

加味左金丸颗粒剂治疗反流性食管炎及功能性消化不良不同疾病相同证候肝胃不和证的随机双盲安慰剂对照试验

王光铭¹, 刘万里^{2*}, 杨璐¹, 吴昊¹, 黄玉珍¹

(1. 南京市中西医结合医院, 南京 210014;

2. 南京医科大学附属南京医院/南京市第一医院, 南京 210006)

[摘要] 目的:观察加味左金丸颗粒剂治疗反流性食管炎(RE)及功能性消化不良(FD)两种疾病相同证候(肝胃不和证)患者的临床疗效。方法:采取随机、双盲、安慰剂对照临床试验的方法,共纳入144例肝胃不和证患者,其中包括72例反流性食管炎(RE)患者和72例功能性消化不良(FD)患者。随后,这些患者被随机分为观察组和对照组,每组不同疾病的患者数量均为36例。观察组予加味左金丸颗粒剂口服,对照组予安慰剂颗粒口服,两组均每日2次,每次2袋,疗程4周。比较两组患者治疗前后中医证候积分及脑肠肽[降钙素基因相关肽(CGRP)、血管活性肠肽(VIP)、5-羟色胺(5-HT)、P物质(SP)]、炎症因子[肿瘤坏死因子- α (TNF- α)、白细胞介素-6(IL-6)]及常见的胃肠相关激素[胃泌素(GAS)、胃动素(MTL)]等指标的变化,判定中医证候疗效及不良反应发生情况。同时分析同一疾病下两组患者上述指标变化情况及中医证候疗效。结果:与本组治疗前比较,观察组和对照组患者CGRP、VIP、5-HT、SP、TNF- α 、IL-6、GAS、MTL及中医证候评分在治疗后均有明显改善($P<0.05$)。治疗后观察组患者CGRP、VIP、5-HT、SP、TNF- α 、IL-6、GAS、MTL及中医证候评分改善情况均优于对照组($P<0.05$)。与本组治疗前比较,两组RE患者及两组FD患者CGRP、VIP、5-HT、SP、TNF- α 、IL-6、GAS、MTL及中医证候评分在治疗后均有明显改善($P<0.05$)。与对照组治疗后比较,观察组RE患者和观察组FD患者CGRP、VIP、5-HT、SP、TNF- α 、IL-6、GAS、MTL及中医证候评分改善情况均优于对照组($P<0.05$)。在观察组和对照组中,恶心呕吐、乏力、口干等不良反应的发生率均较低,差异无统计学意义。结论:加味左金丸颗粒剂能有效改善RE和FD 2种不同疾病肝胃不和证的中医证候及脑肠肽、胃肠激素及炎症因子,为中医“异病同治”理论的临床应用提供了佐证。

[关键词] 反流性食管炎; 功能性消化不良; 肝胃不和证; 加味左金丸颗粒剂; 异病同治

[中图分类号] R2-0;R242;R2-031;R259;R723.1;R825.7 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1005-9903(2024)12-0112-09

[doi] 10.13422/j.cnki.syfjx.20241498

[网络出版地址] <https://link.cnki.net/urlid/11.3495.r.20240509.2116.010>

[网络出版日期] 2024-05-10 08:53:41

Randomized Double-blind Placebo-controlled Trial of Modified Zuojinwan Granules in Treating Reflux Esophagitis and Functional Dyspepsia with Same Syndrome with Disharmony Between Liver and Stomach

WANG Guangming¹, LIU Wanli^{2*}, YANG Lu¹, WU Hao¹, HUANG Yuzhen¹

(1. Nanjing Hospital of combination of Chinese traditional and western medicine, Nanjing 210014, China;

2. Nanjing Hospital (Nanjing First Hospital) affiliated to Nanjing Medical University, Nanjing 210006, China)

[Abstract] **Objective:** To observe the clinical efficacy of modified Zuojinwan granules in treating reflux esophagitis (RE) and functional dyspepsia (FD) with the same syndrome with disharmony between liver

[收稿日期] 2024-02-26

[基金项目] 国家自然科学基金面上项目(82174125);南京中医药大学自然科学基金项目(XZR2020073);南京市卫生科技发展专项(YKK22189);江苏省中医药领军人才培养项目(苏中医科教[2018]4号)

[第一作者] 王光铭, 硕士, 副主任中医师, 从事中医药治疗消化系统疾病的研究, E-mail: wgmwgm245@163.com

[通信作者] * 刘万里, 博士, 教授, 主任中医师, 从事中医药治疗消化系统疾病的研究, E-mail: 1480537828@qq.com

and stomach). **Method:** A randomized double-blind placebo-controlled clinical trial was conducted to enroll 144 patients with disharmony between liver and stomach, including 72 patients with RE and 72 patients with FD. These patients were then randomly divided into observation and control groups, with 36 patients in each group. The observation group was given modified Zuojinwan granules orally, and the control group was given placebo granules orally. They both were treated with two packs each time, twice a day, for four weeks. The traditional Chinese medicine (TCM) syndrome scores, cerebrointestinal peptides [calcitonin gene-associated titanium (CGRP), vasoactive intestinal peptide (VIP), 5-hydroxytryptamine (5-HT), and substance P (SP)], inflammatory factors [tumor necrosis factor- α (TNF- α) and interleukin-6 (IL-6)], common gastrointestinal related hormones [gastrin (GAS) and motilin (MTL)], and other indicators in the two groups were compared before and after treatment, and the curative effect of TCM syndromes and the occurrence of adverse reactions were determined. At the same time, the changes in the above indicators and the curative effect of TCM syndromes in the two groups of patients with the same disease were analyzed. **Result:** After treatment, CGRP, VIP, 5-HT, SP, TNF- α , IL-6, GAS, MTL, and TCM syndrome scores in the observation group and control group were significantly improved ($P<0.05$). After treatment, the improvement of CGRP, VIP, 5-HT, SP, TNF- α , IL-6, GAS, MTL, and TCM syndrome scores in the observation group was better than that in the control group ($P<0.05$). After treatment, CGRP, VIP, 5-HT, SP, TNF- α , IL-6, GAS, MTL, and TCM syndrome scores in both groups of RE patients and FD patients were significantly improved ($P<0.05$). After treatment, the improvement of CGRP, VIP, 5-HT, SP, TNF- α , IL-6, GAS, MTL, and TCM syndrome scores in RE patients and FD patients in the observation group were better than that in the control group ($P<0.05$). In the observation group and the control group, the incidence of nausea, vomiting, fatigue, dry mouth, and other adverse reactions was lower, and there was no statistical significance. **Conclusion:** Modified Zuojinwan granules can effectively improve the TCM syndromes of disharmony between liver and stomach of RE and FD, brain and intestinal peptide, gastrointestinal hormone, and inflammatory factors and provide evidence for the clinical application of TCM theory of "treating different diseases with the same method".

