

观察麻黄附子细辛汤加味治疗晚期肿瘤发热的临床疗效

谢立芳

复旦大学附属中山医院青浦分院 上海 201700

【摘要】目的 研究分析麻黄附子细辛汤加味治疗晚期肿瘤发热的临床疗效。**方法** 本次病例筛选2016年10月份-2018年1月份收治的肺癌晚期发热的患者92例为本次研究对象,按照数字随机法分成两组,对照组采用西药降温药物治疗,研究组在此基础上联合中药麻黄附子细辛汤治疗,统计两组临床治疗效果以及治疗前后实验室检查白细胞指标变化情况。**结果** 研究组治疗有效率统计93.48%,VS对照组84.78%的有效率统计差异有统计学意义($P<0.05$)。治疗后,两组实验室白细胞指标检查结果较之前均有不同程度下降,组间比较差异具有统计学意义, $P<0.05$ 。**结论** 晚期肿瘤发热的患者在常规西药的治疗下联合中药麻黄附子细辛汤治疗效果较好,大大缓解患者的病痛,提高患者免疫力,值得临床推广。

【关键词】 麻黄附子细辛汤加味;晚期肿瘤发热;临床疗效

【中图分类号】 R273

【文献标识码】 A

【文章编号】 1672-0415 (2018) 08-009-02

肿瘤是影响人们健康、生命安全的严重疾病,近几年随着居住环境,电子辐射,遗传因素,饮食作息生活等造成肿瘤的发病率呈现明显的逐年上升的趋势。肺部肿瘤是其中高发多发肿瘤,患者一般确诊多为中晚期,临床手术意义不大,需要通过放化疗治疗控制癌细胞的扩散,延长患者的生命。晚期肿瘤发热是常见症状,患者并无明显感染,与感染的关系不大,主要为自身的一种自发性反应^[1]。晚期肿瘤发热造成患者肌肉疼痛等,严重影响患者生活质量。本文主要研究分析麻黄附子细辛汤加味治疗晚期肿瘤发热的临床疗效,本次病例筛选2016年10月份-2018年1月份收治的肺癌晚期发热的患者92例为本次研究对象,现将研究资料整理并作如下的报道。

1 临床资料、方法

1.1 临床资料

本次病例筛选2016年10月份-2018年1月份收治的肺癌晚期发热的患者92例为本次研究对象,按照数字随机法分成两组,每组46例,对照组患者年龄49岁到73岁,中位(61.29±3.11)岁;男性占27例,女性占22例。研究组患者年龄48岁到74岁,中位(61.29±3.11)岁;男性占27例,女性占22例。收集两组基线信息比较无明显差异, $P>0.05$,无统计学意义。

1.2 临床筛选标准

纳入标准:所有患者均符合晚期肿瘤发热诊断标准,体温超过37.5摄氏度,持续时间超过2周;患者均知情且同意。

排除标准:患者伴有治疗禁忌症、过敏。

1.3 临床方法

两组均实施常规基础的放化疗治疗,在此基础上对照组采用降热药物对乙酰氨基酚片,根据患者体温发热情况调节用量。

研究组在此基础上联合麻黄附子细辛汤加味治疗,组方包括细辛6g,制附子6g,炙麻黄10g,党参15g,柴胡6g,防风10g,生姜10g,白芍15g,藿香10g,桂枝10g,炙甘草9g;以上方剂加水煎服,每天1剂,分早晚两次使用,根据患者情况服用5天到7天;饮食禁辛辣油腻生冷,做好保暖。

1.4 观察指标

统计两组临床治疗效果以及治疗前后实验室检查白细胞指标变化情况,并采用调查问卷的形式对比两组患者的生活质量评分。

1.5 指标判定^[2]

采用临床癌性发热恢复评测表进行调查,患者治疗24小

时内体温恢复正常,观察72小时临床发热引发的症状全部消失,判定为治愈;患者经治疗后24小时-48小时体温恢复正常,观察72小时临床发热引发的症状部分消失,判定为显效;患者经治疗后48小时-72小时体温恢复正常,临床症状有改善,判定为有效;患者经治疗后超过72小时仍未退热,临床症状无改善甚至加重,判定为无效。

