

- 2017, 17(81): 7-8.
- (7) 罗丹, 高卫萍. 干眼患者症状与临床指标的相关性 (J). 江苏医药, 2020, 46(4): 409-411, 420.
- (8) 谢炳铨. 中药熏蒸联合温针灸对干眼症患者干眼症客观指标的影响 (J). 中医外治杂志, 2020, 29(6): 20-21.
- (9) 万晨阳, 张东蕾, 卢山. 干眼症的发病机制及中医药治疗研究进展 (J). 实用中医内科杂志, 2020, 34(4): 36-43.
- (10) 叶雨琪. 中药熏蒸联合人工泪液治疗干眼症的临床效果 (J). 中国中医药现代远程教育, 2020, 18(13): 76-77, 83.
- (11) 覃艳莉, 王芳, 范润平, 等. 中药熏蒸治疗干眼症疗效的系统评价 (J). 湖南中医杂志, 2019, 35(6): 122-127.
- (12) 王舟盛, 李斌斌. 人工泪液结合中药雾化熏眼治疗干眼症的临床应用研究 (J). 沈阳药科大学学报, 2021, 38(2): 66-67.
- (13) 赵丽, 胡小凤, 许邦丽. 中药熏蒸联合人工泪液治疗干眼症的临床观察及对患者视觉相关生命质量的影响 (J). 世界中医药, 2019, 14(4): 903-906.
- (14) 陈莹. 人工泪液治疗白内障术后干眼症的临床效果分析 (J). 黑龙江科学, 2022, 13(4): 128-129.
- (15) 陈艳艳, 黄冲, 冯运红, 等. 中药“四黄清灵液”熏蒸联合人工泪液治疗干眼症的临床疗效 (J). 国际眼科杂志, 2018, 18(4): 762-764.

〔文章编号〕 1007-0893(2022)10-0032-04

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2022.10.010

## 中医限食疗法对脾虚证代谢综合征患者心血管危险因素的影响

张俊杰 李志超 彭国顺 赵晓东

(珠海市中西医结合医院, 广东 珠海 519000)

〔摘要〕 **目的:** 通过临床对照研究, 评价中医限食疗法能对脾虚证代谢综合征患者心血管危险因素及脾虚证候积分的影响。**方法:** 选取珠海市中西医结合医院 2018 年 6 月至 2019 年 6 月期间收治的 106 例脾虚证代谢综合征患者, 随机分为对照组 (50 例) 与观察组 (56 例)。对照组患者实施低热量低脂饮食计划, 观察组患者实施中医限食疗法。观察治疗前后及随访 12 周体质量等基本资料、血脂及脾虚证候积分。**结果:** 与对照组相比, 观察组患者随访期患者体质量、体质量指数 (BMI)、收缩压、腰围及腰臀比均显著减少, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。三酰甘油 (TG)、极低密度脂蛋白胆固醇 (VLDL-C) 水平显著降低, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ ); 而高密度脂蛋白胆固醇 (HDL-C)、载脂蛋白 B (ApoB) 水平显著升高, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ ); 治疗后及随访期脾虚症状积分均显著下降, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。**结论:** 中医限食疗法改善脾虚证代谢综合征患者脾虚状态, 有效降低体质量、血压、心率, 改善血脂水平, 降低心血管危险因素。

〔关键词〕 代谢综合征; 脾虚证; 中医限食疗法, 低热量低脂饮食计划

〔中图分类号〕 R 247.9 〔文献标识码〕 B

中医限食疗法<sup>[1]</sup>, 指有限时间内, 保证基本能量需求的前提下, 在配合中医健脾补气的基础上, 通过减少特定食物的摄入, 达到预防和治疗疾病的目的。热量限制能有效减轻体质量, 改善血脂, 降低血糖、血压等心血管危险因素, 对超重 / 肥胖相关代谢性疾病的治疗具有积极意义。但是, 单纯热量限制需要长时间坚持, 尤其是临床大部分脾虚患者耐饥饿能力差, 依从性不高。为此, 本研究采用中医限食疗法治疗代谢综合征患者, 观察发现该疗法具有良好的临床依从性, 为此, 笔者以单纯热量限制为对照, 通过临床比较研究, 观察中医限食疗法

