

中晚期肝癌疼痛的辨证论治

——169例临床分析

上海医科大学肿瘤医院 刘 鲁 明

导师 于 尔 辛

内容提要: 通过 169 例肝癌疼痛患者, 分析了中医治疗和“四步止痛梯级治疗”的疗效。结果发现, 在晚期肝癌中, 大部分病人为轻度疼痛, 仅少数病人(占 14.2%)患中度和重度疼痛。采用一梯级治疗, 46.1% 肝癌疼痛即可缓解; 再经二或三梯级治疗可使 93.5% 的疼痛缓解; 仅 6.5% 的疼痛患者(III 级疼痛患者)需继续用四梯级治疗。单纯中医治疗后, I 级疼痛缓解率为 100%; II 级疼痛缓解率为 76.9%, 证明中医药在肝癌疼痛治疗中具有重要作用。应用“四步止痛梯级治疗”, 副作用和麻醉药物成瘾性均较小。中医药止痛机理尚未完全明了, 有待于进一步探索。

癌性疼痛是 70% 癌症患者的主要症状之一, 特别是中晚期癌症, 疼痛往往成为影响生存质量的重要因素。在肝癌患者中, 肝区疼痛约占 75%^(1,2)。众所周知, 中医中药辨证论治在癌性疼痛治疗中具有良好的疗效, 本文通过 169 例肝癌疼痛治疗回顾性分析, 旨在进一步了解辨证论治的疗效、辨证与辨痛结合用药以及其他疗法的辅助应用。

临 床 资 料

一、一般资料

1987 年本院共收治入院中晚期肝癌 227 例, 在住院过程中有不同程度的肝区疼痛者 169 例, 占 74.4%。其中男 156 例, 女 13 例; 年龄最大 70 岁, 最小 21 岁, 平均 48.1 岁。原发性肝癌 158 例, 按 1977 年全国肝癌防治研究协作会议制定诊断标准, 病理确诊 121 例(肝细胞癌 115 例, 胆管细胞癌 6 例), 临床确诊 37 例; 单纯型 5 例, 硬化型 149 例, 炎症型 4 例。继发性肝癌 11 例(胃癌、结肠癌肝转移各 3 例, 肺癌、原因不明癌肝转移各 2 例, 直肠癌肝转移 1 例, 均病理确诊)。169 例中属 II 期肝癌 100 例, III 期肝癌 69 例(即有明确恶病质、黄疸、腹水或远处转移之一者)。

二、疼痛情况及其余伴随症状和体征

根据病人疼痛主诉、体征和治后疼痛缓解情况,

将疼痛分为三级。I 级: 轻度疼痛(指病人主诉右上腹、中上腹、右肋下或其余部位疼痛, 痛可耐受, 不影响睡眠者); II 级: 中度疼痛(指病人主诉肝区或其余部位较甚疼痛, 尚能短暂忍耐, 影响睡眠者); III 级: 重度疼痛(指病人主诉疼痛剧烈, 不能忍耐, 可伴面色苍白、肢冷、出冷汗者)。参照世界卫生组织(WHO)批准的疼痛定量规定⁽³⁾: I 级疼痛相当于微(slight)痛和部分较(troublesome)痛; II 级疼痛相当于部分较痛、很(exhausting)痛和部分剧(terrible)痛; III 级疼痛相当于部分剧痛和酷(excruciating)痛或极(killing)痛。

遵照上述分级, 本组病例中, I 级疼痛 145 例, 占 85.8%; II 级疼痛 13 例, 占 7.7%; III 级疼痛 11 例, 占 6.5%。引起肝癌疼痛的主要原因可能为: 癌块迅速增长使肝包膜张力增加 92 例(54.4%), 肝包膜下出血 10 例(5.9%), 肝破裂出血 10 例(5.9%), 包膜张力增加基础上合并黄疸、腹水、消化道出血和肺转移等多种因素 49 例(29.0%), 骨转移 2 例(1.2%), Budd-Chiari 综合征(肝静脉癌栓栓塞) 1 例(0.6%), 原因不明 5 例(3.0%)。

治 疗 方 法

一、辨证论治及基本方剂选择

所有病人均根据疼痛时的辨证分脾虚、气滞、湿

热、阴虚、郁热、瘀血六型施治。

脾虚型治以健脾理气，方宗香砂六君、四君汤类加減，药用党参、白术、茯苓、木香、青陈皮、八月扎、半夏等；气滞型治以和胃理气，方宗枳实消痞丸、四磨饮子、柴胡疏肝散、逍遥散或温胆二陈汤类加減，药用枳实、厚朴、党参、白术、半夏、干姜、黄连、沉香曲、乌药、降香、柴胡、八月扎等；湿热型治以清热化湿理气，方宗茵陈五苓散、茵陈蒿汤类加減，药用茵陈、青蒿、白术、茯苓、泽泻、大黄、栀子等；阴虚型治以养阴柔肝，方宗一贯煎、杞菊地黄汤类加減，药用沙参、麦冬、生地、杞子、甘菊等；郁热型治以清热理气，方宗丹栀逍遥散、苍术白虎汤或清肝饮类加減，药用丹皮、栀子、银花、生石膏、知母、生地等；瘀血型治以活血和络，方宗失笑散、少腹逐瘀汤类加減，药用蒲黄、五灵脂、桃仁、当归、川芎、丹参、茜草等。

