

穴位埋线对骨转移癌痛患者生存质量的影响研究^{*}

缙娇 陈捷 杨晨光 许鹏 王泽英 李琳婵 鱼麦侠^{**}

(陕西省中医医院,陕西 西安 710003)

摘要:目的 研究穴位埋线治疗骨转移癌疼痛的临床疗效及患者生存质量的影响。方法 本研究采取随机对照研究,观察陕西省中医医院肿瘤科住院治疗的80例中、重度骨转移性癌痛患者,将其随机分为对照组(40例,口服氨酚羟考酮片)及治疗组(40例,口服氨酚羟考酮片联合穴位埋线,1次/周,共2次)。治疗2周后观察两组患者的临床疗效,止痛药物(氨酚羟考酮片)的用量,疼痛缓解程度,患者体力状况(KPS)的评分及治疗药物相关不良反应发生情况。结果 穴位埋线联合氨酚羟考酮片能明显缓解骨转移癌疼痛($P < 0.05$),减少氨酚羟考酮片使用量($P < 0.05$),提高患者体力状况评分($P < 0.05$),并减少药物相关不良反应发生率($P < 0.05$)。结论 穴位埋线治疗具有缓解骨转移癌疼痛的作用,能显著提高患者的生存质量,减少阿片类药物的用量,降低药物治疗的相关不良反应发生率。

关键词:骨转移癌;癌痛;穴位埋线;生存质量;止痛药;疼痛缓解程度

中图分类号:R273 **文献标识码:**A **文章编号:**2096-1340(2021)06-0089-04

DOI:10.13424/j.cnki.jsctcm.2021.06.018

骨转移癌痛是晚期肿瘤患者最迫切需要解决的临床症状之一。现代医学已将疼痛列为呼吸、脉搏、血压和体温之后的第五大生命体征^[1]。骨转移癌痛是临床咨询中最早,最痛苦的症状之一^[2]。氨酚羟考酮片(泰勒宁)是临床常用的止痛药,但有明显副作用,患者的耐受性差,可能会出现药物成瘾性,常常会出现消化道反应,治疗效果并不理想^[3]。传统中医疗法也应用于治疗癌痛,前期很多研究表明针灸治疗癌痛有良好的止痛效果^[4-7]。针灸可缓解止痛药所致的相关性便秘,明显改善患者的生活质量^[8],但其镇痛作用短暂。穴位埋线使针刺治疗从反复多次的镇痛模式发展成为一次长效的镇痛模式^[9],此疗法的原理同针灸类似,它是在传统针刺治疗的基础上结合现代科学技术发展而来的,相比而言,其对穴位的刺激更持久、更温和、患者更容易接受,其治疗效果优于传统针灸^[10]。本课题前期研究结果显示穴位埋线联合止痛药物可以有效减少骨相关事件发生率和爆发痛平均次数^[11]。本研究继续观察穴位埋线联合止痛药物对于骨转移癌痛患者生存质量的临

床疗效。现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 收集2017年10月—2019年10月陕西省中医医院肿瘤科住院治疗的中、重度癌痛患者80例,随机分为治疗组(40例)和对照组(40例)。本课题已经通过陕西省中医医院医学伦理委员会的审核批准。

纳入标准:病理或细胞学确诊癌症患者,且中重度骨转移癌痛评分(NRS) > 3 分;骨转移病灶(经X线、CT、MRI或ECT等检查确诊);预计生存期 > 3 个月。

排除标准:观察期开始前的1月内接受过其他方式的治疗(如放疗、化疗、神经阻断治疗);体力状况评分(KPS) ≤ 30 分;非癌性疼痛或癌性疼痛但不是骨转移性相关疼痛;疼痛部位的皮肤出现破损,无法行穴位埋线疗法者;有阿片类药物滥用史或者成瘾史;有对羊肠线过敏、惧针、晕针、凝血机制差、明显水肿者。治疗组和对照组患者的一般资料比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),有可比性。见表1。

^{*} 基金项目:陕西省中医管理局课题资助(LCPT013)

^{**} 通讯作者:鱼麦侠,副主任医师。E-mail:sunnyxjdt@qq.com

表 1 两组一般资料比较(n)

组别	n	性别 (男:女)	年龄	原发病						骨转移		疼痛程度	
				肺癌	胃癌	乳腺癌	前列腺癌	肝癌	宫颈癌	单处	多处	中度	重度
治疗组	40	21:19	61.45 ± 16.28	8	9	7	5	6	5	2	38	32	8
对照组	40	22:18	61.62 ± 16.11	9	8	8	6	5	4	4	36	32	8

