

膈下逐瘀汤加减联合针刺治疗气滞血瘀证盆腔炎后遗症的疗效及对炎症指标、血液流变学的影响[△]

程晓嫒*, 田丽颖#, 王 芬, 成自霞 (安徽中医药大学第二附属医院妇科, 合肥 230000)

中图分类号 R932 文献标志码 A 文章编号 1672-2124(2023)09-1056-04

DOI 10.14009/j.issn.1672-2124.2023.09.005



摘要 目的:观察膈下逐瘀汤加减联合针刺治疗盆腔炎后遗症(SPID)的疗效及对炎症指标、血液流变学的影响。方法:选取2018年7月至2022年7月该院收治的气滞血瘀证SPID患者60例,按就诊顺序编号,以随机数字表法分为对照组、观察组,每组30例。对照组患者给予注射用头孢西丁钠联合乳酸左氧氟沙星注射液静脉滴注;观察组患者在对照组的基础上给予膈下逐瘀汤加减联合针刺治疗。两组患者每个月经周期连续治疗10 d,共治疗3个月经周期。治疗前后测定两组患者的超敏C反应蛋白(hs-CRP)、白细胞计数(WBC)、中性粒细胞百分比(NEUT%)、纤维蛋白原(FIB)和血细胞比容(HCT),将证候、体征进行量化评分,观察两组患者症状缓解时间,评估疗效,并比较两组患者的总满意度。结果:治疗后,观察组患者的hs-CRP、WBC、NEUT%、FIB和HCT水平均较对照组明显降低,差异均有统计学意义($P<0.05$)。观察组患者的证候、体征评分均较对照组降低明显,症状缓解时间较对照组明显缩短,差异均有统计学意义($P<0.05$)。观察组患者的总有效率、总满意度分别为93.33%(28/30)、90.00%(27/30),明显高于对照组的80.00%(24/30)、76.67%(23/30),差异均有统计学意义($P<0.05$)。结论:在静脉滴注抗菌药物的基础上给予膈下逐瘀汤加减联合针刺治疗气滞血瘀证SPID,可调节患者炎症指标和血液流变学,改善症状,提高疗效,患者满意度高。

关键词 盆腔炎后遗症;气滞血瘀证;膈下逐瘀汤加减;针刺;炎症指标;血液流变学

Efficacy of Modified Diaphragmatic Stasis Expelling Decoction Combined with Acupuncture on Sequelae of Pelvic Inflammatory Disease with Qi Stagnation and Blood Stasis Syndrome and Its Effects on Inflammatory Indicators and Hemorheology[△]

CHENG Xiaoman, TIAN Liying, WANG Fen, CHENG Zixia (Dept. of Gynaecology, the Second Affiliated Hospital of Anhui University of Traditional Chinese Medicine, Hefei 230000, China)

ABSTRACT **OBJECTIVE:** To observe the efficacy of modified diaphragmatic stasis expelling decoction combined with acupuncture on sequelae of pelvic inflammatory disease (SPID) with Qi stagnation and blood stasis syndrome and its effects on inflammatory indicators and hemorheology. **METHODS:** A total of 60 patients with SPID of Qi stagnation and blood stasis admitted into the hospital from Jul. 2018 to Jul. 2022 were extracted to be divided into the control group and observation group according to the admission sequence with random number table method, with 30 cases in each group. The control group was treated with cefoxitin sodium and levofloxacin lactate injection by intravenous drip, on this basis, the observation group was given modified diaphragmatic stasis expelling decoction combined with acupuncture. Two groups were treated for 10 d per menstrual cycle, with a total of 3 menstrual cycles. The levels of high-sensitivity c-reactive protein (hs-CRP), white blood cell (WBC), neutrophil percentage (NEUT%), fibrinogen (FIB) and hematocrit (HCT) before and after treatment were detected in both groups. The syndromes and signs were quantitatively scored. The relief time of symptom was observed, the curative effect was evaluated, and the total satisfaction degree was compared between two groups. **RESULTS:** After treatment, the levels of hs-CRP, WBC, NEUT%, FIB, HCT in the observation group were significantly lower than those in control group, with statistically significant difference ($P<0.05$). The scores of symptoms and signs in the observation group were significantly lower than those in control group, and the relief time of symptoms was significantly shorter than that in control group, with statistically significant differences ($P<0.05$). The total effective rate and satisfaction degree of the observation group were respectively 93.33% (28/30) and 90.00% (27/30), significantly higher than 80.00% (24/30) and 76.67% (23/30) of control group, with statistically significant difference ($P<0.05$). **CONCLUSIONS:** On the basis of intravenous drip of antibiotics, modified diaphragmatic stasis expelling decoction combined with acupuncture for SPID with Qi stagnation and blood stasis syndrome can better regulate the inflammatory indicators and hemorheology, improve symptoms and therapeutic effect, with high satisfaction of patients.

