

胃经,上巨虚为大肠之下合穴,治疗大肠病证为主,具有理气和胃、消化滞的作用。下巨虚为小肠的下合穴,具有调理肠胃、疏通乳络的作用,中医有“和治内腑”之说。此两穴可调和肠胃、通经活络。

本研究结果显示,联合组通过通补法行中医治疗后,相对于对照组和中药汤剂组,术后恶心呕吐发生例数更少,术后首次肛门排气时间、术后首次排便时间、肠鸣音恢复时间更短,术后恶心呕吐程度和腹胀程度更轻。

综上所述,采用通补法理论指导下的中医综合治疗对腹腔镜术后胃肠功能恢复中作用显著,可以减轻患者临床症状,提高患者术后生活质量,值得推广应用。

#### 参考文献

- [1] 吕辉,曾广希,涂福梅,等. 子午流注联合耳穴贴压在腹腔镜胆囊切除术后胃肠功能恢复中的护理效果[J]. 现代养生, 2023, 23(2): 114-116.
- [2] 裴雅芳. 早期饮食指导对促进老年腹腔镜胆囊切除术后胃肠功能恢复的效果[J]. 河南外科学杂志, 2021, 27(5): 120-122.
- [3] 宣莹莹,罗瑞林,徐茂奇,等. 针刺对腹腔镜胆囊切除术后患者胃

肠功能恢复的影响[J]. 河南中医, 2022, 42(8): 1261-1264.

- [4] 潘晓维,穆兴浪,植俊华. 穴位按摩联合电针促进腹腔镜下胆囊切除术后胃肠功能恢复临床观察[J]. 实用中医药杂志, 2021, 37(10): 1751-1752.
- [5] 冯霖,董维福,卫宏磊,等. 中药穴位贴敷对腹腔镜术后患者胃肠功能恢复的影响[J]. 基层中医药, 2023, 2(1): 82-86.
- [6] 梁婉红,黄惠香,黄芳,等. 专科护理质量指标监测在提高胃肠外科术后胃肠功能恢复中的应用[J]. 护理实践与研究, 2020, 17(17): 95-97.
- [7] 张丽,石广珠. 揸针疗法联合中药穴位贴敷缓解肿瘤患者化疗后胃肠道反应的护理干预[J]. 实用临床护理学电子杂志, 2020, 5(17): 85-86.
- [8] 叶佳杰. 针灸联合不同穴位按摩在腹腔镜胆囊切除术后老年患者中的应用效果及对胃肠功能的影响[J]. 中国医学创新, 2021, 18(24): 81-84.
- [9] 张婷婷,詹雅婷,孙慧君,等. 不同穴位按摩对老年患者腹腔镜胆囊切除术后胃肠功能影响[J]. 老年医学与保健, 2021, 27(1): 81-84, 89.
- [10] 卢杏婷,刘球莲,陈彪. 足三里穴位注射联合中医护理对结肠直肠癌手术患者术后胃肠功能恢复的影响[J]. 特别健康, 2021, (15): 31-33.

(编辑:谭雯 收稿日期:2023-05-12)

## 紫草膏联合丁酸氢化可的松膏和夫西地酸乳膏治疗肛周湿疹 50 例

陈丽 马明 陆红梅

**摘要:**目的 探讨紫草膏联合丁酸氢化可的松膏和夫西地酸乳膏治疗对肛周湿疹患者症状、负性情绪评分及复发率的影响。方法 选取北京市肛肠医院皮肤科 2020 年 1 月—2022 年 1 月门诊收治的 100 例肛周湿疹患者,采用随机数字表法,分成对照组与观察组,各 50 例。对照组外用丁酸氢化可的松膏和夫西地酸乳膏治疗 2 周,观察组在对照组基础上外用紫草膏治疗,比较 2 组患者负性情绪评分与复发率。结果 观察组治疗后焦虑自评量表(SAS)与抑郁自评量表(SDS)评分低于对照组( $P < 0.05$ );观察组治疗后肛周瘙痒、红斑、脱屑与皮损面积评分低于对照组( $P < 0.05$ );观察组复发率低于对照组( $P < 0.05$ )。结论 紫草膏联合丁酸氢化可的松膏和夫西地酸乳膏外用治疗肛周湿疹,可使患者疾病症状得到有效缓解,减轻患者负性情绪,降低疾病复发率。

