

# 中西医结合治疗流行性感冒轻症病例 229 例的临床对照研究

李悦琳 刘勇 李继科 曾义岚 叶庆 王玥莲

(成都市公共卫生临床医疗中心,成都中医药防治传染病重点实验室,成都,610066)

**摘要** 目的:探讨中西医结合治疗流行性感冒轻症的临床特征、病情转归规律,比较中西医疗效的差异性和安全性,为治疗提供参考。方法:采用中央随机的方法,将229例流感轻症病例随机分为观察组(118例)和对照组(111例),观察组患者采用基础治疗+中医治疗,对照组患者采用基础治疗+西医治疗,观察人口学指标、流行病学史、基础疾病、体温、症状、体征、实验室检查、胸部影像学检查和心电图等变化。结果:2组总体疗效比较,观察组患者痊愈率略高于对照组。观察组患者治愈89例(83.96%),好转17例(16.04%);对照组治愈79例(80.61%),好转19例(19.39%);总有效率100%。2组均无转为重症或死亡病例。2组退热起效时间和完全退热时间比较,观察组短于对照组,分别是(3 266.95 ± 1 236.79) vs (3 346.25 ± 1 384.12), (3 805.53 ± 1 546.90) vs (3 892.60 ± 1 709.02)。在第3天时观察组患者呼吸道症状缓解率较对照组高,为23.3% vs 13.72%,观察组患者症状缓解更快。研究过程中共报道不良事件5例,其中观察组3例(2.97%),对照组2例(2.06%),差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。费用方面,2组检查项目相同,经5 d治疗的中药汤剂费用(为精品小包装中药价格,含煎药费)平均为131.78元/例,国产奥司他韦为168元/例,进口奥司他韦为264.97元/例,观察组患者费用明显低于对照组。结论:中医方案治疗流行性感冒轻症疗效与奥司他韦相当,在退热和缓解呼吸道症状方面有一定优势,且价格低廉、易于获取。

**关键词** 中西医结合;流行性感冒;轻症;对照研究

## Clinical Control Study on 229 Cases of Epidemic Cold with Light Syndrome Treated with Chinese Medicine and Western Medicine

Li Yuelin, Liu Yong, Li Jike, Zeng Yilan, Ye Qing, Wang Yuelian

(The Public Health Clinical Centre of Chengdu, Chengdu TCM Key Laboratory for Prevention and Cure Infectious Disease, Chengdu 610066, China)

**Abstract Objective:** To explore the clinical characteristics and the prognosis of the patients with mild symptoms of influenza, and to compare the differences and safety of Chinese and western medical treatment, and to provide reference for the treatment. **Methods:** A total of 229 patients with mild influenza were randomly divided into the experimental group and the control group. The experimental group received basic treatment with Chinese medicine treatment, control group was treated with basic and western medicine. The demographic indicators, epidemiological history, underlying diseases, body temperature, symptoms, signs, laboratory tests, chest image examination and electrocardiogram (ECG) were observed. **Results:** The curative rate of the experimental group was slightly higher than that of the control group. In the experimental group, 89 cases (83.96%) were cured, 17 cases improved (16.04%); the control group were 79 cases (80.61%) and 19 cases (19.39%) respectively, the total effective rate was 100%. None of the two groups were transferred to severe or dead. As for the antipyretic effect and completely antifebrile time comparison, the results of the experimental group were shorter than that of the control group, respectively with (3 266.95 ± 1 236.79) and (3 346.25 ± 1 384.12), and (3 805.53 ± 1 546.90) and (3 892.60 ± 1 709.02). At third days, the rate of relieving rate of respiratory symptoms in the experimental group was higher than that of the control group, and 23.3% vs 13.72%. In the study, 5 cases of adverse events were reported, including 3 cases (2.97%) in experimental group and (2.06%) in control group. There was no significant difference between the two groups. The inspection procedure had the same cost, after 5 days' treatment, the Chinese medicine decoction cost (for the small package of Chinese medicinals, including the brewing) 131.78 yuan/case, domestic oseltamivir 168

