

半夏泻心汤合黄连温胆汤联合针刺治疗 脾胃湿热型浅表性胃炎临床研究^{*}

夏烨, 俞嵩

苏州市中医医院, 江苏 苏州 215009

摘要:目的:观察半夏泻心汤合黄连温胆汤联合针刺治疗脾胃湿热型浅表性胃炎的临床疗效。方法:将 70 例脾胃湿热型浅表性胃炎患者按照随机数字表法分为常规组和试验组,每组各 35 例。常规组给予常规针刺治疗,试验组给予半夏泻心汤合黄连温胆汤联合针刺治疗。比较两组患者治疗前后中医证候积分、肠屏障功能障碍预警指标[D-乳酸、肠脂肪酸结合蛋白(intestinal fatty acid binding protein, IFABP)、二胺氧化酶]、免疫功能指标(CD3⁺、CD4⁺、CD8⁺、CD4⁺/CD8⁺)、炎症因子水平[白细胞介素(interleukin, IL)-2、IL-6 及肿瘤坏死因子- α (tumor necrosis factor- α , TNF- α)]及生活质量评分变化情况。结果:两组患者治疗后中医证候积分、D-乳酸、IFABP 及二胺氧化酶均低于本组治疗前,且治疗后试验组低于常规组($P < 0.05$)。两组患者治疗后 CD3⁺、CD4⁺ 及 CD4⁺/CD8⁺ 低于本组治疗前,CD8⁺ 高于本组治疗前,且治疗后组间比较,差异具有统计学意义($P < 0.05$)。两组患者治疗后 IL-2、IL-6 及 TNF- α 水平低于本组治疗前,且治疗后试验组低于常规组($P < 0.05$)。两组患者治疗后心理功能、生理功能、活力、躯体功能、情感职能、社会功能、精神健康及总体健康等评分均高于本组治疗前,且治疗后试验组高于常规组($P < 0.05$)。结论:半夏泻心汤合黄连温胆汤联合针刺治疗脾胃湿热型浅表性胃炎,可改善患者的临床症状,促进肠屏障功能恢复正常,降低炎症因子水平,提高生活质量。

关键词:浅表性胃炎;胃痞;脾胃湿热证;针刺疗法;半夏泻心汤;黄连温胆汤;《伤寒论》;张仲景

DOI:10.16367/j.issn.1003-5028.2023.12.0363

中图分类号:R259.733.1 **文献标志码:**A **文章编号:**1003-5028(2023)12-1895-05

Clinical Study on the Treatment of Superficial Gastritis with Spleen-Stomach Dampness-Heat Syndrome with Pinellia Heart-Draining Decoction Combined with Coptis Gallbladder-Warming Decoction and Acupuncture

XIA Ye, YU Song

Suzhou Hospital of Traditional Chinese Medicine, Suzhou, Jiangsu, China, 215009

Abstract: Objective: To observe the clinical efficacy of Pinellia Heart-Draining Decoction combined with Coptis Gallbladder-Warming Decoction and acupuncture on superficial gastritis with spleen-stomach dampness-heat syndrome. Methods: A total of 70 patients with superficial gastritis with spleen-stomach dampness-heat syndrome were divided into the conventional group and the experimental group according to the random number table method, with 35 cases in each group. The conventional group was given conventional acupuncture treatment, while the experimental group was treated with Pinellia Heart-Draining Decoction combined with Coptis Gallbladder-Warming Decoction and acupuncture. The changes in TCM syndrome scores, intestinal barrier dysfunction early warning indexes [including D-lactic acid, intestinal fatty acid binding protein (IFABP), diamine oxidase], immune function indexes (including CD3⁺, CD4⁺, CD8⁺, CD4⁺/CD8⁺), inflammatory factor levels [including interleukin (IL)-2, IL-6 and tumor necrosis factor- α (TNF- α)] and quality of life scores of the two groups before and after treatment were compared. Results: Results: After treatment, the TCM syndrome scores, D-

