

脐疗联合艾盐包改善经产妇 产后宫缩痛的临床观察

吕晓军 汤笑笑 郑会玲

浙江中医药大学附属第二医院 杭州 310005

摘要: [目的] 观察脐疗联合艾盐包减轻经产妇产后宫缩痛的疗效及对产后出血的影响。 [方法] 将浙江中医药大学附属第二医院产科 2020 年 3 月至 10 月足月分娩的 218 例经产妇随机分为 4 组, 其中常规组和艾盐包组各 53 例, 脐疗组和脐疗艾盐包组各 56 例, 产后 2h 常规组给予产后常规护理, 脐疗组在常规组基础上予脐疗, 艾盐包组在常规组基础上予艾盐包治疗, 脐疗艾盐包组在常规组基础上给予脐疗联合艾盐包治疗, 以疼痛视觉模拟评分表 (visual analogue scale, VAS) 评价 4 组产妇治疗前及治疗后 1、3、6、12、24h 的疼痛程度, 比较 4 组产妇治疗前及治疗后 1、3、12h 血清 5-羟色胺 (5-hydroxytryptamine, 5-HT) 水平的变化并观察产后 24h 内的阴道出血量。 [结果] 治疗前组间比较, 4 组 VAS 评分、血清 5-HT 水平差异无统计学意义 ($P>0.05$); 与常规组比较, 治疗后 1h 脐疗组 VAS 评分和血清 5-HT 水平差异无统计学意义 ($P>0.05$), 艾盐包组和脐疗艾盐包组 VAS 评分和血清 5-HT 水平明显降低 ($P<0.05$); 与常规组比较, 治疗后 3h 脐疗组、艾盐包组、脐疗艾盐包组 VAS 评分和血清 5-HT 水平明显下降 ($P<0.05$); 与常规组比较, 治疗后 12h 艾盐包组 VAS 评分和 5-HT 水平差异无统计学意义 ($P>0.05$), 脐疗组和脐疗艾盐包组 VAS 评分和血清 5-HT 水平明显降低 ($P<0.05$)。 4 组患者产后 24h 内出血量比较差异无统计学意义 ($P>0.05$)。 [结论] 脐疗组和艾盐包组降低经产妇分娩后宫缩痛有明显疗效, 但前者起效慢, 后者持续时间短, 二者联合使用能够起到互补作用, 可有效减轻经产妇分娩后宫缩痛, 降低 5-HT 水平, 且对产后出血量无明显影响。

关键词: 宫缩痛; 经产妇; 艾盐包; 脐疗; 分时; 疼痛视觉模拟评分; 5-羟色胺; 产后出血量

中图分类号: R271 **文献标识码:** A **文章编号:** 1005-5509(2021)05-0560-05

DOI: 10.16466/j.issn1005-5509.2021.05.024

Clinical Study of Navel Therapy Combined with Wormwood Salt Package to Improve Postpartum Contraction Pain LYU Xiaojun, TANG Xiaoxiao, ZHENG Huiling *The Second Affiliated Hospital of Zhejiang Chinese Medical University, Hangzhou (310005), China*

