

“活血生肌方”外用对气虚血瘀型下肢静脉溃疡的干预作用研究

——附30例临床资料

潘孙峰^{1,2} 苏玉娟^{1,2} 王振君^{1,2} 朱敏达¹ 胡衍泽¹ 单云岗¹

(1. 嘉兴市中医医院, 浙江嘉兴 314001; 2. 嘉兴市糖尿病血管病变研究重点实验室, 浙江嘉兴 314001)

摘要 目的:观察活血生肌方外用对气虚血瘀型下肢静脉溃疡(VLU)的干预作用。方法:将60例气虚血瘀型VLU患者随机分为治疗组与对照组,每组30例。2组患者均予基础治疗及行下肢静脉曲张手术,治疗组术后于溃疡处外用活血生肌方纱条包扎,对照组术后于溃疡处外用凡士林纱条包扎,每2d换药1次,连续4周。于治疗前(术后)及治疗1、2、3、4周后测定2组患者溃疡面积计算溃疡愈合率,进行溃疡创面症状(肿胀程度、疼痛程度、脓液量、创周肤温、创面气味、肉芽颜色)评分,取溃疡创面肉芽组织测定血管内皮细胞生长因子(VEGF)、血管内皮细胞生长因子受体2(VEGFR-2)水平,疗程结束后对上述指标进行组内组间比较,并比较临床疗效。结果:治疗2、3、4周后2组患者溃疡愈合率均明显高于本组前1周时($P<0.01$),且治疗组愈合率明显高于同期对照组($P<0.01$)。治疗后各时期2组患者溃疡创面肉芽组织VEGF、VEGFR-2水平均较本组治疗前明显升高($P<0.01$),且随着时间的延长,上述指标逐渐上升($P<0.01$),治疗组上述指标明显高于同期对照组($P<0.01$)。治疗1周后2组患者创面肤温、创面气味、肉芽颜色评分均较本组治疗前明显降低($P<0.05$),治疗组上述评分明显低于对照组($P<0.05$);治疗2、3、4周后2组患者各项溃疡创面症状评分均较本组治疗前明显降低($P<0.05$),且随着时间的延长,上述评分呈明显下降趋势($P<0.05$, $P<0.01$),治疗组各项评分均明显低于同期对照组($P<0.05$)。治疗组总有效率为96.67%,明显高于对照组的80.00%($P<0.05$)。结论:活血生肌方外用可促进VLU愈合,持续改善VLU症状,并提高溃疡创面肉芽组织VEGF、VEGFR-2表达的水平,促进新鲜肉芽组织形成,进一步加快溃疡创面的愈合,值得临床推广应用。

关键词 活血生肌方;下肢静脉溃疡;中药外用;气虚血瘀;溃疡愈合率;血管内皮细胞生长因子

基金项目 浙江省公益技术应用研究计划项目(LGF21H270009);浙江省医药卫生科技计划项目(2019KY702);浙江省中医药科技计划项目(2020ZB251);浙江省中医药科技计划项目(2018ZB126)

下肢静脉溃疡(venous leg ulcer, VLU)指静脉高压导致下肢或足部出现的皮肤开放性伤口^[1],发病率高、常久治不愈或反复发作作为该病的主要特点,遗传、年龄、女性以及肥胖等为主要危险因素^[2]。VLU作为慢性静脉疾病(chronic venous diseases, CVD)发展到最严重阶段的临床表现之一^[3],溃疡发生前有局部组织肿胀、色素沉着逐渐加重、先痒后痛等症状,如不慎挠抓或外伤后则表现出皮肤破溃、糜烂、渗液,溃疡发白或呈暗红色,可附有脓苔,日久疮口凹陷,边缘形如缸口,常伴有湿疹或脂质皮肤硬化,治疗收口后易反复发作^[4]。中国CVD发病率接近9%,每年新发病率在0.5%~3.0%,而静脉性溃疡占一半左右^[5]。VLU可归属于中医学“臁疮”范畴,主要表现为溃烂后疮口经久不愈,或虽已收口但因局部损伤而易复发。嘉兴市中医医院烧伤整形科自制的“活血生肌方”是在《外科正宗》所记载的生肌玉

