

练志明从胆气春升理论论治胆囊切除术后综合征经验介绍

林志鹏^{1,2}, 练志明²

1. 广州中医药大学研究生院, 广东 广州 510006

2. 广州中医药大学附属广州中西医结合医院普外科, 广东 广州 510800

[摘要] 胆囊切除术后综合征(PCS)涉及的脏腑主要有肝、胆、脾、胃,其发病机制与胆气春升密切相关。胆囊切除后,胆气升发功能受损,导致肝胆气郁、脾胃失和、胆胃不和、肝脾不调,表现为胆汁排泄异常、胃肠功能障碍等。练志明教授基于胆气春升理论,强调通过恢复胆气升发功能来调节肝胆脾胃气机,以调畅和气血:疏肝利胆升阳气、柔肝健脾和气血、和胃温胆调气机,运用温胆汤加减施治,临床疗效显著。

[关键词] 胆囊切除术后综合征;胆气春升;胆胃不和;肝脾不调;温胆汤;练志明;名医经验

[中图分类号] R249 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2025) 16-0224-05

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2025.16.042

Introduction of LIAN Zhiming's Experience in Treating Postcholecystectomy Syndrome Based on Theory of Gallbladder Qi Ascending in Spring

LIN Zhipeng^{1,2}, LIAN Zhiming²

1. Graduate School, Guangzhou University of Chinese Medicine, Guangzhou Guangdong 510006, China; 2. Department of General Surgery, Guangzhou Hospital of Integrated Traditional and Western Medicine, Guangzhou University of Chinese Medicine, Guangzhou Guangdong 510800, China

Abstract: Postcholecystectomy syndrome (PCS) primarily involves the liver, gallbladder, spleen, and stomach. Its pathogenesis is closely related to the gallbladder qi ascending in spring. After cholecystectomy, the ascending function of gallbladder qi is compromised, leading to liver-gallbladder qi stagnation, spleen-stomach disharmony, gallbladder-stomach incoordination, and liver-spleen imbalance, manifesting as abnormal bile excretion and gastrointestinal dysfunction. Based on the theory of gallbladder qi ascending in spring, Professor LIAN Zhiming emphasizes restoring the ascending function of gallbladder qi to regulate the qi movement of liver-gallbladder-spleen-stomach systems and harmonize qi-blood: soothing the liver and promoting gallbladder to uplift yang qi, softening the liver and strengthening the spleen to harmonize qi-blood, regulating the stomach and warming the gallbladder to normalize qi movement, and using modified Wendan Decoction, with significant clinical efficacy.

Keywords: Postcholecystectomy syndrome; Gallbladder qi ascending in spring; Gallbladder-stomach incoordination; Liver-spleen imbalance; Wendan Decoction; LIAN Zhiming; Renowned physician's experience

目前腹腔镜胆囊切除术(LC)已被推荐为治疗胆囊良性疾病的首选方式^[1]。但有部分患者经过手术后,其临床症状不能明显缓解或在原有基础上出现

新发症状:两胁疼痛、上腹部不适、黄疸、恶心呕吐、腹泻,伴有情志抑郁或烦躁易怒、不欲食、神疲乏力、肢体倦怠、善太息、口干等,现代医学称

[收稿日期] 2025-02-26

[修回日期] 2025-05-17

[基金项目] 2024年中央医疗服务与保障能力提升补助(国家中医优势专科建设)(10100301)

[作者简介] 林志鹏(1994-),男,硕士研究生,E-mail: 2734266985@qq.com。

[通信作者] 练志明(1975-),男,教授,主任医师,硕士研究生导师,E-mail: 1920992291@qq.com。

之为胆囊切除术后综合征(PCS)^[2-3]。这些症状影响患者的生活质量。现代医学通常采用消炎、抑酸止痛及促进胃肠道蠕动等方法对症治疗PCS,但效果有限,且病情容易反复^[4]。相关研究表明,中医药干预在改善PCS患者临床症状及降低疾病复发风险方面均显著优于单纯西药治疗^[5]。