Abstract: [Objective] To observe the effect of navel therapy combined with wormwood salt package on postpartum hemorrhage and the reduction of postpartum contraction pain. [Methods] A total of 218 multiparae, who had full term delivery at Obstetrics Department of the Second Affiliated Hospital of Zhejiang Chinese Medical University from March to October 2020, were randomly divided into 4 groups. There were 53 cases in routine group and wormwood salt package group, separately; and 56 cases in navel therapy group and navel therapy wormwood salt package group, separately. After returning to the ward 2 hours after birth, patients in routine group were given postpartum routine nursing; patients in navel therapy group were given umbilicus sticking treatment on the basis of routine group; patients in wormwood salt package group were given wormwood salt package treatment on the basis of routine group; patients in navel therapy wormwood salt package group were given umbilicus sticking combined wormwood salt package treatment on the basis of routine group. Visual analogue scale (VAS) was used to evaluate the degree of pain in four groups before and 1, 3, 6, 12 and 24h after treatment; 5-hydroxytryptamine (5-HT) level was detected in four groups before and 1, 3 and 12h after treatment. [Results] Before treatment, the VAS score and serum 5-HT level of the four groups were not statistically different ($P>0.05$). At 1h after treatment, there was no significant difference between routine group and navel therapy group in terms of the VAS score and serum 5-HT level ($P>0.05$). However, the VAS score and serum 5-HT level in navel therapy group and navel therapy wormwood salt package group were significantly lower than that in routine group ($P<0.05$). At 3h after treatment, VAS score and serum 5-HT level in navel therapy group, wormwood salt package group, and navel therapy wormwood salt package group were all significantly lower than that in routine group ($P<0.05$). Compared with routine group, 12h after treatment, there was no significant difference in VAS score and serum 5-HT level in wormwood salt package group ($P>0.05$), but the VAS score and serum 5-HT level in navel therapy group and navel therapy wormwood salt package group were lower ($P<0.05$). There was no statistical difference in postpartum hemorrhage in the 4 groups ($P>0.05$). [Conclusion] The navel therapy and wormwood salt package have obvious effect in reducing postpartum contraction pain, but the former has slow effect and the latter lasts for a short period of time. The combination of the two therapies can effectively reduce postpartum contraction pain and reduce the level of 5-HT, but there was no significant effect on postpartum hemorrhage.

Key words: postpartum contraction pain; multipara; wormwood salt package; navel therapy; time sharing; VAS; 5-HT; postpartum hemorrhage

产后宫缩痛是产褥早期因子宫收缩引起的下腹阵发性剧烈疼痛, 多见于经产妇^[1]。产后宫缩痛通常于产后 1~2d 开始, 并可持续 2~3d, 可导致产妇产后睡眠障碍、排尿排便障碍、新生儿母乳喂养困难, 甚至引发产后抑郁^[2]。因此, 有效安全缓解产后宫缩痛, 提

高产妇生活质量, 成为产后护理的重点。西医常规护理多采用心理疏导为主的方法, 虽能短时间内改善产妇的心理状态, 但治标不治本, 疗效并不理想。随着现代护理理念的不断更新, 针对产后宫缩痛, 不再单纯以心理辅导为主, 而是要求更多个性化护理服务。

基金项目: 浙江省中医药科技计划 (2019ZB05)

Fund project: Zhejiang Province Traditional Chinese Medicine Science and Technology Project (2019ZB05)

中医认为,疼痛主要有“不通则痛”和“不荣则痛”两种证型,而产妇多虚多瘀^[3-4],因此这两种证型常同时存在于产妇产后宫缩痛中。艾盐包由艾叶及粗盐组成,加热后使用,有扶阳固脱、消瘀散结的功效;脐疗采用多种活血化瘀药物,经脐部皮肤渗透及经络传导,起到疏通经络、促进脏腑气血运行的作用。我科采用脐疗联合艾盐包的方法治疗产妇产后宫缩痛,并取得了较好疗效,现报道如下。

1 对象和方法

1.1 对象 选取浙江中医药大学附属第二医院产科2020年3月至10月足月分娩的经产妇,按住院号进行编号,查随机数字表,获取随机数字顺序,将患者随机分为4组,常规组、艾盐包组、脐疗组和脐疗艾盐包组。所有患者均签署书面知情同意书,本研究得到本院伦理委员会的批准(伦理批准号:2018-KL-IH042-01)。

1.2 纳入标准 (1)年龄20~48岁;(2)足月单胎经阴道分娩的经产妇;(3)分娩时未行会阴侧切,且无Ⅱ度及以上会阴裂伤;(4)无精神疾病或沟通障碍;(5)自愿参与本研究,并签署知情同意书。

1.3 排除标准 (1)年龄<20岁或>48岁;(2)合并严重内外科疾病需要治疗者,如重要脏器的严重疾病、严重贫血、急性炎症等;(3)存在严重产科并发症者,如羊水栓塞、前置胎盘、胎盘早剥等;(4)产后24h内出血大于500mL者。