随证加減，III级痛选加元胡、香附，肝包膜下及肝破裂出血加茜草、蒲黄、五灵脂，虚性腹痛加白芍、甘草，骨痛加全蝎、蜈蚣，肩背放射痛加姜黄、郁金，腹胀加大腹皮、川朴，痞块加石燕、鳖甲、生牡蛎，腹水加车前子、地枯萝、猪苓、茯苓皮，消化道出血加乌药、降香，恶心呕吐加半夏、竹茹，纳呆、厌食加六曲、山楂、谷麦芽、鸡内金，盗汗重用生石膏或合用青蒿鳖甲汤，清热解毒加半枝莲、白花蛇舌草、漏芦等。

本组病人所用基本方首选四君、香砂六君汤类 43 例(25.4%)，枳实消痞丸(汤)34 例(20.1%)，逍遥散 21 例(12.4%)，柴胡疏肝散 19 例(11.2%)，温胆、二陈汤类 9 例(5.3%)，茵陈五苓、茵陈蒿汤类 8 例(4.7%)，一贯煎 8 例(4.7%)，四磨饮子 7 例(4.1%)，丹栀逍遥散 3 例(1.8%)，杞菊地黄汤 2 例(1.2%)，少腹逐瘀汤 2 例(1.2%)，其他 13 例(7.7%)。

二、辅助用药及止痛药使用情况

所有病人均先给予中药辨证论治，如果治后仍有疼痛或骤发疼痛给予其他中医疗法（如螻蛄酥或麝香止痛膏外敷痛点(区)，遵循辨证选穴规律给予针刺或穴位注射）或气功治疗，此为一级治疗。疼痛未完全缓解，加用中、小剂量消炎痛（口服 75 mg/24 h 或栓剂塞肛 100~200 mg/24 h），为二级治疗。疼痛持续再加大消炎痛剂量（塞肛 >300mg/24 h 和/或加用水杨酸类止痛剂，为三级治疗。在应用上述方法后，疼痛难以缓解或缓解时间短暂，方给予吗啡类止痛剂，为四级治疗。此种给药方法类似于 WHO 推荐的“三步止痛梯级治疗”^[12]，我们简称此给药方法为

“三步止痛梯级治疗”。

止痛效果及分析

169 例肝癌疼痛患者按上述四步梯级治疗后，疼痛得到了不同程度的缓解。表 1 示，经一梯级治疗后，疼痛消失、好转率 I 级疼痛达 100%（疼痛消失率为 53.8%），II 级疼痛为 76.9%，III 级疼痛 0%。疼痛未完全缓解的 91 例患者接受二梯级治疗，治疗结果 I 级 67 例疼痛完全消失，其余 24 例未缓解者均为 II、III 级疼痛。后者 24 例采用三梯级治疗后，13 例 II 级疼痛缓解。剩余的 III 级疼痛 11 例采用了四梯级治疗，内 8 例应用了麻醉性镇痛剂，3 例短期内病情恶化死亡。

表 1 169 例辨证治疗后疗效观察

疗效	总例数 (169例)	疼痛程度		
		I 级 (145例)	II 级 (13例)	III 级 (11例)
消失	78	78(53.8)	0	0
好转	77	67(46.2)	10(76.9)	0
无变化	6	0	3(23.1)	3(27.3)
加剧	8	0	0	8(72.7)

注：表内数字为例数(%)

从辨证论治给药情况分析来看，单纯辨证论治给药(指用药时未考虑加用止痛中药)98 例，占 58%；辨证给药加活血止痛药(失笑散、金铃子散等)68 例，占 40.2%；辨证给药加虫类止痛药(全蝎、蜈蚣等)3 例，占 1.8%。各组间疗效分析见表 2。单纯辨证论治组与辨证给药加活血止痛药组疼痛情况基本类似，治疗结果辨证给药加活血止痛药组的止痛疗效显著优于单纯辨证给药组 ($P < 0.001$)。辨证给药加虫类止痛药组由于病例太少，疗效难以评价。

表 2 169 例肝癌疼痛患者辨证用药

分组疗效分析

疗效例数	总例数	辨证论治 (98例)			辨证+活血止痛 药(68例)			辨证+虫类 止痛药(3例)	
		I 级	II 级	III 级	I 级	II 级	III 级	I 级	II 级
消失	78	30	0	0	48	0	0	0	0
好转	77	58	2	0	8	6	2	1	0
无变化	6	0	3	0	0	0	2	0	1
加剧	8	0	0	5	0	0	2	0	1

