

血脂水平的潜在效能,此外,白虎汤还能抑制血清中炎症因子的表达,并调节肝脏脂质代谢相关基因的表达,改善大鼠胸主动脉血管组织病理改变和血管重构^[9]。这为白虎汤在糖尿病及其并发症治疗中的应用提供了实验依据,并为进一步的临床研究奠定了基础。白虎加入参汤可改善 DM 患者糖脂代谢、胰岛素抵抗,同时可抑制炎症反应、抗氧化应激^[10]。二至丸中含有的众多活性成分,如伞形花内酯、齐墩果酸、熊果酸、特女贞苷和蟛蜞菊内酯等,可被吸收进入血液并转运至肾脏,这些成分构成了二至丸治疗 DKD 作用的重要物质基础^[11]。黄连可降低高脂饮食诱发的糖尿病大鼠 DKD 中的血清单核细胞趋化蛋白-1 和结缔组织生长因子水平,并抑制肾核因子- κ B 表达来减轻潜在的肾损伤^[12]。

本研究结果表明,白虎二至汤治疗热盛阴虚型 DKD Ⅲ期患者,可稳定调节血糖,明显改善 DKD 患者 UACR、BUN、Scr 等肾功能损害相关指标,同时显著控制 DKD 患者临床症状,中西医结合治疗效果更能提高疗效。但该研究目前纳入的样本量较少,可能存在部分患者服用西药控制不佳等情况,仍需进一步大样本临床研究验证,同时也需通过基础试验进一步明确其作用机制。

参考文献

[1] SUN SZ, XU LN, BI YL, et al. Early diagnosis of WT1 nephropathy and follow up in a Chinese multicenter cohort [J]. Eur

J Med Genet, 2020, 63(11): 104047.

- [2] 丘立富,赵进喜,吴文静,等. 基于文献的早期糖尿病肾病证候分布特点分析 [J]. 环球中医药, 2016, 9(2): 162-164.
- [3] 中华医学会糖尿病学分会. 中国 2 型糖尿病防治指南(2013 年版) [J]. 中国糖尿病杂志, 2014, 22(8): 2-42.
- [4] 郑筱萸. 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: 233.
- [5] 高彦彬,刘铜华,李平. 糖尿病肾病中医防治指南 [J]. 中国中医药现代远程教育, 2011, 9(4): 151-153.
- [6] 毕礼明,王朝晖. 糖尿病肾病发病机制研究进展 [J]. 内科理论与实践, 2023, 18(3): 201-205.
- [7] 杜立遥,于蓓蓓,孙丹丹,等. 经方白虎汤药理作用及药效成分研究进展 [J]. 北京中医药, 2018, 37(5): 476-479.
- [8] 雷琳丽,曾小石,彭婵. 白虎汤辅助治疗 2 型糖尿病燥热津伤证患者的效果 [J]. 深圳中西医结合杂志, 2021, 31(12): 52-54.
- [9] 郭杨志,杜娟,姜敏. 白虎汤调节 IRS-1/PI3K/Akt 信号通路对 2 型糖尿病大鼠血糖、血脂代谢及血管重构的影响 [J]. 中国实验方剂学杂志, 2021, 27(1): 23-30.
- [10] 王尽欢,刘军彤,石岩,等. 白虎加入参汤治疗糖尿病研究进展 [J]. 辽宁中医药大学学报, 2023, 25(1): 193-198.
- [11] 尹江宁. 二至方逆转糖尿病并发肾脏损伤的物质基础及其作用机理研究 [D]. 苏州: 苏州大学, 2018.
- [12] GUO YZ, DU J, JIANG M, et al. Full composition granules of Huanglian (Rhizoma Coptidis) decrease the serum monocyte chemotactic protein-1 and connective tissue growth factor levels and inhibit kidney nuclear factor- κ B expression in rats with high-fat diet-induced diabetes [J]. Chung I Tsa Chih Ying Wen Pan, 2021, 41(3): 424-431.

