

# 穴位贴敷联合中西药治疗老年复治肺结核阴虚火旺证的临床观察

蔡剑飞, 刘忠达, 徐磊, 章晓伟

(浙江省丽水市中医院, 丽水 323000)

**【摘要】** 目的 观察穴位贴敷联合当归六黄汤合玉女煎及西医方案治疗老年复治肺结核阴虚火旺证的临床疗效。方法 将 81 例老年复治肺结核阴虚火旺证患者, 随机分为 A 组、B 组和 C 组, 每组 27 例。A 组给予西医 3HRZE/6HRE 方案治疗, B 组在西医方案基础上加用穴位贴敷治疗, C 组在西医方案及穴位贴敷基础上加用当归六黄汤合玉女煎治疗。比较 3 组治疗前后中医证候积分、病灶吸收率、痰检阴转率、免疫指标 ( $CD_3^+$ 、 $CD_4^+$ 、 $CD_4^+/CD_8^+$ )、生活质量 (SF-36 评分) 及安全性。**结果** 治疗后, 3 组主症、次症积分较治疗前降低; 且 C 组主症、次症积分低于 B 组, B 组低于 A 组; 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。C 组病灶吸收率、痰检阴转率高于 A 组, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。治疗后, 3 组  $CD_3^+$ 、 $CD_4^+$ 、 $CD_4^+/CD_8^+$  提高; 且 C 组  $CD_3^+$ 、 $CD_4^+$ 、 $CD_4^+/CD_8^+$  高于 B 组, B 组高于 A 组; 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。重复测量方差分析显示, 治疗 1 个月、3 个月, 3 组 SF-36 评分均依次提高 ( $P < 0.05$ ); 治疗 1 个月时 SF-36 评分 C 组评分高于 A 组 ( $P < 0.05$ ), 治疗 3 个月时 C 组高于 B 组, B 组高于 A 组, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。3 组不良反应发生率比较, 差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ )。**结论** 穴位贴敷联合当归六黄汤合玉女煎及西医方案治疗老年复治肺结核阴虚火旺证, 可明显缓解症状, 提高免疫水平, 改善生活质量, 同时安全可靠。

**【关键词】** 结核, 肺; 复治; 阴虚火旺; 当归六黄汤; 玉女煎; 穴位贴敷法

**【中图分类号】** R246.1 **【文献标志码】** A

DOI: 10.13460/j.issn.1005-0957.2022.03.0231

**Clinical Observation of Acupoint Sticking Combined with Chinese and Western Medications for Senile Retreatment Pulmonary Tuberculosis Cases of Yin-deficiency-caused Fire Hyperactivity Pattern** CAI Jianfei, LIU Zhongda, XU Lei, ZHANG Xiaowei. Zhejiang Lishui Hospital of Traditional Chinese Medicine, Lishui 323000, China

**[Abstract] Objective** To observe the clinical efficacy of combining acupoint sticking therapy, *Dang Gui Liu Huang Tang*, *Yu Nü Jian*, and Western medicine treatment regiment for elderly retreatment pulmonary tuberculosis (TB) cases of yin-deficiency-caused fire hyperactivity pattern. **Method** Eighty-one elderly pulmonary TB retreatment cases of yin-deficiency-caused fire hyperactivity pattern were randomized into group A, group B, and group C, with 27 cases in each group. Group A was treated with the 3HRZE/6HRE regiment of Western medicine. Based on the Western medicine treatment regiment, group B was given additional acupoint sticking therapy, and group C was given acupoint sticking therapy plus *Dang Gui Liu Huang Tang* and *Yu Nü Jian*. Before and after the treatment, the symptom score of traditional Chinese medicine (TCM), lesion absorption rate, sputum negative-conversion rate, immune indicators ( $CD_3^+$ ,  $CD_4^+$ , and  $CD_4^+/CD_8^+$ ), quality of life [36-item short-form health survey (SF-36) score], and safety rating were compared for the three groups. **Result** After the treatment, the primary and secondary symptom scores dropped in all three groups and were lower in group C than in group B and lower in group B than in group A, and the differences were

基金项目: 丽水市公益性技术应用研究项目 (2019GYX25)

