

DOI: 10.13288/j.11-2166/r.2017.19.022

标准与规范

非酒精性脂肪性肝病中医诊疗专家共识意见 (2017)

中华中医药学会脾胃病分会

非酒精性脂肪性肝病 (non-alcoholic fatty liver disease, NAFLD) 是一种与胰岛素抵抗和遗传易感密切相关的代谢应激性肝损伤, 包括非酒精性单纯性脂肪肝、非酒精性脂肪性肝炎及其相关肝硬化。本病是临床常见病和多发病, 其发病率及检出率逐年增加, 据文献报道, 普通成人 NAFLD 患病率达 20% ~ 33%^[1]。中华中医药学会脾胃病分会已于 2009 年制定了《非酒精性脂肪性肝病中医诊疗共识意见》^[2]。近年来, 中医药在辨证治疗、证候规律研究等诸多方面取得了显著进展, 有必要对中医诊疗共识意见进行更新, 以满足临床诊治的需要。

中华中医药学会脾胃病分会于 2014 年 8 月在合肥牵头成立了《非酒精性脂肪性肝病中医诊疗专家共识意见》起草小组。小组成员依据循证医学的原理, 广泛搜集循证资料, 并先后组织国内脾胃病专家就 NAFLD 的证候分类、辨证治疗、诊治流程、疗效标准等一系列关键问题进行总结讨论, 形成本共识意见初稿, 之后按照国际通行的德尔菲法进行了 3 轮投票。2015 年 9 月在重庆进行了第一次投票, 并根据专家意见对本共识意见进行了修改。2015 年 12 月, 在北京进行了第二次投票。2016 年 6 月, 中华中医药学会脾胃病分会在厦门召开核心专家讨论会, 来自全国各地 20 余名脾胃病知名专家对本共识意见 (草案) 进行了第三次投票, 并进行了讨论和修改。2016 年 7 月, 在哈尔滨第 28 届全国脾胃病学术会议上专家再次进行了讨论、修改和审定, 并于 2016 年 9 月在北京召开了本共识的最后专家定稿会议, 完成了本共识意见的制定 (表决选择: 1) 完全同意; 2) 同意, 但有一定保

留; 3) 同意, 但有较大保留; 4) 不同意, 但有保留; 5) 完全不同意。如果 > 2/3 的人数选择 1), 或 > 85% 的人数选择 1) + 2), 则作为条款通过), 最终表决通过。现将全文公布如下, 供国内外同道参考, 并冀在临床应用不断完善。

1 概述

1.1 病名

本病是现代医学针对该病病因、病位及病理改变综合定义而命名。中医学多从症状、病因病机等方面命名, 将其归属于“胁痛”“痞满”“肝胀”“肝痞”“肝癖”“肝着”“积聚”“痰证”“痰浊”“湿阻”“瘀证”“肥气”“积证”等范畴^[3-6]。“十一五”国家中医药管理局中医肝病协作组将 NAFLD 的中医病名确定为“肝癖”。2009 年发布的《非酒精性脂肪性肝病中医诊疗共识意见》^[2]将 NAFLD 的病名定为“肝癖”“胁痛”“积聚”。

1.2 西医诊断

该病的明确诊断应建立在患者临床表现、血液检查、相关影像学检查、病理组织学改变及排除酒精性脂肪肝及其他特定肝病的基础上。患者可出现全身乏力、肝区隐痛、右上腹不适或胀满感、食欲减退、恶心等非特异性症状。肝肿大是 NAFLD 常见的体征, 其次是脾肿大, 少数患者可有轻度黄疸。

肝组织学检查 (简称肝活检) 是目前本病诊断及分类鉴别最可靠的手段, 可准确判断肝组织脂肪贮积、炎症和纤维化程度^[7]。影像学检查是目前诊断本病常用的检查方法, 其中腹部 B 超已作为拟诊脂肪肝的首选方法, 腹部 B 超检查可大致判断肝内脂肪浸润的有无及其在肝内的分布类型, 但腹部 B 超检查对肝内脂肪浸润程度的判断仍不够精确, 并且对肝脏内炎症和纤维化的识别能力极差。其中弥漫性脂肪肝在腹部 B 超图像上有独特表现, 常规腹部 B 超可检出肝脂肪含量达 30% 以

