

王邦才从“肺肠合治”论治慢性溃疡性结肠炎经验介绍

姚梦媛¹ 指导：王邦才²

1. 浙江中医药大学, 浙江 杭州 310053; 2. 宁波市中医院, 浙江 宁波 315010

[摘要] 王邦才临床治病注重从证求因, 详察明辨, 对慢性溃疡性结肠炎的诊治有独到认识。认为湿热是其重要的致病因素, 病位虽在大肠, 牵涉肝、肺、脾、肾等脏, 临床多见本虚标实之证, 久泻难愈者往往虚实并见、阴阳互损、寒热错杂。王师以“肺肠合治”理念为基础, 提出本病治疗当上下交损、宣肺洁肠, 湿热郁结、宣通清肠, 病体结合、调体防病, 为中医治疗慢性溃疡性结肠炎提供新的思路和方法。

[关键词] 慢性溃疡性结肠炎; 肺肠合治; 名医经验

[中图分类号] R249 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2023) 13-0212-05

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2023.13.041

Experience Introduction of WANG Bangcai Treating Chronic Ulcerative Colitis from "Combined Treatment of the Lung and Intestine" Based on Syndrome Differentiation

YAO Mengyuan¹ Instructor: WANG Bangcai²

1. Zhejiang Chinese Medical University, Hangzhou Zhejiang 310053, China; 2. Ningbo Hospital of Chinese Medicine, Ningbo Zhejiang 315010, China

Abstract: WANG Bangcai carefully observes diseases and pays attention to finding the cause from the syndrome in clinical practice, and he has a unique understanding of diagnosis and treatment of chronic ulcerative colitis. He believes that damp-heat is an important pathogenic factor of the disease, and although the disease location is in the large intestine, it also involves the liver, lung, spleen, kidney and other zang organs. Clinically, the syndrome of the disease is mainly deficiency in origin and excess in superficiality; patients with chronic diarrhea who are difficult to be cured are mainly with syndromes of both deficiency and excess, mutual injury of yin and yang, and cold and heat in complexity. WANG proposes its treatment based on the idea of "combined treatment of the lung and intestine", which includes that patients whose the upper and lower are mutually injured should be treated by diffusing the lung and clearing the intestine, and that patients with binding constraint of damp-heat should be treated by diffusing, unblocking and clearing the intestine. He regulates the constitution of people to prevent diseases under the concept of combination of the disease and constitution, and provides a new idea and method for Chinese medicine treatment of chronic ulcerative colitis.

Keywords: Chronic ulcerative colitis; Combined treatment of the lung and intestine; Famous physician's experience

溃疡性结肠炎(UC)是一种主要累及结、直肠黏膜和黏膜下层的慢性非特异性炎症疾病, 该病可进

展为肠癌, 属于癌前病变。临床主要表现为持续性或反复发作的腹痛、腹泻、黏液脓血便。该病复发

[收稿日期] 2022-07-07

[修回日期] 2023-04-12

[作者简介] 姚梦媛 (1997-), 女, 在读硕士研究生, E-mail: ymyyzj0@163.com。

[通信作者] 王邦才 (1962-), 男, 主任中医师, E-mail: wbcnb@163.com。

率高、病程缠绵难愈、药后不良反应明显、患病率逐年上升。

王邦才为全国老中医药专家学术继承指导老师,从事中医临床与教学四十余载。临床治病注重从证求因,详察明辨,对UC的诊治有独到认识,指出本病临床多见本虚标实之证,久泻难愈者往往虚实并见、阴阳互损、寒热错杂、多脏受损。王邦才从“肺肠合治”理论治疗UC,为UC的治疗提供新的思路和方法。