[Keywords] reflux esophagitis; functional dyspepsia; disharmony between liver and stomach; modified Zuojinwan granules; treating different diseases with the same method

肝胃不和证是多种脾胃系疾病常见的临床证候,多指因肝失条达,疏泄失常,肝郁气滞,或郁而化火,横逆犯胃,导致胃气上逆,胃失和降的一类证候^[1]。当今社会由于生活、工作压力的增加或饮食结构的变化,临床中辨证为肝胃不和证的患者在各类消化系统疾病中明显增加,特别是在反流性食管炎和功能性消化不良2种疾病的证型谱中,肝胃不和证更为多见^[2-3]。因此,针对肝胃不和证进行精准治疗对于多种消化系统疾病防治有重大意义。反流性食管炎(RE)和功能性消化不良(FD)2种疾病在临床诊疗工作尤其在消化系统相关疾患中均较常出现,研究数据表明,国内RE的发病率目前已达12.5%左右^[4]。欧美国家FD的发病率为20%~25%^[5],FD属于胃肠道动力功能障碍性疾病,国内的FD发病率由于各种原因不易普查,但对于特定人群有人做过调查,如对某大型监狱服刑人员进行调查,发现其FD的发病率为15.8%^[6]。更深入的研

究发现,从肝胃不和证诊断标准的使用情况来看,FD和RE分别位居第3和第4位^[7]。本研究以辨证论治为基础,以“异病同治”为研究主题,采用随机、双盲、安慰剂对照临床研究,用加味左金丸颗粒剂治疗RE和FD肝胃不和证,试验完成后进行相关病症和检验结果对比分析,为“肝胃不和证”的“异病同治”及中医精准化治疗提供临床佐证。

1 资料与方法

1.1 临床资料 本研究所有病例来源于2023年1月至2024年1月南京市中西医结合医院脾胃病科门诊就诊患者。根据以下统计学公式:

$$n = \frac{Z_{\alpha/2} \sqrt{\pi_c(1-\pi_c)(Q_1^{-1} + Q_2^{-1})} + Z_{\beta} \sqrt{\frac{\pi_1(1-\pi_1)}{Q_1} - \frac{\pi_2(1-\pi_2)}{Q_2}}}{Q_1 - Q_2},$$

计算纳入患者例数,设定 $\alpha=0.05$, $\beta=0.20$, $Q_1=Q_2=0.50$, $\pi_c=Q_1\pi_1+Q_2\pi_2$,同时考虑脱落率 $\leq 20\%$,故每组最少样本量为72例。故纳入144例患者,其中RE

患者72例,FD患者72例。本试验采用随机、双盲、安慰剂对照设计。这项研究由南京中西医结合医院的统计团队进行,生成了144个随机编码,其中RE疾病患者占据1~72号,FD疾病患者则占据73~144号。受试者被随机按比例分配到观察组和对照组,各自包括72名患者。

研究共纳入观察组男性48例,女性24例,年龄20~65岁,平均 (38.10 ± 9.86) 岁,病程1~10年,平均 (6.16 ± 2.66) 年。对照组男性50例,女性22例,年龄19~64岁,平均 (40.04 ± 10.73) 岁,病程1~10年,平均 (5.52 ± 2.57) 年。RE疾病患者,观察组36例,男性22例,女性14例,年龄在25~62岁,平均 (36.54 ± 8.55) 岁,病程1~11年,平均 (6.38 ± 3.12) 年。对照组36例,男性23例,女性13例,年龄20~61岁,平均 (39.1 ± 10.87) 岁,病程1~10年,平均 (5.78 ± 2.72) 年。FD疾病患者,观察组36例,其中男性26例,女性10例,年龄19~65岁,平均 (40.42 ± 10.80) 岁,病程2~10年,平均 (5.96 ± 2.15) 年。对照组36例,男性27例,女性9例,年龄18~58岁,平均 (40.57 ± 10.70) 岁,病程2~8年,平均 (5.77 ± 2.23) 年。所有组别和疾病类别的患者基线信息差异无统计学意义,资料具有可比性。本研究已通过南京市中西医结合医院伦理委员会审批(审批号:文24-07)。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准 RE和FD的西医诊断标准分别参照《胃食管反流病中西医结合诊疗共识意见(2017年)》^[8]和《功能性消化不良中西医结合诊疗共识意见(2017)》^[9]。

RE诊断标准:内镜检查是确诊反流性食管炎的主要方法。反流性食管炎的严重程度常用洛杉矶分类法分级。正常,食管黏膜无破损;A级,食管黏膜有破损,但无融合,病灶长径 <0.5 cm;B级,食管黏膜有破损,病灶长径 >0.5 cm,但无融合;C级,食管黏膜破损且有融合,范围 $<$ 食管周径的75%;D级,食管黏膜有破损且有融合,范围 $>$ 食管周径的75%。

FD诊断标准:参考罗马IV标准。FD诊断标准应具有以下1项或多项症状:①餐后饱胀不适;②早饱感;③上腹痛;上腹烧灼感。且无可解释症状的器质性疾病(包括胃镜检查)证据。诊断前症状出现至少6个月,近3个月符合以上标准。

1.2.2 中医诊断标准 参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[10]关于肝胃不和证诊断标准进行诊断。主证:脘肋胀满或胀痛,吞酸,嗳气,呃逆,脉弦。次证:情志抑郁,不欲食,善太息,胃脘嘈杂。

以上主证3项目,或主证2项+次证2项,即可诊断。

1.3 纳入标准 ①符合两种疾病所对应的西医诊断标准;②按照中医辨证原则进行诊断的肝胃不和证;③年龄18~65周岁,性别不限;④近1个月内未服用消化系统疾病的药物;⑤患者签订受试者知情同意书,自愿参加并配合治疗;⑥符合世界卫生组织《涉及人的生物医学研究国际伦理准则》和世界医学协会最新修订的《赫尔辛基宣言》的相关规定。