基金项目: 北京市医院管理局重点医学专业发展计划-重点医学专业 (中医脾胃病): ZYLX201411

通讯作者: 1) 张声生, 首都医科大学附属北京中医医院消化中心, 邮箱: zhss2000@163.com; 2) 李军祥, 北京中医药大学附属东方医院, 邮箱: lijunxiang1226@163.com

上的脂肪肝; 而且肝脂肪含量达 50% 以上的脂肪肝, 超声诊断的敏感性可达 90%^[8]。肝脏脂肪含量测定 FibroScan 可对肝脏脂肪含量及硬度进行测量, 以受控衰减参数 (CAP) 值为参考, 正常肝脏: CAP < 238 对应脂肪含量 ≤ 10%; 轻度脂肪肝: 238 ≤ CAP < 259 对应脂肪含量 11% ~ 33%; 中度脂肪肝: 259 ≤ CAP < 292 对应脂肪含量 34% ~ 66%; 重度脂肪肝: CAP ≥ 292 对应脂肪含量 ≥ 67%^[9]。CT 腹部平扫对脂肪肝的诊断有很高的敏感性, 局灶性脂肪肝有其特征性 CT 表现, 根据肝脾 CT 比值可评估药物防治脂肪肝的效果^[10]。磁共振成像 (MRI) 是诊断脂肪肝最准确的影像学方法, 其诊断脂肪肝的准确性优于 B 超和 CT, 可检测出肝细胞脂肪变性达 3% 以上的病变。质子磁共振波谱 (MRS) 可通过直接测定肝细胞甘油三酯中的质子信号而诊断脂肪肝。但 MRI 和 MRS 费用昂贵, 不宜作为脂肪肝的常规诊断方法, 主要用于脂肪肝的研究^[11]。另外, 血液实验室检查对于判断脂肪肝的病因、可能的病理阶段及其预后有一定的参考价值, 包括肝功能、血脂、血糖、血清纤维化指标等。此外, 身高、体重、腰围、臀围、体重指数 (BMI = 体重/身高)、腰臀比 (WHR = 腰围/臀围) 也可用于本病的评估。

2010 年中华医学会肝脏病学分会脂肪肝和酒精性肝病组修订的《非酒精性脂肪性肝病诊疗指南》^[12] 规定了 NAFLD 的临床诊断标准, 明确 NAFLD 诊断需符合以下 3 项: 1) 无饮酒史或饮酒折合乙醇量男性 < 140g/周, 女性 < 70g/周; 2) 除外病毒性肝炎、药物性肝病、全胃肠外营养、肝豆状核变性、自身免疫性肝病等可导致脂肪肝的特定疾病; 3) 肝活检组织学改变符合脂肪性肝病的病理学诊断标准。鉴于肝组织学诊断难以获得, NAFLD 可定义为: 1) 肝脏影像学的表现符合弥漫性脂肪肝的诊断标准且无其他原因可供解释; 2) 有代谢综合征相关组分的患者出现不明原因的血清丙氨酸氨基转移酶 (ALT) 和 (或) 门冬氨酸氨基转移酶 (AST)、谷氨酰转氨酶 (GGT) 持续增高半年以上, 减肥和改善胰岛素抵抗后, 异常酶谱和影像学脂肪肝改善甚至恢复正常者可明确 NAFLD 的诊断。

