

引用:杨广栋,高志远,朱二零,林佳静,徐湘江,李卫民. 中药辨证敷脐治疗肝硬化腹水60例临床观察[J]. 湖南中医杂志,2020,36(8):71-74.

# 中药辨证敷脐治疗肝硬化腹水60例临床观察

杨广栋,高志远,朱二零,林佳静,徐湘江,李卫民  
(河北省沧州中西医结合医院,河北 沧州,061001)

**[摘要]** 目的:观察中药辨证敷脐治疗肝硬化腹水的临床疗效。方法:将120例肝硬化腹水患者随机分为治疗组和对照组,每组各60例。对照组采用西医常规治疗,治疗组在对照组治疗的基础上加用益气活血利水方敷脐治疗。观察2组治疗前后中医证候积分(腹胀、少尿、肢体水肿、乏力、纳差)、平均腹胀缓解时间、血液学指标、生存质量评分改善情况及不良反应发生情况。结果:总有效率治疗组为88.4%(53/60),优于对照组的68.3%(41/60),差异有统计学意义( $P < 0.05$ ),而且在改善患者中医证候积分、缩短腹胀缓解时间以及改善生存质量方面(除焦虑、情感功能)相较于对照组均有优势,差异均有统计学意义( $P < 0.05$ ),但血液学各指标2组间比较,差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。结论:中药辨证敷脐治疗肝硬化腹水可有效提高患者的综合疗效、加速患者腹胀缓解、改善患者中医证候积分及生存质量,疗效确切,值得临床推广及进一步研究。

**[关键词]** 肝硬化腹水;中医药疗法;敷脐疗法

**[中图分类号]** R259.752 **[文献标识码]** A **DOI:** 10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2020.08.027

腹腔积液是失代偿期肝硬化最为常见的并发症之一,也是肝硬化由代偿期发展为失代偿期的重要标志。其与中医学“水臌”“臌胀”类似,通常以单纯腹部胀满膨大为主要临床表现,以腹部如囊裹水为主要特征。笔者在西医常规疗法的基础上加用传统中药敷脐治疗气虚血瘀型肝硬化腹水60例,取得了一定的临床效果,现报告如下。

## 1 临床资料

**1.1 一般资料** 120例均为2016年1月至2018年6月在我院脾胃肝病科就诊的患者,将其随机分为治疗组和对照组,每组各60例。治疗组中,男38例,女22例;年龄20~65岁,平均48.12岁;Child-Pugh分级:B级12例,C级48例;乙肝后肝硬化49例,丙肝后肝硬化3例,酒精性肝硬化7例,原发性胆汁性肝硬化1例。对照组中,男35例,女25例;年龄20~65岁,平均48.86岁;Child-Pugh分级:B级12例,C级48例;乙肝后肝硬化49例,丙肝后肝硬化4例,酒精性肝硬化2例,原发性胆汁性肝硬化5例。2组一般资料比较,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《肝硬化腹水的中西医结合治疗共识意见2011年版》<sup>[1]</sup>中有关标准

诊断。

**1.2.2 中医辨证标准** 参照《中药新药临床研究指导原则》<sup>[2]</sup>及《肝硬化腹水中医诊疗规范专家共识意见》<sup>[3]</sup>中的相关标准拟定气虚血瘀证的辨证标准。主症:1)腹大胀满膨大,形似蛙腹,按之如囊裹水,早轻暮重,可伴有青筋暴露;2)神疲困倦乏力,面色萎黄;3)两胁刺痛且痛处不移,胁下有积块,面色晦暗,皮肤可见红点赤缕;4)舌淡红胖大或有齿痕或舌下系脉迂曲或舌体局部可见瘀斑瘀点,苔薄白润或白滑。次症:1)脘闷纳呆,或食后作胀;或面色萎黄,食少便溏;2)肢冷喜暖,下肢水肿;3)小便短少,或小便不利;4)脉沉弦无力或脉细涩。具备主症2项加次症2项,或主症第1项加次症3项即可明确辨证。

