

止痛膏治疗脾胃虚寒型胃脘痛(慢性胃炎)的 临床疗效观察*

火龙¹ 李凯¹ 李慧¹ 孙博云¹ 林江¹

[提要] 观察止痛膏治疗脾胃虚寒型胃脘痛(慢性胃炎)的临床疗效。选取 2021 年 1 月—2022 年 4 月在上海中医药大学附属龙华医院脾胃病科治疗符合胃脘痛(慢性胃炎)诊断且中医证型为脾胃虚寒型的 70 例患者为研究对象,采用随机数字表法按照入组顺序分为治疗组和对照组,每组各 35 例。在进行健康宣教基础上,治疗组用止痛膏外敷联合温胃舒胶囊口服,对照组用安慰剂外敷联合温胃舒胶囊口服,两组疗程均为 2 周。观察比较两组胃脘痛疼痛缓解程度、中医证候改善及不良反应发生情况。治疗组在缓解中度脾胃虚寒型胃脘痛(慢性胃炎)疼痛程度上总有效率达 89.7%,优于对照组的 83.3%($P<0.05$)。两组在缓解胃脘痛疼痛程度上均有效($P<0.001$),并且治疗时间越长效果越明显($P<0.001$);治疗 7 d 后,两组疗效相当($P=0.119$),但治疗 14 d 后治疗组的疗效优于对照组($P=0.006$)。两组均对胃痛、大便稀溏等中医证候有效($P<0.05$),治疗组在缓解胃痛证候方面优于对照组($P<0.05$)。止痛膏联合温胃舒胶囊可有效缓解中度脾胃虚寒型胃脘痛疼痛程度、改善部分中医证候,且无明显不良反应,值得临床推广普及。

[关键词] 止痛膏;中医药;穴位贴敷;胃脘痛;脾胃虚寒型;慢性胃炎

DOI:10.3969/j.issn.1671-038X.2022.09.11

[中图分类号] R573 **[文献标志码]** B

Clinical observation of therapeutic effect of Zhitong paste on epigastric pain(chronic gastritis) of spleen-stomach deficiency-cold type

HUO Long LI Kai LI Hui SUN Boyun LIN Jiang

(Department of Gastroenterology, Longhua Hospital, Affiliated to Shanghai University of Traditional Chinese Medicine, Shanghai, 200032, China)

Corresponding author: LIN Jiang, E-mail: linjiang@longhua.net

Summary A total of 70 patients who were diagnosed with epigastric pain(chronic gastritis) and whose Traditional Chinese Medicine(TCM) syndrome was spleen-stomach deficiency cold type, they were selected from January 2021 to April 2022. The subjects were divided into a treatment group($n=35$) and a control group($n=35$) by random number table method according to the order of enrollment. On the basis of health education in the two groups, the treatment group was given external application of Zhitong paste combined with oral administration of Wenweishu capsules, while the control group was given external application of placebo combined with oral administration of Wenweishu capsules. The course of treatment in both groups was 2 weeks. The pain relief, TCM syndromes and adverse reactions were observed and compared between the two groups. The total effective rate of the treatment group(Zhitong paste combined with Wenweishu capsules) in relieving moderate epigastric pain(chronic gastritis) of spleen and stomach deficiency type was 89.7%, which was better than that of the control group(placebo combined with Wenweishu capsules) 83.3% ($P<0.05$). Both groups were effective in relieving epigastric pain($P<0.001$), and the longer the treatment time, the more obvious the effect will be($P<0.001$), after 7 days of treatment, the curative effects of the two groups were comparable($P=0.119$), but the curative effect of the treatment group was better than that of the control group after 14 days of treatment($P=0.006$). In addition, both groups were effective for TCM syndromes such as stomachache and loose stool($P<0.05$), and the treatment group was better than the control group in relieving stomachache syndrome($P<0.05$). Zhitong paste combined with Wenweishu capsules can effectively relieve the moderate pain degree of patients with epigastric pain of spleen-stomach deficiency cold type, improve some TCM syndromes, and has no obvious adverse reactions, which is worthy of clinical promotion.