2 病因病机

2.1 病因

饮食不节、劳逸失度、情志失调、久病体虚、禀赋不足是本病的主要病因诱因。

2.2 病位

本病病位在肝, 涉及脾、肾等脏腑。

2.3 病机

2.3.1 肝体用失调、脾肾亏虚为主要特点^[13] 肝的生理特点为“体阴而用阳”。在病理情况下, 肝体受损, 肝用无能, 则无法疏泄调达, 使痰浊、血瘀等病理产物产生, 进而发展为浊毒之邪内蕴, 损害肝体, 形成恶性循环。脾肾亏虚, 脾虚运化无力, 肾虚气化不利, 而致水湿停聚, 进而生痰, 痰湿内蕴, 继而生热化瘀, 而致痰、热、瘀、浊、湿纠结, 继而伤肝。

2.3.2 痰、湿、浊、瘀、热为主要病理因素 饮食中的饮属于人体中的正常津液, 在人体之内化生、转运、输布全凭脾胃功能的正常运行, 如果本身脾胃虚弱, 或摄入过多, 脾胃不能正常运行, 其精微物质输布异常, 反化为水湿、痰饮, 久为浊邪, 再而成瘀生热。此外, 饮食中的食为精微物质, 如果不能很好地通过脾胃运化, 则成为浊邪, 日久生热生瘀。各种原因产生的痰、湿、浊、瘀、热蕴结肝体, 导致本病的发生。

2.4 病机转化

随着病情演变, 本病可出现虚实、气血的病机转化。脾气虚弱, 脾失健运, 易为饮食所伤, 酿生湿热之邪, 由虚转实; 而湿邪内蕴, 情志不畅, 或劳逸失度, 损伤脾胃, 则由实转虚, 虚中夹实。病变初起者, 以气机不畅为主, 疾病多在气分; 随着疾病的进展, 脾虚则湿浊内停; 湿邪日久, 郁而化热, 而出现湿热内蕴; 久病及肾, 气化失司, 痰浊不化, 阻滞气机, 气滞血瘀, 瘀血内停, 阻滞脉络, 痰瘀互结于肝脏, 病入血分; 脾虚失运、肾失气化、肝失疏泄, 多重病理因素相互搏结, 最终导致本病的发生。

3 辨证分型

3.1 湿浊内停证

主症: 右胁肋胀满。次症: 1) 形体肥胖; 2) 周身困重; 3) 倦怠; 4) 胸脘痞闷; 5) 头晕; 6) 恶心。舌脉: 舌淡红, 苔白腻; 脉弦滑。

3.2 肝郁脾虚证

主症: 右胁肋胀满或走窜作痛, 每因烦恼郁怒诱发。次症: 1) 腹胀; 2) 便溏; 3) 腹痛欲泻; 4) 乏力; 5) 胸闷; 6) 善太息。舌脉: 舌淡边有齿痕, 苔薄白或腻; 脉弦或弦细。

3.3 湿热蕴结证

主症: 右胁肋胀痛。次症: 1) 恶心; 2) 呕吐; 3) 黄疸; 4) 胸脘痞满; 5) 周身困重; 6) 纳呆。舌脉: 舌质红, 苔黄腻; 脉濡数或滑数。

3.4 痰瘀互结证

主症: 右肋下痞块或右胁肋刺痛。次症: 1) 纳呆; 2) 胸脘痞闷; 3) 面色晦暗。舌脉: 舌淡暗有瘀斑, 苔腻; 脉弦滑或涩。

3.5 脾肾两虚证

主症: 右肋下隐痛。次症: 1) 乏力; 2) 腰膝酸软; 3) 夜尿频多; 4) 大便溏泄。舌脉: 舌淡, 苔白; 脉沉弱。

证候诊断: 主症 1 项 + 次症 2 项, 参考舌脉, 即可诊断。

4 临床治疗

4.1 治疗目标

缓解病情, 防止病情进展, 提高生活质量; 减少并发症的发生。

4.2 治疗原则

中医治疗应当分期论治, 疾病初期的治疗方法主要为疏肝理气、健脾和胃; 中后期的治疗方法主要为健脾益肾、化痰散结, 佐以清热化湿。重症患者应采取中西医结合治疗。

4.3 辨证论治

4.3.1 湿浊内停证 治法: 祛湿化浊。主方: 胃苓汤(《丹溪心法》)。药物: 苍术、陈皮、厚朴、甘草、泽泻、猪苓、赤茯苓、白术、肉桂。加减: 形体肥胖、周身困重等湿浊明显者, 加绞股蓝、焦山楂; 胸脘痞闷者, 加藿香、佩兰。

