

· 综述 ·

糖尿病前期人群中中医证候特点及干预的研究概况

李化萍 梁晓春

【摘要】 糖尿病前期又称糖调节受损,是指葡萄糖代谢介于正常与糖尿病之间的一种异常状态,其属中医学“脾瘅”的范畴。研究糖尿病前期人群的中医临床证候分布特点,对防治糖尿病的发生发展有着重要的临床意义。本文总结了近年来糖尿病前期人群中中医临床证候分布特点及其干预的研究进展,以期中医药临床干预糖尿病前期的治疗提供参考依据。

【关键词】 糖尿病前期; 中医证候; 综述

【中图分类号】 R587.1 **【文献标识码】** A doi:10.3969/j.issn.1674-1749.2012.10.026

Pre-diabetes crowd of TCM syndrome characteristics and the general research situation of intervention LI Hua-ping, LIANG Xiao-chun. Department of Traditional Chinese Medicine, Peking Union Medical College Hospital, Chinese Academy of Medical Science, Beijing 100073, China
Corresponding author: LIANG Xiao-chun, E-mail: xcliang@vip.sina.com

【Abstract】 Pre-diabetes is also called impaired glucose regulation, that is a kind of abnormal state that glucose metabolism between normal and diabetes, belong to the category of “pi-dan” in traditional Chinese medicine. Research pre-diabetes population TCM clinical syndrome distribution characteristics to prevent the development of diabetes has important clinical significance. This is summarized in recent years pre-diabetes crowd TCM clinical syndrome distribution characteristics and the general situation of the study intervention, hoping for Chinese medicine clinical intervention pre-diabetes treatment provide a reference basis.

【Key words】 Pre-diabetes; TCM syndrome; Review

糖尿病(diabetes mellitus, DM)及其各种慢性并发症已成为 DM 病人致死致残的重要原因。糖尿病前期是指葡萄糖代谢介于正常人群与 DM 之间的一种异常状态,包括空腹血糖受损(impaired fasting glucose, IFG)、糖耐量低减(impaired glucose tolerance, IGT)及二者均升高的状态(IFG+IGT)。此期病变既能逆转为正常糖耐量,亦可发展为 DM (T2DM)。近年来,流行病学资料显示 IGT 的发病呈逐年增长趋势且年轻化。IGT 人群发生 DM 的危

险性明显高于非 IGT 人群,而且心血管病变的发生机制早在 IGT 阶段已启动。因此,对糖尿病前期患者进行有效的干预,延缓或阻断糖尿病前期向 DM 转变,降低 DM 及其慢性并发症的发生率,对改善人们的生活质量、提高健康水平、节约卫生资源有着重大意义。现将近几年糖尿病前期人群的中医临床证候分布特点及与相关指标关系及其干预的研究概况综述如下。

1 糖尿病前期人群中中医证候分布特点及其与相关量化指标关系的研究概况

糖尿病前期是指葡萄糖代谢介于正常人群与 DM 之间的一种异常状态,又称糖调节受损(impaired glucose regulation, IGR),包括三种状态(IFG、IGT、IFG+IGT)。糖尿病前期属中医学“脾瘅”的范畴。辨证论治是中医学认识疾病和治疗疾

基金项目:首都医学发展基金(SF-2007-Ⅲ-29)

作者单位:100730 北京,中国医学科学院 北京协和医学院 北京协和医院中医科[李化萍(硕士研究生)、梁晓春]

作者简介:李化萍(1986-),女,2005 级七年制硕士研究生。研究方向:中药干预糖尿病前期临床研究。E-mail: l.hp-2008@163.com

通讯作者:梁晓春(1956-),主任医师,博士生导师。研究方向:中西医结合防治糖尿病慢性并发症。E-mail: xcliang@vip.sina.com

病的基本原则。研究资料显示,各学者在研究对象及辨证方法上存有不同程度的差异,研究对象或为 IFG+IGT,或为 IGT、IFG+IGT,或为 IGR,辨证方法亦是灵活多样,有气血津液辨证,有八纲辨证,亦有脏腑辨证,或为两种或两种以上辨证方法相结合等,研究结果更是参差不齐复杂多样。

