

# 慢性乙肝肝硬化患者中医体质分析及与相关病理特征 关联性探究\*

张璐鹏<sup>1</sup> 张开波<sup>1</sup> 李英宵<sup>1</sup> 李志恒<sup>1</sup> 李鲜<sup>2</sup>

**[摘要]** **目的:**探讨慢性乙肝肝硬化患者中医体质及其与相关病理特征关联性。**方法:**选取 2018 年 1 月~2019 年 10 月我院 163 例慢性乙肝肝硬化患者,入院后对所有患者中医体质进行分型,统计分析不同中医体质类型患者肝功能 Child-pugh 分级、FibroScan 值(FS)、B 淋巴细胞计数(CD5<sup>+</sup>、CD5<sup>-</sup>、CD19)、乙肝病毒载量(HBV-DNA)、肝脏纤维化分期。**结果:**共 163 例慢性乙肝肝硬化患者,中医体质分型占比最高前 3 位依次是湿热质(24.54%)、气虚质(21.47%)、平和质(16.56%);平和质、气虚质患者肝功能 Child-pugh 分级 A 级占比最高,气虚质、阳虚质、痰湿质、血瘀质、特禀质患者 B 级占比最高,阴虚质、湿热质 C 级占比最高;血瘀质患者 FS 值最高,特禀质患者 FS 值最低;CD5<sup>+</sup> 较高的中医体质包括湿热质、阴虚质、气郁质、特禀质,CD5<sup>-</sup> 较高的中医体质包括阳虚质、气虚质、血瘀质,CD19 较高的中医体质包括湿热质、特禀质、血瘀质;湿热质患者 HBV-DNA 病毒载量  $\geq 5 \times 10^6$  U/mL 者占比最多,为 70.00%,特禀质、阴虚质均无病毒载量  $\geq 5 \times 10^6$  U/mL 者;平和质患者肝脏纤维化分期 S0 期占比最高,为 51.85%,阳虚质患者 S0 期、S1 期占比最高,均为 36.36%,气虚质患者 S1 期、S2 期占比最高,均为 37.14%,特禀质、痰湿质、湿热质、气郁质患者 S2 期占比最高,分别为 100.00%、62.50%、40.00%、31.58%,阴虚质患者 S3 期占比最高,为 66.67%,血瘀质患者 S4 期占比最高,为 41.67%。**结论:**慢性乙肝肝硬化患者中医体质的分布存在一定规律性,主要为湿热质、气虚质、平和质,且患者中医体质与肝功能 Child-pugh 分级、FS 值、B 淋巴细胞计数、乙肝病毒载量及肝脏纤维化分期存在一定关系。

**[关键词]** 慢性乙肝肝硬化;中医体质;肝功能 Child-pugh 分级;FibroScan 值;B 淋巴细胞计数;乙肝病毒载量;肝脏纤维化

DOI:10.3969/j.issn.1671-038X.2021.08.05

[中图分类号] R575.1 [文献标志码] A

## Analysis of the constitution of Traditional Chinese Medicine in patients with chronic hepatitis B cirrhosis and its correlation with the relevant pathological characteristics

ZHANG Lupeng<sup>1</sup> ZHANG Kaibo<sup>1</sup> LI Yingxiao<sup>1</sup> LI Zhiheng<sup>1</sup> LI Xian<sup>2</sup>

(<sup>1</sup>The Second Clinical Medical College, Henan University of Traditional Chinese Medicine, Zhengzhou, 450003, China; <sup>2</sup>Department of Hepatobiliary Spleen and Stomach, Henan Province Hospital of TCM)