作者简介: 蔡剑飞 (1984—), 男, 主治医师, Email: caijianfei2020@163.com

通信作者: 刘忠达 (1957—), 男, 主任医师, 硕士, Email: liuzhongda@ls-zyy.onaliyun.com

statistically significant ( $P < 0.05$ ). The lesion absorption rate and sputum negative-conversion rate were significantly higher in group C than in group A ( $P < 0.05$ ). After the intervention, the levels of  $CD_3^+$ ,  $CD_4^+$ , and  $CD_4^+/CD_8^+$  increased in all three groups and were higher in group C than in group B and higher in group B than in group A, and the differences were statistically significant ( $P < 0.05$ ). The repeated measurement analysis showed that after 1-month and 3-month treatments, the SF-36 score increased over time in the three groups ( $P < 0.05$ ). After 1-month treatment, the score was higher in group C than in group A ( $P < 0.05$ ), and the score was higher in group C than in group B and higher in group B than in group A after 3-month treatment with statistical significance ( $P < 0.05$ ). There were no significant differences in the adverse reaction rate among the three groups ( $P > 0.05$ ). **Conclusion** Combining acupoint sticking, *Dang Gui Liu Huang Tang*, *Yu Nü Jian*, and Western medicine treatment regiment can alleviate the symptoms, elevate the immunity, and improve the quality of life in treating elderly retreatment pulmonary TB cases, with high safety and reliability.

**[Key words]** Tuberculosis, pulmonary; Retreatment; Fire hyperactivity due to yin deficiency; *Dang Gui Liu Huang Tang*; *Yu Nü Jian*; Acupoint sticking therapy

肺结核诱发于结核菌感染, 具有传染性, 由于近年来结核分歧杆菌变异增加、抗菌药物滥用以及治疗依从性等影响, 部分患者成为复治肺结核, 据报道<sup>[1]</sup>其患病率为 45/10 万。复治肺结核病情相对重, 生存质量降低, 单纯西医化疗缺乏效果<sup>[2]</sup>。一项平行对照、随机、单盲的多中心试验<sup>[3]</sup>指出其病理性质主在阴虚, 多见阴虚火旺证。但目前关于老年肺结核阴虚火旺证复治患者的治疗研究尚少。本研究则探讨当归六黄汤合玉女煎联合穴位贴敷及西医方案治疗该类患者的效果, 以期为方案应用提供依据。现报告如下。

## 1 临床资料

### 1.1 一般资料

选取 2018 年 1 月至 2020 年 3 月浙江省丽水市中医院收治的老年复治肺结核阴虚火旺证患者 81 例, 按就诊先后顺序采用查随机数字表法分为 A 组、B 组和 C 组, 每组 27 例。3 组一般资料比较, 差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ )。详见表 1。本研究符合世界医学大会《赫尔辛基宣言》要求, 且征得医学伦理委员会批准(伦研批第 201712)。

表 1 3 组一般资料比较

项目	A 组 (27 例)	B 组 (27 例)	C 组 (27 例)	$F/\chi^2$	$P$
性别 [例 (%)]	-	-	-	-	-
男	16 (59.26)	17 (62.96)	15 (55.56)	0.307	0.858
女	11 (40.74)	10 (37.04)	12 (44.44)		
年龄 ( $\bar{x} \pm s$ , 岁)	67 ± 7	68 ± 7	69 ± 7	0.292	0.747
体质指数 ( $\bar{x} \pm s$ , $kg/m^2$ )	21.46 ± 4.91	22.25 ± 4.07	22.81 ± 4.25	0.634	0.533
病程 ( $\bar{x} \pm s$ , 月)	9.71 ± 3.02	10.08 ± 3.15	10.57 ± 3.24	0.510	0.602
疾病类型 [例 (%)]	-	-	-	-	-
慢性纤维空洞型肺结核	15 (55.56)	14 (51.85)	16 (59.26)	0.300	0.861
浸润型肺结核	12 (44.44)	13 (48.15)	11 (40.74)		
发病部位 [例 (%)]	-	-	-	-	-
单侧肺结核	19 (70.37)	21 (77.78)	20 (74.07)	0.386	0.825
双侧肺结核	8 (29.63)	6 (22.22)	7 (25.93)		
吸烟 [例 (%)]	-	-	-	-	-
是	9 (33.33)	8 (29.63)	10 (37.04)	0.333	0.846
否	18 (66.67)	19 (70.37)	17 (62.96)		