对脾虚证代谢综合征患者脾虚证和心血管危险因素的影响, 现报道如下。

### 1 资料与方法

#### 1.1 一般资料

选取珠海市中西医结合医院 2018 年 6 月至 2019 年 6 月期间收治的 106 例脾虚证代谢综合征患者, 随机分为对照组 (50 例) 与观察组 (56 例)。对照组男性 20 例, 女性 30 例; 年龄 29 ~ 55 岁, 平均年龄 (39.9 ± 9.93) 岁; 身体质量指数 (body mass index, BMI) 26 ~ 36.2 kg · m<sup>-2</sup>,

〔收稿日期〕 2022 - 02 - 14

〔基金项目〕 珠海市医学科研基金项目 (20191206A010013)

〔作者简介〕 张俊杰, 男, 主治医师, 主要研究方向是中西医结合心血管疾病预防。

平均 BMI ( $30.8 \pm 3.06$ )  $\text{kg} \cdot \text{m}^2$ 。观察组男性 17 例, 女性 39 例; 年龄 31 ~ 53 岁, 平均年龄 ( $41.5 \pm 8.32$ ) 岁; BMI 25.1 ~ 36.9  $\text{kg} \cdot \text{m}^2$ , 平均 BMI ( $30.0 \pm 4.16$ )  $\text{kg} \cdot \text{m}^2$ 。两组患者一般资料比较, 差异均无统计学意义 ( $P > 0.05$ ), 具有可比性。本研究经伦理委员会批准, 患者知情且同意 (审批号: 20181019006)。

## 1.2 病例选择

### 1.2.1 纳入标准

(1) 符合代谢综合征诊断标准: 年龄 18 ~ 60 岁; 具备以下 3 项或全部者: ①超重和 (或) 肥胖: BMI  $\geq 25.0 \text{ kg} \cdot \text{m}^2$ , 男性腰围  $\geq 90 \text{ cm}$ , 女性  $\geq 80 \text{ cm}$ ; ②血脂紊乱: 三酰甘油 (triglycerides, TG)  $\geq 1.7 \text{ mmol} \cdot \text{L}^{-1}$  及 (或) 高密度脂蛋白胆固醇 (high density lipoprotein cholesterol, HDL-C)  $< 1.03 \text{ mmol} \cdot \text{L}^{-1}$  (男) 或  $< 1.29 \text{ mmol} \cdot \text{L}^{-1}$  (女); ③高血压: 血压  $\geq 130/85 \text{ mmHg}$  ( $1 \text{ mmHg} \approx 0.133 \text{ kPa}$ ) 及 (或) 确诊高血压并治疗者; ④高血糖: 空腹血糖  $\geq 5.6 \text{ mmol} \cdot \text{L}^{-1}$  及 (或) 确诊糖尿病并治疗者。(2) 参照《中药新药临床研究指导原则》中脾虚证诊断标准<sup>[2]</sup>, 主症: ①舌质淡, 或胖嫩, 或有齿印, 苔白润; ②脉缓弱或细弱, 或虚大; ③食欲减退; ④肢体怠倦; ⑤腹胀; ⑥大便溏或腹泻。次症: ①面色淡黄; ②口唇淡; ③口淡不渴, 喜热饮, 口泛清水; ④脘闷暖气, 恶心呕吐; ⑤腹部隐痛; ⑥排便无力; ⑦肠鸣水泻, 或完谷不化; ⑧浮肿。具有 3 个以上主症 (其中必须包括舌象) 或 1 个主症加舌象和 2 个以上次症均可诊断脾虚证。

### 1.2.2 排除标准

妊娠、哺乳或月经期妇女; 心、肝、肾功能不正常; 恶性肿瘤及血液病患者; 活动性肺结核患者; 严重胃出血的溃疡患者; 过度消瘦, 营养不良者; 不能配合治疗, 依从性差者。

### 1.2.3 剔除、脱落及中止标准

剔除标准: 纳入后未接受过试验方案所规定的治疗措施; 未按规定方案治疗, 或合并使用其他疗法或药物而无法判定疗效。脱落标准: 未完成试验而中途退出; 出现不良事件或不良反应。中止标准: 出现严重不良事件或不良反应, 需中止试验者。

## 1.3 方法

### 1.3.1 对照组

根据《中国居民膳食指南》<sup>[3]</sup>的营养膳食宝塔, 制定低热量低脂饮食计划, 每日热卡供应在 1200 ~ 1400 kcal, 每周保证 180 min 适度运动量 (快走、散步), 保持日常生活习惯。干预期间患者采用单纯饮食疗法, 治疗总时长 91d。