Corresponding author: LI Xian, E-mail: Lixian\_king@163.com

**Abstract Objective:** To explore the TCM constitution of patients with chronic hepatitis B cirrhosis and its correlation with related pathological features. **Methods:** From January 2018 to October 2019, 163 patients with chronic hepatitis B cirrhosis in our hospital were selected, the TCM constitution of all patients was typed after admission. The liver function Child-pugh grade, FibroScan value(FS), B lymphocyte count(CD5<sup>+</sup>, CD5<sup>-</sup>, CD19), hepatitis B virus load(HBV-DNA), and liver fibrosis stage were statistically analyzed in patients with different TCM constitution types. **Results:** A total of 163 patients with chronic hepatitis B cirrhosis in this group, the first three types of constitution in TCM were dampness and heat (24.54%), Qi deficiency (21.47%) and peace (16.56%); Child-pugh grade A accounted for the highest proportion of liver function in patients with peace and Qi deficiency, patients with Qi deficiency, Yang deficiency, phlegm and dampness, blood stasis, and idiosyncrasy had the highest proportion of patients with grade B, and Yin-deficiency and damp-heat-quality C have the highest proportion; Blood stasis patients had the highest FS value, and idiopathic patients had the lowest FS value; The TCM Constitution with high CD5<sup>+</sup> level includes damp heat, Yin deficiency, Qi depression, and idiosyncrasy,

\*基金项目:河南省卫生健康委员会基金资助项目(No:20-21ZYZD09)

<sup>1</sup>河南中医药大学第二临床医学院(郑州,450003)

<sup>2</sup>河南省中医院肝胆脾胃科

通信作者:李鲜,E-mail:Lixian\_king@163.com

CD5<sup>-</sup> Higher TCM constitutions include Yang deficiency, Qi deficiency, and blood stasis, the TCM Constitution with high CD19 level includes dampness and heat, idiosyncrasy and blood stasis; The HBV-DNA viral load in patients with hot and humid conditions  $\geq 5 \times 10^6$  U/mL accounted for the largest proportion, with 70.00%, those with idiosyncrasy and Yin deficiency had no viral load  $\geq 5 \times 10^6$  U/mL; The hepatic fibrosis stage S0 accounted for the highest proportion in patients with pinghe, which was 51.85%, patients with Yang deficiency had the highest proportion of stage S0 and S1, both of which were 36.36%, patients with Qi deficiency had the highest proportion in stage S1 and S2, both of which were 37.14%, patients with idiosyncrasy, phlegm, damp heat, and Qi depression accounted for the highest proportion of S2, with 100.00%, 62.50%, 40.00% and 31.58% respectively, patients with Yin deficiency had the highest proportion of S3, with 66.67%, stage S4 accounted for the highest proportion in patients with blood stasis, which was 41.67%. **Conclusion:** There is a certain regularity in the distribution of TCM constitutions in patients with chronic hepatitis B cirrhosis, mainly include hot and humid, Qi deficiency, and peace, moreover, there was a certain relationship between the TCM constitution of patients and liver function Child-pugh grade, FS value, B lymphocyte count, hepatitis B virus load and liver fibrosis stage.

**Key words** chronic hepatitis B cirrhosis; Traditional Chinese Medicine constitution; child-pugh classification of liver function; FibroScan value; B lymphocyte count; hepatitis B virus load; liver fibrosis

慢性乙型肝炎为我国常见传染性疾病,若得不到持续有效的治疗,易进展至肝硬化,严重影响患者身体健康及生活质量<sup>[1]</sup>。近年来,中医辨证疗法广泛应用于慢性乙型肝炎肝硬化治疗中,能取得良好治疗效果<sup>[2-3]</sup>。文献报道指出,明确慢性乙型肝炎肝硬化具体特征是保证辨证施治方案具备针对性及有效性的重要前提<sup>[4]</sup>。中医研究认为,中医体质是指人体在先天禀赋和后天获得的基础上所形成的形态结构、生理功能和心理状态方面的固有特质,具有综合性、相对稳定性,往往决定着人体对生理反应的特异性,及对某些致病因子的易感性与产生病变类型的倾向性,从而影响后天疾病的证候类型及病情转归<sup>[5]</sup>。因此,积极开展慢性乙型肝炎肝硬化患者中医体质的研究,对明确患者个体特征、开展针对性治疗具有重要意义。基于此,本研究对慢性乙型肝炎肝硬化患者中医体质分型与疾病相关病理特征的关联性进行统计分析,以期对中医辨证治疗慢性乙型肝炎肝硬化提供参考依据,现报告如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

