

DOI: 10.13288/j.11-2166/r.2020.04.016

文献研究

乙型肝炎肝硬化中医证型、证素分布特点文献研究

叶永安^{*}, 刘蕊洁², 杨先照¹, 李莹¹, 张鹏¹, 梁亦骏¹

1. 北京中医药大学东直门医院, 北京市东城区海运仓 5 号, 100700; 2. 首都医科大学附属北京同仁医院

摘要 目的 通过文献回顾分析, 探讨乙型肝炎肝硬化中医证型、证素分布特点。方法 检索 1963 年 1 月 1 日至 2018 年 12 月 31 日中国期刊全文数据库、中文科技期刊数据库、万方数据库出版平台、中国中医药数据库及 MEDLINE、EMBASE、Web of knowledge、Cochrane library 数据库, 纳入乙型肝炎肝硬化的临床研究文献, 对纳入文献中患者的中医证型、证素分布特点进行分析。结果 共纳入文献 81 篇, 乙型肝炎肝硬化患者 11 912 例, 其中有明确肝硬化分期代偿期 1 780 例, 失代偿期 2 942 例。中医证型不含兼夹证前 5 位为湿热内蕴、肝肾阴虚、瘀血阻络、肝郁脾虚、肝郁气滞, 累积占比为 58.23%; 含兼夹证前 5 位证型依次为湿热内蕴、肝郁脾虚、瘀血阻络、肝肾阴虚、肝郁气滞, 累积占比为 72.49%; 病位证素以肝、脾为主, 累积频率为 75.53%, 病性证素以湿、气滞、气虚、热、血瘀为主, 累积频率为 86.85%。代偿期主要中医证型为湿热内蕴、肝郁气滞、瘀血阻络, 失代偿期主要为湿热内蕴、脾肾阳虚、肝肾阴虚。失代偿期复合证 8 种、复杂证 19 种, 较代偿期复合证 3 种、复杂证 7 种明显增多。结论 乙型肝炎肝硬化核心病机为肝郁脾虚, 湿瘀热互结, 随病情进展, 证型、证素构成逐渐复杂。

关键词 乙型肝炎; 肝硬化; 中医证候分型; 证素; 代偿期; 失代偿期; 肝郁脾虚; 湿热互结

乙型肝炎肝硬化是慢性乙型肝炎病情进展的结果。据统计, 目前我国一般人群慢性乙型肝炎病毒感染者约 7 000 万例, 其中慢性乙型肝炎患者 2 000 万~3 000 万^[1]。中医药在乙型肝炎肝硬化的治疗中具有丰富经验与长足优势^[2]。辨证论治是中医理论和临床的重要支撑, 目的是提供给患者最合理的个性化治疗方案。辨证论治的前提是辨证, 但证候决策方式的经验性、模糊性、随意性和不确定性影响着整个辨识证候的过程, 制约着中医理论的推广和应用。乙型肝炎表面抗原由 Blumberg 首次发现^[3], 本文通过对 1963 年至 2018 年近 45 年国内外有关中医药诊疗乙型肝炎肝硬化文献中涉及中医证型的临床研究类文献进行证型、证素统计, 初步获得乙型肝炎肝硬化中医证型及证素分布情况, 为规范本病的中医辨证提供一定的数据支持。

1 资料与方法

1.1 检索策略

计算机检索 1963 年 1 月 1 日至 2018 年 12 月 31 日公开发表的文献, 以中国期刊全文数据库、中文科技期刊数据库、万方数据库出版平台、中国中医药数据库作为已发表中文文献的来源; 英文文献检索 MEDLINE、EMBASE、Web of knowledge 及 Cochrane library 数据库。检索方式: 中文数据库以“肝硬化”(或“肝硬变”)AND“证”或“腹水”AND“证”为检索词进行主题词检索; 英文数据库以“liver”OR“hepatic”AND“cirrhosis”AND“syndrome”AND“Chinese Medicine”或“ascites”AND“syndrome”AND“Chinese Medicine”为检索词进行主题词检索。

1.2 文献纳入标准

1) 符合乙型肝炎肝硬化诊断标准: 1994 年肝硬化临床诊断、中医辨证和疗效评定标准(试行方案)^[4], 或 2003 年肝硬化中西医结合诊治方案(草案)^[5], 或 2011 年肝硬化中西医结合诊疗共

基金项目: 国家自然科学基金(81603555); 首都医科大学附属北京同仁医院科研基金(TRYJ-KYJJ-2017-010)

