

第二十三讲 关于脂肪肝医案的讨论※

● 李英帅 倪 诚 王 济 张惠敏 李玲孺 俞若熙 姚海强 张曾亮 李长明 王振宇 赵时鹏 李帅鹏 梁 雪 李 品
武彦伶 韩璐雯 杨 菲 张秀平 宋昊坤 张田义 陈 禹 井慧如 马明越 孙冉冉 包 蕾 郭 刚 王 琦[▲]

摘 要 本次王琦讲堂围绕脂肪肝的中西医病因病机、治疗难点展开讨论,并着重讨论了王琦教授对脂肪肝的诊疗思路,包括病机要点、诊疗模式、制方思路,以及处方用药特色和加减变化等。王琦教授治疗脂肪肝主要是“辨体-辨病-辨证”相结合,在此基础上辅以脂肪肝特色用药。

关键词 脂肪肝 辨体-辨病-辨证 主病主方 名医经验

1 王琦教授开讲

脂肪肝是21世纪全球重要的公共健康问题之一,亦是我国愈来愈重视的慢性肝病问题,是仅次于病毒性肝炎的第二大肝病。正常肝脏中肝脏湿重的3%~5%为脂肪,当肝内脂肪聚集超过5%时称为脂肪肝,即脂肪肝是各种原因引起的肝细胞内脂肪堆积过多引起的病变^[1]。长期肝内脂肪蓄积,可导致肝纤维化,直至肝硬化甚至肝功能衰竭而死亡。

脂肪肝包括酒精性脂肪肝和非酒精性脂肪肝。非酒精性脂肪性肝病(nonalcoholic fatty liver disease,

NAFLD)是一种与胰岛素抵抗(insulin resistance, IR)和遗传易感密切相关的代谢应激性肝脏损伤,其病理学改变与酒精性肝病(alcoholic liver disease, ALD)相似,但患者无过量饮酒史。随着肥胖症和代谢综合征在全球的流行,近20年亚洲国家NAFLD增长迅速且呈低龄化发病趋势,中国的上海、广州和香港等发达地区成人NAFLD患病率在15%左右^[2]。今天我们通过1则脂肪肝医案来讨论这一疾病的诊疗思路。

2 医案介绍

李英帅(副教授,医学博士,王

琦教授2006级博士生):荆某,女,27岁,2014年8月27日初诊。主诉:重度脂肪肝3年余。现病史:患有重度脂肪肝、高脂血症、高尿酸血症、结节性甲状腺肿病史3年。刻症:形体肥胖,伴有浮肿。平时头面易出油,脱发,口臭,目眵增多,视物不清,睡眠打鼾,情绪低落,遇阴雨天气咳嗽、痰多,饮食畏凉喜热。小便短赤,大便可。月经量少。舌紫、边有齿痕,苔白腻,脉沉弱。实验室检查:低密度脂蛋白胆固醇:3.68mmol·L⁻¹,尿酸:363μmol·L⁻¹。影像学检查:重度脂肪肝。西医诊断:脂肪肝、肥胖、高脂血症、高尿酸血症;中医诊断:痰湿、血瘀体质兼夹。处方:生黄芪30g,茯苓30g,汉防己10g,制苍术20g,泽泻20g,车前子10g(布包),干姜10g,细辛3g,五味子10g,绞股蓝30g,荷叶30g,冬瓜皮20g。30剂,水煎服,每日1剂。

2014年10月8日二诊:体重大体同前,浮肿略消;月经9月22日来潮,经期3天,量稍增多;脱发同前;脉滑。处方:生黄芪30g,制苍术

※基金项目 ①国家重点基础研究发展计划(973计划)“中医原创思维与健康状态辨识方法体系研究”项目(No. 2011CB505403);②北京市自然科学基金面上项目“王琦名老中医体质学术流派研究”(No. 7132125);③国家中医药管理局王琦名老中医专家传承工作室建设项目;④北京中医药薪火传承“3+3”工程王琦名医传承工作站建设项目;⑤北京中医药大学薪火传承研究项目;⑥北京中医药大学优秀传承团队建设项目。

▲通讯作者 王琦,男,著名中医学家,国医大师。北京中医药大学终身教授,博士研究生导师,国家重点学科中医基础理论学科带头人,国家973项目首席科学家。本刊学术顾问。E-mail:wangqi710@126.com

