

引用:倪娟,刘佳,彭廷云,李东雅,李兰,刘爱玲. 腕踝针联合耳穴压豆对肺癌骨转移患者的镇痛效果观察[J]. 湖南中医杂志,2021,37(8):114-116,125.

腕踝针联合耳穴压豆 对肺癌骨转移患者的镇痛效果观察

倪娟¹,刘佳¹,彭廷云²,李东雅¹,李兰¹,刘爱玲¹

(1. 湖南中医药大学,湖南长沙,410208;

2. 湖南中医药大学第一附属医院,湖南长沙,410007)

[摘要] 目的:探究腕踝针联合耳穴压豆对肺癌骨转移后疼痛患者疼痛、生存质量的影响。方法:选取肺癌骨转移疼痛患者 80 例,按随机数字表法将其分为观察组和对照组,每组各 40 例。对照组口服磷酸可待因干预,观察组在对照组的基础上行腕踝针联合耳穴压豆干预。干预 2 周后,观察比较 2 组疼痛数字评分法(NRS)评分、镇痛起效时间及持续时间、生存质量(身体功能、认知功能、疼痛、情绪功能、生活质量)和不良反应发生情况,以及综合疗效。结果:总有效率观察组为 95.0%(38/40),对照组为 80.0%(32/40),2 组比较,差异有统计学意义($P<0.05$)。干预后,2 组 NRS 评分均较干预前下降,且观察组下降幅度大于对照组($P<0.05$);观察组镇痛起效时间短于对照组,镇痛持续时间长于对照组($P<0.01$);干预后观察组生存质量各项评分均优于对照组($P<0.01$);不良反应发生率观察组为 7.5%(3/40),低于对照组的 17.5%(7/40),但 2 组比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。结论:腕踝针联合耳穴压豆干预肺癌骨转移疼痛患者疗效显著,能提高患者生存质量。

[关键词] 肺癌;骨转移;腕踝针;耳穴压豆;镇痛

[中图分类号] R246.5,R273.42 **[文献标识码]** A **DOI:**10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2021.08.041

肺癌起病隐匿,晚期肺癌患者伴有不同程度的癌性疼痛,骨转移患者尤甚。持续性疼痛不仅影响患者饮食和睡眠,而且使患者情绪低落,甚至可能因剧烈的疼痛引发神经源性休克等一系列机体功能变化。目前西医疗疗仍为世界卫生组织推荐的三阶梯止痛法,中度癌症疼痛主要以口服弱阿片类药物治。规范三阶梯镇痛治疗可以控制 80%~90%的癌痛,部分患者通过常规药物治疗效果不满意和(或)出现不能耐受、便秘等不良反应,成为难治性癌痛^[1]。如何选取合适的非药物镇痛方法成为研究热点。

腕踝针通过刺激皮下,运行气血、调和阴阳达到治疗目的,尤对疼痛、麻痹、伤筋、腰腿痛等疗效最佳^[2]。耳穴压豆是采用药籽贴压、刺激耳廓穴位或反应点,通过经络传导来防治疾病的一种方法。本研究采用踝针联合耳穴压豆干预肺癌骨转移患者 40 例,止痛效果佳,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选择 2018 年 1 月至 2019 年 10 月湖南中医药大学第一附属医院肿瘤科收治的 80 例肺癌骨转移中度疼痛患者为研究对象,采用随机数

字表法将其分为 2 组,每组各 40 例。观察组中,男 30 例,女 10 例;年龄 43~70 岁,平均(56.28±7.10)岁。对照组中,男 33 例,女 7 例;年龄 42~70 岁,平均(53.88±6.23)岁。2 组一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。本研究已通过医院伦理委员会审核批准。

1.2 诊断标准 参照《新编常见恶性肿瘤诊治规范》^[3]中关于原发性支气管肺癌以及《肺癌骨转移诊疗专家共识(2019 版)》^[4]中有关肺癌发生骨转移的诊断标准拟定。1)胸部 X 线片见肺部有孤立性结节或肿块阴影,其边缘呈脑回状、分叶和细毛刺状,并在短期内(2~3 个月)逐渐增大;2)节段性肺炎在短期内(一般为 2~3 个月)发展为肺不张,或肺叶不张在短期内发展为全肺不张,或在其相应部位的肺根部出现肿块,特别是生长性肿块;3)上述肺部病灶伴远处转移,邻近器官受侵或有压迫症状表现;4)临床或病理诊断为肺癌,骨病活检符合肺癌转移或肺癌病理诊断明确,具有典型的骨转移影像学表现。具备以上 1)2)3)项中任意一项和 4)即可明确诊断。

