



三种不同方法治疗剖宫产瘢痕妊娠的疗效分析

皮莲娇¹ 陈忠东² (1 株洲市妇幼保健院 湖南株洲 412000 2 南华大学 湖南衡阳 421000)

摘要：目的 探讨 I II 型剖宫产术后子宫瘢痕妊娠安全、经济、有效的治疗方法。方法 收集 2010 年 1 月至 2017 年 3 月就诊于我院，超声诊断 I II 型剖宫产术后子宫瘢痕妊娠并住院治疗的 160 例患者资料，按不同的治疗方法分 3 组，A 组：MTX+ 米非司酮预处理后清宫术 52 例；B 组：行子宫动脉栓塞介入治疗后清宫术 46 例；C 组：直接行宫腔镜引导经阴道宫腔下段吸宫术 62 例。从患者一般资料（孕产次、剖宫产次数、距离上次剖宫产时间）、术中情况（术中出血量、手术时间、并发症）、术后恢复情况（术后阴道流血时间、二次清宫、月经恢复时间）以及住院时间、住院费用等进行比较。结果 三组患者的一般情况进行比较，差异无统计学意义（ $p > 0.05$ ）；宫腔镜组、介入治疗组相比，药物干预组治疗过程出血量明显增多，远远高于宫腔镜组和介入组（ $p < 0.01$ ），差异有统计学意义；从住院费用对比来看，宫腔镜组的费用远远低于药物组和介入组（ $p < 0.01$ ）；药物组的治疗费用亦显著低于介入治疗组（ $p < 0.01$ ）；从住院天数对比来看，宫腔镜组住院天数最短，而药物组住院天数最长，有显著差异性（ $p < 0.01$ ），介入组住院天数稍多于宫腔镜组，远低于药物组，差异有统计学意义（ $p < 0.01$ ）。结论 宫腔镜引导经阴道宫腔下段吸宫术是 I II 型剖宫产术后子宫瘢痕妊娠经济、安全、有效的治疗方法。

关键词：剖宫产术后子宫瘢痕妊娠 宫腔镜 宫腔下段吸宫术 水囊放置

中图分类号：R719.8 **文献标识码：**A **文章编号：**1009-5187 (2018) 02-171-03

Analysis of the curative effect of three different methods for cesarean scar pregnancy

Pi-Lianjiao¹ Chen-ZhongDong² (Zhuzhou maternal and child care service centre HuNan Zhuzhou 412000 ; 2. University of South China HuNan HengYang 421000)

Abstract : Objective To explore the safe, economical and effective treatment of cesarean scar pregnancy with type I and II. Methods collection from January 2010 to March 2017 recruited in our hospital, Ultrasonic diagnosis of 160 patients cesarean scar pregnancy with type I and II, and income hospitalization, divided into 3 groups according to the different treatment methods, A group: 52 cases of curettage after MTX+ mifepristone pretreatment; B group: 46 cases of Curettage of uterine artery after interventional therapy; C group: 62 cases of lower uterine segment aspiration by hysteroscopy guided by hysteroscopy. comparison of the general data of patients (parity, the number of cesarean section, cesarean section from the last time), intraoperative situation (intraoperative bleeding volume, operation time, complications), postoperative recovery (postoperative vaginal bleeding time, two palace, menstrual recovery time) and hospitalization time and cost were compared. Results compared with the general situation of the three groups, there was no statistically significant difference ($P > 0.05$); Comparison with hysteroscopy group and interventional treatment group, the amount of bleeding of drug intervention group significantly increased, apparently higher than hysteroscopy group and intervention group ($p < 0.01$); comparison of hospitalization cost, hysteroscopy group the cost is far lower than the drug group and the intervention group ($p < 0.01$ group); drug treatment costs were significantly lower than those in the intervention group ($p < 0.01$); comparison of the days of hospitalization, hysteroscopy group hospitalization time was the shortest, while the drug group the longest hospitalization days, there was significant difference ($p < 0.01$), the intervention group hospital stay a little more than hysteroscopy group is far lower than the drug group, the difference was statistically significant ($p < 0.01$). Conclusion Hysteroscopy guided vaginal aspiration of lower uterine segment is an economical, safe and effective treatment for cesarean scar pregnancy.

