

中医四联法治疗湿热瘀结型盆腔炎患者的临床效果及部分机制

李琼霞¹ 邱玉秀²

(1 四川省攀枝花市中西医结合医院妇科, 攀枝花, 617000; 2 四川省攀枝花市妇幼保健妇保科, 攀枝花, 617000)

摘要 目的: 观察中医四联法治疗湿热瘀结型盆腔炎患者的临床疗效, 并研究其部分作用机制。方法: 选取 2014 年 5 月至 2016 年 5 月攀枝花市中西医结合医院收治的湿热瘀结型盆腔炎患者 86 例, 随机分为对照组(42 例)及观察组(44 例)。对照组患者接受左氧氟沙星及替硝唑抗菌处理, 观察组采用中药内服、外敷、保留灌肠和远红外理疗四联疗法, 2 组均以 30 d 为 1 个疗程, 并进行为期 1 年的随访, 疗程结束后比较 2 组患者临床总有效率、后遗症发生率、中医证候积分、子宫血流动力学以及转化生长因子- β (TGF- β)。结果: 观察组患者的治疗总有效率 95.45%, 明显高于对照组 83.33% ($P < 0.05$); 1 年后随访, 观察组患者仅有 1 例月经紊乱及 2 例白带增多, 对照组患者有 4 例月经紊乱、6 例白带增多、1 例异位妊娠, 2 组后遗症发生率比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$); 2 组患者下腹痛、腰骶疼痛、白带增多、月经异常候积分较治疗前减少 ($P < 0.05$), 总证候积分亦较治疗前降低 ($P < 0.05$), 其中观察组降低得更明显 ($P < 0.05$); 治疗后观察组子宫内收缩期最大流速 (PSV) 明显高于对照组, 搏动指数 (PI)、血管阻力指数 (RI) 明显较对照组降低, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。2 组经过治疗后外周血 TGF- β 水平均下降, 且观察组低于对照组 ($P < 0.05$)。结论: 中药四联疗法治疗湿热瘀结型盆腔炎患者的临床疗效显著, 有利于减少后遗症的发生, 其作用机制可能与降低 TGF- β 表达有关。

关键词 盆腔炎; 妇科疾病, 湿热瘀结型; 理疗; 消炎; 中药内服外敷; 灌肠; 转化生长因子- β

Clinical Effect Observation of the Quadruple Therapy of Traditional Chinese Medicine on the Accumulation and Stasis of Damp-heat Type Pelvic Inflammation and Some Mechanisms Exploration

Li Qiongxia¹, Qiu Yuxiu²

(1 Department of Gynecology, Panzhihua Hospital of Traditional Chinese and Western Medicine, Panzhihua 617000, China;

2 Panzhihua Maternal and Child Care Service Centre, Panzhihua 617000, China)

Abstract Objective: To observe the clinical curative effects of the Quadruple therapy of traditional Chinese medicine in the accumulation and stasis of damp-heat type pelvic inflammatory, and to study some of the action mechanism. **Methods:** A total of 86 cases of patients with accumulation and stasis of damp-heat type pelvic inflammatory who received and cured during May 2014 to May 2016 in our hospital as the research object, were randomly divided into the control group (42 cases) and the observation group (44 cases). The control group patients received levofloxacin and tinidazole for antimicrobial treatment, and the observation group had the quadruple therapy of traditional Chinese medicine oral and external application, retention enema and far-infrared physiotherapy on the basis of treatment of the control group. Both groups had 30 d for a course of treatment, and 1 year follow-up. Clinical total effective rate and the incidence of sequelae, TCM syndrome integrals, uterine blood flow dynamics and the concentration changes of transforming growth factor beta (TGF-beta) of two groups were compared after treatment. **Results:** 1) The clinical total effective rate of 95.45% in the observation group patients was significantly higher than 83.33% of the control group ($P < 0.05$); After 1 years follow-up, only 1 case of patients with menstrual disorders and 2 cases of increased leucorrhoea in the observation group, 4 cases of menstrual disorders, 6 patients with increased leucorrhea, 1 case of ectopic pregnancy in the control group. The sequela incidences between the two groups were statistically significant ($P < 0.05$); 2) Lower abdominal pain, lumbosacral pain and increased leucorrhea, menstrual abnormalities integrals of two groups were less than before treatment ($P < 0.05$). The total symptom integrals also reduced ($P < 0.05$), and the observation group reduced more significantly ($P < 0.05$); 3) Uterus peak systole velocity (PSV) of the observation group were significantly higher than the control group after treatment, and the largest pulsation index (PI), vascular resistance index (RI) reduced obviously than the control group. The differences were with statistical significance ($P < 0.05$). 4) Peripheral blood TGF-beta level decreased in the two groups after treatment, and the observation group was lower than the control group. The differences were statistically significant ($P < 0.05$). **Conclusion:** The Quadruple therapy of traditional Chinese medicine has clinical curative effect in patients with the accumulation and stasis of damp-heat type pelvic

