

儿童急性复发性胰腺炎分期辨治探析*

刘畅¹ 汪受传^{1△} 张泽欣¹ 于傲天²

(1.南京中医药大学附属医院,江苏 南京 210029;2.北京中医药大学,北京 102401)

中图分类号:R576 文献标志码:B 文章编号:1004-745X(2024)07-1290-04

doi:10.3969/j.issn.1004-745X.2024.07.042

【摘要】 介绍分期辨治儿童急性复发性胰腺炎的临证经验,认为急性复发性胰腺炎以邪郁少阳、气机不利为核心病机;病位多在肝、脾;临证时多据其病情表现,分期论治。发作期以实证为主,多以轻重分治,轻症以气滞、湿热为患,治以清里通下、行气利湿之法,方多选大柴胡汤加减;重症以瘀热、瘀毒内陷为主,正不胜邪,邪入厥阴,以致内闭外脱或阴竭阳脱,当施以回阳救逆、养阴固脱之法,多用参附汤或参附龙牡救逆汤加减;间歇期多以虚证或虚实夹杂为主,邪去正伤,肝郁脾虚,当健脾疏肝,予大柴胡汤合保和丸化裁。

【关键词】 急性复发性胰腺炎 儿童 分期论治 临证经验

急性复发性胰腺炎(ARP)是急性胰腺炎(AP)和慢性胰腺炎(CP)的疾病连续体阶段,其临床表现与AP基本一致,多以上腹部或弥漫性腹痛、恶心呕吐、腹胀、发热、呼吸困难和意识障碍,伴有发热、低血氧饱和度、呼吸急促、心动过速、低血压等表现为主,血清淀粉酶和(或)脂肪酶活性高于3倍正常值上限,影像学特征亦与AP相符。临床确诊为ARP需满足以下条件:超过(包括)2次AP发作,两次发作间隔最少1月且间隔期间临床症状缓解或胰腺酶水平恢复正常,并排除CP^[1]。近年来,随着医疗诊断技术的提高以及对其专科研究的深入,其发病率逐渐呈上升趋势^[2]。目前临床多以禁食、胃肠减压、积极补液,解痉镇痛,营养支持或者内镜、外科手术等西医治疗为主^[3],手段有限,效果欠佳,而中医治疗强调整体观念、辨证论治,每每临证施治可获良效^[4]。我们亦通过长期的临床案例观察发现,儿童ARP运用中药治疗,复发率明显降低,疗效满意。现将分期辨治儿童ARP的经验介绍如下,并附验案一则,以资佐证。

1 病因病机

ARP为西医学病名,中医学古籍中虽没有直接相对应的病名,但据其“腹痛”“恶心”“呕吐”等主要临床表现,可以窥得其中医学中的“脾心痛”“腹痛”“胃心痛”“胰瘕”等病证相关。其常见病因包括外感六淫(包括病毒感染引发^[5])、情志失和、饮食失节、蛔虫内扰、素体肥胖、先天不足(先天性胰腺疾病)等。结合现代临床,尚有药毒的病因值得重视,如解热镇痛类药物

(对乙酰氨基酚)、抗微生物药物(异烟肼)、抗肿瘤药物(门冬酰胺酶)、免疫抑制剂、抗癫痫药物等均可一定程度诱发AP,使得ARP反复发作^[6]。

我们认为,ARP临床表现与《伤寒论》第103条“呕不止,心下急,郁郁微烦”、104条“胸胁满而呕,日晡所发潮热,已而微利”及165条“心中痞硬,呕吐而下利”所载有相通之处。而上述条文病机均为邪郁少阳,枢机不利,气滞火郁,三焦失畅,传至阳明,化燥成实,腑气壅滞。且有学者认为,胰腺类似少阳,因其所分泌胰液与少阳胆腑所生之胆汁相合,在肝气疏泄下入肠以促水谷运化^[7];另少阳经脉所行之处,亦经胰腺^[8]。且小儿体质本属少阳,临证以少阳病多见,《伤寒论》97条小柴胡汤证所言“休作有时”亦可广义理解为疾病的反复发作^[9]。故提出ARP可从少阳论治,以邪郁少阳、气机不利为核心病机,治以疏利少阳、理气和胃之法。

