益母草注射液联合缩宫素对子宫收缩能力及产后出血的影响

戴素蓉¹ 刘雁² 李星国² 周燕¹

(1 江苏省南京市中医院分院妇产科,南京,210006; 2 辽宁省大连市中心医院麻醉科,大连,116033)

摘要 目的:探究益母草注射液联合缩宫素对剖宫产产妇产后子宫收缩能力及产后出血的影响。方法:选取 2016 年 1 月至 2016 年 12 月南京市中医院行剖宫产的产妇 100 例,按照随机数字表法随机分为观察组和对照组,每组 50 例。对照组在剖宫产胎儿娩出后向子宫壁注射缩宫素 20 U,观察组在对照组的基础上给予益母草注射液,2 组均治疗 3 d。统计 2 组治疗后产妇产后 1~72 h 出血量,检测 2 组治疗前后血常规及凝血功能,比较 2 组产后 72 h 子宫收缩能力及复旧情况,统计 2 组临床疗效。结果:2 组产妇产后 1~72 h 出血量均逐渐降低(均 $P < 0.01$),且观察组显著低于对照组($P < 0.01$);观察组产后出血率为 2.00%,对照组为 10.00%,2 组比较差异无统计学意义($P > 0.05$);与治疗前比较,对照组 Hb、RBC 水平显著降低($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$),观察组治疗前后无显著变化($P > 0.05$),观察组 Hb、RBC 水平显著高于对照组($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$);2 组 APTT、PT 时间治疗前后及组间比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$)。产后 72 h,观察组产妇产缩幅度、强度及张力显著高于对照组($P < 0.01$),宫缩频率显著低于对照组($P < 0.05$);观察组产妇产底下降程度、子宫三径之和、恶露持续时间显著低于对照组($P < 0.01$);观察组宫腔总积血率为 8.00%,显著低于对照组的 28.00% ($P < 0.05$)。治疗后观察组临床总有效率 96.00%,显著高于对照组的 78.00% ($P < 0.01$)。结论:益母草注射液联合缩宫素可有效降低剖宫产妇产后出血量,提高止血效果,且对患者凝血功能影响较小,可增强子宫收缩能力,促进子宫复旧,效果优于单独缩宫素治疗。

关键词 剖宫产;益母草注射液;缩宫素;子宫收缩能力;产后出血

Effects of Leonurus Injection Combined with Oxytocin on Uterine Contractile Ability and Postpartum Bleeding

Dai Surong¹, Liu Yan², Li Xingguo², Zhou Yan¹

(1 Gynecology and Obstetrics Department, Nanjing Hospital of Chinese Medicine, Nanjing 210006, China;

2 Department of Anesthesia, Dalian Central Hospital, Dalian 116033, China)

Abstract Objective: To explore the effects of leonurus injection combined with oxytocin on the uterine contractile ability and postpartum hemorrhage of cesarean section parturient. **Methods:** A total of 100 parturients underwent cesarean section in Nanjing Hospital of Chinese Medicine from January 2016 to December 2016 were selected and divided into control group ($n = 50$) and treatment group ($n = 50$) according to random number table method. Control group was given oxytocin 20 U into the uterine wall after cesarean section delivery, treatment group was given leonurus injection on the basis of control group, and 2 groups were treated for 3 days. The amount of postpartum hemorrhage in 2 groups was statistically analyzed after treatment, the blood routine and coagulation function in 2 groups were measured before and after treatment, the uterine contractile ability 72 hours after postpartum and rehabilitation status in 2 groups were compared, and the clinical efficacy in 2 groups was statistically analyzed. **Results:** The amount of postpartum hemorrhage in 2 groups decreased gradually from 1 to 72 hours after postpartum ($P < 0.01$), of which the treatment group was significantly lower than the control group ($P < 0.01$). The postpartum hemorrhage rate in treatment group was 2.00%, which was lower than 10.00% in control group, but there was no significant difference ($P > 0.05$). Compared with before treatment data, the Hb and RBC levels in control group significantly decreased ($P < 0.05$ or $P < 0.01$), there was no significant change in treatment group before and after treatment ($P > 0.05$). The Hb and RBC levels in treatment group were significantly higher than those in control group ($P < 0.05$ or $P < 0.01$), and there was no significant difference between the APTT and PT times of 2 groups before and after treatment ($P > 0.05$). The amplitude, intensity and tension of parturient uterine contractions in treatment group were significantly higher than those in control group 72 hours after postpartum ($P < 0.01$), and the frequency of uterine contractions in treatment group was significantly lower than in control group ($P < 0.01$), which was significantly lower than control group

