

雷火灸对脾胃虚寒型胃癌术后腹腔热灌注化疗患者 胃肠功能恢复的疗效观察

李小华¹, 王玉汶², 许志恒³, 陈镇瑶¹, 陈琦¹, 陈育忠³

(1. 广州中医药大学, 广东广州 510006; 2. 广东省第二中医院, 广东广州 510095;

3. 广州中医药大学第一附属医院, 广东广州 510405)

摘要:【目的】观察雷火灸对脾胃虚寒型胃癌术后腹腔热灌注化疗(HIPEC)患者胃肠功能恢复的临床疗效,并探讨其可能的作用机制。【方法】将60例脾胃虚寒型胃癌术后HIPEC患者随机分为治疗组和对照组,每组各30例。对照组给予胃癌术后常规治疗及HIPEC治疗。治疗组在对照组治疗的基础上,在HIPEC治疗后2h给予穴位(双侧足三里、上巨虚、下巨虚)雷火灸干预,治疗时间为20min,每天1次,连续治疗7d。观察2组患者恶心、呕吐、腹胀、腹泻胃肠反应分度评估的情况,并评价其临床疗效;比较2组患者首次肠鸣音、肛门排气、排便时间的情况,分别于术后第1、3、7天,观察2组患者血液中白细胞(WBC)计数、中性粒细胞(N)计数、C反应蛋白(CRP)及白细胞介素6(IL-6)含量的变化情况。分别记录2组患者住院的总天数,并进行比较。【结果】(1)2组患者恶心临床疗效比较:治疗组总有效率为90.00%(27/30),对照组为76.67%(23/30),治疗组疗效优于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。2组患者呕吐临床疗效比较:治疗组总有效率为93.33%(28/30),对照组为76.67%(23/30),治疗组疗效优于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。2组患者腹胀临床疗效比较:治疗组总有效率为80.00%(24/30),对照组为63.33%(19/30),治疗组疗效优于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。2组患者腹泻临床疗效比较:治疗组总有效率为83.33%(25/30),对照组为66.67%(20/30),治疗组疗效优于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。(2)治疗后,治疗组首次肠鸣音、肛门排气与排便时间均明显缩短,与对照组比较,差异有统计学意义($P < 0.05$)。(3)经过治疗后,于术后第3、7天,治疗组患者的WBC、N与IL-6水平较同组术后第1天明显改善,差异有统计学意义($P < 0.05$);术后第3天,对照组患者的IL-6水平较同组术后第1天明显改善,差异有统计学意义($P < 0.05$),术后第7天,对照组患者的WBC与IL-6水平较同组术后第1天明显改善,差异有统计学意义($P < 0.05$);经过治疗后,于术后第3、7天,治疗组患者的WBC、N、CRP与IL-6水平较同期对照组明显降低,差异有统计学意义($P < 0.05$)。(4)对照组平均住院天数为(17.20 ± 6.50)d,治疗组平均住院天数为(14.50 ± 3.50)d,治疗组住院时间明显短于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。【结论】雷火灸可以明显改善脾胃虚寒型胃癌术后腹腔热灌注化疗患者的恶心、呕吐、腹胀、腹泻症状,缩短首次肠鸣音、肛门排气、排便的时间,加速胃肠道功能的恢复,减少住院天数,其作用机理可能与减轻胃癌术后HIPEC患者体内炎症反应有关。

关键词: 雷火灸; 胃癌; 脾胃虚寒型; 腹腔热灌注化疗; 胃肠功能; 炎症反应

中图分类号: R246.9

文献标志码: A

文章编号: 1007-3213(2021)03-0531-08

DOI: 10.13359/j.cnki.gzxbtcm.2021.03.018

Clinical Observation on Thunder-Fire Moxibustion for Recovery of Gastrointestinal Function in Spleen-Stomach Deficiency-Cold Type of Patients Receiving Hyperthermic Intraperitoneal Chemotherapy after Gastric Cancer Surgery

LI Xiao-Hua¹, WANG Yu-Wen², XU Zhi-Heng³, CHEN Zhen-Yao¹,
CHEN Qi¹, CHEN Yu-Zhong³

(1. Guangzhou University of Chinese Medicine, Guangzhou 510006 Guangdong, China; 2. Guangdong Provincial Hospital of
Traditional Chinese Medicine, Guangzhou 510095 Guangdong, China; 3. The First Affiliated Hospital of Guangzhou
University of Chinese Medicine, Guangzhou 510405 Guangdong, China)

Abstract: Objective To observe the clinical therapeutic effect of thunder-fire moxibustion for the recovery of

