

加味大柴胡汤保留灌肠 治疗原发性肝癌患者便秘 25 例临床观察

徐伟兵¹, 徐基平², 郑超^{1,2}, 龚纯³, 罗志林²

(1. 湖南中医药大学, 湖南 长沙, 410208;

2. 湖南省衡阳市中医医院, 湖南 衡阳, 421000;

3. 湖南中医药大学第一附属医院, 湖南 长沙, 410007)

[摘要] 目的: 观察加味大柴胡汤保留灌肠治疗原发性肝癌患者便秘的临床疗效。方法: 将 50 例原发性肝癌便秘患者随机分为治疗组和对照组, 每组各 25 例。治疗组给予加味大柴胡汤保留灌肠治疗, 对照组给予开塞露保留灌肠治疗, 2 组均以 5d 为 1 个疗程, 共治疗 2 个疗程。观察 2 组治疗效果、症状评分及不良反应。结果: 总有效率治疗组为 80.0%, 对照组为 52.0%, 2 组比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$); 治疗后, 2 组患者的症状积分均改善, 且治疗组积分低于对照组, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论: 加味大柴胡汤保留灌肠能改善原发性肝癌患者便秘症状。

[关键词] 原发性肝癌; 便秘; 加味大柴胡汤; 保留灌肠

[中图分类号] R273.57, R256.35 **[文献标识码]** A DOI: 10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2019.08.023

原发性肝癌为原发于肝细胞或肝内胆管细胞的恶性肿瘤, 是人类最常见的恶性肿瘤之一。肝癌患者由于精神压力大常伴随内分泌及代谢系统的异常, 临床上不少患者会出现便秘的情况, 表现为排便次数减少、粪便干硬和(或)排便困难^[1], 并常伴有腹胀、腹痛、头晕、烦躁、食欲不振、恶心呕吐等症状。目前西医主要采用口服通便药及灌肠导泻的治疗方案, 但效果一般, 且复发率高, 严重者引发心脑血管意外, 影响疾病预后。本研究在常规西医治疗的基础上配合加味大柴胡汤保留灌肠治疗原发性肝癌便秘患者 25 例, 疗效颇佳, 现将结果报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 筛选 2017 年 9 月至 2018 年 8 月于衡阳市中医医院肿瘤科住院的原发性肝癌便秘患者 50 例, 按照入组先后顺序编号, 采用随机平行对照的方法分为治疗组和对照组, 每组各 25 例。治疗组中, 男 21 例, 女 4 例; 平均年龄 (49.64 ± 6.50) 岁; 肝细胞癌 21 例, 胆管细胞癌 3 例, 混合型癌 1 例。对照组中, 男 19 例, 女 6 例; 平均年龄 (49.56 ± 6.40) 岁; 肝细胞癌 22 例, 胆管细胞癌 3 例, 混合型癌 0 例。2 组患者在性别、年龄、肿瘤类型方面比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 诊断标准 1) 符合《原发性肝癌诊断标准》^[2] 中有关原发性肝癌的诊断标准。肝内或肝外病理

学检查证实为原发性肝癌; AFP $> 400 \mu\text{g/L}$, 能排除其他疾病, 体格检查及影像学检查支持; AFP $< 400 \mu\text{g/L}$, 有 2 种影像学检查具有肝癌占位性病变或 2 种肝癌标志物阳性及一种影像学检查具有肝癌特征性占位性病变; 有肝癌的临床表现, 并有肯定的肝外转移病灶并能排除转移性肝癌。2) 符合罗马 III^[3] 中有关便秘的诊断标准: 表现为排便次数减少(每周排便 < 3 次), 大便干燥, 或排便不尽感, 不使用泻药很少出现稀便。

1.3 纳入标准 1) 同时符合上述原发性肝癌和便秘的诊断标准; 2) 既往无便秘症状; 3) 治疗期间不使用其他泻药。

1.4 排除标准 1) 患有肠道器质性疾病, 如急性肠梗阻、肠麻痹; 2) 患有肠易激综合征、消化道大出血、肾功能不全, 或严重心脑血管疾病; 3) 长期使用泻药; 4) 依从性差或患有精神类疾病不能配合治疗。

2 治疗方法

2.1 治疗组 予加味大柴胡汤保留灌肠治疗。方药组成: 柴胡 15g, 大黄 10g, 枳实 15g, 黄芩 10g, 半夏 10g, 白芍 15g, 厚朴 10g, 莪术 10g。以上中药均由衡阳市中医医院中药房提供, 由煎药房统一机煎。每天 1 剂, 每袋 200ml。灌药前将药加热至 35°C 左右, 嘱患者排空膀胱, 取左侧卧位, 臀部抬高 10cm。患者慢深呼吸, 将消毒过的导尿管轻轻地插入肛门内约 15~20cm, 液面距肛门不超过 30cm, 缓

