

脂肪肝中医证型流行病学调查及其 中医病因病机初探

王雁翔¹ 王灵台² 高月求² 孙学华² 张 斌³ 何金洋⁴
文颖娟⁵ 张孝科⁶ 赵燕平⁷ 赵青娥⁸

摘要 目的 据流行病问卷发现脂肪肝常见证型及各型所占比例,探讨各证型与客观指标的关系。**方法** 流行病问卷调查全国范围内脂肪肝患者 503 例,观察记录中医证候、体重指数(body mass index, BMI)、腹围/臀围、肝功能、血脂、B 超或 CT 结果。**结果** 流行病学调查脂肪肝症状共 46 种,出现频率最高的前 10 位症状依次是乏力、体胖、口干、头晕、胁胀(痛)、腰酸痛、神疲、口苦、膝疲软、腹胀。舌象脉象分别以舌质淡胖、淡暗;舌苔白腻、黄腻;脉象弦细、弦滑多见。据聚类分析统计,脂肪肝中医证型为 4 类,分别是脾肾亏虚兼肝郁、脾肾亏虚、脾虚痰热、未定型,其中以脾肾亏虚兼肝郁最多见,占 62.32%。**结论** 脾肾亏虚兼肝郁为脂肪肝最多见证型。脂肪肝病机为本虚标实,肾虚为本,涉及脾土,痰浊为标,兼有瘀血。

关键词 脂肪肝;中医证型;流行病学

Epidemic Survey on TCM Syndrome Typing and Preliminary Discussion on TCM Etiology and Pathogenesis of Fatty Liver WANG Yan-xiang, WANG Ling-tai, GAO Yue-qiu, et al *Shanghai Hospital of Integrative Traditional Chinese and Western Medicine, Shanghai (200082)*

Objective To investigate the common TCM syndrome types of fatty liver by way of epidemic questionnaire, their occurrence ratio, and the correlation between various syndrome types and objective indexes. **Methods** A total of national wide 503 subjects with fatty liver were enrolled, the TCM syndromes, body mass index (BMI), abdominal perimeter/hip circumference, liver function, blood lipids, B ultrasonic examination and CT in them were observed and recorded. **Results** In the 46 symptoms investigated in total, the first ten symptoms in order of appearing rate were lassitude, obese, oral dryness, vertigo, hypochondriac distending pain, soreness and pain in loin, spiritlessness, oral bitterness, aching and weakness in knee and abdominal distention. The mostly appeared tongue figures were pale and corpulent or pale dim tongue proper, white greasy or yellow greasy tongue coating, and the mostly appeared pulse figures were taut, taut-thin and taut slippery. Statistical cluster analysis showed that syndromes of fatty liver could be typed into 4 TCM types, the asthenia Pi-Shen with Gan-stagnation type, the asthenia Pi-Shen type, the asthenia Pi with phlegm-heat type and the unclassified type. Among them the asthenia Pi-Shen with Gan-stagnation type was the commonest one, which accounted to 62.32%. **Conclusion** The mostly appeared syndrome type of fatty liver was asthenia Pi-Shen with Gan-stagnation type. The TCM pathogenesis of fatty liver was deficiency of origin, mainly deficiency of Shen, involving Pi, with excess superficiality, the turbid-phlegm and blood stasis.

Key words fatty liver; TCM syndrome type; epidemiology

脂肪肝是由多种疾病和病因引起的肝脏脂肪病变。近年来由于生活水平提高,饮食结构改变及预防

保健措施相对滞后,我国脂肪肝发病率逐年上升,甚至出现许多低龄患者。多项流行病学调查显示,我国脂肪肝的发病率为 10.2%~17.3%。该病起病隐袭,80%~100%的患者无明显症状,常在健康体检时发现。国外研究显示非酒精性脂肪性肝炎(Nonal coholic steatoh epatitis, NASH)确诊时有 5%~15%已并发纤维化,这些患者 10 年后 30%发展为肝硬化,3%并发急性肝衰,极个别发生肝细胞肝癌。鉴于本病的高发

