

十全大补汤合五味消毒饮加减对食管癌术后 气血亏虚证患者免疫功能的影响

杨爱娣, 向峰*, 杨丽娜, 王友于, 张允, 张琨
(四川省医学科学院 四川省人民医院, 成都 610072)

[摘要] **目的:**探讨十全大补汤合五味消毒饮加减对食管癌术后气血亏虚证患者免疫功能、生活质量的影响。**方法:**本组研究共选择符合条件的病例90例,随机分为治疗组(46例)和对照组(44例);对照组于术后第2~9天采用肠内营养支持疗法;治疗组在对照组基础上给予十全大补汤合五味消毒饮加减辅助治疗;比较两组中医临床症状积分;检测两组血清CD4⁺和CD8⁺及免疫球蛋白(Ig)A,IgG,IgM水平;比较两组生活质量核心量表(EORTC QLQ-C30) V3.0评分和食管癌补充模式表(QLQ-OES18)评分。**结果:**治疗组患者术后10 d的中医症状各指标评分均显著低于对照组($P < 0.01$);治疗组术后10 d患者CD4⁺,CD4⁺/CD8⁺,IgA,IgG,IgM均显著高于对照组,CD8⁺显著低于对照组($P < 0.01$);治疗组术后10 d患者功能领域指标评分均显著高于对照组,而症状领域指标评分均显著低于对照组($P < 0.01$);术后10 d,治疗组患者EORTC QLQ-OES18各项评分均显著低于对照组($P < 0.01$)。**结论:**在常规肠内营养治疗基础上,十全大补汤合五味消毒饮加减治疗食管癌术后患者,可显著改善患者中医症状和生活质量,提高免疫功能。

[关键词] 十全大补汤;五味消毒饮;食管癌;气血亏虚证;CD4⁺细胞;CD8⁺细胞;免疫球蛋白

[中图分类号] R287 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1005-9903(2016)11-0174-05

[doi] 10.13422/j.cnki.syfjx.2016110174

Effect of Shiquan Dabu Tang Combined with Wuwei Xiaodu Yin on Immune Functions in Postoperative Qi and Blood Deficiency Patients with Esophagus Cancer

YANG Ai-di, XIANG Feng*, YANG Li-na, WANG You-yu, ZHANG Yun, ZHANG Kun
(Sichuan Academy of Medical Sciences, Sichuan Provincial People's Hospital, Chengdu 610072, China)

[Abstract] **Objective:** To observe the effects of Shiquan Dabu Tang combined with Wuwei Xiaodu Yin on immune function and living quality in postoperative Qi and blood deficiency patients with esophagus cancer. **Method:** Ninety eligible patients were selected in this study and randomly divided into control group (44 cases) and treatment group (46 cases). Patients in control group received enteral nutrition supporting therapy on postoperative day 2 to day 9. Patients in treatment group were treated with Shiquan Dabu Tang combined with Wuwei Xiaodu Yin based on the treatment in control group. Symptom scores of traditional Chinese medicine (TCM) were compared between two groups. Levels of serum CD4⁺, CD8⁺, IgA, IgG and IgM were detected in serum of two groups. Quality of Life Questionary-Core 30 (EORTC QLQ-C30) V3.0 scores and Esophageal Cancer Supplementary Schema Table (QLQ-OES18) scores were compared between two groups. **Result:** The TCM symptom scores in treatment group were significantly lower than those in control group on postoperative day 10 ($P < 0.01$), CD4⁺, CD4⁺/CD8⁺, IgA, IgG and IgM levels in treatment group were significantly higher than those in control group on postoperative day 10, while CD8⁺ level was significantly lower than that in control group ($P <$

[收稿日期] 20151019(010)

[基金项目] 四川省人民医院院级苗圃课题项目(2015MP44)

[第一作者] 杨爱娣,主管护师,从事手术室工作,Tel:18980075317,E-mail:yad616@163.com

[通讯作者] *向峰,硕士,副主任中医师,从事中西医结合临床工作,Tel:18981838366,E-mail:fengxx2002@163.com

0.01), scores of functional area indexes in treatment group were significantly higher than those of control group, while scores of symptom area indexes in treatment group were significantly lower than those of control group ($P < 0.01$), on postoperative day 10, scores of EORTC QLQ-OES18 in treatment group were significantly lower than those of control group with statistical differences ($P < 0.01$). **Conclusion:** Based on enteral nutrition supporting therapy, Shiquan Dabu Tang combined with Wuwei Xiaodu Yin in treatment of postoperative esophagus cancer with deficiency of Qi and blood could improve TCM symptoms and quality of life, and increase immune function.

