

中西医结合治疗中重度癌痛 25 例临床观察

王雅茹 张 岚 田鹏娜 宋 磊 南 艳 张向业 张建英

(保定市第三医院中西医结合肿瘤科, 保定, 071000)

摘要 目的:观察中药外用联合口服奥施康定治疗癌痛的临床疗效。方法:将 50 例患者采用区组随机化方法随机分为治疗组(25 例)和对照组(25 例);2 组均按滴定剂量给予奥施康定,治疗组同时用中药药液擦于痛处皮肤,3~5 次/d,3 周为 1 个疗程。观察 2 组止痛效果、奥施康定用量以及 2 组便秘情况。结果:治疗组疼痛控制明显优于对照组($P < 0.025$),奥施康定用量较对照组明显减少($P < 0.005$),对照组便秘发生率高于治疗组($P < 0.05$)。结论:中西医结合控制癌性疼痛,提高疗效,减少便秘的发生。

关键词 癌性疼痛;中西医结合

Observation on Integrated Traditional Chinese and Western Medicine in Treating 25 Cases of Medium and Severe Cancer Induced Pain

Wang Yaru, Zhang Lan, Tian Pengna, Song Lei, Nan Yan, Zhang Xiangye, Zhang Jianying

(Department of Oncology, The Third Hospital of Baoding, Baoding 071000, China)

Abstract Objective: To observe the effects of external application of traditional Chinese medicine combined with oral administration of oxycodone for the treatment of medium and severe cancer - induced pain. **Methods:** Fifty patients with cancer pain were randomly divided into treatment group ($n = 25$) and control group ($n = 25$) by the method of block randomization. Both groups gave patients oxycodone according to the dosage titration, and the treatment group applied traditional Chinese medicine (TCM) solution to the raw skin at the same time, 3 to 5 times a day for 3 weeks. The effect in the two groups, the dosage of oxycodone and constipation condition were observed. **Results:** The pain control of the treatment group was obviously better than that of the control group ($P < 0.05$); the dosage of oxycontin in treatment group was decreased significantly ($P < 0.05$) compared with the control group; the incidence rate of constipation of the control group was higher than that of the treatment group ($P < 0.05$). **Conclusion:** Integrated traditional Chinese and western medicine in controlling cancer - induced pain can increase curative effect and reduce the occurrence of constipation

Key Words Cancer - induced pain; Integrated traditional Chinese and western medicine

中图分类号:R738.1;R73-37;R273 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1673-7202.2014.07.013

癌性疼痛是肿瘤治疗的重要课题之一。据世界卫生组织(WHO)统计,约 1/4 新诊断的恶性肿瘤,1/3 正在接受治疗的患者,以及 3/4 晚期患者合并疼痛^[1-3]。癌性疼痛常给患者造成巨大的肉体和精神痛苦,严重影响着患者的生存质量。如何合理治疗癌痛,选择恰当有效的方式,是每个医师必须考虑的问题。癌性疼痛目前处理以美国国立综合癌症网络(NCCN)成人癌痛指南为指导思想,多学科协作,使大部分癌痛患者得到有效控制,但仍有一部分患者仍然因各种原因忍受疼痛的痛苦。

我科为中西医结合肿瘤科,科室以控制癌症临床症状,尤其癌痛为特色,临床用药以 WHO 三阶梯止痛方案,结合中药酊剂湿敷方法,使癌痛控制率达 92%,并且大大降低了或停止患者对麻醉性镇痛药物的需求,同时减轻了阿片药所致不良反应。笔者近年来用中药酊剂结合三阶梯止痛药治疗 50 例患者,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料 本组病例均为我院住院患者,经细胞学或病理学、CT 或 MRI 确诊的中晚期癌症患者,均具有肯定的癌性疼痛。将患者采用区组随机化方法随机分组,分为治疗组 25 例和对照组 25 例。治疗组中男性 15 例,女性 10 例;年龄 42~83 岁,中位年龄 63 岁;肺癌 12 例,乳腺癌 6 例,消化道癌 4 例,其他 3 例。疼痛评分按照 NCCN 指南 NRS 评分标准,中度疼痛 15 例,重度疼痛 10 例;对照组男性 13 例,女性 12 例;年龄 39~82 岁,中位年龄 61 岁;肺癌各 14 例,乳腺癌 5 例,消化道癌 4 例,其他 2 例,中度疼痛 17 例,重度疼痛 8 例。2 组患者性别、年龄以及治疗前疼痛程度均无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 方法