红膏基础上,根据VLU病因病机特性化裁而来。本研究观察了在基础治疗及下肢静脉曲张手术的基础上联合活血生肌方外用对VLU患者溃疡愈合率、溃疡创面症状评分及溃疡创面肉芽组织血管内皮细胞生长因子(VEGF)、血管内皮细胞生长因子受体2(VEGFR-2)水平的影响,并与术后使用凡士林纱条包扎的对照组患者进行疗效比较,现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选取2019年6月至2021年7月嘉兴市中医医院收治的气虚血瘀型VLU患者60例,按照随机数字表法随机分为治疗组与对照组,每组30例。治疗组男15例,女15例;平均年龄(59.03 ± 11.63)岁;平均病程(45.23 ± 7.79)个月;平均创面初始面积(4.65 ± 1.80) cm^2 。对照组男16例,女14例;平均年龄(60.75 ± 12.98)岁;平均病程(43.69 ± 6.99)个月;平均创面初始面积

(4.73 ± 1.83) cm^2 。2组患者年龄、性别、病程等一般资料比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。本研究通过嘉兴市中医医院伦理审批(批件号:2019KY0454)。

1.2 诊断及辨证标准 参照《中医病证诊断疗效标准》^{[6][40]}拟定VLU诊断标准:存在下肢静脉曲张病史;小腿内侧或外侧有溃疡存在;溃疡周围皮肤有色素沉着、水肿、脱屑、皮肤发亮等营养障碍表现。参照《中医外科学》^[7]拟定气虚血瘀型中医辨证标准:病程日久,疮面苍白,肉芽色淡,周围皮色黑暗、板硬;肢体沉重,倦怠乏力;舌淡紫或有瘀斑、苔白,脉细涩无力。

1.3 纳入标准 符合VLU诊断标准和气虚血瘀型中医辨证标准;年龄18~85岁,男女不限;VLU创面呈圆形或椭圆形;患者充分了解本研究治疗方法并签署书面知情同意书。

1.4 排除标准 有缺血性疾病者;有淋巴障碍疾病者;患微血管疾病(糖尿病、类风湿关节炎、血管炎、胶原病)者;皮肤营养状况差者;有下肢手术、创伤史者;伴有全身严重感染或合并其他严重基础疾病者;过敏体质或者对本研究治疗药物过敏者;妊娠或哺乳期妇女;入组前3个月内参加过其他临床研究者。

2 治疗方法

2组患者入组后均予基础治疗(抗感染、控制血压及血糖、营养支持、改善微循环、压力治疗、局部清创等)及下肢静脉曲张手术。

2.1 对照组 术后于溃疡处外用厚度为2 mm的凡士林纱条(5 cm×5 cm或10 cm×10 cm)包扎,每2 d换药1次。

2.2 治疗组 术后于溃疡处外用活血生肌方纱条(5 cm×5 cm或10 cm×10 cm)包扎,每2 d换药1次。活血生肌方纱条制备:按比例取当归、丹参、红花、黄芪、乳香、没药、白及、白芷、重楼、甘草(比例为2:2:1:1.5:1:1:1:1:1:0.6)中药饮片;乳香、没药研粉备用,其余药物用麻油浸润3 d(液面超过药物3 cm);浸润完成后,所有药物予中火熬制约20 min,细网过滤药渣,滤液再次予小火熬制约10 min,期间加入白蜡、黄蜡,与药物1:1煎熬,将冷却后形成的膏剂均匀涂抹于纱条上制成厚度为2 mm的活血生肌方纱条。

2组患者术后换药均持续4周,作为本研究观察疗程。

3 疗效观察

3.1 观察指标

3.1.1 溃疡愈合率 于治疗前(术后)及治疗1、2、3、4周后测定2组患者溃疡创面面积并计算溃疡愈合率。采用标准透明方格测量并扫描入计算机后,运用ImageJ图像分析软件计算创面面积,溃疡愈合率=(原始创面面积-未愈合创面面积)/原始创面面积×100%。

