

· 临床报道 ·

辛香溶剂调和中药敷脐改善恶性肠梗阻 37 例

陈宏 焦蕴岚 朱晓丹 李泉旺 胡凯文

【摘要】 目的 观察辛香溶剂调和中药穴位敷脐改善恶性肠梗阻患者的临床疗效。**方法** 将 80 例恶性肠梗阻住院患者按随机数字表法分为治疗组和对照组,两组均给予基础治疗同时,治疗组采用辛香溶剂调和中药贴敷,对照组以普通溶剂调和中药贴敷,7 天为 1 个疗程,治疗 1~2 个疗程,以梗阻症状评分(恶心呕吐、腹胀、腹痛、排便等)为观察指标,比较不同溶剂调和的中药敷贴敷脐治疗对恶性肠梗阻的临床疗效。**结果** 治疗组梗阻症状改善总有效率 81.1%,对照组总有效率 58.3%,两组差异显著($P<0.05$)。在梗阻症状中,腹胀症状改善最为明显,具有统计学意义($P<0.05$)。而恶心呕吐、腹痛及排气排便等症状,治疗组和对照组在治疗前后评分虽均有所增加,但两组之间没有统计学差异($P>0.05$)。**结论** 在中药敷脐法治疗恶性肠梗阻时,调和溶剂加入辛香走窜之品,可使药物更好的发挥作用,缓解患者梗阻症状,改善患者生活质量。

【关键词】 辛香溶剂; 恶性肠梗阻; 中药敷脐疗法

【中图分类号】 R574.2 **【文献标识码】** A doi:10.3969/j.issn.1674-1749.2015.10.036

恶性肠梗阻(malignant bowel obstruction, MBO)是指由原发或继发恶性肿瘤造成的肠道梗阻,是晚期肿瘤患者常见的并发症^[1]。多见于消化道、妇科、泌尿系肿瘤及腹盆腔转移瘤的患者,且好发于疾病中晚期,及年老体弱者,往往失去手术机会,临床治疗难度增高,严重影响患者生活质量^[2]。近年来,中医药治疗、尤其是中西医结合治疗恶性肠梗阻研究较多,取得一定疗效,尤其是缓解梗阻症状,减轻患者痛苦方面,具有很好的临床价值^[1,3-4]。在中西医结合治疗基础上,中药穴位贴敷因其作用直接、简单方便、力专效宏,成为治疗恶性肠梗阻的重要方式之一。中药外治,以性味著长,长期临床实践发现,用辛香走窜药味作溶剂,治疗恶性肠梗阻,可助药力更好透皮吸收,提高穴位贴敷疗效,缓解恶性肠梗阻症状,改善胃肠功能状态。本研究采用辛香溶剂与一般溶剂对照,观察辛香溶剂调和中药穴位敷脐改善恶性肠梗阻患者的疗效。

1 对象与方法

1.1 对象

2011 年 10 月至 2013 年 3 月北京中医药大学东方医院肿瘤科住院的 MBO 患者 80 例,按随机数字表法随机分为对

照组和治疗组。研究结束后,有 73 例患者顺利完成实验,治疗组 37 例,对照组 36 例。共 7 例病例脱落,对照组 4 例,治疗组 3 例,其中对照组 1 例因中药贴敷局部皮肤过敏无法耐受,其余 6 例均为其他疾病加重而退出。治疗组 37 例患者年龄分布为(62.59±13.16)岁,最大为 88 岁,最小为 34 岁;对照组 36 例患者年龄分布为(58.67±15.97)岁,最大为 87 岁,最小为 31 岁。发病年龄偏高,经统计学分析,两组年龄分布无明显差异($P>0.05$)。性别构成方面,治疗组男性 16 例,女性 21 例,对照组男性 17 例,女性 19 例。男女性别差异无统计学意义($P>0.05$)。病种主要集中在消化道肿瘤及妇科肿瘤,两组的病种分布无明显差异($P>0.05$)。因此,两组临床资料比较,差异无统计学意义,基线齐平,具有可比性。

1.2 纳入标准

参考中国抗癌协会癌症康复与姑息治疗专业委员会颁布的 2007 版《晚期癌症患者合并肠梗阻治疗的专家共识》^[5],制定纳入标准:符合恶性肠梗阻诊断:(1)标准恶性肿瘤病史,经临床、细胞学、病理学和/或影像学确诊恶性肿瘤患者;(2)既往未行腹部手术、放疗或腹腔内灌注药物治疗;(3)间歇性腹痛、腹胀、恶心、呕吐等症状,无排气、排便;腹部体检可见肠型、腹部压痛、肠鸣音亢进或消失;(4)腹部 CT 或 X 线腹部平片可见肠腔明显扩张和多个液平面;(5)无严重痔疮患者;(6)各种原因不能耐受手术或不愿接受手术,而采取保守治疗者。

