

32(13): 1616-1622.

[4] 常星洁, 郭红叶, 齐明月, 等. 构建含毒性成分中成药安全性风险警示分类管理体系—以乌头类成分为例[J]. 医药导报, 2026, 45(1): 76-83.

[5] 魏旭雅, 邱子栋, 陈金龙, 等. 有毒乌头类中药炮制与配伍减毒机制的研究进展[J]. 中国中药杂志, 2019, 44(17): 3695-3704.

[6] 韩晶晶, 豆妮娜, 金 锐. 含苦杏仁中成药说明书的安全性内容分析与提升建议[J]. 医药导报, 2025, 44(5): 738-743.

[7] 乌 静, 张秀艳. 2018-2023 年呼和浩特市蒙医中医医院含毒性饮片中成药应用分析[J]. 中国中医药信息杂志, 2024, 31(7): 175-181.

[8] 王 晶. 《国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录(2024 年)》含毒性饮片中成药分析[J]. 药物评价研究, 2025, 48(9): 2624-2631.

[9] 张 冰, 吴 昊, 张晓朦, 等. 基于中成药说明书“警示语”完善的临床药学服务策略[J]. 北京中医药大学学报, 2022, 45(10): 979-984.

[10] 熊玮仪, 任经天. 抗肿瘤药说明书安全性信息上市后修订的考虑要点[J]. 中国药物警戒, 2024, 21(1): 94-97.

[11] 张美微, 李可千, 姚克宇, 等. 中成药说明书功能表述现状及建议[J]. 中国药物警戒, 2025, 22(2): 193-196.

[12] 李彩霞, 彭孟凡, 张 娜. 基于数据挖掘的中成药说明书规范性统计分析[J]. 中国现代医药杂志, 2024, 26(7): 87-93.

[13] 刘 欣, 张 冰, 王海南, 等. 中成药说明书 [注意事项] 的修订完善思考与建议[J]. 药物流行病学杂志, 2018, 27(1): 45-49.

[14] 吴 艳. 进口植物药/中药说明书临床相关内容存在问题的分析[J]. 中国临床药理学杂志, 2020, 36(18): 2957-2960.

真武汤联合常规治疗对慢性阻塞性肺疾病急性加重期患者的临床疗效

丁 洲¹, 陈 杰², 孟 磊^{3*}

(1. 锦州医科大学襄阳市第一人民医院研究生联合培养基地呼吸与重症医学科, 湖北 襄阳 441000; 2. 黄石市妇幼保健院, 湖北 黄石 435003; 3. 湖北医药学院附属襄阳市第一人民医院神经内科, 湖北 襄阳 441000)

摘要: **目的** 探讨真武汤联合常规治疗对慢性阻塞性肺疾病急性加重期 (AECOPD) 患者的临床疗效。**方法** 182 例患者随机分为对照组和观察组, 每组 91 例, 对照组给予西医常规治疗, 观察组在对照组基础上加用真武汤, 疗程 10 d。检测临床疗效、中医证候评分、呼吸困难程度 (mMRC 评分)、病情严重程度 (CAT 评分)、肺功能指标 (FEV1、FVC、FEV1% pred、FEV1/FVC)、血清炎症因子指标 (NLRP3、CRP、IL-8、TNF-α、MCP-1)、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、mMRC 评分、CAT 评分、血清炎症因子指标降低 ($P<0.05$), 肺功能指标升高 ($P<0.05$), 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** 真武汤可安全有效地调节 AECOPD 患者血清 NLRP3、CRP、IL-8、TNF-α、MCP-1 水平, 减轻机体炎症反应, 同时可改善患者中医证候、呼吸困难、病情严重程度及肺功能, 进而提高疗效。**关键词:** 真武汤; 常规治疗; 慢性阻塞性肺疾病急性加重期 (AECOPD); 肺功能; NOD 样受体热蛋白结构域相关蛋白 3; C 反应蛋白; 白细胞介素-8; 肿瘤坏死因子-α

