

中药内服加灌肠防治放射性直肠炎 47 例临床观察

佟玲* 李超 许昌韶

(上海交通大学医学院苏州九龙医院, 江苏省苏州市工业园区万盛街 118 号, 215028)

* 通讯作者: tongzrf@tom.com, 15906206920

[摘要] 目的 观察中药内服加灌肠防治放射性直肠炎的临床疗效。方法 将 89 例局部晚期癌症患者随机分为中药组 47 例和西药组 42 例, 中药组每日放疗结束后采用葛根芩连汤和白头翁汤保留灌肠 30min, 每日 1 次, 同时辨证给予中药口服; 西药组每日放疗结束后采用生理盐水加思密达、地塞米松保留灌肠 30min, 每日 1 次, 自腹泻出现时口服思密达、左氧氟沙星。放疗结束后比较两组患者的肠道急性放射性损伤程度及生存质量。结果 中药组急性放射性肠炎 II 级以上的发生率明显少于西药组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$); 放疗后中药组卡氏评分 (KPS) 80 分以上者明显高于西药组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论 中药内服加灌肠可明显减少急性放射性肠炎的发生率, 有效地提高患者的生存质量。

[关键词] 中药灌肠; 放射性肠炎; 放射疗法

Clinical Observation on Radiotherapy Combined with Chinese Medicine Enema for 47 Cases of Radiation Enteritis

TONG Ling, LI Chao, XU Changshao

(Suzhou Kowloon Hospital, Medical School, Shanghai Jiaotong University, Jiangsu Province 215028)

ABSTRACT Objective To observe the therapeutic effect of radiotherapy combined with Chinese medicine enema on radiation enteritis. **Methods** Eighty-nine patients with locally advanced cancer were randomized into the Chinese medication (radiotherapy + oral Chinese medicine + Chinese medicine enema) group of 47 cases and western medication (radiotherapy + oral western medicine + western medicine enema) group of 42 cases. For the Chinese medication group, Gegen Qinlian Decoction and Baitouwong Decoction were used for enema after radiotherapy each day, meanwhile, oral medication based on syndrome differentiation was given. Normal saline added with smecta and Dexamethasone was given to the Western medication group for enema, once everyday after radiotherapy, and smecta and levofloxacin were given orally when diarrhea appeared. The intestinal acute radiation injury degree and quality of life in both groups were observed after treatment. **Results** The incidence of acute radiation enteritis above grade II in the Chinese medication group was significantly less than that in the western medicine group ($P < 0.05$). Patients with KPS score above 80 points was significantly more in the Chinese medication group than in the western medication group ($P < 0.05$). **Conclusion** Chinese medicine oral medication and enema for radiation enteritis could obviously reduce the incidence of acute radiation enteritis and effectively improve the quality of life of patients.

Keywords Chinese medicine for enema; radiation enteritis; radiotherapy

盆腔大野放疗是直肠癌、宫颈癌等多种肿瘤治疗过程中常用的一种射野方式, 尤以是局部晚期子宫颈癌 (IIb 期以上) 应用更为广泛。急性放射性肠炎常以里急后重、排便疼痛、黏液血便等为主要临床表现, 严重会发生肠坏死、溃疡穿孔及梗阻, 大多数患者放疗后症状轻微, 但 2.5%~15.0% 的患者可有显著的结直肠症状, 严重影响患者生存质量^[1]。我们选取 89 例需行盆腔放疗的肿瘤患者对中药治疗放射性肠炎进行临床观察, 现总结如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

收集 2005 年 3 月至 2010 年 11 月上海交通大学医学院苏州九龙医院 89 例需盆腔大野放疗的多种类型肿瘤患者, 均经病理学证实, 采用随机数字表

法分为中药组和西药组。中药组 47 例, 其中子宫颈癌 29 例、直肠癌 10 例、前列腺癌 3 例、卵巢癌 5 例; 女 37 例, 男 10 例; 中位年龄 56 岁; 病程 3 个月~3 年, 平均病程 2.2 年。西药组 42 例, 其中子宫颈癌 28 例、直肠癌 10 例、前列腺癌 2 例、卵巢癌 2 例; 女 36 例, 男 6 例; 中位年龄 53 岁; 病程 5 个月~3.3 年, 平均病程 2.4 年。两组患者一般资料比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 放射性直肠炎的诊断标准