Key words : Cesarean Scar Pregnancy Hysteroscopy lower uterine segment suction water sac placed

剖宫产术后子宫瘢痕妊娠 (Cesarean Scar Pregnancy, CSP) 是指受精卵着床于前次剖宫产子宫切口瘢痕处的一种特殊妊娠，是一个限时定义，仅限于早孕期（ ≤ 12 周）^[1]，是一种凶险的特殊类型异位妊娠，若未能及早诊断或处理不当，可能发生严重出血及子宫破裂，以致为抢救患者生命而切除子宫，使患者丧失生育能力，给妇女造成难以估量的健康损害，更甚者可能因大出血导致生命危险。如在妊娠早期未能及时发现并处理，中晚孕发生胎盘植入的风险增加 3-5 倍^[2]，且有发生腹腔妊娠的可能。处理不及时可能危及母儿生命安全。因此认识这种特殊类型的妊娠并早期给予恰当的治疗十分重要。本研究通过回顾性分析对比药物（MTX+ 米非司酮）预处理后清宫和子宫动脉栓塞介入预处理后清宫以及直接行宫腔镜引导经阴道宫腔下段吸宫术三种方法治疗 I II 型 CSP 的疗效及住院时间、住院费及出血量，探讨 CSP 安全、经济而有效的治疗方法。

1 资料与方法

1.1 一般资料

收集 2010 年 1 月至 2017 年 3 月就诊于我院，超声诊断 I II 型剖宫产术后子宫瘢痕妊娠并住院治疗的 160 例患者。诊断标准参考 2016 年中华医学会妇产科学分会提出的剖宫产术后子宫瘢痕妊娠的分型：

I 型：妊娠囊部分或大多数位置生长在子宫内腔，妊娠囊与膀胱间子宫肌层厚度 $> 3\text{mm}$ 。II 型：妊娠囊部分或大多数位置生长在子宫内腔，

妊娠囊与膀胱间子宫肌层厚度 $\leq 3\text{mm}$ 。III 型：妊娠囊向膀胱方向凸起，妊娠囊和膀胱之间的子宫肌层变薄，甚至缺失，厚度 $\leq 3\text{mm}$ 。

1.2 纳入标准和排除标准

①符合 CSP 诊断，超声诊断 I II 型纳入研究标准。②生命体征平稳，血尿常规、心肺功能、肝肾功能、感染指标均正常者；③要求保留子宫者；④医从性良好，能配合治疗、随访者。排除标准：①合并有严重的内外科疾病，心肺功能异常或血清学指标异常者；②不能明确排除宫颈妊娠、输卵管妊娠、不全流产或滋养细胞疾病的者；③有手术禁忌症者；④要求切除子宫者；⑤对药物过敏者。根据治疗方法不同分为三组：药物（MTX+ 米非司酮）预处理后清宫（简称药物治疗组）和介入治疗后清宫组（简称介入治疗组）及宫腔镜引导经阴道宫腔下段吸宫组（简称宫腔镜治疗组）。将三组患者的一般情况进行比较，差异无统计学意义（ $p > 0.05$ ），见表 1

1.3 治疗方法及分组

患者入院后依据自愿原则，因考虑到医疗安全、患者实际病情等各方面，入组不能完全做到随机，依据患者对生育要求及经济条件等自身条件入组。宫腔镜治疗组：术前完善心电图、凝血功能、血清 $\beta\text{-HCG}$ 、白带常规血常规等检查，输液备血，静脉全麻，开始手术前宫颈注射稀释的垂体后叶素 3u（稀释至 4-5ml），采用德国 STORZ 宫腔镜检查系统，不扩张宫颈，设置宫腔压力 100mmHg，流速 300ml/



min, 血糖正常患者膨宫介质选择 5% 葡萄糖, 糖尿病患者选择 0.9% 氯化钠。置检查镜, 直接观察孕囊着床位置及剖宫产瘢痕周围血运情况, 再根据宫腔镜定位孕囊位置行宫腔下段吸刮术, 选择 7 号吸管, 压力 $\leq 400\text{mmHg}$, 迅速吸引, 浆膜层 $< 2\text{mm}$ 患者可以同时行 B 超监视。绒毛组织清除后再行宫腔镜检查术后创面有无妊娠组织残留, 如出血量多, 则在宫腔下段放置 14 号 foley 水囊管, 注入 20–60ml 生理盐水。直至引流管无活动性出血。术后 24 小时逐渐缩小水囊容积直至拔出。术后 1 天、3 天复查血 $\beta\text{-HCG}$, 术后一周复查 B 超评估疗效。该组 62 个病例, 术中出血量无一例大于 500ml, 其中有三例因停经时间大于 60 天, 血清 $\beta\text{-HCG}$ 大于 150000mIU, 术中出血量达 300ml, 水囊压迫止血, 并在一周之后因子宫下段混合性包块、HCG 下降不理想而行第二次宫腔镜手术。在 62 例患者中发现宫腔粘连 18 例, 使用水囊 13 例。

