

· 针灸经络 ·

耳穴埋豆干预骨转移中重度癌性疼痛临床观察 30 例*

王 敬, 芦殿荣[△], 毕 然, 舒晓宁

(中国中医科学院望京医院, 中国 北京 100102)

摘要: 目的 观察中医外治特色护理疗法耳穴埋豆干预骨转移癌中、重度疼痛的有效性及安全性。方法 选择在本科住院的骨转移中、重度癌性疼痛患者 60 例, 采用随机数字表随机分为 2 组, 每组 30 例。对照组常规给予氨酚羟考酮片对症止痛, 试验组在常规氨酚羟考酮片对症止痛治疗基础上联合中医外治特色护理疗法耳穴埋豆, 通过对 2 组患者的疼痛缓解率、阿片类止痛药用药剂量及恶心、呕吐、便秘的发生率和程度进行综合分析及科学评价。结果 试验组恶心等副作用低于对照组, 阿片类止痛药总量低于对照组, 患者生活质量优于对照组, 护理满意度明显提高。结论 中医外治特色护理疗法耳穴埋豆简便易行, 能够改善癌痛患者生活质量, 减轻阿片类止痛药的副反应, 值得临床护理推广。

关键词: 耳穴埋豆; 癌性疼痛; 骨转移癌

中图分类号: R73

文献标志码: B

文章编号: 1007-2349(2015)02-0043-03

DOI:10.16254/j.cnki.53-1120/r.2015.02.027

近年来我国癌症发病率呈上升趋势, 据中国肿瘤登记中心发布的 2013 年年报相关统计: 我国目前平均每天确诊 8474 人, 即每分钟约 6 人被诊断为癌症。疼痛是肿瘤患者最常见却又最难控制的症状之一, 约 50% 的患者有癌性疼痛症状, 70% 的晚期癌症患者以疼痛为主要症状^[1]。骨骼是晚期恶性肿瘤最常见的转移和受累部位, 是继肝、肺之后第 3 个易发生肿瘤转移的部位, 晚期恶性肿瘤 2/3 有骨转移, 骨转移为癌性疼痛的重要原因^[2]。此外, 恶性肿瘤骨转移如治疗得当, 患者尚有较长的生存期, 因此, 如何提高骨转移癌性疼痛, 是目前相关领域研究热点^[3]。强阿片类药物是治疗中、重度癌性疼痛的主要药物, 有资料显示, 在接受口服阿片治疗慢性癌痛的患者中便秘的发生率在 40%~70%, 有 2/3 的患者会出现恶心呕吐^[4]。祖国医学对疼痛的研究历史悠久, 其从宏观的角度出发, 把疼痛病机概括为不通则痛、不荣则痛两大类, 治疗多以通止痛、虚痛当补、治络止痛、解毒止痛、活血止痛等为法^[5]。本科为中国中医药管理局重点专科、重点学科, 本科被评为优质护理病房, 是骨转移、骨肿瘤学组暨全国协作组组长单位、卫生部癌痛规范化治疗示范病房培育单位, 本科基于前期癌痛研究基础之上, 自 2012 年 5 月—2013 年 5 月笔者观察了耳穴埋豆干预骨转移中、重度癌性疼痛 60 例, 现报道如下。

1 病例来源

所有病例均来自 2012 年 5 月—2013 年 5 月期间本科收治住院患者, 其中男 23 例, 女 37 例; 年龄 32 岁~80 岁(62.87 岁±10.96 岁), 采用数字随机表法随机分为 2 组, 试验组和对照组, 每组各 30 例。