3.1.2 溃疡创面症状评分 参考文献[8]制定溃疡创面症状评分量表对2组患者治疗前及治疗1、2、3、4周后溃疡症状进行评分。肿胀程度按无(0分)、轻(2分)、中(4分)、重(6分)进行评分。无:下肢无肿胀;轻:肿胀局限于创周,皮纹存在;中:肿胀见于创周及脚踝部,皮纹消失;重:肿胀见于整个小腿,皮肤发紧发亮。疼痛程度按优(0~1分)、良(2~3分)、可(3~4分)、差(5分以上)进行评分。脓液量按无(0分)、量少(2分)、量中(4分)、量多(6分)进行评分。无:创面无渗出;量少:脓液渗透1~5层纱布;量中:脓液渗透6~10层纱布;量多:脓液渗透10层以上纱布。创周肤温按如常(0分)、微热(2分)、较热(4分)、灼热(6分)进行评分。创面气味按无(0分)、不明显(2分)、明显(4分)、恶臭难闻(6分)进行评分。肉芽颜色按鲜红(0分)、淡红(2分)、暗红(4分)、淡白(6分)进行评分。

3.1.3 溃疡创面肉芽组织VEGF、VEGFR-2水平 于治疗前及治疗1、2、3、4周后分别取2组患者溃疡创面肉芽组织测定VEGF、VEGFR-2水平。样本采集除手术日患者,余均在局麻无菌下进行:切取溃疡与正常皮肤交界处组织,包含溃疡基底部,厚度3 mm,所有活检组织包括全部真皮和至少1层薄的皮下组织。常规包埋、切片,切片经二甲苯脱蜡,梯度乙醇脱水,PBS洗涤(1 min×3次),3% H_2O_2 室温孵育10 min后再用PBS洗涤(1 min×3次);将切片浸入EDTA修复液中,微波抗原修复,滴加VEGF一抗(40 $\mu\text{g/mL}$)、VEGFR-2一抗(1:25),4℃冰箱过夜,按二抗试剂盒说明添加二抗,DAB显色、苏木精复染、中性树胶封片。光镜下棕黄色或棕褐色颗粒判定为阳性细胞,每张切片随机选取6个100倍视野,采用Image-Pro Plus 6.0软件测量图中累积光密度值(IOD)。

3.2 疗效判定标准 参考《中医病证诊断疗效标准》^{[6][41]}拟定疗效判定标准,于疗程结束后进行疗效判定。痊愈:创面愈合,无临床症状;显效:创面愈合率 $\geq 75\%$,临床症状明显缓解;有效:25% $\leq$ 创面愈合率 $< 75\%$,临床症状有改善;无效:创面愈合率 $< 25\%$ 或创面扩大,临床症状无改善。总有效率=(痊愈例数+显效例数+有效例数)/总例数×100%。

3.3 安全性评价 观察2组患者治疗期间药物不良反应发生情况,包括皮肤湿疹、皮肤瘙痒等。

3.4 统计学方法 样本量计算:采用随机、标准平行对照研究法,预试验结果显示治疗组与对照组总有效率分别为88%、50%,根据第一类错误 $\alpha = 0.05$,检验效能 $1 - \beta = 0.80$,运用统计学软件stata 14.0分析得各组需要的样本量为24例,考虑脱落例数,本研究各组样

本量拟定为30例。采用SPSS 17.0软件对数据进行统计学分析。计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,符合正态分布时,组间比较采用完全随机设计资料的方差分析,多重比较采用LSD检验;计数资料以例/百分率表示,采用 χ^2 检验或Fisher确切概率法,多样本率的两两比较采用Bonferroni法调整检验水准。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

3.5 治疗结果

3.5.1 2组患者治疗各时期溃疡愈合率比较 治疗2周后开始2组患者溃疡愈合率逐渐升高,溃疡愈合率明显高于本组前1周时($P < 0.01$),且治疗组愈合率明显高于同期对照组($P < 0.01$)。见表1。

3.5.2 2组患者治疗前后溃疡创面症状评分比较 治疗前后2组患者各项溃疡创面症状评分组内及组间比较结果详见表2。

3.5.3 2组患者治疗前后溃疡创面肉芽组织VEGF、VEGFR-2水平比较 治疗前后2组患者溃疡创面肉芽组织VEGF、VEGFR-2水平组内及组间比较结果详见表3。

3.5.4 2组患者临床疗效比较 见表4。

3.6 安全性评价 治疗期间治疗组出现溃疡周围皮肤湿疹2例,对照组出现溃疡周围皮肤湿疹3例、溃疡周围皮肤瘙痒1例,2组患者不良反应发生情况比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。湿疹患者采用曲安奈德益康唑乳膏外涂,瘙痒患者予口服依巴斯汀片,症状均快速有效缓解,未影响后续研究进程。