PCS归属于中医学胁痛、胃脘痛、痞满、黄疸、呕吐、泄泻等病范畴。虽然在《黄帝内经》中对上述各种疾病的病因病机论述不同:胁痛因寒、热、气滞、血瘀所致,与肝胆相关;痞满为寒湿、土运不及、寒邪或水郁所致,与脾胃相关;胃脘痛由太阳之胜(寒盛)、少阳之胜(热盛)、妨于食(食积)、木有变(气郁)诱发,与肝胆相关;黄疸因湿热相搏所致;呕吐由饱后逢怒、伤力跌仆、胆虚、风痰、胃虚、虫行、中气虚弱、风寒、郁火、酒伤所致;泄泻不离风、寒、湿、热、饮食、情志。但涉及的脏腑主要是肝、胆、脾、胃。

对于肝胆疾病,古代医家已认识到病始于肝胆,而传于脾胃。《灵枢·病传》中指出“病先发于肝,三日而之脾”。PCS病机复杂,由于胆囊切除,其生理、病理特性受到影响,现代医家的治疗方法各不相同。如单兆伟教授提出PCS起病源于肝郁,传病基于脾虚,从肝脾论治本病,运用理气调肝、运脾疏肝、温脾补肝、柔肝健脾等法进行辨证施治^[6]。袁爱红教授注重“辨证论治,舌脉互参,针药结合”的治疗原则,认为PCS病位在胆,与肝、脾、胃密切相关,提出从肝治胆、通利胆气、补益脾胃的治疗方法^[7]。临床研究在治疗胆囊切除术后辨证的经验中发现肝胆气郁、脾胃虚弱居多,如殷慧君^[8]对于422例胆囊切除术后患者,根据因子与聚类分析,将PCS分为5个证型:脾虚胃弱型(26.8%)、肝郁气滞型(26.1%)、肝胆火旺型(19.7%)、痰瘀互结型(15.2%)和寒凝阳衰型(12.3%)。

练志明教授从事肝胆疾病中西医结合诊疗研究20余年,尤其擅长运用气机升降理论治疗胆系疾病术后病症。在总结古代胆气春升理论基础上,结合现代PCS患者胆汁排泄节律紊乱的病理特征,提出重建少阳时序节律的观点。练教授的学术特色在于:将胆腑气机升降与四时阴阳消长相结合,通过恢复胆气春升的时序节律来调控肝胆-脾胃轴的整体功能,既继承《脾胃论》“春气升则万化安”的理论精髓,又符合“无形胆腑”的气化概念。本文通过阐

释胆气春升理论对术后气机紊乱的调控机制,为PCS提供“胆腑应时诊疗”的思路。

1 “胆气春升”理论阐释

1.1 胆合于肝,阳气升发 《脾胃论》言:“胆者,少阳春升之气,春气升则万化安。故胆气春生则余脏从之。”胆者,禀甲木之性,主宰春升之气机。胆气春升的本质是胆作为“少阳春生之气”,通过疏泄功能驱动肝气升发,形成“肝升胆降”的动态平衡。胆与肝相连,互为络属,互为表里,《灵枢·本输》认为胆汁是“肝之余气”,提示胆气升发是肝胆协同完成疏泄功能的条件。肝属木,具有升散的特性。胆气之升发,与肝之喜条达,其义相同;胆合于肝,助肝之疏泄。肝胆主疏泄,促进机体气血畅通,维持机体的正常生理活动。在自然界中,甲子为五运六气之首,其时应春,故春气升则万物安。人与天地相参,胆腑禀受少阳春升之气,其气机升发,其他脏腑阳气方能调达。故《景岳全书》云“胆附于肝,主少阳春生之气,有生则生,无生则死”,又云“胆以中正之官,实少阳生气所居,故十一脏阳刚之气皆取决于胆,若或损之,则诸脏生气,因皆消索致败,其危立见”。

中医之胆强调其“中正之官,决断出焉”的生理特性。胆主贮藏排泄胆汁,枢转少阳春升之气机。胆囊切除后,胆腑实体缺失,致“腑以通为用”功能受损,胆汁持续入肠失其节律,正如《难经·四十二难》所言“胆在肝之短叶间,重三两三铢,盛精汁三合”,其“精汁”蓄泄失度则阳气升发受阻。临床可见晨起口苦、善太息、情志抑郁等胆气不升之候,此系胆气升发失司,致少阳春升之气被遏,如草木逢春不得发陈之象。

