

文章编号:1005-0957(2023)09-0895-05

· 专题研究 ·

艾灸对弥漫大 B 细胞淋巴瘤化疗患者骨髓抑制的影响

陈丽红, 单坤生, 陈雅铃, 杨雪容, 王玮

[联勤保障部队第九〇九医院(厦门大学附属东南医院), 漳州 363000]

【摘要】 目的 观察艾灸对弥漫大 B 细胞淋巴瘤化疗患者骨髓抑制、集落刺激因子水平和中医证候积分的影响。**方法** 回顾性分析联勤保障部队第九〇九医院收治的 126 例弥漫大 B 细胞淋巴瘤化疗患者, 随机分为艾灸预治疗组(41 例)、艾灸治疗组(44 例)和对照组(41 例)。3 组均予化疗, 艾灸预治疗组于化疗开始前 7 d 进行艾灸, 每日 1 次, 共 14 d; 艾灸治疗组于化疗开始时进行艾灸, 每日 1 次, 共 7 d; 对照组行常规化疗。比较 3 组治疗前后白细胞(white blood cell, WBC)计数、中性粒细胞(neutrophil, NEU)计数、血红蛋白(haemoglobin, Hb)、血小板(platelet, PLT)计数、粒细胞-巨噬细胞集落刺激因子(granulocyte-macrophage colony-stimulating factor, GM-CSF)水平、粒细胞集落刺激因子(granulocyte colony-stimulating factor, G-CSF)水平、骨髓抑制分度及中医证候积分的变化。**结果** 治疗后, 对照组和艾灸治疗组 WBC 计数、NEU 计数、Hb 和 PLT 计数低于艾灸预治疗组($P<0.05$); 对照组低于艾灸治疗组($P<0.05$)。3 组治疗后骨髓抑制分度比较差异有统计学意义($P<0.05$)。对照组和艾灸治疗组治疗后 GM-CSF 和 G-CSF 水平低于艾灸预治疗组($P<0.05$), 对照组低于艾灸治疗组($P<0.05$)。对照组治疗后重组人 G-CSF 使用率高于艾灸治疗组和艾灸预治疗组($P<0.05$)。对照组和艾灸治疗组治疗后中医证候积分高于艾灸预治疗组($P<0.05$); 对照组高于艾灸治疗组($P<0.05$)。**结论** 艾灸对弥漫大 B 细胞淋巴瘤化疗患者骨髓抑制具有积极作用。

【关键词】 灸法; 间接灸; 温灸器灸; 淋巴瘤, 大 B 细胞, 弥漫性; 化疗; 骨髓抑制

【中图分类号】 R246.5 **【文献标志码】** A

DOI:10.13460/j.issn.1005-0957.2023.09.0895

Effect of moxibustion on myelosuppression in patients receiving chemotherapy for diffuse large B-cell lymphoma CHEN Lihong, SHAN Kunsheng, CHEN Yaling, YANG Xuerong, WANG Wei. No. 909 Hospital of People's Liberation Army of China (Southeast Hospital Affiliated to Xiamen University), Zhangzhou 363000, China

[Abstract] Objective To observe the effects of moxibustion on myelosuppression, colony-stimulating factor level, and symptom scores of traditional Chinese medicine (TCM) in patients undergoing chemotherapy for diffuse large B-cell lymphoma. **Method** A retrospective analysis was conducted amongst 126 patients receiving chemotherapy for diffuse large B-cell lymphoma admitted to No. 909 Hospital of People's Liberation Army of China. The cases were randomized into a pre-moxibustion group (41 cases), a moxibustion group (44 cases), and a control group (41 cases). Chemotherapy was offered to all three groups. In addition, the pre-moxibustion group started to receive moxibustion 7 d before chemotherapy, once daily for 14 d; the moxibustion group started to receive moxibustion concurrently with chemotherapy, once daily for 7 d; the control group only received the conventional chemotherapy. Before and after the treatment, white blood cell (WBC) count, neutrophil (NEU) count, haemoglobin (Hb), platelet (PLT) count, granulocyte-macrophage colony-stimulating factor (GM-CSF) level, granulocyte colony-stimulating factor (G-CSF) level, myelosuppression degree, and TCM symptom scores were compared. **Result** After the treatment, the WBC count, NEU count, Hb, and PLT count were lower in the control and moxibustion groups

