

藏象为本病证结合诊治慢性肝病的学术经验*

屈莉红¹ 邢枫² 刘成海²

[摘要] 通过复习中医藏象经典论述,结合近现代医家关于肝病诊治的研究进展,归纳刘成海教授中西医结合诊治肝病的学术经验。提出以中医肝藏象指导西医肝疾病诊治,原则上注意内调肝之体用阴阳平衡,外调肝与其他脏腑的生克和谐。在当今病证结合临床实践背景下,需赋予传统藏象以现代疾病要素,重视疾病的基本证候病机,并结合疾病分期、或风险因素以分辨其主要证型。最后提出肝络瘀阻在慢性肝病发生发展中的关键作用,需根据瘀血程度、疾病分期及其正邪盛衰合理应用活血化癥方药及其治法配伍。

[关键词] 肝病;藏象;病证结合;肝络瘀阻;活血化癥

DOI:10.3969/j.issn.1671-038X.2024.10.07

[中图分类号] R256.4 [文献标志码] B

Academic regimen for management of chronic liver disease based on TCM Zang Xiang and combination of disease and syndrome pattern

QU Lihong¹ XING Feng² LIU Chenghai²

(¹Department of Infectious Disease, East Hospital Affiliated to Tongji University, Shanghai, 201000, China; ²Institute of Liver Diseases, Shuguang Hospital Affiliated to Shanghai University of Traditional Chinese Medicine)

Corresponding author: LIU Chenghai, E-mail: chenghailiu@hotmail.com

Abstract Professor LIU Chenghai's academic experience was raised about management of chronic liver disease after reviewing the classical literature of Zang Xiang theory of traditional Chinese medicine (TCM) and recent advancements in research studies. Initially, he proposed that the Zang Xiang theory could be adapted for the diagnosis and treatment of contemporary liver ailments, emphasizing the importance of maintaining yin-yang balance within the liver and harmony between the liver and other organs. Under the current practice regimen of integrative medicine, the factors of modern diseases should be included in Zang Xiang, such as analyzing basic TCM pattern of specific liver disease and main patterns at different stages or sub-categories of a disease. Lastly, highlighted the pivotal role of blood stasis in the liver collaterals in the pathogenesis of chronic liver disease, advocating for the practice of activating blood circulation and removing stasis, tailored to the degree of blood stasis and vital deficiency present at different stages of the liver disease.

Key words liver disease; Zang Xiang; combination of disease and syndrome pattern; blood stasis in liver collaterals; activating blood circulation and removing stasis

刘成海,二级教授,博士研究生导师。1986 年本科毕业于湖北中医学院,1996 年博士毕业于上海中医药大学,2001 年在美国耶鲁大学医学院完成博士后进修。从事肝病的科研与临床 30 余年,围绕慢性肝炎、肝硬化、代谢性脂肪肝等慢性肝病,采用中西医结合方法,形成自己的学术特点与经验,兹归纳于下。

1 参照中医肝藏象诊治西医肝疾病,内调阴阳平衡,外调五脏和谐

“藏象”是中医经典概念,首见于《素问·六节藏象论》,明代张介宾言:“象,形象也,藏居于内,行之于外,故曰藏象”^[1],意指机体的脏腑经络气血津液等结构与物质“藏”居于内,而生理活动与病理变化等表“象”于外,其反映了人体与外界大自然之间、机体内部之间的广泛联系,可用于分析致病机制、诊断疾病与指导治疗用药。

中医藏象之肝与西医脏器之肝,字体一样,临床上常有混用。但二者可否通用?中医肝病理论能否用于现代肝病治疗?于此争议颇多。溯本求源,早期中医肝也有解剖概念,与现代西医肝脏器特点基本一致,功能上如消化代谢与血液循环等也

*基金项目:浦东新区国家中医药发展综合改革试验区建设项目-中西医结合高级人才培养(No:PDZY-2024-0702);上海市临床重点专科建设项目(No:shslczdzk01201);国家自然科学基金(No:82274305)

¹同济大学附属东方医院感染科(上海,201000)

