

研究设置了严格入选标准及排除标准,但未针对同一孕妇做动态比较,因此不能排除组间差异对最终结果的影响。内科标准心力衰竭参考值以 $\text{BNP} \geq 400 \text{ pg/mL}$ 为慢性心力衰竭。在双胎妊娠产后第 1 天平均值就高于 400 pg/mL ,但本研究未对所有入组孕产妇进行心脏超声的动态随访。

较多的因素会对 BNP 水平产生影响,例如年龄、体质量指数、合并疾病及遗传因素等^[12-13]。有研究显示,肥胖者的 BNP 水平明显低于非肥胖者,子痫前期及肥胖是影响双胎妊娠孕产妇血清 BNP 水平的高危因素^[14-15]。本研究排除了子痫前期孕妇,缺失 BMI 数据,没有分析 BNP 水平与 BMI 的相关性,是本研究的不足之处,后期将对此进行深入研究。

参考文献

[1] 孙菲,孙博,丛娟. 超声心动图评估子痫前期患者心脏功能研究进展[J]. 中国介入影像与治疗学,2020,17(3):185-188.

[2] 边亚男,张婷. N 端 B 型脑钠肽前体对慢性心力衰竭患者心功能预测价值研究[J]. 临床军医杂志,2020,48(3):338-339.

[3] 徐静,王冬雪,王列,等. 血清脑钠肽、肌钙蛋白 I 水平对妊娠合并心脏病患者母婴不良结局的预测价值[J]. 中国计划生育学杂志,2020,28(4):515-518,523.

[4] 刘婧,周进,唐瑶,等. 双胎与单胎妊娠孕晚期、产时和产后血清脑钠肽(BNP)水平差异[J]. 复旦学报(医学版),2020,47(4):587-590.

[5] 解英明,张卫社,黄靖锐,等. 妊娠合并肺动脉高压的妊娠结局及相关影响因素分析[J]. 现代妇产科进展,2019,28(8):608-613.

[6] 张温,刘宏健,李宝,等. 子痫前期孕妇的血清 BNP、sFlt-1、NO 水平及其与病情变化的相关性研究[J]. 国际检验医学杂志,2018,39(12):1473-1475.

[7] 杨曼春. 妊高征性心力衰竭患者血浆脑钠肽的检测及临床意义[J]. 实用医药杂志,2010,27(9):798.

[8] 丁岚,刘影,白传明,等. 不同分期妊娠期高血压疾病患者左心房与左心室舒张功能评价[J]. 河北医药,2018,40(1):120-123.

[9] SALOUX E, GAUTHIER M, BUKLAS D, et al. Direct measurement of cardiac stiffness using echocardiographic shearwave imaging during open-chest surgery: a pilot study in human[J]. Echocardiography,2020,37(5):722-731.

[10] STOJANOVIC D, MITIC V, STOJANOVIC M, et al. The partnership between renalase and ejection fraction as a risk factor for increased cardiac remodeling biomarkers in chronic heart failure patients[J]. Curr Med Res Opin,2020,36(6):909-919.

[11] VASQUEZ N, CARTER S, GRODIN J L. Angiotensin receptor-neprilysin inhibitors and the natriuretic peptide axis[J]. Curr Heart Fail Rep,2020,17(3):67-76.

[12] 计鸣良,戚庆伟,汤萍萍,等. 围产期心肌病诊治分析[J]. 生殖医学杂志,2016,25(3):199-204.

[13] 王正中,张兴平,何艺,等. 围生期心肌病血浆脑钠肽的动态变化及诊断价值[J]. 临床荟萃,2014,29(2):186-188.

[14] 韦兴高,韦海春,蒋瑜采. 脑钠肽在孕产妇中的应用价值[J/CD]. 临床检验杂志(电子版),2020,9(1):221-222.

[15] 陈善,周浩. 不同 NYHA 分级妊娠期高血压疾病患者正常血浆 BNP 变化及其与心功能关系的研究[J]. 中国妇幼保健,2020,35(7):1210-1213.