(编辑: 李佳丽 收稿日期: 2024-01-12)

化毒祛邪汤对恶性淋巴瘤 CHOP 化疗患者免疫功能的影响

范金兰

摘要:目的 探讨化毒祛邪汤对恶性淋巴瘤 CHOP 化疗患者免疫功能的影响及用药安全性。方法 纳入 80 例恶性淋巴瘤患者,以随机数字表法分为观察组与对照组,各 40 例。对照组接受 CHOP 化疗,观察组在此基础上接受化毒祛邪汤,2 组均连续治疗 4 个周期后对比各项观察指标。结果 与对照组相比,治疗后观察组临床总有效率较高;治疗后观察组不良反应发生率较低。与治疗前比,治疗后 2 组各项血常规指标水平均降低,对照组血清 CD3⁺、CD4⁺、CD4⁺/CD8⁺ 水平降低,2 组血清 TNF- α 、PDGF-BB 水平均降低,2 组 SF-36 问卷评分均升高(均 $P < 0.05$),且观察组优于对照组($P < 0.05$)。结论 化毒祛邪汤用于恶性淋巴瘤 CHOP 化疗患者能够增强免疫功能,安全性较高。

关键词: 恶核; 恶性淋巴瘤; 化毒祛邪汤; 化疗

doi: 10.3969/j.issn.1003-8914.2024.05.026

文章编号: 1003-8914(2024)-05-0923-05

恶性淋巴瘤指原发病灶在淋巴结或淋巴组织的恶

性肿瘤,其病变来源于机体免疫系统,分为霍奇金淋巴瘤与非霍奇金淋巴瘤两大类,临床以非霍奇金淋巴瘤为主,可发生于任何年龄段,主要侵犯患者心、肺等重

作者单位: 菏泽市中医医院血液病科(山东 菏泽 274000)

通信方式: E-mail: fanjinlan1126@163.com

要器官,对患者生命安全造成严重威胁^[1,2]。当前临床主要采用手术及放疗化疗方案治疗,化疗以 CHOP 方案为主,但化疗不仅能够杀灭癌细胞,还会在很大程度上损伤机体正常细胞,患者不良反应较多,治疗效果不理想^[3,4]。中医常将恶性淋巴瘤称为“恶核、痰核、石疽”等,认为其根本病机因素为“痰”,合并“寒、瘀、毒、虚”表现出不同的临床证候,治疗应以解毒散结、扶正固本为主,化毒祛邪汤具备祛毒化痰、补气活血之效,能够在祛除邪气的同时保护正气,缓解化疗药物的毒副作用。该研究旨在探讨化毒祛邪汤对恶性淋巴瘤 CHOP 化疗患者免疫功能的影响及用药安全性,现结合此次研究所得进行报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2018 年 1 月—2023 年 1 月菏泽市中医医院收治的恶性淋巴瘤患者 80 例,随机数字表法分为观察组与对照组,各 40 例。对照组男女各 24、16 例;年龄 23~61 岁,平均年龄(45.31±7.43)岁;肿瘤分型:弥漫性大细胞淋巴瘤 26 例、T 细胞源性淋巴瘤 14 例;肿瘤分期:Ⅰ期 7 例、Ⅱ期 16 例、Ⅲ期 11 例、Ⅳ期 6 例。观察组男女各 23、17 例;年龄 22~62 岁,平均年龄(46.22±7.37)岁;肿瘤分型:弥漫性大细胞淋巴瘤 25 例、T 细胞源性淋巴瘤 15 例;肿瘤分期:Ⅰ期 6 例、Ⅱ期 18 例、Ⅲ期 10 例、Ⅳ期 6 例。2 组的一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),提示其基础资料不会影响研究结果。该研究方案已通过菏泽市中医医院医学伦理委员会审批。患者及其家属均知情同意。

