

· 论 著 · DOI:10. 3969/j. issn. 1672-9455. 2025. 19. 008

解毒愈溃汤联合他克莫司治疗糜烂型口腔扁平苔藓的疗效 及其对血清 IL-17、趋化素水平的影响^{*}

王丽娜,孔春燕[△],宋丹丹

河北省衡水市第四人民医院口腔一科,河北衡水 053000

摘 要:目的 探讨解毒愈溃汤联合他克莫司治疗糜烂型口腔扁平苔藓(EOLP)的疗效及其对血清白细胞介素(IL)-17、趋化素水平的影响。**方法** 选取 2022 年 3 月至 2024 年 4 月该院收治的 86 例 EOLP 患者作为研究对象,随机分为中西医结合组和西药组,每组 43 例。2 组均给予他克莫司软膏治疗,中西医结合组联合解毒愈溃汤治疗。比较 2 组治疗后临床疗效和不良反应发生率。比较 2 组治疗前后中医证候积分、视觉模拟评分法(VAS)评分、体征评分;比较 2 组治疗前后血清肿瘤坏死因子 α (TNF- α)、IL-17、IL-10、趋化素水平;比较 2 组治疗前后体液免疫指标[免疫球蛋白(Ig)G、IgA、IgM]水平;比较 2 组治疗前后外周血 Th17、Treg 细胞百分比及 Th17/Treg 比值。**结果** 中西医结合组总有效率明显高于西药组,差异有统计学意义($P<0.05$);2 组治疗期间不良反应总发生率比较,差异无统计学意义($P>0.05$);2 组治疗后中医证候积分、VAS 评分、体征评分均低于治疗前,且中西医结合组治疗后中医证候积分、VAS 评分、体征评分均低于西药组,差异均有统计学意义($P<0.05$);2 组治疗后血清 TNF- α 、IL-17、趋化素水平均低于治疗前,血清 IL-10 水平高于治疗前,且中西医结合组治疗后血清 TNF- α 、IL-17、趋化素水平均低于西药组,血清 IL-10 水平均高于西药组,差异均有统计学意义($P<0.05$);2 组治疗后体液免疫指标(IgG、IgA、IgM)水平均高于治疗前,且中西医结合组治疗后体液免疫指标(IgG、IgA、IgM)水平均高于西药组,差异均有统计学意义($P<0.05$);2 组治疗后外周血 Th17、Treg 细胞百分比及 Th17/Treg 比值均低于治疗前,且中西医结合组治疗后外周血 Th17、Treg 细胞百分比及 Th17/Treg 比值均低于西药组,差异均有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 解毒愈溃汤联合他克莫司治疗 EOLP 可改善患者中医症状,缓解疼痛,减轻炎症反应,调节免疫状态,明显提高临床疗效。

关键词:解毒愈溃汤; 他克莫司; 糜烂型口腔扁平苔藓; 趋化素; 白细胞介素-17

中图法分类号:R781.5;R446.1

文献标志码:A

文章编号:1672-9455(2025)19-2633-06

Effect of Jiedu Yukui decoction combined with tacrolimus in the treatment of erosive oral lichen planus and its effect on serum IL-17 and Chemerin levels^{*}

WANG Lina, KONG Chunyan[△], SONG Dandan

Department of Stomatology, the Fourth People's Hospital of Hengshui, Hengshui, Hebei 053000, China

Abstract: Objective To investigate the efficacy of Jiedu Yukui decoction combined with tacrolimus in the treatment of erosive oral lichen planus (EOLP) and its effect on serum interleukin (IL) -17 and chemerin levels. **Methods** A total of 86 patients with EOLP admitted to the hospital from March 2022 to April 2024 were selected as the research objects, and were randomly divided into the combination group and the western medicine group, with 43 cases in each group. Both groups were treated with tacrolimus ointment, and the combination group was treated with Jiedu Yukui decoction. The clinical efficacy and incidence of adverse reactions were compared between the two groups after treatment. The TCM syndrome score (dry mouth and bitter mouth, oral erosion and pain, white stripes, thin white coating), visual analogue scale (VAS) score, physical sign score were compared between the two groups before and after treatment, serum tumor necrosis factor (TNF)- α , IL-17, IL-10, Chemerin were compared between the two groups before and after treatment. Humoral immune indexes [immunoglobulin (Ig) G, IgA, IgM] were compared between the two groups before and after treatment. The percentage of Th17 and Treg in peripheral blood, and the ratio of Th17/Treg were compared between the two groups before and after treatment. **Results** The total effective rate of the combination group

