辛味药的应用与临床疗效分析

□朱 光

作为五味之一，辛味药的作用一般被认定为能散、能行、能润等。对于其能散、能行，从无疑议；而对于其能润并因此成为一个治法（即辛润），则一直以来众说纷纭、争论不休。本文结合文献与临证应用，对其加以梳理。

辛润之义

辛润一法，源于《黄帝内经·素问·脏气法时论》："肾苦燥，急食辛以润之。开腠理，致津液，通气也。"对于肾燥之证，应以辛味药通过开泄腠理、畅达津液加以润养。对于此观点，后世医家从不同角度进行了注解，主要集中于两个方面。

一为肾何以苦燥及燥之由来。如吴崑云："肾者水藏，喜润而恶燥，若燥则失润泽之体，而苦之矣。"吴崑指出因肾为水脏，故而有喜润恶燥的生理特性。张景岳亦注曰："肾为水脏，藏精者也。阴病者苦燥，故宜食辛以润之。"高世栻则言："水旺于冬，肾气主之，燥而不润，肾所苦也。"

至于肾燥之成，或认为由肾阴虚所致，如张元素、王好古认为可以黄柏、知母润之；或认为由肾阳虚所致，如成无己提出"水停心下而不行，则肾气燥……干姜、细辛、半夏之辛，以行水气而润肾"的观点。李时珍则认为，肉桂为辛润药。许叔微则以"火暖釜中之水"解释阳虚生燥："譬如釜中有水，以火暖之，其釜若以板覆之，则暖气上腾，故板能润也。若无火力，水气则不能上，此板则终不得润也。"即当阴寒凝结或阳气虚衰，肾之气化功能失司，水液运行输布失常，机体失于濡润则生"燥象"，如口干、口渴、鼻干、眼干、皮肤干燥、大便干结等干燥之症，更有如水肿、小便不利等水停之症。尤在泾又进一步分析告诫："盖阴凝之枯燥，与阴竭之枯燥，霄壤悬殊，万一误投，死生立判，不可不细审也。"尤在泾提出治肾之燥应详辨阴竭与阴凝。

二为辛味何以通达津液。如王冰注曰："辛性津润也，然腠理开，津液达则肺气下流，肾与肺通，故云通气也。"此解释应是以辛入肺、肺合皮毛、肺肾相通为据，通过辛宣肺气，使津液下流于肾，而言"辛性津润"则不知所凭为何。吴崑释云："盖辛者金之味，能开腠理而泄其燥，能致津液而使之润，又能通气而令气化也。"张景岳则认为"盖辛从金化，水之母也。其能开腠理致津液者，以辛能通气也。水中有真气，惟辛能达之，气至水亦至，故可以润肾之燥"，指出只有辛味才能气化肾水以润之。张志聪注云："盖气充肌腠，津随气行。辛味入胃，能开腠理，致津液而通气，故主润。"高世栻对此说得更明白："夫辛主发散，何以能润？以辛能开腠理，致在内之津液而通气于外，在下之津液而通气于上，故能润也。"

辛润有时还指药之味辛体润，这涉及药物的自身体质。清代石寿棠即把药物分为润燥两大类，认为："病有燥湿，药有燥润。凡体质柔软，有汁有油者皆润；体质干脆，无汁无油者皆燥。然润有辛润、温润、平润、凉润、寒润之殊，燥有辛燥、温燥、热燥、平燥、凉燥、寒燥之异，又有微润、甚润、微燥、甚燥之不同。大抵润药得春秋冬三气者多，得夏气者少；燥药得夏秋冬三气者多，得春气者少。燥药得天气者多，故能治湿；润药得地气者多，故能治燥。"他还指出："辛中带润，自不伤津。而且辛润又能行水，燥夹湿者宜之：辛润又能开闭，内外闭遏者宜之。"所列举的辛润（即味辛性润）药有杏仁、桔梗、葛根、细辛、前胡、防风、百部、当归、桃仁、红花、荠蔚子、石菖蒲、远志、郁金、蜀漆、僵蚕、芥子、莱菔子、苏子、生姜、葱白、韭菜汁等。此外，《本草经疏》谓"当归，辛大温无毒，甘以缓之，辛以散之润之，温以通之畅之"，《本草纲目》谓"柏子仁，性平而不寒不燥，味甘而补，辛而能润"，而二者之润，主要是因其含有油脂而质润，其实与其辛味关系不大。