ARP病位之所在,素有争议。对于胰腺,古人并没有予以明确定义,但从古籍中却有相应位置及其形态结构的描述。如《医林改错·医林改错脏腑记叙》载“脾中有一管,体像玲珑,易于出水,故名珑管”。现代解剖学认为,胰胆管汇合异常(PBM)也是ARP发病的一个重要原因,PBM易使胆汁反流到胰管、蛋白栓或胆结石造成管道梗阻引发ARP^[1]。根据文献记载,尤其是本病的临床证候特点,我们认为其病位多在肝胆、脾胃,病机则与少阳、厥阴经枢机不利,脾胃升降失司有关。

2 分期论治

临证治疗儿童ARP宜遵从“急则治其标,缓则治其本”的原则。发作期多以气滞、湿热、热结、瘀毒兼见,故分轻重论治,轻者施以理气止痛、清热利湿、通腑泄热、活血祛瘀之法;重者当回阳救逆、养阴固脱。而

* 基金项目:国家中医药管理局全国名中医传承工作室建设项目(国中医药办人教函[2018]119号)

△通信作者

间歇期患儿则多兼脾虚、气阴两虚,临证治疗时需随证加减,予疏肝健脾,益气养阴之法。

2.1 发作期

2.1.1 轻症 儿童ARP发作期轻症者多以气滞、湿热为患。小儿脏腑娇嫩,形气未臻完善,情志较成人更易受到影响,《温病条辨·解儿难》中提到“小儿但无色欲耳,喜怒悲恐,较之成人,更专且笃”。其情志不舒,肝气失于调达,木气鸱张,克伐脾土,中焦运化失常,则气机壅滞。又因小儿脾胃薄弱,故饮食不节易使中焦骤然窒塞,脾胃郁火遽生,火热炽盛,充斥阳明,以致腑气壅塞,气机失畅;又或素有胆道疾患,湿热内蕴肝胆,肝失疏泄,脾失健运,水湿不化,停聚中焦,使腑气不通,不通则痛。故以清里通下,行气利湿,疏利肝胆为主要治法,方选大柴胡汤加减。《素问·六节藏象论》曰“凡十一脏,取决于胆也”。柴胡轻清,入少阳经,可升达胆气,若胆气得疏,则十一脏随之宣化,腹中结气得散。黄芩苦寒,气味俱降,《长沙药解》谓其可清相火而断下利,泻甲木而止上呕。两药相合,一升一降,一疏一泻,少阳得和,肝胆得舒,自不复扰于脾胃;大黄、枳实以行气消痞,泻阳明热结,通降腑气;芍药清泻肝火,使木不克土,安脾敛阴,半夏和胃止呕;姜枣和营卫、调脾胃。现代药理学研究表明,大柴胡汤具保肝、利胆、抗炎、降血脂之功,其中含有的多种药材均对炎症有抑制作用,可防治胰腺炎复发和胰腺纤维化,减轻重症AP^[10]。

除上述常见两证之外,尚有热结一证多有兼并,临证时常据腑气热结之轻重,灵活合用三承气汤加减,导邪从胆腑、肠腑而下。方中大黄(后下)荡涤肠胃、通利水谷;芒硝(冲服)一药,《本草经解》谓其苦寒泄下,咸以软坚,使陈者下新者进,以除燥热邪气;枳实、厚朴破气消积散痞。小儿本为稚阴稚阳之体,阴津尚且不足,故大便通导后,应及时调整大黄、芒硝等泻下类药物,中病即止,切不可通下过度,以免耗伤气阴,损伤阳气。临证时可于方中少佐生地、麦冬等养阴之品以防伤阴,党参、白术等以益气健脾。并据其病情变化,随证用药,以平为期。气滞痛剧者,多加用延胡索、白芍行气缓急止痛;湿重者,增茯苓、车前子、泽泻以利水渗湿;热重者,予龙胆、滑石以清热利湿;呕吐甚者,合竹茹、姜半夏清胃降逆止呕;伤食者,添莱菔子、麦芽、山楂消食导滞;大便干结者,稍佐芒硝润燥软坚;夹瘀者,可加红花、丹参、桃仁祛瘀通腑。实热者,重以苦寒直折,则以大承气汤为主方,若高热不退,则常常配合黄连、黄芩、栀子、生地黄以清热泻火凉血;神昏者,加服安宫牛黄丸。

