

引用:宋年,苏洁,陈露,李小红.基于扶阳理论探析扶阳罐对早期胃癌术后疲劳及炎症因子影响[J].中医导报,2025,31(1):101-105.

基于扶阳理论探析扶阳罐对早期胃癌术后疲劳及炎症因子影响*

宋年,苏洁,陈露,李小红

(江苏省中医院/南京中医药大学附属医院,江苏 南京 210029)

[摘要] 目的:探讨扶阳罐循经熨推法干预早期胃癌脾肾阳虚型患者术后疲劳综合征的临床疗效。方法:将70例早期胃癌术后疲劳综合征患者按随机序列分为观察组35例及对照组35例。对照组采用术后疲劳综合征常规护理,观察组在对照组的基础上采用扶阳罐循经熨推法。观察两组患者后Christensen疲劳评分,手术前后握力、体质量指数、炎症指标,以及术后不良反应发生率,并比较临床疗效。结果:治疗后,观察组患者临床疗效总有效率(91.43%)高于对照组(73.53%),差异有统计学意义($P<0.05$);两组患者术后Christensen疲劳评分均降低,且观察组患者术后Christensen疲劳评分低于对照组($P<0.05$);两组患者术后炎症指标均升高($P<0.05$),观察组患者术后中性粒细胞百分比、超敏C反应蛋白水平均低于对照组($P<0.05$);两组患者术后握力、体质量指数均下降,观察组术后恢复优于对照组($P<0.05$)。结论:扶阳罐疗法可有效改善早期胃癌脾肾阳虚型患者术后疲劳症状,促进术后康复。

[关键词] 早期胃癌;术后疲劳综合征;扶阳理论;扶阳罐;炎症因子;脾肾阳虚

[中图分类号] R248.1 [文献标识码] A [文章编号] 1672-951X(2025)01-0101-05

DOI:10.13862/j.cn43-1446/r.2025.01.019

Exploring the Effect of Fuyang Cupping on Postoperative Fatigue and Inflammatory Factors in Early Gastric Cancer Based on Fuyang Theory

SONG Nian, SU Jie, CHEN Lu, LI Xiaohong

(Jiangsu Province Hospital of Chinese Medicine/Affiliated Hospital of Nanjing University of Chinese Medicine, Nanjing Jiangsu 210029, China)

[Abstract] Objective: To explore the clinical efficacy of using Fuyang Cupping to intervene in postoperative fatigue syndrome in early gastric cancer patients with Yang deficiency of spleen and kidney under the guidance of Fuyang theory. Methods: A total of 70 patients with postoperative fatigue syndrome of early gastric cancer were divided into experimental group (35 cases) and control group (35 cases) according to random sequence. The control group adopted the postoperative fatigue syndrome conventional nursing routine, and the experimental group adopted Fuyang cupping via the meridian ironing and pushing method on the basis of the control group. Observe the fatigue Christensen score, grip strength body mass index, inflammation index, and the incidence of postoperative adverse reactions before and after treatment in the 2 groups. Results: After treatment, the total effective rate of clinical efficacy of patients in the observation group (91.43%) was higher than that of the control group (73.53%), the difference was significant ($P<0.05$). The fatigue Christensen scores of patients in the two groups were reduced postoperatively, and the observation group was significantly lower than that of the control group ($P<0.05$). Serum inflammatory factor of the patients of the two groups was elevated postoperatively ($P<0.05$). The percentage of neutrophils and the level of ultrasensitive C-reactive protein were lower in the observation group ($P<0.05$). The grip strength body mass index decreased in both groups, and the postoperative recovery of the observation group was better than that of the control group ($P<0.05$). Conclusion: Fuyang cupping therapy can effectively improve the postoperative fatigue symptoms of early gastric cancer patients with Yang deficiency of spleen and kidney, and promote postoperative recovery.

