

钩藤颗粒中 10 种成分的含量[J]. 沈阳药科大学学报, 2022, 39(8): 919-930; 1017.

[22] 崔梁瑜, 李玉坤, 井天月, 等. 降压中成药联合西药治疗高血压病的 GRADE 临床研究证据评价及专家共识[J]. 中国实验方剂学杂志, 2024, 30(10): 106-115.

[23] Su X X, Lü J, Xie Y M. Systematic review and meta-analysis on the efficacy and safety of Tianma Gouteng Granules in treatment of dizziness[J]. *World J Integrated Tradition West Med*, 2022, 8(4): 1-10.

[24] Zhang D Y, Cheng Y B, Guo Q H, *et al.* Treatment of masked hypertension with a Chinese herbal formula: A randomized, placebo-controlled trial[J]. *Circulation*, 2020, 142 (19): 1821-1830.

[25] 崔 鑫, 李 薇, 王春萍, 等. 天麻钩藤颗粒治疗原发性高血压的成本效果分析[J]. 药物评价研究, 2023, 46(9): 1970-1976.

[26] 国家统计局. 2020 年居民人均可支配收入（元）报表 [EB/OL]. [2021-11-08]. <https://data.stats.gov.cn/search.htm?s=人均可支配收入>.

[27] 国家卫生健康委员会. 国家卫生健康委办公厅关于规范开展药品临床综合评价工作的通知: 国卫办药政发〔2021〕16 号 [EB/OL]. [2021-08-18]. <http://www.nhc.gov.cn/yaozs/s2908/202107/532e20800a47415d-84adf3797b0f4869.shtml>.

[28] 苏鹏丽. 基于 MCDA 模型的中成药上市后价值评估指标体系的构建与验证[D]. 北京: 中国中医科学院, 2023.

[29] 张 弛, 吴 斌, 马尔丽, 等. 直接口服抗凝药临床综合评价体系的建立[J]. 临床药物治疗杂志, 2023, 21(1): 58-63.

[30] 祖雅琪, 唐旭东, 于 琦, 等. 养胃颗粒治疗慢性萎缩性胃炎的临床综合评价[J/OL]. 辽宁中医杂志, 1-17 [2024-05-21]. <http://kns.cnki.net/kcms/detail/21.1128.r.20240418.0931.002.html>.

[31] 聂智峰, 田 夏, 汪 阳, 等. 药品临床综合评价中 MCDA 赋权方法比较[J]. 世界临床药物, 2023, 44(5): 437-444.

[32] 潘 婕, 朱文涛. 中成药临床综合评价指标体系及评价路径[J]. 药物评价研究, 2024, 47(2): 221-229.

[33] 国家药品监督管理局. 证候类中药新药临床研究技术指导原则[S]. 2018.

[34] 温泽淮. 中医临床疗效评价内容与研究策略的思考[J]. 中国中西医结合杂志, 2011, 31(4): 452-454.

[35] 郭晓慧, 黄 仟, 谢雁鸣, 等. 伞式设计与篮式设计在中医药循证评价中的应用[J]. 中国中药杂志, 2021, 46(8): 2010-2015.

[36] 王瑞平, 李 斌. 临床试验设计的新型方案概述[J]. 上海医药, 2023, 44(9): 53-57.

基于全程管理理念探究肺癌手术康复期患者证-症特征演变及用药规律

田雪琪, 戴悦宁, 吴冠锦, 宋佳俊, 焦丽静, 许 玲*
(上海中医药大学附属岳阳中西医结合医院肿瘤一科, 中西医结合肿瘤转化研究所, 上海 200437)

摘要: **目的** 基于全程管理理念探究肺癌手术康复期证、症分阶段演变特征和现阶段用药规律。**方法** 检索国内外数据库中肺癌手术康复期中医证、症、临床治疗相关文献, 检索时间建库至 2024 年 3 月 30 日。采集各阶段证型、证素、症状、中药处方信息并录入数据库, 对中医证素、症状名称进行规范后作分析。**结果** 纳入证候、症状、临床治疗相关文献分别为 7、16、65 篇。肺癌手术患者脾虚证在术后 2 周内总占比稳定, 痰湿证在术后 7 d 时占比最高, 痰热证在术后 2 周内占比呈降低趋势, 而气虚证在术后 1 个月内占比较微升高。气短、疲乏发生率逐渐升高, 术后 2~4 个月发生率最高; 嗜睡、疼痛、呕吐、苦恼等症状在术后 1~2 d 发生率最高, 失眠、咳嗽、咳痰等症状在术后 3~6 d 发生率最高。肺癌手术康复期治疗以肺、脾为主, 调畅气机为重点, 宣肃肺气、健脾宽中、清润化痰为要点。**结论** 肺癌手术康复期证素以虚、痰、瘀为主, 证-症特征以气机变化呈气郁-气滞-气逆-气虚的分阶段动态演变趋势, 有望在“证症结合、全程管理”理念的指导下, 通过治气法来构建肺癌手术患者全程管理体系。

