

龙葵承气汤内服配合心理干预对肝癌介入治疗患者疼痛和情绪的影响

黄东彬, 管静

南方医科大学附属江门医院肿瘤科, 广东 江门 529000

[摘要] 目的: 观察肝癌介入治疗围手术期, 龙葵承气汤内服联合心理干预对肝癌介入治疗患者疼痛和情绪的影响。方法: 将 49 例肝癌介入治疗的患者随机分为对照组 24 例和治疗组 25 例, 对照组给予常规介入治疗, 治疗组在对照组治疗基础上, 于围手术期间(术前 2 天及术后 5 天)口服龙葵承气汤, 于术前、术中给予心理干预。评估 2 组患者的疼痛缓解程度和焦虑自评量表(SAS)、抑郁自评量表(SDS)评分。结果: 治疗组患者介入治疗后轻度疼痛发生率高于对照组, 中度疼痛发生率低于对照组, 差异均有显著性意义($P < 0.05$)。观察组 SAS、SDS 评分均低于对照组, 差异均有显著性意义($P < 0.05$)。结论: 龙葵承气汤内服联合心理干预可明显减轻患者肝癌介入治疗后的疼痛, 减轻患者的焦虑、抑郁情绪。

[关键词] 肝癌; 介入治疗; 疼痛; 焦虑; 抑郁; 龙葵承气汤; 心理干预

[中图分类号] R735.7 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2014) 10-0156-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2014.10.065

肝癌是常见的恶性肿瘤。最新研究显示, 近几年肝癌发病率呈上升趋势, 每年约有 11 万人死于肝癌, 占全世界肝癌死亡人数的 45%。绝大多数患者就诊时已属于中晚期, 手术切除率很低。经动脉肝癌化疗栓塞术(以下简称介入治疗)可有效控制肿瘤生长、提高患者的生活质量、延长生存期, 并且具有创伤小、疗效显著、术后恢复快等优点, 是目前临床治疗中晚期原发性肝癌非手术治疗的首选方法。肝癌介入治疗后疼痛为最主要的常见并发症, 据报道疼痛发生率为 92.8%^[1], 其中重度疼痛约占 46.9%^[2], 严重影响患者的生活质量, 探索行之有效的镇痛方法一直为临床医师所关注。为研究有效控制肝癌介入治疗后疼痛的方法, 自 2012 年 2 月以来, 本科采用口服龙葵承气汤, 同时给予心理干预治疗肝癌介入治疗围手术期疼痛患者, 取得满意疗效, 未发现严重副作用, 现将其临床应用结果分析如下。

1 临床资料

1.1 纳入标准 按照全国肝癌治疗规范明确诊断为原发性肝癌; 肝功能 Child 分级为 A 级或 B 级; 预计生存时间在 3 月以上; 生存质量 Karnofsky 功能状

态(KPS)评分在 80 分以上, 术前数字分级法(NRS)评分 < 3 分。术前患者无严重肝、肾、心、肺、脑疾病, 无长期阿片类药物应用史; 符合肝癌介入治疗的适应证。中医临床辨证属肝火瘀血者^[3]。

1.2 排除标准 ①合并有心、脑血管、肝、肾和造血系统等严重原发性疾病; ②依从性差者; ③肝功能 Child 分级为 C 级或预计生存时间在 3 月以下。

1.3 一般资料 观察对象为 2012 年 2 月~2014 年 2 月在本院住院治疗的原发性肝癌患者, 共 49 例, 年龄 45~72 岁, 男 38 例, 女 11 例。随机分为对照组和治疗组。对照组 24 例, 男 18 例, 女 6 例; 年龄 45~67 岁, 平均(48.8 \pm 3.5)岁。治疗组 25 例, 男 20 例, 女 5 例; 年龄 46~72 岁, 平均(50.7 \pm 3.2)岁。2 组性别、年龄等一般资料经统计学处理, 差异均无显著性意义($P > 0.05$), 说明 2 组患者之间具有可比性。

2 治疗方法

对需要介入治疗的患者常规行术前宣教, 备皮、更衣, 留置静脉套管针, 签署知情同意书, 告知术中配合事项, 介入治疗后嘱卧床休息 24 h, 保持右下

[收稿日期] 2014-06-15

[基金项目] 广东省中医药局建设中医药强省立项资助课题(编号: 20131079)

[作者简介] 黄东彬(1981-), 男, 副主任中医师, 研究方向: 肿瘤的中医药治疗。

肢伸直位 24 h, 沙袋压迫右腹股沟伤口 4~6 h, 并注意观察伤口肿胀、渗血情况。

2.1 对照组 给予常规介入治疗, 出现疼痛的患者按照世界卫生组织推荐的“三阶梯止痛原则”给予药物镇痛治疗。使用的镇痛药物为萌蒂(中国)制药有限公司生产的奥施康定(盐酸羟考酮缓释片), 起始剂量为 10 mg, 12 h 口服 1 次, 然后根据疼痛评估调整药量。用药期间注意监测呼吸抑制、便秘、呕吐等不良反应, 若有不良反应, 对症处理。

