

究[J]. 中西医结合心血管病电子杂志, 2019, 7(14): 19-20.

[24] 钱康, 范永升. 清肺方对结缔组织病相关间质性肺炎模型大鼠抗纤维化作用的实验研究[J]. 浙江中医药大学学报, 2017, 41(10): 784-789.

[25] 苗雨露, 张雯霞, 王玉娥, 等. 清热解毒类中药抗炎机制研究进展[J]. 中国实验方剂学杂志, 2018, 24(9): 228-234.

通信作者: 李雯燕, 主任医师, 新疆生产建设兵团第十三师红星医院, 新疆哈密市伊州区前进东路 19 号, 839200, 1761189901@qq.com

* **基金项目:** 新疆生产建设兵团十三师科技局项目 (2019B15)

收稿日期: 2021-07-06; 修回日期: 2021-09-22

(编辑 颜冬)

文章编号: 1001-6910(2022)07-0016-05

· 临床研究 ·

化嗝颗粒联合耳穴埋揸针在食管癌术后化疗的运用及对失眠焦虑的影响*

李华华¹, 岳姣姣², 刘怀民¹, 唐静雯¹, 孙旭¹, 牛虹¹

(1. 郑州大学附属肿瘤医院, 河南 郑州 450008; 2. 河南中医药大学第三附属医院, 河南 郑州 450008)

摘要 目的: 观察化嗝颗粒联合耳穴埋揸针在食管癌术后化疗的运用及对失眠焦虑的影响。方法: 选择郑州大学附属肿瘤医院收治的 95 例食管癌患者, 按照就诊顺序分为两组。两组均给予 TP 方案(紫杉醇+顺铂)化疗。对照组 47 例加服佐匹克隆片。治疗组 48 例在化疗基础上加用化嗝方(旋覆花、人参、代赭石、黄芪、石见穿、茯苓、郁金、佛手、莪术、全蝎、炙甘草), 1 d 1 剂, 加温水 200 mL, 早晚饭后温服; 同时联合耳穴(神门、安眠、交感、垂前、内分泌、皮质下、心、脾、肾穴位)埋揸针治疗。两组均以治疗 3 周为 1 个疗程, 连续治疗 3 个疗程后判定疗效。结果: 治疗组完全缓解(CR)15 例, 部分缓解(PR)20 例, 稳定(SD)8 例, 进展(PD)5 例, 疾病控制率为 89.58%(43/48); 对照组 CR 10 例, PR 13 例, SD 11 例, PD 13 例, 疾病控制率为 72.34%(34/47)。两组对比, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。在中医症状评分、匹兹堡睡眠质量指数量表(PSQI)评分、焦虑自评量表(SAS)评分、生活质量、免疫功能指标及不良反应方面对比, 治疗组治疗后改善程度均优于对照组($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$)。结论: 化嗝颗粒联合耳穴埋揸针对食管癌术后化疗有良性影响。

关键词: 食管癌术后; 化疗; 化嗝方; 耳穴; 揸针; 睡眠; 焦虑

中图分类号: R735.1 **文献标志码:** A **doi:** 10.3969/j.issn.1001-6910.2022.07.05

食管癌(esophage cancer, EC)是由食管腺上皮或鳞状上皮的异常增生所致的消化道肿瘤, 主要临床表现为吞咽食物哽咽感、进行性吞咽不利、胸骨后疼痛等; 严重时饮水呛咳、声音嘶哑、呼吸困难等。近年来, EC 的治疗方法不断改进, 外科手术仍是 EC 的首选方法, 但仅靠单一手术疗效不甚理想, 术后局部复发及转移的概率极高^[1]。相关文献^[2]报道, EC 术后同步给予化疗能够消除残留的肿瘤细胞及体内微小癌灶, 及时控制病灶进展, 提高总体生存率; 但化疗毒副反应较大, 术后患者免疫力下降, 其耐受性也变差, 部分患者甚至无法坚持导致治疗中断, 从而影响临床疗效。诸多学者研究^[3]发现, 中药的单方或复方制剂在 EC 术后化疗中不仅可以增加化疗敏感性, 起到增效减毒的作用, 还可以增强患者免疫功能, 降低复发转移的概率, 改善生活质量。手术切除作为一种创伤性的治疗方法, 不可避免地对患者产生心理应激反应, 另外由于食管解剖学位置特