基金项目:2015 年大连市医学科学研究计划项目(1511002)

作者简介:戴素蓉(1978.08—),女,本科,主治医师,研究方向:妇产科,E-mail:1678429805@qq.com

通信作者:周燕(1969.09—),女,本科,副主任医师,研究方向:妇产科,E-mail:1094702946@qq.com

($P < 0.05$ or $P < 0.01$). The descent degree of uterine fundus, the sum of uterus three meridians and the duration of lochia in treatment group were significantly lower than that of control group ($P < 0.01$), and the total uterine cavity hematocoele rate in treatment group was 8.00%, which was significantly lower than 28.00% in control group ($P < 0.05$); the total clinical efficiency in treatment group after treatment was up to 96.00%, which was significantly higher than 78.00% in control group ($P < 0.01$). **Conclusion:** Leonurus injection combined with oxytocin can effectively reduce the amount of cesarean section postpartum hemorrhage, improve the hemostasis effect, and have less effects on its coagulation function, enhance uterine contractile ability, promote the uterine rehabilitation, and the effect is better than oxytocin treatment alone.

Key Words Cesarean section; Leonurus injection; Oxytocin; Uterine contractile ability; Postpartum hemorrhage

中图分类号: R271.45 文献标识码: A doi: 10.3969/j.issn.1673-7202.2018.12.025

产后出血是剖宫产手术过程中危险性较高的并发症,也是造成产妇死亡的重要原因之一,胎盘滞留、宫缩乏力为引起产后出血的主要原因,其中子宫收缩乏力是最危险的因素,因此采取相应的缩宫及止血药物对预防产后出血十分重要^[1-2]。目前缩宫素是临床上常用的缩宫药物,其具有起效快、疗效确切等优点,但其半衰期为 5~10 min,持续时间 20~30 min,对子宫下段作用较弱,大剂量使用会引起高血压、脉率加快、尿潴留等症,不利于产妇身体恢复^[3]。益母草注射液主要成分为益母草碱和水苏碱,是近年来常用的促进子宫收缩的中药制剂,其半衰期为 6 h 左右,可促进子宫平滑肌收缩,达到止血、祛瘀生新、促进子宫复旧的功效,且不良反应少^[4-5]。因此本研究旨在探究益母草注射液联合缩宫素对剖宫产产妇产后子宫收缩能力及产后出血的影响,现将结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2016 年 1 月至 2016 年 12 月于我院行剖宫产的产妇 100 例,采用随机数字表法将其分为观察组和对照组,每组 50 例。对照组患者年龄 25~33 岁,平均年龄(27.16±2.79)岁;孕周 37~41 周,平均孕周(38.76±0.53)周;初产妇 32 例,经产妇 18 例。观察组患者年龄 23~35 岁,平均年龄(28.32±2.81)岁;孕周 36~42 周,平均孕周(38.57±0.61)周;初产妇 35 例,经产妇 15 例。2 组主要基线资料比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。本研究经过南京市中医院医学伦理委员会审批。

1.2 诊断标准 符合 2014 年中华医学会妇产科学分会产科学组编制的《产后出血预防与处理指南》^[6]中的相关西医诊断标准;符合《中医妇产科学》^[7]的相关中医诊断标准。

