



中华中医药学会系列期刊

ISSN 1005-7072
CN 23-1353/R

中国中医药科技

ZHONGGUO ZHONGYIYAO KEJI

2024年11月 第31卷 第6期 Vol.31 No.6 Nov. 2024

CHINESE JOURNAL OF
TRADITIONAL
MEDICAL SCIENCE
AND TECHNOLOGY

6

2024

国家中医药管理局 主管
中华中医药学会 主办

Sponsor

CHINA ASSOCIATION OF
CHINESE MEDICINE

ISSN 1005-7072



9 771005 707249

目次

主管

国家中医药管理局

主办

中华中医药学会

(100029 北京市朝阳区樱花路甲4号)

黑龙江省中医药管理局

(150036 黑龙江省哈尔滨市香坊区中山路112号)

主编 陈可冀

执行主编 井中旭

副主编 车桂彦 白妍

编辑出版

《中国中医药科技》杂志编辑部

(150036 黑龙江省哈尔滨市香坊区香顺街41号)

电话:(0451)87913749

E-mail:zgzyykj@163.com

网址:http://www.zgzyykjzss.org.cn/

印刷装订

黑龙江省哈尔滨天兴速达印务有限责任公司

(150080 黑龙江省哈尔滨市南岗区中兴路132号)

国内发行

哈尔滨市邮政局

订 阅:全国各地邮局

邮发代号:14-240

国外发行

中国国际图书贸易集团有限公司

(100044 北京399信箱)

订阅代号:BM6353

中国标准连续出版物号

ISSN 1005-7072

CN 23-1353/R

国内定价

每期 10.00 元

全年 60.00 元

临床研究

针刺痛敏点及董氏奇穴治疗慢性非特异性腰痛患者的疗效观察及对炎症因子的影响 包添力 傅一栋 张 帅(967)

中药研究与开发

补肾活血方对去势骨质疏松小鼠骨-血管形成偶联调节作用的实验研究 胡劲涛 阮立奇 钱剑胜等(971)

芩百清肺浓缩丸对感染后咳嗽大鼠 NLRP3/Caspase-1/IL-1 β 信号通路的影响 郭文霞 曲 龙 冯丽辉等(975)

基于 P38MAPK 信号通路的调控探讨活血通络解毒方对急性脑梗死大鼠的神经保护作用 周振婷 丁伟军 吴秋艳等(978)

基于 VDR/GPX4 通路探讨小檗碱对去卵巢小鼠骨丢失的抑制作用 毛佳乐 林炳锋 张晓芹等(983)

水飞蓟素衍生物抗肝损伤作用的实验研究 张 晶 席建军 何若愚等(988)

全蝎膏及其单味药挥发性成分的 GC-MS 分析 滕 雪 宋亚娟 刘荣荣等(991)

中医工程与技术

基于数据挖掘探讨崔云教授辨治慢性前列腺炎的用药规律 陆 宁 崔 云 林朝阳(998)

临床论著

超微针刀联合正骨手法治疗青少年特发性脊柱侧凸的临床观察 潘晓旭 安守伟 周 翔(1001)

自拟肝肾同补方联合恩替卡韦胶囊治疗慢性乙型肝炎肝纤维化的疗效观察及对肝功能和肝纤维化指标的影响 王丽佳(1004)

二陈化痰止咳方联合孟鲁司特钠治疗儿童咳嗽变异性哮喘的疗效观察及其对 EOS 计数、肺功能和血清 IL-5、IL-4 水平的影响 杨 嘉 黄秋玲(1007)

自拟健脾祛痰开郁方对肥胖型多囊卵巢综合征患者糖脂代谢和性激素水平的影响 何 菊 杨茶璇 陆中奕(1010)

复元活血汤治疗经皮椎间孔镜腰椎间盘摘除术后患者的疗效观察及其对血清炎性因子的影响 刘姗姗 刘 晶 奚 峰等(1013)

自拟润肺化痰汤联合可必特雾化吸入治疗小儿肺炎支原体感染后咳嗽的疗效观察及对炎性因子的影响 李 威(1016)

方氏三化方防治代谢综合征早期肾损害的临床疗效观察 徐秀琴 刘金涛 方水林(1018)

清金宁络汤辅助西药治疗支气管扩张症合并感染的疗效观察及其对肺功能和炎性因子的影响 汪靖平 李 娜 王玲玉(1021)

热敏灸对老年肝癌患者癌因性疲乏的改善效果及免疫功能和生活质量的影响 傅月美 余建琴 陶小燕等(1024)

养血益精方对高度近视患者视功能和视网膜血流的影响 方 燕 郑志刚 郑 康(1027)

经验交流

耳部全息铜砭刮痧辅助小金丸治疗良性甲状腺结节的效果观察 叶 莺 张晶晶 李惠芬等(1030)

阴阳平衡针法辅助脑电生物反馈与感统训练治疗儿童多动症的临床观察 童雪羽 潘晓玲 李 霞等(1032)

理气解毒通乳汤联合乳房按摩治疗哺乳期急性乳腺炎的临床观察 傅利贞 刘 敏(1035)

自拟固元汤配合生活方式指导治疗多囊卵巢综合征的临床观察 刘树辉 石 晶 侯敬丽等(1037)

补胞汤加减治疗排卵障碍型不孕症的疗效观察及对性激素水平、排卵情况的影响 赖盈盈 单晓雪 木菁菁(1039)

隔药饼灸治疗肺气虚损型尘肺患者的疗效观察 范槐芳 王超群 苏晓珏等(1041)