基金项目:全军医药卫生科研项目(15MS108)

作者简介:陈丽红(1985—), 女, 主治医师, Email:clh909@126.com

通信作者:王玮(1969—), 男, 副主任医师, Email:wangwei220012@163.com

than in the pre-moxibustion group ($P < 0.05$), and the control group was lower than the moxibustion group ($P < 0.05$); there were significant differences in the myelosuppression degree amongst the three groups after the treatment ($P < 0.05$); the GM-CSF and G-CSF levels were lower in the control and moxibustion groups than in the pre-moxibustion group ($P < 0.05$), and the control group was lower than the moxibustion group ($P < 0.05$); the recombinant human G-CSF consumption rate was higher in the control group than in the moxibustion and pre-moxibustion groups ($P < 0.05$); the TCM symptom scores were higher in the control and moxibustion groups than in the pre-moxibustion group ($P < 0.05$), and the control group was higher than the moxibustion group ($P < 0.05$). **Conclusion** Moxibustion can produce positive effects on myelosuppression in patients receiving chemotherapy for diffuse large B-cell lymphoma.

[Key words] Moxibustion; Indirect moxibustion; Thermal box moxibustion; Lymphoma, Large B-cell, Diffuse; Drug therapy; Myelosuppression

弥漫大 B 细胞淋巴瘤 (diffuse large B-cell lymphoma, DLBCL) 是常见的淋巴系统恶性肿瘤^[1]。DLBCL 呈浸润性生长, 病情进展快, 患者预后较差^[2]。利妥昔单抗联合环磷酰胺、长春新碱和阿霉素是常用的化疗方案^[3]。但是部分患者治疗后会出现白细胞 (white blood cell, WBC) 降低、血小板 (platelet, PLT) 减少等骨髓抑制表现, 甚至发生严重感染和出血, 影响疗效和患者的预后^[4]。中医学认为, 治疗后骨髓抑制主要原因是脾肾两虚, 并且与久病伤正、精气亏虚有关^[5]。《针灸大成》记载: “针所不为, 灸之所宜, 阴阳皆虚, 火自当之。”研究也证实艾灸能够有效缓解恶性

肿瘤患者治疗后的骨髓抑制反应^[6-7]。本研究观察艾灸对于 DLBCL 治疗后骨髓抑制的治疗效果, 旨在为 DLBCL 化疗不良反应的预防和治疗提供新思路。

1 临床资料

1.1 一般资料

收集联勤保障部队第九〇九医院 2020 年 1 月—2021 年 12 月收治的 126 例 DLBCL 化疗患者, 根据治疗方式不同分为艾灸预治疗组 (41 例)、艾灸治疗组 (44 例) 和对照组 (41 例)。3 组一般资料比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 详见表 1。

表 1 3 组一般资料比较

组别	例数	年龄/岁 ($\bar{x} \pm s$)	性别/例 男/女	化疗方案/例 R-CHOP/CHOP	临床分期/例 I ~ II/III ~ IV	结外受侵/例 否/是	脾肿大/例 否/是
艾灸预治疗组	41	57 ± 11	24/17	28/13	27/14	30/11	31/10
艾灸治疗组	44	57 ± 11	25/19	32/12	34/10	30/14	30/14
对照组	41	54 ± 13	26/15	30/11	33/8	27/14	30/11

1.2 纳入标准

首次诊断为 DLBCL; 经组织病理学诊断为 DLBCL; 接受化疗; 临床资料完整。

1.3 排除标准

既往其他恶性肿瘤者; 血液系统其他疾病者; 既往接受抗肿瘤治疗者; 严重感染者; 免疫系统疾病者。

2 治疗方法

2.1 化疗

化疗方案采用环磷酰胺 + 长春新碱 + 表柔比星 + 泼尼松方案 (CHOP 方案) 或者利妥昔 + 环磷酰胺 + 长春新碱 + 表柔比星 + 泼尼松方案 (R-CHOP 方