作者单位:1. 上海市中西医结合医院(上海 200082);2. 上海中医药大学附属曙光医院;3. 第二军医大学附属长海医院;4. 广州中医药大学;5. 成都中医药大学;6. 陕西中医学院;7. 北京 711 医院;8. 天津 464 医院

通讯作者:王雁翔, Tel: 021-65415910 转 6632, E-mail: zjm5964@sohu.com

病率及对人民身体健康的潜在危害,对本病进行深入细致的研究势在必行。中药复方在降低血脂、恢复肝功能、回缩肝脏方面,均有显著疗效,且不良反应较少,越来越受到众多医患的重视。中医对脂肪肝无统一认识,其病名划分、病因病机的认识尚未统一,辨证分型因人而异,涉及方药繁杂。为了尽快统一中医对脂肪肝病名、病因、病机的认识,统一诊断辨证和疗效判定标准。我们期望通过多中心、大样本的临床流行病学研究,探索脂肪肝症候演变规律。从患者的发病现状运用统一的分型法进行统计归纳,得出统一的中医分型标准。并且研究中医证型与各种检测的关系,为中医辨证寻找客观依据,使中医分型指标客观化。

材料与方法

1 诊断标准 依据有关文献及中华医学会肝脏病学会脂肪肝和酒精性肝病学会 2001 年制定的《非酒精性脂肪肝诊断标准(草案)》、《酒精性肝病诊断标准(草案)》^[1-3]拟定。(1)有乏力、肝区隐痛等症状,可伴肝脾肿大;(2)血清转氨酶可升高,以丙氨酸转氨酶(ALT)为主,可伴谷氨酰转移酶(GGT)升高;(3)肝脏组织学有典型改变;(4)B 超检查:①肝区近场弥漫性点状高回声,回声高于脾和肾;②远场回声衰减,光点稀疏;③肝内管道结构显示不清;④肝轻度或中度肿大;肝前缘变钝。具有①及其他任何一项可确诊;其中具有①和②者,为轻度;具有①、②及③者,为中度;具有①、②及肝内管道结构无法辨认者,为重度。(5)CT:平扫表现为肝脏密度普遍低于脾或肝/脾 CT 比值 ≤ 1 。其中肝/脾 CT 比值 ≤ 1.0 者,为轻度;肝/脾 CT 比值 ≤ 0.7 ,肝内血管显示不清者,为中度;肝/脾 CT 比值 ≤ 0.5 ,肝内血管清晰可见者,为重度。具(1)、(2)和(3)或(4)或(5)任何一项即可诊断。

2 排除标准 (1)慢性肝炎有肝炎病毒复制处活动期者;(2)急性肝炎、重症肝炎、肝硬化失代偿者;(3)妊娠或哺乳期妇女。

3 纳入标准 符合以上诊断标准的因脂肪肝前来就诊的华北、华东、华南、西北、西南地区患者 503 例。

4 调查方法 调查人员均为中医或中西医结合博士、硕士,使用统一量化表格,询问方法统一。

4.1 观察指标 (1)记录中医症候:据轻重程度,分别用 0、1、2、3 表示;一般指标:体重指数(body mass index, BMI)、腹围/臀围;肝功能:ALT、天冬氨酸转氨酶(AST)、白蛋白/球蛋白(A/G)、ALP、GGT;血脂:总胆固醇(TC)、甘油三酯(TG)、低密度脂蛋白(LDL)、高密度脂蛋白(HDL);B 超或 CT:按轻、中、重程度,分

别记 1、2、3 分。

4.2 统计学方法 双人双次输入调查表数据,采用 SPSS 10.0 软件对中医症候、舌象、脉象进行聚类分析及主要成分分析,归纳出中医症候群。用单因素方差分析等研究证型与检测指标之间的相关性。

4.3 证型判别 参考卫生部《中药新药临床指导原则》、中医药管理局《中医病证诊断疗效标准》、GB《中医证候诊断标准》及中华中医药学会《病毒性肝炎中医辨证标准》,将各症候类别群根据主要症候作出证型判别。