中图分类号: R287 文献标志码: A 文章编号: 1001-1528(2026)07-2484-05
doi:10.3969/j.issn.1001-1528.2026.07.049

慢性阻塞性肺疾病 (COPD) 若未及时治疗可引起病情急性加重, 而慢性阻塞性肺疾病急性加重期 (AECOPD) 是导致患者肺功能加速下降及死亡风险增加的关键原因^[1-2]。AECOPD 的病理核心在于呼吸道与全身性的过度炎症反应, 而目前西医常规治疗虽能在一定程度上控制症状, 但在有效抑制

炎症级联反应、逆转疾病进程方面仍存在局限^[3]。因此, 探寻能够多靶点、协同调控 AECOPD 炎症状态并改善肺功能的有效干预策略, 已成为当前研究的热点与难点。

中医将 AECOPD 归于“肺胀”“喘证”等范畴, 认为其病机关键在于阳虚水泛, 痰瘀伏肺, 因

收稿日期: 2026-03-19
作者简介: 丁 洲 (1981—), 女, 主治医师, 从事呼吸系统疾病研究。Tel: 13617236185, E-mail: 13617236185@163.com
* 通信作者: 孟 磊 (1981—), 男, 硕士, 主治医师, 从事脑血管疾病研究。Tel: 18272052916, E-mail: 18272052916@163.com

此中医治疗该病应以温阳化气、利水消饮的原则^[4]。真武汤主要由附子、茯苓、白术等组成,具有温阳化气、利水消饮的良好功效^[5]。有研究表明,AECOPD 的炎症反应与固有免疫系统的过度激活密切相关^[6-7]。但目前关于真武汤对 AECOPD 患者肺功能及血清 NOD 样受体热蛋白结构域相关蛋白 3 (NLRP3)、C 反应蛋白 (CRP)、白细胞介素-8 (IL-8)、肿瘤坏死因子- α (TNF- α)、单核细胞趋化蛋白-1 (MCP-1) 等炎症指标的影响报道尚有限。基于此,本研究旨在探讨武汤

联合常规治疗对 AECOPD 患者的临床疗效,为中医药防治 AECOPD 提供新思路,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2023 年 1 月至 2024 年 12 月就诊于襄阳市第一人民医院的 182 例 AECOPD 患者,采用计算机生成的随机数字序列按 1:1 比例分为对照组和观察组,每组 91 例。2 组一般资料比较见表 1,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 (伦理批号 XYYYYE20250010)。

表 1 2 组一般资料比较 ($\bar{x}\pm s$, $n=91$)

组别	性别/[例(%)]		平均体质量指数/ ($\text{kg}\cdot\text{m}^{-2}$)	平均年龄/岁	平均 COPD 病程/年	肺功能分级/[例(%)]	
	男	女				Ⅱ级	Ⅲ级
对照组	46(50.55)	45(49.45)	23.07 $\pm$ 1.22	58.89 $\pm$ 4.53	8.15 $\pm$ 1.02	49(53.85)	42(46.15)
观察组	49(53.85)	42(46.15)	23.19 $\pm$ 1.20	59.12 $\pm$ 4.45	8.22 $\pm$ 1.03	53(58.24)	38(41.76)

1.2 纳入、排除标准

1.2.1 纳入标准 ①符合 AECOPD 西医诊断标准^[8];②符合中医“阳虚水泛型”辨证标准^[9],主证喘促气逆、咳嗽痰鸣、痰液清稀,次证面部或肢体浮肿、神疲乏力、心悸,舌淡苔白滑,脉结代;③治疗配合度较佳;④年龄 ≥ 18 岁;⑤肺功能分级^[10]Ⅱ~Ⅲ级;⑥患者均了解本研究,并签署知情同意书。