^{*} 基金项目:河北省医学科学研究课题(20240896)。

作者简介:王丽娜,女,主治医师,主要从事口腔常见疾病方面的研究。[△] 通信作者, E-mail: kong03185350@163.com。

引用格式:王丽娜,孔春燕,宋丹丹. 解毒愈溃汤联合他克莫司治疗糜烂型口腔扁平苔藓的疗效及其对血清 IL-17、趋化素水平的影响[J].

检验医学与临床, 2025, 22(19): 2633-2637.

was significantly higher than that of the western medicine group, and the difference was statistically significant ($P < 0.05$). There was no significant difference in the total incidence of adverse reactions between the two groups ($P > 0.05$). After treatment, the TCM syndrome score, physical sign score, VAS score, the levels of TNF- α , IL-17, Chemerin, Th17, Treg, and Th17/Treg ratio in the two groups were lower than those before treatment, and the TCM syndrome score, physical sign score, VAS score, TNF- α , IL-17, Chemerin, Th17 and Treg levels, and Th17/Treg ratio in the combined treatment group were lower than those in the western medication group, and the differences were statistically significant ($P < 0.05$). After treatment, the levels of IL-10, IgG, IgM and IgA in the two groups were higher than those before treatment, and the levels of IL-10, IgG, IgM and IgA in the combination group were higher than those in the western medication group, and the differences were statistically significant ($P < 0.05$). **Conclusion** Jiedu Yukui decoction combined with tacrolimus in the treatment of EOLP can improve the symptoms of traditional Chinese medicine, relieve pain, reduce inflammatory reaction, regulate immune status, and significantly improve the clinical efficacy.

Key words: Jiedu Yukui decoction; tacrolimus; erosive oral lichen planus; chemerin; serum interleukin-17

糜烂型口腔扁平苔藓(EOLP)在中年女性群体中尤为多发,其特点为口腔黏膜出现不规则形态的表浅糜烂,糜烂面上常有黄色的渗出物覆盖,病变周围充血、发红,并且可见到细微灰白色带珠光色彩的条纹,伴有明显的疼痛感和不适感^[1]。EOLP 患者可以在口腔黏膜的各个部位发生,如颊黏膜、唇黏膜、舌背、舌侧腹、龈颊移行皱襞等^[2]。如果 EOLP 长期不愈,会造成语言功能障碍,且存在潜在的癌变风险,给患者的健康带来巨大威胁^[3]。EOLP 的确切病因尚不完全清楚,普遍认为与 T 细胞介导的自身免疫反应有关,此外,还可能与精神因素、内分泌因素、遗传因素等有关^[4]。他克莫司对 EOLP 患者的疼痛缓解和糜烂修复表现出一定潜力,但单药治疗的疗程较长,且伴有严重的不良反应,疗效有限^[5]。中医认为,EOLP 是气滞血凝、湿浊毒聚,体内邪毒不得宣泄所致,治疗应以疏肝解郁、清热化湿为主^[6]。解毒愈溃汤中的麦冬、地黄清热润肺、养阴散结,薏苡仁、车前草清热利湿,白及生肌止血,徐长卿止痛化湿,赤芍活血凉血。诸药联合应用,可化瘀解毒,清除湿热^[7-8]。中药具有疗效持久、不良反应少等特点,应考虑中西医结合治疗 EOLP 是否有更好的疗效。本研究探讨解毒愈溃汤联合他克莫司治疗 EOLP 的疗效及其对白细胞介素(IL)-17、趋化素水平的影响,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2022 年 3 月至 2024 年 4 月本院收治的 86 例 EOLP 患者作为研究对象,随机分为中西结合组和西药组,每组 43 例。中西结合组中男 17 例,女 26 例;平均年龄(43.26 ± 4.45)岁;平均病程(3.56 ± 0.38)年。西药组中男 16 例,女 27 例;平均年龄(43.67 ± 4.58)岁;平均病程(3.62 ± 0.41)年。2 组性别、年龄、病程比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。纳入标准:(1)符合《口腔扁平苔藓诊疗指南(修订版)》^[9]中的诊断标准;(2)无其他明

