

· 临床论著 ·

# 180 例乙肝相关性肝癌患者的中医体质分布、证候类型及临床特点分析

桑秀秀<sup>1</sup> 杨慧银<sup>2</sup> 王仲霞<sup>1</sup> 王立福<sup>1</sup> 余思邈<sup>1</sup> 刘姝邑<sup>1</sup>  
何婷婷<sup>1</sup> 景婧<sup>1</sup> 许文涛<sup>1</sup> 王丽苹<sup>1</sup> 王睿林<sup>1</sup>

**摘要** **目的** 分析乙肝相关性肝癌患者中医体质分布、证候类型及临床特点。**方法** 通过计算 180 例乙肝相关性肝癌患者《中医体质量表》得分情况,分析患者中医体质类型,根据患者临床症状判断中医证型,比较主要体质类型及不同中医证型患者白细胞、中性粒细胞百分比(neutrophil-lymphocyte ratio, NLR)、红细胞、血红蛋白、凝血酶原时间(prothrombin time, PT)、凝血酶原活动度(prothrombin time activity, PTA)、国际标准化比值(international normalized ratio, INR)的差异,并记录患者有无食管胃底静脉曲张破裂出血。**结果** 乙肝相关性肝癌患者体质类型以偏颇体质为主,整体偏颇体质类型分布以阳虚质[47 例(26.1%) ]、阴虚质[18 例(10.0%) ]、湿热质[17 例(9.4%) ]为主。男性偏颇体质以阳虚质[28 例(19.7%) ]、湿热质[16 例(11.3%) ]为主,女性以阳虚质[19 例(50.0%) ]为主。阳虚质患者红细胞及血红蛋白水平低于平和体质患者( $P < 0.05$ )。中医证型以湿瘀互结[51 例(28.3%) ]、肝郁脾虚[44 例(24.4%) ]、湿热蕴结[36 例(20.0%) ]为主。肝郁脾虚组 PTA 低于气滞血瘀组( $P < 0.05$ )。乙肝相关性肝癌并食管胃底静脉曲张破裂出血患者(17 例)体质以阳虚质[6 例(35.3%) ]为主,证型以肝郁脾虚[6 例(35.3%) ]及肝肾阴虚证[5 例(29.4%) ]为主。**结论** 乙肝相关性肝癌患者的偏颇体质以阳虚质、阴虚质、湿热质为主;湿瘀互结、肝郁脾虚、湿热蕴结为常见中医证型。阳虚质为上消化道出血的主要体质类型,肝郁脾虚及肝肾阴虚为上消化道出血的常见中医证型。

**关键词** 乙肝相关性肝癌; 中医体质; 中医证型

Distribution of CM Constitutions, Syndrome Types, and Clinical Characteristics in 180 Patients with HBV Related Liver Cancer SANG Xiu-xiu<sup>1</sup>, YANG Hui-yin<sup>2</sup>, WANG Zhong-xia<sup>1</sup>, WANG Li-fu<sup>1</sup>, YU Si-miao<sup>1</sup>, LIU Shu-yi<sup>1</sup>, HE Ting-ting<sup>1</sup>, JING Jing<sup>1</sup>, XU Wen-tao<sup>1</sup>, WANG Li-ping<sup>1</sup>, and WANG Rui-lin<sup>1</sup> 1 *Diagnosis, Treatment and Research Center for Integrative Medicine, 302 Military Hospital, Beijing (100039)*; 2 *Department of Intervention, 302 Military Hospital, Beijing (100039)*

**ABSTRACT** **Objective** To analyze the distribution of Chinese medicine (CM) constitutions, syndrome types, and clinical characteristics of patients with hepatitis B virus (HBV) related liver cancer. **Methods** Types of CM constitutions were analyzed in 180 HBV related liver cancer by *CM Constitutions Questionnaire*. CM syndromes were judged by their clinical symptoms. White blood cell (WBC), neutrophil-lymphocyte ratio (NLR), red blood cell (RBC), hemoglobin (HB), prothrombin time (PT), prothrombin time activity (PTA), international normalized ratio (INR) were compared in patients with different CM constitutions. Whether there were esophageal and gastric variceal bleeding were also recorded. **Results** Unbalanced constitution was dominated in HBV related liver cancer patients, distributed mainly as yang deficiency [47 (26.1%)], yin deficiency [18 (10.0%)], and dampness-heat [17 (9.4%)]. Yang deficiency [28 (19.7%) ] and dampness-heat [16 (11.3%) ] were main patterns of constitutions in