关键词: 肺癌; 手术康复期; 证症结合; 用药规律; 全程管理理念

中图分类号: R287 **文献标志码:** B **文章编号:** 1001-1528(2025)07-2456-06

doi: 10. 3969/j.issn.1001-1528. 2025. 07. 054

中医通过辨病、辨证、辨症来认识和了解疾病, 证候是对疾病发展不同阶段病理生理的概括, 症状则反映了患者的不适与痛苦。证症结合、全面辨治是中医整体观念的体现, 也是精准施治的重要内容^[1]。

收稿日期: 2024-09-24

基金项目: 上海市科委“科技创新行动计划”医学创新研究专项 (22Y31920400); 上海市卫生健康委员会项目 (ZXXYZ-201901)

作者简介: 田雪琪 (1998—), 女, 硕士生, 研究方向为中医药防治恶性肿瘤。E-mail: 1511416055@qq.com

* 通信作者: 许 玲 (1967—), 女, 教授, 主任医师, 博士生导师, 研究方向为中医药防治恶性肿瘤。E-mail: xulq67@aliyun.com

2022 年最新数据显示，肺癌是我国发病率和死亡率最高的癌症^[2]。目前，外科完全根治术仍是早期非小细胞肺癌首选治疗方法^[3]，但术后往往因支气管闭塞、肺组织容量减少、膈肌运动障碍、应激反应等原因，患者长期存在慢性咳嗽、疼痛、乏力等症状，影响生活质量^[4]。研究表明，肺癌术后 3 个月内患者症状发生率及严重程度随时间而变化^[5]。课题组将肺癌手术康复期分为快速康复期（术后 2 周内）和巩固康复期（术后 1~3 月），不同阶段病机特点不同^[6]，需要全程管理、康复治疗，以发挥中医药“未病先防，既病防变”的优势，但目前尚未形成肺癌手术患者分阶段证-症演变规律及全程管理方案共识。因此，本研究将进一步总结分析肺癌手术康复期证-症演变规律及临床研究进展，以期为今后临床研究提供思路和方法。

1 资料与方法

1.1 纳入、排除标准

1.1.1 纳入标准 ①研究对象为肺癌手术康复期患者，术后未接受放化疗、免疫治疗、靶向治疗等，研究类型为前瞻性或回顾性研究；②证候研究类文献应有明确的中医辨证标准，并报告中医证型及各类病例数；③症状研究类文献应有明确的症状评估标准，并报告症状类型及各类病例数；④中药治疗相关临床研究应报告中药处方组成。

1.1.2 排除标准 ①仅研究某一特定证型或症状；②研究对象为同一批患者（仅纳入最新发表的文献）；③病例数数据不完整；④个案报道、理论探讨、专家经验。

1.2 检索策略 检索 CNKI、WanFang、VIP、SinoMed、PubMed、Web of Science 数据库，检索时间建库至 2024 年 3 月 30 日，中文库检索策略为（证候 OR 证型 OR 证素 OR 症状 OR 康复）AND（非小细胞肺癌 OR 肺腺癌 OR 肺鳞癌 OR 肺癌 OR 肺恶性肿瘤）AND（手术 OR 术后），英文库检索词为“Syndrome”[MeSH]、“Symptom Burden”[MeSH]、“Carcinoma, Non-Small-Cell”[MeSH]、“Lung Cancer”[MeSH]、“Surgery”[MeSH]、“Rehabilitation”[MeSH]。

1.3 文献筛选与数据提取 将文献导入 Zotero V6.0.26 软件，删除重复者，阅读标题和摘要剔除不符合纳入标准者，最后阅读全文确定合格者。采用 Microsoft Excel 2019 软件提取信息，包括作者姓名、发表年份、样本量、评估时间、评估工具、证型/证素/症状/中药种类、频次等。

1.4 术语规范 按照《中医临床诊疗术语·证候部分》《中医诊断学》和 2020 年版《中国药典》，分别对纳入文献的中医证候、症状、中药名称进行规范，根据《证素辨证学》将复杂证候分解为单一证素。例如，“胃口差”“食欲不振”规范为“食欲不振”，“脾虚痰湿证”拆分为“脾虚证”和“痰湿证”，“麦门冬”规范为“麦冬”。

1.5 统计学方法 统计证候/症状评估工具、评估时点的频次，以及其占证候/症状研究文献总数的比例。各阶段证素/症状频次及其占报告该项的证候研究/症状研究文献样本量之和的比例，中医症状类型仅报告术后总排名前 20 位，证素作统计报告。分阶段统计术后各阶段证候及症状