《素问·诊要经终论》指出:“正月、二月,天气始方,地气始发,人气在肝。”胆气春升不仅是春季生理特性,更是维系全年气机升降的枢机。胆囊切除后,胆腑应春升而藏泄的生理节律被打破,导致胆汁昼夜分泌节律紊乱,这种全年持续的胆气失序状态正是PCS发生的核心病机。胆气春升既是对胆腑应春升发特性的概括,更是对少阳时序节律的表达。正如《素问·四气调神大论》强调“春三月,此谓发陈”,胆腑为阳中之少阳,其气机升发在春季表现最为显著,维系着全年气机升降的时序节律。胆囊切除导致的胆气失序,本质上是破坏了这种应春而升、应时而降的生理节律。

1.2 刚柔相济，木得土达 中医理论中，胆汁在肝气的推动下排入肠道，促进水谷消化吸收，脾将水谷精微上输于肺以布散全身，经中焦气化而生成气血，肝调畅气机以助气血运行，藏血以司其调节。《素问·宝命全形论》中称为“土得木而达”，所以胃纳脾运需肝气资助，而肝有所藏依赖于脾胃转化水谷精微，并将其吸收、转输至肝。正如《程杏轩医案辑录》云：“木虽生于水，然江河湖海无土之处，则无木生。是故树木之枝叶萎悴，必由土气之衰，一培其土，则根本坚固，津液上升，布达周流，木欣欣向荣矣。”

肝被称为刚脏、将军之官，其性刚强、主升主动，得脾胃水谷精微变化之阴血滋濡肝体，肝阳潜藏，刚柔相济，宁谧无扰。胆为清净之府，宁谧无扰，胆气冲和，枢转少阳，疏泄有度，决断职司。反之脾胃虚，则肝血损，胆失于条达，横克脾胃，脾胃更虚，肝胆更损。《脉经》云“肝之余气，泄于胆，聚而成精”，胆囊切除后胆汁调控失司，胆气升发受阻致肝失疏泄，刚柔失衡。临床多见胁痛乍作乍止、肠鸣腹泻交替等刚柔失调之证，此系胆气不升则肝失柔润。

1.3 胆随胃降，土气冲和 胃以降为顺，以通为和，喜润恶燥；胆为中清之腑，以降为顺，以通为和，喜和而恶郁。而胆有藏精气的作用，又属六腑传化物而不藏，有实而不能满的特性，故胆内不能长时间充满胆汁，需在肝气的疏泄作用和胃气的下降作用下适时排泄。故胃气的下降有助于胆汁顺利排入肠道，促进食物的消化和吸收，同时胆汁的排泄依赖于胃气的通降功能。故胆具有“胆气升而胆汁降”的生理特性。而脾胃为气机升降之枢纽，人体清浊之气升降取决于脾胃。脾胃之气充沛，清阳之气先升，浊阴之气后降，升降循环。正如吴达所说：“脾为阴土而升于阳，胃为阳土而降于阴，土位中而火上水下，左木右金，左主乎升，右主乎降，五行之升降以气不以质，而升降的权衡又在中气，升则赖脾气之左旋，降则赖胃气之右转，故中气旺则脾升而胃降，四象得以轮转，中气败则四象失其所行，因脾郁而胃逆也。”

胆气升发与胃气下降构成升降相因的枢纽。黄元御《四圣心源》曰：“木生于水，长于土，土气冲和，则肝随脾升，胆随胃降。”胆气升发带动肝气疏泄，促进脾胃运化。若胆气升发受阻，则肝郁克脾，

形成“胆郁→肝滞→脾虚→胃逆”的恶性循环。现代医学研究显示，胆囊切除后Oddi括约肌压力异常发生率达23.8%~37.0%^[9]，此与中医胆降失常理论相合。胆气不升则胃气不降，临床常见暖气、反酸、便秘腹泻交替等症，正如《四圣心源》提到“甲木不降则不条达而郁结，胆郁为患，首克胃土”和“甲木上侵，则贼戊土”，佐证胆气不降，则克戊土，胃逆而生诸症。胆囊切除后胆汁持续排入肠道，破坏胆气升而胆汁降的生理节律，致胆胃升降失序，此乃腑病及脏之变。