基金项目: 国家自然科学基金资助项目 (No. 81673806)

作者单位: 1. 解放军第 302 医院中西医结合肝病诊疗与研究(北京 100039); 2. 解放军第 302 医院介入科(北京 100039)

通讯作者: 王睿林, Tel: 010-66933024, E-mail: wrl7905@163.com

DOI: 10.7661/j.cjim.20180926.146

male patients, while yang deficiency [19 (50.0%)] was the main pattern of constitutions in female patients. Levels of RBC and HB in yang deficiency patients were lower than those in balanced constitution patients ( $P < 0.05$ ). Intermingled dampness and stasis syndrome [51 (28.3%)], Gan stagnation Pi deficiency syndrome [44 (24.4%)], damp and heat accumulation syndrome [36 (20.0%)] were main CM syndrome types. Prothrombin activity was lower in patients with Gan stagnation Pi deficiency syndrome than in patients with qi stagnation blood stasis syndrome ( $P < 0.05$ ). Yang deficiency constitution was the main constitution type in primary liver cancer patients complicated with esophageal and gastric variceal bleeding. Gan stagnation Pi deficiency syndrome [6(35.3%)] and Gan-Shen yin deficiency syndrome [5 (29.4%)] were main syndrome types. Conclusions Yang deficiency, yin deficiency, and dampness-heat were main constitutions of patients with HBV related liver cancer. Intermingled dampness and stasis syndrome, Gan stagnation Pi deficiency syndrome, and damp and heat accumulation syndrome were common CM syndrome types. Yang deficiency constitution was main constitution of upper digestive tract hemorrhage. Gan stagnation Pi deficiency syndrome and Gan-Shen yin deficiency syndrome were main syndrome types of upper digestive tract hemorrhage.

**KEYWORDS** HBV related liver cancer; constitution of Chinese medicine; syndrome types of Chinese medicine

原发性肝癌是世界常见且恶性程度最高的肿瘤之一,是世界范围内因癌症而死亡的第二常见原因。其发病率在男性恶性肿瘤中位居世界第 5 位,在女性恶性肿瘤中位居世界第 9 位,每年大约有 55.4 万男性,22.8 万女性被诊断为原发性肝癌,74.6 万人死于原发性肝癌<sup>[1]</sup>。乙肝病毒慢性感染是原发性肝癌的主要发病因素。影响肝癌发生发展的危险因素包括:年龄、性别、肝脏疾病严重程度、病毒复制量、酒精摄入等<sup>[2]</sup>。中医体质类型与肝癌发病有密切联系,是决定肝癌预后的重要因素<sup>[3]</sup>。因此,从中医学角度探讨肝癌患者体质分布及中医证型情况,对于指导肝癌的预防和中西医结合治疗具有一定意义。

