

· 经方应用 ·

## 炙甘草汤加减对中风后便秘肺气郁闭证患者的影响\*

韩晨曦

东海县人民医院,江苏 东海 222300

**摘要:**目的:观察炙甘草汤加减治疗中风后便秘肺气郁闭证的临床疗效。方法:选取2019年3月至2022年3月在东海县人民医院诊治的中风后便秘肺气郁闭证患者180例,按照随机数字表法分为炙甘草汤组和西药组,每组90例。西药组给予微生态制剂治疗,炙甘草汤组在西药组治疗的基础上加用炙甘草汤加减治疗。观察两组患者治疗前后Bristol大便性状分级评分(简称Bristol评分)、克利夫兰便秘评分量表(cleveland constipation rating scale,CCS)评分、白蛋白(albumin,ALB)、血红蛋白(hemoglobin,HGB)、血管活性肠肽(vasoactive intestinal peptide,VIP)水平、胃动素、胃泌素及生长抑素变化情况,及胃肠功能指标异常发生率和不良反应发生率。结果:炙甘草汤组治疗后Bristol评分、CCS评分均高于西药组,差异有统计学意义( $P < 0.05$ );炙甘草汤组治疗后ALB、HGB和VIP水平高于对照组,差异有统计学意义( $P < 0.05$ );炙甘草汤组治疗后胃动素、胃泌素高于对照组,生长抑素低于对照组,差异有统计学意义( $P < 0.05$ );炙甘草汤组胃肠功能指标异常发生率为13.33%,西药组胃肠功能指标异常发生率为18.89%,两组比较差异无统计学意义( $P > 0.05$ );炙甘草汤组不良反应发生率为3.33%,西药组不良反应发生率为12.22%,两组不良反应发生率比较,差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。结论:炙甘草汤加减能改善中风后便秘肺气郁闭证患者的胃肠功能和营养状况。

**关键词:**便秘;中风;炙甘草汤;肺气郁闭证;《伤寒论》;张仲景

**DOI:**10.16367/j.issn.1003-5028.2023.08.0226

**中图分类号:**R256.35 **文献标志码:**A **文章编号:**1003-5028(2023)08-1142-05

## The Influence of Modified Honey-Fried Licorice Decoction on Patients with Lung Qi Stagnation Syndrome of Constipation After Stroke

HAN Chenxi

Donghai County People's Hospital, Donghai, Jiangsu, China, 222300

**Abstract:** Objective: To observe the clinical efficacy of Modified Honey-Fried Licorice Decoction on patients with lung qi stagnation syndrome of constipation after stroke. Methods: A total of 180 patients with lung qi stagnation syndrome of constipation after stroke diagnosed and treated in Donghai County People's Hospital from March 2019 to March 2022 were selected and divided into the group of Honey-Fried Licorice Decoction and the Western medicine group according to the random number table method, with 90 cases in each group. The Western medicine group was treated with micro-ecological preparations, while the group of Honey-Fried Licorice Decoction was treated with Modified Honey-Fried Licorice Decoction on the basis of the Western medicine group. Then the changes in Bristol stool trait scale (Bristol Score), cleveland constipation rating scale (CCS) score and albumin (ALB) score, hemoglobin (HGB), vasoactive intestinal peptide (VIP) levels, motilin, gastrin and somatostatin of the two groups before and after treatment, abnormal incidence of gastrointestinal functional indicators and adverse reactions were observed. Results: After treatment, the Bristol score and CCS score of Modified Honey-Fried Licorice Decoction were higher than those of the Western medicine group, and all the differences were statistically sig-

\* 基金项目:江苏省东海县科技局项目(Lkxyb22092)

nificant ( $P < 0.05$ ); The levels of ALB, HGB and VIP were higher than those of control group, and all the differences were statistically significant ( $P < 0.05$ ); The motilin and gastrin in the group of Honey-Fried Licorice Decoction were higher than those in the control group, while somatostatin was lower than that in the control group, and all the differences were statistically significant ( $P < 0.05$ ). The incidence of abnormal gastrointestinal function indexes was 13.33% in the group of Honey-Fried Licorice Decoction and 18.89% in the Western medicine group, and there was no statistical significance between the two groups ( $P > 0.05$ ). The adverse reaction rate was 3.33% in the group of Honey-Fried Licorice Decoction and 12.22% in the Western medicine group, and there was no statistical significance between the two groups ( $P > 0.05$ ). Conclusion: Modified Honey-Fried Licorice Decoction can improve the gastrointestinal function and nutritional status of patients with lung qi stagnation syndrome of constipation after stroke.