* 基金项目:上海中医药大学附属龙华医院爱建捐赠基金资助项目(No:AJ051)

¹ 上海中医药大学附属龙华医院脾胃病科(上海,200032)

通信作者:林江,E-mail:linjiang@longhua.net

Key words Zhitong paste; Traditional Chinese Medicine; acupoint application; epigastric pain; spleen-stomach deficiency-cold type; chronic gastritis

胃脘痛是指以胃脘近心窝处疼痛为主症的病证,是临床常见病证,也是一个主要症状^[1]。中医认为外邪犯胃、饮食伤胃、情志失调和劳逸所伤,或因药物损伤,或素体脾虚是胃脘痛的主要病因^[2-3],其中中医证型可分为寒邪客胃证、脾胃虚寒证等8个证型,临床患者中约75%以上为脾胃虚寒型^[4]。西医认为引起胃脘痛的常见疾病有急(慢)性胃炎、消化性溃疡、功能性消化不良、胃下垂、胃黏膜脱垂等^[1]。其中慢性胃炎是临床常见病、多发病,目前慢性胃炎的确诊主要依赖于内镜与病理检查,尤以后者的价值更大^[5]。我国基于内镜诊断的慢性胃炎患病率接近90%^[6]。因其临床症状易反复发作,从而在很大程度上影响了患者的生活质量^[5]。中药穴位贴敷是临床上治疗胃脘痛的常用方法之一,温胃舒胶囊是临床上针对脾胃虚寒型胃脘痛的常用口服中成药^[1],笔者对日常门诊及住院治疗的脾胃虚寒型胃脘痛患者也常常使用温胃舒胶囊,可一定程度上缓解胃脘痛,针对缓解不明显的患者,往往加用科室自制的止痛膏外敷,大多可取得较好疗效,但仅为笔者临床经验,缺乏循证学依据。现代医家也常常在口服中药治疗基础上联合穴位贴敷治疗,取得了较好的疗效^[7-9]。故本研究仅将慢性胃炎的胃脘痛患者作为研究对象,希望研究结果可为止痛膏治疗胃脘痛提供科学依据,为中医药的推广和普及提供支持。

1 资料与方法

1.1 临床资料

受试者为2021年1月—2022年4月在上海中医药大学附属龙华医院脾胃病科门诊或住院治疗的慢性胃炎患者。本研究获得上海中医药大学附属龙华医院医学伦理委员会批准(No: 2021LCSY006)。

选取符合胃脘痛(慢性胃炎)诊断且中医证型为脾胃虚寒型的70例患者为研究对象,采用随机数字表法按照入组顺序分为治疗组和对照组,每组各35例。两组患者的性别、年龄及治疗前胃脘痛程度等临床资料比较差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性(表1)。

表1 两组患者临床资料比较 例, $\bar{X} \pm S$

| 组别 | 例数 | 胃脘痛程度 | | | 性别 | | 年龄/岁 |
|-----|----|-------|----|----|----|----|------------|
| | | 轻度 | 中度 | 重度 | 男 | 女 | |
| 治疗组 | 35 | 5 | 29 | 1 | 16 | 19 | 36.09±4.32 |
| 对照组 | 35 | 5 | 30 | 0 | 20 | 15 | 38.00±5.01 |

1.2 纳入标准

①1年内行胃镜检查且符合中华中医药学会脾胃病分会《慢性胃炎中医诊疗专家共识意见(2017)》慢性胃炎诊断标准^[5]。②符合《胃脘痛中医诊疗专家共识意见(2017)》胃脘痛脾胃虚寒型辨证标准^[1]。主症:胃痛隐隐,绵绵不休;喜温喜按。次症:劳累或受凉后发作或加重;泛吐清水;精神疲倦;四肢倦怠;腹泻或伴不消化食物。舌脉:舌淡胖,边有齿痕,苔白滑;脉沉弱。证候诊断:主症必备加次症2项,参考舌脉,即可诊断。③年龄18~70岁。④签署知情同意书。

1.3 排除标准

①合并消化性溃疡、上消化道出血、胆囊炎、胰腺炎等;②肝功能ALT或AST>1.5倍正常上限;③有严重的心血管、肝、肾、神经或血液系统等疾病;④对研究药物成分过敏或过敏体质者;⑤哺乳期、妊娠期或准备受孕的妇女;⑥有精神病或严重心理障碍者;⑦正在参加其他药物临床研究的受试者。

1.4 分组与治疗

1.4.1 治疗组 用止痛膏外敷联合温胃舒胶囊口服。①止痛膏:川乌、延胡索、川楝子、炒白芍和炙甘草等按等比例组成,由上海中医药大学附属龙华医院药剂科制备。取穴:上脘、中脘、天枢。贴敷方法:贴敷局部皮肤常规消毒,将药饼填充于4 cm×4 cm贴布的空心圆处,均匀贴敷在所选穴位上,轻轻按揉铺平并用医用透气胶带固定,6 h/次,贴敷疗程:1次/d,7 d为1个疗程,连续贴敷2个疗程。②温胃舒胶囊口服,3粒/次,2次/d,连续服用14 d。