殊, EC 手术会引起食管结构改变、消化道模式重建, 极易发生吻合口及消化道并发症, 这些都会给患者带来不适感, 导致患者出现睡眠障碍, 产生抑郁或焦虑等不良心理^[4]。耳穴埋揸针疗法是在全息理论指导下的新型皮内埋针疗法。临床研究^[5]表明, 耳穴埋揸针能缓解患者焦虑、抑郁情绪, 改善患者的睡眠质量及睡眠时间。然而, 目前尚未见中药汤剂联合耳穴埋揸针治疗 EC 术后失眠、焦虑患者的相关报道。2020 年 10 月—2021 年 10 月, 笔者采用化嗝颗粒联合耳穴埋揸针治疗食管癌术后化疗患者 48 例, 总结报道如下。

1 一般资料

选取郑州大学附属肿瘤医院住院治疗的 EC 术后患者 95 例, 按照就诊顺序分为治疗组和对照组。治疗组 48 例, 男 22 例, 女 26 例; 年龄平均(54.22±6.16)岁; 病程平均(0.8±2.6)年; TNM 分期为 II 期 29 例, III A 期 19 例; 肿瘤部位在上段 5 例, 中段

36例,下段7例。对照组47例,男20例,女27例;年龄平均(54.16±6.21)岁;病程平均(0.9±2.5)年;TNM分期为Ⅱ期30例,ⅢA期17例;肿瘤部位在上段4例,中段37例,下段6例。两组患者一般资料对比,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

2 病例选择标准

2.1 西医诊断标准

按照《食管癌诊疗规范(2018年版)》^[6]的诊断标准。①临床症状:吞咽食物时有哽咽感、异物感、胸骨后疼痛或出现明显的吞咽困难。②经食管造影、胸部CT及病理组织学检查确诊。③食管癌TNM分期标准按照国际抗癌联盟(UICC)/美国癌症联合委员会(AJCC)2017年公布的标准^[7]确诊。

2.2 中医辨证标准

按照《恶性肿瘤中医诊疗指南》^[8]中痰气交阻证的标准。主症:吞咽梗阻,胸膈痞满,呕吐痰涎,暖气呃逆。次症:神疲乏力,食欲减退,口干咽燥,大便不调,舌质红,苔薄腻,脉弦滑。

3 试验病例标准

3.1 纳入病例标准

①符合西医诊断标准及中医辨证标准者;②已行食管癌根治性手术,且病理检查证实为鳞癌者;③卡氏(KPS)评分 ≥ 70 分者;④匹兹堡睡眠质量指数量表(PSQI)评分 ≥ 7 分者;⑤年龄30~75岁者;⑥本人或家属知悉治疗方案且自愿入组,并签署知情同意书者。

3.2 排除病例标准

①有睡眠障碍病史者;②有化疗禁忌证或不能耐受3个周期治疗者;③近期服用抗精神类药物者;④合并严重肝肾功能异常、心功能不全者;⑤外耳皮肤破损者。

4 治疗方法

两组食管癌术后患者均给予紫杉醇+顺铂(TP)方案化疗:紫杉醇注射液(由哈药集团生物工程有限公司生产,产品批号H20059962,规格5 mL:30 mg)150 mg/m²,第1天静脉滴注,3 h内匀速滴完;顺铂注射液(由江苏豪森药业股份有限公司生产,产品批号H20040813,规格6 mL:30 mg)30 mg/m²溶于90 g/L生理盐水500 mL中,第1~4天静脉滴注。21 d为1个化疗周期,共化疗3个周期。

