

## 【薪火传承】

## 杨韶华教授从肝论治慢性萎缩性胃炎经验\*

李洪翠 李连会 杨韶华

**摘要:**慢性萎缩性胃炎是消化系统的常见病、难治病,属于一种癌前疾病,常常伴有肠上皮化生、上皮内瘤变及炎性反应,与胃癌的发生有密切关系。杨韶华教授从医 30 余年,临床经验丰富,擅长治疗慢性萎缩性胃炎等脾胃系统疾病,其从肝论治慢性萎缩性胃炎的临床疗法,疗效确切。此文主要从辨证分型及临证要点等方面总结其思想与经验,以期共同学习。

**关键词:**胃脘痛;慢性萎缩性胃炎;杨韶华;肝;名医经验

doi:10.3969/j.issn.1003-8914.2024.02.011 文章编号:1003-8914(2024)-02-0248-04

## Professor YANG Shaohua's experience in treating chronic atrophic gastritis from the perspective of liver

LI Hongcui LI Lianhui Yang Shaohua

(Department of Spleen and Gastroenterology Diseases, Jining Hospital of Traditional Chinese Medicine, Shandong Province, Jining 272000, China)

**Abstract:** Chronic atrophic gastritis is a common and intractable disease of digestive system, which is a precancerous disease, and often accompanied by intestinal metaplasia, intraepithelial neoplasia precancerous lesions, and is closely related to the occurrence of gastric cancer. Professor Yang Shaohua has been practicing medicine for more than 30 years and has rich clinical experience, specializing in the treatment of chronic atrophic gastritis and other diseases of the spleen and stomach system, which treats chronic atrophic gastritis from perspective of liver with exact curative effect. This paper mainly summarizes his ideas and experiences from the aspects of syndrome differentiation and clinical key points in the hope of common learning.

**Key words:** stomachache; Chronic atrophic gastritis; YANG Shaohua; liver; famous doctor experience

慢性萎缩性胃炎(Chronic atrophic gastritis, CAG)是一种消化系统常见的难治性疾病,临床常无特异性消化系统症状,主要以病理标本中出现胃黏膜固有腺体的减少为特点,属于一种癌前疾病,常常伴发肠上皮化生、上皮内瘤变等癌前病变,与胃癌的发生有密切关系<sup>[1]</sup>。由于 CAG 易伴发癌前病变的特点,加之人们的健康意识不断提高,“谈萎色变”越来越普遍化,严重影响人民的健康追求,增加社会经济负担,加重人们的焦虑抑郁情绪<sup>[2]</sup>。

杨韶华教授,山东中医药大学附属济宁市中医院脾胃病科主任,主任医师,山东中医药大学兼职教授,济宁医学院兼职教授,济宁市首批知名专家、济宁市名中医,山东省中医药学会肝病专业委员会常委,山东省中医药学会中西医结合肝病、消化病、脾胃病专业委员会委员,济宁市亚健康协会消化病专业委员会名誉主任委员,济宁市中医药学会肝病专业委员会副主任委员、脾胃病专业委员会副主任委员,济宁市医学会消化病专业副主任委员,国医大师唐祖宣教授弟子。杨韶华教授从医 30 余年,临床经验丰富,擅长治疗慢

性萎缩性胃炎等脾胃系统疾病,笔者跟随杨韶华教授学习,受益匪浅。兹就杨韶华教授从肝论治慢性萎缩性胃炎的思想与经验总结如下。

## 1 肝与脾胃的生理病理关系

肝与脾胃在生理上密切相关,病理上相互影响。《素问·灵兰秘典论》说:“肝者,将军之官,谋虑出焉”,《格致余论·阳有余阴不足论》提出:“主闭藏者肾也,司疏泄者肝也”,《临证指南医案·肝风》有肝“体阴而用阳”之说,说明肝为刚脏,其性是主升主动,喜条达而恶抑郁。《素问·宝命全形论》云:“土得木而达”,《石室秘录·五脏生克》强调:“肝,克土也……然而肝木未尝不能生土,土得木以疏通,则土有生气矣”,即谓土之宣达全赖肝木之升发疏泄。肝疏泄有权,气机调畅,脾胃升降有司,胆汁疏利,输于肠道,则水谷精微充足,气血生化有源,机体得以濡养。《素问·六元正纪大论》说:“木郁之发,民病胃脘当心而痛”,《证治准绳·胃脘痛》指出:“惟肝木之相乘者尤甚,胃脘当心为痛,上支两肋,饮食不下”,肝木乘克脾土,横逆脾胃,脾失升清,胃失和降,则又生出“清气在下,则生飧泄,浊气在上,则生月真胀”之候。反之,脾失健运,也可影响肝失疏泄,导致“土壅木郁”之证。