[Keywords] early gastric cancer; postoperative fatigue syndrome; Fuyang theory; Fuyang cupping; inflammatory factor; Yang deficiency of spleen and kidney

*基金项目:2023年度国家中医临床研究基地(江苏省中医院)开放课题(JD2023SZ08);江苏省中医院南丁格尔科研项目(Y23021)

通信作者:苏洁,女,主任护师,研究方向为中医消化病症

胃癌(gastric cancer,GC)是最常见的消化道恶性肿瘤之一,其发病率和死亡率分别位于全球癌症的第四位和第五位^[1]。国际癌症研究机构报告显示,2020年全球新发胃癌病例约108.9万,死亡约76.8万。2022年我国新发胃癌病例约50.9万,死亡约40万,这一数字高居全球首位^[2]。我国的新发胃癌,早癌占比不足10%,绝大多数是进展期和晚期胃癌,其中进展期胃癌的5年存活率低于35%^[3]。随着内镜技术的日益成熟,癌灶仅局限于黏膜及黏膜下层的早期胃癌(early gastric carcinoma,EGC)可通过消化内镜早发现、早诊断、早治疗,降低胃癌死亡率。EGC经内镜黏膜下剥离术(endoscopic submucosal dissection,ESD)治疗术后5年生存率达90%以上^[4]。然而,术后疲劳综合征(postoperative fatigue syndrome,POFS)是术后常见并发症,表现为术前机体状态正常的患者在术后出现不同程度的四肢无力、睡眠紊乱、情绪异常及注意力障碍等^[5]。术后疲劳导致EGC患者期望下降,治疗消极,继发静脉血栓、急性肺损伤等并发症增加。有研究^[6-7]报道,约25%的EGC患者术后1年仍持续感到疲劳,继而演变为慢性疲劳,导致其工作能力下降,影响回归社会。因此,POFS的防治是EGC患者围手术期关注的重点。

由于POFS缺乏明确的诊断标准和治疗,临床上缺乏特异性药物,通常给予缓解症状的药物治疗,疗效并不明显^[8]。疲劳根据症状可归属于中医“虚劳”“虚损”范畴。《素问·通评虚实论篇》言“精气夺则虚”,明确指出虚损的实质就是精气的耗竭。张仲景在《金匮要略·血痹虚劳病脉证并治》中首次将一系列以脾肾阳虚证候为主要表现的慢性虚弱性疾病,归纳综合成“虚劳”。肾藏精,为先天之本;脾统血,为后天之本。肾中精气依赖脾胃水谷之海化生精微,脾胃阳气依赖肾阳的温煦,扶助脾肾阳气对EGC患者POFS的治疗有重要意义^[9]。研究^[10]显示,扶阳罐有保护脾胃和温养阳气的作用,可改善EGC患者术后疲劳症状。本研究基于中医扶阳理论探讨扶阳罐对EGC脾肾阳虚型患者POFS治疗的临床效果,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 诊断标准

1.1.1 西医诊断标准 参照《胃癌临床诊疗指南》的早期胃癌诊断标准(2021)^[11];局限于胃黏膜或黏膜下层的侵袭性癌,不论是否有淋巴结转移。POFS诊断标准参照国内外研究^[5,12]拟定。(1)术后恢复过程;(2)肌肉乏力;(3)需要的睡眠时间延长;(4)注意力下降;(5)精神萎靡、情绪抑郁。第1项必备,加其余项中任意1项即可诊断为POFS。

1.1.2 中医诊断标准 中医辨证标准参考《中医临床诊疗术语》胃癌脾肾阳虚证的诊断标准。主症:周身疲乏,四肢湿冷,入夜尤甚,大便质稀;次症:夜寐不安,腹胀呃逆,纳谷不香。舌淡,苔薄白,脉细无力。其中符合主症2项及以上,结合舌脉,即可诊断。

1.2 纳入标准 (1)符合上述诊断标准;(2)年龄18~65周岁;(3)手术方式为ESD;(4)在试验开始前未接受其他影响本试验疗效评定的治疗;(5)本人知情自愿参加试验且签署知情同意书。

1.3 排除标准 (1)其他部位恶性肿瘤病史;(2)术后大块病理证实病变已侵犯肌层及其以下的病例;(3)胃癌是由其他部位的转移癌;(4)合并严重的心、肝、肺、肾或血液功能障碍等疾病;(5)伴有精神疾病;(6)妊娠期。

