

四妙汤合宣痹汤加减联合西药治疗类风湿关节炎 (湿热痹阻证) 的疗效及对血清炎性指标影响

徐孟丽, 王青松, 张金山

(安徽中医药大学附属太和县中医院风湿科, 安徽 太和 236600)

摘要: 目的: 研究四妙汤合宣痹汤加减联合西药口服对类风湿关节炎(RA) 湿热痹阻证患者疗效及血清类风湿因子(RF)、红细胞沉降率(ESR)、C反应蛋白(CRP) 影响。方法: 选择医院 2020 年 1 月~2022 年 11 月 RA 湿热痹阻证患者 100 例依据随机分组方法分为对照组和观察组各 50 例, 其中对照组口服甲氨蝶呤片, 观察组在对照组治疗的基础上联合四妙汤(四妙汤是由四妙丸中方药而来, 由于丸剂制作工艺相对繁琐, 故取四妙丸中方药, 以用作四妙汤) 合宣痹汤加减治疗, 两组共实施为期 3 月治疗。观察治疗后中医临床疗效及治疗期间不良反应发生情况, 对比分析两组治疗前后 RF、ESR、CRP、免疫球蛋白 A(IgA)、免疫球蛋白 M(IgM)、免疫球蛋白 G(IgG)、疼痛视觉模拟评分(VAS)、28 个关节的疾病活动度评分(DAS28)。结果: 观察组临床疗效为 88.00%, 高于对照组的 72.00% ($P < 0.05$), 且两组治疗期间不良反应发生率差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。治疗后两组 RF、CRP、IgG、IgA、IgM 水平及 VAS、DAS28 评分均低于治疗前 ($P < 0.05$) 而 ESR 高于治疗前 ($P < 0.05$), 且观察组改善情况优于对照组 ($P < 0.05$)。结论: RA 患者使用四妙汤合宣痹汤加减辅助治疗能有效抑制机体炎症反应及病情进展, 同时对体液免疫也有一定影响, 且不良反应少。

关键词: 类风湿关节炎; 湿热痹阻证; 四妙汤合宣痹汤; 炎症因子; 免疫功能

中图分类号: R 593.22 **文献标志码:** A **文章编号:** 1000-3649(2024)02-0145-04

类风湿性关节炎(rheumatoid arthritis, RA) 作为临床较常见的自身免疫性疾病, 主要表现为慢性关节炎和全身多系统受累, 发病早期表现为关节红肿、热痛及功能障碍等, 当疾病发展至晚期时关节则会出现一定程度的僵硬和畸形, 部分严重患者还会出现骨骼肌萎缩表现^[1]。据不完全统计, 在我国 RA 患者年龄跨度相对较大, 且病情易反复发作, 病程相对较长, 致残致畸率相对较高, 对患者及家庭造成较大经济、心理负担。临床常用 RA 治疗药物虽对疾病有一定治疗效果, 但副反应相对较多, 近年有研究发现中医对 RA 治疗优势明显, 其主要是通过

辨证论治提供更加贴合患者的治疗方案^[2-3]。基于此, 本研究对 RA 湿热痹阻证患者使用四妙汤合宣痹汤加减辅助治疗, 探究治疗后对患者炎性指标及免疫功能改善情况。

1 资料与方法

1.1 一般资料 纳入标准: ①西医诊断标准参考 1987 年 ACR 推荐的 RA 分类标准或 2010 年 ACR/EULAR 推荐的 RA 分类标准^[4]; ②中医证型诊断标准参考 2018 年中华中医药学会风湿病分会推荐的 RA 病证结合诊疗指南的发布标准^[5], 即: RA 湿热痹阻证; ③依从性良好, 能按时按规定完成全部疗程;

[11] 方翔宇, 王高岸, 邱世光, 等. 加味当归芍药散联合常规治疗对气虚血瘀型 2 型糖尿病周围神经病变患者的临床疗效 [J]. 中成药, 2022, 44 (6): 1820-1824.

[12] 刘畅, 邱新萍, 马万千. 加减消痹汤配合针刺对糖尿病周围神经病变炎症因子和血液流变学指标的影响研究 [J]. 中华中医药学刊, 2021, 39 (12): 117-120.

