

逐水膏外敷中极穴治疗脾肾阳虚型恶性腹水临床疗效观察

李寿杰

(广东省第二中医院 广州 510095)

摘要:目的:通过前瞻性的随机对照临床研究,对逐水膏治疗脾肾阳虚型恶性腹水的安全性和有效性进行评述,为中医药治疗恶性腹水寻找新的方法。方法:采用随机单盲的对照研究,观察住院病例 60 例,随机分配到治疗组 30 例、对照组 30 例。治疗组腹腔穿刺放出一定量腹水后(1 000~2 000 ml),以 DDP 60 mg 加地塞米松 5 mg 腹腔注射(每周 1 次);避开穿刺口,在中极穴贴敷逐水膏,每日 1 贴,每贴持续 4~6 h,连续贴敷 3 周。对照组腹腔穿刺放出一定量腹水后(1 000~2 000 ml),以 DDP 60mg 加地塞米松 5 mg 腹腔注射,每周 1 次,共 3 次。记录腹水改变、卡氏评分、症状改善及不良反应发生等情况,并进行统计学处理。结果:两组总有效率比较, $P<0.05$,差异有统计学意义。治疗组卡氏评分、症状改善情况均高于对照组。治疗组不良反应发生率低于对照组。结论:逐水膏外敷中极穴是控制脾肾阳虚型恶性腹水的有效手段,在西医常规治疗基础上加用逐水膏治疗可明显增强疗效,改善患者生存质量,一定程度的减少毒副反应。

关键词:恶性腹水;逐水膏;中极穴;临床疗效

中图分类号:R442.5

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2015.12.010

恶性腹水是一种难以控制的临床症状,给患者带来极大的痛苦,它的出现预示着肿瘤的终末期。恶性腹水治疗的首要目标仍是减轻患者的症状,改善生存质量并使生存期得到相应延长。单纯西医治疗大多有明显的毒副反应,腹水易复发,甚至形成恶性循环,直接影响患者生存率。恶性腹水可以归结为中医学“臌胀”之范畴,辨证以脾肾阳虚型为多,中医学治疗恶性腹水积累了丰富的经验,尤其是外用膏,效果肯定,安全可靠。本研究在院内制剂“逐水膏”的基础上,结合中医“穴位”理论治疗脾肾阳虚型恶性腹水,取得满意的效果。现报道如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 观察病例为广东省第二中医院肿瘤科 2009 年 6 月~2010 年 2 月的恶性腹水患者 60 例。临床按照 1:1 对照原则,随机分成治疗组和对照组各 30 例。治疗组男 14 例,女 16 例,年龄 37~85 岁,平均年龄(69.27±11.6)岁;对照组男 17 例,女 13 例,年龄 34~82 岁,平均年龄(64.53±13.56)岁。两组共包括 6 种恶性肿瘤,其中肝癌占 25.0%,胃癌占 20.0%,大肠癌占 23.3%,卵巢癌占 21.7%,胰腺癌、子宫内膜癌各 5.0%,恶性腹水的病因分布与文献报道基本一致^[1]。两组病人在性别、年龄、卡分、病因分布等方面比较无明显差异,表明基线水平基本相同,具有可比性。

1.2 病例选择标准 (1)有病理学或影像学诊断依据,B 超或体检发现腹水,符合 1988 年福州会议制定的《良、恶性腹水的鉴别诊断的参考意见》。中医辨证属脾肾阳虚型,辨证标准参考《中医内科学》臌胀篇(五版教材)制定。(2)做过化疗、免疫治疗但已停用 1 个月以上,或拒绝接受化疗及免疫治疗者。

(3)无严重心、肝、肾功能衰竭表现,生活质量按卡氏评分 30 分以上,预计生存期在 1 个月以上。(4)观察期间停用其它一切与本病治疗有关药物^[2]。

1.3 排除标准 (1)不符合上述疾病病例选择标准的患者;(2)研究者认为不宜进行此项临床试验者;(3)合并有严重的心、脑、肾或造血系统疾病及精神病患者;(4)依从性不良,拒绝合作者。