(收稿日期:2020-09-07 修回日期:2021-01-21)

• 临床探讨 • DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2021.08.026

益气补肾固冲汤对气虚血瘀型崩漏患者的临床疗效及对患者子宫内膜与性激素的影响

张俊莉

陕西省西安经开妇幼医院中医科,陕西西安 710016

摘要:目的 探讨益气补肾固冲汤治疗气虚血瘀型崩漏患者的效果。方法 100 例气虚血瘀型崩漏患者分为对照组和观察组,每组 50 例。对照组采用西医雌、孕激素序贯疗法,观察组采用中医辨证疗法指导下的益气补肾固冲汤治疗。比较两组临床疗效、子宫内膜厚度和血红蛋白水平,以及卵泡刺激素(FSH)、黄体生成素(LH)、雌二醇(E2)、孕酮(P)水平。结果 观察组治疗总有效率为 96.00%,明显高于对照组的 84.00% ($P < 0.05$)。观察组治疗后子宫内膜厚度低于治疗前和对照组,血红蛋白水平高于治疗前和对照组,差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)。观察组治疗后 FSH、LH、E2 和 P 水平均低于治疗前和对照组 ($P < 0.05$)。结论 益气补肾固冲汤对气虚血瘀型崩漏患者疗效确切,可改善子宫内膜厚度和血清血红蛋白水平,调节各主要性激素水平。

关键词:崩漏; 益气补肾固冲汤; 子宫内膜; 性激素

中图法分类号:R446.1

文献标志码:A

文章编号:1672-9455(2021)08-1121-04

崩漏属中医病名,相当于西医无排卵性功能性子官出血,指的是月经的周期、经期、经量发生严重失常

的综合征^[1]。气虚血瘀型崩漏是崩漏的常见中医分型,主要证候为经血非时而下,量多或少,淋漓不净,

或停闭数月又突然崩中,继而漏下,经色黯、有血块^[2]。西医药物治疗是治疗崩漏的主要方案,通常给予患者雌、孕激素类序贯疗法,即人工周期疗法,为模拟自然月经周期中卵巢的内分泌变化,将雌、孕激素序贯应用,使子宫内膜发生相应变化,引起周期性脱落,但连续的激素治疗对卵巢的刺激太大,并且可引发不良反应。中医对于气虚血瘀型崩漏的治疗,坚持辨证疗法,根据主要证候给予相应的治疗措施。益气补肾固冲汤具有补肾益气、活血祛瘀、固冲止血的功效,可有效止血的同时,抓住病根实现根治,能够最大限度降低复发的可能^[3]。本研究将本院 2019 年 1—12 月收治的 100 例气虚血瘀型崩漏患者作为研究对象展开分析。现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2019 年 1—12 月在西安经开妇幼医院接受治疗的气虚血瘀型崩漏患者 100 例作为研究对象。本研究经医院伦理委员会批准。纳入标准:(1)符合《妇产科学》^[4]关于无排卵性功能性子官出血的诊断标准;(2)符合《证候类中药新药临床研究指导原则》^[5]关于崩漏的诊断标准,分型为气虚血瘀型;(3)精神和认知均正常,可完成基本交流与沟通;(4)近 1 个月未使用免疫抑制剂、激素类药物;(5)自愿参与研究,签署知情同意书。排除标准:(1)合并严重器质功能性病变(如心、肝、肾等);(2)伴有脑血管、内分泌系统、血液系统疾病;(3)盆腔脏器功能性严重障碍;(4)尿妊娠试验阳性者,哺乳期女性;(5)对本次研究所使用的药物过敏。

按数字随机表法对患者分组,其中对照组 50 例,观察组 50 例。对照组患者年龄 23~59 岁,平均(41.45±0.53)岁;病程 0.2~2 年,平均(0.97±0.12)年;出血量 100~120 mL,平均(110.02±2.14) mL。观察组患者年龄 24~57 岁,平均(41.52±0.50)岁;病程 0.2~2 年,平均(0.95±0.11)年;出血量 100~120 mL,平均(110.20±2.16) mL。两组患者年龄、病程、出血量比较,差异均无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 方法