[13] 周亚男, 杨洁, 王丽晖, 等. 百令片联合依帕司他治疗 2 型糖尿病周围神经病变患者临床效果及对氧化应激、炎症反应影响 [J]. 临床误诊误治, 2021, 34 (7): 29-33.

[14] 柴一琳, 王国强, 战群, 等. 益气活血类方治疗糖尿病周围神经病变作用机制研究进展 [J]. 长春中医药大学学报, 2023, 39 (7): 822-826.

[15] 林惠京, 刘艺芬, 詹国良. 益气温阳活血通络验方联合针刺治疗气虚血瘀型 2 型糖尿病周围神经病变的疗效及对氧化应激的影响 [J]. 世界中西医结合杂志, 2022, 17 (2): 354-358, 363.

[16] 朱迪, 欧阳钊, 朱旭, 等. 升阳散火汤治疗糖尿病周围神经病变的疗效及对神经传导速度、炎症因子的影响 [J]. 四川中医, 2023, 41 (2): 141-143.

[17] 张婧婧, 曹雯, 赵一璟, 等. 木丹颗粒治疗糖尿病周围神经病变患者的疗效及其血清氧化应激、炎症因子及疼痛物质水平的影响 [J]. 世界中西医结合杂志, 2021, 16 (12): 2265-2270.

[18] 陈旖婷, 韩俊霞, 成兴波, 等. 神经调节素 1、甲基乙二醛、高迁移率族蛋白 B1 联合检测在糖尿病周围神经病变中诊断价值的研究 [J]. 中国糖尿病杂志, 2023, 31 (5): 335-339.

[19] 倪孝兵, 王思宏, 黄崇兵. 依帕司他联合胰激肽原酶治疗 2 型糖尿病周围神经病变临床效果及对炎性因子、肌电图指标的影响 [J]. 解放军医药杂志, 2022, 34 (4): 88-91.

[20] 陈丹丹, 艾林, 赵雪单. GLP-1 受体激动剂联合依帕司他与贝前列素治疗 2 型糖尿病伴有周围神经病变患者的临床效果 [J]. 临床和实验医学杂志, 2023, 22 (6): 605-609.

(收稿日期 2023-10-07)

④患者及家属均知情，并自愿参与本研究；⑤经我院医学伦理委员会批准该项研究。排除标准：①合并其他自身免疫类疾病、重要脏器功能不全、精神障碍、恶性肿瘤等；②过敏体质，对治疗所需药物过敏；③入组前 1 月内已接受 RA 相关药物治疗；④妊娠期或哺乳期妇女。选择医院 2020 年 1 月～2022 年 11 月 RA 湿热痹阻证患者 100 例依据随机分组方法分为对照组和观察组各 50 例，观察组男性 21 例，女性 29 例；年龄 30～68 岁，平均（45.13±8.22）岁；病程 12～70 月，平均（58.81±7.92）月。对照组男性 24 例，女性 26 例；年龄 30～68 岁，平均（46.01±8.57）岁；病程 12～70 月，平均（59.20±7.78）月。两组患者年龄和性别群体间差异无统计学意义（ $P>0.05$ ），具有可比性。

1.2 方法 （1）对照组：口服甲氨蝶呤片，每次 10mg，每周 1 次，共治疗 3 月。（2）观察组：在对照组治疗的基础上联合四妙汤合宣痹汤加减治疗，处方：薏苡仁 30g，黄柏、怀牛膝各 20g，苍术、防己、羌活、独活、秦艽、防风各 15g。偶有药物剂量稍调整，随症加减：脾胃受损或虚弱者，酌加茯苓、陈皮、山药；瘀血痹阻较甚者，酌加桃仁、红花；睡眠欠佳者，酌加酸枣仁、茯神、远志、夜交藤。入组研究对象服用汤剂均由我院中医煎药房统一制备为浓缩剂（200mL/袋），每次 1 袋，每日 2 次，早晚饭后半小时服用，共治疗 3 月。