1.4 排除标准 ①合并有严重的血液、免疫系统疾病者;②心理功能障碍或患有精神疾病者;③妊娠或哺乳期妇女;④无法遵医嘱进行治疗者;⑤正参与其他临床研究项目者。

1.5 脱落标准 ①依从性差、不能规律完成服药者;②因自身原因要求退出者;③发生严重不良事件或出现其他疾病等不能继续试验者;④研究中发现妊娠者;⑤失访者。

1.6 治疗方法

1.6.1 观察组 口服加味左金丸颗粒剂治疗,配方为黄连3 g、制吴茱萸1 g、苏梗6 g、制香附6 g、郁金10 g、麸炒枳实10 g、生白芍15 g、延胡索6 g、法半夏10 g、炒竹茹10 g、合欢花10 g和绿萼梅10 g。

1.6.2 对照组 口服外观相同的安慰颗粒剂治疗,包含赋形剂及 $<5\%$ 的加味左金丸颗粒剂成分。

两种颗粒剂均由南京市中西医结合医院中药房提供(观察组药物批号2203312301;对照组药物批号2203401301)。经药剂科陈磊垚主任药师鉴定符合2020年《中华人民共和国药典》版相关规定,药剂科根据《中药配方颗粒质量控制与标准制定技术要求(2021年版)》将上述中药饮片经水煎、滤过、浓缩、精制、纯化,制成颗粒制剂。每种药物都被制成4袋的包装颗粒剂,每次服用2袋,每日2次,用200 mL的温水冲服。两组患者疗程都设定为4周。

1.7 观察指标 观察比较治疗前后两组患者中医证候积分及脑肠肽[降钙素基因相关肽(CGRP)、血管活性肠肽(VIP)、5-羟色胺(5-HT)、P物质(SP)]、炎症因子[肿瘤坏死因子- α (TNF- α)、白细胞介素-6(IL-6)]及常见的胃肠相关激素[胃泌素(GAS)、胃动素(MTL)]等指标的变化,并判定中医证候疗效及不良反应发生情况。同时分析同一疾病下两组患者上述指标变化情况及中医证候疗效。

1.7.1 主要疗效指标 肝胃不和证中医证候积分,RE和FD患者观察组和对照组分别于治疗前后进行中医证候评分。主要依据其主证和次证来进行

划分,将两者按轻重程度分别记为0、1、2、3分,症状越重则积分越高^[11]。中医证候疗效标准参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[10]有关标准,以尼莫地平法对疗效指数进行计算。临床痊愈:症状及体征消失或基本消失,证候评分减少 $\geq 95\%$;显效:症状及体征明显改善, $70\% \leq$ 证候评分减少 $< 95\%$;有效:症状及体征均有好转, $30\% \leq$ 证候评分减少 $< 70\%$;无效:症状、体征无明显改善,甚或加重,证候积分减少不足30%。总有效率=(痊愈例数+显效例数+有效例数)/总例数 $\times 100\%$ 。

1.7.2 次要疗效指标 患者按照相应组别进行对应治疗后,在治疗当日清晨及治疗后翌日清晨空腹抽血,采用酶联免疫吸附测定法(ELISA)检测相关指标,包括CGRP(批号JL11472)、TNF- α (批号JL10208)、IL-6(批号JL14113)、GAS(批号JL15243)、MTL(批号JL12929)、VIP(批号JL12727)、5-HT(批号JL53170)、SP(批号JL11060),检测试剂盒购自上海江莱生物科技有限公司。主要仪器设备包括Spark 10M型多功能酶标仪[帝肯(上海)实验器材有限公司]。

1.7.3 安全性评价 对可能发生的口干、乏力、恶心呕吐等相关不良反应进行记录并比较。

1.8 统计学方法 使用SPSS 26.0软件进行统计分析,计数资料使用例(%)表示,采用卡方(χ^2)检验;计量资料采用 $\bar{x} \pm s$ 表示,采用 t 检验;等级资料采用秩和检验, $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义^[12]。

表2 两组患者治疗前后中医证候积分比较($\bar{x} \pm s, n=60$)

Table 2 Comparison of TCM syndrome scores between two groups of patients before and after treatment ($\bar{x} \pm s, n=60$)							分
组别	时间	脘腹胀满或胀痛	吞酸	暖气	呃逆	脉弦	
观察组	治疗前	2.24 $\pm$ 0.34	2.10 $\pm$ 0.25	1.99 $\pm$ 0.19	2.09 $\pm$ 0.24	1.88 $\pm$ 0.22	
	治疗后	0.29 $\pm$ 0.15 ^{1,2)}	0.30 $\pm$ 0.10 ^{1,2)}	0.26 $\pm$ 0.04 ^{1,2)}	0.28 $\pm$ 0.05 ^{1,2)}	0.29 $\pm$ 0.07 ^{1,2)}	
对照组	治疗前	2.26 $\pm$ 0.36	2.15 $\pm$ 0.27	1.98 $\pm$ 0.21	2.11 $\pm$ 0.23	1.92 $\pm$ 0.25	
	治疗后	0.69 $\pm$ 0.12 ¹⁾	0.70 $\pm$ 0.09 ¹⁾	0.56 $\pm$ 0.09 ¹⁾	0.57 $\pm$ 0.10 ¹⁾	0.62 $\pm$ 0.11 ¹⁾	
组别	时间	情志抑郁	不欲食	善太息	胃脘嘈杂		
观察组	治疗前	1.84 $\pm$ 0.19	1.86 $\pm$ 0.20	1.83 $\pm$ 0.21	1.96 $\pm$ 0.20		
	治疗后	0.20 $\pm$ 0.03 ^{1,2)}	0.20 $\pm$ 0.08 ^{1,2)}	0.21 $\pm$ 0.04 ^{1,2)}	0.26 $\pm$ 0.06 ^{1,2)}		
对照组	治疗前	1.86 $\pm$ 0.20	1.91 $\pm$ 0.22	1.85 $\pm$ 0.20	1.97 $\pm$ 0.21		
	治疗后	0.51 $\pm$ 0.05 ¹⁾	0.61 $\pm$ 0.10 ¹⁾	0.53 $\pm$ 0.07 ¹⁾	0.57 $\pm$ 0.05 ¹⁾		

注:与本组治疗前比较¹⁾ $P < 0.05$;与对照组治疗后比较²⁾ $P < 0.05$ (表3、表5、表6、表8、表9同)

