

DOI: 10.13288/j.11-2166/r.2020.02.010

临床研究

中西医综合治疗瘰癧病患者 520 例前瞻性队列研究

钱佳燕¹, 黄子慧^{2*}, 余洋¹, 朱思洵¹, 高璐珏¹, 高敏行¹

1. 南京中医药大学研究生院, 江苏省南京市栖霞区仙林大道 138 号, 210046; 2. 南京中医药大学附属南京市中西医结合医院

摘要 目的 比较不同中西医抗结核联用方案治疗瘰癧病的临床疗效, 并分析其与后期是否接受手术治疗及疾病复发率的相关性。方法 以 2016 年 10 月 1 日至 2018 年 7 月 1 日在南京中医药大学附属南京市中西医结合医院瘰癧科接受抗结核治疗的瘰癧病患者 520 例构成随访队列。患者分别进入 3 个队列, 西医抗结核治疗联合中医内治组 (对照 I 组)、西医抗结核治疗联合中医外治组 (对照 II 组)、西医抗结核治疗联合中医综合治疗组 (综合治疗组)。比较各组患者治疗 4 周后中医证候积分及淋巴结最大横径, 随访观察 1 年期间非手术治疗与手术治疗的选择情况及疾病复发情况。结果 纳入分析的病例共 449 例。治疗后各组中医证候积分及淋巴结最大横径均有所降低 ($P < 0.05$), 对照 II 组的改善情况优于对照 I 组 ($P < 0.01$), 综合治疗组的改善情况明显高于对照 II 组 ($P < 0.01$)。根据治疗后的有效情况 (证候积分改善率 $\geq 70\%$) 以及手术指征有 139 例患者选择抗结核非手术治疗, 381 例选择手术治疗, 其中对照 I 组纳入非手术治疗的 29 例, 对照 II 组纳入非手术治疗的 38 例, 综合治疗组纳入非手术治疗的 72 例。入组患者失访率为 8.85% (46/520), 疾病总复发率为 2.22% (10/449)。其中非手术治疗患者疾病复发率为 2.24% (3/134), 手术治疗患者复发率 2.22% (7/315), 手术治疗与非手术治疗的患者疾病复发率差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。结论 中西医抗结核联用能有效治疗瘰癧病, 其中中医综合治疗联合抗结核西药的临床疗效更为显著, 手术治疗与非手术治疗的患者手术复发率无明显相关性, 但中医综合治疗联合抗结核西药能有效降低瘰癧病患者手术率。

关键词 瘰癧病; 中西医综合治疗法; 复发率; 淋巴结最大横径

瘰癧病即现代医学之淋巴结结核, 是由结核分枝杆菌经淋巴循环、血液循环或邻近病灶侵入淋巴结, 引起淋巴结的慢性炎症, 为最常见的一种肺外结核, 也是淋巴系统中重要的疾病^[1-5]。疾病初期肿大淋巴结较硬、无痛、可推动; 随着病情进展各个淋巴结相互粘连, 融合成团, 形成不易推动的结节性肿块; 后期淋巴结发生干酪样坏死、液化, 形成寒性脓肿; 脓肿破溃后, 流出豆渣样或稀米汤样脓液, 最后形成经久不愈的窦道或慢性溃疡。

我们基于临床经验总结形成了一套较为完整的分期分型辨证论治的瘰癧病序贯疗法: 在规范抗结核治疗基础上, 将辨病与辨证结合、内治与外治结合, 应用于临床 50 年已取得较好临床疗效^[2-3]。

基金项目: 江苏省中医药科技项目 (YB2017042); 南京市卫健委青年人才项目 (QRX17030); 南京市卫计委重点项目 (ZKX18048)

* 通讯作者: candy73zihui@sina.com

本研究为临床前瞻性队列研究, 对瘰癧病患者采用不同的中西医抗结核联用方案, 并进行长达 1 年的随访观察, 从而对疾病的整体疗效、复发率等进行客观评估。现报道如下。

1 一般资料

1.1 诊断标准

参照《现代结核病学》^[4]和《淋巴结结核中西医结合诊疗学》^[5]制定。临床表现: 1) 初期肿大淋巴结相互分离, 可移动、无疼痛; 渐渐发生淋巴结周围炎, 淋巴结相互粘连, 融合成团, 与皮肤和周围组织粘连。2) 晚期淋巴结干酪样变, 液化而成寒性脓肿, 继之破溃, 形成不易愈合的窦道和溃疡, 排出混有豆渣样碎屑的稀薄脓液, 窦道口或溃疡面呈暗红色、潜行的空腔。实验室检查: 淋巴结穿刺抗酸杆菌涂片染色及组织病理学检查为重要的确诊

