

慢性乙型肝炎患者中医证型与 ALT、HBV DNA 及肝组织病理的关系

刘丽丽¹ 张国梁¹ 刘永华¹ 窦红漫² 武松³

(1 安徽中医药大学第一附属医院感染科,合肥,230031; 2 安徽中医药大学第一附属医院病理科,合肥,230031;

3 安徽中医药大学统计学教研室,合肥,230031)

摘要 目的:探讨慢性乙型肝炎(CHB)患者中医证型与肝功能、血清病毒学、免疫组化 HBsAg、HBcAg 检出率及肝组织病理之间的关系及对 CHB 的诊断意义。方法:选择 2013 年 6 月至 2016 年 8 月在我科住院的 58 例 CHB 患者,比较不同中医证型与肝功能、HBVDNA 水平、免疫组化 HBsAg、HBcAg 检出率及肝组织病理的关系。结果:1) 中医辨证分型:肝郁脾虚证(26/58,31%)和湿热中阻证(15/58,30%)出现频次最高,其他依次为肝肾阴虚证(7/58,15%),脾肾阳虚证(6/58,12%)和瘀血阻络证(4/58,12%);2) 不同中医证型和 ALT 有明显相关性,各证型之间比较有统计学意义, $P < 0.05$;不同中医证型和 AST、TBIL 无明显相关性,差异无统计学意义, $P > 0.05$;3) 不同中医证型和 HBV DNA 有明显相关性,各证型之间比较有统计学意义, $P < 0.05$;不同中医证型和 HBsAg、HBeAg 无明显相关性,差异无统计学意义, $P > 0.05$;4) 不同中医证型与免疫组化 HBcAg 检出率有明显相关性,各组间比较有统计学意义, $P < 0.05$;不同中医证型与免疫组化 HBsAg 检出率无相关性, $P > 0.05$;5) CHB 患者肝脏炎症反应 G 及纤维化程度 S 存在高度相关性, $r = 0.758, P < 0.01$;不同中医证型和肝脏炎症反应 G 有明显相关性, $P < 0.05$;不同中医证型和纤维化程度 S 有明显相关性, $P < 0.01$ 。结论:CHB 患者 ALT、HBV DNA、免疫组化 HBcAg 检出率及肝脏炎症反应 G 及纤维化程度 S 检测与中医证型间有显著相关性,对指导 CHB 患者临床诊断治疗有重要指导意义。

关键词 慢性乙型肝炎;中医证型;肝功能;HBV DNA;肝组织病理

The Relationship between TCM Syndrome Types and ALT, DNA HBV and Liver Tissue Pathology in Patients with Chronic Hepatitis B

Liu Lili¹, Zhang Guoliang¹, Liu Yonghua¹, Dou Hongman², Wu Song³

(1 First Affiliated Hospital of Anhui University of Chinese Medicine, Hefei 230031, China; 2 First Affiliated Hospital

of Anhui University of Chinese medicine, Hefei 230031, China; 3 First Affiliated Hospital of Anhui

University of Chinese medicine, Hefei 230031, China)

Abstract Objective: To investigate the relationship between TCM syndromes and liver function, serum virology, immunohistochemical HBsAg, HBcAg detection rate and liver histopathology in patients with chronic hepatitis B (CHB) and its diagnostic significance for CHB. **Methods:** Fifty-eight cases of CHB patients who were hospitalized in our department from June 2013 to August 2016 were selected, comparing the relationship between different TCM syndromes and liver function, HBVDNA level, immunohistochemical HBsAg, HBcAg detection rate and liver histopathology. **Results:** 1) TCM syndrome differentiation: liver depression and spleen deficiency syndrome (26 / 58, 31%) and damp-heat syndrome (15 / 58, 30%) appeared with the highest frequency, followed by liver and kidney yin deficiency syndrome (7/58, 15%), spleen and kidney yang deficiency (6 / 58, 12%) and blood stasis in collaterals syndrome (4 / 58, 12%); 2) different TCM syndromes and ALT were significantly correlated, with significant difference in comparison ($P < 0.05$); there was no significant correlation between different TCM syndromes and AST and TBIL, and no statistical difference ($P > 0.05$); 3) different TCM syndromes and HBV DNA were significantly correlated, with significant difference in comparison ($P < 0.05$); there was no significant correlation between HBsAg and HBeAg in different TCM syndromes, with no statistical difference ($P < 0.05$); 4) there was correlation between different TCM syndromes and immunohistochemical HBcAg detection rate ($P < 0.05$) with various groups shared significant difference, while not between different TCM syndromes and immunohistochemical HBsAg detection rate ($P > 0.05$); 5) liver inflammation G and fibrosis degree S of CHB patients were highly correlated, ($r = 0.758, P < 0.01$); different TCM syndromes and liver inflammation G were significantly correlated ($P < 0.05$); different TCM syndromes and fibrosis Degree S was significantly correlated ($P < 0.01$). **Conclusion:** The detection rate of ALT, HBV DNA, immunohistochemical HBcAg and liver inflammation G and fibrosis degree S in CHB patients are significantly correlated with TCM syndromes, which is of great significance to guide the clinical diagnosis and treatment of CHB patients.