4.3.2 肝郁脾虚证 治法: 疏肝健脾。主方: 逍遥散(《太平惠民和剂局方》)。药物: 当归、白芍、柴胡、茯苓、白术、炙甘草、生姜、薄荷。加减: 腹胀明显者, 加枳壳、大腹皮; 乏力气短者, 加黄芪、党参。

4.3.3 湿热蕴结证 治法: 清热化湿。主方: 三仁汤(《温病条辨》) 合茵陈五苓散(《金匱要略》)。药物: 苦杏仁、滑石、通草、白蔻仁、竹叶、厚朴、薏苡仁、半夏、茵陈、茯苓、泽泻、猪苓、桂枝、白术。加减: 恶心呕吐者, 加枳实、姜半夏、竹茹; 黄疸明显者, 加虎杖; 胸脘痞满、周身困重等湿邪较重者, 加车前草、通草、苍术。

4.3.4 痰瘀互结证 治法: 活血化瘀, 祛痰散结。主方: 膈下逐瘀汤(《医林改错》) 合二陈汤

(《太平惠民和剂局方》)。药物: 桃仁、牡丹皮、赤芍、乌药、延胡索、炙甘草、川芎、当归、五灵脂、红花、枳壳、香附、陈皮、半夏、茯苓、乌梅、生姜。加减: 右胁肋刺痛者, 加川楝子; 面色晦暗等瘀血明显者, 加莪术、郁金。

4.3.5 脾肾两虚证 治法: 补益脾肾。主方: 四君子汤(《太平惠民和剂局方》) 合金匱肾气丸(《金匱要略》)。药物: 人参、茯苓、白术、炙甘草、熟地黄、山萸肉、山药、茯苓、泽泻、牡丹皮。加减: 腰膝酸软、头晕乏力者, 加黄芪、续断、杜仲; 畏寒肢冷者, 加附子、肉桂; 夜尿频多者, 加金樱子、海螵蛸; 大便溏泄者, 加炒扁豆、炒薏苡仁。

4.4 常用中成药

4.4.1 当飞利肝宁胶囊 清利湿热, 益肝退黄。用于非酒精性单纯性脂肪肝湿热内蕴证。

4.4.2 化滞柔肝颗粒 清热利湿, 化浊解毒, 祛瘀柔肝。用于非酒精性单纯性脂肪肝湿热中阻证。

4.4.3 壳脂胶囊 消化湿浊, 活血散结, 补益肝肾。用于非酒精性脂肪肝湿浊内蕴、气滞血瘀或兼有肝肾不足郁热证。

4.4.4 血脂康胶囊(片) 化浊降脂, 活血化痰, 健脾消食。用于痰阻血瘀所致的高脂血症。

4.4.5 逍遥丸(颗粒) 疏肝健脾, 养血调经。用于肝郁脾虚证。

4.4.6 护肝片 疏肝理气, 健脾消食, 降低转氨酶。用于慢性肝炎及早期肝硬化治疗。

4.4.7 绞股蓝总苷片 养心健脾, 益气和血, 除痰化痰, 降血脂。用于心脾气虚、痰阻血瘀证。

4.4.8 茵栀黄颗粒(口服液) 清热解毒, 利湿退黄。用于湿热内蕴证急性发作、慢性肝炎所致 ALT 升高。

4.4.9 水飞蓟宾胶囊 清热利湿, 疏肝利胆。用于急慢性肝炎、脂肪肝患者肝功能异常的恢复。

4.4.10 复方益肝灵 益肝滋肾, 解毒祛湿。用于肝肾阴虚, 湿毒未清证慢性肝炎氨基转移酶升高者。

4.5 针刺治疗

取丰隆、足三里、三阴交、阳陵泉、内关、肝俞、足三里、丰隆、关元、合谷、肾俞, 以 1.5 寸毫针刺入。穴位加减: 肝郁气滞者, 加太冲、行间, 用泻法; 痰湿困脾者, 加公孙、商丘, 用泻法; 瘀血内阻者, 加血海、地机, 用泻法; 肝肾两虚者, 加太溪、照海、复溜, 用补法。每次留针 30 min, 每周 3 次, 治疗 3~6 个月。