健脾升阳益胃止泻汤治疗化疗相关性腹泻的疗效观察	叶忠伟 吴雪莲 吴聪聪(1042)
督灸联合核心稳定性训练治疗腰椎小关节骨性关节炎的临床观察	宋玉芝 高峰 曲泽杰(1044)
祛痰肃肺方联合穴位贴敷治疗卒中相关性肺炎 40 例	孙珍 吕小笑(1047)
中药自拟方灌肠治疗急性放射性直肠炎的临床疗效观察	刘艳阳 沈汇泽 牛文原等(1049)
丹芪益心汤在 PCI 术后的应用效果观察	陈朋程(1051)
基于伏邪理论探讨中药对结直肠癌前病变的防治作用	贲睿 孙怡 彭作英(1054)
理气化痰消癥汤联合米非司酮治疗气滞血瘀型子宫肌瘤 64 例	王天笑 王云琴 陈小第(1056)
柔筋缓急汤足浴治疗尿毒症不宁腿综合征的疗效观察	陈晨 吴黛黛(1058)
疏肝健脾安神方联合腕踝针治疗肝郁脾虚型失眠的疗效观察	陈晶晶 赵娜 林婵婵等(1060)
基于“杂合以治”理论探讨中药补肾活血序贯联合盆底刺激及熏蒸在难治性薄型子宫内膜不孕中的应用效果	王英 潘丽贞 钟文亮等(1062)
解毒凉血方外敷治疗五步蛇咬伤火毒证患者的效果观察	曾凯 戴璐忆(1065)
清热解凉血方联合钢丝外用甲沟炎治疗中的应用	庄列萍 赵琦辉 吴群等(1067)
加味金黄散外敷联合红光照射治疗下肢丹毒的临床疗效观察	沈学香 孙林红(1069)
自拟愈肠汤治疗大肠湿热型溃疡性结肠炎的临床观察	李阳光 陆振华 孙永波等(1071)
中药穴位敷贴佐治糖尿病肾病的疗效观察	王金燕 张娟 余亨(1072)
行气化痰聪耳汤联合糖皮质激素治疗突发性耳聋的临床观察	沈梦津 沈丹(1074)
通腑泄热愈瘰汤在急性胰腺炎腑实热结证治疗中的作用观察	叶关娣 潘俊娣 李旻玥(1076)
芪归通痹方联合 α -硫辛酸治疗糖尿病周围神经病变 55 例	金奕 叶雪卫 郝丽丽(1078)
通督调神针法治疗脑梗死后失眠的临床观察	卢明香 黄志强 郑本端等(1080)
艾灸仪命门穴艾灸对老年前列腺电切术后疲劳综合征的改善效果	沈丹 谢芳珍 张洁(1083)
理气宽肠汤联合中药热奄包对腹腔镜下子宫肌瘤剔除术后胃肠功能障碍的作用观察	金鸥 杨晓敏 贺俊霞(1085)
泻肺涤痰汤配合西药治疗痰热闭肺型小儿大叶性肺炎的疗效观察及对肺功能、炎症因子的影响	泮会松 杨雯(1087)
疏肝健脾消癥方治疗卵巢囊肿的疗效及对卵巢功能、血液流变学的影响	徐晓霞 王颖斌 江海燕等(1089)
芪参逐瘀汤在慢性硬膜下血肿钻孔引流术后的应用	李伟 申友奎 李军(1091)
基层园地	
康复新液含漱联合清心泻火愈疡汤治疗轻型复发性口腔溃疡的疗效观察及对炎症因子水平的影响	陈宇静 周极 张一骁(1094)
补肝肾除痹汤加艾灸治疗非发作期老年膝骨性关节炎的临床观察	鲁婷婷 黄利慧 黄丽霞(1096)
疏肝和胃降逆汤联合雷贝拉唑治疗老年反流性食管炎患者 62 例	华益波(1098)
隔姜隔盐灸联合盆底电刺激生物反馈治疗产后压力性尿失禁的随机对照观察	陶琴芳 陆雅萍 钱彩锋(1100)
清热除湿汤内服联合三黄洗剂治疗接触性皮炎的临床观察	王学军 肖云凌(1102)
桑白皮汤加减联合丹参注射液穴位注射治疗 COPD 急性加重期痰热壅肺证的临床观察	徐文静 应可欣(1104)
五藤宣痹通络汤联合甲氨蝶呤及小剂量醋酸泼尼松治疗类风湿关节炎的疗效观察	商桃英 童奇乐(1106)
自拟清热化湿逐瘀汤治疗盆腔炎症性疾病后遗症 40 例	童乃云(1108)
自拟理气散瘀方穴位贴敷治疗冠心病稳定型心绞痛气滞血瘀证 33 例	金茫茫 黄淑娥 廖琼珍(1110)
自拟紫癜汤联合西医常规治疗过敏性紫癜的疗效观察	孔连委 李亦昕 李薇婕(1112)
固金散结方联合 TP 化疗方案治疗晚期非小细胞肺癌气阴两虚证的疗效观察	蓝钰嘉 林燕(1114)
益肾消癥通窍汤联合西药治疗良性前列腺增生 47 例	楼航飞 李自巧(1117)
补肾健脾养血汤治疗肾性贫血患者的临床观察	汪美霞 余晓蓉 王桂飞(1119)
知柏滋阴泻火颗粒联合亮丙瑞林治疗女童特发性中枢性性早熟 32 例	吕笑俏 洪建英(1121)
补气滋阴降糖方联合二甲双胍治疗 2 型糖尿病的临床疗效观察	宗晓青 孙文贤 邓宇豪(1123)
止痛促愈汤熏洗坐浴对肛周脓肿患者术后创面愈合的影响	王成飞 钱雄杰 茹翔等(1125)
金栀排石汤在输尿管镜下气压弹道碎石术后的应用效果观察	项华明 兰金耀 樊晓明等(1127)
疏肝清胃泻热方联合四联疗法治疗 Hp 相关消化性溃疡 43 例	张善涌 潘峰(1129)
清肝益肺汤治疗支气管扩张症急性期的临床观察	许宏连 韩迪 李燕(1131)
止嗽散加减联合常规西药治疗儿童急性支气管炎 38 例	章紫娇(1133)
养血除烦汤治疗肝郁血虚型失眠的疗效观察及对焦虑、抑郁情绪的影响	陈应旭 陈莹莹 贾冰亚(1135)
中药穴位贴敷辅助治疗老年睡眠障碍患者 41 例	宋维红 郑海英 王剑铃等(1137)
基于磁共振弥散张量成像变化评价头穴透刺联合中药治疗血管性痴呆的疗效	桑鹏 沈国庆(1139)
自拟口腔溃疡散联合滋阴清胃颗粒治疗复发性口腔溃疡 36 例	周巧玲 金抗英 杨刚(1141)
清心泻脾愈疡方治疗复发性口腔溃疡的疗效观察	赵俊男(1143)
补气利水祛瘀方联合达格列净治疗糖尿病合并慢性心力衰竭 39 例	陈定道 林笋镁 张晨俐等(1145)
针刺联合推拿治疗颈心综合征 35 例	马佳 王进东(1147)
柴胡益气运脾汤治疗肝胆管结石腹腔镜肝切除术后胃肠功能障碍的效果观察	梁宇曦 应唐凤 徐珊珊(1149)
萎贝清热化痰汤联合西医常规治疗重症肺炎痰热壅肺证患者 41 例	陈玲 沈佳(1151)
综述	
基于数据挖掘探讨推拿治疗小儿湿疹的选穴及手法规律	林依玮 陈思龙 许丽(1154)