2.1.2 重症 重症多为邪毒炽盛,正不胜邪,以致邪毒内陷,症见心烦急躁,时作惊惕、肌肉抽动,甚则神昏、谵语、抽搐,为邪入厥阴,故治疗在通里攻下清热基础上,可合用安宫牛黄丸或紫雪丹以清热解毒、息风开

闭。若同时伴有肢冷、面色苍白、冷汗、嗜睡或神昏,又兼有阳气外脱之象,此时不可急攻,当以参附龙牡救逆汤、独参汤、参附汤等方回阳救逆固脱。若是出现气阴衰竭危象时,应停止攻下通里治疗,急以益气回阳、养阴固脱救治,予参附龙牡救逆汤合生脉散加味,昼夜频服,待正气回复,再细审病情,辨证用药。病至此时,证情危重,当中西医结合抢救施治。

2.2 间歇期

ARP间歇期多以虚证或虚实夹杂为主,此时邪去正伤,常用健运脾胃佐以疏肝以善后,并兼顾益气养阴之法。患儿多在饮食不节、劳倦后会出现间断上腹痛,且易恶心想吐,检查可发现血胰酶轻度异常、胰腺彩超有轻微改变,无发热、腹肌紧张等表现,中医辨证属肝脾不和,脾失健运,积滞内生,气机升降失调为主,热毒不重。治疗时,攻邪不宜太过,需顾护小儿生理特点。对于一些存在饮食积滞的患儿,滞久蕴热,热结胃肠,传导失职,易致大便不畅,阻碍气机升降。然六腑以通为用,此类患儿当以消导为先,然须顾护其稚阴稚阳之体,虽有热有滞,不可妄投峻攻峻泻之品,犯阴伤气耗之戒。当以轻消疏解通腑为治,予大柴胡汤合保和丸化裁为用^[11]。饮食积聚者,盖因其入胃散精于肝,肝之疏散,又借胆之生发,故方中多用柴胡可升达胆气,则精得肝散,饮食积聚自消;又借藿香、砂仁、陈皮、木香芳香疏化、行气和中;伤食必兼乎湿,故取茯苓渗湿补脾;积久必郁为热,黄芩、连翘散结清热;厚朴、半夏下气降逆止呕;焦山楂、莱菔子消谷利气。若患儿症见神疲乏力,少气懒言者,可加用党参、黄芪、白术以补中益气;口渴明显者,可加太子参、玄参、天花粉等养阴生津。

除上述介绍的中药口服治疗外,我们临证时还可根据患儿实际情况灵活给药。如患儿在发作期因有呕吐症状,会出现服药困难的问题,又或在间歇期,呕哝虽止,然患儿龄幼,口服中药汤剂困难,那么就可选用或配合中医外治法施治或辅助治疗。如中药保留灌肠,不仅可以避免患儿呕吐、给药困难的问题,还可直达病所,迅速获效。另外也可配合穴位贴敷、封包外敷、艾灸等外治疗法,起到保护肝脏、增强药效、缓解疼痛、促进恢复等作用^[12]。

3 验案举隅

患某,男性,7岁。2019年7月1日初诊。主诉:腹痛伴呕吐10 d。患儿2019年6月21日因突发剧烈腹痛伴呕吐于当地医院就诊并住院治疗。住院期间查腹部B超示:胰腺显示欠清,胰头22 mm,胰尾14 mm,余未见明显异常。查血清淀粉酶1 389 U/L。予抗感染、解痉、补液等保守治疗,后复查血清淀粉酶正常后出院。刻诊:患儿纳差,形体瘦,进食稍多后易腹胀,呃逆时作,寐安,便调。查体:咽红,舌苔薄白。既往史:患

