

引用:吴琴静,彭小玉,李志强,刘敏蓉,曾一鸣.痔清消保留灌肠对急性放射性直肠炎的防治效果观察[J].湖南中医杂志,2020,36(4):101-103.

痔清消保留灌肠 对急性放射性直肠炎的防治效果观察

吴琴静,彭小玉,李志强,刘敏蓉,曾一鸣

(湖南省中医药研究院附属医院,湖南 长沙,410006)

[摘要] 目的:探讨痔清消保留灌肠对急性放射性直肠炎的防治疗效。方法:选取90例行放射治疗的盆腔恶性肿瘤患者,随机分为3组,每组各30例,对照组予放疗常规护理,观察1组在对照组的基础上于放疗治疗2周后行痔清消保留灌肠,观察2组在对照组基础上于放疗治疗第1天开始行痔清消保留灌肠,比较3组患者急性放射性肠炎的发生时间、发生率、干预前后的卡氏评分(KPS)和不良反应的发生情况。结果:观察2组急性放射性肠炎发生时间、发生率、KPS评分与观察1组、对照组比较,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。3组患者无明显不良反应。结论:于放疗治疗第1天开始行西医常规护理+痔清消保留灌肠能推迟急性放射性肠炎的发生时间,降低其发生率及严重程度,有助于提高患者的生活质量,值得临床推广应用。

[关键词] 急性放射性直肠炎;盆腔恶性肿瘤放疗;保留灌肠;痔清消

[中图分类号] R259.746.3 **[文献标识码]** A **DOI:** 10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2020.04.043

盆腔恶性肿瘤是临床常见的癌症类型之一,放疗治疗是该病的主要治疗手段之一,能够提升临床疗效,延长患者生存时间。但在盆腔放疗过程中,直肠因不可避免地受到射线照射而并发急性放射性直肠炎,导致腹痛、腹胀、腹泻、便血,严重者可出现肠穿孔等症状,对患者生活质量和生命安全造成严重影响^[1]。痔清消系我院院内制剂,具有清热解毒、消肿止痛之功效。笔者采用保留灌肠法将其用于防治急性放射性直肠炎,获得良好疗效,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选取于2018年1~12月在我院行放疗治疗的90例盆腔恶性肿瘤患者,将其通过随机数字表法随机分为3组,每组各30例。观察1组中,男6例,女24例;平均年龄(48.79 ± 9.21)岁;直肠癌8例,宫颈癌18例,阴道癌3例,子宫内膜癌1例。观察2组中,男5例,女25例;平均年龄(47.93 ± 9.17)岁;直肠癌6例,宫颈癌24例。对照组中,男8例,女22例;平均年龄(47.85 ± 9.10)岁;直肠癌10例,宫颈癌20例。各组一般资料比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可

比性。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准 肿瘤诊断与分期标准参照《中国常见恶性肿瘤诊治规范》^[2]。放射性肠炎的诊断标准参照《放射治疗损伤》^[3]拟定。

1.2.2 中医辨证标准 参照《中药新药临床研究指导原则》^[4]拟定湿热火毒蕴结证辨证标准。主症:腹泻,腹痛,黏液便或赤白脓血便,每天数次到数十次,里急后重。次症:腹胀,肛门灼热,粪色黄褐秽臭,可伴发热,口渴,恶心、呕吐,小便黄。舌脉:舌红、苔黄腻,脉滑数或濡数。

1.3 纳入标准 1)符合上述西医诊断标准和中医辨证标准。2)经病理切片检查确诊为盆腔恶性肿瘤,并行放疗治疗(在本院放疗科使用varian 23EX全数字化直线加速器接受肿瘤精确放射治疗的患者,采用盆腔适形调强放射治疗,其中宫颈癌盆腔照射剂量为45~50 Gy/23~25f,直肠癌术后放疗45~50 Gy/23~25f,每次1.8~2.0 Gy,每周5次,以5~6周为1个疗程)。3)放疗前大便正常,无肠道病变。4)卡氏评分(KPS)≥60分。5)患者知情

基金项目:湖南省中医药科研计划项目(2017150)

第一作者:吴琴静,女,主管护师,研究方向:肿瘤护理

通讯作者:彭小玉,女,主任护师,硕士研究生导师,研究方向:肿瘤护理及中西医结合护理, E-mail:1791183178@qq.com

且自愿加入本研究。

1.4 排除标准 1)不符合上述纳入标准;2)有消化道肿瘤手术史、糖尿病、消化道疾病;3)有精神疾病或依从性差。

2 干预方法

2.1 对照组 给予放疗常规护理干预。常规护理包括对患者进行心理护理,即定期了解患者的心理需求和心理状况,帮助其消除焦虑、恐惧等不良情绪;向患者和家属提供阶段性的健康指导;饮食护理和肛周皮肤护理等。

