

逐水散穴位贴敷合艾灸 治疗癌性胸腹水50例临床观察

崔娜妮

(湖南省益阳市第一中医医院, 湖南 益阳, 413000)

[摘要] 目的:观察逐水散穴位贴敷合艾灸治疗癌性胸腹水的有效性与不良反应。方法:将150例癌性胸腹水患者随机分为治疗组、对照1组、对照2组,每组各50例。对照1组采用西医常规治疗,对照2组在对照1组治疗基础上加用逐水散贴敷治疗,治疗组在对照2组治疗基础上加用艾灸治疗。观察3组患者治疗前后胸腹水疗效、生活质量疗效、肿瘤进展情况、生活质量疗效及不良反应。结果:胸腹水疗效方面治疗组、对照2组和对照1组的缓解率(CR+PR)分别为44.90%、20.00%和8.16%,总有效率分别为(CR+PR+SD)为81.63%、80.00%、48.98%,3组组间比较,差异均有统计学意义($P < 0.05$);治疗组、对照2组均较对照1组更能改善患者生活质量,差异均有统计学意义($P < 0.05$);治疗组与对照2组在改善患者生活质量方面比较差异无统计学意义($P > 0.05$);3组肿瘤进展情况、生活质量疗效组间比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$)。结论:逐水散穴位贴敷合艾灸治疗对减少胸腹水、改善生活质量、提高生活质量、阻止病情进展等方面,疗效显著,安全性较好,值得临床推广应用。

[关键词] 癌性胸腹水;穴位贴敷;逐水散;艾灸

[中图分类号] R273.06 **[文献标识码]** A **DOI:** 10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2019.10.029

癌性胸腹水在诸多的晚期肿瘤中均可出现,常提示肿瘤已有转移,病情已发展到相当严重的程度,是肿瘤临床上常见而且比较棘手的并发症之一。目前,对癌性胸腹水的传统治疗方法虽多,但疗效不一,且容易反复。以中药外敷治疗胸腹水文献早有记载,然中医外治联合艾灸治疗恶性胸腹水的临床治疗,迄今少有报告。笔者采用逐水散穴位贴敷联合艾灸治疗恶性胸腹水50例,疗效满意,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选取2016年3月至2018年3月我院肿瘤科住院患者150例。按就诊先后和自愿原则随机分为治疗组、对照1组和对照2组,每组各50例。治疗组中,男29例,女21例;平均年龄59.32岁。对照1组中,男38例,女12例;平均年龄63.80岁。对照2组中,男35例,女15例;平均年龄60.56岁。3组一般资料比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准 病理学诊断为恶性肿瘤,B超证实存在胸腔积液,且胸腔积液经实验室检验证实为癌性积液。

1.3 纳入标准 1)符合恶性胸腹水诊断标准,以组织细胞学检查为依据,Karnofsky(KPS)评分^[1] ≥ 30 分;2)经B超证实有大量胸/腹水;3)过去未经

治疗或已停全身或局部治疗超过1个月以上;4)无明显皮肤过敏等禁忌证;5)自愿参加临床观察,并签署知情同意书。

1.4 排除标准 1)过敏体质或对多种药物过敏,尤其是皮肤过敏者;2)观察过程中接受化疗或靶向药物治疗及特殊治疗手段者;3)严重恶病质或患有心肝肾等严重疾病或其他功能严重损伤者;4)1个月内接受过化放疗者;5)不能合作或依从性差,不能坚持治疗者。

2 治疗方法

2.1 对照1组 给予西医常规治疗。呋塞米片(江苏亚邦爱普森药业公司,批准文号:国药准字H32021428,规格:20mg/片)口服,每次20mg,每天2次;螺内酯片(杭州民生药业有限公司,批准文号:国药准字H33020070,规格:20mg/片)口服,每次40mg,每天3次。

2.2 对照2组 在对照1组治疗的基础上加逐水散穴位贴敷治疗。处方:黄芪10g,桂枝10g,龙葵10g,细辛3g,椒目10g,葶苈子10g,陈皮10g,茯苓10g,甘遂3g。由医院制剂室制备成散剂,用时予生姜汁调匀,敷于穴位上,3~4g/穴。其中胸水敷神阙、双肺俞、足三里,腹水敷神阙、中脘、关元、足三里,每次3~4g,每天1次,每次12h。

