

为性寒味苦,可双向调节患儿的消化道,促进肠道蠕动力和肠肝的循环^[14]。近些年,已经有大量药理学研究证明:王氏保赤丸可消炎、抗菌、清热、解毒,主要治疗脾胃不合、脾胃虚弱,同时也能帮助肠道排出毒素,促进婴儿肠道的消化,增加肠道的吸收,有保护消化道和促进消化的功能,可提高患儿的消化功能和自身的免疫力^[14]。

此次研究结果显示,治疗前,两组患儿的血清胆红素水平比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。两组患儿在治疗后 3 d,血清胆红素数值较治疗前均有明显下降,组间数据对比差异无统计学意义($P>0.05$)。当患儿恢复母乳喂养 3 d 后,两组患儿的血清胆红素数值均较治疗后 3 d 有所上升,但均远低于用药前血清胆红素水平,差异有统计学意义($P<0.05$);提示两种药物在治疗效果、血清胆红素水平下降程度方面,无明显差异,两组患儿对比差异无统计学意义($P>0.05$)。在恢复母乳喂养后,继续给予茵栀黄口服液或王氏保赤丸,患儿血清胆红素并未反弹至给药前血清胆红素水平,可见在恢复母乳喂养后,茵栀黄口服液和王氏保赤丸可有效控制血清胆红素水平。研究结果亦发现,两组患儿应用茵栀黄口服液和王氏保赤丸两种不同药物的治疗有效率无明显差异,效果相当。由此可以证实,茵栀黄口服液和王氏保赤丸在治疗母乳性黄疸疗效上的一致性,表明使用王氏保赤丸治疗母乳性黄疸的有效性。既往临床治疗中,茵栀黄口服液在干预母乳性黄疸的疗效上已得到医生与家长的肯定,但有部分患儿会出现多种消化道不适(如呕吐、腹泻等)、红臀等不良反应。但经本次研究结果显示,观察组患儿经王氏保赤丸治疗后,出现消化道不适(呕吐、腹泻)以及红臀等不良发生率明显少于应用茵栀黄口服液治疗的对照组,临床不良反应小,安全性更高,差异有统计学意义($P<0.05$)。通过分析王氏保赤丸药物成分可知,其中所包含的中药成分比例合适,配伍科学,用量恰当且均衡,也因此更适宜患儿应用。

综上所述,王氏保赤丸对母乳性黄疸的临床治疗效果较为显著,可明显降低患儿的胆红素水平,且不良反应发生率较低,应用简单方便,值得在临床应用。

参考文献

- [1] 王喜成,张春燕,于璐.茵栀黄口服液联合蓝光照射治疗新生儿黄疸的有效性[J].深圳中西医结合杂志,2019,29(8):42-43.
- [2] 廖振宾,朱溪,殷茜.茵栀黄颗粒、微生态制剂联合蓝光治疗早产儿高胆红素血症的疗效观察[J].中医临床研究,2019,11(14):47-49.
- [3] 林艾.茵栀黄颗粒、蓝光照射联合双歧三联活菌胶囊治疗新生儿黄疸的机制研究[J].海南医学院学报,2017,23(3):397-400.
- [4] 李霞,吴嘉婴,周小建.王氏保赤丸联合微生态及锌制剂治疗小儿迁延性腹泻血清及结肠灌液相关指标的影响[J].世界中医药,2017,12(6):1350-1353.
- [5] 王晓燕,倪黎明,雷喜梅.茵栀黄口服液致葡萄糖-6-磷酸脱氢酶缺乏症患儿溶血性黄疸[J].药物不良反应杂志,2019,21(6):443-444.
- [6] 茹建萍.茵栀黄口服液治疗新生儿黄疸的不良反应回顾性研究[J].基层医学论坛,2018,22(28):4035-4036.
- [7] 邵肖梅,叶鸿瑁,丘小汕.实用新生儿学[M].第4版.北京:人民卫生出版社,2011:277.
- [8] 郑玉灿,林谦,夏晨.王氏保赤丸、双歧杆菌三联活菌散和茵栀黄口服液佐治婴儿母乳性黄疸的疗效比较[J].上海医药,2020,41(7):28-29.
- [9] 刘省荣.益生菌联合茵栀黄治疗轻中度新生儿黄疸的疗效及机制[J].基层医学论坛,2014,18(25):3388-3389.
- [10] 唐帷微,吕宗杰,王梓,等.茵栀黄口服液辅助治疗新生儿母乳性黄疸的临床观察[J].中国药房,2015,26(36):5090-5092.
- [11] 王欣煜,徐萍,刘素英.双歧杆菌三联活菌散联合茵栀黄口服液治疗新生儿母乳性黄疸的效果[J].中国继续医学教育,2018,10(32):149-151.
- [12] 姚大洲.茵陈黄颗粒联合思密达治疗新生儿高胆红素血症疗效观察[J].海南医学院学报,2013,19(4):542-544.
- [13] 赵永华,郑烈.茵栀黄颗粒治疗新生儿病理性黄疸的临床观察[J].中医儿科杂志,2013,9(6):35-37.
- [14] 伍思琪.王氏保赤丸治疗儿童功能性消化不良110例疗效观察[J].上海医药,2018,39(13):15-17.