显的口腔疾病;(3)近期末进行系统性治疗;(4)近 3 个月内未使用过糖皮质激素和抗菌药物治疗。排除标准:(1)合并感染性疾病的患者;(2)合并自身免疫病的患者;(3)患有精神疾病的患者;(4)合并心、肾功能障碍的患者;(5)对所用药物过敏的患者;(6)妊娠期或哺乳期女性。所有研究对象均知情同意并签署知情同意书。本研究经本院医学伦理委员会审核批准(2022020801)。

1.2 治疗方法 西药组给予 0.1% 他克莫司软膏(湖北人福成田药业有限公司, H20183377)治疗,薄涂患处,2 次/d。中西结合组给予 0.1% 他克莫司软膏联合解毒愈溃汤治疗。组方:白芷 10 g,天花粉 12 g,麦冬 10 g,车前草、板蓝根、地黄、白茅根、赤芍、徐长卿各 15 g,薏苡仁 20 g,丹参 20 g,金银花、白及、红藤各 15 g,甘草 6 g。加水煮至 400 mL,1 剂/d,于每天早饭后服用。2 组均治疗 3 个月。

1.3 观察指标

1.3.1 临床疗效 临床疗效判断标准^[9]:显效表现为充血、糜烂完全治愈,白色条纹不存在,疼痛已完全消除;有效表现为充血、糜烂有效控制,白色条纹减少,疼痛明显缓解;无效表现为充血、糜烂没有明显改善或有恶化迹象,白色条纹无变化,疼痛程度亦保持稳定或略有加剧。总有效率=(显效例数+有效例数)/总例数 $\times 100\%$ 。

1.3.2 中医证候积分 中医证候积分以口干口苦、口腔糜烂疼痛、白色条纹、苔薄白评分,从轻至重计 0~5 分^[10]。

1.3.3 视觉模拟评分法(VAS)、体征评分 采用 VAS^[11]评估所有研究对象治疗前后的疼痛程度,从轻至重计 0~10 分。体征评分标准^[12]:0 分为无病损,常规黏膜;1 分为轻微白色条纹,无充血、萎缩、溃烂;2 分为白色条纹伴随充血或萎缩面积 $< 1\text{ cm}^2$;3 分为白色条纹合并充血或萎缩面积 $\geq 1\text{ cm}^2$;4 分为白

色条纹伴随糜烂面积 $<1\text{ cm}^2$;5 分为白色条纹伴随糜烂面积 $\geq 1\text{ cm}^2$ 。

1.3.4 血清肿瘤坏死因子(TNF)- α 、IL-17、IL-10、趋化素水平 采用酶联免疫吸附试验检测所有研究对象治疗前后 TNF- α 、IL-17、IL-10、趋化素水平,试剂盒均购自翌圣生物科技(上海)有限公司。

1.3.5 体液免疫指标水平 采用全自动特种蛋白分析仪(试剂盒购自南京贝登医疗股份有限公司)以散射比浊法检测所有研究对象免疫球蛋白(Ig)G、IgA、IgM 水平。

1.3.6 外周血 Th17、Treg 细胞百分比 采用流式细胞法检测所有研究对象治疗前后 Th17、Treg 细胞百分比,并计算 Th17/Treg 比值。取外周血,使用淋巴细胞分离液等方法分离出单个核细胞;加入刺激剂活化细胞,并使用阻断剂阻止细胞因子分泌至细胞外;采用流式细胞仪进行细胞计数和分析。

