

● 文献综述 ●

引用:覃雁,刘熙荣,李生发,黄贵华,林浩,林华胜,程臣,周衡,牟丽环,谭俊,林壮燕,梁仁久,姚祎. 急性胰腺炎的中医药研究进展[J]. 湖南中医杂志,2021,37(1):164-167.

急性胰腺炎的中医药研究进展

覃 雁¹,刘熙荣²,李生发²,黄贵华¹,林 浩¹,林华胜²,程 臣²,周 衡²,

牟丽环²,谭 俊¹,林壮燕¹,梁仁久¹,姚 祎³

(1. 广西中医药大学,广西 南宁,530001;

2. 广西中医药大学第一附属医院,广西 南宁,530023;

3. 安康市中医医院,陕西 安康,725000)

[关键词] 急性胰腺炎;中医药疗法;综述;学术性

[中图分类号] R259. 756

[文献标识码] A

DOI: 10. 16808/j. cnki. issn1003-7705. 2021. 01. 056

急性胰腺炎是多种病因导致胰腺组织自身消化所致的胰腺水肿、出血及坏死的炎性反应。该病以急性上腹痛及血淀粉酶或脂肪酶升高为特点,具有起病急、进展快、并发症多、发病率及病死率高等特点。目前临床上多采用液体复苏、疼痛管理、抗生素、营养支持、内镜及手术治疗等方法^[1]。近年来,随着中医学的进一步发展,在西医治疗急性胰腺炎的基础上联合中医药治疗可以取得比单用西医治疗更好的效果,特别是在促进肠道功能的恢复、控制感染、减少并发症的发生、改善全身症状等方面效果良好,不仅可降低患者的病死率,也可缩短患者住院时间,减轻医疗负担。现就近 5 年中医药对急性胰腺炎的研究进展综述如下。

1 中医学对急性胰腺炎的认识

中医学中并无“胰腺炎”这一病名,根据其临床症状可将其归属于“胃脘痛”“腹痛”“脾心痛”“胰瘕”等范畴。《素问·厥论》云:“腹胀胸满,心尤痛甚,胃心痛也……痛如锥针其心,心痛甚者,脾心痛也”,《素问·六元正纪大论》载:“木郁之发,民病胃脘当心而痛,上至两胁,扇咽不通,食欲不下”,《素问·五常政大论》云:“少阳司天火气下临,肺气上从……心痛,胃脘痛”。《伤寒杂病论》则从不同方面论述了本病的临床特点,如《伤寒论·辨太阳病脉证并治下》记载:“从心下至少腹,硬满而痛,不可近者,大陷胸汤主之。”金元时期朱丹溪则进一步指出了本病的辨证施治及饮食宜忌,如《丹溪心法·心脾病》云:“假如心痛,有因平日喜食热物,以致死血留于胃口作痛,用桃仁承气汤下之”。

1.1 病因病机 急性胰腺炎病位主要在肝、胆、脾、胃,与

心、肺、肾、脑、肠密切相关,其病因主要包括外邪侵袭、饮酒、暴饮暴食、蛔虫内扰、情志失调、胆道石阻等。湿、热、瘀、毒蕴结中焦导致脾胃升降功能失职,肠传化功能失常、肝疏泄功能失调为本病发生的病机关键。急性胰腺炎初期多属实证、热证、里证,多见肝胆疏泄失调,湿郁热结蕴于中焦。若救治不及时,病情进一步发展,实热阻滞肝脾,热盛化热成毒入里,深入营血,血与热相搏,重伤脏腑则化腐成脓,形成胰周脓肿、胰腺脓肿;若毒邪入血,耗血动血、迫血妄行,伤及胃络,则会导致血证的发生(消化道出血)。病情再进一步发展,则为本病的危急重症,主要表现为内闭外脱、亡阳亡阴诸证。若病情得到控制,进入恢复期,则可演变为气阴两虚或湿热留恋等证。

