

穴位埋线联合紫草三黄膏治疗肛肠病术后疼痛临床研究

李海玲, 宋映娴, 惠永锋, 张波, 郭新明

乌鲁木齐市中医医院二部肛肠科, 新疆 乌鲁木齐 830000

[摘要] 目的: 观察穴位埋线联合紫草三黄膏治疗肛肠病术后疼痛的临床疗效。方法: 将300例肛肠病手术患者随机分为治疗组和对照组各150例, 治疗组术后双侧上巨虚、承山穴位埋线, 中药三黄洗剂局部熏洗肛内推注紫草三黄膏; 对照组外用复方多黏菌素B软膏, 用长海痛尺评估法(NRS-VRS-5)评定2组术后1、2、3、5、7天换药后0.5h疼痛积分。结果: 术后第1天治疗组疼痛积分(2.85±0.96), 对照组疼痛积分(2.79±0.85), 两者比较, 差异无统计学意义($P>0.05$)。术后第2天、3天、5天、7天治疗组疼痛积分分别比较, 差异均有统计学意义($P<0.05$)。2组临床疗效总有效率治疗组91.33%, 对照组80.67%, 差异有统计学意义($P<0.05$), 治疗组总有效率高于对照组。结论: 穴位埋线联合紫草三黄膏治疗能有效改善肛肠病术后疼痛。

[关键词] 肛肠病术后; 疼痛; 穴位埋线; 紫草三黄膏

[中图分类号] R441.1 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415(2016)10-0083-02

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2016.10.033

尽管微创手术已引进于痔的治疗中, 但针对混合痔外痔部分的处理仍以切除为主, 所以痔手术后的疼痛不可避免, 而对于肛瘘和肛痛的主流手术仍是以切除病灶为主, 故无论是痔手术还是肛瘘和肛痛的手术术后都不可避免地存在程度差异性的疼痛。本科室2013年7月—2015年12月针对混合痔、肛瘘和肛痛术后的患者在中药外治的基础上, 配合穴位埋线治疗, 经临床观察不仅明显减轻了患者的术后疼痛, 而且大大降低了术后并发症的发生率, 结果报道如下。

1 临床资料

1.1 纳入标准 ①参照《中医病证诊断疗效标准》^[1]中混合痔、肛瘘、肛痛的诊断标准; ②年龄18~65岁; ③混合痔外剥内扎术, 手术切口为3~5个; ④低位单纯性肛瘘行肛瘘切除术; ⑤低位单纯性脓肿行脓肿一次性根治术; ⑥既往无肛门部手术史及肛门形态功能异常。

1.2 排除标准 ①过敏体质及对本研究药物成分过敏者; ②取穴部位皮肤不适合埋线者; ③术前12h内使用镇痛剂治疗及术后使用其他止痛剂者(包括止痛泵); ④病情危重, 难以对药物的有效性及安全性作出确切评价者, 曾有长期反复滥用止痛药物者。

1.3 一般资料 纳入病例共300例, 其中混合痔180例, 肛瘘60例, 肛痛60例。采用随机数字表法将其分为2组各150例。每组包括混合痔90例, 肛瘘30例, 肛痛30例。治疗组男83例, 女67例; 平均年龄(42.83±13.05)岁; 平均病程(9.36±1.67)月。对照组男77例, 女73例; 平均年龄

(42.80±10.93)岁; 平均病程(9.99±1.54)月。2组性别、年龄、病程等方面比较, 差异均无统计学意义($P>0.05$)。

2 治疗方法

2组均采用骶麻, 侧卧位。

2.1 治疗组 术后2h实施双侧上巨虚、承山埋线。采用2号羊肠线, 选取0.90mm×38mm一次性针头作针套, 0.30mm×50mm一次性针灸针剪去针尖后作针芯。取侧卧位, 选准穴位, 局部皮肤常规消毒。用无菌镊子夹取一段1cm羊肠线, 放入针头的前端, 后接针灸针。将针头快速刺入穴位中, 深约10~15mm。将针芯向前推进, 边推针芯, 边退针管, 把羊肠线埋入穴位中。棉签按压针孔片刻, 外贴敷贴。术后每天中药三黄洗剂局部熏洗, 予紫草三黄膏肛内推注, 创面外敷换药治疗。

2.2 对照组 术后每天中药三黄洗剂局部熏洗, 予复方多黏菌素B软膏肛内推注, 创面外敷换药治疗。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 观察疼痛指数, 疼痛指数: 长海痛尺评估法(NRS-VRS-5), 用1条10cm长的标尺, 正面两端标明分数: 0分代表完全无痛, 10分代表疼痛最剧烈, 让患者自己圈出一个最能代表其疼痛程度的数字。0分(0~1)为无痛; 2分(1~3)为轻度疼痛: 可忍受, 能正常生活、睡眠; 4分(3~5)为中度疼痛: 轻度影响睡眠, 需用止痛药; 6分(5~7)为重度疼痛: 影响睡眠, 需用麻醉止痛药; 8分(7~9)为剧烈疼痛: 影响睡眠较重, 伴有其他症状; 10分(9~10)为无法忍受疼