药物治疗组: 完善肝肾功能等检查, 主要杀胚药物为 MTX 和米非司酮, 辅以中药一起治疗。MTX 可以选择全身用药或局部用药, MTX4mg/kg/d, 连续肌注 5 天或 50mg/kg 单次宫颈注射。米非司酮

50mg, 一天两次口服, 连续 4 天, 中药 5 付, 治疗 5 天为一疗程, 一周查血 $\beta\text{-HCG}$, 间隔一周再行第二疗程, 药物治疗 1–3 疗程, 直至 $\beta\text{-HCG}$ 将至低于 1000mIU/ml, 复查盆腔彩超孕囊周围血运减少或消失, 再选择宫腔镜下或超声引导下清宫。该组患者 52 例, 有 6 例患者在药物治疗过程中出现大量阴道流血, 其中 4 例出血量 $> 800\text{ml}$, 并予输血治疗, 2 例中转开腹行病灶清除术, 2 例介入治疗后再行清宫术。治疗过程有 2 例肝功能受损、1 例粒细胞减少、1 例严重的口腔溃疡。

介入治疗组: 完善凝血功能等检查, 请放射科会诊, 无介入禁忌症。患者取仰卧位, 局麻后经右侧股动脉穿刺置管, 造影剂下显示血管, 明确子宫动脉走向后, 依据血清 $\beta\text{-HCG}$ 值, 子宫动脉注入 MTX70–100mg, 双侧分别注入明胶海绵颗粒栓塞双侧子宫动脉。术后右腿完全制动 24 小时, 24–72 小时完成宫腔镜或 B 超引导下清宫。该组 46 例患者, 有 2 例术中出血 $> 300\text{ml}$, 水囊压迫止血, 并在 7 天后行第二次清宫。1 例患者出现卵巢早衰, 1 例患者出现下肢深静脉血栓, 保守治疗后痊愈。

表 1: 各组患者一般情况比较

	宫腔镜组	药物组	介入组	P 值
年龄	32.63 $\pm$ 4.79	31.02 $\pm$ 5.37	32.84 $\pm$ 5.5	0.146
孕次	4.19 $\pm$ 1.93	4.69 $\pm$ 1.86	4.16 $\pm$ 1.66	0.255
剖宫产次数	1.27 $\pm$ 0.45	1.17 $\pm$ 0.42	1.34 $\pm$ 0.48	0.155
距上次剖宫产时间 (年)	5.83 $\pm$ 4.41	4.54 $\pm$ 3.41	6.32 $\pm$ 3.82	0.065
停经时间 (天)	48.68 $\pm$ 9.80	52.98 $\pm$ 11.40	51.35 $\pm$ 13.16	0.149
入院时阴道流血天数	7.47 $\pm$ 3.71	7.40 $\pm$ 3.61	6.07 $\pm$ 3.41	0.097
入院时血 $\beta\text{-HCG}$ 值 (IU/L)	44404.65 $\pm$ 21627.84	46478.64 $\pm$ 19417.14	47744.33 $\pm$ 23330.44	0.711
孕囊大小 (cm)	2.22 $\pm$ 0.52	2.21 $\pm$ 0.66	2.44 $\pm$ 0.36	0.073

表 2: 各组患者治疗过程情况比较

	宫腔镜组	药物组	介入组
治疗过程出血量 (ml)	30.48 $\pm$ 10.35 $^{\Delta}$	70.40 $\pm$ 18.36 $^{*\square}$	30.00 $\pm$ 9.94 $^{\Delta}$
术后阴道流血天数	8.67 $\pm$ 2.43	9.55 $\pm$ 2.38 *	9.44 $\pm$ 2.50 *
术后月经恢复时间	30.38 $\pm$ 2.93 $^{\square\Delta}$	34.04 $\pm$ 4.24 *	34.91 $\pm$ 5.26 *

注: 与宫腔镜组相比, $^{*}p<0.05$, $^{*}p<0.01$; 与药物组相比, $^{\square}p<0.05$, $^{\Delta}p<0.01$; 与介入组相比, $^{\diamond}p<0.05$, $^{\square}p<0.01$ 。