对照组在化疗基础上给予佐匹克隆片(由齐鲁制药有限公司生产,产品批号H10980162,每片7.5 mg),每次0.5片,睡前口服,1 d 1次。

治疗组在化疗基础上给予化膈方口服联合耳穴

埋揸针。化膈方药物组成:旋覆花15 g,人参20 g,代赭石12 g,黄芪25 g,石见穿20 g,茯苓15 g,郁金12 g,佛手12 g,莪术15 g,全蝎8 g,炙甘草6 g。以上中药均为颗粒剂,由河南诺美药业有限公司生产,1 d 1剂,加温水200 mL,分早晚饭后温服。耳穴埋揸针,取穴:神门、安眠、交感、垂前、内分泌、皮质下、心、脾、肾。操作方法:先对操作部位耳郭进行轻轻按摩,再用耳穴探测仪探寻所选穴位的压痛敏感点,点按标记后对患者耳郭进行常规消毒,晾干后将直径为0.3 mm、长度为1.0 mm的无菌清铃揸针(由四川源泉医疗器械有限公司生产,国械注进20162201259)的密封纸撕开,用小镊子夹住一半剥离纸将揸针刺入耳穴予以按压粘附,除去另一半剥离纸,用胶布固定,最后对埋针部位进行按压,力度以耳穴局部发红,患者自觉酸麻胀痛感但能耐受为宜。嘱患者每日坚持耳穴揸针刺刺激3~5次,每晚睡前需揉按1次,每穴每次揉按1~3 min,每次留针48 h,每2日更换1次,两侧耳交替进行。

两组均以3周为1个疗程,连续治疗3个疗程后判定疗效。

5 观测指标及方法

5.1 中医症状评分

治疗前后按照《恶性肿瘤中医诊疗指南》^[8]评分标准进行评价,临床症状分为无、轻、中、重四级,主症依次计0,2,4,6分,次症依次计0,1,2,3分。

5.2 睡眠质量

于治疗前、治疗结束时及治疗结束后第4周采用PSQI评分^[9]评定,该量表由入睡时间、睡眠时间、睡眠质量等组成18个条目,总分为0~21分,分值越高表示患者睡眠质量越差。

5.3 焦虑情绪

于治疗前、治疗结束时及治疗结束后第4周采用焦虑自评量表(SAS)^[10]评定。该量表由20个条目组成,总分为100分,分值越高表示焦虑症状越严重。

5.4 免疫功能指标

采用化学发光免疫法检测两组外周血CD3⁺、CD4⁺、CD8⁺表达水平,并计算CD4⁺/CD8⁺值。

5.5 生活质量评估

治疗前后采用KPS评分评价,得分越高表示患者健康状况越好。KPS评分升高 >10 分判为提高;KPS评分升高或减少 <10 分判为稳定;KPS评分减少 ≥ 10 分判为降低^[11]。

5.6 安全性指标

两组患者定期检测血常规和肝肾功能。观察骨

髓抑制、消化道反应等不良反应发生情况。

6 近期疗效评定标准

按照《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[12]和参考文献^[13]相关标准。完全缓解(CR):治疗后患者可测量的靶病灶消失,持续4周无新发病灶,中医症状积分减少率>70%,PSQI评分减少率≥75%。部分缓解(PR):可测量的靶病灶最大径之和缩小>30%,持续时间>4周,中医症状积分减少率为>50%~70%,PSQI评分减少率50%~74%。稳定(SD):可测量的靶病灶变化不明显,介于PR与PD之间,中医症状积分减少率为>30%~50%,PSQI评分减少率25%~<50%。进展(PD):未达到上述标准,或出现新病灶。疾病控制率=(CR+PR+SD)/总例数×100%。

7 统计学方法

采用SPSS 24.0统计分析软件处理。计量资料数据以均数(\bar{x})±标准差(s)表示,组间比较采用 t 检验;计数资料组间比较采用 χ^2 检验;等级资料组间比较采用Ridit分析。检验水准 $\alpha=0.05$ 。

8 结果

8.1 两组近期疗效对比

两组对比,经Ridit分析, $u=2.26, P<0.05$,差异有统计学意义。见表1。

表1 两组食管癌患者近期疗效对比

组别	例数	CR	PR	SD	PD	疾病控制率/%
治疗组	48	15	20	8	5	89.58*
对照组	47	10	13	11	13	72.34

注:与对照组对比,* $P<0.05$ 。

8.2 两组治疗前后PSQI、SAS评分对比

与同组治疗前对比,两组治疗后的PSQI、SAS评分均明显下降,差异有统计学意义($P<0.01$)。与对照组治疗后对比,治疗组PSQI、SAS评分明显降低,差异有统计学意义($P<0.01$)。见表2。