1.2 治疗方法

1.2.1 对照组 选用药物为氨酚羟考酮片(每片含盐酸羟考酮 5 mg、对乙酰氨基酚 0.325 g),1 片/6 h,或根据 NRS 评分增加药物的剂量,连续服用 2 周。

1.2.2 治疗组 穴位埋线治疗 2 次,治疗 d1,d8 各 1 次,同时联合氨酚羟考酮片(使用方法同对照组),14 天为一个疗程。取穴:取双侧大杼(骨会)、双侧悬钟(髓会)、双侧足三里、双侧肾俞穴、双侧脾俞穴、阿是穴(3 个疼痛按压点,避开肿瘤部位)等。选取的埋线器具:7 号一次性注射针头,华佗牌 28 号 2 寸不锈钢毫针,铬制羊肠线,碘酒。具体操作如下:穴位埋线时注意避开肿瘤实体,根据穴位需求患者取适当体位,将经严格消毒的 4-0 号可吸收羊肠线剪裁成若干段(每段约 10 ~ 15 mm),置入 7 号一次性注射针头内,以华佗牌 28 号 2 寸不锈钢毫针作针芯,常规消毒穴位表面后将针头刺入穴位,线体埋入对应穴位皮下组织或肌层后退出针管,确保线头不得外露,用干棉球按压针孔止血,并敷贴无菌敷料。每次埋线操作均取所选全部穴位,操作过程中根据部位不同确定进针角度和深度,穴位埋线 14 天为一个疗程。

1.3 疗效判定标准 观察并比较两组患者治疗前后止痛药物(氨酚羟考酮片) 的用量、疼痛缓解程度及患者体力状况(KPS) 的评分。疼痛缓解程度分级:采用 WHO 疼痛疗效标准联合 NRS 评分法^[12]。分为四个等级:完全缓解(CR),治疗后完全无痛;部分缓解(PR),疼痛较治疗前明显减轻,睡眠基本不受干扰,能正常生活;轻度缓解(MR),

疼痛较治疗前减轻,但仍感明显疼痛,睡眠仍受干扰;无效(NP),疼痛与治疗前比较无减轻。氨酚羟考酮片用量评级:治疗后用量“增加”是指治疗后增加超过 50%;“减少”是指减少 50% 或更多;“稳定”是指增加或减少少于 50%。生存质量评价:按照 KPS 体力状况计分标准^[13],评分范围为 0 ~ 100 分,每 10 分为一个级别,100 分表示躯体正常,无任何不适,0 分表示患者死亡,分值越高表示患者的身体状况越好。治疗后,评分增加了 10 分以上者为“提高”;降低了 10 分以上者为“降低”;提高或降低的分数不超过 10 分者为“稳定”。

1.4 统计学方法 应用 SPSS 25.0 统计软件进行数据统计分析。计量资料用 $\bar{x} \pm s$ 表示,采用 *t* 检验;计数资料用[例(%)]表示,采用 χ^2 检验。*P* < 0.05 时,为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者疼痛缓解情况比较 两组治疗后疼痛均有缓解,组内治疗前后对比,差异有统计学意义(*P* < 0.05)。治疗组治疗后的疼痛缓解程度明显高于对照组,两组疼痛治疗有效率的比较,差异有统计学意义(*P* < 0.05)。见表 2、表 3。

表 2 两组治疗前后疼痛 NRS 评分变化比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	时间	疼痛评分
对照组	40	治疗前	6.68 ± 0.888
		治疗后	3.93 ± 1.248 *
治疗组	40	治疗前	6.65 ± 0.921
		治疗后	2.83 ± 0.675 **

注:治疗前后对比,**P* < 0.05;与对照组相比,#*P* < 0.05

表 3 两组治疗后疼痛缓解程度比较[n(%)]

组别	n	完全缓解	部分缓解	轻度缓解	无效	总有效
对照组	40	0(0.00)	23(57.50)	12(30.00)	5(12.50)	23(57.50)
治疗组	40	4(10.00)	29(72.50)	6(15.00)	1(2.50)	33(82.50) *

注:与对照组相比,**P* < 0.05

2.2 两组患者氨酚羟考酮片(泰勒宁)用药剂量比较 两组治疗后泰勒宁用药剂量均有减少,组内治疗前后对比,差异有统计学意义($P<0.05$)。治疗后治疗组泰勒宁的使用量减少的比例远高于对照组,两组泰勒宁用药剂量减少率比较,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表4、表5。

表4 两组治疗前后泰勒宁用药剂量变化比较($\bar{x}\pm s$,片/d)

组别	n	时间	泰勒宁用药剂量
对照组	40	治疗前	5.00±1.062
		治疗后	4.33±1.439 [*]
治疗组	40	治疗前	5.05±0.749
		治疗后	2.40±1.336 ^{**}