时，剔除评估时点不精确的文献，并保留纳入文献各评估时点，仅在纳入文献涉及时间段时采用时间段统计。统计康复期各中药使用频次，以及其占纳入中药处方总数的比例。采用 R 语言中的 arules 包，基于 apriori 函数构建关联规则模型，arulesViz 包进行可视化。采用 SPSS Statistics26.0 软件对高频中药进行因子分析，探索中药配伍规律。

2 结果

2.1 文献筛选及研究对象 初步检索出 3 242 篇文献，筛选后最终纳入中医证候研究文献 7 篇（485 例病例）、症状研究文献 16 篇（2 481 例病例）^[7-28]、中药康复治疗研究文献 65 篇，流程见图 1。在证候相关文献中，I 期患者 242 例，II 期 163 例，III 期 80 例；2 项研究未报告病理类型，其余 5 项的 342 例患者中 244 例为肺腺癌。在症状相关文献中，4 项未报告患者分期，其余 12 项的 2 018 例患者中 1 545 例为 I~II 期，473 例为 III~IV 期；6 项研究未报告病理类型，其余 10 项研究的 1 474 例患者中有 1 111 例为腺癌。在 65 项中药康复治疗研究中，分别有 21、4、2 篇观察对咳嗽、疼痛、疲乏的疗效。

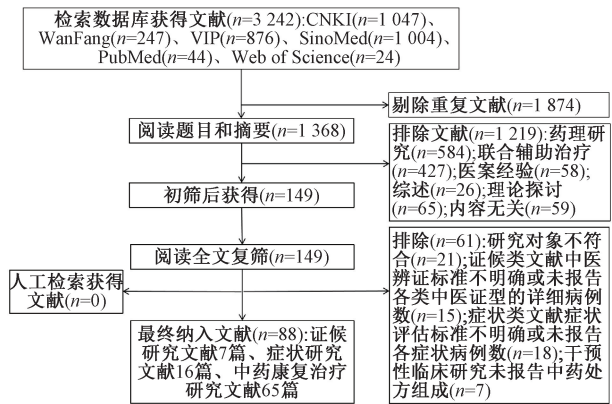


图 1 文献筛选流程

2.2 证-症评估工具及时点 肺癌手术患者证-症评估工具及时点分别见表 1~2，可知证候评估工具使用频次最高的为《中医病证诊断疗效标准》，时点集中在术前至术后 2 周；症状评估工具使用频次最高的是 MD 安德森癌症中心开发的症状量表（MDASI）系列，时点跨术前至术后 4 月，主要集中于术前至术后 1 周。

2.3 证-症分布特征

2.3.1 证素 肺癌患者脾虚证在术后 2 周内总占比稳定，痰湿证占比在术后第 7 天最高，痰热证占比在术后 2 周内呈逐渐降低趋势，血瘀证占比在术后 1 个月内呈稳步升高趋势，气虚证占比在术后 1 个月内呈轻微升高趋势，见表 3。

2.3.2 症状 气短、疲乏发生率在术后 4 个月内呈逐渐升高趋势，术后 2~4 个月最高；嗜睡、疼痛、呕吐、苦恼等症发生率最高的阶段出现在术后 1~2 d；失眠、咳嗽、咳痰等症发生率最高的阶段出现在术后 3~6 d，见表 4。

表 1 证-症评估工具应用情况

参数	标准	频数/次	占比 %/%
证候	《中医临床诊疗术语(证候部分)》	2	28.57
	《中医病证诊断疗效标准》	4	57.14
	《中医证候辨治规范》	3	42.86
	《中药新药临床指导原则》	2	28.57
	《中医诊断学》	2	28.57
	《中西医结合外科学》	1	14.29
	《恶性肿瘤中医诊疗指南》	1	14.29
	《虚证辨证标准》	1	14.29
	《血瘀证诊断标准》	1	14.29
	《中医基础理论》	1	14.29
	《刘嘉湘谈肿瘤》	1	14.29
症状	MDASI-TCM	1	6.25
	《肺癌患者术后症状评估量表》	2	12.50
	MDASI+修订版肺癌特异性症状模块	7	43.75
	《中药新药临床研究指导原则》	1	6.25
	自拟《围手术期非小细胞肺癌中医证候调查表》	1	6.25
	MDASI	1	6.25
	MDASI-LC	3	18.75

注：MDASI-TCM 指安德森症状量表中医版，MDASI-LC 指安德森症状量表及肺癌特异性模块，* 指该项证候评估工具频数占纳入 7 篇证候研究文献或该项症状评估工具占 16 篇症状研究文献的比例。