表 3: 各组患者住院情况比较

	宫腔镜组	药物组	介入组
住院费用	3448.61 $\pm$ 332.61 $^{\square\Delta}$	5512.75 $\pm$ 1019.79 $^{*\square}$	16398 $\pm$ 1078.54 *
住院天数	5.68 $\pm$ 1.83 $^{\Delta}$	26.67 $\pm$ 8.75 $^{\Delta}$	6.39 $\pm$ 1.82 $^{*\square}$

注: 与宫腔镜组相比, $^{*}p<0.05$, $^{*}p<0.01$; 与药物组相比, $^{\square}p<0.05$, $^{\Delta}p<0.01$; 与介入组相比, $^{\diamond}p<0.05$, $^{\square}p<0.01$ 。

1.4 统计学方法

所有的数据均使用 SPSS22.0 统计软件分析数据。计量资料以 $\bar{X}\pm S$ 表示, 组间比较采用单因素方差分析 (One-WayANOVA), 组间多重比较用 Tamhane's 检验。计数资料采用 χ^2 检验。以 $P < 0.05$ 为显著性差异的判断标准。

2 结果

2.1 各组临床资料比较

各组患者在年龄、孕次、产次、剖宫产次数、这次妊娠距最近 1 次剖宫产时间、停经时间、入院时阴道流血天数、入院时血 $\beta\text{-HCG}$ 值和妊娠囊或包块大小比较, P 均 > 0.05 , 各组一般资料比较差异无统计学意义, 具有可比性。

2.2 各组治疗过程、恢复时间比较

与宫腔镜组、介入治疗组相比, 药物干预组治疗过程出血量明显增多, 远远高于宫腔镜组和介入组 ($p<0.01$), 差异有统计学意义; 术后阴道流血天数三组相比无统计学意义 ($p > 0.05$); 从术后月经恢复时间来看, 宫腔镜组明显短于药物干预组和介入治疗组, 差异有显著统计学意义 ($p<0.01$)。

2.3 住院费用、住院时间比较

从住院费用对比来看, 宫腔镜组的治疗费用远远低于药物组和介入组 ($p<0.01$); 药物组的治疗费用亦显著低于介入治疗组 ($p<0.01$);

从住院天数对比来看, 宫腔镜组住院天数最短, 而药物组住院天数最长, 差异有显著差异性 ($p<0.01$), 介入组住院天数稍多于宫腔镜组, 远低于药物组, 差异有统计学意义 ($p<0.01$)。

3 讨论

CSP 的发病机制目前尚不明确, 有学者认为剖宫产后瘢痕处的内膜与肌层的破坏和瘢痕愈合缺陷是其主要因素, 其次与剖宫产瘢痕部位收缩功能差、血供不良等因素相关^[3-4]。虽然现代的剖宫产技术非常成熟, 缝合质量也不断提高, 术后预防感染的方法也很规范, 但子宫切口愈合仍不尽人意。Roberge 等^[5]荟萃分析, 半数以上的妇女剖宫产术后子宫瘢痕处肌层变薄, 且失去连续性, 有微小裂隙存在, 即瘢痕愈合缺陷。据循证医学资料表明, 单层缝合的子宫切口愈合缺陷比双层缝合的更多^[6]。且剖宫产后子宫瘢痕缺损随着剖宫产次数增加而增加。因此降低剖宫产率是预防 CSP 的根本。我们的研究发现宫腔粘连也可能是现在剖宫产术后子宫瘢痕妊娠发病率上升的原因之一, 因为宫腔环境不利于胚胎着床, 因而受精卵选择在宫腔下段憩室的位置着床发育, 62 例直接行宫腔镜的患者中, 18 例术中发现不同程度宫腔粘连, 发生率 29.03%。因此减少人流手术等宫腔操作, 减少宫腔粘连的发生, 可能也是预防 CSP 的手段之一。

CSP 早期容易漏诊误诊, 患者早期可以只有停经, 没有阴道流血、下腹痛等病史, 因要求终止妊娠而行人工流产或药物流产, 在没有充分的准备、预防出血的措施下盲目清宫, 常在治疗过程中出现不可控制的大出血、子宫穿孔、子宫破裂, 因而只能为抢救生命而行子宫切除, 最后导致患者丧失生育功能, 有的患者甚至因此而失去生命。也有的病例术中并没有大量出血, 但在术后长时间阴道流血淋漓不尽、子宫下段形成包块, 这种情况仍需要再次手术治疗。而对于早孕期漏诊的患者继续妊娠, 发展到中晚孕, 很多就发生凶险性前置胎盘。因此, 我们应该加强对剖宫产术后子宫瘢痕妊娠的认识和了解, 减少剖宫产率以预防 CSP 发生, 对于剖宫产后再次妊娠的妇女, 应在早孕期 (6–8) 周进行彩超检查, 以期早发现、早诊断、早治疗 CSP, 尽量减少严重的不良后果。没有症状、未经治疗的早期 CSP, 大部分为 I II 型, 如能早期诊断, 可以经 B 超引导或直接行宫腔镜引导下吸宫术, 本文的研究, 62 例宫腔镜手术, 没有一例出血大于 500ml, 术前预防用垂体后叶素宫颈注射, 出血多及时、正确放置水囊很重要。