1.2 诊断标准 西医参照《中国恶性淋巴瘤诊疗规范(2015 年版)》^[5]中相关诊断标准;中医参照《中医肿瘤学》^[6]中相关诊断标准。

1.3 纳入标准 符合上述中西医诊断标准者;能够耐受 CHOP 化疗者;预期生存期 6 个月以上者;意识清晰且精神状态正常,可配合研究者。

1.4 排除标准 合并心力衰竭、中毒感染等严重并发症者;依从性较差,无法完成化疗疗程者;临床资料不完整者。

1.5 方法

1.5.1 治疗方法 对照组给予 CHOP 化疗方案治疗,化疗第 1 天静脉注射注射用环磷酰胺(江苏恒瑞医药股份有限公司,国药准字 H32020857,规格:0.2 g)0.75 g/m²、注射用盐酸表柔比星(浙江海正药业股份有限公司,国药准字 H20183145,规格:10 mg)50 mg/m²、硫酸长春新碱注射液(合肥亿帆生物制药有限公司,国药准字 H20233225,规格:1 ml:1 mg)1.4 mg/m²;化疗第 1~5 天口服醋酸泼尼松片(国药集团容生制药有限公司,国药准字 H41020636,规格:5 mg),100 mg/d。

28 d 为 1 个周期,共治疗 4 个周期。观察组在对照组基础上联用化毒祛邪汤治疗,组方:麸炒白术 25 g,太子参 20 g,当归、茯苓、薏苡仁、白芍、何首乌、莪术、乳香、没药、白花蛇舌草各 15 g,水蛭 12 g,生半夏、生牡蛎、陈皮、蒲公英、金银花、山萸肉、紫草各 10 g,柴胡、炙甘草各 6 g。以水煎至 200 ml 药液口服,1 剂/d,28 d 为 1 个周期,共治疗 4 个周期。

1.5.2 观察指标 ①临床疗效:治疗后对 2 组患者临床疗效进行比较。②血常规:完善 2 组患者血常规检查,采集患者治疗前后空腹静脉血,使用全自动血液细胞分析仪[深圳迈瑞生物医疗电子股份有限公司,粤食药监械(准)字 2013 第 2400536 号,型号:BC-5000]进行血常规指标检测,主要评估外周血白细胞计数(WBC)、血小板计数(PLT)、中性粒细胞计数(ANC)。③免疫功能:治疗前后抽取患者空腹静脉血 6 ml,离心制备血清(3000 r/min,10 min),使用流式细胞仪(美国 BD 公司,型号:BD FACSCalibur)测定患者血清 CD3⁺、CD4⁺、CD8⁺ 水平并计算 CD4⁺/CD8⁺ 值。④血清肿瘤坏死因子- α (TNF- α)、血小板衍生生长因子-BB(PDGF-BB)水平:治疗前后使用备用血清测定 2 组患者血清 TNF- α 、PDGF-BB 水平,检测方法为酶联免疫吸附法。⑤生活质量评分:治疗前后使用健康状况调查问卷(SF-36)对 2 组患者生活质量进行评定,问卷由 36 条目组成,对应划分为心理健康、情感角色限制、活力、社会功能、躯体疼痛、一般健康、躯体机能、躯体职能 8 个维度,各维度总分为 0~100 分,得分越高代表患者生活质量越高^[7]。⑥不良反应:记录并比较 2 组患者治疗期间的不良反应,包括心脏毒性、骨髓抑制、恶心呕吐、肝肾功能异常。

1.5.3 疗效判定标准 参照《中国恶性淋巴瘤诊疗规范(2015 年版)》^[5]。患者治疗后淋巴结肿块完全消失且消失时间持续 1 个月以上记为完全缓解;治疗后淋巴结肿块最大径总和减少 30% 以上且缩小时间持续 1 个月以上记为部分缓解;治疗后淋巴结肿块最大径总和减少 30% 以下或增大 20% 以下记为稳定;治疗后淋巴结肿块最大径总和增加 20% 以上或是出现新病灶记为进展。总有效率=(完全缓解例数+部分缓解例数)/总例数×100%。

1.5.4 统计学方法 数据分析由 SPSS 22.0 软件进行,计数资料、计量资料分别以率(%)、($\bar{x}\pm s$)表示,检验方式分别采用 χ^2 检验、 t 检验。以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 2 组患者临床疗效比较 观察组总有效率高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 1。