1.1 IFG+IGT 人群证候特点

陈路燕等^[1]将 156 例患者按照 3 类进行类聚分析以判定中医证候,结果主要分湿热痰浊困脾证、气阴两虚证、阳虚血瘀证 3 型,而以湿热痰浊困脾证最多见(占 56.28%)。魏军平^[2]调查了 610 例北京市患者,证候分布依次为气滞、痰湿、血瘀、实热、阴虚、阳虚、气虚、血虚,实证出现频率明显大于虚证,调查结果还显示肥胖实证者以血瘀、实热多见,虚证以气虚、阳虚多见;非肥胖实证者则以气滞、实热多见,虚证则以气虚、阴虚多见。上述研究结果表明,IFG+IGT 人群中医证候特点主要为虚实夹杂以实为主,或者从某种意义上说,可以认为 IFG+IGT 的发病是一个由实致虚逐渐发展的过程。

1.2 IGT、IFG+IGT 人群证候特点

陆源源^[3]、艾年富^[4]等人研究了 IGT、IFG+IGT 人群的证候分布特点,结果显示主要分脾虚湿阻证、阴虚燥热证、气阴两虚证 3 型,而以脾虚湿阻证最多。柴可夫等^[5]研究提示主要为脾虚痰湿型、气阴两虚型、阳虚血瘀型,指出 IGT 发病多与脾虚、气虚、阴虚、血瘀等有关。朱蕴华等^[6]从“正虚”、“邪凑”两方面来分析,结果显示在代表“正虚”的 4 种(气虚、血虚、阴虚、阳虚)基本证型中,气虚证居首位,阴虚证次之;在代表“邪凑”的 3 种(燥热、湿热、血瘀)证型中,依次为燥热证、湿热证、血瘀证,指出 IGT 人群中“正虚”以气虚为主,阴虚为辅;“邪凑”以热邪为主,常表现为燥热和湿热。连健儿^[7]临床治疗时发现主要分痰蕴脾胃型、肝脾不和型、肺热津伤型 3 型,其分别用平胃散、逍遥散、消渴方加减辨证论治,临床均取得了较好的疗效。此外,有学者从体质学说理论着手分析,如周晓燕^[8]研究显示以气虚痰湿质、气郁湿热质这 2 种体质常见,其次为气阴两虚质、阳虚血瘀质,其研究还显示 IGT 伴空腹血糖受损的发生率气阴两虚质为 33.3%,阳虚血瘀质为 37.1%,均较气虚痰湿质、气郁湿热质高,说明气阴两虚、阳虚血瘀这 2 种体质可能更易发生糖尿病。从上述临床研究可看出,脾虚不运、脾不散津是引发脾

瘴的主要病因病机。长期过食肥甘醇酒,劳伤中土,脾虚不运,不能为胃行其津液,脾不散精,物不归正化则为痰、为湿、为浊、致瘀而使脾瘴发生,日久化热伤津,损阴耗阳而致证型百出。