期刊基本参数:CN23 - 1353/R * 1994 * b * 16 * 190 * zh * P * 10.00 * 2500 * 78 * 2024 - 6

本期责任编辑 耿嘉 技术编辑 陈伟

- [7] Buysse DJ, Reynolds CF 3rd, Monk TH, et al. The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research[J]. *Psychiatry Res*, 1989, 28(2): 193-213.
- [8] 汪向东, 王希林, 马弘. 心理卫生评定量表手册[M]. 北京: 中国心理卫生杂志社, 1999: 235-238, 194-196.
- [9] Lader MH. Managing dependence and withdrawal with newer hypnotic medications in the treatment of insomnia[J]. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry*, 2002, 4(1): 33-37.
- [10] 徐美君, 周庆辉. 腕踝针创立以来的临床应用及研究进展[J]. *上海针灸杂志*, 2015, 34(3): 277-280.
- [11] 许睦钰, 李桂平. 腕踝针治疗失眠的研究进展[J]. *湖南中医杂志*, 2021, 37(11): 205-207.
- [12] 李力恒, 陈丽萍, 胡晓阳, 等. 柴胡的化学成分及药理作用研究进展[J]. *中医药学报*, 2023, 51(2): 109-112.
- [13] 刘静静, 田崇娅, 王明惠, 等. 白芍现代炮制研究进展[J]. *药学研究*, 2023, 42(3): 180-185.
- [14] 兰晓燕, 周利, 李翔, 等. 党参的研究进展及其质量标志物的预测分析[J]. *中国中药杂志*, 2023, 48(8): 2020-2040.
- [15] 张维霞, 苏萍, 赵爱军. 白术的炮制方法及其药理作用研究进展[J]. *中医药导报*, 2022, 28(5): 110-115.
- [16] 裘森, 熊中奎, 吕梦宇. 大枣多糖的药理作用研究进展[J]. *中国现代医生*, 2018, 56(22): 161-164.
- [17] 马艳春, 吴文轩, 胡建辉, 等. 当归的化学成分及药理作用研究进展[J]. *中医药学报*, 2022, 50(1): 111-114.
- [18] 李雪, 赵婧含, 吴文轩, 等. 桂枝的化学成分和药理作用研究进展[J]. *中医药学报*, 2023, 51(5): 111-114.
- [19] 吴露婷, 刘圣金, 吴德康, 等. 矿物类中药重镇安神药理作用及临床应用研究进展[J]. *中国现代中药*, 2015, 17(9): 892-898.
- [20] 黄娟, 邵笑笑, 张慧. 酸枣仁治疗卒中后失眠药理机制及研究进展[J]. *辽宁中医药大学学报*, 2024, 26(2): 176-180.
- [21] 陶丽宇, 高月求, 韦靖, 等. 首乌藤相关药理作用及临床应用的研究进展[J]. *时珍国医国药*, 2018, 29(10): 2486-2488.
- [22] 戴慧, 覃欣怡, 端木彦涛, 等. 茯神的化学成分、药理作用及质量控制研究进展[J]. *江西中医药*, 2022, 53(10): 68-72.

(修回日期: 2024-07-28)

基于“杂合以治”理论探讨中药补肾活血序贯联合盆底刺激及熏蒸在难治性薄型子宫内膜不孕中的应用效果

王英, 潘丽贞, 钟文亮, 陈弦

(福建中医药大学附属南平市人民医院妇产科·福建 南平 353000)

薄型子宫内膜是指子宫内膜厚度低于能够获得妊娠的阈值^[1],即在辅助生殖技术中子宫内膜厚度 < 7 mm;其中经过大剂量(8 mg)的雌激素补充治疗后子宫内膜厚度仍 < 7 mm者,称为难治性薄型子宫内膜^[2]。难治性薄型子宫内膜的发病原因复杂,包括:手术操作、宫腔感染、子宫内膜血

供不足、药物性损伤以及特发型,临床处理上非常棘手^[3]。前期研究发现,补肾活血序贯联合雌激素及盆底电刺激治疗可提升薄型子宫内膜不孕的子宫内膜厚度,改善子宫内膜血流,提高妊娠率^[4-5]。中医“杂合以治”的思想出自《内经》,是指综合应用砭石、毒药、灸炳、九针等多种方法治疗疾病。基于“杂合以治”理论,本研究针对难治性薄型子宫内膜不孕采用补肾活血序贯联合盆底刺激及中药熏蒸多途径疗法取得较好的临床疗效,现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选择 2021 年 9 月—2022 年 6 月就诊本院符合纳入标准的难治性薄型子宫内膜患者 60 例,按照随机数字表法分为 2 组,每组各 30 例。A 组(补肾活血序贯联合盆底刺激):年龄(31.50 ± 4.67)岁;不孕类型:原发 7 例,继发 23 例;不孕年限:2(1,4)年。B 组(补肾活血序贯联合盆底刺激加中药熏蒸):年龄 32(28,34)岁;不孕类型:原发 8 例,继发 22 例;不孕年限:2.00(1.00,3.25)年。两组患者一般资料比较差异均无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。本研究通过医院伦理委员会的审批(审批号 2022RM001)

