

肝癖中医诊疗专家共识(2023)

中华中医药学会脾胃病分会

[摘要] 肝癖是中医内科常见的病证之一,是一种多病因引起的获得性疾病,相当于现代医学中非酒精性单纯性脂肪肝、非酒精性脂肪性肝炎,中医药治疗效果良好。本共识阐述了肝癖的病名沿革、病因病机、辨证论治、疗效评定、预防调摄等内容,突显了临床实用性,体现了最新研究进展。

[关键词] 肝癖;中医;诊断;治疗;共识

DOI:10.3969/j.issn.1671-038X.2024.09.01

[中图分类号] R256.3 **[文献标志码]** A

Expert consensus on traditional Chinese medicine diagnosis and treatment of metabolic associated fatty liver disease(2023)

Branch of Gastrointestinal Diseases, China Association of Chinese Medicine

Abstract Metabolic associated fatty liver disease is one of the common symptoms in traditional Chinese medicine internal medicine. It's a kind of acquired diseases caused by multiple etiologies, equivalent to modern medicine nonalcoholic simple fatty liver disease and non-alcoholic steatohepatitis, traditional Chinese medicine treatment effect is good. This consensus expounds the metabolic associated fatty liver disease evolution, etiology and pathogenesis, syndrome differentiation and treatment, curative effect evaluation, and prevention the content such as highlights the clinical practicability, reflects the latest research progress.

Key words metabolic associated fatty liver disease; traditional Chinese medicine; diagnosis; treatment; consensus

肝癖是中医内科常见的病证之一,“十一五”国家中医药管理局中医肝病重点专科协作组将非酒精性脂肪性肝病的中医病名确定为“肝癖”。肝癖是因肝失疏泄,脾失健运,痰浊淤积于肝所致的积聚类疾病,早期无特异性症状,部分患者可见胁胀或痛,右肋下肿块。肝癖是一种多病因引起的获得性疾病,肥胖/超重、糖尿病、代谢综合征与之有密切关系^[1],包括非酒精性单纯性脂肪肝、非酒精性脂肪性肝炎两种主要类型。其发病率呈现逐年升高的趋势,目前,流行病学数据显示全球非酒精性脂肪性肝病的全年龄发病率高达 20%~30%^[2]。最近研究发现在非肝硬化患者中,与其他肝病病因相比,患有非酒精性脂肪性肝炎的患者发生原发性肝癌的风险更高^[3]。因此,非酒精性脂肪性肝病的治疗越来越引起重视。为了规范肝癖的诊断、治疗、预防等,中华中医药学会脾胃病分会已于 2017 年制定了《非酒精性脂肪性肝病中医诊疗专家共识

意见(2017)》^[4]。随着医药科学的不断发展以及对现代疾病研究的不断深入,中医药在辨证治疗、证候规律研究等诸多方面取得了显著进展,病证分型及选方有了改变,因此有必要在延续相关标准的基础上进一步更新,以满足临床和科研的需要。

中华中医药学会脾胃病分会于 2020 年 11 月在北京牵头成立了《肝癖中医诊疗专家共识》起草小组。小组成员依据循证医学原理,广泛搜集循证资料,参考国内外共识制定方法,先后组织国内脾胃病专家就肝癖的证候分类、辨证治疗、诊治流程、古代医家经验、疗效标准、循证研究进展等一系列关键问题进行总结讨论,形成本共识初稿,然后按照德尔菲法分别于 2021 年 4 月、2021 年 8 月、2022 年 10 月进行了 3 轮专家投票,逐次进行修改完善形成送审稿。2023 年 4 月,由中华中医药学会标准化办公室组织专家进行最后审评,通过了本共识。表决选择:①完全同意;②同意,但有一定保

通信作者:刘华一,E-mail:15900369830@163.com;刘力,E-mail:liuyan791@163.com;唐旭东,E-mail:txdly@sina.com

引用本文: 中华中医药学会脾胃病分会. 肝癖中医诊疗专家共识(2023)[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2024, 32(9): 741-747. DOI:10.3969/j.issn.1671-038X.2024.09.01.

留;③同意,但有较大保留;④不同意,但有保留;⑤完全不同意。如果 $> 2/3$ 的人数选择①,或 $> 85\%$ 的人数选择①+②,则作为条款通过,纳入共识。

1 概述

1.1 概念

肝癖是因肝失疏泄,脾失健运,痰浊淤积于肝所致的早期无特异性症状,部分患者可见胁胀或痛,右胁下肿块等症状的积聚类疾病。肝癖在中医病证分类与代码(修订版)的编码为 A04.02.06^[5]。