## 资料与方法

**1 诊断标准** 乙肝相关性肝癌的诊断按照《慢性乙型肝炎防治指南》及原发性肝癌的临床诊断标准<sup>[4,5]</sup>。

**2 纳入标准** 年龄 20 ~ 80 岁,符合诊断标准;意识清楚。

**3 排除标准** 妊娠期或哺乳期妇女;严重心脑血管疾病或精神障碍者;其他病因导致的原发性肝癌患者;或乙肝相关性肝癌合并其他病因(包括药物性、酒精性、中毒性、自身免疫性、寄生虫性)患者。

**4 食管胃底静脉曲张破裂出血的判定** 病程中有呕血及黑便史,并行胃镜检查证实有食管或 / 和胃底静脉曲张。

**5 一般资料** 选取 2017 年 10 月 ~ 2018 年 2 月在解放军 302 医院治疗的乙肝相关性肝癌患者

180 例。年龄 28 ~ 80 岁;各年龄段分布:20 ~ 29 岁 1 例,30 ~ 39 岁 4 例,40 ~ 49 岁 43 例,50 ~ 59 岁 69 例,60 ~ 69 岁 52 例,≥70 岁 11 例。平均年龄( $56.09 \pm 9.15$ )岁。男性 142 例,平均年龄( $55.27 \pm 8.86$ )岁,平均体重指数为  $24.04 \pm 3.09$ ;女性 38 例,平均年龄( $59.30 \pm 9.79$ )岁,平均体重指数为  $23.66 \pm 3.22$ 。合并食管胃底静脉曲张破裂出血 17 例。肝功能分级:Child-Pugh A 124 例、Child-Pugh B 47 例、Child-Pugh C 9 例。男女性别患者年龄、BMI 指数比较差异无统计学意义。

**6 中医体质分类判定标准** 中医体质分类依据中华中医药学会 2009 年发布的《中医体质分类判定标准》<sup>[6]</sup>。

**7 中医体质分类** 量表由 60 多个条目的自我评价量表构成。共包含平和质、气虚质、阳虚质、阴虚质、痰湿质、湿热质、血瘀质、气郁质、特禀质 9 个亚量表。根据自身情况,划出相应的得分。

**8 体质判断方法** 将亚量表各个条目分值相加得出原始分,再按公式:转化分数 = [(原始分 - 条目数) / (条目数 × 4)] × 100 得出转化分数判定所属体质。

**9 中医辨证分型** 标准参照《肿瘤科专病中医临床诊治》<sup>[7]</sup>。

**10 血常规、凝血指标检测** 比较主要体质类型、不同中医证型患者 RBC、HB、WBC、中性粒细胞百分比(NLR)、凝血酶原时间(PT)、凝血酶原活动度(PTA)、国际化标准比值(INR)的差异。

**11 统计学方法** 应用 SPSS 23.0 统计软件分析。数据资料的录入采用双份录入。采用百分数形式

描述各类型体质及中医证型的构成比。计数资料采用非参数检验,  $P < 0.05$  为差异具有统计学意义。

### 结 果

1 乙肝相关性肝癌患者体质分布及构成比(表 1) 180 例乙肝相关性肝癌患者中男性为 142 例, 女性为 38 例。其中男性乙肝相关性肝癌患者中, 36 例为平和体质, 其余为偏颇体质; 女性乙肝相关性肝癌患者, 2 例为平和体质, 其余为偏颇体质。男性乙肝相关性肝癌患者体质类型分布从高到低依次为: 平和质、阳虚质、湿热质、阴虚质、血瘀质、痰湿质、气郁质、气虚质、特禀质; 女性乙肝相关性肝癌患者体质类型分布从高到低依次为: 阳虚质、阴虚质、气郁质、气虚质、痰湿质、平和质、血瘀质、湿热质。乙肝相关性肝癌患者不同性别之间中医体质类型差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。男性乙肝相关性肝癌患者偏颇体质以阳虚质、湿热质为主要体质类型, 女性乙肝相关性肝癌患者以阳虚质为主要体质类型。乙肝相关性肝癌患者整体偏颇体质类型分布以阳虚质、阴虚质、湿热质为主。

表 1 不同性别乙肝相关性肝癌患者体质分布及构成比 [例(%)]

体质	男	女	整体
平和质	35(24.6)	2(5.3)	37(20.6)
阳虚质	28(19.7)	19(50.0)	47(26.1)
气虚质	9(6.3)	3(7.9)	12(6.7)
阴虚质	14(9.9)	4(10.5)	18(10.0)
痰湿质	10(7.0)	3(7.9)	13(7.2)
湿热质	16(11.3)	1(2.6)	17(9.4)
血瘀质	14(9.9)	2(5.3)	16(8.9)
气郁质	10(7.0)	4(10.5)	14(7.8)
特禀质	6(4.2)	0	6(3.3)