表 2 证-症评估时点

参数	评估时间	频数/次	占比 %/%
证候	术前	5	71.43
	术后 1 d	2	28.57
	术后 3 d	2	28.57
	术后 1 周	3	42.86
	术后 2 周	2	28.57
	术后 1 月	1	14.29
	出院前	1	14.29
	术后 8 周内	1	14.29
	具体不详	1	14.29
症状	术前	6	37.50
	术后 1-2 d	5	31.25
	术后 3-4 d	3	18.75
	术后 5-6 d	2	12.50
	出院时	6	37.50
	术后 10 d	1	6.25
	术后 2 周内	1	6.25
	术后 8 周内	2	12.50
	术后 1 月	3	18.75
	术后 2 月	1	6.25
	术后 3 月	2	12.50
	术后 4 月	1	6.25

注：* 指该项证候频数占纳入 7 篇证候研究文献或该项症状占 16 篇症状研究文献的比例。

表 3 肺癌术后患者证素分阶段分布情况 [*n*/*N* (发生率)*, 次/例 (%)]

证型	术后第 1 天	术后第 3 天	术后第 7 天	术后第 14 天	术后 1 个月
脾虚证	22/106(20.75)	19/106(17.92)	21/106(19.81)	—	—
痰湿证	24/148(16.22)	20/148(13.51)	100/210(47.62)	9/60(15.00)	—
痰热证	46/148(31.08)	41/148(27.70)	33/210(15.71)	6/60(10.00)	—
虚热证	9/106(8.49)	8/106(7.55)	6/106(5.66)	—	—
血瘀证	41/148(27.70)	34/148(22.97)	83/287(28.92)	59/137(43.07)	58/77(75.32)
气虚证	32/148(21.62)	28/148(18.92)	166/287(57.84)	53/137(38.69)	38/77(49.35)
气滞证	27/148(18.24)	29/148(19.59)	35/210(16.67)	—	—
阴虚证	28/148(18.92)	27/148(18.24)	33/210(15.71)	9/137(6.57)	—
阳虚证	—	—	6/104(5.77)	—	—
血虚证	2/42(4.76)	0/106(0)	—	—	—
湿热证	—	—	—	9/60(15.00)	—

注：—指无文献涉及，*n* 指该证素类型频次，*N* 指报告该项证素的文献的样本量之和，* 指该项频数占报告该项的证候研究文献样本量之和的比例。

表 4 肺癌术后患者症状分阶段分布情况 [*n*/*N* (发生率)*, 次/例 (%)]

评估时间	术后 1~2 d	术后 3~4 d	术后 5~7 d	术后 1 个月	术后 2 个月	术后 3 个月	术后 4 个月
气短	286/466(61.37)	414/612(67.65)	127/264(48.11)	84/157(53.50)	47/48(97.92)	45/48(93.75)	45/48(93.75)
疲乏	373/466(80.04)	546/612(89.22)	262/264(99.24)	53/157(33.12)	43/48(89.58)	54/98(55.10)	43/48(89.58)
失眠	258/373(69.17)	517/612(84.48)	238/264(90.15)	19/157(12.10)	13/48(27.08)	13/48(27.08)	13/48(27.08)
健忘	55/264(20.83)	101/612(16.47)	49/264(18.56)	16/48(33.33)	12/48(25.00)	12/48(25.00)	12/48(25.00)
苦恼	259/164(98.11)	423/612(69.12)	222/264(84.09)	—	—	—	—
咳嗽	331/466(71.03)	359/390(92.05)	253/264(95.83)	114/157(72.61)	43/48(89.58)	76/98(77.55)	32/48(66.67)
口干	300/357(84.03)	489/612(79.90)	225/264(85.23)	30/48(62.50)	26/48(54.17)	26/48(54.17)	26/48(54.17)
悲伤	221/264(83.71)	323/612(52.78)	174/264(65.91)	—	—	—	—
食欲不振	278/357(77.87)	462/612(75.49)	236/264(89.39)	27/48(56.25)	19/48(39.58)	19/48(39.58)	19/48(39.58)
咳痰	271/357(75.91)	387/390(99.23)	248/264(93.94)	32/48(66.67)	23/48(47.92)	22/48(45.83)	22/48(45.83)
疼痛	373/373(100.00)	605/612(98.86)	254/264(96.21)	77/109(70.64)	—	6/50(12.00)	—
嗜睡	248/264(93.94)	382/612(62.42)	209/264(79.17)	—	—	—	—
肢体麻木	81/264(30.68)	161/612(26.31)	47/264(17.80)	—	—	—	—

