

清胰通腑汤保留灌肠治疗重症急性胰腺炎腑实热结证的中医证候疗效及对血清炎症因子和淀粉酶水平的影响[※]

江晓波¹ 房汉南² 郭楚杰³

(1. 广东省汕头市潮阳区大峰医院急诊科, 广东 汕头 515154; 2. 广东省汕头市潮阳区大峰医院消化内科, 广东 汕头 515154; 3. 广东省汕头市潮阳区大峰医院呼吸内科, 广东 汕头 515154)

【摘要】 目的 观察清胰通腑汤保留灌肠治疗重症急性胰腺炎(SAP)腑实热结证的中医证候疗效及对血清炎症因子和淀粉酶水平的影响。方法 将60例SAP腑实热结证患者按照随机数字表法分为2组,对照组30例予常规治疗,治疗组30例在对照组治疗基础上联合清胰通腑汤保留灌肠治疗,2组均治疗2周。比较2组中医证候疗效;比较2组治疗前后中医证候评分变化;比较2组治疗前后血清炎症因子及淀粉酶水平变化。结果 治疗组总有效率96.67%(29/30),对照组总有效率86.67%(26/30),治疗组中医证候疗效优于对照组($P < 0.05$)。2组治疗后腹痛、痞满燥实坚、恶心呕吐、日晡潮热、口干口渴、小便短赤评分及总评分均较本组治疗前降低($P < 0.05$);治疗后治疗组腹痛、痞满燥实坚、恶心呕吐、日晡潮热、口干口渴、小便短赤评分及总评分均低于对照组($P < 0.05$)。2组治疗后血清降钙素原(PCT)、白细胞介素6(IL-6)、肿瘤坏死因子 α (TNF- α)及淀粉酶水平均较本组治疗前降低($P < 0.05$);治疗后治疗组血清PCT、IL-6、TNF- α 及淀粉酶水平均低于对照组($P < 0.05$)。结论 清胰通腑汤保留灌肠治疗SAP腑实热结证,能改善患者中医证候,提高中医证候疗效,降低患者炎症因子及淀粉酶水平。

【关键词】 胰腺炎;中药疗法

【中图分类号】 R576.1;R289.6 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 1002-2619(2022)09-1462-05

Efficacy of Qingyi Tongfu Decoction retention - enema on severe acute pancreatitis of Fushi - Rejie type JIANG Xiaobo¹, FANG Hannan², GUO Chuji³. 1. Department of Emergency, Dafeng Hospital, Shantou, Guangdong 515154; 2. Department of Gastroenterology, Dafeng Hospital, Shantou, Guangdong 515154; 3. Department of Respiratory Medicine, Dafeng Hospital, Shantou, Guangdong 515154

【Abstract】 Objective To observe the clinical efficacy of Qingyi Tongfu Decoction in the treatment of severe acute pancreatitis (SAP) of Fushi - Rejie type. **Methods** A total of 60 SAP patients (Fushi - Rejie type) were randomly divided into the control group and the treatment group, 30 cases in each, the observation group was treated with Qingyi Tongfu Decoction retention - enema on the basis of routine treatment, the both groups were treated for 2 weeks. The aiming was to compare traditional Chinese medicine (TCM) syndrome scores, serum inflammatory factors and amylase, therapeutic effects. **Results** After treatment, the TCM syndrome scores and total score (abdominal pain, fullness, dryness, nausea and vomiting, hot flashes, dry mouth and thirst, short urine) in the both groups were significantly lower ($P < 0.05$); the scores of abdominal pain, fullness and dryness, nausea and vomiting, hot flashes, dry mouth and thirst, short urine and total score in the treatment group were lower than those in the control group ($P < 0.05$). After treatment, the levels of serum procalcitonin (PCT), interleukin - 6 (IL - 6), tumor necrosis factor α (TNF - α) and amylase in the both groups were lower ($P < 0.05$), which were lower in the treatment group than the control group ($P < 0.05$). The total effective rate in the treatment group was better than that in the control group (96.67% [29/30] vs 86.67% [26/30], $P < 0.05$, respectively). **Conclusion** For SAP patients (Fushi - Rejietype), Qingyitongfu decoction retention - enema can effectively reduce the levels of inflammatory factors and amylase, and improve the therapeutic effect of TCM syndromes.

