

# 中药热奄包治疗癌性疼痛的临床观察分析

何静文 植秀峰 蔡梦莹 周艳玲

佛山市中医院 广东佛山 528000

**〔摘要〕**目的 分析中药热奄包治疗癌性疼痛的临床观察效果。方法 选取 2016 年 2 月 2 日到 2018 年 11 月 11 日期间我院收治的 66 例癌性疼痛患者为研究对象, 依据随机数字表法将其分为对照组 (n=33) 和观察组 (n=33), 对照组人员采取传统治疗, 观察组人员应用中药热奄包治疗。对两组患者治疗后疼痛情况、生活质量及不良反应发生情况进行比较。结果 治疗后观察组疼痛情况及生活质量均优于对照组, 差异显著 ( $P < 0.05$ )。两组患者不良反应发生情况对比, 差异不显著 ( $P > 0.05$ )。结论 中药热奄包治疗癌性疼痛效果较好, 无副作用, 对改善患者生活质量有积极影响。

**〔关键词〕** 中药热奄包; 癌性疼痛; 生活质量; 不良反应

**〔中图分类号〕** R730.5 **〔文献标识码〕** A **〔文章编号〕** 2095-7165 (2019) 02-075-02

癌症患者晚期普遍发生癌痛情况, 对患者生活质量有严重影响。研究<sup>[1]</sup>表明在临床治疗癌性疼痛方法中, 中医外治效果较好, 对患者治疗有积极影响。因此本文以我院收治的 66 例癌性疼痛患者为研究对象, 部分人员采取传统治疗, 部分人员应用中药热奄包治疗, 对其治疗后疼痛情况、生活质量及不良反应发生情况进行分析。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

选取 2016 年 2 月 2 日到 2018 年 11 月 11 日期间我院收治的 66 例癌性疼痛患者为研究对象, 依据随机数字表法将其分为对照组和观察组各 33 例, 所选患者均经临床检验及辅助检查确诊为癌症晚期且伴癌性疼痛<sup>[2]</sup>。对照组男 23 例 (69.70%), 女 10 例 (30.30%), 年龄在 35-65 岁, 平均年龄为 (50.23±5.11) 岁。观察组男 20 例 (60.61%), 女 13 例 (39.39%), 年龄在 37-65 岁, 平均年龄为 (51.02±5.46) 岁。两组患者个人资料比较差异均无统计学意义 ( $P > 0.05$ )。

### 1.2 方法

对照组人员采取传统治疗, 观察组人员应用中药热奄包治疗。对照组行 10mg 奥施康定 (萌蒂 (中国) 制药, 国药准字 J20110015) 口服, 每日 2 次, 1 疗程 7d。观察组采取中药热奄包外敷胸腹或腰背, 药方: 小茴香 50 克, 茺莢 250 克, 粗盐 200 克, 将上述药材放入布包中, 使用前将布包外层喷

湿, 在微波炉中高火加热 5 分钟后外敷均匀, 每日 1 次, 每次 30min, 1 疗程 7d。两组患者治疗期间暂停其他镇痛治疗, 遵循医嘱开展支持治疗。

### 1.3 观察指标

①采用视觉模拟评分法对患者治疗后疼痛情况进行评分, 0 分表示无疼痛; 1-3 分表示轻度疼痛, 4-6 分表示中度疼痛, 7-10 分表示重度疼痛; ②依据生活质量测定量表对患者生活质量进行评估, 包括生理、社会、家庭、心理四个部分, 每个部分 5 道题, 每题 5 分, 分值越高表示患者生活质量越高; ③观察患者不良反应发生情况并予以记录。

### 1.4 统计学分析

行 Excel 数据库建立, 应用 SPSS20.0 软件工具分析数据, 计量资料以独立样本 t 检验, 均数方差表示, 计数资料以  $\chi^2$  检验, 百分率表示,  $P < 0.05$  为差异存在统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 对比两组患者治疗后疼痛情况

将两组患者治疗后疼痛情况进行对比, 观察组术后疼痛评分 (3.39±1.27) 分, 对照组术后疼痛评分 (4.71±1.92) 分, 差异显著 ( $t=3.294, P < 0.05$ )。

### 2.2 对比两组患者生活质量情况

将两组患者生活质量情况进行对比, 差异显著 ( $P < 0.05$ ), 见表 1。

表 1: 生活质量情况对比 (分)

