

对聚类分析的结果的解释仍是主观的,存在一定的不确定性。

[参考文献]

- [1] 李银平. 循证医学与中西医结合医学[J]. 中国中西医结合急救杂志, 2001, 8(5): 259- 261.
- [2] 王永炎. 完善中医辨证方法体系的建议[J]. 中医杂志, 2004, 24(10): 729- 731.
- [3] 王永炎, 张启明, 张志斌. 证候要素及其靶位的提取[J]. 山东中医药大学学报, 2006, 30(1): 6- 7.
- [4] 朱文锋. 创立以证素为核心的辨证新体系[J]. 湖南中医学院学报, 2004, 24(6): 38.
- [5] 赵晖, 吴崇胜, 陈家旭. 中医证候诊断标准研究的方法学探讨[J]. 上海中医药大学学报, 2008, 22(4): 47- 50.
- [6] 中华人民共和国卫生部医政司. 中国常见恶性肿瘤诊治规范[M]. 2 版. 北京: 北京医科大学中国协和医科大学联合出版社, 1991(6): 2- 3.
- [7] 邓铁涛. 中医诊断学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2008: 1.
- [8] 岳振松, 刁殿军, 姜战胜, 等. 基于因子分析的乳腺癌证候要素及单证分布规律研究[J]. 辽宁中医杂志, 2012, 39(9): 1673- 1675.

(责任编辑: 黎国昌)

滋阴清热方防治鼻咽癌放疗患者口腔黏膜炎临床观察

朱燕华

杭州市萧山区中医院, 浙江 杭州 311201

[摘要] 目的: 观察滋阴清热方防治鼻咽癌放疗患者口腔黏膜炎的临床疗效。方法: 纳入本院首次放疗的 86 例鼻咽癌患者, 随机分为对照组及中药组各 43 例, 2 组患者均采用相同方案放疗, 对照组采用由盐酸利多卡因注射液、地塞米松注射液和庆大霉素注射液组成的漱口液定时漱口, 中药组同步服用滋阴清热方。比较放疗结束时及随访 3 月的口腔黏膜炎症状分级情况, 并评价治疗结束及随访 3 月的临床疗效。结果: 治疗结束时 Ⅰ级和 Ⅱ级例数, 中药组分别为 6 例和 1 例, 共占 16.3%; 对照组分别为 16 例和 7 例, 共占 53.5%, 组间比较, 差异有显著性意义 ($P < 0.05$)。随访 3 月 Ⅰ级和 Ⅱ级例数, 对照组分别为 25 例和 9 例, 共占 79.1%; 中药组 Ⅰ级为 6 例, 无 Ⅱ级表现, 占 14.0%, 组间比较, 差异有显著性意义 ($P < 0.05$)。疗程结束时, 总有效率对照组为 69.8%, 中药组为 97.7%, 组间比较, 差异有显著性意义 ($P < 0.05$)。随访 3 月, 总有效率对照组为 79.1%, 中药组为 100%, 组间比较, 差异有显著性意义 ($P < 0.05$)。结论: 采用滋阴清热方防治鼻咽癌放疗患者的口腔黏膜炎有确切疗效。

[关键词] 鼻咽癌; 放射治疗; 口腔黏膜炎; 中医疗法; 滋阴清热方

[中图分类号] R739.63 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 0256- 7415 (2014) 04- 0164- 03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2014.04.067

全球 85% 的鼻咽癌发生在中国, 广东、广西、湖南等为该病的多发地区, 鼻咽癌甚至有“广东瘤”之称^[1]。鼻咽癌首选的治疗方法是放射治疗(以下简称放疗), 放疗后口腔、咽及鼻黏膜的放疗反应对患者

的生活造成极大影响。现代医学多采用消肿、止痛等对症方法, 临床效果不明确。从中医医学角度看, 放疗为热毒之邪, 耗气伤津, 导致机体阴虚内热, 临证可采用滋阴清热法治疗。笔者将滋阴清热方用于本

