



· 论 著 ·

# 中医综合疗法治疗癌性疼痛的效果观察

刘勤丽 (郴州市中医医院 湖南郴州 423000)

**摘要:**目的 探究分析中医综合疗法治疗癌性疼痛的效果。方法 本研究的研究对象为我院 2014 年 3 月到 2016 年 4 月收治的癌性疼痛患者 140 例,按照随机数表法将其分为对照组和观察组各 70 例。观察组患者采用中药内服联合外敷治疗,对照组患者采用常规三阶梯止痛法治疗。**结果** 观察组完全缓解占比 44.3% (31/70),有效率为 85.7% (60/70),均显著高于对照组的 25.7% (18/70),51.4% (36/70)。具有差异显著性 ( $P < 0.05$ )。观察组非常满意率占比 71.3% (57/70),满意度为 98.6% (69/70),均显著高于对照组的 21% (21/70),87.1% (61/70)。具有差异显著性 ( $P < 0.05$ )。**讨论** 中医综合疗法治疗癌性疼痛能够提高患者癌痛的控制率,增加患者满意度,值得在临床推广。

**关键词:**癌性疼痛 中医综合疗法 临床效果

**中图分类号:**R273 **文献标识码:**A **文章编号:**1009-5187 (2018) 09-058-02

癌性疼痛是癌症患者在各种有害因素刺激下产生的疼痛,是恶性肿瘤患者常见的并发症之一,其严重影响到了患者的心理以及日常生活<sup>[1]</sup>,临床上主要通过三阶梯止痛法来进行治疗,但是毒副作用较大,目前中药内服联合外敷治疗的应用,可以减少药物产生的不良反应,而且效果显著,易得到患者的认可<sup>[2]</sup>。文通过对比两种治疗方法,探究我院 2014 年 3 月到 2016 年 4 月收治的癌性疼痛患者 140 例,其中 70 例患者采用中药内服联合外敷对癌性疼痛的治疗效果,具体报道如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

选取我院 2014 年 3 月到 2016 年 4 月期间收治的 140 例癌性疼痛患者。患者签署知情同意书。对照组有 32 例男性患者,38 例女性患者;患者的年龄为 38-81 岁,其平均年龄为 (64.4±3.7) 岁。观察组有 31 例男性患者,39 例女性患者;患者的年龄为 37-80 岁,其平均年龄为 (63.6±3.8) 岁。两组间性别、年龄上一般资料没有很大差异 ( $P > 0.05$ )。(具体见表 1)。

表 1: 两组患者的一般资料比较

| 项目       | 对照组      | 观察组      |
|----------|----------|----------|
| 性别       |          |          |
| 男性患者     | 32       | 31       |
| 女性患者     | 38       | 39       |
| 平均年龄 (岁) | 64.4±3.7 | 63.6±3.8 |

### 1.2 治疗方法

表 2: 两组患者治疗效果比较 [n(%)]

| 组别         | 例数 | CR           | PR         | MR         | NR           | 有效率          |
|------------|----|--------------|------------|------------|--------------|--------------|
| 观察组        | 70 | 31 (44.3%) * | 13 (18.6%) | 16 (22.9%) | 10 (14.3%) * | 60 (85.7%) * |
| 对照组        | 70 | 18 (25.7%)   | 14 (20.0%) | 14 (20.0%) | 34 (48.6%)   | 36 (51.4%)   |
| $\chi^2$ 值 | -  | 5.306        | 0.046      | 0.170      | 19.091       | 19.091       |
| P 值        | -  | 0.021        | 0.830      | 0.680      | 0.000        | 0.000        |

注: \* 与对照组相比,  $P < 0.05$ 。

### 2.2 两组患者对护理满意程度比较

观察组非常满意占比 71.3% (57/70),满意度为 98.6% (69/70),均显著高于对照组的 21% (21/70),87.1% (61/70)。具有差异显著性 ( $P < 0.05$ )。具体见表 3。