1.3 纳入标准 1)符合上述中西医诊断标准者;2)符合剖宫产指征或自愿行剖宫产术者;3)年龄 20~40 岁者;4)孕周 33~42 周,且均为单胎妊娠;5)产

妇及家属对本研究内容均知情同意。

1.4 排除标准 1)胎盘前置、早剥或粘连需要人工剥离者;2)有盆腔炎、宫颈糜烂、阴道炎等急性慢性生殖道炎症反应者;3)中重度贫血或凝血功能异常者;4)多胎妊娠或巨大儿者;5)妊娠合并各种恶性生殖器官肿瘤,且直径>5 cm 者;6)对本研究所用药物具有过敏现象者;7)合并有心血管、肝肾等重大脏器原发性疾病者等。

1.5 脱落与剔除标准 1)由各种原因未按规定参加本研究,无法判定疗效者;2)研究期间发生严重不良事件,并终止治疗者;3)随访期间由于各种原因失访者;4)中途自动退出或参与其他实验研究者等。

1.6 治疗方法 对照组在剖宫产胎儿娩出后向子宫壁注射缩宫素(上海第一生化药业有限公司,国药准字 H31020862)20 U,同时进行缩宫素 20 U+500 mL 林格氏液静脉点注,术后 2 h 注射 10 U,以 10 U/12 h 持续注射至术后 3 d。观察组在对照组的基础上加益母草注射液(成都第一制药有限公司,国药准字 Z51021448),术后 2 h 于臀部肌肉注射 2 mL,以 1 mL/12 h 持续注射至术后 3 d。

1.7 观察指标 1)采用统一称重法统计 2 组产中及产后 2~24、24~48、48~72 h 的出血量,于产妇臀下垫一无菌计量纸垫(A);胎儿娩出后用干纱布(B)蘸吸手术野中出血,待子宫缝合完毕后,对沾血的纱布称重(B1);手术结束后按压子宫,视情况更换无菌计量纸垫,核对无菌计量纸垫后对其称重(A1),计算出血量=[(A1+B1)-(A-B)],统计 2 组产妇产后 24 h 内出血量≥500 mL 例数,产后出血率=出血例数/总例数×100%。2)分别于治疗前及治疗 3 d 后采集 2 组产妇晨起空腹静脉血 4 mL,一部分取全血,另一部分经抗凝处理后经 3 000 r/min 离心 10 min 后取血浆。采用全自动快速血球分析仪检测 2 组产妇血红蛋白(Hb)水平及红细胞计数(RBC);采用 STA-R 全自动凝血仪测定 2 组血浆凝血指标:部分凝血活酶时间(APTT)、凝血酶原时间

(PT)。3)采用JZJ01A型肌肉张力转换器,通过BL-420E生物机能系统记录2组产后72h子宫收缩曲线,观察子宫收缩幅度、频率、张力及强度变化情况。4)产妇排尿后平卧,用软尺测量产后3d耻骨联合上缘中点至子宫底最高点的距离;产后42d对腹部进行纵、横、前后超声检查,测量子宫各径线(长径、横径、前后径)长度,并计算三径之和;对产妇进行随访,记录恶露干净时间;宫腔积血评价标准:子宫腔条状暗区宽度1.5~2.9cm为少量积血,宽度3.0~4.9cm为中量积血,宽度5.0cm及以上为大量积血。5)统计并比较2组临床疗效。

1.8 疗效判定标准 参照《中医病证疗效标准》^[8]中的疗效判定标准:治疗后子宫收缩明显,无出血症状,产妇各临床症状基本消失,生命体征稳定为显效;治疗后子宫收缩较好,出血量明显减少,产妇各临床症状有所改善,生命体征稳定为有效;治疗后子宫收缩不佳,出血量未减少,产妇各临床症状及生命体征未改善或者加重为无效。总有效率=(显效+有效)例数/总例数×100%。

