

## 非酒精性脂肪肝中医病因病机探析

许勇,陶颖,苟小军

(上海市宝山区中西医结合医院,上海 201999)

**摘要:** 结合非酒精性脂肪肝患者的中医证型、体质类型、发病年龄等因素探讨了脂肪肝发病过程中的中医病因病机。非酒精性脂肪肝的发病多与嗜食肥甘厚味、好逸恶劳、情志不遂、先天禀赋、它病失治等诸多因素有关,这些因素导致肝郁脾虚、肾气不足、痰浊瘀血留而不去,引发本病。探讨和总结了非酒精性脂肪肝的中医病因、中医病机的几个方面,主要病因是肥甘厚味进食过多而运动锻炼不足,主要病机为肝郁脾虚、痰浊内蕴。

**关键词:** 非酒精性脂肪肝; 中医病因; 中医病机

中图分类号: R575.5

文献标志码: A

文章编号: 1673-7717(2016)11-2586-04

### Differentiation and Analysis on TCM Etiology and Pathogenesis of Non-alcoholic Fatty Liver

XU Yong,TAO Ying,GOU Xiaojun

(Baoshan District Hospital of Integrated Traditional Chinese Medicine and Western Medicine of Shanghai,Shanghai 201999,China)

**Abstract:** In this paper, pathogenesis and etiology of fatty liver disease were discussed according to TCM syndrome types, physical types, age and other factors in patients with non-alcoholic fatty liver. The incidence of nonalcoholic fatty liver was more related with eating sweet and thick food, indolent, emotions failing, congenital disease without treatment and many other factors. These factors led to liver depression and spleen deficiency, kidney-qi deficiency, phlegm-turbidity and blood-stasis without removing, which initiated this disease. The author discussed and summarized the several aspects of TCM pathogenesis and etiology of non-alcoholic fatty liver. The main cause is eating too much sweet and thick food and lack of exercise and the main pathogenesis is liver depression and spleen deficiency as well as the phlegm stasis.

**Key words:** non-alcoholic fatty liver; traditional Chinese pathogenesis; traditional Chinese etiology

收稿日期: 2016-07-06

基金项目: 国家自然科学基金项目(81473475); 上海市进一步加快中医药事业发展三年行动计划项目(ZY3-RCPY-3-1013)

作者简介: 许勇(1969-),男,四川岳池人,副主任医师,硕士,研究方向: 内科。

通讯作者: 苟小军(1975-),男,陕西千阳人,副主任药师,博士,研究方向: 临床药学与体内代谢。

反复,病情深重难于治愈,治疗非一朝一夕而能见效,需要持久战,且不可自行中断。RA 治疗的最终目标是减轻关节疼痛,阻止关节功能丧失及防止和控制关节破坏,维持日常活动,尽可能提高生活质量。此例患者经前后 30 余剂汤药治疗,患者关节疼痛及肿胀症状明显缓解,关节功能有所改善,离目标治疗更近一步。仔细分析导师治疗的处方,山茱萸、补骨脂、熟地均入肾经,具有益肾壮骨之功效,芍药、甘草酸甘敛阴,缓急止痛。当归活血养血,六药合用,滋补肝肾,强筋壮骨。其中山茱萸是导师处方时最常用的药物,张锡纯认为山茱萸有补肝通络之作用,在《医学衷中参西录》中“萸肉不但酸敛,……酸敛之中大具条畅之性,故善于治脱,尤善于开痹也,大抵其证原属虚痹……”三棱、莪术、僵蚕、全蝎、土鳖虫活血行瘀、化痰通络,再配合通经活络草木之品,全方具有益肾壮骨、通痹通络之功效。

#### 参考文献

- [1] 蒋明,DAVID YU 林孝义,等. 中华风湿病学[M]. 北京: 华夏出版社,2004: 697-698.
- [2] 唐福林. 风湿免疫科医师效率手册[M]. 北京: 中国协和医科

大学出版社,2001: 87.

