

苏稼夫老中医治疗卒中后吞咽障碍的临床功能与电生理评价[※]

● 阮传亮¹ 苏稼夫² 庄垂加² 黄 梅² 黄志强² 林海利²

摘 要 目的:探讨苏稼夫老中医通咽利窍针法配合吞咽训练治疗脑卒中后吞咽障碍的疗效。方法:将符合纳入标准的90例脑卒中后吞咽障碍的患者,随机分为针刺组和康复组及针刺加康复组,每组各30例,在治疗前后分别采用洼田氏饮水试验、藤岛一郎吞咽疗效评价及表面肌电图对脑卒中后吞咽障碍患者的吞咽功能及电生理方面进行疗效评价。结果:针刺加康复组更能改善脑卒中后吞咽障碍患者吞咽功能,治疗后洼田氏饮水及藤岛吞咽疗效评价均优于治疗前,并能提高吞咽相关肌群的肌电积分值(IEMG)和中位频率(MF)。结论:通咽利窍针法治疗卒中后吞咽障碍是有效的,该法简便安全有效,值得临床推广。

关键词 脑卒中 吞咽障碍 针刺 通咽利窍 吞咽训练

脑卒中后吞咽障碍的发生率约为30%~65%,吞咽障碍对患者的生理、心理健康造成严重影响^[1]。在生理方面,吞咽功能减退可造成误吸、支气管痉挛、气道阻塞窒息以及脱水、营养不良,从而导致患者病死率增加。在心理方面,可造成患者出现进食恐惧、社会隔绝、抑郁等负性社会心理,严重影响患者身心健康、康复效果及生活质量。因此对吞咽障碍采取适当的有针对性的治疗措施,具有重要的临床、社会价值^[2,3]。苏稼夫老中医是第4批全国老中医药专家学术经验继承工作的指导老师,本研究采用苏老治疗经验,应用通咽利窍针法在治疗脑卒中后吞咽障碍方面取得较好临床疗效,现报道如下。

1 研究对象

1.1 病例来源 病例来源均为2009年9月~2011年6月在泉州市中医院针灸科、神经内科住院的符合本研究纳入标准的患者。

1.2 诊断标准 参照2005年卫生部疾病控制司、中华医学会神经病学分会制定的《中国脑血管病防治指

南》^[1]中脑血管疾病诊断标准;吞咽障碍诊断标准采用洼田氏饮水试验法^[4]。

1.3 纳入标准 (1)符合以上脑血管疾病诊断标准及吞咽障碍诊断标准,病程≤6个月;(2)患者能积极配合,完成试验及随访过程,患者或家属对治疗知情同意。

1.4 排除标准 (1)有意识障碍、严重认知障碍的患者;(2)完全性失语者;(3)拒绝按照试验方案治疗和评估者;(4)有明显的口腔或咽喉疾病影响吞咽者。(5)不能坚持完成疗程治疗者。

1.5 剔除标准 (1)失访,资料不全影响疗效判定者;(2)观察中病人依从性有问题;(3)违背治疗方案,无法判定疗效;(4)中途终止治疗或出现不良反应而中途停止者。

1.6 分组方法 采用完全随机方法,通过随机数字表,按照纳入顺序,将患者随机分为三组(针刺组、康复组、针刺加康复组),接受相关处理。

2 研究方法

2.1 治疗方法 三组病例均进行常规药物治疗及偏瘫肢体功能训练。针刺组接受针刺治疗,康复组接受吞咽训练,及针刺加康复组接受针刺及吞咽训练。

2.1.1 针灸方法 采用通咽利窍针法进行治疗,患

※ 基金项目 福建省泉州市科技局科研课题(No:2009Z42)

• 作者单位 1.上海中医药大学在职博士研究生(201203);2.福建省泉州市中医院(362000)

者取坐位,取穴颈夹脊穴(颈 3~6)、廉泉、三阴交。采用华佗牌 30 号 3 寸不锈钢毫针。颈夹脊穴(颈 3~6)针尖直刺或微斜向脊柱,进针 20~30mm,行小幅度高频捻转补法 1 分钟,以颈部酸胀麻为度;廉泉用毫针向舌根方向进针 40mm,得气后行合谷刺法;三阴交刺入 30~40mm,行强刺激捻转 1 分钟;以上穴位均留针 30 分钟,1 次/d,每周 6 次,2 周为 1 个疗程。