1.3 方法

对照组采用基础治疗结合普通溶剂调和贴敷中药治疗;治疗组采用基础治疗结合辛香溶剂调和贴敷中药治疗。

1.3.1 基础治疗 (1)现代医学:给予禁食,胃肠减压,使

基金项目:北京中医药大学中西医结合治疗肿瘤协同创新中心(2013-XRCX-05)

作者单位:100078 北京中医药大学东方医院肿瘤科(陈宏、朱晓丹、李泉旺、胡凯文),护理部(焦蕴岚)

作者简介:陈宏(1982-),女,本科,主管护师。研究方向:中西医结合肿瘤护理学。E-mail:chenhong9786@sina.com

通讯作者:胡凯文(1964-),博士,主任医师,博士生导师。研究方向:中西医结合肿瘤学。E-mail:kaiwenh@163.com

用抗生素控制肠道感染,补液,生长抑素及其类似物,纠正电解质紊乱、酸碱平衡失调、静脉营养支持等;(2)中医:大承气汤加减进行中药保留灌肠。方药组成:生大黄 10 g、芒硝 9 g、枳实 12 g、厚朴 15 g。加减:腹痛甚者加芍药 10 g、甘草 10 g、延胡索 10 g;胀气甚者加枳壳 10 g、木香 10 g;恶心、呕吐甚者加旋覆花 10 g、代赭石 30 g;发热者加青蒿 10 g、黄芩 10 g;放射性肠道损伤辨证加用红花 10 g、赤芍 10 g、生蒲黄 10 g、五灵脂 10 g 等活血行气止痛;根据肿瘤类别选用白花蛇舌草 10 g、半枝莲 10 g、蚤休 10 g、败酱草 10 g、土茯苓 10 g 等解毒抗癌。

1.3.2 穴位贴敷治疗 中药贴敷协定方(基础方):大黄 10 g、枳实 6 g、厚朴 10 g、甘草 10 g、白芍 50 g、生半夏 12 g、茯苓 30 g、沉香 30 g、丁香 10 g、冰片 6 g。对照组使用普通溶剂(米醋 10 mL/10 g,加蜂蜜 10 mL/10 g、植物油 5 mL/10 g)调和敷贴。治疗组使用辛香溶剂(米醋 10 mL/10 g,加蜂蜜 10 mL/10 g、黄酒 10 mL/10 g、芥末油 1 mL/10 g、鲜姜汁 2 mL/10 g)调和敷贴。

使用方法:将中药粉碎,装袋密封备用,临用时取 1 份,使用溶剂调成糊状,摊于纱布上用无纺布贴于神阙穴。

用法用量:贴敷时间一般为每天上午,夏季 4~6 小时,冬季 6~8 小时,每天 1 次。7 天为 1 个疗程,治疗 1~2 个疗程。

1.3.3 贴敷护理 贴敷前询问患者有无中药及敷料过敏史,向患者讲解贴敷注意事项,取得患者配合。敷药前,用温水清洁贴敷部位,去除污迹、汗液。贴敷时将药物用敷料固定,密切观察患者的反应。贴敷后观察、预防并发症,如患者无法忍受,可立即取下药物,切勿用力拉扯,温水擦拭局部皮肤,对症处理皮疹、水泡、疼痛、过敏、感染等并发症。

1.4 观察指标及评价标准

采用梗阻症状等级评分法^[6-7],观察梗阻症状恶心呕吐、腹胀、腹痛、排便排气的变化,分成 5 个等级记分(见表

1),观察治疗前后症状改善情况。显效:梗阻症状完全缓解,恢复正常的排气排便,或治疗后评分增加≥8 分。有效:梗阻症状部分缓解,时有排气和排便,或治疗后评分增加在 4~8 分之间。无效:梗阻症状未缓解,无排气或有少量排气,无排便,或治疗后评分增加<4 分^[8]。

1.5 统计学处理

采用 SPSS 17.0 软件包进行统计学分析。计量资料用平均值±标准差($\bar{x}\pm s$)表示,采用非参数检验中的 Wilcoxon 秩和检验;计数资料采用 χ^2 检验。以上检验水准均为双侧检验, $\alpha=0.05$ 。

