

消肿促愈汤塌渍治疗低位肛周脓肿 60 例*

沙静涛¹ 张西安¹ 雷倩² 易义成² 曹凯² 杨志倩²

1. 西安市中医医院 陕西 西安 710021; 2. 陕西中医药大学 陕西 咸阳 712000

摘要:目的:观察消肿促愈汤塌渍治疗低位肛周脓肿的临床疗效。方法:将120例行低位肛周脓肿根治术的低位肛周脓肿患者按照随机数字表法分为治疗组和对照组,每组各60例。治疗组患者在根治术后给予自拟消肿促愈汤塌渍,对照组患者在根治术后给予生理盐水塌渍。比较两组患者的临床疗效、创面愈合时间及治疗前后创面分泌物与创面肉芽组织评分变化情况。检测两组患者治疗前后C反应蛋白(C reactive protein,CRP)和白细胞介素-6(interleukin-6,IL-6)水平变化情况。结果:两组患者治疗3d和治疗7d CRP、IL-6水平低于治疗前,且治疗组治疗3d低于对照组治疗3d,差异具有统计学意义($P < 0.05$)。治疗组治疗7d CRP、IL-6水平与对照组治疗7d比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。治疗组治疗3d和治疗7d的创面分泌物评分低于对照组,差异具有统计学意义($P < 0.05$)。两组患者治疗14d创面分泌物评分比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。治疗组治疗3d、治疗7d和治疗14d的创面肉芽组织评分低于对照组,差异具有统计学意义($P < 0.05$)。治疗组创面愈合时间短于对照组,差异具有统计学意义($P < 0.05$)。治疗组有效率为98.3%,对照组有效率为88.3%,两组有效率比较,差异具有统计学意义($P < 0.05$)。结论:消肿促愈汤塌渍可降低低位肛周脓肿患者术后血清炎症因子水平、减少创面分泌物、加快创面肉芽组织生长,从而促进创面愈合,缩短创面愈合时间。

关键词:低位肛周脓肿;消肿促愈汤;塌渍疗法

DOI: 10.16367/j.issn.1003-5028.2021.07.0241

中图分类号:R266 文献标志码:A 文章编号:1003-5028(2021)07-1058-05

Sixty Cases of Swelling-Removing and Healing-Promoting Decoction for Medicated Immersion in the Treatment of Low Perianal Abscess

SHA Jing-tao¹ ZHANG Xi'an¹ LEI Qian² YI Yi-cheng² CAO Kai² YANG Zhi-qian²

1. Xi'an Hospital of Traditional Chinese Medicine, Xi'an, Shaanxi, China, 710021; 2. Shaanxi University of Chinese Medicine Xianyang, Shaanxi, China, 712000

Abstract: Objective: To observe the clinical curative effect of Swelling-Removing and Healing-Promoting Decoction for medicated immersion on low perianal abscess. Methods: A total of 120 patients with low perianal abscess who underwent radical operation were randomly divided into the treatment group and the control group, with 60 cases in each group. The treatment group was additionally given self-made Swelling-Removing and Healing-Promoting Decoction after radical operation, and the control group was additionally given normal saline. The clinical efficacy, wound healing time, wound secretion and granulation tissue score before and after treatment were compared between the two groups. The changes of levels of C-reactive protein (CRP) and interleukin-6 (IL-6) were detected before and after treatment. Results: The levels of CRP and IL-6 in the two groups were lower than those before treatment on the 3rd and 7th day of treatment, and the levels of CRP and IL-6 in the treatment group on the 3rd day of treatment were lower than those in the control group on the 3rd day of treatment, and all the differences were statistically significant ($P < 0.05$). However, there was no significant difference in the levels of CRP and IL-6 between the treatment group and the control

* 基金项目:陕西省自然科学基金基础研究计划项目(2014JM4172);西安市卫生和计划生育委员会项目{市卫计函[2018]697号}

group after 7 days of treatment ($P > 0.05$). The score of wound secretion in the treatment group was lower than that of the control group on the 3rd day and on the 7th day after treatment respectively, and the difference was not statistically significant ($P > 0.05$). There was no significant difference in wound secretion score between the two groups after 14 days of treatment ($P > 0.05$). The wound granulation tissue score of the treatment group was lower than that of the control group on the 3rd day and on the 7th day and on the 14th day after treatment respectively, and the difference was not statistically significant ($P < 0.05$). The wound healing time of the treatment group was shorter than that of the control group, and the difference was statistically significant ($P < 0.05$). The effective rate was 98.3% in the treatment group and 88.3% in the control group, and the difference was statistically significant ($P < 0.05$). Conclusion: Swelling-Removing and Healing-Promoting Decoction for medicated immersion can lower the level of serum inflammatory factors, reduce wound secretion and accelerate the growth of granulation tissue in patients with low perianal abscess, so as to promote wound healing and shorten wound healing time.