收稿日期: 2020-09-26

作者简介: 李小华(1991-), 男, 硕士研究生; E-mail: 2511586957@qq.com

通讯作者: 陈育忠, 男, 主任医师, 硕士研究生导师; E-mail: 1394029774@qq.com

基金项目: 广东省中医药局基金项目(编号: 20171089)

gastrointestinal function in spleen–stomach deficiency–cold type of patients receiving hyperthermic intraperitoneal chemotherapy (HIPEC) after gastric cancer surgery, and to explore its possible mechanism. **Methods** A total of 60 spleen–stomach deficiency–cold type of patients who underwent HIPEC after gastric cancer surgery were randomly divided into treatment group and control group, 30 cases in each group. The control group received routine treatment and HIPEC treatment after gastric cancer operation, and the treatment group received thunder–fire moxibustion at bilateral *Zusanli* (ST36), *Shangjuxu* (ST37), *Xiajuxu* (ST39) acupoints 2 hours after HIPEC treatment for 20 minutes on the basis of the treatment of the control group, once a day, the treatment course covering 7 continuous days. After 7–day treatment, the scores of clinical symptom nausea, emesis, abdominal distension and diarrhea in the two groups were observed day one, 3, 7 after operation, the clinical therapeutic effect in two groups was evaluated, the changes in time to first intestinal sound, anal exsufflation and defecation, and white blood cells (WBC) count, neutrophils (N) count, C reaction protein (CRP) level and interleukin 6 (IL–6) content in blood in the two groups were measured. **Results** (1) The effective rate for controlling nausea was 90.00% (27/30) in the treatment group, and was 76.67% (23/30) in the control group. The curative efficacy of the treatment group was superior to that of the control group ($P < 0.05$). The total effective rate for controlling emesis was 93.33% (28/30) in the treatment group, and was 76.67% (23/30) in the control group. The curative efficacy of the treatment group was superior to that of the control group ($P < 0.05$). The total effective rate for controlling abdominal distension was 80.00% (24/30) in the treatment group, and was 63.33% (19/30) in the control group. The curative efficacy of the treatment group was superior to that of the control group ($P < 0.05$). The total effective rate for controlling diarrhea was 83.33% (25/30) in the treatment group, and was 66.67% (20/30) in the control group. The curative efficacy of the treatment group was superior to that of the control group ($P < 0.05$). (2) After treatment, the time to first intestinal sound, anal exhaust and defecation in the treatment group were significantly shorter than those in the control group ($P < 0.05$). (3) Day 3, 7 after operation, the WBC count, neutrophils count, and IL–6 content in the treatment group were improved in comparison to those day 1 after operation ($P < 0.05$). Day 3 after operation, the IL–6 content in the control group was improved in comparison to those day 1 after operation ($P < 0.05$), and day 7 after operation, the WBC count and IL–6 content in the control group were improved in comparison to those day 1 after operation ($P < 0.05$). Day 3, 7 after operation, the WBC count, neutrophils count, CRP level and IL–6 content in the two groups were decreased in comparison to those in the control group during the same period ($P < 0.05$). (4) The mean time of postoperative hospital stay was (17.20 ± 6.50) days in the control group, and was (14.50 ± 3.50) days in the treatment group. The mean time of postoperative hospital stay in the treatment group was shorten than that in the control group ($P < 0.05$). **Conclusion** Thunder–fire moxibustion is obviously effective improving the symptoms of nausea, vomiting, abdominal distension and diarrhea in the spleen–stomach deficiency–cold type of patients receiving HIPEC after gastric cancer surgery, shortening the time to first bowel sound, anal exsufflation and defecation, promoting recovery of gastrointestinal tract functions, and reducing the days of hospitalization, its mechanism may be related to reducing the inflammatory reaction in patients with spleen–stomach deficiency–cold type of postoperative gastric cancer treated by intraperitoneal HIPEC.

Keywords: thunder–fire moxibustion; gastric cancer; spleen–stomach deficiency–cold type; intraperitoneal hyperthermic perfusion chemotherapy (HIPEC); gastrointestinal function; inflammatory reaction