1.3.7 不良反应 记录所有研究对象治疗期间不良反应(失眠、皮疹、肠胃不适、头痛)发生情况。

1.4 统计学处理 采用 SPSS22.0 统计软件进行数据分析处理。计数资料以例数或百分率表示,组间比较采用 χ^2 检验。符合正态分布的计量资料以 $\bar{x}\pm s$ 表示,2 组间比较采用独立样本 t 检验,组内比较采用配对 t 检验。以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 2 组临床疗效比较 中西结合组总有效率为 90.70%,明显高于西药组的 74.42%,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 1。

2.2 2 组治疗前后中医证候积分比较 2 组治疗前口干口苦、口腔糜烂疼痛、白色条纹、苔薄白积分比

较,差异均无统计学意义($P>0.05$)。2 组治疗后口干口苦、口腔糜烂疼痛、白色条纹、苔薄白积分均低于治疗前,且中西结合组治疗后口干口苦、口腔糜烂疼痛、白色条纹、苔薄白积分均低于西药组,差异均有统计学意义($P<0.05$)。见表 2。

2.3 2 组治疗前后体征、VAS 评分比较 2 组治疗前体征、VAS 评分比较,差异均无统计学意义($P>0.05$)。2 组治疗后体征、VAS 评分均低于治疗前,且中西结合组治疗后体征、VAS 评分均低于西药组,差异均有统计学意义($P<0.05$)。见表 3。

表 1 2 组临床疗效比较[n(%)]					
组别	<i>n</i>	显效	有效	无效	总有效
中西结合组	43	33(76.74)	6(13.95)	4(9.30)	39(90.70)
西药组	43	27(62.79)	5(11.63)	11(25.58)	32(74.42)
χ^2					3.957
<i>P</i>					0.047

2.4 2 组治疗前后血清 TNF- α 、IL-17、IL-10、趋化素水平比较 2 组治疗前 TNF- α 、IL-17、IL-10、趋化素水平比较,差异均无统计学意义($P>0.05$)。2 组治疗后 TNF- α 、IL-17、趋化素水平均低于治疗前,IL-10 水平均高于治疗前,且中西结合组治疗后 TNF- α 、IL-17、趋化素水平均低于西药组,IL-10 水平高于西药组,差异均有统计学意义($P<0.05$)。见表 4。

2.5 2 组治疗前后 IgG、IgM、IgA 水平比较 2 组治疗前 IgG、IgM、IgA 水平比较,差异均无统计学意义($P>0.05$)。2 组治疗后 IgG、IgM、IgA 水平均高于治疗前,且中西结合组治疗后 IgG、IgM、IgA 水平均高于西药组,差异均有统计学意义($P<0.05$)。见表 5。

表 2 2 组治疗前后中医证候积分比较($\bar{x}\pm s$,分)

组别	<i>n</i>	口干口苦		口腔糜烂疼痛		白色条纹		苔薄白	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
中西结合组	43	3.86 $\pm$ 0.41	1.45 $\pm$ 0.16*	4.25 $\pm$ 0.44	1.64 $\pm$ 0.18*	3.64 $\pm$ 0.39	1.36 $\pm$ 0.15*	3.26 $\pm$ 0.36	1.24 $\pm$ 0.14*
西药组	43	3.84 $\pm$ 0.39	1.92 $\pm$ 0.21*	4.23 $\pm$ 0.45	2.87 $\pm$ 0.29*	3.67 $\pm$ 0.41	2.15 $\pm$ 0.24*	3.28 $\pm$ 0.34	1.58 $\pm$ 0.16*
<i>t</i>		0.232	−11.672	0.208	−23.631	−0.348	−18.304	−0.265	−10.487
<i>P</i>		0.817	<0.001	0.835	<0.001	0.729	<0.001	0.792	<0.001

注:与同组治疗前比较,* $P<0.05$ 。

表 3 2 组治疗前后体征、VAS 评分比较($\bar{x}\pm s$,分)

组别	<i>n</i>	体征评分		VAS 评分	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
中西结合组	43	4.21 $\pm$ 0.44	2.31 $\pm$ 0.25*	3.86 $\pm$ 0.40	1.23 $\pm$ 0.1*
西药组	43	4.19 $\pm$ 0.42	2.75 $\pm$ 0.29*	3.87 $\pm$ 0.42	1.97 $\pm$ 0.21*
<i>t</i>		0.216	−7.536	−0.113	−19.647
<i>P</i>		0.830	<0.001	0.910	<0.001