Keywords: low perianal abscess; Swelling-Removing and Healing-Promoting Decoction; medicated immersion

肛周脓肿属中医学“肛痈”范畴,是肛周各个组织间隙内发生的化脓性炎症,具有起病急、发病快、病情发展迅速等特点。近几年,肛周脓肿的发病率呈上升趋势,在外科疾病其所占的比例是3%~5%,在肛肠疾病中的比例是8%~25%^[1]。此病一旦确诊需尽快行外科手术治疗,不可拘泥于抗生素保守治疗。但手术的结束并不意味着疾病的结束,术后创面的愈合也同样重要。由于肛门位置特殊,术后每日排便可增加创面感染的概率,脓肿的治疗原则是彻底切开排脓、引流通畅,肛周脓肿术后的创面一般是不缝合的,且创面较大较深,患者术后恢复过程中容易出现疼痛、创面水肿、分泌物增多等问题。因此,如何缩短创面愈合时间,提高患者术后的生活质量成为亟需解决的问题。

《疡科纲要》言“疮疡为病,发见于外,外治药物,尤为重要。”肯定了外治法在中医外科疾病治疗中的重要性。中医对肛周脓肿认识较早且较为全面,对肛痈的治疗也独具特色,尤其是在促进创面愈合方面有确切疗效。笔者将消肿促愈汤塌渍运用于肛周脓肿术后,取得满意疗效,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取2018年6月至2020年2月就诊于西安市中医医院行低位肛周脓肿根治术的120例低位肛周脓肿患者为研究对象,按照随机数字表法分为治疗组和对照组,每组各60例。治疗组男46例,女14例;年龄(37.37±10.00)岁。对照组男49例,女11例;年龄(36.47±9.18)岁。两组患者一般资料经统计学处理,差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准 符合《新编中国痔瘡学》^[2]中肛周脓肿的诊断标准,确诊为低位肛周脓肿(指位于肛提肌之下,包括肛周皮下脓肿、坐骨直肠间隙脓肿、肛管前后间隙脓肿、低位括约肌间脓肿)。

1.3 病例纳入标准 符合上述诊断标准;年龄

18~65岁;既往无肛瘘及肛周脓肿手术史,肛门功能无异常;无手术禁忌证,且自愿手术者;术后未使用影响本实验结果的其他药物;能遵嘱执行,并定期复诊者。

1.4 病例排除标准 合并有严重呼吸、血液系统疾病、内分泌紊乱、癌症肿瘤、精神病者;肛门直肠神经官能症、肛周皮肤病、性病者;妊娠期、哺乳期及月经期妇女;因外伤所致肛周脓肿;有结核或者肠道克罗恩病,影响创面愈合者;抗生素使用时间>3d,血糖难以控制或波动明显的糖尿病患者;出现药物过敏或不良反应者;不能按时治疗及复诊者。

1.5 治疗方法

1.5.1 对照组 对照组患者在手术后给予生理盐水塌渍,具体操作方法:将纱布放入温度适宜的生理盐水中浸湿,患者侧卧位双腿屈曲,将肛周创面充分暴露,护士将温度适宜的生理盐水纱布敷于创面,每次20min,期间可更换纱布,每天2次,晨起便后、晚饭后在肛门清洗干净后开始塌渍,连续使用14d^[5]。