1.2 纳入标准 1)符合难治性薄型子宫内膜诊断^[1-2]:在辅助生殖技术中 HCG 日或给予黄体支持当天,经阴道超声监测子宫内膜厚度 < 7 mm;经过大剂量(8 mg)的雌激素治疗无效者;2)符合肾虚血瘀型不孕症辨证标准^[6]:主症:婚久不孕;次症:月经量少,经色淡黯或紫黑,或有血块,头晕耳鸣,腰膝酸软,足跟痛,夜尿多,性欲减退,舌淡黯,苔薄白,尺脉沉弱。主症必备,次症中具备两项或两项以上,结合舌脉即可诊断;3)年龄 20~40 岁;4)月经周期 28~35 d,经期 7 d 之内;5)3 个月内未服激素药物;6)签署知情同意书。

1.3 排除标准 1)其他原因导致不孕者;2)合并有心、肝、肾及造血系统严重患者;3)合并有精神、神经疾患等无法配合治疗者;4)合并阴道炎者;5)存在激素使用禁忌症。

2 方法

2.1 治疗方法 两组患者在激素疗法的基础上,A 组予中药序贯+盆底刺激;B 组予中药序贯+盆底刺激+中药熏蒸,均治疗 3 个月经周期。若卵泡监测未见优势卵泡或发现卵泡未破裂黄素化综合征,停止上述治疗并记录。①激素治疗:芬吗通(荷兰 Abbott Healthcare Products B. V. 进口药品注册证号: H20150345)。月经第 3 天始,每日口服芬吗通(雌二醇 2 mg)红色片,当卵泡成熟(优势卵泡直径达 18 mm 以上时)停药并肌肉注射 HCG 10 000 U(马鞍山丰原制药有限公司,国药准字 H34023361),指导同房;排卵后口服芬吗通(雌二醇 2 mg+地屈孕酮 10 mg)黄色片,共 14 d。②补肾活血序贯:月经第 1 天开始口服消癥合剂(本院制剂,闽药制字 Z04903017,250 mL/瓶,组成:三棱、莪术、丹参、泽兰、鸡血藤、柴胡、枳壳、赤芍、党参、仙鹤草、白术、牛膝等),每次 15 mL,每日 3 次,共 5 d。从月经第 6 天开始炖服养膜助孕包(经验方),组成:黑枸杞、桑椹等,每天 1 剂,加破肚带壳鲍鱼 2 粒、生姜 2 片、料酒少许一起炖服,共 7 d。③盆底生

物刺激:月经第 8 天开始,采用 VISHEE 盆底肌电生物反馈仪(南京伟思医疗科技股份有限公司)进行盆底刺激,具体方法如下:取仰卧位,将连接 A1 通道的阴道探头置于患者的阴道,选择 40 Hz 频率、250 s 脉宽电流、5 s 的阶段持续时间、10 s 的间隔时间,电流强度以患者能够耐受的最大域,要避免疼痛感,调节范围为 10 ~ 50 mA,每次 30 min,日 1 次,连续 5 d(排卵后停止)。^④中药熏蒸:补肾活血洗剂药物组成:熟地 40 g、覆盆子 40 g、菟丝子 40 g、肉苁蓉 40 g、当归 25 g、川芎 25 g、鸡血藤 50 g、山药 20 g、党参 20 g、白术 50 g、虎杖 50 g、路路通 10 g,浓煎至 500 mL,采用 LXZ-200V 智能熏蒸仪(杭州立鑫医疗器械有限公司);将补肾活血洗剂置入熏蒸罐内浸泡加热;患者仰卧位,将其探头放置暴露的小腹部上方,利用其产生的药物蒸汽熏蒸小腹部;蒸汽体表温度控制在 45 ℃ 以下,以患者自觉温度舒适为度。月经第 8 天开始,每日 1 次,每次 30 min,连续 5 d。

2.2 观察指标

观察两组治疗前及治疗 3 个月经周期后的子宫内膜厚度、类型及血流情况,HCG 日检测血清 LH、E₂ 水平及宫内妊娠率。若治疗期间妊娠者,计算怀孕当月观察指标的数值。

2.2.1 子宫内膜厚度、类型及血流 采用美国 GE(LOGIQ E9)彩超,阴道探头频率 7.0 MHz,专人操作,月经周期第 10 天开始监测卵泡发育及子宫内膜情况,记录子宫内膜厚度,卵泡直径 ≥ 18 mm 时确定子宫内膜类型、血流类型及血流指数。^①子宫内膜类型判定标准^[7]:A 型:三线型,外层、中层强回声和内层低回声,宫腔中线回声明显;B 型:子宫内膜均匀相对高回声,内膜分层结构不清,两层内膜间宫腔线模糊,与肌层分界清晰;C 型:内膜均质强回声,无宫腔中线回声。^②子宫内膜血流类型^[8]:I 型,不能测到子宫内

膜血流;II 型,仅可测到子宫内下血流;III 型,可测到子宫内及子宫内下血流;^③子宫动脉血流参数:子宫动脉搏动指数(pulsatility index, PI)、阻力指数(resistant index, RI)以及 S/D 比值。

2.2.2 血清 LH、E₂ 水平 卵泡直径 ≥ 18 mm 时采取肘静脉血,离心分离血清,采用化学发光免疫分析法检测黄体生成素(LH)及雌二醇(E₂)含量。

2.2.3 宫内妊娠情况 专人电话随访,超过月经周期 7 d 以上月经未来潮,尿妊娠试验阳性,停经 7 周 B 超显示宫内孕囊并有胚芽及胎心搏动者。

2.3 统计学处理 采用 SPSS20.0 统计软件包。计数资料采用卡方检验;计量资料符合正态分布,采用均数 ± 标准差($\bar{x} \pm s$)进行统计描述,采用配对 *t* 检验进行组内比较,采用两独立样本 *t* 检验进行组间比较;若不符合正态分布,用中位数和四分位数“*M*(*P*₂₅ ~ *P*₇₅)”描述,采用秩和检验。*P* < 0.05 为差异有统计学意义。