参照文献^[2]标准。腹腔、盆腔恶性肿瘤手术后, 或未经手术治疗的患者, 接受放射治疗后出现下列表现者: ①有腹痛、腹泻、里急后重和鲜红色血便; ②直肠指诊, 肛门括约肌痉挛与触痛, 直肠前臂水肿增厚变硬; ③内窥镜检查, 直肠黏膜糜烂、溃疡、溃疡

呈斑片状或钻孔状,触之易出血;④病理检查,组织细胞水肿、变性、坏死并排除恶性肿瘤转移可能。

1.3 中医辨证标准

参照文献[3]标准,湿热下注型:症见腹痛、腹泻、里急后重、黏液血便、血色鲜红或暗红、肛门灼痛、胸闷烦渴、恶心纳呆、舌质红绛、苔黄厚腻、脉滑数。热毒炽盛型:壮热口渴、头痛烦躁、恶心呕吐、大便频频、下鲜紫脓血、腹痛剧烈、里急后重、甚者神昏惊厥、舌质红绛、舌苔黄燥、脉滑数或微欲绝。气血两虚型:症见面色萎黄、气短乏力、食欲不振、心慌失眠、便血量多而色淡、舌质红、苔薄黄而少津、脉细弱。脾胃虚弱型:大便时溏时泻、迁延反复、食少、食后脘闷不舒、稍进油腻食物则大便次数明显增多、面色萎黄、神疲倦怠、舌质淡、苔白、脉细弱。

1.4 纳入标准

符合上述诊断标准及中医辨证标准,年龄 25~65 岁;无并发症发生,无须紧急或抢救治疗;签署知情同意书。

1.5 排除标准

妊娠或哺乳期妇女;合并有心脑血管、肝肾及造血系统等严重原发性疾病,合并有严重传染性疾病者及精神病患者;对试验所用药物过敏者;资料不全影响结果或安全性判断者,在观察期间未按要求服用药物或接受其他治疗者;严重烟酒嗜好和药物成瘾者或生活无规律者。

2 方法

2.1 治疗方法

两组均用 6MV X 线直线加速器放疗,设全盆腔俯卧位 3 野或 2 野照射。上界在第四、五腰椎水平,下界在闭孔下缘,左右界在股骨头内 1/3 处,放疗剂量每次 1.8~2Gy,每日 1 次,每周 5 次,剂量为 45~50Gy。

中药组在放疗基础上给予灌肠溶液,以葛根苓连汤和白头翁汤加减,处方:白头翁 15g,黄连 12g,黄芩 6g,秦皮 12g,葛根 9g,五味子 6g,乌贼骨 10g。将上述药物加清水浸泡 30min,用文火煎 1h,浓缩量约 50ml。每日放疗后保留灌肠 30min,每日 1 次,直至放疗结束。口服药物:湿热下注型给予葛根 30g,黄连 10g,黄芩 15g,甘草 3g,车前子 9g,滑石 10g,马齿苋 30g;热毒炽盛型给予金银花 15g,连翘 15g,山豆根 6g,板蓝根 15g,蒲公英 15g;气血两虚型给予黄芪 30g,党参 15g,白术 10g,当归 15g,熟地黄 9g,阿胶 9g,鸡血藤 30g;脾胃虚弱型给予党参

20g,茯苓 10g,陈皮 10g,白术 15g,砂仁 6g,木香 9g,甘草 6g。每日 1 剂,水煎分 2 次口服,直至放疗结束。

西药组在放疗基础上给予灌肠溶液,以生理盐水 50ml 加思密达(云南云龙制药有限公司,国药准字 Z53020208)3g,地塞米松(海口康力元制药有限公司,国药准字 H20060779)5mg。每日放疗后保留灌肠 30min,每日 1 次,直至放疗结束。口服药物:自腹泻症状出现开始,思密达 3g,每日 3 次口服,左氧氟沙星 0.2g(涿州东乐制药有限公司,国药准字 H20064831),每日 2 次口服。