依据。其他辅助检查包括红细胞沉降率、结核菌素皮肤试验、结核抗体检测、淋巴细胞亚群测定、结核抗体检测和结核特异性 γ 干扰素 (IFN- γ) 体外检测等。为了解病变范围,可根据结核病变部位及诊疗方式高效选用超声、X 线、CT、MRI 及三维重建等影像学检查手段。

1.2 中医辨证标准

参照《淋巴结核中西医结合诊疗学》^[10] 制定。

1) 气滞痰凝证: 多见于瘰癧病早期,起病缓慢,可见单枚或多枚肿块,按之坚实,推之可移,皮肤颜色不变,温度不高,未感到明显疼痛;可兼有性情抑郁,暖气纳呆,胸胁胀闷;舌苔白腻,脉弦滑或濡缓。2) 阴虚火旺证: 局部肿块肿硬或脓肿破溃,流出稀薄脓液,夹有败絮状物,日久不愈合,周围皮肤暗红,疼痛不显;可兼有午后潮热,盗汗,遗精,两颧潮红,心烦失眠,口燥咽干,小便短黄,大便干结;舌质红,少苔,脉细数。3) 气血两虚证: 脓水稀薄淋漓,疮周皮色暗红,局部形成窦道,或呈潜行性空腔,久不愈合,或愈后复发;可兼有体质羸弱,神疲乏力,面色苍白,心悸;舌质淡,苔薄白,脉细弱。

1.3 纳入标准

1) 符合瘰癧病诊断标准及辨证标准; 2) 年龄 ≥ 18 岁; 3) 签署书面知情同意书。

1.4 排除标准

1) 过敏体质或对本药过敏; 2) 合并有造血系统、肝、肾及心脑血管等严重原发性疾病及继发性疾病; 3) 妊娠或哺乳期妇女; 4) 精神病患者; 5) 免疫功能受损 [有症状的人类免疫缺陷病毒 (HIV) 感染、已确诊或疑似的 HIV 感染、白血病、淋巴瘤或全身性恶性疾病等]; 6) 正在接受免疫抑制治疗 (皮质激素、烷化剂、抗代谢药物、放射治疗) 的患者; 7) 活动性肺结核患者。

1.5 脱落标准

所有填写了知情同意书并筛选合格进入试验的受试者,无论何时因,只要没有完成方案所规定的内容与观察周期,均作为脱落病例;未达治疗疗程病情痊愈而自行停止治疗者,不作为脱落病例。

1.6 研究对象及分组

研究对象均来自 2016 年 10 月 1 日至 2018 年 7 月 1 日在南京中医药大学附属南京市中西医结合医院瘰癧科住院的瘰癧病患者。本研究为临床前瞻性队列研究,符合纳入标准的患者按照性别、年龄 (相差 ≤ 5 岁)、证型基本匹配后分别进入西医抗结

核治疗联合中医内治组 (对照 I 组)、西医抗结核治疗联合中医外治组 (对照 II 组) 及西医抗结核治疗联合中医综合治疗组 (综合治疗组)。随访时间为 1 年。本研究已通过南京中医药大学附属南京市中西医结合医院伦理委员会的审查 (批号: 201901001)。

2 方法

2.1 治疗方法

对照 I 组为西医基础抗结核治疗与中医辨证内治相结合; 对照 II 组为西医抗结核治疗与中医特色外治相结合; 综合治疗组为西医抗结核治疗与中医综合治疗 (中医内治联合中医外治) 相结合。所有入组患者在疾病治疗期间均采用西医抗结核治疗,患者住院后接受 4 周中医治疗。

2.1.1 西医基础抗结核治疗 西医抗结核治疗方案为 2HREZ/10HRE (均予以护肝药物), 早期、联合、适量、规律、全程抗结核治疗。

2.1.2 中医辨证内治方案

1) 气滞痰凝证: 以疏肝理气、化痰解凝为治则,予以柴胡疏肝散加减 (炒陈皮、北柴胡、川芎、香附、麸炒枳壳、白芍、炙甘草等组成,每日 1 剂,分早晚 2 次口服),配合院内制剂内消瘰癧片 (夏枯草、玄参、大青盐、海藻、浙贝母、薄荷、天花粉等组成,每次 2.4 g,每日 2 次口服,苏药制字 Z04000312)。