1.2.2 排除标准 ①伴有其他肺部疾病,如肺结核、肺气肿、矽肺等;②既往接受过胸部手术;③伴有严重感染性疾病;④对本研究中药、西药成分过敏;⑤精神异常。

1.3 治疗手段

1.3.1 对照组 给予西医常规治疗,即基础营养支持、补液及氧疗,同时静脉滴注注射用盐酸氨溴索(湖北科伦药业有限公司,国药准字 H20183050,15 mg),取 15 mg 溶入 100 mL 0.9%氯化钠注射液中,每天 2 次;静脉滴注多索茶碱注射液(扬子江药业集团南京海陵药业有限公司,国药准字 H20203304,10 mL/0.1 g),取 0.2 g 溶入 100 mL 0.9%氯化钠注射液中,每天 2 次;布地奈德福莫特罗吸入粉雾剂(Ⅱ)(瑞典 AstraZeneca AB 公司,国药准字 HJ20140458,60 吸/支)吸入,每天 2 次,每次 1 吸,连续治疗 10 d。

1.3.2 观察组 在对照组治疗基础上给予真武汤治疗,组方药材附子、茯苓、白芍、生姜各 9 g,白术 6 g;水肿甚、喘息不得卧者,加沉香 3 g,椒目 5 g,葶苈子 6 g,加水煎煮,附子先煎 30 min 以上,后下诸药,水煎取汁 300 mL,分早、晚 2

次温服,连续治疗 10 d。

1.4 指标检测

1.4.1 中医证候评分、呼吸困难程度及病情严重程度 参照文献[11]中的相关标准评估 2 组中医证候评分,含喘促气逆、咳嗽痰鸣、痰液清稀、畏寒肢冷等,各项分值 0~6 分,总分 0~24 分,分值越高,中医证候越严重;采用改良版英国医学研究委员会呼吸困难问卷(mMRC)^[12]评估 2 组呼吸困难程度,总分 0~4 分,分值越高,呼吸困难越严重;慢阻肺评估测试(CAT)^[13]评估 2 组病情严重程度,总分 0~40 分,分值越高,患者病情越严重。

1.4.2 肺功能指标 采用 VC-10 PRO 肺功能仪测量 2 组用力肺活量(FVC)、第一秒用力呼气容积(FEV1),并计算 FEV1%pred、FEV1/FVC 比值。

1.4.3 血清炎症因子指标 抽取 2 组患者静脉血各 3 mL,离心后取血清,用酶联免疫吸附试验测定血清 NLRP3、CRP、IL-8、TNF- α 、MCP-1 水平,试剂盒来自贝克曼库尔特商贸(中国)有限公司。

1.4.4 不良反应发生率 治疗期间,记录 2 组发生的不良反应情况,并计算其发生率。

1.5 疗效评价 评估 2 组疗效^[11],①临床控制,证候评分减少 $\geq 95\%$,症状基本或完全消失;②显效,70%<证候评分减少<95%,症状显著缓解;③有效,30%<证候评分减少 $\leq 70\%$,症状有所缓解;④无效,未达上述标准。总有效率=[(临床控制例数+显效例数+有效例数)/总例数] $\times 100\%$ 。

1.6 统计学分析 通过 SPSS 26.0 软件进行分析,计数资料以百分率表示,比较采用卡方检验;计量

资料首先使用 Shapiro-Wilk 检验进行正态性检验,符合正态分布,以 $(\bar{x}\pm s)$ 表示,组间比较采用独立样本 t 检验,组内比较采用配对样本 t 检验;不符合正态分布,以 $[M(P_{25}, P_{75})]$ 表示,比较采用 Mann-Whitney U 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 2。

表 2 2 组临床疗效比较 [例 (%), $n=78$]

组别	临床控制	显效	有效	无效	总有效
对照组	22(24.18)	29(31.87)	21(23.08)	19(20.88)	72(79.12)
观察组	29(31.87)	32(35.16)	25(27.47)	5(5.49)	86(94.51) ^Δ

注:与对照组比较,^Δ $P<0.05$ 。

2.2 中医证候、呼吸困难程度及病情严重程度 治疗后,2 组中医证候评分、mMRC 评分、CAT 评分降低 ($P<0.05$),以观察组更明显 ($P<0.05$),见表 3。