## 1.2 诊断标准

### 1.2.1 西医诊断标准

参照《肺结核诊断和治疗指南》<sup>[4]</sup>中肺结核标准,满足下列任何一项诊断为复治。①初治失败,②不规则化疗>1个月,③规则用药治疗足疗程后出现痰菌复阳,④慢性排菌。

### 1.2.2 中医诊断标准

参照《中医内科常见病诊疗指南·中医病证部分》<sup>[5]</sup>及《中医病证诊断疗效标准》<sup>[6]</sup>中肺结核阴虚火旺证标准。主症为呛咳气急、痰少质黏;次症为时时咯血(血鲜红)、口咽干燥、潮热盗汗、急躁易怒;舌红、舌干、苔薄黄、脉细数。

## 1.3 纳入标准

①符合上述肺结核阴虚火旺证复治诊断标准;②年龄≥60岁;③涂阳肺结核;④对本研究用药和治疗方式无过敏、禁忌;⑤患者知情同意,依从性良好。

## 1.4 排除标准

①合并肝、肾、心脑血管等原发疾病者;②伴恶性肿瘤者;③近6个月有免疫功能治疗接受史者;④伴严重肺内组织病变者;⑤对化疗耐药者;⑥自身免疫疾病及血液、消化、内分泌系统疾病者;⑦严重糖尿病、高血压者;⑧精神疾病、认知障碍者;⑨视听、言语、肢体功能障碍者。

## 2 治疗方法

### 2.1 A组

采用西医 3HRZE/6HRE 方案治疗。异烟肼(H, 沈阳红旗制药有限公司, 国药准字 H21022350, 批号 1708035)顿服, 每次 0.3 g, 每日 1 次;利福平(R, 广东华南药业集团有限公司, 国药准字 H44020771, 批号 170724)空腹服, 每次 0.45 g, 每日 1 次;吡嗪酰胺(Z, 沈阳红旗制药有限公司, 国药准字 H21022354, 批号 1704141)顿服, 每次 0.75 g, 每日 2 次;乙胺丁醇(E, 上海信谊药厂有限公司, 国药准字 H31021140, 批号 170619)顿服, 每次 0.75 g, 每日 1 次。疗程为强化期 3 个月。

### 2.2 B组

在西医方案基础上加用穴位贴敷治疗。取玄参 15 g, 白芍 15 g, 桔梗 10 g, 青蒿 10 g, 知母 10 g 混合研磨制成细末状, 以生姜汁调和, 制成锥状药饼, 置于医用胶布上, 贴敷于肺俞、关元、大椎、中府、膏肓穴,

胶布固定, 每次 3 h。每周 3 次, 每个月 12 次, 持续 3 个月。

### 2.3 C组

在西医方案及穴位贴敷基础上加用当归六黄汤合玉女煎治疗。组方为当归 12 g, 熟地黄 15 g, 麦冬 10 g, 黄连 12 g, 石膏 15 g, 生地黄 12 g, 牛膝 5 g, 黄芪 20 g, 知母 5 g, 黄芩 12 g, 黄柏 12 g, 由医院中药房统一煎制, 每日 1 剂(300 mL/剂), 分早晚两次温服(150 mL/次)。1 周为 1 个疗程, 持续 3 个月。

## 3 治疗效果

### 3.1 观察指标

#### 3.1.1 中医证候积分

依据《中药新药临床研究指导原则(试行)》<sup>[7]</sup>证候定量评估标准以“无、轻度、中度、重度”对 2 项主症(依次 0 分、2 分、4 分、6 分)与 4 项次症(依次 0 分、1 分、2 分、3 分)进行治疗前后计分评估。