inflammatory, which is beneficial to reduce the occurrence of sequelae. The mechanism may be associated with the lower expression of TGF- β .

Key Words Pelvic inflammation; Gynecologic disease; Accumulation and stasis of damp-heat type; Physiotherapy; Antiphlogistic; Chinese medicine internal and external application; Enema; TGF- β

中图分类号: R242; R711 文献标识码: A doi: 10.3969/j.issn.1673-7202.2018.07.032

盆腔炎是女性生殖系统常见的感染性疾病,在育龄女性中盆腔炎的发病率高达 18%^[1],盆腔炎患者病程较长,病情顽固难愈,外阴的病原微生物可通过子宫和输卵管进入盆腔内发生逆行感染,并且反复发作、引发多种后遗症^[2-3]。现代医学临床治疗盆腔炎多采用抗菌药物,虽然针对性控制炎性反应有一定的效果,然而随着致病菌谱的复杂变化,患者出现耐药及不良反应情况逐渐增加^[4-5]。随着中医学的研究发展,其在治疗盆腔炎反复发作及减少后遗症等优势显而易见。盆腔炎属于中医学“腹痛”“带下病”“癥瘕”“不孕”等范畴,目前各医家虽对盆腔炎的辨证分型尚无统一观点,但均认为湿热瘀结胞宫,耗散气血是主要病机,故我们认为清热利湿、活血化瘀是治疗该病的重要原则,基于此,采用中医症候辨证治疗,选择多途径、内外兼顾的给药方式治疗本病,确取得理想疗效。转化生长因子- β (TGF- β)与机体多种炎性反应、机体损伤修复等病理过程有关,研究证实, TGF- β 广泛参与盆腔炎的发生发展^[6-7]。本研究探讨中医四联法治疗盆腔炎的疗效是否与 TGF- β 相关。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2014 年 5 月至 2016 年 5 月于医院妇科接受诊治的 86 例盆腔炎患者。随机分为对照组和观察组,对照组 42 例,年龄 21~57 岁,平均年龄 (33.57 $\pm$ 5.26) 岁;病程 6 个月至 5 年,平均病程 (3.17 $\pm$ 1.04) 年;其中已育 27 例,未育者 15 例;观察组 44 例,年龄 23~59 岁,平均年龄 (34.38 $\pm$ 4.72) 岁;病程 5 个月至 6 年,平均病程 (3.79 $\pm$ 1.86) 年;已育者 31 例,未育者 13 例。2 组一般资料比较,差异无统计学意义 ($P>0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准 西医诊断参照美国疾病控制中心性传播疾病诊断和治疗指南 2015 版中关于《盆腔炎的诊断和治疗指南》。

1.2.2 中医诊断标准 中医诊断根据《妇产科学》及《中国医药指南》中关于湿热瘀结型盆腔炎的判断准则^[8]。

1.3 纳入标准 1) 符合 1.2 诊断标准;2) 存在下腹痛、腰骶疼痛、白带增多、月经异常症状;3) 实验室检查白细胞、中性粒细胞计数升高,红细胞沉降率加快;4) 超声检查可见盆腔明显积液或炎性包块;5) 患者宫体大小正常,轻压疼痛,子宫单侧或双侧可触摸片状增厚组织;6) 患者均有性生活史;7) 对本研究知情同意并签署知情同意书者^[9-10]。