案), 疗程为 6~8 个周期。

2.2 灸法

穴位取足三里、大椎、膈俞和肾俞, 观察穴位皮肤及周围皮肤有无红肿、破溃或皮疹, 取 2 块无菌纱布平铺于穴位上, 使穴位位于纱布正中心, 取长 3 cm 艾段点燃后放入艾灸盒中, 将艾灸盒置于纱布中央位置并固定, 每个穴位艾灸时间为 30 min。艾灸过程中纱布覆盖部位出现皮肤微红并稍有灼热痛为正常现象, 若出现难以克服灼热痛或皮肤出现水泡应及时停止艾灸。

艾灸预治疗组于每次化疗开始前 7 d 进行艾灸, 每日 1 次, 共治疗 14 d; 艾灸治疗组于每次化疗开始时进行艾灸, 每日 1 次, 共治疗 7 d; 对照组行常规化疗。

3 治疗效果

3.1 观察指标

观察治疗前后 WBC 计数、中性粒细胞(neutrophil, NEU)计数、血红蛋白(haemoglobin, Hb)、PLT 计数、粒细胞-巨噬细胞集落刺激因子(granulocyte-macrophage colony stimulating factor, GM-CSF)水平、粒细胞集落刺激因子(granulocyte colony-stimulating factor, G-CSF)水平、骨髓抑制分度及中医证候积分。骨髓抑制分度依据 WBC 计数、NEU 计数、Hb 和 PLT 计数结果,以《中国常见恶性肿瘤诊治规范》为标准进行分度,分为 0~IV 度,分度越高代表骨髓抑制越严重^[8]。中医证候积分依据《肿瘤内科中西医结合诊疗手册》,以神疲乏力、气短自汗、食少纳呆、面色少华 4 个脾气虚型症状进行计分,计 0~3 分,分别表示无、轻、中、重 4 个等级,分数越高症状越重^[9]。

3.2 统计学方法

采用 SPSS24.0 统计软件进行数据分析。符合正态分布计量资料以均数±标准差表示,多组间比较采用

F 检验,组间比较采用 LSD-*t* 检验;计数资料以例表示,比较采用卡方检验。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 WBC 计数、NEU 计数、Hb 和 PLT 计数比较

治疗前,3 组 WBC 计数、NEU 计数、Hb 和 PLT 计数比较差异无统计学意义($P>0.05$)。治疗后,3 组 WBC 计数、NEU 计数、Hb 和 PLT 计数低于治疗前($P<0.05$);3 组 WBC 计数、NEU 计数、Hb 和 PLT 计数比较,差异有统计学意义($P<0.05$);对照组和艾灸治疗组 WBC 计数、NEU 计数、Hb、PLT 计数低于艾灸预治疗组($P<0.05$);对照组低于艾灸治疗组($P<0.05$)。详见表 2。

3.3.2 3 组治疗前后骨髓抑制分度比较

3 组治疗前骨髓抑制分度比较,差异无统计学意义($P>0.05$);3 组治疗后骨髓抑制分度优于治疗前($P<0.05$);3 组治疗后骨髓抑制分度比较,差异有统计学意义($P<0.05$)。详见表 3。

表 2 3 组治疗前后 WBC 计数、NEU 计数、Hb 和 PLT 计数比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	WBC 计数($\times 10^9$)/(个 $\cdot L^{-1}$)		NEUT 计数($\times 10^9$)/(个 $\cdot L^{-1}$)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
艾灸预治疗组	41	6.24±0.84	4.94±0.73 ¹⁾	3.44±0.43 ¹⁾	2.46±0.35 ¹⁾
艾灸治疗组	44	6.74±0.72	4.02±0.69 ¹⁾²⁾	3.39±0.58	2.04±0.30 ¹⁾²⁾
对照组	41	6.69±0.91	3.36±0.58 ¹⁾²⁾³⁾	3.28±0.52	1.64±0.47 ¹⁾²⁾³⁾
组别	例数	Hb/(g $\cdot L^{-1}$)		PLT 计数($\times 10^9$)/(个 $\cdot L^{-1}$)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
艾灸预治疗组	41	110.53±17.54	89.43±13.26 ¹⁾	217.35±33.52	145.26±23.64 ¹⁾
艾灸治疗组	44	106.37±13.53	80.68±10.59 ¹⁾²⁾	220.10±38.67	128.29±27.26 ¹⁾²⁾
对照组	41	113.53±16.43	72.58±13.82 ¹⁾²⁾³⁾	224.63±30.11	101.43±23.24 ¹⁾²⁾³⁾