**Keywords:** constipation; stroke; Honey-Fried Licorice Decoction; lung qi stagnation syndrome; *Treatise on Cold Damage Diseases*; Zhang Zhongjing

中风是全球死亡和致残的主要病因之一,便秘是中风常见胃肠道并发症<sup>[1]</sup>,是中风的独立高风险因素,严重影响患者的生活质量,甚至导致脑血管疾病的复发。中风后便秘大多是由于中枢神经损伤后脑肠轴功能障碍<sup>[2]</sup>所引起的,中风患者需要卧床休息、进行康复治疗,面对自我护理能力下降所带来的负面情绪,将在一定程度上加大直肠感官阈值和盆底肌肉的张力,导致排便困难<sup>[3]</sup>。当患者努力排便时,腹压随之增加,导致血压迅速升高,增加再次中风的风险<sup>[4]</sup>。便秘通常使用大便渗透剂、刺激性泻药及改变生活方式或调整饮食来治疗<sup>[5]</sup>。微生物制剂可能会产生不良反应,如腹胀、脱水和戒药后复发反应。使用常规药物治疗中风后便秘,药物到达作用部位时,可以变成有机酸,使大便软化,促进排便<sup>[6]</sup>。炙甘草汤为阴阳气血并补之剂,气血同调,共奏益气养阴、通阳复脉之功<sup>[7]</sup>。有研究表明,微生物制剂配合炙甘草汤可以补气滋阴,通补兼顾,使大便自通<sup>[8]</sup>。因此,本研究主要探讨炙甘草汤加减治疗中风后便秘肺气郁闭证的疗效,现报道如下。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选取2019年3月至2022年3月在东海县人民医院诊治的中风后便秘肺气郁闭证患者180例,按照随机数字表法分为炙甘草汤组和西药组,每组各90例。西药组中,男47例,女43例;年龄60~75(66.35±5.31)岁;合并高血压5例、高血脂8例、糖尿病9例。炙甘草汤组中,男46例,女44例;年龄61~75(67.21±5.63)岁;合并高血压6例、高血脂10例、糖尿病7例。两组患者一般资料经统计学处理,差异无统计学意义( $P > 0.05$ ),具有可比性。

**1.2 病例纳入标准** 符合中风诊断标准<sup>[9]</sup>,且经过CT或MRI确诊;符合便秘的诊断标准<sup>[10]</sup>;患者

伴有半身不遂、偏身麻木、口眼歪斜、头晕等,中医辨证为肺气郁闭证(喘息、胸闷、焦虑、易怒、紧张、舌淡红、苔白腻,脉弦细)<sup>[11]</sup>;年龄≥60岁;患者及家属知情同意。

**1.3 病例排除标准** 有严重并发症的患者;有意识障碍者;患者的病情过于严重,用药后难以判定疗效者;患者有严重的肝肾功能不足。

**1.4 治疗方法** 两组患者均给予中风后基础治疗,包括控制血压、血糖,积极防治感染等。患者每日进行康复治疗,包括肢体功能、言语训练和呼吸功能锻炼等,每日餐后服用盐酸氟西汀分散片(PATHEON FRANCE,批号:国药准字J20160029,规格:20 mg×28片)20 mg,每天1次。患者每日保持饮食清淡、营养均衡,多使用富含膳食纤维和高蛋白的食物。护理人员要督促患者养成定时排便的习惯,尽早形成规律的排便时间节律。西药组给予微生物制剂治疗,双歧杆菌三联活菌片(内蒙古双奇药业股份有限公司,批号:国药准字S19980004),每次3片,每天3次,连续治疗2个月。

炙甘草汤组在西药组治疗的基础上加用炙甘草汤加减治疗,具体药物组成<sup>[11]</sup>:炙甘草12 g,生姜、桂枝各9 g,生地黄30 g,杜仲、龟甲各20 g,人参、阿胶、生牡蛎各6 g,大枣5枚,麦冬、火麻仁、黄柏、泽泻、党参、怀牛膝各10 g,清酒100 mL。心阳虚者加附子10 g;心阴虚者加玄参10 g;心气虚者加白术10 g;兼血瘀者加桃仁10 g;兼气滞者加郁金、柴胡各10 g;兼痰湿者加陈皮、法半夏各10 g。每日1剂,水煎200 mL,分早晚两次温服,共治疗2个月。

