



从痰瘀互结论治非酒精性脂肪性肝病

叶俊秋^{1,2,3}, 张仁谦^{1,2,3}, 张佳^{1,2,3}, 朱绘^{2,3}, 吴辉坤^{1,2,3}, 李晓东^{1,2,3}

(1. 湖北省中医院、中医肝肾研究及应用湖北省重点实验室, 湖北武汉 430061; 2. 湖北中医药大学附属医院, 湖北武汉 430061; 3. 湖北省中医药研究院, 湖北武汉 430074)

摘要:近年来由于中国民众生活水平不断提升, 膳食构成也随着产生了较大的改变, 受不良生活习惯的影响, 非酒精性脂肪性肝病 (NAFLD) 发病率持续上升, 逐渐呈现出低龄化趋势。查阅近年关于中医药治疗 NAFLD 的相关文献资料后发现, 目前业内临床学者大多认可痰瘀互结既是 NAFLD 的重要证型, 也是本病的基本病机。结合 NAFLD 痰瘀互结的理论渊源、生物学研究基础、临床研究及因机证治等几个方面阐述 NAFLD 的中医研究进展, 以期对 NAFLD 临床诊治提供思路, 发挥中医药治疗优势。

关键词:非酒精性脂肪性肝病; 痰瘀互结; 研究进展

中图分类号:R259

文献标志码:A

文章编号:1671-7813(2023)06-0087-04

Treatment of Non-Alcoholic Fatty Liver Disease from Phlegm and Blood Stasis

YE Junqiu^{1,2,3}, ZHANG Renqian^{1,2,3}, ZHANG Jia^{1,2,3}, ZHU Hui^{2,3}, WU Huikun^{1,2,3}, LI Xiaodong^{1,2,3}

(1. Hubei Key Laboratory of Theory and Application Research of Liver and Kidney in Traditional Chinese Medicine, Hubei Provincial Hospital of Traditional Chinese Medicine, Wuhan 430061, Hubei, China;
2. Affiliated Hospital of Hubei University of Chinese Medicine, Wuhan 430061, Hubei, China;
3. Hubei Province Academy of Traditional Chinese Medicine, Wuhan 430074, Hubei, China)

Abstract: In recent years, due to the continuous improvement of the living standard of Chinese people, the diet composition also changes significantly. Affected by bad living habits, the incidence rate of nonalcoholic fatty liver disease (NAFLD) continues to rise, gradually showing a trend of younger age. After reviewing relevant literature on the treatment of NAFLD with traditional Chinese medicine in recent years, it was found that most clinical scholars agreed that phlegm and blood stasis are not only the important syndrome type of NAFLD, but also the basic pathogenesis of this disease. This article discussed the research progress of traditional Chinese medicine on NAFLD from several aspects, including the theoretical origin, biological research foundation, clinical research and pathogenesis and treatment, in order to provide ideas for the clinical diagnosis and treatment of NAFLD and take the advantages of traditional Chinese medicine treatment.

Keywords: non-alcoholic fatty liver disease; phlegm and blood stasis; research progress

非酒精性脂肪性肝病 (NAFLD) 是一种由于肝脏脂质代谢异常引起的病变, 导致肝内脂质蓄积的病理状态^[1]。近年来, 南方及中西部省份流行病学调查结果显示, 患有 NAFLD 的人数病已多于患乙型肝炎 (HBV) 者而使之成为我国居于首位的慢性肝病^[2]。目前西医治疗 NAFLD 分为药物和非药物疗法, 非药物治疗一般以膳食的调整和减轻体重为主, 药物治疗则以降脂和保肝为主, 缺少特效药, 疗效较差, 有相应的不良反应^[3]。相比之下, 中医药治疗无论是在改善临床表现, 还是在改善肝功能方面都具有相当明显的优势。《黄帝内经》最早有针对本病的症状叙述, 胁肋不适、腹胀暖气甚至后期身目发黄、