* 通讯作者: keyan3156@163.com

识^[4]；2) 具有明确中医辨证分型，病例 30 例以上的临床研究文献。

1.3 文献排除标准

1) 合并感染其他病毒性肝炎或其他因素所致的肝硬化，合并其他严重疾病；2) 同一作者发表的临床资料完全相同的文献，按出版日期纳入最新一篇；3) 仅纳入一种证候的文献。

1.4 资料提取与分析方法

应用 Epidata 3.0 软件按事先设计并经调试的资料提取表对纳入研究的文献做基本信息采集、证候分类及病例数收集，采用 Excel 2007 进行数据汇总及证候分布统计。参照《中医内科学》^[5]对汇总得到的 70 个证候名称进行相似证型合并，如将肝胆湿热、脾胃湿热、湿热困脾及湿热蕴结归为湿热内蕴。为进一步归纳乙型肝炎肝硬化核心证候特征，将兼夹证归纳到相应证型，如肝郁脾虚兼血瘀归纳为肝郁脾虚证及血瘀证。证素研究根据朱文锋教授提出的共性证素 50 项^[6]，分别从病位与病性两方面对纳入的病例进行统计分析。以上工作均由两名研究者独立进行，并进行交叉核对，如有分歧通过协商或请第三方协助解决。

2 结果

2.1 检索结果

按检索条件进行检索，共获得文献 7643 篇，排除标题重复者及不涉及中医证候者，获得 4544 篇中文文献，76 篇英文文献。所有文献采用 Note-Express 2.0 导出摘要，阅读题目与摘要进行初筛，初步得到中文 4049 篇文献，英文文献 4 篇。对初筛后文献进行全文阅读，依照纳入与排除标准，最终入选 81 篇文献，包括 80 篇中文文献、1 篇英文文献。

2.2 文献基本特征

81 篇文献共涉及 11912 例患者、54 个证型。81 篇文献发表于 1991 年至 2018 年间，有 34 篇文献明确提出纳入病例所处的肝硬化阶段，其中 18 篇涉及代偿期与失代偿期肝硬化，10 篇仅涉及代偿期肝硬化的中医证候，21 篇仅涉及失代偿期肝硬化的中医证候；纳入文献以中医证候特征观察、不同中医证候与客观指标（如肝功能、肝脏超声、Child-Pugh 分级等）、不同中医证候对抗病毒治疗的应答等观察性研究为主。

2.3 11912 例患者证型分布特点

对占比（证候总例数/全部病例数）>3% 的

证型按降序排列，乙型肝炎肝硬化最常见的前 5 位证型（不含兼夹证）依次为湿热内蕴、肝肾阴虚、瘀血阻络、肝郁脾虚及肝郁气滞，累积占比为 58.23%；将兼夹证归纳到相应证型，则乙型肝炎肝硬化前 5 位证型依次为湿热内蕴、肝郁脾虚、瘀血阻络、肝肾阴虚及肝郁气滞证，详见表 1。

表 1 11912 例乙型肝炎肝硬化患者主要中医证型（占比>3%）分布

证型名称 (不含兼夹证)	例数 (%)	证型名称 (含兼夹证)	例数 (%)
湿热内蕴	2080 (17.46)	湿热内蕴	2710 (22.75)
肝肾阴虚	1417 (11.90)	肝郁脾虚	1715 (14.40)
瘀血阻络	1210 (10.16)	瘀血阻络	1510 (12.68)
肝郁脾虚	1142 (9.59)	肝肾阴虚	1475 (12.38)
肝郁气滞	1087 (9.13)	肝郁气滞	1225 (10.25)
脾肾阳虚	962 (8.08)	脾肾阳虚	964 (8.09)
水湿内阻	505 (4.24)	水湿内阻	835 (7.01)
脾虚湿盛	440 (3.69)	脾虚湿盛	595 (4.99)

2.4 11912 例患者证素分布特点

根据朱文锋教授提出的共性证素 50 项，对 81 篇文献证素分布特征进行总结，病位证素和病性证素均选取频率>3% 的证素按降序排列。表 2 示，乙型肝炎肝硬化的病位证素以肝、脾为主，累积频率为 75.53%，其后依次为肾、胆；病性证素常见的为湿、气滞、气虚、热、血瘀，累积频率为 86.85%，其次是阴虚、阳虚。