儿曾分别于2018年6月、2019年4月发作1次胰腺炎,均表现为剧烈腹痛,伴发呕吐,2019年4月23日血清淀粉酶2 089.5 U/L。西医诊断:急性复发性胰腺炎。中医诊断:胰瘕。辨证属少阳经枢不利,治法:疏利少阳,兼以理气和胃。方选大柴胡汤加减:柴胡6 g,黄芩10 g,郁金10 g,枳实6 g,茯苓10 g,苍术6 g,佩兰10 g,炙鸡内金6 g,莱菔子10 g,法半夏6 g,金钱草10 g,焦山楂12 g,焦六神曲12 g。14剂。每日1剂,水煎,分早中晚3次服用。2019年7月15日二诊:患儿7月9日曾出现腹部胀满,大便2 d未行,未有呕吐,嘱予大黄粉敷脐后便下成形,腹胀缓解。7月15日复查腹部B超示:胰腺显示部分形态尚规则,胰腺内光点匀;尿淀粉酶70 U/L。予前方去半夏、佩兰,加怀山药12 g,白术、牡丹皮各10 g。14剂。煎服法同前。2019年8月1日三诊:患儿现证候稳定,腹痛腹胀呕吐均未作,仅稀便偶作。且近1月体重增长1 kg,身高增长1 cm。继予疏肝和脾调理巩固,前方去枳实、莱菔子、山药,加佩兰10 g,陈皮3 g。28剂,煎服法同前,并嘱停用大黄粉敷脐。2019年8月31日四诊、10月12日五诊:患儿偶诉腹胀、胃纳欠佳,复查腹部B超、血尿淀粉酶均未见明显异常。治以前方治疗,增消食助运之品。2019年10月26日六诊:患儿时诉腹胀,尤以进食后为多。证属食积气滞,治以理气消积之法。予保和丸化裁,处方:枳实10 g,木香3 g,槟榔10 g,紫苏梗10 g,莱菔子10 g,陈皮3 g,炒鸡内金6 g,蒲公英15 g,川楝子10 g,焦山楂15 g,焦神曲15 g,炒谷芽15 g,炒麦芽15 g。21剂。煎服法同前。2019年11月25日七诊:患儿证候稳定,再予上方出入,加以巩固。2021年6月10日八诊:患儿5月19日腹痛复发,入院查尿淀粉酶:1 304 U/L,血清淀粉酶:1 692 U/L,予抗炎、抑酶治疗后,腹痛症状好转。刻诊:无腹痛腹胀,偶有恶心欲吐,寐可,便调。查体:咽红,舌苔薄白,腹软,剑突下轻压痛。证属热结少阳,治以疏利少阳。处方:柴胡6 g,黄芩10 g,郁金10 g,枳实6 g,牡丹皮10 g,竹茹5 g,赤芍10 g,黄连3 g,蒲公英15 g,虎杖10 g,生甘草3 g。14剂,煎服法同前。2021年6月24日九诊:6月20日血清淀粉酶99 U/L,尿淀粉酶322 U/L,继予前方出入巩固。此后患儿证候平稳,定期复查,至2023年1月未有发作,2023年2月复发,仍宗前法施治,服药2月,随访至2023年10月未见复发。

按语:后续随访得知,本案患儿每每胰腺炎复发皆因进食炙煊厚腻之品而起,饮食积于中焦,气机升降失司,脾失健运,气滞湿阻,土郁木壅,故选大柴胡汤加减,施以疏肝和胃之法。患儿首诊AP病情已缓,故删原方之大黄,去其峻下之力。方中柴胡清肝经之郁火,降胆胃之逆,黄芩泻少阳之痞热,退厥阴之热蒸,两药相合,行和解清热,除少阳之邪之力;枳实消积除胀,

茯苓味甘和脾缓肝,莱菔子利气消谷,郁金下气破血止痛;金钱草利湿清热,且枳实、苍术、法半夏、佩兰、茯苓、鸡内金皆可燥脾土而祛湿,脾土健则清升而浊降,啰呕自止;又佐楂曲以助消谷。二诊患儿痛消啰止,故去半夏、佩兰,添山药、白术补中助运之药;苔薄黄,故加泻热平肝之牡丹皮;期间患儿腹胀、便结,嘱用大黄粉敷脐以推陈致新,因其方简效著,故临证时多有应用^[13]。三诊患儿病情平稳,只偶有稀便,故不再用大黄敷脐,去枳实,以免通下过度、耗气伤正,并酌减消积助运之莱菔子、山药,改予醒脾化湿之佩兰,补而不滞、消而不伐之陈皮。四诊、五诊患儿有食积之象,故加用消导之品。六诊、七诊患儿刻诊则以饮食积滞为主,故予保和丸化裁,去原方之连翘、半夏、茯苓,加枳实、槟榔、鸡内金、谷麦芽以增消导之力,蒲公英以消积滞之热,另添紫苏梗、川楝子以疏肝和胃、瘥后防复。八诊患儿胰瘕复发,急证已平,然热象未解,仍以大柴胡汤化裁,方中以虎杖易大黄,去其峻下之力,取其清热破积消胀之功,蒲公英化热毒、散滞气,郁金、赤芍活血通络,黄连、竹茹清热止呕,生甘草清热缓急、健脾和中、平肝利气;此时邪去正伤,当以平为期,随证用药,以健运脾胃佐以疏肝之法为善,使脾气运,肝气疏,气机畅,啰可止,痛自消。

