

· 指南 · 规范 · 共识 ·

浅表淋巴结结核中西医结合诊断与治疗指南

南京中医药大学附属南京市中西医结合医院 天津中医药大学第二附属医院
中国人民解放军总医院第八医学中心结核病医学部 中国中西医结合学会疡科专业委员会

【摘要】 制订高质量的指南不仅是提高医疗服务整体水平的重要手段,而且可以降低医疗成本和患者负担,进而促进医疗资源合理利用。中华医学会分别于 2005 年、2006 年出版了《临床诊疗指南:结核病分册》和《临床诊疗指南:外科学分册》,其中有淋巴结结核西医诊断与治疗指南,中华中医药学会于 2012 年出版的《中医外科常见病诊疗指南》中有瘰癧的中医诊断与治疗指南;2023 年中国防痨协会发布的《浅表淋巴结结核诊断与治疗专家共识》首次纳入中西医结合内容,但对中医辨证及外治技术规范着墨有限,尚难直接指导临床专科与基层医院的日常决策。近年来,浅表淋巴结结核诊断与治疗的研究证据不断涌现,尚缺乏浅表淋巴结结核中西医结合诊疗指南,因此,由南京中医药大学附属南京市中西医结合医院牵头、天津中医药大学第二附属医院、解放军总医院第八医学中心、中国中西医结合学会疡科专业委员会联合发起,组建多学科团队,采用 GRADE 方法,制订基于循证证据的《浅表淋巴结结核中西医结合诊断与治疗指南》。本指南对浅表淋巴结结核中西医结合临床诊疗实践做了原则性的提示,涵盖了该病的定义、诊断与分期分型、中医辨证等内容,突出中西医结合治疗的优势,同时纳入了特殊人群的诊治,旨在统一诊断标准、优化中西医结合治疗路径、改善患者结局。

【关键词】 瘰癧; 结核,淋巴结; 诊断; 治疗应用; 总结性报告(主题)

doi:10.19982/j.issn.1000-6621.20250509

【中图分类号】 R26; R263; R522

Guidelines for the diagnosis and treatment of superficial lymph node tuberculosis with integrated traditional Chinese and Western medicine Nanjing Integrated Traditional Chinese and Western Medicine Hospital Affiliated to Nanjing University of Chinese Medicine; The Second Affiliated Hospital of Tianjin University of Traditional Chinese Medicine; Senior Department of Tuberculosis, the 8th Medical Center of PLA General Hospital; the Ulcerology Committee of the Chinese Association of Integrative Medicine

Corresponding author: Niu Xiaohong, Email: niuxiaohongllk@163.com

【Abstract】 Developing high-quality clinical guidelines is not only essential for improving the overall standard of healthcare services but also crucial for reducing medical costs and patient burden, thereby promoting rational utilization of healthcare resources. The Chinese Medical Association published *Clinical Practice Guidelines: Tuberculosis* and *Clinical Practice Guidelines: Surgery* in 2005 and 2006, respectively, which included western medical diagnosis and treatment protocols for lymph node tuberculosis. The Chinese Association of Traditional Chinese Medicine issued *Guidelines for diagnosis and treatment of common surgical diseases in traditional Chinese medicine* in 2012, containing traditional Chinese medicine (TCM) diagnostic and therapeutic approaches for scrofula. In 2023, the Chinese Anti-tuberculosis Association released *Expert consensus on diagnosis and treatment of superficial lymph node tuberculosis*, marking the first time that integrated Chinese and Western medicine content was included. However, it provided limited details on TCM syndrome differentiation and standardized external treatment techniques, making it insufficient for guiding daily clinical decision-making in specialized departments and primary-level hospitals. In recent years, emerging research evidence on the diagnosis and treatment of superficial lymph node tuberculosis have accumulated, yet evidence-based guidelines integrating Chinese and Western medicine remain lacking. Therefore, led by Nanjing Integrated Traditional Chinese and Western Medicine Hospital Affiliated to Nanjing University of Chinese Medicine, and jointly initiated by the Second Affiliated Hospital of Tianjin University

基金项目: 钮晓红全国名老中医药专家传承工作室建设项目
(国中医药人教函〔2022〕75 号); 国家中医优势专科建设项目(国中
医药医政函〔2024〕90 号); 南京市卫生科技发展专项资金项目

(YKK20160); “十三五”国家科技重大专项(2018ZX10725-509)

通信作者: 钮晓红, Email: niuxiaohongllk@163.com

of Chinese Medicine, the Eighth Medical Center of the People's Liberation Army General Hospital, and the Ulcerology Committee of the Chinese Association of Integrative Medicine, a multidisciplinary team was established. Using the GRADE methodology, an evidence-based *Guidelines for the diagnosis and treatment of superficial lymph node tuberculosis with integrated Chinese and Western medicine* was developed. The guidelines provide principle-based recommendations for clinical practice, covering disease definition, diagnosis and staging, TCM syndrome differentiation, with highlights on the advantages of integrated therapy, and also include the diagnosis and treatment of special populations. It aims to standardize diagnostic criteria, optimize integrated treatment pathways, and improve patient outcomes.

【Key words】 Scrofula; Tuberculosis, lymph nodes; Diagnosis; Therapeutic application; Consensus development conferences as topic

【Fund program】 Niu Xiaohong National Master TCM Expert Inheritance Studio Construction Project (Guo Zhongyiyao Renjiao Han [2022] 75); National Project for the Construction of Advantageous Specialties in Traditional Chinese Medicine (Guo Zhong Yao Yi Zheng Han [2024] No. 90); Nanjing Health Science and Technology Development Special Fund Project (YKK20160); Project of the "National Science and Technology Major Project of the 13th Five-Year Plan" (2018ZX10725-509)

世界卫生组织(World Health Organization, WHO)年度最新报告显示,2024 年全球共有 1070 万例新发结核病患者,我国约 69.6 万例^[1]。浅表淋巴结结核(superficial lymph node tuberculosis, SLNT)约占结核病的 10%~25%^[2],误诊率达 20%,复发率为 8%~15%^[2]。

SLNT 是特异性感染性疾病。因结核分枝杆菌(*Mycobacterium tuberculosis*, MTB)侵入人体导致淋巴结及其周围软组织发生增生或肉芽肿性炎症的病理过程,病变可累及全身淋巴结,故亦被称作结核性淋巴结炎^[3-6]。发生于颈部、腋下、腹股沟等浅表区域的淋巴结,以体表肿块、脓肿、溃疡或潮热等为主要临床表现。深部淋巴结结核发生于胸腔、腹腔的淋巴结,虽然病因病理与 SLNT 相同,但由于发病部位不同,中医外治法及手术方案等有较大差别。本指南适用于仅 SLNT 的诊断与治疗。

SLNT 属于中医“瘰癧”^[7]范畴,古代文献中有“鼠瘻”^[7]、“马刀侠瘻”^[7]等名称。多因机体受痨瘵邪毒外袭,兼肝气郁结,脾运失健,导致局部痰浊凝滞,结块而肿,成核为患;进而郁而化热,热盛灼阴,津液暗耗,虚火妄生,肉腐成脓,脓溃成疮;病久腐肉瘀滞,脓水淋漓,耗气伤血,正气亏损,无力托毒外出,难以生新,则创面溃久不敛,或伴有低热、乏力、盗汗等全身症状^[8-10]。

目前,我国在 SLNT 的诊疗方面尚缺乏统一的指导性文件,在一定程度上影响了临床医师对于治疗方案的合理选择。为规范我国 SLNT 的诊断与治疗流程,提升临床诊疗水平,改善患者预后,降低疾病复发率,组织多学科专家团队,结合国内专家诊疗经验及国外最新相关文献资料^[11-15],共同制定了详尽的中西医结合诊断与治疗指南。

本指南已在国际实践指南注册与透明化平台(Practice Guideline Registration for Transparency, PREPARE)进行注册(注册号:PREPARE-2025CN1227)。

第一部分 指南制订方法

一、指南发起及委员会筹建

指南指导委员会由南京中医药大学附属南京市中西医结合医院钮晓红牵头,天津中医药大学第二附属医院、中国人民解放军总医院第八医学中心、中国中西医结合学会疡科专业委员会具有丰富指南制订经验的临床专家组建成立,北京中医药大学循证医学中心、中国医学科学院北京协和医院及南京中医药大学提供方法学支持。

二、指南工作组

指南制订委员会由指导委员会、共识专家组、秘书组、证据小组和外审专家组共同构成。(1)指南指导委员会主要职责是确定指南主题和范围、组建共识专家组和秘书组,并管理其利益声明、批准指南计划书、监督指南制订流程、审定全文,提供咨询和指导。利益冲突声明表由指导委员会成员评估和管理。(2)指南共识专家组由中西医外科、结核科及影像科、病理科等多学科 17 名专家组成。主要职责按照 PICO[研究对象(participants, P)、干预措施(intervention, I)、对照措施(control, C)和结局指标(outcome, O)]原则制定相关检索策略,指导秘书组完成证据收集和评价、证据分级和形成决策表;为推荐意见投票达成共识。(3)指南秘书组由 2 名专业人员组成。主要职责为调研临床 PICO 问题,起草指南计划书,详细记录指南制订全过程,协调指南制订相关事项,撰写指南全文并提交指导委员会审核。(4)指南证据评价组由 14 名接受过循证医学

相关培训的外科学(中医、西医、中西医结合)和结核病学专业人员构成,其主要职责是完成文献检索和证据分级,撰写证据总结表,与秘书组共同处理指南制订过程中与证据相关的问题。(5)指南外审专家组由未直接参加本指南制订的 7 名相关领域的专家组成,其职责主要是负责对形成的推荐意见进行审核,提出修改建议和意见。

本指南获得钮晓红全国名老中医药专家传承工作室建设经费支持,推荐意见未受资助影响。指南制订委员会成员均填写利益声明表,不存在利益冲突。

三、指南使用者和应用的目标人群

本指南适用于从事 SLNT 诊疗工作的中医、西医、中西医结合及相关专业的临床医师及研究人员。适用于中医、中西医结合、综合医疗机构的外科,诊疗 SLNT 不伴有传染性疾病的患者;传染病医疗机构或综合医疗机构传染科,诊疗 SLNT 并发传染性疾病的患者。不适用于妊娠期及哺乳期患者。

四、临床问题的调研和确定

秘书组成员针对国内外 SLNT 的相关文献及高质量系统评价进行分析,整理出临床问题清单,对指南专家组成员进行访谈,然后交由指南指导委员会成员讨论,形成一个初始临床问题列表。由秘书组成员通过电子邮件发送至指南共识专家组成员及 97 名疡科专业委员会专家进行问卷调查,其对临床问题的重要性按照 GRADE^[16] 方法进行评估打分。7~9 分表示对决策和推荐非常重要,4~6 分表示重要,1~3 分表示不太重要。最终纳入指南 16 个临床问题。

五、证据的检索

证据评价组按照 PICO 原则对临床问题解构,检索中国知网学术文献总库(CNKI)、万方数据库、维普期刊资源整合服务平台(VIP)、PubMed、Web of Science (WOS)数据库的中英文文献。

中文数据库检索式

#1:SU='淋巴结结核' OR SU='结核性淋巴结炎' OR SU='瘰癧' OR SU='鼠瘻' OR KY='淋巴结结核' OR KY='结核性淋巴结炎' OR KY='瘰癧' OR KY='鼠瘻' OR AB='淋巴结结核' OR AB='结核性淋巴结炎' OR AB='瘰癧' OR AB='鼠瘻'

#2:SU='中西医结合' OR SU='中医' OR SU='中药' OR KY='中西医结合' OR KY='中医' OR KY='中药' OR AB='中西医结合' OR AB='中医' OR AB='中药' OR AB='辨证论治'

#3:SU='指南' OR SU='共识' OR SU='系统评价' OR SU='系统综述' OR SU='Meta 分析' OR SU='荟萃分析' OR KY='指南' OR KY='共识' OR KY='系统评价' OR KY='系统综述' OR KY='Meta 分析' OR KY='荟萃分析'

#4: #1 AND #2 AND #3

检索时间及结果:从建库至 2025 年 9 月 11 日。语种限制为中文或英文,研究类型为系统评价、系统综述或荟萃分析、随机对照试验、队列研究、病例对照研究等文献。同时,对 SLNT 相关指南共识、纳入研究的参考文献等手动检索补充。

六、证据的评价和分级

采用 Cochrane 手册制定的标准对入选的随机对照研究等进行质量评价和分级。证据分类原则主要参照《中医临床实践指南概念、方法及应用》^[17]。此外,若单个随机对照试验判定为高风险,则证据级别降低一级。文献筛选和评价过程由两名评价员独立进行,若双方意见不一致,通过协商解决或第三方裁决。应用 GRADE 方法对证据质量和推荐强度进行分级,将证据质量分为高、中、低、极低 4 个等级(表 1、2)。

表 1 GRADE 系统推荐意见的强度等级

推荐强度	具体描述
强(1)	明确显示干预措施利大于弊
弱(2)	利弊不确定或无论质量高低的证据均显示利弊相当
GPS	基于非直接证据或专家意见、经验形成的推荐

注 GRADE:推荐意见的分级评估、制订和评价;GPS:良好实践声明

表 2 GRADE 系统证据质量等级与定义

证据级别	定义
高(A)	非常确信估计的效应值接近真实的效应值;进一步研究也不可能改变该估计效应值的可信度
中(B)	对估计的效应值确信程度中等:估计值有可能接近真实值,但仍存在二者不相同的可能性,进一步研究有可能改变该估计效应值的可信度
低(C)	对估计的效应值的可信度有限:估计值与真实值可能大不相同。进一步研究极有可能改变该估计效应值的可信度
极低(D)	对估计的效应值几乎没有信心:估计值与真实值很可能完全不同。对效应值任何估计都很不确定

注 GRADE:推荐意见的分级评估、制订和评价

在证据分级过程中,本指南考虑 5 个降级因素(偏倚风险、不一致性、间接性、不精确性及发表偏倚)和 3 个升级因素(大效应量、剂量-反应关系及负向混杂)。完成证据分级后,将通过证据总结表呈现

证据。基于非直接证据或专家意见、经验形成的推荐定义为良好实践声明(good practice statements, GPS)。

七、形成推荐意见

专家组基于证据小组提供的国内外证据总结表,同时考虑了 SLNT 患者的偏好与价值观、干预措施的成本、可及性等利弊平衡后,提出 17 条推荐意见。于 2025 年 9 月进行第 1 轮德尔菲推荐意见调查,邀请 24 名专家(9 名中医外科学专家,1 名中西医结合外科学专家,11 名结核病学专家,1 名病理学专家,1 名影像学专家,1 名感染疾病学专家)参加共识,24 名专家对推荐意见进行反馈,达成共识率 100%(同意率 $\geq 75\%$ 为达成共识)。于 2025 年 10 月进行第 2 轮德尔菲推荐意见调查,邀请 23 名专家(第 2 轮与第 1 轮为同一群专家,减少 1 名感染疾病学专家)参加共识,23 名专家对推荐意见进行反馈,达成共识率 100%(同意率 $\geq 75\%$ 为达成共识)。两轮德尔菲法推荐意见调查,前后共收集到 98 条反馈建议。指南共识专家组 17 名专家(9 名中医外科学专家,1 名中西医结合外科学专家,5 名结核病学专家,1 名病理学专家,1 名影像学专家),经过 2 轮面对面讨论,于 2025 年 11 月 21 日投票,应用 GRADE 网格计票法,形成最终推荐意见。“明显利大于弊”比例超过 75%时达成强推荐;“明显利大于弊”比例 $\leq 75\%$,但“明显利大于弊”与“可能利大于弊”比例之和超过 85%达成弱推荐。

本指南将在临床应用中进一步完善并及时更新。

第二部分 指南推荐意见及说明

一、辅助检查

临床问题 1:疑似 SLNT 的患者,需要做哪些辅助检查?