²上海中医药大学附属曙光医院肝病研究所

通信作者:刘成海,E-mail:chenghailiu@hotmail.com

有诸多相似之处^[2]。中医肝藏象包含西医肝脏器的功能,就常见西医肝病而言,虽然名称不一,如西医名“慢性肝炎”,中医可名“黄疸”“胁痛”等,但中西医认识有较多相似之处。中医辨证方法较多,如病因、病性、病位、八纲辨证等,时有辨证信息冗余或证型僵化之弊^[3]。基于前贤理论,刘师以中医肝藏象指导,以脏腑结构定位、气血津液等物质变化定性为主,辨治现代肝疾病,可收到执简驭繁之效。先以维护肝藏象内部的阴阳平衡、肝与其他脏象外部生克关系的和谐,从而达到“以平为期”的治疗目的。

1.1 调节肝藏象内部的体用平衡,裨使气血条达

肝体阴而用阳,主藏血,功主疏泄;肝内部阴阳失衡时,肝阴肝血亏虚,肝阳易亢肝气妄动,常表现为肝失疏泄,气机郁滞或郁结,呈现肝气、肝阳常有余,肝血、肝阴常不足,即肝体不足、肝用有余等特点。见图 1。治疗上需注意以下 3 个方面关系^[4]。

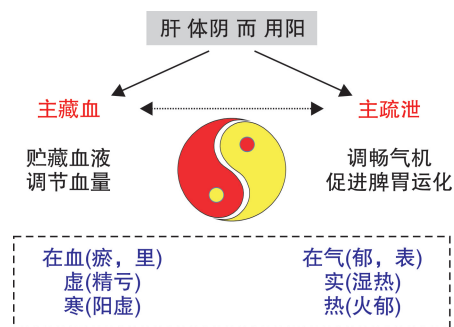


图 1 肝藏象内部的生理体用平衡与病理变化示意图

1.1.1 养肝与疏肝 肝病迁延日久,易耗伤阴血,故需养阴补血以充肝“体”;同时需注意疏泄,防止养阴滋腻,以顾护肝“用”。临床常用的养阴药物有女贞子、旱莲草、沙参、麦冬、枸杞、山茱萸等。此外,常用理气轻药:茜草、旋覆花、柴胡、佛手、川楝子等,可辛润通络;理气重药:青皮、香附、延胡索、橘核、八月札等,可破气行气。

1.1.2 泻实与补虚 《内经》云:“肝欲散,急食酸以补之”“肝苦急,急食甘以缓之”等,补不足而泻有余是中医基本治则。肝病时肝气横逆,或肝风内动,多属于肝用太过,乃为实证,治宜泻实,有平肝、镇肝、清肝诸法,选药如龙骨、牡蛎、决明子、丹皮、栀子、龙胆草等。而肝病病久,表现为肝体不足,肝阴肝血亏虚,目筋失养,治宜补肝血养肝阴,用方以一贯煎为主,选药如沙参、生地、女贞子、旱莲草、鸡血藤等。

1.1.3 气分与血分 “气血冲和,万病不生,一有怫郁,诸病生焉”。肝藏血主疏泄,肝病与气血关系更为密切。一般而言,肝病初起多在分,患者胁肋胀痛,需疏肝理气,如延胡索、香附、枳实、佛手、川

楝子等;若气分迁延不愈,邪入血分,则可见胁下痞满、胁肋胀痛、蛛丝赤缕、肝掌、腹部青筋等瘀血之象。宜根据血瘀轻重、正邪盛衰等情况,合理选用活血药物及其配伍。

1.2 协调肝藏象与他脏的平衡

肝与他脏有正常生克关系,包括肾水生肝木,肝木克脾土,若生克太过,则致脏腑之间乘侮乖和,而致病变。慢性肝病需主要注意肝与脾、肝与肾的关系。

1.2.1 健脾与疏肝相结合,协调肝与脾 木能疏土,肝气疏泄有助脾胃健运,若肝失疏泄,乘侮脾土,可致肝郁脾虚、脾失运化,故需先安未受邪之地,所谓“见肝之病,知肝传脾,当先实脾”,以防疾病进展。治疗上应注重疏肝健脾,以四君子汤类健脾、以柴胡疏肝散类疏肝为主进行加减化裁。