2 不同体质类型乙肝相关性肝癌患者血常规、凝血指标的差异分析(表 2) 阳虚质患者 RBC、HB 水平低于平和质患者( $P < 0.05$ ); WBC、NLR、PT、PTA 比较差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。

3 乙肝相关性肝癌患者中医证型分布情况 180 例乙肝相关性肝癌患者中医证型分布分别为: 湿热蕴结 36 例(20.0%)、湿瘀互结 51 例(28.3%)、肝郁脾虚 44 例(24.4%)、气滞血瘀 28 例(15.6%)、肝肾阴虚 21 例(11.7%)。乙肝相关性肝癌患者证型以湿瘀互结最多, 其次是肝郁脾虚及湿热蕴结。

4 不同证型乙肝相关性肝癌患者血常规、凝血指标差异比较(表 3) 肝郁脾虚组 PTA 低于气滞血瘀组( $P < 0.05$ ), 其余指标比较差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。湿热蕴结、湿瘀互结、肝郁脾虚、气滞血瘀、肝肾阴虚组各项指标比较, 差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。

5 食管胃底静脉曲张破裂出血患者体质及证型分布情况 180 例乙肝相关性肝癌患者中, 17 例有食管胃底静脉曲张破裂出血史, 体质类型分布为平和质 3 例(17.6%)、阳虚质 6 例(35.3%)、阴虚质 3 例(17.6%)、痰湿质 1 例(5.9%)、血瘀质 1 例(5.9%)、气郁质 1 例(5.9%)、特禀质 2 例(11.8%)。中医证型分布分别为: 湿热蕴结 2 例(11.8%)、湿瘀互结 3 例(17.6%)、肝郁脾虚 6 例(35.3%)、气滞血瘀 1 例(5.9%)、肝肾阴虚 5 例(29.4%)。

### 讨 论

中医体质学认为, 体质是人体在先天禀赋和后天获得基础上所形成的相对稳定的形态结构、生理功能

表 2 不同体质患者血常规、凝血指标的比较 [M(p25, p75)]

体质类型	例数	WBC( $\times 10^9/L$ )	NLR(%)	RBC( $\times 10^{12}/L$ )	HB(g/L)	PT(s)	PTA(%)	INR
平和质	37	4.55(3.47, 5.91)	58.30(49.80, 66.87)	4.58(4.02, 4.75)	135.00(125.00, 147.00)	12.30(11.55, 13.10)	78.20(67.50, 90.10)	1.07(1.01, 1.14)
阳虚质	47	3.50(2.44, 4.49)	57.64(47.34, 65.90)	4.00(3.56, 4.48)*	125.00(108.00, 136.00)*	12.50(11.60, 13.50)	74.20(62.70, 89.10)	1.09(1.01, 1.18)
阴虚质	18	3.27(2.37, 5.07)	59.05(50.81, 68.15)	4.14(3.77, 4.54)	133.00(116.00, 141.50)	12.30(11.50, 13.23)	77.20(65.63, 91.00)	1.07(1.00, 1.15)
湿热质	17	4.52(3.42, 5.74)	53.40(28.64, 70.15)	4.38(3.94, 4.72)	132.00(123.00, 147.00)	12.00(11.70, 13.85)	82.00(59.90, 87.20)	1.04(1.02, 1.21)

注: 与平和质比较, \* $P < 0.05$

表 3 不同证型患者血常规、凝血指标比较 [M(p25, p75)]