胃恶性肿瘤是目前全球公认的五大癌症之一, 其死亡率高居第3位, 每年死亡的人数占到全部癌症死亡人数的8.8%^[1]。虽然, 随着生活条件的

改善以及更多、更好的检测方式和治疗手段的应用, 一些病因(如幽门螺杆菌)引起的胃癌有所下降, 但是, 也有其他形式引起的胃癌发病率增

高。据统计,在美国年龄为25~39岁的非贲门型胃癌患者的发病率增加了70%^[2],因此,对于胃癌需要早期筛查、早期发现、做到及时治疗才能够提高生存率。目前,治疗胃癌的方法较多,最主要的治疗手段是行胃癌根治术,但该手术易因肿瘤发生腹膜种植转移导致失败。经调查,高达70%的胃癌患者发生腹膜转移,一旦确诊发生腹膜种植转移,平均生存期仅为4个月^[3]。近些年,新兴起的腹腔热灌注化疗(hyperthermic intraperitoneal chemotherapy, HIPEC)对于这种胃恶性肿瘤发生腹膜种植转移具有明显的疗效,受到国内外专家一致的肯定^[4]。但手术后和HIPEC治疗后的患者容易产生恶心、呕吐、腹胀、腹痛等一系列消化道反应^[5],而西医治疗这些症状方法较单一并且副作用较大,有时效果较差,于是往往会寻求中医治疗方法^[6]。雷火灸具有温通经络、活血化瘀、祛风散寒的功效,对脾胃虚寒型胃癌患者术后胃肠功能恢复具有良好的效果。本研究采用雷火灸治疗脾胃虚寒型胃癌术后HIPEC患者,并观察其胃肠道反应及炎症指标的变化情况,取得显著疗效,现将研究结果报道如下。

1 对象与方法

1.1 研究对象及分组

选取2018年10月至2020年1月广州中医药大学第一附属医院胃肠甲状腺外科收治的60例脾胃虚寒型胃癌术后接受HIPEC的患者为研究对象。按随机数字表将患者随机分为治疗组和对照组,每组各30例。本研究获医院伦理委员会审议通过。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准

参照《胃癌诊疗规范(2018年版)》^[7]有关胃癌的诊断标准拟定,并严格按照手术适应症需要进行胃癌根治术。根据《腹腔热灌注化疗技术临床应用专家共识(2016版)解读》^[8]的指征,术后进行早期HIPEC治疗。

1.2.2 中医辨证标准

参照文献^[9]有关脾胃虚寒型的诊断标准拟定。诊断标准符合:胃脘隐隐作痛,喜温喜按,进食生冷或者遇寒则加剧,口淡不渴,神疲懒言,面色晄白无华,舌淡胖,苔白滑润,脉沉迟无力或沉缓或沉细。

1.3 纳入标准

①术后病理报告明确诊断为胃癌;②年龄范围为30~80岁;③自愿参加本研究并签署知情同意书的患者。

1.4 排除标准

①患有高血压且血压舒张压 ≥ 110 mmHg或收缩压 ≥ 180 mmHg的患者;②患有心衰、哮喘的患者;③体温超过38.5℃的患者;④孕妇;⑤发生严重不良反应的患者;⑥既往患有精神类疾病难以配合治疗的患者;⑦腿部穴位区有明显外伤破溃、感染等的患者。

1.5 治疗方法

1.5.1 对照组

手术关腹前在患者脾窝和肝下及左右盆腔各放置1根腹腔引流管,共计4根,并且上下引流管交叉引出后固定于腹壁。术后给予胃癌常规治疗及护理,选用广州保瑞医疗技术有限公司生产的BR-TRG II型体腔热灌注治疗仪进行腹腔热灌注化疗,灌注液使用生理盐水4 000 mL,化疗药物选用顺铂(江苏豪森药业股份有限公司生产,批号:国药准字H20040813)40~60 mg(具体参照患者体质量及耐受能力),配合氟尿嘧啶(天津金耀药业有限公司生产,批号:2002251,规格:0.25 g/支),共用4支。灌注前先将化疗药物注射到灌注液中配制成化疗液,灌注液进入人体前调好固定温度为43℃,速度调为350~500 mL \cdot min⁻¹,持续灌注1 h。从术后第1天开始,每天1次,共进行3~4次。

1.5.2 治疗组

在对照组术后治疗的基础上,于腹腔热灌注化疗后2 h,给予患者雷火灸穴位刺激治疗。选用规格为2.8 cm \times 10.5 cm的赵氏雷火灸(重庆赵氏雷火灸传统医药研究所生产,药物组成:陈年艾绒、穿山甲、麝香、沉香等),备齐用品至患者床边,治疗前向患者解释并说明目的,取得患者同意后方可开始治疗。协助患者取平卧位,充分暴露双下肢施灸部位,定穴:参照《穴位定位标准图谱》^[10]取穴双侧足三里、上巨虚、下巨虚。施灸:由专业的针灸科医师点燃雷火灸,将点燃的雷火灸对准需要施灸的穴位,距皮肤约3 cm处施灸,适当地上下左右移动,使患者感到温暖而不灼痛,以穴位局部皮肤发红为度。治疗期间,密切注意患者皮肤的变化状况,预防烫伤。重复上述操作,直到双侧穴位灸完为止,治疗完毕后清