**1.3 纳入标准** 1)符合上述西医诊断及中医辨证标准;2)年龄 $> 18$ 岁,且 $\leq 65$ 岁;3)具有较好的依从性;4)知情并签署知情同意书。

**1.4 排除标准** 1)伴有重型肝炎或原发性肝癌;2)合并肝性脑病、上消化道出血、肝肾综合征、自发性细菌性腹膜炎等严重的失代偿期肝硬化并发症;3)合并有呼吸、心脑血管、泌尿、血液系统严重原发疾病;4)妊娠或哺乳期妇女;5)患有精神疾病;6)正

在参加其他药物的临床试验;7)对本研究所涉及药物过敏;8)中途退出或不愿意参加本研究,或未按规定用药导致无法判断疗效,或资料不全而影响疗效判断。

2 治疗方法

2.1 对照组 采用西医常规治疗。护肝降酶药物选用还原型谷胱甘肽(山东绿叶制药有限公司,批准文号:国药准字 H20030002,规格:0.6 g/支)静脉滴注,2 支/次,1 次/d;联合应用异甘草酸镁注射液(江苏正大天晴制药有限公司,批准文号:国药准字 H20051942,规格:50 mg/支)静脉滴注,3 支/次,1 次/d。利尿药物选用呋噻米片(上海朝晖药业有限公司,批准文号:国药准字 H31021074,规格:20 mg/片)口服,2 片/次,1 次/d;联合螺内酯片(杭州民生药业有限公司,批准文号:国药准字 H33020070,规格:20 mg/片)口服,5 片/次,1 次/d。当白蛋白 <30 g/l 时,予人血白蛋白(同路生物制药有限公司,批准文号:国药准字 S10960083,规格:10 g/支)静脉滴注,1 支/次,1 次/d,连续治疗 3d,复查若仍低于 30 g/L,则继续治疗,若高于 30 g/L,则停止。乙肝后肝硬化,乙肝 DNA 阳性的患者予以恩替卡韦分散片(正大天晴药业集团股份有限公司,批准文号:国药准字 H20100019,规格:0.5 mg/片)口服,1 片/d。

2.2 治疗组 在对照组治疗的基础上加用益气活血利水方敷脐治疗。药物组成:黄芪 40 g,茯苓 20 g,白术 20 g,柴胡 15 g,枳壳 15 g,太子参 20 g,丹参 15 g,莪术 12 g,鳖甲 15 g,泽泻 20 g,猪苓 15 g,车前草 15 g。将上述药物分别用粉碎机研末,用 180 目过滤网过筛去除杂质后,混合均匀置入密封袋,常温下保存。每次取药粉 3 g,用生姜汁调成膏状,以 6 cm×6 cm 胶布制成敷贴,外敷神阙穴,保留 6 h,1 次/d。

2 组均以 2 周为 1 个疗程,治疗 2 个疗程后比较临床疗效。

3 疗效观察

3.1 观察指标 1)综合疗效。2)中医证候积分。参照《中药新药临床研究指导原则》<sup>[2]</sup>中的相关内容制定中医证候评分表。主要对腹胀、少尿、肢体水肿、乏力、纳差 5 个证候进行评分,将各症状均划分为无、轻、中、重 4 个等级,分别用 0~3 分 4 个分值来计分,分值越高,表示症状越严重。3)平均腹

胀缓解时间。4)血液学指标。观察并记录 2 组患者肝肾功能、血常规、电解质、凝血功能等血液学指标治疗前后的变化情况。5)生存质量。观察并记录 2 组患者治疗前后慢性肝病问卷(CLQD)<sup>[4]</sup>调查表各维度积分及其变化。该问卷包括腹总汇症状(AS)、乏力(FA)、全身症状(SS)、活动(AC)、情感功能(EF)、焦虑(WO)6 个维度 29 个条目,各条目及维度总分均为正向 1~7 分,分数越高代表生存质量越好。6)不良反应。观察并记录治疗期间患者出现的不良反应。