4 讨论

静脉逆流、静脉阻塞、静脉壁薄弱和腓肠肌泵功能不全等引起下肢静脉高压是VLU发生的主要病理基础,但确切的形成机制尚存在争议。VLU可引起下肢色素沉着、脂皮硬化、皮肤溃烂并伴有渗液、疼痛、瘙痒甚至异味,症状严重甚至会导致残疾,对患者的身心健康造成巨大伤害,也给患者和社会造成了沉重的经济负担^[9]。西医常规疗法包括加压治疗联合清创、抗感染、应用新型敷料和负压封闭引流技术以及必

要时皮肤移植治疗,能够提高难治性静脉溃疡的愈合速度,已证实具有一定疗效。下肢静脉曲张手术属于病因治疗,通过大隐静脉高位结扎、激光闭合术、局部曲张静脉及交通支反流静脉光纤烧灼及点剥治疗,缓解静脉高压。古人云“外科之法,最重外治”,中医外治皮肤溃疡历史悠久,形成了清热祛腐解毒、活血化瘀生肌等理论,涵盖了中药涂擦、中药浸浴、中药熏洗等方法,常用的剂型包括洗剂、膏剂、散剂等,具有改善症状、促进溃疡愈合、提高患者生活质量等特点,“简、便、廉、效”。

中医认为本病病因病机为过劳耗气,正气亏虚,无力行血,气虚血瘀,脏腑失调,气血经络瘀滞加之六淫邪毒和特殊之毒侵犯,导致经脉受损,肌肤失养,顽疮久治不愈,气虚血瘀证是本病主要证型^[10]。

表1 治疗组与对照组患者治疗各时期创面愈合率比较($\bar{x} \pm s$) 单位: %

组别	例数	治疗1周后	治疗2周后	治疗3周后	治疗4周后
治疗组	30	18.4 ± 7.5	38.1 ± 8.6***	72.2 ± 10.6***△△	89.8 ± 11.6***▲▲
对照组	30	16.2 ± 6.3	30.4 ± 7.2**	52.3 ± 8.9**△△	68.7 ± 9.4**▲▲

注:与对照组同期比较, ** $P < 0.01$;与本组治疗1周后比较, *** $P < 0.01$;与本组治疗2周后比较, △ $P < 0.01$;与本组治疗3周后比较, ▲ $P < 0.01$ 。

表2 治疗组与对照组患者治疗前后溃疡创面症状评分比较($\bar{x} \pm s$) 单位:分

组别	例数	时间	肿胀程度	疼痛程度	脓液量	创周肤温	创面气味	肉芽颜色
治疗组	30	治疗前	5.83 ± 2.91	4.91 ± 2.19	4.78 ± 2.57	5.25 ± 2.56	4.38 ± 2.08	5.79 ± 2.09
		治疗1周后	5.36 ± 2.69	4.36 ± 2.82	4.39 ± 2.21	3.26 ± 2.14*	3.02 ± 1.87*	4.36 ± 1.97*
		治疗2周后	3.87 ± 1.25***	3.12 ± 1.37***	3.05 ± 2.14***	2.73 ± 1.69***	2.16 ± 1.01***	3.72 ± 1.85***
		治疗3周后	2.03 ± 1.12***△△	1.28 ± 1.02***△△	2.62 ± 1.18***△△	2.18 ± 1.17***△△	1.89 ± 1.12***△△	3.29 ± 2.13***△△
		治疗4周后	1.36 ± 0.32***▲▲	0.73 ± 0.15***▲▲	1.06 ± 0.63***▲▲	1.75 ± 1.13***▲▲	0.86 ± 1.52***▲▲	1.58 ± 1.63***▲▲
对照组	30	治疗前	5.81 ± 2.96	5.10 ± 2.12	4.85 ± 2.62	5.12 ± 2.62	4.45 ± 2.10	5.85 ± 2.10
		治疗1周后	5.52 ± 2.93	4.62 ± 2.06	4.62 ± 2.69	4.57 ± 2.53*	4.13 ± 2.04*	5.46 ± 2.09*
		治疗2周后	4.62 ± 1.58**	4.03 ± 1.82**	3.36 ± 2.26**	3.98 ± 2.82**	3.02 ± 2.06**	4.96 ± 2.03**
		治疗3周后	3.36 ± 2.06*△	2.79 ± 1.25*△	3.65 ± 2.36*△	3.12 ± 1.81*△	2.63 ± 1.52*△	3.79 ± 2.06*△
		治疗4周后	2.65 ± 1.03**	1.32 ± 1.15**	2.18 ± 1.03**	2.85 ± 1.24**	1.68 ± 1.56**	2.08 ± 1.74**