1.4.2 对照组 用安慰剂外敷联合温胃舒胶囊口服。①安慰剂:含止痛膏原药量的5%,由上海中医药大学附属龙华医院药剂科制备,在外观、气味、剂型上与止痛膏接近。取穴、贴敷方法、贴敷疗程均与治疗组一致。②温胃舒胶囊口服,3粒/次,2次/d,连续服用14 d。

1.4.3 应急药物 研究期间如受试者自觉胃脘痛难以忍受,可口服奥美拉唑肠溶胶囊,1粒/次,1次/d,予发放研究药物同时发放,共1盒,研究疗程结束后回收,如在本研究期间使用则在“合并用药”中记录。

1.5 观察指标

1.5.1 胃脘痛程度 疼痛程度采用视觉模拟量表评分法(VAS)。使用一条长约10 cm的游动标尺,

一面标有 10 个刻度,两端分别为“0”分端和“10”分端,0 分表示无痛,10 分代表难以忍受的、最剧烈的疼痛。使用时将有刻度的一面背向患者,让患者在直尺上标出能代表自己疼痛程度的相应位置,医师根据患者标出的位置为其评分。以 0 分为无,1~3 分为轻度,4~6 分为中度,>6 分为重度。于治疗前记录,并通过日记卡方式,要求受试者入组 7 d、14 d 后填写。

1.5.2 中医证候积分 根据《中医新药临床研究指导原则》2002 版规定,对脾胃虚寒型胃脘痛患者中医症状分级量化评分,中医证候积分对主症(胃痛)进行评分,记为 0、3、6、9 分,对次症(泛吐清水、四肢倦怠、大便稀溏等 3 个症状)分别进行评分,记为 0、1、2、3 分,分别代表无、轻、中、重 4 种程度。于入组前、入组 14 d 后记录。

1.6 疗效判定

胃脘痛疗效及单项中医证候疗效判定分为以下 4 种情况。临床痊愈:原有症状消失;显效:原有症状改善 2 级;有效:原有症状改善 1 级;无效:原有症状无改善或原有症状加重或服用应急药物。总有效率=(痊愈例数+显效例数+有效例数)/总例数×100%。

1.7 不良反应

记录两组患者治疗期间的不良反应发生情况。

1.8 统计方法

用 SPSS 15.0 软件进行统计分析。符合正态分布的计量资料用 $\bar{X} \pm S$ 表示,用 *t* 检验,非正态分布的计量资料用中位数(四分位数间距)表示,用秩和检验(非参数检验),计数资料用 χ^2 检验,等级资料(半定量资料)用秩和检验(非参数检验)。重复测量资料采用重复测量方差分析,并行 Mauchly 球形检验,如不符合,则采用 Greenhouse-Geisser 法进行校正,当交互作用差异有统计学意义时行简单效应分析,当交互作用差异无统计学意义而主效应差异有统计学意义时,组内各时间点之间的比较采用 Bonferroni 法进行比较。所有检验给出检验统计量及其对应的 *P* 值,以 *P*<0.05 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组临床疗效比较

治疗组和对照组治疗胃脘痛的总有效率分别为 88.6% 和 77.1%,差异有统计学意义($Z = -2.730, P = 0.006$)。由表 1 可知,两组胃脘痛轻度、重度样本量较少,中度样本量较多,故再次比较两组治疗中度胃脘痛的总有效率,治疗组为

89.7%,对照组为 83.3%,差异有统计学意义($Z = -2.287, P < 0.05$)。见表 2。

2.2 两组治疗前后 VAS 评分比较

采用重复测量方差分析,并行 Mauchly 球形检验($P = 0.014$),采用 Greenhouse-Geisser 法进行校正。干预措施与监测时间点存在交互作用($F = 15.216, P < 0.001$),因此分析干预措施和监测时间点的单独效应。干预前,治疗组与对照组的 VAS 评分比较差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。治疗 7 d 后治疗组与对照组的 VAS 评分差异无统计学意义($P = 0.119$),治疗 14 d 后治疗组与对照组的 VAS 评分比较差异有统计学意义($P = 0.006$)。两组治疗 7 d、14 d 后 VAS 评分与治疗前比较均差异有统计学意义(均 $P < 0.001$),且两组治疗 14 d 后 VAS 评分与治疗 7 d 后比较差异有统计学意义($P < 0.001$)。见表 3。