2.3 两组患者治疗前后脑肠肽、胃肠激素及炎症因子比较 治疗前,两组患者脑肠肽、胃肠激素及炎症因子水平差异无统计学意义。治疗后,与本组治

2 结果

本研究共纳入了144例病例,在研究过程中因患者主动要求退出及失访导致脱落24例。观察组有12例患者脱落(RE患者组的36例中有7例脱落,FD患者组的36例中有5例脱落)。对照组有12例患者脱落(RE患者组的36例中有5例脱落,FD患者组的36例中有7例脱落)。最终对120例患者的数据进行统计分析,其中观察组60例、对照组60例。所有的数据都已被输入到EDC电子数据采集系统,并通过审核后被锁定。在经过2次揭盲过程后,数据的处理和分析得以完成。

2.1 两组患者中医证候疗效比较 观察组患者总有效率为86.7%(52/60),对照组患者总有效率为43.3%(26/60),观察组患者总有效率高于对照组,差异有统计学意义($Z=-5.526, P < 0.05$)。见表1。

表1 两组患者中医证候疗效比较
Table 1 Comparison of efficacy of traditional Chinese medicine (TCM) syndromes between two groups of patients

组别	痊愈/例	显效/例	有效/例	无效/例	总有效率/%
观察组	4	14	34	8	86.7 ¹⁾
对照组	0	2	24	34	43.3

注:与对照组比较¹⁾ $P < 0.05$ (表4和表7同)

2.2 两组患者治疗前后中医证候积分比较 治疗前,两组肝胃不和证各项证候积分差异无统计学意义。治疗后,与本组治疗前比较,两组各项证候积分均明显降低($P < 0.05$)。与对照组治疗后比较,观察组各项证候积分降低更明显($P < 0.05$)。见表2。

组别	时间	脘腹胀满或胀痛	吞酸	暖气	呃逆	脉弦
观察组	治疗前	2.24 $\pm$ 0.34	2.10 $\pm$ 0.25	1.99 $\pm$ 0.19	2.09 $\pm$ 0.24	1.88 $\pm$ 0.22
	治疗后	0.29 $\pm$ 0.15 ^{1,2)}	0.30 $\pm$ 0.10 ^{1,2)}	0.26 $\pm$ 0.04 ^{1,2)}	0.28 $\pm$ 0.05 ^{1,2)}	0.29 $\pm$ 0.07 ^{1,2)}
对照组	治疗前	2.26 $\pm$ 0.36	2.15 $\pm$ 0.27	1.98 $\pm$ 0.21	2.11 $\pm$ 0.23	1.92 $\pm$ 0.25
	治疗后	0.69 $\pm$ 0.12 ¹⁾	0.70 $\pm$ 0.09 ¹⁾	0.56 $\pm$ 0.09 ¹⁾	0.57 $\pm$ 0.10 ¹⁾	0.62 $\pm$ 0.11 ¹⁾

疗前比较,两组患者CGRP、VIP、SP、5-HT、TNF- α 、IL-6水平均明显降低,GAS、MTL水平均明显升高,差异具有统计学意义($P < 0.05$)。与对照组治疗后

比较, 观察组患者上述指标改善更明显($P<0.05$)。 见表3。

表3 两组患者治疗前后脑肠肽、胃肠激素及炎症因子水平比较 ($\bar{x}\pm s, n=60$)

Table 3 Comparison of levels of brain-gut peptide, gastrointestinal hormones and inflammatory factors between two groups of patients before and after treatment ($\bar{x}\pm s, n=60$)

组别	时间	CGRP/ng·g ⁻¹	VIP/ng·L ⁻¹	SP/ng·L ⁻¹	5-HT/mg·L ⁻¹
观察组	治疗前	85.60±15.09	43.22±4.48	56.66±9.01	221.34±27.98
	治疗后	53.03±9.02 ^{1,2)}	28.48±4.83 ^{1,2)}	36.64±7.71 ^{1,2)}	76.42±9.50 ^{1,2)}
对照组	治疗前	83.59±15.53	42.83±5.20	57.91±9.76	225.89±27.51
	治疗后	60.07±13.29 ¹⁾	33.19±4.30 ¹⁾	40.22±6.64 ¹⁾	142.31±17.75 ¹⁾
组别	时间	TNF-α/ng·L ⁻¹	IL-6/ng·L ⁻¹	GAS/ng·L ⁻¹	MTL/ng·L ⁻¹
观察组	治疗前	65.68±8.55	68.97±8.29	66.42±7.28	89.62±8.56
	治疗后	38.00±4.94 ^{1,2)}	41.85±5.43 ^{1,2)}	127.32±8.35 ^{1,2)}	179.45±4.77 ^{1,2)}
对照组	治疗前	67.36±9.43	70.32±7.44	66.45±7.35	89.57±8.55
	治疗后	47.28±6.16 ¹⁾	53.13±5.84 ¹⁾	97.32±10.22 ¹⁾	135.64±7.22 ¹⁾

2.4 两组RE患者中医证候疗效比较 RE患者观察组的总有效率为86.2%(25/29), RE患者对照组总有效率为41.9%(13/31), RE患者观察组总有效率明显高于对照组($Z=-3.954, P<0.05$)。见表4。

2.5 两组RE患者治疗前后中医证候积分比较 治疗前, 两组RE患者肝胃不和证各项证候积分比较, 差异无统计学意义。治疗后, 与本组治疗前比较, 两组RE患者各项证候积分均明显降低($P<0.05$)。

表5 两组RE患者治疗前后中医证候积分比较 ($\bar{x}\pm s$)

Table 5 Comparison of TCM syndrome scores between two groups of RE patients before and after treatment ($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	时间	脘腹胀满或胀痛	吞酸	暖气	呃逆	脉弦
观察组	29	治疗前	2.26±0.35	2.12±0.26	1.98±0.20	2.04±0.26	1.90±0.23
		治疗后	0.28±0.16 ^{1,2)}	0.29±0.11 ^{1,2)}	0.25±0.05 ^{1,2)}	0.30±0.08 ^{1,2)}	0.28±0.08 ^{1,2)}
对照组	31	治疗前	2.27±0.36	2.13±0.25	1.99±0.21	2.07±0.11	1.91±0.24
		治疗后	0.67±0.13 ¹⁾	0.71±0.08 ¹⁾	0.57±0.09 ¹⁾	0.63±0.13 ¹⁾	0.59±0.12 ¹⁾
组别	例数	时间	情志抑郁	不欲食	善太息	胃脘嘈杂	
观察组	29	治疗前	1.85±0.19	1.88±0.22	1.84±0.22	1.98±0.21	
		治疗后	0.19±0.05 ^{1,2)}	0.29±0.09 ^{1,2)}	0.22±0.06 ^{1,2)}	0.27±0.05 ^{1,2)}	
对照组	31	治疗前	1.86±0.22	1.87±0.23	1.85±0.21	1.97±0.20	
		治疗后	0.50±0.06 ¹⁾	0.62±0.12 ¹⁾	0.55±0.07 ¹⁾	0.56±0.06 ¹⁾	