1.9 统计学方法 采用SPSS 20.0统计软件进行数据分析,计量资料以均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,2

组间比较行 t 检验,组内多个时间点采用LSD- t 检验;计数资料以百分比(%)表示,行 χ^2 检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 2组产妇产后出血情况比较 2组产妇产后1~72h出血量逐渐降低($P < 0.01$),且观察组显著低于对照组($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$)。见表1。其中观察组产后72h出血率为2.00%(1/50),较对照组10.00%(5/50)降低,但差异无统计学意义($P > 0.05$)。

2.2 2组产妇产后治疗前后血常规及凝血功能比较 与治疗前比较,对照组治疗后Hb、RBC水平显著降低($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$),观察组治疗前后Hb、RBC无显著变化($P > 0.05$);治疗后观察组Hb、RBC水平显著高于对照组($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$),2组APTT、PT治疗前后及组间比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。见表2。

2.3 2组产妇产后子宫收缩能力比较 产后72h观察组产妇产缩幅度、强度及张力显著高于对照组($P < 0.01$),宫缩频率显著低于对照组($P < 0.05$)。见表3。

表1 2组产妇产后出血情况比较($\bar{x} \pm s$, mL)

组别	产中	产后2~24h	产后24~48h	产后48~72h	F	P
对照组(n=50)	330.59±47.68	80.73±23.62	30.86±19.54	20.53±13.87	1246.150	0.000
观察组(n=50)	230.74±38.73**	69.27±17.49*	22.93±16.38*	14.63±11.84*	883.341	0.000

注:与对照组比较,* $P < 0.05$,** $P < 0.01$

表2 2组产妇产后治疗前后血常规及凝血功能比较($\bar{x} \pm s$)

组别	Hb(g/L)	RBC($\times 10^{12}/L$)	APTT(s)	PT(s)
对照组(n=50)				
治疗前	117.65±13.41	3.91±0.47	26.43±3.67	11.58±0.91
治疗后	106.87±10.03	3.67±0.40	27.16±3.84	11.76±0.87
t	4.552	2.750	0.972	1.011
P	0.000	0.007	0.333	0.315
观察组(n=50)				
治疗前	117.87±13.58	3.89±0.46	26.19±3.59	11.61±0.88
治疗后	114.39±12.87**	3.87±0.48*	26.58±3.74	11.54±0.79
t	1.315	0.213	0.532	0.419
P	0.192	0.832	0.596	0.676

注:与对照组比较,* $P < 0.05$,** $P < 0.01$

表3 2组产妇产后子宫收缩能力比较($\bar{x} \pm s$)

组别	宫缩幅度(mm)	频率(次/min)	强度(mm)	张力(mm)
对照组(n=50)	243.62±135.21	0.72±0.83	1546.27±224.61	1439.27±210.58
观察组(n=50)	457.69±147.88**	0.36±0.64*	1756.64±245.81**	1589.67±223.74**

注:与对照组比较,* $P < 0.05$,** $P < 0.01$

2.4 2组产妇子宫复旧情况比较 观察组产妇宫底下降低程度、子宫三径之和、恶露持续时间显著低于对照组($P < 0.01$)。见表4。对照组产后42 d少量宫腔积血9例,中等4例,大量1例,总宫腔积血率为28.00%;观察组少量3例,中等1例,大量0例,宫腔总积血率为8.00%。观察组宫腔总积血率显著低于对照组($\chi^2 = 4.500, P = 0.034$)。

表4 2组产妇子宫复旧情况比较($\bar{x} \pm s$)

组别	产后3 d 宫底下降低程度(cm)	产后42 d 子宫三径之和(cm)	恶露持续时间(d)
对照组($n=50$)	18.26 ± 1.13	17.38 ± 1.03	27.63 ± 10.59
观察组($n=50$)	17.31 ± 0.85**	16.20 ± 0.98**	19.75 ± 8.68**

