

2020, 51(5): 1287-1293.

- [16] 郑传痴, 杨 艳, 韦 余, 等. 金丝桃苷对小鼠的抗疲劳作用及机制研究[J]. 食品工业科技, 2021, 42(23): 350-355.
- [17] 李嘉柔, 王洪亮. Keap1/Nrf2/ARE 信号通路可通过调节氧化应激缓解解毒症过程中的细胞铁死亡[J]. 中华危重病急救医学, 2021, 33(7): 881-884.
- [18] 李晓芸, 倪茜茜, 华 静. PPAR γ 激动剂通过 Nrf2 介导

的抗氧化通路改善体内外高脂诱导的氧化应激和炎症反应[J]. 胃肠病学, 2020, 25(11): 653-659.

- [19] 易宇光, 刘昌平, 何佳佳. 基于 Nrf2/HO-1 信号通路探讨虾青素对创伤性脑损伤模型大鼠氧化应激和炎症反应的影响[J]. 中国药房, 2023, 34(20): 2490-2496.
- [20] 蒲 涛, 庞 骁, 蒲涛青, 等. 慢性脑供血不足患者三氧自血疗法治疗前后 SPECT/CT 脑血流灌注显像及 MRI 影像变化分析[J]. 中国 CT 和 MRI 杂志, 2021, 19(12): 7-9.

炙甘草汤联合倍他乐克缓释片对室性早搏患者的临床疗效

贾玉珍, 焦晓敏*, 李佳芸

(河北中医药大学第一附属医院治未病中心, 河北 石家庄 050011)

摘要: **目的** 探讨炙甘草汤联合倍他乐克缓释片对室性早搏患者的临床疗效。**方法** 102 例患者随机分为对照组和观察组, 每组 51 例, 对照组给予倍他乐克缓释片, 观察组在对照组基础上加用炙甘草汤, 疗程 4 周。检测临床疗效、中医证候评分、动态心电图指标 (24 h 室性早搏总数、平均心率)、心率变异性指标 (SDNN、SDANN、RMSSD)、血管内皮功能指标 (NO、ET-1、Hcy) 变化。**结果** 观察组总有效率高于对照组 ($P<0.05$)。治疗后, 2 组中医证候评分、动态心电图指标、ET-1、Hcy 降低 ($P<0.05$), 心率变异性指标、NO 升高 ($P<0.05$), 以观察组更明显 ($P<0.05$)。**结论** 炙甘草汤联合倍他乐克缓释片可提高室性早搏患者心率变异性指标和血管内皮功能, 降低室早发生频率, 改善中医证候评分。

关键词: 炙甘草汤; 倍他乐克缓释片; 室性早搏

中图分类号: R287

文献标志码: B

文章编号: 1001-1528(2024)11-3872-04

doi: 10.3969/j.issn.1001-1528.2024.11.056

心律失常是一种常见的心脏疾病, 室性早搏作为一种普遍存在的心律失常类型, 虽多数情况下可能不致命, 但对患者生活质量和心理健康的影响不容忽视^[1]。室性早搏可能导致心脏功能不稳定, 增加心衰和猝死的风险, 尤其是在已有心脏病变的患者中^[2]。因此, 寻找有效的治疗方法以控制室性早搏, 改善患者预后和生活质量, 是临床上一个重要课题。

传统的室性早搏治疗主要依赖于药物治疗, 其中 β -阻断剂 (如倍他乐克缓释片等) 因其对心率的调控作用而被广泛使用, 它能有效减少心脏负荷, 延长心动周期, 从而降低室性早搏的发生^[3]。然而, 单一药物治疗并非对所有患者都有效, 且可能伴有不良反应。

炙甘草汤作为传统中药方剂之一, 在调和脏腑、平衡阴阳方面显示出独特的效果^[4], 该方通过多靶点、多机制作用可能对心率变异性 and 血管内皮功能产生积极影响, 这为室性早搏的综合治疗提供了可能^[5]。本研究探讨炙甘草汤联合倍他乐克缓释片对室性早搏患者心率变异性 and 血管