△ 基金项目:田丽颖全国名老中医药专家传承工作室项目[No. 国中医药人教函(2022)75号];安徽省“十三五”省级重点中医专科建设项目[No. 卫办秘(2016)680号]

* 主治医师,硕士。研究方向:中西医结合防治妇科炎症性疾病及生殖内分泌疾病。E-mail:595014947@qq.com

通信作者:主任医师。研究方向:中西医结合治疗妇科炎症性疾病及不孕症。E-mail:1493910307@qq.com

KEYWORDS Sequelae of pelvic inflammatory disease; Qi stagnation and blood stasis syndrome; Modified diaphragmatic stasis expelling decoction; Acupuncture; Inflammatory indicator; Hemorheology

盆腔炎后遗症 (sequelae of pelvic inflammatory disease, SPID) 为女性常见病, 表现为下腹疼痛, 伴有带下异常、腰骶酸痛等^[1]。受性观念、宫腔操作和生活压力等因素影响, SPID 发病率逐年升高^[2]。SPID 易反复, 迁延难愈, 严重影响患者身心健康, 对患者家庭和社会均造成一定负担^[3]。现代医学以抗菌药物治疗为主, 但长期使用存在耐药性增加、疗效降低等局限性, 常不能达到预期治疗效果^[4]。中医药治疗 SPID 疗效较好, 且针刺法的镇痛作用已得到临床广泛认可^[5-6]。本研究在静脉滴注抗菌药物基础上, 采用膈下逐瘀汤加减联合针刺治疗气滞血瘀证 SPID 患者, 观察疗效及对相关指标的影响, 以期为临床治疗气滞血瘀证 SPID 提供切实可行且疗效明显的方法, 现报告如下。

1 资料与方法

1.1 资料来源

选取 2018 年 7 月至 2022 年 7 月我院妇科收治的气滞血瘀证 SPID 患者, 共 60 例。诊断标准: (1) 西医诊断标准为下腹疼痛及腰骶酸痛, 劳累、性生活后或经期前后加重; 带下异常、乏力等; 不孕或异位妊娠等; 妇科检查显示宫体或附件压痛、宫颈举痛等; 妇科超声可见盆腔积液或炎性包块^[7]。(2) 中医气滞血瘀证诊断标准为少腹胀痛或刺痛, 腰骶酸痛; 情志抑郁, 易叹息, 乳胀痛, 经不调, 带下量多、色黄等; 舌暗红有瘀点, 苔薄黄, 脉弦涩^[1]。纳入标准: 符合上述诊断标准; 年龄 20~60 岁; 签署知情同意书。排除标准: 妊娠期、哺乳期或备孕者; 合并恶性肿瘤等疾病者; 肝肾功能等严重异常者; 针刺部位皮肤破损者; 对本研究所用药物过敏或过敏体质者。

按照就诊顺序编号, 以随机数字表法分为对照组、观察组, 各 30 例。观察组患者年龄 24~57 岁, 平均 (40.90±9.26) 岁; 病程 1~12 年, 平均 (6.30±2.20) 年。对照组患者年龄 27~55 岁, 平均 (40.40±8.05) 岁; 病程 1~10 年, 平均 (6.43±1.94) 年。两组患者一般资料有可比性。本研究方案已通过我院医学伦理委员会审查 (批准号: 2018-zj-05)。

1.2 方法

加强与两组患者交流, 嘱调节情绪, 适当运动, 合理饮食, 治疗期间嘱避孕。(1) 对照组患者予以注射用头孢西丁钠 (规格: 1 g) 1 次 2.0 g, 静脉滴注, 1 日 2 次; 乳酸左氧氟沙星氯化钠注射液 (规格: 100 mL : 乳酸左氧氟沙星 0.2 g 与氯化钠 0.9 g) 1 次 100 mL, 静脉滴注, 1 日 1 次。(2) 观察组患者在静脉滴注抗菌药物基础上予以膈下逐瘀汤加减联合针刺治疗。膈下逐瘀汤加减组方: 丹参、白芍、元胡、红藤、败酱草和茯苓