1.4 排除标准 1) 合并其他妇科炎症者;2) 近 3 个月内参与其他研究项目者;3) 近 6 个月内使用过抗菌药物者;4) 合并心、脑等重大脏器疾病者;5) 不签署知情同意书者;6) 对中药成分过敏者;7) 处于妊娠或哺乳期妇女^[11]。

1.5 脱落与剔除标准 1) 在治疗过程中因故中途退出者;2) 随访中自然脱落者;3) 治疗过程出现明显不良反应者;4) 资料记录不全者。

1.6 治疗方法

1.6.1 对照组 采取单纯静脉注射左氧氟沙星氯化钠注射液 (第一三共制药有限公司;国药准字 H20103722), 0.5 g/次, 1 次/d, 10 d 为 1 个疗程,静脉滴注后 30 min 内注意患者不可阳光直晒,避免引起光敏反应;替硝唑注射液 (双鹤药业有限公司;国药准字 H19991087), 规格: 0.4 g/200 mL, 0.8 g/次, 1 次/d, 5 d 为 1 个疗程,严格控制静脉滴注 (2 mg/mL), 每次静脉滴注时间长 1 h, 治疗期间患者不可饮用含有乙醇饮料。

1.6.2 观察组 采用中医四联疗法,即内服二丹红藤败酱汤加减方:牡丹皮、丹参、赤芍、延胡索、红花、香附、大黄、土茯苓各 15 g,红藤、败酱草、鱼腥草、蒲公英、冬瓜仁各 10 g,薏苡仁 25 g、黄芩 6 g,川芎、半夏、茯苓、陈皮各 5 g, 1 剂/d;外敷用芒硝 150 g,夏枯草、路通 75 g、干水蛭 50 g,药材粉碎后加开水、蜂蜜至糊状,待温度降至 40 $^{\circ}$ C,平铺在胶布上覆盖患者腹部 4 h,出现皮肤过敏现象立即停药,并先脱敏治疗;KHC-H-1 型远红外治疗仪 (长沙新迪医疗器械有限公司) 600 nm 波长照射腹部,照射前腹部涂抹有活血化瘀的药液,患者自觉下腹有温热感为度, 1 次/d, 30 min/次;中药保留灌肠:医院自拟灌肠汤,红藤、败酱草、银花藤、蒲公英、鱼腥草、黄柏、三棱、

莪术、毛冬青,各 25 g,水煎浓缩 100 mL,睡前采用一次性肛管插入肛门 10 cm 处,将灌肠液缓慢灌入,灌毕侧卧 1 h,每日睡前 1 次,上述 4 种中药疗法均 10 d 为 1 个疗程,经期暂停,连续使用 3 个疗程。

1.7 观察指标

1.7.1 中医证候积分 参考《中药新药临床研究指导原则》关于盆腔炎疗效评定方法,采用积分的方式对对哮喘各类症状进行评价,每个症状分 4 级(无、轻、中、重),每级分别对应 0、1、2、3 分。

1.7.2 子宫血流动力学检测 利用彩色多普勒超声对患者子宫动脉血收缩期最大流速(PSV)、搏动指数(PI)、血管阻力指数(RI)进行计算测定。

1.7.3 外周血 TGF-β 的测定 采用酶联免疫吸附试验(Enzyme-linked Immunosorbent Assay,ELISA)对患者治疗前后 TGF-β 进行检测。具体步骤:将检测样本按照说明书进行梯度稀释,设置空白孔、阴性及阳性对照孔、样本复孔,样本添加接受将孔板置于 37 ℃ 条件下孵育 60 min,后用 0.01 mol/L 的 PBS 冲洗 3 次,加入 TMB 底物,再次将孔板置于 37 ℃ 条件下孵育 30 min,后将孔板放入酶标仪中进行吸光值检测以评定样本中各指标水平。