表 2 两组胃脘痛临床疗效比较 例

| 组别 | 例数 | 痊愈 | 显效 | 有效 | 无效 | 总有效率 /% | |
|-----|-----|----|----|----|----|---------|------|
| 治疗组 | 总例数 | 35 | 11 | 1 | 19 | 4 | 88.6 |
| | 中度 | 29 | 7 | 0 | 19 | 3 | 89.7 |
| 对照组 | 总例数 | 35 | 2 | 0 | 25 | 8 | 77.1 |
| | 中度 | 30 | 0 | 0 | 25 | 5 | 83.3 |

表 3 两组 VAS 评分比较 分, $\bar{X} \pm S$

| 组别 | 例数 | 治疗前 | 治疗 7 d | 治疗 14 d |
|----------|----|-----------|-----------|-----------|
| 治疗组 | 35 | 4.86±1.06 | 3.11±0.90 | 1.60±1.26 |
| 对照组 | 35 | 4.69±1.02 | 3.46±0.92 | 2.37±1.00 |
| <i>P</i> | | >0.05 | 0.119 | 0.006 |

2.3 两组治疗前后中医证候积分比较

两组治疗前胃痛、泛吐清水、四肢倦怠、大便稀溏积分组间比较均差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。与同组治疗 14 d 后相比,治疗组与对照组在胃痛、大便稀溏积分上均差异有统计学意义($P < 0.05$);并且组间治疗 14 d 后相比较,治疗组与对照组在胃痛积分上差异有统计学意义($P < 0.05$),但在大便稀溏积分上差异无统计学意义($P > 0.05$)。见表 4。

2.4 两组不良反应发生情况比较

在治疗期间,治疗组出现贴布过敏 1 例,对照组出现贴布过敏 2 例,两组比较差异无统计学意义($P > 0.05$)。

表4 两组治疗前后中医证候积分比较

| 组别 | 例数 | 时间 | 胃痛 | 泛吐清水 | 四肢倦怠 | 大便稀溏 |
|-----|----|---------|---------------------------|-----------|-----------|-------------------------|
| 治疗组 | 35 | 治疗前 | 5.66±1.21 | 0.29±0.46 | 0.20±0.47 | 0.46±0.70 |
| | | 治疗14 d后 | 2.31±1.79 ¹⁾²⁾ | 0.26±0.44 | 0.17±0.38 | 0.23±0.43 ¹⁾ |
| 对照组 | 35 | 治疗前 | 5.57±1.07 | 0.20±0.41 | 0.23±0.43 | 0.37±0.65 |
| | | 治疗14 d后 | 3.26±1.34 ¹⁾ | 0.14±0.36 | 0.17±0.38 | 0.26±0.44 ¹⁾ |

与治疗前比较,¹⁾ $P<0.05$;与对照组治疗14 d后比较,²⁾ $P<0.05$ 。

3 讨论

胃脘痛是中医内科最常见的病症之一,临床上多种上消化道疾病均可出现胃脘痛症状。随着时代发展,在物质生活不断满足的同时,生活、工作压力也随之也越来越大,这使得胃脘痛(慢性胃炎)的发病率逐年攀升^[10]。另外,随着空调、冰箱的普及,各种冷饮、海鲜等寒凉食品的出现以及生活方式的改变,导致寒性胃脘痛患者越来越常见^[11]。

西医目前治疗慢性胃炎,除了饮食、生活方式调整以外,主要还有根除Hp、抑制胃酸、促进胃动力及保护胃黏膜等,这些药物往往与其他药物有相互作用,长期服用不良反应大^[12-13]。相关研究表明,中医对胃脘痛不但疗效显著并且具有不良反应小、价格低廉等优势^[14-16]。其中穴位贴敷最早在《五十二病方》中就有简单论述,是伴随传统医学理论发展而来的,根据经络学说选取一定腧穴,采用适当中药进行贴敷,通过经络刺激与药物作用,调理脏腑阴阳,疏通经络血气,从而达到治疗疾病的目的。有研究认为其对机体的局部刺激、穴位刺激及经络传导和药物透皮吸收是主要作用机制^[17]。

