

自身免疫性肝炎合并代谢相关脂肪性肝病的 中西医结合诊治探讨

苟悦 邢枫 刘成海

(上海中医药大学附属曙光医院肝病研究所, 上海 201203)

【摘要】代谢相关脂肪性肝病 (metabolic dysfunction-associated steatotic liver disease, MASLD) 的患病率居肝病之首, 自身免疫性肝炎 (autoimmune hepatitis, AIH) 与 MASLD 合并致病临床常见。这 2 种肝病虽临床表现相似, 但病理机制与诊疗均有显著区别, 相兼出现后病情复杂、治疗困难, 目前尚缺乏研究与诊治共识。本文首先分析 AIH 合并 MASLD 现有的诊疗难题, 归纳二者的主要鉴别要点, 初步提出 AIH 合并 MASLD 的临床诊疗流程图; 继而指出 AIH 合并 MASLD 属于中医学合病范畴, 其主要病机为肝郁脾虚肾亏、湿热痰浊瘀血阻滞, 基本治则为疏肝健脾益肾、清热化痰活血, “党参、茯苓、白术、女贞子、枸杞子、川芎、赤芍、黄芩、薏苡仁、陈皮、半夏、浙贝母” 为基础方剂, 针对个体体质及病程特点辨证加减, 灵活配伍以改善临床症状及患者预后。提出临床诊疗过程中应重视 AIH 合并 MASLD 这一合并症, 积极开展中西医结合临床诊治研究, 以改善患者预后。

【关键词】自身免疫性肝炎; 代谢相关脂肪性肝病; 合并症; 诊断; 治疗

DOI: 10.16025/j.1674-1307.2024.06.005

自身免疫性肝炎 (autoimmune hepatitis, AIH) 是一种病因不明、自身免疫介导的肝实质内炎症性疾病。该病多发于女性, 以血清氨基转移酶水平升高、高免疫球蛋白 G (immunoglobulin G, IgG) 血症、血清自身抗体阳性、肝组织中重度界面性肝炎等为主要临床特征。在肝脏病变中, AIH 既可由炎症、纤维化发展为肝硬化, 也能出现急性肝功能衰竭。此外, AIH 可与其他非自身免疫性肝病合并存在, 使疾病更为复杂。研究发现, 合并乙肝或丙肝病毒感染可加重 AIH 病情, 促使肝纤维化进展^[1], 指南将 AIH 合并病毒性肝炎列为 AIH 的一种特殊类型^[2]。而代谢相关脂肪性肝病 (metabolic dysfunction-associated steatotic liver disease, MASLD), 即非酒精性脂肪肝病 (nonalcoholic fatty liver disease, NAFLD), 是一种以肝脏脂肪沉积与机体代谢紊乱为特征的慢性肝病, 疾病谱包括代谢相关脂肪肝病、代谢相关脂肪性肝炎 (metabolic dysfunction-associated steatohepatitis, MASH)、代谢相关脂肪性肝纤维

化/肝硬化。其患病率高居慢性肝病首位, 慢性乙型病毒性肝炎 (简称“慢乙肝”)、AIH 等肝病均有约 30% 机率合并 MASLD。有报道发现, 慢乙肝合并 MASLD 可明显影响其预后, 增加慢乙肝患者的全因死亡率^[3]。虽然 AIH 合并 MASLD (AIH-MASLD) 的患病率远多于 AIH 合并 HBV 感染, 且已有研究证实, AIH 合并 MASLD 后会出现 AIH 诊断延迟、初次肝穿刺炎症纤维化程度更重, 预后更差等风险^[4], 但是目前国内外对 AIH 合并 MASLD 这一疾病的临床特征、诊断与治疗等均研究甚少, 缺乏高质量的临床及基础研究, 现有的大部分研究均是相关临床特征的探究, 且证据等级偏低, 亟需重视该类疾病, 进行该领域的深入研究。