1.3 观察指标

1.3.1 临床疗效及不良反应 入组研究对象均于治疗结束后统计临床疗效及不良反应，其中临床疗效判定标准参照《中药新药临床研究指导原则》，具体如下：①临床控制：主要症状、体征改善率 $\geq 75\%$ ，ESR、CRP 正常或明显改善；②显效：主要症状、体征改善率 50%～74%，ESR、CRP 改善；③有效：主要症状、体征改善率 30%～49%，ESR、CRP 轻微或无改善；④无效：主要症状、体征改善率 $<30\%$ ，ESR、CRP 无改善，临床有效率 = $(n - \text{无效}) \times 100.00\%$ 。

1.3.2 生化指标 炎症因子及免疫球蛋白：入组患者均于治疗前后抽取晨起空腹外周静脉血 8mL，离心（3000r/min，10min）后取血清存放至 -80°C 冰箱待测。采用魏氏法检测血沉（erythrocyte sedimentation rate，ESR），采用免疫比浊法检测血清类风湿因子（Rheumatoid factor，RF）、C-反应蛋白（c-reactive protein，CRP）及血清免疫球蛋白 M（immunoglobulin M，IgM）、血清免疫球蛋白 G（immunoglob-

ulin G，IgG）、血清免疫球蛋白 A（immunoglobulin A，IgA）含量。

1.3.3 量表评价 两组患者治疗前后均使用疼痛视觉模拟量表（Visual Analogue Scale，VAS）评分评估患者受累关节疼痛程度，使用 28 个关节的疾病活动度评分（disease activity score of 28 joints，DAS28）评估关节恢复情况。VAS 量表^[6]方法是使用一条长约 10cm 的游动标尺，一面标有 10 个刻度，两端分别“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。具体操作方式为：纸上画 10cm 直线，左端为 0（无痛），右端为 10（剧痛），再让患者根据自身情况选择疼痛情况。DAS28 评分计算公式为 $\text{DAS } 28 = 0.56 \times \text{压痛关节数} + 0.28 \times \text{肿胀关节数} + 0.7 \times \text{Ln}(\text{ESR}) + 0.014 \times \text{VAS}$ ，DAS28 评分越低代表病情控制越好、越稳定。

1.4 统计学方法 本文所有数据均采取双人交流录入 EXCEL 表格，采取统计学软件 SPSS17.0 进行处理，计量资料以 $\text{Mean} \pm \text{SD} (\bar{x} \pm s)$ 表示，符合正态分布且方差齐时，2 组间采取 t 检验分析，若不符合正态分布则通过取倒数方案将其转换为正态分布后再次计算；计数资料采取例数（%）表示，无序分类资料采用 χ^2 检验；所有检测均为双侧检验，并以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 两组临床有效率比较 观察组临床疗效为 88.00%，高于对照组的 72.00%（ $P<0.05$ ），见表 1。

表 1 两组临床有效率比较[$n(\%)$ ， $n=50$]

组别	临床控制	显效	有效	无效	临床有效率(%)
观察组	15(30.00)	20(40.00)	9(18.00)	6(12.00)	88.00
对照组	8(16.00)	17(34.00)	11(22.00)	14(28.00)	72.00

2.2 两组患者治疗后不良反应发生率比较 两组治疗后不良反应发生率差异无统计学意义（ $P>0.05$ ），见表 2。

表 2 两组不良反应发生率比较[$n(\%)$ ， $n=50$]

组别	皮疹	肚痛腹泻	食欲减退	头晕头痛	总发生率(%)
观察组	2(4.00)	0	0	1(2.00)	6.00
对照组	0	2(4.00)	2(4.00)	1(2.00)	10.00

2.3 两组患者治疗前后血清炎症指标变化比较 两组患者治疗前 RF、ESR、CRP 水平差异无统计学意义（ $P>0.05$ ），两组患者治疗后 RF、CRP 水平均低于治疗前（ $P<0.05$ ），而 ESR 高于治疗前（ $P<0.05$ ），且观察组改善情况优于对照组（ $P<0.05$ ），见表 3。

表 3 两组患者治疗前后血清炎症指标变化比较($\bar{x} \pm s$ ， $n=50$)

组别	RF(IU/mL)		ESR(mm/h)		CRP(mg/L)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	189.34±54.04	55.84±28.89*	105.33±18.91	163.32±25.60*	24.33±5.03	9.11±1.84*
对照组	188.33±53.96	79.30±9.15*	105.84±19.02	138.82±24.32*	24.15±5.62	15.30±2.65*