啄治配合中药化痰祛瘀联合穴位贴敷治疗鼾症的疗效分析

李晶晶

(张店区中医院眼耳鼻喉科,山东 淄博,255000)

摘要:目的 分析鼾症患者运用啄治法、中药化痰祛瘀与穴位贴敷联合方案治疗的临床疗效。方法 选取 2018 年 11 月~2020 年 11 月张店区中医院接收的 60 例鼾症患者,运用随机数表法分为观察组和对照组,每组 30 例。对照组患者给予临床常规治疗,观察组则在对照组治疗基础上添加啄治、中药化痰祛瘀与穴位贴敷联合方案治疗,对比两组患者各项指标、炎症因子水平、生活质量、中医证候积分。结果 治疗前,两组患者各项指标、炎症因子水平、生活质量、中医证候积分对比差异无统计学意义($P>0.05$),治疗后,观察组患者的呼吸暂停低通气指数、最低血氧饱和度及氧饱和度指数改善效果更佳,两组各指标结果比较差异有统计学意义($P<0.05$);治疗后观察组患者体内炎症因子水平改善效果与对照组结果比较更佳,差异有统计学意义($P<0.05$),观察组患者最终获得的治疗总有效率高于对照组,用药产生的不良

反应发生率和一年后复发率低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$),观察组患者症状改善显著,生活质量明显提高,差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论 将啄治配合中药化痰祛瘀联合穴位贴敷运用在鼾症患者治疗当中,能够进一步提升临床治疗效果、安全性以及稳定性,可尽早改善患者的临床症状,降低疾病的危害性,提升患者的生活质量。

关键词: 鼾症; 啄治; 中药化痰祛瘀; 穴位贴敷; 疗效分析

中图分类号: R276.105 文献标识码: A 文章编号: 1009-8011(2022)-9-0026-04

临床西医将鼾症称为睡眠呼吸暂停低通气综合征,该病会导致患者出现反复打鼾、呼吸暂停、憋醒、多动不安、多汗、夜尿增多以及睡眠行为异常等症状,严重影响患者的身心健康及生活质量^[1]。临床西医针对此类疾病主要采取饮食控制、抗菌消炎药物治疗、手术治疗和持续气道通气等方法,但治疗后稳定性较差。若病情未得到良好控制,长期存在极易诱发心脑血管疾病,不仅会增加临床治疗难度,甚至会危及患者的生命安全^[2]。中医将其归属于“鼾眠”、“嗜睡”、“鼾症”等范畴,其发病原因主要是由于脾虚失运、痰浊内生所造成的上阻于喉,故有鼾声^[3]。为此,本篇文章在西医治疗基础上添加了啄治、中药化痰祛瘀联合穴位贴敷治疗,并将最终所获得的效果在下文中进行了阐述。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2018 年 11 月 ~ 2020 年 11 月在张店区中医院接受治疗的鼾症患者 60 例,以随机数表法将患者分成观察组与对照组,每组 30 例。对照组男 18 例,女 12 例;年龄 30 ~ 65 岁,平均年龄(47.5 ± 2.2)岁。观察组男 19 例,女 11 例;年龄 30 ~ 66 岁,平均年龄(48.0 ± 2.4)岁。两组患者一般资料比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),具备临床可比性。本文研究内容已经通过张店区中医院医学伦理委员会批准,所有患者均自愿接受本次治疗,并自愿签署知情同意书。