基金项目:“十二五”国家科技重大专项(编号:2012ZX10004301-002)——发热伴呼吸道症候群诊疗预案和临床救治研究;四川省卫生厅2013年度科技项目(编号:130432)——中医药、中西医结合治疗发热伴呼吸道症候群传染病的系统评价;成都市科技局2015年度科技项目(编号:2015-HM02-00006-SF)——川派中医名家传染病防治技术推广平台与应用效果研究;成都市卫生局2013年度科研项目(编号:2013020)——传染病专科医院建立中西医结合防治传染病的机制体系研究;成都市卫计委2015年度科技项目(编号:2015102)——川派中医名家传染病防治技术推广平台与应用效果研究

作者简介:李悦琳(1976.11—),女,医学学士,主治医师,主任,研究方向:新发、突发传染病的中西医结合治疗,E-mail:591366204@qq.com  
通信作者:李继科(1980.06—),女,医学硕士,主治医师,研究方向:新发、突发传染病的中西医结合治疗,E-mail:lijike@163.com

yuan/case and foreign oseltamivir 264.97 yuan/case. The experimental group cost significantly less than the control group. **Conclusion:** Chinese medicine has similar efficacy with oseltamivir in treatment of mild influenza, and can also relieve fever and respiratory symptoms, and also is cheap and easy to access.

**Key Words** Chinese and western medicine treatment; Influenza; Mild symptoms; Control

中图分类号: R254 文献标识码: A doi: 10.3969/j.issn.1673-7202.2016.09.039

过去 10 余年几乎每 1~2 年就会出现新型突发性传染病在全世界传播, 其中发热伴呼吸道征候群传染病较为多见, 如 SARS、甲型 H1N1 流感和人感染 H7N9 禽流感等。2003—2012 年间全球已确诊感染高致病性禽流感病毒的患者累计为 608 例, 其中死亡患者 359 例, 病死率高达 59%, 在 2005 年就被认为是对人类存在潜在威胁最大的疾病之一<sup>[1]</sup>。2014 年国内人感染 H7N9 禽流感疫情有上升态势, 短短 1 个多月报道的病例数就逼近 2013 年全年报道的病例数, 且散发病例数仍在不断增加。此类疾病通过呼吸道传播, 传染性强、传播速度快、病死率高, 社会危害极大, 已成为备受世界各国关注和迫切需要解决的问题。中医药在对抗传染病的斗争中积累了上千年的经验, 在 2003 年 SARS 疫情中, 国内医家采用中西医结合治疗显著提高了临床疗效、降低了不良反应(如改善症状、缩短病程、改善肺纤维化、降低大量使用激素导致的股骨头坏死致残率等)<sup>[2-7]</sup>; 在 2009 年的甲型 H1N1 流感疫情中, 对轻症患者采用中医药早期干预、重症患者采用中西医结合治疗, 重症患者和病死率远低于国外, 证实了中医药治疗的有效性<sup>[8-12]</sup>。我院作为成都市传染病定点收治医院, 作为国家“十二五”科技重大专项子课题“发热伴呼吸道征候群诊疗预案和临床救治研究”的责任单位, 联合国内有一定地域代表性的综合性/传染病医院, 选取 2013 年 1 月至 2015 年 12 月期间我中心收治的流行性感冒轻症患者 229 例进行随机对照研究, 现将研究结果报道如下。

## 1 资料与方法

1.1 一般资料 成都市公共卫生临床医疗中心、首都医科大学附属北京地坛医院、中国中医科学院广安门医院、广西医科大学第一附属医院和新疆维吾尔自治区第六人民医院 2013 年 1 月至 2015 年 12 月收治的流行性感冒轻症患者 229 例, 采用中央随机的方法随机分为观察组 118 例和对照组 111 例。其中观察组患者中: 男 45 例, 女 73 例, 平均年龄 37.11 岁; 对照组患者中: 男 51 例, 女 60 例, 平均年龄 38.16 岁。

1.2 纳入标准 1) 以发热伴呼吸道症状为主要表现者; 2) 实验室病原学检测确诊为传染病者, 如 SARS、人感染高致病性禽流感、流行性感 冒等, 或首次病原学检测阴性、但临床诊断为流行性感 冒者, 或临床发生具有发热伴呼吸道症状征候群传染病表现与特征, 但病原学尚未明确, 疑诊为新发突 发传染病者; 3) 自愿参加本研究, 签署知情同意书者; 4) 年龄 14~70 岁; 5) 病程 ≤ 48 h。