1.2.1 对照组治疗 采用西医雌、孕激素序贯疗法:口服炔雌醇片(上海信谊天平药业有限公司,国药准字 H31020977)0.5 mg,于出血第 5 天起,每晚 1 次,连续用药 20 d,至服药第 11 天开始,每天增加口服地屈孕酮片[Abbott Biologicals B. V. (荷兰),H20170221]10 mg,每天 2 次,两药同时用完,停药后 3~7 d 出血。于出血第 5 天重复用药。连续使用 3 个周期。

1.2.2 观察组治疗 采用益气补肾固冲汤辨证加减治疗。药方组成:山萸肉 30 g,党参 20 g,黄芪 20 g,海螵蛸 15 g,生白芍 15 g,熟地 15 g,阿胶 10 g,续断 10 g,黄芩 5 g,炙甘草 5 g。腰膝酸软,加菟丝子和杜仲炭各 10 g;潮热盗汗者,加龟甲、女贞子各 10 g;血热者,加生地、丹皮各 10 g。水煎取 400 mL,每天 1

剂,分早晚 2 次服用。连续使用 3 个月。

1.2.3 疗效判定 根据《证候类中药新药临床研究指导原则》^[5]对止血效果进行判定。(1)治愈:3~5 d 出血停止,自觉症状基本消失,经量恢复正常(<80 mL);(2)显效:6~10 d 出血停止,自觉症状明显改善,经量 <100 mL;(3)有效:10 d 以上出血停止,自觉症状有所缓解,月经周期、经量均有所改善;(4)无效:治疗后出血未停止,自觉症状甚至加重,月经周期、经量均无变化。总有效率=(治愈例数+显效例数+有效例数)/总例数 $\times 100\%$ 。

1.2.4 检测指标 (1)采用彩色多普勒超声对治疗前和疗程结束即刻的子宫内膜厚度(纵切面测量子宫中央线样或条索状中强回声的前后缘距离)进行测定。(2)检测治疗前后的血红蛋白和卵泡刺激素(FSH)、黄体生成素(LH)、雌二醇(E2)、孕酮(P)水平。于清晨空腹状态下,采集患者静脉血 5 mL 于 EDTA 抗凝管中,3 000 r/min 离心处理 10 min,静置 15 min 后,分离血清,-30 ℃保存待检。采用放射免疫比浊法进行检测,使用仪器为全自动生化分析仪(F800,美国贝克曼公司),试剂盒均为其配套试剂盒。

1.3 统计学处理 采用 SPSS23.0 软件处理。正态分布的计量资料以 $\bar{x}\pm s$ 表示,组间比较采用 t 检验;计数资料采用例数或百分率表示,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 两组临床疗效比较 观察组治疗总有效率为 96.00%,明显高于对照组的 84.00%,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组临床疗效的比较[$n=50, n(\%)$]					
组别	无效	有效	显效	治愈	总有效率
对照组	8(16.00)	12(24.00)	20(40.00)	10(20.00)	42(84.00)
观察组	2(4.00)	5(10.00)	22(44.00)	21(42.00)	48(96.00)
χ^2	4.000				
P	0.046				

2.2 两组子宫内膜厚度和血红蛋白水平的比较 治疗前,两组子宫内膜厚度和血红蛋白水平相比较,差异无统计学意义($P>0.05$);治疗后两组子宫内膜厚度均低于治疗前,且观察组低于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$);治疗后两组血红蛋白水平均高于治疗前,且观察组高于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$)。见表 2。

表 2 两组子宫内膜厚度和血红蛋白水平比较 ($n=50, \bar{x}\pm s$)				
组别	子宫内膜厚度(cm)		血红蛋白(g/L)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	1.34±0.21	0.90±0.16*	76.89±8.34	82.03±9.87*
观察组	1.36±0.22	0.81±0.12*	77.18±8.40	87.65±10.46*
t	0.465	3.182	0.173	2.763
P	0.643	0.002	0.863	0.007