西医诊断标准:依据《2011 年睡眠呼吸暂停综合征》^[4]中的诊治标准,临床体征:①日间嗜睡依据(ESS)评分量表为 ≥ 9 分;同时存在睡眠打鼾、呼吸规律紊乱或呼吸间断性停止。②通过多导睡眠(PSG)监测显示 7 h 睡眠时间内存在呼吸暂停低通气指数 ≥ 5 次。③病情程度标准:轻度 = 低通气指数 ≤ 20 次/h;中度 20 ~ 40 次/h;重度 ≥ 40 次/h。

中医诊断标准:依据《中医病证中鼾证诊疗》^[5]标准,中医辨证确诊为痰湿阻滞型。主要症状为睡眠打鼾和呼吸间断性停止;次要症状主要表现为胸闷气短、日间乏力和嗜睡。舌脉表现为脉缓或滑、舌苔厚腻有瘀点。

1.2 纳入与排除标准

纳入标准:①入组的所有患者通过核实均符合中医和西医诊断标准;②患者临床资料均完整;③患者不存在鼻咽喉部结构异常情况;④患者病情为轻度和中度。

排除标准:①重度鼾症者;②存在严重精神疾病无法配合治疗的患者;③存在中枢性或者复杂性睡眠呼吸障碍者;

④伴有严重焦虑、抑郁症影响睡眠者;⑤对本次使用药物过敏者;⑥伴有严重呼吸系统疾病和脏器疾病者。

1.3 方法

给予对照组患者临床常规治疗,应用 1 mg 布地奈德(生产企业:深圳太太药业有限公司,国药准字 H20203649)进行雾化吸入给药治疗,2 次/d,治疗 1 周;并给予患者口服茶碱缓释片(生产企业:广州白云山光华制药股份有限公司,国药准字 H44020002),口服,0.2 g/次,2 次/d,共连续治疗 30 d。

观察组在上述治疗基础上加用啄治、中药化痰祛瘀与穴位贴敷进行治疗。①啄治法:治疗时患者采取坐位,指导患者张口,运用压舌板按住患者舌体,充分暴露扁桃体。通过手术弯刀在患者的两侧扁桃体上实施雀啄动作,每刀深度控制在 2 ~ 3 mm,啄 4 ~ 5 下/次。间隔治疗 2 ~ 3 d/次,一个疗程为 5 次,共治疗 3 个疗程。②中药化痰祛瘀方:清半夏 12 g,厚朴 10 g,茯苓 12 g,柴胡、黄芩、瓜蒌、紫苏叶、藿香、白芷各 10 g,竹茹、川芎、枳壳、陈皮、桃仁、赤芍、红花、甘草各 6 g,将以上中药以水煎制,1 剂/d,分早晚两次服用,治疗周期均为 30 d。③穴位贴敷:中药组方为生麻黄、辛夷、细辛、半夏、徐长卿与升麻等。将所有中药研制成粉末用鲜姜汁调制成膏状备用。穴位选择大椎穴、双侧穴位(迎香、天突、肺俞、膏肓、脾俞)。治疗时取约 0.5 g 药膏放在专用穴位贴上,贴敷于以上穴位,贴敷 4 ~ 6 h/次,其中迎香穴贴敷 20 min,7 d/次,3 次为一个疗程,共连续治疗两个疗程。