续表 4

评估时间	术后 1~2 d	术后 3~4 d	术后 5~7 d	术后 1 个月	术后 2 个月	术后 3 个月	术后 4 个月
恶心	257/373(68.90)	331/390(84.87)	11/264(4.17)	2/157(1.27)	0/48(0)	0/48(0)	1/48(2.08)
呕吐	193/264(73.11)	151/612(24.67)	7/264(2.65)	1/48(2.08)	0/48(0)	0/48(0)	1/48(2.08)
头晕	49/109(44.95)	—	—	2/109(1.83)	—	—	—
便秘	133/466(28.54)	295/390(75.64)	186/264(70.45)	15/157(9.55)	7/48(14.58)	7/48(14.58)	7/48(14.58)
痰中带血	82/357(22.97)	114/390(29.23)	7/264(2.65)	1/48(2.08)	1/48(2.08)	1/48(2.08)	1/48(2.08)
胸闷	257/357(71.99)	332/390(85.13)	202/264(76.52)	34/48(70.83)	26/48(54.17)	22/48(45.83)	21/48(43.75)
自汗	65/93(69.89)	—	—	34/48(70.83)	32/48(66.67)	30/48(62.50)	30/48(62.50)
盗汗	54/93(58.06)	—	—	11/48(22.92)	10/48(20.83)	10/48(20.83)	10/48(20.83)

注：—指无文献提及，*n* 指该症状类型频次，*N* 指报告该项症状的文献的样本量之和，* 指该项频数占报告该项的症状研究文献样本量之和的比例。

2.4 中药用药规律

2.4.1 频次 65 首处方共涉及 174 味中药，设定高频中药为使用频次≥10 次者，共 16 味，见表 5。

表 5 高频中药分布

中药	频次/次	频率* /%	中药	频次/次	频率* /%
甘草	46	70.77	党参	18	27.69
黄芪	35	53.85	当归	17	26.15
茯苓	29	44.62	五味子	12	18.46
白术	28	43.08	杏仁	12	18.46
桔梗	24	36.92	薏苡仁	12	18.46
陈皮	23	35.38	太子参	11	16.92
半夏	20	30.77	浙贝母	11	16.92
麦冬	19	29.23	熟地	10	15.38

注：* 指该项频数占纳入 65 首中药处方的比例。

2.4.2 关联规则分析 设定最小支持度为 10，最小置信度为 80，最大前项数为 4，药物组合提升度≥1，得到关联规则共 132 条，按置信度由高到低显示排名前五十者，见图 2。

2.4.3 因子分析 Bartett 球形度检验 $P=0.001$ ($P<0.05$)， $KMO=0.659$ ($P>0.5$)，表明变量之间具有强相关性，可得到理想的因子分析模型。再采用主成分分析和最大方差

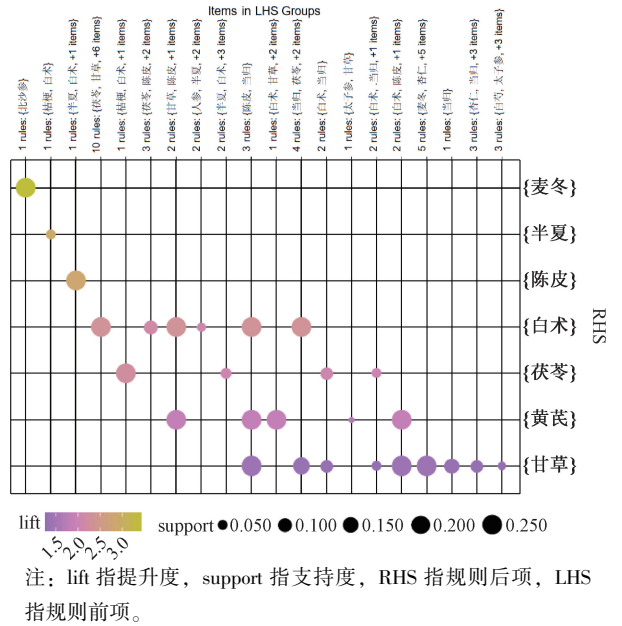


图 2 中药关联规则分析图

旋转法提取公因子，设置特征值≥1，载荷系数≥0.6，共得到 7 个公因子，其组成及功效见表 6。

表 6 高频中药因子分析结果

公因子	中药(载荷系数)	功效
C1	紫菀(0.833)、款冬花(0.706)、五味子(0.599)	润肺化痰止咳
C2	茯苓(0.725)、陈皮(0.683)、半夏(0.658)	理气燥湿化痰
C3	杏仁(0.757)、浙贝母(0.644)	清肺止咳化痰
C4	麦芽(0.792)、鸡内金(0.734)、白花蛇舌草(0.530)	健胃消食化积
C5	紫苏子(0.789)、黄芩(0.768)	清肺降气止咳
C6	枳壳(0.826)、桔梗(0.690)	理气宽中宣肺
C7	薏苡仁(0.786)、芦根(0.751)	清肺化痰排脓