辛润之理

由历代医家所言可知，肾燥食辛以润，显然并非以辛能生津润燥，而主要是通过两个途径影响津液的输布：一是因于"辛入肺""辛先入肺""辛走气"或宣达肺气，接下来的过程即如《黄帝内经·灵枢·决气》所言之"上焦开发，宣五谷味，熏肤，充身，泽毛，若雾露之溉"，使津液输布散全身，或通调水道，上焦之水由此而达下焦。二是能通过辛温温阳或通阳化气，使阳气虚衰或阴寒内盛状态下凝聚之水津得以温化，进而发挥润养作用。

有学者指出，《黄帝内经·素问·脏气法时论》中的"开腠理，致津液，通气也"与"肾苦燥，急食辛以润之"存在着文义悬隔、前后不伦的问题，当属后世注文。而另一处提及辛润者，即《黄帝内经·素问·至真要大论》论述三阴三阳之客用五味补泻中的"太阳之客，以苦补之，以咸泻之，以苦坚之，以辛润之，开发腠理，致津液，通气也"，所论用药滋味治疗不仅杂乱无序，前后文不对举，有悖骈文体结构，而且其中的"开发腠理，致津液，通气也"显得唐突，应属衍文。此外，参照《辅行诀脏腑用药法要》所言"肾苦燥，急食咸以润之，至津液生也"，认为治疗肾之燥，"辛以润之"应为"咸以润之"，其后的"致津液"，应为"致津液生"。

撇开上述考证的观点，也不论《黄帝内经·素问·至真要大论》中还有一处提及辛润者，即"寒淫于内，治以甘热，佐以苦辛，以咸泻之，以辛润之，以苦坚之"，关于辛是否能润、辛润是否可行，判断的依据无疑还应是临证应用的效果。

辛润之用

"燥者润之""燥者濡之"（《黄帝内经·素问·至真要大论》）是治燥之大法。如果说滋阴为治燥之常法，辛润或温润则是治燥之变法。

基于对辛味的认识，历代医家对于肾燥治疗"辛以润之"的用法进行了发挥，对适用范围也进一步拓展至由水津停聚不布、血行不畅失濡等引发的各种燥证。

张仲景对于辛润法有许多应用，如风寒之邪客于太阳经脉，致使经气不畅，津液受阻，经脉失于濡养而拘挛，症见汗出或无汗、恶风、项背强急不舒等，方选桂枝加葛根汤，以麻黄、桂枝、葛根、生姜等开腠宣肺达津，使筋脉得润，拘急得除。再如太阳表邪未解，内传太阳之腑，以致膀胱气化不利，形成经腑同病之蓄水证，症见小便不利、头痛微热、烦渴欲饮等，方选五苓散，以桂枝辛温通阳化气，助水津布散。又如用于治疗消渴的肾气丸，渴之成因如《医旨绪余》言"若下有暖气，蒸则气润，若下冷极，则阳不能升，故肺干而渴"，故以附子、桂枝意在温煦肾阳，化气行水，水津得布则渴自止。其他如小青龙汤、越婢汤、柴胡桂枝干姜汤、温经汤、桂枝茯苓丸、桃核承气汤等，都体现有辛润法的意味。

李东垣对于便秘的治疗，结合经文所言提出："如少阴不得大便，以辛润之；太阴不得大便，以苦泄之。阳结者散之，阴结者温之。张仲景云：'小便利而大便硬，不可攻下，以脾约丸润之。"

叶天士对于络病有深入研究，开创性地提出了"初为气结在经，久则血伤入络""久病入络""久痛入络"等观点，临证尤为善用辛润通络法，医案涉及胁痛、胃痛、积聚、郁证、发黄病等多种病症，认为"络以辛为泄，辛散横行入络""用辛理气而不破气，用滑润濡燥涩而不滋腻气机，用宣通而不握苗助长"，常用张仲景治疗肝着的旋复花汤加减治疗，用药常选当归须、桃仁、红花、赤芍、丹皮、郁金、茜草、小茴、肉桂、韭菜汁、延胡索、泽兰、香附等。