3 结果

3.1 两组患者治疗前后子宫内膜厚度、类型比较 见表 1。

表 1 两组患者治疗前后子宫内膜厚度和类型分布比较

组别	时间	子宫内膜厚度 ($\bar{x} \pm s$, mm)	子宫内膜类型(例)		
			A	B	C
A 组 (30 例)	治疗前	4.96 ± 0.94	3	7	20
	治疗后	7.54 ± 1.44*	11*	16*	3*
B 组 (30 例)	治疗前	4.89 ± 1.22	4	9	17
	治疗后	8.34 ± 1.08* _#	21* _#	8* _#	1* _#

注:与治疗前比较,**P* < 0.05;与 A 组治疗后比较,#*P* < 0.05

3.2 两组患者治疗前后子宫内膜血流类型及子宫动脉血流参数比较 见表 2。

表 2 两患者组治疗前后子宫内膜血流类型及子宫动脉血流参数比较

组别	时间	子宫内膜血流类型(例)			PI [<i>M</i> (<i>P</i> ₂₅ ~ <i>P</i> ₇₅)]	RI [<i>M</i> (<i>P</i> ₂₅ ~ <i>P</i> ₇₅)]	S/D
		I	II	III			
A 组 (30 例)	治疗前	23	7	0	2.54(2.22, 2.87)	0.88(0.86, 0.98)	8.36(6.50, 8.78)
	治疗后	3*	12*	15*	2.30(1.82, 2.59)*	0.87(0.83, 0.91)*	5.93(4.32, 6.77)*
B 组 (30 例)	治疗前	22	8	0	2.69(2.37, 2.83)	0.88(0.85, 0.90)	8.33(7.12, 8.60)
	治疗后	23* _#	7* _#	0* _#	2.11(1.59, 2.21)* _#	0.78(0.76, 0.82)* _#	4.74(4.43, 5.45)* _#

注:与治疗前比较,**P* < 0.05;与 A 组治疗后比较,#*P* < 0.05

3.3 两组患者治疗前后血清 LH、E₂ 水平比较 见表 3。

表 3 两组治疗前后血清 LH 及 E₂ 水平比较[*M*(*P*₂₅ ~ *P*₇₅)]

组别	时间	LH(IU/L)	E ₂ (ng/L)
A 组 (30 例)	治疗前	10.67(9.62, 14.63)	99.36(98.36, 101.48)
	治疗后	14.12(13.28, 14.97)*	251.48(166.72, 324.31)*
B 组 (30 例)	治疗前	10.92(10.26, 13.37)	99.44(97.73, 102.65)
	治疗后	13.72(13.00, 14.37)* _#	206.06(147.93, 252.24)* _#

注:与治疗前比较,**P* < 0.05;与 A 组治疗后比较,#*P* < 0.05

3.4 两组患者宫内妊娠情况 A 组宫内妊娠率 23.33% (7/30),自然流产 0;B 组宫内妊娠率 30.00% (9/30),自然流产 3.33% (1/30)。两组患者妊娠率比较差异无统计学意义(*P* > 0.05)。

4 讨论

众所周知,成功的妊娠不仅需要优质的胚胎、良好的子宫内膜容受性,还需要两者同步、相互协调。一定厚度的子宫内膜是胚胎成功着床的前提条件之一。临床发现薄型子宫内膜既有由于药物引起的功能性,也有继发内膜损伤及子宫肌层病变导致的器质性,还有一部分不明原因性^[9]。对于单纯性的薄型子宫内膜,可能存在雌激素受体减少(ER)、血管发育受损和腺上皮生长不良、子宫血流阻抗升高、功能层氧分压增加、转录组学改变以及雌激素受体基因多态性等病理生理改变^[9]。薄型子宫内膜目前尚无疗效确切的方法,建议选择联合治疗方案^[11]。临床上雌激素广泛应用于

各种类型的薄型子宫内膜的治疗,多采用常规剂量^[9]。对于超生理剂量的雌激素治疗无效的难治性薄型子宫内膜,目前研究认为,可能与雌激素受体异常表达、血管内皮生长因子和基质金属蛋白酶 11 的低表达、子宫内膜血流的低灌注等因素相关^[3]。难治性薄型子宫内膜治疗非常棘手,除针对病因的治疗外,多主张大剂量的雌激素或延长雌激素治疗时间、改善子宫内膜血流、内膜表浅搔刮术、高压氧、宫腔药物灌注、干细胞治疗等综合疗法,但整体疗效不佳,许多方法尚处于研究探索阶段^[10]。

本病属祖医学“月经过少”“闭经”“不孕”等范畴。《素问·上古天真论》有云“肾者主水,受五脏六腑之精而藏之”“女子七岁,肾气盛……太冲脉盛,月事以时下,故有子。”指出肾藏精,为先天之本,主司生长发育和生殖,人体生、长、壮、老、已的全生命周期皆有赖于肾精和肾气的充盈。《灵枢·邪气脏腑病形》篇云:“肾脉……微涩为不月。”指出了闭经的病机为精血不足,亦有部分医家认为是瘀血阻滞脉道。经水出诸肾,或先天禀赋不足,或因房劳多产,损伤肾精,肾精亏虚,冲任失养;肾气不足,温煦无力,血行不畅,瘀阻胞宫,胞脉失养,胞膜菲薄,经水涩少,甚至停闭,氤氲之时无法触发孕育之气,故无法摄精成孕。目前薄型子宫内膜的主要病机为肾虚血瘀基本达成共识^[10-13],以补肾活血为主要治法。基于中医传承辅助平台分析中医药治疗薄型子宫内膜的用药规律亦发现,中医药治疗薄型子宫内膜多从肾论治,配以活血化瘀为主要治法^[14]。