**关键词:** 肛周湿疹; 丁酸氢化可的松膏; 夫西地酸乳膏; 紫草膏; 负性情绪

doi: 10.3969/j.issn.1003-8914.2024.04.004 文章编号: 1003-8914(2024)04-0641-04

肛周湿疹属于皮肤科的常见病与多发病,不具备传染性,任何年龄都可发病,无性别差异。该病以肛周瘙痒为主要表现,夜间明显,皮疹主要发生于肛周,严重者可向臀部、会阴与阴蒂蔓延,出现红斑、脱屑、丘疹、丘疱疹、糜烂渗出、结痂或苔藓化斑块等症<sup>[1]</sup>,病情易反复发作。该病皮疹多发于较隐私部位,影响

患者正常生活和工作,夜间反复瘙痒影响患者睡眠,极易导致患者出现焦虑、抑郁等负性情绪。西医治疗肛周湿疹主要采用糖皮质激素和抗菌药膏进行局部涂抹,糖皮质激素具有抗炎、止痒和抗过敏等多种效果,是目前治疗湿疹的一线药物,常根据皮损部位和皮损程度选择不同强度药物,但长期应用容易出现许多不良反应。联合抗菌药膏,可以治疗湿疹继发感染。丁酸氢化可的松膏和夫西地酸乳膏均为常用的治疗肛周湿疹药物,可发挥抗菌消炎的作用<sup>[2]</sup>。丁酸氢化可的

作者单位:北京市肛肠医院/北京市二龙路医院皮肤科(北京 100120)

通信方式: E-mail: chenlibmc@163.com

松是弱效激素 适用于肛周比较薄嫩部位。紫草是一种常见中药,常应用于中医外科,多制成油剂或膏剂使用。《神农本草经》中记载紫草味甘、咸,性寒,归心、肝经,主要功效为凉血活血、透疹、清热解毒。临床上多用于治疗斑疹、麻疹、紫癜等血热、血毒型疾病。唐代《药性论》紫草“能治恶疮,痈癬”。《本草纲目》曰:“治斑疹痘毒,活血凉血,利大肠”。《疡医大全》中用紫草“治小儿胎毒,疥癬,两眉生疮,或延及遍身瘙痒,或脓水淋漓,经年不愈”。中医皮肤科在临床研究中对于紫草的应用又有新拓展,紫草可用于治疗烧烫伤、银屑病、尿布皮炎、湿疹皮炎、病毒性和细菌感染等疾病。由于中医皮肤科逐渐发展,很多医院将紫草制成院内制剂,比如玉红膏、紫归膏等<sup>[3]</sup>,在制作过程中进一步优化成分并减少药物的毒性。常用的紫草洗方<sup>[4]</sup>(紫草配伍茜草、赤芍、红花等)主治肝斑黧黑、黑皮病、面部色素沉着、结节性红斑、静脉曲张等。在《赵炳南临床经验集》中可以看到紫草茸油用于治疗下肢红斑结节类疾病、淋巴腺早期炎症、皮肤瘀斑瘀块<sup>[5]</sup>。药理学研究发现,紫草有抗菌、抗炎、镇静、免疫调节以及促进伤口愈合等作用,紫草油可明显抑制肿瘤坏死因子- $\alpha$ 活性和肥大细胞的脱颗粒,减少组胺释放达到抗炎效果<sup>[6]</sup>。章莉等<sup>[7]</sup>在给湿疹模型小鼠使用紫草油外涂的实验中,发现紫草油可以通过抑制湿疹小鼠血清中的炎症细胞因子白细胞介素-2和肿瘤坏死因子- $\alpha$ 的表达,治疗红斑、渗出等症状。徐克菲等<sup>[8]</sup>研究发现,复方紫草油有多个靶点和多条信号通路,利用这些靶点及信号通路可增强免疫和抗炎。紫草在皮肤修复方面作用特别明显,刺激性小,对屏障受损的皮肤友好。紫草对金黄色葡萄球菌、大肠杆菌、各种病毒和真菌也有抑制作用。紫草的主要有效成分集中在其脂溶性成分紫草素和 $\beta$ 、 $\beta'$ -二甲基丙烯酰紫草素上<sup>[9]</sup>,萘醌类以紫草素为主。据研究表明,紫草素具有免疫调节、抗炎等作用,可发挥解毒透疹消斑的功效<sup>[10]</sup>。赖茹等<sup>[11]</sup>研究发现,将紫草制成油剂外用治疗肛周皮炎,可抗炎、减轻疼痛、降低皮肤损伤程度,同时在皮肤表面形成保护膜,可隔离大小便对肛周皮肤的刺激。本研究选取北京市肛肠医院皮肤科门诊收治的肛周湿疹患者 100 例,探讨紫草膏联合丁酸氢化可的松膏和夫西地酸乳膏治疗肛周湿疹,对患者 SAS、SDS 评分以及 3 个月复发率的影响,为降低肛周湿疹复发率提供治疗思路,报道如下。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选取 2020 年 1 月—2022 年 1 月北京市肛肠医院皮肤科门诊收治的肛周湿疹患者 100 例,采用随机数字表法分为对照组与观察组,各 50 例。对照组:男 23 例,女 27 例;年龄 20~55 岁,平均(38.56 $\pm$ 4.28)岁;病程 0.5~2.2 年,平均(1.15 $\pm$ 0.35)年。观察组:男 24 例,女 26 例,年龄 18~58 岁,平均(38.90 $\pm$ 4.52)岁;病程 0.5~2.1 年,平均(1.18 $\pm$ 0.30)年。2 组患者年龄、性别和病程比较,差异无统计学意义( $P>0.05$ )。