- [3] 吕爱平,景录,徐世杰,等. 实验性低钙肾虚痹证的病理学改变[J]. 中国中西医结合杂志,1995(特集): 83.
- [4] 吕爱平,王安民,艾景录,等. 肾虚痹证发病机理研究[J]. 中医杂志,1995(8): 492.
- [5] 薛轶燕,苏励,田雨. 从痰瘀互结论类风湿关节炎[J]. 河北中医,2012,34(3): 371-373.
- [6] 陈美玲,周学平. 类风湿关节炎继发骨质疏松的中药病机探讨[J]. 风湿病与关节炎,2013,2(4): 42-43.
- [7] 尹谢添,杨德才. 补肾壮骨汤治疗类风湿关节炎临床观察[J]. 湖北中医药大学学报,2011,13(2): 18-20.
- [8] 朱良春. 国医大师朱良春[M]. 北京: 中国医药科技出版社,2011: 138,144,179-180.
- [9] 韩善穷,金实. 痹证从络论治用药规律探讨[J]. 辽宁中医杂志,2005,32(6): 538.
- [10] 韩尽斌,方樑. 周学平教授应用藤类药治疗类风湿关节炎经验介绍[J]. 新中医,2010,42(6): 137.
- [11] 陈四清. 运用藤类药治疗痹证[J]. 江苏中医药,2006,27(4): 42.

现今社会随着人们生活水平提高、饮食结构和生活方式的变化,脂肪肝的发病率明显上升。非酒精性脂肪肝(NAFLD)是一种无过量饮酒史,以肝实质细胞脂肪变性和脂肪堆积为特征的临床病理综合征。NAFLD可引起脂肪性肝炎、肝纤维化、肝硬化、肝功能衰竭等病变,与胰岛素抵抗、2型糖尿病、动脉硬化性心脑血管疾病关系密切<sup>[1]</sup>。本文结合中医证型与体质类型的流行病学调查文献,以及发病年龄层次等因素,探讨脂肪肝发病过程中的中医病因病机。

## 1 NAFLD 中医病名

中医古代文献中未见“脂肪肝”之名,祖国医学根据其证候表现多归属于中医学的“胁痛”、“痰浊”、“痞满”、“肥气”、“积聚”等范畴。早在《内经》中便有论述,如《素问·五常政大论》云“饮食自倍,肠胃乃伤”。《灵枢·百病始生》云“湿气不行,凝血蕴里而不散,津液涩渗,著而不去,而积皆成矣。”

中国中医研究院朱振红等<sup>[2]</sup>根据《难经·第五十六难》谓“肝之积,名曰肥气,在左胁下,如覆杯,有头足”,以肝积论之(将“脂肪肝”称为“肝积”)。

## 2 NAFLD 中医病因

中医治疗脂肪肝有较好的疗效,而明确其本病的病因病机对治疗与预防有积极的意义。分析探讨中医病因、病机各有六个方面。中医病因如下。

2.1 过食肥甘厚味 营养平衡饮食(正常饮食)是为人体提供日常所需能量的保证,人体五脏六腑、四肢百骸的生理活动所需的气血津液皆由正常饮食及五味所化生。若长期食用高热量高脂饮食,则容易导致脂肪肝。过食肥甘厚味,阻碍脾胃运化,脾失健运,水谷精微不能输布转化为营卫气血,反成痰浊膏脂,痰浊内蕴,蕴结于肝,发为本病。

《素问·痹论》曰“饮食自倍,肠胃乃伤”。《素问·生气通天论》云“阴之所主,本在五味,阴之五宫,伤在五味”。《临证指南医案·湿》云“而但湿从内生者,必其人膏粱酒醴过度”。《医学入门》中所云“善食厚味者生痰”。

凡高热量饮食、高蛋白饮食、高脂饮食,均属于肥甘厚味。笔者见到不少长期吃素的人,仍然肥胖,患有高脂血症、脂肪肝、糖尿病、动脉粥样硬化、心脑血管塞等营养相关性疾病。什么原因呢?这类患者中,大多喜欢吃面食、粉条、土豆、芋头、红薯等含淀粉较多的食物,热量过剩。

