



血府逐瘀汤加减配合美施康定对中晚期癌性疼痛（气虚血瘀证）患者的疗效分析

胡民安（安化县第二人民医院 湖南安化 413522）

摘要：目的 分析中晚期癌性疼痛（气虚血瘀证）患者治疗中应用血府逐瘀汤加减配合美施康定的临床作用。方法 选取74例中晚期癌性疼痛患者随机分为西药组（37例，美施康定治疗）与参照组（37例，西药组+血府逐瘀汤加减治疗）。对比不同组别临床疗效、副作用。结果 参照组临床总有效率明显比西药组高（ $P < 0.05$ ）；两组副作用出现率差异不明显（ $P > 0.05$ ）。结论 中晚期癌性疼痛（气虚血瘀证）患者治疗中应用血府逐瘀汤加减配合美施康定可促进临床效果的提升，并且不会导致副作用的明显增加。

关键词：血府逐瘀汤 美施康定 中晚期癌性疼痛

中图分类号：R730.5 **文献标识码：**A **文章编号：**1009-5187（2018）12-035-02

癌痛为恶性肿瘤常见症状，大约存在于25%新诊断、33%治疗中以及75%晚期恶性肿瘤患者中^[1]。若未及时采取治疗措施将导致患者不适，不仅降低生活质量，还会导致一系列心理问题。中医认为恶性肿瘤病机通常为正气虚亏、内结瘀毒，大部分为气虚血瘀证。对症治疗可促进患者疼痛的缓解。本次研究将分析中晚期癌性疼痛（气虚血瘀证）患者治疗中应用血府逐瘀汤加减配合美施康定的临床作用。报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

从2015年6月至2018年6月期间我院中晚期癌性疼痛（气虚血瘀证）患者中抽取74例随机分为西药组与参照组。入选患者符合《新编常见恶性肿瘤诊治规范》中诊断标准^[2]，美国癌症联合委员会（AJCC）癌症分期TNM分期为中晚期，美国国立综合癌症网络（NCCN）评估为重度癌痛，排除本次研究药物禁忌症、精神异常患者。西药组37例，男女分别23例、14例，年龄43至78岁，平均年龄为（61.2±7.8）岁，其中鳞癌、腺癌、透明细胞癌分别25例、10例、2例，II期、III期、IV期分别12例、18例、7例；参照组37例，男女分别22例、15例，年龄43至79岁，平均年龄为（61.4±7.9）岁，其中鳞癌、腺癌、透明细胞癌分别24例、10例、3例，II期、III期、IV期分别11例、19例、7例。通过对两组患者进行临床资料上的对比，不存在显著差异（ $P > 0.05$ ）。

1.2 方法

西药组使用美施康定（生产单位：萌蒂（中国）制药有限公司；批准文号：国药准字H10980062）口服，首次用药剂量为10至30mg/次，用药间隔为12h，次日使用疼痛视觉模拟量表（VAS）评价患者疼痛情况，若疼痛加重逐渐增加剂量，原则为头天用量的50%至100%。

参照组另使用血府逐瘀汤加减治疗。组方为：桃仁20g，黄芪、党参各15g，白术12g，红花、当归各10g，生地黄、牛膝各9g，赤芍、枳壳、甘草各6g。阴虚火旺患者增用鳖甲与牡丹皮、地骨皮，肝阳火盛患者增用栀子与牡丹皮。每天1剂，水煎成400ml药液，早晚2次分服。

全部患者治疗时间为30d。

1.3 研究指标

（1）临床疗效。显效：用药后VAS评分降低≥4分，能够忍受，睡眠与日常生活不被影响；有效：用药后VAS评分降低在1至3分，疼痛有所减轻，需要辅助使用镇静药物；无效：未达到以上标准。总有效率=（显效+有效）/总例数×100%。（2）副作用。

1.4 统计学分析

数据资料用SPSS20.0进行统计分析，计数资料用（%）表示，用 χ^2 检验， $P < 0.05$ 表示有统计学意义。

2 结果

2.1 临床疗效

参照组临床总有效率明显比西药组高（ $P < 0.05$ ）。见表1。

表1：对比不同组别临床疗效[n（%）]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率
参照组	37	13	20	4	33（89.19）
西药组	37	11	15	11	26（70.27）
χ^2					4.097
P					0.043

2.2 副作用

参照组恶心、瘙痒分别4例、2例，副作用出现率为16.22%，西药组瘙痒、便秘各2例，副作用出现率为10.81%，两组差异不明显（ $\chi^2=0.463$ ， $P=0.496$ ）。

