

射液中医疗法改善重度子痫前期患者病情严重程度的临床研究[J]. 海南医学院学报, 2016, 22(4): 357-360.

[12] Yue S, Zhou H M, Zhu J J, *et al.* Hyperglycemia and liver ischemia reperfusion injury: a role for the advanced glycation end-product and its receptor pathway[J]. *Am J Transplant*, 2015, 15(11): 2877-2887.

[13] Martin E, Ray P D, Smeester L, *et al.* Epigenetics and pre-eclampsia: defining functional epimutations in the preeclamptic placenta related to the TGF- β pathway[J]. *PLoS One*, 2015, 10(10): e0141294.

[14] Palmer K R, Tong S, Kaitu' u-Lino T J. Placental-specific sFLT-1: role in pre-eclamptic pathophysiology and its translational possibilities for clinical prediction and diagnosis[J]. *Mol Hum Reprod*, 2017, 23(2): 69-78.

[15] 许浪萍, 潘群玉, 陈艳丹. 加味杞菊地黄汤辨治妊娠期高血压-子痫前期对妊娠结局的影响[J]. 中国实验方剂学杂志, 2018, 24(9): 196-201.

[16] 李雪艳, 于 松. 血清胱抑素 C 在妊娠期高血压疾病中的临床价值[J]. 中国妇产科临床杂志, 2017, 18(3): 209-211.

薏苡附子败酱散联合美沙拉嗪对溃疡性结肠炎患者的临床疗效

张双喜¹, 宋晓锋², 张相安¹, 安永康¹
(1. 河南中医药大学第一附属医院, 河南 郑州 450000; 2. 许昌市中心医院, 河南 许昌 461000)

摘要: **目的** 探讨薏苡附子败酱散联合美沙拉嗪对溃疡性结肠炎患者的临床疗效。**方法** 106 例患者随机分为对照组和观察组, 每组 53 例, 对照组给予美沙拉嗪, 观察组在对照组基础上加用薏苡附子败酱散, 疗程 4 周。然后, 检测临床疗效、炎症因子 [肿瘤坏死因子- α (TNF- α)、白介素-6 (IL-6)、白介素-8 (IL-8)]、肠道菌群 (大肠杆菌、肠球菌、乳酸杆菌、双歧杆菌)、炎症性肠病生存质量问卷 (IBDQ) 评分变化。**结果** 观察组总有效率显著高于对照组 ($P<0.05$)。治疗后, 2 组炎症因子水平显著降低 ($P<0.05$), IBDQ 评分显著升高 ($P<0.05$), 以观察组更明显 ($P<0.05$); 观察组双歧杆菌、乳酸杆菌数量显著增加 ($P<0.05$), 大肠杆菌、肠球菌数量显著减少 ($P<0.05$)。2 组不良反应少而轻微。**结论** 薏苡附子败酱散联合美沙拉嗪能下调溃疡性结肠炎患者血清炎症因子水平, 纠正肠道菌群失调, 提高生活质量, 耐受性良好。

关键词: 薏苡附子败酱散; 美沙拉嗪; 溃疡性结肠炎
中图分类号: R287 **文献标志码:** A **文章编号:** 1001-1528(2019)11-2642-05
doi:10.3969/j.issn.1001-1528.2019.11.017

Clinical effects of Yiyi Fuzi Baijiang Powder combined with mesalazine on patients with ulcerative colitis

ZHANG Shuang-xi¹, SONG Xiao-feng², ZHANG Xiang-an¹, AN Yong-kang¹
(1. The First Affiliated Hospital of Henan University of Chinese Medicine, Zhengzhou 450000, China; 2. Xuchang Central Hospital, Xuchang 461000, China)

ABSTRACT: **AIM** To explore the clinical effects of Yiyi Fuzi Baijiang Powder combined with mesalazine on patients with ulcerative colitis. **METHODS** One hundred and six patients were randomly assigned into control group (53 cases) for 4-week administration of mesalazine, and observation group (53 cases) for 4-week administration of both Yiyi Fuzi Baijiang Powder and mesalazine. Subsequently, the changes in clinical efficacy, inflammatory factors [tumor necrosis factor- α (TNF- α), interleukin-6 (IL-6), interleukin-8 (IL-8)], intestinal flora (*Escherichia coli*, *Enterococcus*, *Lactobacillus*, bifidobacteria) and inflammatory bowel disease questionnaire (IBDQ) score were