慢灌入药液。拔出肛管后保留药液 1h 以上。

2.2 对照组 予开塞露灌肠治疗。开塞露 2 支加入 200ml 0.9% 氯化钠注射液,加热至 35℃ 左右进行灌肠,操作方法同治疗组。

2 组均在上午 7 时左右开始保留灌肠,每天 1 次,5d 为 1 个疗程,每个疗程间休息 2d,连续治疗 2 个疗程后评价疗效。

3 疗效观察

3.1 观察指标 1)2 组的综合疗效。2)根据《便秘症状及疗效评估》^[4]评定治疗前后症状积分。主要包括排便困难、过度用力排便,粪便性状,排便时间,有无下坠、不尽、胀感,以及排便的频率,有无腹胀。3)不良反应情况。治疗前后监测患者实验室检查指标,包括血尿粪常规、肝肾功能等。

3.2 疗效标准 参照《中医病证诊断疗效标准》^[5]中有关标准评定。有效:大便通畅,质地适中,1~2d 排便 1 次,排便期间无不适感;好转:大便偏干,1~3d 排便 1 次,排便期间觉大便费力、解不尽感;无效:大便干结,有排便费力及不适感,>3d 排便 1 次。

3.3 统计学方法 采用 SPSS 20.0 统计软件进行分析处理数据。计量资料以均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,2 组比较先进行正态及方差齐性检验,满足正态性及方差齐性时,采用成组 *t* 检验,满足正态性不满足方差齐性时采用 *t'* 检验,不满足正态性或方差齐性时,则采用秩和检验,各组治疗前后比较采用配对 *t* 检验;计数资料以率(%)表示,采用 χ^2 检验;治疗比较等级资料采用秩和检验或 Radit 分析。*P*<0.05 为差异有统计学意义。

3.4 治疗结果

3.4.1 2 组综合疗效比较 总有效率治疗组为 80.0%,对照组为 52.0%,2 组比较,差异有统计学意义。(见表 1)

表 1 2 组综合疗效比较[例(%)]

组别	例数	有效	好转	无效	总有效
治疗组	25	7(28.0)	13(52.0)	5(20.0)	20(80.0) ^a
对照组	25	3(12.0)	10(40.0)	12(48.0)	13(52.0)

注:与对照组比较,^a*P*<0.05。

3.4.2 2 组治疗前后症状积分比较 2 组症状积分治疗前后组内比较以及治疗后组间比较,差异均有统计学意义。(见表 2)

3.5 不良反应 治疗过程中治疗组出现稀便 2 例,对照组出现稀便 4 例,分别予止泻药后症状基本消失,不影响本研究继续进行。各项实验室指标正常。

表 2 2 组治疗前后症状积分比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	例数	治疗前	治疗后
治疗组	25	10.80±2.61	6.44±3.69 ^{ab}
对照组	25	11.16±2.66	8.76±3.47 ^a

注:与本组治疗前比较,^a*P*<0.05;与对照组治疗后比较,^b*P*<0.05。

4 讨论

原发性肝癌属于中医学“肝积”“癥积”“黄疸”等范畴,其病位在肝。肝主疏泄,对气机的平衡起着调节作用,肝的疏泄功能会影响脾胃之气的升降和胆汁的分泌排泄。患者出现便秘多为胃肠功能紊乱所致。中医学认为急则治其标,缓则治其本。本临床观察选用的大柴胡汤出自东汉张仲景《伤寒杂病论》,具有和解少阳、内泻热结的功效,主治往来寒热、胸胁苦满、呕不止、郁郁微烦、心下痞硬或心下满痛、大便不解或下利。目前大柴胡汤的临床应用主要体现在消化系统疾病^[6],研究证明该方能够诱导肝癌 HepG2 细胞凋亡^[7]。方中柴胡为君药,配臣药黄芩和解清热,除少阳之邪。大黄配枳实泻阳明热结,行气消痞,亦为臣药。白芍柔肝缓急止痛,与大黄相配可治腹中实痛,与枳实、厚朴相伍可理气消积除满;半夏和胃降逆,莪术破血行气、消积止痛,共为佐药。诸药合用,共奏和解少阳、内泻热结之效。灌肠保留给药,使药物直达病所,提高疗效。

本观察结果表明,加味大柴胡汤保留灌肠对原发性肝癌便秘患者有较好疗效,且毒副作用少,值得临床推广应用。

参考文献

[1] 中华医学会消化病学分会胃肠动力学组. 中国慢性便秘诊治指南(2013,武汉)[J]. 胃肠病学,2013,23(10):605-612.
[2] 中国抗癌协会肝癌专业委员会. 原发性肝癌诊断标准[S]. 中华肝脏病杂志,2000,8(3):135.
[3] Drossman DA. 罗马Ⅲ:功能性胃肠病中文翻译版[M]. 北京:科学出版社,2008.
[4] 中华医学会外科学分会肛肠外科学组. 便秘症状及疗效评估[J]. 中华胃肠外科杂志,2005,17(4):355.
[5] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[S]. 南京:南京大学出版社,1994:10-11,136.
[6] 费忠东,黄煌. 大柴胡汤现代方证研究[J]. 江苏中医药,2003,35(8):43-45.
[7] 陆国辉,李艳茹. 大柴胡汤含药血清通过 Sirt3 线粒体途径诱导人肝癌 HepG2 细胞凋亡的研究[J]. 中药药理与临床,2014,30(5):17-21.

(收稿日期:2018-10-16)