1.4 脱落标准 (1)治疗过程中自动退出者;(2)依从性差,资料不完整者。

1.5 治疗方法

1.5.1 常规组 给予常规产后护理,主要包括:(1)一般护理:提供舒适安静的病室环境,监测生命体征变化,嘱产妇进食富含营养、热量和水分充足的饮食,鼓励产妇尽早排尿和下床活动;(2)症状护理:观察子宫复旧及恶露情况,做好会阴护理和乳房护理;(3)母乳喂养指导:指导产妇正确的哺乳时间和方法;(4)心理疏导:使产妇保持良好的心境。

1.5.2 脐疗组 在常规组的基础上给予脐疗,将当归10g、丹参15g、大黄10g、续断10g、干姜10g、元胡15g、白芍15g、蒲黄15g、五灵脂15g碾磨成粉,和醋调成膏状,制成1.5cm×1.5cm×0.5cm的药丸,产后2h开始,贴敷神阙穴3h。每隔24h贴敷1次,共3次。

1.5.3 艾盐包组 在常规组的基础上予艾盐包治疗。将100g艾绒加入300g粗盐中,混匀后装入20cm×15cm

的粗棉布口袋,扎紧袋口,恒温箱加热至温度60℃,产后2h开始放置在产妇下腹部,热熨30min。每隔24h热熨1次,共3次。

1.5.4 脐疗艾盐包组 在常规组的基础上,联合使用脐疗法和艾盐包热熨法,具体操作同脐疗组和艾盐包组。

1.6 观察指标

1.6.1 疼痛视觉模拟评分(visual analogue scale, VAS) 采用VAS评价治疗前及治疗后1、3、6、12和24h(首次更换脐疗敷贴/艾盐包前)各组产妇的疼痛程度。向产妇介绍评估方法,请产妇根据自身感受对疼痛进行评价,疼痛标尺上标有0~10分刻度,0分表示无痛,10分表示最剧烈疼痛,分数越高表示疼痛程度越剧烈。

1.6.2 血清5-羟色胺(5-hydroxytryptamine, 5-HT)水平 治疗前及治疗后1、3和12h分别采集各组产妇静脉血,分离血清,冰箱保存,应用酶联免疫吸附法测定血清5-HT水平。

1.6.3 产后出血量 观察并记录各组产妇产后24h内的阴道出血量。

1.7 统计学分析 采用SPSS 25.0统计软件进行统计学分析。计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,多组间比较采用单因素方差分析,两组间比较采用post-hoc Dunnett法;治疗前后组内比较采用配对t检验。计数资料组间比较采用 χ^2 检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 病例脱落情况 根据纳入和排除标准,初步纳入浙江中医药大学附属第二医院产科2020年3月至10月足月分娩的经产妇247例作为研究对象,其中29例由于自动退出及依从性差等原因脱落,因此最终共有218例产妇纳入研究和资料分析,其中常规组和艾盐包组各53例,脐疗组和脐疗艾盐包组各56例。

2.2 各组产妇一般资料比较 各组产妇年龄、产次、分娩孕周、产程及新生儿体重等基线资料比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。见表1。

2.3 各组产妇治疗前后VAS比较 治疗前组间比较,各组VAS差异无统计学意义($P > 0.05$)。治疗后1h,与常规组比较,脐疗组VAS差异无统计学意义($P > 0.05$),艾盐包组和脐疗艾盐包组VAS分值明显减低($P < 0.05$);与脐疗艾盐包组比较,脐疗组和艾盐包组VAS分值均升高($P < 0.05$)。治疗后3h,脐疗组、艾盐包