注：与同组治疗前比较，* $P<0.05$

2.4 两组患者治疗前后血清免疫球蛋白含量变化比较 两组患者治疗前 IgM、IgG、IgA 水平差异无统计学意义 ($P>0.05$), 两组患者治疗后 IgM、IgG、IgA

水平低于治疗前 ($P<0.05$), 且观察组改善情况优于对照组 ($P<0.05$), 见表 4。

表 4 两组患者治疗前后血清免疫球蛋白变化情况 ($\bar{x}\pm s, g/L, n=50$)

组别	IgM		IgG		IgA	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	1.99±0.62	1.42±0.52 *	16.65±2.22	12.69±2.04 *	3.57±0.33	2.10±0.59 *
对照组	1.94±0.71	1.74±0.65 *	16.84±2.30	14.71±2.37 *	3.59±0.35	2.84±0.62 *

注: 与同组治疗前比较, * $P<0.05$

2.5 两组患者治疗前后量表评价指标变化比较 两组患者治疗前 VAS、DAS28 水平差异无统计学意义 ($P>0.05$), 两组患者治疗后 VAS、DAS28 水平低于治疗前 ($P<0.05$), 且观察组改善情况优于对照组 ($P<0.05$), 见表 5。

表 5 两组患者治疗前后量表评价指标变化情况 ($\bar{x}\pm s$, 分, $n=50$)

组别	VAS		DAS28	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	7.54±1.60	2.30±0.34 *	5.05±1.21	2.10±0.32 *
对照组	7.33±1.76	4.34±0.68 *	4.93±1.18	3.73±0.60 *

注: 与同组治疗前比较, * $P<0.05$

3 讨 论

我国传统医学将 RA 归于“顽痹”、“痹证-尪痹”、“历节病”等范畴,《黄帝内经》指出该疾病为风湿寒杂合成痹,而《金匱要略》则指出“经热则痹”,说明风湿湿邪或风湿热邪,均会导致经络气血痹阻,进而诱发疾病相关症状。湿热痹阻证 RA 患者作为临床较为常见类型,是因湿气、邪气入体,导致阳气减弱、气血不足等情况,病因主要为“闭”,则需采用“通”来治疗。因而,临床对湿热痹阻证 RA 患者治疗多为清热利湿、清热活血、清热解毒的药方为主。

宣痹汤、四妙汤加味均为临床 RA 常用中药方剂,其中宣痹汤具有清热解毒、利水消肿、缓解疼痛等效果,而四妙汤加味具有祛风除湿、活血化瘀等作用。本研究将上述 2 方合并加减,以期获得更佳的治疗效果。四妙汤合宣痹汤加减方解如下:薏苡仁清热利湿、健脾益胃,黄柏清热燥湿、利湿利胆、泻火除蒸,怀牛膝通经止痛、利水消肿、清热解毒,苍术燥湿健脾,祛风散寒,防己可化湿、祛风、消肿、止痛,羌活驱风解表、活血止痛、祛湿化痰,独活祛风胜湿、舒筋活络、通痹止痛,秦艽可散风除湿、兼透表邪而疏通经络,防风既能祛风寒而解表,又能祛风湿而止痛。诸药联合共奏舒经缓络、清热解毒之效。

现代药理学研究发现:薏苡仁中含有多种黄酮类物质,对炎症反应具有一定的调节作用,可用于治疗炎症相关的疾病^[7];黄柏具有明显的抗炎作用,

可以抑制炎症介质的释放和炎症反应的发生,其中含有丰富的黄柏碱等生物活性成分,则具有广谱的抗菌作用^[8];牛膝中的多种有效成分具有明显的抗炎作用,可以抑制炎症反应,其提取物还能调节和增强人体的免疫功能,提高机体的抵抗力,对治疗多种慢性炎症及自身免疫性疾病等有一定的疗效^[9];苍术可通过抑制一些特定的炎性细胞分泌细胞因子,从而减轻炎性疾病如类风湿性关节炎、变异型哮喘等的症状^[10];防己中的有效成分通过抑制或改善炎症过程中的细胞及生化事件,抑制体内多种炎症反应^[11];羌活中的多种成分具有明显的抗炎作用,可以抑制炎症反应、减轻组织炎症病变,而羌活中的羌活素等化合物则具有一定的抗菌作用^[12];独活可以舒筋活络,促进血液循环,对治疗类风湿性关节炎、肌肉疼痛等症状具有一定的疗效,其含有的多种化学成分还有抗炎、抗菌及免疫调节作用^[13];秦艽具有较强的抗炎抗菌作用,部分化学成分还能清除自由基、减轻氧化应激反应^[14];防风中的汉黄芩素可通过蛋白激酶 Ba 作用于磷脂酰肌醇 3 激酶-蛋白激酶 B 通路以调节骨关节炎^[15]。

