

doi:10.3969/j.issn.1674-4616.2021.04.021

• 护理园地 •

雷火灸干预中重度癌性疼痛效果观察

吕丽琼 朱晓晓 唐 香

广东省第二中医院白云院区肿瘤科, 广州 510405

关键词 雷火灸; 癌性疼痛; 盐酸羟考酮缓释片; 规范化疼痛护理

中图分类号 R273; R730.5 **文献标志码** A

癌性疼痛是中晚期癌症患者的常见并发症之一, 产生原因包括肿瘤直接引起、诊断或治疗过程产生、肿瘤治疗过程中产生的副作用或毒性等^[1]。癌性疼痛痛感持续加重、疼痛时间持久, 对肿瘤患者的生活质量造成极大影响, 对患者采取有效的止痛措施显得尤为重要。临床上对于中重度癌性疼痛患者常采用阿片类镇痛药物治疗, 代表药物有吗啡、可待因、羟考酮、芬太尼等, 然而均存在一定的依赖性和不良反应等^[2]。近些年, 中医疗法因疗效好、副作用少、经济效益高而广受好评, 中西医结合治疗正逐步被广大患者和医护人员所接受。经研究^[3]证实, 雷火灸联合中药外敷治疗癌性疼痛患者镇痛效果好, 且可减少阿片类镇痛药的使用。基于此, 本文主要探讨雷火灸辅助治疗中重度癌性疼痛的临床效果。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2020 年 1 月—2020 年 12 月本院收治的 60 例中重度癌性疼痛患者为研究对象, 按照随机数字表法分为观察组和对照组, 每组 30 例。对照组, 其中男 18 例, 女 12 例; 年龄 (52.36 ± 5.12) 岁, 年龄范围为 43~61 岁; 肺癌 10 例, 肝癌 8 例, 胃癌 5 例, 肠癌 7 例。观察组, 其中男 16 例, 女 14 例; 年龄 (53.19 ± 4.68) 岁, 年龄范围为 43~61 岁; 肺癌 9 例, 肝癌 10 例, 胃癌 6 例, 肠癌 5 例。2 组患者一般资料比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。

1.2 纳入及排除标准

纳入标准: 经病理学、细胞学诊断和临床证实为恶性肿瘤患者^[4]; 伴随癌性疼痛, 疼痛程度经数字分级评分法 (numerical rating scale, NRS) 评估为中重度疼痛, $NRS \geq 4$ 分^[2]; 患者同意参与本研究并签署知情同意书。

排除标准: 合并患有心、肝、肾等重要器官功能不

全者; 对研究药物过敏者; 不能自主判断疼痛程度者; 雷火灸部位局部损伤或患有皮肤病者。

1.3 治疗方法

对照组患者予以规范化疼痛护理: ①成立癌性疼痛患者护理小组, 小组成员由护士长和经验丰富的护士组成, 对小组成员进行相关培训, 熟练并掌握癌性疼痛相关知识并了解其重要性及作用, 强化相关技能培训; ②评估患者疼痛情况, 将疼痛部位、疼痛程度记录下来, 给予针对性护理; ③对患者血压、体温、心率等生命体征进行监测; ④按照 3 阶梯药物疗法为患者选择合适的镇痛药物, 对于本次研究的中重度癌性疼痛患者, 给予盐酸羟考酮缓释片 (Bard Pharmaceuticals Ltd., 国药准字 J20110014) 口服, 每次用量由患者疼痛程度及既往镇痛药物用药史决定, 1 次/12 h, 必须整片吞服, 不能嚼碎、研磨或掰开, 连续治疗 7 d。

观察组患者在对照组治疗基础上联合雷火灸治疗: ①准备好赵氏雷火灸艾条、雷火灸艾灸盒 (双孔)、大毛巾、点火架、清洁纱布、打火机等用具, 医护人员做好消毒准备; ②根据患者疾病类型, 选择合适的施灸部位, 协助患者选择合适舒服体位, 保证施灸部位完全暴露, 同时注意保护患者隐私, 必要时用毛巾遮挡; ③将赵氏雷火灸艾条点燃, 放入雷火灸艾灸盒内盖好备用, 用大毛巾围绕覆盖以减少药气散发; ④取神厥、双侧天枢、中脘、气海、双侧足三里、阿是穴进行雷火灸, 距离皮肤 3 cm 左右, 并注意调整温度以防止烫伤, 30 min/次, 1 次/d, 以局部皮肤潮红为度; ⑤治疗完毕后给予患者温开水口服 50~100 mL, 告知患者 2 h 内勿接触冷水或进食寒凉食物, 连续治疗 7 d。