组别	生理	社会	家庭	心理
对照组 (n=33)	20.11±1.43	19.00±2.23	20.33±2.89	18.32±2.33
观察组 (n=33)	22.98±1.87	21.87±2.11	23.02±1.20	22.00±1.76
t	7.003	5.370	4.938	7.240
P	0.000	0.000	0.000	0.000

### 2.3 对比两组患者不良反应发生情况

将两组患者不良反应发生情况进行对比, 对照组发生 6 例, 发生率为 18.18%。观察组发生 2 例, 发生率为 6.06%, 两组患者不良反应发生情况对比, 差异不显著 ( $\chi^2=2.276, P > 0.05$ )。

## 3 讨论

依据中医学认定, 癌痛为气血堵塞、癌毒蕴结、脉络虚涩等, 其多类因素影响转化, 对患者健康有严重危险, 因此

需及时开展对症治疗<sup>[3]</sup>。

本研究中, 观察组治疗后疼痛情况、生活质量均优于对照组, 差异显著 ( $P < 0.05$ )。表明采用中药热奄包治疗癌性疼痛效果较好, 对患者生活质量改善有积极影响。其原因可能在于药方中雄黄是常用败毒抗癌药物, 其用于癌瘤积毒治疗中效果显著。明矾对患者有祛痰、燥湿、解毒的功效, 提高患者生活质量, 对患者治疗有积极影响。青黛具有明确抗

(下转第 78 页)

### 3 讨论

腰椎间盘突出症属于常见临床疾病,以腰腿疼痛和腰部活动存在障碍为主要临床症状,如果病情严重,甚至会出现脊柱侧弯或者是肢体感觉障碍等问题。在中医学角度,腰椎间盘突出症隶属腰腿痛痹症,也属于腰痛范畴,病因就是腰肌劳损,但同样和遗传因素、个人免疫情况等诸多因素存在紧密联系,进而导致腰椎发生退行性的变化<sup>[4]</sup>。

中医推拿的方法能够使患者腰椎间盘突出部位的的压力明显缓解,使其腰间盘部位的负压吸引力得到改善,使已经突出的椎间盘有效回缩,神经根压迫也随之改变。所以,推拿可以保证肌肉痉挛松解,以实现行气活血的目的,使患者的腰部疼痛感得以缓解。

针刺穴位的治疗方式则可以使血管对组织渗出物进行有效吸收,尽量规避渗出物对神经细胞造成的压迫感。在刺激突出局部穴位的基础上,使得神经细胞兴奋性不断提高,加快神经细胞的再次恢复速度<sup>[5]</sup>。以针刺为基础,加行推拿治疗方法,可以更好地达到椎间盘复位的效果,确保腰部和肢体活动更正常。而且,推拿治疗前进行针灸操作,可以使患者的肌肉紧张感降低,帮助其局部炎症刺激的有效解除,而且能够规避神经根压迫刺激所引起的肌肉痉挛问题。由此可见,针灸与推拿相互配合,解痉与镇痛的作用十分明显,且针灸也为后期的推拿治疗提供了必要前提,使患者发生不良

反应的几率明显下降。

在此次研究中,实验组接受针灸配合推拿治疗,临床治疗效果、疼痛评分、TNF- $\alpha$ 水平、IL-1 $\beta$ 水平均优于对照组,组间对比差异性显著( $P < 0.05$ )。由此证实,针灸与推拿配合治疗腰椎间盘突出症,效果明显,推广可行性显著。

综上所述,临床治疗腰椎间盘突出症的过程中,配合使用针灸与推拿手法,能够使患者的临床症状得以改善,在互补的前提下,短时间内恢复患者的功能,值得推广。

#### [参考文献]

- [1] 何飞军.老年肾虚型腰椎间盘突出患者应用针灸推拿的效果观察及对患者VAS评分的影响[J].中国急救医学,2017,37(z1):174-175.
- [2] 赵燕,妥玲,许丹等.腰椎间盘突出患者实施中医护理联合针灸推拿的临床效果分析[J].中国保健营养,2017,27(36):384.
- [3] 陈秀娟.腰椎间盘突出患者实施中医护理联合针灸推拿的临床效果分析[J].中外女性健康研究,2016(6):53-54.
- [4] 孙冬梅,孙冬霞.针灸推拿结合康复治疗对腰椎间盘突出疾病患者的临床治疗效果分析[J].中国保健营养,2018,28(27):305.
- [5] 姜鹏勇.中医针灸推拿结合牵引在腰椎间盘突出症患者中的治疗效果观察[J].养生保健指南,2018(2):317.