1.2 辨证分型 辨证论治是中医诊治疾病的关键,国内学者虽然对于急性胰腺炎的辨证分型已经达成了比较全面的共识,但由于主观性比较大,缺乏客观临床指标等因素的影响,中医辨证分型多不统一。陈太福等^[2]根据中医辨证将急性胰腺炎分为肝郁气滞、肝胆湿热、湿热蕴脾、胃肠热结和心阳暴脱 5 个证型。贾云飞等^[3]研究显示,急性胰腺炎的中医证型根据分布比例从高到低依次可分为肝胆湿热证、腑实热结证、肝郁气滞证、瘀毒互结证和内闭外脱证,且认为肝胆湿热证、腑实热结证和肝郁气滞证是急性胰腺炎最主要的 3 个证型。许根荣等^[4]通过对 5433 例急性胰腺炎患者进行分析,发现中医证候最多的是肝胆湿热证,占 50.28%,其次是气滞血瘀证,占 25.42%。祁佳梅^[5]对 60 例急性胰腺炎进行研究,发现患者中辨证为肝胆湿热证的比

基金项目:2016 年广西中医药民族医药自筹经费科研课题(GZZC16-02);广西名中医黄贵华传承工作室建设项目(桂卫中医发[2017]2 号)

第一作者:覃雁,女,医学硕士,医师,研究方向:中医药防治脾胃系疾病

通讯作者:李生发,男,医学硕士,副主任医师,研究方向:中西医结合防治消化系统疾病,E-mail:shengfali_1983@163.com

例最多(36.7%),其次为肝郁气滞证(30.0%)和腑实热结证(16.7%)。同时还发现了不同疾病合并急性胰腺炎的中医证候分布规律,合并胆石症的中医证候中,肝胆湿热证最多(51.9%),其次为肝郁气滞证(18.5%)和腑实热结证(18.5%);合并脂肪肝的中医证候中,肝郁气滞证最多(52.6%),其次为肝胆湿热证(21.1%);合并高脂血症的中医证候中,常见证候为肝郁气滞证(38.5%)和肝胆湿热证(38.5%);合并糖尿病的中医证候中,常见证候为脾虚气滞证(50.0%),其次为肝郁气滞证(37.5%)。《2017 急性胰腺炎中医诊疗专家共识》^[6]。将急性胰腺炎的辨证分期分型进行统一,分为急性期(肝郁气滞证、肝胆湿热证、腑实热结证、瘀毒互结证、内闭外脱证)和恢复期(肝郁脾虚证、气阴两伤证)。

1.3 治则治法 急性胰腺炎在临床上进展迅速,在疾病的不同发展时期证型各异,传变难以预测,常根据不同时期疾病的病机特点采用相应的治法。蔡炳勤教授将急性胰腺炎分期为急性反应期、全身感染期(全身感染早期、全身感染中期、全身感染后期)和残余感染期3期,急性反应期采用泻热逐水为法,方药选用甘遂末、复方大承气汤加減;全身感染期在泄热逐水的基础上,佐以清泻三焦、清热凉血解毒、透达膜原兼清余毒为法,方药选用大柴胡汤、清胰汤、清瘟败毒饮、柴胡达原饮加減;残余感染期治以寒热并调、扶正祛邪为法,方药常选用半夏泻心汤加減。急性反应期和全身感染期,正邪剧烈交争,故泄热逐水贯穿其过程;残余感染期,正气已伤,邪气未去,治疗当以攻补兼施,扶助正气以鼓邪外出^[7]。肖国辉教授根据“腑实”的病机将急性胰腺炎分为急性期和缓解期,认为“通法”贯穿于急性胰腺炎治疗的始终,并提出了通腑泄浊、清热解毒、活血散瘀、行气止痛的治疗原则^[8]。

2 临床治疗

2.1 单味中药联合西药 随着现代科学技术的发展,动物实验研究及药理研究的不断深入,越来越多的中药被运用到急性胰腺炎的治疗中。研究表明生大黄、姜黄、黄连素、甘遂等采用口服、灌肠、保留灌胃等疗法能够改善急性胰腺炎患者的临床症状,抑制全身炎症反应,改善胰腺组织损伤,降低并发症的发生率。

2.1.1 生大黄 生大黄主要成分为大黄酸、大黄素、鞣质、芦荟等,性寒味苦,具有泻下攻积、清热泻火、凉血解毒、逐瘀通经的功效,现代研究发现生大黄不仅可通过降低血液、腹水中的炎性细胞因子的水平而减轻胰腺病理损伤,对重症急性胰腺炎起到治疗作用外,还具有抑制胰蛋白酶、胰脂肪酶等胰酶的分泌、促进肠蠕动,改善和消除肠道麻痹,促进肠道内毒素排泄、改善微循环,防止微血栓的作用等^[9]。盛颖玥等^[10]的临床研究确定了大黄辅助治疗重症急性胰腺炎的疗效,认为采用大黄灌胃、灌肠能有效缩短患者腹痛的时间,降低并发症的发病率。