结 果

1 一般情况 调查始于 2002 年 8 月,止于 2004 年 3 月,调查结束时,共收集病例 503 例,剔除不符合条件病例 28 例,参加统计病例 475 例,分别来自北京、天津、上海、广东、陕西、四川 6 个省市,分别属于华北、华东、华南、西北、西南 5 个地区。其中西北 112 例,西南 38 例,华南 97 例,华北 120 例,华东 108 例。各地区病例数符合统计学要求。

475 例中男 336 例,女 139 例,年龄 17~86 岁;有不良饮食生活习惯者 231 例;饮酒者 60 例(酒精摄入量大于 40 g/d,超过 5 年);高血压 93 例,冠心病 45 例,糖尿病、高脂血症各 77 例,脑血管病 19 例,胆囊炎胆石症 67 例;另外有 59 例分别合并有肝囊肿、肾结石、高尿酸血症、慢性胃病、卵巢肿瘤,其中 1 例男性患者患有双侧乳房发育,一侧已切除;2 例患者丙型肝炎抗体(抗-HCV)阳性,HCV-RNA 阴性,119 例患者 HBV-M 阳性,HBV-DNA 阴性。17 例服用钙阻滞剂、降糖、降脂、减肥等药物,有肝病、高血压病、冠心病、糖尿病、高脂血症等家族史者 52 例。

2 常见症状 共调查症状 46 种,出现频率最高的前 10 位症状依次是乏力、体胖、口干、头晕、胁胀(痛)、腰酸痛、神疲、口苦、膝疲软、腹胀。从症状角度来看,脂肪肝与肝、脾、肾密切相关。

3 脂肪肝患者常见舌象脉象 共收集舌质 6 种,舌苔 8 种,脉象 11 种。名列前 3 位的舌质分别是质淡、淡红、偏红;舌苔分别是薄白、腻、白;脉象分别是弦、细、滑。组合舌象脉象分别以舌质淡胖、淡暗,舌苔白腻、黄腻,脉象弦细、弦滑多见。

4 中医证型 475 例中,脾虚痰热(口干、口苦、乏力、纳差、胸闷、头晕、便秘、溲黄)型 75 例,脾胃亏虚(腰酸痛、膝疲软、头晕、便溏、乏力、腹胀)型 42 例,脾胃亏虚兼肝郁(乏力、胁胀痛、头晕、腹胀、腰酸痛)型 296 例,未定型 62 例;其中以脾胃亏虚兼肝郁最多见,占 62.32%。

5 中医证型与客观指标的关系 中医证型与肝功能的关 系:见表 1,各证型之间肝功能比差异无显著性。中医证型与血脂及 B 超的关系:见表 2。脾虚痰热型较脾肾亏虚兼肝郁型 TC 水平升高($P<0.05$),B 超分级程度重($P<0.05$);脾肾亏虚型较未定型 LDL 水平升高($P<0.05$),有统计学意义;未定型 B 超分级程度重于脾肾亏虚兼肝郁型($P<0.05$)。

6 不同舌象与肝功能、血脂的关系 舌淡红、舌质红组 ALT 水平较舌淡胖、舌质暗组为高,但无统计学意义;舌淡红组 A/G 较舌淡胖、舌质暗组为高($P<0.05$);舌质红组 ALP 较舌淡红组为高,GGT 水平较舌淡红、舌淡胖、舌质暗组为高($P<0.05$);舌淡胖组 TG 水平较舌淡红组为高,差异有显著性($P<0.05$)。由此可以初步

推断,舌淡胖、舌质暗组 A/G 偏低,舌淡胖组血清 TG 升高较明显;而舌质红组 ALP、GGT 水平偏高($P<0.05$)。见表 3。

舌苔黄腻组 TC 较舌苔薄白、舌苔白腻组明显升高($P<0.05$);舌苔黄腻、舌苔白腻组 LDL 水平较舌苔薄白组明显升高,其中舌苔白腻组与舌苔薄白组比较差异有显著性($P<0.05$)。舌苔腻与血脂紊乱关系密切。见表 4。

7 中医不同脉象与肝功能、血脂的关系 不同脉象组肝功能无明显差异。沉脉组 TC 较单纯弦脉组升高($P<0.05$);弦细脉组 TG 较单纯弦脉、弦滑脉组明显升高($P<0.05$);沉脉组与弦滑脉组、弦细脉组比较 LDL 明显升高($P<0.05$)。见表 5。