1.5.2 治疗组 治疗组患者在手术后给予自拟消肿促愈汤塌渍,具体药物组成:马齿苋30g,侧柏叶15g,苍术15g,防风15g,枳壳15g,土茯苓30g,黄柏20g,蒲公英30g,白及15g,地榆15g。上述药物由本院煎药房煎制封袋,每袋200mL。塌渍方法:患者便后将肛周冲洗干净,取1袋药液放入盆中加入开水1L浸泡,待温度合适后,将药液倒入换药碗中,浸湿纱布,患者侧卧位,双腿屈曲,将肛周创面充分暴露,护士将温度适宜、带有药液的纱布敷于创面,患者侧卧位双腿屈曲,将肛周创面充分暴露,护士将温度适宜、带有药液的纱布敷于创面,每次20min,期间可更换纱布,每天2次,晨起便后、晚饭后在肛门清洗干净后开始塌渍,连续使用14d。

1.6 观察指标

1.6.1 炎症因子 检测两组患者治疗前后C反应蛋白(C reactive protein,CRP)和白细胞介素-6(in-

terleukin - 6 ,IL - 6) 水平变化情况。

1.6.2 创面分泌物评分标准 在药物治疗 3 d、7 d、14 d 对两组患者的创面分泌物进行评分,评分标准如下:0 分为无分泌物,敷料无浸湿;1 分为创面分泌物少量,敷料浸湿面积 < 1/3;2 分为创面分泌物适中,敷料浸湿面积 > 1/3 ~ 2/3;3 分为创面分泌物较多,敷料浸湿面积 > 2/3。

1.6.3 肉芽组织评分标准 在药物治疗 3 d、7 d、14 d 对两组患者的肉芽组织生长情况进行评分;0 分为肉芽组织生长较好,创面基本愈合;1 分为肉芽组织生长旺盛、色鲜红,创面呈颗粒状;2 分为肉芽组织生长旺盛、色淡红,创面平坦;3 分为肉芽组织生长缓慢,色灰暗,创面凹陷。其评分值越小表示愈合程度越好。

1.6.4 创面愈合时间 肉眼观察从术后第 1 天至创面完全上皮化所需要的时间。

1.7 疗效判定标准 参照《中医病证诊断疗效标准》^[3]于术后 3 周评价临床疗效。痊愈:临床症状体征完全消失,创面完全上皮化;显效:临床症状体征明显缓解,创面上皮面积缩小 ≥ 75%;好转:临床症状体征有所缓解,创面愈合情况一般,创面上皮面积缩小 25% ~ 75%;无效:临床症状体征无改善,创面无愈合。

$$\text{有效率} = (\text{痊愈} + \text{显效}) / n \times 100\%$$

1.8 统计学方法 采用 SPSS 22.0 统计软件进行数据分析,计量资料采用 *t* 检验进行检验,不符合正态分布的用校正 *t* 检验,结果以均数 ± 标准差 ($\bar{x} \pm s$) 表示,计数资料采用 χ^2 检验。*P* < 0.05 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组低位肛周脓肿患者治疗前后 CRP、IL - 6 水平比较 两组患者治疗 3 d 和治疗 7 d CRP、IL - 6 水平低于治疗前,且治疗组治疗 3 d 低于对照组治疗 3 d,差异具有统计学意义(*P* < 0.05),治疗组治疗 7 d CRP、IL - 6 水平与对照组治疗 7 d 比较,差异无统计学意义(*P* > 0.05),见表 1。

表 1 两组低位肛周脓肿患者治疗前后 CRP、

		IL - 6 水平比较 ($\bar{x} \pm s, \mu\text{g} \cdot \text{L}^{-1}$)		
组别	<i>n</i>	时间	CRP	IL - 6
对照组	60	治疗前	38.85 ± 17.28	25.36 ± 11.25
	60	治疗 3 d	23.88 ± 10.95*	17.55 ± 8.51*
	60	治疗 7 d	14.46 ± 6.09*	10.71 ± 5.37*
治疗组	60	治疗前	36.29 ± 19.28	25.05 ± 12.82
	60	治疗 3 d	21.46 ± 11.08* Δ	14.86 ± 7.23* Δ
	60	治疗 7 d	10.19 ± 5.69*	7.28 ± 3.62*

注:与本组治疗前比较,* *P* < 0.05;与对照组治疗后比较, Δ *P* < 0.05

2.2 两组低位肛周脓肿患者创面分泌物与创面肉芽组织评分比较 治疗组治疗 3 d 和治疗 7 d 的创面分泌物评分低于对照组,差异具有统计学意义(*P* < 0.05),两组患者治疗 14 d 创面分泌物评分比较,差异无统计学意义(*P* > 0.05)。治疗组治疗 3 d、治疗 7 d 和治疗 14 d 的创面肉芽组织评分低于对照组,差异具有统计学意义(*P* < 0.05),见表 2。