证型	例数	WBC( $\times 10^9/L$ )	NLR(%)	RBC( $\times 10^{12}/L$ )	HB(g/L)	PT(s)	PTA(%)	INR
湿热蕴结	36	4.58(3.03, 6.24)	56.40(43.21, 72.33)	4.16(3.89, 4.70)	130.00(119.00, 144.75)	12.40(11.53, 13.35)	76.25(64.57, 90.55)	1.08(1.00, 1.17)
湿瘀互结	51	4.42(3.17, 5.54)	64.24(53.40, 71.50)	4.25(3.93, 4.60)	132.00(121.00, 145.00)	12.00(11.30, 13.40)	82.00(63.80, 95.00)	1.04(0.98, 1.17)
肝郁脾虚	44	3.71(2.12, 4.51)	59.20(51.25, 67.01)	4.32(3.56, 4.74)	132.50(108.25, 141.75)	12.55(11.90, 14.15)	73.45(56.50, 83.70)*	1.10(1.04, 1.24)
气滞血瘀	28	3.96(3.25, 4.83)	55.62(42.80, 62.25)	4.30(3.78, 4.72)	133.50(111.50, 143.75)	11.70(11.10, 12.65)	87.35(72.25, 99.20)	1.02(0.96, 1.11)
肝肾阴虚	21	3.94(2.65, 4.81)	57.30(45.52, 62.60)	4.24(4.02, 4.63)	131.00(118.00, 138.50)	12.2(11.10, 13.05)	78.80(68.10, 99.20)	1.06(0.96, 1.14)

注: 与气滞血瘀组比较, \* $P < 0.05$



和心理状态方面综合的固有特质<sup>[8]</sup>。中医体质学将体质分为平和质、气虚质、阳虚质、阴虚质、痰湿质、湿热质、瘀血质、气郁质、特禀质 9 种体质类型<sup>[9]</sup>。本研究发现,乙肝相关性肝癌患者整体偏颇体质分布以阳虚质、阴虚质、湿热质为主;男性患者以阳虚质、湿热质为,女性以阳虚质为主,研究结果与既往研究基本一致<sup>[10,11]</sup>。体质判定为平和质的乙肝相关性肝癌患者体质也出现了一定的偏颇,由于其偏颇体质得分较为分散,未达到偏颇体质的判定标准,因此判定为平和体质。中医学理论认为,肝主疏泄与脾主运化之间相互影响,在机体消化吸收、血液循环及水液代谢过程中发挥重要作用<sup>[12]</sup>。即生理上相互联系,病理易相互累及。《金匱要略》提出“见肝之病,知肝传脾,当先实脾”,慢性肝病后期患者出现乏力、腹胀、大便溏泻、脘腹冷痛、畏寒喜温、口淡不渴、四肢不温等临床症状,是因为肝病传脾影响了脾运化水谷精微并将精微物质布散至全身的生理功能,肝病日久,气虚及阳,因此患者出现阳虚等表现,持续日久难以短时间调整转变,从而形成一种相对固定模式,即阳虚体质。脾为后天之本,气血生化之源,《灵枢·决气》中指出的“中焦受气取汁,变化而赤,是谓血”。现代医学认为血液由血细胞组成,阳虚体质患者由于脾胃生血功能受到影响,因此红细胞、血红蛋白水平低于平和体质患者<sup>[13]</sup>。由于外感乙肝病毒持续感染,机体免疫功能长期与乙肝病毒产生对抗,“正邪交争”,机体过度消耗,损伤阴血,出现五心烦热、口干等临床表现,即在慢性肝病的基础上机体产生的病理状态持续进展,因此形成了相对稳定的阴虚体质<sup>[14]</sup>。肝脏慢性炎症进展为肝纤维化及肝硬化,其过程中常可出现肝胆排泄功能受损,使胆红素难以从胆管排泄,从而产生黄疸<sup>[15]</sup>。而中医学理论认为湿热为产生黄疸的主要原因,《金匱要略》云:“黄家所得,从湿得之”,《伤寒论》云:“瘀热在里,身必发黄”,患者出现口苦、尿黄等湿热体质的表现,因此中医对黄疸病治疗以清热利湿为主<sup>[16]</sup>。

中医学认为“证”是疾病发展过程中某一阶段病理特征的高度概括,即阶段性表现。而体质是机体病理状态不断累积,量变到质变形成的相对稳定的整体特征,某种偏颇体质是某一特征长期持续(量表限定为 6 个月以上)并相对稳定而形成的。在临床操作过程中,患者根据某一症状持续时间是否长期存在(大于 6 个月)来进行中医体问卷的填写,临床医师通过对症状持续时间的问诊及其与疾病的关联判断其可靠性,作为慢性病长期存在的体质类型。它决定证候的形成,也决定证候的走向,因此证与体质有不同内