**1.5 观察指标** 观察两组患者治疗前后胃肠功能,采用Bristol大便性状分级<sup>[12]</sup>评分(简称Bristol评分)评估,分数为1~7分,患者分数越高说明大便性状越好。克利夫兰便秘评分量表(cleveland constipation rating scale, CCS)评分<sup>[13]</sup>,分数为0~30

分,分数越高,说明患者胃肠功能越差。

治疗前后于当日清晨抽取两组患者空腹静脉血 5 mL,利用离心机分离,使用全自动生化分析仪(厂家:日本日立,型号:7600型)测定 2 组患者血清白蛋白(albumin, ALB)、血红蛋白(hemoglobin, HGB)水平进行比较。运用酶联免疫吸附法测定血管活性肠肽(vasoactive intestinal peptide, VIP)水平并进行比较。

观察两组患者胃肠功能指标,治疗前后于当日清晨抽取两组患者的空腹静脉血 5 mL,放置 30 min 以上,离心后使用酶联免疫吸附法检测胃动素、胃泌素及生长抑素(武汉菲恩生物科技有限公司),检测过程严格按照说明书。记录患者治疗过程中发生的不良反应:腹泻、恶心呕吐、腹部胀气胀痛等。

观察两组患者治疗过程中胃肠功能指标异常发生率,患者胃肠功能异常情况主要包括腹围改变、肠鸣音消失、肠内营养不耐受等。

胃肠功能指标异常发生率 = 异常例数/n × 100%

**1.6 统计学方法** 采用 SPSS 22.0 统计学软件进行数据分析,量表评分等计量资料采用均数 ± 标准差( $\bar{x} \pm s$ )表示,用 *t* 检验比较差异,性别、合并基础病和不良反应发生率等计数资料用率/例表示,采用  $\chi^2$  检验, $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

## 2 结果

**2.1 两组中风后便秘患者治疗前后 Bristol 评分、CCS 评分比较** 具体结果见表 1。

表 1 两组中风后便秘患者治疗前后 Bristol 评分、CCS 评分比较 ( $\bar{x} \pm s$ ,分)

组别	n	Bristol 评分		CCS 评分	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
西药组	90	2.34 ± 0.68	4.03 ± 1.15*	20.43 ± 5.31	8.09 ± 2.17*
炙甘草汤组	90	2.37 ± 0.54	5.97 ± 1.05*#	21.09 ± 5.28	13.27 ± 3.16*#

注:与本组治疗前比较,\* $P < 0.05$ ;与西药组治疗后比较,# $P < 0.05$ 。

**2.2 两组中风后便秘患者治疗前后 ALB、HGB、VIP 水平比较** 具体结果见表 2。

**2.3 两组中风后便秘患者治疗前后胃肠功能指标比较** 具体结果见表 3。

表 2 两组中风后便秘患者治疗前后 ALB、HGB、VIP 水平比较 ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	n	ALB( $\rho/g \cdot L^{-1}$ )		HGB( $\rho/g \cdot L^{-1}$ )		VIP( $\rho/ng \cdot L^{-1}$ )	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
西药组	90	31.54 ± 2.87	33.48 ± 2.84*	30.25 ± 3.12	39.65 ± 7.52*	121.01 ± 3.94	124.35 ± 4.41*
炙甘草汤组	90	31.72 ± 2.94	36.97 ± 3.12*#	30.13 ± 3.25	54.01 ± 9.66*#	120.75 ± 4.25	128.24 ± 5.62*#

注:与本组治疗前比较,\* $P < 0.05$ ;与西药组治疗后比较,# $P < 0.05$ 。

表 3 两组中风后便秘患者治疗前后胃肠功能指标比较 ( $\bar{x} \pm s$ , $pg \cdot L^{-1}$ )