洁局部皮肤,协助患者调整至舒适的体位。每日1次,每次20 min,连续治疗7 d。

1.6 观察指标

1.6.1 胃肠功能评估

参照《抗癌药急性及亚急性毒性反应分度标准(WHO标准)》^[11]进行胃肠反应分度评估。①恶心分度。0度:无恶心;I度:轻度恶心,不会影响饮食及日常生活;II度:中度恶心,影响到进食及日常生活;III~IV度:严重恶心,需卧床休息。②呕吐分度。0度:无呕吐;I度:呕吐每天1~2次;II度:呕吐每天3~5次;III~IV度:呕吐>每天5次,或者出现难以控制的呕吐、水电解质紊乱及全身脱水等。③腹胀分度。0度:无腹胀;I度:轻微腹胀,不会影响饮食及日常生活;II度:中度腹胀,腹部膨隆但尚能忍受;III~IV度:明显腹胀、腹部膨隆,甚至出现呻吟、烦躁,影响呼吸等。④腹泻分度。0度:无腹泻;I度:短暂性腹泻<2 d;II度:腹泻>2 d,但尚能忍受无需治疗;III~IV度:腹泻难以忍受需要治疗或者出现血性腹泻。

1.6.2 首次肠鸣音、肛门排气与排便时间

分别观察并记录2组患者治疗后首次肠鸣音、肛门排气与排便的时间,并进行比较。

1.6.3 白细胞(WBC)计数、中性粒细胞(N)计数及C反应蛋白(CRP)、白细胞介素6(IL-6)的含量

分别于术后第1天、第3天、第7天清晨,空腹取患者右肘静脉血,采用全自动血细胞分析仪检测血浆中WBC和N的变化情况。采用Beckman-Coulter cX9PRO全自动生化分析仪测定CRP的变化情况。采用酶联免疫吸附法检测IL-6的变化情况。

1.6.4 住院时间

分别记录2组患者住院的总天数,并进行比较。

1.7 疗效判定标准

根据患者治疗后胃肠道恶心、呕吐、腹胀、

腹泻反应的程度来判断临床疗效^[12]。0度为完全有效(CR);I度(轻度)为部分有效(PR);II度(中度)为轻度缓解(MR);III~IV度(重度)为无效(F)。总有效率=(完全有效例数+部分有效例数)/总病例数×100%。

1.8 统计方法

采用SPSS 25.0统计软件进行数据的统计分析。计量资料采用均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,组内比较采用配对t检验,组间比较采用两独立样本t检验;计数资料采用率或构成比表示,组间比较采用卡方检验;等级资料组间比较采用Ridit分析。以 $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 2组患者基线资料比较

表1结果显示:2组患者的性别、年龄、手术方式等一般情况比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$),表明2组患者的基线特征基本一致,具有可比性。

2.2 2组患者胃肠道反应疗效比较

2.2.1 2组患者恶心临床疗效比较

表2结果显示:治疗组恶心总有效率为90.00%(27/30),对照组为76.67%(23/30)。治疗组疗效优于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。

2.2.2 2组患者呕吐临床疗效比较

表3结果显示:治疗组呕吐总有效率为93.33%(28/30),对照组为76.67%(23/30)。治疗组疗效优于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。

2.2.3 2组患者腹胀临床疗效比较

表4结果显示:治疗组腹胀总有效率为80.00%(24/30),对照组为63.33%(19/30)。治疗组疗效优于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。

2.2.4 2组患者腹泻临床疗效比较

表5结果显示:治疗组腹泻总有效率为83.33%(25/30),对照组为66.67%(20/30)。治疗组

表1 2组脾胃虚寒型胃癌术后HIPEC患者基线资料比较

Table 1 Comparison of baseline data of the two groups of patients with spleen-stomach deficiency-cold type of postoperative gastric cancer

组别	例数(例)	性别(例)		年龄(岁)	手术方式(例)		肿瘤部位(例)		
		男	女		开腹	腔镜	远端	近端	全胃
对照组	30	17	13	57.5 ± 10.3	20	10	10	12	8
治疗组	30	16	14	56.7 ± 10.8	19	11	9	11	10

表2 2组脾胃虚寒型胃癌术后HIPEC患者恶心临床疗效比较

Table 2 Comparison of clinical curative effect for nausea in the two groups of spleen-stomach deficiency-cold type of patients receiving HIPEC after gastric cancer surgery [例(%)]

组别	例数(例)	完全有效	部分有效	轻度缓解	无效	总有效
对照组	30	13(43.33)	10(33.33)	4(13.33)	3(10.00)	23(76.67)
治疗组	30	17(56.67)	10(33.33)	2(6.67)	1(3.33)	27(90.00) ^①

① $P < 0.05$, 与对照组比较

表3 2组脾胃虚寒型胃癌术后HIPEC患者呕吐临床疗效比较

Table 3 Comparison of clinical curative effect for emesis in the two groups of spleen-stomach deficiency-cold type of patients receiving HIPEC after gastric cancer surgery [例(%)]