1.7.4 后遗症发生率 在治疗后 1 年随访 2 组患者发生月经紊乱、白带增多或异位妊娠等后遗症情况。

1.8 疗效判定标准 参考《中药(新药)治疗盆腔炎的临床研究指导原则》对患者中医证候积分进行评定,参照治疗前后积分的变化进行疗效判定。痊愈:中医证候积分 0 分,临床症状、体征及辅助检查未发现明显异常;显效:治疗后中医证候积分降低为治疗前 2/3 以上,临床症状、体征及辅助检查较治疗前明显改善;有效:治疗后中医证候积分降低为治疗前 1/3 以上,但小于 2/3,临床症状、体征及辅助检查较治疗前有所改善;无效:治疗后中医证候积分降低不足治疗前 1/3,临床症状、体征及辅助检查未见改善甚至恶化^[12]。

1.9 统计学方法 采用 SPSS 17.0 统计软件对所得数据进行处理,计量数据用($\bar{x} \pm s$)表示,对于符合正态分布的数据采用 *t* 检验,不符合正态分布的数据采取秩和检验进行统计处理,计数资料使用非参数 χ^2 检验,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 2 组临床总有效率、后遗症比较 观察组患者的治疗总有效率 95.45% 明显高于对照组 83.33%,2 组差异有统计学意义($P < 0.05$);1 年后随访,观察组患者随访 1 年后后遗症发生率明显低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 1、表 2。

表 1 2 组临床总有效率比较

组别	痊愈 (例)	显效 (例)	有效 (例)	无效 (例)	总有效率 [例(%)]
对照组(<i>n</i> = 42)	22	9	4	7	35(83.33)
观察组(<i>n</i> = 44)	30	5	7	2	42(95.45)

表 2 2 组后遗症比较[例(%)]

组别	月经紊乱	白带异常	异位妊娠
对照组(<i>n</i> = 42)	4(9.52)	6(14.26)	1(2.38)
观察组(<i>n</i> = 44)	1(2.27)	2(4.55)	0(0.00)
χ^2	3.246	4.072	2.158
<i>P</i>	<0.05	<0.05	<0.05

2.2 2 组中医证候积分比较 2 组患者下腹痛、腰骶疼痛、白带增多、月经异常候积分较治疗前减少($P < 0.05$),总症候积分亦较治疗前降低($P < 0.05$),观察组降低得更明显($P < 0.05$)。见表 3。

2.3 2 组子宫血流指标比较 治疗后观察组 PSV 明显高于对照组,PI、RI 明显较对照组降低,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。见表 4。

2.4 2 组 TGF-β 比较 2 组治疗后外周血 TGF-β 水平均下降,且观察组低于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。见表 5。

3 讨论

盆腔炎是由一种以上病原体所引起的混合性感染妇科疾病,这些病原体沿着阴道黏膜上行而至盆

表 3 中医主要症候积分比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	下腹痛	腰骶疼痛	白带增多	月经异常	总积分
观察组(<i>n</i> = 44)					
治疗前	2.24 ± 0.41	2.15 ± 0.37	2.37 ± 0.35	2.29 ± 0.29	26.77 ± 6.32
治疗后	1.15 ± 0.16 * [△]	1.05 ± 0.12 * [△]	1.15 ± 0.16 * [△]	1.02 ± 0.24 * [△]	12.26 ± 3.23 * [△]
对照组(<i>n</i> = 42)					
治疗前	2.17 ± 0.34	2.38 ± 0.59	2.45 ± 0.24	2.31 ± 0.27	27.12 ± 5.68
治疗后	1.24 ± 0.24 *	1.65 ± 0.28 *	1.33 ± 0.32 *	1.48 ± 0.25 *	19.93 ± 4.57 *

注:与本组治疗前比较,* $P < 0.05$,对照组治疗后比较,[△] $P < 0.05$

表 4 2 组子宫血流指标比较($\bar{x} \pm s$)