选取2018年1月—2019年10月我院163例慢性乙型肝炎肝硬化患者,其中男85例,女78例;年龄18~65岁,平均(37.84±10.41)岁;体重47~85 kg,平均(67.43±8.76) kg;户口所在地:城市83例,农村80例;病程1~6年,平均(3.22±0.98)年;婚姻状况:已婚132例,未婚31例。

### 1.2 纳入与排除标准

纳入标准:①符合慢性乙肝及肝硬化诊断标准<sup>[6-7]</sup>;②年龄18~65岁;③无认知功能障碍,可良好沟通交流;④患者知晓本研究,已签署同意书。

排除标准:①有药物滥用史者;②恶性肿瘤患者;③有肝脏手术史者;④严重心、脑、肺、肾功能障碍者;⑤感染性疾病患者;⑥其他类型肝炎患者;⑦血液系统疾病患者;⑧妊娠或哺乳期女性;⑨不能

配合完成研究者。

### 1.3 方法

中医体质分型<sup>[8]</sup>:参照《9种基本中医体质类型的分类及其诊断表述依据》,由专业人员依据《中医9种基本体质分类量表》和《中医体质分类判定标准》对所有入组患者中医体质进行分型,包括平和质、气郁质、气虚质、阳虚质、痰湿质、血瘀质、特禀质、阴虚质、湿热质9种基本类型。

肝功能 Child-pugh 分级<sup>[9]</sup>:包括肝性脑病(级)、腹水、总胆红素、白蛋白、凝血酶原时间延长5项,每项分值1~3分,总分5~15分,A级:5~6分;B级:7~9分;C级: $\geq 10$ 分。

FibroScan 值(FS):采用超声诊断仪测定,指导患者平躺,双臂自然上举,取耦合剂均匀涂于探头及肝区皮肤,探头紧贴于右侧腋前线与腋中线第7、8、9肋间检测区域,保持探头与皮肤垂直,每位患者均记录15次成功测试,取中位数为最终测定结果(单位为kPa)。

B淋巴细胞计数:包括CD5<sup>+</sup>、CD5<sup>-</sup>、CD19,采集入组当天患者外周静脉血3 mL,置于DD5C型低速离心机上,以3000 r/min转速离心处理10 min后取血清,置于-70℃冰箱内待检,由专业检测师采用FACS Calibur流式细胞仪检测上述指标水平。

乙肝病毒载量(viral hepatitis type B-DNA, HBV-DNA):取患者入组当天血清标本,采用7300型实时荧光定量PCR系统进行基因扩增,测定HBV-DNA载量。

肝脏纤维化分期:参照中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会制定的《肝纤维化中西医结合诊疗共识意见(2017年)》<sup>[10]</sup>进行评估,分为S0~4期。

### 1.4 观察指标

①统计163例慢性乙型肝炎肝硬化患者中医体质

分型;②统计不同中医体质类型慢性乙型肝炎肝硬化患者肝功能 Child-pugh 分级、FS 值、B 淋巴细胞计数、HBV-DNA、肝脏纤维化分期。

### 1.5 统计学处理

采用 Excel 2013 表格软件进行数据统计处理。采用 SPSS 20.0 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 % 表示,采用  $\chi^2$  检验。以  $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 中医体质分型