表 2 11912 例乙型肝炎肝硬化患者病位、病性证素（频率>3%）分布

病位证素	频次 (%)	病性证素	频次 (%)
肝	5849 (47.55)	湿	3799 (23.76)
脾	3442 (27.98)	气滞	2877 (18.00)
肾	2529 (20.56)	气虚	2557 (15.99)
胆	482 (3.91)	热	2495 (15.61)
		血瘀	2156 (13.49)
		阴虚	1234 (7.72)
		阳虚	868 (5.43)

2.5 不同临床分期患者证型、证素分布特点

为进一步挖掘乙型肝炎肝硬化不同阶段中医证候特征，对上述 81 篇文献中有明确肝硬化分期的文献进行证型统计，均选取证型占比>3% 者按降序排列（表 3 至表 6）。其中不同分期的乙型肝炎肝硬化证型分布在不含兼夹证及含兼夹证时有明显区别。代偿期病位证素以肝、脾为主，累积频率为 85.51%，病性证素以气滞、湿、气虚、热、血瘀为主，累积频率为 86.16%；失代偿期病位以脾、肝为主，累积频率为 73.77%，病性证素以湿、气

虚、血瘀、气滞、热为主，累积频率为 88.05%。

表 3 1780 例乙型肝炎肝硬化代偿期患者
主要中医证型（占比 >3%）分布

证型名称 (不含兼夹证)	例数 (%)	证型名称 (含兼夹证)	例数 (%)
湿热内蕴	344 (19.33)	湿热内蕴	381 (21.40)
肝郁气滞	333 (18.70)	肝郁气滞	360 (20.22)
瘀血阻络	299 (16.80)	肝郁脾虚	312 (17.53)
肝郁脾虚	248 (13.93)	瘀血阻络	300 (16.85)
肝肾阴虚	215 (12.08)	肝肾阴虚	218 (12.25)
肝郁脾虚夹瘀	117 (6.57)	水湿内阻	90 (5.06)
水湿内阻	90 (5.06)	肝脾血瘀	60 (3.37)
肝脾血瘀	60 (3.37)	脾肾阳虚	59 (3.31)
脾肾阳虚	59 (3.31)	气滞血瘀	59 (3.31)
气滞血瘀	59 (3.31)		

表 4 1780 例乙型肝炎肝硬化代偿期患者病位、
病性证素（频率 >3%）分布

病位证素	频次 (%)	病性证素	频次 (%)
肝	1219 (63.79)	气滞	481 (21.63)
脾	415 (21.72)	湿	477 (21.45)
肾	277 (14.50)	气虚	376 (16.91)
肝	1219 (63.79)	热	351 (15.78)
		血瘀	231 (10.39)
		阴虚	218 (9.80)
		水	90 (4.05)

表 5 2942 例乙型肝炎肝硬化失代偿期患者
主要中医证型（占比 >3%）分布

证型名称 (不含兼夹证)	例数 (%)	证型名称 (含兼夹证)	例数 (%)
湿热内蕴	439 (14.92)	湿热内蕴	117 (3.97)
脾肾阳虚	253 (8.60)	瘀血阻络	865 (29.40)
肝肾阴虚	249 (8.46)	肝郁脾虚	714 (24.27)
肝郁脾虚	244 (8.29)	脾肾阳虚	253 (8.46)
气虚血瘀	196 (6.66)	肝肾阴虚	273 (9.28)
瘀血阻络	164 (5.57)	水湿内阻	189 (6.42)
肝郁脾虚, 湿热瘀结	161 (5.47)	气虚血瘀	196 (6.66)
肝郁脾虚, 湿瘀互结	158 (5.37)	气滞血瘀	122 (4.15)
水湿内阻	135 (4.59)		
气滞血瘀	122 (4.15)		

表 6 2942 例乙型肝炎肝硬化失代偿期患者病位、
病性证素（频率 >3%）分布

病位证素	频次 (%)	病性证素	频次 (%)
肝	1294 (36.97)	湿	1312 (21.61)
脾	1288 (36.80)	气虚	1138 (18.74)
肾	604 (17.25)	血瘀	1100 (18.12)
胆	179 (5.11)	气滞	968 (15.94)
		热	828 (13.64)
		阴虚	301 (4.96)
		阳虚	254 (4.18)