推荐意见 1:对于浅表淋巴结肿大或脓肿或皮肤溃疡的患者,首先推荐超声检查,分辨病灶的部位、大小、形态、结构(1B)。浅表淋巴结肿大患者行细针穿刺细胞学检查或淋巴结活检(1A);脓肿患者穿刺抽脓(1A);皮肤溃疡患者取局部溃疡组织(1A);并同时病理学检查、分子生物学检测、细菌学培养及药物敏感性试验,以提高诊断准确性和及时性(1A)。

推荐意见说明

1. 实验室检查:①细菌学检查:脓液或组织标本的分枝杆菌培养是 SLNT 确诊的重要依据。通过培养获得的菌株可用于后续的菌种鉴定、药物敏感

性试验、分子检测与分子分型等,但该方法存在生长缓慢和培养周期较长的缺点^[18]。②分子生物学检查:分子生物学相比传统培养方法明显缩短了检测时间,提高了敏感度和特异度,同时,可进行菌种鉴定和耐药基因检测,利于结核病的快速诊断和及时治疗。目前实验室常用方法包括实时荧光定量聚合酶链反应、线性探针分析以及恒温扩增技术等,主要靶标为 MTB 基因组中保守的管家基因(如 *rpoB*、*16s rRNA* 和 *IS6110*)。GeneXpert MTB/RIF 和 Xpert MTB/RIF Ultra 为 WHO 指南推荐的快速分子诊断^[19]检测方法。对于出现 SLNT 症状和体征的成人和青少年,建议优先使用低复杂度自动化核酸扩增技术对淋巴结抽吸液进行结核初始诊断,而非单纯依赖涂片镜检或培养^[20]。③免疫学检查:结核菌素皮肤试验(tuberculin skin test, TST)和 MTB 特异性抗原皮肤试验(*Mycobacterium tuberculosis* antigen-based skin tests, TBST)或结核特异性 γ -干扰素释放试验(interferon-gamma release assay, IGRAs)检测等,均可用于 MTB 感染检测,对于 SLNT 的辅助诊断具有参考价值。

2. 影像学检查:影像学检查有助于了解病灶侵袭范围、结构破坏程度及并发症。①超声检查:淋巴结大小不一,形态常呈圆形或类圆形,病程早期长径/短径(L/S) >2 、后期 L/S <2 多见。内部以低回声为主,伴皮质增厚及淋巴门破坏(线状/锯齿状)。特征性表现主要包括:中央无回声区(液化坏死)伴边缘环状低回声(结核性肉芽肿);点片状/团块状钙化(粗钙化 >2 mm 多见);包膜破溃致脓肿/窦道形成;淋巴结粘连融合。淋巴结血流分布以边缘型或乏血流型为主。超声具有无创、便捷、价廉等优点,可作为 SLNT 筛查与动态评估的首选方法^[21-24]。②X 线计算机体层摄影(computed tomography, CT)/核磁共振(magnetic resonance imaging, MRI)检查:可提供淋巴结病灶清晰的解剖学定位。其影像学特征反映结核不同阶段的病理变化,包括肉芽肿的形成、干酪样或液化坏死、纤维化及钙化等病理改变的出现和范围^[25]。CT 平扫及增强可以准确发现 SLNT 局部病灶,较为准确地判断病理分期,为临床选择合适的治疗方式提供依据^[26]。MRI 对颈部淋巴结结核诊断的准确性较 CT 高^[27]。也可选择现代图像分析处理的检查:拉曼图谱等。正电子发射计算机断层显像(positron emission tomography, PET)-CT 在常规诊断中较少选用。

3. 病理学检查:①淋巴结细针穿刺细胞学检查

(fine needle aspiration cytology, FNAC): 操作简便、创伤小、安全, 超声引导下穿刺可提高阳性率和诊断符合率^[28]。②淋巴结粗针穿刺或切除活检: 包括病理学诊断(常规病理学诊断、特殊染色、免疫组织化学染色)^[29]和分子病理学诊断。SLNT 病理学基本特征为渗出性、增生性和坏死性病变, 其中典型特征为肉芽肿伴干酪样坏死^[30]。常规病理结果提示结核病时, 分子病理学检测到 MTB 特异基因序列即可明确诊断^[31-32]。这两种检查方法在临床中应用广泛, 前者主要用于明确病变的组织学特征; 后者用于鉴定感染的分枝杆菌菌种, 以及评估耐药基因突变等, 为精准医疗提供依据。目前常用的分子病理学诊断技术主要有实时荧光定量 PCR、高分辨溶解曲线技术、基因芯片、质谱技术等^[33-34]。

证据概要 1: WHO 于 2024 年发布了《结核病整合指南模块 3: 诊断-结核病检测的快速诊断第 3 版》^[19]首次提出了应采用靶向基因组测序技术用于耐药结核病的快速诊断, 并推荐采用最新技术用于抗结核新药耐药性快速检测。WHO 推荐将 Xpert MTB/RIF 作为具有肺外结核症状和体征的成人和儿童的淋巴结抽取液、淋巴结活检组织标本的初始诊断检测。淋巴结活检组织等进行快速检测, 有利于肺外结核的诊断。中国研究型医院学会 2023 年发布的《结核病病理学诊断规范》^[31]建议, 若常规病理结果提示结核病时, 应进一步开展分子病理学检查。

二、疾病诊断

临床问题 2: SLNT 临床如何分期? 诊断要点有哪些? 金标准是什么?

推荐意见 2: SLNT 临床分为 3 期: 早期、中期、后期, 按病程发展分为 4 型: 结节型、浸润型、脓肿型及溃疡型。诊断要点分为 5 点, 具备①和③者为确诊病例; 具备①②⑤或①④⑤, 且诊断性抗结核治疗有效者, 为临床诊断患者。病原学证据是 SLNT 诊断的金标准(1A)。

推荐意见说明

1. 临床分期和分型: 早期: 单发或多发淋巴结肿大 $< 2\text{ cm}$, 一般无全身症状。中期: 多发淋巴结肿大融合成团, 形成寒性脓肿 $\geq 2\text{ cm}$, 少部分患者可出现低热、盗汗等症。后期: 破溃后流出含有豆渣样碎屑的稀薄脓液, 创面难以愈合, 部分患者伴有低热、盗汗、乏力、消瘦等症状^[35]。根据局部病变特点分型: 结节型、浸润型、脓肿型及溃疡型^[36]。

2. 诊断要点: ①有 SLNT 相关的症状及体征。

②有肺结核病史, 或胸部影像学检查发现结核病灶或陈旧性病灶, 或活动性肺结核患者密切接触史。③病原学证据: 细菌学检查阳性, 或病理学检查存在典型结核病病变, 或基因检测 MTB 复合群阳性是 SLNT 诊断的金标准。④影像学检查符合 SLNT 的相关表现。⑤免疫学检查提示 MTB 感染。

证据概要 2: 关于 SLNT 的诊断、分期等, 国内外相关指南或共识基本一致。《2025 WHO 综合指南: 结核病——诊断》^[20]、中华医学会主编的《临床诊疗指南: 外科学分册》^[35]和《临床诊疗指南: 结核病分册》^[36], 均明确提出了诊断要点, 应综合分析患者病史、症状、体征, 以及实验室、影像、病理检查, 以明确 SLNT 诊断, 并进行分期分型。

三、中医辨证

临床问题 3: SLNT 中医辨证的依据是什么? 临床主要有哪些证?

推荐意见 3: 依据国家中医药行业标准、全国中医药行业高等教育规划教材和创新教材进行中医辨证(1A)。SLNT 的中医辨证主要为气滞痰凝证、热郁肉腐证、阴虚火旺证、气血亏虚证(1A)。

推荐意见说明

气滞痰凝证

主症: 单枚或多枚肿块, 呈串珠状排列, 无明显疼痛。质地中等, 推之可动, 皮色不变, 皮温如常。

次症: 平素性情抑郁, 甚至多忧多虑, 暖气纳呆, 胸胁胀闷, 女性可伴有月经不调。

舌脉: 舌质淡红, 苔白腻; 脉弦滑或濡缓。

热郁肉腐证

主症: 肿块融合成团, 质地中等, 轻微波动感, 活动受限, 按之疼痛, 皮温稍高, 皮色微红。

次症: 性急易怒, 失眠多梦, 口干苦, 大便秘结, 小便短赤。

舌脉: 舌质红, 苔黄腻; 脉滑数。

阴虚火旺证

主症: 混合型肿块, 隐痛, 周边肿硬或脓肿部分破溃, 流出稀薄脓液, 夹有败絮状物, 周围皮肤暗红, 疮面久不愈合。

次症: 午后潮热, 盗汗, 心烦失眠, 口燥咽干, 小便短黄, 大便干结。

舌脉: 舌质红, 少苔; 脉细数。

气血亏虚证

主症: 病灶呈潜行性空腔, 形成窦道, 脓水稀薄淋漓, 疮周皮色暗红, 疮面久不愈合, 或愈后复发。

次症:体质羸弱,神疲乏力,面色苍白,气短懒言,语声低微。

舌脉:舌质淡,苔薄白;脉细弱。

证据概要 3:国家中医药管理局发布《中医病证诊断疗效标准》^[37]和中华中医药学会《中医外科常见病诊疗指南》^[38]、全国中医药行业高等教育“十四五”规划教材《中医外科学》^[39]、全国中医药行业高等教育“十三五”创新教材《中西医结合外科腺体病学》^[40]对 SLNT 的中医辨证比较统一,主要为气滞痰凝证、热郁肉腐证、阴虚火旺证、气血亏虚证^[40-41]。

四、治疗

临床问题 4:SLNT 中西医结合治疗原则是什么?

推荐意见 4:中西医结合治疗原则:以西医抗结核治疗为基础,中医辨证改善证候。辨证治疗以祛邪扶正,解决痰浊凝聚、阴虚火旺所致的临床问题。中医外治的切入点(早期消核、中期化腐、后期生肌):早期局部肿块予以箍围疗法、熏蒸疗法、超声药物导入法可以帮助解决肿块难以消散的临床问题;中期脓肿形成选择切开引流法、提脓祛腐法、灌注疗法、平胬通络法可以帮助解决结核性病灶脓腐组织难以祛除的临床问题;后期采用生肌收口法、垫棉疗法可以帮助解决结核性溃疡窦道难以愈合的临床问题(GPS)。

推荐意见说明

对于 SLNT 的治疗,应遵循“宜中则中,宜西则西或中西医结合优势互补”的原则。系统性、标准化抗结核治疗是 SLNT 的核心治疗措施。中医药及局部治疗方法均为辅助手段,不可替代标准抗结核治疗。SLNT 属于慢性疑难性疾病,单纯采用中医或西医治疗难以取得满意效果,而中西医结合治疗可以充分发挥中医和西医的优势,提高治疗效果,减轻不良反应。

临床问题 5:中成药或经典名方联合常规西药治疗能否提高疗效、改善临床症状?

推荐意见 5:对于 SLNT,强推荐内消瘰癧丸(片)联合常规西药抗结核治疗,能改善临床症状、促进淋巴结病灶吸收和显著提高有效率,且不增加不良反应风险,具有良好的有效性和安全性(1A);推荐猫爪草胶囊联合常规抗结核治疗,能提高临床有效率,显著降低复发率(1C);推荐瘰癧宁胶囊联合常规抗结核西药治疗,能显著提高临床有效率,显著降低中医证候积分,显著提升 CT 病灶直径阳性消失率(1B);对于 SLNT(脾胃虚弱证),弱推荐消癆膏联合常规抗结核治疗,能改善临床症状,显著降低

中医证候积分和胃肠道反应(2C)。

推荐意见说明

SLNT 常规西医治疗,以抗结核化学药物为基础治疗,须遵循早期、联合、适量、规律、全程的原则。分为敏感性 SLNT 治疗和耐药性 SLNT 治疗。

药物敏感性 SLNT 的化疗疗程通常比肺结核(pulmonary tuberculosis, PTB)长,建议至少 12 个月。强化期 3 个月异烟肼(isoniazid, INH, H)、利福平(rifampicin, RFP, R)、吡嗪酰胺(pyrazinamide, PZA, Z)和乙胺丁醇(ethambutol, EMB, E)(H-R-Z-E),巩固期 9~10 个月(H-R-E),即 3H-R-Z-E/9~10H-R-E。疗效欠佳时可适当延长疗程^[15, 42-46]。

耐多药和利福平耐药 SLNT 的治疗需要结核科、中医外科、影像科、检验科等多学科共同参与,才能明显提高其治愈率^[47-48]。

耐多药和利福平耐药 SLNT 的治疗原则应依据我国耐药结核病处理指南及 WHO 耐药结核病规划管理指南制定化疗方案,并根据药物敏感性试验结果进行个体化调整^[49-50]。

中医治疗遵循分期辨证原则,内治与外治相结合。内治在早期,以疏肝理气、化痰散结为治疗原则;中期脓肿形成后,采取滋阴降火、托毒透脓的疗法;进入后期,破溃流脓,耗气伤血,宜益气养血。针对窦道溃疡患者,需进行局部换药,根据创面腐肉、脓液、肉芽状况,分别采取解毒脱腐、活血祛瘀、补虚生肌^[51-57]等方法。在运用中医辨证治疗时,若处方中已包含某些药材,应注意避免同时使用含有相同药材的中成药,以防重复用药^[40, 58-60]。

中医辨证内治方药^[38-41]

气滞痰凝证

治疗原则:疏肝理气,化痰散结。

推荐方药:逍遥散(《太平惠民和剂局方》)合二陈汤(《太平惠民和剂局方》)加减。中成药:消瘰丸^[38-40]或内消瘰癧丸(片)^[41, 61]或猫爪草胶囊^[62-66]或瘰癧宁胶囊^[67-68]。