1.4 观察指标

①治疗前后两组患者中医证候积分评定包括困倦乏力、鼾声、睡眠呼吸间断性停止、睡眠时存在气喘与窒息、无法进入深度睡眠、呼吸困难、胸闷气短、频繁觉醒等,10 分为满分,得分越高表明症状越重。②将治疗前与治疗后两组患者的呼吸暂停低通气指数、最低血氧饱和度、氧减饱和度指数、炎症因子水平、治疗期间用药不良反应发生率以及治疗后一年的复发率进行记录对比。药物不良反应包括:恶心、呕吐、头晕、头疼等,计算公式为不良反应发生率 = 出现不良反应例数 / 总例数 $\times 100\%$ 。③记录对比两组患者治疗前与治疗后的生活质量情况,评分方式为张店区中医院自拟调查问卷表,最高分值为 10 分,最终得分越低表示生活质量越差。

1.5 临床治疗效果判定

患者在治疗后临床症状彻底消退,低通气指数降低 50% 以上,中医症状积分减少 70% 为显效;患者在治疗后显效中的各项标准均已得到明显改善为有效;患者通过治疗后各项指标均未达到显效和有效标准为无效。治疗总有效率 = (显效 + 有效)例数 / 总例数 $\times 100\%$ 。

1.6 统计学分析

运用 SPSS 20.0 软件测定本文数据, 计量资料用 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 两组间的比较采用 t 检验; 计数资料用 $[n(\%)]$ 表示, 采用 χ^2 检验; 以 $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者各项指标比较

观察组与对照组患者治疗前的各项指标比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$); 治疗后与对照组比较, 观察组患者的呼吸暂停低通气指数、最低血氧饱和度及氧减饱和度指数改善效果更佳, 两组各指标结果比较差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 1。

2.2 两组患者炎症因子水平改善情况比较

治疗前两组患者体内炎症因子水平差异无统计学意义 ($P > 0.05$); 治疗后, 与对照组比较, 观察组患者体内炎症因子水平改善效果更佳, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 2。

2.3 两组患者最终治疗效果及稳定性比较

观察组患者最终获得的治疗总有效率高于对照组, 用药不良反应发生率和一年后复发率低于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 3。

2.4 两组患者生活质量、中医证候积分比较

治疗前, 两组患者的各项指标差异无统计学意义 ($P > 0.05$); 治疗后, 与对照组比较, 观察组患者症状改善显著, 生活质量明显提高, 生活质量评分高与对照组, 中医证候积分低于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 4。

表 4 两组患者生活质量及中医证候积分比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	呼吸暂停低通气指数		最低血氧饱和度		氧减饱和度指数	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	30	35.30 ± 16.50	23.70 ± 8.50*	78.90 ± 7.40	89.60 ± 9.20*	36.90 ± 8.40	24.60 ± 6.20*
对照组	30	35.20 ± 17.40	28.50 ± 7.20*	79.10 ± 7.50	83.30 ± 8.50*	36.20 ± 9.50	29.30 ± 7.50*
t		0.022	2.360	0.103	2.754	0.302	2.645
P		0.981	0.021	0.917	0.007	0.763	0.010

注: 与同组治疗前比较, * $P < 0.05$ 。

表 2 两组患者炎症因子水平改善情况比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	CRP (mg/L)		IL-6 (μ g/L)		TNF- α (μ g/L)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	30	22.50 ± 2.60	9.50 ± 0.60*	52.60 ± 2.90	36.50 ± 1.40*	38.30 ± 2.50	21.10 ± 1.20*
对照组	30	22.20 ± 2.40	12.70 ± 0.90*	52.80 ± 3.10	48.30 ± 1.70*	38.20 ± 2.40	29.60 ± 1.30*
t		0.464	16.203	0.258	29.347	0.158	26.315
P		0.644	<0.001	0.797	<0.001	0.875	<0.001

注: 与同组治疗前比较, * $P < 0.05$ 。

表 3 两组患者最终治疗效果及稳定性比较

组别	例数	显效	有效	无效	治疗总有效率	不良反应发生率	一年内复发率
观察组	30	20	9	1	29 (96.66)	1 (3.33)	1 (3.33)
对照组	30	14	10	6	24 (80.00)	7 (23.33)	6 (20.00)
χ^2					2.587	3.605	2.587
P					0.107	0.057	0.107