163 例慢性乙型肝炎肝硬化患者中,湿热质所占比例最高(24.54%),其次为气虚质(21.47%),特禀质所占比例最低(1.23%)。见表 1。

表 1 同组患者中医体质分型

中医体质分型	例数	比例/%
平和质	27	16.56
气虚质	35	21.47
阳虚质	11	6.75
阴虚质	9	5.52
湿热质	40	24.54
痰湿质	8	4.91
气郁质	19	11.66
血瘀质	12	7.36
特禀质	2	1.23
合计	163	100.00

### 2.2 不同中医体质者肝功能 Child-pugh 分级

平和质、气郁质患者肝功能 Child-pugh 分级主要为 A 级,气虚质、阳虚质、痰湿质、血瘀质、特禀质患者主要为 B 级,阴虚质、湿热质主要为 C 级。见表 2。

表 2 不同中医体质者肝功能 Child-pugh 分级比较

中医体质分型	例数	例(%)		
		A 级	B 级	C 级
平和质	27	13(48.15)	11(40.74)	3(11.11)
气虚质	35	6(17.14)	19(54.29)	10(28.57)
阳虚质	11	2(18.18)	7(63.64)	2(18.18)
阴虚质	9	1(11.11)	3(33.33)	5(55.56)
湿热质	40	3(7.50)	16(40.00)	21(52.50)
痰湿质	8	1(12.50)	6(75.00)	1(12.50)
气郁质	19	10(52.63)	6(31.58)	3(15.79)
血瘀质	12	1(8.33)	10(83.33)	1(8.33)
特禀质	2	0	2(100.00)	0
合计	163	37(22.70)	80(49.08)	46(28.22)

### 2.3 不同中医体质者 FS 值

血瘀质患者 FS 值最高,其次为湿热质,特禀质患者 FS 值最低。见表 3。

表 3 不同中医体质者 FS 值  $kPa, \bar{x} \pm s$

中医体质分型	例数	FS
平和质	27	6.01±1.26
气虚质	35	6.29±1.51
阳虚质	11	7.96±1.67
阴虚质	9	6.83±1.45
湿热质	40	8.05±2.11
痰湿质	8	6.18±2.02
气郁质	19	5.71±1.50
血瘀质	12	16.93±6.64
特禀质	2	4.34±1.10
合计	163	7.50±1.44

### 2.4 不同中医体质者 B 淋巴细胞计数

湿热质、阴虚质、气郁质、特禀质患者 CD5<sup>+</sup> 较高,阳虚质、气虚质、血瘀质患者 CD5<sup>-</sup> 较高,湿热质、特禀质、血瘀质患者 CD19 较高。见表 4。

表 4 不同中医体质者 B 淋巴细胞计数

中医体质分型	例数	% $\bar{x} \pm s$		
		CD5 <sup>+</sup>	CD5 <sup>-</sup>	CD19
平和质	27	63.29±8.32	36.56±8.11	9.83±2.35
气虚质	35	60.51±7.38	39.59±7.22	9.69±3.30
阳虚质	11	48.18±5.51	51.63±5.56	8.03±2.25
阴虚质	9	68.32±8.71	30.59±6.22	11.34±4.07
湿热质	40	70.59±5.71	29.15±6.11	16.12±3.11
痰湿质	8	64.91±6.40	34.83±6.37	10.97±3.28
气郁质	19	66.72±7.11	33.05±6.02	9.27±3.21
血瘀质	12	61.28±6.35	38.55±7.51	13.59±2.98
特禀质	2	67.34±6.91	32.63±5.33	14.78±3.03
合计	163	64.12±8.08	40.18±5.19	10.73±3.39

### 2.5 不同中医体质者乙肝病毒载量

湿热质患者 HBV-DNA 病毒载量  $\geq 5 \times 10^6$  U/mL 者较多,特禀质、阴虚质患者病毒载量  $\geq 5 \times 10^8$  U/mL 者较少。见表 5。