1.3 排除标准 1) 确诊为肺结核、麻疹及艾滋病合并肺孢子虫病等引起的发热伴呼吸道症状的传染病; 2) 以发热伴呼吸道症状为主要表现, 并且符合重症病例诊断标准者; 3) 妊娠妇女或产褥期妇女; 4) 年龄 < 14 岁或 > 70 岁者; 5) 精神病患者, 或其他不能合作或不愿合作者; 6) 近 3 个月参加其他试验者。

1.4 出组标准 符合入组标准者, 在研究期间出现病情加重, 达到重症病例诊断标准者出组。

1.5 剔除标准 1) 依从性差, 不能保证按本研究计划完成者; 2) 试验期间发生严重不良反应事件或病情变化不能继续治疗者。

## 1.6 研究方法

1.6.1 诊断标准 参照卫生部《流行性感 冒诊断与治疗指南(2011 年版)》和《甲型 H1N1 流感诊疗方案(2010 年版)》制定。

1.6.2 治疗方法 观察组采用基础治疗 + 中医治疗, 对照组采用基础治疗 + 西医治疗。基础治疗包括呼吸道隔离、卧床休息、给予清淡饮食、纠正水电解质紊乱和物理降温等。中医治疗采用卫生部《流行性感 冒诊断与治疗指南(2011 年版)》方案, 根据每个患者的病情进行辨证, 分为风热犯卫证、风寒束表证和热毒袭肺证 3 型。风热犯卫证给予基本方药: 金银花 20 g、连翘 20 g、桑叶 15 g、菊花 15 g、炒杏仁 15 g、浙贝母 15 g、荆芥 15 g、牛蒡子 15 g、芦根 30 g、薄荷(后下) 10 g、生甘草 5 g、热盛者加生石膏 30 g 加减; 风寒束表证给予基本方药: 炙麻黄 10 g、炒杏仁 15 g、桂枝 10 g、葛根 15 g、炙甘草 5 g、羌活 15 g、苏叶 10 g 加减; 热毒袭肺证给予基本方药: 炙麻黄 10 g、杏仁 15 g、生石膏(先煎) 30 g、知母 15 g、芦根 30 g、牛蒡子 15 g、浙贝母 15 g、金银花 20 g、青

蒿 15 g、薄荷(后下)10 g、瓜蒌 15 g、生甘草 5 g 加减,中药 1 剂/d,水煎至 450 mL,口服 150 mL/次,3 次/d,5 d 为 1 个疗程。西医治疗采用抗病毒治疗:口服磷酸奥司他韦,75 mg/次,2 次/d,服用 5 d;并发细菌性感染时,根据经验或病原学检测结果选择抗生素,再根据病情积极对症治疗。

1.6.3 观察指标

1.6.3.1 基线指标 人口学指标、流行病学史、基础疾病、症状、体征、中医症状体征、实验室指标(血常规、尿常规、肝肾功、血糖、心肌酶谱检测、咽拭子病原体核酸或抗原检测等)、正位胸片和心电图检查等。

1.6.3.2 动态观察指标 1)体温:有发热则每 6 h 测量 1 次,体温正常后每天测量 1 次。2)症状:第 1、2、3、5、7 天,1 次/d,病情变化随时观察。3)体征:第 1、2、3、5、7 天,1 次/d,病情变化随时观察。4)中医症状体征记录:第 1、2、3、5、7 天,1 次/d,病情变化随时观察。5)常规实验室指标:血常规、尿常规、肝肾功、心肌酶结束时检查 1 次。正位胸片、心电图结束时检查 1 次。6)病原学指标:入组时检查 1 次。

1.6.4 疗效评价指标

1.6.4.1 疗效判定标准 1)痊愈:体温正常 3 d,其他流感样症状基本消失,无并发症;2)好转:体温降至正常或接近正常,其他流感样症状改善,无并发症;3)重症转化:病情加重达到重症诊断标准者;4)死亡:包括全死因死亡和本病所致死亡。

1.6.4.2 主要结局指标 1)并发症的发生率、重症转化率;2)退热时间:治疗后起效时间和完全退热时间(注:起效时间指从治疗后到体温下降 >0.5 ℃ 且维持 24 h 的时间;完全退热时间指从开始治疗至体温 <37.4 ℃ 且持续 24 h 及以上的时间);3)呼吸道症状缓解时间:从开始治疗至症状完全缓解且持续 24 h 以上的时间。