注:与对照组比较,** $P < 0.01$

2.5 2组临床疗效比较 治疗后观察组临床总有效率96.00%,显著高于对照组的78.00% ($\chi^2 = 7.162, P = 0.007$)。见表5。

表5 2组临床疗效比较[例(%)]

组别	显效	有效	无效	总有效率
对照组($n=50$)	15(30.00)	24(48.00)	11(22.00)	39(78.00)
观察组($n=50$)	21(42.00)	27(54.00)	2(4.00)	48(96.00)**

注:与对照组比较,** $P < 0.01$

3 讨论

近年来人们误认为剖宫产比阴道分娩安全,部分产妇恐惧阴道分娩宫缩产生的疼痛,导致我国剖宫产率逐渐上升,但手术会破坏子宫肌壁的完整性,影响子宫收缩,甚至出现子宫收缩乏力,导致子宫复旧不全,增加了术中出血量及产后出血率的风险^[9]。因此临床上应给予一定增强宫缩、促进子宫复旧的药物,常见有前列腺素、宫缩素等,其中宫缩素是一种多肽类激素,可促进子宫收缩,但其半衰期短,且大量使用会出现低血压、呼吸困难、心肌缺血等不良反应^[10]。有研究^[11]称,益母草可刺激子宫血管,增强子宫收缩,药效持续时间长,并且能够减少子宫出血量,有较高的安全性。

中医无产后出血的病名,其可归属于“产后血晕”范畴。中医学认为其病机为虚实两端,虚者多由产妇气血虚弱,阴血流失过多所致;实者多由瘀血上攻,染乱心神所致^[12]。《血证论·产血》云:“下血少而晕者,乃恶露上抢于心,心下满急,神昏口噤,绝不知人”,认为产时或产后寒邪乘虚而入,血为寒凝,瘀滞不行,血瘀气逆,而致血晕;《女科经纶》曰:“妇人分娩,昏冒睽目,因阴血暴亡,也神无所养”,认为产时失血过多,导致阴血亏虚,气随血脱,气血骤虚,而致血晕。因此产后出血以“虚”“实”“瘀”

为特点,中医以此为理论基础进行辨证论治,治疗以益气固脱、活血祛瘀为主要治疗原则^[13-14]。益母草为妇科经典用药,素有“血家圣药”“经产良药”之称,其性辛、苦、微寒,归心、肝、膀胱经,具有活血化瘀、调经消水、祛瘀生新等功效。现代药理研究^[15]表明,益母草主要成分为益母草碱、水苏碱、益母草啉,通过作用于子宫平滑肌H1、 α 受体,使其具有兴奋性,收缩子宫内层血管,使子宫螺旋血管关闭,达到收缩子宫及压迫止血的作用。研究^[16]报道,益母草可修复子宫肌纤维,促进子宫内膜再生,通过强烈而持久的收缩子宫,进而达到压迫止血的作用。本研究结果显示,2组产妇产后1~24 h出血量逐渐降低,且观察组显著低于对照组;观察组产后出血率为2.00%,较对照组10.00%降低,但无显著差异;与治疗前比较,治疗后对照组Hb、RBC水平显著降低,观察组治疗前后无显著变化,观察组治疗后Hb、RBC水平显著高于对照组,2组APTT、PT时间治疗前后及组间无显著差异,提示益母草注射液联合宫缩素可有效降低剖宫产产妇出血量,提高止血效果,且对其凝血功能影响较小。