2.6 两组RE患者治疗前后脑肠肽、胃肠激素及炎症因子比较 治疗前, 两组RE患者脑肠肽、胃肠激素及炎症因子水平差异无统计学意义。治疗后, 与本组治疗前比较, 两组RE患者CGRP、VIP、SP、5-HT、TNF-α、IL-6水平均明显降低, GAS、MTL水平均明显升高($P<0.05$)。与对照组RE患者治疗后比较, 观察组RE患者上述指标改善更明显($P<0.05$)。见表6。

表4 两组RE患者中医证候疗效比较

Table 4 Comparison of efficacy of TCM syndromes between two groups of RE patients

组别	痊愈/例	显效/例	有效/例	无效/例	总有效率/%
观察组	2	7	16	4	86.2 ¹⁾
对照组	0	1	12	18	41.9

与对照组RE患者治疗后比较, 观察组RE患者各项证候积分降低更明显($P<0.05$)。见表5。

2.7 两组FD患者中医证候疗效比较 观察组FD患者总有效率为87.1%(27/31), 对照组患者总有效率为44.8%(13/29), 观察组患者总有效率高于对照组($Z=-3.819, P<0.05$)。见表7。

2.8 两组FD患者治疗前后中医证候积分比较 治疗前, 两组FD患者肝胃不和证各项证候积分比较, 差异无统计学意义。治疗后, 与本组治疗前比较, 两组FD患者各项证候积分均明显降低($P<0.05$)。

表6 两组RE患者治疗前后脑肠肽、胃肠激素及炎症因子比较 ($\bar{x}\pm s$)

Table 6 Comparison of levels of brain-gut peptide, gastrointestinal hormones and inflammatory factors between two groups of RE patients before and after treatment ($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	时间	CGRP/ng·g ⁻¹	VIP/ng·L ⁻¹	SP/ng·L ⁻¹	5-HT/mg·L ⁻¹
观察组	29	治疗前	85.62±15.10	43.20±4.50	56.69±9.03	221.32±27.95
		治疗后	53.04±9.04 ^{1,2)}	28.49±4.85 ^{1,2)}	36.67±7.70 ^{1,2)}	76.39±9.51 ^{1,2)}
对照组	31	治疗前	83.62±15.51	42.86±5.21	57.93±9.69	224.09±27.49
		治疗后	60.10±13.30 ¹⁾	33.21±4.31 ¹⁾	40.25±6.62 ¹⁾	142.29±17.73 ¹⁾
组别	例数	时间	TNF-α/ng·L ⁻¹	IL-6/ng·L ⁻¹	GAS/ng·L ⁻¹	MTL/ng·L ⁻¹
观察组	29	治疗前	65.70±8.52	69.01±8.30	66.45±7.29	89.60±8.56
		治疗后	38.12±4.92 ^{1,2)}	41.82±5.45 ^{1,2)}	127.33±8.37 ^{1,2)}	179.48±4.76 ^{1,2)}
对照组	31	治疗前	67.38±9.40	70.30±7.45	66.46±7.34	89.55±8.56
		治疗后	47.30±6.18 ¹⁾	52.98±5.83 ¹⁾	97.33±10.21 ¹⁾	135.60±7.21 ¹⁾

表7 两组FD患者中医证候疗效比较

Table 7 Comparison of efficacy of TCM syndromes between two groups of FD patients

组别	痊愈/例	显效/例	有效/例	无效/例	总有效率/%
观察组	2	7	18	4	87.1 ¹⁾
对照组	0	1	12	16	44.8

与对照组FD患者治疗后比较,观察组FD患者各项证候积分降低更明显($P<0.05$)。见表8。

表8 两组FD患者治疗前后中医证候积分比较 ($\bar{x}\pm s$)

Table 8 Comparison of TCM syndrome scores between two groups of FD patients before and after treatment ($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	时间	脘腹胀满或胀痛	吞酸	嗳气	呃逆	脉弦
观察组	31	治疗前	2.28±0.37	2.14±0.27	1.99±0.21	2.06±0.27	1.92±0.25
		治疗后	0.27±0.15 ^{1,2)}	0.28±0.12 ^{1,2)}	0.26±0.06 ^{1,2)}	0.31±0.07 ^{1,2)}	0.27±0.08 ^{1,2)}
对照组	29	治疗前	2.29±0.36	2.15±0.26	2.01±0.22	2.08±0.12	1.93±0.24
		治疗后	0.68±0.14 ¹⁾	0.72±0.08 ¹⁾	0.59±0.08 ¹⁾	0.62±0.14 ¹⁾	0.60±0.13 ¹⁾
组别	例数	时间	情志抑郁	不欲食	善太息	胃脘嘈杂	
观察组	31	治疗前	1.88±0.20	1.90±0.23	1.87±0.22	1.99±0.22	
		治疗后	0.18±0.05 ^{1,2)}	0.30±0.09 ^{1,2)}	0.23±0.07 ^{1,2)}	0.26±0.04 ^{1,2)}	
对照组	29	治疗前	1.87±0.21	1.91±0.24	1.86±0.24	1.97±0.22	
		治疗后	0.51±0.07 ¹⁾	0.61±0.13 ¹⁾	0.57±0.07 ¹⁾	0.57±0.05 ¹⁾	

2.10 不良反应发生情况 研究期间,观察组患者出现恶心呕吐1例,口干1例,对照组患者出现乏力1例,口干1例,两组患者不良反应发生情况差异无统计学意义。

3 讨论

在中医学的理论体系中,反流性食管炎是按照其特有的临床表现被归入中医疾病分类中。具体而言,其症状与中医学中“吐酸”“反胃”“嘈杂”等古典疾病描述相吻合^[13-14]。本病病机为肝胆疏泄失常,肝气郁滞,气机不畅,横逆犯胃,导致脾胃升降

2.9 两组FD患者治疗前后脑肠肽、胃肠激素及炎症因子比较 治疗前,两组FD患者脑肠肽、胃肠激素及炎症因子水平差异无统计学意义。治疗后,与本组治疗前比较,两组FD患者CGRP、VIP、SP、5-HT、TNF-α、IL-6水平均明显降低,GAS、MTL水平均明显升高($P<0.05$)。与对照组FD患者治疗后比较,观察组FD患者上述指标改善更明显($P<0.05$)。见表9。