表1 各组产妇基线资料比较

组别	例数	年龄(岁)	平均年龄(岁)	产次	分娩孕周(周)	平均分娩孕周(周)	总产程(h)	平均总产程(h)	新生儿体重(g)	平均新生儿体重(g)
常规组	53	21~45	29.98±4.31	2~3	37+1~41+2	39.67±1.52	6.91~13.77	10.34±3.43	3 120~3 920	3 508±306.41
脐疗组	56	23~48	29.43±3.41	2~3	37+5~40+3	39.24±1.13	8.43~15.26	8.67±5.53	3 280~4 130	3 710±321.43
艾盐包组	53	20~45	29.43±3.41	2~4	37+2~41+1	39.21±1.20	8.54~13.89	8.81±3.26	3 328~3 980	3 550±467.34
脐疗艾盐包组	56	20~46	30.12±3.23	2~4	37+3~40+5	38.28±2.13	7.23~14.26	9.18±4.13	3 350~4 030	3 608±406.41

组、脐疗艾盐包组VAS评分均低于常规组,差异有统计学意义($P<0.05$);与脐疗艾盐包组比较,脐疗组和艾盐包组VAS分值均升高($P<0.05$)。治疗后6、12和24h,与常规组比较,艾盐包组VAS差异无统计学意义($P>0.05$),脐疗组和脐疗艾盐包组VAS仍低于常规组($P<0.05$);与脐疗艾盐包组比较,艾盐包组VAS分值升高($P<0.05$),而脐疗组差异无统计学意义($P>0.05$)。与同组治疗前比较,常规组治疗1、3h和脐疗组治疗后1h的VAS分值差异无统计学意义($P>0.05$),其余各组各时间段VAS均低于治疗前($P<0.05$)。见表2。

2.4 各组产妇治疗前后血清5-HT水平比较 治疗前组间比较,各组产妇血清5-HT水平差异无统计学意义($P>0.05$)。治疗后1h,与常规组比较,脐疗组血清5-HT水平差异无统计学意义($P>0.05$),艾盐包组和脐疗艾盐包组血清5-HT水平明显减低($P<0.05$);与脐疗艾盐包组比较,脐疗组和艾盐包组血清5-HT水

平均升高($P<0.05$)。治疗后3h,脐疗组、艾盐包组、脐疗艾盐包组血清5-HT水平均低于常规组($P<0.05$);与脐疗艾盐包组比较,脐疗组和艾盐包组血清5-HT水平均升高($P<0.05$)。治疗后12h,与常规组比较,艾盐包组血清5-HT水平差异无统计学意义($P>0.05$),脐疗组和脐疗艾盐包组血清5-HT水平低于常规组($P<0.05$);与脐疗艾盐包组比较,艾盐包组血清5-HT水平升高($P<0.05$),脐疗组血清5-HT水平差异无统计学意义($P>0.05$)。与同组治疗前比较,常规组治疗后各时点和脐疗组治疗后1h的5-HT水平差异无统计学意义($P>0.05$),其余各组各时间段5-HT水平均低于治疗前($P<0.05$)。见表3。

2.5 各组产妇产后出血量比较 各组产妇产后出血量比较,差异均无统计学意义($P>0.05$)。见表4。

3 讨论

3.1 经产妇产后宫缩痛的中西医干预措施 产后宫

表2 各组产妇治疗前后VAS比较($\bar{x}\pm s$,分)

组别	例数	治疗前	治疗后				
			1h	3h	6h	12h	24h
常规组	53	6.94±1.03	6.68±1.17	6.51±1.10	6.36±1.21*	6.02±1.03*	5.83±0.89*
脐疗组	56	6.93±0.91	6.54±0.85 [▲]	4.14±1.14 ^{△▲}	4.38±1.42 ^{△*}	4.41±1.25 ^{△*}	4.86±0.84 ^{△*}
艾盐包组	53	6.96±1.09	3.68±0.64 ^{△▲}	5.91±1.46 ^{△*}	6.21±1.13 [▲]	5.91±1.08 [▲]	5.51±0.72 [▲]
脐疗艾盐包组	56	6.93±0.93	2.93±0.63 ^{△*}	3.45±0.78 ^{△*}	3.89±1.14 ^{△*}	4.09±1.23 ^{△*}	4.82±0.81 ^{△*}