收稿日期: 2019-01-31
基金项目: 河南省中医管理局科学研究专项项目 (2017ZY2058); 河南省中医药科学研究专项课题 (2018ZY2083)
作者简介: 张双喜 (1979—), 男, 博士, 副主任医师, 从事中医肛肠疾病研究。Tel: (0371) 66200302, E-mail: doctor6019@sina.com

detected. **RESULTS** The observation group demonstrated significantly higher total effective rate than the control group ($P<0.05$). After the treatment, the two groups displayed markedly reduced inflammatory factor levels ($P<0.05$) and elevated IBDQ score ($P<0.05$), especially for the observation group ($P<0.05$), and the observation group exhibited obviously increased bifidobacteria, *Lactobacillus* counts ($P<0.05$) and decreased *Escherichia coli*, *Enterococcus* counts ($P<0.05$). Few and slight adverse reactions were found in the two groups. **CONCLUSION** For the patients with ulcerative colitis, Yiyi Fuzi Baijiang Powder combined with mesalazine can down-regulate serum inflammatory factor levels, correct intestinal flora imbalance and improve life quality with good tolerance. **KEY WORDS:** Yiyi Fuzi Baijiang Powder; mesalazine; ulcerative colitis

溃疡性结肠炎是局限于黏膜与黏膜下层的炎症病变，临床主要表现为腹痛、腹泻、里急后重感、黏液脓血便等^[1-2]，近年来由于饮食结构改变、生活节奏加快、环境污染等因素，其发病率有明显升高的趋势，由于它属于结肠癌前病变，故积极给予有效治疗显得尤为重要^[3]。目前，西医治疗溃疡性结肠炎以柳氮磺胺吡啶水杨酸制剂等为主，但长期疗效并不理想，停药后易复发。

薏苡附子败酱散出自《金匱要略》，具有健脾利湿、破血排脓的功效^[4]，目前该方及其加减方被广泛应用于溃疡性结肠炎治疗中。为了进一步探讨薏苡附子败酱散在溃疡性结肠炎患者中的应用价值，以及对炎症因子、肠道菌群、生活质量的影响，本研究考察其联合美沙拉嗪的临床疗效，现报道如下。

表 1 2 组一般资料比较 ($\bar{x}\pm s$, $n=53$)

Tab. 1 Comparison of general data between the two groups ($\bar{x}\pm s$, $n=53$)

组别	[性别(男/女)]/ 例	年龄/岁	病程/年	病情程度/例		病变部位/例		
				轻度	中度	左半结肠	右半结肠	全结肠
观察组	27/26	42.7±6.3	3.6±1.2	21	32	32	12	9
对照组	29/24	41.4±6.0	3.3±1.7	24	29	34	12	7

1.2 诊断标准

1.2.1 西医 符合 2011 年《溃疡性结肠炎中西医结合诊疗指南（草案）》^[5]中相关诊断标准，根据临床表现、结肠镜检查等可确诊。

1.2.2 中医 辨证为脾肾阳虚证^[6]，主症久泻不止，夹白冻，或完谷不化，形寒肢冷；次症腹胀、食少，腹痛喜温喜按，腰膝酸软；舌淡胖或有齿痕，苔薄白；脉沉细。符合主症+2 项次症，结合舌脉象，即可确诊。

1.3 纳入标准 （1）符合“1.2”项下诊断标准；（2）病情程度为轻度或中度；（3）年龄 18~65 岁，病程≤10 年；（4）患者自愿签署知情同意书。

1.4 排除标准 （1）爆发型或重度溃疡性结肠

1 资料与方法

1.1 一般资料 2017 年 2 月至 2018 年 10 月于河南中医药大学第一附属医院肛肠科收治的 106 例溃疡性结肠炎患者，随机数字表法分成观察组和对照组，每组 53 例。其中，观察组男 27 例，女 26 例；年龄 26~64 岁，平均年龄（42.7±6.3）岁；病程 1~10 年，平均病程（3.6±1.2）年；轻度 21 例，中度 32 例；左半结肠 32 例，右半结肠 12 例，全结肠 9 例，而对照组男 29 例，女 24 例；年龄 25~63 岁，平均年龄（41.4±6.0）岁；病程 1~9 年，平均病程（3.3±1.7）年；轻度 24 例，中度 29 例；左半结肠 34 例，右半结肠 12 例，全结肠 7 例，2 组一般资料比较差异无统计学意义（ $P>0.05$ ），具有可比性，见表 1。本研究经医院伦理委员会同意。