注:与组内治疗前比较,* $P<0.05$ 。

2.3 两组各项性激素水平的比较 治疗前,两组 FSH、LH、E2 和 P 水平差异无统计学意义($P>0.05$);治疗后,两组 FSH、LH、E2 和 P 水平均低于治

疗前,且观察组均低于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$)。见表 3。

表 3 两组各项性激素水平的比较($n=50,\bar{x}\pm s$)

组别	FSH(IU/L)		LH(IU/L)		E2(nmol/L)		P(pmol/L)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	10.32±2.14	6.52±1.20 [*]	8.70±1.35	6.82±1.03 [*]	385.64±32.41	264.59±24.17 [*]	12.06±2.57	8.74±1.63 [*]
观察组	10.38±2.16	5.16±1.07 [*]	8.67±1.34	5.18±0.95 [*]	386.70±33.02	191.75±18.07 [*]	12.10±2.58	6.48±1.21 [*]
<i>t</i>	0.140	5.951	0.112	8.276	0.162	17.067	0.078	7.872
<i>P</i>	0.889	<0.001	0.911	<0.001	0.872	<0.001	0.938	<0.001

注:与组内治疗前比较,^{*} $P<0.05$ 。

3 讨 论

中医学近年来对崩漏的研究日益加深,对该病的了解也不断深入,认为该病病因主要是肾-天癸-冲任-胞宫轴的严重失调,冲任损伤,不能制约经血,使子宫藏泄失常^[6-7]。气虚血瘀型是崩漏的主要辨证分型之一,中医认为导致该分型的主要病机为七情内伤,气滞血瘀,或灼热、寒凝、虚滞致瘀;或经期、产后余血未净而合阴阳,内生淤血,或崩漏日久,离经之血为瘀^[8]。因此,在治疗的过程中,应坚持活血祛瘀、固冲止血的原则。中医治疗本病溯源悠久,将辨病和辨证相结合,注重整体功能的平衡调理,纵观古今文献记载,中医在治疗出血期崩漏方面有丰富的经验和一定的疗效^[9]。中医疗法在改善患者临床全身症状和减少远期不良反应方面较西医有明显优势。益气补肾固冲汤出自清代张锡纯编著的《医学衷中参西录》,加减治疗脾气虚型崩漏,有较好的临床疗效。

本研究结果显示,观察组治疗总有效率高于对照组($P<0.05$),说明了在中医辨证疗法的指导下,益气补肾固冲汤治疗气虚血瘀型崩漏,效果要优于常规性西医药物治疗,体现了中医疗法的优势。气虚血瘀型崩漏的发生,会给女性机体的生殖系统和血清学指标带来较大的变化,子宫内膜厚度增加及血红蛋白水平下降便是两种常见的变化^[9]。本研究结果显示,相对于治疗后的对照组子宫内膜厚度,观察组明显更低($P<0.05$),表明了益气补肾固冲汤对子宫内膜厚度的降低效果更加理想。在血红蛋白水平方面,其水平越高表明崩漏的治疗效果越好,尽管对照组和观察组治疗后均高于治疗前,但观察组高于对照组($P<0.05$),表明相较于西医药物治疗,中医益气补肾固冲汤治疗对血红蛋白水平的改善效果更佳,更有利于血红蛋白恢复正常水平。在性激素主要指标方面,FSH、LH、E2 和 P 均为常见的性激素指标。从治疗前后的水平变化来看,治疗后两组 FSH、LH、E2 和 P 均低于对照组,说明了两种治疗方式均可促进其改善,而观察组治疗后的 FSH、LH、E2 和 P 水平均低于对照组($P<0.05$),提示益气补肾固冲汤能够有效降低上述性激素水平,且效果优于常规西医药物治疗。

