

doi:10.3969/j.issn.1674-4616.2024.02.008

消肿散洗剂不同熏洗方法对混合痔术后并发症疗效的影响*

冯上新^{1△} 郭霞霞² 曾华¹ 孙妍婧¹ 郑勇¹¹武汉市中医医院肛肠科,武汉 430014²武汉市第六医院中医康复科,武汉 430015

摘要 目的 观察消肿散洗剂不同熏洗方法对混合痔外剥内扎术后并发症疗效的影响。方法 将本院肛肠科拟行混合痔外剥内扎术的 80 例住院患者依据随机数字表法分为治疗组和对照组,每组 40 例。对照组将消肿散洗剂放在 100 °C 水中,不熏蒸,直接待水温降至 40 °C 后坐浴 5 min。治疗组先将消肿散洗剂放在 100 °C 水中,先熏蒸 5 min,等待水温降至 40 °C 左右再坐浴 5 min。2 组患者均连续熏洗 7 d。比较 2 组患者治疗前后疼痛、水肿症状积分及总积分,对比总有效率。结果 治疗后,治疗组疼痛、水肿症状积分及总积分均显著低于对照组($P < 0.05$)。治疗组总有效率为 92.11%,显著高于对照组的 79.41%($P < 0.05$)。结论 消肿散洗剂先熏蒸再坐浴可显著缓解混合痔术后疼痛、水肿情况,提高临床疗效,值得临床推广使用。

关键词 混合痔;术后并发症;消肿散洗剂;熏洗疗法

中图分类号 R266;R657.18 **文献标志码** A

混合痔是指内痔通过静脉丛和相应部位的外痔静脉丛相互融合而形成的痔,在肛肠疾病中发病率最高,俗话说“十女十痔,十男九痔”,本病以便血、痔核脱出、疼痛为主要临床症状。对于无症状的患者一般不需要开刀,保持良好的生活习惯即可。对于混合痔Ⅱ期内痔保守治疗无效、Ⅲ期内痔以及Ⅳ期内痔宜采取手术治疗。目前针对混合痔的手术方式主要有痔上黏膜环切术、吻合器套扎术、铜离子电化学疗法、多普勒超声引导下痔动脉结扎术、混合痔内扎外剥术等。无论哪种手术方式,针对严重的外痔部分还是以切除为主,而外痔的神经又相对敏感,通常术后的水肿及疼痛是最主要的并发症,为此很多痔疮患者都产生害怕手术的心理。笔者在临床多年也常常遇到这些问题,无论是口服的还是外用的镇痛类药物,止痛效果大多都是一时的,等药效一过,患者又开始疼痛了。术后的水肿更是加重了疼痛,以至于术后广大患者苦不堪言。随着近年来中医药的大力发展,中药运用在肛肠疾病方面也越来越广泛,为患者带来了福音。目前中医药治疗肛肠疾病术后水肿、疼痛等并发症,以清热解毒、消肿止痛、行气止血、收敛生肌等为治疗原则。研究^[1]表明,熏洗疗法在痔疮术后肿痛的

治疗上效果非常好,安全性也比较高;但在临床中却有不同的反馈,同样的疾病、术后患者使用同一种熏洗药物,效果却有明显的差别,概因为有些人是先熏蒸再坐浴,而有些人是直接温水坐浴。本研究对比先熏蒸后坐浴和直接坐浴在缓解混合痔术后水肿、疼痛方面的影响,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2022 年 7 月—2023 年 2 月在本院肛肠科住院的 80 例混合痔患者为研究对象,采用随机编号的方式分为对照组和治疗组,每组 40 例。研究过程中,对照组脱落 6 例,治疗组脱落 2 例。34 例对照组患者中,男性 16 例,女性 18 例;年龄(46.68±15.09)岁,年龄范围为 19~73 岁;病程(4.47±2.06)年,病程范围为 1~10 年;内痔Ⅱ期 13 例,内痔Ⅲ期 18 例,内痔Ⅳ期 3 例。38 例治疗组患者中,男性 19 例,女性 19 例;年龄(46.29±14.23)岁,年龄范围为 18~72 岁;病程(4.44±2.20)年,病程范围为 1~10 年;内痔Ⅱ期 8 例,内痔Ⅲ期 24 例,内痔Ⅳ期 2 例。2 组患者性别、年龄、病程等一般资料比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。