表 3 2 组中医证候、呼吸困难程度及病情严重程度比较 (分, $\bar{x}\pm s$, $n=78$)

组别	中医证候评分		mMRC 评分		CAT 评分	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	15.97±1.65	12.42±1.40 [*]	2.17±0.32	1.21±0.28 [*]	26.79±2.18	14.01±2.05 [*]
观察组	16.22±1.89	9.44±1.13 ^{*Δ}	2.23±0.35	1.10±0.20 ^{*Δ}	27.03±2.21	13.22±1.88 ^{*Δ}

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

2.3 肺功能指标 治疗后,2 组 FEV1、FVC、FEV 1% pred、FEV1/FVC 升高 ($P<0.05$),以观察组更明显 ($P<0.05$),见表 4。

表 4 2 组肺功能指标比较 ($\bar{x}\pm s$, $n=78$)

组别	FEV1/%		FVC/%		FEV 1% pred/%		FEV1/FVC	
	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	66.10±5.38	77.49±6.93 [*]	78.12±5.20	85.63±6.10 [*]	71.12±5.12	82.33±7.14 [*]	60.10±4.73	79.44±5.59 [*]
观察组	65.83±5.46	84.21±7.78 ^{*Δ}	77.95±5.08	90.47±6.35 ^{*Δ}	70.89±4.97	88.96±7.53 ^{*Δ}	59.89±4.45	86.57±6.83 ^{*Δ}

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

2.4 血清炎症因子指标 治疗后,2 组血清 NLRP3、CRP、IL-8、TNF- α 、MCP-1 水平降低 ($P<0.05$),以观察组更明显 ($P<0.05$),见表 5。

表 5 2 组血清炎症因子指标比较 ($\bar{x}\pm s$, $n=78$)

组别	NLRP3/(pg·mL ⁻¹)		CRP/(mg·L ⁻¹)		IL-8/(pg·mL ⁻¹)		TNF- α /(pg·mL ⁻¹)		MCP-1/(pg·mL ⁻¹)	
	治疗前	治疗后	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	939.89±40.73	367.82±30.78 [*]	21.85±4.13	11.67±2.05 [*]	45.94±4.70	26.72±3.12 [*]	24.55±3.54	15.62±2.27 [*]	223.85±20.44	152.77±17.23 [*]
观察组	941.67±45.22	314.55±22.51 ^{*Δ}	22.28±3.76	8.34±1.25 ^{*Δ}	46.18±5.72	20.04±2.33 ^{*Δ}	25.06±3.78	11.23±1.09 ^{*Δ}	225.78±19.35	113.45±13.42 ^{*Δ}

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

2.5 不良反应发生率 2 组不良反应发生率比较,差异无统计学意义 ($P>0.05$),见表 6。

表 6 2 组不良反应发生率比较 [例 (%), $n=78$]

组别	恶心呕吐	头晕	腹泻	皮肤瘙痒	总发生
对照组	3(3.30)	1(1.10)	1(1.10)	1(1.10)	6(6.59)
观察组	4(4.40)	2(2.20)	2(2.20)	1(1.10)	9(9.89)

3 讨论

AECOPD 的特点为呼吸症状的突发性加剧,该病若未得到有效的控制,可增加患者不良预后的发生风险。现阶段,临床治疗 AECOPD 多以西医常规治疗,虽能控制症状,但难以有效改善患者肺功能及抑制炎症反应,且长期应用激素带来的不良反应不容忽视^[14]。中医根据 AECOPD 症状表现将其归于“肺胀”“喘证”等范畴,认为该病属本虚标实之证,以肺、脾、肾三脏阳气虚衰为本,以水