表2 两组食管癌患者治疗前后PSQI、SAS评分对比

组别	例数	时间	PSQI	SAS
治疗组	48	治疗前	11.47±2.44	58.31±8.06
		治疗后	6.41±2.12 ^{##△}	40.80±7.25 ^{##△△}
		治疗后4周	6.43±2.34 ^{##**}	41.13±8.39 ^{##**}
对照组	47	治疗前	11.54±2.46	58.27±7.74
		治疗后	7.33±2.05 ^{##}	47.35±7.11 ^{##}
		治疗后4周	11.20±2.42	58.46±8.13

注:与同组治疗前对比,## $P<0.01$;与对照组治疗后对比,△ $P<0.01$;与对照组治疗后4周对比,** $P<0.01$ 。

8.3 两组治疗前后免疫功能指标对比

与同组治疗前对比,治疗组治疗后的 $CD3^+$ 、 $CD4^+$ 、 $CD4^+/CD8^+$ 较治疗前均明显升高, $CD8^+$ 明显降低,差异有统计学意义($P<0.01$)。与对照组治疗后对比,治疗组免疫功能各项指标改善更为明显,差异有统计学意义($P<0.01$)。见表3。

表3 两组食管癌患者治疗前后免疫功能指标对比

组别	例数	时间	$CD3^+/\%$	$CD4^+/\%$	$CD8^+/\%$	$CD4^+/CD8^+$
治疗组	48	治疗前	52.30±6.04	34.19±4.33	27.92±3.59	1.22±0.86
		治疗后	67.63±6.37 ^{##△△}	50.31±5.04 ^{##△△}	20.48±5.04 ^{##△△}	2.46±0.81 ^{##△△}
对照组	47	治疗前	52.24±5.37	34.28±4.15	28.02±3.72	1.22±0.84
		治疗后	58.43±6.24 ^{##}	39.01±4.46 ^{##}	26.94±3.88	1.44±0.79

注:与同组治疗前对比,## $P<0.01$;与对照组治疗后对比,△ $P<0.01$ 。

8.4 两组治疗后生活质量对比

两组对比,经Ridit分析, $u=2.04, P<0.05$,差异有统计学意义。见表4。

表4 两组食管癌患者治疗后生活质量对比

组别	例数	提高	稳定	降低	提高率/%
治疗组	48	29	15	4	60.42 ^{**}
对照组	47	21	13	13	44.68

注:与对照组对比,* $P<0.05$ 。

8.5 两组治疗后不良反应对比

治疗后,治疗组不良反应明显少于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$ 或 $P<0.01$)。见表5。

表5 两组食管癌患者治疗后不良反应对比

组别	例数	白细胞减少	血小板减少	恶心呕吐	腹泻	疲劳	贫血
治疗组	48	3*	2*	4*	1*	5 ^{**}	0*
对照组	47	10	8	13	8	20	5

注:与对照组对比,* $P<0.05$,** $P<0.01$ 。

9 讨论

食管癌是一种发病率和病死率均较高的恶性肿

瘤,临床上对EC的治疗采用以手术切除为主、术后辅助化疗的综合疗法。相关研究^[14]显示,EC患者采用紫杉醇和顺铂的化疗方案可有效杀灭亚临床灶,预防或延缓肿瘤复发时间,降低术后复发率和远端转移率,延长患者生存时间。任润川等^[15]研究中也使用TP方案进行治疗,亦取得了良好疗效;同时也发现以I、II度为主的不良反应发生率较高。化疗药物具有细胞毒性,除发挥抗肿瘤作用外,还可对细胞分化和正常组织造成影响。EC患者经历手术和化疗治疗,其机体免疫功能受损更加严重,且随着化疗周期的推进,体内化疗药物蓄积量逐渐增加,产生的毒副反应更为明显。因此,寻找一种增效减毒且安全有效的治疗方案成为临床研究的重点。研究^[16]发现,中药在术后康复、减轻化疗毒副作用、提高免疫功能、改善生活质量等方面有独特临床优势。