1.3 IGR 人群证型特点

临床研究资料显示,IGR 人群中医临床证候特点主要分为三大方面,或以气虚证为主,或以阴虚证为主,或以气滞证为主。李学军等^[9]研究显示主要为气虚血瘀型、气虚型、气虚痰湿型、血瘀型,指出气虚(尤其是脾气虚)应是 IGR 的主要病机之一。刘照峰^[10]研究显示 IGT 患者中气虚证的发病率为 53.6%。郭灵祥^[11]研究亦指出气虚是 IGR 发病的主要原因,而瘀血是其主要病理变化,痰湿证可能是 IGR 人群的主要证候。徐隽斐^[12]按气血津液辨证,结果显示以阴虚热盛证最多见,气阴两虚证次之,肝肾阴虚证比例最少;按脏腑辨证则以肝阳上亢证、湿热蕴脾证、肝郁气滞证及脾虚湿盛证为主要证型。窦攀等^[13]研究显示,在 IGR 的三种不同类型患者的证型统计中,发生率始终>50%的为:阴虚证、脾虚证、气虚证、血瘀证、肝虚证。而张慧芳^[14]研究结果显示主要为肝郁气滞、脾虚湿盛、肝阳上亢、阴虚热盛、湿热蕴脾 5 种证型,其中肝郁气滞证最多占 33.6%。此外,亦有学者从体质角度来探讨,如庞国明^[15]研究显示主要体质类型依次为平和质、气虚质、阳虚质、气虚兼阳虚质、痰湿质,其指出随着年龄的增长,平和质逐渐减少,而气虚质、阳虚质、气虚兼阳虚质逐渐增多,痰湿质多见于中年;平和质轻度胰岛素抵抗;气虚质、阳虚质及气虚兼阳虚质的胰岛分泌功能较差;痰湿质的胰岛分泌功能尚可,胰岛素抵抗较明显。

1.4 IGR 人群证候分布与相关量化指标关系的研究概况

临床研究资料显示,与 IGR 人群中医临床证候分布相关的量化指标主要有以下几方面:(1)年龄:如脾虚湿阻型多见于 45~54 岁,阴虚燥热型、气阴两虚型多见于 55~64 岁^[4]。又如肾虚证随年龄增长而升高,阴虚证、气虚证、脾虚证各个年龄段均较高^[13]。(2)性别:如王琳等^[16]调查结果显示阳虚证和气滞证在女性患者中更为常见。(3)体重指数(body mass index, BMI)、腰围、腰臀比(waist-hip ratio, WHR):如湿热痰浊困脾证多与 BMI、腰围相关^[1]。又如陈路燕等^[2]人研究结果显示肥胖实证以血瘀、实热为主,虚证以气虚、阳虚多见,而 BMI、

腰围及 WHR 均为判定肥胖与否及肥胖类型的重要指标,从而指出 IGT 人群证候类型与 BMI、腰围及 WHR 有一定相关性。(4)血脂:如湿热痰浊困脾证与甘油三脂(TG)水平相关^[1]。(5)血胰岛素水平、胰岛素敏感指数(Insulin sensitive index, ISI):如路源源、艾富年等人研究发现在 IGT、IFG+IGT 人群的 3 组主要证候(脾虚湿阻证、阴虚燥热证、气阴两虚证)中,3 组均表现出高胰岛素水平,而在脾虚湿阻证尤为明显^[34]。李学军等^[9]研究结果显示在胰岛素释放试验中,气虚痰湿型组的胰岛素浓度值均数大于其它 3 组;而且胰岛素抵抗程度气虚痰湿型组亦高于其他 3 组。又如湿热痰浊困脾证与 ISI 相关^[1]。(6)血糖水平、糖化血红蛋白(glycosylated hemoglobin, HbA1c):如气虚证、阳虚证随空腹血糖升高而升高,气滞证、痰湿证、湿热证随餐后 2 小时血糖(2hPG)升高而升高^[13];阳虚血瘀证与 HbA1c 水平相关^[1]。(7)合并症:如阴虚证、肝虚证、肾虚证与是否合并高血压相关;脾虚证、肾虚证、痰湿证、血瘀证与是否合并高脂血症相关^[13]。