## 2 肝在慢性萎缩性胃炎发病中作用

中医多根据其症状将慢性萎缩性胃炎归为“胃脘

\* 基金项目:山东省济宁市重点研发计划项目(No. 2021YXNS145)

作者单位:济宁市中医院脾胃病科(山东 济宁 272000)

通信方式:E-mail:1570760498@qq.com

痛、胃痞、嘈杂、呃逆”等范畴,其病因多与外感六淫、饮食不节、情志不畅、劳逸不调、素体脾虚等引起。因肝与脾胃在生理病理上密切相关,故肝在慢性萎缩性胃炎的发病中起到重要作用。肝失疏泄,肝气郁结,作为始动病机,引发诸多脾胃相关病机,造成慢性萎缩性胃炎的发生、发展,反之慢性萎缩性胃炎的难治性特点,无疑又加重肝失疏泄的程度,可见肝对于脾胃而论,既为始动之脏,又为结果之脏。概言之,肝与脾胃在慢性萎缩性胃炎的发生、发展、演变中,主要表现为气郁、郁热、湿热、气虚(虚寒)、阴虚(血虚)、血瘀六方面的病机。由于当今社会的快速发展,人们生活节奏加快,工作、生活、家庭的压力越来越重,情志因素对慢性萎缩性胃炎的发病起到越来越重要的作用<sup>[3]</sup>。《金匱要略·脏腑经络先后病脉证第一》云:“夫治未病者,见肝之病,知肝传脾,当先实脾”,《丹溪心法》言:“气血冲和,万病不生,一有怫郁,诸病生焉。故人身诸病,多生于郁”,《沈氏尊生书·胃痛》也说:“胃痛……惟肝气相乘为甚,以木性暴,且正克也”。慢性萎缩性胃炎疾病之初,可由于肝气郁结,肝失疏泄,脾失升清,胃失和降,造成胃脘胀痛、胁肋胀痛等症状。“气有余则为热”,肝胃气滞,日久化热,肝胃郁热而不达,则造成胃脘灼痛或嘈杂不适、心烦易怒等症状,胃镜下可表现为胃黏膜急性活动性炎性反应,胃蠕动增快,可伴有胆汁反流<sup>[4]</sup>;“气不足则为寒”,肝气横逆脾胃,日久则脾胃气虚,运化失司,肝郁脾虚,造成胃脘隐痛、神疲倦怠、四肢无力、四肢不温等,胃镜下可表现为胃黏膜色泽呈苍白或灰白,黏膜变薄,或伴黏膜水肿,黏膜下血管显露,分泌物稀薄而多,胃蠕动较慢<sup>[4]</sup>;肝失疏泄,脾失健运,水液不归正化,水反为湿,湿性黏腻,日久化热,湿热内蕴,则造成胃脘闷痛,身重困倦等,胃镜下可表现为胃黏膜充血水肿,明显糜烂,分泌物黏稠混浊<sup>[4]</sup>;“久病多虚”,脾胃健运失司,气血生化乏源,胃失濡养,肝胃阴虚(血虚),则造成胃脘嘈杂、似饥而不欲饮食,口干舌燥等,胃镜下可表现为黏膜表面粗糙、厚度变薄、质地变脆、黏液减少,皱襞呈龟裂样改变,伴变细或消失或伴黏膜下小血管网显露<sup>[4]</sup>;《临证指南医案》云:“胃痛久而屡发,必有凝痰聚瘀”。久病多瘀、久病入络、久病多痰,肝失疏泄,气血运行失畅,胃络瘀阻,则造成胃脘疼痛、痛有定处,面色暗滞等症状,胃镜下可表现为胃黏膜呈颗粒增生或结节状,伴出血点,分泌物呈灰白或褐色,可透见黏膜下暗红色血管网<sup>[4]</sup>。