2) 阴虚火旺证: 以滋阴降火、软坚散结为治则,予以百合固金汤加减 (生地黄、熟地黄、当归、炒白芍、甘草、百合、贝母、麦冬等组成,每日 1 剂,分早晚 2 次口服),配合院内制剂消瘰冲剂 (玄参、天花粉、浙贝母、夏枯草、煅牡蛎、蒲公英、羊乳、当归、地龙等组成,每次 10 g,每日 2 次冲服,苏药制字 Z04001257)。

3) 气血两虚证: 以益气养血、健脾化痰为治则,予以香贝养荣汤加减 (麸炒白术、人参、茯苓、陈皮、熟地黄、川芎、当归、贝母、炒香附、炒白芍、桔梗、甘草组成,每日 1 剂,分早晚 2 次口服),配合院内制剂消瘰膏 (玄参、贝母、煅牡蛎、夏枯草、昆布、海藻、党参、茯苓、白术、山药、莲子等组成,每次 20 g,每日 2 次口服,苏药制字 Z04001257)。院内制剂皆为南京市中西医结合医院自制。

2.1.3 中医外治方案

1) 气滞痰凝证: 选用中药硬膏贴敷法、中药

熏蒸法 (中药智能熏蒸仪 LXZ-200S)、超声药物导入法 (超声电导仪 DM200L), 采用院内制剂化痰解凝糊 20 g (每次 6~8 h, 每日 1 次外敷, 苏药制字 Z04000307), 治以理气化痰、消肿散核。

2) 阴虚火旺证: 选用中药硬膏贴敷法、中药熏蒸法、超声药物导入法, 采用院内制剂滋阴降火糊 20 g (每次 6~8 h, 每日 1 次外敷, 苏药制字 Z04001252), 治以养阴软坚、散结止痛。

3) 气血两虚证: 选用中药换药技术, 中药化腐清创术、拖线疗法、灌注法、浸渍法等, 采用院内制剂拔毒丹 1 g (每日 1 次外敷, 苏药制字 Z04001254), 治以益气扶正、祛腐生肌。

2.1.4 手术治疗 经过以上综合治疗后, 评估病情需要手术者, 根据病灶范围个体化选择手术方式, 如颈部淋巴结清扫术、多功能区域性颈淋巴结清扫术。将受累淋巴结以及周围脂肪蜂窝组织全部切除。术后处理: 术区置负压引流、高负压引流装置, 加压包扎。

2.1.5 健康宣教 对所有患者制定膳食计划, 宜高热量、高蛋白、富含维生素的易消化食物。忌食辛辣刺激、助火生痰、海腥发物。予以心理健康教育, 提供心理支持, 进行放松训练, 起居有常, 劳逸结合, 调畅情志, 适当锻炼, 增强体质。

2.2 观察指标及方法

2.2.1 中医证候积分 参照《中医外科常见病诊疗指南》^[8] 制定。按照肿块大小、窦道深浅等主要症状体征分为 4 个等级, 其中肿块 (0 cm^3 计 0 分, $<2\text{ cm}^3$ 计 1 分, $2\sim3\text{ cm}^3$ 计 2 分, $3^+\sim4\text{ cm}^3$ 计 3 分, $>4\text{ cm}^3$ 计 4 分); 溃疡面积 (0 cm^2 计 0 分, $<2\text{ cm}^2$ 计 1 分, $2\sim3\text{ cm}^2$ 计 2 分, $3^+\sim4\text{ cm}^2$ 计 3 分, $>4\text{ cm}^2$ 计 4 分); 窦道深浅 (0 cm 计 0 分, $<2\text{ cm}$ 计 1 分, $2\sim3\text{ cm}$ 计 2 分, $3^+\sim4\text{ cm}$ 计 3 分, $>4\text{ cm}$ 计 4 分); 盗汗、乏力、纳呆、恶心、潮热、疼痛 (无计 0 分, 轻度计 1 分, 中度计 2 分, 重度计 3 分, 严重计 4 分)。