2.1.2 姜黄 姜黄,性辛温味苦,具有活血行气、通经止痛的功效。姜黄素是提取自姜黄的一类天然酚性物质,它能

够抑制核因子 κB (NF- κB) 活化,调节控制细胞因子活性,增加抗炎因子白细胞介素-4(IL-4)、IL-10 表达,从而抑制炎症反应,并通过抑制丝原活化蛋白激酶(MAPK)及SATA3信号通路调控肠道内的单核细胞浸润、急性炎症反应等^[11]。吴际等^[12]的研究显示,采用西医常规治疗结合中药姜黄灌肠的治疗组腹部体征消失时间、肠道功能恢复时间、血淀粉酶恢复正常时间和住院时间明显低于单用西医治疗的患者,佐证了姜黄灌肠对急性胰腺炎患者的疗效,值得在临床上进行推广。李晓萍等^[13]认为姜黄素对重症急性胰腺炎具有良好的保护作用,能降低血清淀粉酶、减轻胰腺病理损伤程度,同时还推测姜黄素能够抑制趋化因子人上皮中性粒细胞活化肽(ENA)-78 的表达,减少炎症介质释放,从而改善大鼠重症急性胰腺炎胰腺组织损伤。

2.1.3 黄连 研究发现,黄连的有效成分黄连素在多种动物模型中被证实对肠屏障功能具有保护作用。梁鸿寅等^[14]采用3%牛磺胆酸钠逆行胰胆管注射建立大鼠重症急性胰腺炎模型,并予黄连素进行干预,结果显示,其对模型动物肠屏障功能具有保护作用,有助于减轻急性胰腺炎的症状,缓解其病情,改善其预后。

2.1.4 甘遂 甘遂性寒味苦,具有泄水逐饮、消肿散结的功效。研究表明甘遂能使胃肠道排出积聚的宿垢、毒素,并可促进胃肠蠕动,降低急性胰腺炎患者的腹内压,减轻腹胀,缓解全身的中毒症状。刘贤芬等^[15]对30例SAP患者进行对比分析,发现采用西医常规治疗加甘遂末胃管注入治疗的患者,其腹围减小情况、腹胀缓解时间、肛门排气时间、首次排便时间及膀胱内压降低程度等各项指标明显优于单用西医治疗的对照组。于晓敏^[16]认为,甘遂能有效控制全身炎症反应,缓解全身中毒症状,减少腹水,促进急性胰腺炎患者腹膜炎的消退,从而缩短病程、降低并发症,提高疗效。

2.2 中药复方 急性胰腺炎的治疗首要常规禁食,但及时恢复胃肠道功能是救治的关键环节。中医中药通过早期保留灌胃、灌肠对于促进肠道功能恢复、调节肠道菌群平衡、减轻全身炎症反应和改善腹胀腹痛症状等方面具有重要意义。袁小兵等^[17]在西医治疗基础上加服通下活血汤治疗76例急性胰腺炎患者,强化治疗1周后结果显示,观察组症状功能恢复时间均明显短于对照组,血清降钙素原(PCT)和血小板活化因子(PAF)水平、血液黏度以及免疫功能指标改善情况均显著优于对照组。解冰^[18]在对照组基础上加予加味大承气汤,治疗100例急性胰腺炎患者,治疗5d后显示观察组腹痛、腹胀等症状消失时间,血淀粉酶、尿淀粉酶恢复正常时间均短于对照组。于珠雨^[19]选取110例急性胰腺炎患者,分为2组,分别采用西医常规治疗及在此基础上加用大柴胡汤治疗,治疗1周后,加用大柴胡汤组IL-6、肿瘤坏死因子(TNF)- α 、丙二醛(MDA)水平较对照组低,总有效率、超氧化物歧化酶(SOD)水平较对照组高,各项临床症状改善时间较对照组短,认为大柴胡汤联合西药治疗急性