Key Words Chronic hepatitis B; TCM syndromes; Liver function; HBV DNA; Liver histopathology

中图分类号: R285.6 文献标识码: A doi: 10.3969/j.issn.1673-7202.2017.03.021

慢性乙型肝炎(Chronic Hepatitis B, CHB)是常见慢性严重进展性肝脏疾病,据世界卫生组织报道,全球约20亿人曾感染过乙肝病毒,其中3.5亿人为CHB病毒感染者,每年约有100万人死于HBV感染所致的肝衰竭、肝硬化和原发性肝细胞癌(HCC)^[1]。因此,探索防治该疾病的有效方法一直是国内外医学界的热门课题。传统中医的核心是辨证论治,而确定证型又是中医辨证论治的前提,而中医证型缺乏统一的量化和客观公认标准,给实施循证医学和临床研究带来困难。因此,探索CHB患者不同中医证型与客观检测指标间的关系,不仅是中医现代化的要求,也是中西医结合的热点。本研究共收集58例CHB患者,并对中医证型分布与肝功能、血清病毒学指标、免疫组化HBsAg、HBcAg检出率及肝组织病理之间的关系进行探讨,现将结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 入组病例收集于安徽中医药大学第一附属医院感染科,在2013年6月至2016年8月在我科住院的58例CHB患者,其中男42例,女16例,年龄15~65岁,平均(36.90±7.57)岁,病程最短6个月,最长30年,入组前均经临床医师确诊及病理结果证实诊断,达到入组要求。

1.2 诊断标准 西医诊断标准:参照2010年中华医学会感染病学分会联合肝病学会制订的《慢性乙型肝炎防治指南》^[2],标准如下:既往感染过HBV或HBsAg阳性时间大于6个月,就诊时HBsAg仍为(+)和(或)HBV DNA载量大于正常检测上限者,可临床诊断为CHB患者。

病理诊断标准:参照2000年《全国病毒性肝炎防治方案》中的病理诊断标准^[3],将肝脏炎性反应活动度(Hepatic Inflammatory Activity Grade, G)及肝脏纤维化程度(Hepatic Fibrosis Stage, S)分为G0~G4级和S0~S4期。见表1。

中医证型诊断标准:参照2008年中华中医药学会发布的《中医内科常见病诊疗指南西医药学部分》的标准^[4],将CHB分为肝郁脾虚证、肝肾阴虚证、脾肾阳虚证、湿热中阻证、瘀血阻络证5种证型。由2名主治医师及以上中医师协同进行辨证分型。

1.3 纳入标准 1)同时满足以上CHB西医诊断标准和中医辨证标准;2)未行抗病毒药物治疗或6个月内未服用抗病毒药物。

1.4 排除标准 1)同时伴有其他病毒感染者,如合并甲型肝炎、丙型肝炎、丁型肝炎、戊型肝炎、巨细胞病毒、人类免疫缺陷病毒感染;2)伴随其他严重疾病,如合并肝硬化、瘀血性肝损害、肝癌等;3)伴随有严重的血液系统疾病、内分泌疾病、凝血异常的患者;4)6个月内已服用抗病毒药物。