1.2.2 补肾为主,清化为辅,协调肝与肾 肝肾同源,肝藏血,肾藏精,肝血既来源于脾气之化生,亦有赖于肾精的滋养。病理上,肝肾两脏常相互影响,肾精亏虚可致肝血不足,肝血不足也可引起肾精亏虚。尤其在慢性肝炎肝硬化阶段,肾阴亏虚更为明显,治疗上常需注意补肾阴以养肝阴,滋水涵木。慢性乙型肝炎持续进展的因素很多,但肝肾亏虚、湿热未尽是其关键,故而补肾为主、清化清泻为辅,清补结合,是治疗慢性乙肝肝硬化的重要治法^[4]。补肾阴药物如地黄、女贞子、何首乌、黄精、鳖甲等,清肝药物如泽泻、丹皮、虎杖、青皮等,也常在大队补肾阴药中配伍少量温补肾阳之品如肉苁蓉、巴戟天等,以“阴中求阳”。

2 以病统证,据期或据类分证,病证同治

病证结合是传统中医经典重要的辨治模式,汉代张仲景《金匮要略》各篇均以“辨病脉证治”为题,例如“辨黄疸病脉证并治”,即以“黄疸”这一主症为病名,分析黄疸的病因、病机与治法等,并且病下分证,根据兼表兼里等的证候不同,随证治疗^[5]。这种以病为纲,病下分证,一病主方,随证(症)加减的方法,深刻体现了辨病与辨证相结合的思想,如徐灵胎《兰台轨范》所言“欲治病者,必先识病之名……一病必有主方,一方必有主病”^[6]。只是由于时代局限,中医病的概念特征不清、内涵模糊,且主症过多或过少,难以把握。例如,以“胁痛”诊断肝硬化与肝癌,无法区别疾病性质,也不能反映疾病的病因、病性、程度等内在特征。因此,现在临床多采用西医疾病概念,这种西医病+中医证的病证结合成为当今临床的主要范式,其先病后证、病下分证自然也需要结合疾病要素^[7]。

传统疾病诊治上,“象”主要为症状或舌脉等疾病外在表现,用于分析“藏”的病机,及判定治疗疗效。“藏”为疾病的内在脏腑经络等病位体现与气血阴阳等病性变化,即主要将疾病状态概况为“病

位+病性”的证候病机。中医方药有归经与性味功效,根据“藏”病机以“方证相对”遣方用药,并根据治疗征象变化判断“藏”的病机分析与用药是否准确,构成“藏-方-象”相互联系的网络结构,见图 2。而目前在西医疾病背景下,“象”也应该包含疾病要素,中医治疗后不仅要有症状等表象的改变,也需要有疾病的内在根本改变。

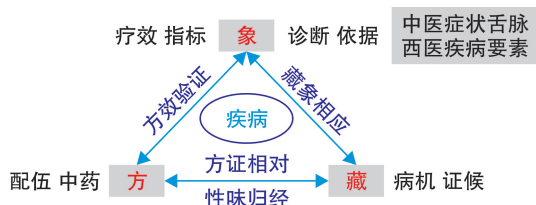


图 2 “藏-方-象”网络联系示意图

临床上,我们首先务求明确诊断,通过常规病史采集分析、生化、影像检查,或肝组织病理、基因检测,或多学科讨论,以明了慢性肝病的病因、性质、分期等,有明确病因者给予相应特异性治疗,如慢性活动性乙型肝炎患者给予核苷(酸)类抗病毒治疗。而后分析疾病的基本证型,不同阶段或不同类型的主要证型,分别进行基本治法联合针对主要证型的合理治疗。