各 12 g, 丹皮、赤芍各 10 g, 川芎、柴胡、香附和枳壳各 9 g, 乌药、蒲黄和五灵脂各 6 g, 水煎, 1 日 1 剂, 早晚分服; 针刺取穴: 关元、中极、双侧水道、归来、子宫、三阴交、足三里、太冲和合谷穴, 施针前嘱患者排尿, 取平卧位, 75% 医用乙醇棉球局部消毒后依次以平补平泻手法进针 0.8~1.2 寸 (0.25 mm×40 mm 天协牌针灸针), 得气后留针 40 min, 期间 20 min 行针 1 次, 针刺 1 日 1 次, 月经期量多时停针刺。两组患者均每个月经周期连续治疗 10 d, 共治疗 3 个月经周期。

1.3 观察指标

(1) 治疗前后, 采集两组患者清晨空腹静脉血, 采用酶联免疫吸附法及全自动血液分析仪分别检测超敏 C 反应蛋白 (hs-CRP)、白细胞计数 (WBC) 和中性粒细胞百分比 (NEUT%), 采用全自动凝血分析仪及全自动血液分析仪分别检测纤维蛋白原 (FIB)、血细胞比容 (HCT)。(2) 治疗前后评估中医证候积分、体征积分, 将下腹疼痛、腰骶酸痛、乳房胀痛及带下异常根据严重程度不同, 评为 0~6 分; 将子宫活动度、附件病变范围及压痛程度根据严重程度不同, 评为 0~6 分; 分值越高, 病情越重^[8]。(3) 观察两组患者下腹疼痛、腰骶酸痛、乳房胀痛和带下异常症状缓解时间。(4) 统计两组患者的总满意度。

1.4 疗效评定标准

痊愈: 症状基本消失, 妇科检查基本正常, 证候、体征积分之和降低≥90%; 显效: 症状和妇科检查明显改善, 积分之和降低 70%~<90%; 有效: 症状和妇科检查稍有改善, 积分之和降低 30%~<70%; 无效: 症状和妇科检查无改善甚至加重; 积分之和降低<30%^[8]。总有效率=(痊愈病例数+显效病例数+有效病例数)/总病例数×100%。

1.5 统计学方法

采用 SPSS 26.0 软件对数据进行处理, 以 $\bar{x} \pm s$ 描述炎症指标、血液流变学指标等计量资料, 采用 *t* 检验; 以例数/百分率描述总满意度, 采用 χ^2 检验; 临床疗效采用秩和检验; *P*<0.05 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者治疗前后炎症指标水平比较

治疗后, 两组患者 hs-CRP、WBC 和 NEUT% 水平均降低, 且观察组患者降低更明显, 差异均有统计学意义 (*P*<0.05), 见表 1。

2.2 两组患者治疗前后血液流变学指标水平比较

治疗后, 两组患者 FIB、HCT 水平均降低, 且观察组患者降

表 1 两组患者治疗前后 hs-CRP、WBC 和 NEUT% 比较 ($\bar{x} \pm s$)

Tab 1 Comparison of hs-CRP, WBC and NEUT% between two groups before and after treatment ($\bar{x} \pm s$)

组别	hs-CRP/(mg/L)		WBC/($\times 10^9/L$)		NEUT%/%	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组 (<i>n</i> =30)	10.53±2.64	3.63±0.72 ^{#Δ}	10.12±1.23	6.34±0.92 ^{#Δ}	77.34±6.19	61.26±4.97 ^{#Δ}
对照组 (<i>n</i> =30)	10.37±2.67	4.90±0.99 [#]	10.09±1.20	8.13±0.98 [#]	77.29±6.17	68.29±5.16 [#]
<i>t</i>	0.243	5.654	0.919	2.755	0.025	5.386
<i>P</i>	0.809	0.000	0.362	0.008	0.980	0.000

注: 与治疗前相比, [#]*P*<0.05; 与对照组相比, ^Δ*P*<0.05。
Note: vs. before treatment, [#]*P*<0.05; vs. the control group, ^Δ*P*<0.05.

