

药科学, 2021, 44 (3): 13-15.

[13] 朱建波. 骨搬移术联合强肾健骨汤治疗胫骨骨折后感染性骨不连临床观察 [J]. 中国伤残医学, 2020, 28 (11): 56-58.

[14] 张登, 龙毅. 骨搬移术联合强肾健骨汤治疗胫骨骨折后感

染性骨不连的效果对照研究与分析 [J]. 母婴世界, 2020, 30 (29): 66.

[15] 姚琦, 姜泳, 夏坤阳. 续筋接骨汤联合骨折断端间注射富血小板血浆对胫骨骨折术后不愈合及骨痂评分的影响 [J]. 当代医学, 2019, 25 (19): 92-94.

[文章编号] 1007-0893(2023)23-0050-04

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2023.23.015

## 清热凉血安宫汤联合温针灸治疗 产后恶露不绝患者的临床疗效

郑旭滨<sup>1</sup> 林绍华<sup>1</sup> 郑旭春<sup>2</sup>

(1. 漳州市第二中医院, 福建 漳州 363000; 2. 漳州市开发区医院, 福建 漳州 363000)

**[摘要]** 目的: 观察清热凉血安宫汤联合温针灸治疗产后恶露不绝患者的临床疗效。方法: 选取2021年6月至2023年6月于漳州市第二中医院诊治的70例产后恶露不绝患者为研究对象, 采用RandA1.0软件随机分组方式分为对照组与观察组, 各35例。对照组患者予以温针灸治疗, 观察组患者予以清热凉血安宫汤联合温针灸治疗。比较两组患者临床疗效、安全性、恶露持续时间、子宫三径线之和、宫底平均下降速度及治疗前后中医证候积分、血液流变学、炎症反应(C反应蛋白、肿瘤坏死因子- $\alpha$ 、白细胞介素-8)、氧化应激指标。结果: 观察组患者总有效率为91.43%, 高于对照组的71.43%; 治疗后观察组患者中医证候积分(主症积分、次症积分)低于对照组; 治疗后观察组患者子宫三径线之和低于对照组; 治疗后观察组患者宫底平均下降速度高于对照组, 恶露持续时间短于对照组; 治疗后观察组患者全血高切黏度(HS)、全血低切黏度(LS)、血浆黏度(PV)、红细胞聚集指数(EAI)低于对照组; 治疗后观察组患者血清C反应蛋白、肿瘤坏死因子- $\alpha$ 、白细胞介素-8水平低于对照组; 治疗后观察组患者血清超氧化物歧化酶(SOD)、谷胱甘肽过氧化物酶(GSH-Px)水平高于对照组, 血清脂质过氧化物(LPO)水平低于对照组, 上述差异均具有统计学意义( $P < 0.05$ )。两组患者不良反应发生率组间比较, 差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。结论: 清热凉血安宫汤联合温针灸治疗产后恶露不绝的疗效确切, 可改善患者临床症状、血液流变学指标, 促使子宫复旧, 抑制炎症-氧化应激反应, 且具有一定安全性。

**[关键词]** 产后恶露不绝; 清热凉血安宫汤; 温针灸

**[中图分类号]** R 714.65 **[文献标识码]** B

产后恶露不绝是指产妇产后血性恶露持续时间超过10 d且恶露量、颜色等存在不同程度改变, 临床表现为产妇神疲乏力、下腹部胀痛<sup>[1]</sup>。临床常采用药物、手术治疗产后恶露不绝, 但治疗效果欠佳。中医学理论认为产后恶露不绝多为血热、气虚, 气血亏虚或气血不畅, 则脏腑经络失养; 旧血不去、新血不得归经, 而引发恶露不绝; 气虚则无力行血, 瘀血不去则虚热迫血妄行。温针灸可针刺穴位, 增强药物热力渗透作用, 依据辨证取穴, 具有培补元气、温经通络、活血化瘀之效, 并可促进宫内残留组织排出<sup>[2]</sup>。清热凉血安宫汤具有益气健脾、养阴生津、清热凉血、行气活血之效, 可用于治疗