^{*} 基金项目:江苏省中医药科技计划项目(LHGJ2020021)

lactic acid,I-FABP and diamine oxidase of the two groups were lower than those before treatment,and the experimental group's above indexes were lower than those of the conventional group ($P<0.05$);The $CD3^{+}$, $CD4^{+}$ and $CD4^{+}/CD8^{+}$ of the two groups were lower than those before treatment,while $CD8^{+}$ was higher than that before treatment,and all the differences between the two groups were statistically significant ($P<0.05$);The levels of IL-2,IL-6 and TNF- α in the two groups were lower than those before treatment,and the experimental group's above levels were lower than those of the experimental group ($P<0.05$);The scores of psychological function,physiological function,vitality,physical function,emotional function,social function,mental health and general health in the two groups were higher than those before treatment,and the experimental group's above indexes were higher than those of the experimental group ($P<0.05$). Conclusion:Pinellia Heart-Draining Decoction combined with Coptis Gallbladder-Warming Decoction and acupuncture on superficial gastritis with spleen-stomach dampness-heat syndrome in the treatment of superficial gastritis with spleen-stomach dampness-heat syndrome can improve the clinical symptoms of patients,promote the recovery of intestinal barrier function,reduce the level of inflammatory factors,and improve their quality of life.

Keywords:superficial gastritis; gastric stuffiness; spleen-stomach dampness-heat syndrome; acupuncture therapy; Pinellia Heart-Draining Decoction;Coptis Gallbladder-Warming Decoction;*Treatise on Cold Damage Diseases*;Zhang Zhongjing

浅表性胃炎属中医学“胃痞”“痞满”等范畴,是指以自觉心下痞塞,胸膈胀满,触之无形,按之柔软,压之无痛为主要症状的病证。痞满按发病部位可分为胸痞、心下痞等,心下痞即胃脘部。《兰室秘藏·中满腹胀》论述因虚生痞满:“或多食寒凉,及脾胃久虚之人,胃中寒则胀满,或脏寒生满病^[1-2]。”胃痞的病位在胃脘,基本病机是中焦气机不利,脾胃升降失宜。所以,治疗总以调理脾胃升降、行气除痞消满为基本原则^[3-4]。中医认为,湿热滞胃型浅表性胃炎的病机为湿热壅滞胃腑,阻滞气机。胃气郁遏,致胃脘痞满,胀闷不舒,按之濡软;湿性黏滞,滞于胃腑,阻滞气机,湿滞难化,而出现口黏腻,纳差食减;湿性重者,困脾则不能濡养四肢肌肉,而见头身沉重,肢软乏力;湿邪下注大肠则大便溏薄或排便不爽;化热则口干而臭,口渴喜冷;舌苔、脉象均为湿热之象^[5-6]。脾胃各为表里,互为阴阳,五行相生相克。针刺是将针具(通常指毫针)按照一定的角度刺入患者体内,运用捻转与提插等针刺手法来对人体特定穴位进行刺激,有着疏通经络、扶正祛邪、调和阴阳作用,从而达到治疗疾病的目的^[7-8]。笔者采用半夏泻心汤合黄连温胆汤联合针刺治疗脾胃湿热型浅表性胃炎,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2021 年 5 月至 2022 年 4 月苏州市中医医院收治的 70 例脾胃湿热型浅表性胃炎患者为研究对象,按照随机数字表法分为常规组和试验组,每组各 35 例。常规组男 23 例,女 12 例;年龄 32~76(45.08 ± 7.21)岁;病程 1~5(3.25 ± 0.78)年。试验组男 24 例,女 11 例;年龄 31~77(45.23 ± 7.18)岁;病程 1~6(3.78 ± 0.93)年。两

组患者一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准 参照《中国慢性胃炎共识意见》^[9],浅表性胃炎:黏膜可见红斑(点、片状、条状)、粗糙不平、出血点/斑;萎缩性胃炎:黏膜呈颗粒状,黏膜血管显露,色泽灰暗。

1.2.2 中医诊断标准 参照《慢性胃炎中医诊疗专家共识意见(2017)》^[10],胃脘痞满,胀闷不舒,按之濡软,兼见纳差食减,口干黏腻而臭,口渴喜冷,头身沉重,肢软乏力,大便溏薄,或排便不爽,舌质红赤,苔白黄而腻,脉濡数。