参 考 文 献

- [1] SUZUKI M, MINOWA K, ISAYAMA H, et al. Acute recurrent and chronic pancreatitis in children[J]. Pediatrics International, 2021, 63(2): 137-149.
- [2] MACHICADO JD, YADAV D. Epidemiology of recurrent acute and chronic pancreatitis: similarities and differences[J]. Digestive Diseases and Sciences, 2017, 62(7): 1683-1691.
- [3] 曹锋,李非,赵玉沛.《中国急性胰腺炎诊治指南(2021)》解读[J]. 中国实用外科杂志, 2021, 41(7): 758-761.
- [4] 戚亚婷,张玉峰,张依,等. 急性胰腺炎中医治疗研究进展[J]. 中国中医药现代远程教育, 2020, 18(24): 145-147.
- [5] 黄倩,韩子明,韩玫瑰,等. 儿童水痘-带状疱疹病毒导致胰腺炎合并病毒性脑炎1例并文献复习[J]. 罕少疾病杂志, 2022, 29(4): 8-10.
- [6] 张玲忠,李松梅,夏杰,等. 儿童药物性胰腺炎研究进展[J]. 药物评价研究, 2019, 42(3): 570-574.
- [7] 胡凤林,张夏维,马云飞,等. 胰腺为类少阳[J]. 中华中医药学刊, 2017, 35(2): 316-318.
- [8] 叶世龙. 论急性胰腺炎隶属于少阳腑证[J]. 陕西中医, 1994, 15(2): 95-96.
- [9] 王媛媛,丁珍. 小儿少阳体质探析[J]. 中国中医药现代远程教育, 2023, 21(3): 72-74.
- [10] 宋小雪,黄金凤,田明,等. 大柴胡汤的药理及临床应用[J]. 中医药学报, 2019, 47(4): 112-116.
- [11] 万力生. 汪受传儿科医论医案选[M]. 北京:学苑出版社, 2008: 168.
- [12] 姚翠翠,王璐,刘镇亚,等. 中医外治法辅助治疗急性胰腺

炎研究进展[J]. 中国中医急症, 2022, 31(12): 2238-2241.

护理研究, 2016, 30(32): 4020-4024.

[13] 孙玉娇, 陈璇, 王洋, 等. 大黄敷脐治疗便秘的Meta分析[J].

(收稿日期 2024-03-06)

千金百痛壮热方辨治急性热病临证心得*

曾祥琿 原嘉民 颜 芳 许家栋 杨志敏[△]

(广州中医药大学第二临床医学院, 广东省中医院, 广东 广州 510120)

中图分类号: R254 文献标志码: B 文章编号: 1004-745X(2024)07-1293-03

doi: 10.3969/j.issn.1004-745X.2024.07.043

【摘要】 千金百痛壮热方为《千金要方》里的经方, 是典型的酸寒法配伍法则, 能对治火证兼表证、水证(湿证)、虚证。本方和大柴胡汤的功效有区别, 临床主要用于治疗少阳阳明太阴合病, 以湿热互结病机为主, 具有和解少阳、清利湿热的功效。千金百痛壮热方对急性热病有确切的疗效, 值得挖掘并推广应用。