表 2 两组低位肛周脓肿患者创面分泌物与创面肉芽组织评分比较 ($\bar{x} \pm s, \text{分}$)

组别	<i>n</i>	时间	创面分泌物评分	创面肉芽组织评分
对照组	60	治疗 3 d	2.53 ± 0.56	2.72 ± 0.45
	60	治疗 7 d	1.83 ± 0.49	2.08 ± 0.38
	60	治疗 14 d	0.77 ± 0.50	1.22 ± 0.52
治疗组	60	治疗 3 d	2.28 ± 0.52*	2.47 ± 0.50*
	60	治疗 7 d	1.58 ± 0.49*	1.87 ± 0.38*
	60	治疗 14 d	0.88 ± 0.45	0.97 ± 0.41*

注:与对照组比较,* *P* < 0.05

2.3 两组低位肛周脓肿患者创面愈合时间比较 治疗组创面愈合时间短于对照组,差异具有统计学意义(*P* < 0.05),见表 3。

表 3 两组低位肛周脓肿患者创面愈合

		时间比较 ($\bar{x} \pm s, \text{d}$)	
组别	<i>n</i>	创面愈合时间	
对照组	60	27.28 ± 7.71	
治疗组	60	20.35 ± 5.68*	

注:与对照组比较,* *P* < 0.05

2.4 两组低位肛周脓肿患者临床疗效比较 治疗组有效率为 98.3%,对照组有效率为 88.3%,两组有效率比较,差异具有统计学意义(*P* < 0.05),见表 4。

表 4 两组低位肛周脓肿患者

		临床疗效比较				例(%)
组别	<i>n</i>	痊愈	显效	好转	无效	有效率
对照组	60	21(35.0)	32(53.3)	7(11.7)	0(0)	(88.3)
治疗组	60	33(55.0)	26(43.3)	1(1.7)	0(0)	(98.3)*

注:与对照组比较,* *P* < 0.05

3 讨论

肛痛最早出自《灵枢·痈疽》,文中曰“发于尻,名曰锐疽……发于股阴,名曰赤施。”《外证医案汇编·肛痛》云“肛痛者,即脏毒之类也,始起则为肛痛,溃后即为痔瘻。病名虽异,总不外乎醉饱入房,膏粱厚味,炙博热毒,负重奔走,劳碌不停,妇人生产努力,以上皆能气陷阻滞,湿热瘀毒下注,致生肛痛。”低位肛周脓肿的病因大体可以分为三类,即外因(风、寒、暑、湿、燥、火之邪经人体皮肤腠理入侵,致局部气血运行不畅,日久郁而化热,阳热之邪

煎灼气血,血败肉腐则成疮疡痈疽)、内因(素体本虚易感邪毒,或肺、脾、肾三脏阴血亏虚,致湿热之邪乘虚下注肛门所致)和不内外因(包括饮食不节、外伤、过度劳累、产妇用力产子)。

“脓成当以刀针决”充分体现了古人对肛周脓肿治法的态度,然而肛痛通过手术只能去其有形之病而未去其无形之因,致病的湿热火毒之邪仍留存于创面^[4-5]。《灵枢·痈疽论》曰“大热不止,热盛则肉腐,肉腐则为脓,火毒名曰痈。”腐肉和脓是由热毒所致,通过手术可祛除腐肉和脓血,但体内热毒和火毒仍存在^[6-7]。手术所用器械古人称之为金器,金器所致创面为创伤,创伤会导致瘀血、痰湿及气血运行不畅,如《外科全生集》云“脓之来也,必有气血,气血之化,必有湿也”。

肛痛术后创面存在湿、热、毒、瘀的特点,这些致病因素若不及时祛除,不仅可导致创面愈合迟缓或不良,又可致复发。

目前,对肛周脓肿的发病原因及机制比较认同的有4种^[8-9]:①感染学说:肛腺感染、肛周疾病或肛周外伤引起的感染,其中肛腺感染在脓肿的发病中扮演重要角色;②性激素学说:流行病学研究发现肛周脓肿好发于20~40岁,且男性多于女性;③免疫学说:回顾临床病例可发现血糖控制不佳的糖尿病患者、恶性肿瘤患者及长期服用激素的患者好发肛周脓肿,这些人有免疫力下降这个共性;④胚胎因素:肛周脓肿的发生与先天发育有一定关系。

