

### 参考文献

- [1] 蔡艳, 叶玉妹, 张涛, 等. 桂枝甘草龙骨牡蛎汤加减治疗阴虚火旺型更年期失眠疗效及对患者睡眠质量、神经递质的影响[J]. 中国实验方剂学杂志, 2019, 25(9): 38-42.
- [2] 彭思菡, 林潮荣, 吕梦亮, 等. 桂枝甘草龙骨牡蛎汤配合耳穴治疗更年期失眠疗效观察[J]. 山西中医, 2018, 34(5): 17-18, 24.
- [3] 宋安恬. 失眠调养: 一觉睡到自然醒[M]. 中国长安出版社, 2008: 2-3.
- [4] 洪飞, 姚明, 沈斌. 柴胡龙骨牡蛎汤治疗肝郁气滞型失眠临床疗效观察[J]. 中医药学报, 2021, 49(2): 75-78.
- [5] 张可兴, 张博, 朱姗姗, 等. 柴胡加龙骨牡蛎汤治疗失眠的研究进展[J]. 中国药物依赖性杂志, 2021, 30(3): 161-166.
- [6] 王省, 陈洁, 杨宁, 等. 柴胡加龙骨牡蛎汤联合西药治疗重度抑郁伴失眠 30 例临床研究[J]. 江苏中医药, 2020, 52(10): 27-29.
- [7] 卫坚, 杨向利. 柴胡桂枝龙骨牡蛎汤加味治疗围绝经期焦虑性失眠的效果[J]. 实用临床医药杂志, 2020, 24(21): 43-45, 49.
- [8] 陈红, 丁慧. 柴胡龙骨牡蛎汤治疗肝郁化火型失眠的临床疗效观察[J]. 广州中医药大学学报, 2021, 38(9): 1809-1814.
- [9] 刘旭昭, 林芳冰, 马丽然. 柴胡桂枝龙骨牡蛎汤合甘麦大枣汤治疗围绝经期焦虑失眠临床观察[J]. 中国药物与临床, 2019, 19(9): 1418-1420.
- [10] 谢冰昕, 李勤, 褚瑜光, 等. 柴胡加龙骨牡蛎汤治疗永久性心房纤颤合并失眠的临床效果评价[J]. 世界中医药, 2019, 14(7): 1805-1808.
- [11] 钟巍, 姚卫海. 柴胡加龙骨牡蛎汤加减治疗肝郁型失眠疗效观察[J]. 北京中医药, 2018, 37(6): 562-564.
- [12] 朱正萍, 范刚启. 浮针联合柴胡加龙骨牡蛎汤加减治疗肝郁化火型原发性失眠疗效观察[J]. 上海针灸杂志, 2020, 39(3): 274-279.
- [13] 张宜默, 王金先, 刘宪丽. 柴胡桂枝龙骨牡蛎汤配合铜砭刮痧治疗失眠的临床观察[J]. 世界睡眠医学杂志, 2018, 5(11): 1293-1295.
- [14] 陈金欣, 董艳艳, 王真. 桂枝甘草龙骨牡蛎汤加减联合西药治疗不寐的临床疗效观察[J]. 实用中西医结合临床, 2021, 21(16): 137-138.
- [15] 吴萍萍, 焦银丽, 眭湘宜. 桂枝甘草龙骨牡蛎汤合交泰丸加减辅助不寐临床观察[J]. 实用中医药杂志, 2021, 37(2): 217-219.
- [16] 赵忠伟, 李妍, 王纪伟, 等. 基于“异病同治”理论桂枝加龙骨牡蛎汤治疗老年人不寐的作用机制[J]. 中国老年学杂志, 2022, 42(6): 1414-1420.
- [17] 陈淋, 周娅妮, 周晓玲, 等. “以俞调枢”放血疗法联合桂枝甘草龙骨牡蛎汤治疗心肾不交型不寐 31 例[J]. 湖南中医杂志, 2019, 35(10): 69-71.
- [18] 赵胜杰, 范军铭, 俞晶晶, 等. 五门十变合子午流注纳支法针刺治疗顽固性不寐案[J]. 山东中医杂志, 2022, 41(2): 217-219.