2.2.2 淋巴结最大横径 B 超检测患者治疗前后的最大的淋巴结病灶横径^[8]。

2.3 中医证候疗效判定标准

参照《中医外科常见病诊疗指南》^[8] 制定。治愈: 证候积分改善率 $\geq 90\%$ 。显效: 证候积分改善率 $70\%\sim 89\%$ 。有效: 证候积分改善率 $30\%\sim 69\%$ 。无效: 证候积分改善率 $<30\%$ 。证候积分改善率 = (治疗前总积分 - 治疗后总积分) / 治疗前总积分 $\times 100\%$ 。

2.4 疾病复发情况

疾病复发判定标准: 1) 随访 1 年期间, 原有病灶复又增大; 2) 已愈的手术切口化脓破溃; 3) 在原有病灶的基础上, 复增其他结核病灶等 (以 B 超及穿刺等病理报告为参考)。符合其中一项即为复发, 复发率 = 复发人数 / 随访人数。

2.5 安全性评价

对治疗期间各组血常规、尿常规、肝功能、肾功能及其他不适症状予以监测。

2.6 随访

本研究采用 3 种随访方式。1) 定期门诊复诊随访: 患者出院后每个月定期门诊观察治疗。观察员记录随访内容: 切口愈合情况; 淋巴结大小变化 (必要时配合 B 超、CT、MRI 等影像学检查); 中医证候积分变化; 具体用药情况; 监测血常规、肝功能、肾功能及服药后是否有过敏等不良反应。2) 电话随访: 对未来门诊复诊纳入研究的所有患者进行电话随访。观察员记录随访内容: 具体用药情况, 服用药物后是否有过敏等不良反应, 于外院复查的影像学及实验室检查等具体内容。3) 线上公共平台随访: 随时了解纳入研究的所有患者药物服用是否过敏、疾病是否复发等情况及近日复诊的影像学及实验室检查, 并及时进行线上指导。

2.7 统计学方法

采用 SPSS 23.0 软件进行统计分析, 计量资料若服从正态分布, 采用成组设计资料的方差分析; 若不服从正态分布, 则采用秩和检验。所有统计分析基于双侧假设检验, 以 $\alpha = 0.05$ 为检验水准。

3 结果

3.1 各组患者基线特征

共纳入患者 520 例, 其中对照 I 组 170 例, 对照 II 组 175 例, 综合治疗组 175 例, 经过随访 1 年后, 脱落病例共 71 例, 其中随访期间失访者为 46 例, 发生血、尿常规及肝肾功能极度异常情况者 9 例, 发生胃脘不适等情况者 16 例, 最终纳入分析统计的病例共 449 例。各组一般资料比较差异均无统计学意义 ($P > 0.05$), 具体见表 1。

3.2 各组患者治疗前后中医证候积分及中医证候疗效评价比较

各组治疗后中医证候疗效评价差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 2。治疗前比较, 各组中医证候积分差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。各组治疗后中医证候积分均较前降低 ($P < 0.05$)。综合治

表 1 各组瘰癧病患者基线资料比较

组别	例数	年龄(岁, $\bar{x} \pm s$)	病程(日, $\bar{x} \pm s$)	男性 例(%)	气滞痰凝证 例(%)	阴虚火旺证 例(%)	气血两虚证 例(%)
对照 I 组	170	33.32 ± 14.09	36.12 ± 2.44	73 (42.9)	29 (17.1)	100 (58.8)	41 (24.1)
对照 II 组	175	34.70 ± 13.96	35.64 ± 2.63	78 (44.6)	30 (17.1)	104 (59.4)	41 (23.4)
综合治疗组	175	34.07 ± 14.17	37.45 ± 3.14	80 (45.7)	34 (19.4)	97 (55.4)	44 (25.1)

表 2 各组瘰癧病患者中医证候疗效比较 例(%)

组别	例数	治愈	显效	有效	无效	总有效
对照 I 组	143	0	2 (1.40)	100 (69.93)	41 (28.67)	102 (71.33)
对照 II 组	145	0	8 (5.52)	114 (78.62)	23 (15.86)	122 (84.14)
综合治疗组	161	1 (0.62)	57 (35.40)	88 (54.66)	15 (9.32)	146 (90.68)

疗组中医证候积分低于对照 I 组和对照 II 组, 对照 II 组低于对照 I 组 ($P < 0.05$), 见表 3。

表 3 各组瘰癧病患者治疗前后中医证候积分比较 (分, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	治疗前	治疗后
对照 I 组	143	6.63 ± 2.49	5.99 ± 2.79*
对照 II 组	145	6.44 ± 2.53	4.92 ± 3.01*△
综合治疗组	161	6.45 ± 2.44	3.89 ± 2.66*△▲