注:与同组治疗前比较,* $P<0.05$ 。

2.6 2 组治疗前后外周血 Th17、Treg 细胞百分比及 Th17/Treg 比值比较 2 组治疗前外周血 Th17、Treg 细胞百分比及 Th17/Treg 比值比较,差异均无统计学意义($P>0.05$)。2 组治疗后外周血 Th17、Treg 细胞百分比及 Th17/Treg 比值均低于治疗前,且中西结合组治疗后外周血 Th17、Treg 细胞百分比

及 Th17/Treg 比值均低于西药组,差异均有统计学意义($P<0.05$)。见表 6。

2.7 2 组不良反应比较 中西结合组治疗期间不良反应总发生率为 4.65%,西药组为 11.63%,2 组治疗期间不良反应总发生率比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。见表 7。

表 4 2 组治疗前后血清 TNF-α、IL-17、IL-10、趋化素水平比较($\bar{x}\pm s$)

组别	n	TNF-α(ng/L)		IL-17(ng/L)		IL-10(ng/L)		趋化素(mg/L)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
中西结合组	43	36.78±3.78	19.88±2.01*	185.63±20.31	143.29±15.05*	8.15±0.83	13.05±1.33*	3.58±0.37	2.37±0.25*
西药组	43	36.80±3.81	24.72±2.53*	186.22±19.86	162.31±16.34*	8.17±0.82	11.26±1.16*	3.59±0.36	2.96±0.31*
t		-0.024	-9.822	-0.136	-5.614	-0.112	6.651	-0.127	-9.715
P		0.981	<0.001	0.892	<0.001	0.911	<0.001	0.899	<0.001

注:与同组治疗前比较,* $P<0.05$ 。

表 5 2 组治疗前后 IgG、IgM、IgA 水平比较($\bar{x}\pm s$,g/L)

组别	n	IgG		IgM		IgA	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
中西结合组	43	1.35±0.14	2.03±0.22*	9.68±0.99	13.85±1.42*	1.35±0.14	2.44±0.26*
西药组	43	1.37±0.15	1.84±0.19*	9.71±1.02	11.87±1.21*	1.38±0.15	1.96±0.21*
t		-0.639	4.286	-0.138	6.960	-0.959	9.418
P		0.524	<0.001	0.890	<0.001	0.340	<0.001

注:与同组治疗前比较,* $P<0.05$ 。

表 6 2 组治疗前后外周血 Th17、Treg 细胞百分比及 Th17/Treg 比值比较($\bar{x}\pm s$)

组别	n	Th17(%)		Treg(%)		Th17/Treg 比值	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
中西结合组	43	2.36±0.24	1.45±0.16*	3.35±0.35	2.67±0.20*	0.70±0.08	0.54±0.07*
西药组	43	2.37±0.25	1.92±0.21*	3.33±0.34	3.14±0.33*	0.71±0.07	0.61±0.10*
t		-0.189	-11.674	0.269	-7.121	-0.617	-3.760
P		0.850	<0.001	0.789	<0.001	0.539	<0.001

注:与同组治疗前比较,* $P<0.05$ 。

表 7 2 组不良反应比较[n(%)]

组别	n	失眠	皮疹	肠胃不适	头痛	合计
中西结合组	43	1(2.33)	0(0.00)	1(2.33)	0(0.00)	2(4.65)
西药组	43	2(4.65)	1(2.33)	1(2.33)	1(2.33)	5(11.63)
χ ²						0.622
P						0.430

3 讨 论

EOLP 是一种慢性炎症疾病,初期患处出现线状或网状条纹,逐渐发展为糜烂。有研究发现,EOLP 与内分泌失调有关,患者精神压力较大时容易影响其健康及生活^[13]。患上 EOLP 后不能自愈,若置之不理还会有加重的风险。因此,需要给予积极治疗和干

预。临床治疗 EOLP 以缓解疼痛、促进病损愈合、降低癌变风险为目的。西医采用内、外用药结合治疗,短期见效快。他克莫司作为抗菌药物,通过抑制 IL-2 释放、结合细胞性蛋白质,有效遏制 T 细胞活化,从而展现出强大的抗炎作用^[14]。他克莫司通过黏膜被吸收,直达炎症深层,相对于传统的皮质类固醇激素,有