2.2 2 组患者血常规指标比较 与治疗前相比,治疗

后 2 组患者外周血 WBC、PLT、ANC 水平均降低($P < 0.05$) ,观察组外周血 WBC、PLT、ANC 水平高于对照组 ,差异有统计学意义($P < 0.05$) 。见表 2。

表 1 2 组患者临床疗效比较 (例,%)

组别	例数	完全缓解	部分缓解	稳定	进展	总有效
对照组	40	9(22.50)	9(22.50)	12(30.00)	10(25.00)	18(45.00)
观察组	40	13(32.50)	14(35.00)	7(17.50)	6(15.00)	27(67.50) ¹⁾

注:与对照组比较,¹⁾ $P < 0.05$ 。

2.3 2 组患者免疫功能比较 与治疗前相比,治疗后对照组血清 CD3⁺、CD4⁺、CD4⁺/CD8⁺ 水平有明显降低($P < 0.05$) ,对照组血清 CD8⁺ 及观察组血清

表 3 2 组患者免疫功能比较

组别	例数	时间	CD3 ⁺ /%	CD4 ⁺ /%	CD8 ⁺ /%	CD4 ⁺ /CD8 ⁺
对照组	40	治疗前	59.64 ± 7.36	37.52 ± 5.34	29.31 ± 3.63	1.27 ± 0.24
		治疗后	50.70 ± 6.32 ¹⁾	26.73 ± 4.68 ¹⁾	28.82 ± 3.55	0.75 ± 0.15 ¹⁾
观察组	40	治疗前	58.75 ± 7.51	37.60 ± 5.17	29.16 ± 3.57	1.26 ± 0.31
		治疗后	60.38 ± 7.46 ²⁾	39.27 ± 5.28 ²⁾	27.67 ± 3.83	1.27 ± 0.35 ²⁾

注:与治疗前比较,¹⁾ $P < 0.05$;与对照组比较,²⁾ $P < 0.05$ 。

2.4 2 组患者血清 TNF- α PDGF-BB 水平比较 与治疗前相比,治疗后 2 组血清 TNF- α 、PDGF-BB 水平均降低,且观察组低于对照组($P < 0.05$)。见表 4。

2.5 2 组患者生活质量评分比较 与治疗前相比,治疗后 2 组患者 SF-36 问卷各维度评分均升高,且观察组高于对照组($P < 0.05$)。见表 5。

2.6 2 组患者不良反应比较 观察组不良反应总发生率低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见

表 5 2 组患者 SF-36 评分比较

组别	例数	时间	心理健康	情感角色限制	活力	社会功能	躯体疼痛	一般健康	躯体机能	躯体职能
对照组	40	治疗前	31.48 ± 5.12	38.66 ± 5.07	43.67 ± 4.97	47.88 ± 5.23	30.67 ± 3.94	34.85 ± 5.72	38.75 ± 4.35	42.75 ± 5.38
		治疗后	55.39 ± 3.74 ¹⁾	60.63 ± 3.52 ¹⁾	59.76 ± 4.82 ¹⁾	63.28 ± 4.33 ¹⁾	57.39 ± 3.58 ¹⁾	56.32 ± 4.19 ¹⁾	61.74 ± 5.21 ¹⁾	58.62 ± 4.55 ¹⁾
观察组	40	治疗前	30.82 ± 5.24	39.34 ± 4.92	44.36 ± 4.67	47.64 ± 5.42	30.32 ± 3.57	34.77 ± 5.38	38.46 ± 4.55	41.95 ± 4.93
		治疗后	65.77 ± 4.95 ¹⁾²⁾	70.31 ± 4.55 ¹⁾²⁾	72.65 ± 5.33 ¹⁾²⁾	72.94 ± 4.13 ¹⁾²⁾	70.36 ± 4.56 ¹⁾²⁾	68.27 ± 3.75 ¹⁾²⁾	73.82 ± 4.67 ¹⁾²⁾	69.73 ± 3.82 ¹⁾²⁾

注:与治疗前比较,¹⁾ $P < 0.05$;与对照组比较,²⁾ $P < 0.05$ 。

表 6 2 组患者不良反应比较 (例,%)