本研究结果显示,RA 患者在使用四妙汤合宣痹汤加减辅助治疗后,能有效提高药物治疗效果,且未增加药物不良反应,这与刘培建等^[14]研究结果基本一致,因传统中医药与现代医学取长补短,有效地利用各自优势,传统医学还可通过发挥其调理功效,改善因西药引起的不良反应。本研究还发现,使用四妙汤合宣痹汤加减辅助治疗 RA 能有效改善患者血清 RF、ESR、CRP、IgG、IgA、IgM 含量,这可能于汤方中多种有效成分均有较好的抗炎作用密切相关,中药抗炎不同于化学药物,其成分来自天然植物、矿物和动物,药物通常在自然环境中生长或生存,对人体的生理功能和组织结构比较适应;同时药物配伍经过上千年的沉淀,使得中药药效成分形成相互协调、相互制约的综合体,进而产生协调、综合、高效的作用。当然,中草药制剂也存在一定弊端,即:治疗效果缓慢,但在治疗过程中可发挥更持续的治疗作用,故本研究将其作为辅助用药,将其与短效化学药物相结合,更大程度地利用两者间优势,进而获得更佳的治疗效果。本研究还发现,RA 患者使用四妙汤合宣痹汤加减能有效降低 VAS、DAS 28 评分,这与惠晓艳等^[15]研究结果基本一致,

和阳消癭汤联合优甲乐治疗脾气亏虚型桥本甲状腺炎疗效及对甲状腺激素、甲状腺自身抗体水平的影响*

李志坚¹, 海军², 赵卫华¹

(1. 西北工业大学医院康复骨外科, 陕西 西安 710072; 2. 陕西省人民医院肝胆外科, 陕西 西安 710068)

摘要: 目的: 观察和阳消癭汤联合优甲乐治疗脾气亏虚型桥本甲状腺炎的疗效及对甲状腺激素、甲状腺自身抗体水平的影响。方法: 选取 2020 年 5 月~2022 年 5 月期间于我院接受治疗的脾气亏虚型桥本甲状腺炎患者 114 例为研究对象, 按照随机数字表法分为观察组与对照组, 其中 57 例对照组患者给予优甲乐治疗, 57 例观察组患者在以上对照组基础上给予和阳消癭汤。比较两组治疗前后甲状腺激素 [游离三碘甲状腺原氨酸 (FT₃)、游离甲状腺素 (FT₄)、促甲状腺激素 (TSH)]、甲状腺自身抗体水平 [抗甲状腺球蛋白抗体 (TG-Ab)、甲状腺过氧化物酶抗体 (TPO-Ab)] 及中医证候积分的变化, 并对其疗效及安全性进行客观评价。结果: 治疗前两组各项指标比较无明显差异 ($P>0.05$), 治疗后 TG-Ab、TPO-Ab、TSH 及中医证候积分均降低 ($P<0.05$), FT₃、FT₄ 均升高 ($P<0.05$), 且治疗后观察组 TG-Ab、TPO-Ab、TSH、中医证候积分低于对照组 ($P<0.05$), FT₃、FT₄ 高于对照组, 差异有统计学意义 ($P<0.05$); 观察组总有效率为 91.23%, 明显高于对照组的 71.93% ($P<0.05$), 但两组不良事件发生率相比差异无统计学意义 ($P>0.05$)。结论: 和阳消癭汤联合优甲乐治疗脾气亏虚型桥本甲状腺炎, 与单纯优甲乐治疗相比, 在调节甲状腺激素、降低自身抗体水平、纠正临床症状上优势明显, 且疗效及安全性可靠。