2.1.2 吞咽训练方法 吞咽训练包括间接训练和直接训练,每次 30~45 分钟,1 次/d,每周 6 次,2 周为 1 个疗程。(1)间接训练:主要有口唇及颊的运动训练、下颌运动训练、舌的运动训练、冰刺激、构音及声带内收训练、呼吸及咳嗽训练、喉部举上(门德尔松手法)训练等。(2)直接训练:主要有进食训练(调整食物形态、进食体位选择、调整一口量及进食速度)、吞咽技巧练习、咽部滞留食物去除训练、屏气吞咽训练等。

2.2 观察指标

2.2.1 功能评定 采用洼田氏饮水试验判断治疗前后吞咽功能评分变化;采用藤岛吞咽疗效评价标准^[5]判断治疗前后吞咽程度变化。

2.2.2 表面肌电图检测 检测患者在静止、吞咽糊

状食物及饮水时的肌电积分值(IEMG)、中位频率(MF)的变化。

2.3 统计方法 采用 spss11.5 软件进行数据分析,计数资料比较用 χ^2 检验;计量资料两组比较用 t 检验;三组比较采用单因素方差分析(F 检验),组间两两比较采用 LSD 检验;等级资料比较用秩和检验。

3 结果

3.1 一般情况 本次临床疗效观察共入选 90 例患者,实际有效病例 90 例,无脱落剔除病例。其中,男性 49 例,女性 41 例;平均年龄 62.1 ± 9.9 岁;平均病程 76.8 ± 19.9 天。脑出血病例共 38 例,脑梗塞病例共 52 例。三组在性别、年龄、病程、脑卒中类型等方面均无差异($P > 0.05$),具有可比性。

3.2 三组治疗前后表面肌电图检测结果比较

3.2.1 三组治疗前静止期各肌群 IEMG 及 MF 变化情况 见表 1。治疗前针刺组、康复组、针刺加康复组对静止期时患侧咀嚼肌、健侧咀嚼肌、舌骨上肌群、舌骨下肌群的 IEMG 及 MF 变化没有显著性差异。

表 1 三组治疗前静止期各肌群 IEMG 及 MF 变化情况 ($\bar{x} \pm s$)

组别	患侧咀嚼肌		健侧咀嚼肌		舌骨上肌群		舌骨下肌群	
	IEMG	MF	IEMG	MF	IEMG	MF	IEMG	MF
针刺组	6.34 ± 1.84	105.77 ± 11.45	8.54 ± 1.67	124.41 ± 11.62	11.43 ± 2.16	106.74 ± 20.82	14.99 ± 2.63	122.72 ± 13.89
康复组	6.21 ± 2.13	104.23 ± 15.15	8.67 ± 1.34	125.07 ± 11.62	11.95 ± 1.65	105.86 ± 20.52	14.89 ± 2.73	121.1 ± 21.1
针刺加康复组	6.84 ± 2.53	105.78 ± 10.72	8.47 ± 1.53	124.83 ± 8.95	11.89 ± 1.39	103.8 ± 19.52	14.47 ± 2.31	125.33 ± 15.17

注:因 F 检验 P 均 > 0.05 ,各治疗组无须进行组间比较。

3.2.2 三组治疗后静止期各肌群 IEMG 及 MF 变化情况 见表 2。针刺加康复组与针刺组、康复组相比有非常显著性差异。而针刺组与康复组相比没有显

著性差异。提示针刺加康复组对改善脑卒中后吞咽障碍患者静止期时与吞咽有关肌肉的肌电活动及变化情况方面优于单纯针刺组及康复组。

表 2 三组治疗后静止期各肌群 IEMG 及 MF 变化情况 ($\bar{x} \pm s$)