郑佳连等<sup>[3]</sup>研究212例NAFLD,体质指数BMI超标164例,提示多数NAFLD患者体质超重,考虑可能其过食肥甘之物,导致脾胃运化不及,痰湿聚集而发病。朱华荣等<sup>[4]</sup>调查非酒精性脂肪肝390例中,360例脂肪肝患者都有暴饮暴食习惯(92.3%),特别是晚餐多以肉食为主,男性多于女性。

2.2 多逸少劳 “多逸少劳”是一个中性词,实际上就是“好逸恶劳”。适度休息可以恢复体力,消除疲劳。长时间缺乏锻炼、缺少劳动、长时间的多逸少劳,可成为致病因素。《素问·宣明五气论》有“久视伤血,久立伤骨,久行伤筋”,“久卧伤气,久坐伤肉”。《张氏医通·胁痛》云“饮食劳倦之伤,皆足以致痰凝气聚”。

潘丰满等<sup>[5]</sup>认为脂肪肝患者由于少劳多逸,使气血运行不畅,脾胃功能减弱,脾失健运而致病。储建坤等<sup>[6]</sup>研究提示NAFLD的独立危险因素为BMI(体质指数)、TG(甘油三酯)、FBG(空腹血糖)增高。何秀玲等<sup>[7]</sup>调查956例老年人脂肪肝患者中,超重及肥胖的人数达到840例,占87.87%。陕西学者<sup>[4]</sup>调查非酒精性脂肪肝患者390例,不运动者240例,有占61%,有暴饮暴食习惯92.3%。这些研究表明,肥甘厚味进食过多而消耗热量的运动锻炼不足,这两大不良生活习惯,已成为NAFLD的两大核心病因。

2.3 情志内伤 《素问·阴阳应象大论》云“人有五脏化五气,以生喜怒悲忧恐”。朱丹溪《医林绳墨》曰“气也,常则安,逆则祸,变则病,生痰动火,升降无穷,燔灼中外,血液稽留,为积为聚”。《金匱翼·胁痛统论》说“肝郁胁痛者,悲哀恼怒,郁伤肝气。”

七情失调,既可直接伤及内脏,致使脏腑功能紊乱;也可导致气机升降失调,影响水液代谢、血液运行,而变生痰、瘀;也可因肝失疏泄、气机逆乱,横犯脾胃。脾的运化有赖于肝的疏泄功能正常,肝失疏泄则脾失健运,脾失健运则水谷不能归于正化,精微不能输布,化为脂膏痰浊沉积于肝而发病。

郑佳连等<sup>[8]</sup>研究沈阳地区NAFLD中医证型及其相关因素发现,男性患者中,“痰”“瘀”病理因素最为明显,而女性患者中,除了“痰”“瘀”,情志因素同样重要。

2.4 长期少量饮酒 酒为百谷酿制而成,乃熟谷之液,其味美而清香可口,性热上升,能散寒行血、开胃进食,用酒炮制药材能增其行气血之力,能引药上行;如适量饮用,具有贻神御寒的作用;若长期大量嗜酒,必致湿热蕴结,热聚成毒。

酒之为毒,历代早有认识,《内经》中指出“酒性苦热”。《诸病源候论》曰“夫酒癖者,因大饮酒后,酒与饮不散,停滞于胁肋下,结聚成癖,时时而痛…今人荣卫痞涩,痰水停积者,因复饮酒,不至大醉大吐,反酒与痰相搏,不能消者,故令腹满不消”。《本草纲目》曰“痛饮则伤神耗血,损胃亡精,生痰动火。”

长期饮酒过多,其重者可导致酒精性肝病、酒精性脂肪肝、酒精性肝硬化、甚至酒精性脑病,然而,其不严重者,喜欢长期少量饮酒(喝小酒,男性每日酒精摄入量 $\leq 50$ g,女性 $\leq 25$ g)亦可引起非酒精性脂肪肝。从现代生物化学来看,白酒、啤酒、葡萄酒中,均含有酒精(乙醇),一两酒精(50g)对肝脏不产生毒性作用,具有1500千焦的热卡含量,绝大多数群众的喝酒桌上,配有营养较高的下酒菜肴。因此常饮酒者,会摄入过多热量,以致营养过剩,过剩的营养成分在体内转化为痰浊膏脂,储积于肝而产生非酒精性脂肪肝。