胰腺炎效果更为显著。闫玉红等^[20]选取80例急性胰腺炎患者,并将其随机分为2组,对照组40例采用常规治疗,观察组在对照组基础上加用大黄红藤消炎方熬制的中药汤剂胃管内给药治疗。治疗7d后结果显示,大黄红藤消炎方辅助治疗能够有效降低DAO、D-乳酸及内毒素水平,促进肠道蠕动,改善肠麻痹,起到更好的保护肠黏膜屏障、改善重症胰腺炎患者预后的作用。彭卓等^[21]研究显示,清胰汤联合常规西医治疗急性胰腺炎患者,可显著降低患者全身炎症反应、有效地保护患者的肝功能和肾功能。

2.3 中成药 中药复方由于用药有时限、药物剂量控制不均、剂型单一等因素限制,不利于实现特殊方式用药、即时用药和临床观察、疗效评价等。中成药剂型相对较多,能够适用多种用药模式,其药效相对稳定,更方便临床应用。贡联兵^[22]根据辨证论治总结出急性胰腺炎的用药方案。1)急性期。肝胆湿热证:消炎利胆片(颗粒、胶囊)、龙胆泻肝丸(颗粒、胶囊、片、口服液);胃肠热结证:清开灵注射液;实热结胸证:至宝丹、清开灵注射液;瘀热互结证:丹参注射液、清开灵注射液、川芎嗪注射液;腑闭血瘀证:丹参注射液、清开灵注射液;内闭外脱证:参附注射液、参麦注射液。2)恢复期,肝脾失调证:金佛止痛丸、逍遥丸;气阴两虚证:参麦注射液。此方案在临床辨证用药时具有一定的指导意义。王嫒嫒等^[23]运用黄芪注射液结合常规西医治疗与单用常规西医治疗比较,患者治疗后IL-6、超敏C反应蛋白和TNF- α 水平低于对照组,认为黄芪注射液可通过降低IL-6、超敏C反应蛋白和TNF- α 水平,改善患者微炎症反应状态。孟海等^[24]运用参麦注射液联合西医常规治疗70例急性胰腺炎患者,肯定了参麦注射液治疗急性胰腺炎的疗效。

2.4 中医外治法 中医外治法在急性胰腺炎的治疗中应用较广,主要包括针灸、推拿、穴位贴敷、外敷药物等治疗手段,旨在通过改善全身炎症反应、促进胃肠功能恢复、减轻临床症状,从而达到提高临床疗效的目的。针灸作为中医治病的特色之一,在急性胰腺炎的治疗中不容忽视。赵莉等^[25]研究表明,在西医常规治疗的基础上,电针大肠俞、上巨虚穴辅助乌司他丁治疗重症胰腺炎,可降低血清促炎因子TNF- α 、IL-6的水平,改善患者的临床症状。李佳等^[26]在西医常规治疗基础上加电针治疗,取穴足三里、支沟,结果显示低频疏密波(2Hz/15Hz)电针刺激足三里和支沟穴能够明显缓解急性胰腺炎伴麻痹性肠梗阻患者腹痛、腹胀症状。穴位贴敷结合了针灸和外敷药物的双重优势,其在临床中运用广泛。孟宪萌等^[27]在对照组常规处理的基础上,给予香黄散(药物组成:大黄30g,黄柏30g,芒硝30g,栀子20g,木香30g,侧柏叶15g,薄荷15g,白芷20g,冰片30g,延胡索10g)外敷于足三里、神阙穴,1个疗程后观察到治疗组腹痛腹胀消失时间、排气时间、肠鸣音恢复时间、住院时间均早于对照组,表明香黄散经中药透皮治疗能够提高急性重症胰腺炎的疗效,且方便、安全。徐兵等^[28]在西医常规治疗基础上运用生大黄液胃管灌注以及保留灌肠联合芒硝外敷,能够有效地减少首次通便时间、肠鸣音恢复时间、腹

痛缓解时间及平均住院时间,降低并发症的发生率。

3 小 结

基于近年来的临床报道,我们发现急性胰腺炎各期的中医辨证分型已较为完善,虽然在学术观点上有所不同,但在病因病机上的认识是比较一致的。中医中药在促进患者胃肠道功能恢复、减轻全身炎症反应、缓解临床症状、减少并发症的发生等方面已取得显著疗效。尤其是早期单味中药运用的临床研究比较丰富,已在药理和病理机制层面上进行了较多研究。

