

止痛如神汤对痔核嵌顿患者疼痛症状的影响

杨善华

临海市白水洋中心卫生院普外科, 浙江 临海 317031

[摘要] 目的: 观察止痛如神汤对痔核嵌顿患者疼痛症状的影响。方法: 将 80 例行外剥内扎术治疗的痔核嵌顿患者随机分成对照组与观察组各 40 例, 术后第 2 天对照组给予高锰酸钾溶液坐浴, 观察组给予止痛如神汤坐浴。比较 2 组临床疗效、手术治疗前后视觉模拟疼痛评分 (VAS)、疼痛症状消失时间。结果: 总有效率观察组为 92.50%, 显著高于对照组的 70.00% ($P < 0.05$)。观察组术后疼痛症状消失时间显著短于对照组 ($P < 0.05$)。观察组手术后第 3、5、7 天 VAS 评分均显著低于对照组 ($P < 0.05$)。结论: 痔核嵌顿患者行外剥内扎术后采用止痛如神汤坐浴治疗, 可有效提高临床治疗效果, 减轻术后疼痛症状, 缩短疼痛时间。

[关键词] 痔核嵌顿; 外剥内扎术; 止痛如神汤; 疼痛

[中图分类号] R657.1+8 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2015) 04-0222-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2015.04.107

痔核嵌顿是临床上常见的肛肠科急症, 主要由于患者长期劳累、酗酒、辛辣等刺激性饮食、便秘、排便时过于用力、腹泻等多种因素导致内痔脱出且不能自行回纳肛内, 进而引起痔内淋巴、静脉等回流不畅而成血栓, 随着痔核逐渐脱出水肿, 病理过程不断加剧且形成一种恶性循环, 造成痔核表面发生局部坏死、溃烂, 引起患者出现肛周剧烈疼痛, 对患者的生活及健康质量产生严重影响^[1]。外剥内扎术时该类疾病患者的有效治疗方法, 但如何快速、有效地缓解患者术后的疼痛感, 已经成为肛肠科医务人员探讨的重点。本研究对本院近年来收治的痔核嵌顿患者术后加用止痛如神汤坐浴治疗, 效果显著, 结果报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选取本院于 2012 年 8 月—2014 年 7 月收治的痔核嵌顿患者共 80 例, 均为环状混合痔、内痔。男 52 例, 女 28 例; 年龄 26~66 岁, 平均(47.89±4.03)岁; 病程 2~33 年, 平均(24.31±4.21)年。所有患者按照随机数字表法分成对照组与观察组各 40 例, 2 组患者年龄、病程、性别及嵌顿痔类型等一般资料比较, 差异均无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 纳入标准 符合《痔临床诊治指南(2006 版)》^[2]中关于痔核嵌顿的诊断标准; 患者签署知情同意书, 自愿加入本研究的治疗。

1.3 排除标准 妊娠期、哺乳期妇女; 合并糖尿病、恶性肿瘤、肛裂、肛瘘等影响疗效判定的肛周其他疾病及直肠或肛管器质性病变者; 合并精神疾病及有过敏体质、性病等患

者; 1 年内接受其他肛门手术者; 无法完成全部疗程者; 对研究药物成分过敏者。

2 治疗方法

2.1 手术方法 2 组患者均给予外剥内扎术治疗: 采用骶管麻醉, 将脱出的痔核回纳肛内, 用手指扩肛, 以充分松弛肛门, 根据痔核部位、数量、母痔区分布位置分为 6~8 段, 进行外剥内扎手术。从外痔体外缘 0.5 cm 开始至齿线上端 0.3 cm, 作一“V”形切口, 对曲张静脉丛至肛门外括约肌皮下层、皮下组织等进行剥离。采用电钳或缝扎切除法对内痔进行切除, 外痔部分则直接剪除。处理痔核后, 在截石位 5 点肛缘外 1.5 cm 处作一放射状切口, 对肛管内括约肌进行挑出、切断、缝合, 并再次使用手指扩肛 3 min。术后常规给予抗生素静脉滴注 3 天。