涵。如酒精性肝硬化的患者整体体质分布以湿热和血瘀为主,治疗时的总原则可以依据其相对稳定的湿热及血瘀体质类型确定利湿清热和活血化瘀的治疗方法,再根据证候表现不同进行加减调治<sup>[17]</sup>。研究参照肿瘤科专科中医临床诊治对肝癌患者进行中医证型判定,发现乙肝相关性肝癌患者证候类型以湿瘀互结、肝郁脾虚、湿热蕴结为主,与杨小兵等的研究原发性肝癌以湿瘀互结、肝郁脾虚证型为主结果基本一致<sup>[18]</sup>。中医学理论认为,“气行则血行”,“气滞则血停”,血的运行离不开气的推动作用,肝郁气滞与肝郁脾虚对血运行影响的程度有差异,尽管都可以出现血瘀证,但程度上会有不同,因此气滞血瘀组凝血酶原活动度与肝郁脾虚组之间的差异可能说明肝郁气滞组凝血因子的合成较肝郁脾虚组要略好所致,也是对“中焦受气取汁,变化而赤是谓血”的一种阐释。其中食管胃底静脉曲张破裂出血是因为肝病日久传脾,肝不足不能藏血,脾阳虚不能统血导致血不循脉道正常运行导致血溢脉外,同时慢性肝病病程绵延,耗伤阴血,阴虚内热,迫血妄行<sup>[19]</sup>。此研究结果表明,慢性肝病基础上机体出现的病理状态不断进展形成的相对稳定的体质类型与疾病发展过程中阶段性的证候表现有所不同。如慢性肝病基础上的肝脏炎症改变、肝纤维化、肝硬化形成的肝脏淤血状态,这种淤血状态以一种体质的形式长期持续存在且相对稳定,但以此种血瘀体质以及脾阳虚不能摄血为病因而出现的上消化道出血(中医辨证属呕血)往往发生在长期疾病过程中的某一阶段或时刻,以“血证”的形式出现,此时治疗按中医辨证的规律进行施治,在血瘀体质下出现了“血证”的证候,即是疾病中体质和证的相互关系的体现。

本研究针对乙肝相关性肝癌患者的体质类型及证候分布进行了初步分析,表明了乙肝相关性肝癌患者体质与证候在疾病进展过程中的差异,但整体样本量偏小,男女构成比差异较大。今后应进行大样本多中心的长期动态研究,以阐明乙肝相关性肝癌患者体质及证候的分布规律,为从中医体质角度预防和治疗乙肝相关性肝癌提供明确的治疗思路。

利益冲突:无。

## 参 考 文 献

- [1] Catherine DM, Delphine M, Martyn P, et al. World-wide relative contribution of hepatitis B and C viruses in hepatocellular carcinoma [J]. Hepatology, 2015, 62(4): 1190 - 1200.
- [2] Peng CY, Chien RN, Liaw YF. Hepatitis B virus-