2.2 治疗组 在对照组治疗基础上于围手术期(介入治疗前 2 天至治疗后 5 天)予龙葵承气汤内服同时给予心理干预。

龙葵承气汤, 组方: 鲜龙葵果 30 g, 厚朴、枳实、白芍、柴胡各 12 g, 大黄 10 g, 甘草 8 g。根据患者具体情况进行加减, 于介入治疗前 2 天至治疗后 5 天口服, 每天 1 剂, 水煎, 于饭后 30 min 服下。

心理干预: 术前对患者进行全面的评估, 包括有否疼痛, 心理、睡眠状况, 家庭经济及支持情况等, 针对患者的不同心理, 做好术前宣教, 告知手术需配合事项, 减少介入治疗的应激反应。指导患者练习保持右下肢伸直位在床上大小便, 术前嘱患者尽量放松心情, 保证睡眠。术中具体干预措施包括: ①通过语言沟通实施心理疏导和精神分散, 鼓励患者增强自信并引导患者的思维逐渐移至日常关心的话题, 诱导患者诉说以转移其注意力; ②通过对患者面部的治疗性触摸, 松弛紧张肌肉, 减轻患者的恐惧、焦虑和孤独感, 同时观察患者反应, 辅以语言沟通和疏导, 并了解触摸效果; ③指导患者做深呼吸、面部肌肉运动或全身放松训练; ④上述干预措施效果不明显或无效时, 由术者给予安慰剂(10 mL 生理盐水静脉滴注)。对于上述心理干预后疼痛未缓解或未完全缓解的患者按照“三阶梯止痛原则”给予药物镇痛治疗。

介入术后, 家属一起陪同, 由助手及护送员护送患者回到病房, 告知患者及家属注意观察穿刺口有无渗血、肿胀等, 在患者的腰部垫一水垫或在其腰部酸累不适时帮助按摩, 增加其舒适度, 发生恶心、呕吐等术后并发症时, 及时处理。

3 观察指标与统计学方法

3.1 疼痛评估 介入术后当天采用国际通用的 NRS 对患者的疼痛情况进行评判。让患者选择最能代表疼

痛程度的数字, 依此评判患者疼痛的程度。0~10 分别表示疼痛的不同程度, 0 表示无痛, 1~3 表示轻度疼痛, 4~6 表示中度疼痛, 7~10 表示重度疼痛。

3.2 心理评估 介入术后 5 天患者自行填写 Zung's 焦虑自评量表(SAS)和抑郁自评量表(SDS), 评价患者焦虑和抑郁的情况。标准分 <50 分表示无焦虑或抑郁, 50~59 分为轻度, 60~69 分为中度, ≥70 分为重度。

3.3 统计学方法 采用 SPSS17.0 统计学软件对数据进行统计学分析处理, 计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示, 进行 *t* 检验; 计数资料采用 χ^2 检验。

4 治疗结果

4.1 2 组介入治疗后疼痛程度比较 见表 1。治疗组患者介入治疗后轻度疼痛发生率高于对照组, 中度疼痛发生率低于对照组, 差异均有显著性意义($P < 0.05$)。

组别	n	轻度疼痛	中度疼痛	重度疼痛
治疗组	25	16(64.0) ^①	8(32.0) ^①	1(4.0)
对照组	24	4(16.7)	15(62.5)	5(20.8)

与对照组比较, ① $P < 0.05$

4.2 2 组治疗后 SAS、SDS 评分比较 见表 2。观察组 SAS、SDS 评分均低于对照组, 差异均有显著性意义($P < 0.05$)。

组别	n	SAS	SDS
治疗组	25	45.26±4.56 ^①	42.86±7.58 ^①
对照组	24	53.31±5.53	57.33±4.53

与对照组比较, ① $P < 0.05$

5 讨论

肝癌介入治疗导致的疼痛多属于急性重度疼痛, 在治疗时或治疗结束时多数患者即主诉疼痛, 可表现为临近脏器的牵扯痛、闷胀感、腹部坠胀, 栓塞区绞痛或难以言表的不适等, 患者对疼痛的描述差别较大, 定位定性不准确。介入治疗导致的疼痛发生率高、程度严重, 疼痛机制尚不完全明确。据文献报道与以下因素有关: 栓塞剂使血管阻断、痉挛、栓塞; 治疗后肿瘤坏死导致所在器官肿胀、被膜压力增高或释放炎性介质; 栓塞导致靶器官和瘤体周围组织急性缺血; 与患者精神紧张、心理恐惧及个体差异有