1 理论溯源

“肺肠合治”理论基于“肺与大肠相表里”,源于《灵枢·本输》中“肺合大肠,大肠者,传道之腑。”《华佗神方》首次提出“肺与大肠相表里”。《灵枢·经脉》载:“肺手太阴之脉,起于中焦,下络大肠……”“大肠手阳明之脉,起于大指次指之端……下入缺盆,络肺下膈,属大肠。”《脉经》云:“肺象金,与大肠合为腑。其经手太阴,与手阳明为表里。”明确指出手阳明经属大肠络肺,手太阴经属肺络大肠,肺与大肠通过经络相联,相互感应,生理上相互协调,病理上相互影响,治疗上相互为用。肺病可累及肠腑,《素灵微蕴》载:“肺与大肠表里同气,肺气化精,滋灌大肠,则肠滑便易。”从气机升降、津液输布方面而言,肺主气司呼吸,肺气宣发,布散津液于周身,肺为“水之上源”主“通调水道”,使水液运行并下输膀胱,大肠得以濡润而传导,肺主“治节”节制水液下行,不致水分过多而出现溇泻。《中西汇通医经精义》曰:“大肠所以能传导者……肺气下达,故能传导。”《证治百问》言:“肺气虚,大肠亦虚,而不能禁固,时时欲去,后重不已……。”《证因脉治》云:“肺气不清,下遗大肠,则腹乃胀。”肺气清肃下降才可推动肠腑之气下达,腑气通畅、传导有利,方可助糟粕下行。肺气耗散太过,提升不及,肃降太过,失于治节,津液输布不利,均可影响大肠正常传导,出现腹胀、便秘、泄泻、里急后重等临床症状。肠病亦可累及肺脏正常功能。《黄帝内经》曰:“大肠为肺之腑而主大便,邪痹于大肠,故上则为气喘……故大肠之病亦能上逆而反遗于肺。”《灵枢》云:“腹中常鸣,气上冲胸,喘不能久坐,邪在大肠。”《黄帝内经》曰:“寒厥于肠,上冲胸中,甚则喘不能久立。”又云:“出入废则神机化灭,升降息则气立孤

危。”肺与大肠表里同气,共同维持机体之气机升降。湿、热、寒邪侵扰大肠,腑气不能畅通有序,“下窍不利则上窍不通”,浊气上逆于肺,肺受邪扰而肺气不降,咳喘之症则丛生也,临床常见咳嗽、咳痰、胸满、喘憋等症状。

根据慢性UC的临床致病因素及临床表现,可将其归属于中医泄泻、肠癖、休息痢、久痢、下利、便血等范畴。《景岳全书》云:“痢疾一证……此证阴阳虚实,最宜博审详察,庶不至于差失。”本病多因先天脾肾亏虚、外感湿热之邪、饮食辛辣厚味、平素忧思忿怒或劳倦内伤等因素导致脾虚湿热内蕴,纳运失和,湿热下注大肠,蕴滞肠腑,气滞血瘀,血络受损,血败肉腐,发为泻痢。病位虽在大肠,兼涉肝、肺、脾、肾等脏。清代名医张璐曰:“下痢久年不瘥,必然正气虚弱,痢久滑脱不止,必有冷热宿疾纠结于中。”湿热是其重要的致病因素,慢性UC临床多见本虚标实之证,久泻难愈者往往虚实并见、阴阳互损、寒热错杂,肺、脾、肾交损。

现代学者基于“肺和大肠相表里”提出的“肺-肠轴”理论。该理论从肺肠组织来源一体、黏膜免疫相关、生态变化同步等方面证实了肺与大肠之间的相互联系。罗瑞娟等^[1]提出在“肺-肠轴”的炎症反应机制中发现肠道的微生物保护壁和免疫屏障受损是UC发生的物质基础,而缺氧会加重肠道微环境失衡。孙慧怡等^[2]通过实验研究表明UC的结肠黏膜损伤可引起肺支气管黏膜及肺间质的损伤,诱导结肠黏膜产生大量分泌型免疫球蛋白A(s-IgA),肺组织中的s-IgA含量也相应提高,在辅助型T细胞2(Th2)介导的UC中,白细胞介素-4(IL-4)诱导s-IgA分泌,增强黏膜免疫防御能力,中药从肺、肠论治可减轻肺间质增宽,促进结肠黏膜溃疡愈合,减轻炎性细胞浸润等。党琳等^[3]从血管活性肠肽、肠道菌群以及信号转导通路等分子层面也论证了肺和大肠的相关性,采用清热利湿,宣肺通腑,温中涩肠,补肺疏肝,调肺畅中,行瘀解毒等肺肠合治法,畅肺肠之气,补肺肠之虚。

2 辨证论治

2.1 上下交损,宣肺洁肠 《临证指南医案》:“某,神伤精败,心肾不交,上下交损,当治其中。参术膏,米饮汤调送……。”叶氏提出了针对复杂病机、上下并见的虚损性疾病应当“治中”的治则。