2 入组标准

西医诊断标准: 参照《恶性肿瘤骨转移及骨相关疾病临床诊疗专家共识》: 即经组织病理学或细胞学检查诊断为恶性肿瘤, 或骨病灶穿刺活检或细胞学诊断为恶性肿瘤骨转移; 骨病灶经 X 线平片、或 CT 扫描、或 MR 扫描、或 PET-CT 扫描诊断为恶性肿瘤骨转移^[6]。同时符合以下 6 条: 诊断明确的骨转移性疼痛; 符合中医学证候标准; 数字化评估量表(NRS)评分为中、重度疼痛, 中度疼痛 4~6 分, 重度疼痛 7~10 分; 治疗前无恶心、呕吐、便秘、腹泻等消化道症状, 无智力及精神障碍, 语言表达能力正常; 治疗前 1 个月内未行特殊抗肿瘤治疗(包括双磷酸盐治疗), 观察前 1 天未使用止痛药物治疗; 年龄 18~80 岁, 预期生存不少于 3 个月, 无明显阿片类药物治疗禁忌症; 患者知情同意。

3 排除标准

对盐酸吗啡片或耳穴埋豆治疗过敏者; 治疗过程中需接受放疗或双磷酸盐治疗者; 严重肝肾功能不良、有消化道溃疡病史及口服困难患者; 已知对受试药物(包括胶布)过敏者。

4 剔除标准

未按规定用药, 无法判定疗效、资料不全等影响疗效和安全性判断的患者。

5 治疗方法

将符合入组标准的患者采用数字随机表法随机分为 2 组, 试验组和对照组, 每组各 30 例, 对照组口服氨酚羟考酮片作为常规治疗, 对于消化系毒副反应不作常规预防治疗, 出现 III 度、IV 度反应下滑道不良反应则给予甲氧氯普胺针剂肌肉注射止吐及口服番泻叶通便; 试验组在常规给予氨酚羟考酮片

* 基金项目: 中国中医科学院望京医院院级资助护理研究项目(NO: WJHL2013-17)

作者简介: 王敬(1972~), 女, 本科, 主管护师, 研究方向: 中医护理干预治疗癌性疼痛。

△通信作者: 芦殿荣, Email: ludianrong@aliYun.com.

止痛治疗基础之上,辨证施护,选取相应耳穴给予中医特色护理,具体如下:止呕、止吐、止痛穴位:胃、肝、脾、贲门、交感、神门、皮质下;预防便秘穴位:直肠、大肠、腹、三焦、便秘点;同时选癌症所侵犯的主要脏器相应穴,如肝癌的主穴为肝,肺癌的主穴为肺等配合止痛(每例患者至多取1穴)。一耳贴敷止呕、止吐、止痛7穴位,75%酒精消毒耳廓,小块胶布将王不留行籽紧贴于穴位上,每日更换。嘱患者每日于早中晚按压3次,每次2~3min,按压力度以穴位局部有酸胀感为宜。停药指征:使用中监测到明确药物相关的严重不良反应;临床医生认为需要停药时。

6 观察指标

行相关血、尿、便常规检查;心、肝、肾功能检查。治疗前、治疗后各评价1次。消化系统毒副反应观察:按WHO标准记录2组7d内恶心、呕吐及便秘的发生率及程度。即:恶心、呕吐分级:0度:无恶心、呕吐;I度:恶心;II度:暂时性呕吐;III度:呕吐需治疗;IV度:难控制的呕吐。便秘分级:0度:无便秘;I度:轻度;II度:中度;III度:腹胀;IV度:腹胀、呕吐。疗效性观测:疼痛强度评分以数字化评估量表NRS量表。体力状况:按Karnofsky计分标准,治疗前、治疗后各评价1次。骨相关事件(SRE)发生率:治疗前、治疗后各评价1次。