关^[4]。许多疼痛专家认为对于可预见的疼痛应进行提前干预并能取得良好效果^[5]，这也是笔者在介入治疗前 2 天开始给患者口服龙葵承气汤及进行心理干预的原因。

随着现代医学的发展，医学模式已由生物学医学模式转变为生物 - 心理 - 社会医学模式，对肿瘤患者的心理干预显得尤为重要^[6]，医护人员需要掌握医学心理学。心理干预作为一种辅助疗法，目前越来越多地被应用于肝癌的介入治疗过程中，而且心理干预对肝癌介入治疗患者在改善情绪、缓解疼痛等方面的效果已得到肯定。乔晓玲等^[7]通过分散注意力和放松疗法对介入术中发生疼痛的患者实施心理干预，干预后疼痛明显减轻，表明心理干预对介入术中疼痛有显著的缓解作用。申飞阳^[8]对肝癌介入治疗中疼痛患者进行心理干预，研究表明心理干预对患者的疼痛有部分缓解作用，可作为介入治疗的辅助镇痛措施。心理干预能缓解患者术后的不良体验，减轻术中、术后焦虑。在实施心理干预的过程中，患者也能明显感受到医生、护士的关心与照顾，从而建立起和谐的医患关系。

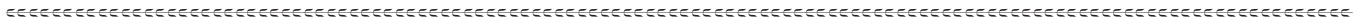
中医注重从整体治疗入手，辨证论治，通过调理阴阳、气血、五脏六腑来达到减轻症状、控制肿瘤、防止复发的目的。临床研究表明，配合中医辨证论治能够使患者在介入治疗过程中，大大减轻痛苦，改善生活质量，较明显地延长寿命^[9]。在用药研究方面，以平衡阴阳、调理气机为原则而组成的中药方剂，有令人满意的治疗效果^[10]。鉴于中医药的治疗优势及心理干预在肝癌介入治疗中的重要作用，笔者采用龙葵承气汤内服联合心理干预对肝癌介入治疗中的疼痛症状进行缓解。本研究采用的龙葵承气汤以轻下热结、除满消痞、疏肝止痛为原则组方，龙葵果清热解毒、利水消肿，并有抑制肿瘤细胞作用^[11]；白芍养阴柔肝

止痛，大黄泻热通肠，凉血解毒，逐瘀通经。柴胡疏肝解郁，配伍白芍养血柔肝，重视肝“体阴而用阳”之机理；厚朴消痰下气除满；枳实散痞破气消积；甘草健脾和中，调和诸药。多药配伍，共奏轻下热结、除满消痞、疏肝止痛之功。本研究结果显示，龙葵承气汤内服联合心理干预治疗组患者在肝癌介入治疗后的疼痛程度明显轻于对照组患者，这说明龙葵承气汤内服联合心理干预可明显减轻患者肝癌介入治疗后的疼痛，减轻患者的焦虑、抑郁情绪。

[参考文献]

- [1] 李榕华, 刘向东, 卢春雨. 原发性肝癌介入治疗后的并发症[J]. 实用医学杂志, 2010, 26(1): 163.
- [2] 宋文灿, 潘明, 徐金发, 等. 大剂量奥施康定治疗 31 例重度癌痛疗效观察[J]. 安徽医药, 2011, 15(1): 96- 97.
- [3] 周岱翰. 临床中医肿瘤学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2003: 4.
- [4] 吴沛宏. 肝癌微创治疗与多学科综合治疗[M]. 北京: 军事医学科学出版社, 2003: 342.
- [5] 袁策, 杨宾侠, 赵砚丽. 预先镇痛的研究前景[J]. 实用疼痛学杂志, 2007, 3(2): 144- 147.
- [6] 陈京立. 21 世纪的临床护理管理者[J]. 中华护理杂志, 2002, 37(3): 204.
- [7] 乔晓玲, 李胜. 心理护理对肝癌介入治疗患者生活质量的影响[J]. 中国医药指南, 2012, 9(10): 350.
- [8] 申飞阳. 肝癌介入治疗中疼痛患者进行心理干预的效果观察[J]. 大家健康, 2012, 11(6): 58.
- [9] 乔红梅, 贺新怀, 席孝贤. 中药抗肿瘤机制研究浅析[J]. 陕西中医, 2003, 24(5): 454- 456.
- [10] 张岳正, 吕爱林. 中医辨证配合介入疗法治疗中晚期肝癌 30 例[J]. 陕西中医, 2004, 25(9): 775.
- [11] 安磊, 唐劲天. 龙葵抗肿瘤作用机制研究进展[J]. 中国中药杂志, 2006, 31(15): 1225- 1226.

(责任编辑: 刘淑婷, 吴凌)



· 书讯 · 中西医结合系列教材已出版，《新中医》编辑部代售的有：中西医结合病理生理学(42 元)，中西医结合诊断学(59 元)，中西医结合外科学(58 元)，中西医结合妇产科学(60 元)，中西医结合儿科学(46 元)，中西医结合骨伤科学(52 元)，中西医结合眼科学(46 元)，中西医结合耳鼻喉口齿科学(46 元)，中西医结合护理学(44 元)，中西医结合临床科研方法学(29 元)。需购买者请汇款(含邮资)至广州市机场路 12 号广州中医药大学《新中医》编辑部发行科，并在汇款单附言栏注明书名、册数。邮政编码：51 0405，电话：(020)36585482。