吴鞠通治疗凉燥之杏苏散也体现了辛润的用法，其自注曰："肺为燥气所搏，不能通调水道，故寒饮停而咳也""无汗者，凉搏皮毛也"，所用苏叶、半夏、陈皮、生姜为味辛性温之品，前胡、枳壳为苦辛之品，可轻宣凉燥、化饮助润。石寿棠则对治外燥用味辛质润者颇有体会，谓"外感之燥，津液结于上而为患者，结者必使之开解，非辛润流利气机不可""以燥气论，燥邪初起，在未化热时，宜用辛润开达气机，如杏仁、牛蒡、桔梗之属。兼寒加以温润，如豆豉、前胡、姜、葱之类；邪机闭遏，加以通润，如白芥子、细辛之类"，并根据燥湿转化相兼之理提出"燥为湿郁者，辛润之中，参苦辛淡以化湿；湿为躁郁者，辛淡之中，参辛润以解燥"。

在临床，辛润法可用于糖尿病、肾病、干燥综合征、萎缩性胃炎、便秘、燥咳多种疾病的治疗。如南京中医药大学孟景春治疗萎缩性胃炎，常用人参、黄芪、白术、甘草"，配合三棱、莪术、徐长卿、刘寄奴等苦辛之品，辛通助补，通补兼施，可提高胃部的气血生化能力，激发萎缩黏膜腺体的生机；南京中医药大学丁光迪拟辛润理肺汤（麻黄、杏仁、桔梗、佛耳草、橘红、当归、炮姜、炙甘草），用于治疗凉燥束肺、气逆干咳。全国名老中医、河南中医药大学第三附属医院主任医师李发枝治疗干燥综合征属脾虚湿滞者，常用半夏、干姜、生姜、桂枝、肉桂、附子等辛温之品，藉以通阳化气行津。中日友好医院王微以辛润通络法治疗顽固性便秘，常用木香、香附、藿香、火麻仁、郁李仁、当归、桃仁等。

综上所述，辛润一法本为肾燥而设，经后世应用其治疗范围得以扩大，但至今未有一个严谨而规范的概念，用药也无明晰的标准，还基本停留在经验的层面。对此，笔者有以下认识。

一者，肾燥之成，肾阴虚、肾阳虚皆可致。肾阴虚者，因水亏而失润，治当滋阴补液，而佐用辛味一可助滋阴药更好地发挥作用，二可防滋阴药之腻滞；肾阳虚者，因水凝而失润，治当温阳化津，加用辛味一可激发萎靡之阳，二可助阳消解阴津之凝。

二者，由辛致润与由辛致通、致开、致化、致升一样，是一种引申功效，都是由辛之散、行之性带来的间接效果，因而不能把辛能润与辛能散、能行相提并论。

三者，辛润法主要适用于阳虚阴凝、津液不化、失于输布，或瘀血阻滞、失于濡养而呈现出"燥象"之征。而对于阴虚致燥者，辛味药只宜担佐使。

四者，辛润法可用于内、外燥证，但不能忽略诸风药多辛，而风胜则燥，风能胜湿，因而用药应考虑选用风药之润剂或味辛性润者。

五者，辛润是一种非常规治法，一般说来并非治燥首选。从某种意义上说，它也是一个治疗思路，当润燥常法无效时，辛润或可作为选项一试。当然，选用的依据还是辨证的结论。

（作者供职于河南中医药大学）

本文药方需要在专业医生指导下使用

辨治慢阻肺常见的4种误区

□李亚丽 尹国有

慢性阻塞性肺疾病（以下简称慢阻肺）以慢性咳嗽、咯痰、气短、呼吸困难，以及喘息、胸闷为主要临床表现，属"咳嗽""喘证""肺胀"等中医学范畴。中医认为，慢阻肺多因脏腑功能失调、肺虚卫外不固，以及感受外来之邪，致使肺脾肾功能失调，痰瘀阻结肺管气道，肺之清肃宣降功能失常而造成。

中医治疗慢阻肺，应做到四诊合参，详加辨证，抓住其发病机制，谨慎选方用药，方能取得好的疗效。以下是中医辨治慢阻肺常见的4种误区。

四诊不详诊断失误

慢阻肺引起的咳嗽以内伤为主，其症状与一般的感受风寒引起的外感咳嗽，如普通感冒、急性支气管炎等，有相似之处，但是其治疗方法是不尽相同的，若临证时四诊不详、不注意鉴别，则易出现诊断失误。