1.4 研究对象 选择2023年11月至2024年4月于江苏省中医院消化内镜科住院部就诊的EGC术后并发POFS患者70例。本试验为双臂随机对照临床试验,采用PASS 2021软件计算样本量,根据前期预试验结果,扶阳罐干预术后疲劳有效率约为93.0%,早期胃癌ESD术后疲劳发生率约为62.5%^[13],设双侧 $\alpha=0.05$, $1-\beta=0.9$,两组按照1:1随机分组,脱落率约为15%,每组至少需要32例患者,考虑剔除和脱落情况,两组共纳入70例患者。按随机数字表法随机分为观察组及对照组,每组35例。本研究已通过江苏省中医院伦理委员会批准(审批号:2023NL-207-01)。

1.5 治疗方法

1.5.1 对照组 实施EGC围手术期常规护理^[14-15],术前1 d采用多模式宣教方式向患者说明手术时间安排及流程等,要求患者术前禁食 ≥ 8 h,禁水 ≥ 4 h,同时给予合理的静脉营养支持、术前用药指导。术中监测生命体征,配合手术医生。术后给予常规禁食禁饮、休息与活动指导、病情观察、并发症的观察与处理等。

1.5.2 观察组 在对照组的基础上采用扶阳罐循经熨推拿法干预。术后当天、第1天、第2天、第3天予扶阳罐治疗。具体操作:(1)扶阳罐预热10 min至60℃,罐体活动状态下温度为50~60℃;握扶阳罐温灸大椎、命门、足三里、三阴交、太溪各2 min,温推、温刮相应的经络18下;再次温灸大椎、命门、足三里、三阴交、太溪各1 min;刮痧时罐陶瓷边与皮肤夹角约45°。(2)温刮时手法以补法为主,即手持扶阳罐,以罐底陶瓷边缘与皮肤成30°~45°接触皮肤进行直线或弧线刮拭,手法轻柔、缓慢、长线,或顺着经络循行走向刮拭。(3)遇不出痧不可强行出痧,刮痧局部毛孔张开、皮肤潮红有热感即可,遇疼痛点或结节可采用温拨、温揉等手法加强刮痧。

1.6 观察指标

1.6.1 Christensen疲劳评分 采用Christensen疲劳评分^[16]评估术后疲劳程度。评分标准:1~2分,感觉正常,过度活动时疲劳,睡眠正常;3~5分,可正常日常活动,偶尔可稍用力活动;6~8分,仅能维持部分日常活动,行走或爬楼梯时费力,需要睡眠;9~10分,无法进行日常活动,极需睡眠。评分 >2 分为疲劳。

1.6.2 握力体质质量指数 采用悦健WL-1000握力器评估研究对象的握力。每只手测量2次,选取最大值作为握力值,将握力值(kg)除以研究对象的体质量(kg)以对握力值进行标准化^[17]。握力体质质量指数=握力(kg)/体质量(kg) $\times 100\%$ 。

1.6.3 炎症指标 分别于术前和术后第3天晨采集患者静脉血,检测白细胞计数(white blood cell,WBC)、中性粒细胞百分比(neutrophil granulocyte,NE)及超敏C反应蛋白(hyper-sensitive C-reactive protein,hs-CRP)水平。

1.6.4 术后不良反应 分别记录术后6 h、24 h、48 h患者发生

恶心、呕吐的发生率。

1.7 疗效标准 参考《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[18]拟定术后疲劳临床疗效标准。(1)痊愈:临床主症及兼症完全消失,能适应正常的社会生活及工作节奏;(2)显效:临床主症及兼症消失 $>2/3$;(3)有效:临床主症和兼症消失 $\leq 2/3$ 且 $\geq 1/3$;(4)无效:临床主症及兼症消失 $<1/3$ 或无改善。总有效率 $=[(痊愈例数+显效例数+有效例数)/总例数]\times 100\%$ 。