[Key words] Shiquan Dabu Tang; Wuwei Xiaodu Yin; esophagus cancer; deficiency of Qi and blood; CD_4^+ cell; CD_8^+ cell; Ig

食管癌为消化道最常见恶性肿瘤之一,据统计目前我国范围内食管癌的发病率、死亡率均居世界首位^[1]。临床治疗食管癌以外科手术切除为主,但患者术后 5 年的总生存率仅 30% 左右^[2],究其原因除了与切除不彻底有关外,术后患者免疫功能低下也是重要因素之一^[3]。食管癌患者术前摄入不足、术中高分解代谢以及术后禁食等,加重了患者的营养不良,从而引起免疫功能低下、伤口愈合困难以及易发感染等。国内学者认为只要肠道功能存在,就应该尽早予以肠内营养支持^[4]。然而,单纯采取肠内营养制剂干预对促进机体免疫功能尚不能达到理想效果,在此基础上给予中药调理能够发挥更好临床疗效^[5]。本研究根据食管癌术后气血亏虚证的病机特点,在常规肠内营养基础上给予十全大补汤合五味消毒饮加减治疗。十全大补汤出自《太平惠民和剂局方》卷五,具有温补气血之功效,临床主治

诸虚不足、不进饮食等久病虚损病证;五味消毒饮为《医宗金鉴》卷七十二治疗痈疮之经典方药;研究证实,十全大补汤对食管癌术后患者可明显改善生活治疗,提高免疫功能^[6]。笔者依据术后患者创口恢复等具体病证,采用十全大补汤合五味消毒饮加减干预的措施,追踪患者中医临床症状积分、免疫和生活质量测评。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本研究共计筛选 106 例食管癌手术患者,均来源于 2013 年 6 月—2015 年 1 月四川省人民医院肿瘤科,采用随机数字表法分为治疗组和对照组,各 53 例,除去脱落、失访等,对照组最终完成 44 例,治疗组完成 46 例。两组患者间在性别、年龄、肿瘤分期、瘤类型以及卡氏(KPS)评分等基线资料比较,差异无统计学差异,具有可比性。见表 1。

表 1 两组患者基线资料比较

Table 1 Comparison of baseline information between two groups

组别	性别		年龄/例			肿瘤分期/例			瘤类型/例		KPS 评分/分
	男/例	女/例	40~50/岁	50~60/岁	60~70/岁	II a 期	II b 期	III 期	鳞癌	腺癌	
对照	29	15	5	17	22	6	11	27	36	8	61.52 ± 6.56
治疗	33	13	4	18	24	7	13	26	38	8	60.95 ± 6.43

1.2 食管癌诊断标准 依据《中国常见恶性肿瘤诊治规范》^[7]拟定标准,全部患者经纤维食管镜检查,且病理学检查确诊;病理分期依据国际抗癌联盟(UICC)制定相关标准^[8];KPS 评分根据《中西医结合肿瘤学》^[9]中卡氏评分标准制定,评价内容包括病情、能否正常活动以及生活自理程度,满分 100 分,10 分为 1 个等级,得分越高,提示健康状况良好。

1.3 气血亏虚证诊断标准 依据《中药新药临床研究指导原则》标准。气虚证标准,①主证:乏力,气短,神疲,脉虚。②次证:自汗,懒言,舌淡;同时具备主证 2 项和次证 1 项者即可诊断。血虚证标准,

①主证:面色淡白或萎黄,头晕眼花,心悸。②次证:失眠,手足麻木,脉细,舌淡。同时具备主证 2 项以及次证 2 项即可诊断。

1.4 纳入标准 ①符合食管癌诊断标准者;②符合气血亏虚证诊断者;③年龄 40~70 岁;④近期未给予中药治疗者;⑤食管癌病理分期为 II, III 期者;⑥ KPS 评分 > 50 分者;⑦所有患者或患者家属知情,且签署知情同意书。