组别	n	胃动素		胃泌素		生长抑素	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
西药组	90	223.75 ± 23.81	248.48 ± 24.35*	34.35 ± 5.27	38.65 ± 3.29*	13.97 ± 2.34	11.64 ± 2.24*
炙甘草汤组	90	221.28 ± 22.69	268.97 ± 25.63*#	35.37 ± 5.68	41.38 ± 3.22*#	13.77 ± 2.23	9.48 ± 2.35*#

注:与本组治疗前比较,\* $P < 0.05$ ;与西药组治疗后比较,# $P < 0.05$ 。

**2.4 两组中风后便秘患者胃肠功能指标异常发生率比较** 炙甘草汤组胃肠功能指标异常发生率为 13.33%,西药组胃肠功能指标异常发生率为

18.89%,两组比较差异无统计学意义( $P > 0.05$ ),见表 4。

表 4 两组中风后便秘患者胃肠治疗的胃肠功能指标异常发生率比较 例(%)

组别	n	腹围改变	肠鸣音消失	肠内营养不耐受	胃肠功能指标异常发生率
西药组	90	8(8.89)	5(5.56)	4(4.44)	(18.89)
炙甘草汤组	90	5(5.56)	4(4.44)	3(3.33)	(13.33)

**2.5 两组中风后便秘患者不良反应发生率比较** 炙甘草汤组不良反应发生率为 3.33%,西药组不良

反应发生率为 12.22%,两组不良反应发生率比较,差异无统计学意义( $P > 0.05$ ),见表 5。

表5 两组中风后便秘患者不良反应发生情况比较 例

组别	n	腹泻	恶心 呕吐	腹部胀 气胀痛	不良反应 发生率/%
西药组	90	3	5	3	12.22
炙甘草汤组	90	1	2	0	3.33

### 3 讨论

中风后便秘就是一种常见并发症,是指患者在急性中风后出现的排便不畅,排便频率减少,粪便量少,粪质干结等症状<sup>[14]</sup>。中风后便秘严重影响其生活质量,而且会因为需要用力排便导致患者血压急剧升高,极易引发二次卒中,危及患者生命<sup>[15]</sup>。服用微生态制剂可以促进肠胃蠕动<sup>[16]</sup>,中风患者久病不动,脾胃受损,津亏阴伤,肠道失于濡养,大便秘结,炙甘草汤可补益气血津液,调节脏腑气机,使运化如常,肠腑畅舒<sup>[17]</sup>。

本研究结果显示,炙甘草汤组 Bristol 评分和 CCS 评分均高于西药组,说明炙甘草汤加减可以改善患者便秘症状。大肠传导功能依赖于津血濡养、津液润燥、气机推动<sup>[18]</sup>。中风后便秘肺气郁闭证患者多伴咳嗽、喘息、胸闷、气短、憋气等症状,可能导致便秘进行性加重,还可能出现恶心、呕吐、反酸、便秘等消化系统不良反应。中医学认为,其治疗应宣肺理气、通腑降浊<sup>[19]</sup>。炙甘草汤中生地黄具有清热凉血,养阴生津之功效<sup>[20]</sup>,可以使体内津液增生,提升胃肠运化功能<sup>[21]</sup>。麦冬<sup>[22]</sup>配伍炙甘草和党参<sup>[23]</sup>,可以益气行舟<sup>[24]</sup>,有研究显示,麦冬能增强免疫力,维持肠道菌群多样性<sup>[25]</sup>。故用炙甘草汤治疗中风后便秘肺气郁闭证可以温养胃气,生津养阴,有利于推动胃肠气机,从而使胃肠功能得到改善,胃肠功能恢复正常,其便秘症状也会减轻,故炙甘草汤组患者的便秘症状改善情况更好。

本研究结果显示,炙甘草汤组 ALB、HGB 和 VIP 水平优于西药组。分析原因,方中党参<sup>[26]</sup>可以大补元气,有利于大肠传导功能改善,阿胶<sup>[27]</sup>可以补血升白,强化患者机能,提升其免疫功能。VIP 在生物体内具有双重作用,既是胃肠道激素,又是神经肽<sup>[28]</sup>。炙甘草汤组 VIP 水平较高,说明炙甘草汤加减能较快并持久缓解便秘症状。说明中西药物联合使用,可以恢复胃气,疏通患者经络,使机体气血通畅,排便恢复正常。ALB 和 HGB 是反映机体营养状态的常用指标<sup>[29]</sup>,炙甘草汤组的营养指标要优于西药组,说明炙甘草汤加减可以改善中风后便秘患者