表 3: 两组患者对护理满意程度比较 [n(%)]

| 组别         | 例数 | 非常满意       | 较为满意       | 不满意       | 满意度          |
|------------|----|------------|------------|-----------|--------------|
| 观察组        | 70 | 57 (71.3%) | 12 (21.1%) | 1 (1.4%)  | 69 (98.6%) * |
| 对照组        | 70 | 21 (30.0%) | 40 (57.1%) | 9 (12.9%) | 61 (87.1%)   |
| $\chi^2$ 值 | -  | 37.519     | 23.986     | 6.892     | 6.892        |
| P 值        | -  | 0.000      | 0.000      | 0.009     | 0.009        |

注: \* 与对照组相比,  $P < 0.05$ 。

## 3 讨论

癌痛三阶梯治疗采用强阿片类的止痛药,主要起到止痛的效果,但是长期服用影响患者的生活质量。中医研究认为癌性疼痛主要由于

对照组采取常规癌痛三阶梯止痛方法治疗,给予患者盐酸羟考酮控释片 (国药准字 J20040096,生产厂家: Napp Pharmaceuticals Limited),每 12 个小时服用一次,每次 5mg,观察组患者给予中医综合疗法治疗,具体方法如下:①内服:白花蛇舌草、方用石见穿各 30g,枳壳、地龙、土鳖虫、木香、枳壳、槟榔、青皮、红花、川芎、八月札、桃仁、丹参、龙葵各 10g,中药温水煎服,早晚各一剂。②外敷:将雄黄、皮硝、明矾、血竭、冰片、乳香、没药、青黛、仙鹤草组成的中药研磨成粉末状,温水稀释后外敷于疼痛处,每天一次<sup>[3]</sup>。

### 1.3 疗效评定

①两组患者治疗后的疼痛情况采用 NRS 评分,疼痛程度为 0-10 分,评分越高说明疼痛程度越重。治疗后 NRS 评分减少 91%-100% 为完全缓解 (CR),NRS 评分减少 61%-90% 为部分缓解 (PR),NRS 评分减少 31%-60% 为轻度缓解 (MR),NRS 评分减少  $< 30\%$  为无效 (NR)。②制作调查问卷来调查患者对护理的满意度,满意度为非常满意率和较为满意率之和<sup>[4]</sup>。

### 1.4 统计学方法

统计学方法 以 SPSS20.0 软件分析。数据比较以  $\chi^2$  检验。计量数据以 t 检验。 $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 两组患者治疗效果比较

观察组完全缓解占比 44.3% (31/70),有效率为 85.7% (60/70),均显著高于对照组的 25.7% (18/70),51.4% (36/70)。具有差异显著性 ( $P < 0.05$ )。具体见表 2。

癌毒内蕴,阻滞气机,气滞血瘀及正气虚弱,经脉失养所致,采用中医内服外敷法可以弥补西医的不足。

本文通过对比两种治疗方案,结果发现,观察组完全缓解占比 44.3% (31/70),有效率为 85.7% (60/70),均显著高于对照组的 25.7% (18/70),51.4% (36/70),与董昌盛等人报道一致<sup>[5]</sup>。三阶梯药物止痛的方案,虽然疗效好,但由于药物本身毒副作用大,患者耐受性受到限制,长期应用止痛效果不佳。而中医无论是内服还是外治,患者耐受性好,副作用低。观察组非常满意占比 71.3% (57/70),满意度为 98.6% (69/70),均显著高于对照组的 21% (21/70),87.1% (61/70),与邓子易等人报道一致。患者认为采用中药内服联合外敷更安全有效,可以减少患者心理负担以及对药物的依赖性,效果显著。

综上所述,中医综合疗法治疗癌性疼痛能够提高患者癌痛的控制率,增加患者满意度,值得在临床推广。

(下转第 61 页)