根据吴氏三焦理论,心肺居于上焦,脾胃位于中焦,肝肾及六腑中的大小肠位于下焦。根据上下分部,肺居于上,大肠居下。王师释义“上下交病”亦指升降失调、内外同病、虚实互见、气血同病、阴阳同病、身心同病、形神俱损。“百病皆由脾胃衰而生也。”上下同时受病,中焦必受其害。王师认为暴泻责于湿盛,而久泻咎于脾虚,脾气、脾阴、脾阳均有所伤。脾胃居中属土,乃气机升降枢纽,消化吸收饮食水谷,化生气血津液,输送精微物质,四脏皆赖以煦养。“饮食入胃,而精气先输脾归肺”,根据五行相生理论,脾为肺母,母病及子,脾虚则肺气宣降失调,影响津液布散,湿聚成痰,下流大肠,蕴滞肠腑,发为泻痢,故培土以生金,健脾渗湿可断生痰之源。泄泻日久难愈,治肠不应,治宜宣肺以复治节与治中并进,脾升胃降,气机调畅,则肺与大肠之气得合。

临床 UC 患者症见肺肠合病,湿热蕴滞,寒热错杂,虚实互见证,王师常取朱春良先生仙桔汤相配之妙,化裁合方,屡奏殊功。仙桔汤(仙鹤草、桔梗、白槿花、白术、白芍、木香、槟榔、乌梅炭、甘草)是治疗脾虚湿热型慢性泄泻之良方。仙鹤草可治赤白痢下,药性平,味苦、辛、涩,收涩中寓宣通之意,别名脱力草,重用可强壮补虚,治疗脱力劳伤临床多验。桔梗味苦、辛,性平,性升散,具有较强的宣肺、祛痰、利咽、排脓作用,既能“升提肺中风寒,载药上行”,又治“下痢腹痛”,为排脓要药。仙桔相伍,一收一散,宣肺气以通肠胃壅滞。白槿花性寒,味苦、甘、平,入脾、肺经,性滑利,功擅清热解毒,利湿、凉血、排脓。乌梅、白芍、甘草三药酸甘相合,敛阴且柔肝制木,疗泻痢而缓腹痛。白术补中以健运动,木香、槟榔调气以散郁滞。全方合用,既不壅塞恋邪,亦无攻伐伤正之弊。临床上若见湿热毒盛者可酌加红藤、黄柏、马齿苋、地锦草、白头翁、秦皮、败酱草、蒲公英等;脾气虚者,加黄芪、党参等,脾阴虚者可予山药、芡实、炒扁豆、莲子、诃子;脾阳不足加炮姜、干姜、肉桂;脾肾阳虚加补骨脂、益智仁、肉豆蔻等。

2.2 湿热郁结,宣通清肠 《医学真传》云:“夫通则不痛,理也,但通之之法各有不同。调气以和血,调血以和气,通也;下逆者使之上行,中结者

使之旁达,亦通;虚者助之使通,无非通之之法也。若必以下泄为通,则妄矣。”明确提出凡是祛除病邪、协调脏腑、疏通气血之效者均为通法范畴。叶天士云“六腑以通为用”,大肠属六腑之一,肠腑失于通畅,则传导变化功能失调。慢性 UC 患者病程日久,往往湿热瘀毒互结,气血失和,脾络瘀滞,使病情缠绵难愈。王师临床擅用通法治腑病,针对慢性 UC 寒热错杂型久泻久痢,常法无效者,当治以清肠化湿、活血化瘀、宁络止血。王师自拟连柏姜附汤加减治疗,屡获奇效。此方化裁乌梅丸,由黄连、黄柏、附子、干姜、炙麻黄、乌梅、炒白芍、炙甘草组成,集辛温、苦寒、甘缓、酸敛药于一体,寒热并调,气血同治,阴阳互补。君药黄连、黄柏大苦大寒,苦味能燥、能坚、能泄,苦寒合用具有清热燥湿、坚厚肠胃之效。臣药干姜、制附子大辛大热,辛能行、能散,辛热合用具有行气血、散阴寒的作用,如此则内外通达,阳回寒散。用麻黄开宣肺气,宣通玄腑,既助姜、附之温通,又利水湿以祛肠腑之邪。乌梅能使肺气收敛升提,令肠腑收涩止泻;佐用白芍,两药味酸涩,酸收敛阴,具有温中、涩肠、止泻、缓痛之效。使药甘草,味甘,甘能补能和能缓,能护胃和中,调和诸药。此方辛甘酸苦合用,寒热皆顾,温补共用。若见喘咳重者,可用桑白皮、白芥子、黄芩等清热化痰;口渴欲饮水者,加葛根、麦冬养阴;腹痛重者用木香、延胡索行气止痛;里急后重剧烈者,加枳壳、当归、香附等;泻下滑脱不固酌加诃子肉、赤石脂、石榴皮收敛止泻;若便中有红色黏冻者可加地榆、槐花、白茅根凉血宁络;另可酌加风药升麻、葛根、防风、荆芥等升浮药祛湿止泻。