目前关于 CSP 的诊断和治疗的研究很多, 但没有一个统一的规范,



2016年中华医学会妇产科学分会提出根据妊娠囊的生长方向以及妊娠囊与膀胱间子宫肌层的厚度分型,有利于指导临床治疗及临床实际操作。但目前有关该病的分型与治疗方式的选择仍处于探索阶段。张洪文教授根据他近几年的临床经验总结出一套分型分类的治疗方法。他认为相对于保守治疗、药物治疗等处理方案,手术治疗显得更加主动和迅速,能避免在相对较长的治疗或等待过程中病情进一步发展,特别是在大出血无法预测时,手术治疗能有效降低患者发生大出血等并发症的风险^[7]。我们的研究也证实药物治疗的预处理并没有明确获益。如果患者HCG不高,绒毛活性低,直接宫腔镜手术安全有效,药物治疗过程反而因为绒毛与子宫壁之间不完全剥离反复出血,错失最佳治疗时机,出血量多时需急诊开腹或腹腔镜手术,也可能发展为包块型,增加治疗的难度及创伤。HCG很高、绒毛活性很好的CSP更不适合药物预处理,治疗周期非常长,且治疗过程中胚胎继续发育可能。并不能有效减少出血,如果有绒毛植入肌层,治疗过程出血风险更大。主动、早期终止CSP,从出血量、住院时间、住院费用看,是有显著差异的。但药物治疗可以作为手术治疗之后的一种辅助治疗,对于宫腔镜下无法清除干净、或术后HCG下降不理想的患者,药物补充治疗可以减少再次手术的创伤。治疗CSP的重点在于既要近期防止严重的并发症;又要保护患者的生殖功能。是不是所有的CSP都需要介入治疗后清宫来预防出血呢?周明等^[8]在治疗22例CSP患者中,发现在宫腔镜指导下,22例CSP患者均完整清除病灶,且无并发症发生。对于胚胎活性高、植入深、特别是血供丰富的CSP,直接清宫术发生大出血的风险大,建议先行介入治疗后再清宫^[9]。我们的研究也发现停经时间大于60天、绒毛植入、HCG大于10万,且子宫前壁浆膜层<1.0cm,这种患者出血风险明显增加。治疗前建议介入预处理减少出血。

综上所述,宫腔镜引导经阴道宫腔下段吸宫术治疗I II型CSP是安全、经济、有效的一种方法,但在手术前应做好充分的预防出血准备,并由经验丰富的医生进行操作。术前宫颈注射稀释的垂体后叶素,术后宫腔下段放置水囊能有效减少术中术后出血。是值得在基层医院

推广的一种治疗方法。

参考文献

- [1] 金力, 陈蔚琳, 周应芳. 剖宫产术后子宫瘢痕妊娠诊治专家共识(2016)[J]. 全科医学临床与教育, 2017, 15(01):5-9.
- [2] Ouyang Y, Li X, Yi Y, et al. First-trimester diagnosis and management of Cesarean scar pregnancies after in vitro fertilization-embryo transfer: a retrospective clinical analysis of 12 cases. Reproductive Biology and Endocrinology: RB&E. 2015;13:126.
- [3] Takeda A, Imoto S, Nakamura H. Abruptio Placentae in Subsequent Pregnancy after Conservative Management of Hemorrhagic Cesarean Scar Pregnancy by Transcatheter Arterial Chemoembolization. Clinical Medicine Insights Case Reports. 2013;6:137-140.
- [4] 向阳, 李源. 剖宫产瘢痕妊娠的现状与研究进展[J]. 实用妇产科杂志, 2014, (04):241-243.
- [5] Roberge S, Boutin A, Chaillet N, et al. Systematic review of cesarean scar assessment in the nonpregnant state: imaging techniques and uterine scar defect. Am J Perinatol. 2012 Jun;29(6):465-71.
- [6] 周应芳, 杨慧霞. 重视剖宫产术后子宫瘢痕妊娠的预防和处置[J]. 中华妇产科杂志, 2014, 49(1):3-5.
- [7] 张洪文. 剖宫产术后瘢痕妊娠的临床分型、优化治疗及其意义[J]. 国际妇产科学杂志, 2017, (03):315-318.
- [8] 周明, 周燕莉, 郭蓉, 刘妮妮, 罗忆, 张雯娟. 宫腔镜检查指导清宫术治疗剖宫产瘢痕妊娠22例分析[J]. 中国实用妇科与产科杂志, 2011, 27(12):931-939.
- [9] 王乔, 赵霞. 剖宫产瘢痕妊娠的介入治疗及疗效评价[J]. 实用妇产科杂志, 2014, 30(4):245-247.