3 讨论

3.1 证素以虚、痰、瘀为主，证-症特征呈动态演变 肺癌手术康复期以虚、瘀、痰为主，与前期研究一致，症状分阶段演变^[28-29]。肺癌全身属虚（气虚、脾虚），局部属实（痰凝、气滞、血瘀）。手术金刃消耗无形之精气，术期饮食无常损伤生化之源，故见气虚。“气为血之帅”，术后气滞气虚加重，血行不利，常表现为疼痛^[26]，针灸对其安全有效^[30]。

3.2 治疗以“肺、脾”为主，以宣肃肺气、健脾宽中、清

润化痰为要 麦冬-北沙参、陈皮-半夏-白术的提升度、支持度最高。其中，麦冬“清金润燥，解渴除烦”^[31]，北沙参“补阴以制阳，清金以滋水”^[32]，同为沙参麦冬汤君药，可治术后肺胃津亏之咽干口渴、干咳少痰，缩短康复时间，降低并发症，改善躯体功能^[33-35]；白术“除湿利水道，进食强脾胃”^[36]，杜生痰之源，半夏“排决水饮，清涤涎沫”^[31]，擅化湿痰，陈皮“主胸中痼热逆气，利水谷”^[37]，气顺而痰消，常用于脾虚痰湿证，固护脾胃，脾旺则肺气生^[38]。

在因子分析中，C1 润肺止咳化痰，款冬花尤适于新久咳嗽，“降逆破塑，宁嗽止喘，疏利咽喉”^[31]；C2 以二陈汤为底，适用于湿痰寒痰咳嗽兼脾胃虚弱者；C3、C5、C7 清肺化痰，适用于风热犯肺或痰热壅肺引起的咳嗽气喘、痰稠黄，甚则咳吐腥臭脓血，胸中隐痛者；C4 功擅健脾益胃、消食化积，适用于术后食欲不振、脘腹胀满者；C6 出自《医宗必读》枳桔汤，清气上升、浊气下降，以宣肺宽中、消积导滞，多用于痞结满闷之胸闷、咳嗽咳痰、便秘等症。

3.3 证症结合、全程管理，构建肺癌手术患者全程康复管理体系 全程管理贯穿疾病预防、诊治、康复，而康复、随访是肺癌术后的主要内容^[39-40]。患者术后 1~2 d，因刀刃损伤、情志失调致气郁于肝，痰蕴于肺，瘀阻于络，治疗重在疏肝，理气开郁、清肺化痰，如解郁除烦汤合清金化痰汤；术后 3~7 d，脾胃气滞，脾不能升，胃不得降，痰蕴于肺，肺气上逆，治疗宜疏脾胃，降肺气，健脾和胃，宣肺止咳，如保和丸合金沸散，若痰性偏热，则需清肺化痰；术后 1~3 个月，脾肺气虚，痰气交阻，宜升补脾肺或疏通郁结，补脾益肺，理气化痰，如半夏厚朴汤、升陷汤等。以证为基，以症为靶，把握术后以气机为核心的气郁-气滞气逆-气虚气滞分阶段证素演变规律与“补疏升降”治气四法，辨证选方，在此基础上辨证选药（或治疗手段），精准施治，如以针刺缓解术区疼痛^[41-44]，证症结合，全程管理，有望以治气法构建并推广肺癌手术患者全程康复管理方案。

4 展望

目前，尚未报道肺癌手术康复期各分期证-症发生率，无法分析两者关系。由于本研究纳入文献中部分病例的临床分期为中晚期，且证素、症状来源不同，导致同时期两者存在不一致，故分阶段演变规律仍需探索并进一步开展研究。

参考文献:

[1] 黄 鹤. 甘爱萍教授脾胃病学术思想及辨治溃疡性结肠炎临床经验研究[D]. 武汉: 湖北中医药大学, 2015.

[2] Zheng R, Zhang S, Zeng H, *et al.* Cancer incidence and mortality in China, 2016[J]. *J Nat Cancer Cent*, 2022, 2(1): 1-9.

[3] Camidge D R, Doebele R C, Kerr K M. Comparing and contrasting predictive biomarkers for immunotherapy and targeted therapy of NSCLC[J]. *Nat Rev Clin Oncol*, 2019, 16(6): 341-355.

[4] Bendixen M, Jørgensen O D, Kronborg C, *et al.* Postoperative pain and quality of life after lobectomy *via* video-assisted thoracoscopic surgery or anterolateral thoracotomy for early stage lung cancer: a randomised controlled trial[J]. *Lancet Oncol*, 2016, 17(6): 836-844.