3.2 疗效标准 参照《肝硬化腹水中医疗诊疗规范专家共识意见》<sup>[3]</sup>中的相关标准制定。临床控制:腹水完全消退,腹胀症状消失,B 超复查无腹水或仅有少量腹水,四肢水肿消失,每天尿量 >1200 ml,体质量及腹围恢复至腹水出现前水平,以上状况能够持续 1 个月以上;显效:腹水消退明显,四肢水肿明显减轻,B 超检查腹水减少 ≥50%,每 24 h 尿量 >1000 ml,但 ≤1200 ml,体质量下降 ≥3 kg 或腹围减小幅度 ≥5 cm;有效:腹水有所消退,四肢水肿减轻,B 超检查腹水减少 <50%,每 24 h 平均尿量 <1000 ml,体质量有所下降,但下降程度 <3 kg 或腹围减小幅度 >3 cm,但 <5 cm;无效:腹水、尿量、腹围、体质量均无改善,甚至加重者。

3.3 统计学方法 采用 SPSS 21.0 统计学软件进行数据分析。计量资料采用均数 ± 标准差( $\bar{x} \pm s$ )进行描述,若服从正态分布,则采用 *t* 检验,不服从正态分布,则采用秩和检验;计数资料以率(%)进行描述,采用  $\chi^2$  检验,等级资料比较采用秩和检验;*P* < 0.05 为差异有统计学意义。

3.4 治疗结果

3.4.1 2 组综合疗效比较 总有效率治疗组为 88.4%,高于对照组的 68.3%,差异有统计学意义。(见表 1)

表 1 2 组综合疗效比较[例(%)]

| 组别  | 例数 | 临床控制     | 显效       | 有效       | 无效       | 总有效                   |
|-----|----|----------|----------|----------|----------|-----------------------|
| 治疗组 | 60 | 13(21.7) | 27(45.0) | 13(21.7) | 7(11.6)  | 53(88.4) <sup>a</sup> |
| 对照组 | 60 | 8(13.3)  | 16(26.7) | 17(28.3) | 19(31.7) | 41(68.3)              |

注:与对照组比较,<sup>a</sup>*P* < 0.05。

3.4.2 2 组治疗前后中医证候积分比较 2 组中医证候中腹胀、少尿、肢体水肿、乏力积分及总积分,治疗前后组内比较以及治疗后组间比较,差异均有统计学意义;2 组治疗后纳差均较治疗前有所改善(*P* < 0.05),但组间比较,差异无统计学意义。(见表 2)

表 2 2 组中医证候积分比较( $\bar{x} \pm s$ ,分)

| 组别  | 例数 | 时间节点 | 腹胀                      | 少尿                      | 肢体水肿                    | 乏力                      | 纳差                      | 总积分                     |
|-----|----|------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|
| 治疗组 | 60 | 治疗前  | 2.58±0.49               | 2.37±0.61               | 2.11±0.51               | 2.52±0.40               | 2.05±0.81               | 11.63±0.59              |
|     |    | 治疗后  | 0.42±0.46 <sup>ab</sup> | 0.52±0.39 <sup>ac</sup> | 0.57±0.51 <sup>ac</sup> | 0.72±0.45 <sup>ac</sup> | 0.61±0.52 <sup>ad</sup> | 2.84±0.49 <sup>ac</sup> |
| 对照组 | 60 | 治疗前  | 2.62±0.51               | 2.34±0.55               | 2.10±0.48               | 2.53±0.46               | 2.07±0.64               | 11.66±0.53              |
|     |    | 治疗后  | 1.10±0.50 <sup>a</sup>  | 0.93±0.44 <sup>a</sup>  | 0.93±0.51 <sup>a</sup>  | 1.22±0.52 <sup>a</sup>  | 0.93±0.43 <sup>a</sup>  | 5.11±0.51 <sup>a</sup>  |

注:与本组治疗前比较,<sup>a</sup> $P<0.05$ ;与对照组治疗后比较,<sup>b</sup> $P<0.01$ ,<sup>c</sup> $P<0.05$ ,<sup>d</sup> $P>0.05$ 。

3.4.3 2 组平均腹胀缓解时间比较 平均腹胀缓解时间治疗组为(2.88±0.47)d,对照组为(4.66±0.55)d,2 组比较,差异有统计学意义( $P<0.05$ )。

3.4.4 2 组治疗前后血液学指标比较 治疗后,2 组血液学各指标均有所改善,但组间比较,差异无统计学意义。(见表 3)