### 3 辨证分型从肝论治慢性萎缩性胃炎

杨韶华教授从肝论治慢性萎缩性胃炎按虚实辨治,病初正气尚盛,多为实证,随着病程发展,正气渐虚,多为虚实夹杂,病程后期多以虚证为主。杨韶华教

授认为,慢性萎缩性胃炎虚实夹杂证较单纯,实证、虚证更为常见。按虚实辨治,其中实证包括肝胃不和证、肝胃郁热证,虚实夹杂证包括肝郁脾虚证、肝郁络阻证,虚证包括肝胃阴(血)虚证,具体辨证论治如下。

**3.1 肝胃不和证** 临床常表现为胃脘胀满疼痛,嗝气,胁肋胀满,胸闷叹息,且症状随情绪变动而诱发或加重,舌苔薄白,脉弦。治则以疏肝理气和胃为主,常用方剂为柴胡疏肝散加减,选药多为柴胡、白芍、枳壳、川芎、陈皮、香附、佛手、香橼、炙甘草等。如伴有恶心、呕吐等胃气上逆之症,则可加姜半夏、丁香、柿蒂等降逆之品。

**3.2 肝胃郁热证** 临床常表现为胃脘灼热疼痛,嘈杂,烦躁易怒,两胁胀急,口干口苦,舌质红苔黄,脉弦或弦数。治则以疏肝行气泻热为主,常用方剂为化肝煎加减,选药多为柴胡、赤芍、青皮、龙胆草、黄连、吴茱萸、栀子、甘草等。若合并湿热之象,症见胃脘、腹部痞满,身重困倦,舌红苔黄腻,脉滑数等,治则以疏肝行气、清热化湿为主,常用方剂为化肝煎合黄连温胆汤加减,选药则加用竹茹、黄芩、滑石、木通、石菖蒲、法半夏、茯苓等清热化湿、芳香醒脾之品。

**3.3 肝郁脾虚证** 临床常表现为胃脘隐痛或胀满,饮食不慎则加重,胁肋胀闷不适,乏力气短,纳呆食少,四肢不温,大便稀溏,舌淡或有齿印,苔薄白,脉弱。治则以疏肝理气健脾为主,常用方剂为逍遥散加减,选药多为柴胡、白芍、当归、茯苓、麸炒白术、生姜、薄荷、党参、黄精、炙甘草等。若病程日久,则虚寒象显,则见胃痛隐隐,绵绵不休,喜温喜按等症状,治则以疏肝健脾,兼以温中,常用方剂为逍遥散合黄芪建中汤加减,选药则多加黄芪、桂枝、干姜、萹苈、萹苈茄等温中健脾之品。

**3.4 肝郁络阻证** 临床常表现为两胁胀满,甚或刺痛,胃脘疼痛,痛所固定且拒按,面色晦暗,或有黑便,胸闷气短,乏力纳差,舌质暗红或有瘀点、瘀斑,脉弦涩。治则以疏肝健脾、活血通络,常用方剂为经验方疏肝活血方加减,选药多为柴胡、白芍、炙黄芪、郁金、白术、党参、砂仁、三七、升麻、木香、延胡索、陈皮、丹参、蒲黄、五灵脂、炙甘草等。结合现代胃镜及病理学,若伴有不典型增生或肠化生,则加用三棱、莪术、白花蛇舌草、藤梨根、仙鹤草等散结抗癌之品。

**3.5 肝胃阴(血)虚证** 临床常表现为胁痛目涩,眩晕耳鸣,五心烦热,虚烦失眠,口燥咽干,胃脘灼痛,嘈杂似饥而不欲食,大便干结,舌红少津或有裂纹,苔少或无,脉细或数,治则以养血柔肝、养胃益阴为则,常用方剂为一贯煎合沙参麦冬汤加减,选药多为地黄、北沙参、当归、枸杞子、麦冬、玉竹、天花粉、扁豆、女贞子、墨旱莲、石斛、生甘草等。若见头胀头痛、面红赤,阴虚阳亢,则可加菊花、牛膝、牡蛎、石决明等平肝潜阳之品。