1.6.4.3 次要结局指标 实验室指标、安全性结局。

1.6.4.4 安全性评价 不良事件发生情况。

1.6.5 统计学方法 采用 SAS 8.2 统计软件进行数据分析。计量资料用 *t* 检验,等级资料用 Wilcoxon 秩和检验,分类资料用  $\chi^2$  检验,若有理论频数 <5 的频数,则采用 Fisher 精确检验,直接计算精确概率。因存在非随机入组病例,统计分析分为 2 个数据集,随机化入组病例作为意向性分析(Intention To Treat, ITT)数据集,所有随机化非随机化病例合在一起作为全分析集(Full Analysis Set, FAS)。

2 结果

2.1 病例入组情况 流行性感冒轻症研究随机化入组病例 219 例,非随机化入组病例 10 例。ITT 集观察组患者 110 例,对照组患者 109 例,FAS 集观察组患者 118 例,对照组 111 例,统计分析中 A 组为观察组(即中药组),B 组为对照组(即奥司他韦组)。

2.2 疗效评价

2.2.1 总体疗效 2 组总体疗效比较,观察组痊愈率略高于对照组(83.96% vs 80.61%),但差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。见表 1。

表 1 2 组总体疗效组间比较(FAS)

转归	A 组	B 组	$\chi^2$	<i>P</i>
痊愈	89(83.96%)	79(80.61%)	0.393	0.531
好转	17(16.04%)	19(19.39%)		
转为重症	0(0.00%)	0(0.00%)		
死亡	0(0.00%)	0(0.00%)		

2.2.2 退热时间 2 组退热起效时间和完全退热时间比较,观察组短于对照组分别是(3 266.95 ± 1 236.79) vs (3 346.25 ± 1 384.12), (3 805.53 ± 1 546.90) vs (3 892.60 ± 1 709.02),但差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。见表 2 和表 3。

表 2 2 组退热时间组间比较(ITT)

指标	项目	A 组	B 组	<i>t</i>	<i>P</i> 值
起效时间 (min)	N(miss)	94(16)	96(13)	-0.416	0.678
	mean(sd)	3266.95(1236.79)	3346.25(1384.12)		
	CI95	3013.628 ~ 3520.265	3065.802 ~ 3626.698		
	Min ~ Max	1620 ~ 7830	1320 ~ 7080		
	median	3060	2910		
完全退热时间 (min)	N(miss)	95(15)	98(11)	-0.371	0.711
	mean(sd)	3805.53(1546.90)	3892.60(1709.02)		
	CI95	3490.407 ~ 4120.646	3549.965 ~ 4235.239		
	Min ~ Max	1440 ~ 8460	1320 ~ 8400		
	median	3360	3800		

表3 2组退热时间组间比较(FAS)

指标	项目	A组	B组	总计	<i>t</i>	<i>P</i>
起效时间 (min)	N(miss)	102(16)	98(13)	200(29)	-0.836	0.404
	mean(sd)	3211.89(1209.62)	3364.90(1375.92)	3286.87(1292.78)		
	CL95	2974.300~3449.484	3089.044~3640.752	3106.601~3467.129		
	Min~Max	1620~7830	1320~7080	1320~7830		
	median	2970	2955	2955		
完全退热时间 (min)	N(miss)	103(15)	100(11)	203(26)	-0.756	0.450
	mean(sd)	3724.32(1517.61)	3895.15(1697.26)	3808.47(1606.90)		
	CL95	3427.719~4020.922	3558.377~4231.923	3586.092~4030.854		
	Min~Max	1440~8460	1320~8400	1320~8460		
	median	3360	3800	3360		

2.2.3 呼吸道症状缓解时间 呼吸道症状缓解时间组间差异无统计学意义( $P > 0.05$ ),但在第3天时观察组呼吸道症状缓解率较对照组高(23.3% vs 13.72%),观察组症状缓解更快。见表4和表5。单个呼吸道症状缓解时间比较,流涕症状观察组患者缓解更快,组间差异有统计学意义( $P = 0.02 < 0.05$ )。见表6。

表4 2组呼吸道症状缓解时间组间比较(ITT)