2 PCS治法治则

2.1 疏肝利胆，阳气升，胆气升 胆化生与排泄依赖于肝之疏泄，属肝主疏泄范畴，胆囊切除后必然导致胆汁储存、排泄异常，使其疏泄功能下降，进而影响肝之疏泄。现代医学研究发现，胆囊切除手术过程中对周围组织的损伤，如胆管损伤、肝脏损伤等，可导致腹泻、肢体倦怠、善太息等阳气不得升发症状出现^[10]。严仕梦等^[11]研究发现PCS患者仅仅治胆效果不佳，而结合“胆病从肝论治”这一理论，临床疗效满意。练教授针对肝胆气郁和阳气不升的特点，临床选用温胆汤合柴胡疏肝散加减，以疏肝利胆升阳气为主，药物组成：柴胡、川芎、香附、枳壳、半夏、竹茹、陈皮、茯苓、白芍、生姜、大枣、甘草。特色在于重用柴胡疏肝升阳、升举阳气、行气利胆，同时配伍白芍顾护肝体及肝阴血，防止柴胡劫肝阴。白芍之属，入血分则生血，入肝则养肝，加柴胡理肝气、升阳气，则胆气升发。练教授临床观察发现PCS患者出现晨起口苦加重、右胁隐痛随情绪波动等胆气升发障碍表现，治疗时重用柴胡30g，通过升提胆气改善肝胆疏泄，半数患者在治疗1周内症状缓解。

2.2 柔肝健脾，气血和，胆气升 由于胆囊切除，其胆气春升之特性受到影响，肝胆传脾胃，脾胃传肝胆，致肝郁脾虚、气血失调。然而单纯理气，易损脾之统血和肝之藏血功能，阴血益损。人体的气血相互滋生、相互转化。气能生血行血、血能养气载气，因理气之品多具辛、香、温、燥之特性，多用、过用或久用均易伤肝体之阴，耗伤肝血。练教授针对肝郁脾虚和气血失调的特点，临床选用温胆汤合升降汤加减，药物组成：人参、黄芪、白术、茯苓、半夏、竹茹、陈皮、厚朴、鸡内金、知母、白芍、桂枝、柴胡、生姜、大枣、炙甘草。胆囊切

除后胆失中精之腑功能,致肝血暗耗,临床多见爪甲不荣等症。方中白芍用量常达30 g,取其酸敛之性制柴胡之散。针对合并乏力、便溏的脾虚患者,采用白术30 g配伍柴胡15 g的柔肝升胆组合,通过提升胆气升发带动脾胃运化。

正如《医学衷中参西录》在升降汤中分析到“凡物之萌芽,皆嫩脆易于伤损,肝既为元气萌芽之脏,而开破之若是,独不虑损伤元气之萌芽乎?”养血药较之活血药多补益、可兼顾养阴,而活血药多是辛散温通之品,长期服用易损伤脾胃功能,致气血生化不足,血流不畅,加重肝郁脾虚。在临床实践中,虽脾虚不运是虚证,但其出现的病理产物如气滞、血瘀等为实证,故只追求补脾忽视了实证问题,会使之壅滞;只追求运脾,则易忽略脾虚的根本。故应当在健脾使其气血生化有源基础上,结合运脾,使气机调畅,避免滋补而致壅滞。所以在调理气血时以养血柔肝药和健脾补气药为主,添加少量活血药和理气药,可发挥固本培新的功效,以更好地调理气血,使胆气升发。

在临床上,练教授常重用当归、白芍、熟地黄、阿胶、何首乌等补血之品,配伍少量路路通、香附、玫瑰花等活血行气之品,既补营血之虚,又行脉道之滞,达活血不伤正之效。同时补气药配伍理气药,补而不滞,可理气而不伤气。以白术、茯苓、山药等甘淡实脾之品固本培元,配伍藿香、陈皮、砂仁芳香悦脾以醒脾运,佐麦芽、鸡内金、山楂消导助纳。三焦分治:白术、茯苓健脾于上,藿香、砂仁运脾于中,麦芽、山楂化食于下,使水谷精微化生为气血之本,充养脏腑。

常用药对:柴胡、白芍,一气一血,刚柔相济;白术、白芍养肝血、健脾助运,使气血生化有源,肝有所藏,以达柔肝之效,其中白术甘温健脾,白芍酸敛柔肝,甘与酸合,则酸甘化阴以柔肝;玫瑰花、佛手,防木乘土,肝脾同治,理气通瘀;白术、陈皮,达到理气不伤正的效果,气血同治;麦芽、陈皮,麦芽为消食药,属渐消缓散之品,佐以陈皮醒脾助运,两者合用,消补兼施;茯苓、陈皮,两者均属脾经药,茯苓甘淡健脾,陈皮醒脾助运,两药合用,既能健脾和中,又能畅达中焦气机。