2.3 病体结合,调体防病 《灵枢》曰:“风雨寒热不得虚,邪不能独伤人……此必因虚邪之风,与其身形,两虚相得,乃客其形。”阐明了体质对疾病的发生发展、转归及愈后有重要影响。《素问》载:“饮食不节,起居不时,则阴受之,阴受之则入五脏,入五脏则腠满闭塞,下为飧泄,久为肠澼。”规律起居、节制饮食,不妄劳作,适当运动则人体气血阴阳就能达到平和,对于疾病的预防有良好的作用。临床上调理 UC 患者,不仅要干预其生理状况,也应进行心理调摄。《景岳全书》曰:“凡遇怒气使作泄泻者,必先以怒时夹食,致伤脾胃……盖以肝

木克土，脾气受伤而然。”慢性UC患者患病大多与情志有关，情志不遂，肝气不舒，横逆乘脾，肝脾失和，则变生他病，脾失健运，清浊不分，混杂而下，则生飧泄。临床见肝木乘脾而致泄泻患者，可予痛泻要方、柴胡疏肝散、甘麦大枣汤、小柴胡汤治之。同时，心理疏导也尤其重要，王师常说：“医者，偶尔去治愈，常常去帮助，总是去安慰。”劝说开导使不良心理得到纠正，七情得以调畅，疾病得除。

3 病案举例

张某，女，54岁，2021年12月8日初诊。主诉：反复腹泻、便血、咳嗽咳痰3年余。患者3年前无诱因下出现腹痛腹泻，便夹黏液，次数3~10次不等，伴咳嗽、咳痰带血丝，至当地医院住院治疗，查肠镜示：乙状结肠片状充血、糜烂；直肠片状充血、糜烂。UC首先考虑(直乙型)。胃镜示：食管白斑；食管炎(A)；浅表性胃炎伴充血。支气管动脉CT血管造影显示：右侧支气管动脉增粗并与右侧肋间动脉共干，左侧支气管动脉未见明显增粗。诊断为UC；支气管扩张伴咯血。入院后予美沙拉嗪肠溶片、艾司奥美拉唑钠肠溶片、铝碳酸镁咀嚼片、地衣芽孢杆菌活菌胶囊等治疗，症状缓解后出院。尔后病情反复，腹泻腹痛，咳嗽剧烈，痰黄稠，时夹血，难以咯出，痛苦不已，形体逐渐消瘦，先后在当地及宁波、上海等多家医院住院治疗，未见明显好转。现症见：形体消瘦，体质量40 kg左右，面色萎黄，表情痛苦，说话声音低怯，气急，时有断续，咳嗽呈阵发痉挛性，咳时剧烈，夜间多痰，晨起咳吐脓痰，午后咳痰色黄白质黏，大便质稀，有时泻如水样，有时质溏夹黏液及红白冻，日行2~10余次不等，小便正常，形寒肢冷，皮肤干皱，口干，纳谷量少，胃脘尚舒，夜寐欠安，已绝经3年，舌淡红稍紫，苔白腻，脉沉细数。西医诊断：UC；慢性支气管炎，支气管扩张。中医诊断：下利；咳喘。辨证为肺脾肾亏虚，元气不足，痰浊内结，气化失司，升降失调。治以补肺益肾，健脾祛湿，化痰止咳，和营安络。处方：制附子(先煎)、干姜、黄连、黄柏、白芥子、桔梗各10 g，仙鹤草、地锦草、生黄芪各30 g，炙紫苏子、法半夏、桑白皮各15 g，炒白术20 g。4剂，水煎取汁400 mL，分早晚2次温服。