讨论

与以往的报告类似，本组病例中肝癌疼痛约占

74.4%⁽¹⁾。根据自拟疼痛定量标准,并参考WHO批准的疼痛定量方法,我们将肝癌疼痛分为III级。结果发现:轻度疼痛(I级)占85.8%;中度疼痛(II级)占7.7%;重度疼痛(III级)仅占6.5%。病因分析提示:I级疼痛主要为癌块迅速增长致肝包膜张力增加和/或并发症(黄疸、腹水、消化道出血和肺转移等)因素,包括少数原因不明者;而II、III级疼痛主要是在原疾病基础上合并有骨转移和/或肝包膜下出血、肝破裂出血等并发症者。这说明在中晚期肝癌中,如无癌块本身出血、破裂和/或骨转移等,大部分病人仅是轻度肝区疼痛,剧烈疼痛是罕见的。

169例用药情况分析,列出了本组病人疼痛的“四步止痛梯级治疗”。这与以往报道的经验相一致⁽¹⁾,似乎较WHO推荐的“三步止痛梯级治疗”方法更优⁽²⁾,更容易减少药物的副作用和麻醉性止痛剂的成瘾性。本组结果提示:46.1%的肝癌疼痛患者单纯给予中药即可疼痛缓解,93.5%患者在加用消炎痛、保太松类后疼痛缓解,仅6.5%的III级疼痛病人需用麻醉止痛剂。表明中医中药在肝癌疼痛治疗中具有重要的地位。

中医中药辨证论治在中晚期肝癌治疗中一直具有优越性。目前认为,脾虚气滞是肝癌的病理基础^(4,5)。因此,肝癌疼痛的辨证治疗也应注意健脾、扶脾、实脾、培脾以及理气、和胃。从本组病例首选方剂来看,健脾理气、和胃除满为主占80.4%,提示大部分疼痛病人的辨证仍属脾虚气滞。在此基础上随证加减,并与辨痛相结合取得了疗效。经辨证论治后疼痛消失、好

转率达91.7%。在一般情况下,正确辨证给药也可达到止痛的目的,疼痛消失率达46.2%。我们认为,中医治疗肝癌疼痛包括三个步骤:首先是辨证给药或加入香附、元胡和失笑散等活血理气之品;其次是外敷药的使用(如蟾酥膏、麝香止痛膏等)以助气血流通;三是针灸、穴位注射或气功以通络止痛。

总之,肝癌疼痛的辨证论治应以脾虚气滞为基础,I级疼痛不必考虑疼痛因素,以辨证论治为主。如疼痛较甚,在随证加减中适当考虑活血止痛药有可能提高中药止痛疗效;II级疼痛则可与西药消炎痛、保太松类结合应用;III级疼痛才可考虑使用麻醉止痛剂。这样,可以避免滥用麻醉性止痛药,从而减少由此而引起患者不必要的痛苦。

参 考 文 献

- (1) 于尔辛. 晚期肝癌的处理. 于尔辛主编《原发性肝癌》1987年,第一版,183页. 上海科技文献出版社.
- (2) V. Ventafridda, et al: A validation study of the WHO method for cancer pain relief. *Cancer* 59: 850-856, 1987.
- (3) V. Ventafridda, et al: A new method of pain quantification based on a weekly self-descriptive record of the intensity and duration of pain. *Advances in Pain Research and Therapy*. Vol 5, edited by John J. Bonica et al. Raven Press, New York 1983; 891-895.
- (4) 于尔辛,等. 健脾理气法治疗原发性肝癌临床和机理的初步研究. *中医杂志* 1987; (7):28.
- (5) 刘鲁明,等. 中药与中药合并化疗治疗晚期原发性肝癌的前瞻性观察. *辽宁中医杂志* 1988; (1):18.

热因热用治验皮肤烘热1例

北京中医学院东直门医院 李元文

陈××,女,82岁。1988年3月17日初诊。

患者一年来,无明显诱因,周身皮肤烘热,如烘烤一般。每必以凉毛巾或冰块敷于周身方休,以致睡不能覆被。曾多方治疗,服复合维生素B及谷维素等无效。并服凉血清热汤药²⁰余剂,未见好转。就诊时,适早春寒流之时,患者仅穿一薄夹袄,仍诉烘热难忍。查体:一般可,心肺(-),体温36.5℃,脉搏64次/分,血压120/90毫米汞柱。周身皮肤无充血,无潮红,触之肤温不高,无汗。舌淡苔白,脉沉弦紧。证属:阴寒内盛,迫阳外泄。治予:温阳散寒。处方:炙麻黄3克,制附片10克,细辛3克,仙茅10克,桂枝10克,当归10克,白芍10克,首乌10克。三剂。

患者诉服二剂后,烘热已明显减轻,能盖被就寝,服三剂后腰腿部反有凉感。效不更方,上方继服三剂。3月26日家属来告知已痊愈。随访一月无复发。

按:患者年逾八旬,阳气偏衰,阴寒内盛,迫阳外泄,必致皮肤烘热。由于久用寒凉,损及真阳,使病情愈重。《素问·至真要大论》云:“热因热用,寒因寒用,塞因塞用,通因通用,必伏其所主,而先其所因。”患者热为假象,其本乃寒。故投以麻黄附子细辛汤以温阳散寒,并辅以仙茅、桂枝,使阳气得生,阴寒得散,佐以当归、白芍、首乌调节营卫,调整阴阳,果收显效。