产后诸症<sup>[3]</sup>。但鲜有研究报道关注清热凉血安宫汤联合温针灸对产后恶露不绝的影响, 因此, 本研究主要探讨其联合治疗在产后恶露不绝患者中的应用价值。

### 1 资料与方法

#### 1.1 一般资料

选取2021年6月至2023年6月于漳州市第二中医院诊治的70例产后恶露不绝患者为研究对象, 采用RandA1.0软件随机分组方式分为对照组与观察组, 各35例。对照组年龄28~35岁, 平均(31.65±1.39)岁; 孕周37~40周, 平均(38.64±0.44)周; 体质指数

[收稿日期] 2023-10-24

[作者简介] 郑旭滨, 女, 副主任医师, 主要研究方向是妇产科学。

20 ~ 29 kg · m<sup>2</sup>, 平均 (24.63 ± 2.01) kg · m<sup>2</sup>; 孕次 1 ~ 3 次, 平均 (2.06 ± 0.33) 次; 产次 1 ~ 3 次, 平均 (1.88 ± 0.22) 次; 病程 11 ~ 28 d, 平均 (19.68 ± 4.03) d; 分娩方式: 经阴道分娩 20 例、剖宫产 15 例。观察组年龄 29 ~ 36 岁, 平均 (32.02 ± 1.45) 岁; 孕周 38 ~ 41 周, 平均 (38.75 ± 0.37) 周; 体质质量指数 18 ~ 30 kg · m<sup>2</sup>, 平均 (23.75 ± 2.85) kg · m<sup>2</sup>; 孕次 0 ~ 3 次, 平均 (2.18 ± 0.21) 次; 产次 0 ~ 4 次, 平均 (1.92 ± 0.18) 次; 病程 10 ~ 32 d, 平均 (20.71 ± 5.01) d; 分娩方式: 经阴道分娩 18 例、剖宫产 17 例。两组患者一般资料比较, 差异均无统计学意义 ( $P > 0.05$ ), 具有可比性。

### 1.2 病例选择标准

1.2.1 纳入标准 (1) 符合产后恶露不绝西医诊断标准<sup>[4]</sup>; (2) 符合产后恶露不绝中医血热型诊断标准<sup>[5]</sup>, 主症: 产后恶露不止、血色紫红、血质黏稠、面色潮红、心胸烦躁; 次症: 腹痛拒按、块下痛减、口燥咽干; (3) 单胎妊娠; (4) 未合并急性盆腔炎、消化道溃疡者; (5) 未伴有中度以上贫血者; (6) 对本研究知情同意。

1.2.2 排除标准 (1) 合并肝肾功能恶性病变者; (2) 认知功能障碍者; (3) 生殖器畸形、瘢痕子宫者; (4) 胎盘等组织残留、产后感染等原因所致产后恶露不绝者; (5) 合并造血系统、免疫系统疾病者; (6) 对药物成分过敏者; (7) 胎盘粘连或前置胎盘需剥离者; (8) 术前 48 h 内使用抑制宫缩药物治疗者。

### 1.3 方法

两组患者予以常规治疗, 包括肌内注射缩宫素 (深圳翰宇药业股份有限公司, 国药准字 H20059993), 10 U · 次<sup>-1</sup>, 1 次 · d<sup>-1</sup>; 口服头孢拉定胶囊 (天津力生制药股份有限公司, 国药准字 H12020125), 0.5 g · 次<sup>-1</sup>, 2 次 · d<sup>-1</sup>。

1.3.1 对照组 予以温针灸治疗, 选穴: 水道、归来、双侧子宫、血海、地机、三阴交、膈俞、足三里、气海、关元。采用华佗牌毫针, 以捻转补法分别针刺上述穴位, 针刺后点燃温灸盒, 20 min · 次<sup>-1</sup>, 1 次 · d<sup>-1</sup>, 连续治疗 2 周。

1.3.2 观察组 予以清热凉血安宫汤联合温针灸治疗, 温针灸治疗方案同对照组, 清热凉血安宫汤组方: 生地黄 12 g, 牡丹皮 12 g, 赤芍 15 g, 仙鹤草 15 g, 枸杞子 15 g, 益母草 15 g, 侧柏叶炭 15 g, 地榆炭 15 g, 鱼腥草 15 g, 蒲公英 15 g, 阿胶 20 g (烊), 黄芪 30 g。1 剂 · d<sup>-1</sup>, 由漳州市第二中医院中药房提供药材并加水煎煮, 留汁 400 mL, 分早晚温服, 连续治疗 2 周。