2.2 观察1组 在对照组的基础上采用放疗合痔清消保留灌肠。于放射治疗2周后(即放射治疗剂量达到2000GY)对患者使用痔清消(湖南省中医药研究院附属医院,批准文号:湘药准字Z20080758,袋泡剂,7g/袋)保留灌肠。操作方法:取痔清消袋泡剂2包,用100 ml开水溶解,嘱患者灌肠前排空粪便,铺治疗巾,选择合适体位,连接灌肠袋和硅胶肛管,灌肠时药液的温度控制在37℃~38℃,将肛管涂适量石蜡油,结合肠镜提示的病变位置注意插入的深度及注药速度,一般以60滴/min滴入药液,灌肠过程中应注意动作轻柔,观察患者的神志、表情、有无腹痛等不适症状,结束后拔出肛管。灌肠后嘱患者采取左侧卧位、膝胸卧位、右侧卧位及仰卧位,以利更多药液停留在病变部位从而增强疗效,灌肠液保留2~4h或更长。

2.3 观察2组 在对照组的基础上采用放射治疗法合痔清消保留灌肠。于患者行放射治疗第1天开始采用痔清消保留灌肠,方法同观察1组,至常规放疗结束。

3 效果观察

3.1 观察指标 1)比较3组急性放射性肠炎发生的时间。2)比较3组放射性直肠炎发生率。参照RTOG急性放射性损伤评分标准进行分级。0级:无明显肠道症状;I级:大便次数增多或大便习惯改变,无需止痛治疗;II级:腹泻,黏液分泌增多,肠道或腹部疼痛,需止痛药治疗;III级:腹泻,重度黏液或血性分泌物增多,腹部膨胀(X线片示肠管扩张);IV级:急性或亚急性肠梗阻、穿孔或肠痿。3)采用KPS评分对患者的生活质量进行评价^[5]。总分共0~100分,将患者的健康状况按10分为1个等级进行评定。100分为身体状况良好,可正常生活;60分为生

活基本自理,但偶尔需要帮助;0分为死亡。得分越高,表示患者越健康。

3.2 统计学方法 采用SPSS 19.0软件进行数据分析,计量资料采用均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,多组间比较采取单因素方差分析,计数资料比较采用 χ^2 检验,等级资料采用秩和检验。 $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

3.3 干预结果

3.3.1 3组急性放射性直肠炎发生时间比较 观察2组急性放射性直肠炎发生时间与观察1组、对照组比较,差异均有统计学意义。(见表1)

表1 3组急性放射性肠炎发生时间比较($\bar{x} \pm s, d$)

组别	例数	放射性肠炎发生时间
观察1组	30	17.30 ± 2.72
观察2组	30	22.00 ± 2.03 ^a
对照组	30	13.03 ± 1.43

注:与观察1组、对照组比较,^a $P < 0.05$ 。

3.3.2 3组干预后放射性直肠炎发生率比较

I~II级放射性肠炎发生率观察2组分别与观察1组、对照组比较,差异均有统计学意义。(见表2)

表2 3组干预后放射性肠炎发生率比较[例(%)]

组别	例数	0级	I~II级	III~IV级
观察1组	30	11(36.67)	14(46.66)	5(16.67)
观察2组	30	21(70.00)	7(23.33) ^a	2(6.67)
对照组	30	5(16.67)	20(66.66)	5(16.67)

注:与观察1组、对照组比较,^a $P < 0.05$ 。

3.3.3 3组干预前后KPS评分比较 干预后观察2组KPS评分分别与对照组和观察1组比较,差异有统计学意义。观察2组干预前后组内比较,差异有统计学意义。(见表3)

表3 3组干预前后KPS评分比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	例数	干预前	干预后
观察1组	30	66.7 ± 8.3	69.3 ± 8.9
观察2组	30	69.7 ± 8.7	77.6 ± 10.5 ^{ab}
对照组	30	66.0 ± 8.4	67.0 ± 11.9

注:与观察1组、对照组干预后比较,^a $P < 0.05$;与本组干预前比较,^b $P < 0.05$ 。

3.4 不良反应 采用痔清消灌肠的患者常见的不良反应为灌注时出现直肠刺激症状,产生便意。观察2组有2例患者出现肛周轻微刺痛不适,观察1组有1例患者出现肛周轻微刺痛不适,可以耐受,不需要处理。治疗过程中3组患者除放疗相关反应外,其余均未见其他不良反应。

4 讨 论

放射治疗是通过放射线对肿瘤细胞进行杀伤的一种治疗肿瘤的方法,是盆腔恶性肿瘤重要的治疗方法。但是放射线也会对正常细胞组织造成伤害,急性放射性直肠炎属于放疗过程中最为常见的并发症之一。放射性直肠炎病程长,易迁延不愈,治疗上较困难,如果没有及时治疗,容易发展成为功能性或机械性肠梗阻、直肠阴道瘘、肠穿孔等,严重影响患者生活质量和生命安全。目前临床对于放射性直肠炎主要以局部消炎、止血、激素治疗为主,其预防方法欠缺,治疗方法单一,效果一般,停药后容易复发。因此急性放射性直肠炎的防治已成为国内外学者亟待解决的关键问题。