身体营养状态。研究结果显示,炙甘草汤组胃肠功能指标水平优于西药组,分析原因,微生态制剂可以改善患者便秘情况<sup>[30]</sup>,但是微生态制剂只能治其标,不治其本,治疗中风后便秘肺气郁闭证离不开“补养”二字,炙甘草汤加减针对患者临床具体症状标本同治,通补兼顾,患者便秘症状自然减轻。方中火麻仁可以促进老年患者肠道蠕动,改善津液匮乏情况<sup>[31]</sup>,可以维持较好的胃肠功能<sup>[32]</sup>,还可调节患者肠道菌群,丰富患者肠内益生菌种类,改善患者消化功能,从而有效缓解便秘状态<sup>[32]</sup>,标本兼治。炙甘草汤中桂枝<sup>[34]</sup>、生姜<sup>[35]</sup>能开宣肺气、辛温宣通、生津液、润肠道、行大便。故微生态制剂和炙甘草汤加减治疗,可以标本共治,改善患者的胃肠功能。

综上所述,炙甘草汤加减治疗中风后便秘肺气郁闭证可以改善患者胃肠功能和营养状态。

### 参考文献:

- [1] 邹康西,刘勇,平响鹭. 电针为主治疗中风后便秘 37 例临床研究[J]. 江苏中医药,2020,52(5):64-66.
- [2] 林芳琪,张保焜,徐建广. 胃肠道菌群平衡对神经损伤的影响[J]. 国际骨科学杂志,2021,42(5):310-314.
- [3] 田晓彤,梁春丽,俞华芳,等. 肛门直肠测压技术与便秘患者排便障碍症状及分型的相关性研究[J]. 临床内科杂志,2019,36(3):178-181.
- [4] 龚志荣,汪灵,王培峻,等. 穴位贴敷配合针刺治疗中风后便秘[J]. 针灸临床杂志,2020,36(12):13-17.
- [5] 王天园,陈朝霞,王彦博,等. 首荟通便胶囊治疗慢性便秘的疗效可能优于西医常规治疗:基于随机对照试验的系统评价[J]. 中国全科医学,2021,24(23):2972-2977.
- [6] 刘建国,潘勇,李翰宇,等. 肠道微生态制剂联合改良低碳饮食靶向调控肥胖症患者体脂代谢及肠屏障功能的效果分析[J]. 中国组织工程研究,2021,25(29):4672-4679.
- [7] 赵亮,关溪,白长川,等. 论炙甘草、生地黄共为炙甘草汤药君[J]. 环球中医药,2022,15(3):466-468.
- [8] 谢芳,刘桂荣. 国医大师张志远巧用炙甘草汤验案例析[J]. 山东中医杂志,2021,40(8):871-874.
- [9] 赵建国,高长玉,顽宝玉,等. 脑梗死和脑出血中西医结合诊断标准(试行)[J]. 中国中西医结合杂志,2006,26(10):948-949.
- [10] 罗马委员会. 功能性胃肠病的罗马 III 诊断标准[J]. 现代消化及介入诊疗,2007,12(2):137-140.
- [11] 王宇,徐国新,叶正洪,等. 炙甘草汤加减治疗室性期前收缩的临床研究[J]. 现代中西医结合杂志,2022,