注: 与本组治疗前比较, * $P < 0.05$; 与对照 I 组比较, △ $P < 0.05$; 与对照 II 组比较, ▲ $P < 0.05$

3.3 各组患者治疗前后淋巴结最大横径比较

各组治疗前比较, 淋巴结横径差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。与本组治疗前比较, 各组患者治疗后淋巴结横径均缩小 ($P < 0.05$); 综合治疗组治疗后淋巴结横径小于对照 I 组及对照 II 组, 对照 II 组最大横径小于对照 I 组 ($P < 0.05$), 见表 4。

表 4 各组瘰癧病患者治疗前后淋巴结最大横径比较 (mm, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	治疗前	治疗后
对照 I 组	143	32.56 ± 12.83	27.05 ± 10.17*
对照 II 组	145	33.16 ± 12.95	23.47 ± 9.06*△
综合治疗组	161	32.85 ± 12.47	19.84 ± 8.00*△▲

注: 与本组治疗前比较, * $P < 0.05$; 与对照 I 组比较, △ $P < 0.05$; 与对照 II 组比较, ▲ $P < 0.05$

3.4 患者治疗方式及复发率比较

入组患者中医证候积分 $\leq 70\%$, 且符合手术指征的 381 例予以手术治疗, 其余 139 例入组患者予以非手术治疗。其中失访率 8.85%, 失访者 46 例; 疾病复发例数为 10 例, 总复发率为 2.22%; 非手术治疗的患者疾病复发率为 2.24%, 手术治疗患者复发率 2.22%。非手术治疗、手术治疗患者复发率比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 见表 5。

表 5 各组瘰癧病患者手术率及疾病复发率 发生例数/随访例数 (%)

组别	手术率	非手术治疗 复发率	手术治疗 复发率
对照 I 组	141/143(98.6)	1/29(3.45)	4/114(3.51)
对照 II 组	137/145(94.5)	1/38(2.63)	2/107(1.87)
综合治疗组	103/161(63.9)	1/67(1.49)	1/94(1.06)

3.5 安全性评价

综合治疗组、对照 I 组、对照 II 组发生血常规、尿常规、肝功能、肾功能极度异常情况分别为 3 例、4 例、2 例, 均予以停药观察; 综合治疗组、对照 I 组、对照 II 组发生胸闷、胃脘不适等情况分别为 4 例、6 例、6 例, 均予以停药或更换药物等相关治疗处理。各组患者异常情况发生率差异均无统计学意义 ($P > 0.05$)。

4 讨论

淋巴结结核是临床最为常见的一种肺外结核, 规范的抗结核药物治疗是基础治疗方案^[7], 在此基础上, 或加以中药配合^[8], 或局部抽脓及注药、换药^[9], 或借助微波、超声药物导入等治疗仪器^[10]。但是由于该病病理改变大多以干酪样坏死、结核肉芽增殖为主, 休眠菌的存在使得抗结核药物难以穿透, 组织中的药物浓度难于达到有效的杀菌浓度; 同时全球面临耐药结核甚或耐多药结核^[11]的困境; 另外, 手术风险较大, 术后容易出现不同程度的功能障碍, 影响患者术后生活。而中医辅助治疗或可提高临床疗效, 降低手术发生率^[11]。

瘰癧之名始见于《灵枢·寒热》, 曰“寒热瘰癧, 在于颈腋者”。因其结块成串, 累累如串珠之状, 故谓之。根据其病程进展分为气滞痰凝证、阴虚火旺证、气血两虚证。我们根据临床辨证, 早期治以理气化痰、软坚散结, 中期治以滋阴降火、

