

- 43 (2): 381-384.
- [10] 黄启勇, 覃瑞明, 文润嘉, 等. 脑心通胶囊对脑卒中气虚血瘀证 rt-PA 静脉溶栓后静脉血 S100b 蛋白表达、学习记忆及肢体运动功能的影响研究 [J]. 中华中医药学刊, 2022, 40 (7): 237-240.
- [11] 刘维, 贺承健, 张剑锋. 灯盏花素对创伤性损伤大鼠的神经保护作用 [J]. 中国公共卫生, 2021, 37 (7): 1129-1133.
- [12] 王辉, 张若青, 李佳玲, 等. 脑心通胶囊联合阿替普酶治疗急性脑梗死的疗效及对凝血功能、血液流变学和认知功能的影响 [J]. 现代生物医学进展, 2021, 21 (19): 3723-3727.
- [13] 宋英. 胞磷胆碱钠联合依达拉奉对急性脑梗死患者神经功能与凝血功能的影响 [J]. 大医生, 2021, 6 (13): 123-125.
- [14] 冯娟, 闫奎坡, 朱翠玲, 等. 基于随机对照试验系统评价脑心通胶囊治疗冠心病心绞痛的疗效 [J]. 世界中医药, 2021, 16 (18): 2719-2726.
- [15] 张美英, 马文群, 张金霞. 脑蛋白水解物联合脑心通胶囊治疗缺血性脑血管病患者的疗效观察及其对血浆 BDNF、NSE 和 S100 $\beta$  表达影响 [J]. 临床和实验医学杂志, 2021, 20 (14): 1470-1473.

[文章编号] 1007-0893(2024)06-0046-04

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2024.06.013

## 木香流气饮联合多烯磷脂酰胆碱胶囊对非酒精性脂肪肝病肝郁脾虚证患者的效果观察

王伟 缪海江 王新宇

(张家港广和中西医结合医院, 江苏 张家港 215633)

**[摘要]** 目的: 探讨木香流气饮对非酒精性脂肪肝 (NAFLD) 肝郁脾虚证患者的效果。方法: 收集 NAFLD 肝郁脾虚证患者的临床资料共计 64 例作为研究对象, 均为 2022 年 2 月至 2023 年 2 月张家港广和中西医结合医院收治, 随机分成两组, 各 32 例。对照组患者采取多烯磷脂酰胆碱胶囊治疗, 观察组患者于对照组的基础上使用木香流气饮治疗。比较两组患者的治疗效果、生化指标、肝郁脾虚证评分以及氧化应激指标。结果: 治疗后观察组患者血清谷草转氨酶 (AST)、丙氨酸转氨酶 (ALT)、总胆固醇 (TC)、三酰甘油 (TG) 水平低于对照组; 治疗后观察组患者肝郁脾虚证评分低于对照组; 治疗后观察组患者血清正五聚体蛋白 3 (PTX3)、超氧化物歧化酶 (SOD)、谷胱甘肽过氧化物酶 (GSH-Px) 水平均高于对照组; 观察组患者的总有效率 (93.75%) 高于对照组 (68.75%), 上述差异均具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。结论: 木香流气饮联合多烯磷脂酰胆碱胶囊对 NAFLD 肝郁脾虚证患者的效果显著, 可有效改善肝功能、血脂状况、中医证候, 以及缓解氧化应激损伤。

**[关键词]** 非酒精性脂肪肝; 木香流气饮; 多烯磷脂酰胆碱胶囊

**[中图分类号]** R 575.5 **[文献标识码]** B

非酒精性脂肪肝 (non-alcoholic fatty liver disease, NAFLD) 为非酒精与病毒等原因所引起的以肝细胞脂肪性病变为临床特征的疾病, 患者早期未出现明显表现, 然而若不给予有效控制可演变为肝硬化等<sup>[1]</sup>。随着人们饮食习惯、工作环境等变化, NAFLD 发生率呈现较快增长, 据报道在我国范围 NAFLD 发生率可达 29.2%<sup>[2]</sup>。临床中控制体质量、优化饮食等措施可一定程度的防治 NAFLD, 然而大部分患者的依从性欠佳, 这些患者建议