组别	例数(例)	完全有效	部分有效	轻度缓解	无效	总有效
对照组	30	15(50.00)	8(26.67)	5(16.67)	2(6.66)	23(76.67)
治疗组	30	20(66.67)	8(26.66)	1(3.33)	1(3.34)	28(93.33) ^①

① $P < 0.05$, 与对照组比较

表4 2组脾胃虚寒型胃癌术后HIPEC患者腹胀临床疗效比较

Table 4 Comparison of the clinical curative effect for abdominal distension in the two groups of spleen-stomach deficiency-cold type of patients receiving HIPEC after gastric cancer surgery [例(%)]

组别	例数(例)	完全有效	部分有效	轻度缓解	无效	总有效
对照组	30	13(43.33)	6(20.00)	7(23.33)	4(13.34)	19(63.33)
治疗组	30	19(63.33)	5(16.67)	4(13.33)	2(6.67)	24(80.00) ^①

① $P < 0.05$, 与对照组比较

表5 2组脾胃虚寒型胃癌术后HIPEC患者腹泻临床疗效比较

Table 5 Comparison of clinical curative effect for diarrhea in the two groups of spleen-stomach deficiency-cold type of patients receiving HIPEC after gastric cancer surgery [例(%)]

组别	例数(例)	完全有效	部分有效	轻度缓解	无效	总有效
对照组	30	13(43.33)	7(23.34)	7(23.33)	3(10.00)	20(66.67)
治疗组	30	17(56.67)	8(26.67)	3(10.00)	2(6.67)	25(83.33) ^①

① $P < 0.05$, 与对照组比较

疗效优于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。

2.3 2组患者治疗后首次肠鸣音、肛门排气及排便时间比较

表6结果显示: 治疗后, 治疗组首次肠鸣音、肛门排气及排便时间均明显缩短, 与对照组比较, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。

2.4 2组患者术后炎症指标WBC、N、CRP及IL-6水平比较

表7结果显示: 术后第1天, 2组患者WBC、N、CRP及IL-6水平比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$)。经过治疗后, 于术后第3天、术后第7天, 治疗组患者的WBC、N及IL-6水平均较同组

表6 2组脾胃虚寒型胃癌术后HIPEC患者治疗后首次肠鸣音、肛门排气及排便时间比较

Table 6 Comparison of the time to first bowel sounds, anal exhaust and defecation in the two groups of spleen-stomach deficiency-cold type of patients receiving HIPEC after gastric cancer surgery ($\bar{x} \pm s, d$)

组别	例数(例)	首次肠鸣音	排气时间	排便时间
对照组	30	3.63 ± 0.56	4.56 ± 0.45	6.89 ± 1.34
治疗组	30	2.56 ± 1.23 ^①	3.34 ± 0.31 ^①	5.56 ± 2.65 ^①

① $P < 0.05$, 与对照组比较

术后第1天明显改善, 差异有统计学意义($P < 0.05$); 术后第3天, 对照组患者的IL-6水平均较

表7 2组脾胃虚寒型胃癌术后HIPEC患者WBC、N、CRP及IL-6水平比较

Table 7 Comparison of WBC count, neutrophils count, CRP level and IL-6 content in the two groups of spleen-stomach deficiency-cold type of patients receiving HIPEC after gastric cancer surgery ($\bar{x} \pm s$)

组别	时间	例数(例)	WBC($\times 10^9 \cdot L^{-1}$)	N($\times 10^9 \cdot L^{-1}$)	CRP($mg \cdot L^{-1}$)	IL-6($pg \cdot mL^{-1}$)
对照组	术后第1天	30	12.30 \pm 2.35	10.60 \pm 2.69	36.40 \pm 3.60	39.20 \pm 3.60
	术后第3天	30	11.00 \pm 1.36	9.40 \pm 2.10	149.60 \pm 8.40	25.60 \pm 4.30 ^①
	术后第7天	30	9.50 \pm 3.12 ^①	9.10 \pm 1.40	70.90 \pm 14.30	15.90 \pm 5.60 ^①
治疗组	术后第1天	30	11.50 \pm 2.10	11.00 \pm 1.70	35.60 \pm 4.50	38.10 \pm 4.20
	术后第3天	30	8.30 \pm 2.01 ^{①②}	6.50 \pm 1.50 ^{①②}	106.30 \pm 10.40 ^②	17.60 \pm 3.20 ^{①②}
	术后第7天	30	6.90 \pm 2.64 ^{①②}	4.60 \pm 2.30 ^{①②}	40.60 \pm 12.40 ^②	8.60 \pm 2.50 ^{①②}