基金项目:湖南省研究生培养创新实践基地建设项目(湘教通[2019]248 号);湖南省中医药科研计划项目(2016104);湖南省普通高等学校教学改革研究立项项目(湘教通[2017]452 号)

第一作者:倪娟,女,2019 级硕士研究生,研究方向:中医护理学

通讯作者:李东雅,女,副教授,硕士研究生导师,研究方向:中医护理学、护理管理,E-mail:2461273091@qq.com

1.3 纳入标准 1)符合上述诊断标准;2)疼痛数字评分法(NRS)评分为4~7分;3)预计生存期>3个月;4)未接受或结束放疗/化疗>1个月。

1.4 排除标准 1)非骨转移性疼痛;2)患有神经系统疾病、自身免疫系统疾病。

2 干预方法

2.1 对照组 予磷酸可待因片干预。磷酸可待因片(青海制药厂有限公司,批准文号:国药准字H63020055,规格:30 mg/片)口服,每次1~2片,每6~8 h服1次。整片吞服,不可嚼碎。

2.2 观察组 在对照组基础上予腕踝针联合耳穴压豆干预。1)腕踝针。①取穴。依据《中华人民共和国国家标准·针灸技术操作规范第19部分:腕踝针》^[5]中的有关标准选穴。根据背部疼痛点的位置,取患者双上1或2区及疼痛点对应区域。②进针。乙醇常规消毒患者手腕,予华佗牌0.35 mm×2.5 mm一次性无菌针灸针,针体与皮肤成30°,然后将针体平放,使针体表面朝着皮肤行进,针体应与手腕边缘平行。针刺进入皮下的长度约为针体的2/3。③留针。用胶带固定针柄留针,时间为1 h。④拔针。沿行针方向采用无菌干棉签置于穿刺部位上方,迅速拔针,按压至无出血。2)耳穴压豆。取穴:选择肺、脊椎、神门、三焦作为主穴,根据患者疼痛的位置加减选用敏感点,每次选择5~6个穴位。乙醇清洁耳部皮肤,将王不留行籽敷贴(北京中研太和医疗器械有限公司,0.6 cm×0.6 cm)对准耳穴,贴紧并稍加压,以患者感酸、麻、胀、痛为佳,两耳依次交替贴压,每周替换2次。嘱患者每天按压3次,每个穴位2 min,按压频率≥60次/min。

2组干预时间均为2周。

3 效果观察

3.1 观察指标 1)疼痛评分。采用NRS评分量表进行评估。该量表总分为0~10分,轻度疼痛计1~3分,中度疼痛计4~6分,剧烈疼痛计7~10分,分数越高,表示疼痛越剧烈^[6]。2)平均镇痛起效时间及持续时间。3)生存质量。采用欧洲癌症调查治疗组织生存质量中心调查表(EORTC QLQ-C30)中文版量表进行评定,主要涉及身体功能、认知功能、疼痛、情绪功能、生活质量5个领域^[7]。4)不良反应。对2组患者皮疹、头晕、恶心呕吐、瘙痒等不良反应发生情况进行统计分析。

3.2 疗效标准 参照《临床诊疗指南·疼痛学分册》^[6],根据疼痛改善情况及NRS评分评估2组综

合疗效。临床控制:疼痛消失,NRS评分减少率≥70%,不影响睡眠,可正常生活;显效:疼痛显著减轻,NRS评分减少率≥50%、但<70%,不影响睡眠,可正常生活;有效:疼痛有所缓解,NRS评分减少率≥20%、但<50%,疼痛耐受;无效:疼痛及NRS评分无明显改变。

3.3 统计学方法 采用SPSS 25.0统计学软件进行数据分析。计数资料以率(%)表示,采用秩和检验或 χ^2 检验。计量资料以均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,采用两独立样本 t 检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

3.4 干预结果

3.4.1 2组综合疗效比较 总有效率观察组为95.0%,对照组为80.0%,2组比较,差异有统计学意义($P < 0.05$)。(见表1)