1.2 纳入及排除标准

纳入标准:符合中华医学会外科分会制定的《痔

* 武汉市卫生健康委科研项目(No. S202103030094)

△ 通信作者,Corresponding author,E-mail:781285777@qq.com

诊断和治疗指南(2010 修订版)》^[2]; 年龄 18~75 岁; 具备《痔诊断和治疗指南(2010 修订版)》^[2]中关于手术的指征; 无影响麻醉的疾病; 签署与此轮研究相关的知情同意书, 并且自愿选择既定手术。

排除标准: 伴有肛周其他疾病、消化道特异性感染性疾病及精神障碍疾病; 血糖控制不良的糖尿病; 严重心脑血管疾病及凝血功能障碍; 严重过敏; 妊娠及月经期妇女。

1.3 治疗方法

所有患者入院后完善相关理化检查, 确认无手术禁忌证, 完成术前肠道准备, 选择局部麻醉下由同一术者行混合痔外剥内扎术。术后均不使用抗生素, 对于术后 3 天复查炎症指标提示有炎症需使用抗生素的病例, 视为脱落病例, 不纳入此研究。术后半流食 1 天, 术后第 1 天早晨开始换药, 换药前进行熏洗, 2 组患者均连续熏洗 2 天。

消肿散洗剂方药组成为黄柏 20 g、苦参 30 g、五倍子 30 g、野菊花 20 g、薄荷 10 g、透骨草 20 g、荆芥炭 30 g、木鳖子 30 g, 在武汉市中医医院药学基地打成粉末, 装布袋备用。

对照组把消肿散洗剂放在 100 °C 水中, 不熏蒸, 直接待水温降至 40 °C 后坐浴 5 min。治疗组先将消肿散洗剂放在 100 °C 水中, 先熏蒸 5 min, 并叮嘱患者熏蒸时切勿烫伤, 等待水温降至 40 °C 左右再坐浴 5 min。换药时均常规消毒, 创面置入我科制备的无菌黄连膏纱条, 肛内塞马应龙麝香痔疮栓, 然后纱布包扎。原则上每日上午 8 时、下午 18 时熏洗换药, 如该时间段内有排便的情况, 嘱患者清洗干净, 保持创面干燥即可。

表 1 2 组患者治疗前后症状积分比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	时间	疼痛	水肿	总积分
对照组 (n=34)	治疗前	2.24±0.74	2.26±0.75	4.50±1.49
	治疗后	0.97±0.83*	0.79±0.95*	1.76±1.78*
治疗组 (n=38)	治疗前	2.42±0.60	2.18±0.73	4.60±1.33
	治疗后	0.61±0.55* [△]	0.21±0.41* [△]	0.83±0.96* [△]

与治疗前比较* $P < 0.05$, 与对照组比较[△] $P < 0.05$

表 2 2 组患者临床疗效比较(例, %)

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效率
对照组	34	3	8	16	7	27(79.41)
治疗组	38	11	19	5	3	35(92.11) [△]

与对照组比较[△] $P < 0.05$

3 讨论

在临床工作中, 混合痔术后的疼痛、水肿常常是许多患者不愿接受手术而一拖再拖的主要问题。现

1.4 观察指标及临床疗效判定标准

疼痛积分方法: 疼痛无, 计 0 分; 疼痛轻, 可耐受, 计 1 分; 疼痛较甚, 需服止痛药, 计 2 分; 疼痛难忍, 需使用镇痛剂, 计 3 分。

水肿积分方法: 水肿无, 计 0 分; 组织微隆, 皮肤纹理存在, 计 1 分; 组织隆起, 皮肤纹理模糊, 计 2 分; 组织明显隆起, 皮肤纹理消失, 计 3 分。