[收稿日期] 2013-11-01

[作者简介] 朱燕华 (1977-), 女, 主治医师, 主要从事口腔临床工作。

院首次进行放疗的鼻咽癌患者，观察其防治口腔黏膜炎的临床疗效，现报道如下。

1 临床资料

纳入本院 2012 年 1 月~2013 年 1 月经过病理确诊的首次放疗鼻咽癌患者，共 86 例，年龄 25~69 岁，辨证属阴虚内热型，临床症见口咽干燥，喜冷饮，潮热盗汗，形体消瘦，尿少，便秘，伴或不伴两颧潮红，夜热早凉，舌干裂少津或舌红少津、少苔或者无苔，脉细数。排除气血亏虚、肾精亏虚者。鼻咽癌的分期标准按福州会议标准^[2]。按随机数字表将患者分为对照组及中药组各 43 例，对照组男 32 例，女 11 例；平均年龄(46.9±10.5)岁；Ⅰ期 6 例，Ⅱ期 12 例，Ⅲ期 22 例，Ⅳ期 3 例。中药组男 31 例，女 12 例；平均年龄(47.8±11.2)岁；Ⅰ期 7 例，Ⅱ期 11 例，Ⅲ期 21 例，Ⅳ期 4 例。2 组一般资料比较，差异均无显著性意义($P > 0.05$)，具有可比性。

2 治疗方法

2 组患者采取相同方案放疗，采用直线加速器常规分割照射原发病灶及相关淋巴结区，靶位吸收剂量是 2 Gy，总剂量小于 70 Gy，每周照射 5 次，8 周完成。

2.1 中药组 在放疗的基础上同步服用滋阴清热方，方药组成：玄参 20 g，知母、牡丹皮、麦冬、板蓝根各 15 g，黄连、连翘、生地黄各 10 g，甘草 6 g。每天 1 剂，水煎，每次服 100 mL，每天 1 次，8 周。若夜热早凉甚者，可加地骨皮 12 g，口干明显者加天花粉 15 g。

2.2 对照组 在放疗开始后，每天给予由 2% 盐酸利多卡因注射液(天津药业)2 mL、地塞米松注射液(西南药业)5 mg 和庆大霉素注射液(西南药业)8 万 U 组成的漱口液，每 4 h 含漱 1 次，8 周。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 据 WTO 放射性口腔黏膜炎分级标准^[3-4]，评估患者放射性口腔黏膜炎程度。0 级：无红肿、疼痛，无吞咽困难；Ⅰ级：红肿、轻度疼痛，轻度吞咽困难，能进固体食物；Ⅱ级：斑点状黏膜炎占照射区面积 < 50%，中度疼痛、吞咽困难，能进流食或软食；Ⅲ级：片状黏膜炎占照射区面积 50%，重度疼痛、吞咽困难，仅能进流食；Ⅳ级：片状黏膜炎占照射区面积 > 50%，有出血和坏死，需停止放疗及肠内外营养支持。

3.2 统计学方法 采用 SPSS17.0 软件分析数据。计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示，采用 t 检验；计数资料以率表示，采用 χ^2 检验；等级资料采用 Ridit 分析。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 显效：溃疡面的最大直径缩小超过 1/3 或数量减少超过一半；1 周内溃疡愈合。有效：无疼痛或疼痛明显减轻；红肿明显消退。无效：不符合上述标准^[5]。疗程结束及随访 3 月时进行疗效判定。总有效率 = (显效例数 + 有效例数) ÷ 总例数 × 100%。