腹部结块。后世医家均是此认识基础上对本病的完善和补充。直到 2009 年, 《非酒精性脂肪性肝病中医诊疗共识意见》^[4] 提出将本病的中医名称统一为“肝癖”“胁痛”和“积聚”。随着现代中医学对 NAFLD 的研究不断深入, 不同医家提出许多不同的病机理解。有关研究对近十年来, 临床上使用中药防治 NAFLD 的相关的研究论述进行统计和剖析, 发现本病的主要证型是痰瘀互结, 同时提示该证型本病的基本病机之所在。各医家在辨证论治的基础上对痰瘀互结型 NAFLD 使用中药治疗上取得了较为肯定的效果^[5]。综上, 本研究将围绕 NAFLD 痰瘀互结证的研究进展综述如下。

1 基于痰瘀互结证论治肝病的理论渊源

1.1 古代医家的认识

痰瘀流觞于《黄帝内经》, 虽无“痰、瘀”之名, 但有“积饮”“汩沫”“唾”“涕”等相关描述, 并首见痰瘀互结伤肝的文献记载: “气上而不下, 积于胁下, 则伤肝”。东汉张仲景首先明确提出了“痰饮”“瘀血”之名, 《金匱要略》曰: “夫饮有四, 何谓

基金项目:湖北省自然科学基金创新群体项目 (2020CFA023)

作者简介:叶俊秋 (1993 -), 女, 湖北随州人, 硕士在读, 研究方向: 中医药防治结石及肝胆病研究。

通讯作者:吴辉坤 (1976 -), 男, 湖北武汉人, 主任医师, 硕士研究生导师, 博士, 研究方向: 中医药防治结石及肝胆病研究。E-mail: 621120216@qq.com。



也,师曰:有痰饮,有悬饮”。《诸病源候论》中首次将“痰”与“饮”分开讨论,并从脉象加以区别,并提出痰可致痰的观点。

元朱丹溪首次《丹溪心法》云“自郁成积,自积成痰,痰挟瘀血,遂成窠囊”阐述了痰挟瘀血、痰瘀互结的观点,认为痰瘀互结可引起多种疾病。明罗赤诚将痰瘀互结分为痰挟瘀血和瘀血挟痰两种形式^[6],清叶天士提出“久病入络”学说,指出久病者必入络,败瘀凝痰,相互胶结,阻滞经络^[7]。吴鞠通在叶天士的基础上,强调气机在痰瘀阻络形成中的地位^[8]。叶天士认为,凡水谷精微的输布、气血津液的运行,均和肝主疏泄藏血功能密切相关。若肝气郁结而疏泄失常,或着津液的输布异常聚为痰饮,或血液运行受阻留而为瘀,曰“肝气久郁,痰瘀阻络”^[9],突出了肝在痰瘀互结理论中的关键地位。以上相关古代医籍学说为痰瘀互结型 NAFLD 的理论形成奠定了基础。

1.2 现代医家的认识

随着临床上现代医家对 NAFLD 的研究探讨进一步深入,痰浊、血瘀日益被关注,痰浊、瘀血既是致病因素,又是最终的病理产物,两者之间互为因果。以痰瘀互结证为切入点,就目前的主流学术观点而言,各位临床专家学者认为 NAFLD 总的病机为肝失疏泄,脾虚失运,或兼肾精不足,湿浊(湿热、酒毒)内蕴,痰浊内蓄,瘀血阻滞,而最终形成湿、浊、痰、瘀、热、酒毒等多种病理产物相互交结,痹阻于肝络^[10]。在病理情况下,肝体受损,肝脏的功能活动异常,肝脏疏泄功能失常引起脾运化功能减弱,肾主水功能也会受影响,痰浊和瘀血作为病理产物,又接着反过来影响肝脾肾功能、加重病情,如此反反复复形成恶性循环。著名“肝病大师”关幼波先生认为脂肪肝的发病基础为肝湿浊内生,聚而成痰,日久入血,积于肝脏,血行不畅,痰瘀互结,阻滞脉络,关先生提出“痰瘀学说”,治疗应从痰瘀论治,调气化痰活血,并强调治疗伊始,理气化痰活血,应通透肝络,要顺其性,防其转变^[11]。全国名老中医盛国光教授主张“肝癖”是由于痰湿蕴结肝经,致肝气不舒,气血不畅,而瘀血内生,痰湿痰瘀互结于肝脏,为积为痛。盛教授认为痰瘀互结一般属于非酒肝的中期阶段,治以应清热化痰,活血祛瘀消积^[12]。林雪梅等^[1]认为 NAFLD 病机为肝失疏泄、脾虚失运,使肝血瘀滞、脾虚湿盛,导致痰瘀互结于体内,痰、瘀、湿为病理关键,因此应以清肝健脾为主要治疗法则。何聪等^[13]认为湿、痰、瘀为该病的主要的病理基础,因聚湿化痰,蕴久化热,因痰生瘀,痰与瘀转结壅塞于肝络而致病,因此祛湿化痰是防治 NAFLD 的根本大法。李勤等^[14]认为痰瘀互阻为本病主要病理因素,本病为本虚标实之证,脾虚是病机的根本,肝郁为本病之关键环节,痰和瘀贯穿疾病始终,通过辨证应该予以疏肝健脾,化痰祛瘀之法。李军祥等^[15]虽然诸学者对 NAFLD 的病机看法各不相同,但对痰瘀痹阻肝络病机的理解是一致的。NAFLD 为属于痰湿之邪在肝脏异常堆积的一种病理改变,致使肝细胞发生脂肪性病变,因此痰湿和瘀血是 NAFLD 的共性病机。