1 AIH 合并 MASLD 的诊疗难题

AIH 与 MASLD 均无明确病因, 需要综合诊断, 并排除疑似疾病, 诊断 AIH-MASLD 具有挑战性。主要原因在于: ①这 2 种疾病均需要结合临床或/和病理资料进行排他性诊断。虽然 NAFLD 已更名

基金项目:上海市临床重点专科建设项目 (shslczdzk01201); 山西中医药大学科技创新团队项目 (2022TD2003)

作者简介:苟悦, 女, 26 岁, 硕士研究生, 医师。研究方向: 中西医结合防治慢性肝病。

通信作者:刘成海, E-mail: chenghai.liu@outlook.com

引用格式:苟悦, 邢枫, 刘成海. 自身免疫性肝炎合并代谢相关脂肪性肝病的中西医结合诊治探讨[J]. 北京中医药, 2024, 43 (6): 600-605.

为 MASLD，但药物性、遗传代谢性因素同样可引起肝脏脂肪变，均需要排除。而 AIH 以肝组织界面炎为主要特征，需要与病毒性肝炎、药物性肝损伤、MASH、肝豆状核变性等疾病相鉴别。② AIH 与 MASLD 有相同的高发人群，即 50 岁以上女性^[5]，均可出现 ALT、AST 等肝酶升高、ANA 抗体等自身抗体阳性，因而这 2 种疾病容易混淆。自身抗体缺乏组织与疾病的特异性，部分 AIH 患者缺乏自身免疫临床特点，约 10.2% 患者 ANA、ASMA 阴性，IgG 水平无异常^[6]；而在 MASLD 患者中，ANA 阳性率却可达 20%~50%^[7-8]。③ 现行的 MASLD 和 AIH 诊疗指南均未提及这一合并特殊类型，对该合并症的认识与重视不足；而患者的自身抗体、IgG 等体液免疫常检测不全；且医生主观上更倾向用一个诊断解释相关的病情，在遇到 AIH 与 MASLD 这 2 种相似的疾病时，容易得出更为常见与熟悉的 MASLD 临床诊断，而忽视或漏诊 AIH，

使得 AIH-MASLD 的诊断率较低。

AIH 合并 MASLD 的治疗也存在矛盾与困难性。AIH 治疗主要是糖皮质激素，此外还有硫唑嘌呤（Azathioprine, AZA）或吗替麦考酚酯（Mycophenolate mofetil, MMF）等免疫抑制剂。但糖皮质激素有促进糖异生与增加肝糖原合成、促进脂肪重分布等作用，长期应用可升高血糖血脂，引起或加重脂肪肝^[9]。对于 MASLD 防治，除了改变生活方式，控制体重与减少腰围，针对代谢相关危险因素干预是重要的治疗措施，包括药物治疗高血压病、2 型糖尿病、血脂紊乱、痛风等。脂肪肝如不控制，不仅可进一步向肝纤维化、肝硬化发展，也可加重原有的 AIH^[4, 10]。但部分 MASLD 治疗相关的药物存在一定不良反应，如他汀类可引起肝损害，诱发 AIH^[11-13]。因此，亟需提高临床实践中对这 2 种疾病及其合并症的认识，表 1 总结了 2 种疾病单独发病的主要鉴别点。

表 1 AIH 与 MASLD 主要临床鉴别点

指标	AIH	MASLD
一般资料	女性患者居多，峰值年龄 50 岁左右	50 岁以前男性患病率高于女性，其后女性患病率高于男性
生化指标	ALT、AST 水平升高，ALP、GGT 水平轻度升高	肝功能可正常或升高，NASH 则肝功能指标升高较明显
体液免疫	IgG 明显升高	一般无异常，可有 IgA 升高
自身抗体	多有 ANA 为主的自身抗体阳性	部分患者可出现 ANA 升高
合并疾病	多合并类风湿性关节炎、干燥综合征等自身免疫性疾病	多合并心血管代谢危险因素，如 2 型糖尿病、肥胖等
特征性病理	界面性肝炎，浆细胞浸润，肝细胞玫瑰花环样改变，穿入现象	肝细胞脂肪变性，气球样变性，Mallory 小体
炎症表现	汇管区炎症伴界面性肝炎	小叶内炎症明显
纤维化表现	汇管区周围纤维化	窦周纤维化明显