究其原因,益气补肾固冲汤方中,生白芍、阿胶、续断等为主药,可快速止血;山萸肉、党参等为君药,可益气、补肾、健脾;海螵蛸、黄芩等为臣药,具有止血、祛瘀之功效;诸药合用,可共奏活血祛瘀、固冲止血、补肾益气之功^[10]。全方补气固冲以治本,收涩止血以治标^[11]。血止后,按照周期调经,调整和巩固月经周期,防止其复发,充分体现了塞流、澄源、复旧治崩三法在临床上的应用^[12]。

综上所述,采用中医益气补肾固冲汤治疗气虚血瘀型崩漏效果显著,可降低子宫内膜的厚度,改善血红蛋白水平,调节主要性激素指标水平。

参考文献

[1] 相宏杰,刘桂荣.陈自明治崩漏的经验及其临床应用[J].世界中西医结合杂志,2017,12(7):35-37.

[2] 吴媛媛,志娟,李芳艳,等.桂罗氏参补汤治疗出血期气虚血瘀型崩漏的临床疗效[J].广西医学,2018,40(24):18-20.

[3] 陈琳,王冬梅,杨风林.去氧孕烯炔雌醇片对青春期功能失调性子宫出血患者血清促卵泡生成素,黄体生成素,雌激素水平的影响[J].贵州医药,2019,43(12):1924-1925.

[4] 王泽华.妇产科学[M].5版.北京:人民卫生出版社,2015:330-336.

[5] 黄蓓.《证候类中药新药临床研究技术指导原则》发布[J].中医药管理杂志,2018,26(21):107.

[6] 李景花.加味固冲汤治疗无排卵型功能失调性子宫出血(气虚血瘀证)患者的临床疗效[J].医疗装备,2020,33(4):59-60.

[7] 郑琪雯,施英.去氧孕烯炔雌醇片和炔诺酮片治疗无排卵性功能失调性子宫出血的效果比较[J].中国妇幼保健,2017,32(21):5369-5371.

[8] 刘燕.致康胶囊联合戊酸雌二醇治疗青春期功能失调性子宫出血的疗效观察[J].现代药物与临床,2019,34(7):2087-2092.

[9] 杨秀芳,李清雪,朱希慧,等.补肾固冲调经系列方治疗脾肾两虚型无排卵性功能失调性子宫出血近期和远期疗效及对凝血功能安全性的观察[J].中国妇幼保健,2017,32(2):236-238.

[10] 刘伟平,滕秀香,刘慧兰.补肾调周法治疗青春期功能失调性子宫出血肾阴虚证的临床观察[J].中国临床医生,

2017,45(6):114-116.

则[J]. 中医临床研究, 2017,9(6):23-24.

[11] 严杏,于杰,卢巧毅. 补肾固冲汤治疗黄体期出血的疗效

观察[J]. 内蒙古中医药, 2019,38(7):65-66.

(收稿日期:2020-05-27 修回日期:2021-01-25)