### 1.3.2 观察组

按标准化流程实施中医限食疗法, 第一阶段, 缓冲期 (2 d): 主要是控制饮食, 进行极低热量饮食, 每日热量供应为 600 ~ 800 kcal, 饮食主要是牛奶、水果及蔬菜, 每日 1 ~ 2 h 日常运动量。第二阶段, 极低热量饮食期 (5 d): 首日先用玄明粉 10 ~ 20 g 清洁肠道; 每日饮用极低热量营养液, 每日热量供应约

500 kcal, 另外每日喝矿物质水 2 ~ 3 L, 鼓励运动, 每日保证 1 ~ 2 h 日常运动量; 禁食期间戒茶、酒精、咖啡等饮品。第三阶段, 恢复期 (2 d): 开始逐步恢复正常饮食, 服用低热量代餐和果蔬等低热量高纤维食物, 每日热量供应 1000 ~ 1200 kcal。第四阶段, 均衡饮食期 (12 周): 根据《中国居民膳食指南》<sup>[3]</sup>的营养膳食宝塔, 制定均衡饮食计划, 每周保证 180 min 适度运动量 (快走、散步), 保持日常生活习惯。缓冲期和极低热量饮食期, 给予患者左卡尼汀 (常州兰陵制药有限公司, 国药准字 H20000543) 2.0 g 静脉推注, 每日 2 次, 连用 7 d; 加味苓桂术甘汤组方: 党参 30 g, 茯苓 15 g, 白术 15 g, 炙甘草 6 g, 茵陈 15 g, 泽泻 15 g, 桂枝 12 g, 大黄 3 g。按照康美药业股份有限公司的颗粒剂按比例配制而成, 每日 1 剂, 水冲服, 每日 2 次, 共 7 d。治疗总时长 91 d。

## 1.4 观察指标

(1) 基本资料: 在治疗前、治疗后和 3 个月后随访, 记录比较两组患者的体质量、BMI、收缩压、舒张压、心率、腰围、臀围及腰臀比。(2) 中医脾虚证候积分, 中医证候疗效参照脾虚辨证标准, 脾虚症状: 疲倦乏力、精神不振、食后饱胀、腹胀、纳差、口淡、排便无力、暖气、恶性呕吐、腹部隐痛等表现, 无症状积 0 分, 间断偶有出现积 1 分, 经常出现积 2 分, 一直持续积 3 分; 脾虚体征: 下肢浮肿 (无积 0 分, 脚踝水肿积 1 分, 膝盖以下浮肿积 2 分, 下肢浮肿积 3 分)、胃下垂 (无积 0 分, 轻度积 1 分, 中度积 2 分, 重度积 3 分)、脉象 (平和积 0 分, 缓弱积 1 分, 细弱积 2 分, 虚大积 3 分)、舌象 (舌淡红、苔薄白积 0 分, 胖大、齿痕, 苔白润积 2 分)。(3) 血脂指标: 在治疗前、治疗后和 3 个月后随访, 患者空腹采血留取血标本测定血脂八项: 总胆固醇 (serum total cholesterol, TC), TG, 低密度脂蛋白胆固醇 (low density lipoprotein cholesterol, LDL-C), 极低密度脂蛋白胆固醇 (very low density lipoprotein cholesterol, VLDL-C), HDL-C, 载脂蛋白 A1 (apolipoprotein A1, ApoA1), 载脂蛋白 B (apolipoprotein B, ApoB), 脂蛋白 a (lipoproteina, Lp(a)) 等, 血标本在离心机 4000  $\text{r} \cdot \text{min}^{-1}$  4 °C 离心 10 min 后, 提取上清液, 由珠海市中西医结合医院检验科生化检测仪测定。(4) 不良反应: 观察记录治疗期间的不良反应发生情况。

## 1.5 统计学方法

采用 SPSS 19.0 软件进行数据处理, 计量资料以  $\bar{x} \pm s$  表示, 采用  $t$  检验, 计数资料用百分比表示, 采用  $\chi^2$  检验,  $P < 0.05$  为差异具有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 两组患者治疗前后各项基本资料比较

与治疗前相比, 治疗后两组患者的体质量、BMI、收

收缩压、舒张压、心率、腰围、臀围、及腰臀比均显著下降，差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。

与治疗前相比，对照组随访期体质量、BMI 及收缩压显著下降，差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )；而观察组随访期体质量、BMI、收缩压、舒张压、腰围、