1.2 中医病名历史沿革

《灵枢·五邪》载:“邪在肝,则两胁中痛。”《素问·大奇论篇》曰:“肝雍,两胁满,卧则惊,不得小便。”首次说明了胁肋疼痛的病位在肝。隋·巢元方著《诸病源候论·癖病诸候》谓:“癖者,谓僻侧在于两胁之间,有时而痛是也。”又有宋·太医院《圣济总录·癖气》曰:“癖气者,聚于两胁间,有时而痛是也。以其僻在肋下,故名癖气。”对本病病位进行了论述,指出肝癖乃邪气留滞不去,日久成积,常表现为肋下隐痛时作。宋·王怀隐、陈昭遇等所著《太平圣惠方·治骨蒸癖气诸方》言:“治骨蒸痼癖者,本因蓄积而生,不离阴阳之气,结聚而成也。此由饮水停聚不散,因饮食相搏,致使积于肋下……”指出了本病的成因。1997 年中国中医药学会诊断专业委员会主编的《中医诊断学杂志》中将本病命名为“肝癖(痞)”,并一直沿用至今。

1.3 现代医学相关疾病

“肝癖”病名囊括了非酒精性脂肪性肝病的病因病机、症状特点及疾病演变规律,包括单纯性脂肪肝、脂肪性肝炎^[6]。2020 年初,由 30 位专家组成的国际专家小组建议更名为代谢相关脂肪性肝病(metabolic associated fatty liver disease, MAFLD),并发布国际专家共识声明^[7],提出全面又简便的 MAFLD 诊断标准。

2 病因病机

2.1 病因与发病

饮食不节、劳逸少劳、情志不遂、久病体虚是肝癖的主要病因。病位在肝,与脾、肾关系密切。情志不遂则肝气郁结,气机升降失调,致血行不畅、水湿不化,郁结于肝,可发为肝癖^[8];长期的饮食不节、劳逸少劳导致脾胃虚损,脾失健运,水湿内停,聚生痰浊,阻于肝络,可造成肝癖;久病体虚,肾精亏耗,水不涵木,肝失疏泄,致血脂聚为痰瘀,痹阻于肝脏络脉亦可造成肝癖^[9]。

2.2 病机要点

2.2.1 肝失疏泄,脾失健运,内生痰浊,痰瘀互结为肝癖的基本病机 肝主疏泄,其性升发,苦郁滞,生机勃勃为其常。脾主运化食物及水液,喜燥恶湿,主升清。饮食不节、劳逸少劳或情志所伤,损伤肝脾,而致肝疏泄失职,脾运化失健,水谷不能化生精微,反停而为水湿,聚而生痰浊,痰浊阻络,血行不畅,留而为瘀,痰瘀互结于肝,阻滞肝脉而成本病^[10]。

2.2.2 病理性质多为本虚标实,本虚以脾虚为主,久病及肾,标实主要为气滞、湿热、痰浊、血瘀^[11-12]

病变初起者,以肝郁脾虚为主,肝郁则气机阻滞,脾虚则痰湿不化,尚属气分;随着疾病的进展,痰湿郁而化热,而出现湿热内蕴;久病必瘀,瘀血阻络,则入血分。亦有久病体虚者,肾气不足,气化失司,致水液运行障碍,血行不畅;肾精亏耗,水不涵木,肝失疏泄,津停为痰,血凝为瘀,痰瘀互结,痹阻肝脉。脾虚失运、肾失气化、肝失疏泄,气滞、痰浊、血瘀多重病理因素相互搏结,最终导致本病的发生。

3 常见证候

3.1 肝郁脾虚证(中医病证分类与代码 B04.06.02.03.01.02^[5])

主症:①胁肋胀满或走窜作痛;②每因烦恼郁怒诱发。次症:①脘腹胀满;②便溏;③纳差;④乏力;⑤胸闷;⑥善太息。舌脉:舌淡边有齿痕,苔薄白或腻;脉左弦,右濡缓。

3.2 痰湿内停证(中医病证分类与代码未见)

主症:①胁肋满闷;②痰多。次症:①形体肥胖;②周身困重;③便溏不爽;④胸脘痞闷;⑤头晕恶心;⑥倦怠乏力。舌脉:舌淡红,苔白腻;脉濡滑。

3.3 湿热内蕴证(中医病证分类与代码 B02.05.04.02.01^[5])

主症:①胁肋胀痛;②口干口苦。次症:①恶心厌油;②心烦易怒;③脘腹痞闷;④小便色黄;⑤大便臭秽。舌脉:舌质红,苔黄腻;脉濡数或滑数。

3.4 痰瘀互结证(中医病证分类与代码 B02.09.09.01.02^[5])

主症:①胁肋刺痛或钝痛;②肋下痞块。次症:①面色晦暗;②肌肤甲错;③脘腹痞闷;④形体肥胖。舌脉:舌暗有瘀斑或瘀点,苔白腻;脉弦涩。

3.5 脾肾亏虚证(中医病证分类与代码 B04.06.03.05.01.01^[5])