1.3 病例纳入标准 符合上述诊断标准;入组前 1 周内未服用过抗生素药物;对本次治疗方案无禁忌证。

1.4 病例排除标准 合并肝、肾、肺功能异常;合并免疫系统异常;均在抑郁症、情感障碍,无法配合随访者。

1.5 治疗方法 常规组给予常规针刺治疗,患者取仰卧位,取穴:主穴为中脘、关元、气海、下脘、天枢;配穴为梁门、期门、肝俞等,主穴均采用深刺法,配穴采用浅刺或梅花刺。腹部进针时避开毛孔、血管,施术要轻、缓。如针尖抵达预计的深度时,一般采用只捻转不提插或轻捻转、慢提插的手法,使腹腔内的大网膜有足够的时间游离,避开针体,以避免刺伤内脏,进针后 3 min 捻转 1 次,每日 1 次,每次 30 min,10 次为 1 个疗程。

试验组在常规组治疗的基础上联合半夏泻心汤合黄连温胆汤,药物组成:黄芩 9 g,炙甘草 6 g,干姜 9 g,半夏 12 g,大枣 4 枚,人参 9 g,黄连 5 g,竹茹 9 g,枳实 9 g,陈皮 6 g,茯苓 9 g,甘草 3 g。由苏州市中医医院中药房统一煎煮,每日 1 剂,每袋 250 mL,

早晚各1袋。

1.6 观察指标

1.6.1 中医证候积分 记录两组患者治疗前后胃脘胀满、纳差、呃逆、口苦等中医证候积分,分数与症状呈正比。

1.6.2 肠屏障功能障碍预警指标 检测两组患者治疗前后D-乳酸、肠脂肪酸结合蛋白(intestinal fatty acid binding protein,I-FABP)、二胺氧化酶。

1.6.3 免疫功能指标 检测两组患者治疗前后CD3⁺、CD4⁺、CD8⁺、CD4⁺/CD8⁺水平。

1.6.4 炎症因子水平 检测两组患者治疗前后白细胞介素(interleukin,IL)-2、IL-6及肿瘤坏死因子-α(tumor necrosis factor-α,TNF-α)。

1.6.5 生活质量评分 对两组患者治疗前后心理功能、生理功能、活力、躯体功能、情感职能、社会功能、精神健康及总体健康进行评分,分数与生活质量呈正比。

1.7 统计学方法 所有数据均输入SPSS 21.0软件进行统计分析和处理,计量资料结果以均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,组间比较采用t检验,计数资料采用 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组浅表性胃炎患者治疗前后中医证候积分比较 两组患者治疗后中医证候积分低于本组治疗前,且治疗后试验组低于常规组($P < 0.05$),见表1。

表1 两组浅表性胃炎患者治疗前后中医证候积分比较 ($\bar{x} \pm s$,分)						
组别	n	时间	胃脘胀满	纳差	呃逆	口苦
常规组	30	治疗前	4.23 ± 0.81	4.57 ± 0.61	4.56 ± 0.72	4.13 ± 0.63
	30	治疗后	2.77 ± 0.36 *	2.65 ± 0.25 *	1.87 ± 0.76 *	1.81 ± 0.62 *
试验组	30	治疗前	4.25 ± 0.76	4.52 ± 0.61	4.27 ± 0.66	4.75 ± 0.35
	30	治疗后	1.13 ± 0.26 *△	1.27 ± 0.36 *△	1.22 ± 0.36 *△	0.88 ± 0.30 *△

注:与本组治疗前比较,* $P < 0.05$;与常规组治疗后比较,△ $P < 0.05$ 。

2.2 两组浅表性胃炎患者治疗前后肠屏障功能障碍预警指标比较 两组患者治疗后D-乳酸、I-FABP及二胺氧化酶水平低于本组治疗前,且治疗后试验组低于常规组($P < 0.05$),见表2。

2.3 两组浅表性胃炎患者治疗前后免疫功能指标比较 两组患者治疗后CD3⁺、CD4⁺及CD4⁺/CD8⁺低于本组治疗前,CD8⁺高于本组治疗前,且治疗后组间比较,差异具有统计学意义($P < 0.05$),见表3。

表2 两组浅表性胃炎患者治疗前后肠屏障功能障碍预警指标比较 ($\bar{x} \pm s$)					
组别	n	时间	D-乳酸 (c/mmol·L ⁻¹)	I-FABP (ρ/μg·L ⁻¹)	二胺氧化酶 (ρ/mg·L ⁻¹)
常规组	30	治疗前	3.51 ± 1.22	62.76 ± 3.40	3.45 ± 1.18
	30	治疗后	2.08 ± 0.64 *	56.33 ± 3.56 *	2.12 ± 0.63 *
试验组	30	治疗前	3.44 ± 1.16	62.56 ± 3.21	3.57 ± 1.20
	30	治疗后	1.53 ± 0.56 *△	51.60 ± 3.56 *△	1.20 ± 0.51 *△