疗效指数 = [(治疗前积分 - 治疗后积分) / 治疗前积分] × 100%。临床疗效评价标准: 痊愈 疗效指数 ≥ 95%; 显效 70% ≤ 疗效指数 < 95%; 有效 30% ≤ 疗效指数 < 70%; 无效 疗效指数 < 30%。总有效率 = [(痊愈 + 显效 + 有效) 例数 / 总例数] × 100%。

1.5 统计学方法

采用 SPSS 22.0 统计软件进行数据处理, 计量资料以均数 ± 标准差 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 组内比较采用配对 t 检验, 组间比较采用成组 t 检验; 计数资料以率 (%) 表示, 组间比较采用 χ^2 检验; 以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 症状积分比较

治疗前, 2 组患者疼痛、水肿症状积分及总积分比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$); 治疗后, 2 组患者疼痛、水肿症状积分及总积分均较治疗前明显下降, 且治疗组显著低于对照组 ($P < 0.05$)。见表 1。

2.2 临床疗效比较

治疗后, 治疗组患者总有效率显著高于对照组 ($P < 0.05$)。见表 2。

代医学认为, 肛肠疾病手术后疼痛的主要原因是肛门周围神经末梢受到渗出物、排便、换药等刺激, 或肛管内括约肌不自主痉挛, 或是因为手术切割导致局部血液循环受阻、组织缺血所引起。目前临床针对术后疼

痛的处置大多是使用镇痛类药物,比如静滴氟比洛芬酯注射液、口服洛芬待因片、双氯芬酸钠栓塞肛等,长期使用此类药物会加重肾脏负担,尤其是肾脏本身就已受损的患者。肛缘水肿主要是因为手术切除影响到肛缘局部原有的静脉、淋巴循环,导致组织液滞留;或者因为肛周组织受到损伤后,血管活性物质如组织胺、缓激肽、5-羟色胺(5-hydroxytryptamin, 5-HT)等的释放,引起局部毛细血管通透性增高、渗出液增加而导致水肿。对此临床一般使用改善微循环的药物,比如迈之灵片、地奥司明片等,但起效慢,患者需要好长一段时间才能缓解水肿,不仅加重患者经济负担,同时也影响患者身心状态。

中医学认为,痔疮手术后经脉损伤,气机不利,气血运行不通畅,导致气滞血瘀;或者创面湿热未除,热毒内结,气血壅塞不通,闭阻经脉,不通则痛。目前痔疮术后手术创面多呈开放式,很容易受到外界风湿燥热邪气侵袭,以致湿热蕴结。湿热邪气浸淫损害血脉,“血不利则为水”,故加重局部水肿。

消肿散洗剂方中,苦参燥湿清热、泻火解毒,黄柏清热燥湿、解毒疗疮,共为君药。苦参含有多种有效成分如苦参碱等,在镇痛的同时还具有消炎功效。黄柏具有抑菌作用,对创面肉芽组织生长、新生血管形成有很好的促进作用,而且还能改善创面微循环、促进炎症水肿消除,从而加速创面愈合^[3]。野菊花清热解毒,薄荷发散风热,五倍子收湿敛疮,共为臣药。野菊花中的总黄酮有减轻炎性细胞浸润、抑制肉芽组织水肿的作用,还能抑制疼痛^[4]。薄荷中的香叶木昔成分有多种功效,如增加静脉张力、改善静脉通透性、改善微循环、抗炎、抗肿瘤、治疗糖尿病等^[5]。五倍子粉、五倍子浸液等体外实验证明,五倍子有效成分对金黄色葡萄球菌、链球菌、绿脓杆菌等均有明显的抑菌或杀菌作用^[6]。透骨草、荆芥、木鳖子共为佐药,可消肿散结,减轻疼痛。透骨草具有良好的镇痛作用,能降低毛细血管通透性,有效减少渗出^[7]。荆芥所含有的胡薄荷酮能够使动物疼痛阈值升高,有一定的镇痛作用^[8]。木鳖子具有抗炎作用,大鼠口服或皮下注射木鳖子皂苷能显著抑制角又菜胶引起的足踝浮肿。全方合奏,可泻内毒湿气,外消肿痛,内外兼治。本课题组前期研究^[9]也发现,消肿散洗剂可减轻痔疮切除术后疼痛,增加创面肉芽组织中血管内皮生长因子的表达水平,缩短术后首次排便时间和住院时间,从而有效促进创面愈合。