表1 2组综合疗效比较[例(%)]						
组别	例数	临床控制	显效	有效	无效	总有效
观察组	40	20(50.0)	11(27.5)	7(17.5)	2(5.0)	38(95.0)
对照组	40	11(27.5)	11(27.5)	10(25.0)	8(20.0)	32(80.0)
Z 值						-3.217
P 值						<0.05

3.4.2 2组干预前后NRS评分比较 2组干预前NRS评分比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。2组干预后,NRS评分均较干预前下降,且观察组下降幅度大于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。(见表2)

表2 2组干预前后NRS评分比较($\bar{x} \pm s$,分)					
组别	例数	干预前	干预后	t 值	P 值
观察组	40	6.83±1.06	2.33±0.83	16.49	<0.05
对照组	40	6.55±0.88	2.80±0.88	4.25	<0.05
t 值		1.265	-2.481		
P 值		0.209	0.015		

3.4.3 2组镇痛起效时间及持续时间比较 观察组镇痛起效时间短于对照组,镇痛持续时间长于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.01$)。(见表3)

表3 2组镇痛起效时间及持续时间比较($\bar{x} \pm s$)			
组别	例数	镇痛起效时间(min)	镇痛持续时间(h)
观察组	40	31.98±3.61	12.95±1.38
对照组	40	45.25±3.39	9.13±1.10
t 值		-16.954	13.690
P 值		<0.01	<0.01

3.4.4 2组干预前后生存质量评分比较 观察组干预后身体功能、认知功能、疼痛、情绪功能、生活质量评分均优于对照组,差异有统计学意义($P < 0.01$)。(见表4)

表 4 2 组干预前后生存质量评分比较($\bar{x}\pm s$,分)

组别	例数	身体功能		认知功能		疼痛		情绪功能		生活质量	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	40	55.15±6.47	73.68±4.95	55.47±6.66	54.30±5.92	56.15±5.50	42.15±1.97	54.30±5.92	66.95±3.67	51.95±5.60	66.88±3.46
对照组	40	55.48±6.28	62.32±5.58	55.85±6.20	54.58±5.75	54.58±5.75	48.25±2.06	55.88±6.67	59.53±5.75	52.23±5.41	57.90±4.98
t 值		1.217	9.598	0.89	10.413	0.771	-13.54	1.223	6.886	0.121	6.886
P 值		0.227	<0.01	1.100	<0.01	0.444	<0.01	0.225	<0.01	0.062	<0.01

3.4.5 2 组不良反应比较 干预过程中,观察组出现恶心 1 例,头晕 1 例,荨麻疹 1 例,不良反应发生率为 7.5%;对照组出现便秘 2 例,恶心 2 例,头晕 2 例,皮疹 1 例,不良反应发生率为 17.5%。观察组不良反应发生率高于对照组,但 2 组比较,差异无统计学意义($\chi^2=1.829,P=0.176>0.05$)。

4 讨 论

4.1 腕踝针联合耳穴压豆疗法缓解肺癌骨转移疼痛的作用机制 肺癌骨转移归属于中医学“骨疽”“骨痹”范畴,病机为肾气衰微、气血不足、骨失所养,加之六淫邪毒内侵诱发“不通则痛”的实证和“不荣则痛”的虚证,对于疼痛的治疗需活血行气、疏经通络。

腕踝针是张心曙教授受传统经络学说、耳针、穴位和针刺法的启发创制的特殊针刺疗法。该治疗方法将人体两侧分为与病症区域对应的 6 个纵区,在两侧的踝部、腕部分别确立 6 对针刺点,全身共 24 个治疗点,以横膈为界,根据分区选穴治疗,横膈之上病症主刺手腕部穴位,横膈之下病症主刺脚踝部穴位,肺癌患者取穴部位常为手腕部 1、2 区,发生骨转移则根据转移部位选择相应的穴位^[8]。《素问·皮部论》载:“凡十二经络者,皮之部也。”十二经脉的走向形成十二皮肤区域即为“十二皮部”,皮部为卫气的所藏之所,与卫气共同抵御外来邪气,构成人体屏障,卫气循行于脉外,其性慄疾,激发卫气可通经络^[9]。腕踝针疗法以中医经络学说为主要理论基础,通过皮下刺激,疏经通络,促进气血运行,进而提升痛阈,缓解疼痛^[10-11]。