炎；（2）放射性、缺血性、感染性结肠炎；（3）合并结肠多发息肉、肠梗阻、肠穿孔、中毒性巨结肠等严重并发症；（4）合并心肺肝肾功能障碍；（5）合并自身免疫性疾病、血液疾病、恶性肿瘤；（6）合并精神疾病；（7）妊娠或哺乳期妇女；（8）近 2 周内接受过免疫抑制剂、糖皮质激素治疗；（9）对研究药物过敏，或过敏体质。

1.5 给药 对照组给予美沙拉嗪缓释颗粒（上海爱的发制药有限公司，规格 0.5 g/片，批号 170125）口服，1 g/次，3 次/d，疗程 4 周；观察组在对照组基础上加用薏苡附子败酱散内服，组方薏苡仁 30 g、附子 6 g、败酱草 15 g，煎煮提取 2 次，过滤后合并提取液，早晚各 1 次，每次约 200 mL。治疗期间，指导 2 组患者进食高营养、

易消化、少渣饮食，保持充足睡眠。

1.6 指标检测 (1) 炎症因子，治疗前后抽取患者外周静脉血各 3 mL，离心分离血清后，酶联免疫法检测肿瘤坏死因子 (TNF-α)、白介素 (IL-6、IL-8) 水平，相关试剂盒均由上海生工生物提供；(2) 肠道菌群数量，采用光冈氏法，采集 1 g 患者新鲜粪便，稀释 10 倍，取 50 μL 标本液接种于培养基中，选择具有代表性的有益厌氧菌、致病菌各 2 种，其中大肠杆菌、肠球菌置于 37 ℃ 恒温箱中培养 24~48 h 后计数，而乳酸菌、双歧杆菌置于经厌氧罐抽气的恒温箱中培养 72 h 后计数；(3) 生活质量评估，通过炎症性肠病生存质量问卷 (IBDQ) 判断患者生活质量状况，包括社会能力、情感能力、肠道症状、全身症状 4 个方面，得分越高，生活质量越好。

1.7 疗效判定 参照《中药新药临床研究指导原则 (试行)》^[7] 中关于溃疡性结肠炎脾肾阳虚证的相关疗效标准。(1) 治愈，症状体征消失，肠黏膜基本恢复正常；(2) 显效，症状体征显著好转，肠黏膜轻度炎症或有假息肉形成，中医证候积分减少 ≥75%；(3) 有效，症状体征有所缓解，肠黏膜病变有所改善，中医证候积分减少 ≥50%，但 <75%；(4) 无效，症状体征无缓解或加重，肠黏膜病变无改善或加重，中医证候积分减少 <50%。总有效率 = [(治愈例数 + 显效例数 + 有效例数) / 总例数] × 100%。

表 3 2 组炎症因子水平比较 ($\bar{x} \pm s$, $n = 53$)

组别	TNF-α/(ng·L ⁻¹)		IL-6/(μg·L ⁻¹)		IL-8/(μg·L ⁻¹)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	224.56±38.45	114.85±29.23 ^{*#}	149.48±27.32	79.84±13.24 ^{*#}	1.12±0.28	0.42±0.07 ^{*#}
对照组	218.22±30.92	181.26±25.84 [*]	151.26±24.82	127.45±18.02 [*]	1.07±0.23	0.74±0.10 [*]

注：与同组治疗前比较，^{*} $P < 0.05$ ；与对照组治疗后比较，[#] $P < 0.05$

2.3 肠道菌群 与治疗前比较，治疗后观察组双歧杆菌、乳酸杆菌数量显著增加 ($P < 0.05$)，大肠

1.8 不良反应 记录患者因用药而产生的副作用 (腹部不适、头晕、口干等)。

1.9 统计学分析 通过 SPSS20.0 软件进行处理，计数资料以百分率表示，组间比较采用 2×2 卡方分析，当 2×2 矩阵中四个单元格数字均 ≥5 时，采取 Pearson 卡方值对应的 P 值作为判断标准，而当有任意 1 个 <5 时，采取校正后卡方值对应的 P 值作为判断标准；计量资料以 ($\bar{x} \pm s$) 表示，数据符合正态分布者，组间比较采用独立样本 t 检验，方差不齐者采取近似 t 检验 P 值，而组内比较采取配对 t 检验，数据不符合正态分布者，组间、组内均采用非参数秩和检验；2 组不良反应均较少，故仅作简单报告，不作统计学分析。 $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 临床疗效 观察组总有效率显著高于对照组 ($P < 0.05$)，见表 2。