## 中药封包热敷联合磁疗对剖宫产产妇预后的改善效果

袁丽丽

(菏泽市牡丹区中医医院妇产科, 山东 菏泽, 274000)

**摘要:**目的 探讨中药封包热敷联合磁疗对剖宫产产妇预后的改善效果。方法 选取 2020 年 1 月~2020 年 12 月于菏泽市牡丹区中医医院行剖宫产手术的 136 例产妇为研究对象, 按照随机数表法分为对照组与观察组, 每组 68 例。对照组术后采取常规干预措施, 研究组在此基础上应用中药封包热敷联合磁疗干预。对比两组切口愈合良好率、切口愈合不良率, 术后 1 d、3 d 与 5 d 切口疼痛视觉模拟评分(VAS)、切口肿胀情况、肠道功能恢复情况以及护理满意度。结果 研究组切口愈合良好率高于对照组, 差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。研究组切口愈合不良率低于对照组, 差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。两组术后 1 d 的 VAS 与肿胀评分对比, 差异无统计学意义( $P > 0.05$ ); 术后 3 d 与 5 d 两组 VAS 与肿胀评分均低于术后 1 d, 研究组 VAS 与肿胀评分低于对照组, 差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。研究组术后肠鸣音时间、肛门排气时间、首次排便时间均短于对照组, 差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。研究组护理总满意率高于对照组, 差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。结论 中药封包热敷联合磁疗能够有效促进剖宫产切口愈合, 改善疼痛与肿胀症状, 改善产妇预后, 且提高了护理满意度, 具有临床应用价值。

**关键词:** 中药封包; 热敷; 磁疗; 剖宫产

**中图分类号:** R473.71 **文献标识码:** A **文章编号:** 1009-8011(2022)-20-0033-04

剖宫产是解决产科合并症、难产, 挽救母婴生命的重要产科学术式。近年来, 随着妇产科手术操作与麻醉技术的完善, 剖宫产的安全性也得到了显著提升<sup>[1]</sup>。然而, 为了保障胎儿能够顺利娩出, 剖宫产术中切口相对较大, 极易引起术后

切口愈合不良, 甚至化脓、渗液、憩室形成等, 继而影响产妇的康复进程<sup>[2]</sup>。因此, 如何通过有效的措施促进剖宫产术后切口快速恢复, 保障产妇的预后已成为临床学者亟需解决的问题。常规护理措施主要是密切观察剖宫产术后切口与换药, 及时发现与处理渗液、发炎等不良情况, 但其整体开展效果仍有欠缺<sup>[3]</sup>。中药封包是中医传统外治方法之一, 可以有效扩张局部毛细血管, 调节微循环, 收敛脂肪渗液, 促使创口

**作者简介:** 袁丽丽(1983.3-), 女, 汉族, 籍贯: 山东省菏泽市, 本科, 主管护师, 研究方向: 妇产科护理。

快速愈合<sup>[4]</sup>。磁疗属于物理辅助治疗技术,其可以促进炎症消散与吸收,达到解痉、镇痛、消炎等功效<sup>[5]</sup>。本研究对 68 例剖宫产产妇应用了中药封包热敷联合磁疗干预,取得了较为满意的效果,以期为剖宫产产妇的术后康复方案提供一定的参考,现报道如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