3.4.5 2 组治疗前后生存质量评分比较 治疗后治疗组的腹部症状、乏力、系统症状、活动及焦虑评分较治疗前有所改善,但情感功能无改善。治疗后对照组的腹部症状、乏力、系统症状及活动方面评分较治疗前有所改善,但焦虑、情感功能无改善。治疗后治疗组在腹部症状、乏力及系统症状改善方面疗效优于对照组,差异有统计学意义,但在活动、焦虑、情感功能上,疗效差异无统计学意义。(见表 4)

表 3 2 组治疗前后血液学指标比较( $\bar{x} \pm s$ )

| 项目                               | 治疗组( $n=60$ ) |                          | 对照组( $n=60$ ) |             |
|----------------------------------|---------------|--------------------------|---------------|-------------|
|                                  | 治疗前           | 治疗后                      | 治疗前           | 治疗后         |
| TBiL( $\mu\text{mol/L}$ )        | 38.60±18.25   | 36.40±11.25 <sup>a</sup> | 37.90±14.33   | 36.20±10.65 |
| ALT(U/L)                         | 65.80±23.20   | 35.20±11.50 <sup>a</sup> | 67.40±20.60   | 37.10±12.50 |
| AST(U/L)                         | 66.40±30.70   | 40.30±12.70 <sup>a</sup> | 65.80±28.70   | 39.70±10.70 |
| GLB( $\text{g/L}$ )              | 34.70±8.60    | 32.70±8.20 <sup>a</sup>  | 33.60±9.20    | 32.90±9.10  |
| ALB( $\text{g/L}$ )              | 28.60±3.80    | 30.80±2.30 <sup>a</sup>  | 28.80±4.10    | 30.20±2.90  |
| K <sup>+</sup> (mmol/L)          | 3.72±0.62     | 3.88±0.43 <sup>a</sup>   | 3.69±0.58     | 3.76±0.46   |
| Na <sup>+</sup> (mmol/L)         | 131.20±8.68   | 135.60±5.64 <sup>a</sup> | 131.50±7.68   | 133.80±5.81 |
| Cl(mmol/L)                       | 102.30±5.60   | 102.70±6.20 <sup>a</sup> | 101.20±4.90   | 102.60±6.20 |
| PT(sec)                          | 14.60±4.20    | 14.10±3.80 <sup>a</sup>  | 14.80±4.00    | 14.40±3.90  |
| APTT(sec)                        | 45.80±13.90   | 42.50±13.70 <sup>a</sup> | 44.90±13.90   | 42.30±11.90 |
| RBC( $10 \times 10^9/\text{L}$ ) | 3.26±2.38     | 3.32±2.52 <sup>a</sup>   | 3.22±2.21     | 3.38±2.22   |
| PLT( $10 \times 10^9/\text{L}$ ) | 86.40±36.50   | 88.60±33.70 <sup>a</sup> | 84.80±32.60   | 87.20±34.70 |
| HGB( $\text{g/L}$ )              | 91.60±29.20   | 93.80±31.20 <sup>a</sup> | 90.90±29.30   | 94.30±30.60 |
| WBC( $10 \times 10^9/\text{L}$ ) | 3.11±0.62     | 3.42±0.59 <sup>a</sup>   | 3.08±0.52     | 3.39±0.61   |

注:与对照组治疗后比较,<sup>a</sup> $P>0.05$ 。

表 4 2 组治疗前后生存质量评分比较( $\bar{x} \pm s$ ,分)

| 组别  | 例数 | 时间节点 | 腹部症状                     | 乏力                       | 系统症状                     | 活动                       | 焦虑                       | 情感功能                     |
|-----|----|------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 治疗组 | 60 | 治疗前  | 9.32±2.64                | 16.85±3.28               | 21.36±4.13               | 9.16±2.86                | 33.60±4.22               | 23.81±4.23               |
|     |    | 治疗后  | 18.86±3.25 <sup>ac</sup> | 27.48±4.21 <sup>ac</sup> | 29.66±3.28 <sup>ac</sup> | 17.62±2.96 <sup>ad</sup> | 41.32±4.66 <sup>ad</sup> | 28.03±3.46 <sup>bd</sup> |
|     |    | 分值改善 | 9.54±3.06                | 10.63±3.65               | 8.30±3.58                | 8.46±2.90                | 7.72±4.38                | 4.22±3.86                |
| 对照组 | 60 | 治疗前  | 9.16±2.82                | 17.22±3.64               | 23.06±3.86               | 9.23±2.46                | 34.82±3.88               | 24.12±3.96               |
|     |    | 治疗后  | 15.62±3.64 <sup>a</sup>  | 24.88±4.08 <sup>a</sup>  | 27.68±3.42 <sup>ac</sup> | 15.28±2.84 <sup>a</sup>  | 40.02±4.26 <sup>b</sup>  | 27.19±4.12 <sup>b</sup>  |
|     |    | 分值改善 | 6.46±3.12                | 7.66±3.98                | 4.62±3.62                | 6.05±2.66                | 5.20±4.08                | 3.07±4.07                |