注:与常规组同时点比较,[△] $P<0.05$;与同组治疗前比较,^{*} $P<0.05$;与脐疗艾盐包组同时点比较,[▲] $P<0.05$

表3 各组产妇治疗前后血清5-HT水平比较($\bar{x}\pm s$,ng·L⁻¹)

组别	例数	治疗前	治疗后		
			1h	3h	12h
常规组	53	507.76±60.12	510.13±59.58	501.03±58.14	510.13±59.58
脐疗组	56	505.49±54.15	507.08±54.02 [▲]	219.90±42.52 ^{△*}	238.93±43.35 ^{△*}
艾盐包组	53	507.37±60.01	351.79±46.73 ^{△*}	357.30±46.76 ^{△*}	483.60±52.66 [▲]
脐疗艾盐包组	56	505.72±48.15	173.50±30.36 ^{△*}	152.92±30.11 ^{△*}	208.88±40.81 ^{△*}

注:与常规组同时点比较,[△] $P<0.05$;与同组治疗前比较,^{*} $P<0.05$;与脐疗艾盐包组同时点比较,[▲] $P<0.05$

表4 各组产妇产后出血量比较($\bar{x}\pm s$, mL)

组别	例数	产后出血量
常规组	53	322.23±77.17
脐疗组	56	297.92±82.33
艾盐包组	53	314.91±84.65
脐疗艾盐包组	56	294.62±84.33

缩痛是临床常见症状,多见于经产妇。经产妇因子宫肌纤维过度延伸,在子宫收缩时,流经子宫的血容量急剧减少,含氧量降低,同时神经纤维受到压迫,从而出现产后宫缩痛。部分产妇常因疼痛剧烈无法忍受,而需要采取临床干预措施^[5]。西医常规护理以心理辅导为主,无法提高产妇舒适度,因而难以满足临床需求。

中医外治法因其独特优势而倍受临床工作者的青睐。程慧娟^[6]对《医宗金鉴》中关于外治方药的文献进行整理与研究后指出,产后宫缩痛可由产后正气较弱,受风寒侵体,邪入宫腔,至宫缩引,血运不畅导致;或肝气不畅,情志不舒,血瘀停滞,恶漏不尽,不通则痛导致;或由产后失血,气血不足,运化虚弱,血行不畅导致,故对经产妇产后宫缩痛,应以活血祛瘀、行气止痛治疗为主。中医治疗产后宫缩痛,注重标本兼治,同时辨证施治、随症加减,故疗效更好,而且更为安全,易于被产妇接受。

3.2 脐疗联合艾盐包对产后宫缩痛的疗效 中医认为,脐部神阙穴联系人体先天与后天,与十二经脉、奇经八脉直接或间接相通,进而同脏腑有着密切联系。脐是经气之海,脏腑之本,是人体阴阳气化之枢纽,也是调整人体整体功能的最佳作用点,因此脐疗可以治疗全身性疾病^[7]。现代医学研究发现,脐部有植物神经的主要神经丛和神经节分布,能够支配腹腔和盆腔内所有的脏器和血管,药物贴敷神阙穴,不仅可以通过穴位起到直接刺激作用,还可以通过经络的传导作用,充分发挥药物功效^[8]。我科使用的脐疗方中当归味甘、辛、性温,调经止痛、补血活血;丹参味苦,性微寒,活血化瘀,二者共为君药。元胡味辛、苦,性温,行气止痛;白芍味酸、苦,性微寒,滋阴止痛;蒲黄味甘,性平,化瘀止痛;五灵脂味苦、咸、甘,性温,行气化瘀止痛,四者共为臣药,助君药之功。大黄味苦,性寒,具有泄下通利之功;续断味苦辛,性微温,补肝肾、去风湿;干姜味苦,性温,温经止痛,三者共为佐药。以

上诸药磨粉后用醋调制,可发挥活血化瘀、行气止痛的功效,贴敷至神阙穴,可有效缓解产后疼痛。然而本研究显示,单纯脐疗起效较慢,脐疗后1h产妇的VAS评分无明显改善,治疗3h后VAS评分明显下降,且能够维持至治疗后24h。