2 AIH 合并 MASLD 诊疗建议

在诊断方面，对于中老年女性、具有免疫系统疾病家族史或伴发其他自身免疫性疾病等多种风险因素的患者，需进行较为全面自身抗体、体液免疫等指标筛查和随访，鼓励尽量进行肝组织活检，以明确 AIH-MASLD。治疗方面应积极改变生活方式，针对性控制血压、血糖、血脂等，改善代谢综合征，减轻脂肪肝。对于显著肝脏炎症患者，抗炎保肝亦很重要，糖皮质激素的使用与单纯 AIH 治疗稍有不同：①起始足量使用，根据生化应答快速减量，争取在 6~8 个月较短疗程内停用激素；②联合 AZA 或 MMF，起始小剂量 [0.5 mg/（kg·d）或更低剂量]^[14-17]；③使用布地奈德，减少糖脂代谢不良反应。此外，也可使用复方甘草酸苷片、双环醇等保肝抗炎制剂。治疗

过程中，除监测肝肾功能、超声影像、血脂、血糖、体液免疫等外，肝硬化患者尚需胃镜检查，以评估食管胃静脉曲张与胃黏膜炎症糜烂等情况。图 1 为我科对 AIH-MASLD 患者的诊疗建议，以期为该类患者的后续诊疗提供参考。

3 AIH 合并 MASLD 的病机表现多为脾肾不足、湿瘀内阻

中医典籍中并无 AIH、MASLD 等现代医学病名，对此二者亦无区分。根据临床表现，这 2 种肝病大致归属于“胁痛”“肝痞”“肝癖”“积聚”“肥气”等范畴。其临床表现多样，病因复杂，往往是外邪侵袭、饮食失节、先天不足、他病内传等多种原因共同作用的结果。

笔者认为，特定脏腑发生病变，可以是一种病因，如肝络瘀血导致“肝着”，也可以是几种病

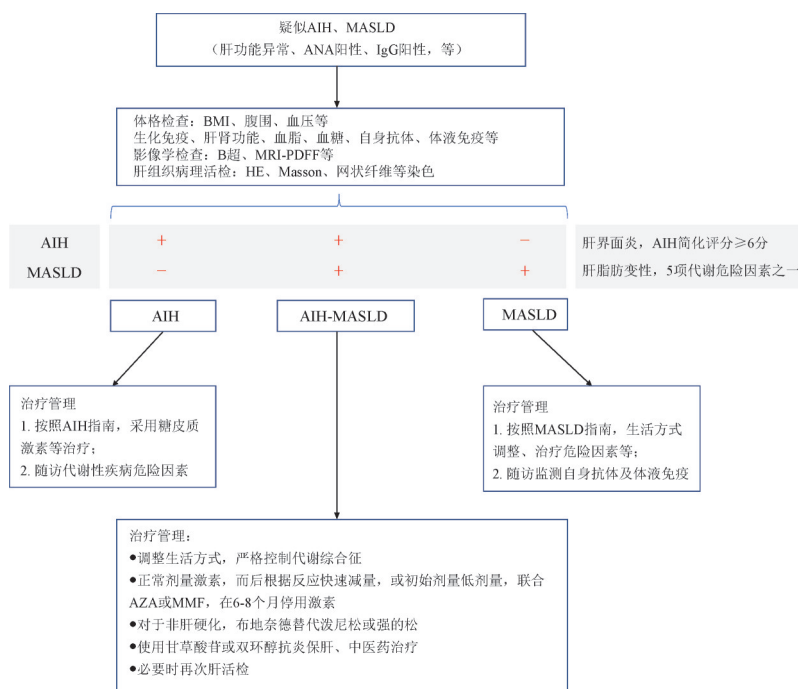


图1 AIH-MASLD诊疗流程图

因损伤同一病位, 即所谓“合邪”。在疾病表现上, 既有单独病证, 也有几种疾病同时存在的复杂情况。《伤寒论》就这种复杂情况以“合病”“并病”详细论述。所谓合病, 是指两经或三经同时发病, 而无明显的先后次第之分; 而并病, 则是一经的病证尚未痊愈, 另一经的病证又起, 呈现出先后次第的特点。两者比较, 合病的邪势又比并病更为猖盛, 所以从病情来看, 合病多属原发, 其势急骤, 而并病多属续发, 其势较缓。

