

·国医大师·

本文引用:何友成,骆云丰,杨正宁,孙月明,方文怡,黄铭涵. 国医大师杨春波辨治慢性萎缩性胃炎的经验[J].湖南中医药大学学报,2021,41(7): 977-981.

国医大师杨春波辨治慢性萎缩性胃炎的经验

何友成¹, 骆云丰¹, 杨正宁², 孙月明¹, 方文怡^{1*}, 黄铭涵^{1*}

(1.福建中医药大学附属第二人民医院,福建 福州 350003;2.福建中医药大学中医学院,福建 福州 350122)

【摘要】慢性萎缩性胃炎(chronic atrophic gastritis, CAG)是一种多致病因素性疾病及癌前病变,国医大师杨春波擅长脾胃相关疾病的诊治。杨老师认为,CAG以脾虚为本,湿热为标,气滞络瘀是其重要病理环节,此外还需详辨寒热变化。临证时,重视参伍舌象,注重把握证候虚实主次关系。治疗上,立理脾固本、清化湿热、平调寒热、调气舒络为常用治法。结合杨老师治疗CAG的验案,阐述杨老师辨治CAG的临证思路,以期对临床诊治有所启发。

【关键词】慢性萎缩性胃炎;脾虚;湿热;络瘀;名医经验;杨春波

【中图分类号】R256.3;R573.3*2

【文献标志码】B

【文章编号】doi:10.3969/j.issn.1674-070X.2021.07.001

The Experience of Master of Chinese Medicine Yang Chunbo in Syndrome Differentiation and Treating Chronic Atrophic Gastritis

HE Youcheng¹, LUO Yunfeng¹, YANG Zhengning², SUN Yueming¹, FANG Wenyi^{1*}, HUANG Minghan^{1*}

(1. The Second People's Hospital Affiliated to Fujian University of Traditional Chinese Medicine, Fujian, Fuzhou 350003, China;

2. School of Traditional Chinese Medicine, Fujian University of Traditional Chinese Medicine, Fujian, Fuzhou 350122, China)

【Abstract】Chronic atrophic gastritis (CAG) is a disease with multiple pathogenic factors and precancerous lesions. The master of Chinese medicine Yang Chunbo is good at diagnosis and treatment of spleen and stomach related diseases. Teacher Yang believes that CAG is based on spleen deficiency, dampness and heat as the treetop, Qi stagnation and collateral stasis are important pathological links. In addition, it is necessary to distinguish cold and heat changes in detail. In clinical syndrome, he thinks attention should be paid to the tongue image and the primary and secondary relationship between deficiency and real syndrome. In the treatment, Yang takes regulating the spleen and strengthening the foundation, clearing away dampness and heat, regulating cold and heat, regulating Qi and dredging collaterals as the common treatment methods. Combined with Yang's experience in treating CAG, this paper expounds Yang's clinical thinking of differentiation and treatment of CAG, in order to enlighten the clinical diagnosis and treatment of this disease.

【Keywords】chronic atrophic gastritis; spleen deficiency; damp-heat; collateral stasis; experience of famous doctors; Yang Chunbo

慢性萎缩性胃炎(chronic atrophic gastritis, CAG) 损害导致固有腺体的减少,伴或不伴肠腺化生和(或)是慢性胃炎的一种类型,是指胃黏膜上皮遭受反复 假幽门腺化生的一种慢性胃部疾病^[1-2]。经典的炎-

【收稿日期】2021-04-14

【基金项目】福建省自然科学基金项目(2020J01253);国家中医药管理局全国中医药创新骨干人才培养项目(国中医药人教函[2019]128号);福建中医药大学中医脾胃学科开放课题(X2019036-学科)。

【作者简介】何友成,男,在读硕士研究生,研究方向:脾胃病的中医临床研究。

【通信作者】* 方文怡,女,主治医师,E-mail:fwyzb166@163.com;黄铭涵,男,副主任医师,副教授,硕士研究生导师,E-mail:huangminghan2010@163.com。

癌转化模型,即“正常胃黏膜—非萎缩性胃炎—萎缩性胃炎—肠上皮化生—异型增生(上皮内瘤变)—胃癌”,是目前学术界普遍认可的胃癌演变模式^[3-4]。因此,作为胃癌演变进程的重要阶段,CAG是胃癌二级预防的重点^[5-7]。杨春波教授为第三届国医大师,从事消化系统疾病临床、教学、科研研究六十余载,尤擅CAG的中医辨治。兹述管窥如下,以期对临床辨治CAG有所裨益。