(上接第 75 页)

肿瘤效果,对患者恢复有积极作用。血竭可收敛伤口,能够达到消肿抗炎的效果,有效对患者疼痛情况进行消除或改善,具有镇痛性。乳香可达到活血的效果,其可定痛生肌、消肿,让患者身心改善,疼痛降低。上述药物联合应用下不仅能达到止痛的效果,还可起到活血化瘀、通络、解毒的功效<sup>[4]</sup>,对患者治疗有积极作用,且降低患者疼痛性,提升患者生活质量。另外其自身热量能够加强局部血管扩张,帮助药物更好的渗透。两组患者不良反应发生情况对比,差异不显著( $P > 0.05$ )。表明其应用无副作用,对患者治疗无不良影响。其中观察组 2 例不良反应为呕吐,后经相应处理后恢复。

(上接第 76 页)

林师反对所谓的纯中医,认为西医很多检查和治疗是对中医的有效补充,是望闻问切的延伸和辨证用药的参考。鸦片战争后中国固步自封的理念被打破,中医也开始注目世界,探求新知,张锡纯就是中西汇通学派的杰出代表,故林师常教导我们要衷中参西,中西汇通,二观互辨,做到谙熟中西医两种医学体系的诊疗技术,扬长避短。慢性胃炎随着胃镜等的发展,不仅提高了诊断率,也为我们提供了更多的临床资料。林师重视辨证与辨病相结合,并参考中药现代药理研究指导临床,提高了疗效。研究证实Hp感染是慢性胃炎最重要的病因,在组织学上都存在慢性活动性胃炎,故慢性胃炎应常规进行Hp检测<sup>[5]</sup>。但随着耐药率的上升,西医的抗Hp治疗的根除率已开始下降<sup>[6]</sup>。与此同时,林师提出了外邪与内伤并存的邪毒学说,创立了扶正祛毒理论,临床疗效好且有避免耐药的弊端,常选用小柴胡汤加蒲公英、白及等药。

### 3 结语

慢性胃炎为慢性疾患,证候错综复杂。林师认为慢性胃

炎在临床上证型常相互夹杂,不能以一方统领,临床上要灵活加减。其临证之时,强调多靶点宏观整体调治的临床思路,密切联系脾胃之病理、生理特点遣方用药,重视舌诊,在辨证的基础上结合辨病施治,未病先防,临床效果显著。

#### [参考文献]

- [1] 任志宏,陈秀红,白晶晶.中药热奄包治疗痹病关节疼痛的安全性研究[J].山西中医学院学报,2017,18(2):72-73.
- [2] 佚名.中药热奄包治疗骨折后肿胀疼痛临床观察[J].光明中医,2018,33(21):14-16.
- [3] 任志宏,陈秀红.中药热奄包治疗痹病关节疼痛的临床观察[J].光明中医,2017,32(7):1010-1012.
- [4] 刀琳.药酒涂擦配合中药热奄包治疗老年性腰腿痛 60 例临床疗效观察[J].中国民族民间医药,2013,22(16):62-62.

炎在临床上证型常相互夹杂,不能以一方统领,临床上要灵活加减。其临证之时,强调多靶点宏观整体调治的临床思路,密切联系脾胃之病理、生理特点遣方用药,重视舌诊,在辨证的基础上结合辨病施治,未病先防,临床效果显著。

#### [参考文献]

- [1] 张声生,唐旭东,黄穗平,卞立群.慢性胃炎中医诊疗专家共识意见(2017)[J].中华中医药杂志,2017,32(07):3060-3064
- [2] 林兰,郑奎城,王雯,等.慢性萎缩性胃炎危险因素病例对照研究[J].海峡预防医学杂志,2016,22(4):1-3,7
- [3] 徐军.慢性萎缩性胃炎患者行综合护理对疗效及心理状态的影响[J].现代消化及介入诊疗,2016,21(3):492-494
- [4] 李天心.医学心理学[M].北京:北京医科大学出版社,1998,33
- [5] 刘文忠,谢勇,陆红,等.第五次全国幽门螺杆菌感染处理共识报告[J].胃肠病学,2017,22(06):346-360
- [6] 刘文忠.“幽门螺杆菌胃炎京都全球共识”解读[J].胃肠病学,2015,20(08):449-456