耳穴压豆通过外在刺激耳穴,推动机体经络气血运行,协调脏腑功能,达到化瘀、镇痛的效果。耳穴压豆是以传统经络学说和生物全息理论为依据的一种治疗方法,利用王不留行籽作用于耳穴,使局部产生酸、麻、胀、痛反应,通过神经与经络的感传效应,调整相应脏腑与气血功能^[12]。经络学说认为人体“十二经通于耳”,十二经脉、三百六十五络,其气血皆上于面而走耳窍。全息理论观点认为耳

为“倒置胎儿”,内在脏腑与四肢躯干均在耳廓部有相应的耳穴对应点。王不留行籽具有活血通经、消肿止痛的功效,耳部肺穴主治呼吸系统疾病、皮肤疾患;神门穴主治失眠多梦、痛证、戒断综合征;三焦穴主治便秘、腹胀、上肢外侧疼痛;脊椎沿对耳轮体分为颈、胸、腰骶椎,主治脊痛、脊椎骨质增生或退化、脊柱炎。肺癌骨转移患者通过刺激肺、神门、三焦、脊椎等耳穴,能够加速气血运行,缓解疼痛。

4.2 腕踝针联合耳穴压豆疗法可提高患者生存质量 生存质量是影响恶性肿瘤患者预后的重要因素。抗癌治疗可以延长患者的生存时间,但由于癌痛、抗癌治疗、巨额医疗费用等因素,其生存质量受到严重影响。本研究结果显示,干预后,因观察组生存质量量表身体功能、认知功能、疼痛、情绪功能、生活质量评分均高于对照组($P<0.05$),说明通过本干预方法可以提高患者生存质量。癌性疼痛已成为直接影响晚期肿瘤患者生活质量的最重要因素之一,部分患者常规治疗效果不佳或不能耐受,腕踝针联合耳穴压豆疗法通过疏经通络,促进气血运行,进而提升痛阈,能更大程度上缓解患者疼痛症状,提高患者晚期的生活质量。

4.3 腕踝针联合耳穴压豆疗法可以降低镇痛药物的不良反应 目前临床上仍常用 WHO 推荐的三阶梯止痛疗法,口服止痛药物疗效显著,但具有成瘾性,且容易出现不良反应。本研究结果显示,观察组不良反应发生率为 7.5%,低于对照组的 17.5%,虽差异无统计学意义,但具有一定优势。有研究表明,腕踝针与阿片类药物的联合运用可有效降低阿片类药物所致的恶心、呕吐和便秘^[13]。耳穴压豆可以缓解阿片类药物所致的恶心呕吐及阿片类药物依赖者稽延性戒断症状^[14-15]。

综上所述,肺癌骨转移疼痛严重影响患者的身心健康和生活质量。本研究采用腕踝针联合耳穴压豆的中医外治疗法,一方面,可有效缓解肺癌骨转移中度疼痛患者症状,提高痛阈;(下转第 125 页)

登门求助岐伯救治兄长,岐伯以针刺手太阴肺经中府穴治疗肺病久病体虚患者的故事。中府为肺经募穴,也是肺经的起始穴位,功效为肃降肺气、和胃

利水、止咳平喘、清泻肺热、健脾补气。漫画中患病兄长积劳成疾,肺咳喘息,本虚标实,以针刺按摩中府疗其疾。(见图5)

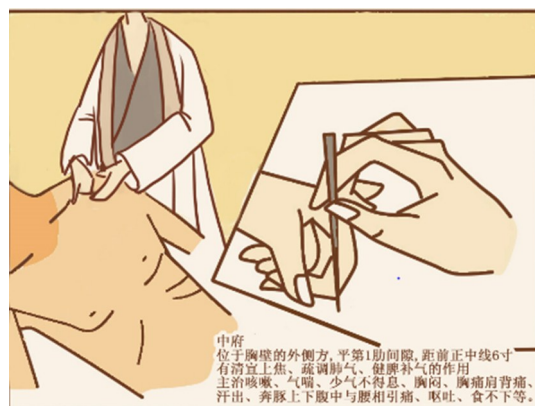


图5 腧穴个论-中府穴(节选)