#### 3.1.2 转归指标

通过 X 线胸片评估病灶吸收情况, 以明显吸收(病灶吸收>50%, 空洞闭合或空洞降低>1/2)、吸收(病灶吸收但≤50%, 空洞降低≤1/2)的占比统计为病灶吸收率<sup>[8]</sup>。收集病患痰液标本, 行痰涂片检测, 以连续 3 次痰涂片结果阴性视为痰检阴转<sup>[9]</sup>, 统计痰检阴转率。

#### 3.1.3 免疫指标

采集空腹静脉血 5 mL, 应用 COULTER EPICS-XL 流式细胞仪(美国 Beckman)检测 CD<sub>3</sub><sup>+</sup>、CD<sub>4</sub><sup>+</sup>、CD<sub>4</sub><sup>+</sup>/CD<sub>8</sub><sup>+</sup> 水平。

#### 3.1.4 生活质量

采用开发自美国医学局研究组的健康调查简表(MOS item short from health survey, SF-36)<sup>[10]</sup>评估, 分精神健康与生理健康 2 大类, 共 8 维度(36 条目), 根据条目权重计算总分并转换为 0~100 分的标准计分, 评分越高提示生活质量越好。

#### 3.1.5 安全性

观察治疗过程出现的不良反应情况。

## 3.2 统计学方法

采用 SPSS22.0 统计软件分析数据。计数资料用[例(%)]表示, 比较采用卡方检验。符合正态分布的计量资料用均数±标准差表示, 组间比较行单因素方差分析, 两两比较行 LSD-t 检验, 组内比较行配对 t 检验, 不同时点比较行重复测量方差分析。以 P<0.05

为差异有统计学意义。

### 3.3 治疗结果

#### 3.3.1 3组治疗前后中医证候积分比较

治疗前,3组主症、次症积分比较,差异无统计学

意义( $P>0.05$ )。治疗后,3组主症、次症积分较同组治疗前降低( $P<0.05$ );且C组主症、次症积分低于B组,B组低于A组,差异有统计学意义( $P<0.05$ )。详见表2。

表2 3组治疗前后中医证候积分比较

( $\bar{x} \pm s$ ,分)

组别	例数	主症		<i>t</i>	<i>P</i>	次症		<i>t</i>	<i>P</i>
		治疗前	治疗后			治疗前	治疗后		
A组	27	8.73±2.54	6.94±2.06	2.844	0.006	7.98±2.31	6.15±1.02	3.766	0.000
B组	27	8.45±2.26	5.81±1.48 <sup>1)</sup>	5.078	0.000	7.76±2.58	5.29±1.13 <sup>1)</sup>	4.557	0.000
C组	27	8.96±2.38	4.72±1.19 <sup>1)2)</sup>	8.280	0.000	8.07±2.49	4.28±0.96 <sup>1)2)</sup>	7.380	0.000
<i>F</i>	-	0.307	12.715	-	-	0.113	21.910	-	-
<i>P</i>	-	0.737	0.000	-	-	0.893	0.000	-	-

注:与A组比较<sup>1)</sup> $P<0.05$ ;与B组比较<sup>2)</sup> $P<0.05$

#### 3.3.2 3组转归指标比较

C组病灶吸收率、痰检阴转率高于A组,差异有统计学意义( $P<0.05$ );B组与C组、B组与A组转归指标比较差异均无统计学意义( $P>0.05$ )。详见表3。

0.05)。详见表4。

表3 3组转归指标比较

[例(%)]

组别	例数	病灶吸收率	痰检阴转率
A组	27	12(44.44)	11(40.74)
B组	27	18(66.67)	16(59.26)
C组	27	21(77.78) <sup>1)</sup>	20(74.07) <sup>1)</sup>
<i>F</i>	-	6.671	6.184
<i>P</i>	-	0.036	0.045