2 痰瘀互结论治非酒精性脂肪肝的基础研究

现代研究发现 NAFLD 痰瘀互结证具备其相关的生物学基础,痰瘀互结证相较于 NAFLD 的其他证候类型,血液流变学表现为更为显著的高黏状态,提示代表血液“浓、黏、聚”的全血黏度、血浆黏度、红细胞比容,可以看作是反映脂肪肝痰瘀互结证的主要客观指标之一^[16-17]。这同“痰致气机阻滞,气机受阻则血行不畅,气血与痰胶着则为痰瘀,慢性肝病的进展变化,

莫不由于痰瘀作祟”相符合^[18-19]。

相比于湿浊内停、肝郁脾虚、湿热蕴结证的 NAFLD 患者,痰瘀互结证患者的年龄往往更高,且以男性更多见;同时,他们的收缩压与舒张压也明显高于其他证型^[20]。痰瘀互结证同其他证型在体质指数(BMI)上亦有差异,表现为前者显著高于其他各个证型,同时又常伴有 TG 升高^[21]。类似于体质指数,痰瘀互结证在脂肪受控衰减参数(FAI 值)上亦显著高于脂肪性肝病其他证型^[22-23],反映在超声分级上痰瘀互结证病情表现最重^[24],而 CT 上也有相似表现(肝脏与脾脏 CT 比值最低)^[25]。在肝功能上,痰瘀互结证的 ALT 值同健康人相比明显增高,且明显超过其他几种证型(除外湿热蕴结证)^[26],并且痰瘀互结证与 ALT 指标之间有明显关联,说该证型中肝细胞脂肪变性较其他证型更为严重^[27]。更值得注意的是,在外周血血红蛋白(HGB)上,痰瘀互结证 HGB 高于其他几个证型,这也是痰瘀互结证肝络受损程度的表现^[28]。

在阐明 NAFLD 的发病机制的过程中,目前普遍较为认可的是“二次打击”理论^[29-31]。即第一重打击为脂质代谢障碍和胰岛素抵抗,是后续发生脂肪肝炎的前提因素,第二重打击是在首次打击的基础上,脂质过氧化和氧化应激反应导致在肝脏实质细胞内发生炎性反应。研究表明机体 NAFLD 状态下,游离脂肪酸发生过氧化,产生大量氧自由基,促进氧化应激和脂质过氧化,同时促使 TNF- α 、CYP2E1 等炎性介质释放,炎性状态激活 JNK 信号通道,介导胰岛素抵抗^[32]。其中张玉佩等^[33]认为痰瘀交阻的程度越严重,代表肝内脂质堆积状况越是突出,并且随着脂肪肝疾病的发展,IR 指数愈高,则痰瘀交阻的程度也愈严重。在脂肪肝患者所发生的第二次打击过程中,氧化应激反应、脂质过氧化等产物与痰瘀交阻之间存在一致性。夏蓉等^[34]通过实验证明中药化痰方和活血方对 NAFLD 大鼠的氧化应激损伤均有明显的干预效果,从而证实了在 NAFLD 的发病过程中,“痰”和“瘀”是同时存在的。