2 结果

2.1 两组患者梗阻改善总有效率比较

顺利完成本研究患者共 73 例,经治疗后,根据症状评分增加程度,两组患者有效率比较采用 χ^2 检验, $P<0.05$,差异有统计学意义,治疗组梗阻症状总有效率较对照组高,见表 2。

表 2 两组梗阻症状总有效率比较

| 组别 | 例数 | 显效 | 有效 | 无效 | 总有效率 |
|-----|----|----|----|----|--------------------|
| 治疗组 | 37 | 7 | 23 | 7 | 81.1% ^a |
| 对照组 | 36 | 3 | 18 | 15 | 58.3% |

注:与对照组治疗后相比,^a $P=0.026(P<0.05)$

2.2 两组患者治疗前后梗阻症状评分比较

疗程结束,治疗组和对照组梗阻症状总分及恶心呕吐、腹胀、腹痛、排气排便评分均有改善,经 Wilcoxon 秩和检验, $P<0.05$,差异有统计学意义。治疗组治疗后梗阻症状总分及恶心呕吐、腹胀、排气排便评分均高于对照组治疗后,经 Wilcoxon 秩和检验, $P>0.05$,差异没有统计学意义。而两组治疗后腹胀评分比较,有统计学差异 $P<0.05$,见表 3。

表 1 梗阻症状评分表

| 症状 | 5 分 | 4 分 | 3 分 | 2 分 | 1 分 |
|------|-------|--------|----------|-----------|----------|
| 恶心呕吐 | 无恶心呕吐 | 恶心无呕吐 | 一过性呕吐 | 频繁呕吐 | 顽固性呕吐 |
| 腹胀 | 无腹胀 | 轻微腹胀 | 明显腹胀 | 腹胀药物处理有效 | 腹胀药物处理较差 |
| 腹痛 | 无腹痛 | 轻微腹痛 | 明显腹痛 | 腹痛需间断服药 | 腹痛剧烈持续服药 |
| 排便排气 | 正常 | 自主排气排便 | 无自主灌肠后可排 | 无自主灌肠后少量排 | 无排气排便 |

表 3 治疗组与对照组治疗前后梗阻症状评分比较($\bar{x}\pm s$)

| 组别 | 梗阻症状总分 | 恶心呕吐 | 腹胀 | 腹痛 | 排气排便 |
|-----|------------|-----------|------------------------|-----------|-----------|
| 治疗组 | | | | | |
| 治疗前 | 11.81±1.85 | 3.24±0.83 | 3.32±0.71 | 3.27±0.65 | 1.97±0.73 |
| 治疗后 | 17.11±2.17 | 4.46±0.73 | 4.51±0.61 ^a | 4.35±0.72 | 3.78±0.92 |
| 对照组 | | | | | |
| 治疗前 | 11.67±1.67 | 3.17±0.81 | 3.22±0.59 | 3.03±0.61 | 2.25±0.87 |
| 治疗后 | 16.22±2.60 | 4.36±0.83 | 4.08±0.65 | 4.06±0.83 | 3.72±0.97 |

注:两组治疗后腹胀评分比较, $P=0.029(P<0.05)$

3 讨论

恶性肠梗阻属于传统中医学“腹痛”“肠结”等范畴,因脏腑气机运行不畅、痰瘀毒邪阻滞、肠道壅塞不通所致^[9]。临床上,中医药治疗的主要目的是调理气机、通下散结、除湿化痰解毒。在西医治疗基础上,加用中药灌肠、外敷,使气机通利,壅滞得消,能够缓解梗阻症状,减轻患者痛苦。尤其是穴位贴敷,在不增加肠胃负担的情况下,发挥中药外治优势。穴位贴敷法是“内病外治”的具体应用,通过药力作用于局部腧穴以达到调理整条经脉及全身气血的作用。《医学源流论》:“使药性从皮肤入腠理,通经贯络,较之服药尤有力,此致妙之法也。”^[10]本研究中的敷脐中药,即属于中药穴位贴敷疗法,透皮给药,应用适当溶剂调和贴敷药物,促进药物吸收,将有助于提高临床疗效。《内经》指出,辛可“通气也”。清代医家叶天士曰“络以辛为泄,攻坚垒,佐以辛香,是络病大旨”“辛香可入络通血”,能开结行瘀,同时能制约其他入血行津中药壅滞呆腻之特点。辛香走窜引诸药入络,透邪外达^[11]。因此,选用性味辛香的溶剂,能走窜各处、善循经络而行,可理气活血、破瘀化浊止痛,又可助其他药物吸收扩散,是中医外治恶性肠梗阻创新和不可缺少的组成部分^[12]。