注:与本组治疗前比较,* $P < 0.05$;与常规组治疗后比较,△ $P < 0.05$ 。

表3 两组浅表性胃炎患者治疗前后免疫功能指标比较 ($\bar{x} \pm s$)						
组别	n	时间	CD3 ⁺ /%	CD4 ⁺ /%	CD8 ⁺ /%	CD4 ⁺ /CD8 ⁺
常规组	30	治疗前	35.18 ± 5.16	36.08 ± 5.16	26.62 ± 3.38	1.83 ± 1.08
	30	治疗后	32.65 ± 4.76 *	31.88 ± 4.35 *	28.67 ± 4.02 *	1.51 ± 0.79 *
试验组	30	治疗前	36.57 ± 5.33	36.21 ± 5.72	26.51 ± 3.37	1.72 ± 0.69
	30	治疗后	23.11 ± 4.40 *△	23.20 ± 4.68 *△	31.67 ± 4.36 *△	0.86 ± 0.32 *△

注:与本组治疗前比较,* $P < 0.05$;与常规组治疗后比较,△ $P < 0.05$ 。

2.4 两组浅表性胃炎患者治疗前后炎症因子水平比较 两组患者治疗后IL-2、IL-6及TNF-α水平低于本组治疗前,且治疗后试验组低于常规组($P < 0.05$),见表4。

2.5 两组浅表性胃炎患者治疗前后生活质量评分比较 两组患者治疗后心理功能、生理功能、活力、躯体功能、情感职能、社会功能、精神健康及总体健康等评分均高于本组治疗前,且治疗后试验组高于常规组($P < 0.05$),见表5。

表4 两组浅表性胃炎患者治疗前后炎症因子水平比较 ($\bar{x} \pm s$,ng·L ⁻¹)					
组别	n	时间	IL-2	IL-6	TNF-α
常规组	30	治疗前	41.35 ± 6.31	12.32 ± 2.12	143.10 ± 19.66
	30	治疗后	31.42 ± 5.13 *	9.33 ± 1.56 *	85.87 ± 9.51 *
试验组	30	治疗前	41.36 ± 6.23	12.06 ± 2.23	143.43 ± 21.13
	30	治疗后	23.55 ± 4.27 *△	7.26 ± 1.31 *△	71.06 ± 7.33 *△

注:与本组治疗前比较,* $P < 0.05$;与常规组治疗后比较,△ $P < 0.05$ 。

表 5 两组浅表性胃炎患者治疗前后生活质量评分比较 (x̄±s,分)

组别	n	时间	心理功能	生理功能	活力	躯体功能	情感职能	社会功能	精神健康	总体健康
常规组	30	治疗前	52.31±3.55	51.65±2.88	52.02±3.76	50.31±4.91	60.73±10.37	63.25±10.25	63.75±10.15	60.43±10.75
	30	治疗后	62.08±5.50*	67.32±3.69*	63.28±7.58*	61.17±3.58*	73.85±11.42*	76.21±11.33*	79.02±10.16*	78.80±12.02*
试验组	30	治疗前	52.07±3.92	54.23±2.53	52.06±3.94	50.89±4.87	60.46±10.34	63.31±10.18	63.76±10.13	60.46±10.33
	30	治疗后	75.21±7.96*△	77.72±5.49*△	81.01±8.77*△	76.83±3.96*△	89.05±12.45*△	95.22±12.13*△	95.32±12.17*△	96.05±13.45*△

