

DOI: 10.13703/j.0255-2930.20200120-k0002

中图分类号: R 245.9⁺1 文献标志码: B

子宫内膜癌术后恶性肠梗阻案

刘鸿源^{1△}, 陈贵珍², 许云祥^{1✉}(¹广州中医药大学针灸康复临床医学院, 广东广州 510006; ²广州中医药大学附属宝安中医院)

[关键词] 恶性肠梗阻; 子宫内膜癌术后; 穴位埋线

患者, 女, 53 岁。初诊日期: 2019 年 11 月 17 日。主诉: 子宫内膜癌术后 17 个月, 反复便秘伴腹胀、腹痛 1 月余。2018 年 7 月于外院行全子宫双附件切除术+盆腔淋巴结清扫术, 病理示: 宫腔低分化子宫内膜样腺癌, 右闭孔淋巴结见转移癌 (1/1, 癌巢最大直径 0.5 cm), 右髂外淋巴结 (0/1), 左闭孔淋巴结 (0/1), 病理分期: pT1bN1Mx, 术后以紫杉醇 190 mg+卡铂 450 mg 方案 (Taxol+Carbo 方案, 简称 TC 方案) 化疗共 5 个周期, 病情稳定。2018 年 12 月复查发现子宫内膜癌阴道转移, 2019 年 1 月行阴道左侧壁肿物切除术, 术后予 TC 方案化疗 1 个周期、放疗 4 次, 期间定期复查, 病情稳定。2019 年 8 月 15 日复查发现子宫内膜癌小肠转移, 续予 TC 方案化疗。2019 年 10 月患者住院化疗期间出现腹痛、腹胀、便秘症状加重, 胸部+上腹部+盆腔 CT 平扫+增强检查示: 盆腔内小肠系膜见两处软组织肿块灶, 大小分别为 3.3 cm×2.6 cm (右侧)、2.5 cm×2.4 cm (左侧), 增强扫描明显强化, 与周围小肠粘连, 侵犯小肠黏膜, 致肠腔变窄, 以上小肠明显扩张积液, 并见宽大液平面, 最宽液平约 15 cm, 最宽小肠径约 4.6 cm, 考虑不完全性小肠梗阻, 予乳果糖、开塞露等通便治疗后症状无缓解。2019 年 11 月 17 日患者前来广州中医药大学附属宝安中医院肿瘤科门诊就诊, 要求中医治疗。刻下症: 反复腹部绞痛、胀痛, 排便困难, 大便 5~7 日 1 次, 小便短赤, 面色萎黄, 乏力, 消瘦, 口干、口臭, 纳差、恶心, 仅可食用流质饮食, 舌红、苔黄腻 (如图 1a), 脉弦滑。体征: 腹部凹陷, 双下腹压痛、反跳痛, 肠鸣音亢进, 可见肠蠕动波, 可触及肠管, 叩诊呈浊音。中医诊断: 肠结, 中医辨证: 湿热蕴结证。西医诊断: ①低分化子宫内膜样腺癌综合治疗后并阴道、腹腔转移 IV 期; ②低位小肠不完全性肠梗阻。



a 治疗前

b 治疗后

图 1 子宫内膜癌术后恶性肠梗阻患者治疗前后舌象变化

中医治疗原则: 清热除湿、通肠导滞。取穴: 水道、天枢、内关、足三里、上巨虚、丰隆、大肠俞、中脘、气海、关元。操作: 穴位常规消毒, 气海、水道、天枢、足三里、上巨虚、丰隆、大肠俞选用 7 号一次性无菌注射针头作套管, 将长 15 mm 的 3-0 医用 PGA 线从针头斜口插入针头, 剩余 5 mm 留于针头外侧, 快速透皮、舒张直刺进针, 刺入腧穴 15 mm 提插得气后, 缓慢将注射针头旋转退出, 将线体植入穴位, 医用输液贴敷贴穴孔处; 内关、大肠俞、中脘、关元选用 6 号一次性无菌注射针头作套管, 将长 10 mm 的 4-0 医用 PGA 线插入针头, 剩余 5 mm 留于针头外侧, 快速透皮、斜刺进针 (内关穴注意拨开肌腱、神经), 缓慢刺入腧穴 10 mm 提插得气后, 将注射针头旋转退出, 将线体植入穴位, 医用输液贴敷贴穴孔处。施术者进针时密切观察针柄处是否有出血情况, 若有出血, 立即停止进针, 将针带线快速退出, 按压针口, 医用输液贴敷贴穴孔处。每 14 天埋线 1 次, 2 周为一疗程, 共治疗 2 个疗程。本治疗基于西医 TC 化疗方案的基础上进行, 且停用原有未见效的通便药物。患者诉第 1 次埋线的次日, 大便即解。1 个疗程后, 患者腹胀腹痛、乏力感明显减轻, 口干、恶心感消失,