施以药物方案, 因 NAFLD 的发病机制尚待进一步阐明, 目前临床仍缺乏相关特效治疗药<sup>[3-4]</sup>。NAFLD 在中医范畴被纳入“肝胀”“肝着”论治, 肝郁脾虚为患者发病之根本, 痰浊、瘀血为重要病机, 中医主张采取调肝理脾、理气和血、祛痰化瘀等为主的治则<sup>[5]</sup>。木香流气饮初载于《太平惠民和剂局方》, 其作用是理气调中、健脾化痰, 临床用于诸气痞滞、腹胁刺痛、聚结胀满等症。本研究旨在观察木香流气饮对 NAFLD 肝郁脾虚证患者的临床

**[收稿日期]** 2024-01-08

**[作者简介]** 王伟, 男, 主治医师, 主要研究方向是慢性胃炎、消化性溃疡、反流性食管炎等。

效果。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

收集 NAFLD 肝郁脾虚证患者的临床资料共计 64 例作为研究对象，均为 2022 年 2 月至 2023 年 2 月张家港广和中西医结合医院收治，随机分成两组，各 32 例。对照组男性 21 例，女性 11 例；年龄 43~65 岁，平均年龄 (50.44 ± 6.04) 岁；病程 2~6 年，平均病程 (3.40 ± 0.52) 年；身体质量指数 (body mass index, BMI) 26.51~30.11 kg·m<sup>-2</sup>，平均 BMI (28.63 ± 4.10) kg·m<sup>-2</sup>；脂肪肝严重分级<sup>[6]</sup>：轻 20 例，中 6 例，重 6 例。观察组男性 22 例，女性 10 例；年龄 43~64 岁，平均年龄 (50.28 ± 6.01) 岁；病程 2~5 年，平均病程 (3.44 ± 0.55) 年；BMI 26.32~30.04 kg·m<sup>-2</sup>，平均 BMI (28.44 ± 4.14) kg·m<sup>-2</sup>；脂肪肝严重分级：轻 21 例，中 4 例，重 7 例。两组患者一般资料比较，差异均无统计学意义 ( $P > 0.05$ )，具有可比性。本研究经医学伦理委员会审批通过 (LS202201120007)。

### 1.2 病例标准

1.2.1 诊断标准 (1) NAFLD 诊断参考指南<sup>[7]</sup>，并通过计算机断层扫描 (computed tomography, CT) 进行核实。(2) 肝郁脾虚证辨证依据 NAFLD 相关中医指南<sup>[6]</sup>，主症：右肋肋胀满、因烦恼郁怒引发；次症：腹胀，便溏，腹痛欲泻，倦怠乏力，抑郁烦闷，时欲太息；舌脉：舌淡苔薄白或腻，脉弦 (细)。

1.2.2 纳入标准 (1) 满足以上诊断条件；(2) 年龄范围 20~70 岁；(3) 参与本研究前 1 个月内未予相关治疗措施；(4) 丙氨酸转氨酶 (alanine aminotransferase, ALT) 明显升高 4 周及以上；(5) 对本研究知情同意。

1.2.3 排除标准 (1) 既往肝脏手术史；(2) 存在精神异常；(3) 对本研究受试药物过敏；(4) 存在其他器官严重功能障碍；(5) 存在全身性感染疾病；(6) 既往酗酒史；(7) 存在其他类型肝病。

### 1.3 方法

两组患者根据 NAFLD 相关指南<sup>[7]</sup> 进行健康宣教、饮食优化、合理运动康复等常规方案。

1.3.1 对照组 予多烯磷脂酰胆碱胶囊 (赛诺菲制药有限公司，国药准字 H20059010) 干预，每日 3 次，每次 456 mg。治疗 12 周。

1.3.2 观察组 在对照组的基础上给予木香流气饮治疗，组方：木香 9 g，法半夏 12 g，陈皮 9 g，厚朴 10 g，青皮 9 g，甘草 9 g，香附 9 g，紫苏叶 9 g，人参