7 疗效评定标准

根据WHO急性亚急性毒副反应的表现和分度标准。恶心、呕吐分级:0度:无恶心、呕吐;I度:恶心;II度:暂时性呕吐;III度:呕吐需治疗;IV度:难控制的呕吐。便秘分级:0度:无便秘;I度:轻度;II度:中度;III度:腹胀;IV度:腹胀、呕吐。体力状况:以Karnofsky行为状况评分标准为指标,凡在疗程结束后较治疗前评分增加 ≥ 10 分者为提高,减少 ≥ 10 分者为降低,增加或减少不及10分者为稳定。疼痛强度评分以数字化评估量表NRS量表,对治疗前后评分进行统计学处理。骨相关事件(SRE)发生率治疗后按事件发生率进行统计学处理。采用NRS评估疼痛程度:0分:无痛;1~3分:轻度疼痛;4~6分:中度疼痛;7~10分:重度疼痛。并记录治疗过程中所用氨酚羟考酮片剂量。疗效评定:显效:疼痛减轻2度或以上;有效:疼痛减轻1度;无效:未达到显效和有效者。

8 统计方法

使用SPSS12.0统计学软件进行数据处理,采用计数资料的百分率 χ^2 检验及两样本均数 t 检验

9 研究结果

9.1 2组止痛效果比较 见表1。

表1 2组疼痛缓解比较 $n(\%)$

组别	n	完全缓解	部分缓解	轻度缓解	无效	总有效率/ $\%$
治疗组	30	3(10.0)*	20(66.7)*	7(23.3)	0(0)	100*
对照组	30	0(0)	12(40.0)	16(53.3)	2(6.7)	93.3

注:与对照组比较,* $P < 0.05$

9.2 2组疼痛评分比较 见表2。

表2 治疗组与对照组疼痛评分(NRS)比较($\bar{x} \pm s$)

组别	治疗前	治疗后
治疗组	5.20 \pm 1.13	1.17 \pm 0.59** $\Delta\Delta$
对照组	4.83 \pm 1.02	3.10 \pm 0.62

注:与治疗前比较,** $P < 0.001$;与对照组比较, $\Delta\Delta P < 0.001$

9.3 2组患者消化道反应比较 见表3~表4。

表3 2组患者治疗后恶心、呕吐发生情况比较

组别	n	0	I	II	III	IV	
治疗组	30	治疗前	8	16	6	0	0
		治疗后	18* Δ	8* Δ	4 Δ	0	0
对照组	30	治疗前	5	19	5	1	0
		治疗后	5	22	3	0	0

注:与本组治疗前比较, $\Delta P < 0.05$,与对照组比较,* $P < 0.05$

表4 2组治疗前后便秘发生比较

组别	n	0	I	II	III	IV	
治疗组	30	治疗前	2	19	7	2	0
		治疗后	15* Δ	12* Δ	3* Δ	0 Δ	0
对照组	30	治疗前	1	12	11	6	0
		治疗后	1	13	14	2	0

注:与本组治疗前比较, $\Delta P < 0.05$,与对照组比较,* $P < 0.05$

9.4 2组患者对护理满意度调查结果比较 见表5。

表5 2组患者满意度调查结果比较

组别	n	非常满意	满意	普通	不满意	极为不满意
治疗组	30	6*	14*	9*	1*	0
对照组	30	2	10	22	6	0

注:与对照组比较,* $P < 0.05$

9.5 2组患者生活质量比较 见表6。

表6 2组病例KPS评分疗效比较($\bar{x} \pm s$)

组别	治疗前	治疗后
治疗组	56.67 \pm 12.95	60.33 \pm 13.77*
对照组	56.00 \pm 11.92	56.00 \pm 12.76

注:与对照组比较,* $P > 0.05$

10 讨论

近年来我国癌症发病率呈上升趋势,骨骼是晚期恶性肿瘤最常见的转移和受累部位,晚期恶性肿瘤2/3有骨转移。另据统计,在新诊断为恶性肿瘤的患者中约有1/4伴有疼痛,1/3正在接受治疗的患者以及3/4晚期肿瘤患者合并疼痛,且疼痛症状往往难以有效缓解^[7]。因此,癌性疼痛尤其是骨转移癌痛是肿瘤患者最常见、最难忍受的症状之一,极大地影响着患者的日常活动、自理能力、情感活动,甚至影响患者与他人之间的关系,控制骨转移癌痛是改善其生活质量的重要手段之一^[8],是肿瘤内科姑息治疗的重要内容和需要优先解