2.3 治疗组 在对照2组的基础上加艾灸治疗。

基金项目:湖南省中医药管理局科研项目(编号:201684)

作者简介:崔娜妮,女,医学硕士,副主任中医师,研究方向:中医肿瘤学

艾灸(回旋灸或雀啄灸)穴位贴敷上的药物,每穴 20min,每天灸 1 次。

3 组均以 30d 为 1 个疗程。

3 疗效观察

3.1 观察指标 1)主要观察指标:治疗后胸腹水疗效,生活质量疗效按 KPS 评分评定^[1];2)次要观察指标:肿瘤进展情况、体质量的变化;3)安全性指标:血、尿、便常规,肝肾功能及心电图,皮肤情况,观察 3 组患者不良反应的发生率和脱落率。

3.2 疗效标准 1)胸腹水近期疗效按 WHO 标准^[2]判定。完全缓解(CR):胸腹水消失时间>4 周,症状明显缓解或消失;部分缓解(PR):胸腹水减少>50%,症状明显改善>4 周;无变化(NC):未达上述标准;进展(PD):胸腹水增加,症状加重。2)生活质量评定依据 KPS 评分法评价。提高:KPS 评分≥10 分;稳定:KPS 评分<10 分;降低:KPS 评分无变化。3)肿瘤进展情况按 1981 年 WHO 制定标准^[3]分为完全缓解(CR),部分缓解(PR),稳定(SD)和进展(PD)。4)体质量变化评价标准依据《中药新药临床研究指导原则》^[4]制定。增加:体质量增加≥1kg;稳定:体质量<1kg;降低:体质量无变化。5)不良反应按 WHO 标准^[5],主要观察皮肤过敏反应,如皮肤红疹、瘙痒、烫伤及其他不良反应等,如发热、腹泻、呕吐、肝肾功能损害等。3 组患者在用药前后进行常规检测(血、尿、便常规化验;心电图检查,肝、肾功能检查;以上项目治疗前、后 2d 各检测 1 次)。

3.3 统计学方法 采用 SPSS 21.0 统计学算软件进行分析和处理。量反应指标采用均数±标准差($\bar{x} \pm s$)、最大值、最小值、中位数进行统计描述。3 组间非连续变量比较采用 χ^2 检验;3 组治疗前后疗效比较采用秩和检验。质反应指标采用频数(构成比)进行统计描述,计数资料采用 χ^2 检验或校正 χ^2 检验。等级型数据统计描述同计数型资料,比较采用秩和检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

3.4 治疗结果

3.4.1 病例脱落情况 脱落 2 例,治疗组脱落 1 例为突发肺栓塞死亡,对照 1 组脱落 1 例为突发大咯血窒息死亡。

3.4.2 3 组治疗后胸腹水疗效比较 治疗组、对照 2 组和对照 1 组的缓解率(CR+PR)分别为 44.90%、20.00%、8.16%,总有效率分别为(CR+

PR+SD)为 81.63%、80.00%、48.98%,3 组间比较,差异均有统计学意义。(见表 1)

表 1 3 组治疗后胸腹水疗效比较[例(%)]

组别	例数	CR	PR	NC	PD	总有效
治疗组	49	1(2.04)	21(42.86)	18(36.73)	9(18.37)	40(81.63) ^{ab}
对照 1 组	49	0	4(8.16)	20(40.82)	25(51.02)	24(48.98)
对照 2 组	50	0	10(20.00)	30(60.00)	10(20.00)	40(80.00) ^a

注:与对照 1 组比较,^a $P<0.05$;与对照 2 组比较,^b $P<0.05$ 。

3.4.3 3 组生活质量疗效比较 治疗组、对照 2 组均较对照 1 组更能改善患者生活质量,差异均有统计学意义;治疗组与对照 2 组在改善患者生活质量方面比较差异无统计学意义。(见表 2)

表 2 3 组生活质量疗效比较[例(%)]