2021年12月11日二诊：患者述服药后大便次数尚多，日行6~7次，粪质呈水样便，无腹痛，咳嗽呈阵发性，咳痰减少，形寒怕冷，面色少华，舌淡红稍紫苔薄腻，脉沉细。上方减地锦草，改制附子(先煎)20 g，仙鹤草200 g，加赤石脂(先煎)30 g。7剂，煎服法同前。

2021年12月18日三诊：患者诉症状好转，大便次数减少，日行3~4次，质呈糊状，咳嗽尚存，痰量较前减少，晨起咳脓痰，午后呈黏液痰，偶有口干，精神好转，怕冷减轻，体重略增，舌淡红苔薄黄，脉沉细。上方去桔梗，改仙鹤草300 g，赤石脂(先煎)60 g，加川贝粉(冲服)3 g。7剂，煎服法同前。

2021年12月25日四诊：患者述服药后疲劳减轻，面色较前润泽，手足回温，咳嗽咳痰减少，痰色清，大便日行3~4次，质成形，舌红苔薄黄，脉细数。上方加熟地黄30 g。7剂，煎服法同前。

2022年1月1日五诊：患者述大便日行4~5次，时干时稀，咳嗽减轻，咳痰仍有，痰色白，运动后易疲劳，夜寐尚可，纳谷尚香，舌淡红苔薄黄而干，脉细数。处方：仙鹤草200 g，熟地黄、赤石脂(先煎)各60 g，制附子(先煎)、生黄芪、炒白术各30 g，干姜、紫苏梗各20 g，黄连、黄柏、制南星各10 g，砂仁(后下)6 g。7剂，煎服法同前。

2022年1月15日六诊：患者述1月3日在当地医院查胸部CT示：两侧支气管病变伴感染；右肺中叶内侧段及左肺上叶支气管扩张伴少许感染。附见：肝脏多发低密度灶；胆囊结石考虑。因疫情停药1周，患者症状反复，咳嗽加重，痰黏稠夹带血丝，大便次数增多，日行10余次，呈水样便，无腹痛，精神尚可，纳谷一般，舌红苔薄黄脉数。治宜补肾健脾，清肺化痰，安络止血。处方：生黄芪60 g，熟地黄、鱼腥草、粳米(自备)各30 g，仙鹤草100 g，诃子肉、肉豆蔻、干姜各10 g，藕节炭、益智仁、当归各20 g，川贝粉(冲服)3 g。7剂，煎服法同前。

2022年1月22日七诊：患者述大便好转，日行2~3次，质先干后稀，偶有大便带血，咳嗽较剧，呈阵发性，咳痰量多质稠色黄，略有气急，面色尚可，精神一般，纳谷尚香，寐安，舌淡红苔薄黄，脉沉细数。上方去粳米、肉豆蔻，加海蛤壳(先煎)

30 g, 法半夏 15 g, 改干姜 30 g。7 剂, 煎服法同前。

2022 年 1 月 29 日八诊: 患者述精神好转, 疲劳减轻, 大便日行 2~3 次, 质成形, 无黏液, 咳嗽时作, 痰多色白质稠黏, 纳谷尚香, 舌红苔薄, 脉沉细。上方去藕节炭, 加炒白术 30 g, 制南星 10 g。7 剂, 煎服法同前。

2022 年 2 月 12 日九诊: 患者述精神可, 面色好转, 大便日行 2~3 次, 质成形, 咳嗽较前缓解, 咳痰色黄, 时有头晕, 舌红苔薄黄, 脉沉细。治宜守原法, 原方加白芥子、地鳖虫各 10 g。7 剂, 煎服法同前。

2022 年 2 月 19 日十诊: 患者述咳嗽咳痰明显减轻, 肠鸣时有, 大便基本正常, 口干, 舌红苔黄而干, 脉细数。上方减川贝粉、地鳖虫, 加山茱萸 20 g。7 剂, 煎服法同前。

