男19例,女12例;年龄30~68岁,体质指数(BMI)18.77~27.79,脂肪肝病程5~13年,高脂血症20例,高血压9例,糖耐量减退14例;对照组选择同期来本院进行健康体检的健康者60例,其中男36例,女24例;年龄30~69岁,平均(55.05±8.84)岁。五个中医证型组患者性别、年龄、体质指数(BMI)、脂肪肝病程等基线资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),见表1;观察组和对照组在年龄、性别等比较中差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准 参照中华医学会肝脏病学分会脂肪肝和酒精性肝病学组于2010年修订的《非酒精性脂肪性肝病诊疗指南》^[6]。

1.2.2 中医证型分型标准 参照中华中医药学会脾胃病分会于2017年制定的《非酒精性脂肪性肝病中医诊疗专家共识意见(2017)》^[7]两个共识意见,将其分为:(1)肝郁脾虚证。主症:①胁肋胀闷;②倦怠乏力;③抑郁不舒;④腹痛欲泻。次症:①腹胀

表1 脂肪肝患者不同中医证型组患者基线资料比较

中医证型	性别(女/男)	年龄/岁	体质指数/(kg·m ⁻²)	脂肪肝病程/年	高脂血症/[n(%)]	高血压/[n(%)]	糖耐量减退/[n(%)]
肝郁脾虚证	31/37	55.85±7.91	26.88±2.31	9.20±3.65	45(66.18)	15(22.06)	19(27.94)
湿浊内停证	14/23	55.29±8.52	27.53±2.18	9.93±3.72	24(64.86)	9(24.32)	11(29.73)
痰瘀互结证	11/14	56.61±7.21	26.79±2.31	10.10±3.11	17(68.00)	8(32.00)	10(40.00)
湿热蕴结证	27/20	53.91±8.82	25.99±2.41	9.77±3.62	31(65.95)	16(34.04)	14(29.79)
脾肾两虚证	12/19	54.23±8.12	26.59±2.31	9.38±4.65	20(64.51)	9(29.03)	14(45.16)
统计量	0.097	1.361	0.252	1.079	0.529	0.645	1.265
P	0.989	0.271	0.861	0.360	0.911	0.888	0.738

不适;②恶心欲吐;③食欲不振;④时欲太息。舌脉:舌质淡红,苔薄白或白,有齿痕,脉弦细。(2)湿浊内停证:主症:①右肋不适或胀闷;②体态肥胖;③周身困重;④大便黏滞不爽。次症:①食欲不振;②倦怠无力;③脘腹胀满;④恶心头晕。舌脉:舌质淡,舌苔白腻,脉沉滑。(3)痰瘀互结证。主症:①肋肋刺痛或钝痛;②肋下痞块;③面色晦暗。次症:①胸脘痞满;②咯吐痰涎;③纳呆厌油;④四肢沉重。舌脉:舌质暗红、有瘀斑,舌体胖大,边有齿痕,苔腻,脉弦滑或涩。(4)湿热蕴结证。主症:①右肋肋部胀痛;②周身困重;③脘腹胀满或疼痛;④大便黏腻不爽。次症:①身目发黄;②小便色黄;③口中黏滞;④口干口苦。舌脉:舌质红,舌苔黄腻,脉弦滑或濡数。(5)脾肾两虚证。主症:①右肋下隐痛。次症:①乏力;②腰膝酸软;③夜尿频多;④大便溏泄。舌脉:舌淡,苔白;脉沉弱。证候诊断:主症 1~2 项+次症 1~2 项,参考舌脉,即可诊断。

1.3 纳入标准

(1)符合脂肪肝西医诊断标准及中医辨证分型标准;(2)年龄 30~70 岁;(3)1 个月内未服用任何药物者;(4)知情并同意参加研究。

1.4 排除标准

(1)酒精性肝病、病毒性肝炎、自身免疫性肝病、药物所致的脂肪肝等患者;(2)妊娠或哺乳期妇女、精神病患者、合并糖尿病、冠心病、肿瘤、感染性疾病及其他严重脏器损伤者;(3)年龄小于 30 岁或大于 70 岁;(4)失代偿期肝硬化者。