4.2 2 组治疗后口腔黏膜炎分级情况比较 见表 1。疗程结束时 Ⅱ级和 Ⅲ级例数，中药组分别为 6 例和 1 例，共占 16.3%；对照组分别为 16 例和 7 例，共占 53.5%，组间比较，差异有显著性意义($P < 0.05$)。随访 3 月 Ⅱ级和 Ⅲ级例数，对照组分别为 25 例和 9 例，共占 79.1%；中药组 Ⅱ级为 6 例，无 Ⅲ级表现，占 14.0%，组间比较，差异有显著性意义($P < 0.05$)。中药组的 Ⅱ级和 Ⅲ级患者例数多于对照组，而对照组患者多集中表现为 Ⅱ级和 Ⅲ级。

表 1 2 组治疗后口腔黏膜炎分级情况比较 例

组别	时间	Ⅱ级	Ⅲ级	Ⅳ级	Ⅴ级
对照组 (n=43)	疗程结束时	9	11	16	7
	随访 3 月	7	2	25	9
中药组 (n=43)	疗程结束时	21	15	6	1
	随访 3 月	30	7	6	0

4.3 2 组临床疗效比较 见表 2。疗程结束时，总有效率对照组为 69.8%，中药组为 97.7%，组间比较，差异有显著性意义($P < 0.05$)。随访 3 月，总有效率对照组为 79.1%，中药组为 100%，组间比较，差异有显著性意义($P < 0.05$)。

表 2 2 组临床疗效比较 例

组别	时间	显效	有效	无效	总有效率(%)
对照组 (n=43)	疗程结束时	23	10	7	69.8
	随访 3 月	19	15	9	79.1
中药组 (n=43)	疗程结束时	35	7	1	97.7 ^①
	随访 3 月	33	10	0	100 ^①

与对照组同期比较，^① $P < 0.05$

5 讨论

放疗是鼻咽癌患者的首选治疗方法，口腔黏膜反应是最常见的副作用之一，放射线可导致黏膜充血、

水肿、变性,影响局部血液循环,表现为口腔黏膜表面充血水肿、疼痛,涎腺受损害而致分泌障碍导致口干,严重者形成假膜、溃疡出血等^[4]。放射性口腔黏膜炎的发生机制仍不清楚,可能与放疗后唾液分泌减少、自身免疫力下降及口腔菌群失调等有关,现代医学对于急性放射性口腔黏膜炎的预防和治疗均无特效药物,临床上通常以清洁口腔、消炎利肿、镇痛、补充维生素等处理,但效果多不理想^[6]。由表 1 可以看出,对照组患者在疗程结束后及随访 3 月时 I 级和 II 级口腔黏膜炎发生率较高,此时患者已经出现较大范围的口腔黏膜损伤,口腔疼痛明显,甚至影响进食。随访 3 月时口腔黏膜炎达到 I 级和 II 级的比例较疗程结束时有增加趋势,提示采用常规漱口水不能较好改善口腔黏膜炎情况,疼痛、进食困难等进一步加重了营养缺乏状态,降低机体免疫力等。因此,如何防治和降低鼻咽癌放疗患者的口腔黏膜炎程度尤其重要。

中医学理论认为,放疗为火热毒邪,放疗后可造成体内热毒过盛,火热之邪最易耗气伤津。气血乃阴津之源,机体气血阴津亏虚,阴虚生内热,导致虚火内生,因此临证采用滋阴清热法达到清热毒、养阴生津。以往有采用益气养阴法之经验^[7],本院滋阴清热方由黄连、连翘、生地黄、知母、牡丹皮、麦冬、板蓝根、玄参和甘草组成,方中黄连、连翘清热解毒,生地黄、知母滋阴兼有清热,牡丹皮清热凉血,麦冬、玄参滋阴清虚热,板蓝根清热解毒,甘草调和诸药,全方起到滋阴清热之功。现代药理学研究认为,玄参具有抗炎、抗氧化作用,与其含有苯丙素甙类成分有关;麦冬具有抗癌作用;甘草中含有的甘草多糖能明显提高免疫活性,具有抗病毒、抗癌等作用^[8]。笔者分析了滋阴清热方防治鼻咽癌放疗患者口腔黏膜