✉通信作者: 许云祥, 教授。E-mail: xuyx1968@163.com

△刘鸿源, 广州中医药大学硕士研究生。E-mail: 125644590@qq.com

大便 1~3 日 1 次,可食用半流质饮食,嘱继续治疗。2 个疗程后,腹胀腹痛基本消失,大便通畅,1~2 日 1 次,口臭减轻,舌淡、苔白腻(如图 1b),脉虚滑。随访至 2020 年 1 月 3 日,患者大便基本通畅,总体状态良好。

按语:恶性肠梗阻是晚期腹腔、盆腔原发或转移性恶性肿瘤最常见的并发症和死亡原因,内科治疗往往效果不佳,外科手术常伴有高病死率和严重并发症^[1],患者平均生存期为 4~9 个月。中医认为本病属于“肠结”“便秘”“关格”“反胃”范畴,《诸病源候论》曰:“大便难者,由五脏不调,阴阳偏有虚实,谓三焦不和,则冷热并结故也”。本案患者湿热蕴结于中下焦,伴随乏力,消瘦,为久病体虚,脾失健运,三焦不利,无法运化祛除中下焦之湿热,致肠腑不通。选用穴位埋线疗法原因有三,一则患者存在恶心症状,恐难以服用中药汤剂,故选用非药物疗法;二是研究^[2]表明针灸可减少不完全性肠梗阻患者炎症因子的释放,增强肠蠕动,从而促进胃肠功能的恢复;三是《灵枢·终始》曰:“久病者,邪气深,刺此病者,深纳而久留之”,穴位埋线又称为“长效针灸”。取八脉交会穴之内关,通肠和胃、宣通上下气机;用俞募配穴法取大肠俞和天枢,配以大肠的下合穴上巨虚通利肠道、化湿导滞;取胃经络穴丰隆,配合水道祛湿行水、通利下焦湿热;足三里、中脘、

气海、关元调补气血、固本扶正。诸穴合用,共奏清热除湿、通肠导滞之效。

穴位埋线法,通过线体在体内腧穴处软化、分解、液化和吸收^[3],运用刺血效应、针刺效应、类穴位封闭效应、组织损伤效应、留针及埋针效应、组织疗法效应等^[4],取得治疗效果。患者第 1 个疗程后,排便明显好转,腹痛、腹胀等症状明显减轻;第 2 个疗程后,排便恢复正常,腹痛腹胀等症状消失,舌脉提示湿热基本祛除。

综上所述,穴位埋线法方法简便,无不良反应,本例疗效显著而持久,患者依从性高,有望成为治疗恶性不完全性肠梗阻的全新治疗方式,但目前仍缺乏大样本临床数据证实,值得深入临床观察与研究。

参考文献

- [1] 于世英,王杰军,王金万,等.晚期癌症患者合并肠梗阻治疗的专家共识[J].中华肿瘤杂志,2007,29(8):637-640.
- [2] 申莉萍,雷春华,丁开云.电针加穴位注射对术后早期炎性肠梗阻患者血浆促炎因子及胃动素水平的影响[J].中国针灸,2011,31(9):795-798.
- [3] 关玲,左芳,宋琪,等.穴位埋线技术标准化研究——国家标准《针灸技术操作规范 第 10 部分:穴位埋线》的制定说明[J].中国针灸,2009,29(5):401-405.
- [4] 霍金,赵同琪,袁永,等.穴位埋线疗法作用机制的研究现状[J].中国针灸,2017,37(11):1251-1254.

(收稿日期:2020-01-20,编辑:张金超)

《中国针灸》杂志对研究性论文中引用参考文献的要求

参考文献是科学研究论文中不可缺少的组成部分,国家标准(GB/T 7714-2015)中明确规定科研文章的主体部分包括引言、正文、结论、致谢、参考文献。事实上,一项科学研究从开始选题到研究论证、最终撰写研究报告,都要参阅和利用大量的文献,吸取他人的研究成果,才有可能通过本项研究产生新的研究结果。因此,认真著录所引用的参考文献不仅能够全面反映一项研究工作立题的必要性、研究过程的可靠性、研究结果和结论的准确性,而且还反映了作者的科研道德和科研水平。另外,期刊发表论文,不只是单纯地“发表”研究成果,更重要的是在“发表”中进行“评价”,以促进学术交流。但是,近年来,针灸论文撰写中存在着忽视参考文献引用和著录的现象,直接导致了论文学术水平的下降,削弱了期刊的学术评价功能。参考文献的引用使论文和期刊具有学术评价功能,同时,期刊编辑也要通过引用参考文献的程度评价学术论文的质量。因此,《中国针灸》杂志要求,凡是投给《中国针灸》杂志的稿件,必须要著录参考文献,4000 字以上论文要求参考文献 15 条以上。参考文献选择的标准是,以作者亲自阅读过的、近期刊文献为主,请尽量少引用书籍文献。