中医复方大柴胡汤、大承气汤、大陷胸汤等有效方剂已常规应用于急性胰腺炎的临床治疗中,且临床疗效值得肯定。辨证论治仍是中医的核心,分期辨证治疗急性胰腺炎已被大多数学者所认同,但仍缺乏大量的临床随机对照试验文献支撑,需要通过大样本的研究观察急性胰腺炎的发生发展规律,进一步加强中医药治疗急性胰腺炎的理论及实践研究。中医外治(针灸、穴位贴敷、药物外敷等)辅助治疗急性胰腺炎已广泛运用于临床,其具有疗效可靠、操作简便、毒副作用小、成本低等特点。较常规的西医治疗,中医外治在改善胃肠功能等方面具有较大优势。然而,目前中医外治改善急性胰腺炎患者胃肠功能大多局限于临床观察方面,对中医外治的作用机制研究较少,有待学者进一步探索。

参考文献

- [1] 金献,靖大道.重症急性胰腺炎的治疗进展[J].国际消化病杂志,2018,38(3):162-165.
- [2] 陈太福,赵谦知.浅谈急性胰腺炎之病因病机[J].贵阳中医学院学报,2008,29(1):1-2.
- [3] 贾云飞,杨晋翔,贾玉,等.急性胰腺炎的中医证候特点临床研究[J].现代中西医结合杂志,2018,27(4):343-346,356.
- [4] 许根荣,杨薇,谢雁鸣,等.基于5433例急性胰腺炎入院患者人数与中医证候及节气规律研究[J].中华中医药杂志,2016,31(3):995-998.
- [5] 祁佳梅.不同疾病并发急性胰腺炎中医证候规律的临床研究[D].沈阳:辽宁中医药大学,2016.
- [6] 张声生,李慧臻.急性胰腺炎中医诊疗专家共识意见(2017)[J].临床肝胆病杂志,2017,33(11):2052-2057.
- [7] 董彬武,彭建新,郑志鹏,等.蔡炳勤分期辨治重症急性胰腺炎经验[J].广州中医药大学学报,2018,35(4):730-734.
- [8] 陈辉,喻玉,向未,等.肖国辉教授中西医结合治疗急性胰腺炎经验总结[J].中国中医急症,2018,27(3):533-536.
- [9] 赵静,刘顺庚.生大黄与免煎生大黄高位保留灌肠治疗重症急性胰腺炎的疗效比较[J].中国中医急症,2013,22(8):1406-1407.
- [10] 盛颖明,邹晓平,于成功,等.中药大黄辅助治疗重症急性胰腺炎的系统评价[J].世界华人消化杂志,2010,18(7):730-735.
- [11] 侯英利.EF24对重症急性胰腺炎大鼠肠道损伤的影响[D].石家庄:河北医科大学,2016.
- [12] 吴际,刘君君,李艳,等.中药姜黄灌肠对急性胰腺炎患者的疗效研究[J].中国医药科学,2018,8(12):36-38.

引用:王定寅,唐娥. 针灸治疗抑郁障碍的研究进展[J]. 湖南中医杂志,2021,37(1):167-169.

针灸治疗抑郁障碍的研究进展

王定寅¹,唐娥²

(1. 天津市南开医院,天津,300100;

2. 天津中医药大学第一附属医院,天津,300193)

[关键词] 抑郁障碍;针灸疗法;作用机制;临床研究;综述;学术性

[中图分类号] R246.6, R177.794⁺.1 [文献标识码] A DOI:10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2021.01.057

抑郁障碍是情感性精神障碍的主要类型,是一种以显著而持久的心境低落为主要特征的综合征^[1]。其发病机制与遗传因素、社会心理因素、神经内分泌、神经生化因素等密切相关^[2]。研究认为心境障碍具有较高的家族聚集性,发病率是一般人群的10~30倍,越近的血缘关系中患病几率越高^[3]。精神刺激与遗传因素是促进抑郁障碍发病的重要因素^[4]。中枢神经系统单胺类神经递质(如5-羟色胺、去甲肾上腺素及多巴胺)的功能活动降低,神经内分泌系统下丘脑-垂体-甲状腺/肾上腺轴亢进等因素均与抑郁障碍的发生有关。而负性生活事件,诸如家庭成员身故、婚姻变动、失业等往往是抑郁障碍发病的导火索。现代医学对抑郁障碍的主要治疗手段包括抗抑郁药、电抽搐治疗、心理咨询等。针灸治疗本病具有简便易行、疗效确切、不良反应少的优势,治疗方法多以手针、电针及综合疗效为主。现将针灸治疗抑郁障碍的研究进展综述如下。