1.5 排除标准 ①合并心、肝、肾等脏器功能不全以及代谢性疾病者;②合并其他类型肿瘤者;③精神病患者;④术后合并严重不良反应或复发者;⑤未能配合疗程治疗者。

1.6 治疗方法 两组患者均于术前由护士常规置入胃管,术中由手术医生将鼻肠管置入十二指肠或空肠上段。两组患者均给予相同的禁食、胃肠减压、补液、抗炎等常规治疗。

对照组术后第 2~9 天采用肠内营养支持疗法,具体方法:第 1 天采用生理盐水 100 mL 经鼻饲管注入;第 2~9 天给予肠内营养制剂能全力(纽迪希亚制药有限公司,国药准字 H20010284),经鼻饲管滴入,给入剂量由少到多,术后第 2,3 天为 100 mL(滴速 30~60 mL·h⁻¹),第 4 天为 250 mL(滴速 80~100 mL·h⁻¹),第 5~9 天为 500~1 000 mL(滴速 100~150 mL·h⁻¹),再逐渐过渡到半流质饮食及普食。

治疗组在对照组用药基础上给予十全大补汤合五味消毒饮加减辅助治疗,方药组成:人参 15 g,茯苓 10 g,白术 10 g,甘草 10 g,黄芪 12 g,当归 12 g,白芍 10 g,熟地黄 15 g,制首乌 12 g,金银花 18 g,菊花 12 g,蒲公英 10 g,紫花地丁 10 g;统一在四川省人民医院制剂室采取浓煎,于术后第 2~9 天经鼻饲管滴入,100 mL·d⁻¹,滴速同肠内营养,滴入时间与肠内营养给予时间间隔约 30 min。

治疗过程中鼻肠管位于空肠内方可注药并减少反流及误吸的可能。使用输液恒温器加温肠内营养液、药物至 37 ℃,滴注时每 5~10 min 观察并询问患者有无腹胀、腹痛、腹泻等症状,滴注过程中不夹闭胃肠减压管,严密观察胃肠减压的量及颜色。

1.7 观察指标 ①两组中医(TCM)症状积分依据《中药新药临床研究指导原则》中气虚证和血虚证症状分级量化表拟定;评价项目包括乏力、气短、神

疲、懒言、面色淡白或萎黄、头晕眼花、自汗、手足麻木、脉虚、心悸、失眠;均参照症状分级记分,0 分(无),2 分(轻度),4 分(中度)和 6 分(重度)。②两组血清 CD4⁺ 和 CD8⁺ 及免疫球蛋白(Ig) A, IgG, IgM 水平检测,CD4⁺ 和 CD8⁺ 采取 FACScalibur 型流式细胞仪(美国 BD 公司)检测,且计算 CD4⁺/CD8⁺。IgA, IgG, IgM 应用免疫散射比浊法检测。均于术前及术后 1, 10 d 测定。③两组生活质量核心量表(EORTC QLQ-C30) V3.0^[10] 评分评价指标包括症状领域和功能领域 2 方面,其中症状:疼痛、疲劳、恶心与呕吐,得分越高,提示生活质量越差。功能:角色、躯体、认知、情绪和社会功能,得分越高,提示功能状况和生活质量越好。④两组食管癌补充模式表(QLQ-OES18)^[11] 评分评价指标包括吞咽困难、吻合口反流、进食呛咳、食管癌疼痛症状、味觉障碍以及吞咽唾液困难 7 项。得分越高,提示生活质量越差。

1.8 统计学方法 采用 SPSS 19.0 统计软件包分析数据,计量数据以 $\bar{x} \pm s$ 表示,组间比较用 *t* 检验,用 χ^2 检验处理计数资料,*P* < 0.05 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者中医症状积分比较 术后 1 d,两组患者的中医症状各指标评分均比术前显著升高(*P* < 0.01);术后 10 d,两组患者的中医症状各指标评分均显著下降(*P* < 0.01);治疗组术后 10 d 患者的中医症状各指标评分均显著低于对照组(*P* < 0.01)。见表 2。