难治性薄型子宫内膜治疗的难点在于如何增加子宫内膜的厚度,如何改善子宫内膜的血流灌注。本研究针对难治性薄型子宫内膜性不孕,经期予消癥合剂祛瘀生新,使胞宫以通为顺,改善月经情况;经后期养膜助孕包补肾活血,联合小剂量的雌激素使泡生膜长。前期研究发现采用消癥合剂与养膜助孕包的补肾活血序贯联合雌二醇凝胶可改善薄型子宫内膜的厚度、类型、子宫动脉血流及血清 E₂ 水平,提高宫内妊娠率^[11]。盆底生物刺激疗法,通过刺激盆底肌肉和神经,诱导盆底肌肉收缩,增加子宫内膜厚度,改善子宫内膜血流灌注,从而提升子宫内膜容受性^[4-5,12-13,15];但对于难治性薄型子宫内膜不孕运用补肾活血序贯联合雌激素及盆底生物刺激疗法仍然存在部分患者收效甚微。根据《素问·异法方宜论》云:“故圣人杂合以治,各得其所宜,故治所以异而病皆愈者,得病之情,知治之大体也。”的理论,本研究采用补肾活血序贯联合盆底刺激、中药熏蒸多途径法治疗难治性薄型子宫内膜不孕。补肾活血洗剂中熟地黄滋阴养血、覆盆子益肾固精,菟丝子、肉苁蓉补肾阳、益精血,四者共为君药,益肾填精;臣以当归、川芎、鸡血藤养血活血通络;佐以山药补肾固精、党参及白术健脾益气,补后天以养先天,虎杖活血散瘀;路路通善通经络为使药,全方补肾活血通络,寓通于补,使胞膜得养,胞络得通,胎孕乃成。补肾活血洗剂经过中药熏蒸机,熏蒸作用于下腹部,通过蒸气的温热效应,扩张盆腔的局部毛细血管,改善盆腔局部的微循环,从而改善子宫内膜血流灌注。通过研究发现中药熏蒸还可促进药

物经过皮肤直接作用于神经末梢,降低炎症因子表达,调节机体免疫系统内环境平衡,维持自稳态^[16-17]。

本研究基于“杂合以治”理论采用补肾活血序贯联合盆底刺激、中药熏蒸多途径法治疗难治性薄型子宫内膜,可明显增加子宫内膜厚度,改善子宫血流状态;但自然妊娠率无明显差异,可能由于本研究样本量较小,需要进一步开展大样本、高质量的临床研究来验证。

参考文献

- [1] 赵静,黄国宁,孙海翔,等. 辅助生殖技术中异常子宫内膜诊疗的中国专家共识[J]. 生殖医学杂志,2018,27(11):1057-1064.
- [2] Miralaei S, Ashrafi M, Arabipoor A, et al. The incidence rate of unresponsive thin endometrium in frozen embryo transfer cycles: A case - series of therapy with granulocyte colony stimulating factor[J]. Int J Reprod Biomed,2019,17:923-928.
- [3] 王丽燕,符晓倩,李华,等. 难治性薄型子宫内膜的发病因素及处理策略[J]. 国际生殖健康/计划生育杂志,2021,40(4):314-318.
- [4] 张炜霖. 补肾活血序贯法联合盆底电刺激治疗薄型子宫内膜不孕症(肾虚血瘀证)的临床观察[D]. 福州:福建中医药大学,2022.
- [5] 王小雪. 中西药联合盆底生物刺激对薄型子宫内膜不孕症(肾虚血瘀型)的临床研究[D]. 福州:福建中医药大学,2021.
- [6] 张玉珍. 中医妇科学[M]. 北京:中国中医药出版社,2007.
- [7] Gonen Y, Casper RF, Jacobson W, et al. Endometrial thickness and growth during ovarian stimulation: a possible predictor of implantation in IVF[J]. Fertil Steril, 1989, 52(3):446-450.
- [8] Chien LW, Au HK, Chen PL, et al. Assessment of uterine receptivity by the endometrial - subendometrial blood flow distribution pattern in women undergoing in vitro fertilization - embryo transfer[J]. Fertil Steril,2002,78(2):245-251.
- [9] 邵小光,魏晗,房圣梓. 辅助生殖技术中薄型子宫内膜的诊断标准与临床处理[J]. 中国实用妇科与产科杂志,2020,36(6):496-500.
- [10] 李咏倩,林益,张勤华. 顽固型薄型子宫内膜的研究进展[J]. 安徽医学,2019,40(5):590-593.
- [11] 王英,潘丽贞,陈弦. 补肾活血序贯法联合雌二醇凝胶在夫精人工授精薄型子宫内膜的应用研究[J]. 中医药导报,2022,28(1):96-98,127.
- [12] 张加能,王冲. 盆底仿生物电刺激治疗薄型子宫内膜的 Meta 分析[J]. 中国现代医生,2019,57(20):64-68.
- [13] 何莹,张庆,刘盼,等. 仿生物电刺激联合超声“针灸”治疗薄型子宫内膜不孕患者的临床疗效研究[J]. 中国实用妇科与产科杂志,2021,37(12):1254-1258.
- [14] 王瑞琪,王昕. 基于中医传承辅助平台中药治疗薄型子宫内膜用药规律分析[J]. 河南中医,2022,42(5):731-735.
- [15] 陈彩香,黄丽芝,杨大亮. 小剂量阿司匹林联合盆底低频脉冲电刺激对改善薄型子宫内膜的临床疗效观察[J]. 吉林医学,2021,42(10):2357-2359.
- [16] 张琪,王宝娟,王琳,等. 基于免疫反应调节系统探讨中药熏蒸疗法在治疗骨关节疾病中的研究进展[J]. 贵州中医药大学学

报,2021,43(4):98-103.

[17] 徐贞杰,李伟. 中药熏蒸临床研究进展[J]. 中国疗养医学, 2022,31(6):583-586.