腰臀比均显著下降，差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。

与对照组比较，观察组治疗后体质量、BMI、收缩压、心率、臀围显著下降，差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )；随访期观察组体质量、BMI、收缩压、腰围及腰臀比均显著下降，差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )，见表 1。

表 1 两组患者治疗前后各项基本资料比较 ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	n	时间	体质量/kg	BMI/kg·m <sup>-2</sup>	收缩压/mmHg	舒张压/mmHg	心率/min·次 <sup>-1</sup>	腰围/cm	臀围/cm	腰臀比
对照组	50	治疗前	82.01±8.05	30.80±3.06	129.30±20.38	92.5±13.48	77.12±8.73	101.90±5.57	104.31±4.09	0.93±0.05
		治疗后	81.23±7.69 <sup>a</sup>	30.41±2.92 <sup>a</sup>	127.87±20.20 <sup>a</sup>	81.1±11.04 <sup>a</sup>	75.02±6.41 <sup>a</sup>	98.78±5.33 <sup>a</sup>	103.64±4.29 <sup>a</sup>	0.90±0.05 <sup>a</sup>
		随访期	79.30±9.26 <sup>b</sup>	29.34±3.58 <sup>b</sup>	125.21±19.25 <sup>b</sup>	79.7±11.21	71.31±5.94	97.10±5.69	101.92±5.09	0.89±0.05
观察组	56	治疗前	81.73±9.48	30.01±4.16	127.03±17.26	94.6±12.20	76.83±10.34	100.22±9.85	103.91±8.23	0.93±0.04
		治疗后	77.51±9.29 <sup>ac</sup>	28.53±4.11 <sup>ac</sup>	124.41±15.71 <sup>ac</sup>	79.1±9.86 <sup>a</sup>	69.24±8.50 <sup>ac</sup>	91.78±10.00 <sup>a</sup>	101.89±8.31 <sup>ac</sup>	0.90±0.04 <sup>a</sup>
		随访期	74.80±8.11 <sup>bc</sup>	27.39±3.29 <sup>bc</sup>	120.78±14.70 <sup>bc</sup>	74.0±10.07 <sup>b</sup>	66.97±7.12	89.59±7.79 <sup>bc</sup>	101.10±6.55	0.79±0.04 <sup>bc</sup>

注：BMI—身体质量指数。

与同组治疗前比较，<sup>a</sup> $P < 0.05$ ；与同组治疗后比较，<sup>b</sup> $P < 0.05$ ；与对照组同时段相比，<sup>c</sup> $P < 0.05$ 。

### 2.2 两组患者治疗前后血脂指标比较

与治疗前相比，对照组患者血清 TG、LDL-C、ApoA1 有不同程度下降，差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )；而观察组患者血清 TG、VLDL-C、ApoA1、Lp(a) 均不同程度下降，而 ApoB 显著升高，差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。

与治疗前相比，对照组患者随访期 TC、LDL-C、

ApoB、Lp(a) 均显著下降，而 ApoA1 显著升高，差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )；而观察组患者 TC、LDL-C、Lp(a) 均不同程度下降，而 HDL-C、VLDL-C、ApoA1 均有不同程度升高，差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。

与对照组相比，在随访期观察组患者 TG、VLDL-C 均显著下降，而 HDL-C 及 ApoB 显著升高，差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )，见表 2。