2.5 体质因素 先天禀赋强弱与偏颇,形成身体体质类型。中医认为素体禀赋决定对某些病邪的易感受性,如《灵枢·五变》记载“肉不坚,腠理疏,则善病风”,“五脏皆柔弱,善病消瘵”,“小骨弱肉者,善病寒热”。《丹溪心法》:“凡肥人多痰,乃气虚也”。《石室秘录》:“肥人多痰,乃气虚也,虚则气不能运化,故痰生之”。

清·吴德汉在《医理辑要·锦囊觉后篇》中云“要知易风为病者,表气素虚;易寒为病者,阳气素弱;易热为病者,阴气素衰;易伤食者,脾胃必亏;易劳伤者,中气必损”。均说明素体禀赋在一定程度上决定对某些疾病的易发生性。

罗伟等<sup>[9]</sup>研究218例中医体质,偏颇体质为主,共200例,占92%,而平和质18例,仅占8.3%;偏颇体质中,前三位依序为:痰湿质(19.7%),气虚质(17.0%),湿热质(14.6%)。何秀玲等<sup>[10]</sup>研究956例老年人脂肪肝中医体质分型,前三位分别是:痰湿质321例,占33.58%;气虚质189例,占19.77%;湿热质155例,占16.21%;而平和质仅42例,占4.4%。赵文露等<sup>[11]</sup>研究1163例非酒精性脂肪肝患者体质类型,发现气虚质(34.48%)和痰湿质(31.90%)占大多数,明显高于其他体质类型,而平和质仅64例,占5.5%。汪秀琴等<sup>[12]</sup>对202例非酒精性脂肪肝患者中医体质研究发现,以痰湿质(55.4%)和气虚质(38.1%)为多,明显高于其他体质,其中又以痰湿质最多,痰湿质与气虚质的患者更易出现体质质量指数升高,而平和质仅17例,占9.4%。宁凯笛等<sup>[13]</sup>研究492例NAFLD患者中医体质前四位为:痰湿质168例,占34.1%;瘀血质74例,占15%;阴虚质60例,占12.20%;而平和质47例,占9.6%。该研究中阴虚质位列第3,且平和质比例超过阳虚质(7.5%)、气虚质(6.3%),可能与贵阳市位居云贵高原而气候比较干热、当地人体魄比较结实有关。

上述研究共同提示,痰湿质、气虚质是NAFLD患者最主要的体质类型,而平和质极少,仅4.4%~9.6%。

2.6 他病失治 《景岳全书·胁痛》云“胁痛之病,本属肝胆二经,然而心肺脾胃与膀胱亦皆有胁痛之病,但以邪在诸经气逆不解,必次相传”。

一些其他疾病迁延发展、久治不愈,如药物性肝损害、病毒性肝炎、肥胖、糖尿病、糖耐量异常、高脂血症等,也可并发NAFLD。必余强等<sup>[14]</sup>研究发现慢性乙肝患者肝脏脂变发生率为33.4%,明显高于正常人。2型糖尿病合并脂肪肝<sup>[15]</sup>在临床发病率较高,其发病机制已被证实与胰岛素抵抗或瘦素异常有关。

### 3 NAFLD中医病机

3.1 脾失健运 脾胃者,仓廪之本,营之居也,名曰器,能化糟粕、转味而入出者也。脾主升清,胃主降浊,脾胃健运则水谷精微可得正常运化及输布。若有饮食不节,劳逸失常,忧思伤脾,或病后正气虚弱,或肝脏失养,气机不畅影响脾之健运,均可使脾胃受伤,脾失健运,水谷精微不归正化,精微反为糟粕,生湿化痰,发为本病。

《证治准绳》中曰“脾虚不分清浊,停留津液而痰生”。《古今医鉴》中有“胁痛或痰积流注于血,与血相搏留为病”,认为脂肪肝属于积聚与痰瘀范畴,但其本在于脾。“浊气在上,则生嗝胀”(《素问·阴阳应象大论》),则从宏观角度具体阐述了“嗝胀”形成的机理,饮食中的重浊之气不能顺利地归于肠腑,而引起上腹胀满等症状。NAFLD患者常表现为上腹压迫感或胀满感,为“浊气在上”的临床表现。宗湘裕<sup>[16]</sup>通过对216例非酒精性脂肪肝患者进行调