注:与同组治疗前比较¹⁾ $P<0.05$;与艾灸预治疗组比较²⁾ $P<0.05$;与艾灸治疗组比较³⁾ $P<0.05$ 。

表 3 3 组治疗前后骨髓抑制分度比较

单位:例

组别	例数	治疗前					治疗后				
		0 度	I 度	II 度	III 度	IV 度	0 度	I 度	II 度	III 度	IV 度
艾灸预治疗组	41	28	4	4	5	0	15	11	9	4	2
艾灸治疗组	44	21	9	6	8	0	12	11	9	6	6
对照组	41	22	10	4	5	0	4	8	8	11	10

3.3.3 3 组治疗前后 GM-CSF 和 G-CSF 水平比较

3 组治疗前 GM-CSF 和 G-CSF 水平比较差异无统计学意义($P>0.05$);3 组治疗后 GM-CSF 和 G-CSF 水平低于治疗前($P<0.05$);3 组治疗后 GM-CSF 和 G-CSF 水平

比较,差异有统计学意义($P<0.05$);对照组和艾灸治疗组治疗后 GM-CSF 和 G-CSF 水平低于艾灸预治疗组($P<0.05$);对照组治疗后 GM-CSF 和 G-CSF 水平低于艾灸治疗组($P<0.05$)。详见表 4。

表 4 3 组治疗前后 GM-CSF 和 G-CSF 水平比较 ($\bar{x} \pm s$)

单位: ng · mL⁻¹

组别	例数	GM-CSF		G-CSF	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
艾灸预处理组	41	32.64±7.53	25.53±7.25 ¹⁾	426.64±33.95 ¹⁾	284.68±29.75 ¹⁾
艾灸治疗组	44	34.64±8.24	20.56±6.31 ¹⁾²⁾	430.66±23.77	246.27±33.68 ¹⁾²⁾
对照组	41	34.95±9.02	15.79±5.91 ¹⁾²⁾³⁾	422.56±30.42	186.74±29.80 ¹⁾²⁾³⁾

注:与同组治疗前比较¹⁾ $P<0.05$;与艾灸预处理组比较²⁾ $P<0.05$;与艾灸治疗组比较³⁾ $P<0.05$ 。

3.3.4 3 组治疗后重组人 G-CSF 使用情况比较

对照组治疗后重组人 G-CSF 使用率高于艾灸治疗组和艾灸预处理组($P<0.05$)。详见表 5。

3.3.5 3 组治疗前后中医证候积分比较

3 组治疗前神疲乏力、气短自汗、食少纳呆、面色少华计分比较,差异无统计学意义($P>0.05$);3 组治疗后神疲乏力、气短自汗、食少纳呆、面色少华积分高于治疗前($P<0.05$);3 组治疗后神疲乏力、气短自汗、食少纳呆、面色少华积分比较,差异有统计学意义($P<0.05$);对照组和艾灸治疗组治疗后神疲乏力、气短自汗、食少纳呆、面色少华积分高于艾灸预处理组

($P<0.05$);对照组治疗后神疲乏力、气短自汗、食少纳呆、面色少华计分高于艾灸治疗组($P<0.05$)。详见表 6。

表 5 3 组治疗后重组人 G-CSF 使用情况比较

单位:例(%)

组别	例数	未使用	使用
艾灸预处理组	41	29(70.7)	12(29.3)
艾灸治疗组	44	24(54.5)	20(45.5)
对照组	41	11(26.8)	30(73.2) ¹⁾²⁾

注:与艾灸预处理组比较¹⁾ $P<0.05$;与艾灸治疗组比较²⁾ $P<0.05$ 。

表 6 3 组治疗前后中医证候积分比较 ($\bar{x} \pm s$)

单位:分

组别	例数	神疲乏力		气短自汗	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
艾灸预处理组	41	1.53±0.24	2.02±0.37 ¹⁾	0.86±0.19	1.85±0.41 ¹⁾
艾灸治疗组	44	1.63±0.33	2.26±0.14 ¹⁾²⁾	0.88±0.20	2.05±0.30 ¹⁾²⁾
对照组	41	1.48±0.22	2.40±0.29 ¹⁾²⁾	0.93±0.17	2.31±0.24 ¹⁾²⁾