例如,自身免疫性肝病多有“干、痒、乏”的共性表现,根据中医四诊信息进行聚类分析,发现脾肾亏虚为基本证型,早期多见肝气郁结,中期多见湿热血瘀,后期则多见气虚血瘀。基本治法以健脾补肾为主,方用四君子汤合二至丸加减,早期兼以疏肝理气,如柴胡、陈皮、半夏等;中期则兼活血清热利湿,如赤芍、虎杖、丹皮、延胡索等;后期则加以益气养血祛瘀,如当归、党参、鸡血藤、黄芪、土鳖虫、水蛭等。形成“胆淤方”经验方(黄芪、党参、白术、茯苓、女贞子、墨旱莲、炙甘草、当归、红花、鸡血藤、龙胆草),用于中后期原发性硬化性胆管炎患者,可明显改善患者临床症状与生化指标^[8]。

对于代谢性脂肪肝,以脾虚血瘀为基本病机,基本方药用党参、白术、茯苓、大黄、丹参、虎杖等,根据代谢相关风险因素常以类分证如下^[9]:①湿热内蕴型。多为中青年,饮食不节,多有高血脂,体重超标,常感口干口苦口臭、上腹或肝区胀闷等。加以清热利湿,方用三仁汤、茵陈蒿汤等加减,方药如茵陈、栀子、柴胡、薏苡仁、白豆蔻、黄芩、厚朴等;②气阴虚损型。中老年人多见,多有糖尿病,或高血压、高血脂等代谢综合征,目干乏力或肢冷畏寒、舌红少津等表现。加以益气养阴,方用一贯煎、补中益气汤加减,方药如黄芪、党参、白术、生地、沙参、麦冬等;③肾虚火旺型。多为绝经前后妇女,常有面部烘热潮热、易出汗、口渴咽干、大便不畅等。

加以滋阴清火,方用二至丸、六味地黄汤加减,方药如生地、玄参、麦冬、山茱萸、丹皮、金银花、泽泻、牛膝等。刘成海等^[10]曾临床流调围绝经期女性脂肪肝,发现肝肾阴虚、内热火旺为主要证型。孙晶晶等^[11]将 90 例绝经后女性代谢相关脂肪肝患者分为治疗组(60 例)和对照组(30 例),治疗组予易善复+滋阴清热方(生地、山茱萸、丹皮、知母、黄芩、川牛膝、党参、茯苓、虎杖等)治疗;对照组予易善复胶囊治疗,疗程 3 个月,随访 3 个月,结果发现治疗组中医证候、血清肝功能、血脂、肝脏超声及 BMI 改善明显。说明分类辨证对于代谢相关脂肪肝的临床诊治有积极指导意义。

3 肝络瘀阻是慢性肝病的关键病机,以活血化瘀为核心治法辨治慢性肝病

血瘀证与活血化瘀治法研究一直是中医、中西医结合研究最为活跃的领域之一,其滥觞于春秋战国的《黄帝内经》,发展于先秦两汉的《伤寒杂病论》,渐臻成熟于清代王清任、唐容川等代表性医家的著作,近现代则蔚为大观,活血化瘀法广泛应用于骨伤、妇科、心血管等疾病^[12],在慢性肝病中也发挥着重要作用。

生理上,中医认为肝主疏泄与藏血,其具有丰富的络脉系统,以保障其藏血功能,并在疏泄气机的推动下以内灌脏腑、外濡腠理,使得骨正筋柔^[13]。现代医学发现肝脏血供丰富,门静脉、肝动脉入肝后反复分支,汇入肝血窦,在此处进行血液与肝细胞的物质交换,而后汇入肝小叶中央静脉、肝静脉、至下腔静脉。“门静脉与肝动脉的终末分支-肝窦-中央静脉”构成肝脏微循环,维持肝内细胞稳态。肝脏这种丰富的微循环即为中医所说“肝络”的具体形态。见图 3。

