

壳聚糖联合马应龙痔疮栓治疗对混合痔术后肛缘创面的影响

杨君乐¹, 宋华羽²

1. 平阳县人民医院肛肠科, 浙江 平阳 325400; 2. 温州医科大学附属第一医院肛肠科, 浙江 温州 325000

[摘要] 目的: 观察壳聚糖联合马应龙痔疮栓治疗混合痔切除术后患者肛缘创面的临床疗效。方法: 将混合痔行切除术的患者126例随机分为2组各63例, 对照组术后采用马应龙痔疮栓直肠塞入治疗, 观察组在对照组的基础上加用壳聚糖直肠注入治疗; 比较2组临床疗效、创面愈合时间、住院时间及术后不同时间点创面评分。结果: 总有效率观察组为93.65%, 对照组为71.43%, 2组比较, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。观察组创面愈合时间短于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。创面水肿评分: 术后第21、28天, 观察组创面水肿评分较术后第1天明显下降($P < 0.05$), 与对照组同时段比较, 评分下降也有统计学意义($P < 0.05$); 对照组于术后第28天, 创面水肿评分较术后第1天明显下降($P < 0.05$)。创面出血评分: 术后第14、21、28天, 观察组创面出血评分较术后第1天明显下降($P < 0.05$), 与对照组同时段比较, 评分下降也有统计学意义($P < 0.05$); 对照组于术后第21、28天, 创面水肿评分较术后第1天明显下降($P < 0.05$)。创面疼痛评分: 术后第7、14、21、28天, 观察组创面疼痛评分较术后第1天明显下降($P < 0.05$), 与对照组同时段比较, 评分下降也有统计学意义($P < 0.05$); 对照组于术后第14、21、28天, 创面水肿评分较术后第1天明显下降($P < 0.05$)。结论: 壳聚糖联合马应龙痔疮栓用于行混合痔切除术患者, 可有效改善肛缘创面疼痛、水肿及出血症状, 加快创面愈合进程。

[关键词] 混合痔; 切除术; 围手术期; 壳聚糖; 马应龙痔疮栓; 肛缘创面

[中图分类号] R266 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415(2016)04-0109-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2016.04.040

痔是肛肠科常见病与多发病之一, 流行病学研究显示, 世界范围内正常人群患病率约为4%~5%; 痔患者多因肿物脱垂、疼痛、瘙痒及无痛性出血就诊^[1-2]。目前对于III-IV度痔或保守治疗未见好转患者推荐行外科手术切除治疗, 其中以Milligan-Morgan术应用最为广泛^[3]。但大量研究显示, 术后患者疼痛、水肿及出血等并发症较为普遍, 严重影响患者生活质量。混合痔切除术后创面并发症治疗, 传统采用局部理疗和药物坐浴, 其中理疗对于消除术后创面水肿具有一定效果, 而药物坐浴则可结合药物和热效应促进创面愈合, 但总体疗效仍然无法满足患者需要。如何有效缓解痔切除术后肛缘创面并发症, 提高治疗依从性已成为医学界关注的热点之一。近年来, 笔者分别采用马应龙痔疮栓直肠塞入和在此基础上加用壳聚糖直肠注入治疗混合痔切除术后患者, 探讨两种药物联合应用对患者肛缘创面的影响。结

果报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 观察对象为平阳县人民医院2014年1月—2015年1月收治行混合痔切除术患者126例, 采用随机数字表法分为对照组和观察组各63例。对照组男43例, 女20例; 年龄18~56岁, 平均(38.79±6.24)岁; 病程0.5~7年, 平均(2.72±0.56)年; 其中静脉曲张型28例, 皮赘型35例。观察组男41例, 女22例; 年龄19~57岁, 平均(38.84±6.27)岁; 病程0.5~8年, 平均(2.77±0.58)年; 其中静脉曲张型25例, 皮赘型38例。2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 纳入标准 ①符合《痔、肛瘘、肛裂、直肠脱垂的诊断标准(试行草案)》(2004年)诊断标准^[4]; ②行Milligan-Morgan混合痔切除术术后; ③年龄

[收稿日期] 2015-10-26

[作者简介] 杨君乐(1980-), 男, 主治医师, 主要从事肛肠科临床工作。

18~60岁；④肛门形态功能无异常；⑤研究方案经医院伦理委员会批准；⑥患者及家属知情同意，自愿加入研究。

1.3 排除标准 ①药物过敏；②恶性肿瘤；③严重感染；④严重内分泌系统疾病；⑤严重肝肾功能障碍；⑥严重精神系统疾病；⑦妊娠哺乳期女性。

2 治疗方法

2组患者术后均给予常规对症治疗，包括微波理疗、高锰酸钾(1:5000稀释)坐浴及甲硝唑静脉滴注等。

2.1 对照组 术后第1天加用马应龙痔疮栓(武汉马应龙药业集团股份有限公司生产，1.5g/粒)，每天1次，每次1粒，直肠塞入治疗。

2.2 观察组 在对照组基础上加用壳聚糖凝胶(沈阳博大精益生物制药有限公司生产，15g/支)直肠注入治疗。方法：为充分暴露肛门，以医用氯化钠注射液浸透棉球擦洗手术创面，将药物注入无菌推注器缓慢插入肛门，之后推注药物进入直肠，每天1次，每次5g。