表 2 两组患者中医症状积分比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	时间	乏力	懒言	气短	神疲	面色淡白或萎黄	头晕眼花
对照	44	术前	2.04 ± 0.22	1.99 ± 0.21	1.93 ± 0.20	1.96 ± 0.21	2.01 ± 0.23	1.92 ± 0.20
		术后 1 d	4.83 ± 0.51 ¹⁾	4.79 ± 0.55 ¹⁾	4.77 ± 0.52 ¹⁾	4.91 ± 0.55 ¹⁾	5.02 ± 0.57 ¹⁾	4.99 ± 0.52 ¹⁾
		术后 10 d	3.01 ± 0.32 ²⁾	2.82 ± 0.30 ²⁾	2.80 ± 0.31 ²⁾	3.03 ± 0.32 ²⁾	3.02 ± 0.31 ²⁾	2.97 ± 0.32 ²⁾
治疗	46	术前	2.06 ± 0.23	1.97 ± 0.24	1.91 ± 0.22	1.92 ± 0.22	2.03 ± 0.21	1.94 ± 0.22
		术后 1 d	4.87 ± 0.50 ¹⁾	4.81 ± 0.51 ¹⁾	4.80 ± 0.51 ¹⁾	4.95 ± 0.52 ¹⁾	5.04 ± 0.58 ¹⁾	4.97 ± 0.50 ¹⁾
		术后 10 d	1.72 ± 0.17 ^{2,3)}	1.88 ± 0.21 ^{2,3)}	1.78 ± 0.19 ^{2,3)}	1.89 ± 0.20 ^{2,3)}	1.92 ± 0.22 ^{2,3)}	1.83 ± 0.20 ^{2,3)}
组别	例数	时间	手足麻木	自汗	脉虚	心悸	失眠	
对照	44	术前	1.82 ± 0.19	1.79 ± 0.19	1.81 ± 0.21	1.89 ± 0.21	1.91 ± 0.22	
		术后 1 d	4.98 ± 0.53 ¹⁾	4.98 ± 0.54 ¹⁾	4.76 ± 0.57 ¹⁾	4.90 ± 0.52 ¹⁾	4.94 ± 0.53 ¹⁾	
		术后 10 d	3.01 ± 0.31 ²⁾	2.99 ± 0.33 ²⁾	2.96 ± 0.33 ²⁾	3.01 ± 0.32 ²⁾	2.98 ± 0.32 ²⁾	
治疗	46	术前	1.80 ± 0.20	1.75 ± 0.18	1.84 ± 0.23	1.87 ± 0.20	1.94 ± 0.25	
		术后 1 d	4.97 ± 0.52 ¹⁾	5.01 ± 0.56 ¹⁾	4.79 ± 0.52 ¹⁾	4.92 ± 0.53 ¹⁾	4.97 ± 0.54 ¹⁾	
		术后 10 d	1.98 ± 0.24 ^{2,3)}	1.97 ± 0.22 ^{2,3)}	1.88 ± 0.21 ^{2,3)}	1.95 ± 0.23 ^{2,3)}	1.99 ± 0.24 ^{2,3)}	

注:与本组术前比较¹⁾ *P* < 0.01;与本组术后 1 d 比较²⁾ *P* < 0.01;与对照组术后 10 d 比较³⁾ *P* < 0.01(表 3~5 同)。

2.2 两组患者免疫指标水平比较 术后 1 d, 两组患者 CD4⁺, CD4⁺/CD8⁺, IgA, IgG, IgM 水平均显著降低, 而 CD8⁺ 显著升高 ($P < 0.01$); 术后 10 d, 两组患者的 CD4⁺, CD4⁺/CD8⁺, IgA, IgG, IgM 水平均显著升高, 而 CD8⁺ 显著降低 ($P < 0.01$); 治疗组术后 10 d 患者 CD4⁺, CD4⁺/CD8⁺, IgA, IgG, IgM 均显著高于对照组, CD8⁺ 显著低于对照组 ($P < 0.01$)。见表 3。

表 3 两组患者免疫指标水平比较 ($\bar{x} \pm s$)