消肿止痛,后期予以补益气血。中医内治中气滞痰凝证患者服用柴胡疏肝散汤加减时,健脾化痰、消肿散结之功欠佳,合用本院院内制剂内消瘰疬片可增加健脾化痰、消肿散结之力;阴虚火旺证患者予以百合固金汤加减滋阴降火,加消瘰冲剂以增软坚散结之功;气血两虚证患者予香贝养荣汤以补气养血、理气化痰,配以消痈膏,因方中大量运用健脾药物,更具有益气养血、消肿散结之功效。中医外治法包括中药硬膏贴敷^[2]、中药熏蒸^[3]、中药超声药物导入^[4]等治疗手段配以院内制剂。中药硬膏贴敷可使药物直接、长时间透皮吸收;中药熏蒸可使皮肤腠理开启,引导药性直达患处,同时药物、温热及蒸汽气流均可刺激患处周围穴位及循经之处,能更好地疏通经络气血,发挥滋阴清热、消核化痰之功效;超声电导药物靶向透入技术则促使药物穿透皮肤和组织,在病变组织和器官的一定深度和范围内形成药物的高浓度浸润,并促使药物向细胞内转运,从而达到治疗目的。本研究中化痰解凝糊、滋阴降火糊通过中药硬膏贴敷、中药熏蒸、超声电导经皮靶向给药手段,配合应用可起到协同和叠加的治疗效果,以助中药透皮吸收,达到消肿散核止痛的目的。在病变后期窦道形成,采用中药特色换药技术,以拔毒丹提脓祛腐,活血生肌,促进窦道愈合。

本研究结果表明,经4周治疗后各组患者临床症状均有改善,其中对照Ⅱ组优于对照Ⅰ组,综合治疗组优于对照Ⅱ组,其中中医证候积分与淋巴结最大横径减少最为明显。由此分析,我们可以通过中医综合治疗和抗结核西药联用改善患者全身和局部症状,为其后期手术或非手术治疗奠定基础。本研究入组患者381例进行手术治疗,139例进行非手术治疗,经门诊随访1年,非手术治疗的患者复发率为2.24%,手术治疗的患者复发率为2.22%,从数据分析,在降低复发率方面,手术治疗并不比非手术治疗更有优势。由此可见,中医综合治疗确能提高临床疗效,在服用抗结核西药的基础上,运用中医内治法、中医外治法对症治疗能加快肿块、创面的愈合。

本次研究由于随访时间、随访条件及随访患者的配合程度等因素的限制,仍不可避免出现失访偏倚,故以后的研究可针对相关因素提高队列研究的

质量。此外,由于病种限制,3个队列间比较观察的患者数及随访时间较少,若扩大为多中心,增加随访数,并延长随访时间,将会给临床选择更优治疗方案提供更多有价值的参考。

参考文献

- [1] 刘万里,黄子慧. 淋巴结核中西医结合诊疗学 [M]. 北京: 中国中医药出版社, 2018.
- [2] 丁继果,黄子慧,钮晓红. 中西医结合治疗颈部淋巴结结核40例临床观察 [J]. 中医药导报, 2012, 18(9): 109-110.
- [3] 黄子慧,洪练青,张国英,等. 祛腐生肌法治疗结核性溃疡临床观察 [J]. 北京中医药, 2016, 35(3): 247-249.
- [4] 谢惠安,阳国太,林善梓. 现代结核病学 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2000: 380-389.
- [5] 中华中医药学会. 中医外科常见病诊疗指南 [M]. 北京: 中国中医药出版社, 2012: 20-25.
- [6] HUANG K, GAO NN, ZHAI QX, et al. The anteroposterior diameter of nodules in the risk assessment of papillary thyroid microcarcinoma [J]. Medicine, 2018, 97(10): e9712.
- [7] 朱英斌,吴海良,韩永峰. 结核丸联合常规抗结核方案治疗老年肺结核合并颈部淋巴结结核的疗效观察 [J]. 中华中医药学刊, 2018, 36(7): 1743-1746.
- [8] 张亮,梅月志,李坤,等. 结核灵联合西医常规治疗颈部淋巴结结核的疗效观察 [J]. 罕少疾病杂志, 2019, 26(3): 40-42.
- [9] 汪亚芬,王姬,谢固雅,等. 中药超声电导靶位透入联合抗结核化疗治疗颈淋巴结结核的疗效观察 [J]. 中西医结合杂志, 2018, 38(4): 425-429.
- [10] MABHULA A, SINGH V. Drug - resistance in Mycobacterium tuberculosis: where we stand [J]. Medchemcomm, 2019, 10(8): 1342-1360.
- [11] 赵有利,钮晓红,张丹. 化痰祛瘀浓煎剂治疗瘰疬痰瘀互结证60例临床研究 [J]. 中医药导报, 2017, 23(1): 92-95.
- [12] 梁喆盈,郭智涛,李雪真,等. 中药硬膏贴敷配合熏蒸治疗乳腺癌术后淋巴水肿30例疗效观察 [J]. 国医论坛, 2019, 34(4): 23-25.
- [13] 刘笑,杨楠. 补肾通络法和中药熏蒸内外合治膝骨性关节炎的临床疗效研究 [J]. 世界中西医结合杂志, 2019, 14(9): 1288-1290, 1294.
- [14] 胡晓歌,杜建靓,安娜,等. 被动和主动促透技术在中药经皮给药领域的应用进展 [J]. 上海中医药大学学报, 2019, 33(3): 93-96.