查发现,脾虚湿盛型最多,占比为32.41%,提示脾失健运为本病的重要基础病机。

3.2 肝气郁结 《素问·宝命全形论》:“土得木而达之”。肝气条达,气机通畅,则气血运行,脾胃运化正常,痰瘀无从化生。肝属木,喜调达,气机的调畅依赖于肝疏泄功能的正常。肝疏泄功能正常则气血和调,津液敷布全身;若疏泄失常,则气机不调,水道不通,气津不化,气血津液输布障碍,水停饮聚,凝而成痰成脂;同时,肝的疏泄功能正常,是脾胃正常升降的重要条件<sup>[17]</sup>。若肝之疏泄功能失常,直接影响脾的运化升清功能,表现为肝失疏泄,脾虚不运,精微不布,聚湿生痰,壅于肝脏,发为脂肪肝。

徐亮等<sup>[18]</sup>调查523例NAFLD患者各中医证型与客观化指标的关系时发现,证型比例最多的是肝郁脾虚证,占32.3%、其次为湿热内蕴证,占29.4%、痰湿内阻证,占23.9%。郑珏<sup>[19]</sup>通过对602例非酒精性脂肪肝患者辨证分型与体质质量指数、血脂的关系研究发现,NAFLD患者以肝郁脾虚证最多见。两文提示肝郁气滞是本病的重要基础病机。

3.3 肾气亏虚 肾为先天之本,内居元阴、元阳。肾为痰之根,脾为痰之源。《素问·阴阳应象大论》曰“年四十,阴气自半也”。《景岳全书·痰饮》:“五脏之病,虽皆能生痰,然无不由于脾肾。盖脾主湿,湿动则为痰;肾主水,水泛亦为痰”。

郑佳连<sup>[3]</sup>等研究212例NAFLD患者8种证型中,61~90岁患者以肝肾阴虚型为主。朱小区<sup>[20]</sup>发现NAFLD初起阶段多由于气滞、痰蕴、湿阻和阳虚为主要病机,肾阳为诸阳之本,机体脏腑功能需赖肾阳的激发和推动,肾阳不足,蒸腾气化无权,津液不化,停聚而为痰湿。徐文杰等<sup>[21]</sup>调查1273例60岁以上的老年人NAFLD中医证型,肝肾不足证型最多,占67.56%,远远超过占33.15%排列第二的痰湿壅阻证。研究提示,中老年人NAFLD与肾中精气不足密切相关。

3.4 痰浊内阻 脾失健运,或肝失疏泄,或肾气亏虚,均可致水谷精微运化输布失常,转化为痰、湿、浊、脂堆积在体内,形成痰浊内蕴。

李合国<sup>[22]</sup>通过对国医大师李振华教授临床经验的总结认为,脾主运化,胃主收纳,“饮食自倍,肠胃乃伤”;脾主肉久坐伤肉;脾在志为思,“思伤脾”、“劳则气耗”;脾主四肢,“人动则血布四肢,人卧则血归于肝”。脾失健运,水反为湿,谷反为滞,水谷之精微化为痰饮,阻滞于肝,气机不畅,气滞血瘀,痰瘀互结而成脂肪肝。罗伟等<sup>[9]</sup>研究218例中医证型,痰湿内阻证60例,占27.5%,位列第1。徐文杰等<sup>[21]</sup>调查1273例60岁以上NAFLD老年人,痰湿壅阻证422例,占33.15%,列第2位。徐亮等<sup>[18]</sup>调查523例NAFLD患者中医证型,痰湿内阻证125例,占23.9%,列第3位。郑佳连等<sup>[8]</sup>研究212例NAFLD患者8种证型,30岁以下患者以痰湿内阻型为主,31~60岁患者以痰湿内阻和痰瘀互结证为主。上述研究共同提示,痰浊内阻是NAFLD重要基础病机。

3.5 湿热蕴结 《临证指南医案》有“而但湿从内生者,必

其人膏粱酒醴过度”认识到本病与湿热有关。《诸病源候论·积聚》云“诸脏受邪,初未能成积聚,留滞不去,乃成积聚。”