(收稿日期:2023-08-16)

解毒凉血方外敷治疗五步蛇咬伤火毒证患者的效果观察

曾 凯,戴璐忆

(浙江省丽水市中心医院,温州医科大学附属第五医院急诊科·浙江 丽水 323020)

五步蛇属于蝮蛇科类剧毒蛇,以血循毒素为主,涉及酶、细胞毒以及心脏毒等。五步蛇咬伤(agkistrdon actus bite, AAB)后病人局部表现为红肿热痛、出血等,且常合并胸闷、心悸、烦躁,更严重者出现循环衰竭等,一些病人在救治后尚存在患肢肌肉萎缩、挛缩等后遗症^[1],属临床急危中毒性疾病。目前临床对于 AAB 患者主要应用抗蛇毒血清、破伤风疫苗、抗感染及负压引流术、压力固定术、血液灌流、血浆置换及高压氧等手段治疗;中医药治疗总以泻火解毒、凉血消肿为原则,中药外敷具有操作简单、药物直达病所、副作用少等优势,在提高疗效、遏制毒素对机体的损害和改善预后等方面显示较好的应用价值^[2]。中医学与现代医学结合治疗毒蛇咬伤可实现优势互补,使患者充分获益。笔者临床将自拟解毒凉血方外敷联合西医常规疗法治疗 AAB,现总结如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 64 例 AAB 患者均来源于 2022 年 1 月—2023 年 10 月在本院接受治疗的患者,随机(数字表法)分为常规疗法治疗的对照组(32 例)和自拟解毒凉血方外敷联合常规疗法治疗的观察组(32 例)。对照组男、女患者数分别 18 例、14 例;年龄 19~44 岁,平均(30.94±4.33)岁;AAB 至入院时间:1.5~9 h,平均(4.90±0.63)h;AAB 位置:手部、足部分别 17 例、15 例;AAB 分级^[3]:中度、重度分别 4 例、28 例。观察组男、女患者数分别 20 例、12 例;年龄 18~46 岁,平均(31.04±4.39)岁;AAB 至入院时间:0.5~8 h,平均(4.79±0.61)h;AAB 位置:手部、足部分别 15 例、17 例;AAB 分级:中度、重度分别 5 例、27 例。2 组患者的人口学信息比较未见统计学意义($P>0.05$)。

1.2 纳入标准 符合 AAB 诊断标准^[3]和火毒证辨证标准^[4]中要求;年龄 18~60 岁;AAB 后 12 h 内入院;未出现器官功能障碍且意识清晰;患者及家属知情同意。

1.3 排除标准 既往有血液系统疾病者;咬伤处溃烂严重者;妊娠、哺乳期女性;已合并器官功能衰竭者;对受试药物过敏者。

2 方法

2.1 治疗方法 对照组依据 AAB 救治共识^[3]予常规治疗,如清创、抗五步蛇蛇毒血清、糖皮质激素、抗感染等。观察组

常规治疗同对照组,同时采用自拟解毒凉血方外敷,半边莲、重楼、白花蛇舌草、牡丹皮、赤芍、地锦草、野菊花、三七粉按 3:3:3:2:2:2:1 比例取饮片,打粉过 80 目筛,中药饮片由本院中药房提供,蜂蜜调和成糊状,外敷于患处,避开皮损处,范围超过肢体肿胀处 5 cm,每次外敷 4~6 h,每日 2 次;如出现局部瘙痒、发红、皮疹应立即停药,并给予相应处理。

2.2 疗效标准 2 组均于用药 1 周后判定疗效。治愈:全身和局部症状完全失,伤口愈合,伤肢功能康复;好转:全身和局部症状减轻,伤口未完全愈合;未愈:全身和局部症状无改善,或出现恶化^[5]。

2.3 观察指标 1) 肿胀度和疼痛评分:治疗前、治疗 7 d 比较 2 组患者伤肢肿胀度和疼痛评分,肿胀度=伤肢肿胀最明显处周径-健侧肢体相同部位周径;疼痛采用 VAS 评分法^[6],0 分表示无痛,10 分表示剧痛。2) 主要症状消失时间:记录肿胀、疼痛、瘀斑消失时间。3) 实验室指标:治疗前、治疗 7 d 免疫比浊法检测血清 CRP 水平,血细胞分析仪(COULER LH750, Bechman)检测 WBC 计数和 PLT 计数,血凝分析仪(ILACL-TOP, Bechman)检测 Fib 含量。

2.4 统计学方法 数据以 SPSS25.0 处理;计量数据均以($\bar{x} \pm s$)表示,予 t 检验;计数数据予卡方检验; $P<0.05$ 示差异有统计学意义。

3 结果

3.1 2 组患者治疗 7 d 疗效比较 见表 1。

表 1 2 组患者疗效比较[例(%)]

组别	例数	治愈	好转	未愈	总有效
对照组	32	15(46.9)	11(34.4)	6(18.8)	26(81.3)
观察组	32	20(62.5) [△]	11(34.4)	1(3.1)	31(96.9) [△]

注:与对照组比较,△ $P<0.05$

3.2 2 组患者治疗前、治疗 7 d 伤肢肿胀度、疼痛评分比较 见表 2。

表 2 2 组患者治疗前、治疗 7 d 伤肢肿胀度、疼痛评分比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	肿胀度(mm)		疼痛程度(分)	
		治疗前	治疗 7 d	治疗前	治疗 7 d
对照组	32	39.55±7.92	24.65±4.85*	6.43±1.62	3.29±0.75*
观察组	32	40.37±8.21	16.36±3.24 [△]	6.38±1.57	2.06±0.54 [△]

注:与治疗前比较,* $P<0.05$;与对照组比较,△ $P<0.05$

3.3 2 组患者主要症状消失时间比较 见表 3。

表 3 2 组患者主要症状消失时间比较($\bar{x} \pm s, d$)

组别	例数	肿胀	疼痛	瘀斑
对照组	32	10.63±1.39	9.46±1.30	9.91±1.44
观察组	32	8.41±1.11 [△]	7.94±0.91 [△]	8.04±0.96 [△]