2组患者治疗时间均以创面完全愈合为准。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 ①记录创面愈合时间，即治疗开始至创面完全上皮化所需时间。②参照《中医病证诊断疗效标准》^[9]制定创面积分评价标准，包括创面水肿、渗血及疼痛。水肿：0分为无水，2分为创面轻度水肿，但不影响正常活动；4分为创面明显水肿，但尚能活动且无影响情绪；6分为创面严重水肿，对于活动和情绪影响明显。创面渗血：0分为无渗血，1分为血性分泌物，2分为创面滴血，3分为创面搏动出血。创面疼痛：0分为无疼痛，1分为无需药物镇痛，2分为口服药物镇痛，3分为注射药物镇痛。分别于术后第1、7、14、21、28天进行创面评分。

3.2 统计学方法 数据录入分析软件分别选用Epidata 3.01和SPSS17.0，计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示，采用 t 检验；计数资料以百分率(%)表示，采用 χ^2 检验。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 参考《中医病证诊断疗效标准》^[9]中相关标准结合临床拟定。痊愈：临床症状体征基本消失，创面全部愈合；显效：临床症状体征明显改善，创面愈合大于原始面积75%；有效：临床症状体征

有所改善，创面愈合为原始面积50%~75%；无效：未达到上述标准。

4.2 2组临床疗效比较 见表1。总有效率观察组为93.65%，对照组为71.43%，2组比较，差异有统计学意义($P < 0.05$)。

组别	<i>n</i>	痊愈	显效	有效	无效	总有效率(%)
对照组	63	8	14	23	18	71.43
观察组	63	15	25	19	4	93.65 ^①

与对照组比较，① $P < 0.05$

4.3 2组创面愈合时间比较 创面愈合时间对照组为(16.32±3.46)天，观察组为(13.77±2.92)天，2组比较，差异有统计学意义($P < 0.05$)。

4.4 2组术后不同时间点创面各项指标评分比较 见表2。创面水肿评分：术后第21、28天，观察组创面水肿评分较术后第1天明显下降($P < 0.05$)，与对照组同时段比较，评分下降也有统计学意义($P < 0.05$)；对照组于术后第28天，创面水肿评分较术后第1天明显下降($P < 0.05$)。创面出血评分：术后第14、21、28天，观察组创面出血评分较术后第1天明显下降($P < 0.05$)，与对照组同时段比较，评分下降也有统计学意义($P < 0.05$)；对照组于术后第21、28天，创面水肿评分较术后第1天明显下降($P < 0.05$)。创面疼痛评分：术后第7、14、21、28天，观察组创面疼痛评分较术后第1天明显下降($P < 0.05$)，与对照组同时段比较，评分下降也有统计学意义($P < 0.05$)；对照组于术后第14、21、28天，创面水肿评分较术后第1天明显下降($P < 0.05$)。

4.5 不良反应 2组患者治疗过程中均未发生严重不良反应。

5 讨论

混合痔患者因便血、脱垂及肿胀疼痛等症状体征反复发作，身心受到严重伤害，无法进行正常工作生活。而行手术切除后创面疼痛、水肿及出血等并发症亦不利于术后康复，并已成为困扰混合痔临床治疗的棘手问题。已有研究显示，混合痔切除术后肛缘创面并发症发生原因如下：①术后排便对于创面周围末梢神经产生刺激，肛门括约肌痉挛及组织缺血均是导致术后疼痛的重要原因^[9]；同时切口感染及水肿亦是诱发疼痛关键因素。②创面水肿发生一方面是因为手术

表 2 2组术后不同时间点创面各项指标评分比较($\bar{x} \pm s$)

时 间	对照组($n=63$)			观察组($n=63$)		
	创面水肿	创面出血	创面疼痛	创面水肿	创面出血	创面疼痛
术后第 1 d	2.18± 0.76	1.05± 0.38	2.81± 0.96	2.14± 0.82	1.08± 0.36	2.84± 0.99
术后第 7 d	6.44± 2.08	1.72± 0.62	2.35± 0.81	5.78± 2.11	1.20± 0.42	1.44± 0.28 ^{①②}
术后第 14 d	5.70± 1.75	1.25± 0.45	1.54± 0.56 ^①	2.69± 0.97	0.93± 0.38 ^{①②}	0.97± 0.20 ^{①②}
术后第 21 d	3.64± 1.27	0.86± 0.33 ^①	0.98± 0.32 ^①	0.97± 0.20 ^{①②}	0.48± 0.16 ^{①②}	0.40± 0.11 ^{①②}
术后第 28 d	0.98± 0.34 ^①	0.29± 0.10 ^①	0.67± 0.14 ^①	0.29± 0.07 ^{①②}	0.12± 0.04 ^{①②}	0.09± 0.04 ^{①②}