Table 3 Comparison of immune indexes between two groups ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	时间	CD4 ⁺ / %	CD8 ⁺ / %	CD4 ⁺ / CD8 ⁺	IgA / g · L ⁻¹	IgG / g · L ⁻¹	IgM / g · L ⁻¹
对照	44	术前	42.15 ± 4.52	23.16 ± 2.55	1.98 ± 0.22	3.77 ± 0.39	12.13 ± 1.33	1.91 ± 0.19
		术后 1 d	33.13 ± 3.41 ¹⁾	31.89 ± 3.34 ¹⁾	0.91 ± 0.11 ¹⁾	2.12 ± 0.22 ¹⁾	8.82 ± 0.95 ¹⁾	1.02 ± 0.12 ¹⁾
		术后 10 d	36.98 ± 3.77 ²⁾	28.62 ± 2.95 ²⁾	1.06 ± 0.15 ²⁾	3.04 ± 0.31 ²⁾	9.95 ± 1.02 ²⁾	1.53 ± 0.17 ²⁾
治疗	46	术前	41.98 ± 4.49	23.08 ± 2.39	2.02 ± 0.23	3.75 ± 0.38	12.04 ± 1.43	1.99 ± 0.20
		术后 1 d	32.99 ± 3.46 ¹⁾	31.92 ± 3.18 ¹⁾	1.01 ± 0.13 ¹⁾	2.15 ± 0.24 ¹⁾	8.77 ± 0.91 ^{1,2)}	1.04 ± 0.13 ^{1,2)}
		术后 10 d	39.99 ± 4.12 ^{2,3)}	25.11 ± 2.89 ^{2,3)}	1.90 ± 0.21 ^{2,3)}	3.67 ± 0.38 ^{2,3)}	11.36 ± 1.27 ^{2,3)}	1.96 ± 0.18 ^{2,3)}

表 4 两组患者 EORTC QLQ-C30 各指标评分比较 ($\bar{x} \pm s$)

Table 4 Comparison of EORTC QLQ-C30 scores between two groups ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	时间	躯体功能	角色功能	情绪功能	认知功能	社会功能	疲倦	恶心呕吐	疼痛
对照	44	术前	77.15 ± 7.82	58.81 ± 5.98	77.51 ± 7.92	75.18 ± 7.72	55.71 ± 5.78	34.03 ± 3.68	0.62 ± 0.09	9.03 ± 1.10
		术后 1 d	31.15 ± 3.25 ¹⁾	6.26 ± 0.67 ¹⁾	34.40 ± 3.57 ¹⁾	35.67 ± 3.78 ¹⁾	8.12 ± 0.96 ¹⁾	55.28 ± 5.72 ¹⁾	3.17 ± 0.33 ¹⁾	70.28 ± 7.25 ¹⁾
		术后 10 d	55.15 ± 5.93 ²⁾	37.22 ± 3.82 ²⁾	49.89 ± 5.15 ²⁾	47.09 ± 4.92 ²⁾	25.97 ± 2.76 ²⁾	46.75 ± 4.89 ²⁾	2.11 ± 0.24 ²⁾	23.15 ± 2.57 ²⁾
治疗	46	术前	76.98 ± 7.75	59.01 ± 6.11	77.16 ± 7.87	75.07 ± 7.78	56.02 ± 6.83	33.95 ± 3.55	0.64 ± 0.08	8.97 ± 0.98
		术后 1 d	31.04 ± 3.32 ¹⁾	6.40 ± 0.69 ¹⁾	34.52 ± 3.61 ¹⁾	35.41 ± 3.66 ¹⁾	8.04 ± 0.98 ¹⁾	55.09 ± 5.78 ¹⁾	3.19 ± 0.34 ¹⁾	70.51 ± 7.22 ¹⁾
		术后 10 d	66.31 ± 6.88 ^{2,3)}	49.95 ± 5.17 ^{2,3)}	60.23 ± 6.22 ^{2,3)}	61.89 ± 6.44 ^{2,3)}	52.26 ± 5.47 ^{2,3)}	38.34 ± 3.95 ^{2,3)}	1.05 ± 0.13 ^{2,3)}	13.31 ± 1.52 ^{2,3)}