3 讨论

生存环境的改变以及生活压力的增加促进了恶性肿瘤发病率的上升。疼痛是恶性肿瘤常见并发症，临床治疗中阿片类镇痛药物的使用虽然能够在一定程度上缓解患者疼痛，但是长期大剂量使用不仅会出现呼吸抑制、嗜睡等副作用，还会产生耐药性，不断增加疼痛控制难度，降低患者依从性^[3]。中医理论为该患者疼痛的治疗提供了新的思路。

本研究结果显示，参照组临床总有效率明显比西药组高（ $P < 0.05$ ），表明血府逐瘀汤加减配合美施康定可促进临床效果的提升；两组副作用出现率差异不明显（ $P > 0.05$ ），提示增用血府逐瘀汤加减治疗并不会导致副作用的明显增加。中医认为，癌症大部分由外邪侵袭、正气虚所致，患者内聚痰湿、脏腑失调，瘀血内阻、血运不畅，中晚期患者经过长时间化疗正虚邪实，气虚血瘀证最为常见。血府逐瘀汤中当归、桃仁、红花为君，通络止痛、化瘀破血，黄芪、赤芍、牡丹皮、赤芍为臣，解毒、活血补血，枳壳具有行气功效，生地黄清热凉血，牛膝活血通经，甘草则能调和诸药。诸药配伍，相辅相成，刚柔并济，共奏止痛行气、活血化瘀功效。现代药理学证实^[4]，当归经水煮形成的灭菌水溶液作用相当于阿司匹林，具有一定镇痛作用；桃仁中含有的苦杏仁苷可发挥显著的抗炎与镇痛效果。根据患者症状加减用药可显著改善患者疼痛，促进其整体状态的提升。另外，该方剂为纯天然制剂，副作用较少。相较于仅使用美施康定治疗，血府逐瘀汤加减的增用可增强镇痛效果，减轻患者疼痛，并且不会明显增加副作用。

综上，中晚期癌性疼痛（气虚血瘀证）患者治疗中应用血府逐瘀汤加减配合美施康定可促进临床效果的提升，并且不会导致副作用的明显增加。

（下转第38页）



形术。所有患者均留置输尿管支架管,术后肾功能均有显著好转。

2.3 并发症发生情况

本组168例患者术后并发症发生情况:血尿66例,占比39.29%;异位4例,占比2.38%;尿液反流4例,占比2.38%;结石梗阻6例,占比3.57%;膀胱刺激征48例,占比28.57%。血尿与膀胱刺激征发生率最高,相比于其他并发症差异有统计学意义, $P < 0.05$ 。

3 讨论

输尿管支架管这一泌尿科常用的器械工具能同时发挥内引流和内支架的双重作用,因而逐渐替代了泌尿外科手术中传统的外引流方法成为了最常用的引流方式^[2]。输尿管支架管能起到对输尿管损伤后狭窄和黏膜水肿的预防作用,同时还具有一定的尿路梗阻解除效果,因而在该类疾病的治疗应用较多^[3]。输尿管支架管(双“J”管)的主要用于扩张梗阻或狭窄的输尿管,将尿液内引流进入膀胱,从而减少肾或输尿管瘘,并起到促进输尿管吻合口愈合的作用。输尿管支架管经过长期的发展,其制作材料也逐渐由硅胶管发展为可降解的高分子材料,可见输尿管支架管在泌尿科中的具有广阔的应用和发展前景。对168例患者的疾病类型统计,发现输尿管支架管在输尿管结石、肾结石及其他原因所致的尿路梗阻等疾病的治疗中应用率最高,与其他疾病类型相比差异有统计学意义, $P < 0.05$;所有患者均留置输尿管支架管,术后肾功能均有显著好转。

但输尿管支架管置入患者体内后,作为明显的异物留置体内后易引发尿路刺激、血尿等多种并发症,造成严重后果,对患者疾病的康复十分不利^[4]。本组168例患者术后血尿(39.29%)与膀胱刺激征(28.57%)两种并发症的发生率最高,

相比于其他并发症差异有统计学意义, $P < 0.05$ 。导致膀胱刺激征最主要的原因在于输尿管内支架管位置放置不当而对膀胱三角区造成刺激,治疗过程中可将其取出或是对位置进行调整以防并发症的发生^[5]。输尿管支架管应用后发生血尿并发症的主要原因在于输尿管内支架管置入后会损伤输尿管及膀胱粘膜,因此出现血尿。对于这类并发症,大部分患者在术后静养1d后症状即可消失,若患者存在症状持续的情况,护理人员则需对输尿管内支架管进行检查,观察其是否发生移动,另外还可嘱患者多喝水,通过增加饮水量促进尿液稀释和结石排出。为了达到理想的临床手术治疗效果和预后质量,医护人员应该加强配合,严密观察患者生命体征,预防可能出现的应激反应。