3 痰瘀互结论治非酒精性脂肪肝的临床研究

根据临床观察,发现易感本病之人多形体偏胖,中医学认为肥人多痰,痰瘀同源,因此痰瘀为病的特点更加被临床医师们所关注^[3]。临床以化痰祛瘀为总的治疗法则,在缓解本病的临床症状,改善肝功能指标,以及在降血脂,抗肝纤维化等方面取得了较为满意的临床疗效,并且尚未见到相关的不良反应。黄天生等^[35]运用化痰助运方有效地改善 NAFLD(痰湿型)患者的临床表现,印证了化痰祛瘀可以很好的治疗 NAFLD,明显降血脂,改善胰岛素抵抗,提高脂联素水平。王国华^[36]通过随机对照研究观察到祛瘀化痰方能有效降低 TC、TG、ALT 和 AST 水平,证实了加用祛瘀化痰方可在较好地保护患者的肝功能的同时,促进患者的血脂恢复正常水平。勉发萍等^[37]的中药活血消脂方可以减轻 NAFLD 痰瘀互结证临床不适症状和体征,改善肝功能指标以及 TNF- α 、TGF 及 FFA 水平。

4 非酒精性脂肪肝的中医辨证论治

4.1 痰瘀互结证的病因病机

(1)过食肥甘厚味,脾胃失于运化。精微物质无法化生转化,反生痰湿,阻碍气血运行,血瘀阻滞。(2)多逸少劳,痰瘀内生。长时间缺乏体育锻炼,脾胃运化功能显著减弱,导致精微物质的运输和分布动力不足,造成痰湿内停,阻塞血脉,血停生瘀,瘀血痰湿搏结而致病。(3)情志内伤,生痰生瘀。七情失调,可直伤脏腑,导致脏腑功能失常,也可通过影响气机,影



响津血运行,而变生痰湿膏脂沉积于肝而发病。(4)体质因素,气虚多痰。素体禀赋在一定程度上决定对某些疾病的易发性。素体禀赋先天源于父母,NAFLD亦呈现家族聚集性^[38]。(5)他病累及。肥胖症、糖尿病、高脂血症、糖耐量异常等代谢综合征均可发为NAFLD^[39]。

4.2 痰瘀互结证的临床表现和诊断标准

痰湿与瘀血两邪相互生化,《诸病源候论痰饮病诸候》“诸痰者,此为血脉壅塞,饮水积聚”所指出的瘀血化痰的理论。表明瘀血不散,日久则会化为痰湿,两者可互为因果^[40]。《景岳全书痰饮》言“痰涎皆本血气,若化失其正,则脏腑病,津液败,而气血即成痰涎”。故脾失运化,水聚而成痰浊,血行不畅则留而生瘀,气血痰瘀相互结于胁下而致肝气难调。有关临床诊断标准,参考《非酒精性脂肪性肝病中西医结合诊疗共识意见》(2017年)^[41],符合下列主症中的一项和次症中的一至二项,再根据舌苔脉象和生化及超声检查,则可辨证证为痰瘀互结证。主症:①肋肋刺痛或钝痛;②胁下痞块;③面色晦暗;④形体肥胖。次症:①胸脘痞满;②咯吐痰涎;③纳呆厌油;④四肢沉重。舌脉:舌质暗红、有瘀斑,舌体胖大,边有齿痕,苔腻,脉弦滑或涩^[28,41]。