2.2 观察指标与方法

治疗后采用急性放射性肠炎分级标准^[4]进行分级。0 级:无症状;Ⅰ级:大便次数增多或习惯改变,无需用药/直肠不适,无需镇痛治疗;Ⅱ级:腹泻,需用抗副交感神经药/黏液分泌增多,无需卫生垫/直肠或腹部疼痛,需镇痛药;Ⅲ级:腹泻,需肠胃外支持/重度黏液或血性分泌物增多,需卫生垫/腹部膨胀;Ⅳ级:急性或亚急性肠梗阻、瘘或穿孔,胃肠道出血需输血,腹痛或里急后重需置管减压,或肠扭转。

观察患者放疗期前后卡氏功能状态评分(KPS)^[5]的情况。并随访 1 年,观察迟发性肠炎^[2]的发生率。

2.3 统计学方法

采用 SPSS 13.0 统计软件进行数据处理,采用独立 t 检验及 χ^2 检验。

3 结果

3.1 两组患者治疗后急性放射性肠炎分级比较

表 1 示,中药组急性放射性肠炎Ⅱ级以上的发生率明显少于西药组,两组比较差异有统计学意义($P<0.05$)。

表 1 两组患者急性放射性肠炎分级比较[例(%)]

组别	例数	0 级	Ⅰ 级	Ⅱ 级	Ⅲ 级及以上
中药组	47	18(38.30)	25(53.19)	4(8.51)	0
西药组	42	16(38.10)	20(47.62)	6(14.28)	0

3.2 两组患者放疗前后 KPS 评分比较

表 2 示,放疗后中药组 KPS 评分 80 分以上者明显高于西药组,差异有统计学意义($P<0.05$)。

表 2 两组患者放疗前后 KPS 评分比较[例(%)]

组别	例数	放疗前 80 分以上	放疗后 80 分以上
中药组	47	24(51.06)	31(65.95)
西药组	42	20(47.61)	22(52.38)

3.3 两组患者迟发性肠炎发生情况比较

中药组 1 年内迟发性肠炎 1 例,西药组 3 例,两组比较差异有统计学意义($P < 0.05$)。

4 讨论

放射性肠炎属中医学“泄泻”、“血症”、“便血”等范畴。放射线损伤肠道,毒邪蕴结,日久变为热毒,损伤大肠正常功能,故大便次数多;毒热阻碍气机,则下坠、腹痛或里急后重;毒热灼伤肠道气血,伤于气分,则大便有黏液,伤于血分,则有脓血便;热伤血络,迫血妄行,则便血不止;热毒耗伤津液,则口渴,肛门灼热。

目前放射性肠炎的治疗比较困难,应用收敛、利湿、解毒等功能的中药保留灌肠,除局部渗透黏膜组织改善微循环,抗炎,更能够根据不同证型辨证施治全身用药,既能有效防治放射性肠炎的发生,更能够改善患者不适症状,减轻痛苦,提高生存质量。保留灌肠中药中,白头翁、秦皮清热解毒,止痢,具有较强的抗金黄色葡萄球菌、绿脓杆菌、痢疾杆菌等多种细菌和真菌作用,煎剂及所含皂苷也有明显的抗阿米巴原虫、阴道滴虫、流感病毒等功效^{[6]150};黄芩功效清热燥湿,泻火解毒,止血,能够抑制肠管蠕动、抗氧化、调节 cAMP 水平、抗肿瘤等作用^{[6]108};黄连、葛根功效清热止泻,并可解除肠内痉挛,以减慢肠蠕动^{[6]87};五味子具有消炎作用,防止自由基侵害,五味子所含的木酚素是强效抗氧化剂,能抑制自由基;乌贼骨功效收敛止血,消肿生肌,其成分有碳酸钙、氯化钠、镁盐等,可在肠壁上形成保护膜,促使炎症吸