内皮功能的影响, 以期相关治疗提供更科学的数据支持, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2021 年 1 月至 2023 年 1 月就诊于河北中医药大学第一附属医院的 102 例室性早搏患者, 随机数字表法分为对照组和观察组, 每组 51 例。其中, 对照组男性 28 例, 女性 23 例; 年龄 34~76 岁, 平均年龄 (56.72 ± 5.01) 岁; LOWN 分级 II 级 13 例, III 级 23 例, IV 级 15 例; NYHA 心功能分级 I 级 31 例, II 级 20 例, 而观察组男性 30 例, 女性 21 例; 年龄 34~77 岁, 平均年龄 (56.89 ± 5.14) 岁; LOWN 分级 II 级 12 例, III 级 26 例, IV 级 13 例; NYHA 心功能分级 I 级 32 例, II 级 19 例, 2 组一般资料比较, 差异无统计学意义 ($P>0.05$), 具有可比性。研究经医院伦理委员会批准 (伦理号 HBZY2019-KY-187-01)。

1.2 纳入标准 (1) 根据《中国心律失常诊治指南》^[6] 诊断为室性早搏; (2) 有室性早搏的心电图证实, 且具有

收稿日期: 2024-07-18

基金项目: 河北省中医药管理局科研计划项目 (2019034)

作者简介: 贾玉珍 (1976—), 女, 硕士, 主治医师, 从事中医内科 (心脑血管方向) 研究。E-mail: yffsjxy666@163.com

* 通信作者: 焦晓敏 (1977—), 女, 主管中药师, 从事中药学研究。E-mail: hbsjzxm@163.com

相应临床症状（心悸、胸闷等）；（3）对标准的 β -阻断剂治疗有需求，但尚未开始治疗或治疗未达到预期效果；（4）患者了解本研究，签署知情同意书。

1.3 排除标准 （1）有重度心衰、急性心肌梗死、不稳定性心绞痛等严重心脏病；（2）存在房颤、室速等其他严重心律失常；（3）近 6 个月内有心脏手术史或计划进行心脏手术；（4）有严重的肾功能障碍、肝功能障碍或其他影响药物代谢或排泄的慢性疾病；（5）对炙甘草汤中的任何成分或 β -阻断剂类药物过敏；（6）近 3 个月内参与其他临床试验。

1.4 治疗手段 对照组给予倍他乐克缓释片（阿斯利康制药有限公司，国药准字 J20150044，47.5 mg），每天 1 次，每次 47.5 mg，连续治疗 4 周；观察组在对照组基础上加用炙甘草汤，组方药材炙甘草 12 g、生地黄 18 g、生姜和桂枝各 9 g、党参和阿胶各 6 g、麦冬和火麻仁各 10 g、大枣 5 枚，每天 1 剂，早晚分 2 次服用，连续治疗 4 周。

1.5 疗效评价 （1）显效，常规心电图显示室性早搏不超过 5 次/min 或动态心电图少于 30 次/h；（2）有效，常规心电图显示室性早搏降低 $\geq 60\%$ ；（3）无效，未满足以上标准。总有效率 = [（显效例数 + 有效例数）/ 总例数] $\times 100\%$ 。

1.6 指标检测

1.6.1 中医证候评分 参照文献 [7] 报道，根据严重程度分为无、轻度、中度、重度，主证分别计分 0、2、4、6 分，次证分别计分 0、1、2、3 分，总分越高，症状越严重。

表 2 2 组中医证候评分（分， $\bar{x} \pm s$ ， $n = 51$ ）

组别	心悸怔忡		五心烦热		气短乏力		头晕	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	3.50 $\pm$ 1.02	1.24 $\pm$ 0.26 *	2.90 $\pm$ 0.91	1.05 $\pm$ 0.20 *	3.13 $\pm$ 1.01	1.18 $\pm$ 0.36 *	2.23 $\pm$ 0.56	0.98 $\pm$ 0.29 *
观察组	3.53 $\pm$ 1.04	0.75 $\pm$ 0.14 *#	2.93 $\pm$ 0.92	0.79 $\pm$ 0.16 *#	3.10 $\pm$ 0.98	0.63 $\pm$ 0.13 *#	2.22 $\pm$ 0.54	0.51 $\pm$ 0.11 *#