4.3 痰瘀互结证的治则治法

NAFLD痰瘀互结证总的治疗原则应当是痰瘀同治为主。痰瘀互结归根结底为本虚标实之证,治疗时除了针对性治疗“痰”“瘀”之外,还应当基于病因,辨证论治,祛邪扶正兼顾。化痰祛湿、活血化痰的同时,辅以疏肝理气、健脾消积、养阴生津等治法才可取得较好的临床疗效。因肝郁而至脾虚者当以“逍遥散”疏肝健脾治之。《内经》有“土疏泄,苍气达”^[42],意为应顺应肝用升发之性,开郁散滞,养肝体之阴血,健脾胃疏肝气,使得肝疏泄有常,脾运化有司,则气血才能正常化生。若因木郁乘土,或因饮食失常而引起痰湿不化者可以用二陈汤健脾益气,化痰祛湿^[43]。《丹溪心法》论治痰病时提出:“不治痰而治气,气顺则一身之津液亦随气而顺矣”,脾为生痰之源,肺为储痰之器,故在治痰湿时仍需顾肺。痰湿凝滞而成瘀者,可以二陈汤合膈下逐瘀汤以活血化痰,祛痰散结。肝络乃藏血行气之所,李丹溪认为“久病阴火上升,津液生痰不生血,宜补血以制相火,其痰自除”。痰瘀都为有形之实邪,日久凝滞不行必会生热,故可茵陈蒿汤加减以清热利湿。《金匱要略》论“寒热不食,食即头眩,心胸不安,久久发黄为谷疸,茵陈蒿汤主之”。水谷积热为谷疸的病机与脂肪肝之湿热属于同一类,治应清热利湿退黄。因热伤阴,久病可及肾,予一贯煎加减以疏肝解郁,滋补肾阴。肝体阴而用阳,肝肾之阴血不足,宜佐金平木、滋水涵木,解肝郁,养阴血,益肾精。

5 小结

本研究对痰瘀互结型NAFLD的古今理论渊源到因机证治等方面的相关研究和理论进行了总结,表明本病的发生多因饮食缺乏有度节制,过多食用膏粱厚味之品、久卧久坐,体态过胖,酒湿过盛,久病体虚或药石所伤^[44],病理基础与痰、湿、瘀、积有关^[45];痰瘀互结既是NAFLD的关键致病因素,也是其所产生的病理产物,双方彼此转化,互为病因、互为结果,互结于胁下而致肝气难调,导致肝失疏泄,脾失健运,湿邪内生,痰浊内蕴,肾精亏损,痰浊不化等^[46],脂肪代谢失常,在肝脏异常堆积,最引致肝细胞脂肪性病变,肝脏功能被破坏。治疗上在痰瘀互结理论的指导下结合中医整体观,以化痰祛瘀为总的治

法,最终可有效改善患者症状及临床指标。此外究其根源,NAFLD源于不平衡的饮食结构,和不良的生活习惯,因此在治疗上除了通过使用药物修复肝脏机能,从而改善疾病状态以外,从根本上仍应该通过积极锻炼,规律生活节奏,低脂以及高蛋白饮食结构的调整,最终纠正不良生活习惯,获得健康轻松的身心状态。

参考文献

[1] 林雪梅,陈珊,唐玉琴,等.清肝健脾法治疗脾虚痰瘀互结型非酒精性脂肪性肝炎40例临床观察[J].中国民间疗法,2020,28(21):67-71.

[2] 薛竹,路波,杨栓柱.脂肪肝的中医药治疗进展[J].世界最新医学信息文摘,2019,19(30):139-141.

[3] 武红胜.消癥散积Ⅱ号方治疗非酒精性脂肪性肝病(痰瘀互结证)的临床研究[D].张家口:河北北方学院,2019.

[4] 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共识意见[J].北京中医药,2011,30(2):83-86.

[5] 祁爱凤,梁平书,王璐,等.从消癥散积论治痰瘀互结型非酒精性脂肪性肝病[J].环球中医药,2020,13(10):1731-1733.

[6] 吴珊.从热论治老年性痴呆诊疗经验研究[D].咸阳:陕西中医药大学,2020.

[7] 薛小娜,卫利,刘奕,等.从痰瘀论治小儿多发性抽动症[J].环球中医药,2019,12(5):739-742.

[8] 于贤泊昊.基于中医传承辅助系统痰瘀互结证的用药研究[D].沈阳:辽宁中医药大学,2020.

[9] 韦丽荣.气虚痰瘀论的古代文献研究和学术源流探讨[D].广州:广州中医药大学,2016.