指标	选项	A组	B组	$\chi^2/U$	<i>P</i>
是否缓解	否	32(31.07%)	33(32.35%)	0.039	0.843
	是	71(68.93%)	69(67.65%)		
缓解时点	第1天		1(0.98%)	1.007	0.314
	第2天	3(2.91%)	2(1.96%)		
	第3天	21(20.39%)	11(10.78%)		
	第5天	31(30.10%)	35(34.31%)		
	第7天	16(15.53%)	20(19.61%)		
	7d后	32(31.07%)	33(32.35%)		

表5 2组呼吸道症状缓解时间组间比较(FAS)

指标	选项	A组	B组	$\chi^2/U$	<i>P</i>
是否缓解	否	33(29.73%)	33(31.73%)	0.101	0.751
	是	78(70.27%)	71(68.27%)		
缓解时点	第1天		1(0.96%)	1.204	0.229
	第2天	3(2.70%)	2(1.92%)		
	第3天	24(21.62%)	12(11.54%)		
	第5天	34(30.63%)	35(33.65%)		
	第7天	17(15.32%)	21(20.19%)		
	7d后	33(29.73%)	33(31.73%)		

表6 2组单个呼吸道症状缓解时间组间比较(ITT)

指标	选项	A组	B组	U	<i>P</i>
呼吸道症状4	流涕第2天	11(79.6%)	5(31.3%)	-2.318	0.020
	第3天	1(7.1%)	5(31.3%)		
	第5天	1(7.1%)	3(18.8%)		
	第7天				
	7d后	1(7.1%)	3(18.8%)		

2.3 安全性评价 研究过程中共报道不良事件5例,其中A组3例(不良事件发生率2.97%),B组2

例(不良事件发生率2.06%),组间差异无统计学意义( $P = 1.00 > 0.05$ )。

### 3 讨论

本研究结果显示,总体疗效观察组与对照组相当,退热起效时间与完全退热时间观察组略短于对照组,与文献报道一致<sup>[10]</sup>。观察组的上呼吸道症状缓解时间略短于对照组( $P > 0.05$ ),在第3天时观察组缓解优势明显;观察组对缓解流涕症状的疗效显著优于对照组( $P = 0.02$ ),提示中药在退热和缓解症状方面有较好的作用。但对咳嗽、咳痰症状缓解与对照组的差异无统计学意义,未能体现出中医药的优势,与文献报道不一致<sup>[13]</sup>,考虑可能与入组病例咳嗽症状不突出有一定关系。

安全性方面,观察组共3例发生不良事件,但均未影响用药,且可能与试验药物无关,提示中医药治疗流行性感有良好的安全性。

费用方面,因2组检查项目均相同,按采购价格计算,经5天治疗的中药汤剂费用(为精品小包装中药价格,含熬药费)平均为131.78元/例,国产奥司他韦为168元/例,进口奥司他韦为264.97元/例,中药费用明显低于西药费用,与文献报道一致<sup>[9,11-12]</sup>。

过去30余年中,全球发现了大约40多种新的传染病,平均每年至少1种,而这些传染病一半是病毒性的<sup>[13]</sup>,其中具有发热伴呼吸道征候群的一类传染病多通过呼吸道传播。随着全球变暖趋势的加剧,灾害天气的频频出现,人口流动性大,现代发达的交通工具及人类对海底、太空的开发致活动范围的扩大,新突发传染病的危险度越来越大,此类疾病在全球的传播速度也变得越来越快,且病毒容易变异,若无良好的防控措施将出现疫情暴发。进入21世纪后,发热伴呼吸道征候群新突发传染病不断在世界各地出现,如SARS、甲型H1N1流感、中东呼吸

综合征、人感染高致病性禽流感 and 埃博拉病毒病等,给人类社会带来了极大的经济压力和社会负担,极易造成社会恐慌。2013年国内的人感染 H7N9 禽流感疫情,病死率高达 38% ~ 58.8%<sup>[28]</sup>,极大地危害了人民群众的健康。因此,世界各国对发热伴呼吸道征候群新突发传染病的防控都极为重视。我国除了采用西医防控和治疗措施外,运用中医药防治此类疾病也取得了成功<sup>[9-12,14-18]</sup>,在 SARS、甲型 H1N1 流感等新突发呼吸道传染病的临床救治中都起到了缩短病程、快速缓解症状、减少并发症和降低病死率等作用<sup>[3,4,7,8-12,14-18]</sup>。对这类疾病的中医证候特征、预警预测方法等方面也进行了较多研究<sup>[19-27]</sup>。但由于种种原因,在地方层面,中医药仍难以及时介入新突发传染病的诊疗,所取得的成果常常因证据缺乏或证据级别不高得不到公认,加之中药剂型更新缓慢、中药材价格的畸形增长等因素也限制了中医药在临床上的广泛应用。为探索中医药及时介入新突发传染病诊治的机制,我们开展了流行性感(轻症)的多中心临床研究,验证了中医药治疗流行性感(轻症)方案的疗效性和安全性,为该方案的进一步完善、推广提供了循证依据。