表 2 2 组临床疗效比较 [例, $n = 53$]

组别	治愈	显效	有效	无效	总有效[例(%)]
观察组	18	24	8	3	50(94.34) [*]
对照组	11	16	15	11	42(79.25)

注：与对照组比较，^{*} $P < 0.05$

2.2 炎症因子 与治疗前比较，治疗后 2 组 TNF-α、IL-6、IL-8 水平显著降低 ($P < 0.05$)，以观察组更明显 ($P < 0.05$)，见表 3。

杆菌、肠球菌数量显著减少 ($P < 0.05$)，但对照组无明显变化 ($P > 0.05$)，见表 4。

表 4 2 组肠道菌群数量比较 (lgCFU/g, $\bar{x} \pm s$, $n = 53$)

组别	双歧杆菌		乳酸杆菌		大肠杆菌		肠球菌	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	9.54±1.23	17.74±2.47 ^{*#}	8.47±1.04	16.04±1.63 ^{*#}	11.02±1.34	4.57±0.85 ^{*#}	10.56±1.45	4.22±0.52 ^{*#}
对照组	9.48±1.07	9.34±1.42	8.52±0.97	8.35±1.12	10.94±1.52	11.02±1.43	10.28±1.62	10.34±1.46

注：与同组治疗前比较，^{*} $P < 0.05$ ；与对照组治疗后比较，[#] $P < 0.05$

2.4 IBDQ 评分 与治疗前比较，治疗后 2 组 IBDQ 评分显著升高 ($P < 0.05$)，以观察组更明显 ($P < 0.05$)，见表 5。

2.5 不良反应 对照组有 1 例腹部不适，1 例头晕；观察组有 1 例口干，2 例腹部不适，而且 2 组均无严重不良反应发生。

表 5 2 组 IBDQ 评分比较 ($\bar{x}\pm s$, 分, $n=53$)

Tab. 5 Comparison of IBDQ scores between the two groups ($\bar{x}\pm s$, score, $n=53$)

组别	社会能力		情感能力		肠道症状		全身症状		总分	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	19.15±4.82	28.76±5.12 ^{**}	50.32±7.24	64.58±8.32 ^{**}	35.66±6.34	57.12±8.34 ^{**}	20.14±3.45	28.65±4.49 ^{**}	126.24±14.56	181.45±23.34 ^{**}
对照组	19.84±4.56	23.21±4.23 [*]	50.84±6.92	58.23±7.46 [*]	36.12±7.42	50.24±7.48 [*]	20.45±3.72	24.82±4.03 [*]	128.92±17.29	158.35±21.04 [*]

注:与同组治疗前比较,^{*} $P<0.05$;与对照组治疗后比较,[#] $P<0.05$

3 讨论

西医治疗溃疡性结肠炎的主要目标在于控制炎症反应,《溃疡性结肠炎中西医结合诊疗指南》^[4]中推荐采用氨基水杨酸制剂治疗轻、中度活动期该疾病。美沙拉嗪即 5-氨基水杨酸,可通过抑制前列腺素、白三烯、血小板活化因子等炎症介质的合成和分泌,控制肠道炎症反应,并通过清除氧自由基来缓解肠道氧化应激损伤,但其单用时整体疗效并不理想,停药后复发率高。近年来有不少研究证实,在常规西药治疗基础上联合中医药时能显著提高临床疗效,故本研究在美沙拉嗪基础上联合薏苡附子败酱散,发现与单用美沙拉嗪相比不仅疗效明显提高,而且患者生活质量改善程度更明显。

中医并无“溃疡性结肠炎”对应病名,但根据其发病特点与症状表现,可归属于“痢疾”“泄泻”“痢疡”等范畴,它病位于大肠,可累及肝、肾、脾脏,其中与脾肾关系尤为密切,外邪侵袭、饮食不节、七情内伤可致脾气渐虚、运化失司,湿热壅滞大肠,而致腹泻、腹痛等症,脾气亏虚加泄泻日久,最终可引发脾肾阳虚之证;阳气亏虚,则大肠有失温煦,血液脉络瘀阻受损,而致便下脓血、腹痛;脾阳不足,则运化失司,一泻而下,故针对脾肾阳虚型溃疡性结肠炎的病因病机,在温肾补脾的同时应兼顾清除湿热之邪。