6 g，茯苓 12 g，木瓜 10 g，石菖蒲 10 g，白术 10 g，白芷 10 g，麦冬 12 g，草果 15 g，肉桂 6 g，莪术 9 g，大腹皮 10 g，丁香 9 g，槟榔 9 g，藿香 10 g，木通 9 g，大枣 9 g，生姜 12 g。每日 1 剂，于张家港广和中西医结合医院药房煎煮，包装 2 袋，每袋 150 mL，分别在上午、下午使用。治疗 12 周。

### 1.4 观察指标

1.4.1 生化指标 对两组患者进行常规晨起空腹取血，离心将血清冷藏，用生化分析仪检测谷草转氨酶 (aspartate aminotransferase, AST)、ALT、总胆固醇 (total cholesterol, TC)、三酰甘油 (triacylglycerol, TG)。

1.4.2 肝郁脾虚证评分 对两组患者的右肋肋胀满、腹胀、便溏、腹痛欲泻、倦怠乏力、抑郁烦闷、时欲太息给予四级 (正常、轻、中、重) 对应计 0、1、2、4 分，总评分 28 分，得分越低改善越优<sup>[6]</sup>。

1.4.3 氧化应激指标 血清提取同 1.4.1，酶联免疫吸附法检测血清正五聚体蛋白 3 (pentraxin 3, PTX3)、超氧化物歧化酶 (superoxide dismutase, SOD)、谷胱甘肽过氧化物酶 (glutathione peroxidase, GSH-Px) 水平。

1.4.4 疗效标准 痊愈：患者的症状完全消除，疗效指数 95% 及以上；显效：患者的症状明显好转，70% ≤ 疗效指数 < 95%；好转：症状有所好转，30% ≤ 疗效指数 < 70%；未愈：患者的症状未见好转，疗效指数 30% 以下。疗效指数 = (治疗前总评分 - 治疗后总评分) / 治疗前总评分 × 100%。总有效率 = (痊愈 + 显效 + 好转) / 总例数 × 100%<sup>[7]</sup>。

### 1.5 统计学方法

采用 SPSS 22.0 软件进行数据处理，计量资料以  $\bar{x} \pm s$  表示，采用  $t$  检验，计数资料用百分比表示，采用  $\chi^2$  检验， $P < 0.05$  为差异具有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 两组患者治疗前后生化指标比较

治疗后两组患者血清 AST、ALT、TC、TG 水平均降低，且治疗后观察组患者血清 AST、ALT、TC、TG 水平低于对照组，差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )，见表 1。

表 1 两组患者治疗前后生化指标比较 ( $n = 32, \bar{x} \pm s$ )

组别	时间	AST/U·L <sup>-1</sup>	ALT/U·L <sup>-1</sup>	TC /mmol·L <sup>-1</sup>	TG /mmol·L <sup>-1</sup>
对照组	治疗前	51.44 ± 5.44	86.33 ± 8.41	6.55 ± 0.71	2.81 ± 0.33
	治疗后	39.61 ± 4.60 <sup>a</sup>	46.49 ± 5.03 <sup>a</sup>	4.49 ± 0.50 <sup>a</sup>	1.59 ± 0.28 <sup>a</sup>
观察组	治疗前	51.34 ± 5.40	86.18 ± 8.33	6.51 ± 0.69	2.77 ± 0.31
	治疗后	34.63 ± 4.01 <sup>ab</sup>	34.36 ± 3.66 <sup>ab</sup>	3.41 ± 0.39 <sup>ab</sup>	1.39 ± 0.22 <sup>ab</sup>

注：AST—谷草转氨酶；ALT—丙氨酸转氨酶；TC—总胆固醇；TG—三酰甘油。

与同组治疗前比较，<sup>a</sup> $P < 0.05$ ；与对照组治疗后比较，<sup>b</sup> $P < 0.05$ 。

### 2.2 两组患者治疗前后肝郁脾虚证评分比较

治疗后两组患者肝郁脾虚证评分均降低,且治疗后观察组患者肝郁脾虚证评分低于对照组,差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ ),见表2。