1 病机阐幽

杨老师认为,CAG中医病机以脾虚为本、湿热为标,复有寒热因素。同时,气滞络瘀也是CAG重要的中医病理特征。

1.1 脾虚为本

CAG临床表现与内镜下及其病理严重程度并无明显相关性,起病隐缓、病程漫长,这也为诸多内外致病因素长期、隐匿损伤脾胃提供了重要条件。杨老师宗《素问·评热论》“邪之所凑,其气必虚”之言,认为脾胃病疾患之始多因正气虚弱^[8]。外感湿邪或湿热之邪不解,内舍脾胃,抑或长期饮食失节、情志怫郁、思虑过度等,渐损中气,妨碍脾胃运化、清浊升降,终可致气血化生乏源,四肢百骸、形体官窍失于濡养,即成脾虚之证。其症见脘痞腹胀,食后尤甚,或腹痛隐隐,纳呆食少,不知饥,伴便溏或泄泻,肢倦神疲,少气懒言^[9],甚者可伴见头目眩晕、脏器下垂或脱出等中气下陷之征象^[8]。此外,脾虚也是本病迁延难愈的根本原因。“正虚之处,便是容邪之所”,脾胃亏虚,失于健运,湿浊痰孳生,反致脾机呆滞益甚,水谷饮食难化,水反为湿而谷反为滞,如此迁延反复,形成恶性循环。脾胃亏虚还可因各类病理产物的生成而致脏腑形质上出现异常,CAG可见镜下黏膜白相增多,皱襞变平甚至消失,部分黏膜血管显露,或伴有黏膜颗粒或结节状等表现^[10-12]。因此,脾虚是CAG治疗的核心。脾胃之气充实,其纳运协调、升降相因、燥湿相济,虽有邪气侵袭,亦可逐邪于外,痰饮、湿邪、瘀血等病邪皆难以蕴郁和伏藏,自无胃络损伤之虞。

1.2 湿热为标

湿热蕴藉脾胃是CAG缠绵难愈的重要因素。福建地区气候炎热,加之降水丰沛,湖河密布,地气潮

湿,故易外感湿邪或湿热之邪^[13]。若邪在表不得正解,病久不去,则可循经入里,内合于脾胃,正如章虚谷《医门棒喝》所言:“胃为戊土属阳,脾为己土属阴,湿土之气同类相名,故湿热之邪,始虽外受,终归脾胃也”。而嗜食肥甘厚味,炙博酒饮,酿生湿热,内蕴脾胃,则为脾胃湿热,其症见脘腹胀闷,知饥不欲食,口渴不喜饮,肢乏脉不弱,大便溏而不畅或先干后溏,舌苔多见黄腻^[14]。或因贪凉饮冷,过食瓜果,或素体脾虚不健,以致脾虚失运,湿邪内生,久蕴亦可化生郁热,湿热胶结,复困脾碍胃,其虚益甚,其湿愈盛,则湿热更盛,易发为脾虚湿热之证,其症多见胃脘闷痛或闷胀等不适,纳后尤甚,时作暖气,口苦不喜饮,知饥纳差,头晕肢乏,大便溏软,舌淡红,边有齿痕,苔薄黄腻,脉细^[9]。此外,杨老师辨识湿热证,强调辨析湿偏重、热偏重及湿热并重的不同情况^[15]。其主要鉴别要点在于舌象:热重于湿者,可见舌红或舌边尖红、有芒刺而苔见薄黄或黄腻偏干,颗粒较大;湿重于热者,可见舌淡红,苔白腻,可伴黄苔或湿滑,颗粒细腻;湿热并重者,则见舌偏红苔黄腻而厚;若见于脾虚者,多舌质淡红苔薄黄腻。