慢阻肺的临床表现是复杂多样的，医生在临证时要认真了解患者的病史，全面收集临床资料，做到四诊合参、综合分析，重视与类似疾病的鉴别，不能顾此失彼，只有这样才能减少诊断失误。

寒热不分治法失当

在慢阻肺急性发作期，有呈现寒证者，有呈现热证者，也有寒热兼见情况存在者，常见的诸如寒痰阻肺型、痰热壅肺型等，同时寒热之间还会出现转化。医者若不认真分析，容易导致寒热不分，出现辨证失误，治法用药不当在所难免。

抓住慢阻肺的主证仔细分析，辨明其是寒痰阻肺型、痰热壅肺型、痰浊阻肺型，还是痰瘀阻肺型、肺脾两虚型、肺肾两虚型，并注意其兼夹证等，有助于避免辨证失误。

乱用祛痰平喘之法

不注意辨证，乱用祛痰平喘之法，是常见的误诊误治原因之一。咳嗽、咯痰、气喘、气短是慢阻肺主要的临床症状，祛痰平喘是慢阻肺常用的治法，但不是唯一治法。慢阻肺有寒痰阻肺型、痰热壅肺型、肺脾两虚型、肺肾两虚型等诸证型，应根据病情的不同，选用与之相适应的治疗方法，比如肺脾两虚型治宜补益脾肺、止咳平喘。肺肾两虚型治宜补肾益肺、纳气定喘，祛痰平喘只是其中的一个方面，应与其他治疗方法配合应用。

痰邪贯穿于慢阻肺发病的始终，祛除痰邪是治疗慢阻肺的基本方法。由于患者的体质各异，痰有寒痰和热痰之分，所以祛除痰邪必须辨明寒热，灵活选用清热化痰、温肺散寒、健脾祛湿化痰等治法。

虚证患者单纯补益

慢阻肺总属邪实正虚之证，发作时以邪实为主，迁延缓解期以正虚为主。在迁延缓解期虽以正虚为突出表现，但并不是说邪气不存在，只是此时邪气处于次要地位，其治疗应以补虚扶正为主，兼以祛邪。医者若见虚证患者只知单纯补益，未予祛邪，必将致使邪气滞留不去，出现失误。

慢阻肺病程长、见效慢，治疗要善于守法守方，朝令夕改是不能取得应有的疗效的。虚是慢阻肺的主要病理基础，在迁延缓解期更是以虚为主要表现，因此补虚显得十分重要。由于虚有以肺脾两虚为主者，有以肺肾两虚为重者，有肺脾肾三脏俱损者，补虚应根据患者的具体情况巧妙施法，或补肺脾，或补肺肾，或肺脾肾俱补，并注意与其他治法相结合。

（作者供职于河南省遂平县人民医院）

中医人语

学习中医 需要好的心态

□孟长海

常有人问："可以让孩子跟着您学中医吗？"对此我当然是欢迎的，但他们问："中医难不难？是不是不好学？"我认为，学中医难不难，关键要看心态。

我对中医的认识来自小时候的农村生活。我自小生活在山区，村前屋后到处都是山林、草地，山上、河边都能看到很多中药材。小时候，我在大人带领下，学着挖中药材赚学费。8岁的时候，我就能说出60多种中药名字。我常看到家人用砂锅熬中药、吃药和倒药渣的场景。在初中的时候，我不慎感染了眼病，眼睛红肿得厉害。一位女同学从家里给带了八宝眼药让我使用，另一同学说他姥爷会看眼病。他姥爷采用了老式手术刀，在我的眼角割治放血，至今我的眼角还有刀疤。那时候，我觉得中医虽然很神奇，但是也很粗糙。尤其是我在看到白布里装的黑黢黢的老式手术刀后，觉得恐惧。但中医好像有一种特殊的魔力，不仅能把病看好，还能偶尔让小孩品尝下肉桂、麦冬、熟地等"好吃"的中药，很受人们欢迎。

常言说，"人吃五谷杂粮，哪有不得病的"。中学时候，家人和朋友得病了，有些久治不愈，有些英年早逝，都是人间悲剧。舅舅行医治病，我受到他的熏陶和引导，由此逐渐产生了学医的念头。学什么呢？当时了解到只有中医药院校文理兼收，高考改变命运，从此我便步入了中医学的"大门"。在中医学领域学习的这几十年，我对于中医有了新的认识，从最初的粗糙记忆变得整体化，对中医的心态也会变得复杂，能感觉到高大上，也能有感觉到困难多、压力大，还会感觉到很实用、接地气。