薏苡附子败酱散出自《金匱要略》疮痈肠痈浸淫病脉证并治(肠痈)篇,由薏苡仁、附子、败酱草 3 味药材组成,为治疗肠痈的传统经典方剂^[8]。方中薏苡仁性味甘寒,具有排脓消肿、健脾祛湿、调和营卫的功效,可促使津液正常运行,清除湿热之邪;附子性大热,味辛、甘,可逐风寒湿邪、补火助阳、温阳补肾;败酱草味辛、苦,性微寒,具有消痈排脓、清热解毒的功效,三药合用标本兼顾,可起到温补脾肾、消肿排脓、清热利湿的功效。现代药理研究证实,薏苡附子败酱散能促进血液循环与组织修复,增强免疫调节功能,并且降低肠黏膜通透性,对受损肠黏膜具有良好的修复作用^[9];本研究发现,联合薏苡附子败酱散后总有效率达 94.34%,明显高于单用美沙拉嗪,IBDQ

评分改善程度均更明显,不良反应少而轻微,表明联合用药不仅能有效提高临床疗效,而且安全性高。

溃疡性结肠炎病因虽不明确,但其发病与肠道菌群及炎症反应密切相关,患者肠道细菌总数与多样性相对于健康人群有明显改变,大肠杆菌等机会致病菌增殖可能是发病的主要原因,故通过监测肠道菌群有助于评估病情^[10]。动物实验表明^[11],薏苡附子败酱散可通过增加双歧杆菌、乳酸杆菌数量,降低 LPS、IL-6 水平,进而改善糖尿病小鼠的糖脂代谢;本研究发现,观察组(薏苡附子败酱散联合美沙拉嗪)治疗后双歧杆菌、乳酸杆菌数量均较治疗前明显增加,大肠杆菌、肠球菌数量明显减少,而对照组无明显变化,表明联合用药能有效调节溃疡性结肠炎菌群失调。

机体内高炎症状态是造成肠黏膜损伤的重要病理基础^[12],促炎、抗炎因子失衡可造成结肠免疫功能紊乱,引发肠黏膜损伤,肠道炎症反应参与了溃疡性结肠炎发生发展全过程^[13];研究表明,败酱草对金黄色葡萄球菌、痢疾杆菌等多种致病菌均有显著抑制作用,可保护肠黏膜屏障,减轻肠黏膜炎症反应,促进肠黏膜修复^[14];袁媛^[15]报道,在西药基础上联合薏苡附子败酱散保留灌肠时,能进一步下调溃疡性结肠炎患者血清 TNF- α 、IL-6、IL-8 水平,抑制炎症反应;本研究发现,2 组治疗后血清 TNF- α 、IL-6、IL-8 水平均较治疗前明显降低,以观察组降低更明显,表明联合用药能进一步下调促炎因子表达,调节促炎与抗炎平衡,缓解机体内炎症过激状态,可能也是薏苡附子败酱散促进肠黏膜修复、加速溃疡愈合的机制之一。

综上所述,薏苡附子败酱散联合美沙拉嗪可明显降低溃疡性结肠炎患者血清炎症因子水平,有效调节肠道菌群失调,从而改善肠道微环境,提高临床疗效,同时患者生活质量也得到明显提高。

参考文献:

[1] Glabska D, Guzek D, Zakrzewska P, *et al.* Lycopene, lutein and zeaxanthin may reduce faecal blood, mucus and pus but not

abdominal pain in individuals with ulcerative colitis [J]. *Nutrients*, 2016, 8(10): 613.

[2] Choi C H, Rutter M D, Askari A, *et al.* Forty-year analysis of colonoscopic surveillance program for neoplasia in ulcerative colitis: an updated overview[J]. *Am J Gastroenterol*, 2015, 110(7): 1022-1034.

[3] Limdi J K, Vasant D H. Anorectal dysfunction in distal ulcerative colitis: challenges and opportunities for topical therapy[J]. *J Crohns Colitis*, 2016, 10(4): 503.