1.3 气滞络瘀是重要病变特征

气滞络瘀为CAG重要的病变特征,在舌象上,舌质淡暗或暗红,舌下络脉迂曲是其重要辨识要点。湿性黏滞,易阻滞人体气机,导致气机升降异常,如为胃气不降,则见脘闷、暖气、呃逆、恶心、呕吐等症,若致脾气不升,则可见便溏、神倦、肢懒、乏力、头晕等症;更因脾胃亏虚,健运无力,使中焦痞滞更甚,故常继发食积、络瘀、痰滞、热郁等。脾虚日久,气血化生不足,胃络失养;加之湿热之邪氤氲萦绕,困遏气机,影响中焦清升浊降运动,痰饮等病理产物滋生,复又滞气郁血,壅塞胃络,发为气滞络瘀。因此,脾虚与湿热致CAG的重要病理环节,在辨识过程中更需重视参伍舌象^[15],把握病情变化。

1.4 寒热变化

CAG病标本为脾虚湿热、气滞络瘀,但在不同个体上有不同的寒热变化。如过食生冷,积弊日久,损伤中阳,或素体中阳不足,虽患湿热之证,其证候仍多为中焦虚寒伴见湿热,甚至易于寒化,舌象多表现为舌质淡兼见齿痕,苔白腻而滑,上披隐隐黄苔;若素体阳热,或素喜膏粱厚味、煎炸辣烤之品,胃腑

积热已盛,虽感湿邪或寒湿之证,仍易随体而化,酿生湿热之证。此外,杨老师认为寒热错杂证亦较为多见。CAG的“寒”,初为脾之气阳不足,“病久及肾”,尤其是中老年患者,需考虑肾阳不足,脾土不暖;CAG的“热”,当考虑胃热、湿热。其中,因湿热在中,常随气机升降而上扰、下注,或上扰肺脏与清窍,旁达肝胆、筋骨、肌肉,下注肾、膀胱、前后阴、女子胞等脏腑官窍。杨老师经过临床调查证实^[6],除消化系统外,脾胃湿热证还与循环、血液、神经等其他11个系统的72种疾病相关。故湿热还需重视辨识湿热的部位,有上、中、下三焦的不同,还有两焦或三焦同为湿热所累的情况。因此,详辨CAG的寒热变化,对临证确立治法方药有提纲挈领的作用。

2 治疗探赜

针对CAG的病机特点,杨老师立理脾固本、清化湿热、平调寒热、调气舒络为常用治法。

2.1 理脾固本

CAG以脾虚为本,故理脾固本法需贯穿疾病始终。根据邪实正虚的轻重不同,理脾固本需分为运脾、健脾和补脾3个方面,在不同邪正阶段有所侧重。湿盛脾虚、胃失和降时,症见脘闷不舒,纳呆欠知饥,当以运脾、健脾为重,运脾促胃降,健脾助脾升,以恢复中焦正常升降运动,运脾药如谷芽、麦芽、神曲、山楂之类,健脾药如白扁豆、薏苡仁、茯苓、白术等。此期以邪实为主,当防误补益疾、闭门留寇,不宜过早投人参、黄芪之品。若湿热消退,气机得复,脾虚渐显时,当补脾、健脾,补脾以助健脾,健脾以除余湿,补脾药如绞股蓝、党参、黄芪、太子参等。此期转正虚为主,故应以扶正固本为主、兼清余邪。若脾虚湿热并重时,因湿热易困遏脾胃升降气机,而脾虚则无力逐邪而出,故除清化湿热之外,应以健脾为主,运脾、健脾、补脾三法并用。健脾药物多扶正与祛邪兼而有之,既可祛湿以恢复脾运,又可补脾以扶助正气。

2.2 清化湿热

CAG以湿热为标,其源于脾胃,故调治中焦是清化湿热的重点。若湿热在中焦,可致升降失常,“治中焦如衡,非平不安”,常酌选厚朴、草果、半夏、黄芩、黄连、槟榔等清化湿热,兼平调寒热、调理升

降。湿热虽源于脾胃,却可随气机升降而上扰胸肺头面,下注前后二阴,旁达肝胆,流注四肢,故杨老师临证重视辨识湿热的部位^[7],并因势利导,祛邪外出。若湿热在上焦,“其高者因而越之”,治宜清透湿热,常佐以叶类药物,如藿香叶、佩兰叶、薄荷叶、枇杷叶、荷叶等轻清宣散、芳香化湿;若湿热在下焦,“其下者,引而竭之”,常伍以通草、篇蓄、蚕沙、大黄等清热利湿通下。此外,湿热偏重不同,其治亦有不同。湿重热轻,常以苍术、草果、藿香、佩兰、槟榔等苦温芳化,兼佐清热祛湿之品;热重于湿,初以黄连、厚朴、半夏、茵陈、草果等清热祛湿,俾热退之后,加强化湿之力;湿热并重,多以茵陈、白豆蔻、黄芩、藿香等清热祛湿并用。若中阳不足,兼见湿热,则需炒白术、白扁豆、白豆蔻之类温中除湿,并佐以清化湿热。