2 方法

2.1 观察指标

2.1.1 轻度、中度、重度脂肪肝与中医证型之间的占比关系 肝脏脂肪含量测定应用瞬时弹性检测技术

(FibroScan)^[7-8],以受控衰减参数(CAP)值为参考,正常肝脏脂肪值:CAP<238 对应脂肪含量≤10%;轻度脂肪肝:238≤CAP<259 对应脂肪含量 11%~33%;中度脂肪肝:259≤CAP<292 对应脂肪含量 34%~66%;重度脂肪肝:CAP≥292 对应脂肪含量≥67%。

2.1.2 相关生化指标与中医证型之间的联系 观察指标参考标准^[9]:甘油三酯(TC)标准值 0.7~1.7 mmol/L,以大于 1.7 mmol/L 为异常;总胆固醇(TG)标准值 2.8~5.6 mmol/L,以大于 6.1 mmol/L 为异常;丙氨酸氨基转移酶(ALT)标准值 0~40 U/L,以大于 40 U/L 为异常;血红蛋白(HGB)标准值 87~112 g/L,以大于 160 g/L 为异常;胰岛素抵抗指数(HOMA-IR)^[9]超过 2.68 视为抵抗严重,胰岛素抵抗指数=空腹血糖×空腹胰岛素/22.5。

2.2 生化指标检测方法

208 例自愿参与研究的对象清晨空腹抽静脉血,总胆固醇、空腹血糖采用胆固醇氧化酶法,甘油三酯采用磷酸甘油氧化酶法,丙氨酸氨基转移酶采用速率法,血红蛋白采用干化学法,空腹胰岛素采用电化学发光方法检测。试剂盒均购自德国 Centronic 试剂公司,使用日本 HITACHI 7020 全自动生化分析仪检测。同时测量身高、体质量、血压并计算 BMI (BMI=体质量/身高),BMI 在 24~28.5 kg/m² 之间为超重,大于 28 kg/m² 为肥胖^[10]。

2.3 统计学分析

应用 SPSS 19.0 统计软件进行数据分析,计量资料以“ $\bar{x}\pm s$ ”表示,采用 *t* 检验;计数资料以率或构成比表示,采用 χ^2 检验。*P*<0.05 为差异有统计学意义。

3 结果

3.1 轻度、中度、重度脂肪肝与中医证型之间的占比关系比较

各型间的脂肪肝程度比较:痰瘀互结证患者80%已达到重度脂肪肝程度,与其它证型比较差异具有统计学意义($P<0.01$)。中度脂肪肝中湿浊内停证、脾肾两虚证、湿热蕴结证患者数明显高于肝郁脾虚证和痰瘀互结证患者数,差异具有统计学意义($P<0.05$);肝郁脾虚证、湿热蕴结证有50%以上的患者是轻度脂肪肝,与其它证型比较差异具有统计学意义($P<0.05$)。脂肪肝程度从轻到重排序:肝郁脾虚证→湿热蕴结证→湿浊内停证→脾肾两虚证→痰瘀互结证。见表2。

3.2 相关生化指标与中医证型不同程度(轻度、中度和重度)脂肪肝之间的联系

五类中医证型与对照组比较,除轻度脂肪肝湿浊内停证中TC、ALT指标外,其余各项生化指标均有所升高($P<0.05$);TC、TG、ALT、HOMA-IR四项生化指标在各中医证型间比较也存在显著差异,两两比较发现:痰瘀互结证的TC、TG升高最为显著,与痰瘀互结证比较差异具有统计学意义($P<0.05$),痰瘀互结证与TC($r=0.14, P=0.00$)、TG($r=0.13, P=0.01$)有显著相关性;痰瘀互结证、湿热蕴结证ALT升高

表2 轻度、中度、重度脂肪肝与中医证型的关系 [例(%)]