合病和并病并非仅见于六经病变, 其他脏腑疾病均屡见不鲜, 提示临证不可拘泥于单一疾病或病理因素。AIH与MASLD同时发病于肝脏, 可因痰、湿、瘀、虚等多种病理因素相兼所致, 合邪为患无疑, 合病或并病二种情况皆有: AIH与MASLD可同时出现(合病), 也有由于AIH用激素导致MASLD等先后出现(并病), 此外, MASH可明显加重AIH病情并影响其预后(并病)。

对于AIH的病机特点, 诸多医者用“湿”“热”“毒”“瘀”“虚”概括^[18]。认为肝脾失调为其主要病因病机, 从肝脾论治本病。另有学者提出本病以本虚瘀毒为基本病机, 本虚以肾阴虚为主, 标实则为湿毒热阻滞肝络^[19]。有医家主张本病论治以肝、脾、肾为主, 分三期辨证, 提出早期证型以肝郁脾虚、肝胆湿热、气滞血瘀为主; 中期以肝肾病变为要, 多见肝肾阴虚者; 后期则

累及脾阳甚至肾阳^[20]。MASLD的病因主要为饮食不节、劳逸失度、情志失调、久病体虚等, 导致肝失疏泄、脾肾亏虚, 形成痰、湿、瘀、浊等病邪, 病位在肝, 涉及脾、肾等脏腑^[21]。临证可知, AIH与MASLD两者均有肝郁脾虚、脾肾不足、瘀血内停, 但AIH多湿热之邪为患, 而MASLD患者则多有痰浊, AIH-MASLD合病兼具两病特点, 即肝郁脾虚肾亏、湿热痰浊瘀血阻滞, 临床多见神疲乏力、少气懒言、面色晦暗、头身困重、胁肋疼痛、纳寐差、大便黏腻等, 舌淡或舌暗, 苔白腻或黄腻, 脉弦滑或弦涩。

4 AIH合并MASLD的中医药治疗经验

目前AIH合并MASLD缺乏指南推荐的中医证型及其治法方药。AIH在中医临床诊疗指南中仅分为肝肾阴虚、肝胆湿热2型^[22], 有观察^[23]发现, AIH患者的体质以阴虚质、气郁质为主, 湿热质、痰湿质、血瘀质也较为多见。MASLD的中医证型共识意见为肝郁脾虚证、湿浊内停证、湿热蕴结证、痰瘀互结证, 且有分期分型的特点^[24], 有研究从虚郁痰瘀的角度论治糖尿病合并NAFLD患者, 患者症状及肠道菌群均得到改善^[25]。AIH与MASLD虽然是2种不同肝病, 但从中可见肝郁脾虚肾亏、湿热痰浊瘀血内阻是其共性特点, 亦是AIH合并MASLD的重要病机特点, 因此, 临床治疗当重视疏肝健脾益肾、清热化痰活血, 同时还

需注重根据个体体质及病程特点随证加减。

AIH 与 MASLD 均有可能发展为肝纤维化与肝硬化,而不同肝纤维化分期、肝硬化处于代偿或失代偿等不同阶段, AIH 合并 MASLD 在不同的阶段均应有与病情相对应的理法方药。早期患者以肝郁脾虚、痰浊内阻、湿热内蕴多见,故治以疏肝解郁、健脾祛湿、清热化痰,用药多茯苓、白术、枳壳、薏苡仁、柴胡、黄芩、浙贝母、陈皮、半夏等;而疾病中期,患者多因水湿内盛,肝脾运化失调,阻滞气机,而致血瘀阻络,故处方中多佐以活血之药,如当归、川芎、赤芍、丹参、桃仁、红花等;而至疾病后期,患者因瘀血阻滞、肝郁脾虚日久,久病及肾,故脾肾不足,久病入络,瘀血为患,气虚络瘀为其核心病机^[26],故处方中以破血药物为特色疗法,可见水蛭、地龙、土鳖虫等血肉有情之品。