组成:柴胡 6~9 g,白芍 9~15 g,当归 9~15 g,茯苓 9~15 g,炒白术 9~15 g,半夏 6~9 g,陈皮 6~9 g,炙甘草 3~9 g。

加减:肝郁气滞较甚,加香附 6~10 g,郁金 5~12 g 以疏肝解郁;素体血虚者,加熟地黄 9~15 g 以养血;肝郁化火者,加丹皮 6~10 g,栀子 6~10 g 以清热凉血。若肿块偏硬者加煅牡蛎 15~30 g,猫爪草 15~30 g。

热郁肉腐证

治疗原则:清肝解郁,托毒透脓。

推荐方药:丹栀逍遥散(《薛氏医案》)合透脓散(《外科正宗》)加减。中成药:内消瘰疬丸(片)。

组成:柴胡 6~9 g,白芍 9~15 g,当归 9~15 g,炒白术 9~15 g,茯苓 9~15 g,夏枯草 9~15 g,丹皮 6~12 g,栀子 6~9 g,生黄芪 15~30 g,川芎 6~10 g,皂角刺 3~9 g,甘草 3~6 g。

加减:热盛者,局部红晕伴发热者,加金银花 6~15 g,野菊花 9~15 g 清热解毒;低热盗汗明显者,加玄参 9~15 g,胡黄连 6~12 g 清虚热。

阴虚火旺证

治疗原则:滋阴降火、托毒透脓。

推荐方药:知柏地黄汤(《医宗金鉴》)合清骨散(《证治准绳》)加减。中成药:知柏地黄丸^[39]。

组成:熟地黄 9~15 g,山茱萸肉 5~10 g,山药 10~15 g,丹皮 6~12 g,泽泻 6~12 g,茯苓 9~15 g,银柴胡 5~9 g,胡黄连 6~12 g,秦艽 3~9 g,鳖甲(先煎)10~30 g,地骨皮 9~15 g,青蒿 6~12 g,知母 6~12 g,甘草 3~6 g。

加减:盗汗甚者加浮小麦 15~30 g;疲乏无力者,加生黄芪 15~30 g,太子参 9~30 g 益气补托;脓水不畅者,加生黄芪 15~30 g,皂角刺 3~9 g 托毒溃脓。

气血亏虚证

治疗原则:益气养血。

推荐方药:香贝养荣汤(《医宗金鉴》)加减。中成药:消癆膏^[69]。

组成:炒白术 9~15 g,人参另煎 3~9 g,茯苓 9~15 g,陈皮 6~9 g,熟地黄 9~15 g,川芎 6~10 g,当归 9~12 g,浙贝母 6~12 g,香附 6~10 g,炒白芍 9~15 g,桔梗 3~9 g,甘草 3~6 g。

加减:脓水不尽者,加生黄芪 15~30 g,白及 6~15 g 益气健脾,托毒生肌;午后潮热者,加地骨皮 9~15 g,青蒿 6~12 g,鳖甲(先煎)10~30 g,丹皮 6~10 g;余毒未清,毒热再发,肿痛新起者,加连翘 6~15 g。

证据概要 5: 一项纳入 12 个随机对照试验(randomized controlled trial, RCT)研究 1002 例颈部淋巴结结核患者的 Meta 分析显示:内消瘰疬丸(片)联合常规西药抗结核治疗与常规西药抗结核治疗比较。在改善临床症状($MD=1.18, 95\%CI: 1.10 \sim 1.26, P<0.001$)、促进淋巴结病灶吸收($MD=1.17, 95\%CI: 1.08 \sim 1.28, P<0.001$)和显

著提高总有效率($MD=1.15, 95\%CI: 1.08 \sim 1.23, P<0.001$)方面优于单纯西药治疗,且未增加不良反应($MD=0.84, 95\%CI: 0.60 \sim 1.16, P=0.29$),具有良好的有效性和安全性^[61]。

一项纳入 534 例颈部淋巴结结核患者的 5 个 RCT 研究显示:猫爪草胶囊联合抗结核药物治疗颈部淋巴结结核,与单纯西医抗结核治疗比较,在提高有效率($RR=1.07, 95\%CI: 1.01 \sim 1.13$)方面有优势,其中 280 例颈部淋巴结结核患者的 3 个 RCT 研究显示:在显著降低复发率($RR=0.11, 95\%CI: 0.02 \sim 0.56$)方面显出优势^[62-66]。

一项纳入 390 例淋巴结结核患者的 2 个 RCT 研究显示:瘰疬宁胶囊联合常规抗结核西药治疗淋巴结结核,优于单纯西医抗结核治疗,能显著提高临床有效率($RR=1.26, 95\%CI: 1.16 \sim 1.37$),显著降低中医证候积分($MD=-15.00, 95\%CI: -15.52 \sim -14.48$),显著提升 CT 病灶直径阳性消失率($RR=1.26, 95\%CI: 1.10 \sim 1.44$)^[67-68]。

一项纳入 72 例淋巴结结核患者的 RCT 研究显示:消癆膏联合抗结核治疗淋巴结结核(脾胃虚弱证)患者优于单纯西医抗结核治疗,能提高疗效($RR=1.17, 95\%CI: 1.00 \sim 1.36$),可显著降低中医证候积分($MD=-7.93, 95\%CI: -8.87 \sim -6.99$),减轻药物不良反应,降低胃肠道反应($RR=0.16, 95\%CI: 0.07 \sim 0.37$)^[69],但因研究数量较少,这一结论尚需进一步证实。

临床问题 6: 中医外治法联合常规抗结核治疗 SLNT,对临床有效率、局部病灶有何作用?

推荐意见 6: 对于颈部淋巴结结核(结节型),强推荐化痰解凝超声导入联合常规西药抗结核治疗,可显著提升临床有效率,降低中医证候积分和淋巴结横径(1C);对于 SLNT(阴虚火旺证),推荐滋阴降火糊超声电导透入协同西药四联抗结核治疗,可显著提升临床有效率,降低中医证候积分和淋巴结中局部 MTB(2C)。

推荐意见说明

中医外治法及外用药^[70-72]临床应用原则:早期消核散结,中期化腐清瘀,后期生肌收口^[51,73]。

箍围疗法

适应证:瘰疬各期。

操作方法:可分为箍围法和贴敷法,用于未溃者,采用贴敷法将药物制成膏状,均匀涂抹于纱布上,约一元钱硬币厚度,以局部病灶为中心覆盖纱布,敷药的范围应超过病灶肿势范围 1~2 cm,并保

持药物湿润,每日贴敷 6~8 h。若病灶已化脓或溃破后余肿未消,采用箍围法,将药膏敷于病灶四周,避开破溃区域。

推荐方药:气滞痰凝证可选用阳和解凝膏^[39]或化痰解凝糊^[74-75];热郁肉腐证可选用如意金黄散^[76];阴虚火旺证选用滋阴降火糊^[77]。

熏蒸疗法

适应证:瘰癧早期、中期未溃者。

操作方法:患者取坐位,充分暴露治疗部位,垫好治疗巾。熏蒸仪中放入 200 ml 药液及 800 ml 热水,温度维持在 50℃左右为宜。调整蒸汽喷口与皮肤之间距离为 25~30 cm,对患处直接喷雾,每日 30 min。

推荐方药:气滞痰凝证可选用大黄、白芷、玄参、僵蚕、木香、丹参、赤芍、白蔹等;热郁肉腐证可选用生地、玄参、麦冬、当归、川芎、皂角刺、甘草等;阴虚火旺证可选用黄柏、知母、地骨皮、丁香、乳香、没药、乌梅、丹皮、熟地等^[78]。

超声导入法

适应证:瘰癧早期或中期脓未成熟者。

操作方法:采用超声治疗仪,安装贴片和凝胶片,取中药药糊(2 ml)注入凝胶内,将治疗头连同中药凝胶片释药面黏固于患者颈部两侧肿块位置,若为一侧肿块,另一凝胶片则黏固于肿块同侧曲池穴上,用弹力带或胶布将两只治疗头固定好。接通电源,输出功率:30 W,调制频率:100±5 HZ,调幅度:100%,按工作键开始治疗。每次 20 min,治疗结束关闭电源,拿下治疗头,去除患者皮肤上的凝胶片^[78]。

推荐方药:初期可选用阳和解凝膏或化痰解凝糊;中期选用如意金黄散或滋阴降火糊。

切开引流法

适应证:瘰癧中期抗结核治疗 2 周以上,脓肿成熟局部有波动感或应指感,皮色转黯红,范围有扩大趋势的患者。

操作方法:依据患者脓肿位置取仰卧位或侧卧位,充分暴露脓肿部位,用 0.5%碘伏消毒皮肤,局部浸润麻醉。在脓肿最低位或脓肿波动感最明显处沿皮纹方向取切口,切开脓腔后以负压吸引管吸净脓液,脓腔内探查是否有败絮状组织,若脓肿病灶有分隔处应作钝性打开。用刮匙搔刮脓腔壁及基底部,清除败絮样坏死组织,以疮面少许新鲜渗血为宜,避免过度搔刮损伤正常组织。创面彻底止血,冲洗干净后,用无菌凡士林油纱条填塞脓腔,次日更换油纱条,后期依据渗出多少决定换药频次,渗出较多

时每日换药 1 次;约 2 周后渗出减少,可 2~3 d 换药 1 次^[79]。

提脓祛腐法

适应证:瘰癧后期,创面腐肉较多,难以自行脱落,且肉芽苍白疏松或脓肿溃后脓水淋漓不尽的患者。

操作方法:创面进行清创,尽可能祛除腐肉和坏死组织,使用具有祛腐提脓作用的中药丹剂均匀掺于油纱条,将掺药油纱条塞入窦道内,使药物与病灶充分接触起到祛腐的作用,纱条不能填塞过多过紧,以免脓液滞留。若脓水稀薄,腐肉未脱时,选择含丹药比例较高的丹剂,每日换药 1 次;脓水稠厚,肉芽新鲜板实,选择含丹药比例较低的丹剂,隔日换药 1 次;或根据创面深度和宽度剪裁泽及流浸膏纳米材料,填塞进窦道内,松紧适宜,隔日换药 1 次。腐肉会逐渐脱落,同时新肉芽组织生长。每次换药时进行适当的搔刮,以清除脓腔内残余的腐肉和败絮样坏死组织,促进创面的愈合。换药频次可根据创面的脓液腐肉情况灵活调整,直至创面完全愈合。

推荐方药:后期溃疡疮面外用七三丹或八二丹^[39,54],泽及流浸膏纳米材料^[80]填塞窦道。

灌注疗法

适应证:瘰癧后期,创面较深,或存有多数分支,换药时难以直达深部创面的患者。

操作方法:用 10 ml 注射器抽取中药泽及流浸膏或水煎剂或油剂 5 ml(注入的药液量,可根据窦道宽度、深度,分支多少,适当加减),加压注入窦道内,观察 5 min 让药液充分吸收。剩余 1 ml 药液浸湿纱条或棉片填塞窦道,并留取约 2~3 cm 纱条在窦口外引流,可隔日换药 1 次。将深层的脓液及坏死物质向外引流,利于创面的愈合^[40,78]。换药过程中,需注意观察疮面肉芽情况,若肉芽色泽新鲜致密,脓液黏稠如丝,提示提脓彻底,可考虑渐行收口;若肉芽色白疏松外翻,脓液清稀,则提示脓毒未清,腐肉未净,不可急于收口,以防假性愈合。

推荐方药:中、后期可选用中药:泽漆、猫爪草、白及等组成的泽及流浸膏^[81]或水煎剂或大蒜洋葱油^[40,78]。

平胥通络法

适应证:瘰癧后期,胥肉形成,妨碍创面愈合的患者。

操作方法:将平胥丹直接撒于创面,再以油纱条外敷,或将平胥丹按每次 1.5 mg/cm² 的剂量,均匀地布撒于凡士林油纱布条上(纱布大小视病灶深浅宽窄剪裁),然后将其置入病灶空腔内。覆盖无菌纱

布 4~6 层,医用胶布固定。隔日换药 1 次^[78]。

推荐方药:中、后期可选用平胥丹^[40,78]。

生肌收口法

适应证:瘰癧后期,脓腐已尽或将尽,肉芽坚实红润或肉芽生长迟缓者。

操作方法:油膏:如生肌散,生肌玉红膏均匀涂抹于无菌纱布放置入无菌罐备用,使用时,根据窦道、创面深浅、宽窄剪裁适当,填塞窦道或创面,压实不留空腔,以免形成假性愈合。覆盖无菌纱布 2~4 层,医用胶布固定,每次更换探查肉芽生长情况或窦道、创面闭合情况。隔日换药 1 次至完全收口^[39]。

推荐方药:生肌散^[40,78],生肌玉红膏^[39,54]。

垫棉疗法

适应证:适用于瘰癧溃疡腐肉已脱,脓水已尽,创面较大或脓肿清除后皮肉不能黏合者。

操作方法:用棉花或纱布垫衬在疮口下方空隙处皮肤,创面局部加压,并用宽绷带固定。溃疡空腔的皮肤与新肉一时不能黏合者,可将棉垫按空腔的范围稍为放大,满垫在疮口外,再用绷带绷紧。具体应用时,需根据不同部位在垫棉后采用不同的绷带予以加压固定,避免脓液下袋滞留,或使较大的脓腔里的皮与肉黏合^[39,78]。

证据概要 6:一项纳入 390 例结节型淋巴结核患者的 2 个 RCT 研究显示:化痰解凝糊超声导入联合常规抗结核治疗结节型淋巴结核,相较常规抗结核治疗,可显著提升临床有效率($RR=1.78$, $95\%CI:1.39\sim2.28$),降低中医证候积分($MD=-2.94$, $95\%CI:-3.29\sim-2.59$),可以有效缩小肿大淋巴结横径($MD=-5.45$, $95\%CI:-7.75\sim-3.15$)^[74-75]。

一项纳入 156 例 SLNT(阴虚火旺证)患者的 RCT 研究显示:中药滋阴降火糊超声电导透入协同化疗药物治疗淋巴结核(阴虚火旺证)相较利福平超声导入联合常规抗结核治疗,在显著提升临床有效率($RR=1.27$, $95\%CI:1.09\sim1.48$),降低中医证候积分($MD=-5.33$, $95\%CI:-6.07\sim-4.59$)增强局部抗结核作用,减少淋巴结中 MTB($MD=-11.47$, $95\%CI:-12.69\sim-10.25$)方面有优势^[77]。

临床问题 7:SLNT 局部病灶若久不愈合,采用中西医结合治疗与单纯西医治疗比较能否促进愈合?