低更明显,差异均有统计学意义($P<0.05$),见表2。

表2 两组患者治疗前后 FIB、HCT 水平比较($\bar{x}\pm s$)

Tab 2 Comparison of FIB and HCT between two groups before and after treatment($\bar{x}\pm s$)

组别	FIB/(g/L)		HCT/%	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组($n=30$)	4.93±0.74	2.63±0.49 ^{#Δ}	50.67±3.39	42.34±2.12 ^{#Δ}
对照组($n=30$)	4.87±0.73	3.33±0.66 [#]	50.52±3.36	46.26±2.17 [#]
t	0.351	4.660	0.173	7.063
P	0.727	0.000	0.863	0.000

注:与治疗前相比,[#] $P<0.05$;与对照组相比,^Δ $P<0.05$ 。

Note:rs. before treatment, [#] $P<0.05$; rs. the control group, ^Δ $P<0.05$.

2.3 两组患者治疗前后中医证候积分、体征积分比较

治疗后,两组患者中医证候积分、体征积分均降低,且观察组患者降低更明显,差异均有统计学意义($P<0.05$),见表3。

表3 两组患者治疗前后中医证候、体征积分比较($\bar{x}\pm s$,分)

Tab 3 Comparison of TCM syndrome and sign score between two groups before and after treatment($\bar{x}\pm s$, points)

组别	中医证候积分		体征积分	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组($n=30$)	13.23±3.11	1.70±0.60 ^{#Δ}	8.93±2.02	1.63±0.56 ^{#Δ}
对照组($n=30$)	13.23±3.04	2.97±0.89 [#]	8.87±1.94	3.27±0.94 [#]
t	0.000	6.478	0.130	8.163
P	1.000	0.000	0.897	0.000

注:与治疗前相比,[#] $P<0.05$;与对照组相比,^Δ $P<0.05$ 。

Note:rs. before treatment, [#] $P<0.05$; rs. the control group, ^Δ $P<0.05$.

2.4 两组患者症状缓解时间比较

与对照组相比,观察组患者下腹疼痛、腰骶酸痛、乳房胀痛和带下异常等症状缓解时间均缩短,差异均有统计学意义($P<0.05$),见表4。

表4 两组患者症状缓解时间比较($\bar{x}\pm s$,d)

Tab 4 Comparison of relief time of symptom between two groups($\bar{x}\pm s$, d)

组别	下腹疼痛 缓解时间	腰骶酸痛 缓解时间	乳房胀痛 缓解时间	带下异常 缓解时间
观察组($n=30$)	4.23±0.86 ^Δ	5.73±0.91 ^Δ	5.33±0.88 ^Δ	5.57±0.86 ^Δ
对照组($n=30$)	6.27±1.11	7.67±1.15	7.27±1.08	7.67±1.15
t	7.928	7.211	7.584	7.994
P	0.000	0.000	0.000	0.000

注:与对照组相比,^Δ $P<0.05$ 。

Note:rs. the control group, ^Δ $P<0.05$.

2.5 两组患者疗效比较

观察组患者的总有效率较对照组更高(93.33% vs. 80.00%),差异有统计学意义($Z=-3.326,P=0.001$),见表5。

表5 两组患者疗效比较[例(%)]

Tab 5 Comparison of efficacy between two groups[cases (%)]

组别	痊愈	显效	有效	无效	总有效
观察组($n=30$)	9 (30.00)	13 (43.33)	6 (20.00)	2 (6.67)	28 (93.33)
对照组($n=30$)	3 (10.00)	5 (16.67)	16 (53.33)	6 (20.00)	24 (80.00)

2.6 两组患者总满意度比较

观察组患者的总满意度为90.00%(27/30),高于对照组的76.67%(23/30),差异有统计学意义($\chi^2=6.32,P<0.05$)。

3 讨论

现代医学认为,盆腔炎早期多因病原体感染,治疗以抗感染为主,而多数SPID患者临床并无病原体感染证据,但患者临床症状存在并反复,主要是由于释放炎症因子的免疫病理损伤