【Key words】 Pancreatitis; Traditional Chinese medicine therapy

※ 项目来源: 汕头市科技计划医疗卫生类别项目(编号: 190403105260669)

作者简介: 江晓波(1985—),男,主治医师,硕士。从事中医临床工作。

急性胰腺炎是临床较常见的急腹症,在急腹症中发病率位列第3,是由多种病因引起的胰酶激活、胰腺局部发生炎症反应。急性胰腺炎以急性上腹疼痛、腹

部胀满等为主要特点, 体征涉及腹肌紧张、肠鸣音减弱、腹部压痛及反跳痛等, 实验室指标特点为尿、淀粉酶上升, 炎症反应明显^[1]。重症急性胰腺炎 (severe acute pancreatitis, SAP) 患者病情复杂且凶险, 可出现全身性炎症反应综合征, 合并多器官功能障碍, 甚至致死。现代医学治疗 SAP 无特效疗法, 以对症或支持治疗为主^[2]。虽然急性胰腺炎致病机制尚未完全明确, 但无论病因如何, SAP 最终诱导的区域性和系统性炎症反应是加重病情的主要病理机制, 因此寻找新的药物或治疗方案控制炎症因子释放是改善预后的关键^[3]。中医学认为, 胰腺炎的致病因素有饮食不节、虫石内积、情志失舒、外邪侵袭等^[4]。其发病的重要机制为饮食不节, 蛔虫内扰及结石阻滞造成胆道不畅, 或因外邪侵袭、情志不畅, 湿、热、瘀互结, 内阻于胰, 气机不畅, 从而发病^[5]。有学者认为, SAP 病机为湿热瘀毒蕴结, 腑气不畅, 不通则痛, 常见腑实热结证, 又因“腑以通为用”, 因此中药治疗宜清热解毒, 通腑泻下^[6]。2020 年 1 月至 2022 年 1 月, 我们应用清胰通腑汤保留灌肠治疗 SAP 腑实热结证 30 例, 并与常规治疗 30 例对照, 观察中医证候疗效及对患者血清炎症因子和淀粉酶水平的影响, 结果如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 全部 60 例均为我院消化内科住院患者, 按照随机数字表法分为 2 组。治疗组 30 例, 男 19 例, 女 11 例; 年龄 27 ~ 64 岁, 平均(45.28 ± 4.89) 岁; 病程 6 ~ 18 h, 平均(12.01 ± 3.03) h; 急性生理与慢性健康状况评分 II (APACHE II) 评分^[7] 8 ~ 21 分, 平均(14.91 ± 4.03) 分。对照组 30 例, 男 17 例, 女 13 例; 年龄 28 ~ 66 岁, 平均(45.02 ± 4.73) 岁; 病程 6 ~ 20 h, 平均(11.88 ± 2.97) h; APACHE II 评分 9 ~ 21 分, 平均(14.85 ± 3.95) 分。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 病例选择

1.2.1 诊断标准 西医诊断参照《中国急性胰腺炎诊治指南(2019, 沈阳)》^[7] 中急性胰腺炎的诊断标准: 急性腹痛, 症状持续; 血清淀粉酶和(或)脂肪酶超过正常值上限 3 倍; 腹部影像提示特征性改变。SAP 即在上述诊断标准基础上伴有一过性的器官功能衰竭(48 h 内可自行恢复), 或伴局部或全身并发症而不存在持续性的器官功能衰竭(48 h 内不能自行恢复)。中医诊断参照《急性胰腺炎中医诊疗专家共识意见(2017)》^[8] 中急性胰腺炎腑实热结证诊断标准, 主症: 腹痛, 痞满燥实坚; 次症: 恶心呕吐, 日晡潮热, 口干口

渴, 小便短赤; 舌脉: 舌质红, 苔黄厚腻或燥, 脉洪大或滑数。符合主症及 2 项以上次症, 结合舌脉可确诊。

1.2.2 纳入标准 符合以上诊断标准及中医辨证标准; 年龄 18 ~ 75 岁; 首次确诊胰腺炎; 发病时间不超过 48 h; 本研究经我院医学伦理委员会批准, 患者及家属均自愿签署知情同意书; 未经外院诊治。