### 1.4 观察指标

(1) 临床疗效<sup>[6]</sup>。痊愈: 恶露干净时间 ≤ 3 d, 临床症状消失, 且中医证候减分率 ≥ 95%; 显效: 3 d < 恶

露干净时间 ≤ 7 d, 临床症状明显改善, 且 75% ≤ 中医证候减分率 < 95%; 有效: 7 d < 恶露干净时间 ≤ 14 d, 临床症状有所减轻, 且 30% ≤ 中医证候减分率 < 75%; 无效: 未达到上述标准。中医证候减分率 = 治疗前后中医证候积分差值 / 治疗前积分 × 100%。总有效率 = (痊愈 + 显效 + 有效) / 总例数 × 100%。(2) 中医证候积分。主症每项 0 ~ 6 分, 共 30 分; 次症每项 0 ~ 3 分, 共 9 分<sup>[7]</sup>。(3) 临床指标。采用彩色多普勒超声诊断仪 (飞利浦公司, IE33 型) 检测两组患者子宫三径线之和、宫底平均下降速度, 并记录恶露持续时间。(4) 血液流变学: 采集两组患者治疗前后空腹外周静脉血 3 mL, 采用血液流变检测仪 (济南童鑫生物科技有限公司, HL-5000 型) 检测全血高切黏度 (high shear whole blood viscosity, HS)、全血低切黏度 (low shear whole blood viscosity, LS)、血浆黏度 (plasma viscosity, PV)、红细胞聚集指数 (erythrocyte aggregation index, EAI)。

(5) 炎症反应、氧化应激: 采集两组患者治疗前后空腹外周静脉血 6 mL, 以 (离心半径 10 cm) 3000 r · min<sup>-1</sup> 转速离心 10 min 分离血清, 采用酶联免疫吸附试验 (enzyme linked immunosorbent assay, ELISA) 法检测血清 C 反应蛋白、肿瘤坏死因子-α、白细胞介素-8、超氧化物歧化酶 (superoxide dismutase, SOD)、谷胱甘肽过氧化物酶 (glutathione peroxidase, GSH-Px)、脂质过氧化物 (lipid peroxidation, LPO) 水平。(6) 安全性分析: 记录治疗期间两组患者不良反应发生情况, 其中包括胃肠道不适、皮疹等。

### 1.5 统计学方法

采用 SPSS 26.0 软件进行数据处理, 计量资料以  $\bar{x} \pm s$  表示, 采用  $t$  检验, 计数资料用百分比表示, 采用  $\chi^2$  检验,  $P < 0.05$  为差异具有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 两组患者临床疗效比较

观察组患者总有效率为 91.43%, 高于对照组的 71.43%, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ ), 见表 1。

表 1 两组患者临床疗效比较 [ $n = 35, n(\%)$ ]

组别	痊愈	显效	有效	无效	总有效
对照组	3(8.57)	11(31.43)	11(31.43)	10(28.57)	25(71.43)
观察组	7(20.00)	18(51.43)	7(20.00)	3(8.57)	32(91.43) <sup>a</sup>

注: 与对照组比较, <sup>a</sup> $P < 0.05$ 。

### 2.2 两组患者治疗前后中医证候积分比较

治疗后两组患者中医证候积分 (主症积分、次症积分) 低于治疗前, 且治疗后观察组患者中医证候积分 (主症积分、次症积分) 低于对照组, 差异具有统计学意义

( $P < 0.05$ )，见表 2。

表 2 两组患者治疗前后中医证候积分比较 ( $n = 35, \bar{x} \pm s$ , 分)

组别	时间	主症积分	次症积分
对照组	治疗前	20.03 ± 3.57	5.41 ± 1.06
	治疗后	16.37 ± 4.15 <sup>b</sup>	2.41 ± 0.50 <sup>b</sup>
观察组	治疗前	20.32 ± 4.77	5.36 ± 1.18
	治疗后	11.31 ± 3.12 <sup>bc</sup>	1.13 ± 0.31 <sup>bc</sup>