存在,出现局部微循环障碍^[9]。单独使用抗菌药物疗效欠佳,此时联合中医药治疗显得尤为重要^[10]。

中医无SPID这一病名,但有“妇人腹痛”“带下病”等相关症状描述,可将SPID归属于此范畴。妇人感受外邪,湿热瘀结,滞于冲任,而女子以肝为先天,肝行于少腹,气分偏盛,受压力等影响,肝失条达,临证以气滞血瘀证多见^[11]。当以理气活血、通络止痛为主;该病初起多因湿热,后期易郁而化热,故不忘清热利湿之法。《医林改错》中的膈下逐瘀汤具有止痛、改善微循环、调节炎症因子等作用^[12-13]。本研究在膈下逐瘀汤基础上进行加减,方中元胡、乌药和枳壳理气止痛;香附、柴胡调气疏肝;川芎理气活血;丹皮、丹参、赤芍清热活血;蒲黄、五灵脂化瘀止痛;红藤、败酱草清热通络;茯苓健脾利湿;甘草调和诸药,扶中气;全方理气活血、通络止痛。现代药理学研究结果表明,理气活血类中药可改善机体血液循环,加速炎症吸收,减轻组织粘连^[14-15];红藤、败酱草可降低炎症因子水平,发挥抗炎作用^[16];茯苓有抗炎、增强免疫等功效^[17]。因SPID病情顽固,中药内服吸收较慢,故联合采用针刺治疗,改善患者盆腔血流,减轻炎症反应及粘连,调畅气血,以达“通则不痛”的作用^[18-19]。其中关元穴、中极穴调理冲任气血;水道穴、归来穴疏利气机;子宫穴理气活血;三阴交穴理气通络;足三里穴燥化脾湿;配太冲穴、合谷穴开四关调调气血、通络止痛。

炎症反应所致免疫病理损伤是SPID发生、发展的重要因素,hs-CRP、WBC和NEUT%是评价炎症反应的重要指标^[20-21];且疾病发展过程中的血瘀状态导致血液黏滞性增强,FIB、HCT是影响血液黏稠度的重要因素,可反映机体“血瘀”的血流障碍及血液黏滞的病理状态^[22]。本研究在比较两组患者炎症指标基础上,通过观察FIB、HCT水平变化,探讨膈下逐瘀汤加减联合针刺治疗对患者炎症指标及血液流变学的影响。结果显示,两组患者治疗后的hs-CRP、WBC、NEUT%、FIB和HCT水平均降低,且观察组患者降低更明显,提示膈下逐瘀汤加减联合针刺治疗可更好地调节炎症反应,改善血液循环。同时,两组患者治疗后的中医证候积分、体征积分均降低,且观察组患者降低更明显,症状缓解时间明显缩短,总有效率明显更高,提示膈下逐瘀汤加减联合针刺治疗可明显改善患者症状,提高疗效。分析原因,膈下逐瘀汤加减联合针刺治疗,能行其气,消其瘀,清其热,利其湿,通调其冲任,气行则血行,从而调节患者炎症指标和血液流变学,改善症状,使得临床疗效较单纯西药治疗明显提高。此外,本研究结果显示,观察组患者的总满意度较对照组高,提示膈下逐瘀汤加减联合针刺治疗方法让患者满意,患者易接受。但是,本研究收集样本量较少,且未进行远期随访及机制研究,需在今后开展更为深入系统的研究。

综上所述,膈下逐瘀汤加减联合针刺治疗气滞血瘀证SPID患者,可更好地调节患者炎症指标和血液流变学,改善症状,提高疗效,患者满意度高。

参考文献

[1] 罗颂平,刘雁峰. 中医妇科学[M]. 3版. 北京: 人民卫生出版社, 2016: 266-270.

[2] 刘颖华,王昕,梁卓,等. 针刺联合西药治疗盆腔炎症性疾病后遗症慢性盆腔痛:多中心随机对照研究[J]. 中国针灸, 2021, 41(1): 31-35.