2 中医药干预概况

2.1 从脾论治

陈刚^[17]对 48 例 IGT 患者予健脾逆瘕汤(黄芪、党参、山药、白术、茯苓、陈皮、苍术、玄参、鸡内金、佩兰、泽兰、砂仁)结合随证加减治疗,结果近期观察治愈 46 例,有效 2 例,无效 0 例;远期观察治愈 42 例,有效 2 例,无效 1 例(发展为糖尿病),3 例未复诊。刘得华^[18]应用健脾散精汤(黄芪、山药、茯苓、苍术、葛根、桑白皮、荔枝核、柴胡)治疗亦取得了较好疗效。辛雪香^[19]用健脾补肾丸(太子参、黄芪、茯苓、山药、白术、麦芽、生地、熟地、山茱萸、枸杞子、女贞子、五味子、麦冬、百合、丹参、何首乌、知母)结合随证加减,结果治疗组显效率及总有效率均显著高于对照组。

2.2 从肾论治

王辉^[20]应用六味地黄丸对 29 例 IGT 患者的干预进行了观察,结果显示六味地黄丸对预防 IGT 发展为 DM 具有显著作用。安淑华^[21]应用祛痰补肾法(处方:熟地、山茱萸、山药、泽泻、丹皮、茯苓、半夏、陈皮、丹参、枸杞子、山楂)治疗 IGT 患者 90 例,结果显示中药降低 BMI、FINS、2hINS、TG、TC、LDL,与治疗前比较有显著差异,说明中药可明显提高胰岛素敏感性,可逆转 IGT。范冠杰等^[22]应用降糖补

肾方(狗脊、川续断、女贞子、旱莲草、地骨皮、生黄芪、生地、葛根、黄连、桑白皮、知母)对 51 例 IGT 患者进行临床观察,结果中药干预组正常糖耐量年转化率明显优于对照组。

2.3 从肝论治

张秀菊等^[23]采用糖利平胶囊(香附、蚕沙、黄连)治疗肝郁气滞血瘀证,结果治疗组 FBG、2hPG、HbA1c、血脂、BMI、胰岛素抵抗指数与治疗前及对照组比较有显著差异,说明糖利平胶囊可降低 IGT 患者 FBG 及 2hPG,降低 HbA1c、BMI、血脂,改善胰岛素抵抗。王晶等^[24]观察了柴芪糖尿片(柴胡、苍术、黄芪、生地、玄参、黄连、丹参、生龙骨、生牡蛎)干预 IGT 的临床疗效,结果显示治疗组胰岛素抵抗明显改善,治疗组降低 FINS、C 肽水平优于对照组,且有显著差异。

2.4 益气养阴法

吴殷夏^[25]以十味玉泉胶囊(人参、麦冬、五味子、黄芪、地黄、茯苓、天花粉、葛根、甘草、乌梅)结合耳穴治疗,结果观察组干预前后血糖、血脂显著降低,且观察组、对照组间比较差异有统计学意义,说明益气养阴法结合耳穴压籽法对糖尿病前期干预治疗效果显著。姚政等^[26]应用糖衡 I 号(生黄芪、生地、玄参、玉竹、黄精、女贞子等药物组成)干预治疗 42 例 IGT 患者,结果显示对照组 20 例中,5 例发展为 DM,糖耐量异常 13 例,糖耐量恢复正常 2 例;中药干预组 22 例中,1 例发展为 DM,糖耐量异常 10 例,糖耐量恢复正常 11 例;两组相比,FBG 及 2hPG 具有显著性差异,血胰岛素无显著差异,说明糖衡 I 号能有效预防 IGT 向 T2DM 转化,其作用机制可能是改善 IGT 患者的胰岛素抵抗。

2.5 化痰祛瘀法

赵昱等^[27]采用糖脂灵对糖尿病前期患者胰岛 β 细胞一相分泌功能的影响作了分析研究,糖脂灵主要以小陷胸汤为基础方加减,每剂含黄连 6 g、瓜蒌 15 g、半夏 6 g、地龙 6 g、决明子 15 g,结果显示治疗组在糖脂灵治疗前后体重及腰臀围、血糖、血脂明显改善,胰岛素敏感指数增加,治疗前糖尿病前期患者较健康肥胖者一相分泌峰变低,一相分泌总量也随之下降,糖脂灵治疗后,糖尿病前期患者一相胰岛素分泌总量及峰值均增加,从而说明糖脂灵对糖尿病前期患者积极干预能够恢复胰岛 β 细胞一相分泌功能。张欣等^[28]临床采用活血祛瘀通腑法治疗 IGT 疗效满意。