艾盐包中矿盐具有祛湿、生肌、温经散寒的作用;艾绒气味芳香、苦燥辛散,能够理气血、温经脉、逐寒湿、止冷痛,以加热后的艾盐包按摩腹部,能缓解疼痛^[9],但从治疗后6、12和24h的VAS评分来看,艾盐包对产后宫缩痛的缓解作用不够持久。

脐疗联合艾盐包热熨治疗,热熨能够刺激脐部的神经末梢,通过神经系统的传导,改善脏腑的生理功能;艾盐包又能发挥祛湿、生肌、温经散寒的作用,引药深入腠理,持续发挥脐疗方药效^[10],从而缓解产后宫缩痛。此外,本研究显示脐疗和艾盐包的使用,并未增加产后出血量,提示该疗法的安全性较好。

3.3 脐疗联合艾盐包热熨法缓解产后宫缩痛的作用机制 研究表明,脐疗和艾盐包热熨缓解产后宫缩痛的机制,可能与降低血清5-HT水平有关。5-HT是一种强烈的血管收缩剂和平滑肌收缩刺激剂,当周围组织受破坏时,5-HT会从解体的血小板中释放出来,引起局部疼痛^[11]。本研究显示,脐疗艾盐包组在治疗后1、3、12h血5-HT水平明显低于常规组,由此笔者认为,脐疗联合艾盐包热熨可能通过扩张微血管,加速局部血液循环,促使5-HT等致痛物质的降解和转运,降低5-HT水平,从而有效地缓解产后宫缩痛^[12-13]。

子宫收缩能够促进产后康复、预防产后出血,但也是引起产后宫缩痛的主要原因。本研究结果显示,脐疗联合艾盐包治疗缓解经产妇产后宫缩痛疗效明显,同时并不增加产后出血量。作为一种镇痛方法,脐疗联合艾盐包治疗安全有效、操作简单、价格低廉,还有助于促进产后康复,值得产科临床应用。

参考文献:

[1] 钟洁,阳秀芳,黄梅花,等.雷火灸治疗产后宫缩痛临床观

- 察[J].中国中西医结合杂志,2018,38(1):119-120.
- [2] 刘志雯.循证护理在缓解自然分娩产后疼痛的效果[J].实用妇科内分泌杂志(电子版),2017,4(15):175-176.
- [3] 罗颂平,刘雁峰.中医妇科学[M].3版.北京:人民卫生出版社,2016:227-230.
- [4] 谢黎.产后痛证的中西医病因分析[J].浙江中医药大学学报,2009,33(2):153-154.
- [5] 金圆圆.基于梯度提升决策树的经产妇产后子宫缩痛程度的分类研究[D].南昌:南昌大学,2018:41-43.
- [6] 程慧娟.《医宗金鉴》外治方药的文献整理与研究[D].合肥:安徽中医药大学,2014:14.
- [7] 何清湖,周慎.医学入门:中华医书集成[M].北京:中医古籍出版社,1999:160.
- [8] 肖余,陈昆,王玉杰.脐部贴敷疗法促进产后子宫复旧的临床观察[J].浙江中医杂志,2014,49(1):28.
- [9] 王红霞,许戈林,罗文昭,等.中药热奄包联合穴位贴敷配合中药内服治疗虚寒胃痛180例临床与护理研究[J].时珍国医国药,2013,24(7):1675-1676.
- [10] 朱劲松,王一庆,王海琳.中药敷脐用于剖宫产术后镇痛的临床观察[J].中国中医药信息杂志,2001,8(6):53.
- [11] 庞志强,王振华,相宜,等.炎症介质5-羟色胺与疼痛发生机理的研究进展[J].中国实验诊断学,2014,18(12):2077-2080.
- [12] Nakamura T, Kitazawa T, Cao J, et al. Excitatory and inhibitory 5-hydroxytryptamine(5-HT) receptors expressed in the isolated porcine uterine muscles[J].Eur J Pharmacol,2008,600(1-3):123-129.
- [13] Bernal A L.Mechanisms of labour-biochemical aspects[J].BJOG,2003,110(s20):39-45.