宫缩乏力、子宫复旧不全是引起剖宫产术后出血的主要原因,因剖宫产手术直接损伤子宫肌壁,导致肌纤维断裂而影响子宫收缩,不利于产后恶露排除,子宫复旧较慢^[17]。宫缩素有较强的收缩子宫作用,但其半衰期较短,而益母草半衰期较长,可达6 h以上,其主要成分益母草总碱具有扩张血管的作用,对产妇体温、血压、呼吸等不会产生影 响;此外,益母草还可以调控凝血机制,改善内膜基底层供血,使子宫体及子宫下段具有较强的收缩作用,促进子宫修复^[18-19]。有研究^[20]报道,益母草于子宫体注射30 s后就可使子宫平滑肌兴奋,子宫产生大幅收缩,促进子宫复旧。本研究中,产后72 h观察组产妇产后宫缩幅度、强度及张力显著高于对照组,宫缩频率显著低于对照组;观察组产妇产后下降程度、子宫三径之和、恶露持续时间显著低于对照组,观察组产后42 d总宫腔积血率为8.00%,显著低于对照组的28.00%;治疗后观察组临床总有效率96.00%,显著高于对照组的78.00%,提示益母草注射液联合宫缩素可增强子宫收缩幅度及强度,促进子宫复旧,效果优于单独缩宫素治疗。

综上所述,益母草注射液联合宫缩素可有效降低剖宫产产妇出血量,提高止血效果,且对其凝血功能影响较小,可增强子宫收缩能力,促进子宫复旧,效果优于单独缩宫素治疗,值得临床推广应用。

参考文献

- [1] 韩文莹,柳伟伟,孙屹梅,等. 益母草注射液联合缩宫素和米索前列醇治疗宫缩乏力性产后出血的疗效观察[J]. 现代药物与临床,2015,30(12):1515-1518.
- [2] 李金满,王雪舟. 卡贝缩宫素联合益母草注射液在剖宫产中的疗效研究[J]. 中国妇幼保健,2016,31(17):3630-3632.
- [3] Abdul-Kadir R, McIntock C, Ducloy A S, et al. Evaluation and management of postpartum hemorrhage: consensus from an international expert panel[J]. Transfusion, 2014, 54(7):1756-1768.
- [4] 罗书,关红琼. 益母草注射液联合卡前列素氨丁三醇预防剖宫产产后出血效果及对凝血功能的影响[J]. 山东医药,2017,57(13):60-62.
- [5] 段艳芳,张学玲,赵明阳. 益母草注射液联合格丹及欣母沛在前置胎盘剖宫产术后出血中的应用及安全性分析[J]. 世界中医药,2017,12(3):602-605.
- [6] 中华医学会妇产科学分会产科学组. 产后出血预防与处理指南(草案)[J]. 中华妇产科杂志,2009,49(7):554-557.
- [7] 刘敏如. 中医妇产科学[M]. 北京:人民卫生出版社,2011:483-485.
- [8] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[M]. 南京:南京大学出版社,1994:246-247.
- [9] 张立巧,乔宗旭,杜亚青,等. 益气消瘀汤联合复方益母草胶囊对产后恶露不尽的影响[J]. 陕西中医,2017,38(4):442-443.
- [10] Collins P W, Lilley G, Bruynseels D, et al. Fibrin-based clot formation as an early and rapid biomarker for progression of postpartum hemorrhage: a prospective study[J]. Blood, 2014, 124(11):1727-1736.
- [11] 曾林森,俞晓莲,俞婷婷,等. 益母草注射液联合缩宫素预防自然分娩产妇产后出血的 Meta 分析[J]. 解放军医学杂志,2015,40(10):826-832.
- [12] 张雪,宋玉琴,杨雨婷,等. 益母草活血化痰化学成分与药理作用研究进展[J]. 药物评价研究,2015,38(2):214-217.
- [13] Seror J, Allouche C, Elhaik S. Use of Sengstaken-Blakemore tube in massive postpartum hemorrhage: a series of 17 cases[J]. Acta Obstet Gynecol Scand, 2015, 84(7):660-664.
- [14] 李玉梅,谭白菊. 益母草注射液联合卡前列素氨丁三醇用于预防剖宫产产后出血的临床观察[J]. 中国药房,2017,28(9):1197-1200.
- [15] 严梅,曾丽,陈莉. 益母草注射液联合缩宫素治疗产后出血病症的临床效果[J]. 实用临床医药杂志,2017,21(1):172-173.
- [16] Rebonato A, Mosca S, Fischer M, et al. Endovascular management of massive post-partum haemorrhage in abnormal placental implantation deliveries[J]. Eur Radiol, 2016, 26(6):1620-1630.
- [17] 张琴,曹珊珊. 缩宫素联合益母草注射液对经阴道分娩和剖宫产产后出血的治疗效果[J]. 中国妇幼保健,2017,32(3):446-448.
- [18] 李慧锋. 卡前列素氨丁三醇在宫缩乏力性产后出血高危孕产妇应用时机的研究[D]. 郑州:郑州大学,2014.
- [19] 段艳芳,张学玲,赵明阳,等. 益母草注射液联合格丹及欣母沛在前置胎盘剖宫产术后出血中的应用及安全性分析[J]. 世界中医药,2017,12(3):602-605.
- [20] 张伟,杜国辉,曹冬梅,等. 复方益母草口服液联合缩宫素预防阴道分娩产妇产后出血及促进子宫复旧的效果与安全性[J]. 中国药房,2015,26(33):4629-4631.
- [21] 何云,史登玉. 益母草注射液对人工流产产妇产后子宫血流及宫缩强度的影响[J]. 实用临床医药杂志,2016,20(5):157-158.