组别	患侧咀嚼肌		健侧咀嚼肌		舌骨上肌群		舌骨下肌群	
	IEMG	MF	IEMG	MF	IEMG	MF	IEMG	MF
针刺组	9.65 ± 3.45 ^{▲△}	133.65 ± 24.91 ^{▲△}	10.33 ± 1.57 ^{▲△}	155.24 ± 22.64 ^{▲△}	13.94 ± 1.92 ^{▲△}	125.91 ± 18.31 ^{▲△}	17.31 ± 3.89 ^{▲△}	156.85 ± 23.41 ^{▲△}
康复组	9.91 ± 2.07 [▲]	137.34 ± 28.65 [▲]	10.16 ± 1.77 [▲]	159.25 ± 27.24 [▲]	13.84 ± 1.49 [▲]	123.64 ± 10.36 [▲]	17.37 ± 3.3 [▲]	158.23 ± 27.32 [▲]
针刺加康复组	12.23 ± 2.57	159.26 ± 29.09	12.66 ± 2.49	186.99 ± 31.96	16.23 ± 1.94	145.59 ± 19.42	20.46 ± 3.29	185.19 ± 28.73

注:▲表示与针刺加康复组相比, $P < 0.01$;△表示与康复组相比, $P > 0.05$ 。

3.2.3 三组治疗前糊状食物期各肌群 IEMG 及 MF 变化情况 见表 3。治疗前针刺组、康复组、针刺加康复

组对糊状食物期患侧咀嚼肌、健侧咀嚼肌、舌骨上肌群、舌骨下肌群的 IEMG 及 MF 变化没有显著性差异。

表3 三组治疗前糊状食物期各肌群 IEMG 及 MF 变化情况($\bar{x} \pm s$)

组别	患侧咀嚼肌		健侧咀嚼肌		舌骨上肌群		舌骨下肌群	
	IEMG	MF	IEMG	MF	IEMG	MF	IEMG	MF
针刺组	7.14±1.89	100.26±11.33	8.53±1.54	106.45±14.42	12.12±1.52	101.88±13.11	15.34±1.62	130.11±11.32
康复组	6.79±2.34	101.52±11.03	8.06±1.34	107.71±10.23	12.52±2.24	102.83±11.66	15.15±2.5	131.53±14.91
针刺加康复组	6.28±2.25	101.18±14.52	8.68±1.23	107.61±15.39	12.4±1.83	101.78±7.81	15.48±1.89	132.56±10.33

注:因 F 检验 P 均 >0.05 ,各治疗组无须进行组间比较。

3.2.4 三组治疗后糊状食物期各肌群 IEMG 及 MF 变化情况 见表4。针刺加康复组与针刺组、康复组相比有非常显著性差异。而针刺组与康复组相比没有显著性差异。提示针刺加康复组在改善脑卒中后吞咽障碍患者摄取糊状食物时与吞咽有关肌肉的肌电活动及变化情况方面优于单纯针刺组及康复组。

表4 三组治疗后糊状食物期各肌群 IEMG 及 MF 变化情况($\bar{x} \pm s$)

组别	患侧咀嚼肌		健侧咀嚼肌		舌骨上肌群		舌骨下肌群	
	IEMG	MF	IEMG	MF	IEMG	MF	IEMG	MF
针刺组	9.18±2.61 ^{▲△}	124.26±26.35 ^{▲△}	10.61±1.63 ^{▲△}	135.21±26.29 ^{▲△}	15.31±2.57 ^{▲△}	133.24±17.52 ^{▲△}	18.44±2.27 ^{▲△}	151.15±23.7 ^{▲△}
康复组	9.67±3.32 [▲]	123.88±23.58 [▲]	10.57±1.23 [▲]	131.18±20.41 [▲]	15.24±2.43 [▲]	134.35±18.15 [▲]	18.41±3.24 [▲]	154.19±23.89 [▲]
针刺加康复组	12.64±2.82	141.88±20.51	13.74±1.27	156.69±25.79	17.56±2.21	163.33±19.34	21.54±2.45	170.44±21.71

注:▲表示与针刺加康复组相比, $P < 0.01$;△表示与康复组相比, $P > 0.05$ 。

3.2.5 三组治疗前饮水期各肌群 IEMG 及 MF 变化情况 见表5。治疗前针刺组、康复组、针刺加康复组对饮水期患侧咀嚼肌、健侧咀嚼肌、舌骨上肌群、舌骨下肌群的 IEMG 及 MF 变化没有显著性差异。

表5 三组治疗前饮水期各肌群 IEMG 及 MF 变化情况($\bar{x} \pm s$)