[10] 朱丹,孙婷婷,陈兰羽,等.脂肪性肝病中医药认识[J].辽宁中医药大学学报,2020,22(5):70-73.

[11] 齐京,王新颖,徐春军.关幼波中医药防治脂肪肝学术思想及临床经验[J].北京中医药,2012,31(11):824-825,847.

[12] 杨妮,徐建良,盛国光.盛国光教授治疗非酒精性脂肪性肝病的经验[J].中西医结合肝病杂志,2020,30(3):242-243,269.

[13] 何聪,孔婧,王慧超,等.祛湿化痰法治疗非酒精性脂肪肝研究进展[J].陕西中医,2020,41(12):1843-1845.

[14] 李勤,谢冰听,靳敏,等.从虚、郁、痰、瘀论治2型糖尿病合并非酒精性脂肪肝[J].陕西中医,2020,41(5):653-655.

[15] 李军祥,陈润花.非酒精性脂肪性肝病的中医药研究进展[J].现代消化及介入诊疗,2009,14(3):180-185.

[16] 范小芬,邓银泉.非酒精性脂肪肝血液流变学变化与中医证型关系[J].浙江中医杂志,2002(6):34-35.

[17] 张涛.基于聚类、因子和logistic回归分析对NAFLD中医证候的初步研究[D].广州:广州中医药大学,2008.

[18] 赵伯智.关幼波肝病杂病论[M].北京:世界图书出版公司北京公司,1994:3-4.

[19] 周福生.肝病中西医结合治疗的思考与启示[C]//广东省肝脏病学会中医药学专业委员会第五次学术会议论文集,2016:4-6.

[20] 刘乐鑫,池晓玲,林姗姗,等.非酒精性脂肪性肝病中医证型与临床指标的相关性[J].河南中医,2017,37(5):820-823.

[21] 郑珏.非酒精性脂肪肝辨证分型与体重指数、血脂的关系[J].云南中医学院学报,2012,35(6):28-31.

[22] 宗湘裕,杜长海,刘宝珍,等.非酒精性脂肪肝患者胰岛素抵抗、脂质代谢与中医证型的关系分析[J].北京中医药,2012,31(7):493-495.

[23] 朱梦飞,刘静,王洁,等.瞬时弹性超声诊断仪实施脂肪衰减参数评价病理确诊的肝细胞脂肪变[J].中国医刊,2014,49(4):32-35.



基于“肝藏血主筋”论治眼睑痉挛

林清^{1,2},高丽丽^{1,2},石春兰^{1,2}

(1. 福建中医药大学,福建 福州 350122;2. 福建中医药大学附属第二人民医院,福建 福州 350003)

摘要:总结基于“肝藏血主筋”理论辨证论治眼睑痉挛的体会。肝为罢极之本,肝其性如木,木曰曲直;人体的筋主屈伸,若筋之运动失常则出现震颤、抽搐等症状;眼睑痉挛中医属“目睛瞬动”范畴,初起多因外感六淫之邪,久而邪气耗伤阴血,阴虚风动,致使眼睑不自主抽动。基于“肝主藏血,肝主筋”的特点,主张治疗眼睑痉挛以养肝血,疏肝解痉法贯穿始末。通过养肝血、滋肝阴、息肝风、养肝筋诸法恢复眼周肌肉活动功能,以维持眼睑筋络气血调和,为眼睑痉挛的治疗提供新的思路。

关键词:眼睑痉挛;肝藏血;肝主筋;养肝血

中图分类号:R276.7

文献标志码:A

文章编号:1671-7813(2023)06-0090-03

Treatment of Blepharospasm Based on "Blood Storage in Liver and Tendon Management"

LIN Qing^{1,2},GAO Lili^{1,2},SHI Chunlan^{1,2}

(1. Fujian University of Traditional Chinese Medicine, Fuzhou 350122, Fujian, China;

2. The Second Affiliated Hospital of Fujian University of Traditional Chinese Medicine, Fuzhou 350003, Fujian, China)

Abstract:To summarize the experience of treating blepharospasm based on the theory of "Blood Storage in Liver and Tendon

基金项目:福建省卫健委中青年骨干项目(2019-ZQN-78)