为探究该类患者的中医证候特点与治法方药经验,本课题组前期研究发现, AIH-MASLD 患者主要临床分型为肝郁脾虚证、湿热内蕴、痰湿中阻、瘀血阻络证及肝肾阴虚证;高频中药功效以补益药、祛湿药、理血药多见,包括茯苓、甘草、白术、丹参、地黄、黄芩、女贞子、白芍、赤芍、川芎、当归、黄芪、薏苡仁、枳壳、麦冬、陈皮、枸杞子等;对这 18 种高频药物进行关联性分析,发现“茯苓、白术”“茯苓、党参”关联性最强,此外“茯苓、陈皮”“茯苓、郁金”“女贞子、墨旱莲”药对也出现较多。提示治疗中多注重健脾祛湿化痰、疏肝活血,茯苓、白术、党参等有四君子汤之意,重在健脾祛湿;女贞子、墨旱莲合用乃二至丸,有补益肾精之功;丹参、郁金、赤芍、川芎、当归等均重在活血祛瘀。此外,通过对高频药物聚类得到了 5 个核心处方,聚类组合 I、V 处方分别为:白术、茯苓、丹参、地黄、枸杞子、白芍及党参、黄芪,其主要由补益药物组成,重在健脾补肾。聚类组合 II 为:麦冬、女贞子,以滋补肝肾为主。聚类组合 III 药物为:黄芩、薏苡仁、陈皮、甘草,主清热利湿、健脾化痰。聚类组合 IV 药物为:川芎、枳壳、赤芍、当归,可见均为疏肝理气、活血祛瘀之药。

综合以上,自拟 AIH 合并 MASLD 的经验方组成:党参、茯苓、白术、女贞子、枸杞子、川芎、赤芍、黄芩、薏苡仁、陈皮、半夏、浙贝母,重在疏肝健脾益肾、清热化痰活血,与前述文献分

析中该合并症的主要病机特点相符,并可根据病情使用行气开郁、健脾利水、滋水清肝等治法。

5 病案举例

患者,男,69 岁,2022 年 10 月 12 日初诊。主诉:反复肝功能异常 4 年余。4 年前,患者于外院查肝功能异常,检验提示病毒学指标及自身抗体阴性,体液免疫及肿瘤指标未见异常,内镜未见食管胃底静脉曲张,遂行肝组织病理学活检,结果显示:小叶结构紊乱伴假小叶形成,假小叶内肝细胞明显肿胀变性,部分脂肪变(30%,大泡性),点灶状坏死可见;纤维间隔中度慢性炎症伴有中度界面性肝炎,炎症细胞主要为淋巴细胞,偶见浆细胞;CK7 免疫组化检查小胆管明显增生。符合慢性肝炎伴有早期肝硬化 G3S4。诊断为 MASH 或药物性肝硬化,予熊去氧胆酸胶囊治疗,并调整饮食结构,患者仍反复肝功能异常。近日患者无明显诱因再次出现肝区不适于我院就诊。刻下症见:乏力、肝区不适、头痛、头身困重,纳寐可,二便调。患者既往高血压病 30 年,服用厄贝沙坦氢氯噻嗪、比索洛尔,血压控制良好;20 年前行左叶甲状腺良性肿瘤切除术,术后长期服用左甲状腺素钠片。查体未见明显异常, BMI: 25.3 kg/m²;舌质暗、苔黄腻、脉弦滑。辅助检查: ALT 50 U/L, AST 39 U/L, ALP 68 U/L, γ -GGT 61 U/L, TBiL 1 29.7 μ mol/L, DBiL 10.2 μ mol/L, ALB 45.8 g/L, ANA 阳性,胃镜示轻度食管静脉曲张。于 2022 年 10 月行第 2 次肝脏穿刺,结果显示:小叶结构紊乱,部分肝细胞脂肪变性(混合型,约占样本量 60%),气球样变肝细胞易见;汇管区中度慢性炎细胞(淋巴细胞为主,可见散在浆细胞及少量嗜酸性粒细胞)浸润伴中度界面性炎,肝细胞花环可见,可见明显细胆管反应,伴有纤维组织增生,部分向小叶内延伸,病变符合慢性肝炎 CH-G3S4。