●作者单位 北京中医药大学中医体质与生殖医学研究中心(100029)

20g, 荷叶 30g, 冬瓜皮 30g, 生山楂 30g, 绞股蓝 20g, 茵陈 15g, 茯苓 30g, 泽泻 30g, 莪术 10g, 夏枯草 20g, 浙贝 10g。30 剂, 水煎服, 每日 1 剂。

2014 年 11 月 19 日三诊: 体重减轻 1.5 ~ 2kg, 浮肿减轻, “三围”未改变, 月经情况同前。刻诊: 抑郁症状明显, 情绪不稳定; 口臭, 面色泛红, 有环状皮损。处方: 生黄芪 80g, 茯苓 50g, 泽泻 50g, 水牛角 30g (先煎), 茵陈 20g, 绞股蓝 20g, 荷叶 30g, 冬瓜皮 30g, 生大黄 6g, 生蒲黄 15g (布包)。30 剂, 水煎服, 每日 1 剂。

2014 年 12 月 31 日四诊: 浮肿已消, 腹围减少 1cm; 抑郁症状减轻, 口臭减轻; 月经来潮正常; 手足颈部、足趾有湿疹, 皮肤干裂、瘙痒、脱屑、皮损; 苔根微黄, 脉沉滑。继续拟方益气活血, 化痰利湿。处方: 生黄芪 60g, 川桂枝 10g, 茯苓 30g, 泽泻 30g, 炒白术 20g, 制苍术 20g, 陈皮 20g, 昆布 20g, 海藻 20g, 水牛角 30g (先煎), 茵陈 15g, 女贞子 30g, 益母草 30g。30 剂, 水煎服, 每日 1 剂。

2015 年 2 月 4 日五诊: 体重减轻 1kg, 浮肿已消, 尿酸减至 $255 \mu\text{mol} \cdot \text{L}^{-1}$, 脂肪肝消失, 抑郁症状减半, 月经 30 ~ 35 日 1 行; 有散在性湿疹; 苔根腻, 脉滑。兹拟仍宗前意, 益气健脾, 化痰利湿。处方: 生黄芪 30g, 制苍术 20g, 茯苓 30g, 泽泻 30g, 生蒲黄 10g, 姜黄 10g, 炒莱菔子 20g, 炒白芥子 9g, 炒苏子 15g, 昆布 20g, 海藻 15g, 陈皮 30g, 荷叶 30g。30 剂, 水煎服, 每日 1 剂。

3 现场讨论

3.1 脂肪肝的中西医认识

王济(副教授, 王琦教授 2011 届博士后): 根据肝内蓄积脂肪量的

多少, 脂肪肝可分为轻度 (5 ~ 10%)、中度 (10 ~ 25%)、重度 (大于 25%)。本案患者就诊时是重度脂肪肝。脂肪肝可以是一个独立的原发疾病, 但更多是某一全身性疾病在肝脏的表现。引起肝内脂肪过量蓄积的常见病因有饮酒、营养失衡 (如长期高脂肪、低蛋白饮食)、肥胖病、糖尿病、药物中毒, 以及一些特殊人群如急性妊娠脂肪肝、儿童 Reye 综合征等^[3]。大部分的 NAFLD 患者都有代谢综合征方面的危险因素, 包括肥胖、糖代谢异常以及血脂异常等。本案患者就属此情况, 除了脂肪肝外, 还存在肥胖、血脂和尿酸均增高的代谢异常。

就 NAFLD 来说, 发病机制比较复杂, 主要是受遗传、环境、代谢、应激等相关性疾病的影响, 并由多个方面共同作用的结果, 具体机制尚未系统阐明。近年来, 有学者提出了二次打击学说^[4]。第一次打击是指胰岛素抵抗和高胰岛素血症的情况下, 脂质代谢失衡导致脂肪酸和甘油三酯在肝脏细胞内沉积过多, 为脂质过氧化提供反应基质, 同时也为肝细胞发生炎症反应奠定基础; 第二次打击是指肝脏细胞中的脂质被活性氧等氧化以及肝细胞色素 P450 - 2E1 活性逐渐增加等致病因素引起脂肪性肝炎发生。由于脂肪性肝炎不断地增多, 并由炎症到坏死在肝脏中积累下来, 进而由肝炎演变为肝纤维化, 肝纤维化导致肝脏微循环障碍, 部分组织细胞由于缺血坏死, 肝小叶重建, 从而形成肝硬化。此外脂肪生成相关转录因子 (激素调解元件结合蛋白 - 1c 和激酶、肉毒碱脂酰转移酶 - 1、过氧化氢酶体增殖物激活受 γ 、肿瘤坏死因子 TNF) 和激酶 (细胞色素 P450、乙醇脱氢酶、醛脱氢酶、微粒体乙醇氧化系) 等, 最终会导致脂