2.6 不同临床分期患者证候种类分布特点

为进一步阐明乙型肝炎肝硬化证候兼夹特点，根据临床实践，我们提出将证候分为以下 4 种：单一证（如瘀血阻络），结合证为含有 2 个单一证（如湿热内蕴），复合证为含有 3 个单一证者（如肝郁脾虚，湿热内蕴），含有 4 个及以上证者作为复杂证。乙型肝炎肝硬化代偿期患者单一证 3 种，结合证 10 种，复合证 3 种，复杂证 7 种；失代偿期患者单一证 3 种，结合证 15 种，复合证 8 种，复杂证 19 种。表 7 示，代偿期患者单一证以瘀血阻络为主，结合证以湿热内蕴、肝郁气滞为主，复合证以肝肾阴虚为主，复杂证以肝郁脾虚为主。表 8 示，失代偿期患者单一证以瘀血阻络为主，结合证以湿热内蕴为主，复合证以脾肾阳虚、肝肾阴虚为主，复杂证以肝郁脾虚为主。

表 7 1780 例乙型肝炎肝硬化代偿期患者
证候种类（占比 >3%）分布

证候分类	证型名称	例数 (%)
单一证	瘀血阻络	129 (9.99)
结合证	湿热内蕴	344 (39.48)
	肝郁气滞	333 (39.36)
	水湿内阻	90 (10.64)
	气滞血瘀	59 (6.97)
复合证	肝肾阴虚	215 (63.61)
	肝脾血瘀	60 (17.75)
	脾肾阳虚	59 (17.45)
复杂证	肝郁脾虚	308 (39.94)
	肝郁脾虚夹瘀	50 (6.49)
	肝郁脾虚, 湿瘀互结	27 (3.50)
	肝郁脾虚, 湿热瘀结	24 (3.11)

表 8 2942 例乙型肝炎肝硬化失代偿期患者
证候种类（占比 >3%）分布

证候分类	证型名称	例数 (%)
单一证	瘀血阻络	164 (9.72)
结合证	湿热内蕴	439 (40.05)
	气虚血瘀	196 (17.88)
	水湿内阻	135 (12.32)
	气滞血瘀	122 (11.13)
	气不摄血	39 (3.56)
	肝郁气滞	39 (3.56)
复合证	脾肾阳虚	253 (41.68)
	肝肾阴虚	249 (41.02)
	肝郁化火	62 (10.21)
复杂证	肝郁脾虚	364 (31.76)
	肝郁脾虚, 湿热瘀结	161 (14.04)
	肝郁脾虚, 湿瘀互结	158 (13.79)
	肝郁脾虚, 湿热内蕴	83 (7.24)
	脾虚水湿内停兼血瘀	58 (5.06)
	脾气亏虚, 湿浊中阻	44 (3.84)
	湿热内蕴, 瘀血阻络	41 (3.58)

3 讨论

乙型肝炎肝硬化具有自身发病机制,其症状特点也与其他原因引起的肝硬化有所不同^[8],因而乙型肝炎肝硬化有其不同的中医证候特征,同时肝硬化代偿期与失代偿期辨证亦有一定的区别,也影响了乙型肝炎肝硬化的辨证论治。有学者提出,乙型肝炎肝硬化中医证型主要为水湿内阻、肝肾阴虚、瘀血阻络、肝郁脾虚、气滞血瘀和肝郁脾虚^[10];另有学者提出应结合分期进行辨证,将乙型肝炎肝硬化代偿期的辨证论治分为肝郁血瘀与肝郁脾虚,失代偿期辨证论治分为血瘀癥积和脾肾阳虚^[11]。还有学者基于各种辅助检查,如对乙型肝炎肝硬化不同证型患者的核磁共振平扫及扩散峰度成像特征进行区分^[12],或从血清纤维化指标等特征对不同证型患者进行特征性研究^[13],也有针对特殊感染人群,如对家族聚集性乙型肝炎肝硬化患者证候分布进行统计^[14]。这些研究在一定程度上为乙型肝炎肝硬化证候本质提供依据,但我们发现,对于乙型肝炎肝硬化的临床辨证研究受样本量较少、辨证和证型名称标准不一等因素影响,难以较为准确地反映该病的中医证候特点。

本研究对公开发表的文献进行二次整理,扩大样本量,提炼常见证型与证素,可以在一定程度上反映乙型肝炎肝硬化中医证候的特点。同时依据临床中兼夹证型普遍存在的实际情况,我们提出证候的四种类型,即单一证、结合证、复合证以及复杂证,有利于展现疾病证候的全貌。对乙型肝炎肝硬化证候分布进行统计,排列在前 5 位的证型(不含兼夹证)依次为湿热内蕴、肝肾阴虚、瘀血阻络、肝郁脾虚、肝郁气滞,累积占比未超过 60%,若进一步统计乙型肝炎肝硬化证型(含兼夹证),则肝郁脾虚证从之前的第 4 位提升到第 2 位,提示结合临床综合考虑证型的兼夹情况更符合临床实际。