中医证型	例数	脂肪肝程度		
		轻度	中度	重度
肝郁脾虚证	68	44(64.71) [#]	17(25.00)	7(10.29)
湿浊内停证	37	15(40.54)	17(45.95) [*]	5(13.51)
痰瘀互结证	25	2(8.00)	3(12.00)	20(80.00) ^{##}
湿热蕴结证	47	27(57.44) [#]	15(36.17) [*]	3(6.38)
脾肾两虚证	31	11(34.10)	14(45.16) [*]	6(19.35)
<i>P</i>		0.023	0.019	0.007

注:轻度组间比较,[#] $P<0.05$;中度组间比较,^{*} $P<0.05$;重度组间比较,^{##} $\Delta\Delta P<0.01$ 。

较其他各证型明显,差异具有统计学意义($P<0.05$),痰瘀互结证与ALT($r=0.11, P=0.02$)有显著相关性;湿热蕴结证HOMA-IR较其它四证升高明显,差异具有统计学意义($P<0.05$)。湿热内蕴证与HOMA-IR($r=0.14, P=0.02$)有显著相关性。见表3。

3.3 中医证型与HGB的关系比较

HGB指标检验中,血红蛋白 <160 g/L占比由高到低依次为肝郁脾虚证(占80.88%),脾肾两虚证(占64.52%),湿浊内停证(占48.65%),湿热蕴结证(占27.66%),痰瘀互结证(占20.00%)。痰瘀互结

表3 各证型不同程度(轻度、中度和重度)脂肪肝与临床指标的关系血生化指标比较结果 ($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	TC(mmol/s)	TG(mmol/s)	ALT(U/L)	HOMA-IR
肝郁脾虚证	68				
轻度脂肪肝	44	3.78±1.36 ^{*Δ}	1.39±0.47 ^{*Δ}	29.80±15.36 ^{*Δ}	1.35±1.52 ^{*#}
中度脂肪肝	17	4.45±1.26 ^{*Δ}	1.62±0.73 ^{*Δ}	31.80±18.91 ^{*Δ}	2.28±1.31 ^{*#}
重度脂肪肝	7	5.23±0.66 ^{*Δ}	1.82±0.53 ^{*Δ}	45.81±33.97 ^{*Δ}	3.31±2.51 ^{*#}
湿浊内停证	37				
轻度脂肪肝	15	3.59±1.47 ^Δ	1.51±1.02 ^{*Δ}	25.26±20.21 ^Δ	2.31±1.01 ^{*#}
中度脂肪肝	17	4.01±0.67 ^{*Δ}	1.77±1.20 ^{*Δ}	37.06±12.58 ^{*Δ}	2.61±1.77 ^{*#}
重度脂肪肝	5	4.46±0.32 ^{*Δ}	1.93±0.44 ^{*Δ}	50.95±36.21 ^{*Δ}	2.96±2.11 ^{*#}
痰瘀互结证	25				
轻度脂肪肝	2	4.60±1.07 [*]	2.05±1.10 ^{*#}	49.91±34.24 [*]	2.76±1.01 ^{*#}
中度脂肪肝	3	5.48±0.99 [*]	2.23±1.72 ^{*#}	67.20±33.61 [*]	3.13±2.11 ^{*#}
重度脂肪肝	20	5.70±1.30 [*]	2.65±1.32 ^{*#}	75.20±49.85 [*]	3.83±2.28 ^{*#}
湿热蕴结证	47				
轻度脂肪肝	29	3.67±1.03 ^{*Δ}	1.44±1.03 ^{*Δ}	65.84±46.33 ^{*Δ}	4.02±1.15 [*]
中度脂肪肝	15	3.66±1.89 ^{*Δ}	1.82±1.45 ^{*Δ}	70.67±48.10 ^{*Δ}	4.26±2.37 [*]
重度脂肪肝	3	5.14±1.01 ^{*Δ}	2.03±1.33 ^{*Δ}	73.78±47.99 ^{*Δ}	4.57±3.06 [*]
脾肾两虚证	31				
轻度脂肪肝	11	4.19±1.12 ^{*Δ}	2.00±1.81 ^{*#Δ}	27.77±14.25 ^{*Δ}	2.11±1.93 ^{*#}
中度脂肪肝	14	5.00±1.22 ^{*Δ}	2.29±1.51 ^{*#Δ}	36.36±18.12 ^{*Δ}	3.05±1.97 ^{*#}
重度脂肪肝	6	5.46±1.14 ^{*Δ}	2.46±1.88 ^{*#Δ}	49.63±35.26 ^{*Δ}	3.44±1.87 ^{*#}
对照组	60	3.60±1.17	1.22±1.01	26.95±11.24	1.28±1.01
组间 <i>P</i>		0.035	0.029	0.020	0.020
对照组 <i>P</i>		0.013	0.017	0.020	0.012