肪性肝炎、肝纤维化等疾病。

李英帅: 中医并无脂肪肝的病名, “肝癖 (痞)” 为脂肪肝的现代中医临床命名, 古籍中鲜有提及。有学者对现代文献中脂肪肝中医病名的分析发现, “胁痛”、“积聚”、“癥瘕”、“肥气” 为现代多数医家认可的脂肪肝中医古代病名, 追溯古代文献中对其临床特点、病因病机等的描述, 亦与脂肪肝较相吻合。古代医家认为脂肪肝的中医病因主要为情志失调、内伤饮食劳倦、体质禀赋不同、五脏相传、病后所致等。其病机为多种因素导致痰食积滞、气滞血瘀, 继续发展则正气消耗, 气血衰少, 肝脾肾功能失调^[5]。

赵时鹏 (王琦教授 2014 级博士研究生): 脂肪肝在中医理论里一般认为是痰湿、水饮、湿浊之类。病之初, 多由于过食肥甘油腻, 脂膏湿浊代谢缓慢, 留积于肝。若七情内伤则肝气郁滞, 疏泄功能下降, 疏泄不及则脾土无以运化。机体正气渐虚, 尤其是脾肾亏虚, 脾虚则水湿运化失司, 肾虚则气化不利, 最终水湿痰浊蓄积为病。肝主藏血, 气化失常则血运不畅, 肥脂湿邪内蕴, 与瘀血相搏, 有形之物, 滞于肝脏。本病之因, 本在脾肾阳虚, 标在气滞、食积、痰浊、血瘀、寒热, 临床多呈本虚标实、虚实兼夹、寒热错杂之症。

武彦伶 (王琦教授 2014 级硕士研究生): 脂肪肝虽然病因繁多, 其病机主要是气血津液代谢、输布及排泄紊乱、内生痰湿浊瘀所致。周学海《读医随笔》强调: “凡脏腑十二经之气化, 皆必借肝胆之气化以鼓舞之, 始能调畅气机而不病。凡病之气结、血瘀、痰饮、积聚……皆肝气之不能调畅所致也。” 明确指出肝失疏泄、气机失调是引起气滞、血瘀、痰饮、积聚等病证的关键。加上脾失健运、聚湿生痰, 致痰湿热瘀蕴

结于肝。

3.2 脂肪肝的中西医治疗难点

王济:西医治疗 NAFLD 包括改变生活方式、运动疗法、饮食控制、西药治疗等。运动治疗是 NAFLD 基础治疗之一,在治疗 NAFLD 中起到重要作用。坚持合理饮食,可使 NAFLD 患者达到目标体重。如果饮食控制好,常不需药物治疗即可达到治疗脂肪肝的目的。除以上基础治疗外,药物治疗包括:改善胰岛素抵抗(二甲双胍和噻唑烷二酮类药物为主)、抗氧化(维生素 A 和维生素 E、水飞蓟宾、还原型谷胱甘肽等)、抗毒性细胞因子释放(己酮可可碱、中和抗细胞因子抗体等)、保肝和降脂(熊去氧胆酸、普伐他汀、硫普罗宁等)。药物治疗存在一定的困难和问题,例如,胰岛素增敏剂二甲双胍和噻唑烷二酮类有肝毒性等不良反应,对于中重度肝功能不全患者需慎用。另外,许多降脂药虽然可能促使血脂在肝脏中进行迅速代谢分解,但因有时病因病情不同,反而会促进脂质在肝内的蓄积,并对肝脏功能造成二次损伤。因此,一定要针对病因病情合理用药,不应长期盲目服用降脂药物^[6]。