组别	神疲		口渴咽燥		胸闷心烦		失眠多梦	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	1.92 $\pm$ 0.50	0.94 $\pm$ 0.21 *	1.53 $\pm$ 0.39	0.87 $\pm$ 0.27 *	2.21 $\pm$ 0.72	0.79 $\pm$ 0.25 *	1.76 $\pm$ 0.41	0.83 $\pm$ 0.24 *
观察组	1.90 $\pm$ 0.49	0.55 $\pm$ 0.10 *#	1.55 $\pm$ 0.41	0.60 $\pm$ 0.12 *#	2.19 $\pm$ 0.71	0.48 $\pm$ 0.09 *#	1.75 $\pm$ 0.42	0.50 $\pm$ 0.12 *#

注：与同组治疗前比较，* $P < 0.05$ ；与对照组治疗后比较，# $P < 0.05$ 。

2.3 动态心电图指标 治疗后，2 组 24 h 室性早搏总数、平均心率降低（ $P < 0.05$ ），以观察组更明显（ $P < 0.05$ ），见表 3。

表 3 2 组动态心电图指标比较（ $\bar{x} \pm s$ ， $n = 51$ ）

组别	24 h 室性早搏总数		平均心率/（次·min ⁻¹ ）	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	8 211.26 $\pm$ 1 023.65	4 576.25 $\pm$ 586.65 *	98.12 $\pm$ 8.73	83.57 $\pm$ 8.14 *
观察组	8 247.28 $\pm$ 1 018.53	3 398.25 $\pm$ 502.34 *#	98.01 $\pm$ 8.69	72.41 $\pm$ 7.32 *#

注：与同组治疗前比较，* $P < 0.05$ ；与对照组治疗后比较，# $P < 0.05$ 。

表 4 2 组心率变异性指标（ $\bar{x} \pm s$ ， $n = 51$ ）

组别	SDNN/ms		SDANN/ms		RMSSD/ms	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	90.13 $\pm$ 8.55	114.31 $\pm$ 10.26 *	77.43 $\pm$ 7.25	91.28 $\pm$ 8.75 *	21.63 $\pm$ 4.21	27.16 $\pm$ 4.87 *
观察组	90.21 $\pm$ 8.62	127.86 $\pm$ 11.14 *#	77.52 $\pm$ 7.31	104.26 $\pm$ 9.88 *#	21.69 $\pm$ 4.28	34.02 $\pm$ 5.24 *#

注：与同组治疗前比较，* $P < 0.05$ ；与对照组治疗后比较，# $P < 0.05$ 。

1.6.2 动态心电图指标 采用动态心电图监测设备（深圳市博英医疗仪器科技有限公司）连续记录 24 h 室性早搏总数、平均心率。

1.6.3 心率变异性指标 采用心电图数据计算全部窦性心搏 RR 间期标准差（SDNN）、RR 间期平均值标准差（SDANN）、相邻 RR 间期差值均方根（RMSSD）。

1.6.4 血管内皮功能指标 采用血液分析仪（日本希森美康株式会社）检测血清一氧化氮（NO）水平，酶联免疫吸附试验（ELISA）检测血清内皮素-1（ET-1）水平（相关试剂盒购自上海酶联生物科技有限公司），自动化生化分析仪（美国贝克曼库尔特公司）检测同型半胱氨酸（Hcy）水平。

1.7 统计学分析 通过 SPSS 26.0 软件进行处理，计数资料以百分率表示，组间比较采用卡方检验；计量资料以（ $\bar{x} \pm s$ ）表示，组间比较采用 t 检验。 $P < 0.05$ 表示差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 临床疗效 观察组总有效率高于对照组（ $P < 0.05$ ），见表 1。

表 1 2 组临床疗效比较 [例（%）， $n = 51$]

组别	显效	有效	无效	总有效
对照组	26 (50.98)	14 (27.45)	11 (21.57)	40 (78.43)
观察组	32 (62.75)	16 (31.37)	3 (5.88)	48 (94.12) *

注：与对照组比较，* $P < 0.05$ 。

2.2 中医证候评分 治疗后，2 组中医证候评分降低（ $P < 0.05$ ），以观察组更明显（ $P < 0.05$ ），见表 2。

2.4 心率变异性指标 治疗后，2 组 SDNN、SDANN、RMSSD 升高（ $P < 0.05$ ），以观察组更明显（ $P < 0.05$ ），见表 4。

2.5 血管内皮功能指标 治疗后，2 组 NO 水平升高 ($P<0.05$)，而 ET-1、Hcy 水平降低 ($P<0.05$)，以观察组更明显 ($P<0.05$)，见表 5。