2.3 和胃温胆,气机调,胆气升 《临证指南医案·脾胃门》华岫云按语指出:“纳食主胃,运化主脾,脾宜升则健,胃以降则和,大阴湿土,得阳始运,阳明燥土,得阴自安,以脾喜刚燥胃喜柔润也。”脾升胃降,肝升胆降,阳气生长,春夏令行,五脏气生。练教授针对胆胃不和及胃气不降的特点,临床选用温胆汤合旋覆代赭汤加减,药物组成:生姜、半夏、旋覆花、代赭石、枳壳、竹茹、陈皮、茯苓、人参、大枣、炙甘草。以和胃温胆调气机为主。特色在于重用半夏、生姜来降胃气、调气机、升胆气。半夏味辛,性温,归脾、胃、肺经,取其降胃气之功,使胆汁降;生姜味辛,性温,归肺、脾、胃经,既可温中和胃,又辛散中焦土湿,升胆气。以枳壳代替枳实降胃气,避免其破气,加之久煮,减弱其辛散功能,增强其下沉之性。临床常配合紫苏叶、旋覆花、代赭石、桔梗等药降胃气、清肠浊。方中代赭石用量宜轻(5~10 g),取其镇逆而不碍升发之妙,恢复胆汁随胃气下降的生理状态。存在恶心呕吐、嗝气、反酸等症状的胃气上逆患者中,旋覆花10 g加代赭石10 g可引导胆汁下行,配合枳壳10 g疏通腑气。

3 病案举例

刘某,女,45岁,2024年8月6日练教授门诊初诊。主诉:反复脘胁胀满10天。患者2024年7月23日因腹痛发现胆囊结石伴胆囊炎,于广州市中西医结合医院全麻下行腹腔镜胆囊切除术+腹腔粘连松解术,术程顺利。术后病理:胆囊结石伴慢性胆囊炎。刻下症见:神疲乏力,胆怯易惊,脘胁胀满不舒,伴恶心欲呕、反酸、口气重,口干口苦,嗝气,打嗝,纳寐差,小便正常,大便难解,舌淡暗、苔白腻,脉沉无力。中医诊断:痞满,胆胃不和夹脾虚不运证。治法:和胃温胆,运脾理气。方选温胆汤合旋覆代赭汤加减,处方:生姜30 g,姜半夏18 g,人参12 g,旋覆花10 g,代赭石10 g,枳壳10 g,竹茹10 g,陈皮10 g,茯苓10 g,大枣4枚,炙甘草5 g。7剂,每天1剂,早晚分服。

2024年8月13日二诊:患者神疲乏力、胆怯易惊、胃脘胀满不舒、恶心欲呕、反酸、口干口苦、嗝气、打嗝症状较前好转,但仍有不欲食、夜寐不

安,舌淡暗、苔中白腻,脉沉无力。在一诊方基础上加神曲10g,麦芽10g,再予7剂。

2024年8月20日三诊:患者胃脘胀满不舒、恶心欲呕、反酸、嗳气、打嗝、胆怯易惊症状明显缓解,仍觉口苦、口气重,食欲尚可,夜寐尚安,舌淡暗、苔白,脉沉有力。在二诊方基础上加玉竹10g,石膏15g,再予7剂。

2024年8月27日四诊:患者神清,精神可,无神疲体乏之感,口气重较前明显好转,无口干口苦,饮食可,夜寐安,舌脉象同前。嘱患者少食辛辣刺激之品。随后每个月电话随访1次,未见复发。