感受湿热疫毒,加之多逸少劳酿湿生热,湿热之邪中阻,损伤脾胃,脾失运化,不能输布水谷之精微,湿热瘀结于肝,湿浊凝聚而成痰,痰阻气滞,渐致血行不畅,脉络壅塞,痰浊与气血搏结于肝胆,形成脂肪肝<sup>[23]</sup>。徐文杰等<sup>[21]</sup>调查1273例60岁以上的NAFLD老年人中医证型,湿热内蕴证418例,排列第3,占32.84%。天津市徐亮等<sup>[18]</sup>调查523例患者中医证型,湿热内蕴证29.4%,排列第2。这些调查提示,湿热内蕴是脂肪肝常见证型和重要病机。

3.6 痰瘀互结 痰来自津,瘀本乎血。津血同源,故津液与血液中任何一方的运行失常都会影响到对方,而痰湿、瘀血分别是津液和血液代谢障碍的病理产物,可相互转化,由痰致瘀或由瘀致痰,痰瘀互结,又成为新的病因,导致的疾病的演绎和转变。脂肪肝病人每有痰湿阻滞,气机不利,血行不畅,则瘀血阻络蕴而不散,津液停滞,蓄而不去,积于胁下则伤肝,而肝积成矣。

张太坤<sup>[24]</sup>认为脾虚肝郁是脂肪肝发生、发展的基本病理机制,痰瘀互结贯穿始终。彭汉光等<sup>[25]</sup>研究发现,脂肪肝患者全血黏度、血浆黏度、红细胞压积也都显著提高,以痰瘀互结证明显,提示脂肪肝患者有痰湿、瘀血等病理产物的存在,这说明痰瘀互结在脂肪肝发病中的重要性。胡小娟等<sup>[26]</sup>应用彩色多普勒探讨脂肪肝常见中医证型与肝脏彩色多普勒超声血流动力学变化相关性,检测70例各常见证型脂肪肝患者肝右叶最大斜径、肝实质回声、远场回声、膈肌及肝内血管像的清晰度、肝静脉、门静脉血流参数,结果痰瘀阻络、痰湿内阻脂肪肝患者门脉内径增宽、平均血流速度明显低于健康对照组( $P < 0.01$ );痰瘀阻络与痰湿内阻有明显差异( $P < 0.01$ ),门脉内径明显增宽,平均血流速度明显减低。上述实验研究提示,NAFLD痰瘀互结患者,存在系列的病理生理改变。

#### 4 结论

综上所述,笔者总结非酒精性脂肪肝的中医病因有六个方面:过食肥甘厚味、多逸少劳、情志内伤、长期小量饮酒、禀赋偏颇体质、它病失治;中医病机亦有六个方面:脾失健运、肝失疏泄、肾气亏虚、痰浊内阻、湿热内蕴、痰瘀互结。其中,两大核心病因是过食肥甘厚味(营养摄入过多)、多逸少劳(运动锻炼不足);两大核心病机为肝郁脾虚、痰浊内蕴。本病病位在肝,与脾、胃、肾等脏腑密切相关。肝、脾、肾亏虚为本,痰、湿、瘀蓄积为标。临床发病中,上述多因素、多病机、多种病理产物,往往在多个环节相互作用,相互交织,互为因果,难以绝然划分,彼此形成不良循环、逐渐发展,逐渐加重。

#### 参考文献

- [1] 中华医学会肝脏病学分会脂肪肝和酒精性肝病学组. 非酒精性脂肪性肝病诊疗指南[S]. 中华肝脏病杂志, 2006, 14(3): 161-163.
- [2] 朱振红, 郭朋, 唐旭东, 等. 脂肪肝从毒论治[J]. 辽宁中医杂志, 2014, 41(12): 2568-2570.