选取 2020 年 1 月 ~ 2020 年 12 月于菏泽市牡丹区中医医院行剖宫产手术的 136 例产妇为研究对象,按照随机数表法分为对照组与观察组,每组 68 例。对照组年龄 23 ~ 38 岁,平均年龄(29.32 ± 2.85)岁;孕周 37 ~ 41 周,平均孕周(39.62 ± 0.52)周;体质指数(BMI)20.52 ~ 29.65 kg/m<sup>2</sup>,平均 BMI(25.32 ± 1.85)kg/m<sup>2</sup>;其中初产妇 45 例,经产妇 23 例。研究组年龄 22 ~ 39 岁,平均年龄(29.48 ± 2.78)岁;孕周 37 ~ 41 周,平均孕周(39.60 ± 0.60)周;BMI 20.50 ~ 29.40 kg/m<sup>2</sup>,平均 BMI(25.30 ± 1.68)kg/m<sup>2</sup>;其中初产妇 44 例,经产妇 24 例。上述一般资料(年龄、孕周、BMI 与产次)比较,差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。产妇与其家属对于本研究知情,自愿配合相关研究,已签署知情同意书。本研究方案已被菏泽市牡丹区中医医院医学伦理委员会批准。

### 1.2 纳入与排除标准

纳入标准:符合《妇产科学》(第 9 版)<sup>[6]</sup>中对于剖宫产的适应证,且成功实施剖宫产手术;单胎足月妊娠;首次行剖宫产手术;生命体征平稳。

排除标准:合并内分泌系统疾病;合并严重产科并发症;肝肾功不全;妊娠期贫血;多胎或死胎;合并其他躯体创伤;合并恶性肿瘤;合并凝血功能异常;合并急性感染性疾病;治疗处局部皮肤破损或皮疹;产妇精神异常。

### 1.3 方法

对照组术后采取常规干预措施,即密切观察产妇的生命体征与切口情况;定时进行切口消毒换药,操作时严格落实无菌原则,若有渗液则用力挤压切口,挤出渗液,之后使用 0.9% 氯化钠溶液或双氧水清洁伤口,覆盖医用纱布;若患者有切口发炎与发热等症状,培养伤口处分泌物,按照细菌培养结果合理使用抗感染药物治疗;指导产妇合理饮食,术后 6 h 禁食,6 h 后摄入流食,之后逐渐过渡至半流食与普食,以高蛋白、高纤维素的食物为主,禁食刺激性食物;鼓励产妇尽早离床活动,通常为术后 12 h,并配合提肛、缩阴等盆底功能训练;根据产妇的心理状态对其进行产后心理护理,首先通过沟通将其内部不良情绪外化,之后对存在的心理问题予以耐心的疏导与劝慰,使其以积极的状态适应角色的转变;对产妇进行产褥期护理、新生儿喂养等知识宣教,巡视期间认真解答产妇与其家属提出的问题,最大程度满足其身心需求。本组持续护理 5 d。

研究组产妇在生命体征平稳后应用中药封包热敷联合磁疗干预。①磁疗:应用旋磁光子热疗仪(生产企业:徐州市信达医疗电子设备有限公司,型号:XD-3000B),在产妇腰骶部

放置专用治疗罩,调节输出能量 150 GS,30 min/次,1 次/d,持续治疗 5 d。②中药封包热敷:选用大黄 100 g 与脱水芒硝 300 g,研磨后混匀,分别装入 2 个 8 cm × 16 cm 灭菌白棉布袋中,换药后在切口上覆盖两层无菌纱布,中药封包加热至 50 ~ 60 °C 后放置在纱布上,使用腹带固定,根据药物渗液情况换药,通常为 1 次/d,5 h/次,替换的药袋放于通风处晾干重复使用,期间注意预防烫伤,密切观察切口周围皮肤的温度、颜色、疼痛,是否存在破溃与水泡等,若有皮肤瘙痒、皮疹等情况立即停止治疗。本组持续护理 5 d。