推荐意见 7:对于 SLNT 形成结核性创面(阴虚火旺证),推荐外用泽及流浸膏纳米材料+基础治疗(抗结核西药),可显著提高临床治疗有效率,中药的

功效可能通过纳米材料的缓释及降解作用得以充分发挥,促进结核性创面的愈合(2C);对于溃疡型淋巴结核(气血两虚证),推荐在常规抗结核治疗基础上予复方五凤草液外用治疗,能显著提高临床有效率,降低局部体征积分(2C)。

证据概要 7:一项纳入 61 例 SLNT 形成结核性创面(阴虚火旺证)患者的 RCT 研究显示:泽及流浸膏纳米材料填塞创面联合西药抗结核治疗,相较常规抗结核治疗,可显著提高临床治疗有效率($RR=1.53$, $95\%CI:1.16\sim2.02$),促进结核性创面的愈合^[80]。

一项纳入 60 例溃疡型 SLNT(气血两虚证)患者的 RCT 研究显示:外用复方五凤草液治疗联合基础治疗,相较康复新液联合基础治疗,可显著提高临床有效率($RR=1.33$, $95\%CI:1.04\sim1.72$),降低局部体征积分($MD=-6.69$, $95\%CI:-8.07\sim-5.31$)^[82]。

一项纳入 210 例 SLNT 形成寒性脓肿或窦道患者的非 RCT 研究显示:拔毒 I 号丹外用+基础治疗,相较链霉素粉外用联合基础治疗,可显著提高临床治疗有效率($RR=2.32$, $95\%CI:1.86\sim2.89$)^[83]。

临床问题 8:SLNT 经中西医结合治疗后未愈者是否需要手术?手术方式和手术时机需要选择吗?

推荐意见 8:手术不作为 SLNT 的常规治疗手段,当全身治疗和局部治疗 2 周以上,淋巴结核病灶直径 $>2\text{ cm}$,可考虑手术(1B)。但手术可能出现并发症,应严格掌握手术适应证,精心选择手术方式和手术时机,手术需谨慎(1B)。

推荐意见说明

经规范的中西医结合抗结核治疗 2 周以上,仍有以下情况者可考虑手术治疗:①局部淋巴结直径 $>2\text{ cm}$,彩超、CT 显示淋巴结内有液化或者坏死病变;②淋巴结融合成团,病灶累及肌肉皮肤,伴有脓肿;③窦道形成,其深部有病变淋巴结,虽经换药,仍久治不愈,需手术切除;④伴有邻近血管、神经、淋巴管损伤,需尽早手术干预;⑤经过规范保守治疗后局部病灶无变化者或抗结核药物耐药者^[84];⑥影响美观,患者有美容要求者。(1)手术目的:旨在清除所有病变淋巴结及受累的脂肪肌肉结缔组织等,力保切口一期愈合。(2)手术方式:对 SLNT 结节型采用区域性切除术,浸润型及脓肿型采用结核性病灶广泛清除术,窦道型采用窦道扩大切除术;病灶切除

后视创面大小、创面基底深度等,选择扩创引流技术;创基,微环境营造技术;创面修复技术、减张缝合甚至植皮术、皮瓣或肌皮瓣修复术;若创面感染严重,坏死组织难以清除,早期可联合封闭式负压引流术等。(3)术前注意事项:①手术时机的确立:手术时机的择定尤为重要,包括术前充分的基础抗结核治疗以及 CT、MRI 等影像学资料的术前评估,力争切口一期愈合;在清除病灶的同时,需最大程度保护重要解剖的完整性,以规避术后并发症;②手术方式的选择:不同分期的 SLNT 需根据其病灶的范围,受累淋巴结的程度采取对应的手术方式,有助于彻底清除病灶及周围卫星灶,防止病变残存引起复发;③手术切口的设计:部分 SLNT 患者寒性脓肿范围大,皮肤坏死,形成较大创面;另有患者脓肿破溃后出现多个窦道口,形成多处散在皮损,手术过程中在清除病灶的同时需完成对创面、皮损的修复^[85-88]。

手术留取组织除行组织病理学外,建议行细菌学检查,根据其结果进行药物敏感性试验(drug sensitivity test, DST);包括表型 DST 和基因型 DST,对制定化疗方案有益。因为 SLNT 本身即是肺外结核病的一种,局部淋巴结的结核病灶可能通过淋巴液和血液扩散至全身其他部位,因此术后中西医结合抗结核治疗与术前同样重要,需继续巩固治疗完成疗程。

SLNT 创面愈合后,可能遗留不同程度的瘢痕组织,需予以综合抗瘢痕及抗色素治疗,若增生明显,甚至引发挛缩畸形等功能性障碍,可采取手术治疗^[89-91]。耐药患者参照我国耐药结核病处理指南^[49-50]。

证据概要 8: 一项纳入 308 例颈部淋巴结结核患者的 3 个 RCT 研究显示:功能性颈部淋巴结清扫术,相较颈部淋巴结结核病灶清除术,可显著降低复发率 $[RR=0.15, 95\%CI: 0.05\sim0.41]^{[92-94]}$ 。

一项纳入 60 例淋巴结结核窦道患者的 RCT 研

究显示:切开疗法相较拖线疗法,可显著降低局部体征积分 $[MD=-7.81, 95\%CI: -9.46\sim-6.16]$,显著缩短窦道愈合时间 $[MD=-11.57, 95\%CI: -19.50\sim-3.64]^{[79]}$ 。

《浅表淋巴结结核的诊断与治疗专家共识(2023 年版)》^[15]建议:手术不作为 SLNT 的常规治疗手段,当全身治疗和局部治疗后淋巴结结核病灶不能完全消失时,如难治性(耐药)、复发性患者可考虑手术。但手术可能出现并发症,应严格掌握手术适应证,精心选择手术方式及手术时机,手术应慎重。

五、特殊人群诊断与治疗

临床问题 9: 儿童及青少年 SLNT 有哪些特殊性? 采用中西医结合治疗在哪些方面有优势?

推荐意见 9: 对于儿童和青少年药物敏感 SLNT, 推荐 2H-R-Z(E)/4H-R 方案,包括强化期 H-R-Z(E) 2 个月,继续期 H-R 4 个月,总疗程为 6 个月。未达到治愈标准时可酌情延长强化期或继续期(最长 3 个月)(GPS);弱推荐消癆膏联合常规抗结核西药治疗,可显著提升临床有效率,降低不良反应(2C)。

推荐意见说明

儿童:年龄 <10 岁,其中,新生儿指出生后 0~28 d,婴儿指 <1 岁。青少年指年龄 10~18 岁。儿童处于生长发育的阶段,应注意休息、加强营养。

儿童和青少年药物敏感性结核病应用 WHO 推荐方案 2H-R-Z(E)/4H-R^[95](化学治疗药物使用剂量^[96]见表 3)。SLNT 在疗程结束时均需进行疗效评估,并依据患儿病情实际状况停药或进行方案调整。当达到治愈标准时即可停药,否则需延长继续期治疗时间(最长 3 个月)。在治疗延长之前,需排除患儿是否患有耐药结核病和结核病以外的其他疾病^[96-100]。服用异烟肼治疗时应补充维生素 B₆,以降低周围神经病变风险^[96]。

儿童 SLNT 病机为脏腑娇嫩,脾肺不足;痰火

表 3 儿童和青少年药物敏感结核病化学治疗药物使用剂量

药物	平均剂量 (mg·kg ⁻¹ ·d ⁻¹)	每日给药范围 (mg/kg)	每日最大剂量 (mg)	给药方式 (1 次/d)
异烟肼	10	10~15 ^a	300	口服或静脉(建议首选口服)
利福平	15	10~20	体质量 <50 kg, 450 体质量 ≥ 50 kg, 600	口服或静脉(建议首选口服)
吡嗪酰胺	35	30~40	1500~1600	口服
乙胺丁醇	20	15~25	体质量 <50 kg, 750 体质量 ≥ 50 kg, 1000	口服

注^a:建议在年幼儿童中使用推荐剂量的上限,在年长儿童中使用推荐剂量的下限,当体质量达到 25 kg 时采用成人剂量进行治疗

瘀结,正虚毒恋。中医药治疗多从扶正角度辨证施治,尤重外治,扶正即调节患儿机体免疫状态,内服中药益气健脾,正气旺则邪易祛。儿童 SLNT 选方用药需轻灵,多用黄芪、党参、山药、茯苓、黄精、贝母等^[101]。

证据概要 9:《儿童和青少年药物敏感结核病化学治疗专家共识(2024 年版)》^[96]建议,儿童和青少年药物敏感 SLNT 规范治疗原则与成年人相同。病变早期细菌生长迅速、代谢活跃,抗结核药物易发挥作用;联合用药主要针对不同代谢状态的细菌,增强疗效,同时进一步防止耐药性的产生;选择适量的剂量,使患儿在可以耐受抗结核药的情况下,发挥最大的杀菌或抑菌作用而药物不良反应可以耐受;不随意中断治疗,坚持规律、全程用药,消灭病灶中持留菌,防止复发。治疗方案 2H-R-Z(E)/4H-R 包括强化期 H-R-Z(E)2 个月,继续期 H-R 4 个月,总疗程为 6 个月。在治疗过程中需根据患儿体质量变化及时调整药物剂量,一般每月评估 1 次。疗程结束时均需进行疗效评估,未达到治愈标准时可酌情延长强化期或继续期(最长 3 个月)。

一项纳入 60 例儿童 SLNT 患者的 RCT 研究显示:消痈膏联合常规抗结核治疗相较常规抗结核治疗,可显著提升临床治疗有效率($RR=1.32$, $95\%CI:1.05\sim1.65$),降低不良反应($RR=0.15$, $95\%CI:0.06\sim0.39$)^[101]。

临床问题 10:老年 SLNT 采用中西医结合治疗与单纯西医治疗比较能否提高临床有效率?

推荐意见 10:对于老年 PTB 并发颈部淋巴结结核,推荐结核丸联合常规抗结核方案,可显著提高临床有效率,痰菌转阴率和空洞改变情况(闭合),显著降低 TNF- α 和 IL-6(2C)。

推荐意见说明

根据年龄,可将老年人分为:60~69 岁为低龄老年人,70~79 岁为中龄老年人,80 岁以上为高龄老年人。建议根据年龄分层推荐不同治疗方案。老年人群肿瘤发病率较高,需及时进行病理或分子生物学检测明确诊断。老年人随着年龄增长,脏器功能出现不同程度生理性衰退,影响药物的吸收、分布、排泄,药物在体内代谢复杂,血药浓度不同于非老年患者。不良反应发生率高于非老年患者^[102]。应按年龄分层、肝功能、肌酐清除率等制定个体化治疗方案,利福平敏感但不能耐受利福平或出现肝损伤风险高的老年结核病患者可应用利福喷丁替代利福平,对高龄老年利福平敏感患者避免使用链霉素,

慎重使用吡嗪酰胺^[103]。必要时根据肌酐清除率给药或减量给药。氨基糖苷类、卷曲霉素、利福布汀、利福喷丁、吡嗪酰胺、乙胺丁醇、左氧氟沙星等,需要根据肌酐清除率减量或延长给药间隔,WHO 建议当肌酐清除率 $<30\text{ ml/min}$ 时,乙胺丁醇、吡嗪酰胺每周 3 次给药^[103-104]。

中医药治疗以“扶正托毒、化痰散结、生肌敛疮”为核心,兼顾老年“脾肾两虚、瘀毒成脓”特点^[105]。选方用药以健脾补肾、益气活血为主,选用熟地黄、人参、黄芪、党参、黄精、丹参、当归、川芎等,与抗结核西药同用起到减毒增效的作用^[102,106]。

证据概要 10:结核丸联合常规抗结核治疗相较常规抗结核治疗,一项纳入 103 例老年 PTB 合并颈部淋巴结结核患者的 RCT 研究显示:可显著提高淋巴结结核治疗有效率($RR=1.37$, $95\%CI:1.09\sim1.71$)^[106]。另一项纳入 205 例老年 PTB 合并颈部淋巴结结核患者的 2 个 RCT 研究显示:可显著提高治疗 PTB 有效率 $[RR=1.20, 95\%CI:1.08\sim1.34]$ 、痰菌阴转率($RR=1.17, 95\%CI:1.06\sim1.28$)、促进空洞改变($RR=1.94, 95\%CI:1.27\sim2.95$),显著降低 TNF- α ($MD=-3.63, 95\%CI:-4.68\sim-2.57$)和 IL-6($MD=-8.84, 95\%CI:-10.56\sim-7.13$)^[106-107]。

临床问题 11:SLNT 与慢性肾脏病(chronic kidney disease,CKD)共病(SLNT-CKD),怎样制定抗结核治疗方案?

推荐意见 11:对于 SLNT-CKD,应尽量选择经肝脏、肝肾双通道或者肝肾之外代谢通路的药物;具明显肾脏毒性,且主要经肾脏代谢的药物应避免使用。对于单纯肾小球滤过率(glomerular filtration rate,GFR)轻度下降($60\sim89\text{ ml}\cdot\text{min}^{-1}\cdot1.73\text{ m}^{-2}$)的 CKD 患者,无需降低抗结核药物剂量;对于 GFR 降低明显的 CKD 患者,主要为 CKD 3b、4~5 期以及接受透析的群体,抗结核治疗方案必须要根据 GFR 进行调整(GPS)。

推荐意见说明

CKD 是指各种原因引起的肾损伤或肾功能下降超过 3 个月,包括出现肾脏损伤标志(白蛋白尿、尿沉渣异常、肾小管相关疾病、组织学检查异常及影像学检查异常)或有肾移植病史,伴或不伴肾小球滤过率 GFR 下降,或不明原因的 GFR 下降($GFR<60\text{ ml}\cdot\text{min}^{-1}\cdot1.73\text{ m}^{-2}$)超过 3 个月^[108]。SLNT-CKD 表现在淋巴结病变占 20.0%^[109-110]。

诊断:SLNT-CKD 诊断需同时符合两者诊断标

准。改善全球肾脏病预后组织 (Kidney Disease: Improving Global Outcomes, KDIGO) 发布的《KDIGO 2024 慢性肾脏病评估与管理临床实践指南》^[111] 根据 GFR 将 CKD 分为 5 期: 1 期 GFR 正常或 $\geq 90 \text{ ml} \cdot \text{min}^{-1} \cdot 1.73 \text{ m}^{-2}$; 2 期 GFR $60 \sim 89 \text{ ml} \cdot \text{min}^{-1} \cdot 1.73 \text{ m}^{-2}$; 3a 期 GFR $45 \sim 59 \text{ ml} \cdot \text{min}^{-1} \cdot 1.73 \text{ m}^{-2}$; 3b 期 GFR $30 \sim 44 \text{ ml} \cdot \text{min}^{-1} \cdot 1.73 \text{ m}^{-2}$; 4 期 GFR $15 \sim 29 \text{ ml} \cdot \text{min}^{-1} \cdot 1.73 \text{ m}^{-2}$; 5 期 GFR $< 15 \text{ ml} \cdot \text{min}^{-1} \cdot 1.73 \text{ m}^{-2}$ 或透析。慢性肾衰竭 (chronic renal failure, CRF) 是指 CKD 引起的 GFR 下降及与此相关的代谢紊乱和临床症状组成的综合征, 主要为 CKD 4~5 期及一部分 3b 期的群体^[111]。

治疗原则: 对于 CKD 在 1 期、2 期的患者, 抗结核治疗方案应按照国家抗结核治疗的规范和指南进行, 单纯 GFR 轻度下降的患者, 无需降低抗结核药物剂量; 对于 GFR 降低明显的 CKD 患者, 主要为 CKD3b、4~5 期以及接受透析的群体, 抗结核治疗方案必须要根据 GFR 进行调整^[112-114], 应尽量选择经肝脏、肝肾双通道或者肝肾之外代谢通路的药物; 具明显肾脏毒性, 且主要经肾脏代谢的药物应避免使用^[113]。

证据概要 11:《慢性肾脏病合并结核病的治疗专家共识(2022 版)》^[113] 建议: GFR $< 30 \text{ ml} \cdot \text{min}^{-1} \cdot 1.73 \text{ m}^{-2}$ 时的抗结核治疗方案推荐: 初治 SLNT: 2H-R-Z₃-E₃/4H-R; 复治 SLNT: 3H-R-Z₃-E₃ (Lfx₃/Mfx)/6H-R-E₃ (L-fx₃/Mfx); 初治及复治 SLNT, 疗程可延至 12 个月甚至更长。可以使用德拉马尼、贝达喹啉, 需密切观察^[113-114]。

一项纳入 28 例 SLNT-CKD 患者的回顾性观察性研究显示: 内服内消瘰癧片联合抗结核药物治疗 SLNT-CKD 可提高临床有效率^[115]。

临床问题 12: SLNT 与糖尿病 (diabetes Mellitus, DM) 共病 (SLNT-DM), 治疗怎样选择降糖药物? 中药联合抗结核及降糖治疗有哪些优势?