综上,输尿管支架管在泌尿外科中应用广泛,在手术过程中需严格按照手术规范进行操作,确保其合理应用,从而达到缓解患者临床症状、促进其术后恢复的作用。

参考文献

- [1] 刘佳,谷现恩.输尿管支架在泌尿外科中的应用[J].中国临床医生,2013,41(04):16-17.
- [2] 刘增钦,杨江根,张忠,等.新型抗返流输尿管支架管的制作[J].中华实验外科杂志,2015,32(08):1936-1939.
- [3] 王晓庆,侯宇川,陈岐辉,等.纳米梯度可降解输尿管支架的制备及体外降解性能研究[J].中华泌尿外科杂志,2014,35(04):293-296.
- [4] 刘中文,李钢,潘勇,等.输尿管支架管在泌尿外科的临床实用价值[J].现代生物医学进展,2013,13(18):3521-3524.
- [5] 谭伟华,热孜亚·艾海提,周海霞,等.输尿管支架管在泌尿外科的临床实用价值[J].中国农村卫生,2015,28(14):30-30,31.

(上接第34页)

子菌感染1例[J].中国皮肤性病学杂志,2017年9月第31卷第9期

[3] 郭莉娜,徐英春,窦红涛等.临床相关毛孢子菌感染的研究现状[J].中国真菌学杂志

[4] 廖晚珍,彭卫华,胡雪飞,孙爱娣等.阿莎希丝孢酵母菌感

染及快速检测的临床意义[J].中华医院感染学杂志,2011年第21卷第23期

[5] 张德全,夏志宽,吕雪莲,敖俊红,王聪敏,杨蓉娅.阿莎希毛孢子菌感染致病机制的研究进展[J].临床皮肤科杂志,2015年44卷第12期

(上接第35页)

参考文献

[1] 刘亚红,熊添,郭丽娟,等.老年肺癌晚期癌性疼痛处理[J].中国疼痛医学杂志,2016,22(1):77-79.

[2] 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,1999:21-22.

[3] 吴辉渊,郭红飞,徐婷,等.热敏灸干预对中晚期肺癌患者癌因性疲乏的作用[J].针灸临床杂志,2016,32(7):52-54.

[4] 姚海强,崔红生,郭刚,等.王琦运用血府逐瘀汤治验[J].中医杂志,2016,57(5):375-378.

(上接第36页)

重度乙型肝炎患者的IgA、IgM、IgG水平最高,其次为轻度乙型肝炎患者,最后为对照组健康体检者,这说明了通过血清免疫球蛋白检验,能够提示患者的病情严重程度,血清免疫球蛋白水平越高,病情越重且肝损伤越严重^[7]。另外在经过治疗后,观察组乙型肝炎好转患者的IgA、IgM、IgG水平下降明显,且明显比未好转的患者低,这充分说明了血清免疫球蛋白检验能够评估乙型肝炎患者的治疗情况和预后效果。

总而言之,血清免疫球蛋白检验诊断乙型肝炎的临床价值较高,可提供有效的数据以供临床参考,对于判断治疗效果和预后具有良好的作用。

参考文献

[1] 闫忠.乙型肝炎患者血清免疫球蛋白临床检验结果分析[J].黑龙江医药,2017,30(6):1369-1370.

[2] 龙春燕.慢性乙型肝炎患者免疫球蛋白检验的临床意义[J].深圳中西医结合杂志,2015,25(18):64-65.

[3] Lu,C.-Y.,Chang,L.-Y.,Shao,P.-L.et al.Immunogenicity,reactogenicity,and safety of a human rotavirus vaccine,Rotarix,in Taiwanese infants who received a dose of hepatitis B immunoglobulin after birth[J].Journal of the Formosan Medical Association=:Taiwan yizhi,2013,112(9):574-577.

[4] 苗庄,刘刚.血清中免疫球蛋白检验用于乙型肝炎诊治的价值分析[J].中国卫生标准管理,2016,7(9):162-163.

[5] Zubkova,N.V.,Anastasiev,V.V.,Kyuregyan,K.K.et al.Estimation of efficiency of solvent-detergent method for virus inactivation in the technology of immunoglobulin production on the model of duck hepatitis B virus[J].Bulletin of experimental biology and medicine,2013,155(6):821-824.

[6] 李万林.乙型肝炎患者免疫球蛋白检验的临床意义[J].医疗装备,2016,29(5):133-134.

[7] 蔡淑英,邹享珍,李少巡.慢性乙型肝炎患者免疫球蛋白检验的临床研究[J].临床医学工程,2016,23(3):327-328.