[12] 刘晓琳,王翠霞. 中医辨证治疗崩漏伴缺铁性贫血医案一

• 临床探讨 • DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2021.08.027

2017—2019 年重庆某院儿童呼吸道病原体感染流行特征分析

魏红璐¹,刘润宁²,袁红霞¹,李彦黎^{1△}

重庆市第五人民医院:1. 检验科;2. 儿童预防保健科,重庆 400062

摘要:目的 了解重庆市南岸区某医院儿童呼吸道感染病原体的分布情况,为呼吸道感染的预防和治疗提供理论依据。方法 收集 2017 年 1 月至 2019 年 12 月在该院儿科就诊的呼吸道感染患儿 3 980 例,采用间接免疫荧光法(IFA)检测常见 9 种病原体的免疫球蛋白 M(IgM),分析其流行特征。结果 (1)有 2 095 例(52.64%)至少有 1 种病原体抗体呈阳性,其中肺炎支原体(MP)是主要病原体,乙型流感病毒(IFVB)、副流感病毒(PIVs)和呼吸道合胞病毒(RSV)分别排在第 2~4 位。(2)RSV 在春季检出率最高,MP、PIVs、IFVA、IFVB 在夏季检出率最高。(3)MP、PIVs、IFVB 检出率以及合并感染率和整体感染率与性别有关($P<0.05$),女性高于男性。(4)幼儿组合并感染率最高($P<0.05$),学龄前儿童组整体检出率最高($P<0.05$);RSV 在婴儿组检出率最高($P<0.05$),MP、PIVs、腺病毒(ADV)、IFVB 在幼儿组检出率最高($P<0.05$)。(4)PIVs、IFVA、ADV 及 IFVB 合并感染率高于单独感染率($P<0.05$),MP、RSV、LP1 单独感染率高于合并感染率($P<0.05$),最易发生合并感染的是 IFVB,占 IFVB 感染的 66.7%。结论 引起呼吸道感染的主要病原体为 MP、IFVB、PIVs 和 RSV,一些病原体与季节、性别和年龄有关,MP 是这 9 种病原体中最主要的病原体。通过 IFA 检测可了解呼吸道感染的流行病学特点和发病率,为临床诊断和治疗提供参考。

关键词:呼吸道病原体; 间接免疫荧光法; 儿童**中图法分类号:**R446.69**文献标志码:**A**文章编号:**1672-9455(2021)08-1124-04

呼吸道感染性疾病是儿童期患病率和病死率均高的疾病之一。根据世界卫生组织的数据,5 岁以下儿童急性呼吸道感染主要是由于病毒,最常见的就有呼吸道合胞病毒(RSV)、副流感病毒(PIVs)、甲型流感病毒(IFVA)和乙型流感病毒(IFVB)。原发性的病毒感染可继发细菌感染,这就导致病情演变的复杂性和预后转归的多样性,所以越早发现呼吸道感染的病原体越重要,为后续的病情评估和治疗提供依据。本研究回顾性分析了 2017—2019 年在本院儿科就诊的呼吸道感染患儿的标本,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2017 年 1 月至 2019 年 12 月在本院儿科就诊的呼吸道感染患儿 3 980 例,其中男 2 289 例,女 1 691 例;春季 973 例,夏季 876 例,秋季 948 例,冬季 1 183 例;按年龄分为婴儿组(≤ 1 岁),幼儿组($>1\sim 3$ 岁),学龄前儿童组($>3\sim 6$ 岁)和学龄儿童组(>6 岁)。

1.2 仪器与试剂 Olympus BX53 荧光显微镜,西班牙 VIR-CELL 公司的荧光免疫分析试剂盒,可检测 9 种病原体的 IgM,9 种病原体分别为肺炎支原体

(MP)、肺炎衣原体(CPn)、RSV、嗜肺军团 1 型(LP1)、Q 热立克次体(QFR)、PIVs、IFVA、IFVB 和腺病毒(ADV)。

1.3 方法

1.3.1 检测方法 抽取所有患儿静脉血 4 mL,2 h 内分离血清,采用间接免疫荧光法(IFA)进行检测,试验操作严格按照试剂说明进行,每一次试验都设立阳性和阴性对照,以确认试验和试剂盒的有效性。

1.3.2 结果判断 阳性:RSV、IFVA、IFVB、PIVs、ADV 的整个包被孔中有 1%~15% 细胞的细胞核、胞质或包膜出现苹果绿色荧光,LP1、MP、QFR 中所有的菌体出现苹果绿色荧光,CPn 出现细胞外围苹果绿色荧光;阴性:LP1、CP、QFR、MP、ADV、INFA、INFB、RSV、PIVs 细胞呈现红色。

1.4 统计学处理 采用 SPSS 24.0 对数据进行统计分析,计数资料以例数或百分率表示,组间比较采用 χ^2 检验,若不满足 χ^2 检验条件,采用 Fisher 确切概率法,以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 病原体检出情况 2017—2019 年共检测 3 980

△ 通信作者, E-mail: mulyl@163.com。