推荐意见 12: 对于 SLNT-DM, 发生药物不良反应的概率高于普通结核病患者, 且治疗失败率较高。因两类药物叠加作用发生的不良反应, 原则上应优先保留抗结核药物, 考虑调整降糖药物。胰岛素 (insulin, INS) 基本不受异烟肼或利福霉素类抗结核药物的影响, 可按常规剂量使用, 因而 INS 是首选的降糖药物之一。需根据糖尿病并发症的发生情况制定个体化治疗方案 (GPS); 弱推荐猫爪草胶囊联合抗结核及皮下注射 INS 控制血糖治疗方案 (2C)。

推荐意见说明

糖尿病是因 INS 绝对或相对分泌不足和 (或) INS 利用障碍引起的以高血糖为特征的代谢性疾病, 当人体内长期存在高血糖, 会导致心脏、血管、眼、肾、神经等慢性损害及功能障碍^[116]。糖尿病分类: 主要分为 1 型糖尿病 (T1DM) 和 2 型糖尿病 (T2DM), 其他特殊类型糖尿病与妊娠期糖尿病均少见^[117]。

诊断: SLNT-DM 诊断需同时符合两者诊断标准。糖尿病诊断参考 1999 年 WHO 的糖尿病诊断标准, 2011 年 WHO 及《中国 2 型糖尿病防治指南》(2020 年版) 均提出在严格质量控制的实验室, 测定的标准化糖化血红蛋白 (HbA1c) 可以作为糖尿病补充诊断标准。具体诊断标准如下: 典型糖尿病症状: 多尿、烦渴多饮、多食、不明原因体质量减轻, 加上空腹血糖值 $\geq 7.0 \text{ mmol/L}$ (126 mg/dl), 和 (或) 随机血糖值 $\geq 11.1 \text{ mmol/L}$ (200 mg/dl), 和 (或) 口服葡萄糖耐量实验 (OGTT) 2 h 血糖值 $\geq 11.1 \text{ mmol/L}$ (200 mg/dl), 和 (或) HbA1c $\geq 6.5\%$ ^[118-120]。

治疗: 糖尿病会影响 SLNT 的治疗效果, 甚至可能恶化病情。糖尿病病程 ≥ 5 年以上容易出现周围神经、视网膜、视神经、肾脏等慢性并发症, 应避免使用引起不良反应及加剧并发症的药物, 如异烟肼、利福平、吡嗪酰胺等抗结核药物与口服降糖药物联用可能出现肝损害不良反应; 异烟肼与磺脲类药物同时使用可能导致磺脲类药物的代谢减慢, 增加其暴露时间和发生低血糖的风险, 尤其是在老年人和慢性肾功能衰竭患者中应该引起警惕; 二甲双胍和抗结核药物都会引起胃肠道不良反应; 糖尿病二线用药格列齐特等药物, 主要不足是有低血糖风险、与利福霉素有相互作用, 可导致疗效下降 30%~80%。利福平会使格列齐特血药浓度下降, 导致血糖失控。需做好药物不良反应监测, 针对可能的并发症情况及时干预^[117-120]。

糖尿病属于中医“消渴”的范畴。瘰癧与消渴, 二者均属“阴亏为本, 痰瘀互结”之证。消渴日久, 耗伤气阴, 虚火炼液为痰, 痰瘀阻络, 结于颈腋则成瘰癧。应两病同治, 内服与外治并重, 以“益气养阴、化痰散结、活血通络”为大法, 内服调脏腑, 外治通经络, 体现“整体调节、标本兼顾”的核心优势^[121]。

证据概要 12:《结核病与糖尿病共病的治疗管理专家共识》^[117] 指出: SLNT-DM 患者发生药物不良反应的概率高于普通结核病患者, 且治疗失败率较高。当患者出现不良反应时, 需及时进行相关检

查,明确不良反应类型,精准评估严重程度。因两类药物叠加作用发生的不良反应,要全面评估药物调整对预后的影响,原则上应优先保留抗结核药物,考虑调整降糖药物。因糖尿病患者容易出现视神经、末梢神经、肾脏等组织器官损伤,抗结核药物可能加重糖尿病本身的并发症,需根据糖尿病并发症的发生情况制定个体化治疗方案。

一项纳入 46 例 SLNT-DM 患者的 RCT 研究显示:猫爪草胶囊联合常规抗痨化疗方案加皮下注射胰岛素相较常规抗结核化疗方案加皮下注射胰岛素,临床治疗有效率有所增加($RR=1.01, 95\%CI: 0.89\sim 1.15$),猫爪草胶囊有助于提高化疗药物的利用率,改善病灶周围血液循环,使抗结核治疗药物易于渗透到组织内部发挥协同作用^[122]。

临床问题 13: SLNT 与风湿免疫病(rheumatic diseases, RD)共病(SLNT-RD),哪种抗结核药物和风湿免疫病治疗药物有相互作用? 怎样选择替代方案?

推荐意见 13: SLNT-RD 的治疗原则与非风湿免疫病患者相同,需密切监测药物不良反应,并关注药物之间的相互作用,建议根据治疗效果或免疫治疗强度,必要时延长抗结核治疗疗程(1A)。

推荐意见说明

风湿免疫病以免疫功能紊乱为主要特点,多需长期应用糖皮质激素、免疫抑制剂、生物制剂治疗。疾病本身和治疗药物都使得风湿免疫病患者成为结核易感人群,其感染和发病的风险约为普通人群的 2~5 倍^[123]。

诊断:(1)SLNT 主要依据 MTB 病原学检查或组织病理检查,其中分子生物学检测在免疫抑制人群 SLNT 的诊断中具有重要作用,风湿免疫病人群出现原发病不能解释的症状或局灶性损害时,应尽早应用,以得到早期诊断^[123]。(2)临床诊断病例需结合患者的临床表现、影像学检查、免疫学检查以及抗结核治疗的疗效来综合判断^[123]。

治疗:(1)抗结核治疗优先原则^[123]:利福平与免疫抑制剂(如甲氨蝶呤)存在显著相互作用,可能降低药效或增加不良反应风险。利福布汀作为利福霉素类衍生物,对 MTB 的抑制作用更强,且对肝药酶的诱导作用较弱,与免疫抑制剂联用更安全。注意风湿活动期适当延长。(2)风湿免疫病控制药物选择:①轻度活动:羟氯喹 200~400 mg/d、柳氮磺吡啶 1~3 g/d,适用于无器官损伤的患者。②中重度活动:IL-6 抑制剂(托珠单抗)、JAK 抑制剂(托法

替布),注意避免 TNF- α 抑制剂,托珠单抗不增加结核风险。③危重症:糖皮质激素(泼尼松 ≤ 15 mg/d),短期覆盖抗结核治疗。④禁忌药物:TNF- α 抑制剂,结核再激活风险增加^[124]。(3)中医药治疗:SLNT-RD 属“正虚毒结、痰瘀阻络”之证,治疗需兼顾“抗结核、调免疫、化痰核、防复发”四重目标。中医药在此类共病中具有优势,可形成“内攻外透、攻补兼施、中西协同”的整合方案^[125-126]。

证据概要 13:《风湿免疫病患者结核病诊治及预防实践指南(2025 年版)》^[123] 建议:药物敏感性 SLNT-RD 推荐使用异烟肼+利福类药物+吡嗪酰胺+乙胺丁醇强化治疗 3 个月,然后使用异烟肼+利福类药物继续巩固治疗 7~10 个月。结核病治疗或预防性治疗期间,需要关注抗结核药物和风湿免疫病治疗药物的相互作用,其中最突出的是利福类药物,其可加快糖皮质激素、环孢素、他克莫司、甲氨蝶呤、霉酚酸酯、羟氯喹、托法替布、乌帕替尼等药物的代谢。

一项纳入 52 例 SLNT-RD 患者的回顾性观察性研究显示:内服内消瘰癧片联合抗结核药物治疗 SLNT-RD 可提高临床有效率^[115]。

临床问题 14: SLNT 与艾滋病共病的抗结核与抗病毒治疗原则是什么? 中西医协同治疗是否能提高疗效,促进免疫功能重建?

推荐意见 14: SLNT 与艾滋病共病治疗原则与普通患者相同,在排除结核性脑膜炎后,推荐在抗结核治疗后 2 周内尽早启动抗逆转录病毒治疗(antiretroviral therapy, ART)。耐药性 SLNT 在使用二线抗结核药物后 8 周内开始 ART。首选 ART 方案为替诺福韦(齐多夫定)+拉米夫定(恩曲他滨)+依非韦伦或多替拉韦,与利福平合用时,多替拉韦的剂量建议加倍(50 mg, 2 次/d)(1A);在 CD4 细胞计数 <100 个/ μl 且存在免疫重建炎症综合征高风险时需延迟 ART 启动(GPS);弱推荐内消瘰癧片联合抗结核药物及免疫治疗方案(2C)。

推荐意见说明

艾滋病,即获得性免疫缺陷综合征(acquired immune deficiency syndrome, AIDS)是由人类免疫缺陷病毒(human immunodeficiency virus, HIV)感染致机体免疫功能缺陷而出现的一系列临床综合病症。AIDS 患者因免疫损伤、抑制或缺陷,导致免疫功能降低,常并发各种机会性感染,其中结核感染是其最常见的机会性感染之一,也是其发生死亡的最主要病因之一。并发结核感染以 PTB 最为常见,而

肺外结核则以淋巴结结核多见,并多以淋巴结肿大为临床就诊首要原因。

特点:(1)青壮年发病为主;(2)临床症状和体征复杂多变,全身症状明显,常有发热和体质量下降,而午后低热、盗汗等结核中毒症状不明显;(3)肺外结核的发病率高;(4)淋巴结肿大(浅表或纵隔或腹腔淋巴结)常见,以颈部淋巴结肿大为主,部分患者表现为纵隔及腹腔淋巴结肿大;(5)结核相关辅助检查如痰检、T-SPOT. TB、PPD 试验阳性率均偏低,其中 T-SPOT. TB 阳性率稍高于 PPD 试验及结核抗体阳性率;SLNT 大多出现在 AIDS 并发其他机会性感染之前^[127-131]。

诊断:成人、青少年及 18 月龄以上儿童,符合下列一项者即可诊断 HIV 感染:①HIV 抗体筛查试验阳性和 HIV 补充试验阳性(抗体补充试验阳性或核酸定性检测阳性或核酸定量 >1000 拷贝/ml);②有流行病学史或 AIDS 相关临床表现,2 次 HIV 核酸检测均为阳性;③HIV 分离试验阳性^[127-134]。

治疗:在 SLNT 并发 HIV/AIDS 患者中,抗结核和 ART 治疗都是重要手段,目前主张尽早启动 ART。首选 ART 方案为替诺福韦(齐多夫定)+拉米夫定(恩曲他滨)+依非韦伦或多替拉韦^[134-135]。结核相关免疫重建炎症综合征(immune reconstitution inflammatory syndrome, IRIS)的预测因素包括基线 CD4 细胞计数 <100 个/ μl ;在启动 ART 后 CD4⁺T 淋巴细胞计数快速增加;若结核病的严重程度(脑脊液白细胞计数高、脑脊液 MTB 培养阳性)存在高风险时应在结核病治疗开始后 30 d 内启动 ART^[136]。

SLNT 并发 HIV/AIDS 病机复杂,属“正虚毒恋、痰瘀互结、气阴两伤”之证。中医药治疗需在高效抗逆转录病毒治疗的基础上,以“扶正托毒、化痰散结、养阴清热”为主线,形成“内服-外治-调免疫”三位一体方案。中医药通过“扶正不助邪、解毒不伤正”的精准分层干预,可协同实现:控制结核,减少耐药;免疫重建:提升 CD4⁺T 淋巴细胞计数,降低机会性感染;改善生存质量:缓解消瘦、盗汗等虚损症状^[137]。

证据概要 14:《中国艾滋病诊疗指南(2024 年版)》^[134]指出:SLNT 并发 AIDS 治疗原则与普通患者相同,但使用抗结核药物时应注意与抗病毒药物之间的相互作用及配伍禁忌。当利福平与整合酶抑制剂多替拉韦(DTG)合用时,必须将多替拉韦的剂量调整为 50 mg,2 次/d。可考虑使用肝药酶诱导作

用较弱的利福布汀替代利福平,与多替拉韦或拉替拉韦合用时则无需调整剂量。所有 SLNT 合并 AIDS 患者无论 CD4⁺T 淋巴细胞计数水平的高低均应接受 ART。推荐药物敏感性 SLNT 在 2 周内、耐药性 SLNT 在 8 周内开始 ART。

《HIV/AIDS 患者合并结核病诊治专家共识(2025 年版)》^[135]指出:在 CD4 细胞计数 <100 个/ μl 且存在 TB-IRIS 高风险时需延迟 ART 启动。建议在结核病治疗开始后 30 d 内启动 ART。过早 ART 可能加重淋巴结结核炎症反应。

一项纳入 78 例 SLNT 并发 AIDS 患者的 RCT 研究显示:内消瘰癧丸联合常规抗结核及高效抗逆转录病毒治疗,相较常规抗结核及高效 ART,可显著提高免疫功能重建疗效(显效率)($RR=1.41$, 95%CI: 1.02~1.94),显著降低 HIV-RNA 载量($MD=-0.63$, 95%CI: $-0.90\sim-0.36$)和 TB-IGRA ($MD=-0.62$, 95%CI: $-1.02\sim-0.22$)^[138]。

六、安全性管理和不良反应处理

临床问题 15:SLNT 抗结核治疗过程中出现抗结核药所致药物性肝损伤(anti-tuberculosis drug-induced liver injury, ATB-DILI)的处理原则及措施? 其他不良反应如何管理?