注:与对照组同期比较, * $P < 0.05$;与本组治疗前比较, ★ $P < 0.05$;与本组治疗1周后比较, # $P < 0.05$, *** $P < 0.01$;与本组治疗2周后比较, △ $P < 0.05$, △△ $P < 0.01$;与本组治疗3周后比较, ▲ $P < 0.05$, ▲▲ $P < 0.01$ 。

表3 治疗组与对照组患者治疗前后溃疡创面肉芽组织VEGF、VEGFR-2水平比较($\bar{x} \pm s$) 单位: IOD/area

指标	组别	例数	治疗前	治疗1周后	治疗2周后	治疗3周后	治疗4周后
VEGF	治疗组	30	0.210 ± 0.017	0.261 ± 0.025***	0.362 ± 0.037***	0.419 ± 0.061***△△	0.468 ± 0.069***▲▲
	对照组	30	0.204 ± 0.012	0.236 ± 0.016**	0.285 ± 0.019***	0.306 ± 0.028***△△	0.362 ± 0.031***▲▲
VEGFR-2	治疗组	30	0.205 ± 0.011	0.241 ± 0.028***	0.312 ± 0.063***	0.427 ± 0.062***△△	0.506 ± 0.071***▲▲
	对照组	30	0.201 ± 0.012	0.215 ± 0.018**	0.225 ± 0.021***	0.283 ± 0.059***△△	0.362 ± 0.061***▲▲

注:与对照组同期比较, ** $P < 0.01$;与本组治疗前比较, ★★ $P < 0.01$;与本组治疗1周后比较, *** $P < 0.01$;与本组治疗2周后比较, △△ $P < 0.01$;与本组治疗3周后比较, ▲▲ $P < 0.01$ 。

表4 治疗组与对照组患者临床疗效比较 单位:例

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效率/%
治疗组	30	12	12	5	1	96.67*
对照组	30	8	10	6	6	80.00

注:与对照组比较, * $P < 0.05$ 。

《医宗金鉴》云：“腐者，坏肉也。……腐不去则新肉不生”，主张用“祛腐生肌”法治疗慢性皮肤溃疡。《血证论》云：“活血，即是生肌之法”，正胜邪退而收功即“活血生肌”之法。笔者认为本病治则当以祛腐化瘀、活血生肌为主，在治疗上应将祛腐、祛瘀与补虚有机结合。活血生肌方是在《外科正宗》所记载的生肌玉红膏基础上化裁而来，方中黄芪具有益气升阳、托毒生肌之效，为君药；当归、丹参化瘀通络，重楼、白芷清热解毒、消肿止痛，白及活血生肌，共为臣药；辅以红花、乳香、没药为佐药，增活血化瘀之功；甘草调和诸药；麻油滋润肌肤。诸药合用，共奏活血行气、化瘀生肌之效。中医外治尤以中药外敷为主，特色为药物药效可直达病所，达到疏通局部经络气血的目的，为中医“内病外治”较为有效的方法之一。《疡科纲要》指出：“疮疡为病，发见于外，外治药尤为重要。凡轻浅之证，专恃外治，固可以收全功；而危险大疡，尤必赖外治得宜，交互为用，此疡医之学。” VLU病位在体表，外敷药物易直达病所，运用活血生肌方外敷能使脉络畅通，精气津液可随气血运行至患部，进而滋润濡养皮肉筋骨，化生新肌，修复组织缺损，促使创面愈合^[1]。