1.4 观察指标

比较 2 组患者治疗前后疼痛程度, 采用 NRS 评分进行评估, 分数越高代表疼痛程度越高。

记录并比较 2 组患者止痛起效时间和持续镇痛时间。

记录治疗过程中 2 组患者不良反应发生情况,包括腹胀、呕吐、嗜睡、排尿困难等,计算不良反应发生率。

1.5 统计学方法

采用 SPSS 19.0 统计软件进行数据处理,计量资料以均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,组内比较采用配对 t 检验,组间比较采用成组 t 检验;计数资料以率(%)表示,组间比较采用 χ^2 检验;以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 NRS 评分比较

治疗前,2 组患者 NRS 评分比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。治疗后,2 组患者 NRS 评分均降低,且观察组显著低于对照组($P < 0.05$)。见表 1。

表 1 2 组患者 NRS 评分比较($n=30$,分, $\bar{x} \pm s$)

组别	时间	NRS 评分
对照组	治疗前	5.26±1.02
	治疗后	1.57±0.31*
观察组	治疗前	5.19±1.37
	治疗后	1.20±0.22*△

与治疗前比较* $P < 0.05$;与对照组比较△ $P < 0.05$

2.2 止痛起效时间和持续镇痛时间比较

观察组患者止痛起效时间显著短于对照组,持续镇痛时间显著长于对照组($P < 0.05$)。见表 2。

表 2 2 组患者止痛起效时间和持续镇痛时间比较($n=30$, $\bar{x} \pm s$)

组别	止痛起效时间(min)	持续镇痛时间(h)
对照组	50.65±10.21	9.58±1.85
观察组	35.24±7.15△	13.12±2.64△

与对照组比较△ $P < 0.05$

2.3 不良反应产生率比较

观察组患者不良反应发生率显著低于对照组($P < 0.05$)。见表 3。

表 3 2 组患者不良反应产生率比较($n=30$,例,%)

组别	腹胀	呕吐	嗜睡	排尿困难	不良反应总发生率
对照组	2	2	1	1	6(20.00)
观察组	1	0	0	0	1(3.33)△

与对照组比较△ $P < 0.05$

3 讨论

近些年来,恶性肿瘤发病率呈逐年增长的趋势,癌症患者遭受着生理与心理的双重负担,控制癌性患者的疼痛症状越来越受到人们的重视,加强疼痛管

理、提高生活质量已成为国内外研究的热点之一。治疗癌性疼痛一般采取 3 阶梯药物疗法,对于轻度、中度、中重度癌性疼痛患者分别给予非甾体类抗炎药、弱阿片类镇痛药或强阿片类镇痛药^[2]。盐酸羟考酮缓释片是一种新型强阿片类镇痛药物,含有 38% 即释成分,镇痛快速有效,对于多种癌性疼痛都具有不错的镇痛效果。阿片类镇痛药由于容易导致患者出现呼吸抑制、血压下降等不良反应,因此临床应用受到了一定限制。

中医学认为,癌性疼痛病因病机一方面是由于癌肿形成日久,阻碍脏腑经络,影响气血津液的正常运行,导致气滞、瘀血、痰浊等病理因素形成,最终导致“不通则痛”;另一方面是由于正气亏虚,癌肿日久耗伤气血津液,导致脏腑组织、腠理、四肢百骸失于濡养,最终导致“不荣则痛”^[5]。中医外治、针灸疗法是中医特色疗法之一,雷火灸疗法是将中药粉末加艾绒制成艾条施灸于穴位,药物燃烧后可通过温热效应循经感传达至病所,具有活血化瘀、扶正祛邪等作用。雷火灸配方成分主要有沉香、木香、茵陈、穿山甲、羌活、干姜、乳香、艾绒等,在燃烧的时候产生的热辐射力非常强,具有药力峻、火力猛、渗透力强、灸疗面广的特点,在穴位上方形成高浓度药区,药物渗透到组织深部,对人体表面及内部组织产生刺激作用,可疏经活络、改善周围组织血液循环,促进免疫系统功能恢复,有利于缓解癌症患者疼痛感^[6]。本研究结果显示,治疗后 2 组患者 NRS 评分显著降低,且观察组明显低于对照组;观察组止痛起效时间显著短于对照组,持续镇痛时间显著长于对照组;表明雷火灸干预治疗中重度癌性疼痛患者疗效确切,可有效缓解疼痛症状。观察组不良反应发生率显著低于对照组,表明雷火灸干预治疗中重度癌性疼痛患者可有效减少阿片类镇痛药不良反应的发生。

