

中药去痛灵外用治疗癌痛 144 例

李佩文 郝迎旭 崔惠娟 于莉莉 张代钊* 李凯鹏 邵凤兰

癌痛是癌症患者难以解决的并发症,近年来我们应用中药制剂去痛灵外用治疗癌痛取得一定疗效。

临床资料

从 1991 年始在我院及癌症基金会恒兴肿瘤医院等处治疗癌痛患者 144 例,其中男 96 例,女 48 例。年龄 26~84 岁,平均 56.3 岁。癌症患者均经影像学、实验室检查及临床症状确诊,有病理学依据者 89 例。其中肺癌 62 例,肝癌 15 例,胰腺癌 4 例,消化道肿瘤 19 例,乳腺癌 30 例,其他部位肿瘤 14 例。按疼痛部位分为胸痛 71 例,腹痛 53 例,脊柱、四肢骨痛 20 例。疼痛程度参照世界卫生组织规定:轻度(31 例):为可忍受的疼痛,能正常生活和睡眠。中度(79 例):为持续剧烈疼痛,影响睡眠,需用镇痛剂。重度(34 例):为强烈持续疼痛,伴强迫体位及植物神经紊乱,严重干扰生活及睡眠。

中医辨证分型:血瘀型 64 例,气滞型 38 例,寒痛型 22 例,阴虚型 20 例。多数患者在应用中药前都曾程度不同地用过西药镇痛剂(包括吗啡、度冷丁、强痛定、盐酸二氢埃托菲等)。另以中药擦剂 10% 冰片酒精溶液及西药注射剂强痛定 100 mg 肌肉注射为阳性对照。

治疗方法

去痛灵基本方剂组成:元胡、丹参、台乌药、蚤休、地鳖虫、血竭、冰片。前 4 味药与地鳖虫以 4:1 比例配方,血竭及冰片各按 10% 比例加入,以上药物用 75% 酒精浸泡 1 周(酒精用量以没过中药为度),过滤后将药物浓度调至每毫升含生药 1 g 即可。

选择近期内未接受过放、化疗及半日内未用过止痛剂、镇静剂的患者,洗净患处皮肤,棉签蘸取去痛灵涂搽于患处皮肤,用药面积应大于疼痛部位周边 2~3 cm,每日涂药 3~4 次,见效后可连续应用,无疗程限制。连用 2 日后无效者可停用。

结果

1 疗效标准 完全缓解(CR):完全无疼痛;明显缓解(PR):疼痛明显减,或虽有痛感但不影响睡

眠和正常生活;轻度缓解(MR):疼痛减轻但仍有明显疼痛,影响睡眠;无效(NR):治疗前后无变化。

2 疗效

2.1 对不同程度癌痛的疗效观察 见附表。去痛灵对轻度疼痛缓解率最高,且镇痛持续时间最长。

2.2 去痛灵对疼痛部位的疗效分析 对胸部疼痛的缓解率为 90.1%,缓解时间为 9.14 ± 1.64 h

附表 去痛灵对不同程度癌痛疗效比较

疼痛程度	例数	缓解程度(例)				缓解率 (%)	缓解时间 (h, $\bar{x} \pm S_{\bar{x}}$)
		CR	PR	MR	NR		
轻度	31	24	5	0	2	93.5	8.72 ± 1.69
中度	79	13	48	7	11	86.1	6.81 ± 2.11
重度	34	4	10	3	17	50.0	3.44 ± 1.22
总计	144	41	63	10	30	79.2	6.42 ± 1.24

($\bar{x} \pm S_{\bar{x}}$,下同),对腹部疼痛的缓解率为 75.5%,缓解时间为 4.10 ± 2.11 h;对脊柱、四肢骨疼痛的缓解率为 50%,缓解时间为 3.02 ± 1.05 h。

2.3 从中医病因病机分析 对气滞引起疼痛的缓解率为 86.8%(33/38),血瘀引起疼痛的缓解率为 84.4%(54/64),阴虚引起疼痛的缓解率为 60%(12/20),寒痛的缓解率为 68.2%(15/22)。

2.4 与常用镇痛剂比较 30 例患者用强痛定 100 mg 肌肉注射,疼痛缓解率为 83.3%,略高于去痛灵(79.2%),但无统计学意义。疼痛缓解持续时间:去痛灵为 6.42 ± 1.24 h,强痛定为 4.81 ± 2.21 h,两者比较差异显著($P < 0.01$)。

讨论

中医学在阐述疼痛病机方面有“不通则痛”之说,强调以通利之法缓解疼痛的必要。本方台乌药、元胡重在行气,丹参、地鳖虫、血竭重在活血,蚤休消肿且能息风定惊,与冰片开窍醒神及丹参养血安神配合,起到镇静和抗焦虑的作用,以增加止痛的效果,而元胡、冰片、丹参、血竭皆为归心经药,可保护中枢神经系统减轻癌痛的不良刺激。