[4] 张英杰, 杨雪军, 霍正强, 等. 薏苡附子败酱散的临床应用[J]. 上海中医药杂志, 2015, 49(10): 22-24.

[5] 中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会. 溃疡性结肠炎中西医结合诊疗指南(草案)[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2011, 19(1): 61-65.

[6] 中华中医药学会脾胃病分会. 溃疡性结肠炎中医诊疗共识(2009)[J]. 中国中西医结合杂志, 2010, 30(5): 527-532.

[7] 郑筱蓂. 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: 129-134.

[8] 张保国, 刘庆芳. 薏苡附子败酱散(汤)及其加味临床应用的研究进展[J]. 中成药, 2015, 37(9): 2026-2028; 2090.

[9] 方 静, 陈 江, 彭君伟, 等. 薏苡附子败酱散对小鼠急性期溃疡性结肠炎肠黏膜的修复作用[J]. 上海中医药大

学学报, 2018, 32(3): 67-71.

[10] Ikeya K, Hanai H, Sugimoto K, *et al.* The ulcerative colitis endoscopic index of severity more accurately reflects clinical outcomes and long-term prognosis than the Mayo Endoscopic Score [J]. *J Crohns Colitis*, 2016, 10(3): 286-295.

[11] 王 艳, 李俊霞, 王化虹, 等. 溃疡性结肠炎肠道菌群失调与免疫球蛋白水平的相关性[J]. 实用医学杂志, 2016, 32(10): 1631-1634.

[12] Billmeier U, Admyre C, Knittel T, *et al.* Tu1706 the TLR-9 agonist DIMS0150 leads to the induction of IL-10 positive mucosal cells in ulcerative colitis patients[J]. *Gastroenterology*, 2014, 146(5): (S-822) - (S-823).

[13] 崔文燕, 刘素香, 宋晓凯, 等. 黄花败酱草和白花败酱草的化学成分与药理作用研究进展[J]. 药物评价研究, 2016, 39(3): 482-488.

[14] 袁 援. 薏苡附子败酱散保留灌肠结合柳氮磺胺吡啶治疗溃疡性结肠炎临床研究[J]. 国际中医中药杂志, 2017, 39(3): 221-224.

[15] 王少鑫, 浦 江, 刘超群, 等. 炎症因子 TNF- α 、IL-6 和 IL-4 在溃疡性结肠炎中的表达及临床意义[J]. 胃肠病学和肝病杂志, 2015, 24(1): 104-106.

褚氏安胎方联合黄体酮对肾虚型早期先兆流产患者的临床疗效

李 晖
(河南省中医院, 河南 郑州 450002)

摘要: **目的** 研究褚氏安胎方联合黄体酮对肾虚型早期先兆流产患者的临床疗效。**方法** 100 例患者随机分为对照组和观察组, 每组各 50 例, 对照组给予黄体酮, 观察组在对照组基础上加用褚氏安胎方, 疗程 14 d。然后, 检测正常妊娠率、流产率、临床疗效、中医证候评分、性激素 [孕酮 (P)、雌二醇 (E₂)、人绒毛膜促性腺激素 (β -HCG)]、孕激素诱导阻滞因子 (PIBF)、血流参数 (PI、RI、HOMA-IR) 变化。**结果** 观察组正常妊娠率、总有效率、性激素、PIBF 显著高于对照组 ($P<0.05$), 流产率、中医证候评分、血流参数显著更低 ($P<0.05$)。**结论** 褚氏安胎方联合黄体酮可缓解肾虚型早期先兆流产患者临床症状, 升高血清性激素水平, 降低流产率。

关键词: 褚氏安胎方; 黄体酮; 早期先兆流产; 肾虚

中图分类号: R287 **文献标志码:** A **文章编号:** 1001-1528(2019)11-2646-05

doi: 10. 3969/j.issn.1001-1528. 2019. 11. 018

Clinical effects of CHU ’ s Antai Decoction combined with progesterone on patients with early threatened abortion due to Kidney Deficiency

收稿日期: 2019-01-26

基金项目: 2017 年度河南省中医管理局 “国家中医临床研究基地” 科研专项课题 (2017JDZX008); 河南省中医药科学研究专项课题 (2019ZY2065)

作者简介: 李 晖 (1971—), 男, 博士, 副主任医师, 从事中医药防治妇科病的研究。Tel: (0371) 60979831, E-mail: lihui3doctor@163.com