- 31(2):228-232.
- [12] RIEGLER G, ESPOSITO I. Bristol scale stool form. A still valid help in medical practice and clinical research [J]. Tech Coloproctology, 2001, 5(3):163-164.
- [13] 中华医学会外科学分会结直肠肛门外科学组, 中华医学会消化病学分会胃肠动力学组. 中国慢性便秘诊治指南(2013, 武汉)[J]. 胃肠病学, 2013, 18(10):605-612.
- [14] 刘冰, 李金剑, 於莹, 等. 老年急性期中风后便秘的中西医结合研究进展[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2020, 18(3):456-458.
- [15] 陆春花, 张华梅, 陈述芳, 等. 天枢穴深刺对中风后便秘的临床观察及对血清 SP、VIP 的调节作用[J]. 世界科学技术-中医药现代化, 2020, 22(6):2000-2005.
- [16] 吕新芝, 黄雪娟, 林翠琴, 等. 粪菌移植联合乳果糖治疗便秘型肠易激综合征的临床效果及其对患者生存质量的影响分析[J]. 中国医学前沿杂志(电子版), 2021, 13(10):80-83.
- [17] 赵书亚, 尹周安, 黎柳, 等. 从虚劳论治肿瘤晚期功能性便秘[J]. 浙江中医杂志, 2021, 56(12):861-862.
- [18] 田琳, 柯晓, 吴松鹰, 等. 从“大肠主津”理论探讨功能性便秘与肠道微生物的相关性[J]. 世界科学技术-中医药现代化, 2022, 24(4):1695-1700.
- [19] 廖卜生, 张毅, 宋飞, 等. 提壶揭盖法治疗肺气郁闭型脑出血后便秘疗效观察[J]. 现代中西医结合杂志, 2022, 31(4):459-463.
- [20] 孔令源, 吴越, 李昕泽, 等. 燕赵医家李东垣《脾胃论》治疗发热无名方组方配伍及现代临床应用探析[J]. 河北中医药学报, 2022, 37(5):52-55.
- [21] 刘志栋, 赵博, 张晓燕, 等. 基于数据挖掘和网络药理学的代谢综合征中医药用药规律及机制分析[J]. 世界科学技术-中医药现代化, 2021, 23(3):720-730.
- [22] 龚亚君, 张洁, 项志南, 等. 中药麦冬本草溯源释疑[J]. 中国药师, 2017, 20(2):229-231.
- [23] 翟艳会, 王新苗, 张伟, 等. 北沙参的临床应用及其用量探究[J]. 长春中医药大学学报, 2022, 38(11):1201-1204.
- [24] 朱正望, 朱平生, 苗艳艳, 等. 基于数据挖掘的含大枣中成药用药特点分析[J]. 中国中药杂志, 2021, 46(9):2344-2349.
- [25] 陈丽华, 单雅慧, 管咏梅, 等. 药食同源物质改善胃肠道功能作用的研究进展[J]. 食品工业科技, 2023, 44(4):480-487.
- [26] 王超杰, 刘甜甜, 曹明明, 等. 基于古方数据挖掘珍稀中药人参的用药特点与配伍规律[J]. 世界中医药, 2022, 17(14):2066-2070, 2074.
- [27] 张国伟, 马俊华, 梁玉景, 等. 不同分子量阿胶组分对 RAW264.7 小鼠巨噬细胞的免疫调节作用[J]. 食品与发酵工业, 2022, 48(14):125-131.
- [28] 贾增增, 徐月姣, 李吉, 等. 功能性便秘与肠道菌群的关系及其微生态治疗研究进展[J]. 医学综述, 2019, 25(8):1577-1581.
- [29] 徐慧, 崔益鸿, 翁丽娜, 等. 营养干预对肾衰竭维持性血液透析患者营养状况及钙磷代谢的影响[J]. 中国食物与营养, 2021, 27(3):72-75.
- [30] 马后莲, 马建霞, 郑松柏, 等. 乳果糖与莫沙必利治疗老年患者慢性功能性便秘及伴随症状的前瞻性随机对照研究[J]. 中华老年多器官疾病杂志, 2022, 21(6):424-427.
- [31] 孙健, 梁宏涛, 陆金根. 陆金根治疗出口梗阻型便秘经验[J]. 上海中医药杂志, 2019, 53(12):17-20.
- [32] 刘芳, 唐学贵, 王秋晓, 等. 麻仁丸对阿片类药物相关性便秘(OIC)大鼠的治疗作用与机制[J]. 中药材, 2022, 45(2):437-442.
- [33] 蒙健林, 梁健芬, 张兴博, 等. 基于肠道菌群探讨中医药治疗帕金森病的研究进展[J]. 山东中医杂志, 2022, 41(9):1021-1026.
- [34] 朴书仪, 陈明. 《伤寒论》六经辨治“胸满”方证探析[J]. 中华中医药杂志, 2018, 33(7):2842-2846.
- [35] 李娜, 曲夷. 经方中生姜的运用规律探析[J]. 山东中医药大学学报, 2021, 45(3):326-330.

收稿日期:2023-02-19

作者简介:韩晨曦(1983-),女,江苏东海人,医学学士,主治中医师。

(编辑:焦凡)