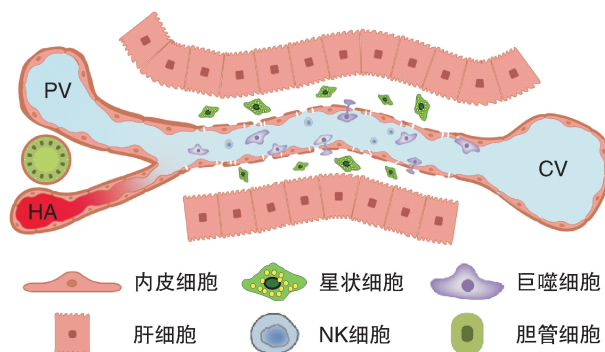


图 3 肝脏微循环——“肝络”示意图

病理上,肝气易结、肝血易瘀。从“气郁”到“血瘀”是慢性肝病的主要病机演变,而“肝络瘀阻”则是贯穿慢性肝病发展的关键病机(图 4)。在慢性肝炎阶段,常以气郁气滞为主,血瘀为标;但随着肝纤维化发展,在肝硬化阶段多以血瘀为主,并因瘀

致虚、因瘀气滞,加重肝脏的虚损与气滞,如清代叶天士在《临证指南医案·积聚》所言“初为气结在经,久则血伤入络”^[14]。因慢性肝炎而至的肝硬化,多因肝组织细胞外基质沉积、破坏肝脏微循环系统,继而出现门脉高压。而肝血管性疾病如布加综合征、肝窦阻塞综合征,或心包炎、慢性心衰等心脏疾病等,早期即可出现明显门脉高压,而后出现肝脏硬化,即为肝脏血管流出道阻塞——中医“血瘀”引起的肝硬化。此外,部分患者肝纤维化好转后门脉高压变化并不明显,其原因与肝脏门静脉肝窦血管性病变有关。因此,在各个不同阶段,血瘀程度不一,但贯穿始终。

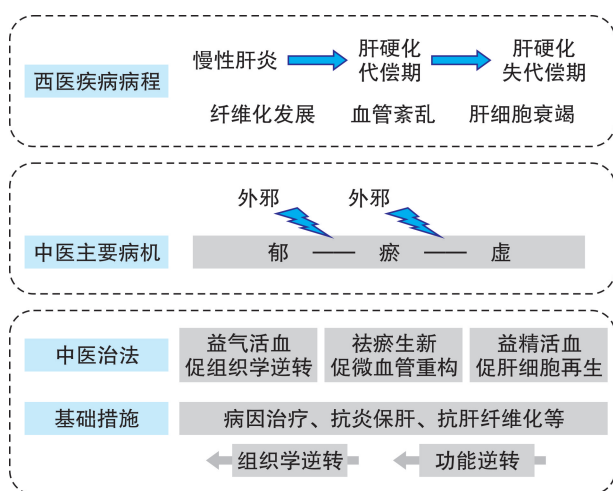


图 4 慢性肝病的主要病机演变与治疗原则示意图

历代医家均重视活血化癥法在积聚、胁痛等类似慢性肝病病证中的应用,如张仲景以下瘀血汤破血逐瘀,以缓中化癥,以大黄蟅虫丸治疗“五劳虚极羸瘦……内有干血,肌肤甲错”。清代叶天士主张从“络病”论治积聚,创“辛味通络大法”,擅用“虫蚁迅速飞走之诸灵”以宣通经络等。近现代名家如姜春华擅用下瘀血汤加味,并指出“肝病主要是血瘀引起气滞,所以治疗首先考虑治血兼配理气”。王伯祥等认为活血化癥法应贯穿于慢性肝病治疗的全过程^[15]。

活血化癥药物种类繁多,功效强弱差异较大;慢性肝病不同疾病、同一疾病的不同阶段病情差异也大,瘀血程度表现不一,如何针对不同的西医肝病合理应用活血化癥药物、并配伍其他治法方药?