张曾亮(王琦教授 2013 级博士研究生):《中国非酒精性脂肪性肝病诊疗指南(2010 年修订版)》提出的治疗对策是,治疗 NAFLD 的首要目标为改善 IR,防治代谢综合征及其相关终末期器官病变,从而改善患者生活质量和延长存活时间;次要目标为减少肝脏脂肪沉积并避免因“二次打击”而导致 NASH 和肝功能失代偿,NASH 患者则需阻止肝病进展,减少或防止肝硬化、肝癌及其并发症的发生。西医的治疗难点刚刚王济王老师已经说了。中医治疗难点在于,以辨证论治为主的各家经验难以产生有说服力的临床

研究结果,不能形成有效的中医诊疗方案。如果采用辨体论治为基础进行研究,可能会形成更好的成果。

李帅鹏(王琦教授 2013 级硕士研究生):脂肪肝发病原因有多种,其临床上的辨证分型及治疗方法也有不同,体现了中医不同的治则可能通过影响脂肪肝发病同一阶段的不同环节或作用于疾病发展的不同阶段而发挥其疗效,这也造成了中医对脂肪肝的辨证、诊断和疗效判定缺乏统一的标准^[7]。

韩琨雯(王琦教授 2012 级岐黄国医班学生):中医复方治疗脂肪肝,需要探索中医复方的临床数据和随机双盲实验依据。

3.3 王琦教授对脂肪肝的诊疗思路

姚海强(王琦教授 2013 级博士研究生):该患者为痰湿体质,患有多种代谢紊乱性疾病,如重度脂肪肝、高脂血症、高尿酸血症等,乃是由于秉受先天遗传或后天饮食失宜,偏嗜肥甘厚腻,脾胃运化失健,从而导致水液代谢障碍,痰饮之邪停聚体内。因痰饮之邪流动不居,故可致多种疾病。现代医学中诸多代谢紊乱性疾病多与痰湿体质密切相关,如本案患者即颇为典型。其体形肥胖、面部及头发油脂分泌旺盛、夜寐打鼾、苔白腻、脉滑等,皆为痰浊阻滞之象。因痰饮湿邪不能及时代谢排出,壅滞于体内,故而形体肥胖;痰浊溢于体表,故而面部及头发油腻污垢且舌苔白腻;痰浊阻滞会厌,气道不畅故而打鼾,如清代李用粹《证治汇补·卷之二·痰症》论道:“升于肺,则塞窍鼾睡,喘息有声,名曰中痰。”可知其病机要素为痰浊为患。痰湿停聚,阻塞脉道,可致血行不畅,日久则瘀血内生,终为痰瘀互结。本案患者月经不畅量少、舌紫皆为瘀血征象。

张惠敏(副教授,医学博士,王琦教授 2013 级传承博士后):王老师以益气、化痰、祛湿、活血为治法,并采用多种祛湿方法来改善痰湿体质:重用生黄芪益气健脾祛湿,重用茯苓、泽泻淡渗利湿,苍术燥湿健脾,荷叶升清化湿,桂枝温阳化湿,海藻与昆布化痰散结、利水消肿。由于该患者体型肥胖,痰湿很重,所以又用三子养亲汤来增强化痰祛湿的效果。患者兼有血瘀,用蒲黄、益母草不仅能活血,还可利水,特别适合痰湿兼夹血瘀体质使用。患者以脂肪肝为主诉,伴有高血脂,用生山楂、绞股蓝降血脂。经过 4 个月的调理,患者脂肪肝消失,血脂、尿酸恢复正常的代谢水平,提示改善痰湿体质治疗代谢紊乱的思路是正确的。

王琦教授:刚才大家从痰湿体质角度谈了这个患者的病机特点和诊疗思路,这个没有问题。但是,大家想过没有,我们说体质是疾病发生的土壤,痰湿体质是发生代谢性疾病的土壤,那么痰湿体质可以肥胖、可以血脂高、可以尿酸高、可以血压高……。我们在第 1 期医案讨论时就谈到了肥胖的治疗,谈到了从调整痰湿体质入手,那么这个病案和肥胖有什么区别呢?它们的共性特征都是痰湿体质,那我在治疗脂肪肝这个病时有什么特色呢?