注：与同组治疗前比较，<sup>b</sup> $P < 0.05$ ；与对照组治疗后比较，<sup>c</sup> $P < 0.05$ 。

### 2.3 两组患者治疗前后临床指标比较

治疗后两组患者子宫三径线之和低于治疗前，且治疗后观察组患者子宫三径线之和低于对照组，差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )；治疗后观察组患者宫底平均下降速度高于对照组，恶露持续时间短于对照组，差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )，见表 3。

表 3 两组患者治疗前后临床指标比较 ( $n = 35, \bar{x} \pm s$ )

组别	子宫三径线之和/cm		宫底平均下降速度/cm·d <sup>-1</sup>	恶露持续时间/d
	治疗前	治疗后		
对照组	25.41 ± 3.49	19.37 ± 4.15 <sup>d</sup>	1.08 ± 0.31	24.18 ± 5.06
观察组	25.63 ± 3.58	12.08 ± 3.02 <sup>de</sup>	1.33 ± 0.24 <sup>e</sup>	18.63 ± 3.21 <sup>e</sup>

注：与同组治疗前比较，<sup>d</sup> $P < 0.05$ ；与对照组（治疗后）比较，<sup>e</sup> $P < 0.05$ 。

### 2.4 两组患者治疗前后血液流变学指标比较

治疗后两组患者 HS、LS、PV、EAI 低于治疗前，且治疗后观察组患者 HS、LS、PV、EAI 低于对照组，差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )，见表 4。

表 4 两组患者治疗前后血液流变学指标比较 ( $n = 35, \bar{x} \pm s$ )

组别	时间	HS/mPa·s	LS/mPa·s	PV/mPa·s	EAI
对照组	治疗前	4.61 ± 0.55	9.91 ± 1.17	1.71 ± 0.44	5.91 ± 1.08
	治疗后	3.88 ± 1.03 <sup>f</sup>	7.96 ± 1.65 <sup>f</sup>	1.42 ± 0.37 <sup>f</sup>	4.36 ± 1.15 <sup>f</sup>
观察组	治疗前	4.56 ± 0.45	9.89 ± 1.05	1.68 ± 0.45	5.82 ± 1.14
	治疗后	3.07 ± 0.52 <sup>fg</sup>	7.03 ± 1.34 <sup>fg</sup>	1.15 ± 0.28 <sup>fg</sup>	3.18 ± 0.85 <sup>fg</sup>

注：HS—全血高切黏度；LS—全血低切黏度；PV—血浆黏度；EAI—红细胞聚集指数。

与同组治疗前比较，<sup>f</sup> $P < 0.05$ ；与对照组治疗后比较，<sup>g</sup> $P < 0.05$ 。

### 2.5 两组患者治疗前后血清炎症反应水平比较

治疗后两组患者血清 C 反应蛋白、肿瘤坏死因子- $\alpha$ 、白细胞介素-8 水平低于治疗前，且治疗后观察组患者血清 C 反应蛋白、肿瘤坏死因子- $\alpha$ 、白细胞介素-8 水平低于对照组，差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )，见表 5。

### 2.6 两组患者治疗前后血清氧化应激指标比较

治疗后两组患者血清 SOD、GSH-Px 水平高于治疗前，血清 LPO 水平低于治疗前，且治疗后观察组患者血清 SOD、GSH-Px 水平高于对照组，血清 LPO 水平低于对照组，差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )，见表 6。

表 5 两组患者治疗前后血清炎症反应水平比较

( $n = 35, \bar{x} \pm s, \mu\text{g} \cdot \text{L}^{-1}$ )

组别	时间	C 反应蛋白	肿瘤坏死因子- $\alpha$	白细胞介素-8
对照组	治疗前	49.02 ± 9.63	371.49 ± 95.21	91.74 ± 18.24
	治疗后	32.18 ± 6.72 <sup>h</sup>	153.94 ± 41.31 <sup>h</sup>	66.47 ± 20.15 <sup>h</sup>
观察组	治疗前	48.96 ± 8.57	366.49 ± 102.31	93.62 ± 16.33
	治疗后	20.03 ± 5.15 <sup>hi</sup>	75.49 ± 15.16 <sup>hi</sup>	35.19 ± 10.73 <sup>hi</sup>