2.6 其他

如滋阴清热法、清热化浊法均取得了显著疗效。陈济民等^[29]利用玉液汤加减(淮山药、生黄芪、知母、鸡内金、葛根、五味子、天花粉、黄芩)治疗 IGT, 结果该方具有改善胰岛 β 细胞功能, 降低血糖作用, 尤其是远期疗效较对照组有非常显著性差异。谢谋华等^[30]观察了化浊抑糖丸对 2 型糖尿病前期干预疗效, 结果此方对于降低血脂、阻止动脉硬化, 预防糖尿病的发生有较好的临床效果(化浊抑糖丸组成: 地黄、黄连、水蛭、丹参、山楂、决明子、茯苓、泽泻等)。

3 评价与展望

纵观上述文献资料可看出, 各医家、各学者虽在研究对象、辨证依据方面存有差异, 但其研究结果显示 IGR 人群临床证候主要表现为三大基本证型: 气虚证(脾气虚)、阴虚证(阴虚有热)、气滞证(肝郁), 在此基础上或兼有痰浊、痰湿、痰热、瘀血、燥热、湿热、实热、阳虚、肾虚、肝旺等证候表现。证候分布主要与年龄、性别、BMI、腰围、WHR、血脂、血糖水平、ISI、血糖水平、HbA1c 及合并症等指标有一定的相关性。

治疗上, 有从脏腑论治, 或健脾为主, 或补肾为主, 或疏肝为主等; 有从八纲及津液论治的, 或益气为主, 或养阴为主, 或清热为主, 或温阳为主, 或活血化瘀为主, 或祛痰或燥湿或化浊为主等, 主次兼治, 脏腑同治, 随证应用, 临床上均取得了较满意的疗效。此外, 亦有从体质学说论治。

但也应该看到目前研究存在的问题: (1) 研究对象的差异、观察指标多局限于血糖、血脂、胰岛素水平等指标的变化。(2) 中医辨证标准的差异, 中医证型诊断的主观性影响, 患者的来源不同, 地域气候的影响等。(3) 样本量少、病程长短不一、病理渐变的客观存在、不同流派医家辨证分型的差异导致证型诊断的模糊性。(4) 缺乏严格的临床试验设计, 不符合 RCT 要求等。

总之, IGR 是中医发挥“治未病”特色的优势病种, 研究 IGR 人群的临床证候分布特点, 对治疗糖尿病前期有着广阔的前景。但是也应该看到, 对 IGR 中医临床证候特点的研究还需进一步深入, 制定规范的全面的临床研究方法, 从而积累大量的临床证候资料逐步探索, 进而为中医药充分发挥其作用奠定一个坚实的理论基础, 以造福人类。