倪诚(双博士,教授,主任医师,博士生导师,王琦教授学术继承人,北京中医药大学中医体质与生殖医学研究中心主任):对于王老师提出的“体质土壤”说,可以从“共性土壤”与“个性土壤”两方面理解。显然痰湿体质是中心性肥胖、血脂异常、糖代谢紊乱、高血压等代谢综合征的“共性土壤”。就“个性土壤”而言,如中心性肥胖多见于气虚、痰湿、痰湿夹瘀体质,脂肪肝与高脂血

症则多见于痰湿、血瘀、湿热体质,且常 2 种或 3 种体质复合兼夹,《医述》引罗赤诚论曰:“如先因伤血,血逆则气滞,气滞则生痰,与血相聚,名曰瘀血挟痰。”《类证治裁·积聚论治》指出肝癖的成因:“初由寒气瘀血痰沫,交结于胃膜,久而盘踞坚牢,至元气日削,盘踞日深。”我对本案的解读是患者除了有痰湿、血瘀体质外,尚有湿热体质,表现为平时口臭、目眵增多、小便短赤、易发湿疹等,所以王老师在化痰祛湿、活血散瘀调理痰湿、血瘀体质的同时,还配伍了车前子、茵陈、大黄等利湿清热泻火之品以调理湿热体质。

李玲孺(讲师,医学博士,王琦教授 2009 级博士研究生):治疗特色可以从诊疗模式来看,本案体现了辨体-辨病-辨证诊疗模式。①辨体:刚才大家都对该患者痰湿夹瘀体质达成了共识,因此该患者的治疗,以化痰祛湿贯穿始终,同时佐以活血化瘀药物。药物为生黄芪、茯苓、制苍术、泽泻、荷叶、冬瓜皮、昆布、海藻、姜黄、生蒲黄(布包)等。②辨病:在辨体论治的基础上,辨病论治必不可少。针对脂肪肝、血脂高,需要活血化痰消脂,如蒲黄、绞股蓝、姜黄;针对结节性甲状腺肿,需要破血散结力量较强的药物,如莪术、夏枯草、浙贝;针对湿疹,需要清热利湿、凉血散瘀,如茵陈、水牛角片等。③辨证:辨证是“辨体-辨病-辨证”诊疗模式的又一重要环节。如一诊,患者遇阴雨天气咳嗽痰多,饮食畏凉喜热,表现为寒饮蕴肺证,因此配伍干姜、细辛、五味子温肺化饮。

王振宇(王琦教授 2013 级博士研究生):王老师在此案治疗时,虽然随着病情变化灵活加减用了一些药,然而以“益气健运汤”为主的调

体治疗贯穿病程始终。遣方用药始终抓住“痰湿”、“血瘀”两个脂肪肝的主要病理因素。

王琦教授:大家抓住了关键问题——病种不同。脂肪肝与肥胖,从体质上看都与痰湿体质有关,但它们终归是不同的病种,有其不同的特点。肥胖表现为形态的变化,而脂肪肝已经出现了脏器的损伤。因此,病机为痰湿兼夹瘀浊、湿热,病位在肝。治疗上首先要先判断患者主诉的是什么病,明确疾病就明确了治疗的大方向,再结合辨体、辨证,进一步提高治疗的针对性。

3.4 王琦教授治疗脂肪肝的处方用药特色

姚海强:本案治疗全程以黄芪、茯苓、防己、苍术、泽泻、荷叶、冬瓜皮、茵陈等药为主,并以桂枝、蒲黄、昆布、海藻、生山楂等灵活加减,其制方思路乃宗仲景防己黄芪汤、茵陈五苓散方义。其中防己黄芪汤善益气健脾,利水化饮;茵陈五苓散清热利湿,二方相合复增益其功。其中防己、茯苓、荷叶、冬瓜皮、茵陈善利水渗湿,海藻、昆布化痰散结,皆导湿邪从下焦而行;苍术健脾化湿,黄芪益气健脾,使湿邪从中焦而化;其中桂枝(王老师有时亦用肉桂),可温阳化饮,遵仲景“病痰饮者,当以温药和之”,且可反佐以防过用清热利湿药物而伤脾胃;生山楂、莪术活血祛瘀,与化痰祛湿之药相配伍,分消痰瘀;蒲黄利水、活血两擅其功,血水同治,此亦仲景习用之法。以上诸药相合,共奏益气健脾、清热利湿、祛瘀化浊之功效。