西医诊断: AIH 合并 MASH 肝硬化;中医诊断:肝癖病,肝郁脾虚、湿热瘀阻证。予复方甘草酸苷片、多烯磷脂酰胆碱、熊去氧胆酸胶囊抗炎保肝利胆,卡维地洛降门静脉压。中药治以清热利湿、疏肝解郁、活血祛瘀,药物组成:柴胡 9 g,黄芩 12 g,川芎 15 g,龙胆 6 g,石膏 30 g,知母 9 g,当归 10 g,黄连 3 g,地黄 15 g,牡丹皮 15 g,升麻 15 g,茯苓 15 g。14 剂,水煎,1 剂/d,早晚温服。

2022 年 10 月 27 日二诊：患者自觉症状好转，仍有头身困重，余无特殊不适，舌暗，苔黄腻，脉弦滑，辅检示肝功能：ALT 40 U/L，AST 36 U/L，ALP 51 U/L， γ -GGT 55 U/L，TBiL 21 μ mol/L，DBiL 4 μ mol/L，ALB 40.6 g/L，遂在初诊方基础上加用芦根 15 g、车前子 15 g 加强利水渗湿之效，续服 28 剂。

2022 年 12 月 8 日三诊：患者肝区不适、乏力、头痛症状明显缓解，出现少气懒言、动则气短等肝脾肾不足之证，舌暗，苔黄腻，脉弦细，辅检肝功能正常，故调整治法为健脾益肾、清热祛湿化痰、活血化瘀，药物组成：党参 15 g，炒白术 15 g，茯苓 15 g，制半夏 9 g，陈皮 6 g，浙贝母 9 g，女贞子 15 g，薏苡仁 15 g，黄芩 9 g，赤芍 15 g，当归 15 g，忍冬藤 15 g，广郁金 15 g，金钱草 15 g，穿山甲 3 g。14 剂，煎服法同前，并扶正化瘀片（上海黄海制药有限公司，国药准字：Z20050546）长期口服抗肝纤维化。后长期门诊随访，患者病情稳定。

按：患者 2 次肝活检均有明显肝细胞脂肪变性、肝细胞气球样变性、肝组织炎症，加之高血压病史的心血管代谢危险因素，MASH 诊断成立。而自身抗体 ANA 阳性，中重度肝组织界面炎、肝细胞玫瑰花环、汇管区浆细胞浸润，排除病毒感染，AIH 简化评分 6 分（其中 ANA 1 : 100 2 分，典型 AIH 病理表现 2 分，排除病毒性肝炎 2 分），为 AIH 可能，遂考虑 AIH-MASH 诊断。患者 2018—2022 年近 4 年期间 2 次肝活检对比提示脂肪变加重，并出现门脉高压等肝硬化并发症。由于肝细胞脂肪变明显加重，故暂未使用激素及免疫抑制治疗，以复方甘草酸苷、多烯磷脂酰胆碱抗炎保肝，熊去氧胆酸胶囊疏肝利胆，卡维地洛降门脉压力，联合使用健脾益肾、清热利湿、行气活血等中药，配合扶正化瘀片抗肝纤维化同时随证加减，调整方药，后炎症得到初步缓解。后续随访根据患者病情，可考虑适量采用糖皮质激素等免疫抑制剂，以期进一步减轻肝脏炎症、脂肪变性、纤维化。

参考文献

[1] YUN B, AHN SH, OH J, et al. Effect of metabolic dysfunction-associated fatty liver disease on liver cancer risk in a population with chronic hepatitis B virus infection: A nationwide study[J]. *Hepatol Res*, 2022, 52

(12):975-984.