创面愈合是指在致伤因子作用下造成组织缺损后,局部组织通过再生、修复、重建,进行修补的一系列病理生理过程^[10]。根据创面的损伤程度及有无感染创面愈合分为一期愈合和二期愈合,二期愈合具有以下特色:①由于坏死组织多或由于感染引起局部组织变性、坏死,炎症反应明显,只有感染被控制,坏死组织被消除,修复才能开始;②伤口大,收缩明显,伤口底部及边缘长出大量的肉芽组织才能将伤口填平;③愈合时间长,形成的瘢痕也大。肛周脓肿术后的创面愈合属于二期愈合,其术后应激性炎症反应明显、分泌物多、创面较大较深、创面的愈合时间相应也会延长^[11-13]。

本次研究所选用的炎症因子血清IL-6和CRP是检测早期炎症反应的敏感指标^[14]。促炎因子IL-6具有抗感染、刺激炎症细胞生长、促进细胞分化和加速细胞急性期蛋白合成的作用^[15]。血清IL-6的浓度在健康人体内较低,在发生炎症、感染、创伤以及一些癌症患者体内会出明显增高。研究发现,患者感染3h后血清中IL-6达到高峰,以后逐渐下降直至消失^[16-17]。因此,血清IL-6可作为判断早期炎症及感染的敏感性指标。CRP是急性时

相蛋白,在炎症反应中起着积极作用,使人体具有非特异性抵抗力。当机体受到创伤、感染等时,CRP在血液中浓度会在短时间内快速升高,通常在机体出现炎症反应6h之内,血液中的CRP就会升高,并且在24~48h,血液中的CRP浓度会达到高峰,机体在发生炎症反应的刺激下升高程度与感染轻重成正比^[18-19]。

塌渍又称湿敷法,是传统外治法之一。操作方法:将饱含药液的纱布或棉絮敷于患处局部谓之塌,将患处浸泡于药液之中谓之渍,二者组合于一起谓之塌渍疗法^[20]。如《医宗金鉴》曰“软帛叠七、八重,蘸汤勿令大干,复于疮上,两手轻按片时,帛温再换,如此再按四、五次。”塌渍原理用现代研究阐述类似于主动运动,使低浓度的渗出液流向高浓度的药液,从而使创面渗出减少或者停止渗出,促进炎症的消退^[21]。药物外用不经口服可避免首过效应和肝脏肾脏的代谢,对胃黏膜也不会产生刺激,具有适应人群广、操作便捷、价格便宜、使用安全等优点。

基于肛痛术后创面存在湿、热、毒、瘀等特点,笔者以清热燥湿、消肿止痛、收敛生肌为治疗原则,自拟消肿促愈汤塌渍,可取得满意疗效。消肿促愈汤方药中黄柏、马齿苋、土茯苓具有清热解毒、燥湿之效;蒲公英可清热解毒、消肿散结;侧柏叶消肿散毒、凉血止血;苍术、防风运脾除湿;枳壳行气止痛;白及、地榆凉血生肌。

现代药理学研究显示,马齿苋提取液对志贺菌、大肠埃希菌具有很强的抑菌作用^[22],在动物实验中发现,马齿苋多糖对小鼠腹腔巨噬细胞的吞噬率和吞噬指数有明显提升作用,可促进淋巴细胞的转化,加强免疫力^[23]。现代药理研究发现,侧柏叶提取出的挥发油对细菌生长有较好的抑制作用^[24]。苍术在抑菌消毒、抗感染等方面作用明显^[25]。防风具有抗菌、抗感染、解热镇痛、抗过敏等作用^[26]。蒲公英具有抗内毒素、加强免疫力、广谱抗菌等作用,对金黄色葡萄球菌、表皮葡萄球菌、溶血性链球菌、卡他球菌也有明显的抑制作用^[27]。秦瑞等^[28]通过对土茯苓水煎液的研究发现,土茯苓在体外抑菌方面有较强作用,在治疗湿疹伴发金黄色葡萄球菌感染方面疗效确切;殷网虎等^[29]研究发现,在抑制耐药菌生长这一方面,土茯苓相对传统抗生素更具有优势,尤其是对耐药埃希氏大肠杆菌。付小梅等^[30]通过色谱法从枳壳中黄酮类成分分离出柚皮苷,对柚皮苷用光谱解析,发现柚皮苷对金黄色葡萄球菌、大肠杆菌、痢疾和伤寒杆菌有显著抑制作用。张莉^[31]通过对黄柏及其复方提取物研究发现,黄柏及其复方提取物对大肠杆菌的抑制效果较好,且其复方制剂抑菌谱更广。野菊花在体外对金黄色葡萄球菌、大肠