中药外治法由来已久,许多中药都可经皮吸收,且发挥药效快,简便、安全、毒副作用小,可避

免口服中药发生的消化道、肝脏等处消化酶的破坏,是重要的给药途径。应用本方仅有少数人出现皮肤过敏,但程度轻微,不影响治疗,无西药止痛剂常见的

头晕、恶心、便秘等副作用,更无药物依赖现象;且止痛效果快(一般10 min即可止痛)。

(收稿:1993-10-18 修回:1994-04-25)

中西医结合治疗慢性活动性乙型肝炎 34 例

黄崇军 黄卫仁 程荷莲

1991~1993年,我们用中药配以西医保肝及支持疗法治疗慢性活动性乙型肝炎(CAH)34例,获效佳。

临床资料 68例为我院住院患者,均符合1990年全国(上海)病毒性肝炎会议修订的CAH诊断标准。乙型肝炎病毒感染史均>0.5年,入院时均有明显乏力、纳差、腹胀,血清HBsAg、HBeAg、抗-HBc及DNA多聚酶(DNAP)均阳性,ALT均升高。随机分为中西医组和西医组。中西医组34例,男21例,女13例;年龄14~62岁,平均36岁;病程:10个月~6年,平均3.5年;其中,肝大30例,脾大10例;ALT平均328 u/L(128~1264 u/L)。西医组34例,男22例,女12例;年龄12~61岁,平均35.4岁;病程1~4.5年,平均3.2年;其中肝大28例,脾大9例;ALT平均304 u/L(108~1258 u/L)。

中医辨证: 中西医组与西医组肝胆湿热型分别为23例、22例,肝郁脾虚型分别为5例、6例,肝肾阴虚型分别为4例、3例,脾肾阳虚型分别为2例、3例。两组资料差异无显著性($P>0.05$)。

治疗方法 西医组用5%葡萄糖液500 ml加门冬氨酸钾镁20 ml(含钾10.6~12.2 mg/ml、镁3.9~4.5 mg/ml),肝安250 ml静脉滴注,每日1次;肌苷片0.4 g,维生素B₁20 mg,维生素C200 mg,均每日3次口服。14日为1疗程,连用2个疗程。中西医组在西医组治疗基础上,根据中医祛邪扶正调理气血治疗的原则加服中药:党参、白花蛇舌草各12 g,夏枯草、金钱草、山豆根、茯苓、女贞子、枸杞子、黄芪、丹皮、红花各9 g,丹参15 g,甘草6 g。肝胆湿热型加茵陈、栀子;肝郁脾虚型加柴胡、赤芍;肝肾阴虚型加生地、白芍;脾肾阳虚型加附子、干姜。每日1剂,水煎分2次服,疗程为4周。儿童量酌减。

检测项目: 治疗前后检测血清HBsAg、HBeAg、抗-HBs、抗-HBe及抗-HBc(采用酶联免疫吸附试验法,深圳亚利生物工程有限公司试剂),DNAP(采用放射免疫试验法,用上海海研同位素中心试剂)及肝功能。

结 果

1 **疗效标准** 按1990年(上海)病毒性肝炎会议

修订的病毒性肝炎药物疗效评价标准。显效:疗程结束后主要症状消失,肝脾回缩,肝功能恢复正常;有效:症状改善,肝功能好转(ALT下降>30%),且其他1项以上血清学指标好转;无效:主要症状、体征无明显改善。

2 **疗效** 西医组显效6例(17.6%);有效21例(61.8%),无效7例(20.6%),总有效率79.4%。中西医组显效21例(61.8%),有效13例(38.2%),总有效率100%。两组相比,显效率及总有效率均有显著性差异($P<0.01$)。

3 两组患者乙肝病毒标志物的结果,见附表。

附表 两组治疗后乙肝病毒标志物结果比较(例(%))

组别	例数	HBsAg 转阴	HBeAg 转阴	抗-HBe 阳转	DNAP 阴转
西医	34	4(11.8)	10(29.4)	7(20.6)	8(23.5)
中西医	34	8(23.5)	26(76.5)*	19(55.9)*	23(67.6)*

注:与西医组比,* $P<0.01$

从附表见,中西医组乙肝病毒复制标志HBeAg和DNAP转阴率大大高于西医组,说明中西医组对乙肝病毒复制抑制效应强。

4 **随访**(观察0.5年),中西医组18例显效者肝功能异常、HBeAg转阳3例(16.7%),其中2例(11.2%)再次住院。西医组6例显效者肝功能异常、HBeAg转阳5例(83.3%),其中4例(66.7%)再次住院。

体 会 慢性乙型肝炎迄今尚缺乏特效治疗方法。其治疗原则是依据疾病不同的发展阶段,采取控制病毒复制及提高机体免疫功能综合措施为主,辅以针对肝损伤的支持及对症疗法。西医强调保肝支持疗法。中医则根据“湿热疫毒病邪内侵”,“邪伏血分”为基本病机,采用祛邪扶正,调理气血为治疗原则,方中白花蛇舌草、夏枯草、金钱草、山豆根主祛邪、清热利湿;党参、茯苓、枸杞子健脾补肾;丹参、黄芪、丹皮、红花补气活血;辅以甘草解毒消炎,调和诸药。在西医治疗的基础上加服中药,可大大提高临床的疗效。

(收稿:1994-01-31 修回:1994-07-14)