注:与A组比较<sup>1)</sup> $P<0.05$

#### 3.3.3 3组治疗前后免疫指标比较

治疗前,CD<sub>3</sub><sup>+</sup>、CD<sub>4</sub><sup>+</sup>、CD<sub>4</sub><sup>+</sup>/CD<sub>8</sub><sup>+</sup>组间比较,差异无统计学意义( $P>0.05$ )。治疗后,3组CD<sub>3</sub><sup>+</sup>、CD<sub>4</sub><sup>+</sup>、CD<sub>4</sub><sup>+</sup>/CD<sub>8</sub><sup>+</sup>较同组治疗前升高( $P<0.05$ );且C组CD<sub>3</sub><sup>+</sup>、CD<sub>4</sub><sup>+</sup>、CD<sub>4</sub><sup>+</sup>/CD<sub>8</sub><sup>+</sup>高于B组,B组高于A组,差异有统计学意义( $P<$

表4 3组治疗前后免疫指标比较

( $\bar{x} \pm s$ )

指标	组别	例数	治疗前	治疗后	<i>t</i>	<i>P</i>
CD <sub>3</sub> <sup>+</sup> (%)	A组	27	52.63±8.97	57.74±7.29	2.297	0.026
	B组	27	52.16±9.05	61.93±6.85 <sup>1)</sup>	4.473	0.000
	C组	27	51.87±9.52	66.21±6.42 <sup>1)2)</sup>	6.489	0.000
	<i>F</i>	-	0.047	10.283	-	-
	<i>P</i>	-	0.954	0.000	-	-
CD <sub>4</sub> <sup>+</sup> (%)	A组	27	33.27±6.41	37.12±4.71	2.515	0.015
	B组	27	32.98±6.79	40.35±4.34 <sup>1)</sup>	4.752	0.000
	C组	27	32.74±6.53	43.85±3.28 <sup>1)2)</sup>	7.900	0.000
	<i>F</i>	-	0.044	17.723	-	-
	<i>P</i>	-	0.957	0.000	-	-
CD <sub>4</sub> <sup>+</sup> /CD <sub>8</sub> <sup>+</sup>	A组	27	1.03±0.26	1.21±0.31	2.312	0.025
	B组	27	1.04±0.21	1.38±0.29 <sup>1)</sup>	4.934	0.000
	C组	27	1.01±0.24	1.56±0.34 <sup>1)2)</sup>	6.867	0.000
	<i>F</i>	-	0.112	8.388	-	-
	<i>P</i>	-	0.895	0.001	-	-

注:与A组比较<sup>1)</sup> $P<0.05$ ;与B组比较<sup>2)</sup> $P<0.05$

3.3.4 3 组治疗前后 SF-36 评分比较

重复测量方差分析显示,3 组 SF-36 评分时间效应、组间效应、交互效应差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。治疗前,3 组 SF-36 评分比较,差异无统计学意义( $P >$

0.05)。治疗 1 个月、3 个月,3 组 SF-36 评分均依次提高( $P < 0.05$ );治疗 1 个月时 C 组评分高于 A 组( $P < 0.05$ ),治疗 3 个月时 SF-36 评分 C 组高于 B 组, B 组高于 A 组,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。详见表 5、表 6。

表 5 3 组治疗前后 SF-36 评分比较

( $\bar{x} \pm s$ , 分)

组别	例数	治疗前	治疗 1 个月	治疗 3 个月
A 组	27	42.07±9.08	46.78±7.72 <sup>1)</sup>	54.29±6.37 <sup>1)2)</sup>
B 组	27	41.41±8.68	49.15±7.29 <sup>1)</sup>	61.07±5.74 <sup>1)2)</sup>
C 组	27	40.44±9.32	52.33±6.84 <sup>1)</sup>	69.98±5.32 <sup>1)2)</sup>
<i>F</i>	-	$F_{\text{时点}}=171.741$ 、 $F_{\text{组间}}=16.961$ 、 $F_{\text{交互}}=20.527$		
<i>P</i>	-	$P_{\text{时点}}=0.000$ 、 $P_{\text{组间}}=0.000$ 、 $P_{\text{交互}}=0.000$		