我们从 81 篇纳入文献中摘取有明确临床分期者进行分析,其中肝硬化代偿期病排名前 5 位的证型依次为湿热内蕴、肝郁气滞、瘀血阻络、肝郁脾虚及肝肾阴虚,考虑兼夹证时,肝郁脾虚排名上升至第 3 位,体现出肝郁脾虚证在肝硬化辨证的普遍性。对肝硬化失代偿期证型进行统计,排名前 5 位证型依次为湿热内蕴、脾肾阳虚、肝肾阴虚、肝郁脾虚,气虚血瘀,累积占比未超过 50%,若考虑兼夹证,湿热内蕴、瘀血阻络及肝郁脾虚有显著增

长,体现出肝硬化失代偿期的主要证候特征。可见,将兼夹证纳入统计更能显示肝硬化不同时期的证候分布特点,因此,肝硬化失代偿期较代偿期复杂证型比例明显上升,证候分布更离散、复杂。

证素是根据中医理论提炼出来的具体诊断单元,通过辨病位与病性来揭示辨证的普遍规律、实质与特点^[9]。肝硬化代偿期与失代偿期证素分布及侧重不同,失代偿期显示出更复杂的证素分布,代偿期病位以肝、脾为主,病性以气滞、湿、气虚、热、血瘀为主,失代偿期病位以脾、肝为主,病性以湿、气虚、血瘀、气滞、热为主,体现出乙型肝炎肝硬化在病位及病性证素上的特征与演变规律。

通过统计失代偿期患者中医证型、证素发现,失代偿期(不含兼夹证)脾肾阳虚仅占 8.60%,排在第 2 位,而病性证素排列时阳虚频率只有 4.18%,考虑与以下两方面有关:一方面,由于失代偿期证候复杂,使其证型分布离散,除湿热内蕴占 14.92% 之外,其他证型所占比例均未超过 10%;另一方面,考虑将兼夹证合并统计时,脾肾阳虚证排名亦较前下降,说明兼夹证对证型分布影响较大。因此,我们认为脾肾阳虚证并非乙型肝炎肝硬化失代偿期常见证型。

无论从乙型肝炎肝硬化整体还是按疾病分期进行证型及证素的分析,归纳出乙型肝炎肝硬化的病位主要在肝、脾,以虚(气虚)、郁(气滞)、湿、热、瘀为五大病理要素,进一步则归纳为脾气亏虚、气滞血瘀、湿热内蕴为核心病机。根据气滞主要体现为肝郁,故核心病机也可表达为肝郁脾虚、湿瘀热互结。需要说明的是,病至肝硬化阶段,肾虚(包括肾阴及肾阳)在证候分布中占一定比例,但从证型及证素综合分析肾虚并未进入核心病机。

综上,乙型肝炎肝硬化有其致病因素的特殊性,随着病程延长,病情复杂,不同临床分期中医证候存在差异。本研究结果显示,疾病的证候研究具有复杂性,而兼夹证的纳入十分重要,同时结合证素研究将有助于核心证候的分析。

参考文献

- [1] LIU J, ZHANG S, WANG Q, et al. Seroepidemiology of hepatitis B virus infection in 2 million men aged 21 - 49 years in rural China: a population-based, cross-sectional study [J]. Lancet Infect Dis, 2016, 16(1): 80-86.
- [2] 郝娟, 刘成海. 肝硬化辨病与辨证的临床诊断进展 [J]. 中国中西医结合消化杂志, 2016, 24(12): 967-970.