#### 4 从肝论治慢性萎缩性胃炎临证要点

杨韶华教授从肝论治慢性萎缩性胃炎,在临证时常仔细分辨,谨慎用药,以期扶正不留邪、祛邪不伤正,综观之,可归纳为以下几点。

**4.1 疏肝柔肝 疏柔相兼 注重轻清解郁** “木曰曲直”,性喜条达,肝气郁滞作为 CAG 始动病机之一,疏肝理气即为常用之法。杨韶华教授强调疏肝必兼柔肝,“疏”乃疏理肝气,“柔”乃养护肝阴(血),疏则勿令太过,太过则伤肝之阴血,柔则勿令过于滋腻,过于滋腻则有碍肝气条达,因此疏肝柔肝既可祛邪又可护正。因绝大部分 CAG 患者存在焦虑抑郁等心理障碍,且伴随疾病的发生发展,心理症状可加重或反复,从而影响预后转归<sup>[5]</sup>,因此在疏肝柔肝的同时,注重轻清解郁药物的应用。

临床处方时疏肝常选用柴胡、香附、川楝子、郁金、八月札等药,柔肝常选用白芍、当归、生地黄、枸杞子、何首乌等药,轻清解郁则常选用合欢花、合欢皮、玫瑰花、绿萼梅、佛手花等药,根据患者病情,酌情加减用量,以使刚柔并济,共奏疏肝柔肝解郁之效。

**4.2 疏肝和胃 气机同调 注重理气 破气** 疏肝勿忘和胃,肝胃同属中焦,肝为风木之脏,性喜条达而恶抑郁,胃为阳土之脏,性喜润而恶燥,以降为用。CAG 病情反复,常因郁伤肝,肝伤则郁滞更甚,气机郁滞于中焦,升降失司而致痞满胀痛。

《素问·六微旨大论》云:“出入废则神机化灭,升降息则气立孤危”,故对于肝胃气滞者,肝胃同调,旨在调节气机升降,以使肝从左升、胃从右降。临证之时,常选用理气药如柴胡、青皮、陈皮、香附、川楝子、橘核、生麦芽、枳实、厚朴等随证加减,且根据症状之轻重,辨证选用理气药、破气药物,如气机郁滞不甚,其痞满胀痛较轻,则选用陈皮、枳壳、佛手、香橼、甘松等轻清理气药物;如气机郁滞明显,痞满胀痛较重,则选用三棱、莪术、青皮、枳实、大腹皮、厚朴等味重破气消积药物;其如肝胃气郁,甚则气逆,常伴暖气、呃逆、吞咽哽咽等症,则善选用旋覆花、丁香、赭石、龙骨、牡蛎、龙齿等重镇降逆药物,但必随之加用少量生麦芽防重镇太过,以随肝升发之性。

**4.3 疏肝健脾 虚实兼顾 注重疏补勿过** 凡治病勿伤胃气,久病宜保脾土。“正气存内,邪不可干”,CAG 发病病机之本在于脾胃虚弱,因此在临证之时疏肝莫忘健脾。肝气易郁、脾气易虚,胃气易滞,肝宜疏泄,脾宜健运,胃宜和降。

杨韶华教授常嘱需注意以下几点:①疏肝莫过强,疏肝理气药物用量不宜大,选药不宜过于温燥,用药时间不宜过长,以防耗伤脾胃之阴津,处方时常选用柴

胡、佛手、香橼、生麦芽等,并配以山药、黄精之品,且常常中病即止,后期辅以健脾益气药物治疗;②养胃护胃,CAG 虽以胃黏膜萎缩为主,但发病常伴有胃黏膜水肿充血、糜烂等表现,临床常加用白及、地榆、海螵蛸、煅瓦楞子、浙贝母、白蔹等药以制酸护胃、促进黏膜愈合,且护胃治疗基本贯穿疾病始终;③运脾开胃,脾虚胃弱,健运失职,气血生化乏源、机体失养,因此临证处方,时时兼顾运脾开胃,选药常选焦山楂、麸炒麦芽、焦六曲、炒鸡内金、炒谷芽,或常选用少量莪术、三棱、鸡矢藤等药以健脾开胃以助脾运。④饮食调养,黄承昊《折肱漫录》所言:“勿以脾胃热冷物,勿以脾胃软硬物,勿以脾胃熟生物”,尤以禁食寒凉生冷、辛辣刺激之品。