组别	例数	提高	稳定	降低	有效率
治疗组	49	20(40.81)	22(44.89)	7(14.29)	42(85.70) ^{ab}
对照 1 组	49	5(10.21)	32(65.30)	12(24.49)	37(75.51)
对照 2 组	50	11(22.00)	36(72.00)	3(6.00)	47(94.00) ^a

注:与对照 1 组比较,^a $P<0.05$;与对照 2 组比较,^b $P>0.05$ 。

3.4.4 3 组肿瘤进展情况比较 3 组肿瘤进展情况比较,差异均无统计学意义。(见表 3)

表 3 3 组肿瘤进展情况比较[例(%)]

G 组别	例数	CR	PR	SD	PD	总有效
治疗组	49	0	1(2.04)	45(91.84)	3(6.12)	46(93.88) ^{ab}
对照 1 组	49	0	1(2.04)	38(77.55)	10(20.40)	39(79.59)
对照 2 组	50	0	4(8.00)	37(74.00)	9(18.00)	41(82.00) ^a

注:与对照 1 组比较,^a $P>0.05$;与对照 2 组比较,^b $P>0.05$ 。

3.4.5 3 组体质量疗效比较 3 组体质量疗效总有效率比较,差异均无统计学意义。(见表 4)

表 4 3 组体质量疗效比较[例(%)]

组别	例数	增加	稳定	降低	总有效
治疗组	49	6(12.24)	31(63.26)	12(24.48)	37(75.51) ^{ab}
对照 1 组	49	0	34(69.39)	15(30.61)	34(69.39)
对照 2 组	50	1(2.00)	32(64.00)	17(34.00)	33(66.00) ^a

注:与对照 1 组比较,^a $P>0.05$;与对照 2 组比较,^b $P>0.05$ 。

3.4.6 不良反应 观察过程中,鲜少有与观察药物相关的不良事件与安全性指标的异常变化,治疗组出现 4 例皮疹和 1 例烫伤,对照 2 组出现 1 例皮疹。

4 讨论

癌性胸腹水,又称恶性胸腔积液,严重影响肿瘤患者的生活质量,常引起呼吸困难、腹胀、纳差、恶病质等,且提示预后不良。目前,临床治疗癌性胸腹水常用治疗方法包括利尿补蛋白、胸腔腔穿刺引流和局部注药、全身化疗、胸/腹腔灌注化疗和热

疗等^[6]。这些治疗手段近期疗效较明显,但毒副作用较多。中医药治疗往往联合西医治疗,起到减毒增效的作用,远期疗效较西医优越,但癌性胸腹水易反复,需要长时间服药治疗,一般难以坚持;或反复胸腹腔穿刺灌注,容易并发感染且长时间留置引流管给患者生活带来不便,难以耐受。

中医学认为,癌性胸腹水属于“悬饮”“臌胀”范畴,多因气血亏虚,肺脾肾三脏功能不足,气机不畅,不能运化、气化水湿,致水湿瘀阻、寒凝湿阻停留体内而成,其中“虚、瘀、寒、湿”是其发生的主要因素。虚者,“正气大虚,邪气积聚”,气不足则鼓动无力,津液的运行受到阻碍。《素问·生气通天论》指出:“阳气者,若天与日,失其所折寿而不彰。”人体的气血津液要靠阳气的推动才能运行,阳气虚则寒湿凝滞,津液精气运行变得缓慢,甚至停滞。瘀者,“血不利则为水”,血液因气滞导致运行不畅,或因气虚导致运行无力,或因外伤等使得体内产生瘀血,均可引起气血瘀滞,导致水液代谢不畅,而“病于水”,即出现胸腹水等病理产物。寒者,《黄帝内经》病机十九条云:“诸病水液,澄澈清冷,皆属于寒”,“阳虚则寒”,阳气虚,则更容易遭受寒邪的侵犯,使寒从中生,气滞血瘀寒凝,从而形成癥瘕积聚,继而出现悬饮、臌胀等。巢元方在《诸病源候论》虚劳病诸候中提出:“积聚者,由寒气在内所生也。血气虚弱,风邪搏于脏腑,寒多则气涩,气涩则生积聚也”,同样也说明癌性胸腹水的形成与寒凝相关。《医原·湿气论》云:“内伤寒湿……,脾胃阳伤,水多土滥”,患者外因湿邪入里,内因脾失健运,致使水液输布失常形成湿浊,容易损伤脾胃之气。湿性重浊黏滞,阻于经络,难于速去,和癌性胸水容易反复的特点相关。阳虚、水停、湿聚、瘀阻,相交为患,气不布津而致湿生水停,湿为阴邪,伤及脾肾,困遏脾阳,土不制水,水湿内生;损伤肾阳,蒸化失司,气化不利。阳虚、寒凝、水停、湿聚,相交为患,发而为病。本研究采用黄芪、桂枝为君,温阳益气,健脾化湿,辅以攻下逐水之甘遂为臣,佐以细辛、龙葵、椒目、葶苈子、陈皮、茯苓等大队利水渗湿之药,共奏温阳益气、化湿利水之效。