1.2.1 中药制剂方法 取大黄 30 g,黄连 30 g,黄柏 30 g,三七 10 g,苏木 20 g,细辛 20 g,冰片 10 g 马钱子(生)10 g,白屈菜 20 g,血竭 1.5 g。上药捣碎后放入

75% 乙醇 1 000 mL 内,密封浸泡 2 周后备用。

1.2.2 治疗方法 2 组患者均根据 NCCN 指南癌痛滴定方法,依量给予奥施康定,治疗组在此基础上加用外治中药,为预防便秘 2 组均按照科内制定的中西医结合临床护理路径表执行。使用方法:以棉球或纱布蘸取药液擦于痛处皮肤,用药面积大于疼痛部位周边 2~3 cm,4~6 h/d 更换,必要时可增加用药次数,见效后可连续应用,无剂量限制,连用 3 次无效者可停止使用。注意事项:避免皮肤破溃处外用,避免在肿瘤可能破溃处用药;一旦发生皮肤过敏,出现红肿、皮肤痒疹、水疱等,立即停药,并做对症处理。2 组均 3 周为 1 个疗程。

1.2.3 观察指标 观察 2 组患者治疗疗程结束时癌痛控制率、奥施康定用量调整情况、便秘情况、并观察治疗组药物起效时间及局部皮肤的不良反应。

1.2.4 疗效标准 完全缓解(CR):治疗后完全无痛,NRS 法疼痛减少 8 分以上;部分缓解(PR):疼痛较给药前明显减轻,睡眠基本不受影响,能正常生活,NRS 疼痛减少 5~7 分;轻度缓解(MR):疼痛较给药前减轻,但仍感明显疼痛,睡眠仍受影响,NRS 法疼痛减少 3~4 分;无效(NP):与治疗前比较无减轻,NRS 法疼痛减少在 2 分以下。疼痛控制率(CR + PR)。

1.2.5 统计学方法 计数资料采用 χ^2 检验,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

治疗组癌痛控制率优于对照组($P < 0.025$)(表 1);奥施康定增加比例治疗组远低于对照组($P < 0.005$)(表 2)。治疗前后便秘发生率比较,治疗组便秘发生率少于对照组 $P < 0.05$ (表 3)。治疗组中药起效时间一般在用药后 3~1 h,疼痛缓解时间为 3~8 h。极个别患者用药后局部出现潮红,未见其他明显不良反应。