表2 两组患者治疗前后肝郁脾虚证评分比较 ( $n = 32, \bar{x} \pm s$ , 分)

时 间	治疗前	治疗后
对照组	17.88 ± 3.11	8.87 ± 1.30 <sup>c</sup>
观察组	17.93 ± 3.06	7.55 ± 0.86 <sup>cd</sup>

注:与同组治疗前比较,<sup>c</sup> $P < 0.05$ ;与对照组治疗后比较,<sup>d</sup> $P < 0.05$ 。

### 2.3 两组患者治疗前后氧化应激指标比较

治疗后两组患者血清PTX3、SOD、GSH-Px水平均提高,且治疗后观察组患者血清PTX3、SOD、GSH-Px水平均高于对照组,差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ ),见表3。

表3 两组患者治疗前后氧化应激指标比较 ( $n = 32, \bar{x} \pm s$ )

组 别	时 间	PTX3/ng · mL <sup>-1</sup>	SOD/μU · L <sup>-1</sup>	GSH-Px/U · L <sup>-1</sup>
对照组	治疗前	1.22 ± 0.25	81.90 ± 9.43	112.44 ± 12.36
	治疗后	1.64 ± 0.31 <sup>e</sup>	94.33 ± 10.72 <sup>e</sup>	139.91 ± 15.04 <sup>e</sup>
观察组	治疗前	1.25 ± 0.27	81.78 ± 9.41	112.25 ± 12.31
	治疗后	2.57 ± 0.39 <sup>ef</sup>	117.09 ± 13.03 <sup>ef</sup>	160.04 ± 17.31 <sup>ef</sup>

注:PTX3—正五聚体蛋白3;SOD—超氧化物歧化酶;GSH-Px—谷胱甘肽过氧化物酶。

与同组治疗前比较,<sup>e</sup> $P < 0.05$ ;与对照组治疗后比较,<sup>f</sup> $P < 0.05$ 。

### 2.4 两组患者临床疗效比较

观察组患者的总有效率(93.75%)高于对照组(68.75%),差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ ),见表4。

表4 两组患者临床疗效比较 [ $n = 32, n(\%)$ ]

组 别	痊愈	显效	好转	未愈	总有效
对照组	6(18.75)	11(34.38)	5(15.63)	10(31.25)	22(68.75)
观察组	14(43.75)	10(31.25)	6(18.75)	2(6.25)	30(93.75) <sup>g</sup>

注:与对照组比较,<sup>g</sup> $P < 0.05$ 。

## 3 讨 论

NAFLD属于临床最常见的肝病,患者的心脑血管疾病等相关病的死亡率显著增加,给人类的健康造成严重负面威胁<sup>[8]</sup>。西医对于NAFLD的干预方案有限,无特效治疗药物,中医临证NAFLD患者的效果明显以及未见明显不良反应<sup>[9]</sup>。NAFLD之病位主要在肝,但发病与脾密切,脾虚为发病之根本,肝失疏泄贯穿其始终,肝郁脾虚证为常见证型<sup>[10]</sup>。多种因素引起机体肝脾不调、气血失和,继而脾虚健运失职,水谷停滞、聚湿生痰;肝失条达,气机不畅,脾失健运,湿、痰、瘀互结,胶着、停积在肝,最终演变成本病<sup>[11-12]</sup>。本着中医“标本兼治”的思想,多建议从肝、脾进行论治,采取调肝理脾、