更高的疗效,还避免了使用后局部皮肤萎缩,更具有安全性^[7],但他克莫司用于糜烂面积较大患者的疗效并不理想。

中医认为,EOLP 与五脏有密切联系。患者久郁不舒,致肝气郁结,气机壅滞,遂成局部气滞血瘀之象;加之饮食无度,脾胃受损,运化失司,痰湿内蕴,与口腔之瘀血相搏,阻遏气机,湿毒内蕴,遂发疼痛、糜烂等口腔局部受损之症。治宜疏风化湿、活血化瘀、滋养肝肾、滋阴降火为法,若兼见口腔溃疡,则宜酌加金莲花等清热解毒、消肿止痛之品,以增其效^[15]。解毒愈溃汤中的麦冬、地黄滋阴生津,清热润肺;车前草与薏苡仁清热利湿;徐长卿、红藤、白及化湿止痛、活血通络、止血生肌;板蓝根、金银花清热解毒;丹参、赤芍散瘀止痛;总体清热解毒、活血化瘀、生肌敛疮^[16-17]。本研究结果显示,与西药组比较,中西结合组疗效更高,中医证候积分、VAS 评分、体征评分降幅更大,且不良反应无差异,表明他克莫司与解毒愈溃汤联合使用疗效更优,更有利于改善症状,且安全性较高。

TNF- α 是连接炎症与免疫系统的关键因子,刺激细胞趋化因子释放,EOLP 患者 TNF- α 水平异常升高。IL-10 是一种在免疫系统中发挥重要作用的细胞因子,能够抑制多种促炎性细胞因子表达,抑制免疫反应,具有抗炎、抗过敏的功效^[18]。趋化素是一种促炎性脂肪因子,能够诱导免疫细胞向炎症反应部位迁移,导致趋化素水平升高^[19]。IL-17 具有促炎作用,在 EOLP 患者病损部位过度表达,导致其水平异常升高^[20]。本研究结果显示,中西结合组治疗后 TNF- α 、IL-17、趋化素水平均降低,IL-10 水平升高,且与西药组比较也存在明显差异,表明他克莫司与解毒愈溃汤联合使用可以更有效地缓解炎症反应。

体液免疫异常会导致 EOLP 的发生和发展^[21]。IgG 是 B 细胞在抗原刺激下转化为浆细胞后产生的,能与相应抗原发生特异性结合,主要功能是抗病毒、抗感染和免疫调节。IgM 是人体被感染后最早出现的抗体,在感染早期起到清除病毒和抗感染的作用,具有溶解细菌、激活补体、免疫调理及凝集等功能。IgA 是由浆细胞分泌的免疫球蛋白,主要存在于人体血液、体液、细胞膜表面等部位,具有抗病毒、抗感染、免疫调节等多种功能^[22-23]。本研究结果显示,2 组治疗后 IgG、IgM、IgA 水平均升高,且中西结合组高于西药组,提示中西联合治疗能更有效地调节机体的免疫功能。Th17 细胞通常具有促炎作用,Treg 细胞在多种疾病中发挥重要作用,其数量减少可能导致免疫耐受紊乱和疾病发生。Th17/Treg 比值可以衡量机体免疫状态^[24]。Th17 与 Treg 细胞之间的平衡被打破,可能导致免疫反应过度或不足,从而引发各种疾

病^[25]。本研究结果显示,2 组治疗后 Th17、Treg 细胞百分比及 Th17/Treg 比值均降低,且中西结合组低西药组,提示其免疫稳态恢复较好。

综上所述,他克莫司与解毒愈溃汤联合使用治疗 EOLP 能更好地改善患者症状和疼痛,提升疗效,减轻炎症损伤,调节免疫状态。但本研究是基于小样本量的短期试验,后期还需进行大样本研究,远期疗效也需进一步纵向追踪观察。