本研究通过应用辛香溶剂与起润滑、赋形作用的普通溶剂作对比,综合评价恶心呕吐、腹胀腹痛、排气排便等典型肠梗阻症状,证实辛香溶剂调和中药敷脐较普通溶剂,在缓解梗阻症状上更为有效。同时,通过对不同症状评分的分析发现,腹胀改善最显著。辛香药味善走窜,行气通经,散结化浊,对于气机壅塞不畅的腹胀表现最为有效。且“阳化气,阴成形”,辛味药多为温性,本研究中加用的芥末、鲜姜、黄酒等,具温热之性,又可助阳化气,辛温而通壅滞,解梗阻,使腹内气机通畅,升降出入趋于平衡,梗阻症状改善,患者生活质量提高。因此,采用辛香溶剂调和中药,对临床疗效具有促进作用。

中药穴位贴敷在恶性肿瘤中的应用愈来愈广泛,如何更好地提高外治疗效,除在辨证论治、中药配伍方面精益求精

外,还需注意调和溶剂也是提高疗效不可或缺的重要部位,恰当应用调和溶剂,可以更好地提高中药外治疗效,改善患者生活质量,充分体现中医治疗特色,促进中医外治的研究与推广。

参 考 文 献

[1] 杨威,孙旗策,许晓峰,等. 中西医结合治疗恶性肠梗阻 67 例[J]. 浙江中西医结合杂志,2014,24(4):349-350.

[2] KrouseRS. Surgical palliation of bowel obstruction [J]. Gastroenterol Clin N Am,2006,35:143-151.

[3] 左明焕,李泉旺,孙韬,等. 中药灌肠治疗癌性肠梗阻 76 例临床观察[J]. 中华中医药杂志,2007,22(9):654-655.

[4] 姜敏,左明焕,刘传波,等. 中药观察治疗恶性肠梗阻 106 例临床观察[J]. 辽宁中医杂志,2009,36(10):1729-1730.

[5] 于世英,王杰军,王金万,等. 晚期癌症患者合并肠梗阻治疗的专家共识[J]. 中华肿瘤杂志[J]. 2007,29(8):637-640.

[6] 朱翔,方明治,吴焰林,等. 中药治疗胃癌伴发不全性肠梗阻疗效观察[J]. 辽宁中医杂志,2004,31(12):1011-1012.

[7] 杨金坤,沈克平,赵海磊. 中药导管滴入法治疗 56 例梗阻性消化道恶性肿瘤[J]. 上海中医药杂志,2001,35(6):15-16.

[8] 周浩,郑坚,沈克平. 辨证应用中药导管滴入结合化疗治疗癌性不完全性肠梗阻临床研究[J]. 上海中医药杂志,2008,42(6):37-39.

[9] 左明焕,胡凯文,姜敏,等. 腹部肿瘤所致肠梗阻的诊断及非手术治疗[J]. 北京中医药大学学报(中医临床版),2007,14(4):40-43.

[10] 胡凯文,李泉旺,梁桢桢. 中医外治法在肿瘤治疗中的地位和作用[C]//第三届国际中医、中西医结合肿瘤学术交流大会暨第十二届全国中西医结合肿瘤学术大会,2011:506-512.

[11] 王振国. 久病入络,宿邪缓攻-叶桂“久病入络”说与虫类药应用特色[J]. 中医杂志,1995,36(3):138-139.

[12] 胡凯文,卫月,安超. 芳香中药在疾病外治中的应用[J]. 中华中医药杂志,2010,25(3):337-339.

(收稿日期:2014-11-21)

(本文编辑:董历华)

· 启事 ·

本刊“综述”栏目征稿

《环球中医药》杂志一贯重视综述文章,辟有“综述”栏目。综述是作者通过广泛的查阅文献吸收经验、教训,为自己的课题研究进行充分的准备的过程。可以帮助读者较短时间内了解掌握相关研究课题的研究现状、争论焦点、已解决和尚未解决的问题、前景展望,寻找科研课题的研究线索。

本刊“综述”栏目文章格式要求:(1)须有中、英文摘要;(2)正文不少于4000 汉字;(3)近5 年文献不少于65%;(4)须综中有述,有作者的见解和评议;(5)可以有西医内容,但主体必须是中医药相关研究。

海外学者十分看重综述的写作,本刊既欢迎某领域有一定造诣的专家撰写述评、综述,同样欢迎年轻学子把课题开题资料认真整理,写作综述投稿。对于观点新颖、写作优秀的综述,本刊会先于其他栏目文章,优先安排刊期。