止痛膏中川乌为辛热之品,归脾经,有温经散寒止痛之功,为君药;延胡索为辛温之品,归胃、脾经,有活血止痛之功,为臣药;川楝子为苦寒之品,即可佐制川乌、延胡索辛热,也可行气止痛,为佐药;炒白芍性苦,微寒,归脾经,与炙甘草配伍,有缓急止痛之功,为佐使药。此方寒热并用,具有散寒理气止痛之功,通过贴敷于选取的3个穴位(中脘穴归属于任脉,且为八会穴之腑会、胃之募穴,以补为主,可用于治疗多种脾胃病^[18];上脘穴属于任脉,与中脘相配,有和胃止痛之功;天枢穴属足阳明胃经,为大肠募穴,大肠与脾胃同属消化系统,互相为协同作用,转运中下焦气机,通调腑气,调中和胃^[19]),经皮肤渗透吸收,进而通过血液循环达到病所,发挥其散寒理气止痛之功。

本研究结果表明:治疗组缓解脾胃虚寒型胃脘痛(慢性胃炎)疼痛程度总有效率达88.6%,优于对照组的77.1%($P=0.006$),继续挖掘数据,发现治疗组仅纳入轻度胃脘痛5例,重度1例,对照组轻度胃脘痛5例,重度0例,故剔除样本量较少的

轻度、重度患者,仅对两组中度胃脘痛进行比较,结果治疗组对中度胃脘痛的总有效率为89.7%,优于对照组的83.3%,差异有统计学意义($P<0.05$),提示止痛膏联合温胃舒胶囊在缓解中度脾胃虚寒型胃脘痛疼痛程度上要优于单独使用温胃舒胶囊。两组在缓解胃脘痛疼痛程度上均有效($P<0.001$),并且治疗时间越长效果越明显($P<0.001$);其中治疗7 d后,两组疗效相当($P=0.119$),但治疗14 d后治疗组的疗效优于对照组($P=0.006$),提示止痛膏联合温胃舒胶囊疗程为14 d时在缓解胃脘痛程度上优于单独使用温胃舒胶囊。两组均对胃痛、大便稀溏等中医证候有效($P<0.05$),其中治疗组在缓解胃痛证候方面优于对照组($P<0.05$)。

综上所述,相比单用温胃舒胶囊,联合使用止痛膏可更有效缓解中度脾胃虚寒型胃脘痛患者的疼痛程度,并改善部分中医证候,且无明显不良反应,但本研究也存在一定不足之处,如样本量较少、观察时间不长等,有待后续进一步研究。

利益冲突 所有作者均声明不存在利益冲突

参考文献

- [1] 中华中医药学会脾胃病分会.胃脘痛中医诊疗专家共识意见(2017)[J].中医杂志,2017,58(13):1166-1170.
- [2] 薛西林.927例胃脘痛证因分析[J].安徽中医学院学报,2001,2(4):22-24.
- [3] 孙英霞,乔明琦.胃脘痛相关的情志病因调查与分析[J].中国中医基础医学杂志,2011,17(1):37-39.
- [4] 岳红梅,曾自珍.补中益气汤加减联合温针灸治疗脾胃虚寒型胃痛的临床研究[J].中华中医药学刊,2020,38(9):199-201.
- [5] 中华中医药学会脾胃病分会.慢性胃炎中医诊疗专家共识意见(2017)[J].中华中医药杂志,2017,32(7):3060-3064.
- [6] Jiang JX, Liu Q, Mao XY, et al. Downward trend in the prevalence of Helicobacter Pylori infections and corresponding frequent upper gastrointestinal diseases profile changes in Southeastern China between 2003 and 2012[J]. Springerplus, 2016, 5(1):1601.
- [7] 陈玲.分析穴位贴敷联合黄芪建中汤治疗脾胃虚寒型慢性浅表性胃炎的临床疗效[J].世界最新医学信息