表 5 2 组血管内皮功能指标指标 ($\bar{x}\pm s$, $n=51$)

组别	NO/($\mu\text{mol}\cdot\text{L}^{-1}$)		ET-1/($\text{ng}\cdot\text{L}^{-1}$)		Hcy/($\mu\text{mol}\cdot\text{L}^{-1}$)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	44.27 $\pm$ 5.76	63.52 $\pm$ 6.57 [*]	97.96 $\pm$ 10.25	83.25 $\pm$ 8.74 [*]	26.02 $\pm$ 4.05	19.23 $\pm$ 3.34 [*]
观察组	44.41 $\pm$ 5.83	72.64 $\pm$ 7.88 ^{*#}	98.12 $\pm$ 10.36	75.33 $\pm$ 7.95 ^{*#}	26.15 $\pm$ 4.11	15.74 $\pm$ 2.89 ^{*#}

注：与同组治疗前比较，^{*} $P<0.05$ ；与对照组治疗后比较，[#] $P<0.05$ 。

3 讨论

从中医的角度看，室性早搏被视为“心悸”或“心烦”的表现之一，常与心肾不交、气阴两虚有关^[8-10]。心主血脉、肾主水，心肾不交即心下缺水，不能滋养心脏，导致心神不宁，心悸、早搏等症状便会随之而来^[11-13]。此外，当体内阴液亏损，不能涵养阳气，或因情志内伤、外邪侵袭等因素引发心脏功能紊乱时，也可能引起室性早搏^[14-15]。

炙甘草汤中炙甘草、生地补虚滋阴养血^[16]，麦冬、阿胶、麻仁柔润滋阴以养心定悸^[17]，麦冬清心除烦安神，佐党参补中益气、健脾益肺，生姜、大枣调脾胃，桂枝通阳气，恢复心脏阴阳失衡^[18]，诸药合用，有助从根本调和内脏功能，改善心肾不交而减轻或消除室性早搏症状^[19]。

本研究发现，观察组较对照组的总有效率更高，强调了中西医结合治疗策略的优势；观察组中医证候评分低于对照组，说明炙甘草汤在缓解室性早搏相关中医证候上具有一定效果。炙甘草汤中党参、麦冬和阿胶等药材所含成分能有效补益心肾、调和气血，从而显著减轻临床症状^[20]，本研究发现，观察组 24 h 室性早搏总数及平均心率均低于对照组。

神安煌等^[21]发现，中药联合 β -阻断剂能有效降低室早发生率，可能与前者对心脏自主神经的正面影响有关；本研究发现，观察组 SDNN、SDANN、RMSSD 优于对照组。孙俊波等^[22]发现，中药可通过多种机制改善心率变异性，包括通过减少氧化应激、改善心肌细胞离子通道功能及增强神经内分泌调节；本研究发现，观察组 NO 水平升高，ET-1、Hcy 水平降低，提示炙甘草汤有助于改善血管弹性和降低心血管风险。上述生物标志物的变化凸显了中药在减少氧化应激、改善心肌细胞离子通道功能及增强神经内分泌调节方面的潜力，为心律失常的综合治疗提供了新途径^[23]。

综上所述，炙甘草汤联合倍他乐克缓释片可提升室性早搏患者心率变异性，改善血管功能，减少室性早搏发生，降低中医证候评分，为相关治疗提供新的方案。但本研究限于小样本量和短治疗期，建议今后扩大样本量并延长治疗时间以验证其长期效果和安全性。

参考文献：

[1] 刘春燕, 沈琳, 于永梅, 等. 复律宁颗粒治疗气阴两虚型或心血亏虚型心悸(室性早搏)的临床研究[J]. 中华中医药杂志, 2017, 32(12): 5675-5677.

[2] 孙艳玲, 王云振. 炙甘草汤治疗气虚血瘀型冠心病合并室性心律失常[J]. 吉林中医药, 2017, 37(9): 927-930.

[3] 刘英杰, 刘艳红. 自拟疏肝解郁方联合倍他乐克缓释片治疗室性早搏疗效观察[J]. 现代中西医结合杂志, 2017, 26(13): 1433-1435.

[4] 范海媚, 刘一炫, 王超, 等. 四参养心汤合苦味药对室性早搏患者左心室功能及超声心动图表现的影响[J]. 四川中医, 2017, 35(12): 60-62.