生活质量评分包括身体护理评分、心理护理评分、生活护理评分3个维度,单项满分100分,分数越高,说明生活质量越好。

1.6 统计学方法

统计学应用中计量资料采用均差体现,计数资料采用百分比体现,分别t值、 χ^2 检验独立样本;统计学软件利用SPSS20.0软件, $P<0.05$ 差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组治疗效果对比分析

研究组治疗有效率统计93.48%,VS对照组84.78%的有效率统计差异有统计学意义($P<0.05$)。见表1。

表1:两组治疗效果对比分析

组别	例数	治愈	显效	有效	无效	总有效率(%)
研究组	46	20	14	9	3	43 (93.48%)
对照组	46	16	12	11	7	39 (84.78%)
χ^2						11.782
P值						$P<0.05$

2.2 两组治疗前后白细胞指标比较

治疗前实验室白细胞指标检查结果比较差异不具备统计学意义, $P>0.05$ 。治疗后,两组实验室白细胞指标检查结果较之前均有不同程度下降,组间比较差异具有统计学意义, $P<0.05$ 。见表2。

表2:两组治疗前后白细胞指标比较

组别	例数	治疗前	治疗后	t值	P值
研究组	46	11.78±0.28	6.17±0.62	14.264	$P<0.05$
对照组	46	11.49±0.86	8.95±0.18	12.115	$P<0.05$
t值	-	0.172	9.463	-	-
P值	-	$P>0.05$	$P<0.05$	-	-

2.3 生活质量两组统计对比

研究组患者生活质量评分较对照组比较,差异具备统计学意义, $P<0.05$ 。见表3。

3 讨论

肿的发生近几年呈现逐年上升的趋势,其中肺癌是临床

表3：生活质量两组统计对比

组别	例数	躯体功能	认知功能	心理功能
研究组	46	76.27±4.42	75.85±4.19	74.72±4.48
对照组	46	66.14±3.56	65.47±3.42	63.52±3.17
t 值		9.783	9.952	8.947
P 值		P<0.05	P<0.05	P<0.05

常见恶性肿瘤；发病早期无明显症状，患者一旦疼痛就诊多为中晚期。患者接受积极的治疗的同时，由于机体自身的因素，与感染等无关而出现的发热现象称作肿瘤发热^[3]。相关研究表明，临床恶性肿瘤中40%左右的患者会出现发热^[4]，现代医学研究指出，癌性发热可能与癌细胞坏死，释放的坏死基因引发抗原物质的自身的一种免疫反应。晚期恶性肿瘤发热病程长，常规西医治疗主要采用消炎、抗菌、退热的药物等，但是停药后容易复发；同时相关研究也指出癌性发热与感染无关，主要是自身肿瘤坏死引发多种内毒物释放，同时与诱导白细胞趋化使其产生致热源有关，临床常用的解热镇痛药虽能改善患者发热症状，但易出现再复发且容易发生二次感染，增加患者的痛苦；同时临床各种退热剂，如解热镇痛剂等治疗的效果一般，晚期肿瘤患者全身状况差，免疫力低，用药后往往出汗多，导致全身情况更差、甚至虚脱^[5]。

我国中医药具有悠久的历史，从中医角度讲，癌性发热属于“气阴两虚、内伤发热虚证”范畴，主要是机体的脏腑功能失调，外邪入侵，脏腑功能失调，气血、津液运行输布失衡，致痰瘀湿毒等邪气内阻，日久损伤气阴；加之放化疗治疗造成阴液亏虚，水不制火，引发阴虚内热，火热毒邪耗气伤阴所致^[6]。所以对于癌性发热的治疗中医主要从当扶正祛邪，以滋阴清热透邪为主，佐以益气为主。

临床表现中可以发现，晚期肿瘤发热患者主要表现为畏

寒肢冷、头颈身痛、汗出纳少等，其主要为机体阳气不足，阳虚寒遏，阳气不得宣发，郁而发热；本次研究中采用的中医组方麻附子细辛汤加味，其中组方中炙麻黄具有发汗解表的功效；细辛具有通经温阳的作用；制附子具有扶阳温少阴之里的作用；加之藿香具有解表，清热的作用；生姜驱寒温中的作用，柴胡具有退热的作用；党参具有补肾益气的作用等；以上诸药合用温经散寒，表里双解，扶阳温经散寒，效果较好且安全可靠^[7-8]。