杆菌、白喉杆菌、结核杆菌及白色念珠菌等有明显抑制作用^[32]；同时还有研究发现，野菊花对因异性蛋白引起的炎症反应效果较好，其挥发油对化学性致炎因子引起的炎症反应效果较好^[33]。黎笑兰等^[34]研究中发现，对溃疡性结肠炎大鼠进行白及多糖灌胃，结果显示，白及多糖通过抑制大鼠炎症反应及氧化应激抑制可降低溃疡性结肠炎大鼠血清 IL-1 β 、IL-10、肿瘤坏死因子 α 及结肠组织中 mRNA 表达水平。地榆具有抗炎、抗菌、抗衰老、抗肿瘤、止血等作用，刘维等^[35]在研究地榆对子宫内膜癌细胞凋亡及炎症因子表达的影响中发现，地榆能促进子宫内膜癌细胞凋亡，抑制炎症因子 IL-1 β 、IL-8 和肿瘤坏死因子 α 的分泌。

综上所述，消肿促愈汤塌渍可降低低位肛周脓肿患者术后血清炎症因子水平、减少创面分泌物、加快创面肉芽组织生长，从而促进创面愈合，缩短创面愈合时间。

参考文献：

[1] 孟庆安. 金黄膏治疗肛周脓肿术后肿痛的临床疗效观察[D]. 长春: 长春中医药大学, 2019.

[2] 曹吉勋. 新编中国痔瘡学[M]. 成都: 四川科学技术出版社, 2015.

[3] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[S]. 南京: 南京大学出版社, 1995: 128.

[4] 蔡雨琴, 沙静涛. 消肿促愈汤坐浴对于肛瘻术后恢复影响的临床观察[J]. 全科口腔医学电子杂志, 2018, 5(32): 69-70.

[5] 刘霄. 乳没止痛膏治疗混合痔术后疼痛等相关并发症的临床研究[D]. 济南: 山东中医药大学, 2011.

[6] 韩晔, 陆宏, 杨巍. 湿敷方局部外敷治疗肛瘻术后并发症的疗效观察[J]. 上海中医药大学学报, 2014, 28(5): 42-45.

[7] 陈洁. 口服透明质酸对关节炎治疗作用的研究[D]. 上海: 上海海洋大学, 2013.

[8] 白莉, 甘从康, 陈云华. 重组人表皮生长因子对高位肛周脓肿患者术后疼痛程度及创面恢复的影响[J]. 医学综述, 2016, 22(13): 2702-2704.

[9] 陈稳, 陈逸飞, 王明祥. 重组人酸性成纤维细胞生长因子治疗肛瘻术后创面的随机对照试验[J]. 中国药师, 2014, 17(6): 975-977.

[10] 方征宇, 潘志芸, 李乾元, 等. 清热活血法对肛周脓肿术后创面愈合的影响[J]. 中华全科医学, 2017, 15(6): 1037-1039.

[11] 林琛钦. 多切口浮线引流术治疗肛周多间隙脓肿术后浮线拆除时间对疗效影响的临床观察[D]. 成都: 成都中医药大学, 2013.

[12] 李鼎宁. 硝黄洗剂治疗热毒炽盛型肛周脓肿术后创面愈合的临床疗效观察[D]. 福州: 福建中医药大学, 2019.

[13] 马丽群. 槟榔散促进低位肛周脓肿术后创面愈合的临床疗效观察[D]. 成都: 成都中医药大学, 2015.