表 1 中医证型与肝功能的关 系 ($\bar{x} \pm s$)

证型	例数	ALT(IU/L)	AST(IU/L)	A/G	ALP(IU/L)	GGT(IU/L)
脾虚痰热	75	46.81±39.49	37.88±25.50	1.57±0.28	82.31±30.99	67.51±121.38
脾肾亏虚	42	60.43±28.21	43.83±17.69	1.56±0.29	92.36±45.51	43.98±19.55
脾肾亏虚兼肝郁	296	54.25±38.41	36.24±16.94	1.63±0.28	83.52±45.29	55.42±54.28
未定型	62	52.47±61.78	43.97±63.30	1.52±0.25	84.97±30.18	59.18±111.96

表 2 中医证型与血脂及 B 超的关系 ($\bar{x} \pm s$)

证型	例数	TC	TG	LDL	HDL	B 超
		(mmol/L)				(分)
脾虚痰热	75	5.35±1.34 [*]	2.75±1.74	2.94±0.98	1.20±0.38	1.61±0.49 [*]
脾肾亏虚	42	5.04±1.38	2.67±1.59	3.16±0.68 [△]	1.13±0.30	1.50±0.67
脾肾亏虚兼肝郁	296	4.96±1.43	2.62±2.21	2.88±1.12	1.24±0.36	1.39±0.52
未定型	62	5.00±1.13	2.55±1.42	2.70±0.99	1.24±0.36	1.53±0.54 [*]

注:与脾肾亏虚兼肝郁组比较,^{*} $P<0.05$;与未定型组比较,[△] $P<0.05$

表 3 中医不同舌质与肝功能、血脂的关系 ($\bar{x} \pm s$)

舌质	例数	ALT(IU/L)	AST(IU/L)	A/G	ALP(IU/L)	GGT(IU/L)	TC	TG	LDL	HDL
		(mmol/L)								
舌淡红	150	56.87±42.56	40.09±41.72	1.64±0.26	80.85±32.62	49.98±69.14	5.04±1.26	2.53±1.58	2.94±1.00	1.24±0.31
舌淡胖	62	47.86±26.50	38.16±14.87	1.53±0.27 [*]	80.08±29.07	43.71±29.10	5.02±1.27	3.05±2.69 [*]	2.74±0.91	1.21±0.35
舌质红	108	56.58±42.08	39.41±23.76	1.56±0.33	92.61±63.56 [*]	73.41±80.43 ^{*△}	5.12±1.58	2.52±1.59	3.02±1.28	1.17±0.32
舌质暗	92	50.32±39.97	34.75±14.73	1.55±0.26 [*]	87.27±37.00	66.10±112.04	5.04±1.10	2.60±1.55	2.86±1.04	1.21±0.40

注:与舌淡红组比较,^{*} $P<0.05$;与舌淡胖组比较,[△] $P<0.05$

表 4 中医不同舌苔与肝功能、血脂的关系 ($\bar{x} \pm s$)

舌苔	例数	ALT(IU/L)	AST(IU/L)	A/G	ALP(IU/L)	GGT(IU/L)	TC	TG	LDL	HDL
		(mmol/L)								
薄白	205	57.03±50.49	40.07±37.11	1.61±0.28	84.38±48.92	59.41±69.28	4.91±1.29	2.72±2.19	2.84±0.99	1.25±0.41
白腻	110	54.96±33.34	39.35±30.93	1.58±0.24	85.14±36.92	54.87±78.16	5.03±1.03	2.30±1.07	3.03±0.89 [*]	1.16±0.25
黄腻	54	51.36±26.80	36.55±15.00	1.60±0.34	81.75±38.27	57.11±51.88	5.59±2.06 ^{*△}	2.80±1.70	3.15±0.60	1.18±0.41

注:与舌苔薄白组比较,^{*} $P<0.05$;与舌苔白腻组比较,[△] $P<0.05$

表 5 中医不同脉象与肝功能、血脂的关系 ($\bar{x} \pm s$)