[3] 《中成药治疗优势病种临床应用指南》标准化项目组. 中成药

- 治疗盆腔炎性疾病后遗症临床应用指南(2020年)[J]. 中国中西医结合杂志, 2021, 41(3): 286-299.
- [4] 马堃, 李敏, 王凯莉, 等. 《中医药单用/联合抗生素治疗盆腔炎性疾病临床实践指南》临床应用评价与修订意见[J]. 中国中药杂志, 2018, 43(24): 4741-4745.
 - [5] 张燕, 王昕. 热敏灸联合针刺对盆腔炎性疾病后遗症患者子宫微循环状态及炎症反应的影响[J]. 辽宁中医杂志, 2021, 48(8): 201-204.
 - [6] YANG J M, WANG Y, XU J M, et al. Acupuncture for low back and/or pelvic pain during pregnancy: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials[J]. BMJ Open, 2022, 12(12): e056878.
 - [7] 谢幸, 孔北华, 段涛. 妇产科学[M]. 9版. 北京: 人民卫生出版社, 2018: 251-257.
 - [8] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则(试行)[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 242-253.
 - [9] 赵亚, 郭梦娇, 许婵娟, 等. 中药热敷联合穴位按摩在气滞血瘀证盆腔炎性疾病后遗症中的应用效果[J]. 中国医药导报, 2022, 19(4): 132-135, 148.
 - [10] 张艳宏, 谢雁鸣, 罗颂平, 等. 《中医药单用/联合抗生素治疗常见感染性疾病临床实践指南: 盆腔炎性疾病》解读[J]. 环球中医药, 2018, 11(10): 1545-1547.
 - [11] 夏添. 桂枝茯苓汤加减治疗慢性盆腔炎临床观察[J]. 辽宁中医药大学学报, 2022, 24(1): 190-193.
 - [12] 程英龙, 马晓荣, 胡喜姣, 等. 膈下逐瘀汤加减方对气滞血瘀型输卵管炎不孕模型大鼠 DA、NE 表达的影响[J]. 中国医学报, 2021, 49(4): 20-24.
 - [13] 李杨, 刘丽. 基于网络药理学探讨膈下逐瘀汤加减方治疗慢性盆腔炎性疾病的作用机制[J]. 世界中西医结合杂志, 2021, 16(10): 1858-1864.
 - [14] 徐珊, 张小菜, 裴巧丽, 等. 通络盆腔炎方口服联合灌肠治疗慢性盆腔炎疗效及对血清 hs-CRP、补体 C₃ 的影响[J]. 现代中西医结合杂志, 2020, 29(29): 3271-3274.
 - [15] 刘小月, 黄海涛, 卜晓玲. 参芪扶正汤对盆腔炎性疾病后遗症小鼠上生殖道炎症的影响[J]. 中医学报, 2021, 36(12): 2615-2619.
 - [16] 胡雯倩, 陈玉琪, 马昕, 等. 红藤败酱草抗炎作用物质基础研究进展[J]. 中成药, 2022, 44(4): 1219-1223.
 - [17] 王悦, 田双双, 刘晓谦, 等. 茯苓多糖的提取、结构及药理作用研究进展[J]. 世界中医药, 2021, 16(17): 2548-2555.
 - [18] 窦报敏, 徐枝芳, 吕中茜, 等. 穴位是针刺理化信息耦合应答的“换能器”[J]. 中国针灸, 2022, 42(11): 1321-1326.
 - [19] 李丽, 李绍荣, 郭春艳, 等. 开四关配合子宫八阵穴针刺治疗慢性盆腔炎疼痛: 随机对照试验[J]. 上海针灸杂志, 2020, 39(2): 196-199.
 - [20] 沈圆圆, 杨佩兰, 姚亮. 宣白承气汤治疗慢性阻塞性肺疾病急性加重痰热壅肺证临床疗效及对 C 反应蛋白、降钙素原和中性粒细胞百分比的影响[J]. 河北中医, 2019, 41(8): 1157-1161.
 - [21] 付英, 刘春丽, 袁蕾. 二丹红藤败酱汤联合抗菌药物治疗盆腔炎性疾病疗效评价[J]. 中国中医药信息杂志, 2021, 28(6): 104-108.
 - [22] 许海莺, 杨喜乐, 李恒, 等. 涤痰逐瘀方联合左氧氟沙星治疗慢性盆腔炎疗效及对患者血液流变学、应激与中医证候评分的影响[J]. 陕西中医, 2022, 43(4): 457-460.