- 文摘,2018,18(3):152+160.
- [8] 魏晓广,黄芪建中汤联合中药穴位贴敷疗法治疗脾胃虚寒型慢性胃炎的疗效观察[J].实用临床医药杂志,2018,22(9):68-71.
- [9] 赵超.中药穴位贴敷联合厚朴温中汤加减治疗脾胃虚寒型胃痛的临床效果评价[J].中西医结合心血管病电子杂志,2020,8(14):175+187.
- [10] 勾圣乐,李永成.通阳泄浊化瘀通络方联合西药治疗胃脘痛疗效观察[J].四川中医,2021,39(12):112-115.
- [11] 张晶,赵书彬,张曦元,等.良附丸加味治疗寒性胃脘痛随机对照实验 Meta 分析[J].长春中医药大学学报,2021,37(2):346-350.
- [12] 中华医学会消化病学分会.中国慢性胃炎共识意见(2017年,上海)[J].中华消化杂志,2017,37(11):721-738.
- [13] 任良娟,陈德凤,陈曾丽,等.温脾贴治疗脾胃虚寒型胃脘痛疗效观察[J].成都医学院学报,2021,16(4):508-511.
- [14] 马勤,刘艳.中药外治用于胃脘痛寒证的辨证施护[J].中国医药导报,2006(36):100-101.
- [15] 李贺赞,顾成娟,王涵,黄芪,川桂枝,炒白芍治疗虚寒型胃痛经验——仝小林三味小方撷萃[J].吉林中医药,2020,40(6):718-720.
- [16] 常南南,徐洁,刘成俊,等.加味三合汤治疗气滞寒凝型胃脘痛 30 例[J].湖南中医杂志,2014,30(11):67-68.
- [17] 贺艳萍,肖小芹,邓桂明,等.中药穴位贴敷作用机理研究概况[J].中国中医药信息杂志,2017,24(3):134-136.
- [18] 秦会帮,南文泽,杨铭.中脘穴的临床应用概况[J].湖南中医杂志,2018,34(9):214-216.
- [19] 滕雯雯,刘晏.穴位敷贴治疗慢性胃炎的诊治进展研究[J].中成药,2017,39(12):2564-2567.

(收稿日期:2022-06-20)

(本文编辑:衡璐)

(上接第 667 页)

- [9] 裴林,李佃贵,曹东义,等.浊毒浅识[J].河北中医,2010,32(1):24-25.
- [10] 唐奇,李兰.李兰教授运用分消走泄法治疗湿热病临证经验[J].中国中医药现代远程教育,2018,16(20):76-78.
- [11] 史俊波.论“分消走泄”法在肾脏病治疗中的运用[J].湖北中医杂志,2017,39(12):36-37.
- [12] 清·叶天士.临证指南医案[M].北京:中国中医药出版社,2008:26-26.
- [13] 叶梦怡,马娟,王佳玉,等.基于《温病条辨·上焦篇》探析温疫的用药规律特点[J].中国民族民间医药,2021,30(24):6-8.
- [14] 丁千,刘小发,刘志亮,等.基于国医大师李佃贵“浊毒理论”论治新型冠状病毒肺炎[J].河北中医,2022,44(1):5-9.
- [15] 孙素灵,王鸣.三焦辨证理论研究及应用现状[J].亚太传统医药,2019,15(10):188-190.
- [16] 石维娟.张仲景调和营卫法及应用研究[D].济南:山东中医药大学,2020.
- [17] 杨志宏.羌桂香仙汤熏洗发汗治疗风寒束表证外感发热 204 例临床观察[J].实用中医内科杂志,2013,27(11):54-55.
- [18] 周莉,谭凌霄,房明东.通利二便在小儿痰热咳嗽中的作用[J].四川中医,2016,34(2):31-32.
- [19] 钱伟强,王敏,马晓峰.论《金匱要略》“分消法”及其证治规律[J].长春中医药大学学报,2019,35(2):378-381.
- [20] 程华初,徐琦,杨茜芸,等.大承气汤治疗肠梗阻的临床研究进展[J].中医药导报,2021,27(11):142-146.
- [21] 贾海忠,赵进喜,田元祥,等.浊邪致病,当分内外;论治浊邪,方法多样[J].环球中医药,2021,14(11):1982-1985.
- [22] 张纨,孙建慧,李娅,等.国医大师李佃贵治疗溃疡性结肠炎经验[J].中华中医药杂志,2019,34(4):1504-1506.
- [23] 吕俊慧,于佳宁,林海燕.浅析理气药在中药方剂学中的配伍应用[J].中国民间疗法,2020,28(12):16-18.
- [24] 孙建慧,杨倩,刘阳,等.构建中医浊毒理论体系框架的思考[J].中医杂志,2020,61(8):660-663.
- [25] 岳振松,姜战胜,欧阳华强,等.辨病与辨证相结合的“病机辨证”源流考[J].辽宁中医杂志,2016,43(2):278-281.

(收稿日期:2022-04-08)

(本文编辑:衡璐)