① $P < 0.05$, 与同组术后第1天比较; ② $P < 0.05$, 与同期对照组比较

同组术后第1天明显改善, 差异有统计学意义($P < 0.05$); 术后第7天, 对照组患者的WBC及IL-6水平均较同组术后第1天明显改善, 差异有统计学意义($P < 0.05$); 经过治疗后, 于术后第3天、术后第7天, 治疗组患者的WBC、N、CRP及IL-6水平均较同期对照组明显降低, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。

2.5 2组患者住院时间比较

对照组平均住院天数为(17.20 \pm 6.50)d, 治疗组平均住院天数为(14.50 \pm 3.50)d, 治疗组住院时间明显短于对照组住院时间, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。

3 讨论

目前, 随着各种放化疗和新辅助治疗的出现, 胃癌治疗方案的选择也越来越多, 而胃切除术+扩大淋巴结清扫依旧是治疗早中期胃癌最有效的治疗方案^[13-14]。但胃癌切除术后由于麻醉、对腹部广泛解剖、镇痛药物等因素易导致患者术后出现胃肠麻痹^[15]: 肠鸣音减弱甚至消失、腹胀、腹痛等症状。同时, 患者术后进行腹腔热灌注化疗(HIPEC)治疗, 易导致术后出现恶心呕吐的症状^[16], 从而延长了术后胃肠功能恢复的时间, 增加了患者的住院时间和总费用, 同时也增加了患者发生下肢深静脉血栓及院内感染的概率。促进胃癌术后进行HIPEC胃肠功能恢复的治疗方式目前主要有: 西医治疗, 包括鼻胃管肠道减压、咀嚼口香糖、早期下床活动、控制疼痛、硬膜外局部麻醉及口服给药多潘立酮、西沙必利片等^[17-19]; 中医治疗, 包括口服中药四磨汤、大承气汤、番泻叶等, 中药温敷脐部, 针刺或按摩足三里、神

阙, 麦粒灸等^[20-21]。

灸法是一种用火治病的方法。火作用于人体, 具有消除寒冷、温通血脉、舒展筋骨、解除疲劳等作用。古代医家对灸法的理论和实践应用有《素问·异法方宜论》云: “北方者……, 其地高陵居, 风寒冰冽……, 其治宜灸炳。故灸炳者, 亦从北方来。”东汉张仲景所著的《伤寒杂病论》中, 载有与灸法有关的内容十二条, 其中适应证四条, 三条是用于治疗少阴病, 脉微细, 手足冷, 吐利等。《肘后备急方》三卷, 对猝死、五尸、霍乱吐利等急症、危症, 采用灸法治疗。可见灸法不仅是治疗虚寒证的重要手段而且是抢救急症的措施之一。孙思邈云: “针灸攻其外, 则病无所逃矣。”在其所著的《备急千金要方》中的内、外、妇、儿诸篇中载用灸法治病的条文甚多。雷火灸是在古代灸法的基础上, 改变其用法与配方创新发展而成的治疗方法。将硫黄、没药、全蝎、穿山甲、乳香及麝香少许等药物共研细末, 再取纯净艾绒加入药粉制成手指粗细的艾条。燃烧时具有独特的热力与红外线辐射作用, 最强温度可达到240℃左右。雷火灸药物在燃烧时, 由于其药力峻猛、渗透力强, 各种不同配制的药物分子因其未被破坏, 迅速吸附在人体表层, 通过一定时间的熏烤, 在皮肤周围形成高浓药区, 渗透到腧穴内, 通过人体经络传导(循经感传的作用), 从而达到活血化瘀、通关利窍、舒经活络、消肿镇痛、扶正祛邪等功效; 同时亦能起到改善微循环, 促进组织修复等作用。足三里: 本穴最早见于《灵枢·五邪》。“足”, 指下肢; “三里”, 指犊鼻穴下三寸。其归属于足阳明胃经, 为本经之合穴, 胃腑的下合穴, 为肚腹疾病之主

穴, 强壮保健要穴。治胃腑病,《灵枢·邪气脏腑病形第四》言:“胃病者……取之三里也。”治大肠、小肠病,《灵枢·四时气第十九》言:“肠中不便,取三里,盛泻之,虚补之”。治肠胃病,《灵枢·五乱第三十四》言:“气在于肠胃者,取之足太阴、阳明”。上巨虚,本穴位于小腿前外侧,下巨虚之上端,故称为“上巨虚”。上巨虚归属于足阳明胃经之穴,为大肠腑的下合穴,具有通调肠腑、理气和胃的作用,治疗大肠病、胃腑病和下肢足阳明经循行路线上之病。六腑有病首取其下合穴,《灵枢·本输》云:“大肠属上廉,此以邪在大肠,故当刺巨虚上廉。”下巨虚穴亦属足阳明胃经穴,又为小肠下合穴,“合治内腑”。本穴主要功能是受盛之官,泌别清浊,上可清火,下可燥湿。现代研究发现,针刺胃炎、胃溃疡、胃癌患者的下巨虚,可见胃电波幅增加,亦使胃癌不规则的波形变得规则。在X射线观察下,针刺下巨虚可增加胃蠕动。雷火灸配合足三里、上巨虚、下巨虚能够很好地发挥缓解胃癌术后 HIPEC 化疗患者的恶心、呕吐、腹胀、腹痛等症状。