注:与对照组比较,△ $P<0.05$

3.4 2 组患者治疗前、治疗 7 d 血清 CRP 及 WBC、PLT 计数和 Fib 水平比较 见表 4。

4 讨论

五步蛇为亚洲地区常见蛇种,五步蛇毒属于血循毒素,作用于血液系统,损伤血管壁,抑制血小板凝聚,延长凝血时间,出现出血和瘀斑,肌毒素可损伤心肌细胞和骨骼肌细胞,

《中国中医药科技》杂志稿约

《中国中医药科技》杂志是经国家科学技术部、国家新闻出版总署批准的国家级中医药综合性学术期刊,国内外公开发行。由国家中医药管理局主管,中华中医药学会、黑龙江省中医药管理局主办。主编为中国科学院院士陈可冀教授。

《中国中医药科技》杂志创刊于1994年,双月刊,国内刊号CN23-1353/R,国际连续出版物编号ISSN1005-7072。本刊以贯彻国家中医药科技方针政策、发布中医药科技信息及科技指南、推广科技成果、交流学术为宗旨。适于广大中医药及中西医结合临床、科研、教学工作者。欢迎投稿。本刊已被国内多家数据库收录,允许以数字化方式复制、汇编、发行、信息网络传播本刊全文,如作者不同意将文章编入,请来稿时声明,本刊将作相应处理。

《中国中医药科技》杂志设有基础研究、针灸经络研究、临床研究、中药研究与开发、康复与养生、中医药工程与技术、文献研究、专题报道、国内外交流与合作、成果与专利、经验交流、基层园地、综述等栏目。本刊对所有来稿均采用同行审稿的方式进行公正、公平地审定以确定录用与否。

文稿应具有科学性和实用性,要求论点明确、资料可靠、文字精炼;层次清楚、数据准确,统计学处理正确。报告以人为研究对象的论文,应说明是否获得有关伦理委员会的批准,是否取得受试对象的知情同意书。基础研究、针灸经络研究、临床研究、中药研究与开发、康复与养生、中医药工程与技术、专题报道类论文请附中英文摘要各一份。字数以5000字以上为宜。

文稿题目力求简明、醒目,反映出文章的主题。中文文题一般以20个汉字以内为宜。不使用非公知的缩略词、代号;一般不用副标题。

医学名词以科学出版社出版的国家自然科学技术名词审定委员会公布的《医学名词》为准。文稿内使用的术语应前后统一,新术语尚无统一译名时,首次出现应在术语后面圆括号内注明原文。药物名称应使用卫生部药典委员会编写的《中国药品通用名称》中的名称,均采用国际非专利药名,不用商品名。

缩略语在摘要及正文中,如原词过长且文内又多次出现,第一次出现时一律先写出中文名词全称,后在圆括号内标注英文全称及缩写词,英文全称及缩写词之间用逗号分隔。以后再出现时则用简称。文中引用中国人姓名时,应写全名。

作者姓名在文题下按序排列,排序应在投稿时确定,在修稿过程中不应再做更动。作者单位名称和邮政编码排列于作者姓名的下方,两个及以上单位请于作者姓名右上角用阿拉伯数字标明顺序,并与单位次序相一致。通讯作者请于文章左下角标注,并请标明E-mail地址。如需注明协作组成员或致谢者,则于文末参考文献前列出。

研究类栏目中文摘要以300字为宜,英文摘要可相对具体,以400个实词左右为宜,并请附有2~5个关键词。关键词应尽量从美国国立医学图书馆编辑的最新版Index Medicus的Medical Subject Headings(MeSH)词表中选用规范词,中文译名可参照中国医学科学院医学信息研究所编译的《医学主题词注释字顺表》。中医药词汇可参考中国中医研究院图书情报研究所编著的《中国中医药学主题词表》。未被词表收录的词如确有必要也可作为关键词标注。关键词之间用“;”分隔。英文关键词应与中文关键词相对应,词首字母均小写。

正文格式和层次结构:实验论著一般分为引言、材料、方法、结果、讨论;临床研究和经验交流一般分为引言、临床资料、方法、结果、讨论。各层次的标题应简明扼要。图和表凡能用文字说明者,尽量不用图表。图表均应有简要的图题和表题。图、表序号一律用阿拉伯数字,分别按其在正文中出现的先后次序连续编码,并在正文中标示。

即使只有1张图或表,也须标示“图1”或“表1”。每幅图表冠有图题或表题,表内数据要求同一指标有效位数一致,线条图高宽比例为5:7,病理照片要求注明染色方法和放大倍数。

统计学应写明所用统计学方法的具体名称(如成组设计资料的t检验、两因素析因设计资料的方差分析等)和统计量的具体值(如 $t=3.45$),并尽可能给出具体的P值(如 $P=0.023$)。统计学符号按中华人民共和国国家标准GB3358-1982《统计学名词及符号》的有关规定书写,一律用斜体。

计量单位执行《中华人民共和国法定计量单位》和中华人民共和国国家标准GB3100~3102-1993《量和单位》的规定,正确使用和书写量和单位的名称与符号。数字执行中华人民共和国国家标准GB/T15835-1995《出版物上数字用法的规定》。

公历世纪、年代、年、月、日和时,必须用阿拉伯数字。年份用4位数表示,如1994年不能写成94年。避免用时间代词,如“今年”、“去年”等。小时用“h”表示,分钟用“min”表示,秒用“s”表示。小数点前或后超过4位数字时,每三位一组,组间空1/4个汉字空,如“23 465.37 897”。但序数词和年份、页数、部队番号、仪表型号、标准号不分节。百分数的范围和偏差,前一个数字的百分符号不能省略,如:5%~95%不能写5~95%。

参考文献依照其在文中出现的先后顺序用阿拉伯数字加方括号以角码标出,不可引用内部资料。参考文献的作者1~3位者全部列出,3位以上者只列前3位,后加“等”,每条期刊参考文献均须卷期完整,每条文献均需著录起止页。参考文献须与原文核对无误。将参考文献按引用先后顺序用阿拉伯数字标出排于文末。