化痰祛湿和活血的治则。

木香流气饮方中木香乃三焦气分之药,能升降诸气,理气,是君药。丁香、大腹皮、藿香、槟榔、厚朴、香附、青皮、陈皮、紫苏叶理气宽中,调畅三焦气机;人参、白术、茯苓、法半夏、木瓜、石菖蒲、草果、木通、白芷健脾渗湿、燥湿、化湿;以上均是臣药。佐以莪术用以荡涤三焦一切陈莖,以使三焦气机通畅;肉桂活血通络;麦冬养阴生津,以防诸药温燥伤阴;大枣、生姜调和脾胃。甘草健脾和中,调和诸药,是使药。诸药合用,共奏疏肝健脾、化痰祛湿、活血之功,使气流水行、湿化瘀散,则诸症自愈。本研究数据显示,12周疗程后,两组患者血清AST、ALT、TC、TG水平均降低,同时观察组患者低于对照组,差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。提示木香流气饮能明显改善NAFLD肝郁脾虚证患者的肝功能、血脂水平。12周疗程后,两组患者肝郁脾虚证评分明显减少,同时观察组减少更显著,差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。表明木香流气饮能明显改善NAFLD患者的中医证候。12周疗程后,观察组患者总有效率(93.75%)与对照组(68.75%)相比更高,差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。提示于西医常规干预基础上联合木香流气饮对NAFLD肝郁脾虚证患者的治疗效果更优。

现阶段,医学界普遍认为“二次打击”学说为NAFLD的主要机制之一,经诱发氧化应激、脂质过氧化损害,致肝细胞出现变性、坏死<sup>[13]</sup>。故临床调节氧化应激、清除活性氧为NAFLD的重要防治靶点<sup>[14]</sup>。SOD是一种氧自由基自然清除酶,可以清除活性氧;GSH-Px属于过氧化物分解酶,通过分解过氧化氢,使肝细胞膜免遭损伤;PTX3是一种分泌型脂肪因子,其可调节脂质代谢,抑制氧化应激,达到保护肝功能的功效<sup>[15]</sup>。在本研究中,12周疗程后观察组患者血清PTX3、SOD、GSH-Px水平显著上调,同时观察组上调更显著 ( $P < 0.05$ )。提示木香流气饮对NAFLD患者可起到抗氧化应激损伤的效果。

综上所述,木香流气饮联合多烯磷脂酰胆碱胶囊治疗NAFLD肝郁脾虚型的临床效果显著,可有效改善患者的肝功能、血脂状况、中医证候,及缓解氧化应激损伤。

### [参考文献]

[1] 舒祥兵,赵燕婷,杨志新. 降脂颗粒联合生活方式干预治疗湿热蕴结型非酒精性脂肪性肝病的临床观察[J]. 上海中医药杂志, 2023, 57(2): 35-40.

[2] 杨晨露,赵欣宇,胡诗琪,等. 体质量控制与非酒精性脂肪性肝病:来自中国人群的证据[J]. 协和医学杂志, 2023, 14(1): 44-49.