1.8 资料收集 本研究选择经过培训、不参与研究过程的调查员收集资料,于患者入院当天收集患者一般资料,并记录术前炎症指标结果、握力值;于麻醉苏醒时、术后第1天、术后第2天、出院当天测评患者疲劳程度、握力值,术后15 d测评患者疲劳程度,记录患者术后炎症指标。

1.9 统计学方法 采用SPSS 23.0统计软件进行数据分析。计量资料符合正态分布以“均数 \pm 标准差”($\bar{x}\pm s$)表示,组间比较采用 t 检验;计量资料不符合正态分布时采用非参数检验。计数资料以“例(%)”表示,采用 χ^2 检验,等级资料比较采用秩和检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 基线资料 本研究最终完成69例患者观察,观察组35例,对照组34例,对照组脱落1例患者,因术后穿孔转外科手术治疗。(见图1)

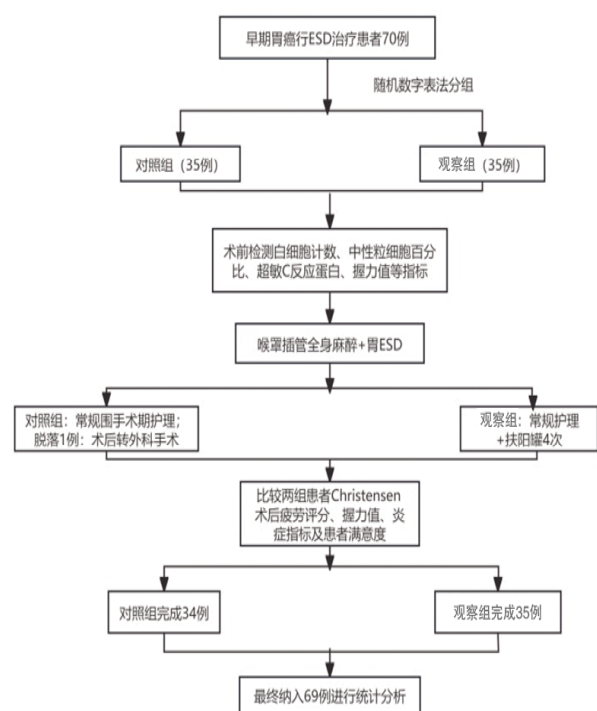


图1 病例收集流程图

两组患者性别、年龄、体质量指数(body mass index, BMI)、

病变大小、手术时间比较,差异均无统计学意义($P>0.05$)。(见表1)

表1 基线资料比较

| 组别 | n | 性别/例 | | 年龄 ($\bar{x}\pm s$, 岁) | BMI ($\bar{x}\pm s$, kg/m ²) | 手术时间 ($\bar{x}\pm s$, min) | 病变大小 ($\bar{x}\pm s$, cm) |
|-------|----|----------------|----|-----------------------------|---|---------------------------------|--------------------------------|
| | | 男 | 女 | | | | |
| 对照组 | 34 | 21 | 13 | 59.28 \pm 11.53 | 23.15 \pm 4.09 | 59.83 \pm 14.32 | 1.88 \pm 0.74 |
| 观察组 | 35 | 21 | 14 | 60.35 \pm 10.06 | 22.43 \pm 3.12 | 57.21 \pm 15.25 | 1.85 \pm 0.63 |
| 检验统计量 | | $\chi^2=0.512$ | | $t=1.432$ | $t=1.024$ | $t=0.721$ | $t=0.673$ |
| P | | 0.534 | | 0.184 | 0.352 | 0.612 | 0.597 |

2.2 两组患者临床疗效比较 治疗后,观察组患者临床疗效总有效率(91.43%)高于对照组(73.53%),差异有统计学意义($P<0.05$)。(见表2)

表2 两组患者临床疗效比较 [例(%)]

| 组别 | n | 痊愈 | 显效 | 有效 | 无效 | 总有效 |
|----------|----|----------|-----------|-----------|----------|-----------|
| 对照组 | 34 | 4(11.76) | 8(23.53) | 13(38.24) | 9(26.47) | 25(73.53) |
| 观察组 | 35 | 7(20.00) | 15(42.86) | 10(28.57) | 3(8.57) | 32(91.43) |
| χ^2 | | | | | | 5.210 |
| P | | | | | | 0.024 |