### 1.4 观察指标

①切口愈合情况:切口未见不良反应,愈合良好为甲级愈合;愈合部位有水肿、积液、红肿、硬结等情况,但未见脓液为乙级愈合;切口积脓,需要引流处理为丙级愈合<sup>[7]</sup>。切口愈合良好率 = 愈合良好例数 / 总例数 × 100%。②切口愈合不良情况:切口脂肪液化、切口感染、硬结形成、红肿渗出、切口开裂等情况计为切口愈合不良。切口愈合不良率 = 切口愈合不良例数 / 总例数 × 100%。③疼痛情况:术后 1、3 d 与 5 d,通过视觉模拟评分(VAS)评价两组切口疼痛情况,VAS 评分最高为 10 分,最低为 0 分,分值与疼痛程度呈正相关。④切口肿胀:术后 1、3 d 与 5 d 评价切口肿胀情况,皮肤正常计 0 分;肿胀轻微,有皮纹计 1 分;皮纹消失,明显肿胀计 2 分;严重肿胀,皮温升高,皮肤发亮或伴有水泡计 3 分<sup>[7]</sup>。⑤肠道功能恢复情况:记录术后肠鸣音时间、肛门排气时间、首次排便时间。⑥护理满意度:采用《护理满意度调查问卷》进行评价,问卷内容包括护理操作技术、护理开展效果、人文关怀、主动服务意识 4 个方面,最高分值为 100 分,最低为 0 分,根据分值将护理满意度划分为满意(90 ~ 100 分)、较为满意(80 ~ 89 分)与不满意(0 ~ 79 分)3 个等级,总满意率 = (满意 + 较为满意)例数 / 总例数 × 100%。

### 1.5 统计学分析

应用 SPSS 23.0 软件处理数据,计数资料用  $[n(\%)]$  表示,比较采用  $\chi^2$  检验;计量资料以  $(\bar{x} \pm s)$  表示,比较采用  $t$  检验。 $P < 0.05$  表示差异有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 两组切口愈合情况比较

研究组切口愈合良好率高于对照组,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。见表 1。

表 1 两组切口愈合情况比较 [n(%)]

组别	例数	甲级愈合	乙级愈合	丙级愈合	愈合良好
研究组	68	66(97.06)	2(2.94)	0(0.00)	66(97.06)
对照组	68	59(86.76)	7(10.29)	2(2.94)	59(86.76)
$\chi^2$					4.847
$P$					0.028

### 2.2 两组切口愈合不良情况比较

研究组切口愈合不良率低于对照组,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。见表 2。

表 2 两组切口愈合不良情况比较

[n(%)]

组别	例数	切口脂肪液化	切口感染	硬结形成	红肿渗出	切口开裂	不良率
研究组	68	0(0.00)	0(0.00)	1(1.47)	1(1.47)	0(0.00)	2(2.94)
对照组	68	2(2.94)	1(1.47)	3(4.41)	2(2.94)	1(1.47)	9(13.24)
$\chi^2$							4.847
$P$							0.028

表 3 两组不同术后时间段切口疼痛与肿胀情况比较

( $\bar{x} \pm s$ , 分)

组别	例数	VAS 评分			肿胀评分		
		术后 1 d	术后 3 d	术后 5 d	术后 1 d	术后 3 d	术后 5 d
研究组	68	4.56 ± 1.23	1.50 ± 0.56 <sup>**</sup>	0.82 ± 0.23 <sup>**</sup>	1.98 ± 0.52	0.80 ± 0.22 <sup>**</sup>	0.59 ± 0.21 <sup>**</sup>
对照组	68	4.53 ± 1.30	2.70 ± 0.45 <sup>**</sup>	1.80 ± 0.20 <sup>**</sup>	1.87 ± 0.49	1.22 ± 0.30 <sup>**</sup>	1.02 ± 0.25 <sup>**</sup>
$t$		0.138	13.774	26.514	1.270	9.310	10.860
$P$		0.890	<0.001	<0.001	0.206	<0.001	<0.001

注:与同组术后 1 d 比较, <sup>\*\*</sup> $P < 0.05$ 。

### 2.3 两组不同术后时间段切口疼痛与肿胀情况比较

两组术后 1 d 的 VAS 与肿胀评分对比, 差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ ); 术后 3 d 与 5 d 两组 VAS 与肿胀评分均低于术后 1 d, 研究组 VAS 与肿胀评分低于对照组, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。见表 3。

### 2.4 两组肠道功能恢复情况比较

研究组术后肠鸣音时间、肛门排气时间、首次排便时间均短于对照组, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。见表 4。

表 4 两组肠道功能恢复情况比较 ( $\bar{x} \pm s, h$ )