脉象	例数	ALT(IU/L)	AST(IU/L)	A/G	ALP(IU/L)	GGT(IU/L)	TC	TG	LDL	HDL
		(mmol/L)								
沉脉	87	54.39±42.99	37.46±20.88	1.58±0.29	88.24±62.11	61.14±52.37	5.36±1.79 [△]	2.74±1.57	3.10±1.40 ^{*▲}	1.21±0.32
无力脉	80	49.03±31.71	36.51±38.35	1.55±0.24	89.58±61.81	55.96±48.63	5.08±1.61	2.85±1.91	2.95±1.16	1.19±0.38
弦细脉	62	54.48±41.48	38.35±22.44	1.61±0.31	84.52±31.57	49.54±40.86	5.05±1.71	3.25±3.89 [*]	2.80±0.92	1.25±0.36
弦滑脉	55	52.89±34.40	42.35±23.23	1.54±0.29	86.42±40.03	50.80±31.63	5.15±1.24	2.37±1.21	2.74±0.77	1.24±0.41
单纯弦脉	114	52.83±40.94	38.29±44.94	1.65±0.29	79.69±36.53	61.49±21.37	4.94±1.08	2.49±1.31 [▲]	2.86±0.86	1.20±0.29

注:与弦滑脉组比较,^{*} $P<0.05$;与单纯弦脉组比较,[△] $P<0.05$;与弦细脉组比较,[▲] $P<0.05$

讨 论

1 脂肪肝中医证型流行病学调查研究的必要性 近年来,由于生活水平的提高,饮食结构的改变,脂肪肝的发病率日益提高。中医虽没有脂肪肝病名,但根据其临床表现多数学者将其归属于中医的“积聚”、“胁痛”、“痰浊”等范畴。中医药治疗该病无论在改善临床症状,还是在改善肝功能方面都有明显的优势,并进行了相当的临床及实验研究,显示了良好的前景。中医药治疗脂肪肝虽然取得了一定的成绩,但也存在着一定的不足。由于中医对脂肪肝无统一认识,其病名划分、病因病机的认识尚未统一,辨证分型因人而异,疗效判定标准各异,故而难以对其疗效做出准确评价。如此,则无法期望本病的临床研究得以进一步的深入开展,势必造成杂乱无章的同一层次的重复,不利于合理应用中医药资源。通过多中心、大样本的临床流行病学研究,采用数理统计的方法探索其症候演变规律,有利于对脂肪肝病因、病机的认识,统一诊断辨证和疗效判定标准。

2 流行病学调查结果分析及脂肪肝中医病因病机探讨 多项流行病学调查显示,随着年龄增大,脂肪肝的患病率逐渐增加。50 岁以前男性脂肪肝的患病率显著高于女性,其后性别差异不再明显^[4,5]。说明随着年龄的增长及性激素的改变而出现脂肪代谢紊乱是导致脂肪肝发生的一个重要因素。有一项针对中医临床特点的研究显示,脂肪肝患者中具有头晕症状者占 48.8%,腰膝酸软者 38.4%,胃脘胀闷者 25.6%,便溏 25.6%,四肢乏力 23.2%,困倦易睡 20.8%;舌质以淡白、紫暗为多;脉象以弦细、弦滑为多^[6];提示,脂肪肝患者在标证不明显的情况下显示以脾肾两虚为主的本象。本次流行病学调查显示,出现频率最高症状依次是乏力、体胖、口干、头晕、胁胀(痛)、腰酸痛、神疲、口苦、膝柔软、腹胀等。舌象脉象分别以舌质淡胖、淡暗;舌苔白腻、黄腻;脉象弦细、弦滑多见。症状、舌象、脉象均与脾肾两虚及肝郁、痰热有关。据聚类分析及主成分分析统计,脂肪肝中医证型分别是脾肾亏虚兼肝郁、脾肾亏虚、脾虚痰热及未定型 4 类,其中以脾肾亏虚兼肝郁最多见。脾肾亏虚兼肝郁中有 26% 的患者 HBVM 阳性;脾肾亏虚的患者中有 21% 的患者同时患有高血压病和高脂血症。伴随疾病在未定型中分布最广,脾虚痰热与 HBVM 阳性、糖尿病、高血压病关系密切,HBVM 阳性对脾肾亏虚兼肝郁有一定的影响,由此可以推断非酒精性脂肪肝的基本病因病机在于脾肾亏虚,脾肾亏虚的关键在于肾虚。