2486

饮内停、寒痰上泛为标^[15]。肺、脾、肾三脏阳气虚损,津液输布失常,化为痰饮,壅塞肺系;痰饮内停,阻滞气机,日久成瘀,痰瘀互结,从而发为肺胀、喘证^[16]。真武汤源自《伤寒论》,方中附子为君药,可温补肾阳、回阳救逆;茯苓、白术共为臣药,其中茯苓可利水渗湿、健脾宁心,白术可健脾益气,燥湿利水;生姜、白芍为佐使药,其中生姜可温中散寒、化饮和胃,白芍可养血敛阴、柔肝止痛、利小便;另外,水肿甚、喘息不得卧者加葶苈子可起泻肺平喘、利水消肿之效,加沉香可行气止痛、纳气平喘,加椒目可利水消肿、祛痰平喘,全方合用可达扶正祛邪,标本兼治之目的,全方可共奏温阳利水之效^[17]。本研究中,与对照组比较,观察组治疗后的中医证候评分、mMRC 及 CAT 评分更低,总有效率更高,提示真武汤可有

效改善患者中医证候、呼吸困难及病情严重程度，提高疗效。

AECOPD 患者病情发生、发展过程中多伴有不同程度的炎症反应，而过度的炎症反应可损伤患者机体肺功能^[18]。NLRP3 炎症小体使细胞内的炎症信号整合平台，各种病原体 and 损伤相关分子模式可激活 NLRP3，促使 Caspase-1 活化，释放多种促炎因子，进而启动和放大炎症反应^[19]。而此过程中释放的促炎因子包括 CRP、IL-8、TNF- α 、MCP-1 等，其中 CRP 作为急性时相反应蛋白，其水平直接反映了机体炎症状态的严重程度；IL-8 作为强效的中性粒细胞趋化因子，直接参与了气道中性粒细胞浸润与活化；TNF- α 作为炎症反应的早期启动因子，可进一步促进其他细胞因子的释放；MCP-1 则主要负责招募单核细胞、巨噬细胞至炎症部位^[20-22]。本研究结果显示，较对照组，观察组治疗后的血清 NLRP3、CRP、IL-8、TNF- α 、MCP-1 水平更低，FEV1、FEV1%pred、FEV1/FVC 更高，表明真武汤可降低 AECOPD 血清 NLRP3、CRP、IL-8、TNF-a、MCP-1 水平，改善肺功能，这提示“温阳利水”治法的作用机制可能与抑制以 NLRP3 炎症小体为核心的过度炎症级联反应密切相关。NLRP3 炎症小体过度激活是 AECOPD 肺部免疫失衡的核心环节，真武汤可能通过干预这一枢纽，从上游抑制 caspase-1 的活化，从而协同下调其下游的 CRP、IL-8、TNF- α 、MCP-1 等系列促炎介质，减轻全身及气道局部炎症，进而改善肺功能。现代药理研究也为此提供了依据，附子、生姜中的活性成分具有抑制 NLRP3 炎症小体及 caspase-1 活化的作用；白芍中的活性成分能有效抑制 IL-8 的产生，减少气道中性粒细胞浸润^[23-25]。可见，真武汤作为复方，其“温阳利水”的整体效应，可能通过多成分、多靶点的方式，协同作用于 NLRP3 炎症信号轴及其下游网络，从而实现了从温化水湿到利水平喘、从抑制炎症到改善功能的整合调节。此外，2 组不良反应发生率比较无差异，说明真武汤治疗 AECOPD 具有良好的安全性。

综上所述，真武汤可安全有效地调节 AECOPD 患者血清 NLRP3、CRP、IL-8、TNF-a、MCP-1 水平，减轻机体炎症反应，同时可改善患者中医证候、呼吸困难、病情严重程度及肺功能。但本研究纳入的观察样本仅限于本地区，样本代表性具有一定局限性。未来应在多中心基础上，进一步开展更

深入的研究，以验证本研究结果。

参考文献：

[1] Li X P, Feng S C, Yang Y Q, *et al.* Association between airway mucus plugs and risk of moderate-to-severe exacerbations in patients with COPD: results from a Chinese prospective cohort study[J]. *Chest*, 2025, 168(3): 627-638.