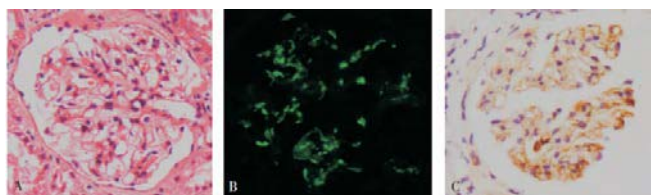


图3 IgA肾病(A: 光镜下可见系膜细胞轻度增生(HE×400); B: 免疫荧光可见Ig系膜区+++染色(×1000); C: 免疫组化IgA可见系膜区着色(×400))

### 3 讨论

临床上在对肾病进行诊断时,肾穿刺活检是比较重要的一个依据,其中免疫荧光染色具有强度易于判断、准确定位、染色步骤简单、敏感性高以及特异性强等诸多优点,是简单、快捷的一种方法<sup>[4]</sup>。但是冷冻切片免疫荧光染色也存在着诸多的问题,包括设备要求高、检测周期短、肾穿刺组织少等,从而影响结果判断。石蜡切片通过甲醛固定,能够维持组织结构的原有状态,本次研究运用胰蛋白酶修复+水浴热修复,能够充分暴露抗原决定簇,其与免疫荧光冷冻切片的染色结果基本一致,与于冀洋<sup>[5]</sup>等研究相同,说明肾穿刺免疫荧光失败后,可以将免疫组化作为一种有效补救措施。但是运用免疫组化染色时,有以下几点需要注意:①在合理范围内控制稀释度,避免发生背景染色而出现假阴性;②将适量蒸馏水加入湿盒内,不用完全擦除组织周围液体,避免出现干片现象;③操作时,坚持无菌原则,严格按照操作流程进行,避免违规操作<sup>[6]</sup>。

(上接第56页)

[2] 陈旭民. COPD患者血清瘦素、骨密度与中医分型的关系[J]. 浙江中西医结合杂志, 2011, 21(5):325-326.

[3] 覃家盟, 陈昌枝, 邵有和等. 老年男性慢性阻塞性肺疾病患者骨密度及骨代谢生化指标临床分析[J]. 中华肺部疾病杂志(电子版), 2017, 10(4):468-470.

(上接第57页)

卫生产业, 2016, 13(2):149-151.

[3] 夏君. 急诊外科创伤患者病死的危险因素及急救措施[J]. 中国现代药物应用, 2017, 11(8).

[4] 王飞. 急诊外科创伤患者死亡危险因素及急救措施分析[J]. 大家健康:学术版, 2016, 10(10).

[5] 胡建国. 急诊外科创伤患者病死危险因素及急救措施[J]. 健康之路, 2016(2).

[6] 唐昌华. 急诊外科创伤患者死亡危险因素及临床救治[J]. 医

(上接第58页)

### 参考文献

[1] 刘丹. 癌性疼痛中医综合治疗方案的临床研究[J]. 北京中医药大学, 2013, 08(3):445-494.

[2] 邓育. 中医综合疗法治疗癌性疼痛的效果评价[J]. 中医临床研究, 2014, 20(5):77-78.

(上接第59页)

非癌组织在3.0TMR动态增强灌注成像中的强化表现[J]. 放射学实践, 2016, 31(8):756-759.

[2] 张军霞, 王颖毅, 王敏, 等. MR动态磁敏感对比增强灌注技术在胶质瘤复发和放射性脑损伤鉴别诊断中的价值[J]. 南京医科大学学报(自然科学版), 2018(1):20-24.

[3] 许洋, 吕晋浩, 马林, 等. 多参数动脉自旋标记与动态磁敏感增强脑灌注成像在诊断短暂性脑缺血性发作中的对比[J]. 南方医科大学学报, 2016, 36(6):768-774.

综上所述,在肾穿刺活检中,免疫荧光检测是观察异常免疫复合物沉着的一种有效方法,而免疫组化染色的结果与其基本一致,可以作为补救方法,为临床诊断提供依据。

### 参考文献

[1] 金晶晶, 肖立, 顾晏, 殷于磊. 肾活检免疫组织化学法与免疫荧光直接法染色结果比较[J]. 诊断学理论与实践, 2017, 16(01):79-83.