组别	例数	食少纳呆		面色少华	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
艾灸预处理组	41	1.24±0.33	2.22±0.41 ¹⁾	0.73±0.22	1.95±0.31 ¹⁾
艾灸治疗组	44	1.33±0.21	2.48±0.39 ¹⁾²⁾	0.69±0.24	2.22±0.26 ¹⁾²⁾
对照组	41	1.30±0.24	2.70±0.22 ¹⁾²⁾³⁾	0.71±0.18	2.50±0.33 ¹⁾²⁾³⁾

注:与同组治疗前比较¹⁾ $P<0.05$;与艾灸预处理组比较²⁾ $P<0.05$;与艾灸治疗组比较³⁾ $P<0.05$ 。

4 讨论

化疗是恶性肿瘤常用的治疗方法,但是化疗可能会导致患者发生恶心、呕吐、疼痛、脱发、纳差、睡眠障碍等不良反应。骨髓抑制也是化疗常见的不良反应之一,临床表现为舌淡唇白、疲乏健忘、气短多汗、神疲脉弱,中医学称之为“虚劳”“血虚”,其本质是 WBC、NEUT、PLT 等生成障碍^[10-11]。研究认为,艾灸具有驱邪外出、通血活脉、益气生血、恢复正气之功效,对胃癌、肺癌、卵巢癌等恶性肿瘤化疗患者骨髓抑制具有预防和治疗作用^[12-13]。

本研究选取穴位为足三里、大椎、膈俞和肾俞。大椎为督脉与阳经气交会处,艾灸此处,有化生气血功效;足三里位于外膝眼下三寸,据《素问·针解》记载,有促行气血、调和脾胃功效;膈俞主血疾,是八会穴的血会,有生血理气功效;肾俞能固本培元,补血生髓^[14]。也有学者研究认为,取关元、三阴交、气海等穴位能治疗恶性肿瘤患者化疗后骨髓抑制反应^[15]。但是,足三里、大椎、膈俞、肾俞仍是多数学者选取的穴位。本研究结果发现,对于 DLBCL 化疗患者,3 组治疗后 WBC、NEUT、PLT 和 Hb 都会出现不同程度的下降,

对照组低于艾灸治疗组和艾灸预治疗组。说明艾灸能够有效治疗 DLBCL 化疗患者的骨髓抑制反应。同时, 艾灸治疗组 WBC、NEUT、PLT 和 Hb 低于艾灸预治疗组, 提示艾灸对 DLBCL 治疗后的骨髓抑制反应具有预防作用。治疗后骨髓抑制分度比较, 对照组的骨髓抑制程度比艾灸治疗组和艾灸预治疗组严重。对照组治疗后 GM-CSF 和 G-CSF 水平低于艾灸治疗组和艾灸预治疗组, 艾灸治疗组治疗后 GM-CSF 和 G-CSF 水平低于艾灸预治疗组。对照组治疗后重组人粒细胞集落刺激因子使用率为 73.2%, 艾灸治疗组和艾灸预治疗组分别为 45.5%、29.3%。对照组和艾灸治疗组的骨髓抑制程度更重, 多数患者化疗期间需进行药物治疗。进一步证实艾灸对于 DLBCL 治疗后骨髓抑制有治疗和预防作用。

艾灸对于 DLBCL 治疗后的骨髓抑制的治疗和预防作用, 可能的机制是艾灸具有理气温补作用, 能产生一定的光热辐射, 为机体代谢和免疫提供所需能量, 通过刺激穴位周围神经, 改变局部微环境, 从而对机体免疫功能产生影响。艾灸能加快骨髓间质细胞有丝分裂过程, 缩短 DNA 合成期, 同时改变骨髓造血微环境, 有利于骨髓间质细胞的 DNA 修复^[16]。还有学者研究证实, 艾灸能够通过调控 Notch 信号通路, 改善肿瘤患者治疗后骨髓抑制反应^[17]。本研究还发现对照组中医证候积分高于艾灸治疗组和艾灸预治疗组, 进一步证实艾灸对于化疗患者具有益气养血、活血化瘀、扶正祛邪的治疗效果, 这与其他学者研究结论相一致^[18]。