中药外用既可刺激穴位,又可通过经络使药物发挥疗效。药物通过敷贴可透过表皮,通达五脏六腑而至全身,避免了口服给药可能发生的肝脏首过效应和胃肠灭活。同时,艾灸通过温热、熨烫等刺

激,将药物的药效通过腧穴更好的渗透并传导到全身,起到温通经络、调节免疫的作用^[7-8]。此外,大量的动物实验表明,艾灸腧穴能够抑制小鼠实体瘤和癌性胸腹水的生长,延缓肿瘤结节的形成,延长小鼠的存活时间,降低荷瘤动物病死率^[9],说明艾灸具有一定的抗肿瘤及抗癌性胸腹水的作用。而腧穴在接受药物、艾灸等刺激时,又将各种刺激传入体内,从而激发人体的正气以抗御疾病,协调平衡阴阳,达到治疗的目的。

本研究将逐水散穴位贴敷联合艾灸治疗癌性胸腹水的临床观察,是将药、艾、热和穴位四者结合的综合治疗。且穴位贴敷联合艾灸刺激作用小,对皮肤损伤少,应用简便。治疗过程中极少见明显不良反应。患者通过治疗减轻了胸腹水压迫,减少了对恶性肿瘤的恐惧,提高了治疗信心,明显提高了生存质量。

综上所述,穴贴逐水散联合艾灸是集了药物渗透、灸治、腧穴治疗、红外线热辐射等多方面作用,从而发挥其治疗作用,其疗效独特,也可与其他中西医疗法互相补充,易于临床操作,为恶性肿瘤合并癌性胸腹水的患者提供了一种安全、有效、方便且痛苦小的治疗选择,是临床上值得推广的中医治疗方法。

参考文献

- [1] 廖遇平,姜武忠.实用肿瘤综合治疗手册[M].长沙:湖南科学技术出版社,2005:665.
- [2] 徐永前,艾麦花.恶性积液诊断与治疗[M].北京:中国科技出版社,2002:10.
- [3] 周际昌.实用肿瘤内科学[M].2版.北京:人民卫生出版社,2005:28-47.
- [4] 郑筱萸.中药新药临床研究指导原则[M].北京:人民卫生出版社,2002,221.
- [5] 张守芳.苦参研究概况[J].中草药通讯,1997,28(2):301.
- [6] Ardizzone A. Decline in serum carcinoembryonic antigen and cytokeratin 19 fragment during chemotherapy predicts objective response and survival in patients with advanced nonsmall cell lung cancer[J]. Cancer,2006,107(2):2842-2849.
- [7] 黄秋凤.艾的燃烧温度与机体内的温度变化-施灸局部的皮下基层内温度[J].国外医学:中医中药分册,1989,11(5):48.
- [8] Park JH, Lee WH, Chuang HS. Incidence and risk factors of breast cancer lymphoedema[J]. Clin Nurs,2008(17):1450-1459.
- [9] Sternfeld M, Hod I, Yegana Y, et al. The contribution of thermo-moxibustion to surgical treatment in transplanted mammary carcinoma[J]. Acupuncture Electrother Res,2005,10(1-2):73-78.

(收稿日期:2018-11-19)