1.2.3 排除标准 妊娠期、哺乳期妇女; 合并患有严重心、肝、肾损害、造血系统原发疾病或有认知功能障碍、精神障碍、失语, 或无法配合检查、操作治疗的患者; 依从性差者。

1.3 治疗方法

1.3.1 对照组 予常规治疗。重症监护; 禁饮禁食、胃肠减压; 视临床症状及病情需要安置或保留胃管。尽可能实施控制性液体复苏, 重视补液时晶胶之比, 同时注意补充维生素及微量元素; 临床上患者腹部剧烈疼痛发生时应当选择镇痛治疗。予生长抑素、注射用乌司他丁、抗生素等针对性治疗; 给予必要的营养支持; 对出现的并发症给予对症治疗; 根据患者具体情况进行内镜逆行胰胆管造影术(ERCP) 治疗。

1.3.2 治疗组 在对照组治疗基础上联合清胰通腑汤保留灌肠治疗。药物组成: 金钱草 30 g, 生大黄 15 g, 枳实 15 g, 厚朴 12 g, 芒硝 12 g, 木香 12 g, 延胡索 15 g, 蒲公英 30 g。随症加减: 腹胀者加大腹皮 30 g, 炒莱菔子 30 g; 发热者加柴胡 18 g, 水牛角 30 g。日 1 剂, 水煎取汁 200 mL, 每日 2 次保留灌肠治疗。患者取侧卧位, 垫软枕抬高臀部约 10 cm, 抽吸约 40℃ 药液, 连接肛管, 润滑肛管前段, 左手分开臀部显露肛门, 右手轻轻插肛管入肛门内 15 cm 左右, 抬高注洗器, 液面不超过 30 cm, 放松肛管, 使药液缓缓流入, 药物流完后臀部抬高静卧 10 ~ 15 min 以防止药液流出。

1.3.3 疗程 2 组均连续治疗 2 周。

1.4 观察指标及方法 ①比较 2 组治疗前后中医证候评分变化, 参照《急性胰腺炎中医诊疗专家共识意见(2017)》^[8] 主症划分为无、轻、中、重 4 级, 分别评分 0、2、4、6 分, 次症划分为无、轻、中、重 4 级, 分别评分 0、1、2、3 分, 舌脉不评分, 评分越高相应的证候越严重。②比较 2 组治疗前后血清炎症因子及淀粉酶水平。血清降钙素原(PCT)、白细胞介素 6(IL-6)、肿瘤坏死因子 α (TNF- α) 采用酶联免疫吸附(ELISA) 法检测, ELISA 试剂盒购于武汉赛培生物科技有限公司。血清淀粉酶水平采用比色法检测, 相关设备及试剂购于合肥莱尔生物科技有限公司。

1.5 中医证候疗效 痊愈: 症状、体征消失, 中医证候评分减少 $\geq 95\%$; 显效: 症状、体征显著改善, 中医

证候评分减少 70%~94%;有效:症状、体征好转,中医证候评分减少 30%~69%;无效:症状无明显好转,甚至加重,中医证候评分减少 <30%^[8]。总有效率=(痊愈例数+显效例数+有效例数)/总例数×100%。

1.6 统计学方法 采用双盲法录入数据,采用 SPSS 24.0 软件进行统计分析,计量资料用均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,采用 t 检验;计数资料率的比较采用 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 2 组治疗前后中医证候评分比较 2 组治疗后腹痛、痞满燥实坚、恶心呕吐、日晡潮热、口干口渴、小便短赤评分及总评分均较本组治疗前降低($P < 0.05$);治疗后治疗组腹痛、痞满燥实坚、恶心呕吐、日晡潮热、口干口渴、小便短赤评分及总评分均低于对照组($P < 0.05$)。见表 1。

表 1 2 组治疗前后中医证候评分比较 分 $\bar{x} \pm s$

中医证候	治疗组($n=30$)		对照组($n=30$)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
腹痛	3.87±0.45	1.44±0.23* Δ	3.82±0.44	1.62±0.31*
痞满燥实坚	3.75±0.41	1.40±0.20* Δ	3.72±0.42	1.64±0.24*
恶心呕吐	1.67±0.32	0.78±0.18* Δ	1.70±0.30	0.95±0.19*
日晡潮热	1.45±0.27	0.63±0.15* Δ	1.44±0.25	0.84±0.18*
口干口渴	1.34±0.24	0.60±0.14* Δ	1.36±0.23	0.80±0.15*
小便短赤	1.25±0.22	0.56±0.16* Δ	1.26±0.24	0.72±0.16*
总评分	13.33±1.92	5.41±0.87* Δ	13.30±1.26	6.57±0.96*