2.4 两组患者 EORTC QLQ-OES18 评分比较 术后 1 d, 两组患者 EORTC QLQ-OES18 各项指标评分均较术前显著升高 ($P < 0.01$); 术后 10 d, 两组患者

2.3 两组患者 EORTC QLQ-C30 评分比较 术后 1 d, 两组患者功能领域指标评分均显著下降, 而症状领域评分均显著升高 ($P < 0.01$); 术后 10 d, 两组患者功能领域指标评分均显著升高, 而症状领域指标评分均显著下降 ($P < 0.01$); 治疗组术后 10 d 患者功能领域指标评分均显著高于对照组, 而症状领域指标评分均显著低于对照组 ($P < 0.01$)。见表 4。

EORTC QLQ-OES18 各项指标评分均较术后 1 d 显著下降 ($P < 0.01$); 治疗组术后 10 d 各项评分均显著低于对照组 ($P < 0.01$)。见表 5。

表 5 两组患者 EORTC QLQ-OES18 各指标评分比较 ($\bar{x} \pm s$)

Table 5 Comparison of EORTC QLQ-OES18 scores between two groups ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	时间	吞咽困难	吻合口反流	进食呛咳	食管癌疼痛	味觉障碍	吞咽唾液困难
对照	44	术前	45.65 ± 4.77	44.12 ± 4.66	35.61 ± 3.68	30.77 ± 3.21	29.82 ± 3.13	33.67 ± 3.71
		术后 1 d	66.27 ± 6.80 ¹⁾	52.28 ± 5.32 ¹⁾	46.80 ± 4.82 ¹⁾	47.85 ± 4.94 ¹⁾	48.79 ± 4.99 ¹⁾	48.94 ± 4.97 ¹⁾
		术后 10 d	60.05 ± 6.22 ²⁾	48.11 ± 4.86 ²⁾	43.55 ± 4.57 ²⁾	35.43 ± 3.59 ²⁾	44.91 ± 4.68 ²⁾	42.83 ± 4.51 ²⁾
治疗	46	术前	46.02 ± 4.81	43.98 ± 4.56	35.55 ± 3.69	30.52 ± 3.16	30.05 ± 3.17	33.52 ± 3.65
		术后 1 d	66.41 ± 6.93 ¹⁾	52.45 ± 5.46 ¹⁾	46.98 ± 4.88 ¹⁾	47.57 ± 4.90 ¹⁾	49.02 ± 5.02 ¹⁾	48.88 ± 4.95 ¹⁾
		术后 10 d	49.25 ± 5.27 ^{2,3)}	46.04 ± 4.75 ^{2,3)}	40.16 ± 4.26 ^{2,3)}	32.14 ± 3.46 ^{2,3)}	37.65 ± 3.98 ^{2,3)}	37.26 ± 3.93 ^{2,3)}

3 讨论

研究证实, 在食管癌术后早期行肠内营养能够调节机体代谢紊乱, 纠正手术创伤所引起的免疫损伤, 减少并发症, 改善预后^[12]。在本研究中, 笔者在

对照组患者中采取常规肠内营养干预, 在术后第 1 天两组患者 CD4⁺, CD4⁺/CD8⁺, IgA, IgG, IgM 水平均明显降低, 该干预措施可有效改善患者中医症状和提高免疫功能, 与以往报道相似^[12]。

依据食管癌患者术后的症状、体征表现,中医学将其归属为“气血亏虚证”范畴。中医学认为,食管癌患者在术后机体元气大伤、气血亏虚,益气补血疗法是该病的常见治则。此外,术后患者伴有手术创伤、应激、瘀血及癌细胞分泌的因子等造成的炎性及病理反应,故在益气补血基础上采取清热解毒、活血消肿等中药辅助干预,对于改善患者局部微环境及促进创面恢复均具有重要作用。依据上述治则,笔者应用十全大补汤合五味消毒饮加减治疗,方中人参、黄芪大补元气;茯苓、白术补中健脾;熟地黄、当归、白芍养血和营;制首乌补益精血,活血攻毒;金银花清热解毒、抗癌疗疮;菊花、蒲公英、紫花地丁清热解毒、凉血散结;甘草调和诸药;综合全方,共奏益气补血、清热解毒、活血散结之功。本结果显示,术后10 d,治疗组患者的中医症状各指标评分均明显低于对照组,而 $CD4^+$ 、 $CD4^+/CD8^+$ 、IgA、IgG、IgM均明显高于对照组;提示了十全大补汤合五味消毒饮加减治疗可进一步缓解食管癌术后患者气血亏虚证的中医症状,提高其免疫功能。