[5] Fagundes C P, Shi Q, Vaporciyan A A, *et al.* Symptom recovery after thoracic surgery: Measuring patient-reported outcomes with the MD Anderson Symptom Inventory[J]. *J Thorac Cardiovasc Sur*,

2015, 150(3): 613-619.

[6] 顾悻丰, 王怡超, 亓 奥, 等. 非小细胞肺癌术后中医药分阶段康复治疗策略[J]. 上海中医药杂志, 2023, 57(6): 16-19.

[7] 左明焕, 胡凯文, 陈信义. 非小细胞肺癌患者手术前后中医证候特征研究[J]. 中医杂志, 2002, 43(8): 615-617.

[8] 姚 丽, 郑 娥, 杨 梅, 等. 基于患者报告结局的胸腔镜肺癌切除术后患者症状调查[J]. 中国胸心血管外科临床杂志, 2023, 30(1): 84-88.

[9] Feng Y Q, Dai W, Wang Y Q, *et al.* Comparison of chief complaints and patient-reported symptoms of treatment-naive lung cancer patients before surgery[J]. *Patient Prefer Adher*, 2021, 15: 1101-1106.

[10] 陈 曦, 董映显, 王 娇, 等. 肺癌患者胸腔镜术后主要症状变化规律分析[J]. 中国肺癌杂志, 2022, 25(6): 396-400.

[11] 冯 竞, 葛 玲, 金凤霞, 等. 肺癌手术患者出院期间症状群的调查研究[J]. 河北医药, 2022, 44(8): 1252-1254; 1259.

[12] 吴传美, 周和玲, 蒋艳华, 等. 肺癌患者手术前自我报告症状负担和生活质量的横断面调查[J]. 肿瘤预防与治疗, 2021, 34(3): 234-240.

[13] 苏春雨. 基于大气下陷理论治疗非小细胞肺癌术后相关症状的研究[D]. 北京: 北京中医药大学, 2016.

[14] 刘 铸. 非小细胞肺癌术后患者症状调查及中医综合康复临床研究[D]. 北京: 北京中医药大学, 2021.

[15] 殷秀敏. 围术期肺癌 VATS 症状评估及术后影响因素探究[D]. 济南: 山东大学, 2020.

[16] 江 啸. 耳穴贴压对肺癌胸腔镜术后患者症状群的影响[D]. 郑州: 河南中医药大学, 2022.

[17] 邵茜茜, 刘东英. 肺癌患者肺叶切除术后症状群调查研究[J]. 护理学报, 2018, 25(18): 1-4.

[18] 田梦白, 刘 燕, 马凤艳, 等. 加速康复外科理念下肺癌胸腔镜手术病人出院时症状群调查及影响因素分析[J]. 全科护理, 2022, 20(29): 4058-4062.

[19] 于海荣, 王晓莉, 陈宏林, 等. 快速康复模式下肺癌术后患者症状群的横断面研究[J]. 现代临床护理, 2020, 19(11): 13-18.

[20] 宋丽君. 基于患者报告结局的肺癌患者症状负担和症状群研究[D]. 北京: 中国中医科学院, 2022.

[21] 肖益萍. 肺癌患者围手术期症状群的纵向研究[D]. 新乡: 新乡医学院, 2016.

[22] Liao J, Wang Y Q, Dai W, *et al.* Profiling symptom burden and its influencing factors at discharge for patients undergoing lung cancer surgery: a cross-sectional analysis[J]. *J Cardiothorac Surg*, 2022, 17(1): 229.

[23] 谢炜丽. 围手术期非小细胞肺癌中医证候的聚类分析研究[D]. 杭州: 浙江中医药大学, 2010.

[24] 梁振培. 基于 EGFR 基因状态的肺腺癌围手术期中中医证候演变规律的研究[D]. 广州: 广州中医药大学, 2019.

[25] 姚逸临, 田建辉, 赵丽红, 等. 肺癌术后患者证型分布及其与免疫功能、细胞因子关系[J]. 辽宁中医药大学学报, 2014, 16(5): 66-68.

[26] 何佩珊, 杨公博, 潘国风, 等. 老年非小细胞肺癌患者围手术期证型变化及防治策略[J]. 中华中医药杂志, 2017, 32(3): 1057-1059.

[27] 黎敬波, 张 征, 林丽珠. 非小细胞肺癌手术前后证候变化的对照研究[J]. 新中医, 2008, 40(9): 24-26; 8.

[28] 倪广生. 非小细胞肺癌患者围手术期中医证候变化规律的研究[D]. 长沙: 湖南中医药大学, 2018.

[29] 刘文瑞, 冯贞贞, 李建生. 基于文献的不同分期非小细胞肺癌患者中医证候、证素分布规律研究[J]. 中医杂志, 2021, 62(18): 1635-1639.