李长明(王琦教授 2013 级硕士研究生):从处方用药中不难看出黄芪当为君药。在第三诊中王老师将黄芪用量提高到 80g,患者服药后浮肿明显减轻至消退,当然其它药物的协同作用不能忽略,不过显然

黄芪在疾病的治疗中发挥了重要作用。张锡纯曾言:“黄芪为补脾肺之药,今谓其能补肝气何也?答曰:“肝属木而应春令,其气温而性喜条达,黄芪之性温而上升,以之补肝原有同气相求之妙用。愚自临证以来,凡遇肝气虚弱不能条达,用一切补肝之药皆不效,重用黄芪为主,而少佐以理气之品,服之复杯即见效验,彼谓肝虚无补法者,原非见道之言也。”可见黄芪虽为补气健脾之药,然其确有治肝之效。《金匱要略》言“治未病者,见肝之病,知肝传脾,当先实脾”,指出肝病“实脾”谓之上工之举。可见在治疗肝病中,健运脾胃乃重要的治疗途径。

井慧如(讲师,医学博士,王琦教授 2009 级博士研究生):黄芪中的主要成分如黄芪多糖、黄芪总皂苷、黄芪黄酮类化合物具有双向调节血压、降血脂、降血糖的作用,可增加各脏腑组织器官对胰岛素的敏感性,改善胰岛素抵抗^[8,9]。

李品(王琦教授 2014 级硕士研究生):王老师在治疗这位病人时,前三诊使用了一味比较特殊的药物“绞股蓝”,此药在民间有“北有长白参,南有绞股蓝”之称,其功效为益气、安神、清热解毒、止咳祛痰。王老师使用此药主要取其益气、安神之效。此患者为年轻女性,由于体胖而渐致抑郁,前三诊使用此药后,抑郁症状减轻。此外现代药理研究表明绞股蓝对人体的脂代谢具有一定的促进作用,对高脂血症有一定的治疗作用。

梁雪(王琦教授 2014 级硕士研究生):绞股蓝降脂作用明确,有实验表明,给高脂血症大鼠灌服绞股蓝皂甙(Gypenoside GPs),可使血 TC、TG、LDL 降低, HDL/LDC 比值显着升高。此外,昆布、海藻是王老师用来降脂的常用药对。现代研究

表明,昆布可降压、降糖、降脂,其中的昆布素为多糖类,其低程度的硫酸化合物与肝素相似,有清除血脂作用。国外曾报道多种海藻能降低高脂饮食的大鼠血清中胆固醇水平或脏器中胆固醇含量。

杨菲(王琦教授2013级硕士研究生):脂肪肝、甲状腺结节、尿酸结晶在中医都可看作是密度增高、超出正常组织的有形、无形肿块。王老师用莪术、夏枯草、浙贝软坚散结,不仅仅是针对甲状腺结节。

俞若熙(助理研究员,医学博士,王琦教授2010级博士研究生):因病位在肝,加茵陈15g可保肝利胆、降血脂^[10,11]。现代医学研究表明:茵陈提取物可通过降低脂肪细胞中过氧化物酶酶体增殖物激活受体来减少脂肪积聚^[12]。

李英帅:因患者出现湿疹皮损,王老师三诊时加用水牛角清热凉血解毒。实际上,水牛角在这里的应用也有降脂减肥的意思。高脂血症因血中浊脂类似中医痰浊,痰浊留于脉道,阻止血行,即为痰瘀内结之证。有报道运用水牛角治疗高脂血症疗效确切,配伍茵陈更增强降脂祛痰作用^[13]。

3.5 关于本案疑点难点的探讨

王琦教授:大家围绕脂肪肝讨论了,但是大家有没有注意到一个问题。为什么这位患者的脂肪肝、血脂等均有改善,而体重减轻不明显呢?