参考文献

- [1] 娄依婷,陶然,李勇正,等.基于网络药理学研究白芍总苷治疗口腔扁平苔癣的作用机制[J].中成药,2022,44(3):1005-1010.
- [2] NOSRATZEH T. Oral lichen planus:an overview of potential risk factors,biomarkers and treatments[J]. Asian Pac J Cancer Prev,2018,19(5):1161-1167.
- [3] CHIANG C P,CHANG J Y,WANG Y P,et al. Oral lichen planus-differential diagnoses,serum autoantibodies,hematinic deficiencies, and management [J]. J Formos Med Assoc,2018,117(9):756-765.
- [4] 张金玲,何旭,黄吉燕. Th17/Treg 在糜烂性口腔黏膜疾病患者的表达水平及其对黏膜病损发展的意义[J]. 湖南师范大学学报(医学版),2021,18(1):91-94.
- [5] 高欣欣. 中医辨证联合他克莫司软膏治疗糜烂型口腔扁平苔藓临床观察[J]. 光明中医,2019,34(21):3338-3340.
- [6] 胡媛媛. 解毒愈溃汤结合西医疗法治疗糜烂型口腔扁平苔藓疗效观察[J]. 现代中西医结合杂志,2022,31(12):1686-1689.
- [7] 马志花. 解毒愈溃汤联合曲安奈德对糜烂型口腔扁平苔藓的治疗价值探讨[J]. 饮食保健,2021,8(22):111.
- [8] 王蕊,王芹,杜文斌,等. 解毒愈溃汤联合曲安奈德对糜烂型口腔扁平苔藓的治疗效果[J]. 贵州医科大学学报,2020,45(3):335-339.
- [9] 中华口腔医学会口腔黏膜病专业委员会,中华口腔医学会中西医结合专业委员会. 口腔扁平苔藓诊疗指南(修订版)[J]. 中华口腔医学杂志,2022,57(2):115-121.
- [10] 中华口腔医学会口腔黏膜病专业委员会. 口腔扁平苔藓(萎缩型、糜烂型)疗效评价标准(试行)[J]. 中华口腔医学杂志,2005,40(2):92-93.
- [11] RADFAR L, WILD R C, SURESH L. A comparative treatment study of topical tacrolimus and clobetasol in oral lichen planus[J]. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod,2008,105(2):187-193.
- [12] 陈婉璐,周勇. 糜烂型口腔扁平苔藓患者疾病不确定感与情绪障碍的相关性[J]. 慢性病杂志,2020,22(4):521-524.
- [13] 戴树新,李华英,张士龙,等. 曲安奈德联合他克莫司治疗口腔扁平苔藓临床评价[J]. 中国药业,2020,29(14):62-64.
- [14] 李张维,吴妹娟,黄敏华,等. 他克莫司软膏联合外用重组人表皮生长因子治疗糜烂型口腔扁平苔藓的效果观察[J]. 中国医学创新,2020,17(21):39-42. (下转第 2643 页)

• 论 著 • DOI:10. 3969/j. issn. 1672-9455. 2025. 19. 009

不同临床特征 TGCT 患者血清炎症标志物水平及意义^{*}

叶丝太·赛尔哈力^{1,2,4}, 宋志强^{1,2}, 王 猛^{1,2}, 邵 博^{1,2}, 李晨曦^{1,2}, 张海鹏³, 龚忠诚^{1,2,△}

1. 新疆医科大学第一附属医院/附属口腔医院口腔颌面肿瘤外科, 新疆乌鲁木齐 830054; 2. 新疆维吾尔自治区口腔医学研究所, 新疆乌鲁木齐 830054; 3. 新疆医科大学第一附属医院骨科中心, 新疆乌鲁木齐 830054; 4. 新疆石河子市人民医院口腔科, 新疆石河子 832000