**1.2 纳入与排除标准** 纳入标准:符合肛周湿疹诊断标准<sup>[12]</sup>;对研究内容知情同意。排除标准:肛周皮肤发生化脓性感染者;入组前 1 个月内接受体内糖皮质激素药物和抗组胺药治疗者;使用研究用药过敏者;合并有心脑血管、肝肾功能异常、糖尿病等严重系统疾病者。

**1.3 研究方法** 对照组先用丁酸氢化可的松膏(天津金耀药业有限公司,国药准字 H10940095,0.1% 10 g:10 mg)外涂,半小时后再涂夫西地酸乳膏(澳美制药,注册证号:HC20150043,2% 15 g:0.3 g),均为外用,在肛周皮损处涂抹,并对局部开展轻揉按摩,每日 2 次,连续用药 14 d。观察组在使用与对照组相同用药 14 d 后,单用紫草膏(北京市二龙路医院自制剂,京药制字:Z20063380,20 g)治疗,取适量紫草膏涂抹于肛周皮损处,并轻柔按摩,每天 2 次,连续用药 14 d。

**1.4 观察指标** ①2 组治疗前后负性情绪评分,包括焦虑自评量表(SAS)与抑郁自评量表(SDS)评分,各包括 20 个条目,临界分值为 53/50 分,评分越高则焦虑、抑郁情绪越严重<sup>[13]</sup>。②2 组治疗前后肛周湿疹症状评分,参照《湿疹(湿疮)中医诊疗专家共识》<sup>[14]</sup>进行疗效评定。痊愈:患者皮损完全消退,瘙痒症状消失,疗效指数 $\geq 95\%$ ;显效:皮损消退,无渗液,瘙痒明显减轻或 $70\% \leq$ 疗效指数 $< 95\%$ ;有效:皮损有所消退,瘙痒减轻或 $30\% \leq$ 疗效指数 $< 70\%$ ;无效:未满足以上标准。③开展 3 个月随访,记录患者复发率。

**1.5 统计学方法** 采用 SPSS 23.0 软件分析数据。计量资料用( $\bar{x} \pm s$ )表示,组间比较用独立样本  $t$  检验;计数资料用率(%)表示,行 $\chi^2$ 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

## 2 结果

**2.1 2 组患者负性情绪评分比较** 治疗前 2 组患者 SAS 与 SDS 评分差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ ); 治疗后, 观察组 SAS 与 SDS 评分低于对照组, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。见表 1。

**2.2 2 组患者症状评分比较** 治疗前 2 组患者肛周瘙痒、红斑、脱屑与皮损面积评分差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ ); 治疗后, 观察组肛周瘙痒、红斑、脱屑与皮损面积评分低于对照组, 差异有统计学意义 ( $P <$