中医学认为,本病属于“泄泻”“便血”范畴,放射线作为火热毒邪导致肠道络脉损伤,下焦湿热瘀积导致血液运行不畅,因此以清热解毒、活血化瘀为法是治疗的总原则^[6]。本研究采用的院内制剂痔清消是由黄柏、桃仁、熟大黄、秦艽、泽泻、川牛膝、生地黄等14味药物组成的方剂。方中黄柏清热解毒、止泻、抗炎、抗溃疡;桃仁活血祛瘀、凉血止血;熟大黄、泽泻清热泻火、活血祛瘀。有研究显示,秦艽能够抑菌抗病毒;泽泻含有萜类物质能够抑制炎症反应,促进胃肠道动力^[7];生地黄能够抑制炎症反应并调节人体免疫机能^[8]。中药灌肠可以使药物直达病所,维持局部较高的血药浓度,作用快,减少了药物浪费,避免了口服药物引起的消化道反应、胃肠道的破坏和肝脏的首过效应,提高了药物利用率。荣新奇等^[9]采用痔清消联合结肠宁保留灌肠治疗寒热错杂型溃疡性结肠炎患者,总有效率达95%。

(上接第88页)

综上所述,对小儿脑性瘫痪合并智力低下患儿予焦氏头针结合靳三针取穴治疗,可在有效改善患儿粗大运动功能的同时,起到较好的智力提升作用,临床应用效果显著。

参考文献

- [1] 景福权,牛相来,刘建梁,等.头针结合康复训练治疗小儿脑性瘫痪40例[J].河南中医,2017,37(11):2024-2026.
- [2] 李晓捷,唐久来,马丙祥,等.脑性瘫痪的定义、诊断标准及临床分型[J].中华实用儿科临床杂志,2014,29(19):1520.
- [3] 焦晓波.焦氏头针结合靳三针取穴治疗小儿脑性瘫痪合并智力低下的效果观察[J].社区医学杂志,2017,15(14):72-73.
- [4] 中华医学会儿科学分会康复学组.脑性瘫痪的病因学诊断策

本研究结果显示,观察2组患者发生放射性肠炎的时间明显迟于对照组和观察1组,I~II级放射性肠炎的发生率低于对照组和观察1组,提示放疗第1天行痔清消保留灌肠能推迟急性放射性肠炎发生的时间、降低急性放射性肠炎的发生,不增加毒性及不良反应,为临床防治急性放射性直肠炎选择合理方法奠定了依据。但是本研究随访时间短,入组病例有限,因此,还需扩充样本量,进行长期随访等深入研究。

参考文献

- [1] 潘天帆,陆建,王勇,等.放射性125I粒子组织间植入治疗盆腔恶性肿瘤的研究进[J].中华放射医学与防护杂志,2017,37(7):557.
- [2] 中华人民共和国卫生部医政司.中国常见恶性肿瘤诊治规范[M].北京:北京医科大学、中国协和医科大学联合出版社,1991.
- [3] 申文江,王绿化.放射治疗损伤[M].北京:中国医药科技出版社,2001:120-127.
- [4] 郑筱萸.中药新药临床研究指导原则[M].北京:中国医药科技出版社,2002:134-135,327.
- [5] 姜潮.常见肿瘤规范病历质控标准及书写指南[M].北京:北京大学医学出版社,2006:191.
- [6] 冉曦,肖春江,冉新泽.腹盆腔放射治疗的并发症及其防治研究[J].中国辐射卫生,2017,26(2):249-253.
- [7] JÚNIOR AA,PEREIRA JA,PANSANI AH,et al. Tissue sulfomucin and sialomucin content in colon mucosa without intestinal transit subjected to intervention with curcuma longa (curcumin) [J]. Acta Cirurgica Brasileira,2017,32(3):182.
- [8] 何汶峰,丁瑞麟,文庆莲.药物保留灌肠防治放射性直肠炎的研究现状[J].重庆医学,2018,47(7):962-966.
- [9] 荣新奇,戴紫登,李劲,等.结肠宁加痔清消治疗寒热错杂型溃疡性结肠炎40例[J].湖南中医杂志,2013,29(1):13-14.

(收稿日期:2019-10-24)

略专家共识[J].中华儿科杂志,2019,57(10):746-751.

- [5] 赵会玲,李晓捷.脑性瘫痪的病因学研究进展[J].中国康复医学杂志,2018,33(3):369-373.
- [6] 张艳军.针刺联合语言训练对脑性瘫痪患儿语言发育迟缓的改善作用研究[J].中医临床研究,2017,9(6):90-91.
- [7] 袁雷,申亮,王海洋.头针及上肢阳明经穴治疗痉挛型小儿脑性瘫痪上肢功能障碍的疗效评价[J].陕西中医,2016,37(11):1539-1541.
- [8] 陈迪生,姜南.头针联合康复治疗对脑性瘫痪儿童认知功能及脑干听觉诱发电位(BAEP)的影响[J].亚太传统医药,2016,12(9):120-121.
- [9] 齐放.焦氏头针结合靳三针取穴配电针治疗小儿脑性瘫痪合并智力低下的临床研究[J].中医临床研究,2015,7(26):45-46.

(收稿日期:2019-04-25)