摘 要:目的 分析弥漫型、局限型腱鞘巨细胞瘤(TGCT)患者及复发、未复发 TGCT 患者血清炎症标志物水平及意义。方法 选取 2010—2023 年新疆医科大学第一附属医院经病理检查确诊的 49 例 TGCT 患者的基线资料及血清炎症标志物[中性粒细胞计数、淋巴细胞计数、单核细胞计数、血小板计数、钙、磷、钙磷乘积、碱性磷酸酶、中性粒细胞计数/淋巴细胞计数比值(NLR)、血小板计数/淋巴细胞计数比值(PLR)、淋巴细胞计数/单核细胞计数比值(LMR)、全身免疫炎症指数(SII)及泛免疫炎症值(PIV)]数据,根据分型分为弥漫型(24 例)和局限型(25 例);根据是否复发分为复发(11 例)和未复发(38 例)。比较不同临床特征 TGCT 患者血清炎症标志物水平及基线资料差异。结果 弥漫型 TGCT 患者年龄、术中所见组织侵袭占比、复发占比、NLR、PLR、SII、PIV 均明显高于局限型 TGCT 患者,肿瘤最大径明显大于局限型 TGCT 患者,LMR 明显低于局限型 TGCT 患者,差异均有统计学意义($P<0.05$)。复发 TGCT 患者弥漫型占比、中性粒细胞计数、单核细胞计数、血小板计数、NLR、PLR、SII、PIV 均明显高于未复发 TGCT 患者,肿瘤最大径明显大于未复发 TGCT 患者,LMR 明显低于未复发 TGCT 患者,差异均有统计学意义($P<0.05$)。结论 高水平 NLR、PLR、SII、PIV 及低水平 LMR 提示 TGCT 分型倾向于弥漫型,且术后复发风险较高,推测以上指标有望成为辨别 TGCT 分型及预测复发的生物标志物。

关键词:腱鞘巨细胞瘤; 中性粒细胞计数/淋巴细胞计数比值; 血小板计数/淋巴细胞计数比值; 淋巴细胞计数/单核细胞计数比值; 全身免疫炎症指数; 泛免疫炎症值

中图法分类号:R738.6;R446.1 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2025)19-2638-06

Levels and significance of serum inflammatory markers in TGCT patients with different clinical features^{*}

Yesitai Selhar^{1,2,4}, SONG Zhiqiang^{1,2}, WANG Meng^{1,2}, SHAO Bo^{1,2},
LI Chenxi^{1,2}, ZHANG Haipeng³, GONG Zhongcheng^{1,2,△}

1. Department of Oral and Maxillofacial Tumor Surgery, the First Affiliated Hospital of Xinjiang Medical University/Affiliated Stomatological Hospital, Urumqi, Xinjiang 830054, China; 2. Institute of Stomatology, Xinjiang Uygur Autonomous Region, Urumqi, Xinjiang 830054, China; 3. Orthopedic Center, the First Affiliated Hospital of Xinjiang Medical University, Urumqi, Xinjiang 830054, China; 4. Department of Stomatology, Shihezi People's Hospital, Shihezi, Xinjiang 832000, China

Abstract: **Objective** The differences of serum inflammatory markers were analyzed in patients with diffuse and localized giant cell tumor of tendon sheath (TGCT), recurrent and non-recurrent TGCT. **Methods** The baseline data and serum inflammatory markers [neutrophil count, lymphocyte count, monocyte count, platelet count, calcium, phosphorus, calcium-phosphorus product, alkaline phosphatase, neutrophil count/lymphocyte count ratio (NLR), platelet count/lymphocyte count ratio (PLR), lymphocyte count/monocyte count ratio (LMR), systemic immune inflammation index (SII) and pan-immune inflammation value (PIV)] of 49 patients with TGCT diagnosed by pathological examination in the First Affiliated Hospital of Xinjiang Medical University from 2010 to 2023 were retrospectively collected. According to the classification, they were divided into diffuse type (24 cases) and localized type (25 cases). According to the presence or ab-

^{*} 基金项目:国家自然科学基金项目(82160189);新疆维吾尔自治区自然科学基金重点项目(2023D01D14)。

作者简介:叶丝太·赛尔哈力,男,医师,主要从事口腔颌面部肿瘤及颞下颌关节疾病方面的研究。△ 通信作者, E-mail:565249755@qq.com。

引用格式:叶丝太·赛尔哈力,宋志强,王猛,等. 不同临床特征 TGCT 患者血清炎症标志物水平及意义[J]. 检验医学与临床, 2025, 22 (19):2638-2643.