0.05)。见表 2。

表 1 2 组患者负性情绪评分比较 (分  $\bar{x} \pm s$ )

| 组别         | 例数 | SAS 评分       |                            | SDS 评分       |                            |
|------------|----|--------------|----------------------------|--------------|----------------------------|
|            |    | 治疗前          | 治疗后                        | 治疗前          | 治疗后                        |
| 对照组        | 50 | 56.89 ± 5.14 | 52.36 ± 6.87 <sup>1)</sup> | 58.63 ± 6.17 | 54.95 ± 6.32 <sup>1)</sup> |
| 观察组        | 50 | 57.10 ± 5.86 | 45.63 ± 7.71 <sup>1)</sup> | 58.22 ± 7.49 | 47.14 ± 5.82 <sup>1)</sup> |
| <i>t</i> 值 |    | 0.191        | 4.608                      | 0.299        | 6.428                      |
| <i>P</i> 值 |    | 0.849        | 0.001                      | 0.766        | 0.001                      |

注: 与治疗前相比, <sup>1)</sup>  $P < 0.05$ 。

表 2 2 组患者症状评分比较 (分  $\bar{x} \pm s$ )

| 组别         | 例数 | 肛周瘙痒        |                           | 红斑          |                           | 脱屑          |                           | 皮损面积        |                           |
|------------|----|-------------|---------------------------|-------------|---------------------------|-------------|---------------------------|-------------|---------------------------|
|            |    | 治疗前         | 治疗后                       | 治疗前         | 治疗后                       | 治疗前         | 治疗后                       | 治疗前         | 治疗后                       |
| 对照组        | 50 | 2.00 ± 0.42 | 1.65 ± 0.26 <sup>1)</sup> | 1.95 ± 0.35 | 1.58 ± 0.37 <sup>1)</sup> | 2.15 ± 0.44 | 1.88 ± 0.25 <sup>1)</sup> | 2.52 ± 0.26 | 1.90 ± 0.62 <sup>1)</sup> |
| 观察组        | 50 | 2.02 ± 0.38 | 1.10 ± 0.22 <sup>1)</sup> | 1.94 ± 0.33 | 1.01 ± 0.30 <sup>1)</sup> | 2.18 ± 0.45 | 1.22 ± 0.23 <sup>1)</sup> | 2.50 ± 0.30 | 1.60 ± 0.43 <sup>1)</sup> |
| <i>t</i> 值 |    | 0.250       | 11.419                    | 0.147       | 8.461                     | 0.337       | 13.738                    | 0.356       | 2.811                     |
| <i>P</i> 值 |    | 0.803       | 0.001                     | 0.883       | 0.001                     | 0.737       | 0.001                     | 0.722       | 0.006                     |

注: 与治疗前相比, <sup>1)</sup>  $P < 0.05$ 。

**2.3 2 组患者复发率比较** 对照组复发 12 例, 观察组复发 4 例, 观察组复发率低于对照组, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。

## 3 讨论

肛周湿疹是一种迟发型变态反应性疾病, 由多种因素诱发的变态反应, 机体接触外部的变应原后, 作用于肥大细胞, 释放炎症因子, 引起炎症发生, 肛周局部皮肤出现红斑、丘疹等皮疹, 出现瘙痒等自觉症状。湿疹合并细菌感染时会使皮疹症状加重, 范围更广。肛周湿疹在临床上根据皮疹类型分为急性、亚急性和慢性。急性期皮疹主要表现为水肿性红斑、丘疹和水疱, 糜烂渗出明显, 瘙痒剧烈, 部分患者伴有刺痛; 亚急性期皮疹时间出现较长, 皮疹主要表现为暗红斑、脱屑、水疱减少、渗出减少等, 仍有明显瘙痒; 慢性期是急性期皮疹长时间未好, 转为慢性表现, 可见肛周皮肤变厚、苔藓化斑块、皲裂, 部分伴有色素减退或沉着, 瘙痒剧烈, 反复发作, 病程较长, 迁延不愈。对于急性期伴皮损渗出的患者, 系统或局部应用抗生素能明显缓解症状<sup>[15]</sup>。金黄色葡萄球菌是肛周湿疹最常见的致病菌之一, 有研究发现, 金黄色葡萄球菌的定植与湿疹严重程度有关, 中、重度湿疹中, 金黄色葡萄球菌的检出率几乎为 100%<sup>[16]</sup>。肛周皮肤有大量神经末梢纤维和感受器, 周围环境改变会让肛周皮肤感觉改变, 会让患者肛周部位瘙痒等不适症状加重, 导致患者出现烦躁