- [3] 郑佳连, 卢秉久. 非酒精性脂肪肝中医证型及相关因素临床分析[J]. 辽宁中医药大学学报, 2015, 17(9): 168-170.
- [4] 朱华荣, 郭彦. 脂肪肝500例与运动量和饮食的关系调查分析[J]. 陕西医学杂志, 2014, 43(9): 1256-1257.
- [5] 潘丰满, 杨钦河, 沈英森. 脂肪肝中医病因病机特点探讨[J]. 陕西中医, 2004, 25(9): 823-825.
- [6] 储建坤, 霍晓辉, 马金城. 非酒精性脂肪肝中医证候分布特点及其相关Logistic因素分析[J]. 中华中医药杂志, 2013, 28(6): 1917-1919.
- [7] 何秀玲, 郝伟荣, 张瑞, 等. 956例老年人脂肪肝患者的中医体质分型及相关因素临床分析[J]. 四川中医, 2015, 33(1): 76-78.
- [8] 郑佳连, 卢秉久. 非酒精性脂肪肝中医证型及相关因素临床分析[J]. 辽宁中医药大学学报, 2015, 17(9): 168-170.
- [9] 罗伟, 马建伟, 董静, 等. 非酒精性脂肪肝218例中医体质类型与证型分布研究[J]. 环球中医药, 2014, 7(6): 453-455.
- [10] 何秀玲, 郝伟荣, 张瑞, 等. 956例老年人脂肪肝患者的中医体质分型及相关因素临床分析[J]. 四川中医, 2015, 33(1): 76-78.
- [11] 赵文霞, 段荣章, 刘君颖. 1163例非酒精性脂肪肝患者与气虚质痰湿质相关性研究[J]. 辽宁中医杂志, 2010, 37(8): 1543-1544.
- [12] 汪秀琴, 万凌峰, 薛博瑜. 非酒精性脂肪性肝病患者中医体质相关性研究[J]. 辽宁中医药大学学报, 2015, 17(6): 62-64.
- [13] 宁凯笛, 曹永芬. 492例非酒精性脂肪肝患者中医体质类型分布特点[J]. 贵阳医学院学报, 2015, 37(2): 24-26.
- [14] 宓余强, 刘勇钢, 徐亮, 等. 慢性乙型肝炎合并脂肪肝变的临床与病理学特征分析[J]. 中华肝脏病杂志, 2009, 17(11): 817-819.
- [15] 汪燕燕. 型糖尿病合并非酒精性脂肪肝相关危险因素及中医证素分析[J]. 河北中医, 2012, 34(12): 1789-1791.
- [16] 宗湘裕, 王万卷, 刘宝珍, 等. 216例非酒精性脂肪肝的中医证候研究[J]. 内蒙古中医药, 2013, 32(26): 130.
- [17] 张光明. 名医张学宾方药在脂肪肝中医应用[J]. 中外医学研究, 2011, 9(30): 60.
- [18] 徐亮, 宓余强, 李萍. 非酒精性脂肪肝中医证型客观化研究[J]. 中华中医药杂志, 2015, 30(7): 2544-2547.
- [19] 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.
- [20] 朱小区, 叶小丹, 吴春明. 温肾升阳法对肾虚型非酒精性脂肪肝证候的影响[J]. 浙江中医杂志, 2014, 49(2): 90-91.
- [21] 徐文杰, 陈建杰, 鄢文洁. 1273例60岁以上老年人非酒精性脂肪肝中医辨证分型初探[J]. 亚太传统医药, 2012, 8(1): 58-60.
- [22] 李合国. 国医大师李振华教授从脾论治非酒精性脂肪肝经验[J]. 中国研究, 2011, 24(7): 62-63.
- [23] 段晓燕, 范建高. 2010国家级脂肪性肝病诊疗进展研讨会纪要[J]. 胃肠病学和肝病杂志, 2010, 19(6): 566-568.
- [24] 张太坤. 中医药治疗脂肪肝的研究现状[J]. 甘肃中医, 2006, 19(4): 40-42.
- [25] 彭汉光, 王萍, 艾长征, 等. 加味四逆散治疗脂肪肝的实验研究[J]. 中国中医药信息杂志, 2003, 10(7): 32-33.
- [26] 胡小娟, 熊屏, 陈群. 脂肪肝常见中医证型与彩色多普勒超声特征的关系[J]. 湖北中医杂志, 2009, 31(1): 15-16.