2.2 对照组 于术后第 2 天使用 1:5000 高锰酸钾溶液坐浴, 每天 2 次, 早晚各 1 次。

2.3 观察组 于手术后第 2 天给予止痛如神汤坐浴治疗。处方: 当归、黄柏、槟榔、皂角子、苍术、防风、大黄各 10 g, 桃仁、秦艽各 15 g, 泽泻 12 g。上药加水 1500 mL, 煎沸 10 min 后, 将其过滤至瓷盆, 并指导患者蹲坐在瓷盆上, 以使患者的肛门受药液蒸气的熏蒸, 当药液温度降至 38~40℃, 嘱患者进行坐浴 20 min, 以其肛门病灶受浸泡为准, 每天 2 次, 早晚各 1 次。

2 组均术后连续治疗 7 天。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 对 2 组患者的临床疗效及治疗前后的视觉模

[收稿日期] 2014-10-26

[作者简介] 杨善华 (1978-), 男, 主治医师, 研究方向: 肛肠疾病的诊断与治疗。

拟疼痛评分(VAS)、疼痛症状消失时间等进行观察记录。VAS评分分别于手术前、手术第2、3、5、7天进行评定^[6]:0分:肛门部无疼痛;3分以下:肛门部有轻微的疼痛感,可忍受;4~6分:患者肛门部出现疼痛且影响睡眠,但仍能忍受;7~10分:患者肛门部有强烈的疼痛感且难以忍受。

3.2 统计学方法 采用SPSS 19.0软件进行统计学处理,计量资料数据以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示,采用 t 检验;计数资料采用百分率表示,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》^[6]拟定。治愈:治疗后肛门部的疼痛症状完全消失;显效:治疗后的疼痛症状明显减轻,无需其他方法进行止痛干预;有效:治疗后的疼痛症状有所缓解,但仍需使用止痛针、止痛药等进行止痛干预;无效:治疗后的疼痛症状与治疗前相比,无明显的改变或加重,必须进行止痛干预。

4.2 2组临床疗效比较 见表1。治疗后总有效率观察组为92.50%,显著高于对照组的70.00% ($P < 0.05$)。

表1 2组临床疗效比较

组别	n	治愈	显效	有效	无效	总有效率(%)
观察组	40	20	10	7	3	92.50
对照组	40	12	8	8	12	70.00
χ^2 值		2.552	0.287	0.082	5.251	5.251
P 值		0.110	0.592	0.775	0.022	0.022

4.3 2组疼痛症状消失时间比较 疼痛症状消失时间观察组为 (6.87 ± 0.59) 天,对照组为 (8.76 ± 0.61) 天,2组比较,差异有统计学意义($P < 0.01$)。

4.4 2组治疗前后VAS评分比较 见表2。2组患者手术前、手术后第2天VAS评分比较,差异无统计学意义($P > 0.05$);手术后第3、5、7天观察组VAS评分均显著低于对照组($P < 0.01$)。

表2 2组治疗前后VAS评分比较 $(\bar{x} \pm s)$

组别	n	治疗前	术后第2d	术后第3d	术后第5d	术后第7d
观察组	40	4.92±1.17	4.23±0.62	3.08±0.68	1.40±0.56	0.40±0.01
对照组	40	5.10±1.21	4.44±0.79	4.26±0.71	3.01±0.74	1.80±0.34
t 值		0.676	1.323	7.591	10.973	26.031
P 值		0.501	0.190	0.000	0.000	0.000

5 讨论

痔核嵌顿发病较急,患者主要因痔内淋巴、静脉等回流受阻而引起局部水肿明显、疼痛感强烈。较多学者认为,除了有明显手术禁忌证的痔核嵌顿患者外,其余患者均应尽快实施手术;且肛门部血管丰富,局部组织能有效抵抗细菌,因此,在痔核嵌顿期对手术治疗并不会产生较大的影响。有研究指出,相比传统的保守治疗法,手术治疗法更能有效改善肛门局