组别	例数	术后肠鸣音时间	肛门排气时间	首次排便时间
研究组	68	7.02 ± 1.23	10.52 ± 3.23	32.02 ± 2.25
对照组	68	9.52 ± 0.98	15.65 ± 2.23	36.45 ± 2.05
$t$		13.109	10.778	12.001
$P$		<0.001	<0.001	<0.001

### 2.5 两组护理满意度比较

研究组护理总满意率高于对照组, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。见表 5。

表 5 两组护理满意度比较 [n(%)]

组别	例数	满意	较为满意	不满意	总满意率
研究组	68	40(58.82)	26(38.24)	2(2.94)	66(97.06)
对照组	68	31(45.59)	28(41.18)	9(13.24)	59(86.76)
$\chi^2$					4.847
$P$					0.028

## 3 讨论

切口愈合不良是影响剖宫产术后产妇预后的关键, 早期表现为红肿、渗液、硬结等症状, 若未及时采取有效的处置措施会导致切口脂肪液化、感染等, 甚至需要二期缝合, 给产妇的身心带来巨大的痛苦, 同时也增加了经济负担<sup>[8]</sup>。因此, 通过可靠的措施促进剖宫产后切口愈合, 保障产妇的预后十分必要<sup>[9-10]</sup>。

中医认为, 剖宫产后, 产妇分娩创伤, 脉络受阻, 血脉外溢, 离经成瘀, 故治疗时应以活血化瘀之法为主<sup>[11]</sup>。为了进

一步完善剖宫产手术产妇的康复方案, 本研究对 68 例剖宫产产妇应用了中药封包热敷联合磁疗干预, 结果发现研究组切口愈合良好率高于对照组, 愈合不良率与术后 3 d 与 5 d 的 VAS 与肿胀评分低于对照组。中药外敷是中医临床常用的外治手段, 其通过药物热渗透原理, 使药效沿皮肤腠理直达病灶, 发挥出通经走络、开结消滞、活血化瘀的功效<sup>[12]</sup>。中药封包药物包括大黄与芒硝, 二者归属于胃与大肠经, 其中大黄微涩微甘, 泻下攻积、清热泻火、活血化瘀; 芒硝消肿攻积、清热解毒; 二者联合应用具有清热解毒、止痛水肿、收敛渗湿、软坚化瘀的功效<sup>[13]</sup>。现代药理研究认为, 大黄中大黄酚与大黄素甲醚能够止血, 鞣质、蒽醌衍生物、大黄苷元等物质具有抗菌、消炎与调节微循环的作用<sup>[14]</sup>; 芒硝中硫酸钠可以促进皮下积液吸收, 利于水肿消退<sup>[15]</sup>。同时, 中药封包热敷切口进一步扩张了局部毛细血管, 抑制炎症递质释放, 促使脂肪渗液收敛, 继而达到消炎、镇痛、缓解肿胀等功效, 有效保障了切口愈合效果<sup>[16]</sup>。磁疗是一种物理促康复技术, 其将人造磁场作用于人体病变部位、穴位与经络处, 具有消肿、止痛等辅助治疗作用<sup>[17]</sup>。腰骶部是女性子宫的皮肤-内脏反射区, 此处施以磁疗治疗能够使脉冲磁波扩散至支配子宫的痛觉细胞, 加快局部血液循环速度, 继而发挥出缓解切口疼痛与肿胀的功效。可见, 中药封包热敷联合磁疗能够有效预防切口愈合不良, 缓解肿胀与疼痛症状, 保障切口愈合效果。同时, 研究组术后肠鸣音时间、肛门排气时间、首次排便时间均短于对照组, 说明中药封包热敷联合磁疗有利于剖宫产产妇术后肠道功能的恢复, 考虑为药物热敷与磁疗的协同作用通过促进血液循环, 不仅缓解了切口的肿胀与疼痛症状, 且可以调节脏腑功能, 继而加快了肠道功能恢复速度, 这与相关研究结果相近<sup>[18-19]</sup>。在护理总满意率比较中, 研究组结果高于对照组, 说明在常规护理的基础上融入中药封包热敷联合磁疗干预, 能够使治疗与护理服务更为全面与高效, 加之预期效果较为理想, 所以提高了患者对于护理工作的满意度。