[5] 孙政, 黄霞, 孙琳琳, 等. 益心舒片联合炙甘草汤与西药治疗频发室性早搏临床研究[J]. 新中医, 2020, 52(15): 79-82.

[6] 中华医学会心电生理和起搏分会, 中国医师协会心律学专业委员会. 室性心律失常中国专家共识[J]. 中华心律失常学杂志, 2016, 20(4): 279-326.

[7] 梁茂新, 高天舒. 《中药新药临床研究指导原则》脏腑诸证考察与分析[J]. 中国中医基础医学杂志, 2008, 14(5): 330-331; 342.

[8] 张志程. 桂枝甘草龙骨牡蛎加味汤对大鼠冠心病室性早搏及血清 NO、ET-1 水平的影响[J]. 新中医, 2020, 52(24): 21-24.

[9] 蔡虎志, 徐则林, 廖亮英, 等. 人参皂苷对慢性心力衰竭伴室性心律失常患者内皮细胞功能的影响[J]. 中国临床保健杂志, 2018, 21(6): 731-734.

[10] 曲思颖, 李文杰. 加味黄连温胆汤治疗频发室性早搏痰火扰心型临床研究[J]. 陕西中医, 2018, 39(9): 1167-1170.

[11] 张松雨, 李纲, 李燕, 等. 稳心颗粒联合倍他乐克对冠状动脉粥样硬化性心脏病心力衰竭合并室性早搏患者血浆 N-末端 B 型利钠肽原水平的影响[J]. 中医学报, 2018, 33(5): 865-869.

[12] 钱波, 孙建辉, 柯海燕, 等. 参松养心胶囊联合倍他乐克缓释片治疗快速性心律失常的疗效观察[J]. 辽宁中医杂志, 2017, 44(6): 1228-1229.

[13] 王凤, 马燕云, 章怡祎, 等. 益气养阴方对室性早搏患者心率变异性的影响和临床安全性分析[J]. 中国中医基础医学杂志, 2018, 24(5): 677-681.

[14] 张文杰, 查玉玲, 李军. 基于数据挖掘中药治疗气阴两虚型室性早搏的用药规律研究[J]. 世界中医药, 2021, 16(10): 1625-1629.

[15] 王凤, 马燕云, 章怡祎, 等. 益气养阴方对室性早搏患者抑郁及 QTc 间期的影响[J]. 中华中医药杂志, 2018, 33(4): 1641-1644.

[16] 熊兴江. 基于现代病理生理及 CCU 急危重症病例的炙甘草汤方证溯源及其复律、转窦、止血、升血小板、补虚临床运用[J]. 中国中药杂志, 2019, 44(18): 3842-3860.

- [17] 吴阳阳, 姚魁武. 姚魁武教授运用养阴定悸汤治疗室性早搏经验撷英[J]. 天津中医药, 2019, 36(10): 991-993.
- [18] 王永成, 豆娟娟, 马度芳, 等. 经方炙甘草汤合潜阳封髓丹对室性早搏患者自主神经失衡的影响[J]. 中华中医药杂志, 2018, 33(5): 1881-1885.
- [19] 燕春裕, 陈会君. 加味黄连温胆汤治疗痰火扰心型室性早搏的临床观察[J]. 天津中医药大学学报, 2021, 40(5): 591-594.
- [20] 李 燕, 李 纲, 张松雨, 等. 宁心定悸方治疗室性早搏疗效及对患者血清 NO、ET-1 的影响[J]. 陕西中医, 2019, 40(4): 441-443.
- [21] 神安煌, 潘正星, 欧阳远鹏. 养心复脉汤联合倍他乐克缓释片治疗气血两虚证功能性室性早搏疗效观察[J]. 四川中医, 2020, 38(12): 60-62.
- [22] 孙俊波, 郑毅敏, 王燕华, 等. 炙甘草汤联合琥珀酸美托洛尔缓释片治疗室性早搏临床研究[J]. 新中医, 2021, 53(3): 6-9.
- [23] 马玉娟, 姚学旺, 卢吉锋. 益气养阴复脉颗粒联合酒石酸美托洛尔片治疗室性早搏的疗效与安全性评价[J]. 世界科学技术 (中医药现代化), 2023, 25(5): 1821-1827.