1.5 肝组织病理学检查 所有入组患者肝组织取材均在彩超引导下,采用Menghini针经皮肝穿活检术,获取的肝组织呈条索状,长约15~20 mm、厚约1 mm、宽约2 mm,确保汇管区数量在2个以上,取材后立即用10%甲醛固定,常规脱水、浸蜡包埋、切片,肝组织切片进行HE染色,由安徽中医药大学第一附属医院病理科两位专家盲法读片。

1.6 统计学方法 数据分析与处理采用SPSS 19.0统计软件,符合正态分布的计量资料以例数(n)、均数和标准差($\bar{x} \pm s$)表示。2组间计量资料比较采用 t 检验,多组间比较采用方差分析。不符合正态分布资料采用M(Q)表示,分析采用非参数检验。计数资料采用构成比表示,组间比较采用卡方检验,等级资料采用非参数检验进行分析。双变量正态分布资料采用Pearson相关系数,对不符合正态分布资料或等级资料采用Spearman相关系数,以 $P < 0.05$ 为有统计学意义的标准。

2 结果

2.1 中医证型分布特点 通过对58例CHB患者进行中医辨证分型,分析CHB患者中医证型分布特

表1 CHB炎性反应分级、纤维化分期标准

级	炎性反应活动度(G)		期	纤维化程度(S)	
	汇管区及周围	小叶内		纤维化程度	
0	无炎性反应	无炎性反应	0	无	
1	汇管区炎性反应	变性及少数点、灶状坏死灶	1	汇管区纤维化扩大,局限窦周及小叶内纤维化	
2	轻度碎屑坏死	变性,点、灶状坏死灶或嗜酸小体	2	汇管区周围纤维化,纤维间隔形成,小叶结构保留	
3	中度碎屑坏死	变性,融合坏死或见桥接坏死	3	纤维间隔伴小叶结构紊乱,无肝硬化	
4	重度碎屑坏死	桥接坏死范围广,累及多个小叶	4	早期肝硬化	

表2 CHB 中医证型与肝功能关系

中医证型	例数(n)	ALT(U/L)	AST(U/L)	TBIL(UMOL/L)
肝郁脾虚证	26	44.8 ± 12.21 ▲△□*	42.69 ± 11.26	21.58 ± 2.12
湿热中阻证	15	155. ± 14.50 ■▲□*	42.00 ± 11.50	22.53 ± 2.85
肝肾阴虚证	7	96.14 ± 2.54 ■▲□*	40.00 ± 12.24	22.43 ± 2.99
脾肾阳虚证	6	67.1 ± 9.66 ■▲△*	41.17 ± 6.30	21.33 ± 1.21
瘀血阻络证	4	139.75 ± 15.10 ■▲△□	38.00 ± 11.40	22.50 ± 3.69

注:与肝郁脾虚证对比,■ $P < 0.01$;与湿热中阻证比较,▲ $P < 0.05$;与肝肾阴虚证比较,△ $P < 0.01$;与脾肾阳虚证比较,□ $P < 0.01$;与瘀血阻络证比较,* $P < 0.05$ 。

表3 CHB 中医证型与血清病毒学指标的关系

中医证型	例数(n)	HBsAg(U/ML)	HBeAg(U/ML)	HBVDNA(IgU. MI-1)
肝郁脾虚证	26	208.73 ± 9.7	3.58 ± 2.14	6.23 ± 0.58 ▲▲□*
湿热中阻证	15	593.47 ± 6.8	7.20 ± 9.49	7.27 ± 0.70 ■▲□*
肝肾阴虚证	7	437.86 ± 21.6	7.86 ± 7.71	3.71 ± 0.48 ■▲□*
脾肾阳虚证	6	436.17 ± 4.8	3.67 ± 2.06	3.0 ± 0.00 ■▲△*
瘀血阻络证	4	318.25 ± 21.6	2.75 ± 2.87	5.0 ± 0.00 ■▲△□

注:与肝郁脾虚证对比,■ $P < 0.01$;与湿热中阻证比较,▲ $P < 0.01$;与肝肾阴虚证比较,△ $P < 0.05$;与脾肾阳虚证比较,□ $P < 0.05$;与瘀血阻络证比较,* $P < 0.01$ 。