注:与本组治疗前比较,*P<0.05;与常规组治疗后比较,△P<0.05。

3 讨论

脾胃同居中焦,脾主升清,胃主降浊,共司水谷的纳运和吸收,清升浊降,纳运如常,则胃气调畅。若因表邪内陷入里,饮食不节,痰湿阻滞,情志失调,或脾胃虚弱等各种原因导致脾胃损伤,升降失司,胃气壅塞,即可发生痞满^[11-12]。主要表现为按之柔软,压之不痛,常伴有胸膈满闷,饮食减少,得食则胀,暖气稍舒,大便不调,消瘦等。暴饮暴食,恣食生冷粗硬,嗜饮浓茶烈酒,过食辛辣等饮食因素及情志、起居、冷暖失调等诱因皆可加重本病的病情^[13-15]。浅表性胃炎多为慢性起病,时轻时重,反复发作,缠绵难愈。脾胃湿热型浅表性胃炎致肠胃功能失调,升清降浊与传化失常,暖气、泛恶、脘腹胀满、苔黄而腻皆为脾胃湿热、气机不利实证之象。临床多以清化运滞、和中调治为治疗大法,切不能急用温补之法。

中医治疗胃病,有调理和治疗的双层作用,根据不同证候而辨证论治,采用健脾益气、和胃清肝、活血化瘀、滋养胃阴、收敛制酸等方法^[16],达到抑制胃酸分泌、解痉、消炎、促进溃疡愈合等目的^[17-18]。半夏泻心汤中黄芩清热燥湿、泻火解毒;炙甘草润肺止咳、缓急止痛;干姜调理脾胃、祛风除湿;半夏镇咳祛痰、降逆止呕;大枣补益脾胃、益气生津;人参大补元气、健脾益肺。黄连温胆汤中黄连清热除湿、泻火解毒;竹茹清热化痰、除烦止呕;枳实破气消积、止咳化痰;陈皮健脾开胃、燥湿化痰;茯苓健脾和胃、养心安神;生姜温中止呕、化痰止咳。诸药相合,共奏清热燥湿、健脾和胃之功。

针刺疗法是根据中医理论,采用毫针对人体俞穴进行直接刺激的一种外治法,对增强身体机能、调和阴阳、防病治病有着重要作用^[19]。本研究取穴主穴为中脘、关元、气海、下脘、天枢等。胃为六腑之中心,以通降为顺,中脘穴具有健脾和胃、化湿降逆的作用;关元具有回阳固脱,温经散寒之效;气海穴偏重于补气;下脘健脾和胃、消积导滞;天枢具有疏调

大肠,调中和胃,理气健脾,扶土化湿之功^[20-24]。配穴为梁门、期门、肝俞。梁门属足阳明胃经,主要治疗脾胃失调而导致的脾胃病;期门具有和胃止痛之功效,主要治疗呕吐、呃逆等消化系统疾病;肝俞主治胁痛、胃痛等病症。

本研究结果显示,两组患者治疗后中医证候积分、D-乳酸、I-FABP及二胺氧化酶均低于本组治疗前,且治疗后试验组低于常规组(P<0.05)。说明半夏泻心汤合黄连温胆汤联合针刺疗法可改善患者的临床症状及肠屏障功能。两组患者治疗后CD3⁺、CD4⁺及CD4⁺/CD8⁺低于本组治疗前,CD8⁺高于本组治疗前,且治疗后组间比较,差异具有统计学意义(P<0.05)。说明治疗后,试验组免疫功能得到明显提高。两组患者治疗后心理功能、生理功能、活力、躯体功能、情感职能、社会功能、精神健康及总体健康等评分均高于本组治疗前,且治疗后试验组高于常规组(P<0.05)。证实半夏泻心汤合黄连温胆汤联合针刺疗法对患者心理功能、生理功能、活力、躯体功能、情感职能、社会功能、精神健康等方面有改善作用,从而进一步提高患者的生活质量。

综上,半夏泻心汤合黄连温胆汤联合针刺治疗脾胃湿热型浅表性胃炎,可改善患者临床症状,促进肠屏障功能恢复正常,降低炎性因子水平,提高生活质量。

参考文献:

[1] 刘新,刘丽梅,张骞.半夏泻心汤加减与西药治疗脾胃湿热型慢性萎缩性胃炎患者的临床效果研究[J].养生保健指南,2020,19(2):252.

[2] 范思雨,陈贞.半夏泻心汤合小柴胡汤加减治疗脾胃湿热型慢性萎缩性胃炎的疗效观察[J].山西卫生健康职业学院学报,2022,32(1):90-92.

[3] 肖正,段永强,王斑,等.王道坤教授从脾胃虚寒探讨慢性萎缩性胃炎发生机制及验案介绍[J].中医临床研究,2022,14(14):66-68.