注:与对照组比较,^{*} $P<0.05$;与痰瘀互结证比较,^Δ $P<0.05$;与湿热蕴结证比较,[#] $P<0.05$ 。

证、湿热蕴结证患者血红蛋白>160 g/L 的占比较肝郁脾虚证、湿浊内停证、脾肾两虚证明显上升。见表4。

表4 中医证型与血红蛋白的关系比较 [例(%)]

组别	例数	血红蛋白<160 g/L	血红蛋白>160 g/L
肝郁脾虚证	68	55(80.88)	13(19.12)
轻度脂肪肝	44	44(100)	0(0)
中度脂肪肝	17	9(52.94)	8(47.06)
重度脂肪肝	7	2(28.57)	5(71.43)
湿浊内停证	37	18(48.65)	19(51.35)
轻度脂肪肝	15	15(100)	0(0)
中度脂肪肝	17	3(17.65)	14(82.35)
重度脂肪肝	5	0(0)	5(100)
痰瘀互结证	25	5(20.00)	21(84.00)
轻度脂肪肝	2	2(100)	0(0)
中度脂肪肝	3	2(66.67)	1(33.33)
重度脂肪肝	20	0(0)	20(100)
湿热蕴结证	47	13(27.66)	34(72.34)
轻度脂肪肝	29	11(37.93)	18(62.07)
中度脂肪肝	15	2(13.33)	13(86.67)
重度脂肪肝	3	0(0)	3(100)
脾肾两虚证	31	20(64.52)	11(35.48)
轻度脂肪肝	11	11(100)	0(0)
中度脂肪肝	14	9(64.29)	5(35.71)
重度脂肪肝	6	0(0)	6(100)

4 讨论

中医学将脂肪肝称之“肝癖”^[11]。机体表现为脾失健运、肝失疏泄、湿热内蕴、痰瘀互结、血瘀阻滞等方面,形成脂肪肝其主要的致病因素为痰湿^[12],基本病机为气滞、湿阻、痰积以及血瘀^[13]。现代中医学主要根据辨证论治治疗脂肪肝,临床上肝郁脾虚证、湿浊内停证、痰瘀互结证、湿热蕴结证、脾肾两虚证等不同中医证型代表了脂肪肝患者的不同群体或不同阶段的病理状态^[14],检索文献发现^[15],近年来医家越来越注重对脂肪肝的分期辨证,或从肝或从脾或从痰或从瘀进行论治,其观点均与脂肪肝发生的病因病机相关。轻度脂肪肝属肝失疏泄,行血不畅,患者常无明显症状,偶有轻微的胸腹胀满,临床辨证多见气滞血瘀;中度脂肪肝属脾失健运,湿热内生,湿聚成痰,痰湿蕴结,患者脘腹痞满,神疲乏力,身体困重,临床辨证多见脾虚湿蕴、痰湿内阻;重度脂肪肝痰凝既成,经络阻滞,停积于肝,患者肋肋疼痛或有包块,临床辨证多见痰瘀互结。本研究中肝郁脾虚