失调而发病^[15]。如《素问玄机原病式·六气为病·吐酸》中记载:“酸者,肝木之味也。由火盛制金,不能平木,则肝木自甚,故为酸也^[16]。功能性消化不良的症状常与中医理论中“痞满”“胃脘痛”“积滞”等传统疾病类型相对应^[17]。本病病机为肝气郁滞,疏泄不利,木郁克土,导致脾胃气机升降失调而发病^[18]。如《张氏医通》所云:“天地不交而成痞,此脾之清气不升而下溜,胃之浊气不降而上逆”^[19]。反流性食管炎和功能性消化不良两者虽为不同的疾病,但均以肝胃不和为主要病机,故根据中医辨

表9 两组FD患者治疗前后脑肠肽、胃肠激素及炎症因子比较 ($\bar{x}\pm s$)

Table 9 Comparison of levels of brain-gut peptide, gastrointestinal hormones and inflammatory factors between two groups of FD patients before and after treatment ($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	时间	CGRP/ng·g ⁻¹	VIP/ng·L ⁻¹	SP/ng·L ⁻¹	5-HT/mg·L ⁻¹
观察组	31	治疗前	85.61±15.12	43.22±4.52	57.08±9.03	221.40±27.98
		治疗后	53.06±9.03 ^{1,2)}	28.47±4.85 ^{1,2)}	36.40±7.70 ^{1,2)}	75.83±9.49 ^{1,2)}
对照组	29	治疗前	83.64±15.52	43.03±5.30	58.11±9.71	222.09±27.53
		治疗后	60.12±13.32 ¹⁾	34.18±4.29 ¹⁾	41.28±6.59 ¹⁾	143.03±17.75 ¹⁾
组别	例数	时间	TNF-α/ng·L ⁻¹	IL-6/ng·L ⁻¹	GAS/ng·L ⁻¹	MTL/ng·L ⁻¹
观察组	31	治疗前	66.65±8.49	68.98±8.30	65.42±7.28	89.77±8.53
		治疗后	37.82±4.89 ^{1,2)}	41.79±5.45 ^{1,2)}	128.09±8.36 ^{1,2)}	180.21±4.76 ^{1,2)}
对照组	29	治疗前	67.41±9.42	69.96±7.47	66.36±7.37	89.67±8.49
		治疗后	47.41±6.20 ¹⁾	53.02±5.79 ¹⁾	96.89±10.19 ¹⁾	133.98±7.30 ¹⁾

“证”论治及治病求本的原则,均可以从疏肝和胃论治,故本研究均给予加味左金丸颗粒剂治疗,探讨其对不同疾病肝胃不和证的临床效果,以验证中医“异病同治”理论^[11]。

加味左金丸颗粒剂中黄连燥湿和胃、开痞泄热,吴茱萸辛热散寒、降逆止呕,两者互为反佐,一寒一热,一阴一阳,能除痞满、开郁结、调中焦,两者共为君药。如《本草从新》^[20]曰:“黄连能治痞满嘈杂,吞酸吐酸,同吴茱萸降火开郁”。现代研究发现,黄连中的小檗碱可抑制H⁺-K⁺-ATP酶活性、多种炎症因子和肿瘤坏死因子-α(TNF-α),从而抑制胃酸、保护胃黏膜^[21]。制吴茱萸中的吴茱萸次碱和吴茱萸水既能止吐,又能修复损伤的胃及食管黏膜,有保护消化道的作用^[22]。制香附入肝经,理气解郁止痛,如《本草备要》云:“香附利三焦、解六郁、止诸痛”^[23-24]。苏梗入胃经,顺气开郁和胃,如《药品化义》^[25]曰:“苏梗体质中通,通可去滞,能使郁滞上下宣行”。两者合用可疏肝运脾、理气和胃。麸炒枳实破气除痞、消积化滞,生白芍平抑肝阳、柔肝止痛,两者合用一苦一酸,一脾一肝,能化滞除痞、调和肝脾。以上四味共为臣药。现代药理研究发现,枳实的主要成分柚皮苷、橙皮苷有促进胃肠蠕动、加速胃排空及抑制平滑肌收缩的作用,白芍中的芍药苷有镇痛、抗抑郁、调节胃肠道的作用^[26]。佐以法半夏降逆止呕,使气逆能下、郁结能开^[27],炒竹茹清热化痰降浊,郁金疏肝行气解郁,延胡索行气消积止痛。有研究表明半夏中的黄芩素可降低胃黏膜相关蛋白活性,有助于提高胃内pH值,减少胃食管反流的风险^[28]。竹茹能通过抑制白细胞介素-8(IL-8)因子表达减少胃食管反流、促进消化,并且能阻断食管鳞状细胞增殖与分化^[29]。郁金的主要成

分姜黄素有明显的抗抑郁、促胃肠动力的效应^[30]。延胡索中的延胡索乙素可明显抑制胃酸分泌,促进胃排空,缓解胃痛胃胀的症状^[31]。另外无论是RE还是FD精神因素,特别是心情抑郁、失眠、情绪不宁等情况一直是相关的伴随症状,故本方使以合欢花、绿萼梅2味药,其中绿萼梅能安神定魂,对神经系统具有保护作用^[32],且配延胡索能条达木郁、理气止痛,配生白芍能养肝体、柔肝阴^[33],合欢花解郁安神,对肝气郁结之情绪抑郁疗效显著^[34-35],药物中的黄酮类、槲皮苷成分有明显的抗抑郁作用^[36],两者合用可以达到疏肝、解郁、怡情、安神的功效。全方紧扣肝胃不和证的病机,既能疏肝泄热、降逆和胃,又能理气止痛、解郁安神,且用药轻灵毓秀、环环相扣、层层递进、标本兼治,用于RE和FD的共证自然能够效如桴鼓。