[4] 骆晓佩.半夏泻心汤加减治疗慢性萎缩性胃炎脾胃湿热型临床观察[J].实用中医药杂志,2022,38(3):

389 – 391.

[5] 干晓花,袁成业. 健脾清热化湿汤对脾胃湿热型慢性萎缩性胃炎患者中医症候积分、萎缩评分及 PG I、PG II 的影响[J]. 四川中医,2021,39(12):109 – 112.

[6] 费晓冬,彭磊. 半夏泄心汤加减治疗脾胃湿热型慢性萎缩性胃炎患者的临床效果观察[J]. 中国现代药物应用,2021,15(24):224 – 226.

[7] 魏家,朱春龙. 胃炎方对脾胃湿热型慢性萎缩性胃炎的疗效及对患者 IFN – β 、自由基的影响[J]. 四川中医,2020,38(3):116 – 119.

[8] 吴绵勇,郁银娟. 清热祛湿方加减联合西药治疗脾胃湿热型慢性萎缩性胃炎伴肠上皮化生临床研究[J]. 新中医,2020,52(8):69 – 72.

[9] 房静远,刘文忠,李兆申,等. 中国慢性胃炎共识意见[J]. 现代消化及介入诊疗,2013,18(2):119 – 128.

[10] 中华中医药学会脾胃病分会,张声生,唐旭东. 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.

[11] 王学超,刘冲,严光俊. 严光俊教授诊治慢性萎缩性胃炎药对拾撷[J]. 光明中医,2023,38(12):2287 – 2290.

[12] 周增丽,朱雅碧,王立明,等. 金胃泰胶囊联合三联疗法治疗慢性浅表性胃炎临床研究[J]. 新中医,2023,55(8):74 – 77.

[13] 王亚楠,袁莉,汪莉,等. 慢性萎缩性胃炎与浅表性胃炎患者舌象特点及其微生物群落结构分析[J]. 中国中医药信息杂志,2022,29(10):116 – 123.

[14] 曹元媛,徐春风. 中医经典名方治疗慢性萎缩性胃炎的研究[J]. 中药材,2022,45(4):1015 – 1018.

[15] 海兴华,王晓宇,刘芳,等. 中医药治疗慢性浅表性胃炎的研究进展[J]. 中国处方药,2021,19(10):22 – 26.

[16] 万鑫梦. 辛开苦降中药汤剂对慢性浅表性胃炎患者的意义研究[J]. 中国实用医药,2023,18(11):134 – 136.

[17] 王学超,刘冲,严光俊. 严光俊教授诊治慢性萎缩性胃炎药对拾撷[J]. 光明中医,2023,38(12):2287 – 2290.

[18] 张丽文,常学辉,王志峰,等. 主客原络配穴法针刺治疗慢性浅表性胃炎疗效观察[J]. 上海针灸杂志,2021,40(10):1197 – 1202.

[19] 武琛,姬旭,谭海成,等. 香砂养胃汤加减结合针刺疗法治疗脾胃虚弱型慢性浅表性胃炎临床疗效及安全性研究[J]. 辽宁中医杂志,2021,48(8):164 – 167.

[20] 蒋曼君,曹传东,唐丽华,等. 针刺背俞穴配合穴位埋线治疗脾胃气虚型慢性浅表性胃炎的疗效及安全性研究[J]. 针灸临床杂志,2021,37(4):12 – 16.

[21] 李甲民,滕晶. 浅议中医五神与经络[J]. 中医杂志,2018,59(15):1348 – 1350.

[22] 林驰,郑美凤,黄涛,等. “循经感传”的源流考证[J]. 中华中医药杂志,2017,32(12):5435 – 5438.

[23] 刘贺,金春玉,王磊,等. 腧穴的针刺感应敏感度与 SEP 之间的关联[J]. 辽宁中医杂志,2016,43(6):1128 – 1131.

[24] 朱现民,侯静玥. 巨针刺法及现代临证应用[J]. 河北中医,2011,33(5):740 – 741.

收稿日期:2023 – 07 – 23

作者简介:夏烨(1986 –),女,江苏苏州人,医学学士,主治中医师。

通信作者:俞嵩,E – mail:271421317@qq.com

(编辑:倪婷婷)

• 1899 •