表 1 2 组治疗前后疼痛控制率比较

组别	例数	疼痛控制率	疼痛未控制率
治疗组	25	23(92%)	2(8%)
对照组	25	16(64%)	9(36%)
合计	50	39	11

注: $\chi^2 = 5.71, P < 0.025$ 。

表 2 奥施康定用量调整比较

组别	例数	不变或减少	增加(%)
治疗组	25	16(64%)	9(36%)
对照组	25	6(24%)	19(76%)
合计	50	22	28

注: $\chi^2 = 8.11, P < 0.005$ 。

表 3 2 组治疗前后便秘情况

组别	例数	便秘发生率(%)	未发生便秘(%)
治疗组	25	5(20%)	20(80%)
对照组	25	12(48%)	13(52%)
合计	50	17	33

注: $\chi^2 = 4.12, P < 0.05$ 。

3 讨论

传统三阶梯止痛,疼痛控制率 70%~80%,中重度疼痛需用阿片类药,但是增加阿片的剂量,不良反应增加,尤其在便秘方面。因此,有必要探索中西医结合方法治疗中重度癌痛。本研究中,我们以常用的奥施康定作为对照组,治疗组用奥施康定联合中药湿敷。结果显示,治疗组疼痛控制优于对照组,奥施康定使用量增加比例远低于对照组。2 组便秘发生率比较,治疗组少于对照组。中西医结合治疗癌痛,无论从治疗的疗效,还是不良反应方面均显示了其独特的优势^[4-5]。中药外用,经皮肤或黏膜表面吸收后,药力直达病所,止痛迅速有效,使用安全,不良反应小^[7]。现代研究表明,中药外治止痛机制是药物通过皮肤吸收渗透至肿瘤表面血管改善肿瘤组织中的微循环,溶解和破坏肿瘤组织周围及瘤内纤维蛋白凝聚,缓冲肿瘤对患者痛觉神经化学性刺激或物理性压迫,使刺激的信息减弱,缓解疼痛。目前,临床上常用的外用剂型有膏剂、散剂、酊剂等。高红芳^[5]等观察中药外用联合硫酸吗啡缓释片(美施康定)治疗转移性骨肿瘤癌痛的临床疗效,结果显示中西医结合有效提高止痛效果,减少了吗啡使用量。吴英^[8]自拟镇痛散,治疗癌痛 30 例,结果全部有效。方继立^[9]采用加减如意金黄散湿敷,治疗原发性肝癌疼痛 50 例,结果显效 38 例,有效 11 例,无效 1 例。黄伙文^[10]自配止痛消瘤,临床治疗各种癌性疼痛 25 例,贴药后 2 h 的镇痛总有效率为 88%,2 级以上疼痛缓解为 44%。李智^[11]以马钱子、蝎子、蜈蚣、苏木、乳香、没香、麝香、冰片为主药,以松节油调膏,制成神效止痛膏,治疗肝癌疼痛 68 例,显效 41 例,好转 19 例,无效 9 例。近年来中药外用治疗癌痛方面也多有报道^[12-14],疗效肯定。本方中大黄、黄连、黄柏,清热、解毒、止痛;细辛,行气开郁;三七、苏木,活血祛瘀,消肿定痛;血竭,拔毒、散火;冰片,行气以助诸药透皮吸收;白屈菜镇痛,抗肿瘤,马钱子具有通络止痛,散结消肿之功。以酒为媒既可通透肌肤,更能活血化瘀。本法简单、方便、安全、有效、经济,符合中医理论,联合阿片类药物,使中重度癌痛控制率大大提高,降低了阿片的使用量,减轻了便秘的不良反应,值得临床推广。

(下接第 882 页)

疗 2 个疗程后总有效率达到 85.39%^[6]。本研究结果显示服用西替利嗪治疗 2 个疗程后,总有效率达到 76.67%,鼻塞、鼻痒、喷嚏和流涕症状评分及体征和症状体征总评分较治疗前均显著降低,这表明西替利嗪对 AR 确实有效,能显著缓解 AR 临床症状,研究结果与闫锡联等一致。然而有研究表明 AR 发作时间较长,西替利嗪虽可暂时控制或减轻发作,但很难从根本上消除变态反应,达到彻底治疗的目的。此外,长期服用西替利嗪易出现不良反应,近年来利用中药治疗成为 AR 治疗方法研究的热点^[6]。

AR 属于中医学“鼻鼽”范畴,中医认为脾、肺、肾虚损,正气不足,腠理疏松,卫外不固,风邪或寒邪、邪气侵袭,使寒邪郁结皮毛,阳气无从泄越导致 AR 的主要原因。玉屏风散扶正祛邪,是益气固本之经典方,临床常用于治疗过敏性鼻炎。其主要成分为黄芪、白术及防风等。现代药理学表明,黄芪、白术具有抗变态反应作用,可抑制 IgE 的产生,增强人体免疫功能;防风、甘草具有抗组胺及抗变态反应作用;白芷具有抗菌作用。中医学认为,玉屏风散黄芪益气固表,白术健脾益气,助黄芪以加强益气固表之力,二者合用气旺表实,邪不易内侵共为君药;更配防风走表散风并御邪,且黄芪得防风固表而不留邪,防风得黄芪祛邪而不伤正,以达固表御邪之功;玉屏风散加味,配伍辛夷、苍耳子、白芷、细辛散寒通窍,橘络化痰止咳,黄芩清肺热,甘草调和诸药,共奏益气固表、扶正祛邪之功^[4]。董华^[7]利用玉屏风散加味联合西替利嗪治疗 AR,结果发现其有效率显著高于单用西替利嗪,且不良反应较少。杨花荣^[4]以玉屏风散为主要成分联合西替利嗪

治疗 AR,结果发现其疗效和症状体征的积分显著优于西替利嗪,且不良反应率和复发率均低于后者。本研究中发现观察组治疗 1 个疗程和 2 个疗程后总有效率显著高于对照组;鼻塞、鼻痒、喷嚏和流涕症状消失的时间显著早于对照组;症状体征总积分、总不良反应率和复发率低于对照组。这与董华和杨花荣研究结果一致。