手术等外界刺激会引发体内一系列的炎症反应^[22],它是机体应对各种创伤的基本反应,可以表现在局部,也会表现在全身。腹部手术后炎症容易影响到胃肠的正常蠕动功能,导致肠鸣音消失、腹胀、腹痛等症状。白细胞(WBC)的功能起到防卫的作用,当机体出现炎症或者感染,白细胞数量就会迅速增加,协助机体来抵抗病毒和细菌侵袭。中性粒细胞(N)的吞噬能力很强,与单核-巨噬细胞一起被称为专职吞噬细胞。感染发生时中性粒细胞是首先到达炎症部位的效应细胞,是机体急性炎症反应的重要成分。现代研究^[23-25]证实,C反应蛋白(CRP)是判断术后是否感染及感染控制情况的早期敏感指标。白细胞介素6(IL-6)是机体急性损伤时相蛋白反应的主要促炎因子,具备持续释放和放大毒性以及炎症反应的能力,导致自身细胞的破坏,亦会导致全身其他抗炎因子的表达紊乱^[26]。本研究结果显示,术后第1天,2组患者IL-6水平比较,差异无统计学意义($P>0.05$),而在术后第3天、第7天差异有统计学意义($P<0.05$),说明雷火灸刺激足三里、上巨虚、下巨虚穴位能够缓解胃癌术后 HIPEC 患者的炎症反应。

综上所述,雷火灸疗法可以显著促进脾胃虚

寒型胃癌术后 HIPEC 患者的胃肠功能恢复,缩短首次肠鸣音、肛门排气、排便的时间,临床效果显著,值得在临床进一步的推广和应用。

参考文献:

- [1] SESHADRI R A. Cytoreductive surgery and hyperthermic intraperitoneal chemotherapy in gastric cancer[J]. World Journal of Gastroenterology, 2016, 22(3): 1114.
- [2] STRONG V E. Progress in gastric cancer[J]. Updates in Surgery, 2018, 70(2): 157-159.
- [3] BRENKMAN H J F, PEVA M, VAN HILLEGERSBERG R, et al. Prophylactic hyperthermic intraperitoneal chemotherapy (HIPEC) for gastric cancer—a systematic review [J]. Journal of Clinical Medicine, 2019, 8(10): 1685.
- [4] 腹腔热灌注化疗技术临床应用专家协作组. 腹腔热灌注化疗技术临床应用专家共识(2016版)[J]. 消化肿瘤杂志(电子版), 2016, 8(3): 125-129.
- [5] 刘义冰, 刘巍, 洪雷, 等. 腹腔热灌注化疗毒副作用的观察及分析[J]. 中国普外基础与临床杂志, 2010, 17(3): 237-239.
- [6] 李聪, 马越, 周宏云, 等. 雷火灸治疗腰椎融合术后胃肠功能紊乱临床观察[J]. 中国中医药现代远程教育, 2019, 17(19): 93-95.
- [7] 中华消化病与影像杂志(电子版), 2019, 9(3): 118-144.
- [8] 梁寒. 腹腔热灌注化疗技术临床应用专家共识(2016版)解读—胃癌腹膜转移的防治[J]. 临床外科杂志, 2017, 25(1): 20-23.
- [9] 李响, 杨亚平. 关于胃癌辨证与证型的研究综述[J]. 光明中医, 2013, 28(1): 212-214.
- [10] 刘清国. 穴位定位标准图谱[M]. 青岛: 青岛出版社, 2015: 67-69.
- [11] 抗癌药急性及亚急性毒性反应分度标准(WHO标准)[J]. 癌症, 1992(3): 254.
- [12] 古旭莹, 高志清, 张子敬, 等. 温针灸对结肠癌术后腹腔热灌注化疗患者胃肠道反应的影响[J]. 针刺研究, 2020, 45(4): 315-319.
- [13] MARANO L, POLOM K, PATRITIA, et al. Surgical management of advanced gastric cancer: an evolving issue [J]. Eur J Surg Oncol, 2016, 42(1): 18-27.
- [14] COLVIN H, MIZUSHIMA T, EGUCHI H, et al. Gastroenterological surgery in Japan: the past, the present and the future[J]. Ann Gastroenterol Surg, 2017, 1(1): 5-10.
- [15] GE B, ZHAO H, LIN R, et al. Influence of gum-chewing on postoperative bowel activity after laparoscopic surgery for gastric cancer: a randomized controlled trial[J]. Medicine (Baltimore), 2017, 96(13): e6501.
- [16] 宋超, 杨宇. 化疗引起恶心呕吐的机制及临床治疗进展[J]. 中国医师进修杂志, 2014, 37(28): 72-75.
- [17] JOHNSON M D, WALSH R M. Current therapies to shorten postoperative ileus[J]. Cleve Clin J Med, 2009, 76(11): 641-