2.3 平调寒热

湿热为CAG之标,其性兼阴阳,易随体而化,或热化,或寒化。在阳明热盛之人,湿热可随阳明邪热入里,杨老师常予黄连苦寒直折,或石膏、蒲公英甘寒清热,或连翘、栀子清透郁热,或大黄釜底抽薪;而在太阴阳虚之人,湿热或与脾胃阳虚并存,或随寒而化,其舌苔常为白滑泛黄或白滑微黄。脾运则湿化,湿化则气畅,而无湿郁化热之势,故治宜健脾、化湿、行气,杨老师常予炒白术健脾燥湿、白扁豆补脾化湿、白豆蔻行气化湿、益智仁温脾开胃等。诸药既行健脾补脾之功,又有化湿行气之力,且温而不燥,补而不滞,故无伤津耗气、呆滞气机之虞。若病久及肾,后天累及先天,或中老年CAG患者,脾肾两虚,肾中阴阳亏损,杨老师常加黄精、菟丝子、淫羊藿等补脾益肾,先后天同调。

2.4 调气舒络

湿热蕴郁于脾胃,日久易致气滞、络瘀,而气滞血瘀不除,易生郁热,更有“血不利则为水”之说;兼之脾虚,气虚而无力行血,血虚而胃络滞涩。故杨老师认为,辨治CAG时需佐调气舒络之品,如厚朴、枳壳、赤芍、莪术、三七等。气行则血行络通,气动则湿动热消,自无血瘀、郁热、湿蕴之虞。此外,杨老师选药有一药多用之妙,如厚朴、枳壳理气消胀,还可化湿、疏肝;赤芍活血之余,又清血分郁热;莪术活血舒络,更有消积止痛之功,杨老师常配枳壳、麦芽、谷芽、山楂等理气、消导之品,用于治疗食积不化、脘腹

疼痛之症。

3 验案举隅

邱某,男,67岁。初诊:2018年6月23日。主诉:反复胃脘痛1年余。服用西药后稍有缓解,但时有反复。刻下:胃脘处隐隐刺痛,部位固定,入夜则甚;平素神疲,脘腹畏冷,喜温饮,善暖气;偶头晕,平素性急易怒,纳可,寐欠安,大便欠畅,粪质干结,状若羊屎,3d 1行,小便偏黄。舌暗红苔白泛黄,脉弦细。形体肥胖(体质量69.5 kg,身高1.65 m)。胃镜(2018-04-16):CAG(C-2型)伴糜烂;病理:(胃窦小弯)全层胃窦型黏膜重度慢性萎缩性炎。既往高血压病史10年,服用药物不详,血压控制在120/80 mm Hg左右。四诊合参,中医诊断为胃脘痛,证属脾虚湿热、气滞络瘀,兼肝肾不足。治宜健脾清化、调气舒络为先。处方:黄精15 g,白扁豆12 g,黄连3 g,砂仁3 g(后下),赤芍10 g,莪术10 g,瓜蒌20 g,败酱草12 g,桃仁10 g,决明子10 g,龙骨、牡蛎各10 g(先煎),泽泻10 g,炙甘草3 g。10剂,水煎服,早晚分服。

二诊:2018年7月16日。贪食酒及辛辣油腻食物后胃脘痛反剧,入夜尤甚,仍觉乏力、脘腹冷,善暖气,纳可,寐转安,便干溲黄。舌暗红,苔白腻泛黄,脉弦细。此为中阳不足,湿热转盛,急则治标,治宜清化湿热,健脾温运。处方:茵陈10 g,白扁豆12 g,黄芩3 g,白豆蔻5 g(后下),薏苡仁15 g,佩兰10 g,赤芍10 g,泽泻10 g,玉竹10 g,葛花10 g,蒲黄10 g,炙甘草3 g。续服7剂。