**4.4 疏肝活血 气血同调 注重虫类药应用** 肝主疏泄,一身气机赖肝气的疏泄调节,肝郁则气滞,“气行则血行,气滞则血瘀”,且胃为水谷之海,多气多血之腑,以降为顺,病则易气滞,滞则瘀,故 CAG 发病易出现气滞血瘀、瘀血阻络之证。临床以疏肝活血之法治疗,疏肝则理气行气、调理气机,活血则化瘀通络、畅达血运。处方时常需注意养血、破血、通络之法的兼顾运用。

据中医辨证论治,并结合现代电子胃镜及病理检查微观辨证,CAG 发病之初未见胃脘刺痛、舌暗瘀点等瘀血阻络之象,宜养血活血,多选用当归、鸡血藤、丹参、三七等药;疾病后期诸证显著,且胃镜及病理均提示肠化生或不典型增生时,以破血逐瘀,多选用莪术、三棱、桃仁、红花等药,并常配伍少量延胡索、五灵脂、蒲黄、乳香、没药、血竭等活血通络止痛药物。另外,杨韶华教授临证之时,重视虫类药物的使用,尤其在伴有肠化生、不典型增生时,常选用蜈蚣、全蝎、九香虫、水蛭、僵蚕等入络活血散结之品,以用虫类药搜风逐邪、止痛抗癌<sup>[6]</sup>之特效,应病情顽固之病机。

**4.5 养肝养胃 重养阴血 注重滋补勿腻** 人身脏腑百骸皆赖气血之濡润滋养,润则健,养则旺,其脏腑百骸功能健全。肝为多血少气之脏,胃为多气多血之脏,两者在生理上均表现为多血,其病理应少阴血(阴津)亏虚之证,但阴为质,阳为用,肝为刚脏,体阴而用阳,其用赖阴血的滋养。胃为阳腑,体阳而用阴,以通降为顺,喜润而恶燥,因此其生理特点决定其患病则易有阴血(阴津)亏虚之证。结合胃镜表现,CAG 发病的自始至终均存在着黏膜的萎缩变薄这一征象,这也提示胃失濡养这一病机存在病程的始终。

杨韶华教授在治疗 CAG 时特别重视阴血(阴津)的养护。秉着“无则兼顾,有则重护”的原则,在治疗 CAG 时始终勿忘生津滋阴养血。主要表现为两方面:一者在他证辨治之时,少量加用养阴生津养血的药物如石斛、玉竹、麦冬、沙参、天花粉等药以防祛邪伤正、

理气伤阴,达到固护津液之功,以治病于未发之时;一者在津液亏虚之时,重用养阴生津之品,除选用上药之外,常加用当归、乌梅、地黄、黄精等养血滋阴之品,以扶正御邪,补养阴液,防病之进展。

**4.6 疏肝泻热 清化痰湿** 《柳州医话》云:“木热则流脂,断无肝火盛而无痰者”。肝胃郁热,疏肝泄热是为正治,但临床所见,CAG 肝胃郁热之证,常兼夹痰湿之邪,正如“怪病多由痰作祟”“顽疾多痰”“久病多痰”,这也与 CAG 病程长、病情反复、治疗困难的特点相符。究其兼夹痰湿之机,乃脾虚为 CAG 致病之本,且脾为生痰之器,脾虚失运,水谷不归正化,则聚留而为痰湿。

《丹溪心法》云:“百病中,多有兼痰者世所不知也”,且“痰之为物,随气升降,无处不到”,痰湿停于胃则为呕吐,为嘈杂,为暖气,为痞满,为癥瘕积聚。因此疏肝泄热和胃之时,除选用郁金、茵陈、栀子、预知子、柴胡、龙胆等清热泄热之品,常酌加薏苡仁、茯苓、车前草、土茯苓、绵草薹、木通、泽泻等清热利湿或淡渗利湿之品,且尤喜大量使用生薏苡仁以清热化痰祛湿,且有抗癌之功<sup>[7]</sup>;在 CAG 伴发肠上皮化生、不典型增生等内镜下表现为白色扁平样隆起时,加用白花蛇舌草、半枝莲、半边莲、姜黄、僵蚕等散结化痰之品;并宗“善治痰者,不治痰而治气,气顺则一身之津液,亦随气而顺矣”,处方时多配理气、行气之品,如陈皮、枳壳、橘核、木香、香附等药。