表 2 两组患者治疗前后血脂指标比较 ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	n	时间	TC/mmol·L <sup>-1</sup>	TG/mmol·L <sup>-1</sup>	HDL-C/mmol·L <sup>-1</sup>	LDL-C/mmol·L <sup>-1</sup>	VLDL-C/mmol·L <sup>-1</sup>	ApoA1/mg·L <sup>-1</sup>	ApoB/mg·L <sup>-1</sup>	Lp(a)/mg·L <sup>-1</sup>
对照组	50	治疗前	5.10±0.62	2.24±0.91	0.98±0.19	3.55±0.64	1.04±0.32	1.34±0.14	0.90±0.16	480.50±78.21
		治疗后	4.90±0.95	1.98±0.26 <sup>d</sup>	1.01±0.21	3.54±0.60 <sup>d</sup>	1.02±0.25	1.23±0.14 <sup>d</sup>	0.99±0.24	462.60±103.42
		随访期	4.50±0.93 <sup>e</sup>	1.48±0.47	1.12±0.13	3.11±0.20 <sup>e</sup>	0.71±0.23	1.43±0.12 <sup>e</sup>	0.87±0.25 <sup>e</sup>	392.40±78.43 <sup>e</sup>
观察组	56	治疗前	5.00±0.76	2.27±1.08	0.99±0.14	3.58±0.55	1.06±0.47	1.40±0.13	1.03±0.23	492.00±98.52
		治疗后	5.10±0.72	1.15±0.16 <sup>d</sup>	1.03±0.10	3.68±0.60	0.53±0.07 <sup>d</sup>	1.22±0.14 <sup>d</sup>	1.18±0.23 <sup>d</sup>	438.40±108.60 <sup>d</sup>
		随访期	4.40±0.87 <sup>e</sup>	1.19±0.62 <sup>f</sup>	1.18±0.19 <sup>ef</sup>	3.29±0.19 <sup>e</sup>	0.63±0.19 <sup>ef</sup>	1.40±0.14 <sup>e</sup>	1.12±0.13 <sup>f</sup>	383.10±97.62 <sup>e</sup>

注：TC—总胆固醇；TG—三酰甘油；HDL-C—高密度脂蛋白胆固醇；LDL-C—低密度脂蛋白胆固醇；VLDL-C—极低密度脂蛋白胆固醇；ApoA1—载脂蛋白 A1；ApoB—载脂蛋白 B；Lp(a)—脂蛋白 a。

与同组治疗前比较，<sup>d</sup> $P < 0.05$ ；与同组治疗后比较，<sup>e</sup> $P < 0.05$ ；与对照组同时段比较，<sup>f</sup> $P < 0.05$ 。

### 2.3 两组患者治疗前后中医脾虚证候积分比较

经治疗两组患者的中医脾虚证候积分均有不同程度下降，且观察组患者的脾虚证候积分在治疗后及随访期均低于对照组，差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )，见表 3。

表 3 两组患者治疗期间中医脾虚证候积分比较 ( $\bar{x} \pm s$ , 分)

组别	n	治疗前	治疗后	随访期
对照组	50	14.21±2.68	12.48±2.55 <sup>e</sup>	10.81±2.12 <sup>eh</sup>
观察组	56	13.13±2.57	7.89±2.37 <sup>ei</sup>	7.38±2.06 <sup>ghi</sup>

注：与同组治疗前比较，<sup>e</sup> $P < 0.05$ ；与同组治疗后比较，<sup>h</sup> $P < 0.05$ ；与对照组同时段比较，<sup>i</sup> $P < 0.05$ 。

### 2.4 两组患者治疗期间不良反应发生情况比较

观察组患者不良反应发生率为 7.14%，低于对照组的 32.00%，差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )，见表 4。

表 4 两组患者治疗期间不良反应发生情况比较 (例)

组别	n	月经紊乱	脱发	乏力	发生率/%
对照组	50	4	6	6	32.00
观察组	56	2	2	0	7.14 <sup>j</sup>

注：与对照组比较，<sup>j</sup> $P < 0.05$ 。

## 3 讨论

中医学认为，脾主运化，为后天之本。若饮食失节，过食生冷，或过服寒凉药物，或饥饱无度，伤及脾胃，致使脾胃虚弱，痰、湿、浊内生，渐致膏脂运化失衡，从而出现代谢综合征，由此可知，脾胃元气不足乃代谢综合征发生的根本原因，而过度的饮食控制会加剧脾虚，导致体质量越控制越反弹，诱发血脂、血糖代谢紊乱<sup>[4]</sup>，因此，只有脾胃健运的节饮食下，才能有效减轻体质量，

改善心血管危险因素及预防反弹。

加味苓桂术甘汤，方以党参、茯苓健脾补气为君药，臣以白术、桂枝健脾燥湿利水，泽泻、茵陈、大黄利湿泻浊，甘草调和诸药，共奏健脾益气，祛湿泻浊之效，临床应用发现<sup>[5-6]</sup>，其能有效减轻饥饿所致倦怠乏力等，同时具有改善血脂、抗氧化应激等作用，联合热量限制，具有良好的减轻体质量、降低血压、改善血糖、血脂等作用，随着进一步研究发现<sup>[7]</sup>，采用加味苓桂术甘汤的中医限食疗法可以显著减轻脾虚痰湿证表现，改善患者耐饥饿能力，有效减轻体质量。