组别	例数	心脏毒性	骨髓抑制	恶心呕吐	肝肾功能异常	总发生率
对照组	40	4(10.00)	3(7.50)	6(15.00)	5(12.50)	18(45.00)
观察组	40	0(0.00)	1(2.50)	2(5.00)	2(5.00)	5(12.50) ¹⁾

注:与对照组比较,¹⁾ $P < 0.05$ 。

3 讨论

当前临床尚未明确恶性淋巴瘤的发病机制,但多数观点认为其与反复感染、免疫细胞恶性病变、免疫系统缺陷等因素相关,其发病部位较广,患者淋巴结、

CD3⁺、CD4⁺、CD8⁺、CD4⁺/CD8⁺ 均无明显变化($P > 0.05$) ;治疗后 2 组患者血清 CD3⁺、CD4⁺、CD4⁺/CD8⁺ 水平比较,观察组高于对照组($P < 0.05$)。见表 3。

表 2 2 组患者血常规指标比较 (10⁹/L $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	时间	WBC	PLT	ANC
对照组	40	治疗前	7.97 ± 1.64	133.46 ± 35.17	1.83 ± 0.24
		治疗后	6.94 ± 1.42 ¹⁾	92.10 ± 23.49 ¹⁾	1.12 ± 0.19 ¹⁾
观察组	40	治疗前	7.98 ± 0.94	135.47 ± 35.26	1.82 ± 0.30
		治疗后	7.51 ± 1.05 ¹⁾²⁾	119.58 ± 31.52 ¹⁾²⁾	1.43 ± 0.16 ¹⁾²⁾

注:与治疗前比较,¹⁾ $P < 0.05$;与对照组比较,²⁾ $P < 0.05$ 。

表 4 2 组患者血清 TNF- α PDGF-BB 水平比较

组别	例数	时间	TNF- α	PDGF-BB
对照组	40	治疗前	50.13 ± 6.41	65.74 ± 5.33
		治疗后	36.97 ± 4.23 ¹⁾	53.34 ± 4.57 ¹⁾
观察组	40	治疗前	49.96 ± 6.38	65.37 ± 5.41
		治疗后	26.35 ± 3.26 ¹⁾²⁾	42.19 ± 3.11 ¹⁾²⁾

注:与治疗前比较,¹⁾ $P < 0.05$;与对照组比较,²⁾ $P < 0.05$ 。

表 6。

表 4 2 组患者血清 TNF- α PDGF-BB 水平比较

(ng/L $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	时间	TNF- α	PDGF-BB
对照组	40	治疗前	50.13 ± 6.41	65.74 ± 5.33
		治疗后	36.97 ± 4.23 ¹⁾	53.34 ± 4.57 ¹⁾
观察组	40	治疗前	49.96 ± 6.38	65.37 ± 5.41
		治疗后	26.35 ± 3.26 ¹⁾²⁾	42.19 ± 3.11 ¹⁾²⁾

注:与治疗前比较,¹⁾ $P < 0.05$;与对照组比较,²⁾ $P < 0.05$ 。

扁桃体、骨髓、脾脏都会受到累及,以无痛性、进行性淋巴瘤组织增生为主要特征,患者普遍出现浅表淋巴结肿大,伴有脾脏、肝脏肿大等症状,恶性肿瘤晚期患者还会伴有贫血、发热等症状,危及生命安全^[8-9]。当前临床治疗恶性淋巴瘤主要采用化疗方式,CHOP 为常用化疗方案,其中环磷酰胺、盐酸表柔比星的使用剂量关系着患者症状能否得到缓解,生存期能否得到延长,长期应用可能导致患者接受度及配合度较低,致使化疗方案延期或是药物剂量使用不充分等问题出现,导致化疗终止。