组别	患侧咀嚼肌		健侧咀嚼肌		舌骨上肌群		舌骨下肌群	
	IEMG	MF	IEMG	MF	IEMG	MF	IEMG	MF
针刺组	6.42±2.14	115.12±15.32	8.31±1.66	117.74±12.26	11.63±1.21	98.23±10.64	14.69±1.98	104.88±14.23
康复组	6.32±2.62	114.15±11.37	8.94±1.65	118.81±14.03	11.42±1.65	97.33±11.12	14.45±2.52	107.88±15.18
针刺加康复组	6.32±1.83	115.61±13.69	8.61±1.32	118.16±9.29	11.51±1.93	98.22±10.35	14.23±2.16	107.42±14.16

注:因 F 检验 P 均 >0.05 ,各治疗组无须进行组间比较。

3.2.6 三组治疗后饮水期各肌群 IEMG 及 MF 变化情况 见表6。针刺加康复组与针刺组、康复组相比有非常显著性差异。而针刺组与康复组相比没有显著性差异。提示针刺加康复组在改善脑卒中后吞咽障碍患者饮水期时与吞咽有关肌肉的肌电活动及变化情况方面优于单纯针刺组及康复组。

表6 三组治疗后饮水期各肌群 IEMG 及 MF 变化情况($\bar{x} \pm s$)

组别	患侧咀嚼肌		健侧咀嚼肌		舌骨上肌群		舌骨下肌群	
	IEMG	MF	IEMG	MF	IEMG	MF	IEMG	MF
针刺组	8.24±2.05 ^{▲△}	135.56±29.61 ^{▲△}	10.16±1.65 ^{▲△}	145.21±29.91 ^{▲△}	13.51±2.25 ^{▲△}	112.6±11.92 ^{▲△}	18.32±3.11 ^{▲△}	145.34±23.5 ^{▲△}
康复组	8.9±1.93 [▲]	129.35±20.41 [▲]	10.77±1.49 [▲]	148.85±29.67 [▲]	13.65±2.45 [▲]	109.14±13.48 [▲]	17.43±2.25 [▲]	144.26±19.54 [▲]
针刺加康复组	10.68±3.26	153.52±20.53	13.29±1.73	169.38±15.13	15.77±2.55	135.03±15.61	22.29±2.63	165.38±21.32

注:▲表示与针刺加康复组相比, $P < 0.01$;△表示与康复组相比, $P > 0.05$ 。

3.3 治疗前后洼田氏饮水试验变化情况 见表7。治疗后三组患者饮水试验得分比治疗前均有显著降低。治疗后组间比较中,针刺加康复组吞咽功能恢复正常和好转的患者比针刺组及康复组多,但针刺组与康复组相比差异无显著性意义。

表 7 三组治疗前后洼田氏饮水试验得分比较(n)

饮水试验 得分情况	针刺组		康复组		针刺加康复组	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
1		7		8		13
2	3	10	1	8	2	12
3	2	8	4	10	2	4
4	10	4	11	2	10	2
5	15	1	14	2	16	1

注:经两样本秩和检验(Mann-Whitney U),各组治疗前后比较, P 均 <0.01 。经多个独立样本秩和检验(Kruskal Wallis Test),治疗前三组比较 $\chi^2=0.316,P=0.834>0.05$;治疗后三组比较, $\chi^2=10.34,P<0.01$ 。两两比较,治疗后针刺加康复组与针刺组、康复组比较, $P<0.01$,而针刺组与康复组比较, $z=1.231,P>0.05$ 。

3.4 治疗前后藤岛一郎吞咽疗效评价变化情况 见表 8。三组治疗前后藤岛一郎吞咽疗效评价得分比较没有显著差异($P>0.05$),具有可比性。而治疗后藤岛吞咽疗效评价得分比较有非常显著差异($P<0.01$)。组间比较中,针刺加康复组与针刺组、康复组相比得分有

非常显著性差异($P<0.01$),针刺组与康复组相比得分差异无显著性意义($P>0.05$)。这与饮水试验的评价结果是一致的。而各组治疗后藤岛吞咽疗效评价得分均比治疗前提高,有非常显著性差异($P<0.01$)。

表 8 藤岛一郎吞咽疗效评价结果($\bar{x}\pm s$)

组别	治疗前	治疗后	t	P
针刺组	2.93±0.74	6.7±1.95	9.891	$P<0.01$
康复组	2.97±0.85	6.37±2.06	8.359	$P<0.01$
针刺加康复组	2.8±1.03	8.1±1.67	14.805	$P<0.01$