4.6 诊疗流程图

NAFLD 诊疗流程图具体见图 1。

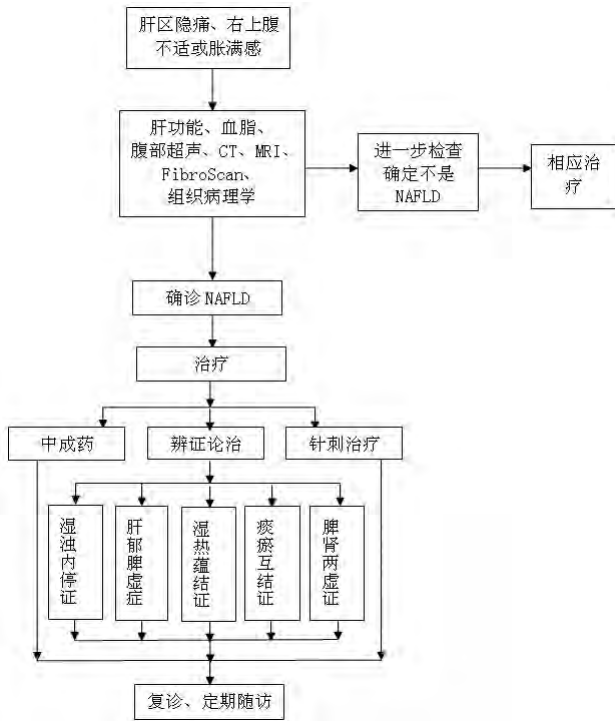


图 1 非酒精性脂肪性肝病诊疗流程图

5 疗效评价

5.1 症状疗效评价标准

5.1.1 主要单项症状评价 主要症状指右肋胀满，右肋疼痛，神疲乏力。主要症状分级评分：0 级：没有症状，计 0 分；I 级：症状轻微，不影响日常生活，计 1 分；II 级：症状中等，部分影响日常生活，计 2 分；III 级：症状严重，影响到日常生活，难以坚持工作，计 3 分。评价标准：1) 临床痊愈：原有症状消失；2) 显效：原有症状改善 2 级者；3) 有效：原有症状改善 1 级者；4) 无效：原有症状无改善或原症状加重。

5.1.2 主要症状综合疗效评价标准 症状改善百分率 = [(治疗前总积分 - 治疗后总积分) / 治疗前总积分] × 100%。痊愈：症状消失；显效：症状改善百分率 ≥ 70%；有效：30% ≤ 症状改善百分率 < 70%；无效：症状改善百分率 < 30%。

5.2 证候疗效评价标准

采用尼莫地平法计算。疗效指数 = [(治疗前积分 - 治疗后积分) / 治疗前积分] × 100%，分为临床痊愈、显效、有效、无效共 4 级。1) 临床痊愈：主要症状、体征消失或基本消失，疗效指数 ≥ 95%；2) 显效：主要症状、体征明显改善，70% ≤ 疗效指数 < 95%；3) 有效：主要症状、体