综上所述, 中药封包热敷联合磁疗能够有效促进剖宫产

切口愈合,改善产妇预后,且提高了护理满意度,具有临床应用价值。

### 参考文献

- [1] 王青婵,张燕萍,王梅娇,等.自拟妇康型中药封包治疗瘀阻胞宫型二次剖宫产后腹痛的效果[J].中国妇幼保健,2021,36(12):2688-2690.
- [2] 廖树带.中药吴茱萸治疗剖宫产术后早期炎症性肠梗阻的临床疗效[J].中国现代药物应用,2020,14(21):215-217.
- [3] 庞逸云.中药封包联合穴位按摩对改善产妇术后肠功能恢复的效果[J].按摩与康复医学,2021,12(16):35-36,39.
- [4] 戴鑫伟,吴宏.大黄芒硝散外敷联合常规抗感染治疗在剖宫产术后腹壁切口感染、裂开患者中的应用[J].中国当代医药,2021,28(35):140-143.
- [5] 王晓敏.大黄芒硝包外敷联合红外线照射对剖宫产术后切口局部微循环状态及愈合的影响[J].临床医学研究与实践,2019,4(23):118-119.
- [6] 谢幸,孔北华,段涛.妇产科学[M].第9版.北京:人民卫生出版社,2018:310.
- [7] 李开宗.腹部手术切口处理学(精)[M].北京:人民军医出版社,2007:31-33.
- [8] 刘丹,沈佳佳.中药贴敷联合健康教育对剖宫产术后患者睡眠质量和泌乳功能的影响[J].中国妇幼保健,2022,37(2):342-345.
- [9] 刘伟杰,刘玉芹.自拟中药方对剖宫产后恶露不绝患者血液流变学及血流动力学的影响[J].现代中西医结合杂志,2019,28(2):159-162.

- [10] 丁玉姣,苗金成.中药贴敷联合穴位按摩对剖宫产术后瘢痕及疼痛的影响[J].实用中西医结合临床,2020,20(9):37-38.
- [11] 张丽娟,吴宇碧,曾定元.中药热熨联合卡前列甲酯栓用于剖宫产术后的效果观察[J].中医药导报,2020,26(14):52-54,59.
- [12] 项艳,谢筱娥.中药穴位贴敷治疗剖宫产术后宫缩痛的效果观察[J].中国中医药科技,2019,26(6):914-915.
- [13] 倪亚琴.大黄芒硝外敷促进剖宫产术后切口渗液愈合临床研究[J].江西中医药,2020,51(12):53-54.
- [14] 曾蒋丽.自制引流管和大黄芒硝外敷对剖宫产肥胖产妇产后切口愈合的影响[J].中医药临床杂志,2019,31(3):541-544.
- [15] 许宝莹,柴思锋,刘冬梅.大黄、芒硝外敷缓解剖宫产术后切口脂肪液化的应用效果[J].中国卫生标准管理,2020,11(1):167-168.
- [16] 徐艳,管丽芳,张梅芳,等.大黄联合芒硝外敷对剖宫产术后切口愈合的影响[J].山西中医,2020,36(6):40,43.
- [17] 汲新玲,刘利利.ATP 红外线无创治疗技术结合大黄芒硝湿敷干预对剖宫产术后切口愈合及炎症反应的影响[J].临床医学研究与实践,2021,6(29):196-198.
- [18] 李潇.中药热奄包法治疗瘢痕子宫剖宫产术后胃肠功能紊乱临床观察[J].辽宁中医药大学学报,2018,20(2):190-193.
- [19] 季华.大黄、芒硝中药贴敷对产妇产后腹部切口愈合和疼痛的影响[J].安徽医药,2018,22(4):725-728.