综上所述,雷火灸辅助治疗中重度癌性疼痛患者具有确切止痛效果,且安全性较高,值得临床进一步研究和推广。

参 考 文 献

- [1] 王国年. 癌症疼痛发生机制[J]. 中国癌症防治杂志, 2017,9(1):1-4.
- [2] 中华人民共和国国家卫生健康委员会. 癌症疼痛诊疗规范(2018 年版)[J]. 临床肿瘤学杂志, 2018,23(10):937-944.

念,治疗与护理时充分考虑患者饮食起居、情志、中医体质等相关因素,从而实现“辨证施护”。

本研究将中医辨证与 3R 护理相结合并由专业护理人员建立护理团队,根据不同中医证型制定出个人护理方案,采用一对一的护理方式,从患者的逻辑思维、生活能力、环境记忆等方面进行反复的强化训练,刺激再激发患者的认知能力。本研究表明,护理后试验组 MMSE、MoCA 评分显著高于对照组,表明中医辨证结合 3R 护理模式可有效提高患者认知水平。试验组 ADL 量表评分显著高于对照组,表明中医辨证结合 3R 护理模式可有效提高日常生活能力与生活质量。试验组中医证候积分显著高于对照组,表明中医辨证结合 3R 护理模式可有效缓解患者临床症状。

综上所述,中医辨证与 3R 护理模式相结合可改善 VD 患者认知障碍、提高日常生活能力、缓解临床症状,值得向临床推广。

参 考 文 献

[1] 马冬飞,孙皎,赵英男,等.痴呆患者精神行为症状相关护理模式的研究进展[J].中华护理杂志,2019,54(7):1017-

1022.
[2] 周伟.治疗血管性痴呆的中药研究进展[J].中西医结合研究,2016,8(1):47-50.
[3] 中国医师协会神经内科分会认知障碍专业委员会,《中国血管性认知障碍诊治指南》编写组.2019 年中国血管性认知障碍诊治指南[J].中华医学杂志,2019,99(35):2737-2744.
[4] 中国中医药学会内科延缓衰老专业委员会.血管性痴呆诊断、辨证及疗效评定标准(研究用)[J].中国老年学杂志,2002,22(5):329-331.
[5] 孙云闯,秦斌.中文版 MoCA 和 MMSE 在诊断遗忘型轻度认知功能障碍中的应用[J].中国神经免疫学和神经病学杂志,2011,18(2):91-93,97.
[6] 田荣,贾秀丽.简易智能精神状态检查量表检测对痴呆患者临床护理的指导作用[J].临床医学研究与实践,2018,3(17):159-160.
[7] 吉利春.3R 护理法对脑血管性痴呆患者的康复影响[J].重庆医学,2012,41(28):2982-2983.
[8] 郭小庆.血管性痴呆不同中医证型对 SYNTAX 评分的影响[J].中西医结合研究,2020,12(4):254-255.

(收稿日期:2021-03-01)

(上接第 285 页)

[3] 吴丽华,徐新安,刁海华,等.雷火灸联合抗癌方外敷缓解胃癌患者术后癌痛的效果观察[J].中西医结合护理(中英文),2020,6(6):54-56.
[4] 中华医学会.临床诊疗指南肿瘤分册[M].北京:人民卫生出版社,2005:124-128.

[5] 邹银水,杨杰,谈欣一.浅析癌性疼痛的中西医治疗[J].中西医结合研究,2020,12(5):342-344.
[6] 李扬帆,韦日铺,陈佳.循经特定穴电针合雷火灸对癌痛镇痛临床研究[J].中医外治杂志,2018,27(5):6-7.

(收稿日期:2021-03-01)