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

2.2 2 组治疗前后血清炎症因子及淀粉酶水平比较 2 组治疗后血清 PCT、IL-6、TNF- α 及淀粉酶水平均较本组治疗前降低($P < 0.05$),治疗后治疗组血清 PCT、IL-6、TNF- α 及淀粉酶水平均低于对照组($P < 0.05$)。见表 2。

表 2 2 组治疗前后血清炎症因子及淀粉酶水平比较 $\bar{x} \pm s$

检测指标	治疗组($n=30$)		对照组($n=30$)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
PCT(ng/mL)	8.45±2.47	1.89±0.76* Δ	8.42±2.46	2.24±0.91*
IL-6(pg/L)	28.33±5.33	8.43±2.13* Δ	28.27±5.24	10.34±2.45*
TNF- α (pg/L)	45.23±6.30	15.53±3.26* Δ	45.79±6.25	19.73±4.14*
淀粉酶(U/L)	2454.33±75.93	1214.43±54.87* Δ	2477.50±80.23	1436.53±60.97*

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

2.3 2 组中医证候疗效比较 治疗组总有效率 96.67%(29/30),对照组总有效率 86.67%(26/30),治疗组中医证候疗效优于对照组($P < 0.05$)。见表 3。

表 3 2 组中医证候疗效比较

组别	n	痊愈	显效	有效	无效	总有效[例(%)]
治疗组	30	10	12	7	1	29(96.67)*
对照组	30	8	10	8	4	26(86.67)

与对照组比较,* $P < 0.05$

3 讨论

急性胰腺炎的致病因素较多,主要有胆源性、高脂血症、酒精性等,调查显示,我国胰腺炎第一发病因素为胆道疾病,约占 50%,也叫胆源性胰腺炎^[9]。西方国家急性胰腺炎病因主要为酒精,其次是胆道疾病^[10]。急性胰腺炎是指各种原因引起的胰酶激活,胰腺组织发生自身消化现象,出现水肿、出血坏死。急性胰腺炎轻型、重症的判断主要根据是否发生一过性的器官功能衰竭或短期内无法恢复的局部或全身并发症。SAP 病情严重且变化较快,同时伴随脏器功能持续性衰竭,且难以通过自身免疫系统进行自我恢复,通常牵连多个脏器引发功能障碍^[11-12]。因此,为了缓解腹痛、呕吐等临床症状,避免病情进一步恶化,降低全身性炎症反应综合征、多器官功能障碍发生风险,应进行及时有效治疗。SAP 无特效治疗方法,主要包括一般治疗、肠内或肠外营养,维持水电解质及酸碱平衡,给予抑制胃酸、胰酶分泌,抗生素针对性治疗等,并及时采取 ERCP 治疗^[13]。但既往报道发现,仍有 10%~20% 患者治疗效果较差,具有较高的死亡风险,如何改善 SAP 预后已成为该领域的重要研究方向^[14]。

中医学并无 SAP 病名,但相似证候在古籍中有较多记载,可纳入“腹痛”“胁痛”“脾心痛”等范畴。2013 年发布的《急性胰腺炎中医诊疗专家共识意见》^[15]将 SAP 归为腹痛、脾心痛范畴。究其源流,胰最早记录于《内经》,《难经》描述其“散膏,附之于脾”,《本草纲目》载“胰,生两肾之间,似脂非脂,似肉非肉……亦做胰”。胰腺炎病性常见里、实、热证,病位于脾、胃、肝、胆,也可伤及心、肺、肾等,其病机为多种病因引起的肝脾气机郁滞,脾胃升降失常,进而影响气机升降,湿热瘀阻中焦,不通则痛。急性胰腺炎属少阳阳明兼病,病虽位于脾胃、肝胆,但与肠腑关系密切^[16]。酒食虫积蕴热、气机郁滞化热、外邪入里化热均可致热结中焦,内传阳明肠腑,肠道实热结聚不通,形成腑实热结证^[16]。由于 SAP 属急症,传变迅速,湿热毒邪易由脾胃肝胆发展至肠腑,因此腑实热结证也是 SAP 常见证型,与饮食不节、情志失调、肝胆湿热等有关,病机在于湿热毒邪内蕴,腑气不通,不通则痛,故腹部绞痛阵作,基于“腑以通为用”的思想,中药治疗应以清热解暑、通腑泻下为原则^[17]。清胰通腑汤中生