- BLUMBERG BS, HESSER JE, ECONOMIDOU I, et al. The variety of responses within a community to infection with Australia (Hepatitis B) antigen [J]. Dev Biol Stand, 1975, 30: 270-283. PMID: 1204963.
- 中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会. 肝硬化临床诊断、中医辨证和疗效评定标准(试行方案) [J]. 中国中西医结合脾胃杂志, 1994, 2(2): 71-72.
- 中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会. 肝硬化中西医结合诊治方案(草案) [J]. 中国中西医结合杂志, 2004, 24(10): 869-871.
- 中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会. 肝硬化中西医结合诊疗共识 [J]. 中国中西医结合消化杂志, 2011, 19(4): 277-279.
- 田德禄. 中医内科学 [M]. 北京: 中国中医药出版社, 2005: 301-308.
- 朱文锋, 张华敏. “证素”的基本特征 [J]. 中国中医基础医学杂志, 2005, 11(1): 17-18.
- CEDRIC S, NASSER S, JEFFREY I, et al. Robust regression analysis of GCMS data reveals differential rewiring of metabolic networks in hepatitis B and C patients [J]. Metabolites, 2017, 7(4): 51.
- 李勇华. 乙型肝炎肝硬化腹水辨病论治探析 [J]. 中国中医基础医学杂志, 2016, 45(3): 381-382.
- 李琼, 滕龙, 李永勤, 等. 周信有辨治病毒性肝硬化经验 [J]. 中医杂志, 2018, 59(8): 643-645.
- 张跃, 刘海峰, 郭转转, 等. 磁共振平扫及扩散峰度成像在乙型肝炎肝硬化中医证候分型中的价值 [J]. 中西医结合肝病杂志, 2019, 29(1): 73-76.
- 李琿. 慢性乙型肝炎后肝硬化患者中医证候与血清 TGF- β 1、HA、LN、IV-C、PC-III 水平相关性研究 [J]. 中医学报, 2017, 32(9): 1749-1752.
- 霍晓庆. 家族聚集性乙型肝炎后肝硬化临床证候分型 [J]. 亚太传统医药, 2015, 11(1): 63-64.

Literature Study on Characteristics of Traditional Chinese Medicine Syndrome Types and Syndrome Elements Distribution of Hepatitis B Virus-Related Hepatocirrhosis

YE Yong'an¹, LIU Ruijie², YANG Xianzhao¹, LI Ying¹, ZHANG Peng¹, LIANG Yijun¹

1. Dongzhimen Hospital, Beijing University of Chinese Medicine, Beijing, 100700; 2. Beijing Tongren Hospital, Capital Medical University

ABSTRACT Objective To explore the characteristics of traditional Chinese medicine (TCM) syndromes and syndrome elements distribution of hepatitis B virus (HBV)-related hepatocirrhosis by literature review. **Methods** Chinese Journal Full-text Database, Chinese Sci-tech Periodical Database, Wanfang Database Publishing Platform, China Traditional Chinese Medicine Database and MEDLINE, EMBASE, Web of knowledge, Cochrane library database were searched from January 1, 1963 to December 31, 2018, and the clinical research literature on HBV-related hepatocirrhosis were included. The characteristics of TCM syndromes and syndrome elements of patients included in the literature were analyzed. **Results** A total of 81 papers were included. There were 11,912 patients with HBV-related hepatocirrhosis, including 1780 patients with compensated stage and 2942 patients with decompensation stage. The top 5 TCM syndromes without accompanied symptoms were internal accumulation of damp heat, yin deficiency of liver and kidney, blood stasis obstructing the collaterals, liver depression and spleen deficiency, liver depression and qi stagnation, accounting 58.23% in total. Taken accompanied symptoms into consideration, the top 5 was internal accumulation of damp heat, liver depression and spleen deficiency, blood stasis obstructing the collaterals, yin deficiency of liver and kidney and liver depression and qi stagnation, accounting 72.49% in total. The syndrome elements of disease location were the liver and the spleen, with a total frequency of 75.53%. The syndrome elements of the disease nature were dampness, qi stagnation, qi deficiency, heat, blood stasis, accounting 86.85% in total frequency. The major TCM syndromes in compensated stage were internal accumulation of damp heat, liver depression and qi stagnation, blood stasis obstructing the collaterals. The syndromes in decompensated stage were internal accumulation of damp heat, yang deficiency of the spleen and kidney, yin deficiency of the liver and kidney. There were 8 compound syndromes and 19 complex syndromes in the decompensated stage, which were significantly increased than 3 compound syndromes and 7 complex syndromes in the compensated stage. **Conclusion** The core pathogenesis of HBV-related hepatocirrhosis is liver depression and spleen deficiency and intermingled damp, blood stasis, and heat. The syndromes and syndrome elements are becoming complex.

Keywords hepatitis B virus; hepatocirrhosis; traditional Chinese medicine syndrome type; syndrome element; compensated stage; decompensated stage; liver depression and spleen deficiency; intermingled damp and heat

(收稿日期: 2019-03-13; 修回日期: 2019-09-03)

编辑: 柴倩云