(收稿日期:2023-02-17 修回日期:2023-04-26)

(上接第 1055 页)

- [3] 黄耀强. 肝硬化患者口服益生菌后肠道菌群变化分析[J]. 现代诊断与治疗, 2017, 28(7): 1297-1299.
- [4] GUDAN A N, JAMIOŁ-MILC D, HAWRYŁKOWICZ V, et al. The prevalence of small intestinal bacterial overgrowth in patients with non-alcoholic liver diseases: NAFLD, NASH, fibrosis, cirrhosis-a systematic review, meta-analysis and meta-regression [J]. Nutrients, 2022, 14(24): 5261.
- [5] 刘礼剑, 李建峰, 陈广文, 等. “肠-肝轴”与肝硬化相关性研究进展[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2021, 29(3): 222-226.
- [6] CHEN Y F, YANG F L, LU H F, et al. Characterization of fecal microbial communities in patients with liver cirrhosis [J]. Hepatology, 2011, 54(2): 562-572.
- [7] TILG H, CANI P D, MAYER E A. Gut microbiome and liver diseases[J]. Gut, 2016, 65(12): 2035-2044.
- [8] 中华医学会肝病学分会. 肝硬化诊治指南[J]. 现代医药卫生, 2020, 36(2): 320, 后插 1-后插 18.
- [9] 童荔, 杨志勤, 易小猛, 等. 肝移植术后肠道菌群失调及其危险因素分析[J]. 中华临床医师杂志(电子版), 2014, 8(5): 868-872.
- [10] 张欢, 王敏, 张莉, 等. 脓毒症患者血浆内毒素水平及肠道菌群变化分析[J]. 临床医学研究与实践, 2018, 3(33): 3-5.
- [11] 谢翠燕. 肝硬化合并肠道菌群失调的致病因素分析及常见中医证型分布[D]. 武汉: 湖北中医药大学, 2019.
- [12] 刘成海, 危北海, 姚树坤. 肝硬化中西医结合诊疗共识[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2011, 19(4): 277-279.
- [13] 李军祥, 陈詒, 王允亮. 非酒精性脂肪性肝病中西医结合诊疗共识意见(2017年)[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2017, 25(11): 805-811.
- [14] 中国医疗保健国际交流促进会营养与代谢管理分会, 中国营养学会临床营养分会, 中华医学会糖尿病学分会, 等. 中国超重/肥胖医学营养治疗指南(2021)[J]. 中国医学前沿杂志(电子版), 2021, 13(11): 1-55.
- [15] GOMAA E Z. Human gut microbiota/microbiome in health and diseases: a review [J]. Antonie Van Leeuwenhoek, 2020, 113(12): 2019-2040.
- [16] BELVONCIKOVA P, MARONEK M, GARDLIK R. Gut dysbiosis and fecal microbiota transplantation in autoimmune diseases[J]. Int J Mol Sci, 2022, 23(18): 10729.
- [17] 张育轩, 危北海. 肝硬化临床诊断、中医辨证和疗效评定标准(试行方案)[J]. 新消化病学杂志, 1994, 2(2): 126.
- [18] 张秀荣. 肠道菌群粪便涂片检查图谱[M]. 北京: 人民军医出版社, 2000: 29-47.
- [19] 王兴鹏. 肠道菌群失调诊断治疗建议[J]. 中华消化杂志, 2009, 29(5): 335-337.
- [20] KONTUREK P C, HARSCH I A, KONTUREK K, et al. Gut? liver axis: how do gut bacteria influence the liver? [J]. Med Sci (Basel), 2018, 6(3): 79.
- [21] DEMIR M, TACKE F. The gut-liver axis: how the gut promotes liver disease[J]. Inn Med (Heidelb), 2022, 63(10): 1028-1035.
- [22] 李亚楠, 陈斐斐, 田野, 等. 肠道菌群在原发性肝癌发生、发展中的研究进展[J]. 临床肿瘤学杂志, 2023, 28(7): 654-659.
- [23] 石美凤, 葛来安. 蒸脐疗法治疗腹泻型肠易激综合征 45 例[J]. 江西中医药, 2020, 51(5): 40-42.
- [24] 马宁. 带脉结构的解剖还原[J]. 中国针灸, 2020, 40(10): 1133-1135, 1148.
- [25] 潘丽敏, 林裕辉, 葛来安. 葛来安主任医师运用中药联合蒸脐疗法治疗肝郁脾虚型肠易激综合征(腹泻型)验案举隅[J]. 中国民族民间医药, 2019, 28(7): 61-62, 87.

(收稿日期:2023-03-31 修回日期:2023-05-22)