注:治疗后两两比较,针刺组与康复组比较, $P>0.05$;针刺加康复组与针刺组相比, $P<0.001$;针刺加康复组与康复组相比, $P<0.01$ 。

4 讨论

吞咽障碍的临床评价中,洼田氏饮水试验能简单地判断吞咽障碍的程度,有利于选择治疗适应证^[4]。藤岛的吞咽障碍疗效评价标准,主要以症状为依据,不仅可以作为初期评价,而且可以作为目标评价,在临床得到广泛的应用^[5]。

表面肌电图(SEMG)评价脑卒中患者神经肌肉系统功能状态是近年来康复医学研究的一个新领域,其观测指标肌电积分值(IEMG)与肌力、肌张力呈一定的正相关性,在一定程度上可反映患肢的肌肉肌力及肌张力恢复情况。中位频率(MF)是频谱分析的指标,可反映肌肉活动状态和功能状态的敏感性,可作为肌疲劳的敏感指标^[6]。因此本研究通过表面肌电图检查了解在吞咽过程中与吞咽有关肌肉的肌电活动及变化情况,为吞咽功能障碍的诊断治疗提供依据。

本研究结果表明,虽然单纯针刺或进行康复训练均能改善脑卒中后吞咽障碍患者的吞咽功能情况,但将通咽利窍针法与吞咽康复训练相结合的疗效无论从

功能评价或者表面肌电生理方面均优于单纯针刺及单纯吞咽康复训练,更能改善脑卒中后吞咽障碍患者受损神经肌肉功能,包括与吞咽相关肌群的肌力及肌张力恢复情况,并能一定程度改善与吞咽相关肌群的肌疲劳情况。

苏老认为中风所致吞咽障碍,症在咽,病位在脑,治疗关键在于通利利窍、疏通经络。通过调动机体内在的积极因素,使咽喉部诸症由病理状态向生理功能方面转换。取穴中颈夹脊穴接近延髓吞咽反射中枢,可通利咽窍,改善吞咽障碍的误吸,且苏老采用颈夹脊穴时务使针尖直达椎板骨膜,并采用小幅度高频率捻转补法,意在直接影响夹脊穴所在部位的组织,引起针感传导反应,通过神经体液,影响神经末梢释放的化学介质,促进吞咽功能的恢复。廉泉为任脉在咽喉处的重要穴位,三阴交为足三阴经交会穴,足三阴经循行均经咽喉处,根据“经脉所通,主治所及”的原则,针刺上穴可治疗咽喉疾患。另外,廉泉位于颈部,当正中线上,结喉上方,舌骨上缘凹陷处,根据局部取穴原理,具有“利喉舒舌”之效,可治疗“食不下”。从现代解剖来

看,廉泉穴深部为下颌舌骨肌、舌肌、舌下神经等,有促进吞咽肌群的收缩,改善咽喉及构单器官血液循环的功效。

本研究将针刺与吞咽康复训练结合协同来治疗卒中后吞咽障碍,是将中国传统康复医学与现代康复医学相结合的一次有益探索,从治疗机理上看,两者结合可明显提高疗效,减少病程,改善吞咽功能减少并发症,从而提高卒中患者的生存质量。针刺可加强了皮层功能区之间的协调和代偿,促进脑功能重组。另外可改善脑组织缺血、缺氧等病理状态,使可逆神经细胞复活,纠正和解除抑制性泛化,并使被抑制的神经细胞觉醒^[7]。反复适当的吞咽康复训练则可刺激脑中枢神经系统建立起新的运动投射区,使原来丧失的运动功能重新获得运动的能力,促进吞咽肌力的恢复,同时沟通了相关突触链在运动、强化、刺激、诱导等方面的作用,修复损伤的细胞,使吞咽功能得以改善^[8]。