本次研究表明,在中医证候疗效比较方面,观察组总有效率及RE、FD两种疾病各自观察组总有效率均显著高于对照组,并可改善肝胃不和证的相关症状,各项中医证候积分均明显下降,说明加味左金丸颗粒剂治疗肝胃不和证证候疗效明确。肝失疏泄、肝气郁结、横逆犯胃,则见脘腹胀满或胀痛及胃脘嘈杂;脾胃气机升降失常致胃失和降、胃气上逆,则见吞酸、嗳气、呃逆、不欲食;肝气郁结可致情志失调,导致情志抑郁、善太息、脉弦。加味左金丸颗粒剂专为疏肝理气、降逆和胃、解郁安神而设,故在改善肝胃不和证相关症状方面疗效显著。而且,对于2种不同疾病肝胃不和证之间进行比较,最终的结果基本一致,充分诠释和肯定了中医“异病同治”理论。另外,无论是从和对照组进行比较来看,还是从RE和FD两种疾病各自和对照组比较来看,观察组都能更显著的降低CGRP、VIP、SP、

5-HT、TNF- α 、IL-6水平,更显著的升高GAS、MTL水平,说明加味左金丸颗粒剂在改善脑肠肽、胃肠激素及炎症因子水平方面有明显的效果。而且观察组和对照组患者不良反应均较少,说明加味左金丸颗粒剂应用于RE和FD肝胃不和证患者安全可靠。

综上所述,本研究以不同疾病肝胃不和证患者为研究对象,以加味左金丸颗粒剂为研究方药进行临床干预,采取随机、双盲、安慰剂对照临床试验,明确肯定了加味左金丸颗粒剂能明显改善不同疾病肝胃不和证患者的临床症状,同时对脑肠肽、胃肠激素及炎症因子水平也有明显的改善,也为运用中医“异病同治”理论治疗其他临床疾病建立了基础。最后因本次研究样本量仍偏少,病例来源单一,未能进行其他更为深入的数据分析,有一定的临床局限性。后续的工作准备在本次研究的基础上,进一步扩大样本量,同时也深入探讨加味左金丸颗粒剂治疗多种疾病肝胃不和证的作用机制,为中医辨证论治及疾病的精准治疗提供更多的数据支撑与临床用药指导。

【利益冲突】 本文不存在任何利益冲突。

【参考文献】

- [1] 国家市场监督管理总局,国家标准化管理委员会. 中华人民共和国国家标准(GB/T 15657-2021):中医病证分类与代码[M]. 北京:中国标准出版社,2021.
- [2] 李毅,胡玉乐,赵唯含,等. 基于体质及其证候分型探讨功能性消化不良防治的研究进展[J]. 中国医药导报,2021,18(2):27-30.
- [3] 赵化成,甘淳. 功能性消化不良肝胃不和证研究进展[C]//中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会. 第二十九届全国中西医结合消化系统疾病学术会议论文集.[出版者不详],2017:3.
- [4] 叶玲玲,蔡群慧. 疏肝健脾和胃降逆汤治疗反流性食管炎60例[J]. 中国中医药科技,2021,28(2):330-331.
- [5] KUMAR A, PATE J, SAWANT P. Epidemiology of functional dyspepsia [J]. J Assoc Physicians India, 2012,60(Suppl):9-12.
- [6] 郑洪明,李学良. 服刑人员功能性消化不良流行病学及其相关因素调查研究[J]. 中国社区医师,2016,32(5):86-88.
- [7] 沈静,李玉锋,王垂杰. 肝胃不和证诊断标准及应用现状的文献研究[J]. 实用中医内科杂志,2023,37(7):89-92.
- [8] 中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会. 胃食管反流病中西医结合诊疗共识意见(2017年)[J].

中国中西医结合消化杂志,2018,26(3):221-226,232.

- [9] 中华中医药学会脾胃病分会,张声生. 功能性消化不良中医诊疗专家共识意见(2017)[J]. 中华中医药杂志,2017,32(6):2595-2598.
- [10] 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,2002:134-139,366-368.
- [11] 赵超群,蔡虹,陈高峰,等. 清热化湿方治疗慢性乙型肝炎及非酒精性脂肪性肝病湿热证的多中心随机双盲安慰剂对照试验[J]. 中医杂志,2022,63(8):745-753.
- [12] 单永改,刘万里,吴昊. 健脾利湿解毒方治疗大肠息肉内镜下治疗术后脾虚湿毒证31例临床研究[J]. 江苏中医药,2022,54(8):45-49.
- [13] 魏秀秀,张北华,尹晓岚,等. 胃食管反流病的中西医结合治疗现状述评[J]. 世界中医药,2022,17(15):2101-2107.
- [14] 史振国,葛鹤年,尹泉. 半夏泻心汤加减治疗肝胃不和证反流性食管炎合并反酸临床研究[J]. 新中医,2023,55(18):6-9.
- [15] 林琦,毛文武. 疏肝和胃降逆汤联合雷贝拉唑治疗肝胃不和证反流性食管炎患者的疗效[J]. 深圳中西医结合杂志,2023,33(2):40-43.
- [16] 刘完素. 素问玄机原病式[M]. 北京:科学出版社,2021:14.
- [17] 刘倩,沈晓萍,王宇,等. 枳壳陈皮饮治疗肝胃不和型功能性消化不良的临床效果[J]. 中国医药导报,2023,20(22):123-127.
- [18] 陈晓乐,禄保平. 功能性消化不良的中西医研究进展[J]. 中医临床研究,2017,9(8):133-137.
- [19] 张璐. 张氏医通[M]. 北京:人民卫生出版社,2006:102.
- [20] 吴仪洛. 本草从新[M]. 北京:中国中医药出版社,2013:23.
- [21] 周瑞,项昌培,张晶晶,等. 黄连化学成分及小檗碱药理作用研究进展[J]. 中国中药杂志,2020,45(19):4561-4573.
- [22] 孔奕丹,齐英,崔娜,等. 吴茱萸化学成分及药理作用研究进展[J]. 中医药信息,2023,40(5):79-83,89.
- [23] 汪昂. 本草备要[M]. 北京:人民卫生出版社,2005:103.
- [24] 齐梅,周悦,张梦圆,等. 疏肝和胃方联合伏诺拉生治疗气郁痰阻型难治性胃食管反流病的临床疗效[J]. 中国实验方剂学杂志,2023,29(24):146-154.
- [25] 贾所学. 药品化义[M]. 北京:中国中医药出版社,2013:33.
- [26] 余远盼,林桂梅,李医名. 枳实-白芍不同配伍比例及枳实生品与炮制品换用的枳实芍药散化学成分研究[J]. 中国中医药信息杂志,2023,30(6):135-140.