中医学将EC归属于“噎膈”“噎塞”等范畴,该

病好发于中老年,年老体弱则正气渐衰,正衰则邪盛,病邪日久则耗精伤血,元气受损,而手术创伤更加重正气耗散和阴血损伤,气血亏虚,劫夺津液,津不上承濡养咽喉,聚而成痰,痰凝阻滞于食管,日久不化成积致瘀,痰瘀结成毒块,凝滞食管。本病以正气虚衰为本,痰凝血瘀为标。王瑞丽^[17]研究认为,化疗药物在体内瘀积成邪毒,邪毒内蕴化热,形成火热邪毒,侵袭机体加重气血耗伤,导致本虚之症进一步加重,正气虚损是各类毒副反应产生的主要因素,因此,对于 EC 术后化疗患者,应以清热祛痰、健脾生津、和胃降逆、扶正培本为治则。本院中药内服方源自《伤寒论》中旋覆代赭汤加减化裁,方中旋覆花消痰软坚,降逆止呕;代赭石清火平肝,重镇降逆;黄芪健脾生津,升阳益气;人参镇静安神,益气固脱、大补元气;莪术、石见穿、土鳖虫、全蝎四药配合,增强活血祛瘀、消肿止痛、消癥散结之效;冬凌草利咽止痛,清热解毒;茯苓健脾和胃,宁心安神;半夏燥湿化痰,降逆止呕;郁金健脾益气,解郁止痛;甘草调和诸药,以上中药联合使用,共奏清热消痰、祛瘀散结、补脾益气、解郁安神之功效^[18]。

癌症本身会给人带来较大的恐惧感和绝望感,患者在手术、化疗等治疗过程中会出现创伤后心理应激反应,身心承受着来自疾病本身的巨大痛苦,还有对生理功能恢复和对疾病未来不确定性的担忧,随着时间延长而加剧,导致患者产生焦虑负性情绪,影响睡眠质量,日久出现失眠,失眠又加重焦虑,失眠和焦虑相伴相生,如此往复造成恶性循环^[19]。研究^[20]发现,癌症患者中睡眠障碍、焦虑和抑郁的发病率分别为 80%、54.9%、49.7%,失眠和焦虑是影响 EC 患者康复的重要心理因素。本研究在内服中药的同时,辅以耳穴埋揸针治疗。现代研究^[21]表明,针刺耳穴可直接刺激迷走神经传入纤维,调节中枢神经系统,促进神经递质的释放,使睡眠从病理状态恢复至正常状态。耳穴处方中神门、交感、皮质下、安眠为治疗失眠的常用组合要穴,系睡眠调节中枢区域的对应刺激点,刺之可调节大脑皮质神经的兴奋与抑制功能,起到镇静定志、宁心安神、平衡阴阳之功效,配合心、脾、肾穴可增强健脾补肾、宁心安神之效^[22]。将揸针埋入上述穴位,针具深入皮下能产生更强更持久的良性刺激,从而更有效推动经络气血的有序运行,激发和促进相应脏腑功能,刺激神经肽进入中枢神经系统,调控中枢神经功能,使神经递质恢复到平衡状态,从而缓解 EC 患者烦躁焦虑情绪,改善睡眠质量^[23]。本次研究结果显示,治疗组患者的近期疾病控制率为 89.58%,生活质量提高率为 60.42%,均明显高于对照组

($P < 0.05$);治疗组治疗后和治疗后 4 周的 PSQI 评分、SAS 评分均较治疗前明显降低($P < 0.01$),对照组治疗后 PSQI 评分和 SAS 评分较治疗前降低($P < 0.01$),但治疗后 4 周与治疗前基本相同($P > 0.05$),提示催眠类西药疗效持续时间短,与施海燕等^[24]报道类似,证实耳穴揸针治疗可缓解失眠患者的焦虑情绪,改善睡眠质量,促进心理健康,且无成瘾性和耐药性,疗效持续时间长。治疗组治疗后免疫系统功能指标 $CD3^+$ 、 $CD4^+$ 、 $CD4^+/CD8^+$ 均较治疗前及对照组明显升高($P < 0.01$), $CD8^+$ 含量较治疗前及对照组明显降低($P < 0.01$),此结果与吕红琼等^[25]报道一致,证实 EC 术后化疗影响患者免疫功能,T 细胞亚群中 $CD4^+$ 、 $CD4^+/CD8^+$ 降低可导致机体免疫功能下降。在化疗期间两组患者均有不同程度的毒副反应,但治疗组的各种不良反应发生率均低于对照组($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$),与李志刚等^[26]报道相似,提示扶正类中药汤剂辅助 EC 术后化疗能够减轻化疗毒副作用,提高生活质量。