### 2.6 不同中医体质者肝脏纤维化分期

平和质患者肝脏纤维化分期主要为 S0 期,阳虚质患者主要为 S0 期、S1 期,气虚质患者主要为 S1 期、S2 期,特禀质、痰湿质、湿热质、气郁质患者主要为 S2 期,阴虚质患者主要为 S3 期,血瘀质患者主要为 S4 期。见表 6。

## 3 讨论

慢性乙型肝炎是由乙型肝炎病毒感染引起的肝脏组织学慢性坏死及炎症的免疫性疾病,其中 15%~40% 可转变为肝硬化及肝癌<sup>[11]</sup>。报道显示,慢性乙肝肝硬化发病机制复杂,临床表现及病情转归个体差异性较大,发病后个体体质在疾病进展方面具有重要作用<sup>[12]</sup>。

表5 不同中医体质者乙肝病毒载量

中医体质分型	例数	U/mL, $\bar{x} \pm s$			
		$<5 \times 10^2$	$5 \times 10^2 \sim 5 \times 10^4$	$5 \times 10^4 \sim 5 \times 10^6$	$\geq 5 \times 10^6$
平和质	27	9(33.33)	4(14.81)	3(11.11)	11(40.74)
气虚质	35	5(14.29)	8(22.86)	12(34.29)	10(28.57)
阳虚质	11	4(36.36)	2(18.18)	4(36.36)	1(9.09)
阴虚质	9	3(33.33)	1(11.11)	5(55.56)	0
湿热质	40	2(5.00)	4(10.00)	6(15.00)	28(70.00)
痰湿质	8	2(25.00)	1(12.50)	4(50.00)	1(12.50)
气郁质	19	4(21.05)	8(42.11)	2(10.53)	5(26.32)
血瘀质	12	1(8.33)	3(25.00)	3(25.00)	5(41.67)
特禀质	2	0	2(100.00)	0	0
合计	163	30(18.40)	33(20.25)	39(23.93)	61(37.42)

表6 不同中医体质者肝脏纤维化分期比较

中医体质分型	例数	例(%)				
		S0期	S1期	S2期	S3期	S4期
平和质	27	14(51.85)	7(25.93)	6(22.22)	0	0
阳虚质	11	4(36.36)	4(36.36)	2(18.18)	1(9.09)	0
气虚质	35	4(11.43)	13(37.14)	13(37.14)	3(8.57)	2(5.71)
特禀质	2	0	0	2(100.00)	0	0
阴虚质	9	1(11.11)	1(11.11)	1(11.11)	6(66.67)	0
痰湿质	8	1(12.50)	2(25.00)	5(62.50)	0	0
湿热质	40	4(10.00)	8(20.00)	16(40.00)	8(20.00)	4(10.00)
气郁质	19	3(15.79)	5(26.32)	6(31.58)	3(15.79)	2(10.53)
血瘀质	12	1(8.33)	1(8.33)	3(25.00)	2(16.67)	5(41.67)
合计	163	32(19.63)	41(25.15)	54(33.13)	23(14.11)	13(7.98)

中医理论认为,慢性乙型肝炎的发生主要为外感湿热疫毒、正虚不能抗邪,病情迁延难治,病发后肝阴窃灼、肝胆湿热,多伴有阴虚体征,更甚者表现为肝肾阴虚、气血两虚,久之则痰瘀互结、气血两亏,发展至肝硬化<sup>[13-14]</sup>。中医辨证施治根据慢性乙型肝炎肝硬化患者中医证型开展针对性治疗,可达标本兼治之功效<sup>[15]</sup>。但治疗方案的选择及治疗效果与患者中医体质具有一定关系,中医体质辨识可明确患者体质状态及不同体质分类的特性,制定治疗原则,选择相应的治疗方法,从而进行“因人制宜”的治疗措施<sup>[16-17]</sup>。近年来,随着中医学学科的发展和分化,中医体质学已经成为基础与应用研究中的分支学科<sup>[18]</sup>。本研究通过对163例慢性乙型肝炎肝硬化患者的中医体质进行辨识,发现占比最高前3位依次是湿热质(24.54%)、气虚质(21.47%)、平和质(16.56%),与王修锋等<sup>[19]</sup>报道的阴虚质(23.9%)、血瘀质(19.6%)、气郁质(13.0%)存在一定差异,提示近年来我国慢性乙型肝炎肝硬化患者已从以往肝炎疾病较重阶段开始诊治,逐渐向病情早中期开始诊治的状态发展,这与我国医疗水平及设施的不断提高、完善,及人们自我健康管理理念的增强等密切相关。