[3] 陈慧慧,王乾皓,陈润花,等. 中药代茶饮干预非酒精性脂肪性肝病湿热蕴结证的临床研究[J]. 中华中医药杂志,

- 2023, 38 (2): 902-905.
- [4] 史会连, 田文君, 叶丽芳, 等. 三黄泻心汤颗粒治疗湿热蕴结证非酒精性脂肪性肝病的临床疗效 [J]. 中西医结合肝病杂志, 2022, 32 (12): 1077-1080.
- [5] 陈思童, 吕文良. 吕文良论治非酒精性脂肪性肝病经验 [J]. 辽宁中医杂志, 2022, 49 (7): 31-34.
- [6] 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]. 临床肝胆病杂志, 2017, 33 (12): 2270-2274.
- [7] 中华医学会肝病学会脂肪肝和酒精性肝病学, 中国医师协会脂肪性肝病专家委员会. 非酒精性脂肪性肝病防治指南 (2018 年更新版) [J]. 临床肝胆病杂志, 2018, 34 (5): 947-957.
- [8] 赵燕婷, 舒祥兵, 杨志新, 等. 当飞利肝宁胶囊调控肝脏氧化应激改善非酒精性脂肪性肝病小鼠的机制研究 [J]. 上海中医药大学学报, 2021, 35 (5): 37-43, 74.
- [9] 万红建, 张涛龙, 方红英, 等. 柴芍六君子汤联合常规法治治疗肝郁脾虚证非酒精性脂肪性肝病临床研究 [J]. 新中医, 2019, 51 (8): 89-91.
- [10] 高静静, 汪涛, 蒋元焯, 等. 非酒精性脂肪性肝病代谢组学与中医证候 [J]. 临床肝胆病杂志, 2020, 36 (8): 1880-1882.
- [11] 罗华兵, 何文忠, 李东生, 等. 苓桂术甘汤对脾虚痰瘀非酒精性脂肪性肝病患者氧化应激水平及脂质代谢的影响 [J]. 世界中西医结合杂志, 2022, 17 (4): 792-795, 801.
- [12] 宋振恒, 刘茵, 黄永林, 等. 中医药治疗非酒精性脂肪性肝病研究概况 [J]. 中国民族民间医药, 2023, 32 (2): 35-39.
- [13] 杨跃青, 张燕, 寇少杰, 等. 非酒精性脂肪性肝病严重程度与氧化应激、SAA、CRP 和脑动脉硬化相关性研究 [J]. 中西医结合肝病杂志, 2022, 32 (6): 520-524.
- [14] 陆孝良, 蒋元焯, 曹勤. 氧化应激与核因子 E2 相关因子 2 在非酒精性脂肪性肝病中的作用 [J]. 临床肝胆病杂志, 2020, 36 (4): 924-927.
- [15] 翁国武, 刘真义. 还原型谷胱甘肽联合多烯磷脂酰胆碱注射液治疗非酒精性脂肪性肝病的疗效及机制 [J]. 胃肠病学和肝病学杂志, 2016, 25 (10): 1185-1188.

[文章编号] 1007-0893(2024)06-0049-04

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2024.06.014

## 瑞舒伐他汀钙片联合脑心通胶囊治疗 缺血性脑卒中患者的效果观察

李倩 李新雯 韩清泉

(河南省第二人民医院, 河南 新郑 451109)

**[摘要]** 目的: 分析瑞舒伐他汀钙片联合脑心通胶囊治疗缺血性脑卒中 (CIS) 患者的效果。方法: 选取 2021 年 1 月至 2023 年 11 月期间河南省第二人民医院收治的 CIS 患者 80 例, 按照随机数字表法分为单一组 (40 例) 和联合组 (40 例), 单一组患者采取瑞舒伐他汀钙片治疗, 联合组患者采取脑心通胶囊联合瑞舒伐他汀钙片治疗。比较两组患者治疗效果、神经功能 [美国国立卫生研究院卒中量表 (NIHSS)]、血液流变学 [全血低切黏度 (WLV)、全血高切黏度 (WHV)、血浆黏度 (PV)]、血脂指标 [胆固醇 (TC)、三酰甘油 (TG)、高密度脂蛋白胆固醇 (HDL-C)]。结果: 联合组患者总有效率为 97.50%, 较单一组的 75.00% 高; 治疗后联合组患者 NIHSS 评分较单一组低; 治疗后联合组患者 WLV、PV、WHV 水平较单一组低; 治疗后联合组患者血清 TC、TG 水平较单一组低, 血清 HDL-C 水平较单一组高, 以上差异均具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。结论: 瑞舒伐他汀钙片联合脑心通胶囊应用于 CIS 患者中疗效显著, 可减轻血液黏度, 降低血脂, 改善神经功能。

**[关键词]** 缺血性脑卒中; 脑心通胶囊; 瑞舒伐他汀钙片

**[中图分类号]** R 743.31 **[文献标识码]** B

缺血性脑卒中 (cerebral ischemic stroke, CIS) 致病因素复杂, 高血压、高血脂、糖尿病、脑血管狭窄、心房纤颤、吸烟酗酒、动脉粥样硬化等均是诱发 CIS 的高危因素<sup>[1]</sup>。CIS 会导致大脑功能受损, 使患者出现语

[收稿日期] 2024-01-29

[作者简介] 李倩, 女, 主管药师, 主要从事药剂科工作。