不安的情绪, 从而对患者的工作生活产生影响。中医将肛周湿疹称作“血风疮”, 主要致病原因是风、湿、热邪留滞肌肤, 或饮食伤脾、脾为湿困、运化失司, 或血虚生风化燥, 导致肌肤未能得到有效的滋养<sup>[17]</sup>。目前临床上中医疗法有中药坐浴、外洗及药膏外用等, 西医多采用糖皮质激素和抑菌药膏等外用或局部封闭, 虽然都有疗效, 但短期内容易复发<sup>[18]</sup>。

**3.1 改善负性情绪** 本研究中, 治疗后, 观察组 SAS 与 SDS 评分低于对照组, 表明观察组焦虑情绪明显得到改善, 提示在丁酸氢化可的松膏和夫西地酸乳膏基础上辅以紫草膏治疗, 可使肛周湿疹患者的负性情绪得到有效缓解。有研究报道称, 紫草膏治疗组的 SAS 评分、SDS 评分均低于夫西地酸乳膏组, 其原因可能是在丁酸氢化可的松膏和夫西地酸乳膏的基础上加用紫草膏, 患者的症状得到有效缓解, 使患者的负性情绪得到有效改善<sup>[19]</sup>。

**3.2 缓解肛周湿疹症状** 本研究中, 观察组在 2 周后继续使用紫草膏外涂治疗, 肛周瘙痒、红斑、脱屑与皮损面积评分低于对照组。经 2 周糖皮质激素和抑菌药膏外涂治疗后, 大部分皮损恢复, 肛周皮肤表面菌群也暂时达到动态平衡, 但皮肤屏障并未完全恢复。如果马上停药, 肛周菌群环境很快会被破坏, 肛周湿疹可能会复发, 频繁反复会给患者生活和工作带来很大困扰。如果想继续抑制病原微生物对还

未完全修复好的皮肤屏障的损伤,就得继续使用激素和抗菌药,但长时间使用,不良反应也会相应增加,此时改用紫草膏,安全性较高,而不良反应较轻。现代药理研究报道称,紫草可发挥抗菌、抗病毒作用,同时对于过敏反应可发挥抑制功效<sup>[20]</sup>。紫草膏涂抹于病变组织后,可发挥凉血活血、清热解毒的功效,应用在丁酸氢化可的松膏和夫西地酸乳膏治疗 2 周后的基础上,使肛周湿疹患者皮肤瘙痒、皮损、红斑等症状得到进一步缓解<sup>[21]</sup>。

**3.3 降低肛周湿疹复发率** 本研究中,观察组复发率低于对照组,表明在湿疹皮损刚恢复阶段单独使用紫草膏可进一步减少肛周湿疹复发,同时减轻糖皮质激素和抗菌药膏长期使用的危害。紫草膏可以起到屏障保护膜的作用,隔绝细菌,同时也可以抑制细菌。紫草膏能够降低炎症因子表达,抑制皮肤炎症反应,减少对皮肤的损伤;紫草膏可提高皮肤屏障相关蛋白的水平,修复肛周皮肤的屏障,对防止肛周湿疹复发起到很大的作用。

#### 4 结论

综上所述,紫草膏联合丁酸氢化可的松膏和夫西地酸乳膏治疗肛周湿疹,可使患者疾病症状得到有效缓解,减轻患者负性情绪,降低疾病复发率。本研究不足之处研究时间较短,未做长时间随访,因此有待后续长时间随访,进一步探究。