由于呼吸道传染病的发病具有明显的季节性、区域性、不可预知性,研究开展期间在课题组所有参加单位所在地均未发生聚集性的呼吸道新突发传染病疫情,导致前期病例入组困难,最后纳入统计分析的病例包含了随机入组和非随机入组的病例,数据质量欠佳,因此最后的统计结果未能体现中医药的优势,与临床实际不符<sup>[18,30]</sup>,提示在下一步的研究中应优化研究方案。本研究采用卫生部颁布的《流行性感(轻症)诊断与治疗指南(2011年版)》的方案,轻症以风热犯卫、风寒束表、热毒壅肺证为主,查阅文献,发现这些证型与一项多中心临床研究的流感证型调查结果一致<sup>[31]</sup>,但该项调查的参与单位多处于北方地区,与本课题组南方地区参与单位的证型可能存在差异,如四川多见的“挟湿证”、广西多见的“外寒里热证”在该方案中未能得到体现<sup>[10]</sup>,结合地域特点研发的治疗上呼吸道感染的制剂或新药均获得了显著的疗效<sup>[32-33]</sup>。

综上所述,可以认为基于卫生部《流行性感(轻症)诊断与治疗指南(2011年版)》,中医方案治疗流行性感(轻症)疗效与奥司他韦相当,在退热和缓解呼吸道症状方面有一定优势,且价格低廉、易于获取。

#### 参考文献

[1] 陆志燦,孔晓飞. 禽流感病毒 H5N1 对人类的威胁和控制[J]. 诊

断学理论与实践,2006,5(2):93-97.

- [2] 曾兆麟,李玉梅. 从中医肺与大肠相表里理论探索难治性非典型性肺炎(SARS)治疗的新思路[J]. 上海中医药杂志,2003,37(5):5.
- [3] 谢海洲,卢祥之. 对 SARS 的中医认识和相关治疗方药[J]. 河南中医,2003,23(6):11-12.
- [4] 高辉,邓江玲,张洪亮. 运用温病学理论辨治新发突发传染病[J]. 新疆中医药,2013,31(4):1-3.
- [5] 张伯礼. SARS 的中医病机与辨证治疗[J]. 疑难病杂志,2003,2(4):193-195.
- [6] 李海聪,赵东,陈晓光,等. SARS 治疗中激素副作用的中医治疗[J]. 临床药物治疗杂志,2003,1(3):39-42.
- [7] 余经国. SARS 肺纤维化的中医发病机理及治疗方法研究[D]. 南京:南京中医药大学,2005.
- [8] 叶庆,周晓飞,李林华,等. 甲型 H1N1 流行性感(轻症)47 例的中医诊疗与临床证候分析[J]. 环球中医药,2012,5(4):250-252.
- [9] 刘大风,刘亚玲,陈红,等. 四川地区中医药治疗甲型 H1N1 流感的疗效及安全性评价[J]. 现代预防医学,2011,38(2):338-340,343.
- [10] 陈定潜,徐蓉,温贤敏,等. 四川地区中医药治疗轻症甲型 H1N1 流感的随机对照研究[J]. 中华实验和临床感染病杂志:电子版,2011,5(3):278-287.
- [11] 刘亚玲,曾义岚,陈红,等. 奥司他韦与中药治疗甲型 H1N1 流感 56 例[J]. 临床荟萃,2010,25(5):439-440.
- [12] 陈红,曾义岚,刘大风,等. 中药和奥司他韦治疗甲型 H1N1 流感的随机对照研究[J]. 四川医学,2010,31(8):1050-1052.
- [13] 曹力明,王秀莲. 王秀莲从湿热辨治感冒后咳嗽验案[J]. 山西中医,2010,26(4):17-17.
- [14] 袁长津,葛金文,周慎,等. 中医对 SARS 的认识及辨证治疗方案——92 篇中医药防治 SARS 文献研究小结[J]. 中国医药学报,2004,19(6):371-373.
- [15] 黄莉,王融冰,李兴旺. 中医辨治人感染 H7N9 禽流感 1 例报告[J]. 中医杂志,2013,54(12):1079-1080.
- [16] 国家中医药管理局. 人感染 H7N9 禽流感中医医疗救治专家共识(2014 版)[S]. 中医杂志,2014,55(5):378.
- [17] 刘用姜,唐冬英. 中医防治 H7N9 禽流感探讨[J]. 福建信息技术教育,2013,8(3):31-33.
- [18] 常宁,仲景. 中医治疗 H7N9 亚型禽流感病毒所致重症肺炎的临证实践[J]. 中国中医急症,2013,22(12):2065-2067.
- [19] 梁腾霄,吴畏,解红霞,等. 甲型 H1N1 流感的中医证候特点[J]. 中医杂志,2011,52(5):392-394.
- [20] 冯鲜妮,高峰,袁艳丽,等. 中西医结合治疗甲型 H1N1 流感疗效分析[J]. 现代医药卫生,2010,26(12):1851-1852.
- [21] 李莎莎,卢传坚,江芝婷,等. 甲型 H1N1 流感患者潜在生物标志物与中医证型的相关研究[J]. 中国中西医结合杂志,2012,32(5):633-638.
- [22] 张伟,王玉光,刘清泉,等. 123 例甲型 H1N1 流感重症、危重症中医证候学特征及病因病机分析[J]. 中医杂志,2011,52(1):35-38.
- [23] 黄羽,曾星,朱伟,等. 甲型 H1N1 流感患者 T 淋巴细胞亚群与中医辨证分型相关性的回顾性研究[J]. 中西医结合学报,2011,9(2):143-147.