1.4 治疗方法

1.4.1 治疗组 腹腔穿刺放出一定量腹水后(1 000~2 000 ml),以 DDP 60 mg 加地塞米松 5 mg 腹腔注射(每周 1 次);避开穿刺口,在中极穴贴敷逐水膏,每日 1 贴,每贴持续 4~6 h。逐水膏组方:甘遂 10 g、大戟 10 g、芫花 10 g、甘草 6 g、附子 12 g、水蛭 12 g,制膏外敷。中极穴取穴:患者仰卧,中极穴位于人体下腹部,前正中线上。具体找法:将耻骨上缘和肚脐连线五等分,由下向上 1/5 处即为该穴。

1.4.2 对照组 腹腔穿刺放出一定量腹水后(1 000~2 000 ml),以 DDP 60 mg 加地塞米松 5 mg 腹腔注射,每周 1 次。两组均治疗 1 周为 1 个疗程,共治疗 3 个疗程。随访 1 个月。

1.5 观察指标 (1)腹水治疗情况:两组分别于治疗前后行 B 超探测腹水最大液平直径;(2)生存质量:按 kamofsky 分级评分标准,治疗前后各记录一次;(3)临床症状改善情况:包括腹胀、胃纳、排气及精神改善情况;(4)不良反应:主要观察血象下降、肝肾损伤、腹痛坠胀、便秘、脱发、全身乏力。

1.6 统计学方法 采用 EpiData3.1 软件录入数据。采用 SPSS13.0 统计软件处理数据,计量资料采用($\bar{x} \pm s$)描述,组间比较采用 t 检验,若方差不齐则用秩和检验,治疗前后比较采用配对 t 检验;计数资料用

卡方检验,等级资料用秩和检验。 $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 疗效观察

2.1 疗效判定标准^[3] 目前国内尚无明确的恶性腹水治疗的疗效判定标准,本研究根据影像学检查结果估计腹水量。完全缓解 (CR):3 周后腹水减少 50%以上或消失,持续 3 周以上者;部分缓解 (PR):3 周后腹水减少 30%~50%,症状缓解连续 3 周以上者;无效 (NC):腹水无明显减少或症状加重者。

2.2 两组临床疗效比较 两组总有效率比较差异有统计学意义 ($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组临床疗效比较[例(%)]					
组别	n	CR	PR	NC	总有效
治疗组	30	8(26.7)	17(56.7)	5(16.7)	25(83.3)
对照组	30	4(13.3)	14(46.7)	12(40.0)	18(60.0)

注:两组总有效率比较, $\chi^2=4.021\ 9,P=0.044\ 9$ 。

2.3 两组腹水最大液平直径变化比较 两组治疗后腹水最大液平直径与治疗前比较均有明显减少 ($P<0.05$)。治疗后腹水最大液平直径组间比较,治疗组明显小于对照组 ($P<0.05$)。见表 2。

表 2 两组腹水最大液平直径变化比较(cm, $\bar{x}\pm s$)				
组别	n	治疗前	治疗后	减少值
治疗组	30	8.52± 0.68	5.62± 0.64 ^{##}	2.90
对照组	30	8.27± 0.81	6.22± 1.05 [*]	2.05

注:与同组治疗前比较,^{*} $P<0.05$;与对照组治疗后比较,^{##} $P<0.05$ 。

2.4 两组治疗前后卡氏评分比较 治疗组治疗前后卡氏评分比较,差异具有统计学意义 ($P<0.05$);对照组治疗前后卡氏评分比较差异不明显 ($P>0.05$);治疗后组间卡氏评分比较,治疗组高于对照组 ($P<0.01$)。见表 3。

表 3 两组治疗前后卡氏评分比较(分, $\bar{x}\pm s$)			
组别	n	治疗前	治疗后
治疗组	30	49.3± 9.8	53.3± 10.0 [△]
对照组	30	47.0± 6.0	43.7± 8.1

注:与治疗前比较,^{*} $P<0.05$;与对照组治疗后比较,[△] $P<0.01$ 。

2.5 两组临床症状改善情况比较 治疗组治疗后腹壁松弛、排气增加、食欲改善、精神好转情况同对照组比较,差异均具有统计学意义 ($P<0.05$)。见表 4。

表 4 两组临床症状改善情况比较[例(%)]					
组别	n	腹壁松弛	排气增加	食欲改善	精神好转
治疗组	30	26(86.7)*	22(73.3)*	22(73.3)*	27(90.0)*
对照组	30	16(53.3)	10(33.3)	14(46.7)	14(46.7)