(上接第170页)

疫苗接种, 利于家属科学认识医疗卫生服务, 形成良好的医疗卫生观念; 可以促进医护人员更加注重儿童心理、精神等方面的变化, 及时发现异常状况, 并采取一系列相应的解决措施, 便于引导儿童形成健康的心理状态、精神状态, 避免自闭症的发生,

综上, 优化儿童保健管理应用效果显著, 有助于提高儿童健康体检率、系统管理率, 降低儿童患病率等, 对保健工作效果起到了良好的指导性作用。

参考文献

(上接第174页)

老年社区获得性肺炎的临床疗效及安全性评价[J]. 中国临床药理学杂志, 2015, 31(18):1804-1805.

[2] 郭小燕, 潘江, 张瑛, 等. 莫西沙星治疗社区获得性肺炎的疗效观察[J]. 中华医院感染学杂志, 2014, 24(11):2686-2687.

[3] 李颖, 张纾难. 麻杏石甘汤治疗社区获得性肺炎肺热型疗效

[1] 祝秀芳, 胡秀香. 分析儿童保健系统管理在儿童早期生长发育中的作用[J]. 佛山科学技术学院学报(自然科学版), 2017, 35(2):80-83.

[2] 马佳. 蛋白质-热能营养不良患儿的综合护理[J]. 中国民康医学, 2015, 27(9):119-120.

[3] 雷秋成, 王新颖. 蛋白质-能量营养不良与脑功能的关系[J]. 肠外与肠内营养, 2015, 22(3):184-186.

[4] 于明杰. 优化儿童保健服务系统护理干预对儿童健康体检率及系统管理率的影响[J]. 世界最新医学信息文摘: 连续型电子期刊, 2015, 15(94):1-3.

评价及对血清降钙素原的影响[J]. 中华中医药杂志, 2014, 4(5):1272-1275.

[4] 孙航成, 朱启勇. 麻杏石甘汤配合千金苇茎汤加减配合西药治疗社区获得性肺炎疗效观察[J]. 临床肺科杂志, 2012, 9(12):1741-1742.

[5] 杜洪喆, 晋黎. 加味麻杏石甘汤随症施量模式治疗小儿支气管肺炎18例临床研究[J]. 中医杂志, 2014, 55(10):844-845.

(上接第175页)

不良反应情况, 这与相关研究学者的研究结果基本保持一致。

总之, 对于肿瘤多汗症患者采用中医辨证治疗, 可有效改善患者的临床症状, 且副作用比较、治疗时间短, 值得在临床上进行应用与推广。

参考文献

[1] 赵影. 中医辨证治疗肿瘤患者多汗症35例临床报道[J]. 亚太传统医药, 2014, 10(11):65-66.

[2] 韩修建, 鲁守彬. 中医辨证治疗晚期恶性肿瘤360例体会[J]. 中外健康文摘, 2012, 09(3):427-428.

[3] 郭留霞. 神经系统副肿瘤综合征中医辨证治疗效果分析[J]. 河南医学研究, 2016, 25(10):1773-1774.DOI:10.3969/j.issn.1004-437X.2016.10.021.

[4] 全天一, 陈文裕, 黄国虹等. 鹿角霜治疗恶性肿瘤白细胞减少症的临床效果[J]. 中国老年学杂志, 2015, (10):2715-2717.

[5] 林呼. 中医辨证施治治疗放疗化疗白细胞减少症的临床研究[J]. 中国实用医药, 2015, (33):189-190.DOI:10.14163/j.cnki.11-5547/r.2015.33.139.

[6] 杜洪涛. 中医辨证治疗肿瘤患者多汗症的临床研究[J]. 内蒙古中医药, 2016, 35(10):29-30.