注:与同组治疗前比较<sup>1)</sup> $P < 0.05$ ;与治疗 1 个月比较<sup>2)</sup> $P < 0.05$

表 6 3 组 SF-36 评分不同时间点对比检验结果

时点	(I)组别	(J)组别	平均值差值 (I-J)	标准错误	显著性	差值的 95%置信区间	
						下限	上限
治疗前	A 组	B 组	0.667	2.459	0.787	-4.228	5.561
		C 组	1.630	2.459	0.509	-3.265	6.524
	B 组	A 组	-0.667	2.459	0.787	-5.561	4.228
		C 组	0.963	2.459	0.696	-3.932	5.858
	C 组	A 组	-1.630	2.459	0.509	-6.524	3.265
		B 组	-0.963	2.459	0.696	-5.858	3.932
治疗 1 个月	A 组	B 组	-2.370	1.984	0.236	-6.321	1.580
		C 组	-5.556	1.984	0.006	-9.506	-1.605
	B 组	A 组	2.370	1.984	0.236	-1.580	6.321
		C 组	-3.185	1.984	0.112	-7.136	0.765
	C 组	A 组	5.556	1.984	0.006	1.605	9.506
		B 组	3.185	1.984	0.112	-0.765	7.136
治疗 3 个月	A 组	B 组	-6.778	1.586	0.000	-9.936	-3.620
		C 组	-15.704	1.586	0.000	-18.862	-12.546
	B 组	A 组	6.778	1.586	0.000	3.620	9.936
		C 组	-8.926	1.586	0.000	-12.084	-5.768
	C 组	A 组	15.704	1.586	0.000	12.546	18.862
		B 组	8.926	1.586	0.000	5.768	12.084

3.4 安全性评价

治疗过程 81 例患者耐受度、依从性总体良好,无治疗原因造成的中途退出或脱落病例。A 组发生 2 例肝功能损害(及时保肝干预后恢复,未影响正常治疗),2 例胃肠道反应(1 例腹泻、1 例呕吐,症状轻微,1~2 d 自行恢复)。B 组发生 1 例肝功能损害(保肝治疗后恢复),1 例恶心呕吐(2 d 内恢复)。C 组发生 1 例肝功能

损害(保肝干预后恢复),2 例胃肠道反应(均为腹泻,2 d 内恢复)。3 组不良反应率(A 组 14.8%、B 组 7.4%、C 组 11.1%)比较差异无统计学意义( $\chi^2=0.750$ , $P=0.687$ )。

4 讨论

肺结核类属中医学“肺癆”“癆瘵”等范畴。《景

岳全书》<sup>[11]</sup>中：“……劳瘵……或以干嗽，甚至吐血吐痰……”指出了该病病症。中医学认为，该病“主乎阴虚”，起于瘵虫传染、侵袭肺叶，肺体受损，耗伤肺阴，久伤阴虚，阴虚则生内热，积聚化火<sup>[12-14]</sup>。《寿世保元》<sup>[15]</sup>：“夫阴虚火动，劳瘵之疾，由相火上乘肺金而成之也。”而“耗其血则火亢而金亏”，故多见为阴虚火旺证，症见潮热盗汗、口咽干燥、咳痰咯血等。因此，治疗应以滋阴降火为原则<sup>[16-17]</sup>。

穴位贴敷是基于经络学说的中药外治之法，通过穴位刺激调衡阴阳、恢复脏腑功能<sup>[18]</sup>。本研究穴位贴敷取肺俞穴平喘、理气、宣肺；配膏肓穴，可清热、补虚损<sup>[19]</sup>；配中府穴可强通表里、止咳之功；关元和大椎可补虚、提高机体抵抗力。且贴敷药物中玄参清热解毒，配伍知母滋阴降火之功；白芍养血、敛阴止汗；桔梗宣肺、祛痰、利咽；青蒿除骨蒸、清虚热。故穴位贴敷可滋阴降火。穴位贴敷维持时间长，不经肝脏“首过效应”，直接作用性好，可增强机体防御<sup>[20-21]</sup>。穴位贴敷可将生物学作用传至中枢，通过神经体液机制作用于免疫系统，进而控制疾病症状<sup>[22]</sup>。故推断这也是加用穴位贴敷组症状缓解、免疫增强效果优于单纯西医方案的原因。