中医范畴中,恶性淋巴瘤并没有实际明确的中医病名,但按照其病症描述可划归“失荣、恶核、痰核”范畴,病机为肝郁气滞、气机失调,患者痰凝气滞致使痰毒内生,而由于疾病本身的消耗以及化疗所带来的损伤,会进一步加重患者气血损伤、肝肾阴虚,故中医认为治疗应理气化痰、解毒散结、益气养血^[10,11]。化毒祛邪汤中麸炒白术作为君药,具有补脾益气、利尿消肿的效用;太子参具有补益脾肺、益气生津的效用,可用于补气阴;当归具有补血活血的效用,与太子参合用能够益气活血;茯苓能够利湿消肿、健脾止泻,同时又不伤及正气;薏苡仁能够舒筋除痹、清热排脓;陈皮同时具备健脾和中、止痛及祛痰燥湿之效;生半夏能够消痞散结、燥湿化痰,在痰核治疗中疗效较佳;生牡蛎能够敛阴潜阳、化痰软坚,可对症治疗瘰疬痰核;蒲公英、金银花、白花蛇舌草均为清热解毒之药,能够疏散风热、消肿散结;山萸肉与何首乌同用能够柔肝养肝;紫草具备活血凉血之效,能够解毒透疹,在防治阴虚耗血方面具备一定功效;乳香、没药能够活血散瘀、消肿止痛;甘草能够调和诸药,全方配伍使用,共奏祛毒化痰、清热利湿、活血补气之效,在 CHOP 化疗基础上联用化毒祛邪汤能够控制淋巴肿块大小,控制患者病情进展。本研究中,观察组治疗总有效率更高,提示化毒祛邪汤用于恶性淋巴瘤 CHOP 化疗患者能够有效提升其临床疗效。

T 淋巴细胞是人体中主要免疫细胞,其中 CD3⁺ 能够参与免疫应答,CD4⁺ 的诊治能够促使 B 细胞抗体产生,CD8⁺ 能够参与肿瘤细胞的清除过程,CD4⁺ / CD8⁺ 反映了人体细胞免疫功能的平衡^[12]。TNF-α 为免疫调节因子,能够诱导机体细胞凋亡,在肿瘤病变发展过程中具有重要作用,恶性肿瘤的进展与新生血管形成密切相关,PDGF-BB 能够诱导形成新生血管系统,为肿瘤生长扩散提供基础条件及营养支持,同时还具备一定的促炎性,随着恶性淋巴瘤的进展,血清 TNF-α、PDGF-BB 水平会出现过度表达。恶性淋巴瘤作为免疫系统肿瘤,其发生发展与免疫功能及细胞因子水平有关,化疗在治疗肿瘤的同时还会对正常组织细胞造成损伤,导致机体免疫功能下降。现代药理学研究表明,太子参中富含多糖粗提物能够增强免疫力,此外还具有抗肿瘤转移、抗肿瘤化疗药物耐药的作用;麸炒白术中,含有挥发油物质,能够双向调节肠胃功能,提升白细胞水平,增强人体免疫力;何首乌能够增强机体免疫功能,具有抗衰老之效;当归能够改善机体微循环,降低炎症反应,提高机体免疫,具有抗疲劳、抗肿瘤的作用,多味中药合用能够有效提升免疫功能,调节 T 淋巴细胞水平,抵抗机体炎症反应。化毒祛邪汤能够

有效增强机体的特异性及非特异性免疫功能,促进脾脏化生,改善机体营养状态,提高癌细胞杀灭效果,有效维持正常的外周血 WBC、PLT、ANC 水平。在本研究中,治疗后观察组外周血 WBC、PLT、ANC 水平及血清 CD3⁺、CD4⁺、CD4⁺ / CD8⁺ 水平更高,治疗后观察组血清 TNF-α、PDGF-BB 水平更低,提示化毒祛邪汤用于恶性淋巴瘤 CHOP 化疗患者能够有效调节机体免疫细胞水平,改善血常规,减轻炎症反应,增强机体免疫功能,该结果与张莉莉等^[13] 研究结果较为一致。CHOP 化疗能够有效阻止癌细胞的不断浸润、增殖,但其毒副作用较大,还会对患者体内正常细胞造成损伤,治疗后所产生的不良作用影响患者正常生活,接受化疗后患者生活质量出现明显降低,化毒祛邪汤组方中的太子参、何首乌等药均能够保护患者心脏、肝脏、神经功能,保护机体正常细胞活性,减轻化疗药物的毒性。此研究中,治疗后观察组 SF-36 问卷各维度评分高于对照组,且观察组治疗期间不良反应总发生率更低,提示化毒祛邪汤用于恶性淋巴瘤 CHOP 化疗患者能够有效提高患者生活质量,具有较高安全性。