组别	例数	生活质量评分		中医证候积分	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	30	6.20 ± 0.20	9.40 ± 0.60*	8.50 ± 0.60	6.30 ± 0.30*
对照组	30	6.30 ± 0.40	8.30 ± 0.50*	8.60 ± 0.70	7.70 ± 0.50*
t		1.224	7.714	0.594	13.150
P		0.225	<0.001	0.554	<0.001

注: 与同组治疗前比较, * $P < 0.05$ 。

3 讨论

睡眠呼吸暂停低通气综合征是临床呼吸内科一种高发疾病, 且在肥胖的中年男性群体中发病率最高^[6]。原发性打鼾的主要症状为打鼾声音最大强度高于 50 ~ 60 dB, 这说明存在不完全上气道阻塞, 但睡眠过程中无呼吸暂停或觉醒等现象, 血氧饱和度在正常水平, 呼吸紊乱指数 (RDI) ≤ 5 。上气道阻力综合征的患者未见有睡眠停止症状, RDI ≤ 5 , 白天过度嗜睡, Epworth 量表 > 7 ^[7]。睡眠呼吸暂停综合征 (SAS) 是指夜间睡眠 7 h 内, 口鼻气流持续停止超过 10 s, 次数超过 30 次。睡眠障碍, 如原发性打鼾和睡眠呼吸暂停综合征, 不仅影响患者的日常作息, 而且对各种疾病发生有重要影响。其危害不仅包括由于睡眠不足引起的患者情绪低落、免疫力下降, 影响身心健康, 严重时也可成为潜在的致死性疾病, 已逐渐引起人们的关注^[8]。通过雾化吸入进行治疗能够提高气道分泌物排出, 及时缓解患者气道阻力和缺氧症状。而中医对“鼾症”的论述多见于风温痰证及多寐失眠等病症, 主要是由于脾胃虚弱、脾虚失运、中气不足、痰湿内生所造成痰湿搏击于喉间, 故有鼾声, 所以应当以健脾益气、宣肺气通鼻窍、燥

湿化痰及活血散瘀为主要治疗方向^[9]。为此本文在西医治疗基础上添加了啄治、中药化痰祛瘀联合穴位贴敷治疗,并获得了较好的治疗效果^[10]。啄治法为中医传统方法,其具有操作简单及安全性高等优点,治疗过程中通过光源照射、压舌板以及扁桃体弯刀便可完成治疗,通过对双侧扁桃体进行雀啄样动作进行放血治疗,可达到祛瘀生新的目的^[11-12]。中药化痰祛瘀方中半夏、茯苓为君,半夏燥湿化痰;茯苓健脾补肾、利水消肿;黄芩清热燥湿、泻火解毒;瓜蒌燥湿化痰、消痞散结以助君药化痰;当归补血活血;川芎、赤芍清热凉血及活血祛瘀;红花活血散瘀;甘草可补脾肺气及调和诸药^[13]。诸药合理配伍可发挥较好的健脾益气、宣肺气通鼻窍、燥湿化痰及活血散瘀等功效。穴位贴敷是传统中医治疗方式,该方法主要是通过药效与穴位经络相结合,从而达到双重作用。高静^[14]应用针刺合并穴位注射,对 60 例鼾眠患者进行治疗,治疗总有效率为 96.67%,治愈 40 例,有效 18 例。王国力等^[15]研究中,治疗组给予中药穴位贴敷治疗,对照组给予辛芪颗粒治疗,治疗组的总有效率为 76.67%,对照组的总有效率为 63.33%,说明中药穴位贴敷能有效缓解儿童鼾眠的临床症状。

综上所述,对鼾症患者及时采用西医联合啄治、中药化痰祛瘀、穴位贴敷方案进行治疗,可有效提升临床疾病治疗效率和稳定性,尽早改善患者临床症状,减少治疗后复发率,减轻疾病的危害性,提高患者的生活质量。

参考文献

- [1] 梁玲,王文在. 中西医结合治疗脑卒中合并睡眠呼吸暂停综合征临床效果[J]. 世界睡眠医学杂志,2019,6(4):499-500.
- [2] 周雨珊,伍建光. 阻塞性睡眠呼吸暂停综合征的中西医研究进展[J]. 江西中医药,2019,50(10):74-77.