#### 参考文献

- [1] 徐海霞,赵长胜,张妍,等. 自血穴位注射联合蛇床子汤坐浴治疗慢性肛周湿疹疗效观察[J]. 上海针灸杂志, 2021, 40(1): 77-81.
- [2] 殷克,孙哲,董毅. 紫草三黄膏联合外用复方多黏菌素 B 软膏治疗肛肠术后疼痛临床研究[J]. 辽宁中医药大学学报, 2019, 21(2): 192-194.
- [3] 刘礼斌,曾蔚欣,孙路路. 紫色消肿膏的质量标准研究[J]. 北京中医药, 2014, 33(11): 872-874.
- [4] 李冠汝,孙丽蕴,王萍. 燕京赵氏学术流派中医外治临方调配应用分析[J]. 北京中医药, 2019, 38(10): 950-953.
- [5] 苏婕,郑立红,徐佳,等. 赵炳南外治方药应用特点分析[J]. 北京中医药, 2019, 38(10): 947-949.
- [6] ALI ESMAIL AL-SNAFI. Chemical constituents and pharmacological

effects of lithospermum officinale[J]. IOSR J Pharm, 2019, 9(8): 12-21.

- [7] 章莉,高宜云,顾科峰,等. 复方紫草油对湿疹模型小鼠血清 IL-2、TNF- $\alpha$  水平的影响[J]. 浙江中西医结合杂志, 2016, 26(9): 798-800.
- [8] 徐克菲,任雪雯,李元文,等. 基于网络药理学研究探索复方紫草油治疗肛周湿疹的作用机制[J]. 世界中医药, 2020, 15(20): 3014-3019.
- [9] 詹志来,胡峻,刘谈,等. 紫草化学成分与药理活性研究进展[J]. 中国中药杂志, 2015, 40(21): 4127-4135.
- [10] 吴成成,罗文兵,毛源婷. 湿疹 1 号方熏洗合穴位热敏化疗法治疗肛周湿疹的临床研究[J]. 实用中西医结合临床, 2019, 19(8): 89-90.
- [11] 赖茹,曹晶,贾雪. 紫草油涂擦联合护理干预在肛周浸渍性皮炎患者中的应用[J]. 齐鲁护理杂志, 2021, 27(17): 119-122.
- [12] 徐海霞,赵长胜,张妍,等. 肠风穴雷火灸联合亚甲蓝混合液肛周封闭治疗脾虚湿重型慢性肛周湿疹的疗效观察[J]. 广州中医药大学学报, 2020, 37(10): 1944-1949.
- [13] 王猛,苏秀海,于文霞,等. 自制三黄紫草膏辅助治疗糖尿病足对创面愈合情况及血清 5-HT、 $\beta$ -EP 水平的影响观察[J]. 辽宁中医杂志, 2021, 48(5): 98-100.
- [14] 中华中医药学会皮肤科分会. 湿疹(湿疮)中医诊疗专家共识[J]. 中国中西医结合皮肤性病杂志, 2021, 20(5): 517-521.
- [15] 焦婷,刘丽琴,韩长元,等. 自制莫匹罗星溶液联合卤米松乳膏治疗急性和亚急性湿疹的疗效观察[J]. 中国中西医结合皮肤性病杂志, 2015, 14(4): 250-251.
- [16] 钟信刚. 湿疹和特应性皮炎皮损处细菌定植情况及药物联合治疗分析[J]. 医学理论与实践, 2014, 27(23): 3158-31606.
- [17] 徐跃军,郭志伟,陈艳,等. 复方多黏菌素 B 软膏联合中药坐浴对老年肛周脓肿术后病人伤口愈合效果及血清表皮生长因子表达的影响[J]. 实用老年医学, 2021, 35(1): 41-44.
- [18] 王霄,柳越冬. 湿痒散联合一效散外治肛周湿疹 35 例[J]. 中医外治杂志, 2017, 26(1): 27-28.
- [19] 罗泽琴,田兴中,张晓飞,等. 生肌膏对大鼠肛周脓肿术后创面愈合的促进作用及其可能机制[J]. 广西医学, 2021, 43(15): 1858-1862, 1902.
- [20] 边界,韩涛. 外用冲合膏联合复方黄柏液创面灌洗对肛周坏死性筋膜炎术后创面愈合效果影响[J]. 临床军医杂志, 2021, 49(1): 25-27, 30.
- [21] 黎钢,段金龙,夏国杰. 归黄紫草膏外涂治疗厄洛替尼相关痤疮样皮疹的临床观察[J]. 中国中医药科技, 2021, 28(2): 303-304.

(编辑:谭雯 收稿日期:2023-05-12)

欢迎投稿! 欢迎指导! 欢迎订阅!