推荐意见 15:SLNT 在治疗中发生抗结核药所致 ATB-DILI 应立即停用可疑药物。对于丙氨酸转氨酶(alanine aminotransferase, ALT)/天冬氨酸转氨酶(aspartate aminotransferase, AST)即 ALT/AST 明显升高的急性肝细胞损伤型或混合型 DILI,推荐应用双环醇和(或)异甘草酸镁。对于 ALT/AST 升高的轻、中症肝细胞损伤型 DILI,可合理选择甘草酸二铵、复方甘草酸苷等其他甘草酸类、谷胱甘肽、硫普罗宁、水飞蓟素类、多烯磷脂酰胆碱等药物。对于碱性磷酸酶(alkaline phosphatase, ALP)/谷氨酰胺转移酶(γ -glutamyltransferase, GGT)/总胆红素(total bilirubin, TBil)即 ALP/GGT/TBil 升高的胆汁淤积型 DILI,可选择熊去氧胆酸或 S-腺苷蛋氨酸(1A)。对于其他不良反应,建议在治疗前和治疗过程中定期监测肝肾功能、血常规、甲状腺功能、心电图等,若发生不良反应,应仔细查找分析原因,及时处理(GPS)。

推荐意见说明

治疗 SLNT 时抗结核药物和手术应用的麻醉药物以及手术创伤对机体免疫的影响,均可能引起药物性肝损伤。其中以 ATB-DILI 最为多见,危害性较大^[139-140]。

处理原则及措施:首要措施是及时停用导致肝损伤的可疑药物。①综合评估患者的结核病情、肝功能损伤程度、相关危险因素及全身状况等。②若 $ALT < 3 \times$ 正常值上限 (ULN), 无明显症状, 无黄疸, 可在密切监测下保肝治疗, 并酌情停用部分肝损伤发生频率高的抗结核药物。③ $ALT \geq 3 \times$ ULN, 或总胆红素 $\geq 2 \times$ ULN, 应停用肝损伤相关的抗结核药物, 保肝治疗并密切监测。④ $ALT \geq 5 \times$ ULN, 或 $ALT \geq 3 \times$ ULN 伴有黄疸、恶心、呕吐、乏力等症状, 或总胆红素 $\geq 3 \times$ ULN, 应立即停用所有肝损伤相关的药物, 积极保肝治疗, 重度及肝衰竭患者应在综合治疗的基础上实施抢救^[141-142]。

七、疗效标准及预后

临床问题 16: SLNT 疗效标准依据是什么? 评估方法有哪些? 预后如何?

推荐意见 16: SLNT 经规范治疗后, 初期可以临床痊愈; 中期或后期病变浅表淋巴结形成纤维化或钙化, 局部包块不会完全消失, 经影像学复查浅表淋巴结缩小至短径 < 1 cm, 淋巴结内无液性暗区或出现钙化, 结构相对正常, 且窦道愈合, 全身症状消失, 红细胞沉降率正常, 连续 3 个月病灶无变化可考虑停药。不推荐 IGRA 用于抗结核治疗的疗效评估 (GPS)。

证据概要 16: 1997 年发布的《中药新药临床研究指导原则 (第三辑)》^[143] 规定了“瘰癧”的诊断与疗效判断标准, 2002 年发布的《中药新药临床研究指导原则》^[144] 细化了中医证候积分计算方法。

推荐意见 17: 浅表淋巴结结核总体预后好, 大部分患者经中西医结合治疗可治愈。采用局部治疗结合全身化疗可以降低手术率, 减轻全身药物不良反应, 缩短疗程, 提高治愈率, 降低复发率。早期诊断, 早期治疗, 针对不同类型采用适合的方法对预后重要的影响 (GPS)。

推荐意见说明

疾病疗效评价标准^[143-144]: (1) 临床痊愈: 肿块消退, 全身症状消失, 化验指标正常, 随访 3 个月无复发。(2) 显效: 肿块缩小 1/2 以上, 或数量减少 1/2 以上, 化验指标正常。(3) 有效: 肿块缩小或数量减少不足 1/2, 化验指标有改善。(4) 无效: 治疗肿块大小及数量无改善, 或已酿脓, 或破溃, 有窦道形成。

证候疗效判定标准^[144]: 疗效指数 = (治疗前积分 - 治疗后积分) / 治疗前积分 $\times 100\%$ 。所有症状体征都为无、轻、中、重四级, 主证分别记 0、2、4、6 分, 次证分别记 0、1、2、3 分; 舌脉仅记录, 不计分。详见附

件证候评分量表。(1) 临床痊愈: 中医临床症状、体征消失或基本消失, 证候积分减少 $\geq 95\%$ 。(2) 显效: 中医临床症状、体征明显改善, 证候积分减少 $\geq 70\%$ 。(3) 有效: 中医临床症状、体征均有好转, 证候积分减少 $\geq 30\%$ 。(4) 无效: 中医临床症状、体征均无明显改善, 甚或加重, 证候积分减少不足 30%。

SLNT 经规范治疗, 一般能够治愈, 预后良好。治疗期间患者应严格执行医嘱, 避免擅自停药, 导致病情反复或耐药产生。如果脓肿形成, 需及时采用切开引流、化腐清创等外治法, 必要时行手术干预^[40,51]。

证据概要 17: 一项纳入 12 项 RCT 研究的系统综述结果显示, 内消瘰癧丸 (片) 联合常规西药抗结核治疗颈部淋巴结结核患者与常规西药抗结核治疗比较, 在改善临床症状、促进淋巴结病灶吸收和显著提高总有效率方面优于单纯西药治疗, 且未增加不良反应风险, 具有良好的有效性和安全性^[61]。

第三部分 指南的局限性和未来研究方向

国内曾有西医的淋巴结结核诊疗指南和瘰癧的中医诊疗指南, 但是发布时间已经年代久远, 我国临床医生在浅表淋巴结结核的中西医结合诊疗实践中仍存在病因辨识不清、诊断标准不一及治疗不规范等问题。以往指南多侧重于单一医学体系, 缺乏西医辨病与中医辨证相结合的整体设计, 国外尚无 SLNT 诊疗指南, 因此, 亟需制订符合国情的中西医结合循证医学临床实践指南。本指南聚焦近年来 SLNT 中西医结合临床实践中的热点与争议, 主要包括: 精准的病原学诊断是合理治疗的前提, 宏基因组测序及质谱分析等新技术能否替代传统涂片找抗酸杆菌或培养成为一线诊断路径; 结核性窦道溃疡或耐药型 SLNT 病因复杂, 常伴免疫失衡、混合感染及多病共病, 因此“经验性-阶梯式”中西医结合策略尤为关键。如何指导基层及专科医生进行经验性治疗并动态评估反应, 在标准 3H-R-Z-E/9~10H-R-E 方案基础上何时叠加“消核散结”中药内服外敷; 脓肿期何时切开引流联合祛腐提脓; 以及儿童、老年、CKD、DM、RD、AIDS 等特殊人群如何制定方案并同步应用“托里生肌”等均是本指南关注的临床难题。

本指南围绕最具临床价值的 16 个 PICO 问题形成 17 条推荐意见, 充分体现循证指南与传统共识的根本区别。对于孕妇 SLNT 患者, 因证据非常有限, 尚无法确定本指南的推荐意见是否适用, 是未来研究方向之一。对于目前证据尚不充分的关键环节

(如儿童剂量-中医体质-药物代谢关联、AI-中医辨证模型在基层的可行性等),指南明确提出未来研究方向,通过开展多中心随机对照试验与真实世界研究,以及智能外科诊疗等填补证据空白,持续优化具有我国特色的中西医结合诊疗模式。

利益冲突:所有作者均声明不存在利益冲突

执笔者:钮晓红、张朝晖、王涛、傅良杰、高金辉、王旭、嵇辉

指南制定工作组成员(排名不分先后):钮晓红(南京中医药大学附属南京市中西医结合医院)、张朝晖(天津中医药大学第二附属医院)、王涛(中国人民解放军总医院第八医学中心结核病医学部)、阙华发(上海中医药大学附属龙华医院)、车南颖(首都医科大学附属北京胸科医院)、徐旭英(首都医科大学附属北京中医医院)、宋言峥(复旦大学附属上海市公共卫生临床中心)、贺建清(四川大学华西医院)、王旭(南京中医药大学附属南京市中西医结合医院)、吴妹英(苏州市第五人民医院)、周忠志(湖南中医药大学第一附属医院)、代红雨(北京中医药大学东方医院)、杨高怡(西湖大学医学院附属杭州市第一人民医院)、成秀梅(河北中医药大学)、裴异(长沙市中心医院)、傅良杰(南京中医药大学附属南京市中西医结合医院)、高金辉(南京中医药大学附属南京市中西医结合医院)

秘书组:嵇辉、孙旭

方法学组:张丽帆(中国医学科学院北京协和医院)、孙瑾(南京中医药大学)

证据评价组:俞珊、李志明、赵丽、刘慧梅、周定刚、王珊珊、郭晶、杨春睿、张丹、施怡、朱珠、钟源、居尚、廖宇晖

外部评议专家组成员:李曰庆(北京中医药大学东直门医院)、裴晓华(北京中医药大学第三附属医院)、刘建平(北京中医药大学循证医学中心)、吴雪琼(中国人民解放军总医院第八医学中心结核病医学部)、初乃惠(首都医科大学附属北京胸科医院/北京市结核病胸部肿瘤研究所)、马朝群(江苏省中医院/南京中医药大学附属医院)、吕国忠(江南大学附属医院烧伤创伤诊疗中心)

讨论专家(按姓氏笔画排序):丁雄飞、于德国、万波、王云飞、王自辉、王寿宇、王连英、王珊珊、王俊杰、王崇贤、毛文丽、方海林、邓红霞、田蒙、冯国友、朱建敏、朱桂祥、朱朝军、任丽君、刘守尧、刘慧梅、关如东、汤云阳、许永城、孙子渊、孙俊超、孙崇秋、苏卫国、严张仁、杜伟鹏、李亚南、李志明、李学东、李建鹏、李恭驰、李晓亮、李娟、李智、杨旭光、杨春睿、岑璐莎、何芳、邹利军、沙可夫、宋洪涛、宋瑞捧、张云莎、张丹、张龙、张扬、张军、张丽帆、张玥、张现峰、张继斌、张辉、张强、张瑞霞、张榜、张臻、陈丽、陈桂芳、陈翰翰、林延明、周定刚、郑炜、宗军卫、赵丽、赵诚、赵春虎、南喜连、段力军、俞珊、施悦、贺斌、徐亚青、徐俊、徐强、郭玉妍、郭娴、郭晶、黄平平、黄国宝、黄明智、黄新灵、崔春森、彭清生、蒋森、葛琼翔、嵇辉、谢龙炜、靳汝辉、雷霆、褚月颜、魏力、魏伟、蹇兆成

参 考 文 献

- [1] 屈燕,李涛,马文斌,等.世界卫生组织《2025 年全球结核病报告》解读. 结核与肺部疾病杂志, 2025, 6(6): 613-623. doi: 10.19983/j.issn.2096-8493.20250178.
- [2] Sarfaraz S, Iftikhar S, Salahuddin N. Frequency, Clinical characteristics, risks, and outcomes of Paradoxical upgrading reactions during anti-tuberculosis treatment in tuberculous lymphadenitis. Pak J Med Sci, 2020, 36(1): S27-S32. doi: 10.12669/pjms.36.ICON-Suppl.1711.
- [3] Bagechi S. WHO's Global Tuberculosis Report 2022. Lancet Microbe, 2023, 4(1): e20. doi: 10.1016/S2666-5247(22)00359-7.
- [4] Dominguez J, Boeree MJ, Cambau E, et al. Clinical implications of molecular drug resistance testing for *Mycobacterium tuberculosis*: a 2023 TBnet/RESIST-TB consensus statement. Lancet Infect Dis, 2023, 23(4): e122-e137. doi: 10.1016/S1473-3099(22)00875-1.
- [5] Goletti D, Al-Abri S, Migliori GB, et al. World Tuberculosis Day 2023 theme "Yes! We Can End TB!". Int J Infect Dis, 2023, 130(Suppl1): S1-S3. doi: 10.1016/j.ijid.2023.04.006.
- [6] Ganchua SKC, White AG, Klein EC, et al. Lymph nodes-The neglected battlefield in tuberculosis. PLoS Pathog, 2020, 16(8): e1008632. doi: 10.1371/journal.ppat.1008632.
- [7] 国家市场监督管理总局. 中医临床诊疗术语 第 1 部分: 疾病: GB/T 16751.1—2023.
- [8] 江晶晶,陈仁寿. 瘰癧辨治溯源. 吉林中医药, 2015, 35(12): 1285-1287. doi: 10.13463/j.cnki.jlzyy.2015.12.031.
- [9] 王昕月,史话跃,徐征. 瘰癧从肝论治. 中国临床研究, 2019, 32(6): 847-849. doi: 10.13429/j.cnki.cjcr.2019.06.033.
- [10] 靳汝辉,钮晓红,黄子慧,等. 从本虚标实论治颈部淋巴结结核. 中华医药杂志, 2021, 36(3): 1457-1460.
- [11] Yao L, Bu C, Xiang L. The diagnostic accuracy of nanopore sequencing in Tuberculous Lymphadenitis: Systematic review and meta-analysis protocol. PLoS One, 2025, 20(6): e0325370. doi: 10.1371/journal.pone.0325370.
- [12] Pang P, Duan W, Liu S, et al. Clinical study of tuberculosis in the head and neck region-11 years' experience and a review of the literature. Emerg Microbes Infect, 2018, 7(1): 4. doi: 10.1038/s41426-017-0008-7.
- [13] Kang W, Yu J, Du J, et al. The epidemiology of extrapulmonary tuberculosis in China: A large-scale multi-center observational study. PLoS One, 2020, 15(8): e0237753. doi: 10.1371/journal.pone.0237753.
- [14] Rai DK, Kumar R, Ahmad S. Clinical characteristics and treatment outcome in Tubercular lymphadenitis patients-A prospective observational study. Indian J Tuberc, 2020, 67(4): 528-533. doi: 10.1016/j.ijtb.2020.07.021.
- [15] 中国人民解放军总医院第八医学中心结核病医学部,《中国防痨杂志》编辑委员会,中国医疗保健国际交流促进会结核病防治分会. 浅表淋巴结结核的诊断与治疗专家共识. 中国防痨杂志, 2023, 45(6): 531-542. doi: 10.19982/j.issn.1000-6621.20230120.
- [16] Guyatt GH, Schünemann HJ, Djulbegovic B, et al. Guideline panels should not GRADE good practice statements. J Clin Epidemiol, 2015, 68(5): 597-600. doi: 10.1016/j.jclinepi.2014.12.011.
- [17] 刘建平,陈薇,高颖. 中医临床实践指南概念、方法及应用. 北京: 中国中医药出版社, 2025.
- [18] 中国医疗保健国际交流促进会临床微生物与感染分会,中华医学会检验医学分会临床微生物. 综合医院结核分枝杆菌感染实验室检查共识. 中华检验医学杂志, 2022, 45(4): 343-353. doi: 10.3760/cma.j.cn114452-20211118-00722.
- [19] World Health Organization. WHO consolidated guidelines on