组别	PI	RI	PSV
观察组($n=44$)			
治疗前	2.57 ± 1.13	1.22 ± 0.26	13.14 ± 6.12
治疗后	1.73 ± 0.35 * Δ	0.49 ± 0.11 * Δ	26.32 ± 2.37 * Δ
对照组($n=42$)			
治疗前	2.57 ± 1.22	1.19 ± 0.28	12.26 ± 5.92
治疗后	2.05 ± 0.94 *	0.89 ± 0.17 *	17.15 ± 3.19 *

注:与本组治疗前比较,* $P<0.05$,对照组治疗后比较, $\Delta P<0.05$

表 5 2 组 TGF- β 比较($\bar{x} \pm s$,ng/L)

组别	TGF- β
观察组($n=44$)	
治疗前	149.82 ± 15.88
治疗后	66.22 ± 7.97 * Δ
对照组($n=42$)	
治疗前	152.14 ± 14.68
治疗后	107.95 ± 8.21 *

注:与本组治疗前比较,* $P<0.05$,对照组治疗后比较, $\Delta P<0.05$

腔引发炎症反应,也可通过血液和淋巴系统传播,向盆腔周围组织和器官直接蔓延,患者随即发生各种不适症状^[13],多数盆腔炎患者由于粘连和盆腔充血出现下腹坠痛、白带增多、腰骶疼痛、月经异常等临床症状,长于过度劳累、房事或月经前后症状加剧。盆腔炎属于中医学“腹痛”“带下病”“癥瘕”“不孕”等范畴,古代医家认为经期或产后余血未尽,外遇冷风,或房事不洁,湿热邪毒经阴户侵袭胞宫脉络,病邪缠绵不净致湿热内蕴,寒湿内生,气滞血瘀,胞脉失畅,湿热瘀血聚于下焦而成此病。湿热瘀结、气机不畅是本病的主要病机,病位主要于胞宫^[14]。现代医学病理研究发现,盆腔炎患者的盆腔以及附近的结缔组织存在炎症反应,子宫血流速度明显减慢,与中医“瘀血阻滞胞宫”的理念一致^[15]。故我们认为子宫血流动力学指标可视为衡量盆腔炎疗效及预后的重要依据。

近年来“内因论”的理念逐渐被医学研究人员所认可,该理论认为感染不仅与微生物侵袭机体有关,同时与机体存在的损伤性免疫反应具有极为密切的关系,故治疗感染性疾病不可一味强调抗感染,更重要的是加强机体免疫能力。研究中的观察组患者采用中医四联疗法,内服二丹红藤败酱汤加减方中的中药有效成分可通经活血、消瘀止痛;外敷在缓解症状的同时可降低全身药物浓度,不良反应小,患者比较容易接受;中药保留灌肠通过肝门给药,避免的肝脏首过效应,使中药的有效成分充分作用于

盆腔器官,保证药效的同时克服了口服用药难达到病灶的难题。此外,现代药理学研究证实,清热解毒药(如败酱草、红藤、金银花、蒲公英等)以及活血化瘀药(如三棱、莪术等)组成的药液可直接被直肠黏膜所吸收,从而提高靶器官的药物浓度,改善盆腔诸多器官的血氧供应,软化因炎症反应浸润而导致的结缔组织增生粘连状况,消除炎症反应水肿,而实现消瘀散结的最终目标。远红外波谱治疗是安全的物理疗法,活血化瘀成分的中成药可对症处理盆腔炎,借助远红外线穿透盆腔组织,使积液加速吸收,连着组织软化松解,从而改善患者的临床症状。经过数据分析后我们发现2组患者经过一定干预手段后临床症状改善均较治疗前有改善,其中使用中医四联疗法的观察组患者改善更为明显,且在经过为期1年的随访过程中,我们发现观察组在巩固疗效方面明显优于抗菌药物,故我们认为中医四联疗法确对盆腔炎有持续的临床疗效,且安全性高。在研究中我们监测了治疗前后患者子宫血流动力学指标的变化情况,发现中医四联疗法更可改善盆腔炎患者的子宫血流动力学情况,这说明在中医四联疗法较单纯西药更可改善子宫的血流情况,从而改善盆腔及附件等器官的血液循环,促进炎症反应吸收。