点。在5种中医证型中,肝郁脾虚证(26/58,31%)和湿热中阻证(15/58,30%)出现频次最高,其他依次为肝肾阴虚证(7/58,15%),脾肾阳虚证(6/58,12%)和瘀血阻络证(4/58,12%)。

2.2 不同证型 CHB 患者与肝功能之间的关系 分析 CHB 患者不同中医证型与肝功能 ALT、AST、TBIL 的相关性,结果显示不同中医证型和 ALT 有明显相关性,在5种中医证型中,血清 ALT 水平以湿热中阻证最高,其他依次为肝郁脾虚证、瘀血阻络证、肝肾阴虚证、脾肾阳虚证,各证型之间比较有统计学意义($P < 0.05$);不同中医证型和 AST、TBIL 无明显相关性,差异无统计学意义($P > 0.05$)。见表2。

2.3 不同证型 CHB 患者与血清病毒学指标之间的关系 分析 CHB 患者不同中医证型与血清病毒学指标 HBsAg、HBeAg、HBV DNA 的相关性,结果显示不同中医证型和 HBV DNA 有明显相关性,在5种中医证型中,血清 HBVDNA 水平以湿热中阻证最高,其他依次为肝郁脾虚证、瘀血阻络证、肝肾阴虚证、脾肾阳虚证,各证型之间比较有统计学意义($P < 0.05$);不同中医证型和 HBsAg、HBeAg 无明显相关性,差异无统计学意义($P > 0.05$)。见表2。

2.4 不同证型 CHB 患者与免疫组化 HBsAg、HBcAg 检出率之间的关系 分析 CHB 患者不同中医证型与免疫组化 HBsAg、HBcAg 检出率的相关性,结果显示免疫组化 HBsAg 检出率是 96.6%,HBsAg 与 CHB 中医证型无相关性, $P > 0.05$;免疫组化 HBcAg 检出率是 72.4%,在5种中医证型中,瘀血阻络

证(75.0%)和湿热中阻证(73.3%)检出率最高,其他依次为脾肾阳虚证(66.7%),肝肾阴虚证(57.1%),肝郁脾虚证(50%)。相关分析显示,免疫组化 HBcAg 检出率与 CHB 中医证型有明显相关性,各组间比较有统计学意义($P < 0.05$)。见表4。

表4 CHB 中医证型与免疫组化 HBsAg、HBcAg 检出率的关系[n(%)]

中医证型	例数(n)	HBsAg +	HBsAg -	HBcAg +	HBcAg -
肝郁脾虚证	26	25(96.2)	1(3.8)	14(50.0)	12(50.0)
湿热中阻证	15	14(93.3)	1(6.7)	15(100.0)	0(0.0)
肝肾阴虚证	7	7(100.0)	0(0)	6(85.7)	1(24.3)
脾肾阳虚证	6	6(100.0)	0(0)	4(66.7)	2(33.3)
瘀血阻络证	4	4(100.0)	0(0)	3(75.0)	1(25.0)

2.5 不同证型 CHB 患者与肝脏病理炎症反应分级、纤维化分期之间的关系 分析 CHB 患者肝脏炎症反应和纤维化程度的相关性,结果显示肝脏炎症反应 G 及纤维化程度 S 存在高度相关性, $r = 0.758$, $P < 0.01$ 。

分析 CHB 患者不同中医证型与肝脏炎症反应 G 及纤维化程度 S 的相关性,结果显示不同中医证型和肝脏炎症反应 G 有明显相关性,其中肝郁脾虚证同湿热中阻证、肝肾阴虚证、脾肾阳虚证、瘀血阻络证比较有统计学意义, $P < 0.05$;不同中医证型和纤维化程度 S 有明显相关性,其中肝郁脾虚证同湿热中阻证、肝肾阴虚证、脾肾阳虚证、瘀血阻络证比较有统计学意义, $P < 0.01$ 。见表5,图1a~图1d,图2a~图2d。