[2] 刘丽君,李翔云,杨娅娟.外周血 RDW、NLR、FAR、SP-A 检测对慢性阻塞性肺疾病患者病情及急性加重风险的评估价值[J].实用医学杂志,2024,40(22):3244-3250.

[3] 李竺宜,彭俊杰,杨从意,等.氨茶碱联合百令胶囊对稳定期慢性阻塞性肺疾病气道功能及相关指标的影响[J].西北药学杂志,2023,38(5):181-186.

[4] 李 格,杨慧敏,毕 娟,等.脐灸联合参芪利水颗粒治疗慢性阻塞性肺疾病急性加重期(阳虚水泛证)临床观察[J].中国中医急症,2024,33(4):651-654.

[5] 崔志娟.真武汤合五苓散加减治疗阳虚水泛证慢阻肺急性加重期的研究[J].承德医学院学报,2022,39(4):314-316.

[6] Zhu H J, Wu C, Wu H Y, *et al.* The gut microbiota-SCFA-inflammation axis in patients with AECOPD[J]. *PLoS One*, 2025, 20(1): e0312606.

[7] 秦 鸿,崔红生,辛大永,等.清金化痰汤联合西医常规疗法治疗慢性阻塞性肺疾病急性加重痰热壅肺证的临床研究[J].国际中医中药杂志,2025,47(12):1677-1681.

[8] 慢性阻塞性肺疾病急性加重诊治专家组.慢性阻塞性肺疾病急性加重诊治中国专家共识(2023 年修订版)[J].国际呼吸杂志,2023,43(2):132-149.

[9] 国家中医药管理局.中医病证诊断疗效标准[M].南京:南京大学出版社,2017:49-53.

[10] 王 航,杨庆斌.GOLD 标准和一秒率正常值低限对慢性阻塞性肺疾病的诊断和预后价值[J].临床肺科杂志,2023,28(7):989-993.

[11] 中华人民共和国卫生部.中药新药临床研究指导原则(试行)[M].北京:中国医药科技出版社,2002:105-109.

[12] 李晓云,成 玮,段佳熙,等.慢性阻塞性肺疾病晨间症状量表中文版研制及信效度验证[J].中华结核和呼吸杂志,2019,42(6):444-450.

[13] 李德经,周晓燕,张 楠,等.慢性阻塞性肺疾病不同表型患者 CAT 评分与肺功能及预后的相关性分析[J].现代生物医学进展,2024,24(4):772-777.

[14] 郝少芳,汪志平.理肺益肾汤治疗慢性阻塞性肺疾病伴呼吸衰竭的疗效观察[J].中国基层医药,2025,32(2):282-285.

[15] 刘政鹏.温阳活血方治疗 AECOPD 合并肺源性心脏病(阳虚水泛证)的临床研究[D].武汉:湖北中医药大学,2020.

[16] 张 浩,胡佩佩,王智兰,等.参附注射液治疗慢性阻塞性肺疾病阳虚水泛证随机对照研究[J].中国中西医结合杂志,2023,43(1):53-58.

[17] 沈梦珏.真武汤合五苓散对慢性阻塞性肺疾病(阳虚水泛型)的临床观察和血清 IL-8、TNF- α 水平的影响[D].

重庆：重庆医科大学，2021.

[18] Yi Q, Chen X Q, Liu S M, *et al.* Systemic immune-inflammation index is associated with adverse outcomes in patients hospitalized for AECOPD: a multicenter cohort study[J]. *Respiration*, 2025, 104(9): 648-666.

[19] Panek I, Liczek M, Gabryelska A, *et al.* Inflammasome signalling pathway in the regulation of inflammation-its involvement in the development and exacerbation of asthma and chronic obstructive pulmonary disease[J]. *Postepy Dermatol Alergol*, 2023, 40(4): 487-495.

[20] Hoult G, Gillespie D, Wilkinson T M A, *et al.* Biomarkers to guide the use of antibiotics for acute exacerbations of COPD (AECOPD): a systematic review and meta-analysis[J]. *BMC Pulm Med*, 2022, 22(1): 194.