Child-pugh分级为临床量化评估肝硬化患者

的肝脏储备功能的重要指标,本研究结果中,平和质、气郁质患者肝功能Child-pugh分级A级占比最高,气虚质、阳虚质、痰湿质、血瘀质、特禀质患者B级占比最高,阴虚质、湿热质C级占比最高,与卢冬冬等<sup>[20]</sup>研究结果相近,提示在对Child-pugh分级A级患者治疗时,可通过调和阴阳平衡,或调理情志,预防肝硬化的进展。B级患者应注重益气健脾,避免劳累,同时注意温养脾胃,以尽可能纠正偏颇状态,延缓肝硬化进展,而C级患者应注重益气健脾、清热利湿<sup>[21]</sup>。本研究关于不同中医体质者肝脏纤维化分期的统计分析发现,平和质患者肝脏纤维化分期S0期占比最高,达到51.85%,而血瘀质患者S4期占比为41.67%,其他中医体质的患者肝脏纤维化程度分期占比不同。提示慢性乙型肝炎肝硬化患者肝脏纤维化程度与中医体质具有一定关系。

FS值是反映肝硬化程度的影像学指标,其值越高表示肝硬化越严重,本研究结果中,血瘀质患者FS值最高,特禀质患者FS值最低,此外,本研究还发现湿热质患者HBV-DNA病毒载量 $\geq 5 \times 10^6$  U/mL者占比最多,为70.00%,特禀质、阴虚质均无病毒载量 $\geq 5 \times 10^6$  U/mL者,且不同中医体质患者的CD5<sup>+</sup>、CD5<sup>-</sup>、CD19分布具有一定特征

性,提示不同中医体质的慢性乙肝肝硬化患者 FS 值、B 淋巴细胞计数、乙肝病毒载量等可能存在一定规律性,通过观察患者中医体质可从另一角度反映肝组织病理学改变,有利于发挥中医药辨识体质“治未病”的特色优势。但本研究结果只表明慢性乙肝肝硬化患者中医体质类型分布的一种客观现象,若要进一步阐明其与患者相关病理特征的具体关联性,则需进行大样本量、多中心研究,同时需将饮食因素、地域环境等因素考虑进去,有待临床进一步探究。

综上所述,湿热质、气虚质、平和质为慢性乙肝肝硬化患者中医体质的主要类型,与肝功能 Child-pugh 分级、FS 值、B 淋巴细胞计数、乙肝病毒载量及肝脏纤维化分期的变化有关,明确患者中医体质,有助于临床从患者体质特征方面寻找治疗慢性乙肝肝硬化的诊治规律,利于改善患者预后,值得临床深入探究。