【关键词】 急性热病 百痛壮热方 《千金要方》 少阳阳明太阴合病 湿热证

《素问·热论篇》曰“今夫热病者, 皆伤寒之类也”^[1]。热病, 一般是泛指一切由外感六淫所引起的具有发热症状的疾病, 包括伤寒、中风、温病、湿温等, 其义同广义伤寒^[2]。急性热病在现代医学体系中多见于急性感染性、发热性疾病^[3-4], 如病毒感染、呼吸道及肺部感染、泌尿道感染、急性胆囊炎、消化道感染以及急性传染病等。《伤寒杂病论》中提出的六经辨证体系, 为临床辨治急性热病及内科病的纲领。近代许多中医名家, 如孔伯华、蒲辅周等, 对温病高热神昏、流行性乙型脑炎、小儿重症肺炎、急性传染性肝炎、重症麻疹等急性热病进行了辨证施治, 取得显著疗效^[5-6]。中医在辨治急性热病方面具有独特的优势和疗效。笔者团队在临床实践中辨治大量急性热病患者, 如病毒感染、肺炎、泌尿道感染、登革热、血行感染脓毒症等^[7-9]。经总结, 急性热病初始多为急证、实证、合病, 千金百痛壮热方是临床应用频率比较高、疗效比较可靠的经方之一。现就千金百痛壮热方辨治急性热病的临证心得做如下论述。

1 千金百痛壮热方出处及解读

1.1 出处 千金百痛壮热方来源于孙思邈《千金要方》, 原文谓: 疗伤寒, 头痛壮热, 百节疼痛方。组成: 柴胡、芍药、栀子仁、知母各四两, 香豉 1 升, 石膏八两, 黄芩、大青叶、升麻、杏仁各三两, 上十味, 以水九升, 煮取二升七合, 分三服。若热盛者, 加大黄四两^[10]。结合此方的出处及辨治特点, 我们命名为“千金百痛壮热方”。由于各方面的原因, 此方很少出现在近现代的临

床实践中。根据笔者团队的经验, 此方对治急性热病疗效确切, 值得重新挖掘并推广应用。

1.2 组方规律 方干是分析经方组成的重要方法^[11], 千金百痛壮热方组成的方干可以分析如下: 半个小柴胡汤(柴胡、黄芩)、半个芍药四物解肌汤(黄芩、白芍、升麻)、栀子豉汤(栀子、淡豆豉)、半个白虎汤(石膏、知母)等。用于治疗表里、寒热、虚实错杂的少阳阳明太阴合病^[8], 方中柴胡苦寒清热、升散解表, 栀子豉汤苦寒、酸温合化成酸寒法, 以化饮、补虚、清热、解表, 石膏、知母解肌清热、止渴除烦利水, 石膏辛散并能解表; 白芍、黄芩、升麻养津液、清热解肌, 大青叶苦泄实热、辟秽解毒, 杏仁解表化饮。

1.3 柴胡石膏法 在《伤寒论》中, 经方配伍的方势有如下规律: 如石膏与柴胡, 作为阳明法中不同药势的方药代表, 合并太阳证, 可以见到桂枝与大黄的配伍, 如桂枝加大黄汤、厚朴七物汤、柴胡加龙骨牡蛎汤; 桂枝与石膏的配伍, 如竹皮大丸、白虎加桂枝汤; 合并少阳证, 可见柴胡与大黄的配伍, 如大柴胡汤、柴胡加龙骨牡蛎汤。但柴胡与石膏配伍的经方并无呈现^[8]。千金百痛壮热方作为柴胡配伍石膏理法的代表, 正好可以补充《伤寒论》中缺失的柴胡石膏法。相对少阳证小柴胡汤来说, 它是对治少阳证中偏少阳阳明合病的情况(胃中热、实、结为主), 通过清下阳明的热、结、实治疗发热。

1.4 理法特色——酸寒法 千金百痛壮热方中包含了完整的栀子豉汤方干, 且剂量明显大于《伤寒论》中栀子豉汤, 是典型的酸寒法配伍结构。栀子苦寒清降, 攻、散、清、泄三焦之火热, 尤善清利下焦肝胆郁热, 肝胆郁热得清, 湿热随小便而去^[12]。淡豆豉性温, 味辛、酸、咸、苦, 有和中养胃健运、清热化湿除烦、涌泄轻宣郁滞、疏散微透表邪之功效; 栀子和淡豆豉的配伍, 具有酸寒清热、酸苦涌泻的功效。酸寒法常用于阳明火证中伴有表证、虚证、水证。这类患者虽然有口干口

* 基金项目: 省部共建中医湿证国家重点实验室基金项目(SZ2021ZZ3001); 广东省中医院中医药科学技术研究专项资助(YN2020CC01); 广东省中医院许家栋学术经验传承工作室([2018]101号); 广东省中医院李可古中医齐玉茹学术经验传承工作室(中医二院[2014]89号-22)

[△]通信作者