(上接 27 页)

- [4] 肖琳,许晶晶,张丹丹,等.浆膜腔积液淋巴瘤细胞淋巴瘤/急性淋巴细胞白血病的细胞学诊断分析[J].中华病理学杂志,2021,50(1):49-54.
- [5] 黄浩,陶义丰,黄玲莎.良恶性浆膜腔积液鉴别诊断研究进展[J].医学检验与临床,2014,5(5):61-63.
- [6] 周晓庆.全自动细胞分析仪在检测脑脊液胸腔积液腹腔积液细胞计数中的应用效果评价[J].实用医技杂志,2020,27(12):1635-1637.
- [7] 徐天铭,柏小寅,陈洋,等.第555例水肿—反复肾周出血—多浆膜腔积液—淋巴结肿大[J].中华医学杂志,2022,102(8):592-595.
- [8] Zhou J, Ji Q, Li Q. Resistance to anti-EGFR therapies in metastatic colorectal cancer: underlying mechanisms and reversal strategies[J]. Journal of Experimental & Clinical Cancer Research, 2021, 40(1):1-17.
- [9] 疏欣杨,牛云,韩春生,等.以胸腔积液首发误诊的黏膜相关淋巴瘤组织结外边缘区淋巴瘤1例并文献复习[J].中日友好医院学报,2022,36(1):15-17,21.
- [10] 郭锦全,陈芳,何丽萍.肿瘤出芽与乳腺癌临床病理特征、肿瘤浸润淋巴细胞及患者预后的相关性探讨[J].中国现代医生,2020,58(5):30-33.
- [11] 王芳芳,李益萍,蒲腾达,等.桂枝茯苓汤对卵巢癌术后患者外周血T淋巴细胞亚群、血清肿瘤标志物及凝血水平变化的影响[J].世界中医药,2019,14(8):2067-2072.
- [12] 张翼,王振祥,李志刚.自拟健脾补气利水方联合腹腔热灌注化疗对恶性腹水患者血清VEGF和MMPs水平的影响[J].中医药临床杂

- 志,2020,32(10):1892-1895.
- [13] 赵洪玉,阿不都艾尼·图尔逊,范明江.ALDH1A1 增强乳腺癌细胞血管生成因子表达并促进共培养HUVEC 细胞小管形成和侵袭能力[J].现代肿瘤医学,2021,29(4):552-559.
- [14] 陈阳育,徐莉莉,伍燕兵,等.血清及胸腔积液中四种肿瘤标志物联合应用对良恶性肿瘤鉴别诊断价值的评估[J].中华肿瘤防治杂志,2021,28(3):212-222.
- [15] 刘媛,尉猛,左蕾,等.结核性胸膜炎合并2型糖尿病患者外周血及胸腔积液结核感染T细胞斑点试验检测结果的对比研究[J].中国防痨杂志,2022,44(5):489-493.
- [16] 徐炜均,胡向丹,余冬青.早孕蜕膜间充质干细胞联合丹参酮IIA治疗大鼠宫腔粘连[J].中国组织工程研究,2022,26(25):3986-3992.
- [17] 赵玥,杨婷婷,蒋沁,等.雷珠单抗治疗慢性中心性浆液性脉络膜视网膜病变合并CNV的疗效及其影响因素[J].国际眼科杂志,2022,22(5):785-790.
- [18] 朱江,黄海军,庄云峰,等.腹腔镜完全腹膜外补片修补与腹腔镜腹腔内补片修补治疗两侧下腹壁切口疝的临床疗效比较[J].中国微创外科杂志,2022,22(3):208-212.
- [19] 傅照华,张飞,王仙凤,等.射频热疗对膝关节炎实验兔滑膜中白细胞介素-1 $\beta$ 及肿瘤坏死因子- $\alpha$ 表达的影响[J].中华物理医学与康复杂志,2021,43(9):776-780.
- [20] 张璐璐,冯小红,王雪,等.VEGFA/VEGFR-2在恶性胸腔积液中的作用及临床意义[J].华南国防医学杂志,2022,36(3):238-241.