[21] Ferraro M, Di Vincenzo S, Sangiorgi C, *et al.* Carbocysteine modifies circulating miR-21, IL-8, sRAGE, and fAGEs levels in mild acute exacerbated COPD patients: a pilot study[J]. *Pharmaceuticals (Basel)*, 2022, 15(2): 218.

[22] Chen X R, Wang D X. Serum MCP-1 and NGAL play an important role in the acute inflammatory event of chronic obstructive pulmonary disease[J]. *COPD*, 2021, 18 (4): 425-431.

[23] 胡家豪, 李文儒, 时庆欣, 等. 附子化学成分与炮制工艺研究进展[J]. 中国中药杂志, 2025, 50(6): 1458-1470.

[24] 杨秀娟, 王佳佳, 郭晶晶, 等. 生姜、干姜、炮姜的性效考证及其化学成分、药理活性的研究进展[J]. 中药新药与临床药理, 2024, 35(4): 595-605.

[25] 王秋艳, 王世新, 隋方宇, 等. 白芍活性成分、药理作用及成分变化的影响因素研究进展[J]. 中草药, 2025, 56(5): 1817-1829.

疏肝消瘰丸联合糖皮质激素及手术治疗对肿块型肉芽肿性乳腺炎患者的临床疗效

窦晓静¹, 邵 辉², 周子椿², 马树民^{2*}

[1. 青岛市中医医院, 青岛大学附属青岛市海慈医院药剂科, 山东 青岛 266000; 2. 青岛市中医医院, 青岛大学附属青岛市海慈医院普外二科 (甲乳), 山东 青岛 266000]

摘要：**目的** 探究疏肝消瘰丸联合糖皮质激素及手术治疗对肿块型肉芽肿性乳腺炎患者的临床疗效。**方法** 200 例患者随机分为对照组和观察组，每组 100 例，对照组给予手术联合糖皮质激素治疗，观察组在对照组基础上加用疏肝消瘰丸。检测临床疗效、中医证候评分、肿块直径、疼痛视觉模拟评分（VAS）、血清指标（WBC、CRP、IL-6、PRL）、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、肿块直径、VAS 评分、血清指标降低（ $P<0.05$ ），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** 疏肝消瘰丸联合糖皮质激素及手术治疗可安全有效地改善肿块型肉芽肿性乳腺炎患者临床症状，减小肿块大小，缓解机体炎症反应与炎症引发的疼痛，降低泌乳素水平。

关键词：疏肝消瘰丸；糖皮质激素；肿块型肉芽肿性乳腺炎；炎症因子；泌乳素

中图分类号：R287 **文献标志码：**A **文章编号：**1001-1528(2026)07-2488-04

doi:10.3969/j.issn.1001-1528.2026.07.050

肿块型肉芽肿性乳腺炎是一种女性多发的慢性炎性疾病，临床症状以乳腺小叶为中心出现非干酪样肉芽肿为主，近年来发病率呈上升趋势，给年轻女性带来严重身心负担^[1-2]。目前西医治疗方案以糖皮质激素控制急性炎症与手术切除病灶为主，然而长期激素易引发血糖升高等多种代谢紊乱，同时存在停药复发风险^[3]。鉴于现代医学的不足，从

传统中医学寻找联合干预策略已成为临床重点方向。

中医认为，肿块型肉芽肿性乳腺炎属“乳痈”“乳岩”范畴，其病机责之于情志内伤、肝气郁结，气滞则血行不畅而成瘀，肝郁克犯脾土，脾失健运则聚湿成痰，终致痰瘀互结、凝聚乳络而成肿块；肝郁日久亦能化火，灼伤津液，加剧痰凝，治

收稿日期：2026-04-17

基金项目：山东省中医药科技项目（2021Q057）

作者简介：窦晓静，女，主管药师，研究方向为药学。E-mail: 15965566673@163.com

* 通信作者：马树民（1974—），男，博士，副主任医师，研究方向为肉芽肿性乳腺炎的中西医结合治疗