2.3 两组患者术后Christensen疲劳评分比较 治疗后,两组患者术后Christensen疲劳评分均有所降低,且观察组低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。(见表3)

表3 两组患者术后 Christensen 疲劳评分比较 ($\bar{x}\pm s$, 分)

| 组别 | n | 麻醉苏醒时 | 术后第1天 | 术后第2天 | 出院当天 | 术后15天 |
|-----|----|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| 对照组 | 34 | 5.98 \pm 0.72 | 7.75 \pm 0.83 | 7.84 \pm 0.66 | 6.21 \pm 0.54 | 3.02 \pm 0.35 |
| 观察组 | 35 | 6.14 \pm 0.65 | 6.72 \pm 0.64 | 5.83 \pm 0.45 | 4.89 \pm 0.73 | 2.45 \pm 0.58 |
| t | | 0.085 | 2.102 | 4.623 | 3.514 | 2.023 |
| P | | 0.934 | 0.039 | 0.019 | 0.023 | 0.041 |

2.4 两组患者手术前后炎症指标比较 与术前比较,两组患者白细胞计数(WBC)、中性粒细胞百分比(NE)、超敏C反应蛋白均升高($P<0.05$),且观察组患者术后NE、hs-CRP水平均显著低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。(见表4)

2.5 两组患者围手术期间握力体质量指数比较 治疗后,两组患者握力体质量指数均下降,观察组在出院时基本达到术前水平,对照组仍低于术前。观察组优于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。(见表5)

表5 两组患者握力体质量指数比较 ($\bar{x}\pm s$)

| 组别 | n | 术前 | 麻醉苏醒时 | 术后第1天 | 术后第2天 | 出院当天 |
|-----|----|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|
| 对照组 | 34 | 32.13 \pm 12.41 | 21.65 \pm 11.93 | 25.95 \pm 12.63 | 26.34 \pm 12.62 | 28.35 \pm 12.76 |
| 观察组 | 35 | 32.15 \pm 13.22 | 21.45 \pm 12.26 | 26.75 \pm 10.83 | 29.65 \pm 10.53 | 31.25 \pm 11.85 |
| t | | 0.163 | 0.192 | 0.213 | 2.912 | 2.794 |
| P | | 0.857 | 0.795 | 0.792 | 0.039 | 0.042 |

表4 两组患者炎症指标比较 ($\bar{x}\pm s$)

| 组别 | n | WBC/($\times 10^9/L$) | | | | NE/% | | | | hs-CRP/($\mu g/mL$) | | | |
|-----|----|-------------------------|------------------|-------|-------|------------------|------------------|-------|-------|-----------------------|------------------|-------|-------|
| | | 术前 | 术后 | t | P | 术前 | 术后 | t | P | 术前 | 术后 | t | P |
| 对照组 | 34 | 6.39 \pm 1.42 | 10.02 \pm 1.39 | 3.543 | 0.029 | 59.21 \pm 8.95 | 78.45 \pm 9.21 | 3.531 | 0.032 | 1.98 \pm 2.95 | 18.21 \pm 3.56 | 4.812 | 0.011 |
| 观察组 | 35 | 6.42 \pm 1.37 | 9.89 \pm 1.41 | 3.135 | 0.032 | 58.34 \pm 9.54 | 72.34 \pm 8.92 | 2.984 | 0.039 | 2.01 \pm 2.34 | 11.43 \pm 3.21 | 3.945 | 0.019 |
| t | | 0.189 | 0.283 | | | 0.334 | 2.839 | | | -0.351 | 4.965 | | |
| P | | 0.823 | 0.802 | | | 0.721 | 0.041 | | | 0.783 | 0.009 | | |

2.6 两组患者术后不良反应发生率比较 治疗期间,观察组患者无发生局部皮肤破溃、烫伤。两组患者术后恶心、呕吐不良反应发生率比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。(见表6)