参 考 文 献

- [1] 陈路燕, 周晖, 高彦彬. 糖耐量低减的中医辨证分型[J]. 中国中医基础医学杂志, 2007, 13(3): 223-224.
- [2] 魏军平, 刘芳, 周丽波, 等. 北京市糖耐量异常和糖尿病危险因素及中医证候流行病学调查[J]. 北京中医药, 2010, 29(10): 731-736.
- [3] 陆源源, 陈文霞. 糖耐量低减者胰岛素水平与中医辨证分型关系[J]. 浙江中医杂志, 2003, 38(5): 220.
- [4] 艾年富. 糖耐量减低常见中医证型的临床特征研究[D]. 广州: 广州中医药大学, 2009.
- [5] 柴可夫, 慎知, 马纲, 等. 151 例糖耐量低减患者中医证候及聚类情况分析[J]. 中华中医药杂志, 2012, 27(2): 359-361.
- [6] 朱蕴华, 陶枫. 134 例糖耐量低减人群中中医证候和证型特点调查[J]. 上海中医药杂志, 2008, 42(10): 36-37.
- [7] 连健儿. 辨证分型治疗葡萄糖耐量减低 60 例[J]. 浙江中医杂志, 2004, 39(12): 521.
- [8] 周晓燕, 刘晓红, 钟汉林, 等. 糖耐量低减患者的中医体质研究[J]. 新中医, 2010, 42(2): 39-40.
- [9] 李学军, 吴洁, 郭灵祥, 等. 159 例糖调节受损患者中医证候研究[J]. 中医杂志, 2008, 49(12): 1106-1108.
- [10] 刘照峰, 吴洁, 李学军, 等. 糖调节受损者之气虚证研究[J]. 2008, 3(6): 344-346.
- [11] 郭灵祥. 118 例糖调节受损状态人群的中医证型分析[D]. 福州: 福建中医学院, 2007: 9-11.
- [12] 徐隽斐. 62 例糖调节受损的中医证型分析//第八次全国中医糖尿病学术大会论文汇编[C]. 北京: 中华中医药学会糖尿病分会, 2005: 230-236.
- [13] 窦攀, 王学美. 164 例糖尿病前期患者中医证型分布规律的研究[C]. 内分泌代谢病中西医结合研究-临床与基础, 2010, 85-92.
- [14] 张慧芳. 糖尿病前期人群中中医证候初步研究[D]. 济南: 山东中医药大学, 2010.
- [15] 庞国明, 闫镛, 朱璞, 等. 糖调节受损者的主要中医体质类型及其与相关指标的关系[J]. 中华中医药杂志, 2009, 12(24): 1547-1551.
- [16] 王琳, 朱德增, 张杰, 等. 上海市延吉社区糖调节受损人群的中医证候调查[J]. 河北中医, 2011, 33(6): 819-821.
- [17] 陈刚. 健脾逆痒汤治疗糖耐量减低 48 例[J]. 四川中医, 2001, 19(11): 43.
- [18] 刘得华. 健脾散精汤治疗葡萄糖耐量减低 31 例[J]. 新中医, 2001, 33(2): 59-60.
- [19] 辛雪香. 健脾补肾丸干预治疗糖耐量减低 68 例临床观察[J]. 河北中医, 2007, 29(4): 302-303.
- [20] 王辉, 梁晓, 于晓明, 等. 六味地黄丸对 IGT 的干预观察[J]. 辽宁中医药, 2002, 29(12): 758-759.
- [21] 安淑华. 补肾祛痰法治疗糖耐量低减的临床观察[J]. 四川中医, 2007, 25(5): 44-45.
- [22] 范冠杰, 罗广波, 覃美琳, 等. 降糖补肾方对糖耐量低减患者干预治疗的影响[J]. 中国中西医结合杂志, 2004, 24(4): 317-320.

- [23] 张秀菊,李春岭,富利燕,等. 糖平胶囊干预治疗糖耐量减低患者临床观察[J]. 吉林中医药,2010,30(8):678-679.
- [24] 王晶,胡瑞景. 柴芪糖尿片干预糖调节受损的临床观察[J]. 光明中医,2007,22(5):56-59.
- [25] 吴殷夏. 养阴益气法加耳穴治疗糖尿病前期临床研究[J]. 中医药临床杂志,2009,21(6):530-531.
- [26] 姚政,虞芳华,张明,等. 糖衡 I 号干预治疗糖耐量减低 42 例临床观察[J]. 甘肃中医,2001,14(3):30-31.
- [27] 赵昱,仝小林,刘素宾. 糖脂灵对糖尿病前期患者胰岛 β 细胞一相分泌功能的影响[J]. 中国实验方剂学杂志,2006,12(11):53-55.
- [28] 张欣,郭叶楠. 活血祛瘀通腑法治疗糖耐量减低的临床观察[J]. 辽宁中医杂志,2003,30(6):472.
- [29] 陈济民,潘秀群,王琴素. 玉液汤加减治疗糖耐量低减的临床观察[J]. 湖北中医学院学报,2006,8(2):55.
- [30] 谢谋华,路翠棉. 化浊抑糖丸对 2 型糖尿病前期干预的临床观察[J]. 河南中医,2007,27(8):40-41.