综上,化毒祛邪汤用于恶性淋巴瘤 CHOP 化疗患者能够有效提升临床疗效,调节机体免疫细胞水平,改善血常规,增强机体免疫功能,且具有较高安全性,值得临床推广应用。

参考文献

- [1] 吴丹,徐玲,李慧,等. 益髓补肾方联合 CHOP 化疗方案对恶性淋巴瘤患者临床疗效、免疫功能及 PDGF-BB 的影响[J]. 四川中医, 2022, 40(4): 51-55.
- [2] 蒋晖,谢蓉,汤静. 华蟾素胶囊联合 CHOP 化疗方案对恶性淋巴瘤患者疗效及对 TNF-α、PDGF-BB 的影响[J]. 中成药, 2018, 40(2): 499-501.
- [3] 季亚婕,薛晓红. 艾灸防治恶性肿瘤化疗性骨髓抑制的研究现状[J]. 光明中医, 2019, 34(14): 2266-2271.
- [4] 李英霞,韩晓红,杨玉玲. 化痰祛瘀散结汤联合化疗治疗恶性淋巴瘤临床研究[J]. 陕西中医, 2018, 39(8): 1054-1056.
- [5] 石远凯,孙燕,刘彤华. 中国恶性淋巴瘤诊疗规范(2015年版)[J]. 中华肿瘤杂志, 2015, 37(2): 148-158.
- [6] 周岱翰. 中医肿瘤学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2011: 430-433.
- [7] 潘晓兰,张燕,骆竹媚. 沙利度胺联合利妥昔单抗治疗对淋巴瘤患者生存质量的影响[J]. 实用医院临床杂志, 2022, 19(1): 22-25.
- [8] 关静,杜方舟,魏萌,等. 原发性肝淋巴瘤的影像学表现研究[J]. 成都医学院学报, 2018, 13(6): 671-676.
- [9] 胡艳,卢丹,王姣. 自体外周血造血干细胞移植治疗 70 例恶性淋巴瘤的疗效、安全性及预后影响因素研究[J]. 临床和实验医学杂志, 2021, 20(2): 180-183.
- [10] 王淑萍,白焕强. 化毒祛邪汤联合化疗治疗非霍奇金淋巴瘤临床观察及对血清肿瘤标志物的影响[J]. 四川中医, 2018, 36(12): 72-75.

- [11] 梁存均. 中西医结合治疗淋巴瘤的临床观察[J]. 光明中医, 2018, 33(13): 1945-1947.
- [12] 杜健. 益气养阴散结汤加减辅助治疗对甲状腺癌术后患者甲状腺功能及 CD3⁺、CD4⁺、CD4⁺/CD8⁺ 的影响[J]. 光明中医, 2020, 35(20): 3203-3206.

- [13] 张莉莉, 谷俊, 董媛. 自拟疏肝解毒汤联合 CHOP 化疗方案治疗恶性淋巴瘤疗效及对免疫功能的影响[J]. 现代中西医结合杂志, 2020, 29(33): 3688-3692.

(编辑: 李佳丽 收稿日期: 2023-04-26)

杏苏二陈汤治疗慢性阻塞性肺疾病 急性加重期临床观察

李仕雄 黄朝尊 赵家琪

摘要: 目的 观察杏苏二陈汤对慢性阻塞性肺疾病(COPD)急性加重期患者动脉血气指标及肺通气功能的影响。方法 将台山市中医院收治的 120 例 COPD 患者随机分为 2 组, 对照组 60 例给予常规西医治疗, 观察组 60 例在对照组治疗基础上给予杏苏二陈汤治疗, 观察 2 组治疗前后的动脉血气、肺通气功能及炎症指标变化, 比较 2 组临床疗效。结果 治疗后, 观察组 CCL27、WBC、NLRP3 水平、PaCO₂、乳酸水平均低于对照组($P < 0.05$), PaO₂、FVC、PEF、FEF₅₀ 水平均高于对照组($P < 0.05$); 观察组总有效率高于对照组($P < 0.05$)。结论 杏苏二陈汤治疗 COPD 急性加重期患者, 可减轻炎症反应, 改善肺通气功能及动脉血气指标, 提升临床疗效。