部血液运输,快速解除肛管括约肌痉挛,提高抗感染能力,且手术风险及并发症发生率并未增加^[6]。但对痔核间进行分段的难度较大,术者应仔细进行分段,注意保留肛管皮肤桥、黏膜桥,此外,还需彻底剥离痔核、血栓、静脉丛,以降低术后发生肛缘水肿的风险^[6]。由于手术时所采用的骶管麻醉的有效时间可超过4h,因此,手术完成后纳入药栓至直肠内,可起到超前镇痛的效果。

有研究指出,该类患者在进行外剥内扎手术治疗后,往往存在不同程度的肛缘水肿、创口疼痛等,是痔术后常见的并发症,且疼痛程度与患者的精神状态、麻醉方式、手术方式及术后处理等均有较大的关系^[7]。现代医学认为,肛门部术后发生的疼痛感与手术自身带来的创伤、术后切口感染、局部炎症、疤痕挛缩等诸多因素有关^[8]。中医学认为,痔核嵌顿属于翻花痔、痔瘡等范畴,多由气血瘀滞、热毒炽盛、湿热下注等导致,故应予清热消肿、活血止痛等治疗。止痛如神汤是传统中医熏洗疗法的常用方剂,方中防风、秦艽祛风除湿;槟榔、苍术、泽泻导湿下行;当归、桃仁活血散瘀;黄柏清热燥湿;大黄活血祛瘀、清泄湿热;皂角刺消肿止痛。诸药合用,共奏消肿止痛、清热解毒、祛风除湿等功效。本观察发现,采用观察组治疗总有效率显著高于对照组($P < 0.05$),说明止痛如神汤比传统的高锰酸钾溶液更好改善因痔核嵌顿引起的疼痛症状。

现代药理研究表明,止痛如神汤中的黄柏具有抗炎症、抗菌、抑制毛细血管的通透性等作用;当归、桃仁能改善微循环;防风、秦艽起到抗炎镇痛的作用^[9]。以上药物经煎沸后,利用熏洗液自身的温度及组方药物的作用,起到消炎镇痛的作用。观察组术后的疼痛症状消失时间短于对照组($P < 0.05$),且术后第3、5、7天VAS评分均低于对照组($P < 0.05$),说明止痛如神汤能够缩短疼痛时间。

综上所述,痔核嵌顿患者行外剥内扎术后采用止痛如神汤坐浴治疗,可有效提高临床治疗效果,有交减轻术后疼痛症状,缩短疼痛消失时间,值得临床推广应用。

[参考文献]

- [1] 唐小征,吕照文. 止痛如神汤加减联合双氯芬酸钠栓治疗混合痔外剥内扎术后伤口疼痛的临床观察[J]. 中医临床研究, 2014, 12(22): 7-9.
- [2] 中华医学会外科学分会结直肠肛门外科学组, 中华中医药学会肛肠病专业委员会, 中国中西医结合学会结直肠肛门病专业委员会等. 痔临床诊治指南(2006版)[J]. 中华胃肠外科杂志, 2006, 9(5): 461-463.
- [3] 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: 203-204.
- [4] 高万露,汪小海. 患者疼痛评分法的术前选择及术后疼

- 痛评估的效果分析[J]. 实用医学杂志, 2013, 29(23): 3892-3894.
- [5] 朱宝山, 陈巍峰. 外剥内扎注射术加括约肌松解术治疗急性嵌顿痔的疗效分析[J]. 中国临床医学, 2012, 19(6): 640-641.
- [6] 周峰, 张旗. 嵌顿痔的治疗进展[J]. 中国中医急症, 2014, 23(4): 673-675.
- [7] 沈锋, 何剑平, 谢文珠, 等. 改良 PPH 术治疗老年急性嵌顿痔的综合效果观察[J]. 安徽医药, 2013, 17(8): 1327-1329.
- [8] 须海丰. 中药坐浴法治疗混合痔术后疼痛及水肿[J]. 临床医学, 2013, 33(1): 120-121.
- [9] 张海鹏, 王永会. 止痛如神汤加减替代抗生素用于肛肠疾病术后效果观察[J]. 社区医学杂志, 2013, 11(3): 36-37.