三诊:2018年7月26日。药后胃脘痛、暖气较前明显减轻,脘腹冷、疲乏稍减;时有右上肢麻;大便稍干,较前通畅,小便偏黄。舌暗红苔薄黄腻,脉弦细。湿热渐退,续以首诊思路,守首诊方去败酱草、桃仁、决明子,加茵陈10 g,蒲黄10 g,鹿衔草15 g。继服14剂。

四诊:2018年8月27日。药后脘痛、暖气明显缓解,稍疲乏,无肢体麻木;咽干,咳少许黄痰,大便干而欠畅,小便可。舌暗红苔少薄黄偏干,脉细弦。治宜理肺化痰、清化湿热为先,佐调气舒络、滋养胃阴、补肾益精之品。处方:桔梗6 g,鱼腥草15 g,白扁豆12 g,黄芩4.5 g,佩兰10 g,枳壳10 g,赤芍

10 g,蒲黄10 g,玉竹10 g,枸杞子10 g,决明子15 g,炙甘草3 g。再进7剂。此后偶有不适而随症加减,再行巩固治疗3月余。复查胃镜(2019-06-13):CAG(C-1型);病理:(胃窦小弯)全层胃窦型黏膜轻度慢性萎缩性炎。

按:本案以“反复胃脘痛1年余”为主诉,诊断为胃脘痛,证属脾虚湿热、气滞络瘀,兼肝肾不足。病位在脾胃,为本虚标实、多脏同病之证。脾虚不健,湿热内蕴,久则滞气郁血,壅塞胃络,故胃脘隐隐刺痛,入夜则甚,正如叶天士所言:“胃痛久而屡发,必有凝痰聚瘀”;湿热上扰、下注,困遏气机,故寐欠佳、小便黄;脾虚乏阳,复有湿热氤氲不去,耗气亏血伤阳,更加重后天虚损程度,故形体虽盛,但其气实虚,平素神疲,脘腹畏冷,喜温饮,均为脾胃虚寒之征象;脾虚失运,胃失和降,肠腑欠畅,故善暖气、便结不畅;患者年近七旬,肝肾渐亏,肝阳偏亢,故性急易怒、头晕,高血压病史可为参考。舌暗红苔白泛黄,脉弦细,为脾虚湿热、气滞络瘀之佐证。治以健脾清化、调气舒络为先。方中黄精、白扁豆为君,益气养阴,健脾温中,以治CAG之本;臣以黄连、砂仁清化湿热,理气醒脾,以治CAG之标。君臣相佐,标本兼治,且无呆补、伤正之虞。佐以赤芍、莪术、桃仁、败酱草,既清热散瘀、通络止痛,又阻断CAG病理进程;龙骨、牡蛎重镇安神,平肝潜阳,制酸和胃;“小大不利治其标”,故以瓜蒌、桃仁、决明子理气润肠通便,泽泻利尿泄浊、导热下行,以促湿热从二便而出。使以炙甘草调和诸药。二诊,仍觉乏力、脘腹冷为中阳不足之象;更因饮食不节后胃脘痛反剧,便干溲黄,舌暗红苔白腻泛黄,此为湿热转盛。治以清化湿热为先,佐健脾温运,故另拟新方。方中茵陈、白扁豆为君,清利湿热,健脾祛湿。黄芩苦寒燥化,佩兰芳化、白豆蔻温化、薏苡仁渗化,四药为臣,既助君药清化湿热,又具健脾温运之功。君臣相辅相佐,并治虚实。佐以赤芍散瘀舒络,泽泻清利湿热;蒲黄化瘀、利尿,兼具赤芍、泽泻之功;葛花解酒醒脾,以解酒毒、化湿热。使以玉竹益胃养阴,防清化太过,伤及胃阴;炙甘草调和诸药。三诊,药后脘痛、暖气、脘腹冷、疲乏诸症减轻,粪偏干但较前通畅,小便偏黄。舌暗红苔薄黄腻,考虑湿热渐退,肠腑气机渐畅。CAG之治,仍需以健脾清化并行,故守首诊方,药暂去败酱草、桃仁、决明子等清