注:与本组治疗前比较,<sup>a</sup> $P<0.05$ ,<sup>b</sup> $P>0.05$ ;与对照组治疗后比较,<sup>c</sup> $P<0.05$ ,<sup>d</sup> $P>0.05$ 。

3.5 不良反应 在治疗过程中,治疗组 1 例患者治疗 2 d 后脐部皮肤出现红肿、瘙痒,予对症治疗症状好转,继续用药未再出现不良反应;对照组 1 例患者治疗第 3 天时,因并发消化道出血而退出观察,予重新入组患者。

4 讨 论

中医学认为,气属阳,津属阴,气足则水津四布,气虚则滞,气滞则津停,聚而为湿为水;又血与水关系密切,均化源于水谷精微,生理上同生互化,病理上互为因果,共同影响着疾病的发展。气虚运化无力,则易形成瘀血阻络,血不利则为水;血行不畅则气滞不行,气血化生乏源则正气日渐

虚弱,津液运化失常,水湿停聚则变生水邪;同时水邪又阻滞气机,致气滞水停,必然会加重血瘀。因此治疗肝硬化腹水,益气活血是阻断腹水恶性循环及疾病反复的关键,是治疗该病并维持疗效的要着<sup>[5]</sup>。

中医学认为,脐即神阙穴,又名“气会”,属任脉,为后天之气舍,乃经络之总枢,经气之汇海,外可连全身十二经,内可通五脏六腑,在气血运行与脏腑功能调节中起着十分重要的作用<sup>[6]</sup>。《医宗金鉴》谓神阙穴可“主治百病”。敷脐疗法是将药物作用于神阙穴,以改善气血运行,调节脏腑功能,疏通经脉,是中医学独具特色的外治法之一。对于臌胀

患者,敷脐疗法还可解决中药汤剂液体量较多,与臌胀患者限制液体摄入之间的矛盾,同时,通过刺激神阙穴与药物直接透皮吸收的双重作用,达到改善患者生存质量,避免疾病反复的目的<sup>[7]</sup>。现代医学研究认为,脐部皮肤皮下无脂肪组织,表皮角质层最薄,可直接连接筋膜、腹膜,而且脐下具有丰富的周围血管分支,浅部能够与腹壁浅静脉、胸腹壁静脉相吻合,深部能够连接腹壁上下静脉,并且还有腹下动脉分支通过脐部<sup>[8-10]</sup>。对于失代偿期肝硬化患者,其门静脉压力增高,侧支循环形成,使脐静脉通过腹壁浅静脉由腹壁上或下静脉与腔静脉之间形成通道,该变化更有助于敷脐药物快速进入血液而发挥作用<sup>[11-12]</sup>;另外还有研究表明,药物敷脐可通过神经体液的作用来调节内分泌、神经以及免疫系统,以改善患者各器官及组织的功能活动,促进疾病康复<sup>[13]</sup>。