按: 本例患者年过五旬, 禀赋薄弱, 性多思善虑, 平素又操劳过度, 元气不足, 肾阳偏衰, 气化不利, 津液失布, 脾胃受损, 运化无权, 气机失调, 致湿热痰浊内停。脾为生痰之源, 肺为贮痰之器, 痰浊上泛, 壅塞肺窍, 肺失宣降, 肺络受损, 是以咳嗽阵作, 气喘, 咳痰黏稠, 色黄白相兼, 不易咯出, 且时有咯血。肺与大肠相表里, 湿热痰浊下注, 蕴于肠道, 肠络受损, 则暴注下泄, 利下不止, 时如清水, 时夹黏液。《医经精义》云: “大肠之所以能传导者, 以其为肺之腑, 肺气下达, 故能传导。”肺失肃降, 脾不健运, 肾失温摄, 则大肠传导失司。脾运不健, 气血无以化生, 是以形消而神悴; 复加病程日久, 迭经西药及中药治疗, 机体正气日耗, 而顽痰湿热病邪日痼。本病病机寒热错杂, 虚实互见, 多脏受累, 上下交损。治宜补肺益肾, 健脾祛湿, 化痰止咳, 和营安络。方中制附子辛热, 温补脾土, 扶助肾阳; 干姜温肺化饮; 生黄芪甘温, 益气扶元, 补气升阳; 炒白术健脾益气, 燥湿运中; 四药相合, 温肾助阳, 健脾益肺, 扶正培本; 仙鹤草药性收涩, 清肠止泄, 又可强壮补虚; 黄连、黄柏、地锦草苦寒, 清热燥湿, 坚肠以止泻; 炙苏子、白芥子辛温, 可利气散结, 祛痰平喘; 桑白皮清肺消痰, 降气平喘; 半夏燥湿化痰,

消痞散结; 桔梗性阳, 排脓止泻, 益气升提。诸药合用, 共奏温肾健脾、益气扶正、清热燥湿、化痰止咳之效。然服后咳嗽减轻, 泄泻未见明显好转, 王师分析本例患者泄泻日久, 邪毒蓄积肠腑, 元气亏虚, 固摄无权, 原方去地锦草, 附子加倍温脾肾之阳, 大剂量仙鹤草收涩以敛涣散之元气, 赤石脂固涩止泻。上方加减调治 1 个月, 患者症状减轻。停药 1 周后患者症状反复, 考虑病程日久, 久病入络, 正气虚弱而湿热邪毒内盛。方以大剂生黄芪补气助阳, 益气升提, 解毒排脓; 熟地黄、当归养血滋阴、益精填髓, 以充其形; 干姜温散肺寒而化饮; 仙鹤草、川贝粉、鱼腥草善消痈排脓; 诃子肉酸涩, 可涩肠止泻、敛肺止咳; 藕节炭收敛止血又化瘀; 肉豆蔻气香燥, 性敛涩, 专固大肠; 益智仁温中止泻; 配伍粳米护胃安中。诸药合用, 共奏补气调血、固涩止泄之功。加减调治月余, 诸症好转。王老师用药量大力专, 直达根本, 对难治性 UC 证候变化有清晰、准确的把握, 故能随证治之, 屡起沉疴。

4 小结

王邦才教授在“肺肠合治”论治慢性 UC 治疗中, 师古而不泥古, 学今而善化裁, 认为慢性 UC 患者病程日久, 迁延难愈, 病情危重, 其基本病机往往内热外寒、寒热胶结、肺卫不和、燥湿相混、虚实互见。通过大量的临床实践, 明辨病机, 立法严谨, 强调治疗当上下交损, 宣肺洁肠; 湿热郁结, 辛甘酸苦合用, 宣通清肠; 病体结合, 注重调体防病。

【参考文献】

- [1] 罗瑞娟, 柳越冬, 陶弘武, 等. 基于“肺-肠轴”理论探讨溃疡性结肠炎的发病机制[J]. 辽宁中医药大学学报, 2022, 24(8): 32-36.
- [2] 孙慧怡, 刘大铭, 张雯, 等. 从肺论治、从肠论治对溃疡性结肠炎大鼠肺与结肠组织白细胞介素 4、分泌型免疫球蛋白 A 表达的影响[J]. 环球中医药, 2019, 12(11): 1619-1624.
- [3] 党琳, 秦松林. 从肺肠合治法论治溃疡性结肠炎[J]. 吉林中医药, 2019, 39(7): 841-844.

(责任编辑: 钟志敏)