本次研究结果充分说明晚期肿瘤发热的患者在常规西药的治疗下联合中药麻附子细辛汤治疗效果较好，大大缓解患者的病痛，提高患者免疫力，值得临床推广。

参考文献

[1] 王海媚. 中西医结合治疗肿瘤急性发热浅析[J]. 亚太传统医药, 2017, 13(16):76-78.
[2] 孙旭亮. 小柴胡汤加减治疗恶性肿瘤发热的临床疗效[J]. 中国药物经济学, 2015, 0(5):58-59.
[3] 葛婷, 周建伟. 补中益气汤治疗气虚发热型肿瘤性热的临床疗效评价研究[J]. 浙江临床医学, 2018, 20(4):650-652.
[4] 张辉, 田纪凤. 大柴胡汤治疗中晚期消化道肿瘤癌性发热临床观察[J]. 中国中医急症, 2017, 26(9):1636-1638.
[5] 司瑞超. 青蒿鳖甲汤加减治疗晚期恶性肿瘤发热35例疗效观察[J]. 国医论坛, 2017, 32(1):44-45.
[6] 李景鹤. 益气养阴汤对老年非小细胞肺癌术后化疗发热患者免疫功能的影响[J]. 中医学报, 2017, 32(7):1144-1147.
[7] 刘非, 杨宗宇, 蒋玥等. 自拟清热散瘀解毒汤治疗血瘀型癌性发热的临床疗效[J]. 中国临床研究, 2017, 30(11):1558-1560.
[8] 钱卫东. 加味青蒿鳖甲汤治疗晚期肺癌癌性发热的临床价值[J]. 深圳中西医结合杂志, 2014, 24(6):38-39.

(上接第8页)

表2：两组患者护理前后焦虑、生活质量评分改善相较

组别	SAS		QOL	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	55.35±5.45	42.22±5.24	23.57±4.81	63.45±4.96
对照组	55.53±5.71	50.13±4.68	22.98±5.22	50.88±6.37
t	0.2188	5.3439	0.3048	7.9355
p	P>0.05	P<0.05	P>0.05	P<0.05

改变，进一步指引患者形成积极向上的心理认知模式。中老年颈肩腰腿痛患者具备较为明显独特性，医护工作者应当采用良好的医护态度，具备较好的心理素质，全面的分析能力及较优的专业化医护技术，全面了解患者的心理状况^[6]。在与患者的临床护理沟通交流过程中，可以了解患者的疾病认知及临床治疗药物及技术的期望，进一步针对医护工作者开展护理治疗中，患者存在的不同意见及建议全面收集，真正了解患者的治疗情况及心理状况。予以针对性指导支持，提高患者在治疗中的配合度及依从性，同时也有效改善患者的心理状态。本次研究结果证实经研究发现观察组患者相较于对照组患者的护理满意度明显较高，具有统计学意义(p<0.05)；且观察组患者相较于对照组患者在治疗护理干预后的焦虑、生活质量评分改善效果，相较于对照组患者明显较好，存在显著差异(p<0.05)。

综上所述，通过对中老年颈肩腰腿痛患者重视治疗期间的心里观察，予以针对性全面临床护理干预，能够很好的帮

助患者减缓临床颈肩腰腿痛症痛苦，改善患者的焦虑抑郁情绪，取得良好的临床治疗预后，可以在临床中推广。

参考文献

[1] 李素芳. 35例中老年人颈肩腰腿痛病人的心理观察及护理体会[J]. 保健文汇, 2016(1):34-34.
[2] 杨丹, 杨美容, 杨辉林, 等. 中老年人颈肩腰腿痛患者心理观察与临床护理研究[J]. 基层医学论坛, 2018(3):359-360.
[3] 匡淑华. 康复护理在中老年颈肩腰腿痛中的临床应用效果观察[J]. 基层医学论坛, 2017(36):5149-5150.
[4] 于英霞. 中老年脑溢血患者采用精神护理与心理治疗干预的效果观察[J]. 中国卫生标准管理, 2015, 6(2):124-125.
[5] 陈红霞. 心理护理对中老年高血压患者血压水平的影响观察[J]. 基层医学论坛, 2014(30):4111-4112.
[6] 陈华萍. 艾灸配合中药熏蒸治疗寒湿型颈肩腰腿痛的效果观察[J]. 中西医结合护理(中英文), 2016, 2(11):65-66.