大黄味苦,性寒,是攻下良药,主要发挥泻下攻积、凉血解毒、活血祛瘀、清泻湿热作用,《别录》中记载大黄能“平胃,下气……肠间结热,心腹胀满……”;芒硝味咸、苦,性寒,主要发挥泻下通便、清火消肿作用,芒硝助大黄通便泻热,兼能软坚润燥,二者相须为用,为君药,增强峻下热结之力。枳实、厚朴、木香为臣药,枳实味苦、辛,性微寒,破气消积,化痰散痞;厚朴味苦、辛,性温,主下气,与大黄配伍能治腹满;木香味辛、苦,性温,行气,止痛,健脾,《本草纲目》记载木香“心腹一切滞气,和胃气,泄肺气”。金钱草、延胡索、蒲公英为佐药,金钱草味甘、咸,性微寒,利湿退黄,解毒消肿;延胡索味苦,性温,活血化瘀,止痛行气;蒲公英苦、甘,性寒,清热解毒。全方清热通腑攻下,具有清热解毒、通腑泻下疗效。腹胀者加大腹皮行气宽中,炒莱菔子降气化痰;发热者加柴胡解表退热,水牛角清热凉血。

保留灌肠的优势在于经直肠注入药物,经直肠黏膜吸收能防止口服药物产生的肝脏首过效应,确保药物充分吸收,另外 SAP 可能合并胃、肾脏等功能损伤,保留灌肠能降低其他内脏负担, SAP 病情严重,口服大量中药可能耐受性较差,经直肠给药耐受性更好。本研究结果显示,治疗后 2 组中医证候各项评分及总评分均较本组治疗前降低 ($P < 0.05$),且治疗组低于对照组 ($P < 0.05$);治疗组总有效率高于对照组 ($P < 0.05$)。说明在常规治疗基础上应用清胰通腑汤保留灌肠治疗 SAP 腑实热结证,能改善患者中医证候,提高中医证候疗效,优于常规治疗。

SAP 的发生及发展的重要机制为异常的炎症因子激活,因此炎症因子水平的监测对 SAP 早期诊断和预后评估具有重要作用。IL-6 是一种细胞因子,由巨噬细胞、淋巴细胞等分泌,IL-6 在 SAP 外周血中表达水平显著升高,且与疾病严重程度具有密切关系^[18]。血清 TNF- α 、PCT 是人体全身性炎症反应时外周血中的非特异性标志物,在炎症反应后其血清水平显著升高^[18]。胰腺炎实质是胰腺自我消化的过程,胰腺能产生胰蛋白酶原、淀粉酶, SAP 是造成高淀粉酶血症的主要原因,血清淀粉酶是评估胰腺炎严重程度的重要指标^[18]。本研究结果显示,治疗后治疗组血清 PCT、IL-6、TNF- α 及淀粉酶水平均低于对照组 ($P < 0.05$) 提示清胰通腑汤保留灌肠可降低血清炎症因子及淀粉酶水平。可能与清胰通腑汤中药物的现代药理作用有关,金钱草含有挥发油、黄酮类等药用成分,具有利胆、抗炎、镇痛等多种药理作用^[19];枳实中的挥发油对多种革兰阳性、阴性菌具有抑制作用,其总黄酮提取物能发挥抗炎效果^[20];木香中生物碱、黄酮等成

分能抑制促炎因子分泌^[21];生大黄提取物中蒽醌类衍生物大黄素对肠道平滑肌收缩具有促进作用,另一类衍生物大黄酸对胰激肽释放酶活性具有抑制作用,减轻胰腺的自我消化,降低血清淀粉酶水平^[22]。