综上所述,化膈方联合耳穴埋揸针治疗 EC 术后化疗患者效果确切,具有明显的增效减毒作用,可增强机体免疫功能,提高生活质量,缓解焦虑情绪,改善睡眠障碍,且疗效持续时间长。

参考文献:

- [1] 冉刚,周丽珍,周超,等.局部中晚期食管癌术前新辅助放疗联合食管癌根治术的临床研究[J].中华放射肿瘤学杂志,2017,26(8):874-879.
- [2] 高晓会,李敬霞,张殿宝,等.食管癌术后辅助治疗现状[J].食管疾病,2020,2(3):192-196.
- [3] 张玉双,高静,史会娟,等.加味启膈散对食管癌根治术后患者复发转移及生存质量的影响[J].中国全科医学,2018,21(10):1239-1243.
- [4] 朱娟,王少明,陈茹,等.食管癌合并焦虑、抑郁的研究进展[J].中国肿瘤,2020,29(1):55-62.
- [5] 吕志颖,丁晓颖,何丽清.揸针改善失眠伴焦虑状态的临床研究[J].中国社区医师,2018,34(17):104,106.
- [6] 国家卫生健康委员会.食管癌诊疗规范(2018年版)[J].中华消化病与影像杂志:电子版,2019,9(4):158-192.
- [7] 方文涛.通过食管癌 TNM 新分期(第八版)解读 2017 年 NCCN 食管鳞癌诊疗指南[J].中华胃肠外科杂志,2017,20(10):1122-1126.
- [8] 林洪生.恶性肿瘤中医诊疗指南[M].北京:人民卫生出版社,2014:283-306.
- [9] 路桃影,李艳,夏萍,等.匹兹堡睡眠质量指数的信度及效度分析[J].重庆医学,2014,43(3):260-263.
- [10] 郑磊磊,李惠春.常用焦虑及抑郁评估量表[J].中华全科医师杂志,2016,15(5):334-336.
- [11] 石远凯,孙燕.临床肿瘤内科手册[M].北京:人民卫生出版社,2015:471-472.

[12]郑筱萸. 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,2002:26.

[13]EISENHAUER E A, THERASSE P, BOGAERTS J, et al. New response evaluation criteria in solid tumours: revised RECIST guideline (version 1.1)[J]. Eur J Cancer, 2009, 45(2):1-247.

[14]魏鑫,王玉霞. 紫杉醇和顺铂在老年食道癌患者中的疗效观察[J]. 老年医学与保健,2018,24(5):524-526.

[15]任润川,郑安平,张耀文. 多西紫杉醇和顺铂联合三维适形放疗治疗中晚期食管癌[J]. 肿瘤基础与临床, 2017,30(5):432-434.

[16]张璐,张义,陈亚楠,等. 益气通络解毒方联合 TP 方案化疗治疗痰气交阻型中晚期食管癌[J]. 河南中医, 2018,38(12):1859-1862.

[17]王瑞丽. 食管癌术后化疗联合扶正消癌汤辅助治疗 68 例. 光明中医,2016,31(17):2250-2253.

[18]周尧红,侯恩存,何锦轶,等. 扶正散结中药联合放化疗治疗中晚期食管癌临床疗效的 Meta 分析[J]. 湖南中医杂志,2021,37(7):131-135.

[19]马山蕊,马箐,郝长青,等. 河南林州食管及贲门癌前病变患者的心理状况及相关因素分析[J]. 中华预防医学杂志,2017,51(8):670-674.

[20]CHEN H M, WU Y C, TSAI C M, et al. Relationships of

circadianrhythms and physical activity with objective sleep parameters in lung cancer patients[J]. Cancer Nurs,2015, 38(3):215-223.

[21]梁肖媚. 耳穴揞针治疗老年原发性失眠临床观察[J]. 上海针灸杂志,2017,36(6):719-722.