注:与对照组比较,^{*} $P<0.05$ 。

2.6 两组不良反应发生率比较 研究过程中出现的不良反应,两组均以全身乏力最为多见,其次为血

象下降、肝肾损伤等。各项不良反应发生率治疗组均少于对照组。见表 5。

表 5 两组不良反应发生率比较[例(%)]							
组别	n	血象下降	肝肾损伤	腹痛腹胀	便秘	脱发	全身乏力
治疗组	30	4(13.3)*	3(10.0)*	3(10.0)*	2(6.7)*	3(10.0)*	13(43.3)*
对照组	30	10(33.3)	8(26.7)	7(23.3)	6(20.0)	6(20.0)	20(66.7)

注:与对照组比较,^{*} $P<0.05$ 。

3 讨论

恶性腹水是晚期恶性肿瘤的常见并发症,患者多伴有脾肾阳虚表现,大量腹水导致病人腹胀、食欲下降、呼吸困难、肝肾功能损伤、水液代谢障碍等病理改变,如得不到及时有效的治疗,患者病情常短期内迅速恶化。当前晚期肿瘤治疗中,恶性腹水的控制始终是一个难点,虽已有化疗和生物疗法等治疗方法,但由于毒副反应和价格因素,推广受到一定限制。中医学治疗恶性腹水积累了比较丰富的经验,尤其是在辨证的基础上外用中药,效果肯定。皮肤对中药的吸收作用好,药效发挥快,并可避免药物为消化道、肝脏及其他内消化酶所破坏,尤其是肚脐处皮肤薄,血管分布多,药物容易吸收^[4]。且中药成本较低,方法简单,可操作性强,相对其他治疗方法,更易推广。中药外敷的副作用小,且给药方便,即使有副作用,易将贴剂移去,减少了口服和注射给药的危险性,其安全性方面的优势随着各种研究的进行也日益显现。

中药外敷治疗恶性腹水的照顾了患者的临床和病理生理特点,临床研究表明给药后可在西医常规治疗无效的基础上仍然起效,能够刺激排气、排便,增加尿量^[5]。尽管单独使用的有效率由于判断标准不一,结果差异性较大,但其较好的解决了晚期恶性腹水患者的生存质量,在增加疗效、减轻痛苦,甚至延长生命方面具有不可低估的作用^[6]。逐水膏方源于汉·张仲景《伤寒论》之十枣汤,《伤寒论》载十枣汤“芫花(熬)、甘遂、大戟,上三味,等分,各别捣为散。以水一升半,先煮大枣肥者十枚,取八合,去滓,内药末。强人服一钱匕,羸人服半钱,温服之。平旦服。若下少病不除者,明日更服,加半钱;得快下利后,糜粥自养。”原方主治“太阳中风,下利、呕逆……其人赧赧汗出,发作有时,头痛,心下痞硬满,引胁下痛,干呕短气,汗出不恶寒者。并治饮后水流胁下,咳唾引胸中痛,脉沉而弦,病名悬饮者。”近代研究有报告称内服十枣汤并结合原发病的治疗,对积液潴留所引起的一般症状均能得到缓解,但具有一定毒副作用^[7]。另有相关报道,证明十枣汤确有攻逐机体内部积液的功能^[8]。《外科正宗》载“甘遂、大戟与芫花三者

皆药性峻猛,有毒,均能泻水逐饮,通利二便,用治身面浮肿,大腹水肿,胸胁停饮等正气未衰之证,三者常相须为用。”基于甘遂、大戟、芫花毒性较大,长期内服安全性值得商榷,且恶性腹水病人多难服大量中药,广东省第二中医院陈高峰教授在十枣汤基础上,结合中药“相反”理论(甘草反甘遂、大戟、芫花),去大枣,加甘草、附子、水蛭,并利用现代制剂学新技术将其制成膏剂逐水膏将其贴敷中极穴治疗恶性腹水,临床观察能够明显减少腹水,改善患者不适症状。此方甘草与甘遂、大戟、芫花相反,进一步加强了其峻下逐水的作用,但改口服为外敷,将其毒副作用大大降低。原方大枣旨在护胃,缓和诸药毒性,本方为外敷制剂故去大枣。中医认为鼓胀乃水乃气、血、水瘀积体内而成,故加入水蛭以破血逐瘀,攻毒散结。恶性腹水患者多伴有脾肾阳虚,故在上方基础上加用附子温阳利水。诸药合用,共奏温阳逐水、破血攻毒之功。中极穴位为人体任脉上的主要穴道之一,其主要作用乃募集膀胱经水湿。中药外敷中极穴,通过药物对中极穴刺激能起到升降气机,行气利水、散结通滞的作用,而逐水膏外敷与中极穴位治疗的结合进一步加强了治疗作用。临床观察表明:治疗组在常规西医治疗的基础上加用逐水膏穴位贴敷治疗脾肾阳虚型恶性腹水,腹水缓解明显,总有效率达到 83.3%,明显优于常规西医治疗的对照组,且食欲和精神好转,临床症状明显改善。对治疗前后血常规、肝肾功能及腹痛坠胀、便秘、脱发及全身乏力的