中医学是一门"高大上"的学问。从我大学开始学医，课堂上听到老师讲的医学故事、经典医案，"教授""博导""专家""研究生"等各种字眼儿，不断地出现在我的视野中，这是什么感觉？中医学竟然如此"高大上"，这是一种对中医的崇拜。当年新生入学时，学校安排国医大师张磊做报告，主持人介绍他一口气能背500个方子，全场观众震惊。直到现在，张磊教授是我学医生涯中无法超越的"标杆"，他带给我强大的学习动力。名中医是带着"光环"的，当我带着学校医院专家蔡福养开的处方在乡镇诊所抓药的时候，抓药医生说这可是大专家方子，需要好好珍藏。我感受到基层中医满眼的崇拜，"名医"和"凡医"就是两个天地。

学中医虽然难，但是只要勤学好问就不难。学中医是需要强大的精神力量去支持，只有记得多、背得多、用得多才行。我记得在跟随名老中医实习的时候，亲眼看到实习学生因记不住药物功效被老师训斥而哭鼻子。一名实习生跟我诉苦，说带教老师"太难伺候了"，实习生都不愿意去。当时，我不知道哪里来的胆量竟然主动去跟师学习，可没想到在别人眼中那么严厉的老师竟然此随和。我发觉，老师喜欢提问，认真回答，不会回答的话，就谦虚请教；老师喜欢"吵人"，就少说多做，认真听。在跟师的3个多月内，我与老师朝夕相处，赢得了老师的信任，自己也树立了学习中医的信心，敢于看病、敢于开方子、敢于跟老中医讨论方药。学习中医，需要我们在内心认可中医、愿意学才能学好。我行医已经很多年，可老师教诲的场景还历历在目。当时的老师虽然严厉，但是令我受益匪浅。

学习中医要付出很多努力，我经常看到大学生在教学楼前阅读、背诵，要记忆大量的中医药知识，这个任务确实不小，背起来还容易忘。医生要与患者耐心地沟通，还需要忍受着社会上一些人对中医药的非议。我在从事中医药工作中也感受到了种种压力和职业困惑。这个时候，没有好的心态不行，既需要有深厚的中医功底看病不怯场、能看出问题、治疗有效，又需要去处理各方面的问题，需要洞知天文人事。

在行医过程中，我印象最深刻的是治愈的患者和未治愈的患者，但时间久了就会忽略治好了多少患者，忽略有多少患者点大拇指，忽略有多少人在传播医术精湛的美名，而治疗患者疾病时候的束手无策或者久不见效果，才会使我陷入窘境。唐代名医孙思邈在《大医精诚》里说："世有愚者，读方三年，便谓天下无病可治；及治病三年，乃知天下无方可用。"学医的痛苦莫过于此，治不好病，但患者却非常信任，学艺不精、不能为患者解除痛苦才是医生最大的痛苦。

学医、行医的道路充满挑战。拿破仑说："不想当将军的士兵不是好士兵。"学医时候都想成为好医生。无论是谁，都想成为名医，但名医需要过人的医术，也需要机遇。如何保持良好的心态处理疾病，就需要我们在学习中医学的过程中保持勤奋求实。

（作者供职于河南中医药大学第一附属医院）

诊疗感悟

通脉丸治疗脑血栓的临床体验

□李德俭

方药配制

通脉丸是由丹参、川芎、红花、桃仁、生山楂、葛根、地龙各300克，黄精、蒸何首乌、人参各250克，冰片50克等药物组成。将前9味药研为细面，加水煎膏，浓缩约2000克，然后放入人参粉、冰片，制成丸剂，如梧子大，瓶装备用，每次8克~10克，每日3次。

一般资料

观察对象 治疗组为1987年~1990年本院中医科治疗的患者，共计360例，其中男性239例，女性121例。其中，气虚血瘀型患者116例，脉络空虚型患者83例，肝肾阴虚型患者109例，风痰阻络型患者52例。对照组为1987年~1991年西医内科治疗的患者，共计67例（男性47例，女性20例）。