综合上述我们认为西替利嗪基础上联合玉屏风散治疗过敏性鼻炎,起效快,效果好,不良反应少,临床疗效确切。

参考文献

- [1] 张媛,刘承耀,段甦,等.过敏性鼻炎皮肤点刺试验阳性界值对血清特异性 IgE 诊断价值的影响[J].首都医科大学学报,2011,32(6):717-720.
- [2] 栗粟,苏鑫.玉屏风散中单味药不同对比过敏性鼻炎模型血清 IgE 及血浆组胺的影响[J].长春中医药大学学报,2012,28(3):388-389.
- [3] 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志编辑委员会,中华医学会耳鼻咽喉科分会.变应性鼻炎的诊治原则和推荐方案[S].中华耳鼻咽喉科杂志,2009,44(12):977-978.
- [4] 杨花荣.补中益气汤加味治疗变应性鼻炎 23 例的疗效观察[J].国际中医中药杂志,2011,33(12):1074-1076.
- [5] Mullol J, Valero A, Alobid I, et al. Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma update. The perspective from Spain[J]. J Invest Allergol Clin Immunol, 2011, 18(5):327-334.
- [6] 闫锡联.玉屏风散加味治疗变应性鼻炎 115 例临床观察[J].北京中医药大学学报,2011,34(5):358-360.
- [7] 董华.玉屏风散加味联合西替利嗪治疗过敏性鼻炎 32 例[J].现代中西医结合杂志,2012,21(9):984-985.

(2013-08-15 收稿 责任编辑:曹柏)

(上接第 879 页)

参考文献

- [1] Cohen MZ, Easley MK, Ellis C, et al. Cancer pain management and the JCAHO's pain standards. An institutional challenge[J]. J Pain Symptom Manage, 2003, 25:519-527.
- [2] Goudas LC, Bloch R, Gialeli - Goudas M, et al. The epidemiology of cancer pain[J]. Cancer invest, 2005, 23:182-190.
- [3] Svendsen KB, Andersen S, Arnason S, et al. Breakthrough pain in malignant and non-malignant disease: a review of prevalence, characteristics and mechanisms[J]. Eur J Pain, 2005, 9:195-206.
- [4] 李自强.中药内服外敷联合吗啡控释片治疗癌性疼痛 38 例[J].河南中医, 2012, 32(8):1011-1013.
- [5] 周之毅,刘慧,尤圣富,等.中医综合三阶梯法治疗癌性疼痛 30 例临床观察[J].中医杂志, 2010, 51(10):890-894.
- [6] 苗明三,郭艳,张瑜,等.中药外治理论、外用功效及存在问题[J].河南中医学院学报, 2004, 19(6):13-15.
- [7] 高红芳,侯安继,张红卫,等.中药外用联合硫酸吗啡缓释片治疗转移性骨肿瘤癌痛疗效观察[J].上海中医药杂志, 2008, 42(10):27-29.
- [8] 吴英.外用镇痛散治疗癌痛 30 例[J].中国中西医结合杂志, 1993, 13(12):752-752.
- [9] 方继立,方松韵.加减如意金黄散外敷治疗原发性肝癌疼痛 50 例[J].中国中西医结合杂志, 1993, 13(12):752-753.
- [10] 黄秋文,张蓓.止痛消癌膏对癌性疼痛的疗效观察[J].实用中医内科杂志, 1994, 8(4):35-35.
- [11] 李智,李茂林,路志正,等.神效止痛膏治疗肝癌疼痛 68 例[J].天津中医, 1994(1):76-76.
- [12] 杜欣颖,侯炜,王苏.癌性疼痛中医外治法研究进展[J].世界中医药, 2011, 6(6):541-543.
- [13] 郝淑兰,刘丽坤,王晔星,等.癌性镇痛膏外敷治疗癌性疼痛 31 例临床观察[J].山西中医, 2013, 29(10):39-40.
- [14] 鲍艳举,花宝金,侯炜,等.消癌止痛外用方治疗癌性疼痛的临床作用特点分析[J].北京中医药, 2010, 29(2):112-115.

(2013-12-13 收稿 责任编辑:曹柏)