综上所述,清胰通腑汤保留灌肠治疗 SAP,能改善患者腑实热结证证候表现,有效提高胰腺炎治疗效果,降低炎症因子及淀粉酶水平,值得临床推广应用。

参考文献

- [1] 韦艳萍,黄勤英,廖帅,等.重症急性胰腺炎继发感染危险因素及外周血炎症指标预测价值[J].中华医院感染学杂志,2021,31(15):2332-2336.
- [2] 赵成思,姚维杰,王佐正.高三酰甘油血症性急性胰腺炎治疗进展[J].临床肝胆病杂志,2020,36(12):2860-2864.
- [3] 范正阳,吴东.急性胰腺炎早期抗炎治疗研究进展[J].内科急危重症杂志,2022,28(1):11-14.
- [4] 傅志泉,洪彩娟,李珍,等.急性胰腺炎的中医药现代诊治研究进展[J].浙江中西医结合杂志,2015,25(11):1079-1082.
- [5] 焦旭,卢云.中医药治疗急性胰腺炎的临床进展[J].中国中医急症,2016,25(10):1922-1925.
- [6] 聂品晶,陈苏宁.中西医结合治疗急性轻症胰腺炎腑实热结证 28 例临床研究[J].江苏中医药,2016,48(6):33-35.
- [7] 中华医学会消化病学分会胰腺疾病学组,《中华胰腺病杂志》编委会,《中华消化杂志》编委会.中国急性胰腺炎诊治指南(2019年,沈阳)[J].临床肝胆病杂志,2019,35(12):2706-2711.
- [8] 中华中医药学会脾胃病分会.急性胰腺炎中医诊疗专家共识意见(2017)[J].临床肝胆病杂志,2017,33(11):2052-2057.
- [9] 龚福林.急性胰腺炎病因与其严重度的临床分析[J].天津医药,2017,45(11):1195-1198.
- [10] 毛恩强,李兆申.急性胰腺炎病因诊断与分类的再认识[J].中华胰腺病杂志,2019,19(6):401-403.
- [11] 许志伟.当前重症急性胰腺炎诊疗面临的几个问题[J].外科理论与实践,2022,27(1):22-24.
- [12] 蒋菊琴.重症急性胰腺炎患者预后的影响因素分析[J].当代医学,2022,28(9):48-50.
- [13] 胡才理.中西医结合治疗重症急性胰腺炎研究进展[J].光明中医,2022,37(3):538-540.
- [14] 刘寨新,陈辉,兰涛.重症急性胰腺炎死亡相关危险因素的 Logistic 回归分析[J].肝胆胰外科杂志,2018,30(5):365-369.
- [15] 张声生,李乾构,李慧臻,等.急性胰腺炎中医诊疗专家共识意见[J].中华中医药杂志,2013,28(6):1826-1831.
- [16] 朱美冬,罗运权.中西医治疗重症急性胰腺炎的研究进展[J].临床肝胆病杂志,2017,33(1):188-193.

(下转 1487 页)

($P < 0.05$) ,说明中药熏蒸联合牵引治疗气滞血瘀型 LDH ,能提高患者生活质量及临床疗效。

综上所述 ,中药熏蒸联合牵引治疗气滞血瘀型 LDH ,可改善患者腰椎功能、临床症状、生活质量 ,抑制炎症反应 ,提高临床疗效。但需注意的是 ,在牵引治疗和中药熏蒸过程中 ,还需严密观察患者 ,尤其是老年体弱者的精神状态变化 ,避免引起严重不良反应或并发症。

参考文献

- [1] 吴以诚,胡吴斌,陈亚锋,等.推拿电针联合自拟腰痛逐瘀止痛汤治疗气滞血瘀型腰椎间盘突出症的疗效观察及对患者生活质量的影响[J].辽宁中医杂志,2019,46(4):825-828.
- [2] 储诚煜,王峰,张建华,等.经椎间孔椎间融合术联合加味补中益气汤治疗腰椎间盘突出症临床观察[J].安徽中医药大学学报,2020,39(4):31-34.
- [3] 罗乙舒,吴雪芬,李淑芳.中药离子导入治疗腰椎间盘突出症急性期的疗效观察[J].中国中医急症,2020,29(3):521-523.
- [4] 中华医学会骨科学分会脊柱外科学组,中华医学会骨科学分会骨科康复学组.腰椎间盘突出症诊疗指南[J].中华骨科杂志,2020,40(8):477-487.
- [5] 中医康复临床实践指南·腰痛(腰椎间盘突出症)制定工作组.中医康复临床实践指南·腰痛(腰椎间盘突出症)[J].康复学报,2021,31(4):265-270.
- [6] 孙兵,车晓明.日本骨科协会评估治疗(JOA评分)[J].中华神经外科杂志,2013,29(9):969-969.
- [7] 李鲁,王红妹,沈毅.SF-36健康调查量表中文版的研制及其性能测试[J].中华预防医学杂志,2002,36(2):109-113.
- [8] 中国康复医学会脊柱脊髓专业委员会基础研究与转化学组.腰椎间盘突出症诊治与康复管理指南[J].中华外科杂志,2022,60(5):401-408.