决的问题^[9]。WHO 针对癌痛的三阶梯止痛疗法中,阿片类药物占有举足轻重的地位,然而其副作用却令患者痛苦不堪,有的患者甚至认为三阶梯止痛药物带来的副作用比癌痛更让人难以忍受^[10],因此影响甚至中断对疼痛的治疗。因此,如何有效安全治疗骨转移癌痛是相关研究领域研究难点及热点。

祖国医学对疼痛的研究历史悠久,其从宏观的角度出发,把疼痛原因概括为气滞、血瘀、痰浊、热毒、寒凝等,并常见有痛则不通、瘀血致痛、毒蕴痛甚、久病入络、不荣则痛等学说。提出了“以通止痛”、“虚痛当补”、“治络止痛”、“解毒止痛”、“活血止痛”等治疗大法。关于癌痛的病因,从近年的中医研究看,主要体现两大方面:(1)因实致痛,由于病邪滞于脏腑、经络或气血而致的实性疼痛,即古人云“不通则痛”。(2)因虚则痛,由于久病气血亏虚,经络失养,脏腑亏损而致不荣则痛。中医治疗癌痛方法大体分为内治法和外治法两大类。目前内治方面的研究主要立足于辨证止痛和专方止痛的研究。既往研究显示中药内服、外用以及静脉给药对癌痛均有显著的治疗效果,对于轻中度疼痛疗效更佳,对于中重度疼痛外治法的疗效较内服法要更为显著^[11-17]。目前针对骨转移癌性疼痛规范化中医外治研究相对较少,护理上缺乏专门针对骨转移癌痛的特色中医护理,因此在传统中医理论指导下,寻找对骨转移癌痛合适的治法及方药,既具有立论基础,又有现实需求。耳穴埋豆法是在中医经络学说指导下作用于腧穴,发挥了经络腧穴对人体的调节功能。在临床上,根据耳与经络、脏腑紧密联系运用耳穴诊治疾病,早在《灵枢·五邪》中就有记载“邪在肝,则两胁中痛……取耳中青脉以去其制”。现代医家对此研究也颇多,如季林香应用耳穴按压法治疗化疗后胃肠道反应,赵卫梅等耳穴诊断和临床应用在上消化道癌中的研究进展等。《灵枢·口问》:“耳者,宗脉所聚也”。十二经脉都直接或间接上达于耳,六阳经脉、经别分别入耳中、上耳前至耳上角;六阴经虽不直接入耳,但都通过经别与阳经结合,而与耳相联系。这说明耳与经络之间有紧密的联系。《厘正按摩要述》将耳廓分为心肝脾肺肾五部,曰“耳珠属肾,耳轮属脾,耳上轮属心,耳皮肉属肺,耳背玉楼属肝。”说明耳与脏腑在生理功能上是息息相关的。通过刺激耳穴的治疗,推动经络气血运行,调整脏腑功能。癌症属于消耗性疾病,患者发病后体质虚弱无力,胃肠蠕动减慢,排空延迟,日久致脾胃运化失常,升降失职,气机逆乱。分析前期有关文献报道,耳穴理论上可治疗各种疼痛,包括头痛、痛经、四肢关节痛、外科术后切口痛等。相关基础研究观察到耳穴综合疗法是通过降低患者血浆P物质达到镇痛作用。我们在长期临床护理实践中发现,耳穴能配合阿片类药物治疗癌痛,并可减少阿片类药物剂量、减轻其不良反应。耳穴是人体的内脏器官、四肢躯干的反应点,在这些反应点上进行刺激,可以治疗相关部位的病症。起到止吐通便并调整中枢神经系统痛阈达到镇静、止痉、止痛的效果。本科在创建中国中医药管理局重点专科、重点学科,以及在创建骨转移、骨肿瘤学组暨全国协作组组长单