3.1 根据患者血瘀程度而选用不同功效的活血化癥药物

约 150 种活血化癥药物可大致分为 3 类。和血类:药性柔和,功能养血调和血脉,常用药物有丹参、当归、鸡血藤、赤芍、地黄等。活血类:药力介于和血药与破血药之间,有活血行血通瘀之功,如川

芎、蒲黄、红花、穿山甲、三七、郁金等。破血类:有破血消瘀之功,常用药物有水蛭、虻虫、乳香、莪术、桃仁等^[16]。和血药用于血瘀较轻病情较浅的患者,或虽瘀血明显、但正气虚衰;破血药则适用病久瘀深,症见胁下痞块、肌肤甲错、舌下脉络瘀紫或门静脉血栓等;活血药则多用于二者之间,症见胁痛、舌质紫暗、脉涩或结代。

3.2 根据肝病病程阶段用药

不同病期机体正邪盛衰情况不同,如慢性肝炎与肝硬化代偿期多为正实邪盛,症见腹胀、胁肋胀痛或窜痛、急躁易怒、口干口苦、脉弦实等,除了血瘀,尚有湿热、气滞等因素,但此时正虚不显,瘀实正盛,治宜活血化癥为主,兼清热化湿,疏肝行气。此阶段宜用和血或活血药,如丹参、白芍、赤芍、郁金等,并可给予龙胆草、车前子、白花蛇舌草清热解毒化湿,或加用佛手、枳壳、柴胡等疏肝行气,以促进气行而血通。

至肝硬化失代偿期,可见有腹水、食管胃底静脉曲张出血、门静脉血栓等并发症,多为正虚邪实。瘀血进一步阻滞肝络,肝郁更甚,且乘侮脾土,致脾失运化、痰湿内生,在固护中气的基础上,可用水蛭、虻虫、穿山甲等虫类药破血逐瘀。对于肝硬化伴有门静脉血栓的患者,黄芪、当归、水蛭等益气活血破血中药可改善患者症状,促进门静脉血栓的稳定或再通,减少门静脉高压出血的发生^[17]。

肝硬化恶化期,可出现多脏器损害、肝肾综合征与肝性脑病等,多正虚邪盛。可根据阳虚、阴虚之不同,分别重用健脾温阳之药,如附子、肉桂、黄芪、参附汤等,或加强滋阴降火,如生地、麦冬、炙鳖甲、大补阴丸等。虽然仍有血瘀,但应慎用破血药,而应用养血活血药,如鸡血藤、当归等,且注意护固胃气等。

3.3 与其他治法的配伍应用

瘀血的形成有多种病因病机,血瘀证也常伴有兼夹证,因此在采用活血化癥法治疗时应注意配合其他治法协同使用^[5]。

配伍理气行气法,适用于气滞血瘀证,症见肝区隐痛、胃脘胀满不适等,在活血基础上辅以疏肝理气,如柴胡、香附、郁金、槟榔、枳实等,俾使气行血行。

配伍清热利湿法,适用于血瘀兼有湿热蕴毒,症见胁下痞块、面部赤丝红缕、口干苦、尿黄,在凉血活血基础上加用虎杖、败酱草、龙胆草、垂盆草等,以清利湿热,防止热毒内滞成瘀。

配伍健脾温阳法,适用于脾虚血瘀证,症见面色晦滞、恶寒怕冷、纳食减少、腹胀、大便溏薄、下肢浮肿。在化瘀行水的同时予太子参、黄芪、扁豆、附子、桂枝等温中健脾散寒,寒散则血得以行。

配伍补肾养阴法,适用于阴虚血瘀证,症见午

后潮热,或五心烦热,口燥咽干,自汗盗汗,舌红少苔等。宜活血化瘀结合滋阴柔肝,重用鳖甲、女贞子、枸杞子、生地、麦冬等,促使阴液充沛,血行通畅。

总之,以中医肝藏象辨治西医肝疾病,可执简驭繁、避免混淆。并且在当今病证结合范式时代,赋予传统藏象以现代疾病要素,合理采用西医疾病要素进行中医辨证与方药疗效判断,如纵向根据疾病分期以辨证、或横向根据风险因素以分证。并需重视肝络瘀阻在慢性肝病发生发展中的关键作用,合理应用活血化瘀治法方药。