在对作用机制的进一步探讨中我们检测了2组患者治疗前后外周血 TGF- β 的水平变化,结果发现2组患者治疗后 TGF- β 的水平均有所下调,其中中医四联疗法下调的趋势更明显。研究显示,盆腔炎病理组织中 TGF- β 存在高表达^[16],通过动物模型实验证实当 TGF- β 低水平时可产生免疫刺激,抑制炎症性细胞的生长及激活,从而改善炎症反应。因此我们认为 TGF- β 参与调节盆腔炎患者机体的炎症反应,与盆腔炎发生发展各环节均有关联。

综上所述,湿热瘀结型盆腔炎患者采用中医四联疗法具有显著的临床治疗效果,对降低后遗症的发生有积极的影响作用,其作用可能是通过抑制 TGF- β 的表达而发挥治疗该病的作用,建议临床对于此类患者推荐选用四联疗法进行治疗。

参考文献

[1] 李伟莉,徐志华妇科临证精华[M].合肥:安徽科学技术出版社,2014:187-188.
[2] 潘吴媛,石珍.慢性盆腔痛的治疗进展[J].临床医学工程,2011,18(12):1992-1994.
[3] 李全云.分期综合治疗慢性盆腔炎45例[J].中医临床杂志,2014,26(3):264.

性鼻炎可提高患者远期疗效,改善患者鼻塞、流涕等症状,有效改善患者通气功能及炎性反应因子,值得临床应用。

参考文献

- [1] 杨才德,包金莲,龚旺梅,等. 中国穴位埋线疗法系列讲座(十一) 穴位埋线治疗呼吸系统疾病——过敏性鼻炎[J]. 中国中医药现代远程教育,2015,13(11):68-69.
- [2] 来利利,周瑞山. 鼻用氮斯汀联合糠酸莫米松治疗儿童变应性鼻炎的疗效观察[J]. 山西医药杂志,2016,45(9):1063-1064.
- [3] 李磊,张小梅. 中医药治疗儿童变应性鼻炎研究进展[J]. 河北中医,2015,37(3):466-468.
- [4] 徐艳,马梅,张宗强,等. 通窍鼻炎颗粒联合针刺治疗过敏性鼻炎及对患者血清 IL-4,IL-6 及 IL-10 的影响[J]. 中国实验方剂学杂志,2015,21(14):169-172.
- [5] 张茜. 通窍鼻炎颗粒联合孟鲁司特钠、布地奈德治疗变应性鼻炎临床疗效及对炎性因子的影响[J]. 海南医学院学报,2016,22(11):1170-1172.
- [6] 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志编委会. 变应性鼻炎诊断和治疗指南[J]. 中国临床医生,2010,38(6):67-68.
- [7] 彭丽丽,朱婉萍,孔繁智,等. 麻黄连翘赤小豆汤加减治疗过敏性鼻炎 50 例[J]. 陕西中医药大学学报,2014,37(3):59-60.
- [8] 范隽,胡文婷,逢明杰. 变应性鼻炎与变应性结膜炎的相关性进展研究[J]. 安徽医药,2017,21(6):987-990.
- [9] 金日群,廖志莹,王英斌,等. 活性益生菌治疗过敏性鼻炎的临床观察及免疫调节作用分析[J]. 中国现代医生,2017,55(5):66-68.

(上接第 1692 页)

- [4] 魏光绪,彭太华,史传. 活血化瘀法联合西药治疗慢性盆腔炎的疗效及对炎性因子的影响[J]. 河北医学,2015,21(5):719-722.
- [5] 牛明明. 妇科抗炎合剂联合康妇消炎栓治疗湿热瘀结型慢性盆腔炎的临床研究[D]. 济南:山东中医药大学,2013.
- [6] 郑天津. 诊断性刮宫术后应用左炔诺孕酮宫内缓释系统预防子宫内膜息肉复发的疗效分析[J]. 中国计划生育学杂志,2013,21(7):458-460.
- [7] 庞久玲,刘爱东,刘军. 转化生长因子 $\beta 1$ 和基质金属蛋白酶在病理理性瘢痕中的表达及意义[J]. 实用医学杂志,2010,26(17):3175-3177.
- [8] 谢幸,苟文丽. 妇产科学[M]. 8 版. 北京:人民卫生出版社,2013:262-265.
- [9] 杨屿晴. 红酱四妙汤加味治疗慢性盆腔炎湿瘀互结证[J]. 包头医学院学报,2015,31(1):90-91.
- [10] 叶文凤. 中西医结合心理治疗三联法治疗慢性盆腔炎的临床分