[30] 姚嘉麟, 杨文笑, 王怡超, 等. 刃针疗法联合功能锻炼治疗非小细胞肺癌术后慢性疼痛: 随机对照试验[J]. 中国针灸, 2022, 42(10): 1125-1128.

[31] 黄元御. 长沙药解[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2017.

[32] 严西亭, 施澹宁, 洪缉庵. 得配本草[M]. 上海: 上海科学技术出版社, 1958.

[33] 陈丽娟, 俞 瑛, 高广辉. 沙参麦冬汤对胸腔镜下早中期肺癌根治术后患者生活质量及生存期的影响[J]. 中医药导报, 2016, 22(9): 41-43.

[34] 彭彦才, 刘春娥, 席俊峰, 等. 沙参麦冬汤对胸腔镜下早中期肺癌根治术后患者免疫功能及生活质量的影响[J]. 现代中西医结合杂志, 2021, 30(6): 642-645.

[35] 崔瑞芳, 李仁廷, 纪长隆, 等. 沙参麦冬汤治疗肺癌临床及基础研究进展[J]. 辽宁中医药大学学报, 2024, 26(4): 211-216.

[36] 李中梓. 雷公炮制药性解[M]. 钱允治, 订正. 金芷君, 校注. 北京: 中国中医药出版社, 1998.

[37] 叶天士. 本草经解[M]. 上海卫生出版社, 1957.

[38] 黄 静, 谭君宜, 姚柯宇, 等. 中医药治疗肺癌术后的用药规律[J]. 陕西中医药大学学报, 2024, 47(1): 51-55.

[39] 朱 颖, 张光霁, 余洁茹, 等. 基于疾病全程管理探讨浙派中医多模式干预癌病策略[J]. 中华中医药杂志, 2021, 36(12): 6935-6938.

[40] 李必波, 罗治彬, 闫 东. 癌证患者的全程管理[J]. 中华介入放射学电子杂志, 2019, 7(3): 185-189.

[41] 秦伯未. 秦伯未增补谦斋医学讲稿[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2014.

[42] 程培育, 王笑民. 论病、证、症结合辨证模式在中医肿瘤临床中的应用[J]. 四川中医, 2020, 38(4): 39-41.

[43] 陈卫衡, 赵 岩. 从病证结合到证症结合, 探讨突出疗效优势环节的诊疗模式[J]. 环球中医药, 2021, 14(5): 917-919.

[44] 林 龙, 王雄文. 病、证、症结合辨治原发性肝癌[J]. 中医学报, 2016, 31(9): 1274-1276.

除痹强骨汤联合浮针对寒湿阻络型膝骨性关节炎患者的临床疗效

汪子俊¹, 余小勇¹, 俞振翰², 孟祥奇^{2*}

(1. 南京中医药大学附属苏州市中西医结合医院急诊外科, 江苏 苏州 215101; 2. 南京中医药大学附属苏州市中医医院骨科, 江苏 苏州 215003)

摘要: **目的** 探究除痹强骨汤联合浮针对寒湿阻络型膝骨性关节炎患者的临床疗效。**方法** 104 例患者随机分为对照组和观察组, 每组 52 例, 对照组给予浮针, 观察组在对照组基础上加用除痹强骨汤, 疗程 3 周。检测临床疗效、VAS 评分、LKSS 评分、Lequesne 评分、WOMAC 评分、骨代谢相关指标 (TRACP-5b、PGE₂、骨钙素)、血清炎症因子 (IL-1 β 、IL-6)、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 VAS 评分、Lequesne 评分、WOMAC 评分、TRACP-5b、PGE₂、血清炎症因子降低 ($P<0.05$), LKSS 评分、骨钙素升高 ($P<0.05$), 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** 除痹强骨汤联合浮针能安全有效地缓解寒湿阻络型膝骨性关节炎患者的临床症状, 改善其膝关节功能和骨代谢状况, 减轻机体炎症反应。

关键词: 除痹强骨汤; 浮针; 膝骨性关节炎; 寒湿阻络型; 白细胞介素 1 β ; 白细胞介素 6

中图分类号: R287 **文献标志码:** B **文章编号:** 1001-1528(2025)07-2461-05

doi: 10. 3969/j. issn. 1001-1528. 2025. 07. 055

收稿日期: 2024-08-20

基金项目: 苏州市吴门医派研究专项科研基金项目 (NKY210883)

作者简介: 汪子俊 (1985—), 男, 住院医师, 从事中医骨伤研究。Tel: 18626218120, E-mail: sjw768594tigers@163.com

* 通信作者: 孟祥奇 (1972—), 男, 博士, 主任医师, 从事中医骨伤研究。Tel: 13812786976, E-mail: 229936422@qq.com