- [3] 范爱欣,庄娜,陆学超. 中医药治疗阻塞性睡眠呼吸暂停综合征研究进展[J]. 亚太传统医药,2019,15(1):181-184.
- [4] 中华医学会呼吸病学分会睡眠呼吸障碍学组. 阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征诊治指南(2011年修订版)[J]. 中华结核和呼吸杂志,2012,35(1):9-12.
- [5] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[M]. 北京:中国医药科技出版社,2012:216.
- [6] 郭建红,郑太萍,燕晓雯,等. 中医辟谷技术治疗难治性睡眠呼吸暂停低通气综合征典型案例及其分析[J]. 中国民间疗法,2020,28(4):31-34.
- [7] 王斌. 基于证-症-方药网络的中医治疗阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征用药规律研究[J]. 世界睡眠医学杂志,2020,7(7):1167-1168.
- [8] 王震,孙理军,冯盟盟,等. 消鼾利气方对阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征痰湿阻滞型患者血浆纤维蛋白原、炎症因子、C反应蛋白及氧化应激的影响[J]. 河北中医,2020,42(6):842-847.
- [9] 包君丽,韩宇博,张可,等. 中药治疗阻塞性睡眠呼吸暂停综合征随机对照试验的meta分析[J]. 海南医学院学报,2020,26(22):1717-1728.
- [10] 张凤英,杨志敏,王世敏,等. 扁桃体啄治法治疗儿童鼾眠的临床效果[J]. 中国医药导报,2019,16(27):114-117.
- [11] 朱悦,张娜,叶开婷,等. 阻塞性睡眠呼吸暂停综合征治疗方法研究进展[J]. 中国全科医学,2020,23(9):1189-1194.
- [12] 司一妹,张海龙,李宣霖,等. 中药治疗阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征疗效与安全性的Meta分析[J]. 世界科学技术:中医药现代化,2020,22(6):2120-2128.
- [13] 李瑞成,田秀芬,陶洁,等. 二陈汤联合耳穴埋揲针治疗痰湿内阻证小儿鼾症临床研究[J]. 光明中医,2021,36(7):1072-1075.
- [14] 高静. 中西医结合治疗儿童鼾症的临床效果分析[J]. 中外医疗,2020,39(35):170-172.
- [15] 王国力,邓虎,席瑞,等. 健脾化痰方联合太极拳治疗痰湿内阻型鼾症临床疗效观察[J]. 世界中西医结合杂志,2020,15(11):2130-2133,2150.

观察化疗联合中药内服配合针灸治疗晚期非小细胞肺癌的疗效

苗雨

(聊城市人民医院针灸科,山东 聊城,252000)

摘要:目的 探究晚期非小细胞肺癌患者采取中医辨证指导下中药内服与针灸外治联用的临床效果。方法 回顾性分析 2020 年 5 月~2021 年 5 月在聊城市人民医院就医的 100 例晚期非小细胞肺癌患者作为本次的研究对象,根据治疗方式的不同分为观察组与对照组,每组 50 例患者。对照组患者采取吉西他滨与顺铂联合化疗配合针灸的治疗方式,观察组在对照组的基础上采取中药内服的治疗方式。比较两组患者的疗效,对患者的生存质量进行评价,比较两组患者的证候积分,体能状况以及不良反应发生情况。**结果** 观察组患者的治疗总有效率为 84.00%,高于对照组患者的 58.00%,差异有统计学意义($P < 0.05$);治疗前,观察组与对照组患者的生理、家庭、情感、功能以及附加情况对比,差异无统计学意义($P > 0.05$),治疗后观察组患者的生理、功能以及附加情况均高于对照组患者,并且高于治疗前,差异有统计学意义($P < 0.05$)。治疗前,观察组与对照组证候积分和体能状况差异没有统计学意义($P > 0.05$);治疗后,两组证候积分和体能状况均高于治疗前,并且观察组患者的证候积分和体能状况高于对照组的患者,差异有统计学意义($P < 0.05$)。观察组患者的不良反应发生率为 10.00%,低于对照组患者的 28.00%,差异有统计学意义($P < 0.05$)。**结论** 对于晚期非小