- [2] 马雄, 王绮夏, 肖潇, 等. 自身免疫性肝炎诊断和治疗指南(2021)[J]. *临床肝胆病杂志*, 2022, 38(1): 42-49.
- [3] CHOI H, BROUWER WP, ZANJIR W, et al. Nonalcoholic steatohepatitis is associated with liver-related outcomes and all-cause mortality in chronic hepatitis B[J]. *Hepatology*, 2020, 71(2):539-548.
- [4] DALEKOS GN, GATSELIS NK, ZACHOU K, et al. NAFLD and autoimmune hepatitis: Do not judge a book by its cover[J]. *Eur J Intern Med*, 2020, 75:1-9.
- [5] 孙晶晶, 陶艳艳, 王清兰, 等. 滋阴清热方治疗绝经后女性非酒精性脂肪性肝病的临床疗效观察[J]. *临床肝胆病杂志*, 2012, 28(3):179-182.
- [6] WANG QX, JIANG WJ, MIAO Q, et al. Clinical and histological features of autoantibody-negative autoimmune hepatitis in Chinese patients: a single center experience[J]. *J Dig Dis*, 2013, 14(4):175-180.
- [7] TAKAHASHI A, ABE K, OHIRA H. Nonalcoholic steatohepatitis-autoimmune hepatitis overlap[M]. *Autoimmune Liver Diseases*, 2014:127-136.
- [8] VERSINI M, JEANDEL PY, ROSENTHAL E, et al. Obesity in autoimmune diseases: not a passive bystander [J]. *Autoimmun Rev*, 2014, 13(9):981-1000.
- [9] TARANTINO G, FINELLI C. Pathogenesis of hepatic steatosis: the link between hypercortisolism and non-alcoholic fatty liver disease[J]. *World J Gastroenterol*, 2013, 19(40):6735-6743.
- [10] MÜLLER P, MESSMER M, BAYER M, et al. Non-alcoholic fatty liver disease (NAFLD) potentiates autoimmune hepatitis in the CYP2D6 mouse model[J]. *J Autoimmun*, 2016, 69:51-58.
- [11] TAN CK, HO D, WANG LM, et al. Drug-induced autoimmune hepatitis: A minireview[J]. *World J Gastroenterol*, 2022, 28(24):2654-2666.
- [12] GRAZIADEI IW, OBERMOSER GE, SEPP NT, et al. Drug-induced lupus-like syndrome associated with severe autoimmune hepatitis[J]. *Lupus*, 2003, 12(5): 409-412.
- [13] MATSUMOTO T, YAMASAKI S, ARAKAWA A, et al. Exposure to a high total dosage of glucocorticoids produces non-alcoholic steatohepatitis[J]. *Pathol Int*, 2007, 57(6):388-389.
- [14] GABER Y, ABDALLAH M, SALAMA A, et al. Metabolic-associated fatty liver disease and autoimmune hepatitis: an overlooked interaction[J]. *Expert Rev Gastroenterol Hepatol*, 2021, 15(10):1181-1189.
- [15] WEILER-NORMANN C, LOHSE AW. Nonalcoholic fatty