者多因情志郁结而影响肝脏功能,湿热蕴结者常因郁而化热,病变初起,两证型以气机不畅为主,疾病多在气分,故以轻度脂肪肝多见;湿浊内停证者多因长期过度饮酒、过食肥甘厚味致脾失健运,脾肾两虚证者脾运虚弱、气化失司,日久伤肾,痰浊不化,阻滞气机引痰湿内生,湿邪日久而出现湿热内蕴,故临床多见于中度脂肪肝;痰瘀互结者多为病程长久致气滞痰凝、病入血分、血行瘀滞,多重病理因素相互搏结而致病,研究结果以重度脂肪肝多见,以上分期分型可为脂肪肝的临床治疗提供指导性思路。

肝脏是机体脂质代谢的中心器官,肝内脂肪主要来源于食物和外周脂肪组织,导致脂质在肝细胞内沉积的代谢异常机制并没有完全明确,目前认为脂肪肝的形成与肥胖、酒精、快速减肥、营养不良、糖尿病、药物、妊娠、过食肥甘厚味、情志失调等因素有关。本研究血生化指标检测情况分析:与对照组比较,除湿浊内停证中TC、TG指标外,其余指标在受检患者中存在普遍升高情况,各项指标均具有显著性差异($P<0.05$);血脂: TG大部分是从饮食中获得,其TG的水平受饮食的影响很大,轻中度患者可以通过饮食调节来纠正;而TC大部分是由机体自身合成,只有10%~20%来源于食物,其水平值与中医证候存在一定的相关性^[16],痰瘀互结证、脾肾两虚证患者TC升高幅度明显大于其它三证型的患者,且痰瘀互结证与TC、TG有显著相关性($P<0.05$),说明传统医学中的“湿”与血脂中TC的有更紧密的联系。这类患者通过调节饮食,疗效多数不理想,且湿邪缠绵难愈,临床控制必须依靠药物干预^[17],同时血脂水平的监测在一定程度上可以辅助脂肪肝的诊断。

丙氨酸氨基转移酶(ALT): ALT被世界卫生组织推荐为肝功能损害最敏感的检测指标^[18],是一组参与细胞内蛋白质代谢的氨基转移酶,几乎存在于所有器官和组织细胞中,主要分布在肝细胞质,肝细胞坏死1%,血清酶就可增高1倍。ALT升高主要反映肝脏炎症程度而非脂肪变性或肝纤维化^[19],可降低肝脏的代谢和解毒功能,从而使身体毒素和药物代谢不能及时排出,故ALT升高则预示着代谢性疾病进一步恶化,本次临床研究痰瘀互结证、湿热蕴结证ALT升高较其他各证型明显,痰瘀互结证与ALT具有显著相关性($P<0.05$)。提示水湿内停,湿阻日久化热生痰,而成湿热蕴结、痰瘀互结之证,造成血脂

在体内的过剩引起的肝细胞脂肪变性比其它证型更为严重,其脂肪酸已损害肝细胞,使得肝功能受损而导致 ALT 升高。

胰岛素抵抗是代谢综合征(MS)的共同病理基础,严重影响着人类的健康^[20],改善胰岛素抵抗是预防并发症的首要问题,研究显示中医证型中湿热蕴结证者 HOMA-IR 较其它四证型升高明显,与 HOMA-IR 有显著相关性($P<0.05$)。说明湿热蕴结证患者已伤及脾胃,引起食滞、湿阻、气滞,气滞日久化热,气热而质湿,致水湿停聚,湿邪内生,又脾主运化,为水湿运转之枢纽,由于各种原因伤及脾胃,导致其运化功能失常,故湿热蕴结证更易出现胰岛素抵抗,存在较高的代谢疾病风险。

HGB 的功能是运输氧和二氧化碳,维持血液中酸碱平衡。脂肪肝会导致肝细胞的缺血缺氧,从而刺激机体为增加供氧能力而减少铁流失并生成更多的 HGB,肝郁脾虚证、脾肾两虚证患者 HGB 指标多在正常范围内,痰瘀互结证患者 HGB 指标 80%高于正常值,湿热蕴结证次之,有 72.34%高于正常值,说明湿热蕴结证和痰瘀互结证患者多聚湿生热,导致血行受阻,瘀滞搏结,损伤肝络引起 HGB 升高。