## 5 小结

杨韶华教授临证 30 余年,对于慢性萎缩性胃炎的诊治有独到见解。结合 CAG 目前发病环境,提出从肝论治慢性萎缩性胃炎,总结其病机不离气郁、郁热、湿热、气虚(虚寒)、阴虚(血虚)、血瘀,常辨证分型为肝胃不和、肝胃郁热、肝郁脾虚、肝郁络阻、肝胃阴(血)虚等证,并辨证处方,且常嘱临证注意正邪兼顾,以达扶正不留邪、祛邪不伤正之目的。杨韶华教授从肝论治慢性萎缩性胃炎的思想与经验值得临床工作者学习。

## 参考文献

- [1] 中华中医药学会脾胃病分会. 慢性萎缩性胃炎中西医结合诊疗共识意见(2017)[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2018, 26(2): 121-131.
- [2] 路理杰, 杨阔, 刘华一. 情志因素与慢性萎缩性胃炎患者病理结果的相关性[J]. 中医杂志, 2021, 62(4): 324-327.
- [3] 李秀丽. 周继友主任从肝论治慢性萎缩性胃炎经验[J]. 实用中西医结合临床, 2016, 16(9): 57-58.
- [4] 张声生, 唐旭东, 黄穗平, 等. 慢性胃炎中医诊疗专家共识意见(2017)[J]. 中华中医药杂志, 2017, 32(7): 3060-3064.
- [5] 朱姣, 刘晶晶, 代二庆. 慢性萎缩性胃炎患者心理健康状况的相关性研究进展[J]. 辽宁中医杂志, 2014, 41(12): 2714-2716.
- [6] 周丽平. 虫类药物为佐治疗慢性萎缩性胃炎[J]. 中国中医药现代远程教育, 2018, 16(24): 156-158.
- [7] 梁欣妍, 丁筑红. 薏苡仁油对消化系统肿瘤的药理作用及临床应用[J]. 实用医学杂志, 2017, 33(1): 159-161.

(编辑:孙俊俊 收稿日期:2023-03-13)

# 孙达武教授治疗老年性骨质疏松症临证经验\*

彭 广<sup>1</sup> 葛殊玮<sup>1</sup> 王 凡<sup>2</sup> 孙绍裘<sup>1Δ</sup>

**摘要:**“全国十大骨伤名师”孙达武教授从事中医药防治骨伤科疾病七十余年,临证经验丰富,主张从脾肾论治骨伤科疾病,认为老年性骨质疏松症的主要病因病机为肝肾亏虚,脾失健运,先后天不足而致筋骨失养、痿废不用,因虚致瘀而出现骨骼脆性增加、周身肌肉疼痛。治疗上运用补肾健脾活血法,重在补益脾肾二脏,兼以活血化瘀止痛。附验案 1 则,以资佐证。

**关键词:**骨痿;老年性骨质疏松症;补肾健脾活血法;名医经验;孙达武

doi:10.3969/j.issn.1003-8914.2024.02.012 文章编号:1003-8914(2024)-02-0251-04

骨质疏松症(Osteoporosis, OP)为一种全身性骨骼

疾病,其特征是骨量低,骨组织微结构退化,骨脆性和骨折易感性增加<sup>[1]</sup>。随着年龄的增长,骨质流失,OP 的患病风险随之增加,其主要表现为全身性多关节疼痛、乏力、形体短缩、并发骨折等症状。老年性骨质疏松症(Senile osteoporosis, SOP)的发病率与人口老龄化密切相关,通常发生在 75 岁以上的男性和 65 岁以上的女性中<sup>[2-4]</sup>,该类人群易发生髌部脆性骨折,危及生命,骨折后的治疗及康复不仅影响患者生活质量也为社会经济带来巨大负担<sup>[5]</sup>。因此临床中应用行之有

\*基金项目:孙达武名老中医专家传承工作室项目;湖南省自然科学基金面上项目(No. 2023JJ30469);湖南中医药大学校级科研联合项目(No. 2022CX166, CX20210702);湖南省临床医疗技术创新引导项目(No. 2021SK51301);湖南省中医骨伤临床医学研究中心(No. 2020SK4013)

作者单位:1. 湖南中医药大学第二附属医院骨伤传统康复科(湖南长沙 410005);2. 湖南中医药大学第二附属医院关节骨病科(湖南长沙 410005)

Δ通信作者:E-mail:54sunshaoqiu@163.com