- liver disease in patients with autoimmune hepatitis: further reason for teeth GNASHing[J]. Dig Dis Sci, 2016, 61(9):2462-2464.
- [16] MACK CL, ADAMS D, ASSIS DN, et al. Diagnosis and management of autoimmune hepatitis in adults and children: 2019 practice guidance and guidelines from the American Association for the Study of Liver Diseases[J]. Hepatology, 2020,72(2):671-722.
- [17] PAPE S, GEVERS T, BELIAS M, et al. Predniso(lo)ne dosage and chance of remission in patients with autoimmune hepatitis[J]. Clin Gastroenterol Hepatol, 2019,17(10):2068-2075.e2.
- [18] 孙韬, 卢秉久. 中医辨治自身免疫性肝炎浅析[J]. 实用中医内科杂志, 2011, 25(5): 77-78.
- [19] 倪瑶, 刘明坤, 张婷婷, 等. 吕文良教授从“调和气血”论治自身免疫性肝炎[J]. 辽宁中医药大学学报, 2017, 19(10):122-124.
- [20] 杨苏纳, 陈斌. 从肝、脾、肾探讨自身免疫性肝炎中医病机理论[J]. 亚太传统医药, 2021, 17(4):217-219.
- [21] 钟郁萱. 基于数据挖掘的刘汶教授治疗非酒精性脂肪性肝病回顾性研究[D]. 北京:北京中医药大学, 2021.
- [22] 中华中医药学会. 中医内科常见病诊疗指南-西医疾病部分[M]. 北京:中国中医药出版社, 2008:47-49.
- [23] 钟启华, 王融冰, 李斌, 等. 247 例自身免疫性肝炎患者中医体质分布及衍变规律分析研究[J]. 北京中医药, 2019, 38(6):536-540.
- [24] 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指南(基层医生版)[J]. 中西医结合肝病杂志, 2019, 29(5):后插 3-6.
- [25] 李会杰, 郑五州, 郭亚南, 等. 从虚郁痰瘀论治糖尿病合并非酒精性脂肪肝效果观察[J]. 北京中医药, 2023, 42(2):151-155.
- [26] 刘福栋, 庞博, 吕文良, 等. 从气虚络瘀角度探讨肝纤维化氧化应激机制[J]. 北京中医药, 2022, 41(6):634-636.

Exploration of integrative Chinese and western medicine diagnosis and treatment on autoimmune hepatitis combined with metabolism-related steatohepatopathy

GOU Yue, XING Feng, LIU Chenghai

(Institute of Liver Diseases, Shuguang Hospital, Shanghai University of Traditional Chinese Medicine, Shanghai 201203, China)

ABSTRACT The morbidity of metabolic dysfunction-associated steatotic liver disease (MASLD) is the highest among liver diseases, and the combination of autoimmune hepatitis (AIH) and MASLD is commonly seen clinically. Although the clinical manifestations of these two liver diseases are similar, there are significant differences in pathologic mechanism and diagnosis and treatment, and there is a lack of consensus on the research and diagnosis and treatment of these two liver diseases because of the complexity of the condition and the difficulty of the treatment after the concurrency. This paper firstly analyzes the existing difficulties in diagnosis and treatment of AIH combined with MASLD, summarizes the main identification points of the two, and initially put forward the clinical diagnosis and treatment flowchart; then, it points out that AIH combined with MASLD belongs to the category of combined diseases in Chinese medicine, and the main pathogenesis is depression of liver, deficiency of spleen and kidney, obstruction of dampness, heat, phlegm, stasis and blood stagnation, and the basic treatment principles are to dredge liver, strengthen the spleen and benefit the kidney, and to clear away heat and resolve phlegm and activate blood circulation. Codonopsis, Poria, Atractylodes macrocephala, Ligustri lucidi fructus, Lycii fructus, Chuanxiong rhizome, Paeoniae radix rubra, Scutellariae radix, Coicis semen, Citri reticulatae pericarpium, Pinelliae rhizome, Fritillariae thunbergii bulb are used as the basic formula, and it is tailored to the characteristics of the individual's physique and the course of the disease, and can be flexibly combined with the formula to improve the clinical symptoms and the patient's prognosis. Finally, it is suggested that in the clinical diagnosis and treatment, AIH combined with MASLD should be emphasized, and the clinical research on diagnosis and treatment on AIH combined with MASLD should be actively carried out so as to improve patients' prognosis.

Keywords Autoimmune hepatitis; metabolic dysfunction-associated steatotic liver disease; complication; diagnosis; treatment

(收稿日期: 2024-05-10)