主症:胁肋隐痛。次症:①乏力困倦;②腰膝酸软;③夜尿频数;④大便溏薄。舌脉:舌淡暗,苔白润;脉沉弱。

证候诊断:主症必备,加次症2项,参考舌脉,即可诊断。

4 临床治疗

4.1 治疗目标与原则

以缓解症状、防止疾病进展为治疗目标。初期的基本治则为疏肝健脾;中后期为化痰散结,活血化瘀。

4.2 辨证论治

4.2.1 肝郁脾虚证 治法:疏肝健脾。主方:逍遥散加减。

药物:当归 9~12 g,炒白芍 9~15 g,柴胡 6~9 g,茯苓 9~15 g,白术 6~9 g,炙甘草 3~6 g,生姜 6~9 g,薄荷 3~6 g 等。

加减:腹胀明显者,加枳壳 6~9 g、大腹皮 6~9 g 以行气消胀;乏力气短者,加黄芪 9~15 g、党参 9~15 g 以健脾益气;纳差者,加山楂 9~12 g、神曲 6~9 g 以消食导滞。

中成药:逍遥丸,口服,9 g/次,2 次/d。

4.2.2 痰湿内停证 治法:祛湿化痰。主方:温胆汤加减。

药物:清半夏 3~9 g,竹茹 6~9 g,枳实 6~9 g,陈皮 3~9 g,炙甘草 3~6 g,生姜 6~9 g,茯苓 9~15 g,大枣 6~9 g 等。

加减:形体肥胖,周身困重者,加荷叶 3~9 g、绞股蓝 9~15 g 以祛湿化痰;胸脘痞闷者,加藿香 6~9 g、佩兰 6~9 g 以化湿醒脾;恶心呕吐者,加苏叶 6~9 g、芦根 15~30 g 以和胃止呕。

中成药:壳脂胶囊,口服,1.25 g/次,3 次/d。

4.2.3 湿热内蕴证 治法:清热化湿。主方:甘露消毒丹加减。

药物:滑石 9~15 g,茵陈 9~15 g,黄芩 6~9 g,石菖蒲 6~9 g,浙贝母 6~9 g,木通 3~6 g,藿香 3~9 g,连翘 6~9 g,白蔻仁 3~6 g,薄荷 3~6 g,射干 3~9 g 等。

加减:恶心呕吐者,加姜半夏 6~9 g、竹茹 6~9 g 以和胃止呕;伴黄疸者,加秦艽 6~9 g、虎杖 9~15 g 以利湿退黄;心烦易怒者,加生栀子 6~9 g、淡豆豉 6~12 g 以清热除烦。

中成药:当飞利肝宁胶囊,1 g/次,3 次/d,口服。

4.2.4 痰瘀互结证 治法:活血化瘀,化痰散结。主方:复元活血汤合二陈汤加减。

药物:柴胡 6~9 g,天花粉 9~12 g,当归 9~12 g,红花 3~9 g,土鳖虫 6~9 g,烫水蛭 1~3 g,酒大黄 6~9 g,桃仁 6~9 g,陈皮 3~9 g,清半夏 6~9 g,茯苓 9~15 g,炙甘草 3~6 g 等。

加减:胁肋刺痛者,加元胡 6~9 g、川楝子 6~9 g 以化瘀止痛;胁下痞块者,加牡蛎 15~30 g、鳖甲 15~24 g 以软坚散结。

中成药:①鳖甲煎丸,口服,3 g/次,2~3 次/d;②血脂康胶囊,口服,0.6 g/次,2 次/d。

4.2.5 脾肾亏虚证 治法:补益脾肾。主方:参苓白术散合金匱肾气丸加减。

药物:党参 9~15 g,炒白术 9~12 g,炒山药 15~30 g,陈皮 6~9 g,砂仁_{后下} 3~6 g,炒薏苡仁 9~30 g,炙甘草 3~6 g,附子_{先煎} 3~15 g,肉桂 3~6 g,熟地 9~15 g,山萸肉 6~12 g,牡丹皮 6~9 g,茯苓 9~15 g,泽泻 6~9 g 等。

加减:腰酸乏力者,加杜仲 6~9 g、续断 9~15 g 以补肝肾,强筋骨;水肿尿少者,加瞿麦 9~15 g、猪苓 6~12 g 以利水消肿;夜尿频多者,加金樱子 6~12 g、益智仁 3~9 g 以固精缩尿;大便溏薄者,加干姜 3~9 g、益智仁 3~9 g 以温中止泻。