当归六黄汤合玉女煎主要依据为中医辨证论治，方中君药当归补血活血，血充则制火，石膏除烦止渴、泻火，熟地黄、生地黄滋阴养血，诸药配合知母合用滋阴降火；臣药黄连泻火，配伍黄柏和黄芩除烦、坚阴；君臣合用则火不内扰，滋阴而汗不外泄<sup>[23]</sup>；佐药黄芪益气固表、补虚，麦冬止咳、润肺、养阴生津；使药牛膝引血下行。全方共奏可达润肺止咳、滋阴降火之功。本研究表明在穴位贴敷及西医方案基础上加用当归六黄汤合玉女煎可明显缓解症状，提高免疫。这与药理作用有关。药理研究表明，当归六黄汤可调节 Th1/Th2 细胞因子，增强免疫水平；玉女煎中麦冬能增加巨噬细胞吞噬作用，增强免疫的同时镇咳定喘润肺；知母、石膏、生地等合用可调控内火，起降火、解热效用<sup>[24-26]</sup>。但本研究 C 组病灶吸收率、痰检阴转率与 B 组比较未提示统计学差异，分析与样本量、个体差异等因素有关，有待增加样本量进一步检验。此外，在机体免疫低、病程长、治疗周期长及疾病源性心理因素等影响下，复治肺结核尤其老年患者的生活质量普遍较低<sup>[27-28]</sup>，如何提高其生活质量成为临床关注重点。本研究显示，治疗 1 个月时 C 组评分高于 A 组，治疗 3 个月时 SF-36 评分

C 组 > B 组 > A 组。说明就短期而言 C 组治疗方案对提升生活质量效果明显，考虑也与该治疗方案明显缓解症状、提高免疫等有关。3 组不良反应率 (A 组 14.8%、B 组 7.4%、C 组 11.1%) 相当，说明西医方案基础上加用当归六黄汤合玉女煎及穴位贴敷对老年患者安全可靠，不会增加不良反应。

综上所述，当归六黄汤合玉女煎联合穴位贴敷及西医方案治疗老年复治肺结核阴虚火旺证患者可明显缓解症状，提高免疫水平，促进疾病转归，改善生活质量，且安全可靠，值得应用。但由于老年复治肺结核患者病情重且复杂，治疗难度大，为减少因本研究分组治疗方案而影响治疗时机及老年患者转归的情况，本次试验仅观察治疗 3 个月，试验结束后根据患者自愿原则选择加用或转变治疗方案以提高疗效、改善转归。本研究观察时间不长、样本量不大，日后有待收集更多不同年龄段的样本量进行长期观察的研究予以检验。

### 参考文献

- [1] 李琤, 陆强峰, 张月萍, 等. 益气养阴活血方联合常规化疗干预复治肺结核临床观察[J]. 四川中医, 2019, 37(10): 79-82.
- [2] PADMAPRIYADARSINI C, BHAVANI P K, NATRAJAN M, *et al.* Evaluation of metformin in combination with rifampicin containing antituberculosis therapy in patients with new, smear-positive pulmonary tuberculosis (METRIF): study protocol for a randomised clinical trial[J]. *BMJ Open*, 2019, 9(3): e024363.
- [3] 张彦峰, 刘洋, 张辉, 等. 中西医结合治疗 385 例初治继发性肺结核阴虚火旺证临床观察[J]. 中国中医急症, 2013, 22(9): 1466-1468.
- [4] 张培元. 肺结核诊断和治疗指南[J]. 中华结核和呼吸杂志, 2001, 24(2): 70-74.
- [5] 中华中医药学会. 中医内科常见病诊疗指南·中医病证部分[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2008: 1-151.
- [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: 1-218.
- [7] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则(试行)[S]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 1-392.
- [8] 赵敏, 黄世明, 杨国华, 等. 2HREZS/6HRE 化疗方案对复治肺结核的疗效研究[J]. 重庆医学, 2020, 49(2): 244-247.