热散瘀、润肠通便之品,加茵陈、蒲黄续行清利湿热、散瘀利尿之法;时有右上肢麻,加鹿衔草祛风湿、益肝肾、强筋骨。继服14剂。四诊时,诸症续减,但湿热久蕴,易生痰热,“肺手太阴之脉起于中焦,下络大肠”,痰热湿邪可循肺脉上至肺窍,故见咽干、咳黄痰,便干欠畅等症,治宜理肺化痰、清化湿热为先,佐调气舒络、滋养胃阴、补肾益精之品。方中以桔梗、鱼腥草宣肺清热化痰,白扁豆、黄芩、佩兰清化湿热,枳壳、赤芍、蒲黄调气舒络,玉竹益阴养胃,枸杞子益精养血、补益肝肾;决明子润肠通便,炙甘草调和诸药。后随症加减,巩固治疗,复查胃镜示CAG明显好转。

4 结语

CAG的辨治应以脾虚为本,湿热为标,气滞络瘀是其重要病变特征。同时,还应认识到不同个体的寒热变化。治疗上,临证时注重把握证候虚实主次关系的基本原则。邪实偏盛,则以祛邪为先,佐以扶正;正虚凸显,则以扶正为主,兼清余邪。方从法出,处方用药方面,杨老师常以理脾固本、清化湿热、平调寒热、调气舒络为法。此外,在CAG的辨识过程中,杨老师重视参伍舌象,认为舌脉可以较为客观反映邪正的变化,有助于提高遣方用药的准确性和精确性。

参考文献

- [1] 李军祥,陈 諝,吕 宾,等.慢性萎缩性胃炎中西医结合诊疗共识意见(2017年)[J].中国中西医结合消化杂志,2018,26(2):121-131.
- [2] LAHNER E, ZAGARI R M, ZULLO A, et al. Chronic atrophic gastritis: Natural history, diagnosis and therapeutic management. A position paper by the Italian society of hospital gastroenterologists and digestive endoscopists [AIGO], the Italian society of digestive endoscopy [SIED], the Italian society of gastroenterology [SIGE], and the Italian society of internal medicine [SIMI][J]. Digestive and Liver Disease, 2019, 51(12): 1621-1632.
- [3] CORREA P. A human model of gastric carcinogenesis[J]. Cancer Research, 1988, 48(13): 3554-3560.
- [4] PARK Y H, KIM N. Review of atrophic gastritis and intestinal Metaplasia as a premalignant lesion of gastric cancer[J]. Journal of Cancer Prevention, 2015, 20(1): 25-40.
- [5] 王 萍,尹晓岚,张北华,等.近40年慢性萎缩性胃炎及胃癌前病变中医研究述评[J].中医杂志,2020,61(22):1943-1947.
- [6] 王少丽,白宇宁,倪媛元,等.慢性萎缩性胃炎中医证候分布与胃黏膜病理变化的相关性研究[J].中国中医基础医学杂志,2021,27(4): 603-607.
- [7] 范丽红,方 园,黄 河,等.针刺与艾灸治疗慢性萎缩性胃炎的多中心前瞻性临床研究[J].湖南中医药大学学报,2020,40(9):1060-1064.
- [8] 骆云丰,陈锦团.杨春波治疗慢性胃病经验[J].世界中医药,2012,7(1):23-24.
- [9] 杨春波,黄可成,王大仁.现代中医消化病学[M].福州:福建科学技术出版社,2007:126-128.
- [10] 张乃卫,程红杰,安立保,等.慢性胃炎中医辨证与胃镜像相关性研究[J].世界中医药,2021,16(1):173-176.
- [11] 房静远,杜奕奇,刘文忠,等.中国慢性胃炎共识意见(2017年,上海)[J].胃肠病学,2017,22(11):670-687.
- [12] 张声生,唐旭东,黄穗平,等.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.
- [13] 胡光宏,王文荣.杨春波教授妙用达原饮治疗胃肠病[J].中医药通报,2011,10(6):25-26.
- [14] 杨春波.脾胃湿热理论的形成及临床应用[J].福建中医药大学学报,2010,20(5):1-5.
- [15] 刘启鸿,柯 晓,骆云丰.国医大师杨春波察舌辨湿热案经验[J].中医药杂志,2021,36(1):194-196.
- [16] 杨春波,黄可成,肖丽春,等.脾胃湿热证的临床研究:附400例资料分析[J].中医杂志,1994,35(7):425-427.
- [17] 杨春波,骆云丰,任 彦,等.杨春波教授辨治脾胃湿热证法要[J].中国中西医结合消化杂志,2019,27(7):483-484.

(本文编辑 贺慧娥)