作者简介:林清(1995-),女,福建罗源县人,硕士在读,研究方向:神经内科系统疾病的临床研究。

通讯作者:高丽丽(1982-),女,山西大同市人,副主任医师,硕士,研究方向:神经内科系统疾病的临床研究。E-mail:gaolilidexingfu@163.com。

- [24] 王玉衡,张海鸥.应用脂肪衰减参数评价非酒精性脂肪肝与中医证型关系[J].中西医结合肝病杂志,2017,27(1):16-19.
- [25] 杨灏.非酒精性单纯性脂肪肝中医证型与血清铁蛋白、血脂等指标的相关性研究[D].福州:福建中医药大学,2017.
- [26] 刘秉华,陶弘武.脂肪肝中医辨证与CT分型相关性研究[J].辽宁中医药大学学报,2016,18(6):186-189.
- [27] 蔡秀媛,吴春城,梁惠卿,等.非酒精性脂肪性肝病中医证型与客观指标的相关性[J].医学信息,2020,33(9):21-23.
- [28] 谢长飞,黄笑梅,杨涛.脂肪肝常见中医证型与生化指标的关系分析[J].湖南中医药大学学报,2018,38(3):296-301.
- [29] DAY CP, JAMES OF. Steatohepatitis: a tale of two "hits"? [J]. Gastroenterology, 1998, 114(4):842-845.
- [30] 董姝,刘平,孙明瑜.非酒精性脂肪肝发病机制——“二次打击”学说研究进展[J].临床肝胆病杂志,2012,28(7):551-555.
- [31] 周雨,张智伟,王京奇.从“二次打击”学说探讨中药防治非酒精性脂肪肝的研究进展[J].中医药导报,2017,23(18):109-111.
- [32] 张若宣,吕文良.中医治疗非酒精性脂肪肝的研究进展[J].湖北中医药大学学报,2019,21(5):122-125.
- [33] 张玉佩,杨钦河,孔怡琳,等.从痰瘀角度探讨脂肪肝“二次打击”学说[J].新中医,2010,42(10):11-12.
- [34] 夏蓉,车念聪,袁梦,等.化痰与活血方对非酒精性脂肪肝氧应激的影响[J].中华中医药杂志,2011,26(2):260-263.
- [35] 黄天生,郭召平,尚莹莹,等.化痰助运方治疗非酒精性脂肪肝(痰湿型)的临床观察及对脂联素的影响[J].辽宁中医杂志,2017,44(2):306-311.
- [36] 王国华.祛瘀化痰方治疗非酒精性脂肪肝痰瘀互结证临床观察[J].新中医,2016,48(5):93-95.
- [37] 勉发萍,杨如意.活血消脂方对非酒精性脂肪肝患者TNF- α 、TGF及FFA影响的研究[J].世界最新医学信息文摘,2018,18(9):136-137.
- [38] 许勇,陶颖,苟小军.非酒精性脂肪肝中医病因病机探析[J].中华中医药学刊,2016,34(11):2586-2589.
- [39] 李园园,于泳,王菲,等.家族性脂肪肝病及其一级亲属代谢异常情况调查[J].中华肝脏病杂志,2016,24(6):435-440.
- [40] 程玉佩,张明香.从痰瘀论治非酒精性脂肪肝研究进展[J].辽宁中医药大学学报,2018,20(11):157-160.
- [41] 李军祥,陈諝,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.
- [42] 李花.中医“肝脾相关”的理论和应用研究[D].长沙:湖南中医药大学,2010.
- [43] 祁佳,张宇锋,夏清青.二陈汤治疗非酒精性脂肪肝的系统评价[J].辽宁中医杂志,2015,42(12):2276-2280.
- [44] 刘远琴,李海涛.脂肪肝的中医药治疗[J].中国医疗前沿,2009,4(1):63.
- [45] 杨泉海.中医药治疗脂肪肝的研究与评价[C]//中华中医药学会第十三届内科肝胆病学术会议论文汇编,2008:382-385.
- [46] 罗科学,潘智敏.老年脂肪肝的研究近况[J].浙江中医药大学学报,2009,33(2):293-294.