1 中医学对抑郁障碍的认识

抑郁障碍在中医学无单一对应病名,可归属于情志病范畴。常见的情志病包括郁证、脏躁、虚劳、癰病、梅核气等,这些疾病的症状如“喜悲伤欲哭”“尝默默,欲卧不能卧,欲行不能行”等,均与抑郁障碍典型的情绪低落、兴趣缺乏等症状相吻合。其发病多与情志刺激有关,情志不舒、气机郁滞使脏腑气血失和,亦有因素体虚弱、劳伤、损耗性疾病迁延日久等原因引发^[5]。《素问·阴阳应象大论》载:“人有五脏化五气,以生喜怒悲忧恐”,可见五脏精气盛衰与人的情志活动密切相关,这也就解释了抑郁障碍患者常有睡眠障碍、食欲下降及其他躯体症状的原因。

该病病位主要在肝,进而影响心、脾、肾及脑髓,肝失疏泄,脾失健运,心神失养,气机瘀滞逆乱致使精微物质不能上荣于脑,是抑郁障碍最主要的病机^[6]。肝主疏泄,喜条达,若气机瘀滞不通,则会出现郁郁不乐、胁肋胀痛等症状;

第一作者:王定寅,男,主治医师,研究方向:中医临床急救

- [13] 李晓萍,张志坚,屈纪富. 姜黄素对大鼠重症胰腺炎的干预效应研究[J]. 第三军医大学学报,2013,35(8):759-763.
- [14] 梁鸿寅,李诗思,闫洪涛,等. 黄连素对重症急性胰腺炎大鼠肠屏障功能的保护作用[J]. 解放军医药杂志,2014,26(7):1-3,15.
- [15] 刘贤芬,赖春娥,陈丽萍. 甘遂末对重症急性胰腺炎患者腹内压的影响[J]. 新中医,2014,46(8):210-211.
- [16] 于晓敏. 甘遂联合生长抑素治疗重症急性胰腺炎的临床观察[J]. 中医临床研究,2016,8(30):130-132.
- [17] 袁小兵,刘小莉,陈慰慰. 通下活血汤联合泮托拉唑钠对急性胰腺炎患者血清降钙素原、血液黏度、免疫功能及血小板活化因子的影响[J]. 现代中西医结合杂志,2018,27(30):3359-3362.
- [18] 解冰. 加味大承气汤治疗急性胰腺炎的临床效果观察[J]. 临床合理用药杂志,2018,11(20):49-50.
- [19] 于珠雨. 中西医结合治疗急性胰腺炎临床观察[J]. 实用中医药杂志,2018,34(6):666-667.
- [20] 闫玉红,陈玉梅,苗纯,等. 大黄红藤消炎方对急性重症胰腺炎患者肠道黏膜屏障功能的保护作用[J]. 中国医院药学杂志,2017,37(19):1961-1964.
- [21] 彭卓,万林,张瑞,等. 清胰汤辅助治疗急性重症胰腺炎的疗效[J]. 世界中医药,2017,12(9):2058-2061.
- [22] 贡联兵. 急性胰腺炎中成药的合理应用[J]. 人民军医,2018,61(3):281-283.
- [23] 王娜娜,郑洋,周哲,等. 黄芪注射液对急性胰腺炎肠道屏障功能和微炎症反应状态的影响[J]. 世界中医药,2018,13(4):818-821.
- [24] 孟海,程辉. 参麦注射液治疗急性胰腺炎患者的临床研究[J]. 世界中西医结合杂志,2017,12(4):527-529.
- [25] 赵莉,李雪青,石志敏. 电针大肠俞、上巨虚穴辅助乌司他丁治疗重症急性胰腺炎临床观察[J]. 中国针灸,2018,38(2):132-136.
- [26] 李佳,赵雨,文谦,等. 电针干预重症急性胰腺炎伴麻痹性肠梗阻:随机对照研究[J]. 中国针灸,2016,36(11):1126-1130.
- [27] 孟宪萌,陈维,于年海. 香黄散经中药透皮治疗急性重症胰腺炎的临床观察[J]. 中国中西医结合消化杂志,2016,24(7):558-560.
- [28] 徐兵,李伟新. 生大黄联合芒硝外敷治疗急性胰腺炎相关腹胀的临床疗效与安全性分析[J]. 中医药导报,2017,23(1):107-109.

(收稿日期:2020-01-12)