- tuberculosis. Module 3: Diagnosis-rapid diagnostics for tuberculosis detection (3rd ed). Geneva: World Health Organization, 2024.
- [20] World Health Organization. WHO consolidated guidelines on tuberculosis. Module 3: Diagnosis (4th ed). Geneva: World Health Organization, 2025.
- [21] 杨高怡. 浅表淋巴疾病超声诊断. 北京: 中华医学电子音像出版社, 2019.
- [22] Yu TZ, Zhang Y, Zhang WZ, et al. Role of ultrasound in the diagnosis of cervical tuberculous lymphadenitis in children. *World J Pediatr*, 2021, 17(5): 544-550. doi:10.1007/s12519-021-00453-w.
- [23] Chu J, Zhang Y, Zhang W, et al. The value of multimodal ultrasonography in differential diagnosis of tuberculous and non-tuberculous superficial lymphadenitis. *BMC Surg*, 2021, 21(1): 416. doi:10.1186/s12893-021-01418-6.
- [24] 杨高怡, 王莹, 张莹, 等. 基于超高分辨和常规超声造影的机器学习模型对淋巴结结核的诊断效能比较. *浙江临床医学*, 2024, 26(10): 1426-1429.
- [25] 陈新, 唐晨虎, 姜加学, 等. 颈部淋巴瘤与淋巴结结核 CT 平扫图像影像组学鉴别可行性研究. *医学研究生学报*, 2023, 36(1): 64-68. doi:10.16571/j.cnki.2097-2768.2023.01.012.
- [26] 吴亚丽, 朱华东, 陈均, 等. 颈部淋巴结结核 CT 影像特征与病理学分期相关性. *交通医学*, 2024, 38(1): 56-58, 62. doi:10.19767/j.cnki.32-1412.2024.01.016.
- [27] 陈禄, 唐晨虎, 薛健, 等. MRI 对颈部淋巴结结核诊断准确性及其影响因素分析. *医学临床研究*, 2020, 37(6): 886-888. doi:10.3969/j.issn.1671-7171.2020.06.026.
- [28] 宋雨, 李亚洲, 崔芳瑜, 等. 超声引导细针穿刺抽吸细胞学检查在确诊颈部淋巴结结核中的价值. *现代医学*, 2020, 48(12): 1529-1533. doi:10.3969/j.issn.1671-7562.2020.12.007.
- [29] 张雪, 王竞. 超声造影引导下穿刺获取标本行结核相关检测对诊断淋巴结结核的价值评价. *影像研究与医学应用*, 2024, 8(16): 170-173. doi:10.3969/j.issn.2096-3807.2024.16.053.
- [30] 中华医学会结核病学分会. 结核病理学诊断专家共识编写组. 中国结核病理学诊断专家共识. *中华结核和呼吸杂志*, 2017, 40(6): 419-425. doi:10.3760/cma.j.issn.1001-0939.2017.06.005.
- [31] 结核病理学诊断规范: T/CRHA 029-2023. 2023.
- [32] 曾琴, 曾凡清, 何坤, 等. 常规病理学镜检、抗酸染色镜检及 TB-DNA 在浅表淋巴结结核诊断中的价值. *结核与肺部疾病杂志*, 2024, 5(5): 461-467. doi:10.19983/j.issn.2096-8493.2024079.
- [33] 张文智, 杨高怡, 苏冬明, 等. 基因 X-pert 联合病理检查在颈部淋巴结结核穿刺活检中的应用. *浙江中西医结合杂志*, 2019, 29(12): 1031, 1038. doi:10.3969/j.issn.1005-4561.2019.12.025.
- [34] 中国人民解放军总医院第八医学中心结核病医学部, 《中国防痨杂志》编辑委员会, 中国医疗保健国际交流促进会结核病防治分会. 核酸基质辅助激光解吸电离飞行时间质谱技术在结核和非结核分枝杆菌病诊断中的临床应用专家共识. *中国防痨杂志*, 2023, 45(6): 543-558. doi:10.19982/j.issn.1000-6621.20230113.
- [35] 中华医学会. 临床诊疗指南: 外科学分册. 北京: 人民卫生出版社, 2006.
- [36] 中华医学会. 临床诊疗指南: 结核病分册. 北京: 人民卫生出版社, 2005.
- [37] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准. 北京: 中国中医药出版社, 2012.
- [38] 中华中医药学会. 中医外科常见病诊疗指南. 北京: 中国中医药出版社, 2012.
- [39] 陈红风. 中医外科学. 北京: 中国中医药出版社, 2021.
- [40] 刘万里, 钮晓红. 中西医结合外科腺体病学(全国中医药行业高等教育“十三五”创新教材南京中医药大学研究生系列选修教材). 北京: 中国中医药出版社, 2021.
- [41] 陈红风. 中医外科学. 2 版. 北京: 中国中医药出版社, 2014.
- [42] 宋言峥, 李亮, 金锋. 实用结核外科学. 北京: 人民卫生出版社, 2023.
- [43] 赵雁林, 林明贵, 周林. 肺外结核病学. 北京: 人民卫生出版社, 2025.
- [44] 冯斌, 鲁艳荣. 体表淋巴结结核诊断与治疗. 北京: 中国医药科技出版社, 2007.
- [45] 唐神结, 高文. 临床结核病学. 2 版. 北京: 人民卫生出版社, 2019.
- [46] World Health Organization. WHO consolidated guidelines on tuberculosis. Module 4: treatment drugs susceptible tuberculosis treatment. Geneva: World Health Organization, 2022.
- [47] 中华医学会结核病学分会. 中国耐多药和利福平耐药肺结核外科治疗专家共识(2022 年版). *中华结核和呼吸杂志*, 2023, 46(2): 111-120. doi:10.3760/cma.j.cn112147-20221222-00986.
- [48] 中国防痨协会, 《中国防痨杂志》编辑委员会, 首都医科大学附属北京胸科医院/北京市结核病胸部肿瘤研究所, 等. 耐药结核病全口服短程治疗专家共识. *中国防痨杂志*, 2025, 47(7): 830-839. doi:10.19982/j.issn.1000-6621.20250087.
- [49] World Health Organization. WHO consolidated guidelines on tuberculosis. Module 4: treatment and care. Geneva: World Health Organization, 2025.
- [50] 屈燕, 李涛, 马文斌, 等. 世界卫生组织《2025 年全球结核病报告》解读. *结核与肺部疾病杂志*, 2025, 6(6): 613-623. doi:10.19983/j.issn.2096-8493.20250078.
- [51] 刘万里, 钮晓红. 钮晓红诊疗五腺疾病. 北京: 中国中医药出版社, 2019.
- [52] 刘万里, 黄子慧. 淋巴结结核中西医结合诊疗学. 北京: 中国中医药出版社, 2018.
- [53] 嵇辉, 钮晓红, 郑斌, 等. 钮晓红辨治结核性创面之经验. *现代中西医结合杂志*, 2024, 33(10): 1407-1412. doi:10.3969/j.issn.1008-8849.2024.10.018.
- [54] 赵有利, 唐汉钧. 唐汉钧治疗颈淋巴结结核临床经验. *中华中医药杂志*, 2017, 32(11): 4981-4984.
- [55] 赵有利. 瘰癧从痰瘀论治理论探讨. *世界中西医结合杂志*, 2016, 11(7): 1017-1020. doi:10.13935/j.cnki.sjzx.160735.
- [56] 钮晓红. 外科腺体病临证思辨解惑录. 北京: 中国中医药出版社, 2025.
- [57] 孙佳玥, 黄子慧, 钱佳燕. 徐氏外科诊治瘰癧的学术思想与流派传承. *中华中医药杂志*, 2022, 37(9): 5209-5212.
- [58] 张朝晖. 疮疡病学. 北京: 人民卫生出版社, 2025.
- [59] 钱佳燕, 黄子慧, 余洋, 等. 中西医结合治疗瘰癧病患者 520 例前瞻性队列研究. *中医杂志*, 2020, 61(2): 130-135. doi:10.13288/j.11-2166/r.2020.02.010.
- [60] 高璐珏, 黄子慧, 高敏行, 等. 浅表淋巴结结核患者 401 例临床资料分析与治疗方法探析. *中华中医药杂志*, 2020, 35(10): 5214-5219.
- [61] 林玲香, 陈明峰, 周瑛瑛, 等. 内消瘰癧丸治疗颈部淋巴结结核疗效的 Meta 分析. *浙江中西医结合杂志*, 2022, 32(12): 1156-1161. doi:10.3969/j.issn.1005-4561.2022.12.022.
- [62] 徐瑞兰. 猫爪草胶囊治疗颈部淋巴结结核 204 例临床分析. *中国防痨杂志*, 2002, 24(1): 54-56. doi:10.3969/j.issn.1000-6621.2002.01.025.
- [63] 黄海, 张腊荣. 猫爪草联合抗结核药物治疗颈淋巴结结核疗效观察. *湖北中医杂志*, 2012, 34(5): 5-6. doi:10.3969/j.issn.1000-0704.2012.05.002.
- [64] 曾鹤军. 猫爪草胶囊治疗颈部淋巴结结核疗效分析. *河南预防医学杂志*, 2003, 14(4): 248-254. doi:10.13515/j.cnki.hnjpm.2003.04.035.
- [65] 张凤池, 石详奎, 刘成永. 猫爪草胶囊对颈淋巴结结核的治疗效果观察. *抗感染药学*, 2006, 3(1): 23-24. doi:10.3969/j.issn.1672-7878.2006.01.008.
- [66] 王卫阳. 猫爪草胶囊联合常规抗结核药物治疗颈淋巴结结核的疗效观察. *安徽医药*, 2007, 11(3): 212. doi:10.3969/j.issn.1009-6469.2007.03.010.
- [67] 钮晓红, 黄子慧, 杨春睿. 瘰癧宁治疗淋巴结结核临床研究. *中医*