3 小 结

漫画教学作为辅助教学的工具与手段,其形式新颖、内容生动、寓意深刻,若能将漫画这一新元素与专业知识点有效结合,能起到意想不到的教学效果。在“针灸学”的教学中还应做到适时、适度、准确运用漫画元素,保障教学效果与质量。

参考文献

- [1] 陈丽,周华,沈峰,等.混合式学习在针灸学教学中的应用前景[J].中医药导报,2018,24(11):123-125.
- [2] 部爱贤,王立国,郭荣传.以微信构建移动学习环境进行翻转

(上接第116页)另一方面,可通过协同作用降低不良反应率,提升患者晚期生存质量。但本研究因样本量偏小、干预时间较短,今后还有待开展大样本、长周期的临床研究以提供更有力的临床依据。

参考文献

- [1] 张彩花,王宏丽,邓丽琴,等.三阶梯疼痛护理方案干预肺癌晚期疼痛患者的效果研究[J].航空航天医学杂志,2021,32(3):354-356.
- [2] 马莉莎,周庆辉.腕踝针治疗疼痛类疾病的临床应用及机理探析[J].世界中医药,2017,12(11):2847-2850.
- [3] 中国抗癌协会.新编常见恶性肿瘤诊治规范[M].北京:中国协和医科大学出版社,1999.46.
- [4] 董智,赵军,柳晨,等.肺癌骨转移诊疗专家共识(2019版)[J].中国肺癌杂志,2019,22(4):187-207.
- [5] 中华人民共和国国家质量监督检验检疫总局,中国国家标准化管理委员会.中华人民共和国国家标准·针灸技术操作规范第19部分:腕踝针[S].2009.
- [6] 中华医学会.临床诊疗指南:疼痛学分册[M].北京:人民卫生出版社,2007.
- [7] 万崇华,陈明清,张灿珍,等.癌症患者生命质量测定量表

课堂教学的实践探究——以《针灸学》教学为例[J].中医药导报,2017,23(22):124.

- [3] 陈春海,张颖新,刘晶晶.PBL结合案例教学法在《针灸学》教学中的应用[J].临床医药文献电子杂志,2017,4(80):15824.
- [4] 茅骏霞,李艺.案例教学法在中医学针灸学教学中的应用现状分析[J].上海针灸杂志,2015,34(11):1131-1134.
- [5] 王杰,武峻艳.情境认知在《针灸学》课堂教学中的应用与评价[J].新中医,2019,51(9):345-346.
- [6] 周楣声.针灸穴名释义[M].合肥:安徽科学技术出版社,1985:26,61.
- [7] 柴铁劬.针灸穴名解[M].北京:科学技术文献出版社,2009:41-42.

(收稿日期:2020-12-26)

EORTC QLQ-C30 中文版评介[J].实用肿瘤杂志,2006,21(1):77-80.

- [8] 张心曙,凌长全,周庆辉.实用腕踝针疗法[M].北京:人民卫生出版社,2002:30.
- [9] 卓廉士.针刺“审察卫气”论[J].中国针灸,2010,30(9):763-767.
- [10] 黄朝卫,杨洋.腕踝针联合血府逐瘀汤治疗急性腰扭伤的临床效果及其对血液学炎症反应指标的影响[J].世界中医药,2017,12(9):2168-2171.
- [11] 赵素珍,郑海霞,占丽芳,等.腕踝针联合静脉自控镇痛泵治疗异位妊娠腹腔镜术后疼痛的疗效观察[J].中国针灸,2017,37(11):1173-1176.
- [12] 王俊杰.中医护理技术促进腹部术后胃肠功能恢复临床研究进展[J].护理学杂志,2014,29(1):91-93.
- [13] 吴秋兰,曹雯,王伟,等.腕踝针配合阿片类药物治疗难治性癌痛:随机对照研究[J].中国针灸,2019,39(10):1051-1054.
- [14] 梁秀萍.耳穴压豆法对阿片类药物所致恶心呕吐中的应用效果观察[J].内蒙古中医药,2017,36(9):88.
- [15] 李赐聪,林伟鹏,张建美.耳穴贴压法治疗阿片类药物依赖者稽延性戒断症状的疗效观察[J].实用医学杂志,2006,22(5):591-592.

(收稿日期:2020-12-29)