(收稿日期: 2012-07-03)

(本文编辑: 秦楠)

单味中药抗肝纤维化机制研究概述

李川 吕文良 陈兰羽 何立丽 张莎莎

【摘要】 肝纤维化是各种慢性肝病发展为肝硬化的必经阶段,有效地预防、逆转肝纤维化可以延缓或防止肝硬化发生,从而在很大程度上改善肝病患者的预后。目前研究表明莪术、三七、柴胡等中药具有很好的抗肝纤维化疗效,其机制主要以减少转化生长因子 $\beta 1$ (TGF $\beta 1$) 及血小板衍生因子(PDGF)的表达、抑制肝星状细胞(HSC)增殖和活化、诱导活化 HSC 凋亡、降低对基质金属蛋白酶(MMPs)的抑制、抑制细胞外基质(ECM)生成等方面为主。

【关键词】 单味中药; 肝纤维化; 机制

【中图分类号】 R285 **【文献标识码】** A doi:10.3969/j.issn.1674-1749.2012.10.027

Mechanism research of single Chinese herb antifibrotic LI Chuan,LYU Wen-liang,CHEN Lan-yu,et al. Infectious Diseases Branch of Guang'anmen Hospital,China Academy of Chinese Medical Sciences,Beijing 100053,China

Corresponding author:LYU Wen-liang,E-mail:lvwenliang@sohu.com

【Abstract】 Hepatic fibrosis is a necessary process of different chronic liver diseases. Preventing and reversing hepatic fibrosis can delay or prevent cirrhosis, which greatly improve the prognosis of patients with liver disease. The present study showed that some traditional Chinese medicines has antifibrotic efficacy, such as Ezhu, Sanqi, Chaihu etc. The main mechanism include reducing the expression of TGF $\beta 1$ and PDGF, inhibiting HSC proliferation and activation, inducing the apoptosis of the activate HSC, reducing the inhibition of MMPs, inhibiting ECM generation and so on.

【Key words】 Single Chinese drugs; Hepatic fibrosis; Mechanism

肝纤维化是各种慢性肝病发展为肝硬化的必经阶段,有效地预防、逆转肝纤维化可以延缓或防止肝硬化发生。中药抗纤维化有独特优势,从天然

药中挖掘抗纤维化药物已成热点^[1]。近年来,莪术、三七、柴胡、鳖甲、水蛭、冬虫夏草等药在抗肝纤维化治疗中得到广泛应用,研究人员在其作用机制的探讨上取得了许多进展。笔者通过查阅近十年来的文献,总结了以上药物抗肝纤维化的机制,现以各个药物为单元,将其抗肝纤维化机制做一综述。

1 莪术

莪术为姜科植物蓬莪术的根茎,辛、苦、温,具行气破血、消积止痛作用,是治疗肝纤维化肝硬化

作者单位:100053 北京,中国中医科学院广安门医院感染疾病科 [李川(硕士研究生)、吕文良、陈兰羽、何立丽、张莎莎]

作者简介:李川(1986-),2010 级在读硕士研究生。研究方向:肝病疗效评价研究。E-mail:lichuan1228@163.com

通讯作者:吕文良(1966-),博士,主任医师。研究方向:慢性肝病、肝纤维化、肝硬化的防治及肝癌的中西医结合治疗。E-mail:lvwenliang@sohu.com