征明显好转，30% ≤ 疗效指数 < 70%；4) 无效：主要症状、体征无明显改善，甚或加重，疗效指数 < 30%。

5.3 实验室指标疗效评价标准

1) 临床痊愈：ALT 及血脂各项指标恢复正常；2) 显效：ALT 下降 > 50%，血脂改善达到以下任何一项：总胆固醇 (TC) 下降 ≥ 20%，甘油三酯 (TG) 下降 ≥ 40%，高密度脂蛋白胆固醇 (HDL-C) 上升 ≥ 0.26 mmol/L；3) 有效：30% < ALT 下降 ≤ 50%，血脂改善达到以下任何一项：10% ≤ TC 下降 < 20%，20% ≤ TG 下降 < 40%，0.13 mmol/L ≤ HDL-C 上升 < 0.26 mmol/L；4) 无效：ALT 下降 ≤ 30%，血脂无明显改善。

5.4 腹部 B 超疗效评价标准

1) 痊愈：肝脏回声正常，肝内血管状结构显示清晰；2) 显效：肝脏 B 超示从重度脂肪肝恢复为轻度脂肪肝；3) 有效：减少 2 个级别，脂肪肝程度由重度恢复为中度或由中度恢复为轻度；4) 无效：肝脏 B 超图像显示较前无变化或加重，未达到上述标准。

5.5 肝脏脂肪含量测定疗效评价标准

FibroScan 可对肝脏脂肪含量及硬度进行测量，利用 CAP 值来评估肝组织的脂肪变数值。评价标准如下：1) 痊愈：肝脏恢复正常，肝脏 CAP < 238；2) 显效：减少 2 个级别，从重度恢复为轻度；3) 有效：重度脂肪肝恢复为中度或由中度恢复为轻度；4) 无效：肝脏 CAP 值显示较前无变化或加重。

5.6 腹部 CT 疗效评价标准

建议以肝脾 CT 比值^[10]为评价指标。1) 痊愈：肝脏形态及实质恢复正常；2) 显效：减少 2 个级别，CT 检查示脂肪肝由重度恢复为轻度；3) 有效：脂肪肝由重度恢复为中度或由中度恢复为轻度；4) 无效：脂肪肝程度无改善。

5.7 生存质量评价标准

目前国内采用汉化版 SF-36 健康调查量表进行评价较普遍。SF-36 量表评价主要包括 8 个方面，即生理功能、生理职能、躯体疼痛、总体健康、活力、社会功能、情感职能、精神健康。