关键词: 肺胀; 慢性阻塞性肺疾病; 杏苏二陈汤

doi: 10.3969/j.issn.1003-8914.2024.05.027 文章编号: 1003-8914(2024)-05-0927-04

慢性阻塞性肺疾病(COPD)是一种以持续性气流受限为特征的炎症性疾病,多呈进行性发展,主要表现为肺功能加速下降、气喘、咳痰、胸闷、呼吸困难、咳嗽等^[1-2]。急性加重期 COPD 患者病情危急,常在受到病毒或细菌感染后发病,是 COPD 患者死亡的重要因素,需及时给予治疗,以往临床常进行抗感染、吸氧、止咳等常规治疗,但疗效不甚理想^[3]。中医将 COPD 归属“肺胀”范畴,主要病机为痰浊瘀滞于肺,致使肺失宣降、津液气血不畅所致^[4],此次所用杏苏二陈汤具有燥湿化痰、润肺、平喘止咳的作用,故研究旨在观察杏苏二陈汤对 COPD 急性加重期患者动脉血气指标及肺通气功能的影响,具体报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2021 年 1 月—2022 年 12 月台山市中医院治疗的 120 例 COPD 患者,按随机数字表法分为对照组和观察组,各 60 例。对照组男性 34 例、女性 26 例;年龄 42~69 岁,平均(53.46±4.75)岁;COPD 病程 2~8 年,平均(5.25±0.93)年;急性加重 1~6 d,平均(4.02±0.64) d。观察组男性 36 例、女性 24 例;年龄 41~70 岁,平均(54.21±4.53)岁;COPD 病程 2~7 年,平均(5.03±0.86)年;急性加重 1~5 d,平均(3.88±0.57) d。2 组患者一般资料比较,差

异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准 西医诊断符合《慢性阻塞性肺疾病诊治指南》^[5] 诊断标准;中医诊断标准参照《慢性阻塞性肺疾病中医诊疗指南(2011 版)》^[6] 进行制定,辨证分型为痰浊阻肺证。主症:胸膈满闷,喘息,咳嗽,痰多、色白黏腻;次症:纳呆食少,脘痞腹胀,畏风易汗,舌质淡,苔白腻,脉滑或弦滑。

1.3 纳入与排除标准 纳入标准:处于 COPD 急性加重期,且急性加重时间小于 7 d;年龄 40~70 岁;患者及家属签署知情同意书;未参与其他临床研究。排除标准:妊娠期或哺乳期妇女;合并凝血功能障碍、内分泌紊乱、恶性肿瘤、脏腑功能不全、呼吸衰竭、全身感染;有精神障碍;合并支气管扩张症、肺结核、间质性肺疾病等呼吸系统疾病;依从性差;有胸部手术史;对研究所用药物过敏。

1.4 方法

1.4.1 治疗方法 对照组给予常规西医治疗,低流量持续吸氧,氧流量 2~3 L/min,采用注射用头孢哌酮钠舒巴坦钠(苏州东瑞制药有限公司, H20013055, 1 g) 抗感染,静脉滴注,每日 2 g;盐酸氨溴索注射液(BoehringerIngelheimEspana, S. A., H20150469, 2 ml: 15 mg) 祛痰,静脉注射,每次 15 mg,每日 2 次;沙美特罗替卡松粉吸入剂(Glaxo Wellcome production, H20150325, 50 μg/500 μg×60 泡) 扩张支气管,每次

作者单位:台山市中医院呼吸与危重症医学科(广东 台山 529200)

通信方式: E-mail: tsjsx5286@163.com