玄麦甘桔汤合柴胡疏肝散对干燥综合征患者的临床疗效

侯冬杰¹, 李 林², 刘 飞³, 罗亚萍¹, 侯小双^{1*}

(1. 河北省中医院风湿病科, 河北 石家庄 050013; 2. 石家庄市人民医院外二科, 河北 石家庄 050030; 3. 石家庄藁城市人民医院骨二科, 河北 石家庄 052160)

摘要: **目的** 考察玄麦甘桔汤合柴胡疏肝散对干燥综合征患者的临床疗效。**方法** 180 例患者随机分为对照组和观察组, 每组 90 例, 对照组给予常规治疗, 观察组在对照组基础上加用玄麦甘桔汤合柴胡疏肝散, 疗程 3 个月。检测临床疗效、中医证候评分、免疫功能指标 (ESR、CRP、IgG)、Th17/Treg 细胞平衡系统 (Th17/Treg、IL-17、IL-10)、ESSPRI 评分、ESSDAI 评分、外分泌腺功能指标 (泪液流率、唾液流率)、不良反应发生率变化。**结果** 观察组总有效率高于对照组 ($P<0.05$)。治疗后, 2 组中医证候评分、免疫功能指标、Th17/Treg、IL-17、ESSPRI 评分、ESSDAI 评分降低 ($P<0.05$), IL-10、外分泌腺功能指标升高 ($P<0.05$), 以观察组更明显 ($P<0.05$)。2 组不良反应发生率比较, 差异无统计学意义 ($P>0.05$)。**结论** 玄麦甘桔汤合柴胡疏肝散可安全有效地降低干燥综合征患者临床证候评分, 改善外分泌腺功能, 纠正免疫失衡。

关键词: 玄麦甘桔汤; 柴胡疏肝散; 常规治疗; 干燥综合征

中图分类号: R287

文献标志码: B

文章编号: 1001-1528(2024)11-3875-04

doi: 10.3969/j.issn.1001-1528.2024.11.057

原发性干燥综合征是临床常见的慢性炎症性自身免疫病, 以淋巴细胞增殖、外分泌腺体 (唾液腺、泪腺) 损伤为主要特征, 严重影响患者生活质量^[1-2]。本病发病机制复杂, 临床上一一般采用硫酸氢氯喹、强的松等免疫抑制剂进行干预, 可延缓内脏炎症损伤, 有效控制病情反复, 但无法根治^[3], 故优化治疗策略具有重要临床价值。

中医认为, 原发性干燥综合征属于“燥痹”范畴, 即外感内伤燥邪, 肺气津血受损, 宣发功能失常, 气机阻滞形成瘀血, 燥瘀相互搏结影响肝脏疏泄, 津液代谢失常导致肌肤枯溢、脏器损害^[4], 治疗的关键在于滋阴润燥、调肝理肺^[5]。杨琨等^[6]认为, 玄麦甘桔汤合柴胡疏肝散具有疏肝理气、畅肺润肺的功效, 根据具体病症进行加减时可有效改善中医证候。研究表明, 原发性干燥综合征患

者免疫系统异常, 体液和细胞免疫失衡, 主要表现为 T 细胞亚群失调, 炎性因子、免疫蛋白高表达, 且各项免疫功能指标与疾病严重程度呈相关性^[7]。目前, 关于玄麦甘桔汤合柴胡疏肝散治疗干燥综合征的报道大多关注证候改善和炎性因子变化, 本研究从机体体液和细胞免疫角度探讨其疗效, 以期对相关临床治疗提供参考依据, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2021 年 6 月至 2023 年 6 月收治于河北省中医院的 180 例干燥综合征患者, 随机数字表法分为对照组和观察组, 每组 90 例, 2 组一般资料见表 1, 可知差异无统计学意义 ($P>0.05$), 具有可比性。研究经医院伦理委员会批准 (批准号 HBZY2022-KY-039-01)。

收稿日期: 2024-08-02

基金项目: 河北省中医药管理局科研计划项目 (2023051)

作者简介: 侯冬杰 (1989—), 女, 硕士生, 主治医师, 研究方向为风湿免疫。E-mail: houdongjie2016@163.com

*** 通信作者:** 侯小双 (1986—), 女, 硕士, 主治医师, 研究方向为风湿免疫病的中西医诊治。E-mail: 15033433667@163.com