中成药:肾虚为主者,金匱肾气丸(水蜜丸),口服,4~5 g/次,2 次/d;脾虚为主者,参苓白术丸,口服,6 g/次,2~3 次/d。

4.3 古代医家学术经验

4.3.1 王旭高(清) ①学术观点。王旭高曰:癥者,真也,其块不散;瘕者,假也,聚散不常。夫五积虽分属五脏,不过分其部位病形,使学人有所遵循耳。究在脏腑之外,乃寒痰汁沫瘀血凝结于膜壑曲折之处,因脏气不能运化,积年累月,受病非一途。先宜观其虚实,即形气实者,亦不可专于攻伐,况夫虚多实少!且痞气、肥气、多于奔豚、伏梁。即今之癖块居脘胁之下,因久疟而生者十七八,又名疟母。由服药不当,或早用堵截,或饮食不节,致湿热痰浊漫无出路,郁于膜原之分,中气不化,日久成积。

②治法心得。王旭高认为治疗此病初宜开化其邪,兼调营卫。中虚者,先调其中,湿热化而块自消,中气和而块亦消,养正逐邪,各有分寸。六聚较积轻浅,病在气分,营卫不和,气聚有形,必挟肝邪,疏肝和脾以调气机,自效。积聚之证,大抵寒多热少,虚多实少,桂枝、肉桂、吴茱萸为积聚之要药,能温脾疏肝,使气机通畅故也。盖气温则行,血寒则凝,营运其气,流通其血,为治积第一法。有热再佐连、柏之类,参以活变。

4.3.2 叶天士(清) ①学术观点。叶天士认为外感、劳倦、饮食、情志是本病的主要致病因素。寒暑劳形,初为气结在经,久则血伤入络,日渐瘀痹,可致此病。食物失和,肠中变化传导失职,气滞酿湿,

郁而成热,六腑滞浊为之聚,也可发为此病。嗔怒强食,肝久郁气血不通,肝藏内寄相火,脾胃受湿,乃成宿痼肥气。

②治法心得。叶天士论治此病,多用体阴用阳之品,入阴出阳,以施其辛散温通之力。又辄仗蠕动之物,松透病根。再酌情加以去热滞,豁凝痰等药物。瘀痹延痼者,应攻积除坚,予蜣螂虫、当归须、桃仁、川郁金、川芎、生香附、煨木香、生牡蛎、夏枯草用大酒曲末二两加水稀糊丸;气滞湿热腑聚者,当以缓攻,予黄连、芦荟、鸡肫皮、煨木香、小青皮、莱菔子、南山楂等;木犯土虚中挟滞者,宜攻伐消导,予丁香、浓朴、茯苓、炒白芍、广皮、煨益智仁等。

4.3.3 尤怡(清) ①学术观点。清代名医尤怡在《金匱翼》中论述到,经云:左右者,阴阳之道路也。又云:肝生于左,肺藏于右,所以左属肝,肝藏血,肝也,血,阴也,乃外阳而内阴也。右属肺,肺主气,气,阳也,肺,阴也,乃外阴而内阳也。由阴阳五脏气血分属,是以左胁之痛,多因留血,右胁之痛,悉是痰积。然胁痛病因多样,不可一概而论,又将胁痛分为肝郁胁痛、肝虚胁痛、肝火胁痛、污血胁痛、息积、肾虚胸胁痛等证型。

②治法心得。肝郁者,以枳壳通三焦之气,细辛、川芎、桔梗之辛以散之,用防、葛借风药以张之,若只是胁痛,别无他症,其痛在左,为肝经受邪,宜川芎、枳壳、甘草;其痛在右,为肝移病于肺,宜片姜黄、枳壳、桂心、甘草;肝虚者,以甘酸补肝体,以辛味补肝用,假风药以张其气,方用补肝汤;肾虚者,宜用熟地、补骨脂之类补肾,阿胶、芎、归之类和血。肝火者,予龙荟丸方清泻肝火;污血者,予东垣复元活血汤以荡涤败血,和润血脉;息积者,治宜导引服药,善导引能行积气,药力亦藉导引而行,方备推气散、赤茯苓汤、白术丸。

4.4 外治疗法

4.4.1 针刺治疗 主穴:中脘、天枢、期门、带脉、阳陵泉、丰隆、三阴交、太冲;配穴:脾虚湿阻型加水分、阴陵泉,胃热湿阻型加内庭、上巨虚、腹结,肝郁气滞型加气海、血海,脾肾两虚型加关元、太溪。操作:穴位常规消毒,四肢穴位进针后行提插捻转手法,患者有酸麻胀重感后停止手法;腹部穴位应用苍龟探穴法,最后将针垂直置于腹部肌层,以术者感觉针下有阻挡感、患者有明显的胀感为度;带脉斜刺,针尖指向肚脐,患者有酸胀感后停止进针。手法结束后用电针治疗仪置于双侧天枢、带脉,电流强度以患者能耐受为度,留针 30 min。前 10 d