* 基金项目: 陕西省重点研发计划项目一般项目-社会发展领域 (编号: 2022SF-117)。第一作者: 李志坚, 本科, 副主任医师, 研究方向: 骨外科常见病的康复、手术治疗, 肛肠疾病的综合治疗, 脑梗后遗症的康复治疗, 脑出血后遗症等康复治疗, E-mail: Li58319@163.com。

说明联合用药能有效缓解患者关节疼痛及关节活动情况。

综上所述, 四妙汤合宣痹汤加减辅助治疗 RA 能更大程度辅助甲氨蝶呤片发挥其治疗效果, 其不仅能有效缓解湿热痹阻证患者临床症状, 且不增加药物不良反应, 同时还能改善炎症指标及免疫功能, 进而降低患者疼痛和 DAS28 评分。

参考文献

- [1] 巩勋, 崔家康, 姜泉, 等. 1388 例类风湿关节炎患者中医证型与疾病活动度特征横断面调查 [J]. 中医杂志, 2021, 62 (4): 312-317.
- [2] 张博, 金玥, 薛斌. 散寒除痹汤对类风湿关节炎 (寒湿痹阻型) 患者 IL-17、ASM、GPx、RF 及免疫功能的影响 [J]. 中药材, 2021, 44 (4): 985-988.
- [3] 史潇, 宫晓峰. 逐瘀汤辅助治疗类风湿关节炎瘀血痹阻证 [J]. 辽宁中医杂志, 2022, 49 (5): 84-87.
- [4] 罗采南, 李正芳, 武丽君, 等. 类风湿关节炎不同分类标准的多中心临床比较 [J]. 北京大学学报 (医学版), 2020, 52 (5): 897-901.
- [5] 中华中医药学会风湿病分会. 类风湿关节炎病证结合诊疗指南 [J]. 中医杂志, 2018, 59 (20): 1794-1800.
- [6] 孙兵, 车晓明. 视觉模拟评分法 (VAS) [J]. 中华神经外科杂志, 2012, 28 (6): 645.
- [7] 李晓凯, 顾坤, 梁慕文, 等. 薏苡仁化学成分及药理作用研究进展 [J]. 中草药, 2020, 51 (21): 5645-5657.
- [8] 冯媛, 牛敏格, 张清清. 关黄柏化学成分与药理活性研究进展

[J]. 中国现代中药, 2021, 23 (8): 1486-1498.

- [9] 罗懿钊, 欧阳文, 唐代凤, 等. 牛膝中皂苷和甾酮类物质基础及药理活性研究进展 [J]. 中国现代中药, 2020, 22 (12): 2122-2136.
- [10] 王倩. 苍术化学成分药理作用研究进展 [J]. 生物化工, 2023, 9 (1): 158-162.
- [11] 杜佳蓉, 吴威, 史晨旭, 等. 防己本草考证与化学成分、药理作用研究进展 [J]. 辽宁中医药大学学报, 2022, 24 (5): 70-82.
- [12] 杨成美, 郭晋敏, 姚天明. 羌活的临床应用及药理活性研究进展 [J]. 实用中医内科杂志, 2022, 36 (4): 25-28.
- [13] 王琳玲, 孙晓静, 孙治中, 等. 基于网络药理学探析独活治疗强直性脊柱炎的作用机制 [J]. 中医学报, 2021, 36 (4): 845-852.
- [14] 彭美晨, 艾晓辉. 秦艽花化学成分、药理作用及其临床应用的研究进展 [J]. 中南药学, 2021, 19 (6): 1243-1249.
- [15] 钱浩, 王逸宁, 储非凡, 等. 基于网络药理学及生物信息学探讨防风治疗骨关节炎的物质基础及作用靶点研究 [J]. 中国药师, 2021, 24 (1): 16-26.
- [16] 刘培建, 李无阴, 郑旭霞, 等. 平乐筋骨痛膏外用联合西药口服治疗类风湿关节炎湿热痹阻证 72 例临床观察 [J]. 中医杂志, 2021, 62 (1): 57-60.
- [17] 惠晓艳, 张芳, 王晨, 等. 黄芪五藤汤联合甲氨蝶呤治疗类风湿关节炎气虚络阻证的临床疗效 [J]. 中华中医药杂志, 2022, 37 (8): 4877-4880.

(收稿日期 2023-09-20)