(责任编辑: 冯天保)

白芨 1 号方治疗寻常性银屑病 40 例疗效观察

赵文雁

昌吉州中医医院皮肤科, 新疆 昌吉 831100

[摘要] 目的: 观察自拟白芨 1 号方联合西药常规治疗及光动力疗法治疗寻常性银屑病的临床疗效。方法: 将寻常性银屑病患者 80 例随机分为观察组和对照组各 40 例, 对照组采用卡泊三醇软膏、复方氟米松软膏、水杨酸软膏外涂联合光动力疗法治疗; 观察组在对照组的基础上加用白芨 1 号方治疗, 比较 2 组银屑病皮损面积和严重程度指数 (PASI)、应激状态和生活质量。结果: 治疗后 2 组患者头颈部、躯干、下肢、上肢的 PASI 评分均较治疗前下降 ($P < 0.05$); 治疗组上述各指数下降较对照组更显著 ($P < 0.05$)。治疗后 2 组患者生存质量主观感觉、健康状况主观感觉、生理领域、心理领域、社会关系领域、环境领域评分均明显高于治疗前 ($P < 0.05$), 观察组上述指标评分升高较对照组更显著 ($P < 0.05$)。结论: 中西医结合疗法治疗寻常性银屑病, 有助于改善患者皮肤损伤, 提高生活质量。

[关键词] 寻常性银屑病; 白芨 1 号方; 光动力疗法; 卡泊三醇软膏; 复方氟米松软膏; 水杨酸软膏

[中图分类号] R758.63 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2015) 04-0224-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2015.04.108

银屑病是一种顽固的慢性炎性和增生性皮肤病, 主要以头皮和四肢伸侧的银白色鳞屑性丘疹斑块为其特征性损害。根据银屑病的临床特点, 一般将其分为寻常型、脓疱型、关节病型和红皮病型四种。临床上以寻常型最为多见, 好发于头部、四肢, 并逐渐发展扩散至全身。在临床中, 本病多采取药物治疗、物理治疗、光动力疗法、中医治疗等方式来治疗。在本研究中, 笔者应用白芨 1 号方联合西药常规治疗及光动力疗法治疗寻常性银屑病, 临床疗效显著, 结果报道如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准 符合《中药新药临床研究指导原则》^[1] 中医诊断标准及《中医病证诊断疗效标准》^[2] 中相关标准, 且取得患者知情同意。

1.2 排除标准 妊娠或哺乳期妇女; 合并心血管、脑血

管、严重肝、肾疾病患者; 过敏体质及药物过敏患者; 关节型、脓疱型、红皮病型银屑病患者。

1.3 一般资料 观察病例均为 2012 年 1 月—2014 年 5 月在本院中医科收治的寻常性银屑病患者共 80 例, 采用数字表法随机分为观察组和对照组各 40 例。观察组男 24 例, 女 16 例; 年龄 33~58 岁, 平均(46.2±6.8)岁; 病程 8 月~8 年, 平均(3.2±1.4)年。对照组男 25 例, 女 15 例; 年龄 31~59 岁, 平均(45.6±7.3)岁; 病程 7 月~3 年, 平均(2.9±1.3)年。2 组患者性别、年龄、病程等基线资料经统计学处理, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。

2 治疗方法

2.1 对照组 给予卡泊三醇软膏(重庆华邦制药有限公司)适量涂抹于患处, 每晚 1 次; 复方氟米松软膏(Bright Future

[收稿日期] 2014-11-16

[作者简介] 赵文雁 (1982-), 女, 主治医师, 研究方向: 中医药治疗皮肤病的临床研究。