每日 1 次,后隔日 1 次,共治疗 3 个月^[13]。

4.4.2 刺络放血法 选穴:①足三里、阴陵泉;②委阳、阳陵泉;③丰隆、曲泉,双侧共 12 个穴位,每次选取 1 组双侧共 4 个穴位施术。手法:选用大号三棱针,寻找穴位周围瘀阻脉络,于最明显处刺入 2~3 mm,用烧杯盛取,记录出血量,4 个穴位总计出血量 150~200 mL。刺激量:每 3 周 1 次,连续治疗 12 周,总计出血量 600~800 mL^[14]。

4.4.3 耳穴压豆疗法 取穴:肝、脾、肾、三焦、内分泌,用王不留行贴压于耳穴上,每次选穴 3~5 个,每次按压 1~2 min,3~4 次/d,3~5 d 更换穴位^[15]。

4.4.4 穴位埋线法 取穴:膈俞、肝俞、中脘、气海、足三里、阳陵泉、丰隆等。采用 7 号一次性使用无菌注射器针头作针管,0.30 mm×0.42 mm 的平头针作针芯,制成简易埋线针。医者将备好的约 0.5、1.0 cm 两种长度的医用可吸收性外科缝线(型号:3-0)植入针管,并根据穴区厚薄选取相应长度的医用可吸收性外科缝线,线头与针尖齐平。患者仰卧位,用 0.5% 的碘伏在腹部及下肢穴位由中心向外环行消毒,医者左手绷紧皮肤,右手持简易埋线针快速直刺入穴内,深度为 1.5~3.0 cm,进针至肌层,施以提插捻转手法,当患者有酸胀麻感后,推动针芯将缝线注入穴内,退出针头,查无线头外露,外贴创可贴。然后,嘱患者俯卧,取穴肝俞、膈俞,依照上述操作方法埋线,进针时与皮肤呈 45°角,向脊柱方向斜刺。埋线当天不要洗澡。埋线操作 1 次/周,共治疗 2 个月^[16-17]。

4.5 诊疗流程图

肝癖诊疗流程图见图 1。

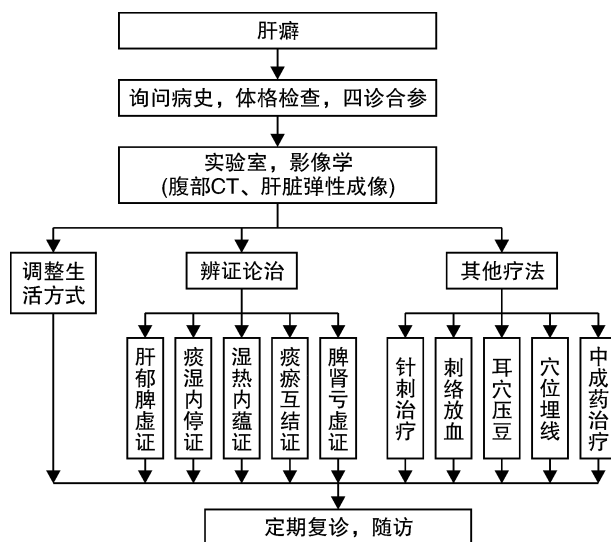


图 1 肝癖诊疗流程图

5 疗效评价

肝癖的疗效评价包括主要症状的记录与评价、中医证候学指标、影像学疗效评价、血清学疗效评价、生存质量评价等。临床研究中应根据主要研究内容的不同,选择主要疗效指标和次要疗效指标。

5.1 主要症状的记录与评价

对肝区痛、口苦、脘痞等主要症状的发作程度与频次、症状程度的判断参考。0分:无;1分:症状不明显,在医生提醒下发现;3分:症状明显,影响日常生活,偶尔服药;5分:症状非常明显,影响日常生活,需要长期服药治疗;2分:症状介于1~3分之间;4分:症状介于3~5分之间。症状频次判断:0分:从未有过;1分:1周<1d;2分:1周1d;3分:1周2~3d;4分:1周4~5d;5分:几乎每天。主要用于评价总体疗效及对主要症状的影响。疗效指数=(治疗前积分-治疗后积分)/治疗前积分 $\times 100\%$ 。临床控制:疗效指数 $\geq 95\%$;显效:70% $\leq$ 疗效指数 $< 95\%$;有效:30% $\leq$ 疗效指数 $< 70\%$;无效:疗效指数 $< 30\%$ 。