宋昊翀(王琦教授2012级博士研究生):该患者体重减轻比较缓慢,但内脏脂肪、尿酸等指标均有改善,说明通过调体治疗的最终目的是增加人体对体内代谢垃圾的代谢和排出,代谢能力增强了,体重也必然会进一步下降。我常使用王老师的益气健运汤加减为患者减肥降脂,也经常出现体重没有减轻而腰

围减少、脂肪肝减轻、血脂下降的情况,患者往往精神更好了,身材更匀称了。这也是调体治疗代谢性疾病的最终目的。

张田义(王琦教授2012级岐黄国医班学生):该患者内脏脂肪、血脂等指标随病而来,病去则消,但痰湿体质还需要继续调理。

张秀平(王琦教授跟师学生):此情况是局部与整体、症状与体质的关系,局部和症状容易改变,整体和体质改善需要的时间要长一些。

陈禹(王琦教授2014级博士研究生):从营养学角度来看,患者在服药期间如结合生活方式管理即体重管理、合理搭配饮食与运动,体重下降会更明显。但对于肥胖及超重患者,体重下降以2kg/月为宜,直至达到标准体重,并进行控制,保持标准体重。过度减重及过快减重均会对人体造成危害。

4 王琦教授总结

这位患者的病情比较复杂,除了主诉脂肪肝外,还伴有肥胖、高脂血症、高尿酸血症、结节性甲状腺肿,在治疗过程中还出现了抑郁、湿疹等夹杂病症。我们在临床中经常会面对这样的情况,患者描述了很多看似不相关的病症,难以理清头绪。这时大家要记住主病主方思想,该患者看上去有很多问题,实际就是一个问题,都离不开脂肪肝的病机特点,都离不开痰、湿、瘀、热的病理改变,都离不开痰湿体质这个土壤。因此,从始至终都贯彻了“益气活血、化痰利湿”这一治疗思路。再根据主诉疾病的特征,针对不同病变阶段进行了相应的加减,最终患者脂肪肝消失,尿酸降至正常,说明这个思路是正确的。最后,大家也讨论了为什么体重降低不明显的

问题,从中医、西医角度,结合体质都做了分析。之所以提出这个问题让大家讨论,就是希望大家在临证时能够多反思、多问自己几个为什么,不要只看到病情好转的方面,对于疗效不显的情况也要重视。脂肪肝病案充分体现了“辨体-辨病-辨证”诊疗模式在临床中的应用,可作为大家学习的范例。

参考文献

- [1]丁晴,唐静,方芳,等.脂肪肝相关因素临床分析[J].中医肝脏病杂志(电子版),2015,7(2):65-67.
- [2]中华医学会肝病学分会脂肪肝和酒精性肝病学组.中国非酒精性脂肪性肝病诊疗指南(2010年修订版)[J].中国医学前沿杂志(电子版),2012,4(7):4-9.
- [3]胡大荣.脂肪肝的病因[J].实用肝脏病杂志,1997,2(3):130-131.
- [4]常珊珊,徐济良.非酒精性脂肪肝发病相关因子的机制研究新进展[J].南通大学学报(医学版),2013,33(1):56-59.
- [5]李泽鹏.脂肪肝的中医古籍文献研究[D].广州:广州中医药大学,2014.
- [6]江依勇,刘丽.非酒精性脂肪肝治疗进展研究[J].中国肝脏病杂志(电子版),2015,7(1):127-128.
- [7]李松梅,吕花荣,蔡豪,等.中医对非酒精性脂肪肝病因病机的认识及辨证论治[J].云南中医中药杂志,2015,36(5):91-93.
- [8]陈国辉,黄文凤.黄芪的化学成分及药理作用研究进展[J].中国新药杂志,2008,17(7):1483-1485.
- [9]全欣.黄芪主要活性成分的药理作用[J].时珍国医国药,2011,22(5):1247-1248.
- [10]章林平,孙倩,王威,等.茵陈有效成分的药理作用及其临床应用的研究进展[J].抗感染药学,2014,11(1):28-31.
- [11]曹锦花.茵陈的化学成分和药理作用研究进展[J].沈阳药科大学学报,2013,30(6):489-494.
- [12]钟成,潘尧锵,吕俊华,等.茵陈蒿汤对代谢综合征-脂肪肝大鼠增强胰岛素敏感性及抗脂肪肝作用[J].临床医学工程,2012,19(4):520-523.
- [13]董汉良.水牛角替代犀角的临床应用[J].中国社区医师,2005,21(9):32.