Cohort Study on Traditional Chinese Medicine and Western Medicine Comprehensive Treatment in 520 Patients with Cervical Scrofula

QIAN Jiayan¹, HUANG Zihui², YU Yang¹, ZHU Sixun¹, GAO Lujue¹, GAO Minxing¹

1. Graduate School, Nanjing University of Chinese Medicine, Nanjing, 210046; 2. Nanjing Hospital of Integrated Traditional Chinese and Western Medicine Affiliated to Nanjing University of Chinese Medicine

ABSTRACT Objective To compare the clinical efficacy of different Chinese and western medicine anti-tuberculosis regimens in the treatment of cervical scrofula, and to analyze the correlation with use of surgical therapy and disease recurrence rate. **Methods** From October 1, 2016 to July 1, 2018, 520 patients with cervical scrofula who received anti-tuberculosis treatment in Nanjing Hospital of Integrated Traditional Chinese and Western Medicine constituted a follow-up cohort. They entered the 3 queues including western medicine anti-tuberculosis treatment combined with traditional Chinese medicine (TCM) internal treatment group (control group I), western medicine anti-tuberculosis treatment combined with TCM external treatment group (control group II) and western medicine anti-tuberculosis treatment combined with TCM comprehensive treatment group (observation group). The TCM syndrome score and the maximum transverse diameter of lymphatic tuberculosis were compared after 4 weeks of treatment in each group of patients, and the selection of surgical treatment as well as recurrence were observed during the 1-year follow-up. **Results** A total of 449 cases were included in the analysis. After treatment, the TCM syndrome score and the maximum transverse diameter of lymph tuberculosis were reduced ($P < 0.05$). The improvement in the control group II was superior to that in the control group I ($P < 0.01$), and the improvement in the comprehensive treatment group was significantly higher than that of the control group II ($P < 0.01$). According to the effective status after treatment (TCM syndrome score improving rate $\geq 70\%$) and surgical indications, 139 patients chose anti-tuberculous non-surgical treatment and 381 patients chose surgical treatment. Among them, 29 patients in the control group I were included in non-surgical treatment. The control group II included 38 patients with non-surgical treatment, and 72 patients received non-surgical treatment in the comprehensive treatment group. The lost follow-up rate was 8.85% (46/520) and the overall recurrence rate was 2.22% (10/449). The recurrence rate of non-surgical patients was 2.24% (3/134), and the recurrence rate of surgically treated patients was 2.22% (7/315). There was no significant difference in the recurrence rate of surgically treated patients and non-surgically treated patients ($P > 0.05$). **Conclusion** The combination of TCM and western medicine against tuberculosis can effectively treat cervical scrofula, and the therapeutic effect of TCM combined with anti-tuberculosis western medicine is more significant. There is no specific correlation between surgical treatment and non-surgical treatment, but the comprehensive treatment of TCM combined with anti-tuberculosis western medicine can effectively reduce the incidence of surgery in patients with cervical scrofula.

Keywords cervical scrofula; comprehensive treatment of traditional Chinese medicine and western medicine; recurrence rate; maximum transverse diameter of lymph tuberculosis

(收稿日期: 2019-08-02; 修回日期: 2019-10-21)

编辑: 柴倩云

欢迎关注《中医杂志》微信公众号

欢迎关注《中医杂志》微信公众号。我们会根据每期杂志中报道的内容,结合中医药领域的热点问题与人物,针对大家感兴趣的研究动态、医药资讯、专家团队、名医经验、临床心得、学术活动等进行推送。大家可以在文后留言,发表您的看法和观点。编辑部会将优秀回复推送进行展示,方便各位读者以公众号为桥梁,进行深入地学术交流与讨论。公众号中会提前发布每期杂志的目录,欢迎大家回复把您感兴趣的内容告诉我们。我们会根据大家的意见,选择相应内容进行重点介绍。此外,我们还会将编辑们处理稿件过程中的体会、经验介绍给大家,方便各位作者处理论文撰写、投稿、修改中存在的问题,拉近我们与广大读者、作者之间的距离。

扫一扫 关注