#### 参考文献

- [1] Wirth S, Zhang H, Hardikar W, et al. Efficacy and Safety of Peginterferon Alfa-2a (40KD) in Children With Chronic Hepatitis B: The PEG-B-ACTIVE Study[J]. *Hepatology*, 2018, 68(5): 1681-1694.
- [2] 张云涛, 赵文轩. 基于络病理理论指导中医治疗对慢性乙型肝炎肝硬化患者炎症因子、免疫功能及肝功能的影响[J]. *中国卫生工程学*, 2018, 17(3): 446-449.
- [3] 梁霄龙, 李诗国, 戴圣伟. 二甲软肝汤联合拉米夫定治疗慢性乙型肝炎肝纤维化 42 例临床观察[J]. *浙江中医杂志*, 2019, 54(1): 48-49.
- [4] 夏小芳, 吴建, 娄国强, 等. 慢性乙型肝炎患者不同中医体质与肝组织病理表达的相关性研究[J]. *中华医院感染学杂志*, 2015, 25(24): 5631-5633.
- [5] 王晓慧, 罗肇炯, 吴同玉. 乙型肝炎硬化的中医体质特征及其与 FS 值的研究[J]. *云南中医学院学报*, 2017, 40(2): 41-44.
- [6] American Association for the Study of Liver Diseases. Update on prevention, diagnosis, and treatment of chronic hepatitis B: AASLD 2018 hepatitis B guidance [J]. *Hepatology*, 2018, 67(4): 1560-1599.
- [7] Fukui H, Saito H, Ueno Y, et al. Evidence-based clinical practice guidelines for liver cirrhosis 2015 [J]. *J Gastroenterol*, 2016, 51(7): 629-650.
- [8] 王琦. 9 种基本中医体质类型的分类及其诊断表述依据[J]. *北京中医药大学学报*, 2005, 13(4): 1-8.
- [9] Sanhueza E, Contreras J, Zapata R, et al. [Comparative evaluation of survival prognosis using MELD or Child-Pugh scores in patients with liver cirrhosis in Chile][J]. *Rev Med Chil*, 2017, 145(1): 17-24.
- [10] 中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会. 肝纤维化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(12): 895-900.
- [11] 李涛. ADAR1 和 ADAR2 通过对 MAVS 基因的 3' UTR 进行 RNA 编辑影响 HBV 表达机制的研究[D]. 北京: 北京协和医学院, 2017.
- [12] 周宁, 张月荣, 史冬梅, 等. 212 例乙型肝炎核心抗体阳性肝损伤患者临床特征[J]. *中华传染病杂志*, 2018, 36(12): 725-729.
- [13] 周珊. 乙肝病毒携带者中医体质与 B 淋巴细胞、FS 值的相关性研究[D]. 广州: 广州中医药大学, 2015.
- [14] 郝利恒. 中医辨证分型联合恩替卡韦治疗慢性乙型肝炎的效果[J]. *中国实用医刊*, 2018, 45(24): 61-64.
- [15] 曹林, 郭若闻, 高月求, 等. 中西医结合治疗慢性乙型肝炎肝纤维化的研究进展[J]. *中国医药导报*, 2019, 16(25): 37-40.
- [16] Li Y, Li XH, Huang X, et al. Individualized prevention against hypertension based on Traditional Chinese Medicine Constitution Theory: A large community-based retrospective, STROBE-compliant study among Chinese population[J]. *Medicine(Baltimore)*, 2017, 96(46): e8513.
- [17] Wang G, Liu Y, Hou XF, et al. Discussion on influence factors, mechanism and traditional Chinese medicine pathogenesis of idiosyncratic drug-induced liver injury [J]. *Chin J Chin Mater Medica*, 2017, 42(16): 3036-3043.
- [18] 苏坤涵, 刘万里. 基于中医体质学说浅析证体辨治[J]. *湖南中医杂志*, 2019, 35(5): 110-112.
- [19] 王修锋, 吴永斌. 慢性乙型肝炎中医体质类型与肝脏炎症分级及肝纤维化程度的关系研究-附 92 例临床资料[J]. *江苏中医药*, 2016, 48(5): 42-43, 47.
- [20] 卢冬冬, 张翼宙. 不同 Child-Pugh 分级肝硬化患者中医体质特点研究[J]. *中国民族民间医药*, 2018, 27(15): 1-4.
- [21] 李木子. 乙型肝炎肝硬化中医证型与超声弹性成像及肝功能 Child-Pugh 分级的相关性研究[D]. 南京: 南京中医药大学, 2016.

(收稿日期: 2021-03-17)