- [27] 吉贞料,王高岸,方翔宇,等. 半夏泻心汤加减联合维得利珠单抗治疗克罗恩病寒热错杂证的临床疗效[J]. 中国实验方剂学杂志,2024,30(2):134-141.
- [28] 林德荣,吴小秋,张渐轩,等. 基于网络药理学和分子对接探讨半夏抗反流性食管炎的作用机制[J]. 新疆医科大学学报,2023,46(2):226-233.
- [29] 王小双,魏文峰,霍金海,等. 基于网络药理学探讨橘皮竹茹汤治疗胃食管反流病的作用机制[J]. 中国中医药科技,2021,28(2):215-220.
- [30] 周静,黄熙,王杨,等. 郁金枳壳汤治疗抑郁症功能性消化不良共病1例[J]. 山东中医杂志,2015,34(10):801-802.
- [31] 范梦男,张博,陈苏宁. 胃痛消痞方对肝郁脾虚型功能性消化不良大鼠5-HT及其受体表达影响的实验研究[J]. 中华中医药学刊,2020,38(11):229-232,后插41.
- [32] 甘宜杰,张伟,欧金梅,等. 绿萼梅抗 β 淀粉样蛋白致阿尔茨海默病细胞模型活性部位的筛选及其化学成分分析[J]. 安徽中医药大学学报,2022,41(3):92-96.
- [33] 郭锦晨,黄辉,薛露,等. 徐经世临证运用绿萼梅经验[J]. 中医杂志,2023,64(5):443-447.
- [34] 武尚志,施学丽,张亚光,等. 酸枣仁-合欢花药对在抑郁症模型大鼠的治疗作用[J]. 中国实验方剂学杂志,2023,29(24):87-94.
- [35] 庞婷婷,黎军宏,潘能珍,等. 中药单药及仲景经方治疗郁证的药理作用机制探究[J]. 中华中医药学刊,2023,41(3):99-103.
- [36] 李勉力,唐旭东,李海文,等. 中药复方治疗胃食管反流病作用机制探讨[J]. 世界中医药,2022,17(15):2112-2116.

[责任编辑 王鑫]

·书讯·

共情护理及经口摄入能量管理对初产妇的影响探究 ——评《产前产后护理百科》

初产妇为此前无分娩经历的产妇。已有研究指出,产程时间的延长将会导致初产妇发生胎儿窒息、产时及产后大出血、新生儿呼吸窘迫综合征、新生儿缺血、缺氧性脑病的风险提高,此点也是我国剖宫产率居高不下的主要原因。积极的心理疏导及能量补充成为提升初产妇分娩质量的重要手段,但既往实施的传统护理模式是以护理人员为主,初产妇参与积极性不高且在能量补充缺乏循证医学证据指导而普遍低于整个分娩所需,导致护理效果欠佳。共情护理为现代护理学的重要护理模式,通过交际双方语言及非言语交流察觉、认知对方的情感及情绪状态,并在此基础上做出正确的反馈,引起情感共鸣以实现提升护理服务质量的目的。经口摄入能量管理是对产妇分娩过程中展开的科学能量管理,旨在为其补充足够的能量、提高产力水平、促进产妇顺利分娩。

《产前产后护理百科》由四川科学技术出版社出版,作者华苓。本书将准妈妈较为关心的产前、分娩、产后分列为独立的阶段,围绕产前、分娩进行时、坐月子、喂养新生儿为准妈妈答疑解惑,普及孕产知识。针对产前常见的状况,给出细致的生活建议;面对分娩,为准妈妈讲解分娩过程、分娩时缓解阵痛的方法;进入月子期,为新妈妈讲解顺产、剖宫产的饮食要求、护理方法,母乳喂养的技巧、乳房护理建议,新生儿宝宝身体洗护、早教启蒙。本书内容丰富,操作性强,呵护准妈妈产前后,呵护新生儿宝宝健康。分娩为迎接新生命的必经阶段,自然分娩则是最合理、最健康的分娩方式。对于自然分娩的产妇而言,产程时间至关重要。世界卫生组织明确指出,在自然分娩期间及时补充能量为降低剖宫产率行之有效的方法,原因在于分娩是产妇体力消耗与感受疼痛的过程,要想顺利完成分娩就需要充足的体力及情感支持。然而,传统护理模式对于产妇的情感支持不足,且能量管理充满着经验性色彩,食物类型包括产妇喜爱的小零食、果汁饮料、鸡蛋挂面、各种粥类、面包、红牛、红糖粥、巧克力、藕粉等,若无法进食者则是通过开放静脉通路输注葡萄糖、维生素来补充能量。但是,临床研究证实,能量补充过多或者是能量补充不足将会延长产程时间、加大剖宫产率,原因与进食后血液重新分配干扰了子宫血流供给有关。因此,改善初产妇心理状态并科学补充能量成为护理工作面临的棘手问题之一。研究发现,共情护理及经口摄入能量管理对于促进初产妇分娩、改善母婴结局起到了重要的帮助作用,推广使用意义重大。大致原因可能是因为初产妇的总产程时间在8~24 h左右,对其而言属于一种煎熬,尤其是在步入分娩室后隔绝了家属的联系,使得初产妇身心负担急剧提升。传统护理模式仅仅提供常规心理干预,并未真正触及初产妇内心所需,同时经验性的能量管理缺乏科学性,此点成为护理效果欠佳的重要原因。共情护理是一种将自身带入到对方角色并感受其内心所思、所想,换位思考下总结并落实相应护理对策的护理模式,旨在激发护患之间的情感共鸣、将自己投射到对方所处的境遇中体验其情感和情绪,做到设身处地、将心比心,也是人文关怀及优化优质护理服务的重要体现。通过共情护理可以及时发现初产妇的心理波动,并通过切实行动转变其错误观念,主动意识到此种观念的不良影响,从而提高自然分娩率提供有力的保障。经口摄入能量管理则是以循证医学证据及世界卫生组织推荐为指导,合理使用分娩能量包为初产妇提供足够的能量供给,与既往产妇及家属准备的食物相比,该能量包的能量起效时间仅为15 min左右,充分满足初产妇快速补充机体能量的需求,同时能量供给经过科学的测算,有效的保障了分娩过程中能量及营养素的平衡补充,既不会过多也不会过少,更为符合人体供能方式,护理人员可根据产妇体力合理调整,确保能量补充的有效性,从而为缩短产程事件、改善母婴结局奠定了坚实的基础。

综上所述,共情护理及经口摄入能量管理有助于缓解初产妇产前焦虑、降低产痛并缩短产程时间、提高新生儿阿氏评分,改善母婴结局。

(作者尤玲玲,杭州市临平区妇幼保健院,浙江 杭州 311100)