炎的疗效,结果提示疗程结束时,中药组患者口腔黏膜炎 I 级和 II 级比率低于对照组($P < 0.05$);随访 3 月时,与对照组患者 I 级和 II 级口腔黏膜炎的发生率比较,中药组也明显降低($P < 0.05$),提示自放疗开始即使用滋阴清热方,可降低放疗患者即刻及放疗后 3 月内口腔黏膜的损害程度。进一步分析治疗结束及随访 3 月的情况,结果提示中药组 2 个时段的总有效率均高于对照组($P < 0.05$)。由此可见,滋阴清热方对鼻咽癌放疗后口腔黏膜炎有确切疗效,值得临床推广,该方对放疗患者口腔黏膜炎的更远期疗效需要进一步的临床观察。

[参考文献]

- [1] 程剑华. 中医药治疗鼻咽癌的切入点和优势[J]. 按摩与康复医学, 2013, 4(7): 1- 3.
- [2] 谷铎之, 殷蔚伯, 刘泰福, 等. 肿瘤放射治疗学[M]. 2 版. 北京: 北京医科大学、中国协和医科大学联合出版社, 1993: 443- 478.
- [3] 中华人民共和国卫生部. GBZ162- 2004 放射性口腔黏膜炎的诊断标准[S]. 2004: 71.
- [4] 龚芬芳, 陈奇鸿. 鼻咽癌致放射性口腔黏膜炎患者治疗依从性原因分析及对策[J]. 齐鲁护理杂志, 2013, 19(17): 93- 94.
- [5] 刘秋琳, 孟芹, 迟玉华, 等. 当归四逆汤防治放射性口腔黏膜炎、咽炎的临床研究[J]. 中国实用医药, 2007, 2(32): 24- 26.
- [6] 周映伽, 黄杰, 沈红梅. 放射性口腔黏膜炎的治疗进展[J]. 肿瘤基础与临床, 2012, 25(2): 183- 184.
- [7] 孟辉. 沈英森教授临床经验拾零[J]. 新中医, 2001, 33(11): 17- 19.
- [8] 李广勋. 中药药理毒理与临床[M]. 天津: 天津科技翻译出版公司, 1992: 351- 376.

(责任编辑: 刘淑婷, 吴凌)

聚医杰中医药专家赴柬埔寨参观考察的通知

柬埔寨有世界著名古高棉王国首都吴哥窟,那里古迹林立令人向往。北京聚医杰医药科学研究院、北京聚英杰国际文化中心将联合组织中医药人员赴柬埔寨参观考察,欢迎及早报名。一、参加对象: 各级各类中医药人员、民间中医、乡村中医及其他医药卫生人员、医药爱好者。二、时间及行程安排: 参观时间定于 2014 年 7 月上旬,在广州集中。乘飞机直飞柬埔寨,在吴哥 4 晚 5 天,首都金边 1 晚 1 天,全程共五晚六天。三、参观内容: 参观吴哥窟的古建筑群、古文化及首都金边的西哈努克王宫、波布罪恶馆及医院等自然景观及现代人文景观等。四、费用: 签证及报名费 500 元,考察费 6800 元(含从广州直飞柬埔寨的往返机票及在柬埔寨期间的交通、住宿、餐饮、门票、导游、保险等费用,不包括在广州的食宿)。五、报名方式: 在 6 月 1 日前将护照原件、身份证(正反面)复印件,二寸白底像片四张及签证报名费 500 元用特快专递邮寄北京 100036- 98 信箱 叶续宗主任收 邮编 100036,收到后即寄正式邀请通知及详细行程。联系电话: 010- 63772051、18611174565。六、有关说明: 1、请参加者提前在户口所在地办好护照; 2、家属也可以参加,费用相同; 3、本次赴柬埔寨限 30 人,以报名先后为序,额满为止; 4、向每位参加者颁发“聚医杰中医药专家赴柬埔寨考察成员”证书。