- [9] 于志国,关睿,李同军,等.五段拔伸法联合中药热敷治疗气滞血瘀型腰椎间盘突出症的疗效观察[J].中医药学报,2022,50(3):58-61.
- [10] 翁煜宏,李笔锋,沈祖泓,等.化瘀消痛汤联合小针刀治疗气滞血瘀型腰椎间盘突出症的疗效观察[J].中华中医药学刊,2019,37(1):162-165.
- [11] 卢兴军,曾涛,马道友.推拿联合腰椎牵引治疗气滞血瘀型腰椎间盘突出症临床研究[J].陕西中医,2020,41(7):986-989.
- [12] 沈毅弘,朱立,吴子健,等.中药熏蒸联合体外冲击波治疗气滞血瘀型腰椎间盘突出症的临床疗效观察[J].中国中西医结合杂志,2021,41(7):801-805.
- [13] 梁欢,黄法森,谢坤铭,等.《景岳全书》腰痛方药特色及其学术思想探讨[J].中国中医骨伤科杂志,2021,29(5):81-83.
- [14] 李世钢.针灸与中药熏蒸联合用于腰椎间盘突出症治疗的疗效分析[J].中国伤残医学,2021,29(21):55-56.
- [15] 陆征麟,牛淑芳,韩秋琼,等.中药熏蒸联合针灸治疗气滞血瘀型腰椎间盘突出症的临床效果及其对炎症指标的影响[J].广西医学,2021,43(21):2564-2569.
- [16] 梅全喜.现代中药药理临床应选手册[M].北京:中国中医药出版社,2008:389-860.
- [17] 于杰,朱立国,高景华,等.腰椎间盘突出症患者血清白细胞介素 1β 、白细胞介素6、肿瘤坏死因子 α 表达与其疼痛的相关性[J].中国组织工程研究与临床康复,2007,11(2):301-304.
- [18] 侯江业,张宁,蔡飞,等.传统后正中入路椎旁肌间隙入路与微创经皮入路治疗胸腰椎骨折的炎症反应及骨代谢观察[J].河北医学,2021,27(6):980-986.
- [19] 李文林.小针刀联合整脊疗法对腰椎间盘突出症患者炎症反应的影响[J].医疗装备,2020,33(12):75-76.

(收稿日期:2022-06-27)

(本文编辑:习沙)

(上接 1465 页)

- [17] 柯俊羽,李燕舞,邹汉飞,等.“六腑以通为用”在临床中的应用[J].中医临床研究,2021,13(3):19-20.
- [18] 张辉,陈剑雄,刘远智,等.动态监测 IL-6、PCT 及 CRP 水平对急性胰腺炎预后的评估[J].中国实用医药,2020,15(22):73-74.
- [19] 黄彭,曲佳琳,常乐,等.金钱草治疗胆囊相关疾病作用机制的网络药理学研究[J].中国药房,2019,30(9):1220-1225.
- [20] 宗阳,孙明明,乐音子,等.基于网络药理学探讨白术-

枳实药对治疗慢性传输型便秘的作用机制[J].中国药房,2018,29(13):1798-1802.

- [21] 杨美礼,王晓玲.去氢木香内酯的药理活性研究进展[J].宝鸡文理学院学报:自然科学版,2021,41(2):64-70.
- [22] 张开弦,姚秋阳,吴发明,等.大黄属药用植物化学成分及药理作用研究进展[J].中国新药杂志,2022,31(6):555-566.

(收稿日期:2022-06-07)

(本文编辑:习沙)