(下接第 1802 页)

金水六君煎进行治疗,其不仅仅能明显提高治疗效率,缓解癌痛等临床症状,同时,可明显提高患者免疫力,且其不良反应并无升高,成本低,服用简便,患者较能接受,依从性高。本研究结果发现,我们通过比较疗效、疼痛评分,体重变化、免疫指标等情况,发现术后服用方剂减少并发症发生,2组血浆2个免疫指标均有升高,而细胞因子均较治疗前降低,但明显是观察组降低幅度较对照组更明显,即:研究组和对照组,术后都免疫指标都有改善,而其中,研究组的患者,术前基础免疫指标低的患者,术后联合方剂免疫功能提升尤为显著。然而,具体机制被认为与各种益气复脉的中成药复方有关,具体机制仍需要进一步动物实验和研究才能证实。本研究样本量小,且是单中心,入组患者纳入短,本研究仍存在一些不足之处,希望在进一步研究中可扬长避短。综上所述,加味金水六君煎在治疗肺癌围手术期患者免疫力低下方面的效果显著,并且安全可靠,不良反应少,价格合理,服用方便,患者易于接受,依从性良好,临床上值得全面推广。

参考文献

[1]李阳. 肺癌的中医药治疗意义[J]. 内蒙古中医药,2012,31(5):40-41.  
 [2]赵元辰,花宝金. 肺癌合并恶性胸腔基业的中医药治疗进展[J]. 中国中医药现代远程教育,2012,10(8):163.  
 [3]徐生明. 中医药治疗肺癌的研究进展[J]. 中外医学研究,2012,10(21):153-154.  
 [4]吴翥懿,李守然. 米逸颖治疗肺癌的I临床经验[J]. 北京中医药,2011,30(10):744-746.  
 [5]陈婷婷,薛锋. 中医药治疗肺癌的特点及优势[J]. 中国医药实践杂志,2011,74(1):32-34.  
 [6]国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[S]. 南京:南京大学出版社,1994:48.  
 [7]杜坤一,葛会泉,郑红敏,等. 中医药治疗恶性肿瘤化疗后骨髓抑