- [10] 张朝梅,陈雪梅. 柴胡桂枝汤联合西替利嗪治疗过敏性鼻炎的疗效及对炎性细胞因子的影响[J]. 世界中医药,2017,12(9):2065-2068.
- [11] 钟艳霞,胡浩. 变应性鼻炎中医研究进展[J]. 新疆中医药,2016,34(1):81-83.
- [12] 李伊梅,李冰,白桦,等. 应用“肺鼻同治、祛风化痰法”治疗过敏性鼻炎经验[J]. 世界中医药,2016,11(5):856-858.
- [13] 洪秀芳,施云福,张学锋,等. 玉屏风颗粒对老年慢性阻塞性肺疾病缓解期患者 T 淋巴细胞亚群的影响[J]. 浙江中医药,49(5):335.
- [14] 叶浩昕,卢伟筠,冯志文,等. 醒脑益气汤联合针刺对过敏性鼻炎鼻部通气功能及炎症反应的影响[J]. 内蒙古中医药,2017,36(9):34-35.
- [15] 蔡艳芳,戴晖. 玉屏风颗粒联合氯雷他定治疗过敏性鼻炎患者临床效果观察[J]. 实用医技杂志,2017,24(3):338-339.
- [16] 郭会丽,刘俊杰,赵艳丽,等. 玉屏风颗粒治疗过敏性鼻炎 35 例临床疗效分析[J]. 中国临床研究,2015,7(35):82-83.
- [17] 李洁璇. 玉屏风颗粒治疗过敏性鼻炎的效果评价[J]. 内蒙古中医药,2017,21(4):36-37.
- [18] 郑显东. 玉屏风颗粒治疗过敏性鼻炎效果观察[J]. 中国社区医师,2016,32(14):97+99.
- [19] 马敬君. 玉屏风颗粒配合氮卓斯汀对过敏性鼻炎患者炎性因子水平及免疫功能的影响[J]. 北方药学,2017,14(7):105-106.
- [20] 罗懿鸣,易伟民. 玉屏风颗粒治疗过敏性鼻炎的临床疗效观察[J]. 吉林医学,2015,36(10):1959-1960.

(2018-04-24 收稿 责任编辑:徐颖)

析[J]. 中国医药指南,2012,10(1):229-230.

- [11] 杜敏,郑君,许彩凤,等. 中医四联疗法治疗寒凝血瘀型盆腔炎 100 例临床观察[J]. 中国优生优育,2014,20(1):58-59.
- [12] 汤亚娟,陈回春,沈丹. 中医治疗盆腔炎炎症性疾病后遗症述要[J]. 河南中医,2013,33(2):310-312.
- [13] 张国娟. 替硝唑联合盐酸左氧氟沙星治疗 86 例慢性盆腔炎中的疗效观察[J]. 临床合理用药杂志,2015,8(1):105-106.
- [14] 杨红丽. 逍遥清带汤治疗慢性盆腔炎 81 例[J]. 河南中医,2005,25(7):56-56.
- [15] 林卫平,尚贤文,徐建阳. 阿奇霉素联合盆腔炎制剂治疗支原体属感染性盆腔炎对患者子宫血流动力学指标影响的比较[J]. 中华医院感染学杂志,2016,26(9):2131-2133.
- [16] Palmer EM, Beilfuss BA, Nagai T, et al. Human helper T cell activation and differentiation is suppressed by porcine small intestinals submucosa[J]. Tissue Eng,2002,8(5):893-900.

(2017-09-08 收稿 责任编辑:芮莉莉)