注：与同组治疗前比较，<sup>h</sup> $P < 0.05$ ；与对照组治疗后比较，<sup>i</sup> $P < 0.05$ 。

表 6 两组患者治疗前后血清氧化应激指标比较 ( $n = 35, \bar{x} \pm s$ )

组别	时间	SOD/U·mL <sup>-1</sup>	GSH-Px/ $\mu\text{g} \cdot \text{L}^{-1}$	LPO/ $\text{mmol} \cdot \text{L}^{-1}$
对照组	治疗前	57.12 ± 9.02	0.28 ± 0.04	11.03 ± 3.26
	治疗后	108.94 ± 30.31 <sup>j</sup>	0.48 ± 0.09 <sup>j</sup>	7.14 ± 2.18 <sup>j</sup>
观察组	治疗前	56.34 ± 8.16	0.26 ± 0.08	10.71 ± 3.17
	治疗后	145.91 ± 38.62 <sup>jk</sup>	0.63 ± 0.11 <sup>jk</sup>	4.22 ± 1.03 <sup>jk</sup>

注：SOD—超氧化物歧化酶；GSH-Px—谷胱甘肽过氧化物酶；LPO—脂质过氧化物。

与同组治疗前比较，<sup>j</sup> $P < 0.05$ ；与对照组治疗后比较，<sup>k</sup> $P < 0.05$ 。

### 2.7 两组患者安全性比较

两组患者不良反应发生率组间比较，差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ )，见表 7。

表 7 两组患者安全性比较 ( $n = 35$ , 例)

组别	胃肠道不适	皮疹	发生率/%
对照组	2	2	11.43
观察组	3	2	14.29

## 3 讨论

产后恶露不绝病机在于血热气虚，冲任不固，血溢脉外，又因素体阴虚、产时耗血，而致阴津亏欠、虚热内扰；或产后滋补过度，肝郁生热，热扰冲任，则恶露不尽；或气虚下陷、血不循经，故血出；或气弱时易受外邪侵入，瘀血不去，胞中瘀热，血不在脉内运行，而溢出，治疗应以补气养血、滋阴清热、凉血活血、补血安宫为原则。

温针灸可刺激人体表面穴位，激发机体正气、统摄冲脉之血，推动气血循经运行，以此濡养机体，可达温通经脉、冲任通畅、行气散瘀目的，其中气海穴可行气活血、调理冲任；关元穴具有补血益精、培元固本、活血祛瘀之效；针刺双侧子宫穴可改善腹部疼痛等妇科病症；针刺足三里可调养气血、益气补虚；针刺水道、归来、三阴交可调和冲任、补肾益精、活血化瘀；膈俞穴具有养血和营、活血通脉之效；血海穴可补血养血、引血归经；地机穴可调经止带<sup>[8]</sup>。清热凉血安宫汤方中生地黄、牡丹皮可清热凉血、养阴生津、活血化瘀、养血滋阴，赤芍可助其发挥药效，且具有散瘀止痛之效；仙鹤草可收敛止血、补虚益气；枸杞子、益母草可活血



调经、滋补肝肾、滋阴补阴；侧柏叶炭、地榆炭具有凉血止血之效；鱼腥草、蒲公英具有清热解毒、利尿通淋、散结消痈之效；阿胶可补血养血、滋阴补肾、润燥清热；黄芪可益卫固表、生津养血，全方共奏安宫养血、凉血止血、散瘀清热、益阴生津之功<sup>[9]</sup>。本研究结果显示，观察组患者治疗效果高于对照组，中医证候积分明显低于对照组，子宫复旧情况优于对照组，恶露持续时间短于对照组，差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。提示联合治疗可提高临床疗效，改善临床症状，加快子宫复旧。这是由于联合治疗可发挥协同作用，促进子宫恢复，其中黄芪、益母草可兴奋子宫平滑肌，促进子宫收缩；生地黄、赤芍可调节子宫平滑肌舒缩功能，增强子宫有序收缩力，促使蜕膜排出。产后血液黏滞度升高，引起微循环障碍，本研究发现联合治疗后观察组患者 HS、LS、PV、ESR 低于对照组，差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。提示联合治疗可改善血液流变学，抑制血小板聚集。分析原因可能为清热凉血安宫汤中益母草可抑制肌酸激酶活性，抗血小板聚集，改善局部血流灌注；阿胶可提高血红蛋白含量，改善凝血功能，而联合治疗可改善血流动力学指标，减少出血量，缩短出血时间，可降低炎症反应。原因可能为生地黄具有止血、降压作用；枸杞子可增强机体免疫功能；赤芍、牡丹皮、侧柏叶炭、地榆炭、蒲公英等具有消炎抗菌的作用；阿胶可修复受损组织器官，增强机体免疫功能。