而本研究发现，该疗法能显著改善脾虚代谢综合征患者便溏、下肢浮肿、倦怠乏力、齿痕舌及厚腻苔等脾虚症状体征，有效降低脾虚症候积分。本研究发现，中医限食疗法不仅降低 TG、LDL-C、VLDL-C 水平，而且能升高 HDL-C 浓度，提示该疗法具有良好的抗动脉粥样硬化效果，其具体机制值得进一步研究。

综上所述，中医限食疗法能够改善脾虚证代谢综合征患者脾虚症候的作用，减轻体质量，降低血压，改善血脂等益处，该疗法是脾虚证代谢综合征患者控制体质量和降低心血管危险因素的一种有效治疗手段。

#### 〔参考文献〕

- (1) 孙洪平, 陈国芳, 曹雯, 等. 限食疗法对心血管疾病预防及治疗的研究进展 (J). 国际内分泌代谢杂志, 2014, 16(3): 172-175.
- (2) 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则 (M). 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 295-298.
- (3) 中国营养学会. 中国居民膳食指南 (2016) (M). 北京: 人民卫生出版社, 2016.
- (4) Ziaee V, Razaee M, Ahmadijad Z, et al. The changes of metabolic profile and weight during Ramadan fasting (J). Singapore Med J, 2006, 6(47): 409-414.
- (5) Zhang JJ, He XZ, Peng GS, et al. Effect of alternate-day-fasting combined with Lingguizhugan Decoction on blood lipid profiles of hyperlipidemic rats (J). Traditional Medicine Research, 2018, 3(3): 157-165.
- (6) 张俊杰, 黄颖娟, 柯斌, 等. 隔日禁食疗法联合苓桂术甘汤对高脂血症大鼠肝脏氧化应激实验研究 (J). 时珍国医国药, 2014, 24(25): 1786-1789.
- (7) 张俊杰, 孟君, 柯斌. 温阳补气联合左旋肉碱改善禁食期间痰湿证初探 (J). 西部中医药杂志, 2014, 16(27): 113-115.

〔文章编号〕 1007-0893(2022)10-0035-04

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2022.10.011

## 生脉饮合血府逐瘀汤对 NSCLC 患者血液高凝状态的影响

高红果 魏 娜

(南阳张仲景医院, 河南 南阳 473000)

〔摘要〕 **目的:** 探研究生脉饮合血府逐瘀汤加减对气虚血瘀型非小细胞肺癌 (NSCLC) 患者血管内皮生长因子、基质金属蛋白酶-9 及血液高凝状态的影响。**方法:** 选取 2018 年 6 月至 2019 年 1 月于南阳张仲景医院治疗的 NSCLC 患者 126 例, 随机分为两组, 各 63 例。对照组患者给予常规化疗方案, 观察组患者在对照组基础上同时加用生脉饮合血府逐瘀汤加减, 3 周为 1 个疗程, 均连续治疗 2 个疗程。评估比较组间临床疗效、不良反应、凝血功能指标、血管内皮生长因子、基质金属蛋白酶-9 水平、血清细胞角蛋白 19 片段 (CYERA21-1)、癌胚抗原 (CEA)、糖类抗原 125 (CA125)、神经元特异性烯醇化酶 (NSE) 水平。**结果:** 观察组患者临床总有效率高于对照组, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。两组患者治疗后血清血管内皮生长因子、基质金属蛋白酶-9 水平及血清 CYERA21-1、CEA、CA125、NSE 水平明显降低, 且观察组患者低于对照组, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。治疗后, 两组患者血清凝血酶原时间 (PT) 均延长, 纤维蛋白原 (FIB) 水平均降低, 且观察组患者 PT 水平高于对照组, FIB 水平低于对照组, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。观察组患者不良反应总发生率低于对照组, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。**结论:** 生脉饮合血府逐瘀汤加减可降低气虚血瘀型 NSCLC 患者血管内皮生长因子、基质金属蛋白酶-9 水平, 改善血液高凝状态, 减轻化疗毒副作用, 提升整体临床治疗效果。

〔关键词〕 非小细胞肺癌; 生脉饮; 血府逐瘀汤; 基质金属蛋白酶-9

〔中图分类号〕 R 734.2 〔文献标识码〕 B

〔收稿日期〕 2022-02-06

〔作者简介〕 高红果, 男, 主治医师, 主要从事肿瘤内科工作。