EORTC QLQ-C30为欧洲癌症研究组织针对癌症患者生命质量开发的测定量表体系核心量表,适用于各种癌症患者生活质量的评估^[13]。EORTC QLQ-OES18是EORTC QLQ-C30的补充量表,专用于评价食管癌患者的生命质量,可全面地反映食管癌患者临床症状等信息^[14]。本研究显示术后10 d,治疗组患者的EORTC QLQ-OES18和EORTC QLQ-C30量表相关指标比术后1 d均改善明显,且显著优于对照组同期水平;提示了加用十全大补汤合五味消毒饮加减可能对食管癌术后患者的生活质量发挥了更好治疗效果。

综上所述,在常规肠内营养基础上,加用十全大补汤合五味消毒饮加减可进一步改善食管癌术后患者的中医症状和生活质量,提高机体免疫功能,值得临床应用。

[参考文献]

[1] 陈文静,陈雪,张卫民. 主动呼吸训练对食管癌术后患者肺功能及生活质量的影响[J]. 中华物理医学与康复医学, 2014, 36(10): 769-773.
[2] Shahbaz Sarwar C M, Luketich J D, Landreneau R J, et

al. Esophageal cancer: an update[J]. Int J Surg, 2010, 8(6): 417-422.
[3] Krasna M J. Multimodality therapy for esophageal cancer[J]. Oncology, 2010, 24(12): 1134-1138.
[4] 黎介寿. 危重患者与免疫营养[J]. 肠外与肠内营养, 2001, 8(3): 127-128.
[5] 夏艳, 邵少英, 管崑, 等. 十全大补汤辅助肠内营养对食管癌术后患者营养状况及免疫功能的影响[J]. 广东医学, 2013, 34(9): 1445-1447.
[6] 刘成玲, 张孝红, 李青青. 十全大补汤配合肠内营养在改善食管癌术后营养状况中的效果分析[J]. 中药药理与临床, 2015, 31(3): 143-145.
[7] 全国肿瘤防治办公室. 中国常见恶性肿瘤诊治规范[M]. 北京: 北京医科大学中国协和医科大学联合出版社, 1991: 1.
[8] Cheson B D, Pfistner B, Juweid M E, et al. Revised response criteria for malignant lymphoma[J]. J Clin Oncol, 2007, 25(5): 579-586.
[9] 贾英杰. 中西医结合肿瘤学[M]. 武汉: 华中科技大学出版社, 2009: 附篇.
[10] 万崇华, 陈明清, 张灿珍, 等. 癌症患者生命质量测定量表E-ORTC QLQ-C30中文版评介[J]. 实用肿瘤杂志, 2005, 20(4): 353-355.
[11] Blazeby J M, Conroy T, Hammerlid E, et al. Clinical and psychometric validation of an EORTC questionnaire module, the EORTC QLQ-OES18, to assess quality of life in patients with oesophageal cancer[J]. Eur J Cancer, 2003, 39(10): 1384-1194.
[12] 周新华, 蔡德珺, 蒋晓松, 等. 肠内免疫营养制剂应用于食管癌术后病人的临床观察[J]. 肠外与肠内营养, 2012, 19(6): 333-336.
[13] Lockett T, King M T, Butow P N, et al. Choosing between the EORTC QLQ-C30 and FACT-G for measuring health-related quality of life in cancer clinical research: issues, evidence and recommendations[J]. Ann Oncol, 2011, 22(10): 2179-2190.
[14] Chie W C, Tsai C J, Chiang C, et al. Quality of life of patients with oesophageal cancer in Taiwan: validation and application of the Taiwan Chinese (Mandarin) version of the EORTC QLQ-OES18: a brief communication[J]. Qual Life Res, 2010, 19(8): 1127-1131.

[责任编辑 张丰丰]