注:治疗前后对比,^{*} $P<0.05$;与对照组相比,[#] $P<0.05$

表5 2组治疗后泰勒宁用药剂量变化比较[n(%)]

组别	n	增加	稳定	减少
对照组	40	10(25.00)	24(60.00)	6(15.00)
治疗组	40	2(5.00)	6(15.00)	32(80.00) [*]

注:与对照组相比,^{*} $P<0.05$

2.3 两组患者的生存质量评价的比较 两组治疗后 KPS 评分均有提高,组内治疗前后对比,差异

表8 两组治疗相关不良反应发生情况比较[n(%)]

组别	n	恶心呕吐	便秘	嗜睡	腹胀	合计
对照组	40	2(5.00)	3(7.50)	1(2.50)	3(7.50)	9(22.50)
治疗组	40	0(0.00)	0(0.00)	1(2.50)	0(0.00)	1(2.50) [*]

注:与对照组相比,^{*} $P<0.05$

3 讨论

恶性肿瘤严重威胁人类的生命健康,在临床诊断过程中,癌症大多处于中晚期,因此,姑息治疗癌症对于延长寿命和改善生活质量尤为重要。统计数据表明,70%的晚期癌症患者的主要症状是癌性疼痛,骨骼组织是远处转移的第三大器官,仅次于肝和肺。从理论上讲,每一种恶性肿瘤都可转移至骨骼组织,由此看来,骨骼转移是癌痛的重要原因^[14]。临床中,晚期恶性肿瘤患者的常见症状之一是骨转移所致的疼痛,大多数患者会表现出持续性的疼痛,病程越长,疼痛程度会随之加重,若未得到及时而有效的缓解,会严重影响患者的生活质量,患者常常会出现失眠、食欲差等相关症状^[15]。

治疗骨转移癌痛,目前临床上首选的方法是

有统计学意义($P<0.05$)。治疗后治疗组 KPS 评分明显高于对照组,两组 KPS 评分提高率比较,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表6、表7。

表6 两组治疗前后生存质量 KPS 评分变化比较

组别	n	时间	生存质量 KPS 评分
对照组	40	治疗前	59.50±7.828
		治疗后	62.25±9.737 [*]
治疗组	40	治疗前	59.75±8.002
		治疗后	76.75±7.299 ^{**}

注:治疗前后对比,^{*} $P<0.05$;与对照组相比,[#] $P<0.05$

表7 两组治疗后生存质量 KPS 评分比较[n(%)]

组别	n	降低	稳定	提高
对照组	40	6(15.00)	28(70.00)	6(15.00)
治疗组	40	0(0.00)	6(15.00)	34(85.00) [*]

注:与对照组相比,^{*} $P<0.05$

2.4 两组患者不良反应发生情况的比较 两组在治疗过程中,均有部分患者出现了轻微不良反应,均未经特殊处理,2~4天后不良反应均消失,治疗组与对照组比较,治疗相关不良反应发生率显著下降,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表8。

WHO 推荐的三阶梯药物止痛法,尽管其疗效可观,但胃肠道的副作用较多,例如便秘、呕吐、恶心等^[16]。氨酚羟考酮(泰勒宁)是治疗中、重度疼痛的常用药物,但不良反应较多,患者长期使用会产生一定的成瘾性和耐受性,同时会出现恶心、便秘等副作用。

中医学认为,骨转移癌痛属于“骨瘤”“骨”或“骨痹”等范畴,其主要的发病机理是瘀阻经脉、闭塞凝聚或结块作痛所致。中医认为,治疗原则应以疏通脉络、协调脏腑、调和气血为法,穴位埋线疗法通过将羊肠线埋入指定的穴位,持续性刺激穴位,起到通调气血、激发经气之用。患者易于接受,同时作用持久、操作方便^[17]。癌性疼痛常常是发作时间持久性、进行性加重的疼痛。这种疼痛的持久性与针灸一次性治疗的短暂性相矛盾,往

往达不到很好的镇痛效果,穴位埋线疗法可以缓解这种矛盾。穴位埋线疗法是在针刺的基础上发展起来的,不仅具备了针灸对于癌痛的短暂性的立竿见影的镇痛疗效,同时又对于疼痛的持久性具备了更持久的镇痛疗效,通过羊肠线在穴位处的物理作用和化学表达,将刺激信息和能量传递到体内,达到止痛作用,“疏其气血”“令其条达”^[18]。