收,减轻局部疼痛^{[6]582}。同时根据辨证分析,湿热下注型、热毒炽盛型、气血两虚型、脾胃虚弱型,分别以葛根、黄连、黄芩、车前子、滑石等清热利湿;金银花、连翘、山豆根、蒲公英等清热解毒;黄芪、党参、白术、阿胶、鸡血藤等益气补血;党参、茯苓、陈皮、白术等补益脾胃。保留灌肠中药对肿瘤放疗有减毒增效的作用,能提高机体的耐受性,使患者能顺利完成放疗。

本研究显示,中药组急性放射性肠炎Ⅱ级以上的发生率明显少于西药组($P < 0.05$);放疗后中药组 KPS 评分 80 分以上者明显高于西药组($P < 0.05$)。提示中药内服加灌肠能够有效预防放射性直肠炎的发生,减轻辐射损伤,降低肠道毒性反应,因每日灌肠患者不易接受,还需寻求更简洁、方便的治疗方法。

参考文献

- [1]贾立群,朱世杰.肿瘤放化疗不良反应[M].北京:科学技术文献出版社,2004:114.
- [2]徐燮渊,俞受程,曾逊闻,等.现代肿瘤放射治疗学[M].北京:人民卫生出版社,2000:728-729.
- [3]王胜文,李薇.放射性直肠炎中西医结合治疗对比观察[J].中国中西医结合杂志,2004,24(1):79-80.
- [4]殷蔚伯,余子豪,徐国镇,等.肿瘤放射治疗学[M].4版.北京:中国协和医科大学出版社,2008:1350.
- [5]周际昌.实用肿瘤内科治疗[M].北京:科学技术出版社,2010:444.
- [6]高学敏.中药学[M].北京:中国中医药出版社,2002.

(收稿日期:2012-03-09;修回日期:2012-07-16)

[编辑:侯建春]

(上接第 1826 页)

- [7]小曾户洋.汉方的历史[M].东京:大修馆书店,1999:124-126.
- [8]潘桂娟.日本汉方医学[M].北京:中国中医药出版社,1994:37-38.
- [9]马东峻.吉益东洞及其医学观[J].浙江中医学院学报,1983,7(1):17-20.
- [10]鲍艳举,李丛煌,杨瑶瑶.日本古方派之吉益东洞[J].中医药文化,2010,5(1):49-51.
- [11]程伟.吉益东洞的意义——读《吉益东洞——日本古方派的“岱宗”与“魔鬼”》[J].中国科技史杂志,2010,31(3):339-341.
- [12]承淡安注解,朱襄君参订.伤寒论新注[M].南京:江苏人民出版社,1956:366-367.
- [13]常存库.中国医学史[M].北京:中国中医药出版社,2007:168-169.
- [14]黄煌.古方的学习与应用[J].山西中医,1996,12(6):

29-31.

- [15]江启煜,孙晓生.“辨证元”思想在中医体质辨识中的应用[J].江苏中医药,2010,42(8):1-3.
- [16]伍锐敏.日本的东洋医学[J].日本医学介绍,1982,3(11):27-29.
- [17]刘建平.循证医学与中医疗效评价[J].中医杂志,2007,48(1):26-28.
- [18]刘建平.临床科研方法——理论与实践[M].北京:军事医学科学出版社,2000:114-126.
- [19]樊海,吴成,刘兴旺.日本著名汉方家吉益东洞学术思想探要[J].国医论坛,1991,6(6):20-21.
- [20]张金玺.从《药征》看日本古方医学派的研究方法[J].中医药学报,1992,17(5):9-11.
- [21]刘仁俊.浅谈甘草化学成分及药理作用[J].中国中医药现代远程教育,2011,9(19):74-76.

(收稿日期:2012-06-28;修回日期:2012-08-13)

[编辑:黄健]