表6 术后恶心、呕吐发生率比较 [例(%)]

| 分组 | n | 术后6 h | 术后24 h | 术后48 h |
|----------|----|-----------|----------|---------|
| 对照组 | 34 | 9(26.47) | 8(23.53) | 2(5.88) |
| 观察组 | 35 | 10(28.57) | 7(20.00) | 2(5.71) |
| χ^2 | | 0.524 | 0.595 | 0.495 |
| P | | 0.503 | 0.354 | 0.613 |

3 讨 论

胃癌是我国高发恶性肿瘤,其发病率、死亡率居高不下,随着“健康中国2030”规划倡议“全方位、全周期”健康管理理念的贯彻,关注的焦点已向早期胃癌延伸。目前内镜已成为EGC的首选治疗方式,术后生存率可高达91.2%^[13]。然而,EGC患者ESD术后往往存在焦虑、复发恐惧、胃肠功能障碍、乏力等问题^[19],可导致患者围手术期生理、心理产生应激反应,导致炎症因子释放,刺激神经系统,从而导致术后疲劳症状的出现^[20],阻碍EGC患者术后恢复。

3.1 扶阳罐应用于EGC患者ESD术后疲劳的理论依据 中医学认为POFS与五脏功能失调相关,其中有学者指出脾肾阳虚是POFS的主要病机。《景岳全书》言“损者多由于气,气伤则血无以存”^[21]。督脉,统摄诸阳,主导一身阳气功能活动^[22]。脾胃同属“后天之本”,为气血生化之源^[23]。因此,本研究中扶阳罐循经主穴选择如下。(1)督脉:大椎-命门;(2)足阳明胃经:足三里-下巨虚;(3)足太阴脾经:阴陵泉-三阴交。采用扶阳罐对督脉、足阳明胃经、足太阴脾经循行线进行温推、温刮,可疏通督脉,振奋阳气,益气扶正。肾为“先天之本”,是脏腑阴阳之本,生命本源。肾的精气有赖于水谷精微的培育和充养,才能不断充盈和成熟,而脾胃转化水谷精微,则必须借助于肾阳的温煦。故本研究选穴配以足少阴肾经:阴谷-太溪,以温补肾阳,健脾益气^[24]。大椎穴为手足三阳经和督脉交会穴,是督脉上通下达的关键,可升发阳气,祛邪外出;命门属于督脉,穴名含义为生气出入通达及生命维系之处,可温肾补虚,培元益气;足三里穴属足阳明胃经的合穴,除可健脾和胃、补肾益气外,更有扶正祛邪、治疗虚劳诸证之功;三阴交为足三阴经的交会穴,此穴可调补肝、脾、肾三经气血;太溪穴属足少阴肾经,有益肾、纳气、培土生金的功效。扶阳罐,作为传统中医外治法的工具,将红外线、温推、温刮、温灸的功能集一体,搭配使用可疏通经络、调节气血的精油^[10],故扶阳罐循在温推、温刮的同时重点温灸这5个穴位加强健脾扶正的作用。诸穴配伍能益气固脱,健脾扶正,改善脾胃虚弱,从而缓解术后疲劳。

3.2 扶阳罐可降低EGC患者ESD术后炎症因子水平 手术部位感染(surgical site infections,SSI)是EGC术后常见并发症之一。据调查,全球约有10%的患者在胃癌术后发生SSI^[25]。SSI可导致患者术后恢复慢、住院时间延长、费用增加等问题^[26]。在EGC患者经内镜治疗造成的手术创伤后,hs-CRP作为由肝脏合成的一种全身性炎症反应急性期的标志物会显著上升^[27]。本研究显示,术后两组患者炎症因子水平均较术前明显

升高,观察组术后hs-CRP水平低于对照组($P<0.05$),提示扶阳罐术后干预患者可明显降低早期胃癌ESD术后炎症因子水平。扶阳罐利用远红外线局部照射,能穿透人体皮肤组织,产生谐振,使能量被生物细胞吸收,引起组织的温热效应,活化细胞组织,激发脏器功能,从而促进炎症消退。炎症水平的控制不仅能减少EGC患者ESD术后感染,还能改善术后疲劳水平。