根据肾为先天之本,内居元阴、元阳,肾为痰之根,脾为痰之源等中医理论,结合临床观察及流行病学调查、动物实验,我们认为“肥人多湿”、“肥人多痰”只是其标,所谓“壮人无积,虚人有之”,脂肪肝的根本病因在于本虚,本虚的核心在于肾虚。《素问》中有“年四十,而阴气自半也,起居衰矣”的说法。人到中老年期,肾中精气渐衰,气血渐虚,往往处于生理性肾虚状态。由于现代人的生活节奏加快,竞争激烈,劳神过度,加之饮食不节,生活无序,而使人体各脏器功能受损,久必及肾,耗损肾中精气,出现未老先衰,进一步加速了肾虚的改变。肾主水,以维持体内水液代谢平衡。肾中精气亏损,阴阳失衡,藏精及气化功能失调,水不涵木温土,肝失疏泄、脾失健运,血脂失于正常运化,积于血中为痰为瘀,形成高血脂症,瘀阻于肝则形成脂肪肝。治疗宜以补肾为主以杜生痰之根,同时辅以化痰泻浊活血以治其标,则痰浊瘀阻随之而解。

《素问·阴阳应象大论》有“肾生骨髓,髓生肝”之说,李中梓在《医宗必读》中提出著名的“乙癸同源,肝肾同源”的观点。近年来,不少学者对肝肾本质进行了深入研究,国内学者比较一致的结论是将肾定位于下丘脑,肝病证候的出现与大脑皮层功能密切相关。通过实验研究将“肝肾同源于精血”的认识推进到“肝肾同源于脑”,“肝肾同源于神经-内分泌-免疫网络”^[7]。同时也将肾本质的研究,从围绕下丘脑-垂体及其 4 个靶腺(肾上腺、甲状腺、性腺、胸腺)轴的范围拓展到下丘脑-垂体的第 5 个靶腺轴,即下丘脑-垂体-肝轴。由于脂肪肝的发病机制与内分泌、代谢紊乱及免疫失调密切相关,故脂肪肝的发病机制与中医肾虚密切相关。

多项动物实验证实补肾组方具有抗脂肪肝作用,也证实脂肪肝的发病机制与中医肾虚密切相关。如五子衍宗丸能明显防止乙醇性肝损伤大鼠模型肝脏及血清甘油三酯的增高,肝脂肪变性及肝组织坏死明显减轻,有效防止脂肪肝的发生。纠正肝内脂质,特别是 TG 代谢紊乱^[8]。六味地黄片可明显减轻胆固醇-甲基硫氧嘧啶-猪油等高脂食物家兔的肝湿重^[9]。由生地、沙参、当归、枸杞子、麦冬、陈皮、何首乌、甘草等药物组成的肝胆宁口服液,对乙硫氨酸所致小鼠脂肪肝,无论是肝脂质测定还是肝脏病理学检查,均发现有良好的治疗作用^[10]。

3 本研究不足之处 由于流行病学调查样本量偏少,未能对可能影响中医证型的混杂因素进行剔除,例如,地域、饮食结构、曾经有过 HCV、HBV 感染等可能会对证型产生一定的影响,故对脂肪肝中医证型只