6 预防调护

6.1 健康宣教，改善行为

通过健康宣教，加强自我监督，改变不良生活方式和行为。戒酒，严格限制过多热量的摄入，低糖低

脂平衡膳食，加强锻炼，以中等量有氧运动为主。

6.2 饮食、体重控制

控制饮食，建立高蛋白、高维生素、足够纤维素及低脂低糖的食谱，忌肥腻、辛辣、甜食，可常饮淡茶。肥胖者还要适当控制体重，减少腰围。

6.3 情绪调畅

保持心情舒畅，情绪稳定。

6.4 运动调节

依据不同体质情况，安排合适的体育运动，以主动方式消耗体能，促进脂肪代谢，但也需要注意避免因消耗过大而造成补充过多的弊端。体育运动尤其适用于肥胖性脂肪肝患者。

6.5 控制相关病症

积极控制代谢综合征，治疗糖尿病、高血压病等原发病。改善胰岛素抵抗，纠正代谢紊乱。

6.6 避免肝损害

减少附加打击以免加重肝脏损害。避免体重急剧下降，避免接触肝毒性物质，严禁过量饮酒，慎重使用可能造成肝损害的药物和食物。

6.7 积极控制并发症

在肝硬化阶段，积极处理并发症，严禁饮酒，以高热量、高蛋白质、维生素丰富、易消化的食物为宜，脂肪摄入不宜过多。

6.8 完善检查

推荐患者经常测量体重、腰围、血压、每 3 ~ 6 个月检测肝功能、血脂和血糖，每年完善包括肝脏、胆囊和脾脏在内的上腹部影像学检查。

项目负责人：张声生

共识意见执笔人：李军祥

参与共识意见专家（按姓氏笔画排名）：丁霞、马群、王凤云、王邦才、王汝新、王垂杰、王春生、王宪波、王敏、牛兴东、叶松、田旭东、田耀洲、冯培民、朱生樑、朱莹、任顺平、刘力、刘友章、刘凤斌、刘华一、刘启泉、刘建设、刘绍能、刘德喜、齐玉珍、江宇泳、纪云西、孙玉信、苏娟萍、李军祥、李佃贵、李勇、李振华、李乾构、李培、李慧臻、杨胜兰、杨晋翔、杨翠兰、时昭红、吴耀南、何晓晖、余泽云、汪龙德、汶明琦、沈洪、张小萍、张声生、张磊、陈苏宁、陈涤平、林寿宁、金小晶、周正华、周强、郑昱、单兆伟、赵文霞、赵宇明、赵鲁卿、胡玲、钦丹萍、查安生、姜莉云、袁红霞、党中勤、徐进康、徐健众、唐旭东、唐志鹏、陶琳、黄明河、黄绍刚、黄贵华、黄恒青、黄穗平、梁超、董明国、舒劲、曾

斌芳、谢胜、谢晶日、路广晁、蔡敏、潘阳、薛西林、魏玮。

参考文献

[1] MASARONE M, FEDERICO A, ABENAVOLI L, et al. Non alcoholic Fatty liver: epidemiology and natural history [J]. Rev Recent Clin Trials, 2014, 9(3): 126-133.

[2] 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.

[3] 李军祥, 陈润花, 苏冬梅, 等. 中医药治疗非酒精性脂肪性肝病研究述评 [J]. 世界华人消化杂志, 2010, 18(14): 1443 - 1451.

[4] 张声生, 王垂杰, 沈洪. 消化病特色专科实用手册 [M]. 北京: 中国中医药出版社出版, 2008: 214 - 221.

[5] 季光, 郑培永. 医药治疗脂肪肝的研究评述 [J]. 中医药学刊, 2004, 22(1): 87 - 90.

[6] 李玉红, 张伯礼, 徐宗佩, 等. 脂肪肝中医药辨治系统评价 [J]. 辽宁中医杂志, 2002, 29(11): 657 - 658.

[7] SPENGLER EK, LOOMBA R. Recommendations for Diagnosis, Referral for Liver Biopsy, and Treatment of Non-alcoholic Fatty Liver Disease and Nonalcoholic Steatohepatitis [J]. Mayo Clinic Proceedings, 2015, 90(9): 1233-1246.

[8] ARIENTI V, ALUIGI L, PRETOLANI S, et al. Ultrasonography (US) and non-invasive diagnostic methods for non-alcoholic fatty liver disease (NAFLD) and early vascular damage. Possible application in a population study on the metabolic syndrome (MS) [J]. Intern Emerg Med, 2012, 7(3): 283-290.

[9] L? DINGHEN VD, WONG GL, VERGNIOL J, et al. Controlled attenuation parameter for the diagnosis of steatosis in non-alcoholic fatty liver disease [J]. J Gastroenterol, 2016, 31(4): 848-855.

[10] GRAFFY PM, PICKHARDT PJ. Quantification of hepatic and visceral fat by CT and MR imaging: relevance to the obesity epidemic, metabolic syndrome and NAFLD [J]. Br J Radiol, 2016, 89(1062): 20151024.

[11] HAN MA, SAOUAF R, AYOUB W, et al. Magnetic resonance imaging and transient elastography in the management of Nonalcoholic Fatty Liver Disease (NAFLD) [J]. Expert Rev Clin Pharmacol, 2017, 10(4): 379-390.

[12] 范建高. 非酒精性脂肪性肝病诊疗指南(2010年修订版) [J]. 胃肠病学和肝病学杂志, 2010, 19(6): 483-487.

[13] 钱英. “体用同调”是治疗慢性重型肝炎的重要一环 [J]. 中西医结合肝病杂志, 2006, 16(4): 251 - 252.

(收稿日期: 2017 - 03 - 16; 修回日期: 2017 - 05 - 02)

[编辑: 焦 爽]