- 学报, 2014, 29(3): 399-401. doi: 10.16368/j.issn.1674-8999.2014.03.020.
- [68] 金全永. 瘰癧宁治疗淋巴结核临床探究. 医学信息, 2015(45): 265. doi: 10.3969/j.issn.1006-1959.2015.45.377.
- [69] 薛倩一, 靳汝辉, 钮晓红, 等. 消癆膏治疗脾胃虚弱证淋巴结核临床疗效观察. 中医临床研究, 2019, 11(16): 8-11.
- [70] 陈广坤, 张宇, 高雅蓓, 等. 梁希曾内外兼治——扶正潜消法治疗瘰癧学术特色浅析. 中国中医基础医学杂志, 2024, 30(3): 379-383. doi: 10.19945/j.cnki.issn.1006-3250.2024.03.004.
- [71] 邓红霞, 吴兵兵, 秦甜. 颈淋巴结核结核中医外治法应用体会. 中医外治杂志, 2016, 25(3): 59-60. doi: 10.3969/j.issn.1006-978X.2016.03.036.
- [72] 汤玉婷, 桑莹莹, 夏超. 中医适宜技术在结核病治疗中临床应用效果的研究进展. 中国防痨杂志, 2020, 42(12): 1339-1342. doi: 10.3969/j.issn.1000-6621.2020.12.017.
- [73] 靳汝辉, 钮晓红, 黄子慧. 中医外治瘰癧病的基本原则和方法探析. 中医外治杂志, 2019, 28(2): 67-69. doi: 10.3969/j.issn.1006-978X.2019.02.034.
- [74] 许费响, 钮晓红, 张莉. “化痰解凝糊”超声导入联合抗结核化疗治疗结节型颈淋巴结核 30 例临床观察. 江苏中医药, 2017, 49(5): 42-44. doi: 10.3969/j.issn.1672-397X.2017.05.018.
- [75] 余洋. 化痰解凝糊联合超声导入干预结节型淋巴结核的效应机制研究. 南京: 南京中医药大学, 2019.
- [76] 吴献群, 刘小平. 如意金黄散的临床及实验研究. 时珍国医国药, 1998, 9(6): 98-99.
- [77] 杨春睿, 钮晓红. 中药滋阴降火糊超声电透入协同西药治疗淋巴结核阴虚火旺证的临床研究. 中医药导报, 2023, 29(11): 104-108. doi: 10.13862/j.cn43-1446/r.2023.11.019.
- [78] 钮晓红. 外科常见病外治法. 北京: 中国中医药出版社, 2017.
- [79] 靳汝辉, 黄子慧, 薛倩一, 等. 切开疗法与拖线疗法治疗淋巴结核窦道的临床效果比较. 中国中西医结合杂志, 2018, 38(11): 1332-1335.
- [80] 朱珠, 施怡, 钮晓红, 等. 泽及流浸膏纳米材料干预结核性创面的临床研究——附 31 例临床资料. 江苏中医药, 2021, 53(3): 30-33. doi: 10.19844/j.cnki.1672-397X.2021.03.012.
- [81] 钮晓红, 卞勇, 蒋宝平, 等. 泽及流浸膏外用安全性实验研究. 江苏中医药, 2016, 48(11): 75-78.
- [82] 薛倩一, 黄子慧, 钱佳燕, 等. 外敷复方五凤草液对结核性溃疡患者创面愈合影响及作用机制研究. 中国中医基础医学杂志, 2021, 27(10): 1622-1626, 1637. doi: 10.19945/j.cnki.issn.1006-3250.2021.10.025.
- [83] 钮晓红, 李明吾, 韩乃明, 等. 中药外治淋巴结核 210 例临床与实验研究. 中国中西医结合杂志, 1994, 14(7): 412-414. doi: CNKI:SUN:ZZXJ.0.1994-07-009.
- [84] 吴楷元, 黄琦, 郭振华, 等. 原发性颈淋巴结核诊治分析. 中国耳鼻咽喉头颈外科, 2024, 31(2): 129-130. doi: 10.16066/j.1672-7002.2024.02.015.
- [85] 郭冰, 刘维波, 邵彬, 等. 颈淋巴结清扫术治疗颈淋巴结核. 中华结核和呼吸杂志, 1998, 46(6): 32-34.
- [86] 吴常青, 唐弘杰, 卞微微, 等. 29 例复发性颈部淋巴结核多次手术原因及外科治疗对策. 中国防痨杂志, 2016, 38(1): 69-70. doi: 10.3969/j.issn.1000-6621.2016.01.017.
- [87] 王直, 刘锦程, 李军孝, 等. 173 例颈部淋巴结核外科治疗效果的相关因素分析. 中国防痨杂志, 2016, 38(7): 559-563. doi: 10.3969/j.issn.1000-6621.2016.07.009.
- [88] 蒋钰辉, 房明浩, 戴希勇, 等. 淋巴结清扫术治疗 318 例颈淋巴结核的临床分析. 武汉大学学报(医学版), 2021, 42(6): 975-979. doi: 10.14188/j.1671-8852.2020.0579.
- [89] 中国临床瘢痕防治专家共识制定小组. 中国临床瘢痕防治专家共识. 中华损伤与修复杂志(电子版), 2017, 12(6): 401-406. doi: 10.3877/cma.j.issn.1673-9450.2017.06.001.
- [90] 中国整形美容协会瘢痕医学分会常务委员会专家组. 中国瘢痕疙瘩临床治疗推荐指南. 中国美容整形外科杂志, 2018, 29(5): 前插 3-前插 14. doi: 10.3969/j.issn.1673-7040.2018.05.001.
- [91] 中国整形美容协会瘢痕医学分会. 瘢痕早期治疗全国专家共识(2020 版). 中华烧伤杂志, 2021, 37(2): 113-125. doi: 10.3760/cma.j.cn501120-20200609-00300.
- [92] 赵大卫, 王明正, 刘佳坤, 等. 功能性颈淋巴结清扫术治疗颈部淋巴结核的疗效观察. 疑难病杂志, 2019, 18(1): 52-56. doi: 10.3969/j.issn.1671-6450.2019.01.013.
- [93] 夏雅铭, 蔡郁辉, 刘杰. 功能性区域颈淋巴结清扫术治疗多发性颈淋巴结核的效果观察. 中国实用医刊, 2022, 49(2): 29-31. doi: 10.3760/cma.j.cn115689-20211105-03815.
- [94] 魏向阳, 林瑞新. 功能性区域颈淋巴结清扫术在治疗多发性颈淋巴结核中的临床研究. 中国普通外科杂志, 2010, 19(5): 535-538.
- [95] World Health Organization. WHO consolidated guidelines on tuberculosis; Module 5: Management of tuberculosis in children and adolescents. Geneva: World Health Organization, 2022.
- [96] 中国防痨协会, 中华医学会结核病学分会儿童结核病专业委员会, 中国研究型医院学会结核病学专业委员会, 等. 儿童和青少年药物敏感结核病化学治疗专家共识. 中华实用儿科临床杂志, 2024, 39(9): 641-645. doi: 10.3760/cma.j.cn101070-20240529-00334.
- [97] World Health Organization. WHO publishes information notes on the use of bedaquiline and delamanid in children and adolescents with drug-resistant tuberculosis. Geneva: World Health Organization, 2023.
- [98] Prieto LM, Santiago B, Del Rosal T, et al. Linezolid-containing Treatment Regimens for Tuberculosis in Children. Pediatr Infect Dis J, 2019, 38(3): 263-267. doi: 10.1097/INF.0000000000002093.
- [99] 杨松, 郭建琼, 李同心, 等. 世界卫生组织《关于在儿童和青少年耐多药/利福平耐药结核病患者中使用贝达喹啉和德拉马尼的公告》解读. 中华结核和呼吸杂志, 2024, 47(2): 195-200. doi: 10.3760/cma.j.cn112147-20230809-00058.
- [100] 李静. 263 例儿童淋巴结核临床分析. 重庆: 重庆医科大学, 2014. doi: 10.7666/d.Y2689708.
- [101] 薛倩一, 钮晓红. 消癆膏配合抗癆药物治疗儿童淋巴结核临床研究. 中医学报, 2013, 28(10): 1592-1593. doi: 10.16368/j.issn.1674-8999.2013.10.029.
- [102] 朱承锦. 抗结核药物治疗老年肺结核患者的不良反应影响因素. 实用临床医学, 2017, 18(7): 30-31. doi: 10.13764/j.cnki.lcsy.2017.07.012.
- [103] 中华医学会结核病学分会. 老年肺结核诊断与治疗专家共识(2023 版). 中华结核和呼吸杂志, 2023, 46(11): 1068-1084. doi: 10.3760/cma.j.cn112147-20230921-00182.
- [104] World Health Organization. WHO consolidated guidelines on tuberculosis; Module 4: Treatment-Drug-resistant tuberculosis treatment. Geneva: World Health Organization, 2020.
- [105] 徐强. 中西医结合治疗老年淋巴结核 100 例. 现代中西医结合杂志, 2008, 17(9): 1382. doi: 10.3969/j.issn.1008-8849.2008.09.075.
- [106] 魏兰, 李玉琢, 贾新转, 等. 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核的临床研究. 国际中医药杂志, 2015, 38(1): 16-20. doi: 10.3760/cma.j.issn.1673-4246.2015.01.005.
- [107] 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核的疗效观察. 中华中医药学刊, 2018, 36(7): 1743-1746. doi: 10.13193/j.issn.1673-7717.2018.07.056.
- [108] 中华预防医学会肾脏病预防与控制专业委员会. 中国慢性肾脏病早期评价与管理指南. 中华内科杂志, 2023, 62(8): 902-930. doi: 10.3760/cma.j.cn112138-20221013-00755.
- [109] Vikrant S. Tuberculosis in dialysis: Clinical spectrum and outcome from an endemic region. Hemodial Int, 2019, 23(1): 8892. doi: 10.1111/hdi.12693.
- [110] Vikrant S. Clinical profile of tuberculosis in patients with

- chronic kidney disease; a report from an endemic Country. Saudi J Kidney Dis Transpl, 2019, 30 (2): 470-477. doi: 10.4103/13192442.256854.
- [111] Kidney Disease; Improving Global Outcomes (KDIGO) CKD Work Group. KDIGO 2024 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. Kidney Int, 2024, 105(4S): S117-S314. doi: 10.1016/j.kint.2023.10.018.
- [112] 陈灏珠, 钟南山, 陆再英. 内科学. 9 版. 北京: 人民卫生出版社, 2018.
- [113] 中华医学会结核病学分会. 慢性肾脏病合并结核病的治疗专家共识 (2022 版). 中华结核和呼吸杂志, 2022, 45 (10): 996-1008. doi: 10.3760/cma.j.cn112147-20220327-00241.
- [114] 上海市医学会结核病学专科分会, 上海市医学会肾脏病专科分会, 沈鑫, 等. 成人血液透析患者结核感染风险管理专家共识. 上海医学, 2025, 48 (3): 131-140. doi: 10.19842/j.cnki.issn.0253-9934.2025.03.001.
- [115] 高璐珏, 黄子慧, 王新方, 等. 淋巴结核 1082 例临床分析. 中国感染与化疗杂志, 2021, 21 (5): 505-511. doi: 10.16718/j.1009-7708.2021.05.001.
- [116] 连依琳, 李晨, 卢鹏, 等. 糖尿病和血糖控制水平对结核病发病风险的影响: 基于人群的队列研究. 南京医科大学学报 (自然科学版), 2024, 44 (12): 1723-1728. doi: 10.7655/NYDXBN-SN240543.
- [117] 国家感染性疾病临床医学研究中心, 深圳市第三人民医院, 国家代谢性疾病临床医学研究中心, 等. 结核病与糖尿病共病的治疗管理专家共识. 中国防痨杂志, 2021, 43 (1): 12-22. doi: 10.3969/j.issn.1000-6621.2021.01.004.
- [118] World Health Organization. Use of Glycated Haemoglobin (HbA1c) in the Diagnosis of Diabetes Mellitus; Abbreviated Report of a WHO Consultation. Geneva: World Health Organization, 2011.
- [119] 中华医学会糖尿病学分会. 中国 2 型糖尿病防治指南 (2020 年版). 中华糖尿病杂志, 2021, 13 (4): 315-409. doi: 10.3760/cma.j.cn115791-20210221-00095.
- [120] Moysidou GS, Fanouriakis A. EULAR 2023 Recommendations for the Management of Systemic Lupus Erythematosus; One Step Forward. Mediterr J Rheumatol, 2024, 35 (1): 63-65. doi: 10.31138/mjr.130124.erm.
- [121] 贾海骅, 赵红霞, 赵凯维, 等. 探讨糖尿病 (消渴) 中医病因病机. 中国中医基础医学杂志, 2012, 18 (1): 22-25.
- [122] 陈宏卫, 王庭延, 杨建华, 等. 猫爪草胶囊治疗糖尿病并颈淋巴结核临床分析. 实用诊断与治疗杂志, 2004, 18 (2): 107-108. doi: 10.3969/j.issn.1674-3474.2004.02.013.
- [123] 中国风湿免疫病人群结核病防控协作组, 中华医学会临床流行病学和循证医学分会, 中华医学会风湿病学分会, 等. 风湿免疫病患者结核病诊治及预防实践指南 (2025 版). 中华医学杂志, 2025, 105 (17): 1303-1321. doi: 10.3760/cma.j.cn112137-20250208-00281.
- [124] Pembrolizumab plus chemotherapy with or without bevacizumab for persistent, recurrent or metastatic cervical cancer. London: National Institute for Health and Care Excellence (NICE), 2023.
- [125] 李天一, 范永升. 系统性红斑狼疮中医辨证治疗思路与策略. 中国中西医结合杂志, 2006, 26 (8): 692-694.
- [126] 沈思钰, 张永文, 姚茹冰, 等. 中医络病理论与系统性红斑狼疮危象的证治关系. 贵阳中医学院学报, 2007, 29 (2): 6-8. doi: 10.3969/j.issn.1002-1108.2007.02.004.
- [127] 范少峰, 张辉. 早期诊断艾滋病患者合并淋巴结核临床常用实验室方法的比较分析. 广州医科大学学报, 2022, 50 (2): 30-34. doi: 10.3969/j.issn.2095-9664.2022.02.05.
- [128] 梁静, 刘继青, 陈军. HIV/AIDS 合并颈部淋巴结结核患者的临床表现和超声图像特征探讨. 浙江医学, 2022, 44 (1): 90-93, 后插 4. doi: 10.12056/j.issn.1006-2785.2022.44.1.2021-490.
- [129] 卢亦波, 周静如, 莫移美, 等. 艾滋病并发颈部淋巴结结核的临床特征及 CT 表现. 中国防痨杂志, 2020, 42 (1): 31-37. doi: 10.3969/j.issn.1000-6621.2020.01.009.
- [130] 农云洁, 农恒荣. 艾滋病相关浅表淋巴结结核超声影像分析. 中国临床医学影像杂志, 2019, 30 (12): 847-850. doi: 10.12117/j.ccmi.2019.12.003.
- [131] 夏燕, 邢泽刚. 艾滋病合并浅表淋巴结肿大的超声表现及病因分析. 实用临床医学, 2018, 19 (10): 70-72, 75, 107. doi: 10.13764/j.cnki.lcsy.2018.10.027.
- [132] 王力维, 吴常青. 手术联合抗结核和抗病毒治疗颈部淋巴结结核并发艾滋病患者 (附 12 例临床效果分析). 中国防痨杂志, 2019, 41 (6): 704-708. doi: 10.3969/j.issn.1000-6621.2019.06.021.
- [133] 彭海英, 曾江, 罗一钧. 艾滋病患者浅表淋巴结肿大与机体免疫力的相关性分析. 临床合理用药杂志, 2017, 10 (33): 162-163. doi: 10.15887/j.cnki.13-1389/r.2017.33.082.
- [134] 中华医学会感染病学分会艾滋病学组, 中国疾病预防控制中心. 中国艾滋病诊疗指南 (2024 版). 中华临床感染病杂志, 2024, 17 (3): 161-190. doi: 10.3760/cma.j.issn.1674-2397.2024.03.001.
- [135] 中国性病艾滋病防治协会 HIV 合并结核病专业委员会, 张秋月, 陈军, 等. HIV/AIDS 患者合并结核病诊治专家共识 (2025 年版). 中国艾滋病性病, 2025, 31 (11): 1278-1286. doi: 10.13419/j.cnki.aids.2025.11.20.
- [136] Yang HH, Liu Q, Wu YS, et al. Paradoxical tuberculosis-associated immune reconstitution inflammatory syndrome in initiating ART among HIV-Infected patients in China-risk factors and management. BMC Infect Dis, 2024, 24 (1): 5. doi: 10.1186/s12879-023-08897-3.
- [137] 巫君玉, 白永波. 现代难治病中医诊疗学. 北京: 中医古籍出版社, 1993.
- [138] 贾威, 李丽, 蔡晓建, 等. 内消瘰癧丸加减联合常规西医治疗 AIDS 合并淋巴结结核疗效观察. 海南医学, 2024, 35 (17): 2452-2458. doi: 10.3969/j.issn.1003-6350.2024.17.005.
- [139] 国家卫生健康委员会办公厅. 中国结核病预防控制技术指南 (2020 年版). 北京: 国家卫生健康委员会, 2020.
- [140] World Health Organization. WHO consolidated guidelines on tuberculosis: Module 4: treatment-drug-resistant tuberculosis treatment, 2022 update. Geneva: World Health Organization, 2022.
- [141] 中华医学会结核病学分会. 抗结核药所致药物性肝损伤诊治指南 (2024 年版). 中华结核和呼吸杂志, 2024, 47 (11): 1069-1090. doi: 10.3760/cma.j.cn112147-20240614-00338.
- [142] Du Y, Gu J, Yang Y, et al. Efficacy and safety of bicyclol for treating patients with antituberculosis drug-induced liver injury. Int J Tuberc Lung Dis, 2024, 28 (1): 6-12. doi: 10.5588/ijtld.23.0038.
- [143] 中华人民共和国卫生部. 中药新药临床研究指导原则. 3 辑. 1997.
- [144] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则. 北京: 中国医药出版社, 2002.

(收稿日期: 2025-12-12; 网络出版日期: 2026-02-14)

(本文编辑: 范永德)