[22]包晴霞,张蕾. 利眠贴配合耳穴埋籽对食管癌患者睡眠情况及生活质量的影响[J]. 当代护士,2021,28(9):77-79.

[23]梁虹,杨丽燕. 揞针结合耳穴对原发性失眠近期和远期疗效的临床评价[J]. 针灸临床杂志,2017,33(5):39-41.

[24]施海燕,祝文妹,丁慧红. 耳穴揞针配合中医情志干预对失眠症患者焦虑抑郁情绪及睡眠质量的影响[J]. 新中医,2020,52(13):145-148.

[25]吕红琼,谢玲,倪明立. 益气养阴、化痰散结法辅助化疗对食管癌患者免疫功能及生活质量的影响[J]. 中国合理用药探索,2018,15(3):17-19.

[26]李志刚,田力,王祥麒,等. 化疗联合培正散结通膈汤治疗中晚期食管癌临床研究[J]. 中医学报,2017,32(5):708-710.

* 基金项目:河南省中医药科学研究专项课题(20-21ZY2310)

收稿日期:2020-10-15;修回日期:2021-03-28
(编辑 田晨辉)

文章编号:1001-6910(2022)07-0020-06

· 临床研究 ·

中医延续性辨证施膳管理对乙型肝炎肝硬化失代偿期营养风险状态的影响*

王红霞¹,张 琰¹,曹海英¹,韩 宇¹,许红丽¹,王向丽²

(1. 河南省中医院,河南 郑州 450002; 2. 河南中医药大学,河南 郑州 450046)

摘要 目的:观察中医延续性辨证施膳管理对乙型肝炎肝硬化失代偿期水湿内阻证患者营养状况的影响。方法:选择河南省中医院肝胆脾胃病科收治的乙型肝炎肝硬化失代偿期水湿内阻证患者 38 例。患者在住院期间接受常规治疗和饮食指导;辨证为水湿内阻证,治宜益气健脾祛湿,方予四花利湿汤(木棉花、鸡蛋花、厚朴花、芫花、苍术、茯苓、泽泻、甘草),隔两日 1 剂,水煎服。膳食辅以山药红枣粥、莲蓬粥、扁豆红枣汤、茯苓煮鸡肝、黄芪炖牛肚、鹌鹑补脾汤、八宝全鸭、羊肉羹、黄豆红枣茶、洋葱汁、苹果汁,每周选择 1 个食疗方煮 2 碗,每日 2 次食用。忌食性寒食物,如苦瓜、海带、马齿苋、空心菜、荸荠等。对所有患者采用中医延续性辨证施膳管理。患者均于连续接受治疗 6 个月后判定疗效。结果:显效 13 例,有效 22 例,无效 3 例,有效率为 92.11%(35/38)。患者治疗 3 个月和 6 个月的中医学候评分均较治疗前明显下降,差异有统计学意义($P<0.01$);患者治疗 6 个月的中医学候评分较治疗 3 个月下降更为明显,差异有统计学意义($P<0.01$)。患者治疗 3 个月和 6 个月的血浆白蛋白(Alb)水平较治疗前明显升高,天冬氨酸氨基转移酶(AST)、谷丙转氨酶(ALT)、总胆红素(TBil)水平较治疗前明显下降,差异有统计学意义($P<0.01$);患者治疗 6 个月的 Alb、AST、ALT、TBil 水平较治疗 3 个月改善更为明显,差异有统计学意义($P<0.01$)。患者治疗 3 个月和 6 个月的微型营养评估简表(MNA-SF)评分均较治疗前明显升高,差异有统计学意义($P<0.01$);患者治疗 6 个月 MNA-SF 评分较治疗 3 个月升高更为明显,差异有统计学意义($P<0.01$)。治疗 6 个月,患者血常规、尿常规、肾功能、电解质检查均未见异常。结论:中医延续性辨证施膳管理可以有效缓解乙型肝炎肝硬化失代偿期水湿内阻证患者的临床症状,改善患者的营养状况,促进肝功能恢复,安全有效,为临床提供了一种新的治疗选择。

关键词:乙型肝炎肝硬化;失代偿期;辨证施膳;延续性管理;营养风险

中图分类号:R575.2 文献标志码:A doi:10.3969/j.issn.1001-6910.2022.07.06