与同组术后第 1 天比较, ① $P < 0.05$; 与对照组同时间点比较, ② $P < 0.05$

及术后炎症诱发静脉、淋巴循环障碍, 另一方面组胺, 5-HT 等血管活性物质释放导致局部毛细血管通透性及渗出增加亦加重水肿症状^[7]。③创面出血发生与混合痔切除术采用开放切口, 术中切除结扎, 术后痔核脱落及排使用力等关系密切。

马应龙痔疮栓是肛肠科常规治疗药物之一, 主要成分为麝香、牛黄、硼砂、冰片及琥珀等, 有解毒凉血、止血消肿之功效, 在促进肛肠科创面愈合方面效果确切。而壳聚糖凝胶则是一类以壳聚糖为主要成分的新型创面修复药物。其中壳聚糖属于氨基多糖类正电荷高分子聚合物, 而凝胶立体聚合物网络形式可提高药物水含量, 在吸收渗出液、维持创面水分的同时, 又能够提高水蒸汽和氧气渗透进入组织的能力^[8]。已有研究显示, 壳聚糖具有广谱抗菌作用, 可对多种病原菌发挥抑杀效果; 其还可增强血小板和红细胞聚集而发挥有效止血作用; 同时壳聚糖还具有较强组织黏附功能, 可使黏膜伤口免受细菌侵入, 并于用药 1 天后形成生物隔离保护膜, 降低直肠内物质对于创面刺激及炎症水肿程度, 亦有利于排便^[9]。而直肠滴入方法通过将药物直接用于手术创面, 有助于提高药物吸收效果; 同时不经过胃肠道代谢, 毒副作用明显减少。

本次研究结果中, 观察组患者临床疗效优于对照组($P < 0.05$); 观察组患者创面愈合时间显著少于对照组($P < 0.05$), 提示马应龙痔疮栓联合壳聚糖治疗混合痔切除术患者, 在缓解临床症状体征, 加快创面愈合方面优势明显。其中对照组患者治疗总有效率仅为 71.43%, 远低于其他研究报道, 笔者认为这可能与入选样本量较小及个体差异有关。观察组患者在术后不同时间点, 创面相关指标评分低于对照组($P < 0.05$), 证实两种药物联合直肠给药用于行混合痔切

除术患者均有助于缓解术后疼痛、水肿及出血症状, 而联合用药更符合临床治疗需要。

综上所述, 壳聚糖联合马应龙痔疮栓用于行混合痔切除术患者可有效改善肛缘创面疼痛、水肿及出血症状, 加快创面愈合进程。

[参考文献]

- [1] 李际涛, 刘洪涛, 闵振兴, 等. 湿润烧伤膏灌注疗法治疗肛瘘术后创面疗效观察[J]. 中国烧伤创疡杂志, 2012, 24(5): 414- 417.
- [2] Cerato MM, Cerato NL, Passos P, et al. Surgical treatment of hemorrhoids: a critical appraisal of the current options [J]. Arq Bras Cir Dig, 2014, 27 (1): 66- 70.
- [3] 王启, 陈会林, 刘铄, 等. 选择性痔上黏膜切除术治疗混合痔 60 例[J]. 中国中西医结合外科杂志, 2015, 21 (1): 54- 56.
- [4] 中华中医药学会肛肠分会. 痔、肛瘘、肛裂、直肠脱垂的诊断标准(试行草案)[J]. 中国肛肠病杂志, 2004, 24 (4): 42- 43.
- [5] 国家中医药管理局. ZY/T001.1~001.9- 94 中医病证诊断疗效标准[S]. 南京: 南京大学出版社, 1994: 133.
- [6] 张有生, 李春雨. 实用肛肠外科学[M]. 北京: 人民军医出版社, 2009: 153.
- [7] Rivadeneira DE, Settle SR, Ternent C, et al. Practice parameters for the management of hemorrhoids(revised 2010) [J]. Dis Colon Rectum, 2011, 54 (9): 1059- 1064.
- [8] 黎小平, 黄宗海, 胡立春. 壳聚糖凝胶(型)对痔切除术后创面的影响[J]. 中国新药与临床杂志, 2015, 34(3): 233- 235.
- [9] 张丽, 张娜. 壳聚糖及其衍生物在药物递送中的研究进展[J]. 中国新药与临床杂志, 2014, 33(1): 9- 14.

(责任编辑: 冯天保)