3 讨论

近年来,随着现代循证医学的飞速发展,中医辨证论治的客观性研究取得了许多新的成果和认识。因此,不断探索 CHB 中医辨证分型及其与肝功能^[5]、血清病毒学指标^[6]、肝组织病理^[7]等多项实验室指标的相关性方面,仍是当前研究的重要课题,对阻止 CHB 发展为肝硬化、肝癌,具有重要临床意义。

表5 CHB 中医证型与肝脏病理炎性反应分级、纤维化分期的关系

中医证型	例数	炎性反应分级(G)				纤维化分期(S)			
		G1	G2	G3	G4	S1	S2	S3	S4
肝郁脾虚证	26	6	19	1	0	22	4	0	0
湿热中阻证	15	0	9	6	0	0	15	0	0
肝肾阴虚证	7	0	0	5	2	0	0	5	3
脾肾阳虚证	6	0	2	3	1	0	2	4	0
瘀血阻络证	4	0	0	0	4	0	0	3	1

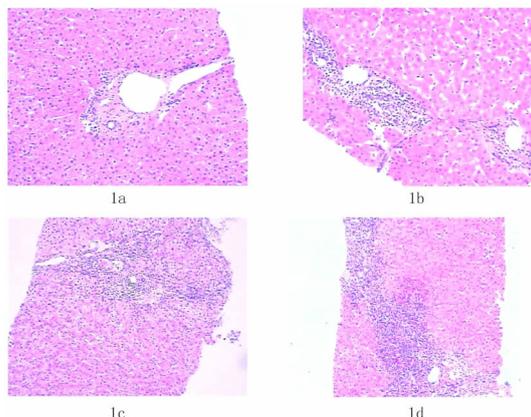


图1 CHB 患者肝脏病理炎性反应各级。HE × 40

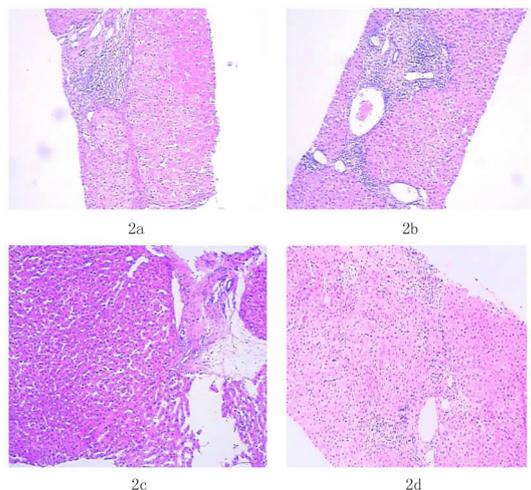


图2 CHB 患者肝脏病理纤维化各期。HE × 40

本研究结果显示,CHB 患者 ALT、HBV DNA、免疫组化 HBcAg 检出率及肝脏炎性反应 G 及纤维化程度 S 检测与中医证型间有显著相关性。

血清 ALT 水平以湿热中阻证 (15/58, 30%) 最

高,其他依次为肝郁脾虚证 (26/58, 31%)、瘀血阻络证 (4/58, 12%)、肝肾阴虚证 (7/58, 15%)、脾肾阳虚证 (6/58, 12%),各证型之间比较有统计学意义 ($P < 0.05$)。古伟明^[8]等研究显示,湿热型 CHB 患者氨基转移酶、胆红素水平的升高比其他证型更为显著,而肝郁脾虚型仅次于湿热证型。

血清 HBVDNA 水平以湿热中阻证最高,其他依次为肝郁脾虚证、瘀血阻络证、肝肾阴虚证、脾肾阳虚证,各证型之间比较有统计学意义 ($P < 0.05$)。李菲菲^[9]等研究显示,肝郁脾虚型和湿热中阻型 CHB 患者的 HBV 复制状态较其他几型更为活跃。

免疫组化 HBcAg 检出率是 72.4%,在 5 种中医证型中,瘀血阻络证 (75.0%) 和湿热中阻证 (73.3%) 检出率最高,其他依次为脾肾阳虚证 (66.7%),肝肾阴虚证 (57.1%),肝郁脾虚证 (50%)。