能作出初步判定。希望在今后的进一步研究中,通过扩大样本量的方法,对一些混杂因素进行分层研究处理,以期对中医证型作出更科学的判断。

参 考 文 献

- 1 中华医学会肝脏病学会脂肪肝和酒精性肝病学组. 非酒精性脂肪肝诊断标准(草案). 肝脏 2001;6(5):封一.
The Fatty Liver and Alcohol Liver Groups of Chinese Medical Association. Diagnosis criteria of the non-alcohol fatty liver disease (draft). Liver 2001;6(5):front cover.
- 2 中华医学会肝脏病学会脂肪肝和酒精性肝病学组. 酒精性肝病诊断标准(草案). 肝脏 2001;6(5):封二.
The Fatty Liver and Alcohol Liver Groups of Chinese Medical Association. Diagnosis criteria of the alcohol liver disease (draft). Liver 2001;6(5):inside front cover.
- 3 Diehl AM, Goodman Z, Ishak KG. Alcohol like liver disease in nonalcoholics. A clinical and histologic comparison with alcohol-induced liver injury. Gastroenterol 1988; 95: 1056—1062.
- 4 范建高, 曾民德, 陈正绩, 等. 脂肪肝的危险因素分析. 中华预防医学杂志 1998;32(3):189.
Fan JG, Zeng MD, Chen ZJ, et al. Risk factor analysis of fatty liver. China Prev Med Magazine 1998;32(3):189.
- 5 曾民德, 范建高. 老年脂肪肝的诊断和饮食治疗. 实用老年医学 1999;13(1):13—15.
Zeng MD, Fan JG. Diagnosis and dietetic treatment on fatty liver of the old age. Pract Geriatr 1999;13(1):13—15.
- 6 王丽萍, 洪佳璇. 脂肪肝中医临床特点探讨. 浙江中西医结合杂志 2000;10(5):285—286.
Wang LP, Hong JX. Discussion on the clinical characteristics of fatty liver in TCM. Zhejiang J Integr Tradit Chin West Med 2000;10(5):285—286.
- 7 李瀚旻, 张六通, 邱幸凡. “肝肾同源于脑”与肝肾本质研究. 中医杂志 2000;41(2):69—71.
Li HM, Zhang LT, Qiu XF. Studies on “Isogenesis of liver kidney from the brain” and essence of liver and kidney. J TCM 2000;41(2):69—71.
- 8 李育浩, 邓响嘲, 吴清和, 等. 五子衍宗丸对乙醇性肝损伤大鼠脂质代谢的影响. 中国中药杂志 1994;19(5):300—302.
Li YH, Deng XC, Wu QH, et al. Effects of Wuzi Yanzong pills on lipid in rats with alcohol-induced liver injury. China J Chin Materia Med 1994;19(5):300—302.
- 9 马良伯. 六味地黄丸(片)的降血脂作用研究. 中成药研究 1985;(12):41.
Ma LB. Study of decreasing blood lipid level with Liuwei Dihuang pills. Chin Tradit Patent Med 1985;(12):41.
- 10 钟洁, 吴万垠. 肝胆宁抗乙硫氨酸致小鼠脂肪肝的实验研究. 新消化病学杂志 1995;3(3):134—135.
Zhong J, Wu WY. Experimental study of Gandanning against ethionine-induced fatty liver in mice. Chin J New Gastroenterol 1995;3(3):134—135.

(收稿:2004-08-20 修回:2004-11-03)

第十次全国中西医结合危重病、急救医学学术会议征文通知

中国中西医结合学会急救医学专业委员会拟于 2005 年 6 月在广州召开第十次全国中西医结合危重病、急救医学学术会议。本次学术会议主要内容:(1)国内脓毒症诊断及中西医结合治疗现状;(2)介绍国内外脓毒症研究的新进展;(3)讨论和交流脓毒症中西医结合治疗成果;(4)介绍国内外危重病、急救医学研究的新动态。

1 征文内容 西医、中医、中西医结合内、外、儿、妇、神经、麻醉、检验、影像、窥镜、创伤、灼伤、护理等各学科基础与临床有关研究的论文,感染性、非感染性全身炎性反应综合征并发症 MODS、临床检测新技术、急救药物等以及急诊、ICU 质控标准和医疗管理方面。

2 征文要求 全文 3 000 字以内,附 500 字摘要(包括目的、方法、结果、结论),请用 Word 软件录入, A4 纸打印,随信请附软盘。请附单位介绍信。请自留底稿,恕不退稿。

3 截稿日期 2005 年 4 月 30 日,以当地邮戳为准。

4 寄稿地址 天津市和平区睦南道 122 号天津市天和医院急救中心,夏欣华收,邮编:300050;传真:022-23114748;电话:022-23042084。