产后恶露不绝可引起全身炎症反应、氧化应激反应，促使释放 C 反应蛋白、肿瘤坏死因子- $\alpha$ 、白细胞介素-8 等炎症介质释放，加重组织炎症损伤<sup>[10]</sup>。本研究结果显示，观察组患者治疗后血清 C 反应蛋白、肿瘤坏死因子- $\alpha$ 、白细胞介素-8 水平低于对照组，差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。提示联合治疗用于评估机体氧化损伤程度，其中 SOD、GSH-Px 属于抗氧化酶，可保护细胞膜结构，清除氧自由基；LPO 水平升高表明细胞膜结构受损程度严重<sup>[11]</sup>。本研究结果显示，观察组患者治疗后血清 SOD、GSH-Px 水平高于对照组，血清 LPO 水平低于对照组，差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。提示联合

治疗可降低氧化应激水平。同时本研究发现联合治疗并未明显增加不良反应。

综上所述，清热凉血安宫汤联合温针灸治疗产后恶露不绝的疗效显著且具有安全性，可改善临床症状，缩短恶露持续时间，促进子宫复旧，改善血液流变学，减轻炎症-氧化应激反应。

#### [参考文献]

- [1] 李丹丹, 王明选, 马文娟. 雷火灸治疗血瘀型剖宫产后恶露不绝的疗效及对血液流变学和泌乳时效性的影响 [J]. 四川中医, 2020, 38 (9): 195-198.
- [2] 陈玲. 生化汤加减联合温针灸对流产后宫腔残留患者宫内组织残留物及宫腔容积复旧的影响 [J]. 江西中医药, 2023, 54 (8): 54-57.
- [3] 周晓, 李垚. 清热凉血安宫汤对血热型产后恶露不绝的临床效果分析 [J]. 中国当代医药, 2017, 24 (34): 157-159.
- [4] 曹泽毅. 中华妇产科学 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2004: 886-887.
- [5] 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: 378-385.
- [6] 郭瑞, 张俊丽, 王俊岭, 等. 产后逐瘀胶囊联合穴位艾灸治疗产后恶露不绝的疗效及对凝血功能的影响 [J]. 世界中西医结合杂志, 2021, 16 (8): 1538-1540.
- [7] 王丽秀, 王月兰, 薛娟. 益气凉血安宫汤联合益母草片对急性产后出血 (血热型) 中医证候积分、氧化应激及炎症因子的影响 [J]. 中医药信息, 2017, 34 (5): 55-58.
- [8] 米娜. 温针灸联合生化汤加减治疗产后恶露不绝气虚血瘀证疗效观察 [J]. 广西中医药, 2018, 41 (5): 46-47.
- [9] 王丙娟, 汤传梅, 孙慧霞. 益气凉血安宫汤联合益母草片治疗产后子宫复旧不全效果分析 [J]. 中华中医药学刊, 2021, 39 (11): 77-79.
- [10] 周玲, 孙红, 凌莉, 等. 补气凉血汤联合缩宫素治疗产后出血的效果及对炎症反应和氧化应激的影响 [J]. 中国医药导报, 2020, 17 (15): 100-103.
- [11] 郭丽敏, 柳月霞, 陈蕾. 产后逐瘀胶囊辅助治疗对产后出血患者凝血因子及氧化应激的影响 [J]. 世界中西医结合杂志, 2023, 18 (4): 752-755.