位、卫生部癌痛规范化治疗示范病房培育单位过程中,我们突出中医外治特色护理被评为优质护理病房,基于以往临床研究基础,此次我们针对骨转移中、重度癌痛患者的疼痛缓解率、阿片类药物剂量及相关恶心、呕吐、便秘等不良反应的发生率和程度进行综合分析及科学评价。证实中医外治特色疗法耳穴埋豆可有效缓解骨转移癌痛,减少阿片止痛药剂量,可提高患者治疗依从性,改善患者生活质量,提高对护士的满意度。当然,其具体内在机制有下一步研究阐释。

参考文献:

- [1] 芦殿荣, 芦殿香, 魏萌, 等. 穴位注射对含顺铂化疗患者化疗相关恶心呕吐影响的临床试验研究[J]. 针灸临床杂志, 2013, 10(29): 33-38.
- [2] 程熠, 于世英. 阿片类药物在肝肾功能不全癌痛患者中的选择应用[J]. 中国肿瘤, 2011, 20(4): 278-282.
- [3] 芦殿荣, 冯利, 芦殿香. 癌性疼痛的中药外治临床应用概述[J]. 中医杂志, 2011, 52(24): 2149-2152.
- [4] 芦殿荣, 芦殿香, 冯利. 中药治疗恶性肿瘤骨转移疼痛临床应用概述[J]. 中国实验方剂学杂志, 2012, 18(2): 210-212.
- [5] 王斌, 田华琴, 梁贵文. 中药耳穴穴位注射缓解癌痛的临床观察[J]. 新中医, 2011, 43(1): 113-115.
- [6] 刘鹏. 磁珠耳穴贴压治疗偏头痛临床疗效观察[J]. 西南军医, 2009, 11(3): 436-437.
- [7] 叶恬吟, 刘琴, 郭立中. 耳穴贴压治疗四肢关节疼痛 100 例[J]. 辽宁中医药大学学报, 2009, 11(7): 170.
- [8] 王敏. 耳穴埋籽对肛肠术后切口疼痛的影响[J]. 黑龙江中医药, 2008, 37(6): 38-39.
- [9] 杨佃会. 耳穴综合疗法对不同时期无先兆偏头痛患者血浆P物质的影响[J]. 中国针灸, 2009, 29(3): 189-191.
- [10] 蔡亚红. 耳穴压豆治疗晚期癌症疼痛 50 例临床观察[J]. 浙江中医杂志, 2009, 44(11): 840.
- [11] 王雅杰. 关注吗啡治疗癌痛的个体化[J]. 医学研究杂志, 2010, 39(5): 3-5.
- [12] 舒晓宁, 毕然, 王敬, 等. 中药穴位注射防治含顺铂方案化疗患者消化道毒性反应的护理体会[J]. 护理实践与研究, 2012, 9(18): 63-64.
- [13] 芦殿荣, 芦殿香, 何生奇, 等. 穴位刺激防治含顺铂方案化疗患者副反应的临床研究进展[J]. 针灸临床杂志, 2012, 10(28): 66-70.
- [14] 侯小兵, 黄智苑, 李文凤, 文娜, 夏玉卿. 电热针干预血管源性轻度认知障碍的临床疗效研究[J]. 中医药通报, 2012, 56-62.
- [15] 赖洪康, 张启周, 范志勇. 针刺治疗顺铂所致消化道反应临床观察[J]. 新中医, 2011, 43(43): 91-92.
- [16] 刘增慧. 足三里穴位注射异丙嗪治疗血液系统肿瘤化疗后顽固性呕吐的疗效观察[J]. 广东医学, 2011, 32(13): 1769-1770.
- [17] 武百强, 陈福春, 潘琦, 等. 针刺足三里防治肺癌化疗所致呕吐的临床研究[J]. 中华中医药学刊, 2011, 29(2): 406-408.
- [18] 邢金云, 李学, 任秀梅. 腹针防治含顺铂方案化疗所致恶心、呕吐疗效观察[J]. 上海针灸杂志, 2013, 12(12): 1046-1048.

(收稿日期: 2014-09-22)