综上所述, 艾灸对于 DLBCL 治疗后的骨髓抑制反应具有积极作用。

参考文献

- [1] ZAKY A H, ELSERS D, BAKRY R, *et al.* Prognostic value of accumulative expression of COX-2 and p53 in small and diffuse large B cell lymphoma[J]. *Pathol Oncol Res*, 2020, 26(2):1183-1190.
- [2] MA Z, SHI Y, PANG X, *et al.* Clinicopathologic features and prognostic analysis of Waldeyer ring B-cell lymphoma[J]. *Medicine (Baltimore)*, 2020, 99(2):e18670.
- [3] 钟敏, 苏群豪, 徐璐. 利妥昔单抗治疗 EBV 阳性弥漫性大 B 细胞性淋巴瘤患者疗效的影响因素分析[J]. *中国实验血液学杂志*, 2020, 28(4):1210-1214.
- [4] 林婉冰, 周洁莹, 蒋蓓, 等. 隔姜灸治疗多发性骨髓瘤化疗所致骨髓抑制疗效观察[J]. *上海针灸杂志*, 2017, 36(7):816-820.
- [5] 龙俊赓, 王照钦, 施征, 等. 针灸治疗肿瘤化疗不良反应的研究进展[J]. *世界中医药*, 2022, 17(10):1470-1474, 1480.
- [6] 潘兴芳, 赵天易, 郭义, 等. 针灸干预肿瘤化疗、手术后不良反应的临床研究[J]. *世界中医药*, 2020, 15(7):961-969.
- [7] 李姗姗, 唐慧玲, 祝秋梅, 等. 针灸治疗化疗后骨髓抑制研究进展[J]. *针灸临床杂志*, 2019, 35(5):86-89.
- [8] 中国临床肿瘤学会肿瘤化疗所致血小板减少症共识专家委员会. 肿瘤化疗所致血小板减少症诊疗中国专家共识(2018 版)[J]. *中华肿瘤杂志*, 2018, 40(9):714-720.
- [9] 张玉梅, 陈逸恒. 肿瘤内科中西医结合诊疗手册[M]. 北京:化学工业出版社, 2015:433.
- [10] 庄语, 于冬冬, 程相琨, 等. 针灸拮抗 CTX 荷瘤小鼠骨髓细胞中 jag1、Notch2 和 numb1/2 mRNA 的作用机制研究[J]. *中医药学报*, 2022, 50(7):26-30.
- [11] 田劭丹, 董青, 祁烁, 等. 化疗后白细胞减少症中医药防治与评估专家共识[J]. *现代中医临床*, 2018, 25(3):1-6.
- [12] 肖献辉, 贾润苗, 李红珂, 等. 艾灸足三里穴位治疗广泛期小细胞肺癌化疗后骨髓抑制疗效观察[J]. *中医临床杂志*, 2019, 31(2):339-342.
- [13] 姜家康, 代博文, 姜庆辉, 等. 针灸对恶性肿瘤临床治疗研究进展[J]. *针灸临床杂志*, 2019, 35(9):97-100.
- [14] 陈连靖, 史菊霞, 张龙早, 等. 温和灸对肾俞穴血流灌注量的影响[J]. *上海针灸杂志*, 2019, 38(5):574-577.
- [15] 谭丽, 王宁. 基于数据挖掘技术分析艾灸治疗化疗后骨髓抑制的选穴规律[J]. *时珍国医国药*, 2019, 30(10):2534-2537.
- [16] 刘海伟, 路玫. 针灸对 CTX 化疗小鼠骨髓造血微环境中骨髓基质细胞细胞周期的影响[J]. *针灸临床杂志*, 2020, 36(4):76-80.
- [17] 路玫, 牛云云, 曹大明, 等. 针灸对 CTX 荷瘤小鼠骨髓细胞中 Notch 信号通路差异基因 jag1、notch2 的影响[J]. *中华中医药学刊*, 2020, 38(1):1-5.
- [18] 郑艺, 汪旻琦, 洪月光, 等. 雷火灸治疗结直肠癌化疗后骨髓抑制的疗效及对中医证候积分、血象指标的影响[J]. *世界中医药*, 2020, 15(1):108-111.

收稿日期 2023-01-28