(2018-09-17 收稿 责任编辑:芮莉莉)

(上接第3052页)

IL-6、TNF- α 等炎症因子水平失衡,且会损伤机体血液循环系统,使血供异常。本研究结果显示,与治疗前比较,治疗后2组 hs-CRP、IL-6 和 TNF- α 水平等炎症因子水平,全血高、中、低切黏度,红细胞沉降率及红细胞比容水平明显降低,且观察组显著低于对照组,表明中西医结合治疗消化性溃疡,能有效降低机体炎症因子水平,改善患者血液高凝状态,降低血液黏度^[10]。

综上所述,采用清胃健中汤联合埃索美拉唑治疗消化性溃疡可维持正常的胃肠功能,降低体内炎症因子水平,改善血液循环状态,安全可靠,值得临床应用。

参考文献

- [1] 刘争辉,袁敏惠. 消化性溃疡发病机理和治疗新理念[J]. 世界中医药,2015,10(2):1409.
- [2] 宾金秀,梁雪. 中医药提高消化性溃疡愈合质量机制的研究进展

[J]. 广西中医药大学学报,2015,18(2):77-79.

- [3] 中华消化杂志编委会. 消化性溃疡病诊断与治疗规范(2013年,深圳)[J]. 中华消化杂志,2014,34(2):73-76.
- [4] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[M]. 南京:南京大学出版社,1994.
- [5] 张越颖. 消化性溃疡的发病机制与中医治疗[J]. 中国医刊,2013,48(11):27-28.
- [6] 孙年霞. 清胃健中汤治疗消化性溃疡80例疗效观察[J]. 江苏医药,2013,39(15):1834-1835.
- [7] 冯霞. 黄连与吴茱萸及其不同配伍的化学成分、药理及药性研究[J]. 世界临床医学,2017,11(1):75-77.
- [8] 施明生. 中药联合埃索美拉唑治疗消化性溃疡的临床比较分析[J]. 中国实用医药,2011,6(20):158-159.
- [9] 马丽,周力,洪阳,等. Hp 阳性消化性溃疡患者胃肠激素变化及意义[J]. 河北医学,2015,21(10):1659-1661.
- [10] 戴立东. 埃索美拉唑对消化性溃疡患者血清胃泌素、炎症因子及血液流变学的影响观察[J]. 中国医药导报,2012,9(12):94-95.

(2018-09-17 收稿 责任编辑:芮莉莉)