参考文献

- [1] 卫生部疾病控制司,中华医学会神经病学分会. 中国脑血管病防治指南[M]. 北京:人民卫生出版社,2005:1.
- [2] 大西幸子,孙启良. 摄食-吞咽障碍康复实用技术[M]. 北京:中国医药科技出版社,2000:3-6.
- [3] 周惠嫦,张盘德,张薇平. 易化技术治疗延髓性麻痹吞咽障碍的临床观察[J]. 中国康复医学杂志,2005,20(3):205.
- [4] 大西幸子,孙启良. 脑卒中患者摄食-吞咽障碍的评价与训练[J]. 中国康复医学杂志,1997,12(3):141-143.
- [5] 藤岛一郎,大熊るり,ほか. 假性球麻痹による咽下障害とリハビリテーション[J]. 神经内科,1997,47(10):32-39.
- [6] 穆景颂,倪朝民. 吞咽与吞咽障碍的表面肌电分析[J]. 神经损伤与功能重建,2009,4(5):311-312.
- [7] 杨永梅,罗守滨,岳卫东,等. 脑卒中后假性球麻痹致吞咽困难的针刺治疗[J]. 天津中医药,2005,22(6):475-476.
- [8] 潘银星,刘广霞,李佩芳. 针刺及康复训练治疗假性球麻痹吞咽障碍的研究进展[J]. 针灸临床杂志,2008,24(9):60.

国学与中医

《诗经》中的药用植物

创作于西周初期至春秋中叶的《诗经》,是中国第一部诗歌总集。共 305 篇 7200 余行,内容多反映王室诸侯庆典、祭祀、宴请、婚嫁、民间农事、人民生活的痛苦及对幸福生活的渴望。全书提到的动植物 338 种,其中植物 178 种,动物 160 种,包括粮食作物、经济作物、药用植物、芳草、野菜及野生草木。曾有说,《诗经》中有药用植物 100 种、80 种或 50 种,把它作为药学发展到一定程度的旁证。但细看诗文,只有其名,未言药用。现从岳麓书社 2000 年出版的蒋见元、程俊英译注《诗经》中,择举数例加以说明。

例一:卷耳,今为祛风湿药苍耳,主用其果,名苍耳子,亦有用全草者。《周南·卷耳》诗文为:“采采卷耳,不盈顷筐。嗟我怀人,寘彼周行。”可译为:采了又采苍耳菜,就是不满小浅筐。心中想着心上人,把筐放在大路旁。卷耳是供妇女们采集的野菜。药用首载于东汉《神农本草经·中品》,谓主风寒头痛,风湿痹痛。孙思邈收入《千金要方·食治》篇,谓有小毒,说明唐时仍可作野菜。

例二:木瓜,今为除湿疗痹药。《卫风·木瓜》诗文为:“投我以木瓜,报之以琼琚。匪报也,永以为好也。”可译为:你送我一个木瓜,我回报一块玉佩。不仅是为了回报,是表示永远相好。可玩可食的青黄色木瓜,是情人间的赠物。药用首载于魏晋间《名医别录》,名木瓜实,谓主湿痹邪气,霍乱吐下,转筋不止。

例三:芍药,今为养血平肝药。《郑风·溱洧》中有芍药。诗文为:“溱与洧,方涣涣兮。士与女,方秉简兮。女曰:‘观乎?’士曰:‘既且。’‘且往观乎!洧之外,洵訏且乐。’维士与女,伊其相谑,赠之以芍药。”译文为:溱水流、洧水淌,三月冰融水流畅。一对青年男和女,手拿兰草驱不祥。女孩说:“咱们去看看?”男孩道:“我已去过了一趟。”“陪我再去又何妨!洧水外,河岸旁,真是好玩又宽广。”男男女女在河边,互相逗笑好欢畅,送支芍药莫相忘。芍药是恋人分手时的赠物,好似今日象征爱情的红玫瑰。药用首见于《五十二病方》,后收入《神农本草经·中品》,谓主邪气腹痛,除血痹等。

例四:蕤,今为活血调经药益母草,种子亦入药名茺蔚子。《王风·中谷有蕤》诗云:“中谷有蕤,暵其干矣。有女仳离,暵其叹矣。暵其叹矣,遇人之艰难矣。”可译为:山谷长着益母草,天旱不雨草枯焦。有位女子被遗弃,又悲又愤气难消。又悲又愤气难消,后悔嫁人没选好。枯焦的益母草,用来比喻主人公内心的痛苦、体态的憔悴。药用首载于《神农本草经·上品》,名茺蔚子,谓主明目益精,久服轻身。茎,主风疹痒,可作浴汤。以益母草名入药,首见宋代《本草图经》。

(摘自《中国中医药报》)