5.2 中医证候学指标

分别对胁肋刺痛或钝痛、胁下痞块、面色晦暗、形体肥胖、胸脘痞满、咯吐痰涎、纳呆厌油、四肢沉重8个症状进行计分,根据无、轻、中、重分别计0~3分,在治疗前及疗程结束后对患者中医证候进行评分。将以上各症状相加之和为症状积分。中医证候疗效评价:疗效指数=(治疗前积分-治疗后积分)/治疗前积分 $\times 100\%$ 。所有症状都分为无、轻度、中度、重度4级,主症分别记0、2、4、6分,次症分别记0、1、2、3分。临床痊愈:主要症状、体征消失或基本消失,疗效指数 $\geq 95\%$;显效:主要症状、体征明显改善,70% $\leq$ 疗效指数 $< 95\%$;有效:主要症状、体征明显好转,30% $\leq$ 疗效指数 $< 70\%$;无效:主要症状、体征无明显改善,甚或加重,疗效指数 $< 30\%$ ^[18]。

5.3 影像学疗效评价

影像学建议以肝/脾CT比值和肝脏瞬时弹性扫描的脂肪衰减值为评价指标。肝/脾CT比值是诊断、评价肝脂肪变程度的新型无创性检查方法,可以准确诊断中度及重度肝脂肪变,在临床中可广泛用于肝脂肪变较严重的患者。肝脏瞬时弹性扫描的受控衰减参数(CAP)是在既往瞬时弹性测定仪(FibroScan)基础上利用超声衰减原理定义的一个新参数,主要用于定量检测人体内肝脂肪变程度^[19]。CAP能够检出5%以上的肝脂肪变,准确区分轻度肝脂肪变与中-重度肝脂肪变。痊愈:肝

脏形态及实质恢复正常;显效:减少2个级别,从重度恢复为轻度;有效:从重度脂肪肝恢复为中度或从中度脂肪肝恢复为轻度;无效:脂肪肝程度无改善。

5.4 血清学疗效评价

血清学临床痊愈:肝脏酶学(ALT)及血脂各项指标恢复正常;显效:ALT下降 $> 50\%$,血脂改善达到以下任何一项:总胆固醇(TC)下降 $\geq 20\%$,甘油三酯(TG)下降 $\geq 40\%$,高密度脂蛋白(HDL-C)上升 $\geq 0.260\text{ mmol/L}$;有效:ALT下降30%~50%,血脂改善达到以下任何一项:TC下降10%~ $< 20\%$,TG下降20%~ $< 40\%$,HDL-C上升0.104~ $< 0.260\text{ mmol/L}$;无效:ALT下降 $< 30\%$,血脂无明显改善。另外,空腹血糖、糖化血红蛋白对疗效评价亦有价值,空腹血糖控制在4.4~7.0 mmol/L、糖化血红蛋白 $< 7\%$ ^[20]。

5.5 生存质量评价

中国中医科学院广安门医院刘绍能等编制的慢性肝病自评量表,以WHO对于生命质量量表的定义为基础,参考国内外已有量表的开发经验,根据量表开发的一套程序和方法研制了适合我国文化的慢性肝病患者自评量表^[21]。该量表在筛选过程中既有定性访谈、讨论,也有定量的测定分析,且语言通俗易懂、容易理解和回答。

6 预防调摄

对于肝癖的预防,应进行肥胖和过量饮酒危害健康方面的宣传教育,以纠正不良生活方式;超重/肥胖者需减轻体重,特别是减少腰围,过量饮酒者需戒酒或显著减少饮酒量^[22]。运动处方联合饮食干预应用于本病患者可明显调节脂肪细胞因子分泌,改善脂质代谢及身体形态,提高干预效果^[23]。通过对患者进行饮食、运动及情志的调整,可有效改善患者体质,对本病具有重要的预防意义^[24]。

6.1 制定并坚持合理的饮食制度

膳食宜低糖低脂,减少含糖饮料、饱和脂肪(动物脂肪和棕榈油等)和反式脂肪的摄入,增加膳食纤维的摄入量^[25]。有研究表明,绿色地中海饮食比其他健康饮食更能减少肝内脂肪,可有效改善肝癖症状^[26]。

6.2 在身体条件允许的情况下多做有氧运动

大量的随机双盲研究证明了运动疗法对本病的有益作用^[27]。间断运动能改善血脂,减少增加的体重和脂肪肝,并可减少连续运动造成的不良反应。对于年龄18~60岁、无运动禁忌证的患者,推荐有氧运动,如慢跑、中速快走、打球等。每次运动

时间 30~60 min,每周至少 5 次,尽量增加能量消耗。运动应循序渐进,持之以恒^[28]。一项比较有氧运动和抗阻运动的系统回顾表明,有氧运动和抗阻运动对非酒精性脂肪性肝病有相似的改善效果^[29],患者可以自由选择体育活动。心肺耐力不良或肌无力以及不能适应有氧运动的人,可尝试抗阻运动^[30]。

6.3 保持情志调畅

本病患者常见情绪因素为抑郁、焦虑等,遇到挫折或压力时倾向使用消极被动的应对方式。因此,避免不良精神刺激、保持性格开朗,将有利于患者的身心健康,对疾病转归也有一定的获益^[31-32]。