本研究中穴位埋线的取穴,肾腧、脾腧同属于背腧穴,两穴配伍可起到健脾益肾,填精益髓的功效;足三里属足阳明胃经合穴,有益气扶正、通经活络之效;大杼穴(八会穴之骨会)属手足太阳经交会穴,有舒筋活络、止痛健骨之效;悬钟穴(八会穴之髓会)属足少阳胆经,系足三阳之大络,有补肾益髓、通络止痛之效;阿是穴是以压痛点或病变部位为主的一类腧穴。患者口服的氨酚羟考酮片(泰勒宁)是盐酸羟考酮和对乙酰氨基酚为主要成分的复合制剂,盐酸羟考酮主要作用于人体中的 μ 受体和 κ 受体,进而抑制与痛觉有关的神经递质的释放,最终达到镇痛作用,其中对乙酰氨基酚成分主要作用于下丘脑,进而达到其解热镇痛的目的。穴位埋线疗法通过羊肠线植入体内后对穴位产生的持久刺激,从而使得组织和器官运转代谢加快,最终发挥健骨止痛的作用。本研究显示穴位埋线疗法联合止痛药物对改善患者的生存质量具有显著作用,疗效明显优于单纯止痛药物的治疗,同时具有改善患者不良反应的优势。穴位埋线疗法可以显著提高骨转移癌痛患者的生存质量,有效缓解癌痛,减少止痛药的用量,降低药物治疗相关不良反应的发生率。

综上所述,穴位埋线疗法在临床治疗中具有独特的优势,患者依从性高、镇痛作用持久、无成瘾性、无明显副作用。在治疗骨转移癌痛方面具有一定的优势,但是对于其治疗作用的机理等需要做大范围的研究和探索。

参考文献

- [1] Merboth MK, Barnason S. Managing Pain: the fifth vital sign[J]. Nursing Clinics of North America, 2000, 35(2): 375-383.
- [2] Coleman R E. Skeletal complications of malignancy[J].

Cancer, 1997, 80: 1588-1594.

- [3] 魏黎, 肖红, 谢元明, 等. 奥施康定联合复方苦参注射液治疗骨转移癌痛临床疗效以及对患者生活质量、癌痛情况影响研究[J]. 陕西医学杂志, 2018, 47(12): 1626-1628.
- [4] 赵勇. 针灸在癌性疼痛中的临床应用[J]. 针灸临床杂志, 2004, 20(2): 53-54.
- [5] 林道仪. 针刺四关穴治疗癌性疼痛的随机对照临床试验研究[D]. 广州: 广州中医药大学, 2014: 34-40.
- [6] 陈仲杰, 郭宇鹏, 吴中朝. 以痛为腧针刺治疗癌性疼痛疗效观察[J]. 中国针灸, 2008, 28(4): 251-253.
- [7] 汪德家. 针刺治疗癌性疼痛 32 例疗效观察[J]. 实用中医内科杂志, 2007, 22(9): 96-97.
- [8] 姚艳丽, 马桂莲, 马永剑. 针药结合治疗阿片类药物相关性便秘临床研究[J]. 陕西中医, 2018, 39(3): 393-396.
- [9] 孙文善. 微创埋线在疼痛治疗中的应用[J]. 中医外治杂志, 2011, 20(4): 3-5.
- [10] 蒋云峰. 穴位埋线疗法治疗骨转移性癌痛的临床研究[D]. 广州: 广州中医药大学, 2014: 15-17.
- [11] 缙娇, 陈捷, 杨晨光, 等. 穴位埋线联合止痛药治疗骨转移癌痛的临床疗效[J]. 临床医学研究与实践. 2020, 3(7): 115-117.
- [12] 中国中医药研究促进会肿瘤专业委员会. 癌性疼痛中医外治诊疗规范专家共识意见[J]. 北京中医药, 2014, 33(4): 305-307.
- [13] 郝希山, 魏于全. 肿瘤学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2010: 357-358.
- [14] 陈晓钟, 张鸿未. 骨转移瘤的临床研究进展[J]. 中国肿瘤, 2006, 15(3): 183-185.
- [15] 杜伟斌, 鲍关爱, 沈福祥, 等. 经皮神经电刺激疗法辅助治疗阿片类药物镇不全骨转移癌痛临床疗效观察[J]. 中国全科医学, 2019, 22(32): 3997-4001.
- [16] 刘思同, 翟志超, 左明明, 等. 非阿片类镇痛药物在癌痛中的应用[J]. 中国疼痛医学杂志, 2016, 22(3): 223-226.
- [17] 唐蔚, 潘博, 杨晓, 等. 益肾活血止痛方联合盐酸羟考酮缓释片治疗肾虚血瘀型骨转移癌痛临床观察[J]. 湖南中医药大学学报, 2018, 38(7): 806-810.
- [18] 岳增辉. 埋线疗法[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2012: 1-15.

(收稿日期: 2020-07-04 编辑: 蒲瑞生)