制研究概况[J]. 实用中医内科杂志,2013,27(3):147-148.  
 [8]中华人民共和国卫生部医政司. 中国常见恶性肿瘤诊治规范[S]. 2版. 北京:北京医科大学、中国协和医科大学联合出版社. 1999:16-21,10-15.  
 [9]刘钊. 现代肿瘤学[M]. 上海:上海医科大学出版社,1993:425,625,638.  
 [10]佩文. 肺癌综合诊疗学[M]. 北京:中国中医药出版社,2001:557.  
 [11]Gabriovich DI, et al. Decreased antigen presentation by dendritic cells in patients with breast cancer[J]. Clin Cancer Research, 1997,3:483-490.  
 [12]Ysupa, Shield PG. Etiology of cancer; Chemical factors. In: DeVita VTJr, Hellman S, Rosenberg SA, eds. Cancer: Principles and Practice of Oncology. 5<sup>th</sup> Ed, Philadelphia. Lippincott—Raven, 1997:185.  
 [13]Strand TE, Rostad H, Damhuis RA, et al. Risk factors for 3day mortality after resection of lung cancer and prediction of themagnitude [J]. Thorax,2007,62(11):991,997.  
 [14]吴建春,李雁. 原发性支气管肺癌中医证治规律的研究[J]. 长春中医药大学学报,2011,27(6):930-932.  
 [15]G. Rakovich, Bussieres, E. Frechette. Postpneumonectomy syndrome [J]. MMCT,2009,8:3475.  
 [16]薛青畅. 中药芪脂固本方对肺癌化疗患者骨髓抑制及免疫功能的影响[J]. 北方药学,2012,9(6):48-49.  
 [17]蒋立峰,刘延庆. 中医药治疗化疗致骨髓抑制的研究评述[J]. 中医学报,2011,26(5):526-529.  
 [18]Chen H S, Chen J, Cui D L, et al. Effects of a Shuangling Fuzheng anticancer preparation on the proliferation of SGC-7901 cells and immune function in a cyclophosphamide-treated murine model [J]. Word Journal of Gastroenterology,2007,13(48):6575.  
 [19]James W L, Charlotte A L, Maddy P, et al. A novel PKC-regulated mechanism controls CD44-ezrin association and directional cell motility[J]. Nature Cell Biol,2002,4:399.  
 [20]Itano N, Atsumi F, Sawai T, et al. Abnormal accumulation of hyaluronan matrix diminishes contact inhibition of cell growth and promotes cell migration[J]. Proc Natl Acad Sci USA,2002,99(6):3609.

(2016-05-25 收稿 责任编辑:徐颖)

(上接第1797页)

[24]马月霞,刘清泉,王玉光,等. 36例H7N9禽流感患者中医证候学特征[J]. 世界中医药,2014,9(3):275-277.  
 [25]郭亚丽,王玉光. 南北方2009年新型甲型H1N1流感中医证素分布特征分析[J]. 环球中医药,2015,8(6):706-708.  
 [26]姚自凤,崔杰,朱永芝. 200例甲型H1N1流感中医证候临床观察[J]. 光明中医,2015,30(10):2148-2149.  
 [27]张伟,王玉光,刘清泉,等. 123例甲型H1N1流感重症/危重症中医证候学特征及病因病机分析[J]. 中医杂志,2011,52(1):35-38.  
 [28]刘宇梅,梅波,高俊峰,等. 人感染高致病性禽流感的进展[J]. 临床肺科杂志,2012,17(11):2058-2059.

[29]国钰妍. 中医辨证论治与奥司他韦治疗流感轻症的临床随机对照研究[D]. 北京:北京中医药大学,2014.  
 [30]王晓静,王玉光,王融冰,等. 11例甲型H1N1流感确诊病例临床特征及治疗情况分析[J]. 中医杂志,2009,50(7):613-616.  
 [31]王融冰,李兴旺,陈晓蓉,等. 975例流行性感胃患者中医病证特征分析[J]. 中医杂志,2015,56(7):579-582.  
 [32]李国勤,赵静,屠志涛,等. 金花清感颗粒治疗流行性感胃风热犯肺证双盲随机对照研究[J]. 中国中西医结合杂志,2013,33(12):1631-1635.  
 [33]李继科,李晓灵,陈定潜,等. 双香草喷剂治疗上呼吸道感染的临床随机对照研究[J]. 时珍国医国药,2013,24(3):675-676.

(2016-05-18 收稿 责任编辑:王明)