本研究结果显示,治疗后治疗组疼痛、水肿症状积分及总积分均显著低于对照组;治疗组患者总有效

率显著高于对照组。考虑其原因可能为,在中药熏蒸过程中,蒸气能给皮肤补充大量的水分,从而可以软化上皮,使腠理打开,有利于中药中的有效成分渗透进去,也利于体内代谢产物、炎性介质排出体外,有助于疾病的康复^[10]。适宜的温热作用能加速血液循环,改善体内氧化过程,促进新陈代谢,有利于药物有效成分的吸收^[11]。此外,采用先熏蒸再坐浴的方法可通过热力作用使药液充分渗透病变组织,药效直达腠理,降低了疼痛阈值^[12],故而治疗后治疗组临床疗效更佳,创面愈合、肿痛消除更快。故先熏蒸再坐浴的熏洗方法值得临床使用。

综上所述,消肿散洗剂先熏蒸再坐浴可显著缓解混合痔术后疼痛、水肿情况,提高临床疗效,值得临床推广使用。

参 考 文 献

- [1] 于靖亮,令狐庆. 中药熏洗对环状混合痔术后水肿、疼痛的治疗现状及研究进展[J]. 吉林中医药, 2010, 30(4): 365-366.
- [2] 美国结直肠外科医师协会标准化工作委员会. 痔诊断和治疗指南(2010 修订版)[J]. 中华消化外科杂志, 2012, 11(3): 243-247.
- [3] 任丽江,孙长鑫,杨胜男,等. 基于本草著作与《伤寒杂病论》解析黄芩、黄连、黄柏功用[J]. 中国实验方剂学杂志, 2023, 29(22): 171-180.
- [4] 蔡华芳. 野菊花的化学成分及药用研究进展[J]. 中国医疗前沿, 2007, 2(18): 118-120.
- [5] 马超. 蓬子菜活性指标成分—香叶木昔的药物动力学研究[D]. 哈尔滨: 黑龙江中医药大学, 2007.
- [6] 李秀萍,李春远,渠桂荣,等. 五倍子的研究概况[J]. 中医药学报, 2002, 30(3): 72-74.
- [7] 夏成军. 中药透骨草的化学成分和药理活性分析[J]. 现代医学与健康研究电子杂志, 2018, 2(7): 158-159.
- [8] 胡丹丹. 藏荆芥乙酸乙酯部位化学成分及抗炎、镇痛活性研究[D]. 青岛: 青岛科技大学, 2016.
- [9] 孙妍婧,方楠,曾华,等. 消肿散洗剂促进痔疮术后创面愈合临床研究[J]. 中西医结合研究, 2024, 16(1): 20-23.
- [10] 魏睽新,王纲. 美容中医学[M]. 北京: 人民军医出版社, 2004: 111.
- [11] 刘辅仁. 实用皮肤科学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2005: 173-174.
- [12] 李迪,张磊,蒋婉萍. 中药坐浴联合复方黄柏液涂剂在肛管直肠周围脓肿的疗效观察[J]. 中医学, 2022, 11(6): 1277-1281.

(收稿日期: 2023-12-05)