(收稿日期:2021-01-04)

(上接第520页)

- [2] 王梦迪,周静威,孙卫卫,等.白塞病的临床研究进展[J].风湿病与关节炎,2017,6(4):70-74.
- [3] 林玮,张文.贝赫切特综合征病因和发病机制[J].中华临床免疫和变态反应杂志,2015,9(1):67-72.
- [4] 刘盛秀.白塞病发病机制研究进展[J].皮肤病学杂志,2018,25(5):310-313.
- [5] 王承德,汪悦.风湿病中医临床诊疗丛书:白塞病分册[M].北京:中国中医药出版社,2019:30-42.
- [6] 刘金晶,侯云霞,张莉,等.英夫利西单抗治疗重症和(或)难治性神经白塞病的疗效及安全性[J].中华临床免疫和变态反应杂志,2020,14(2):118-123.
- [7] 孙朝阳,赵恒立.脾升胃降理论辨治白塞病的诊疗思路[J].风湿病与关节炎,2020,9(1):51-53.
- [8] 朱竹菁,苏励.苏励治疗白塞病经验[J].上海中医药杂志,2017,51(6):5-7.
- [9] 胡双燕,傅晓骏.傅晓骏治疗狐惑病经验介绍[J].新中医,2020,52(9):196-199.
- [10] 王珍,赵恒立.从心辨治白塞病理论浅析[J].世界最新医学信息文摘,2019,19(93):221-224.
- [11] 傅延龄,马浔,王欣榕.谈甘草的临床应用及其用量[J].北京中医药,2017,36(6):554-555,564.
- [12] 席克虎,张小兵,杨贵军,等.18-β甘草次酸长期灌胃对大鼠肾脏的影响[J].中国实验方剂学杂志,2015,21(24):142-147.
- [13] 何吉芬.浅谈甘草及其制剂的毒副作用[J].中国中医药现代远程教育,2010,8(23):66-67.
- [14] 张金霞.复方甘草酸苷的药理作用及临床应用和不良反应[J].中国医药指南,2011,9(27):198-199.
- [15] 陆子贤.六因条辨[M].北京:人民卫生出版社,2008:81.
- [16] 国家药典委员会.中华人民共和国药典[M].北京:中国医药科技出版社,2015:354.
- [17] 张元素,李东垣,龚廷贤.药性赋·药性歌括[M].北京:学苑出版社,2013:5.
- [18] 杜泽敏,熊述清,官莹玉,等.国医大师禚国维治疗儿童特异性皮炎经验[J].中医学报,2020,35(1):95-98.
- [19] 王锁杏.龙胆泻肝汤在皮肤科应用举隅[J].陕西中医,2009,30(9):1238.
- [20] 田庆梅,钱继存,宋继科,等.龙胆泻肝汤加减对肝胆火炽型前葡萄膜炎患者外周血中炎症因子的影响[J].辽宁中医杂志,2019,46(8):1680-1683.
- [21] 黄宫绣.本草求真[M].北京:人民卫生出版社,1987:183.
- [22] 汪绂.医林纂要探源[M].北京:中国中医药出版社,2015:147.
- [23] 王晨彤.加味逍遥散加减治疗气郁化火型白塞病的临床疗效观察[D].哈尔滨:黑龙江中医药大学,2019:28-32.
- [24] 严一微,李正富,杜羽,等.基于数据挖掘的全国名中医范永升教授治疗结缔组织病相关间质性肺病用药规律探析[J].浙江中医药大学学报,2020,44(1):53-61.
- [25] 张介宾.景岳全书[M].北京:人民卫生出版社,2007:1243.
- [26] 佚名.分类草药性[M].北京:中国中医药出版社,2016:8.
- [27] 李妙然,秦灵灵,魏颖,等.玉竹化学成分与药理作用研究进展[J].中华中医药学刊,2015,33(8):1939-1943.

(收稿日期:2021-02-20)