创面愈合是一个涉及多方面的病理生理过程，肉芽组织形成在创面愈合过程中起着承上启下的作用^[12]，而新生血管对新鲜肉芽组织的形成至关重要。新生的毛细血管可加速创面血管化进程，提高创面愈合率^[13]。研究表明，调控血管内皮细胞促进血管新生相关的因子主要有VEGF与VEGFR-2。VEGF是血管内皮细胞的特异性有丝分裂原，是目前促进血管生长专属性最高、活性最强的因子，通过对血管内皮细胞发挥强烈的促分化作用和趋化作用，促进内皮细胞的增殖和迁移，从而刺激新生血管形成^[14]。VEGFR-2是VEGF促有丝分裂、血管生成的主要调节受体，其亲和力较高，具有受体酪氨酸激酶活性，主要表达在内皮细胞，在介导VEGF的内皮细胞增殖、迁移、血管生成和血管通透性等生物学功能中起着重要的作用^[15]。

综上，活血生肌方外用可促进VLU愈合，持续改善VLU症状，并提高溃疡创面肉芽组织VEGF、VEGFR-2表达的水平，促进新鲜肉芽组织形成，进一步加快溃疡创面的愈合，值得临床推广应用。本研究设计存在样本量较小、研究指标不足等问题，下一步拟扩大样本量，并从细胞、组织层面进行针对性机制研究，为临床推广应用提供更多依据。

参考文献

[1] O'DONNELL T F Jr, PASSMAN M A, MARSTON W A, et al. Management of venous leg ulcers: clinical practice

guidelines of the Society for Vascular Surgery® and the American Venous Forum[J]. J Vasc Surg, 2014, 60 (2 Suppl): 3S.

- [2] 王晗,倪其泓,张婷,等.下肢静脉溃疡创面临床治疗进展[J].中华全科医师杂志,2019,18(7):684.
- [3] 阙华发,张臻,王云飞,等.下肢静脉曲张性溃疡的中医治疗策略[J].北京中医药,2016,35(10):925.
- [4] 靳汝辉,王小平,王群,等.腔内微波闭合术结合中药治疗下肢静脉性溃疡[J].中国中西医结合杂志,2011,31(12):1705.
- [5] 胡紫宜,苟菊香,周倩.慢性静脉疾病生活质量量表的比较分析[J].现代临床护理,2019,18(4):70.
- [6] 国家中医药管理局.中医病证诊断疗效标准[M].北京:中国医药科技出版社,1994.
- [7] 陈红凤.中医外科学[M].4版.北京:中国中医药出版社,2016:308.
- [8] 王云飞,阙华发,王军,等.祛腐化瘀补虚生肌外治法治疗慢性下肢溃疡的临床研究[J].世界中西医结合杂志,2020,15(1):29.
- [9] 李政,崔佳森.下肢静脉性溃疡的治疗进展[J].中国普通外科杂志,2017,26(12):1604.
- [10] 周蕾.升补宗气汤治疗气虚血瘀型下肢静脉性溃疡的临床疗效研究[D].张家口:河北北方学院,2018.
- [11] 阙华发.慢性下肢溃疡的中医诊治[J].世界中医药,2013,8(2):148.
- [12] XUE X, LI N, REN L. Effect of vacuum sealing drainage on healing time and inflammation-related indicators in patients with soft tissue wounds[J]. Int Wound J, 2021, 18(5): 639.
- [13] 邢捷,阙华发.八珍汤对大鼠慢性难愈性创面肉芽组织增殖细胞核抗原与细胞凋亡的影响[J].上海中医药大学学报,2011,25(2):56.
- [14] 王瑛,但齐琴,王庆萍,等.人脐带间充质干细胞治疗大鼠糖尿病神经性足溃疡的疗效及VEGF表达变化[J].四川大学学报(医学版),2014,45(1):29.
- [15] HYDE C A C, GIESE A, STUTTFELD E, et al. Targeting extracellular domains D4 and D7 of vascular endothelial growth factor receptor 2 reveals allosteric receptor regulatory sites[J]. Mol Cell Biol, 2012, 32(19): 3802.

第一作者:潘孙峰(1982—),男,本科学历,副主任医师,硕士研究生导师,研究方向:中西医结合创面修复的临床与基础研究。

通讯作者:单云岗,医学硕士,副主任中药师。214268755@qq.com

收稿日期:2021-12-07

编辑:傅如海 蔡强