- [9] YU B, ZHANG T, ZHANG P, *et al.* Comparison of clinical effect of fixed-dose combination for tuberculosis treatment in Hebei and Jilin province, China[J]. *Acta Medica Mediterranea*, 2020, 36(2):779-785.
- [10] ARIAN M, MIRMOHAMMADKHANI M, GHORBANI R, *et al.* Health-related quality of life (HRQoL) in beta-thalassemia major ( $\beta$ -TM) patients assessed by 36-item short form health survey (SF-36): a meta-analysis[J]. *Qual Life Res*, 2019, 28(2):321-334.
- [11] 张介宾. 景岳全书(上册)[M]. 北京:人民卫生出版社, 2007:1-832.
- [12] 郭晓燕, 张惠勇, 马子凤, 等. 740 例耐多药肺结核中医药性证候要素分布规律[J]. 中医杂志, 2018, 59(7):603-606.
- [13] 王栋, 贾米山, 韩娜. 扶正抗痨方辅助化疗药物对阴虚血瘀型肺结核患者血清 Foxp3、IL-2R、MCP-1 及肝功能的影响[J]. 中医学报, 2020, 35(1):189-193.
- [14] 胡旭, 尚耀民, 邢宝春. 补肺活血胶囊联合化疗治疗初治结核性胸膜炎阴虚内热证 62 例临床观察[J]. 中医杂志, 2019, 60(18):1583-1586.
- [15] 龚廷贤. 寿世保元[M]. 北京:人民卫生出版社, 2014:1-466.
- [16] 张尊敬, 刘忠达, 郭净, 等. 抗痨合剂联合西药治疗老年肺结核 51 例[J]. 浙江中医杂志, 2019, 54(1):47.
- [17] 胡玉婷, 温成平, 江婷婷, 等. 血清磷脂酶 A2 组 II A 和凝血因子 IX 筛查耐多药肺结核病气阴两虚证的应用研究[J]. 浙江中医药大学学报, 2019, 43(5):440-446.
- [18] 朱燕生, 胡马洪, 季春莲. 白芥子穴位贴敷联合机械振动对慢性阻塞性肺疾病机械通气患者排痰作用观察[J]. 浙江中医杂志, 2019, 54(3):208.
- [19] 陶剑青, 陈晨, 陆虹, 等. 中药穴位贴敷联合西药化疗治疗初治肺结核的临床疗效观察[J]. 上海中医药大学学报, 2018, 32(6):30-33.
- [20] 赵亚楠, 吴文忠, 刘成勇, 等. 基于“内外同治之理”探讨穴位贴敷疗法的中医理论体系[J]. 针灸临床杂志, 2019, 35(7):5-8.
- [21] 洪海都, 吴鹏, 刘城鑫, 等. 穴位贴敷治疗慢性阻塞性肺疾病的选穴规律分析[J]. 中国中医急症, 2019, 28(10):1766-1770.
- [22] 王鑫, 杜识博. 中药穴位敷贴联合常规抗结核疗法对耐药肺结核患者免疫功能、呼吸功能及临床疗效的影响[J]. 湖南中医药大学学报, 2020, 40(5):597-601.
- [23] 李景, 周旭升, 李江敏子, 等. 当归六黄汤合消瘰丸加减治疗阴虚火旺型 Graves 病 20 例临床观察[J]. 北京中医药, 2019, 38(8):813-815.
- [24] 王静, 崔霞, 王坤, 等. 当归六黄汤对瘀热内结模型小鼠 Th1/Th2 细胞因子的影响[J]. 世界中西医结合杂志, 2016, 11(4):503-505, 539.
- [25] 郭净, 刘忠达, 张尊敬. 基于养阴清肺法分析抗痨合剂改善耐多药肺结核患者治疗转归的临床研究[J]. 中华中医药杂志, 2019, 34(7):3334-3337.
- [26] 程俊伟, 王杰, 郁春要. 补肺养阴方联合利奈唑胺对复治肺结核患者呼吸功能、炎性因子及 B、T 淋巴细胞衰减子的影响[J]. 广东医学, 2020, 41(5):515-519.
- [27] 邱磊, 张少言, 郭晓燕, 等. 化疗方案加芩部丹片治疗复治涂阳肺结核患者的临床价值[J]. 中国防痨杂志, 2020, 42(2):108-114.
- [28] 常玉雪, 周玉兰, 陈之源, 等. 乌鲁木齐市老年结核患者健康相关生命质量评价[J]. 现代预防医学, 2020, 47(6):1062-1066.

收稿日期 2021-07-05