- related decompensated liver cirrhosis: benefits of antiviral therapy [J]. *J Hepatol*, 2012, 57 (2): 442 - 450.
- [3] 史话跃, 吴承玉. 中医体质学与肝癌的相关性研究[J]. *成都中医药大学学报*, 2013, 36(2): 92 - 94.
- [4] 王贵强, 王福生, 成军, 等. 慢性乙型肝炎防治指南(2015 年更新版)[J]. *中国病毒病杂志*, 2015, 5 (6): 401 - 467.
- [5] 李照, 朱继业. 原发性肝癌诊疗规范(2017 年版)解读[J]. *临床肝胆病杂志*, 2017, 33(9): 1655 - 1657
- [6] 中华中医药学会. 中医体质分类与判定(ZYYXH/T157—2009)[J]. *世界中西医结合杂志*, 2009, 4 (4): 303 - 304
- [7] 吴万垠, 刘伟胜主编. 肿瘤科专病中医临床诊治[M]. 第 3 版. 北京: 人民卫生出版社, 2013: 151 - 153.
- [8] 朱燕波. 中医体质分类判定与兼夹体质的综合评价[J]. *中华中医药杂志*, 2012, 27(1): 37 - 39.
- [9] 王文锐, 王琦. 中医体质学说“体病相关”研究进展[J]. *中华中医药学刊*, 2011, 29(11): 2501 - 2503.
- [10] 龙顺钦, 杨小兵, 吴万垠, 等. 原发性肝癌的中医体质类型分布及其预后因素分析[J]. *中国肿瘤临床*, 2012, 39(2): 101 - 104.
- [11] 申弘, 凌琪华, 杨涛, 等. 慢性 HBV 感染相关疾病患者的中医体质分布规律研究[J]. *上海中医药杂志*, 2014, 48(9): 12 - 16.
- [12] 陈启亮, 唐东昕, 龙奉玺. “见肝之病, 知肝传脾”在肝癌防治中的运用[J]. *中医学报*, 2016, 31 (12): 1833 - 1835.
- [13] 褚雨霆, 陈信义, 李天天, 等. 运用脾统血理论指导免疫性血小板减少性紫癜临床治疗[J]. *中华中医药杂志*, 2016, 31(4): 1170 - 1172.
- [14] 张栓, 赵亚林, 何玲玲, 等. 基于阴虚质体质的乙肝相关性原发性肝癌的病因病机探讨[J]. *中国中西医结合消化杂志*, 2016, 24(8): 630 - 631.
- [15] 施海东. 前列地尔注射液治疗肝硬化腹水伴黄疸的临床疗效观察[J]. *临床肝胆病杂志*, 2011, 27(9): 962 - 964.
- [16] 蒋开平. 《金匱要略》黄疸病论治临床解析[J]. *中华中医药学刊*, 2013, 31(2): 385 - 387.
- [17] 王睿林, 王立福, 王仲霞, 等. 酒精性肝硬化与乙型肝炎肝硬化中医体质的差异性分析[J]. *中西医结合肝病杂志*, 2012, 22(5): 263 - 264.
- [18] 杨小兵, 龙顺钦, 吴万垠, 等. 原发性肝癌中医证型分布及生存期差异研究[J]. *中国中西医结合杂志*, 2013, 33(7): 911 - 914.
- [19] 罗丹, 王泽民. 养阴清热、凉血解毒法在过敏性紫癜治疗中的运用[J]. *中医杂志*, 2015, 56(20): 1785 - 1786.

(收稿: 2018 - 05 - 07 在线: 2018 - 10 - 31)

责任编辑: 李焕荣

英文责编: 张晶晶

## Chinese Journal of Integrative Medicine (CJIM, 《中国结合医学杂志》)

2017 年 SCI 影响因子为 1.346

2018 年 6 月 27 日, 科睿唯安公布 2017 年 *Journal Citation Reports, Chinese Journal of Integrative Medicine (CJIM, 《中国结合医学杂志》)* 影响因子为 1.346, 较上年提高 20%, 连续第六年影响因子保持在 1 以上。

*Chinese Journal of Integrative Medicine* 创办于 1995 年, 2007 年被 SCI 收录。杂志由中国中医科学院和中国中西医结合学会主办, 国家中医药管理局主管, 主编为陈可冀院士。编委会由国内外 122 名专家组成, 其中两院院士 11 名, 大陆以外编委 75 名, 占比为 62%, 充分显示了国际化办刊理念。在此, 我们向广大期刊编委、审稿专家、作者和读者以及长期关注和支持我刊发展的各界人士表示诚挚感谢!

期刊 2012—2015 年接受中国科协英文期刊国际影响力提升计划 C 类资助。2012 - 2017 年被中国知网评选为最具国际影响力学术期刊之一。期刊也是国际出版伦理委员会 Committee on Publication Ethics (COPE) 成员; 采用 ScholarOne 系统实现所有来稿网上投稿。

期刊以创办国际化期刊为目标, 不断促进结合医学发展为已任, 欢迎大家积极向我刊投稿、赐稿。在今后的工作中, 我们将力争为广大读者、作者提供更好服务!