[14] 祝国华, 刘文炜. 洁悠神辅助治疗四肢各类创面 69 例疗效观察[J]. 皮肤病与性病, 2012, 34(3): 160, 177.

[15] 黄玉芳. 病理学[M]. 3版. 北京: 中国中医药出版社, 2012.

[16] 胡婧, 郝鹏飞, 贝丹丹. 外周血 IL-6 对新生儿脓毒症诊断价值的 Meta 分析[J]. 中国当代儿科杂志, 2015, 17(11): 1176-1182.

[17] 李自华, 胡振, 方玉蓉, 等. CD64、CRP、IL-6 在儿科感染性疾病中的诊断价值分析[J]. 中华肺部疾病杂志(电子版), 2012, 5(1): 50-53.

[18] 瞿斐, 杨爱平, 刘军, 等. 降钙素原与 C 反应蛋白在新生儿社区获得性肺炎中的应用价值[J]. 中国妇幼保健, 2014, 29(26): 4259-4261.

[19] 倪春华, 吐尔逊江, 杨超, 等. 血清降钙素原和 C 反应蛋白联合检测在慢性阻塞性肺疾病患者感染中的临床研究[J]. 中国血液流变学杂志, 2014, 4(4): 520-522, 546.

[20] 任盛静, 郝德. 中药塌渍法研究概述[J]. 中医学报, 2017, 32(10): 1895-1897.

[21] 高小健. 清热祛湿止痒汤治疗婴儿湿疹 36 例临床分析[J]. 现代诊断与治疗, 2012, 23(5): 613.

[22] 陈万平. 马齿苋提取液体外抑菌作用的实验研究[J]. 时珍国医国药, 2007, 18(9): 2205-2206.

[23] 卢新华, 何军山, 朱湘忠. 马齿苋多糖对小鼠免疫功能影响的研究[J]. 中药药理与临床, 2006, 22(21): 89-90.

[24] 公衍玲, 金宏, 王宏波. 侧柏叶挥发油提取工艺及其抑菌活性研究[J]. 化学与生物工程, 2009, 26(2): 36-38.

[25] 赵子剑, 肖胜男, 赵永新, 等. 苍术药理作用的文献再评价[J]. 中国医院药学杂志, 2011, 31(7): 607-609.

[26] 高咏莉. 生药防风的化学成分与药理作用研究进展[J]. 山西医科大学学报, 2004, 35(2): 216-218.

[27] 吴艳玲, 朴惠善. 蒲公英的药理研究进展[J]. 时珍国医国药, 2004, 15(8): 519-520.

[28] 秦瑞, 吴达荣. 粤东土茯苓水煎液体外抑菌效应试验[J]. 现代医药卫生, 2006, 22(7): 1039-1040.

[29] 殷国虎, 史亚祥, 胡建慧, 等. 土茯苓配方颗粒对产 ESBLs 大肠埃希氏菌的抗菌作用研究[J]. 江苏中医药, 2012, 44(7): 72-73.

[30] 付小梅, 吴志瑰, 褚小兰, 等. 枳壳中黄酮类成分的研究[J]. 中药材, 2006, 29(11): 1187-1188.

[31] 张莉. 白头翁、黄柏及其复方提取物对小鼠腹泻的防治作用及安全性[D]. 杭州: 浙江大学, 2010.

[32] 胡浩斌, 郝旭东. 子午岭野菊花挥发油的化学成分及抑菌活性[J]. 新疆大学学报(自然科学版), 2005, 22(3): 295-298.

[33] 王志刚, 任爱农, 许立, 等. 野菊花抗炎和免疫作用的实验研究[J]. 中国中医药科技, 2000, 7(2): 92-93.

[34] 黎笑兰, 张新广, 尹少萍. 白芨多糖抑制溃疡性结肠炎大鼠炎症反应与氧化应激[J]. 基础医学与临床, 2020, 40(2): 224-228.

[35] 刘维, 杨誉佳, 袁利. 地榆对子宫内膜癌细胞凋亡及炎症因子表达的影响[J]. 中国老年学杂志, 2019, 39(18): 4547-4551.

收稿日期: 2021-02-13

作者简介: 沙静涛(1967-), 女, 吉林榆树人, 医学学士, 主任医师。

(编辑: 倪婷婷)