肝脏炎性反应 G 及纤维化程度 S 存在高度相关性, $r = 0.758, P < 0.01$;不同中医证型和肝脏炎性反应 G 和纤维化程度 S 有明显相关性,其中肝郁脾虚证同湿热中阻证、肝肾阴虚证、脾肾阳虚证、瘀血阻络证比较有统计学意义 ($P < 0.05$)。张国梁^[10]等研究证实,从肝郁脾虚到肝胆湿热再到瘀血阻络,疾病的炎性反应及纤维化程度是明显加重的。

探讨 CHB 中医辨证分型与客观指标的关系,可为中医辨证分型及治疗提供客观依据,对不能开展肝脏病检及免疫组化的单位,可通过对患者进行中医辨证分型和肝功能、病毒学指标等客观指标检测,指导临床 CHB 的诊断与治疗;对于临床无条件做肝组织病理检查的患者,可通过中医辨证分型推测肝实质病变,以便更好地指导 CHB 的临床治疗和判断预后。

参考文献

- [1] Liu Tao-Tao, Fang Ying, Xiong Hui, et al. A case control study of the relationship between hepatitis B virus DNA level and risk of hepatocellular carcinoma in Qidong, China [J]. World Journal of Gastroenterology. 2008, 14(19):3059-3063.
- [2] 中华医学会肝病学会, 中华医学会感染病学分会. 慢性乙型肝炎病毒性肝炎防治指南 (2010 年版) [J]. 中华临床感染病杂志, 2010, 4(1):1-13.
- [3] 中华医学会传染病与寄生虫病学会, 肝病学会. 病毒性肝炎防治方案 [J]. 中华肝病杂志, 2000, 8(6):324-329.
- [4] 中华中医药学会. 中医内科常见病诊疗指南西医药部分 [M]. 北京: 中国中医药出版社, 2008:126.
- [5] 甘楚林, 苏小奇, 莫静蓝, 等. 不同中医证型慢性乙型肝炎患者肝功能指标的变化 [J]. 实用肝脏病杂志, 2011, 14(4):293-294.

(下接第 569 页)

津液相成,神乃自生”。《素问·阴阳应象大论》曰:“人有五脏化五气,以生喜怒悲忧恐”。阙下抑郁的分型可以基本参考抑郁症的证型。肝郁脾虚,和心脾两虚属于常见证型^[6]。而逍遥丸可疏肝健脾、归脾丸能健脾补心。由于老年期阙下抑郁症患者五脏渐衰,气血本已不足,加之肝郁气滞,甚或气滞血瘀,故应疏中兼养。逍遥丸、归脾丸的中成药制剂既能发挥其方药的作用,又不至药理过猛,非常适合老年人群。故本研究在阙下抑郁症中医分型的前提下对逍遥丸和归脾丸进行疗效观察。以期能够在“治未病”理论指导下探索出治疗老年期阙下抑郁症的有效方法,进而更好地防治抑郁症。

根据表1、表2,我们不难发现逍遥丸和归脾丸对老年期阙下抑郁症总有效率的主要贡献是“有效”,而“治愈”和“显效”偏少。这说明虽然逍遥丸和归脾丸并不能保证将每一位患者的抑郁症状完全消除至无抑郁状态,但是能达到缓解抑郁症状的目的。这可能与服药时间不够、老年期患者身体衰老状况或长年累月的操劳有关。由此可见,能够使抑郁症状得到初步缓解,已经能够证明逍遥丸和归脾丸对阙下抑郁症具有一定的疗效。本研究结果表明,逍遥丸和归脾丸均能减轻老年期阙下抑郁症患者的抑郁症状。

实践证明,自身身体的衰老和生活的单调非常容易导致老年人精神功能进一步衰退、心情压抑、情绪低落,故老年人是阙下抑郁症的高发人群。随着现代社会、经济的快速发展,现在的年轻人大部分已经脱离了父母、亲戚的密集居住地。投身于忙碌的工作和新组建的家庭中,对父母的关心仅限于每年几次的电话和探望。而且在中国,老年人的恋家情感使得居家养老一直就是一种普遍现象,这就使得空巢现象十分常见,这也将治疗阙下抑郁症的重担交给了社区医疗机构。