7 转归与随访

肝癖是肝病中进展相对缓慢的一种疾病,疾病初期病机主要围绕虚实夹杂,以实为主,治疗以疏肝理气、健脾、化痰为主,宜坚持合理的低糖低脂饮食计划及适量的有氧运动;中后期虚象明显,兼有实邪,主要治以健脾益肾、化瘀散结。肝癖诊疗不当或迁延不愈时,患者可出现形体消瘦、头晕目眩、盗汗、面色不华、心悸气短等气血虚极的表现,辨证多属气血虚弱、脾肾两虚证,辨证施治尚可治疗,若出现突然大量呕血和(或)排黑便、意识障碍、行为失常和昏迷等,则病情危重,若救治不当,常可危及生命。

共识执笔人:

李昱芃(天津市中医药研究院附属医院)、刘华一(天津市中医药研究院附属医院)、刘力(陕西中医药大学)

共识制定专家名单(按姓氏笔画排序)

组内主审专家+共审专家:

季光(上海中医药大学)、时昭红(湖北中医药大学武汉中西医结合医院)、迟莉丽(山东中医药大学附属医院)、赵文霞(河南中医药大学第一附属医院)、舒劲(甘肃省中医院)

组外函审专家:

王邦才(宁波市中医院)、王晓素(上海中医药大学附属岳阳中西医结合医院)、肖政华(贵州中医药大学第二附属医院)、郑培永(上海中医药大学附属龙华医院)、周晓玲(柳州市中医医院)

定稿审定专家+审稿会投票专家:

王风云(中国中医科学院西苑医院脾胃病研究所)、王垂杰(辽宁中医药大学附属医院)、吕林(中国中医科学院西苑医院脾胃病研究所)、任顺平(山西中医药大学附属医院)、刘力(陕西中医药大学)、刘震

(中国中医科学院广安门医院)、刘凤斌(广州中医药大学第一附属医院白云医院)、刘礼剑(广西中医药大学第一附属医院)、李军祥(北京中医药大学东方医院)、李艳彦(山西中医药大学附属医院)、杨倩(河北省中医院)、杨晋翔(北京中医药大学第三附属医院)、沈洪(南京中医药大学附属医院)、张声生(首都医科大学附属北京中医医院)、张雅丽(黑龙江省中医药科学院)、季光(上海中医药大学)、赵文霞(河南中医药大学第一附属医院)、赵迎盼(中国中医科学院西苑医院脾胃病研究所)、袁红霞(天津中医药大学)、唐旭东(中国中医科学院西苑医院脾胃病研究所)、黄恒青(福建省中医药科学院)、黄穗平(广东省中医院)、温艳东(中国中医科学院眼科医院)、谢胜(广西中医药大学第一附属医院)、魏玮(中国中医科学院望京医院)

共识工作秘书:

顾相如(天津市中医药研究院附属医院)

利益冲突 所有作者均声明不存在利益冲突

参考文献

- [1] 舒筠然,李俊琪,刘琼.非酒精性脂肪性肝病的流行病学和危险因素分析[J].临床肝胆病杂志,2019,35(9):2085-2090.
- [2] Younossi ZM, Golabi P, de Avila L, et al. The global epidemiology of NAFLD and NASH in patients with type 2 diabetes: A systematic review and meta-analysis[J]. J Hepatol, 2019, 71(4): 793-801.
- [3] Younossi ZM, Koenig AB, Abdelatif D, et al. Global epidemiology of nonalcoholic fatty liver disease-Meta-analytic assessment of prevalence, incidence, and outcomes[J]. Hepatology, 2016, 64(1): 73-84.
- [4] 张声生,李军祥.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.
- [5] 国家中医药管理局,国家卫生健康委员会.国家中医药管理局、国家卫生健康委员会关于印发《中医病证分类与代码》和《中医临床诊疗术语》的通知[EB/OL].(2020-11-16)[2023-02-01].https://www.gov.cn/zhengce/zhengceku/2020-11/24/content_563703.htm.
- [6] 赵文霞,张丽慧.非酒精性脂肪性肝病应归属“肝癖”论[J].河南中医,2015,35(8):1820-1822.
- [7] Eslam M, Newsome PN, Sarin SK, et al. A new definition for metabolic dysfunction-associated fatty liver disease: An international expert consensus statement[J]. Hepatol, 2020, 73(1): 202-209.
- [8] 乔娜丽,杨钦河,纪桂元,等.论肝郁脾虚是脂肪肝的发病病机[J].时珍国医国药,2008,19(5):1238-1239.
- [9] 季光,郑培永.中医药治疗脂肪肝的研究述评[J].中