3.3 扶阳罐可改善EGC患者ESD术后患者疲劳,促进康复 关于胃癌患者术后疲劳,王晓庆等^[28]研究指出患者术后1~3 d疲劳程度达到峰值,术后第14天疲劳程度仍高于术前。本研究显示:患者术后第1天、第2天疲劳程度最高;观察组患者术后疲劳程度明显低于对照组,出院后回访部分患者仍存在疲劳问题。术中麻醉、术中创伤及患者心理应激反应会感染患者身体内环境,影响机体免疫系统,从而导致POFS的发生^[4],而中医外治法扶阳罐能够通过控制EGC患者ESD术后机体炎症反应水平,从而减轻患者疲劳程度^[29]。

艾灸可有效改善术后疲劳程度,但会引起烫伤、艾烟等增加不良反应发生,导致患者满意度下降^[9]。然而本次研究中,两组患者不良反应发生率比较,差异无统计学意义($P>0.05$),表明扶阳罐循经熨推法可在不增加患者不良反应的基础上改善患者术后疲劳程度。因此,EGC患者ESD术后早期开展中医外治法,可减轻患者术后生理、心理应激反应,改善患者术后POFS。扶阳罐循经熨推法在缓解患者疲劳的基础上更能促进患者术后康复。

4 结 语

综上所述,基于扶阳理论的扶阳罐循经熨推法可以有效促进EGC脾胃虚弱型患者术后握力水平恢复,缓解术后疲劳程度,降低ESD术后炎症反应,促进术后康复。扶阳罐技术是利用扶阳罐产生的热能、红光和磁疗等作用,在体表至阳、命门、足三里等表面采用温灸、温推、温刮等方法进行理疗,达到益气固脱、健脾扶正作用。但本次研究为单中心研究,样本量少,观察周期短。今后的临床研究可开展多中心,扩大样本量研究,将干预、随访周期延长,关注扶阳罐对早期胃癌术后疲劳综合征的远期疗效,进一步验证结论。

参考文献

- [1] SUNG H, FERLAY J, SIEGEL R L, et al. Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries[J]. CA Cancer J Clin, 2021, 71(3):209-249.
- [2] XIA C, DONG X, LI H, et al. Cancer statistics in China and United States, 2022: profiles, trends, and determinants[J]. Chin Med J (Engl), 2022, 135(5):584-590.
- [3] 中国抗癌协会胃癌专业委员会,中国医师协会外科医师分会上消化道外科医师委员会,中国人群健康风险管理协作组-胃癌专业组.中国人群胃癌风险管理公众指南(2023版)[J].中华医学杂志, 2023, 103(36):2837-2849.
- [4] CAO W, CHEN H D, YU Y W, et al. Changing profiles of cancer burden worldwide and in China: A secondary analysis of the global cancer statistics 2020[J]. Chin Med