综上所述,脂肪肝中医证型与生化指标具有相关性,通过生化指标的检查结果能有效地帮助临床进行分型诊断,能够为患者病情的发展以及预后提供客观的指标,对于进一步认识脂肪肝中医分型具有着重要的临床意义。脂肪肝由于中医证型复杂,疾病发展的各个阶段以及证型之间相互交融,加之患者生活方式比较复杂,体质各异,使得其临床证候表现错综复杂,为临床研究增加了不少难度。本研究结果与其他报道有相同之处,亦有相异之处,有待进行进一步探索。

参考文献:

[1] 许勇,陶颖,苟小军.非酒精性脂肪肝中医病因病机探析[J].

中华中医药学刊,2016,34(11):2586-2589.

- [2] 周正龙,汪静.脂肪肝的中西医研究进展[J].中国中医药现代远程教育,2017,15(4):140-143.
- [3] 曹男,林连捷,郑长青,等.脂肪肝相关危险因素的研究[J].中国全科医学,2013,16(10):1115-1119.
- [4] 陈轶劼.非酒精性脂肪性肝病中医证型分布相关因素讨论[J].继续医学教育,2016,30(10):155-157.
- [5] 李猛,李振前,谢莉萍.浅谈非酒精性脂肪肝与中医体质的关系[J].江西中医药,2012,43(9):14-16.
- [6] 中华医学会肝脏病学分会脂肪肝和酒精性肝病学组.非酒精性脂肪性肝病诊疗指南(2010年修订版)[J].中华肝脏病杂志,2010,18(3):163-166.
- [7] 中华中医药学会脾胃病分会.非酒精性脂肪性肝病中医诊疗专家共识意见(2017)[J].中医杂志,2017,58(19):1706-1710.
- [8] 宋乐,江晓静.瞬时弹性检测技术在肝脏疾病诊断中的应用[J].实用肝脏病杂志,2016,19(1):105-107.
- [9] 梁爽,康静,徐亚坤,等.不同肥胖指数与胰岛素抵抗的相关性比较[J].中国实验诊断学,2017,21(3):423-425.
- [10] 韩玉梅,张静波,唐健,等.北京市体检人群体质指数与血脂、血压、血糖、脂肪肝的相关性研究[J].医学综述,2015,21(21):4015-4017.
- [11] 马晓燕,张岩.瘦素、脂联素对脂肪肝胰岛素抵抗影响机制的研究[J].中华中医药学刊,2013,31(12):2604-2605.
- [12] 叶景林,郭朋.从痰论治脂肪肝[J].中国医药导报,2016,13(31):109-112.
- [13] 吴佳.150例非酒精性脂肪肝人群中医体质分型研究[J].河北中医,2014,36(4):507-509.
- [14] 范小芬,邓银泉,吴国琳,等.非酒精性脂肪性肝病中医证型分布及证候特点研究[J].中国中西医结合杂志,2011,31(10):1332-1336.
- [15] 刘薇,邢宇锋.脂肪肝分期防治的中医研究进展[J].河北中医,2017,39(9):1413-1416.
- [16] 李妍.不同途径治疗高脂血症的研究概况[J].湖南中医杂志,2013,29(10):134-136.
- [17] 钟周,周鸿图,胡志希,等.140味降脂中药治疗高脂血症的用药规律分析[J].湖南中医药大学学报,2015,35(1):64-66.
- [18] 贾国伟,麦浩彦,李银花,等.老年人丙氨酸氨基转移酶升高的临床特征及与超声诊断脂肪肝的相关性分析[J].中国现代药物应用,2016,10(1):61-63.
- [19] 胡卫.血清丙氨酸氨基转移酶升高在非酒精性脂肪肝病中的意义[J].武汉大学学报(医学版),2013,34(4):555-557.
- [20] 仲茂凤,方凡夫.中医体质学说与代谢综合征相关性研究概况[J].湖南中医药大学学报,2016,36(10):100-102.

(本文编辑 李杰)