本研究采用的自拟益气活血利水方中黄芪益气温阳,太子参益气健脾兼能顾护脾阴,二药合用针对腹胀患者久病气虚之本,可益气温阳,助水液代谢恢复正常,则腹水自消;白术、茯苓健脾利水,脾气健运,水道通利则臌胀自除;丹参、莪术、鳖甲秉仲景“血不利则为水”之意,活血化瘀,去菟陈莖,络脉通,气血行,水自消;柴胡“去肠胃中结气”,枳壳行气除胀,二药合用除心腹肠胃中水气,缓解腹胀以治标;泽泻逐膀胱、三焦停水,利水通淋而补阴不足,猪苓主水肿胀满、满腹急痛,治小便不利,车前草利水道,除湿痹,兼能强阴益精,三药合用通利水道,导浊阴由水道而出,元气足,清浊分,络脉畅,水精四布,五经并行,津液代谢重归正常,腹水自然消除,且不易反复。本研究结果表明,在西医基础治疗上联合中药敷贴神阙穴的方法来治疗肝硬化腹水,其综合疗效优于单用西医基础治疗的对照组,且能够明显缩短肝硬化腹水患者腹胀缓解时间,并在改善中医证候积分方面具有明显优势,分析其原因可能为益气活血利水中药,经神阙穴小剂量、持续、缓慢渗透,以利水渗湿,活血化瘀通络,从而促进水液排除,腹胀缓解;但在改善血液学指标方面,与对照组比较,差异无统计学意义,有待进一步延长疗程或增加给药剂量进行研究。

#### 参考文献

[1] 中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会. 肝硬化腹水

的中西医结合治疗共识意见 2011 年版[J]. 中国中西医结合杂志, 2011, 31(9): 1171-1174.

- [2] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则 M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 148.
- [3] 中华中医药学会脾胃病分会. 肝硬化腹水中医诊疗规范专家共识意见[J]. 北京中医药, 2012, 31(11): 868-872.
- [4] YOUNOSSI ZM, GUYATT G, KIWI M, et al. Development of a disease specific questionnaire to measure health related quality of life in patients with chronic liver disease[J]. Gut, 1999, 45(2): 295.
- [5] 李妍. 温阳活血中药敷脐治疗肝硬化腹水 40 例[J]. 中国中医药现代远程教育, 2014, 12(3): 88-89.
- [6] 杨跃青, 张燕. 鼓胀退水贴外敷治疗肝硬化腹水 58 例[J]. 陕西中医, 2015, 36(1): 15-16.
- [7] 刘繁荣. 敷脐疗法联合腹水超滤浓缩回输术治疗肝硬化难治性腹水 30 例[J]. 陕西中医, 2013, 34(5): 569-570.
- [8] 杨剑波. 论敷脐疗法及其机理[J]. 中西医结合肝病杂志, 2006, 4(8): 45-46.
- [9] 吕文哲, 黄小林, 吴文平, 等. 敷脐消臌膏治疗肝硬化腹水疗效观察[J]. 陕西中医, 2014, 35(12): 1600-1602.
- [10] 周明东, 全巧云, 周刚. 十枣汤敷脐神阙穴治疗肝硬化腹水疗效观察[J]. 中国中医急症, 2012, 21(7): 1166.
- [11] 李晏杰, 毛德文, 黄雪霞, 等. 加用甘遂末敷脐联合中药灌肠治疗肝硬化腹水的临床研究[J]. 广西中医药, 2015, 38(2): 9-11.
- [12] 邢枫, 陶艳艳, 张华, 等. 中药内服外敷治疗肝硬化难治性腹水的疗效观察[J]. 世界中医药, 2015, 10(2): 169-173.
- [13] 张绿浪, 邓长刚, 陈思源. 隔姜灸神阙穴联合参苓白术散对艾滋病脾虚证腹泻及免疫功能的影响[J]. 临床药物治疗杂志, 2018, 16(9): 24-28.

(收稿日期: 2019-10-17)

### 药酒虽好, 几点要注意(一)

“酒为百药之长”, 用酒治病和用酒制药, 历史十分悠久, 大约在周代即出现了“醪醴”, 即药酒, 后在成方制剂中称为酒剂。《黄帝内经》中即有汤液、醪醴的记载和论述。药酒是中医方药和中药制剂学中的重要内容, 用药酒治病或保健养生早已成为我国传统医学中的一种独特方法。所谓药酒, 即将处理洁净的中药材、饮片, 按一定比例浸入在 50°以上至 60°左右的粮白酒中, 所制得的澄明液体制剂。也有将中药材、饮片浸入食用乙醇、黄酒、米酒或葡萄酒中, 经过月余后, 使有效成分溶解于酒中, 除去药渣而得者。但是药酒虽好, 有以下几点需要重视。(http://www.cntcm.com.cn/yskp/2020-08/07/content\_79265.htm)