社区医疗机构是以社区作为基本单元,在政府各级卫生机构领导和相关部门配合下,合理利用社区资源,采纳容预防、康复、保健、健康促进、健康教育等为一体的基层医疗卫生服务机构^[7-8]。由于老

年人多数行动不便,喜欢就诊于较近的社区医院。这不仅能够保证老年人及时就诊,极大程度的发挥社区医疗机构的有利条件,还能够分担大医院的负担与压力。所以积极治疗老年期阙下抑郁症,防治老年期抑郁症是社区医疗机构的责任之一。

阙下抑郁症与抑郁症同属抑郁障碍范畴,与抑郁症不同的是,阙下抑郁并没有达到抑郁症的临床诊断标准,并不能用治疗抑郁症的精神类药物来治疗^[9-10]。所以中医药在治疗阙下抑郁症拥有一定的优势。我们可以考虑用中药来缓和患者的不良情绪、减轻其的抑郁症状,从而达到治疗阙下抑郁症、预防抑郁症的目的。

现代医学普遍认为,抑郁症需要长期复用抗抑郁药物。对老年人而言,这是一种身心负担。甚至有些老年期阙下抑郁症患者会因此终身成为儿女的负担。本研究结果显示,采用逍遥丸、归脾丸中成药制剂拥有良好的治疗阙下抑郁症的效果却没有长期服用的不良反应,能够缓解抑郁症状,治疗老年期阙下抑郁症,预防病情进一步发展为抑郁症,符合中医“治未病”的基本思想。

参考文献

- [1]刘爱楼,刘贤敏.大学生阙下抑郁成因及综合干预对策的研究[J].湖北师范学院学报:哲学社会科学版,2016,36(5):107-111.
- [2]马辛.精神病学[M].2版.北京:人民卫生出版社,2014:4-5.
- [3]王汇成.基于五脏阴阳整体论思想运用逍遥丸与归脾丸对阙下抑郁患者生存质量的临床研究[D].北京:北京中医药大学,2015.
- [4]强亚,武嫣斐.百合地黄汤治疗阙下抑郁48例临床观察[J].中西医结合心脑血管病杂志,2015,13(2):256-257.
- [5]张尧,冯学功,隋强等.柴胡加龙骨牡蛎颗粒剂治疗卒中后抑郁症临床观察[J].中医药临床杂志,2016,28(11):1606-1609.
- [6]唐启盛,曲森,包祖晓,等.抑郁症中医证候规律及诊疗标准制定的研究[J].北京中医药大学学报,2011,34(2):77-81.
- [7]吴文源,张明远.社会精神医学[M].北京:人民卫生出版社,2011:5-7.
- [8]马辛.社区精神医学[M].北京:人民卫生出版社,2014:2-18.
- [9]刘璇,谭曦,张靖,等.阙下抑郁辨识的现状与展望[J].世界中医药,2015,10(5):798-800.
- [10]王旭东,乔明琦,张樟进,等.中医药治疗抑郁症的研究进展[J].南京中医药大学学报,2016,32(1):93-96.

(2017-01-20 收稿 责任编辑:王明)

(上接第565页)

- [6]蔡林宏,谢晶日.不同中医证型慢性乙型肝炎患者血清IFN- γ 和HBV DNA水平变化[J].实用肝脏病杂志,2013,16(3):265-266.
- [7]郭明星,李晓东,盛国光,等.轻度慢性乙型肝炎中医证候与肝组织病理的相关性分析[J].中西医结合肝病杂志,2014,24(2):72-74.
- [8]古伟明,杨以琳,吕永慧,等.慢性乙型肝炎中医证型与相关性实验指标关系[J].广州医药,2012,43(1):42-45.

- [9]李菲菲,王蕾,张玮.慢性乙型肝炎中医证候与实验室指标的相关性研究[J].国际检验医学杂志,2014,36(5):545-546.
- [10]张国梁,万和荷,刘丽丽,等.慢性乙型肝炎患者肝组织中程序性死亡分子-1表达与肝脏病理及中医证型的相关性研究[J].中西医结合肝病杂志,2014,24(6):324-327,392.

(2016-07-25 收稿 责任编辑:徐颖)