按:患者因胆囊切除术后,胆腑疏泄功能受损,胆汁排泄失常,胃失和降,气机壅滞,发为脘胁胀满;胆气不宁则胆怯易惊;胃失和降,胃气上逆则恶心欲呕、嗳气打嗝;胆火上炎则口干口苦;脾虚失运,水湿内停,故见舌淡暗、苔白腻;气机不畅,气血生化不足,故神疲乏力;胃不和则卧不安,故寐差;大肠传导失司,故大便难解。本案患者发病于立秋之际,秋季主收,自然界阳气渐敛,而胆为甲木,应春气升发。此时胆气既失春升之助,又因手术创伤致疏泄失常,更兼气机郁滞,此乃胆气失序、木气不达之象。《素问·至真要大论》云“阳明司天,其化以燥”,秋令燥气易伤津液,若脾胃虚弱,津不上承,虚火内生,亦可加重口苦、口气重等症。治疗紧扣胆胃不和、脾虚不运的核心病机,以和胃温胆、运脾理气为纲,佐以调和气机、顾护阴津。初诊选用温胆汤合旋覆代赭汤加减:温胆汤理气化痰、和胃利胆、宁心安神;旋覆代赭汤降逆化痰、益气和胃,两方合用共奏疏利胆腑、降逆和胃、健脾益气之功。二诊时脘胁胀满、恶心欲呕等主症缓解,但仍不欲食、夜寐不安,此为脾虚失运、胃纳未复之象。故加神曲、麦芽,与茯苓相伍,增强运化水谷、充养气血之力,以复脾胃升降之职。三诊时胃脘胀满、嗳气等症显著减轻,然口苦、口气重仍存,此为脾虚胃弱,津液不布,虚火内蕴,胆汁疏泄失常,上蒸清窍所致。故加玉竹清养胃阴,加石膏清泻虚火,兼顾养阴与清热,使胃阴复、虚火降,则口苦、口气重自除。四诊时诸症基本缓解,精神复常,舌脉同前,提示胆胃升降复常,脾虚得

运,气机调畅。嘱患者少食辛辣刺激之品,以防助火伤阴,巩固疗效。

4 小结

练志明教授认为胆囊切除后,胆气春升之特性受到影响,而胆气的升发正常与否直接影响着肝之疏泄、脾之健运、胃之和降的功能,肝胆、脾胃功能失调则会影响气血的生成、运行及输布,进而导致气滞、血瘀等病理产物产生。练教授认为现代胆囊切除术后胆气失序,是胆腑主时序功能的器质性破坏,其气机紊乱已超越自然四时更迭的生理调节范畴。通过药物模拟春升时序节律,使肝胆-脾胃轴恢复肝应春而升、胆应时而降的动态平衡。因此,在PCS发生、发展过程中,以疏肝利胆、柔肝健脾、和胃温胆为核心治法,可达到升发阳气、调理气血、调和气机的目的,从而提高治疗效果。

[参考文献]

- [1] 王健,陈诚,柯亮亮.早期与择期腹腔镜胆囊切除治疗老年急性胆囊炎效果比较[J].实用临床医药杂志,2020,24(23):36-38.
- [2] 李宇庆.胆囊切除术后发生胆源性腹痛相关因素分析[D].太原:山西医科大学,2023.
- [3] 殷西,杨兴武,王国泰,等.胆囊切除术后腹泻的中西医研究现状[J].中国中西医结合消化杂志,2022,30(12):871-876.
- [4] 杨茂成,丁志勇,陶汉川.胆囊切除术后综合征患者采用中西医结合综合治疗方案的效果观察[J].中国社区医师,2021,37(29):99-100.
- [5] 高才植.中医药治疗胆囊切除术后综合征临床疗效的Meta分析[D].沈阳:辽宁中医药大学,2021.
- [6] 刘丽,徐艺.单兆伟教授从肝脾论治胆囊切除术后综合征的经验[J].环球中医药,2019,12(2):216-218.
- [7] 杨钰淦,袁爱红,解鸿宇,等.袁爱红治疗胆囊切除术后综合征临证经验[J].中医药临床杂志,2023,35(2):243-246.
- [8] 殷慧君.基于因子与聚类分析对胆囊切除术后综合征中医证型的探索[D].武汉:湖北中医药大学,2023.
- [9] 汤朝晖,耿智敏,锁涛,等.胆囊切除术后常见并发症的诊断与治疗专家共识(2018版)[J].全科医学临床与教育,2018,16(3):244-246.
- [10] 杨国荣,刘翠翠,邱娜.中医中药诊治胆囊切除术后综合征的临床经验[J].中国现代药物应用,2023,17(12):143-147.
- [11] 严仕梦,李法宝,吕婵,等.基于“胆病从肝论治”探讨胆囊术后综合征的中医证治[J].云南中医中药杂志,2023,44(2):91-95.

(责任编辑:刘迪成)