[2] 符克英, 蔡俊宏, 符生苗, 韩叶光, 王茹, 张培. 抗磷脂酶A2受体抗体检测在老年人特发性膜性肾病肾组织及血液中的表达[J]. 中国老年学杂志, 2016, 36(17):4281-4283.

[3] 崔静, 姜景秋, 李文娜, 邱世磊, 齐栋, 吕伟, 张燕. M型磷脂酶A2受体及其抗体和Nephrin在不同类型膜性肾病患者的表达[J]. 临床与病理杂志, 2015, 35(04):628-634.

[4] 魏佳莉. 狼疮肾炎患者肾组织及尿液中缺氧诱导因子-1 $\alpha$ 表达及相关性研究[A]. 中华医学会、中华医学会风湿病学分会. 第17次全国风湿病学学术会议论文集[C]. 中华医学会、中华医学会风湿病学分会, 2012:2.

[5] 于冀洋, 朱光华, 史青, 何威逊. 肝细胞生长因子与转化生长因子- $\beta$ 在肾脏病患儿肾组织中的表达[J]. 实用儿科临床杂志, 2008(17):1346-1348.

[6] 聂涛涛, 张勇. 利用细胞块检测肾小球疾病患者尿中足细胞和巨噬细胞的应用研究[J]. 细胞与分子免疫学杂志, 2008(06):610-611+614.

[4] 陈少藩. 中山市中老年人慢性阻塞性肺疾病继发骨质疏松症中医证候研究[J]. 内蒙古中医药, 2017, 36(15):21.

[5] 王志刚, 王梅, 林学军等. 老年慢性阻塞性肺疾病患者继发骨质疏松症的影响因素[J]. 中国当代医药, 2016, 23(5):35-37.

[6] 杜洁, 朱火兰, 柴春艳等. 慢性阻塞性肺疾病与骨质疏松症的相关性探讨[J]. 陕西医学杂志, 2018, 47(1):14-16.

学理论与实践, 2016, 29(7):915-916.

[7] 黄方, 刘青霞, 胡思琴. 急诊外科创伤患者切口感染的危险因素分析[J]. 养生保健指南, 2016, 13(43):211-211.

[8] 何洪芹. 急诊外科创伤患者病死的危险因素及急救措施[J]. 中国药物经济学, 2015(10):85-86.

[9] 凌洪. 探讨创伤患者的死亡危险因素及临床救治措施[J]. 中国急救医学, 2016, 36(z1).

[10] 李承宁, 李百来, 陈闽希. 急诊创伤患者死亡因素及急救措施研究分析[J]. 医药前沿, 2015(20):133-134.

[3] 周之毅, 刘慧, 尤圣富. 中医综合三阶梯法治疗癌性疼痛30例临床观察[J]. 中医杂志, 2010, 10(8):890-894.

[4] 潘彩虹. 中医综合疗法治疗原发性痛经临床效果观察[J]. 亚太传统医药, 2013, 11(15):83-84.

[5] 董昌盛, 王菊勇, 郑展. 中医外治癌性疼痛临床研究进展[J]. 山东中医药大学学报, 2012, 02(14):161-163.

[4] 杨晓棠, 张建新, 杜笑松, 等. 动态增强MRI定量与半定量分析在直肠癌术前T、N分期中的应用价值[J]. 中华解剖与临床杂志, 2016, 21(2):109-114.

[5] 林祺, 邓燕芳, 邱清香, 等. 动态磁化率对比增强MR灌注成像对脑星形细胞瘤分级诊断的价值[J]. 功能与分子医学影像学(电子版), 2016, 5(2):9-12.

[6] 胡兰花, 于韬, 徐婷婷, 等. 动态磁敏感对比增强MRI和动态对比增强MRI鉴别诊断胶质瘤复发和放射性脑损伤[J]. 中国医学影像技术, 2017, 33(1):11-16.