利益冲突 所有作者均声明不存在利益冲突

参考文献

- [1] 张介宾.类经[M].北京:中医古籍出版社,2016:56-56.
 - [2] 刘成海.中医肝藏象理论与现代肝病诊治[J].中西医结合肝病杂志,2022,32(9):780-783.
 - [3] 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.
 - [4] 刘成海,吕靖,周扬.肝硬化的中西医结合临床治疗[J].内科理论与实践,2015,10(4):259-262.
 - [5] 齐婧姝,王宇,刘成海.活血化瘀法在肝硬化中医药治疗中的实践应用与发展[J].上海中医药杂志,2023,57(8):27-32.
 - [6] 徐大椿.兰台轨范[M].北京:人民卫生出版社,2007:18-18.
 - [7] 刘成海.重视肝硬化的中西医结合诊治研究[J].中国中西医结合消化杂志,2023,31(2):77-78.
 - [8] 潘凯,雷阳,赵强,等.熊去氧胆酸联合加味健脾补肾方治疗原发性胆汁性肝硬化的疗效观察[J].中国中医药科技,2016,23(4):441-442,447.
 - [9] 刘成海.病证结合中药为主治疗脂肪肝[J].药品评价,2009,6(2):77-78,44.
 - [10] 刘成海,季光,胡义扬.脂肪肝的中西医结合诊疗[M].上海:上海中医药大学出版社,2024:181-181.
 - [11] 孙晶晶,陶艳艳,王清兰,等.滋阴清热方治疗绝经后女性非酒精性脂肪性肝病的临床疗效观察[J].临床肝胆病杂志,2012,28(3):179-182.
 - [12] 陈可冀.陈可冀学术思想与医疗经验选集[M].北京:北京科学技术出版社,2016:147-160.
 - [13] 陈园,刘成海.络病理论在慢性肝病中的应用[J].中华中医药学刊,2007,25(9):1860-1862.
 - [14] 叶天士.临证指南医案[M].北京:人民卫生出版社,2006:52-52.
 - [15] 聂广,张赤志,唐智敏,等.拓展王伯祥教授“肝络瘀阻”学说构建中医肝病分期辨证体系[J].中西医结合肝病杂志,2022,32(9):773-779,786.
 - [16] 刘燕玲,李志更,郭朋.以活血化瘀法为核心治疗肝纤维化的思路[J].中医杂志,2009,50(1):76-78,81.
 - [17] 郭亚楠,顾宏图,赵长青,等.中医药对肝硬化门静脉血栓的干预作用及用药特点分析[J].临床肝胆病杂志,2023,39(2):345-351.
- (收稿日期:2024-07-31)
-
- (上接第 869 页)
- [8] 卢小芳,张声生.中医药治疗功能性消化不良研究进展[J].中国中西医结合消化杂志,2023,31(6):405-410.
 - [9] 史航,朱凌宇.从气机论治功能性消化不良的中医研究进展[J].中国中西医结合消化杂志,2024,32(6):538-542.
 - [10] 让敏,许航,李成年,等.基于《临证指南医案》和《不居集》探析叶天士与吴澄脾胃阴虚理论之异同[J].吉林中医药,2024,44(5):514-517.
 - [11] 林靖,沈洪.沈洪从肝脾论治功能性消化不良经验探微[J].中医药临床杂志,2019,31(11):2054-2056.
 - [12] 杨珂鸣,贾越博,叶丽亚·叶尔太,等.柴胡疏肝散对功能性消化不良模型大鼠十二指肠黏膜屏障和肠道菌群的影响[J].中医杂志,2023,64(23):2443-2453.
 - [13] 张声生,赵静怡,赵鲁卿.近 20 年调肝理脾法治疗功能性消化不良研究述评[J].中医杂志,2020,61(22):1948-1952.
 - [14] 毛兰芳,汪龙德,杜晓娟,等.基于 ICC 自噬探讨疏肝健脾法调节功能性消化不良胃肠动力障碍的研究思路[J].中国中医基础医学杂志,2021,27(12):1916-1919,1924.
 - [15] 杨洋,郭宇,朱佳杰,等.功能性消化不良合并焦虑障碍病理机制及中医药干预研究进展[J].中国中西医结合杂志,2018,38(2):252-255.
- (收稿日期:2024-07-31)