- 医药学刊, 2004, (1): 87-88, 102-105.
- [10] 黄静娟, 刘树军, 车念聪. 论痰瘀理论对非酒精性脂肪肝辨证与治疗的指导作用[J]. 中华中医药杂志, 2006, 21(12): 765-767.
- [11] 赵文霞, 刘晓彦, 段荣章, 等. 消脂护肝胶囊对非酒精性脂肪肝大鼠病理及 CYP2E1 基因的影响[J]. 中华中医药杂志, 2007, 22(6): 363-366.
- [12] 李焕荣. 非酒精性脂肪肝的中医药治疗现状[J]. 中华中医药杂志, 2007, 22(12): 876-878.
- [13] 焦琳, 迟振海. 电针治疗单纯性肥胖病并发脂肪肝[J]. 中国针灸, 2008, 28(3): 183-186.
- [14] 李玥, 刘新燕, 方金, 等. 刺络泻血治疗肝郁脾虚痰瘀互结型非酒精性脂肪性肝病的临床研究[J]. 中华中医药杂志, 2016, 31(11): 4871-4875.
- [15] 黄俊敏, 王彦人, 康霞. 山楂降脂丸联合耳压法治疗酒精性脂肪肝 30 例[J]. 中医杂志, 2012, 53(15): 1325-1326.
- [16] 王俊. 穴位埋线治疗非酒精性脂肪性肝病的疗效观察[J]. 时珍国医国药, 2015, 26(3): 654-655.
- [17] 黄振, 宋双临, 谭克平, 等. 穴位埋线治疗肝郁脾虚型非酒精性脂肪性肝病: 随机对照研究[J]. 中国针灸, 2016, 36(2): 119-123.
- [18] 左瑞菊, 马万千, 邹济源. 马万千老中医化痰祛瘀方治疗痰瘀互结型非酒精性脂肪肝疗效评价研究[J]. 辽宁中医药大学学报, 2020, 22(2): 25-28.
- [19] 郭春梅, 吴静, 王沧海, 等. 瞬时弹性测定仪测定受控衰减参数在脂肪性肝病中的应用价值[J]. 中国全科医学, 2016, 19(14): 1659-1662.
- [20] 李军祥, 陈詒, 王允亮. 非酒精性脂肪性肝病中西医结合诊疗共识意见(2017 年)[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2017, 25(11): 805-811.
- [21] 刘慧敏, 刘绍能, 刘震, 等. 慢性肝病患者自评量表的应用评价研究[J]. 中国中医药信息杂志, 2010, 17(6): 13-15.
- [22] 施军平, 范建高. 脂肪性肝病诊疗规范化的专家建议(2019 年修订版)[J]. 实用肝脏病杂志, 2019, 22(6): 787-792.
- [23] 李颖, 黄明星. 运动处方联合饮食干预对非酒精性脂肪性肝病患者身体形态和血液生化指标的影响[J]. 中国慢性病预防与控制, 2021, 29(2): 115-118.
- [24] 孙静文, 孙铭良, 袁静云, 等. 基于“土壅木郁”探析非酒精性脂肪肝的痰湿体质分布研究[J]. 中华中医药杂志, 2020, 35(2): 956-958.
- [25] 中国超重/肥胖医学营养治疗专家共识编写委员会. 中国超重/肥胖医学营养治疗专家共识(2016 年版)[J]. 中华糖尿病杂志, 2016, 8(9): 525-540.
- [26] Yaskolka MA, Rinott E, Tsaban G, et al. Effect of green-Mediterranean diet on intrahepatic fat: the DIRECT PLUS randomised controlled trial[J]. Gut, 2021, 70(11): 2085-2095.
- [27] 张亚男, 范竹萍, 范建高. 非酒精性脂肪性肝病的运动处方制定[J]. 中国实用内科杂志, 2019, 39(3): 222-226.
- [28] 刘莹莹, 刘玉萍, 刘佑韧, 等. 代谢相关脂肪性肝病患者有氧运动干预实施的前瞻性研究[J]. 临床肝胆病杂志, 2020, 36(11): 2467-2472.
- [29] Slentz CA, Bateman LA, Willis LH, et al. Effects of aerobic vs. resistance training on visceral and liver fat stores, liver enzymes, and insulin resistance by HO-MA in overweight adults from STRRIDE AT/RT[J]. Am J Physiol Endocrinol Metab, 2011, 301(5): E1033-1039.
- [30] 孙超, 范建高. 中外非酒精性脂肪性肝病诊疗指南解读[J]. 中国实用内科杂志, 2019, 39(3): 235-238.
- [31] 何诗华, 胡国信. 非酒精性脂肪性肝病患者社会心理因素研究现状[J]. 临床肝胆病杂志, 2019, 35(8): 1861-1864.
- [32] 温贻芳. 社会心理因素与非酒精性脂肪肝的关系[J]. 中国健康心理学杂志, 2018, 26(4): 565-568.

(收稿日期: 2024-06-27)