诊断标准 诊断标准采用《临床常见病诊断依据与疗效判断评定标准》中脑血栓的诊断标准。患者多有高血压病、动脉粥样硬化、糖尿病、脉管炎病史。患者在安静状态下发病缓慢，逐渐加重或呈阶梯式进展，1天~3天达病情高峰。患者神志多清醒或有轻度障碍，多无明显头痛或呕吐；局灶体征明显，其表现依闭塞动脉不同而异。对于年龄小于40岁、大于80岁的患者，不作为观察对象。

治疗方案 治疗组与对照组同时用低分子右旋糖酐500毫升/日，静脉滴注14天。治疗组应用通脉丸，每次8克~10克，每日3次，口服（风痰阻络型可同时用鲜竹沥10毫升，患者痰湿解除后停用）。吞咽困难者，用鼻饲法。对照组应用桂利25毫克，每日3次；烟酸肌醇0.4克，每日3次；曲克芦丁0.2克，每日3次；肠溶阿司匹林0.3克，每日1次，晚上口服。3个月为1个疗程。用药期间除血压过高者服用硝苯地平外，两组患者无1例因不良反应而停止用药。

观察指标 治疗开始及疗程结束时，分别用血液循环功能测试仪测定患者全血黏度、心肌指数、总胆固醇微循环等。

疗效判断 按1986年中华医学会全国第二次脑血管病学术会议修订的疗效判断标准。治愈（基本恢复）：患者神经症状和体征基本消失，生活完全自理，病情恢复程度达75%以上。显著（明显好转）：患者神经系统症状和体征大部分消失，生活部分自理，病情恢复达51%~75%。好转（包括进步）：患者症状和体征部分消失，扶持可以下床站立，生活不能自理，病情恢复达11%~50%。无效（无变化）：患者治疗后无明显改善，病情恢复程度在10%以下。恶化：治疗后症状和体征加重。

治疗效果 两组患者治疗前后疗效判断，在治疗360例患者中，治愈显效223例，占61.9%；有效98例，占27.3%；总有效率达89.2%；无效39例。对照组67例，患者治愈显效30例，占44.5%；有效18例，总有效率76.1%；无效19例。两组对比结果，治疗组有效率明显优于对照组。临床结果表明，治疗以气滞血瘀型治疗效果最好，有效率达94.8%；肝肾阴虚型治疗效果次之，有效率为90.8%，风阻络型治疗效果最差，有效率仅为75%。两组治疗前后实验室指标对比，治疗后患者全血黏度、微循环时间、胆固醇、三酰甘油均呈显著下降，高密度脂蛋白显著性升高，外围总周阻也有一定程度下降。对照组也有类似疗效。且从全血黏度、微循环半更新时间、高密度脂蛋白值上升分析，治疗组明显优于对照组。

临床体会

脑血栓是由脑动脉粥样硬化和血液流变异常所引起，中医称为"中风"。发病机制为络塞血瘀。治疗应益气活血化瘀，使之流通血脉。在通脉丸中，丹参、川芎、红花、桃仁具有活血化瘀、扩张血管、改善微循环、增加血流量、降低血脂、抗黏、清除血瘀、改善血管壁组织氧供应、推迟硬化过程等作用，并能提高脑组织对缺氧的耐受力；人参对缺氧、缺血脑细胞具有保护作用；葛根能使异常的脑循环正常化；山楂能显著降低血清胆固醇和三酰甘油的含量；何首乌能阻止胆固醇在肝内的沉积，减少动脉粥样硬化；黄精能防止动脉粥样硬化；地龙有溶血作用，用于脑血管及脑膜病变导致的患者半身不遂；可以冰片醒神强心，有助诸药活血化瘀以通经络。临床实践结果证明，通脉丸对脑血栓有降低血液黏度，改善患者脑部微循环，降低胆固醇及三酰甘油，提高高密度脂蛋白等作用，在治疗脑血栓病取得令人满意效果。

通脉丸对脑血栓具有气滞血瘀症患者，疗效较佳，无毒副作用。若配合针灸、按摩、肢体活动恢复更快。

（作者供职于河南省鄢陵县中医院）

征 稿

您可以谈谈自己的看法，说说您对中医药发展和中医教育的建议和意见，写一写关于中医药现状与问题的文字……栏目《中医人语》《学术论坛》《诊疗感悟》《关注中医药改革》等真诚期待您参与！

联 系 人：徐琳琳
联系电话：15036010089
投稿邮箱：xulin.lin@qq.com