- 648.
- [18] 谭岁赛, 黄秋林. 腹腔热灌注化疗在进展期胃癌中的应用进展[J]. 中国肿瘤外科杂志, 2017, 9(4): 258-260.
- [19] GUAY J, NISHIMORI M, KOPP S L. Epidural local anesthetics versus opioid-based analgesic regimens for postoperative gastrointestinal paralysis, vomiting, and pain after abdominal surgery: a cochrane review[J]. Anesth Analg, 2016, 123(6): 1591-1602.
- [20] 徐勇, 徐琳媛, 杨振轶, 等. 大承气汤联合麦粒灸治疗术后胃肠动力障碍的临床研究[J]. 中华中医药学刊, 2019, 37(12): 3046-3049.
- [21] 陈光菊. 穴位艾灸对腹部术后患者进行胃肠功能早期康复的应用[J]. 世界最新医学信息文摘, 2018, 18(60): 147-148.
- [22] ZHANG C, YUAN Y, QIU C, et al. A meta-analysis of 2-year effect after surgery: laparoscopic Roux-en-Y gastric bypass versus laparoscopic sleeve gastrectomy for morbid obesity and diabetes mellitus[J]. Obes Surg, 2014, 24(9): 1528-1535.
- [23] ALLIN K H, BOJESEN S E, NORDESTGAARD B G. Baseline C-reactive protein is associated with incident cancer and survival in patients with cancer[J]. J Clin Oncol, 2009, 27(13): 2217-2224.
- [24] WARSCHKOW R, TARANTINO I, UKEGJINI K, et al. Diagnostic study and meta-analysis of C-reactive protein as a predictor of postoperative inflammatory complications after gastroesophageal cancer surgery [J]. Langenbecks Arch Surg, 2012, 397(5): 727-736.
- [25] LI B, LIU H Y, GUO S H, et al. Impact of early enteral and parenteral nutrition on prealbumin and high-sensitivity C-reactive protein after gastric surgery[J]. Genet Mol Res, 2015, 14(2): 7130-7135.
- [26] 赵贺红, 梁利芳, 孙丹. 急诊多发伤患者PCT、CRP、IL-6水平变化及临床意义[J]. 中国医学工程, 2020, 28(2): 1-3.

【责任编辑：宋威】

振腹调气法治疗肠道气滞型功能性便秘的临床疗效观察

李幸林¹, 孙晨¹, 黄子津¹, 林嘉俊¹, 江焕钊¹, 贾超²

(1. 广州中医药大学第一临床医学院, 广东广州 510405; 2. 广州中医药大学第一附属医院推拿科, 广东广州 510405)

摘要:【目的】观察振腹调气法推拿治疗肠道气滞型慢性功能性便秘的临床疗效。【方法】将60例肠道气滞型慢性功能性便秘患者随机分为治疗组和对照组, 每组各30例。治疗组采用振腹调气法推拿辅以推揉腰背四肢治疗, 对照组采用传统推拿疗法治疗, 2组患者均每周治疗3次, 疗程为4周。观察2组患者治疗前后中医证候积分、便秘症状自评量表积分的变化情况, 评价2组患者的中医证候疗效和大便性状改善率。【结果】(1)治疗4周后, 治疗组的总有效率为96.7%(29/30), 对照组为76.7%(23/30), 治疗组的中医证候疗效明显优于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。(2)治疗后, 2组患者的中医证候积分和便秘症状自评量表积分均较治疗前明显降低($P < 0.01$), 且治疗组的降低作用均明显优于对照组, 差异均有统计学意义($P < 0.01$ 或 $P < 0.05$)。(3)治疗后, 治疗组的大便性状改善率为83.3%(25/30), 明显优于对照组的56.7%(17/30), 差异有统计学意义($P < 0.05$)。【结论】振腹调气法推拿治疗肠道气滞型慢性功能性便秘疗效确切, 具有安全、有效、简便、舒适等优

收稿日期: 2020-04-09

作者简介: 李幸林(1996-), 男, 硕士研究生; E-mail: a543944396@vip.qq.com

通讯作者: 贾超, 男, 医学博士, 主任医师, 硕士研究生导师; E-mail: 19488312@qq.com

基金项目: 广州中医药大学大学生创新创业训练计划项目(编号: 201810572190)