- J,2021,134(7):783-791.
- [5] 徐欣怡,许勤.术后疲劳:概念分析[J].护理研究,2019,33(10):1718-1721.
- [6] CHENG Z, JOHAR A, NILSSON M, et al. Cancer-related fatigue after esophageal cancer surgery: Impact of post-operative complications[J]. *Ann Surg Oncol*,2022,29(5):2842-2851.
- [7] MENDY N, MORICEAU J, SACUTO Y, et al. Postoperative fatigue after day surgery: Prevalence and risk factors. A prospective observational study[J]. *Minerva Anesthesiol*,2020,86(12):1269-1276.
- [8] 焦萌,屈娟妮,陈闪闪,等.中医适宜技术在脑卒中后疲劳中应用的研究进展[J].护理研究,2023,37(12):2171-2176.
- [9] 严伟,丁苗苗,宋锦萍.基于扶阳理论探析针灸干预儿童脾肾两虚型特发性矮小症的临床研究[J].南京中医药大学学报,2023,39(6):575-579.
- [10] 李甜,朱晓晴,张晨晨,等.扶阳罐干预背俞功能带对慢性疲劳综合征患者临床疗效及皮质醇影响[J].中医导报,2023,29(5):94-98.
- [11] 中华医学会肿瘤学分会,中华医学会杂志社.中华医学会胃癌临床诊疗指南(2021版)[J].中华医学杂志,2022,102(16):1169-1189.
- [12] OLIVEIRA M, OLIVEIRA G, SOUZA-TALARICO J, et al. Surgical oncology: Evolution of postoperative fatigue and factors related to its severity[J]. *Clin J Oncol Nurs*,2016,20(1):E3-E8.
- [13] 苏洁,陈晨,陈露,等.早期胃癌患者内镜黏膜下剥离术后疲劳预测模型的构建[J].护士进修杂志,2024,39(2):113-118.
- [14] ONO H, YAO K S, FUJISHIRO M, et al. Guidelines for endoscopic submucosal dissection and endoscopic mucosal resection for early gastric cancer (second edition)[J]. *Dig Endosc*,2021,33(1):4-20.
- [15] 李伟,张茜.早期胃癌患者内镜黏膜下剥离术后心理焦虑的影响因素及其护理对策[J].护理实践与研究,2020,17(11):98-100.
- [16] HUANG L, KEHLET H, PETERSEN R H. Functional recovery after discharge in enhanced recovery video-assisted thoracoscopic lobectomy: A pilot prospective cohort study[J]. *Anaesthesia*,2022,77(5):555-561.
- [17] BAHAT G, TUFAN A, TUFAN F, et al. Cut-off points to identify sarcopenia according to European Working Group on Sarcopenia in Older People (EWG-SOP) definition[J]. *Clin Nutr*,2016,35(6):1557-1563.
- [18] 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.
- [19] 李燕,孙磊,赵悦,等.经皮穴位电刺激对腹腔镜胃癌根治术患者术后疲劳的影响[J].国际麻醉学与复苏杂志,2023,44(6):587-593.
- [20] 刘红霞,苏靖雯,刘伟伟,等.围手术期胃癌患者症状群与生活质量的相关性研究[J].中国护理管理,2023,23(5):680-685.
- [21] 邵牛.《景岳全书》虚损学术思想及其方药特色探讨[J].浙江中医药大学学报,2021,45(1):42-45,50.
- [22] 张雪萍,张佳乐,计辰洋,等.“泛督脉”视域下的脏腑疾病诊治思路及临床应用探讨[J].北京中医药大学学报,2023,46(1):100-105.
- [23] 郭文茜,王琦,郭刚,等.基于人体肠道菌群探讨“脾为后天之本”[J].中华中医药杂志,2021,36(9):5165-5168.
- [24] 康宁,王宇立,方志红.基于“诸寒收引,皆属于肾”探讨从肾论治胃癌化疗法后骨髓抑制[J].上海中医药杂志,2023,57(11):17-21.
- [25] QIAO Y Q, ZHENG L, JIA B, et al. Risk factors for surgical-site infections after radical gastrectomy for gastric cancer: A study in China[J]. *Chin Med J*,2020,133(13):1540-1545.
- [26] 黄东晓,何丽芸,李丽.胃癌术后手术部位感染的预测模型构建[J].中国护理管理,2022,22(10):1519-1524.
- [27] CHEN C, CHEN X, CHEN J, et al. Association between preoperative hs-crp/albumin ratio and postoperative sirs in elderly patients: A retrospective observational cohort study[J]. *J Nutr Health Aging*,2022,26(4):352-359.
- [28] 王晓庆,段培蓓,张晓琴,等.中药足浴对胃肠道肿瘤病人术后疲劳及C反应蛋白的影响[J].护理研究,2019,33(4):688-691.
- [29] 陈美仁,郭翔,陈慧敏,等.扶阳罐温推温灸技术治疗失眠脾胃不和证的疗效观察[J].中医导报,2022,28(10):68-70,84.

(收稿日期:2024-07-24 编辑:时格格)