观察分析表明:西医常规治疗配合逐水膏穴位贴敷较之单纯西医常规治疗未增加明显副作用,安全性可靠,且一定程度改善了贫血及肝功能。

逐水膏是从恶性腹水中医病机出发,运用现代制剂技术研制而成,初步观察对恶性腹水尤其是辨证属脾肾阳虚者具有一定疗效,有助于中药外敷在恶性腹水治疗领域的推广。基于中药外敷治疗的有效性和安全性,以及临床使用的可操作性,在西医尚无确切有效治疗方法的前提下,逐水膏贴敷中极穴治疗恶性腹水,尤其是脾肾阳虚型恶性腹水不失为一种值得尝试的手段。

参考文献

[1]胡菱,李忱.319 例腹水病因及临床分析[J].中国伤残医学,2010,18(1):77-78
[2]罗昌国,杨小刚,陆运鑫.芪螺膏联合腹腔化疗治疗恶性腹水疗效观察[J].广西中医学院学报,2010,13(3):16-18
[3]周禄荣,张宁苏.加味五苓散治疗恶性腹水 70 例临床观察[J].实用中医内科杂志,2010,24(6):70-71
[4]吴巍,苗明三.常用中药外用剂型的特点及应用[J].中医学报,2011,26(1):114-116
[5]胡南华.中医外治法治疗恶性腹水用药规律研究[J].中医外治杂志,2013,22(2):63-64
[6]刘淑刚,史会娟,李晶.癌性腹水的中药外治法[J].中国中医基础医学杂志,2013,19(9):91-92
[7]李航森,肖曼丽.十枣汤治疗恶性胸(腹)腔积液的研究现状[J].中西医结合研究,2012,4(2):41-42
[8]刘柏胜.十枣汤理法应用[J].实用中医内科杂志,2011,25(12):92-94

(收稿日期:2015-11-11)

中西医结合治疗无症状乙肝病毒表面抗原携带者
30 例临床观察

邵发助¹ 江新荣²

(1 江西省都昌县中医院肝病科 都昌 332600;2 江西省都昌县农医局 都昌 332600)

摘要:目的:探讨中西医结合治疗无症状乙肝病毒携带者的临床疗效及其可能打破免疫耐受的作用机制。方法:治疗组采用自拟中药汤剂“慢肝 1 号”联合 α2b 干扰素(安德隆)治疗,对照组采用 α2b 干扰素(安德隆)治疗,观察其临床疗效,并初步探讨其对 CD4+、CD8+、Th1、Th2 可能的作用。结果:两组好转率比较,χ²=18.221,P=0.002,差异有统计学意义。两组总有效率比较,χ²=12.434,P=0.008,差异有统计学意义。治疗 12 个月,两组 ALT 比较有显著性差异(P<0.05)。治疗组 CD4+、CD8+、Th1、Th2 均显著下降。结论:“慢肝 1 号”方对于乙肝病毒携带者具有一定打破免疫耐受的作用,其联合干扰素对于乙肝病毒携带者具有一定早期治疗的作用。

关键词:乙肝病毒携带者;中西医结合治疗;“慢肝 1 号”方;免疫耐受

中图分类号:R512.62

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2015.12.011

慢性乙肝病毒表面抗原携带者临床上非常常见,目前可以分为慢性乙型肝炎病毒携带者,慢性乙肝防治指南中还包括非活动性乙肝病毒表面抗原携带者,我国流行病学调查提示,在现阶段乙肝感染者

中乙肝病毒携带者占主要人数^[1]。乙肝病毒携带者出现病毒清除可成为慢性乙型肝炎,乙肝病毒携带者作为传染源使易感人群成为新的慢性乙肝病毒感染者,同时部分患者可进一步发展为失代偿期肝硬