[收稿日期] 2016-05-03

[基金项目] 乌鲁木齐市科技局项目(Y133206)

[作者简介] 李海玲(1975-), 女, 医学硕士, 副主任医师, 研究方向: 肛肠疾病的中医药治疗。

[通讯作者] 郭新明, E-mail: 14372609@qq.com。

痛：严重影响睡眠，伴有其他症状或被动体位。记录术后1、2、3、5、7天换药后0.5h的疼痛分值。

3.2 统计学方法 用Excel 2003录入、整理研究对象相关数据，建立数据库。采用SPSS17.0对数据进行统计描述；对满足正态齐性和方差齐性的计量资料进行成组 t 检验；对等级资料使用非参数检验进行分析。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 显效：术后创面完全不痛，排便、换药时无疼痛，0分≤长海痛尺评分估法≤2分；有效：术后创面基本不痛，排便、换药时稍有不适感，2分≤长海痛尺评分估法≤4分；无效：术后创面仍有疼痛，排便、换药时则疼痛更甚，需服镇痛药或肌注杜冷丁类方能止痛，4分≤长海痛尺评分估法≤8分。

4.2 2组术后疼痛积分比较 见表1。治疗组与对照组术后1天疼痛积分比较，差异无统计学意义($P>0.05$)，术后2、3、5、7天疼痛积分分别比较，差异均有统计学意义($P<0.05$)。

表1 2组术后疼痛总积分比较($\bar{x} \pm s$) 分

组别	1d换药后0.5h	2d换药后0.5h	3d换药后0.5h	5d换药后0.5h	7d换药后0.5h
治疗组	2.85±0.96	3.01±1.30	3.38±1.04	2.25±1.11	1.33±1.21
对照组	2.79±0.85	3.80±1.43	4.13±1.25	3.07±1.13	2.15±1.28
P	>0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

4.3 2组临床疗效比较 见表2。总有效率治疗组91.33%，对照组80.67%，差异有统计学意义($P<0.05$)，治疗组临床疗效优于对照组。

表2 2组临床疗效比较

组别	n	第1天			第2天			第3天			第5天			第7天		
		显效	有效	无效												
治疗组	150	8	124	18	15	115	20	19	114	17	21	114	15	29	108	13
对照组	150	4	126	20	10	95	45	9	110	31	6	120	24	12	109	29

4.4 不良反应 在临床观察过程中，治疗组有2例因自服止痛药退出，治疗组2例穴位埋线患者出现埋线部位硬结胀痛，经指腹按摩1周后硬结逐渐缩小，其余均未出现不良反应。

5 讨论

肛肠病术后疼痛是较为常见的并发症之一。其疼痛有多元化因素，除局部损伤，创面暴露，受理化因素刺激，排便肛门扩张、括约肌痉挛等因素外，还与患者精神紧张，痛阈差异有关^[2]。中医学理论认为：疼痛的病机为“不通则痛，不荣则痛”，且都与神志活动有关，即经络气血的病变是疼痛产生的基础^[3]。本科室一直在寻找一种能够持续性镇痛而临床副作用较少的方法，本研究着力于中药外治和穴位埋线镇痛的临床观察。紫草三黄膏和三黄洗剂是本院众多位肛肠专家在总结前人临床治疗痔病经验的基础上，研究开发的中药制剂。现代药理学研究分析：其药物组成中黄连、栀子、冰片具有一定的镇痛作用，当归、栀子、黄芪可有效改善微循环^[4]。紫草三黄膏诸药配伍具有清热燥湿、消肿止痛的治疗效果，而且突出了调气和血的治疗理念。穴位埋线疗法综合了针灸、留针、穴位注射、刺络放血等多种治疗方法，肛肠病术后疼痛与患者焦虑、恐惧等精神因素有关、穴位埋线在治疗期给患者以强大的心理暗示，增强了患者的信任和心理放松，提升了患者的疼痛阈值。选用承山和上巨虚也是在查阅文献并结合临床观察而选择的穴位，承山为治疗痔瘡的常用穴位，具有疏经解痉、理气止痛的功效，上巨虚为大肠之下合穴，具有通经活络、理气止

痛、调肠和胃之功效。对照组选用的复方多黏菌素B软膏是一种含有硫酸新霉素、多黏菌素B、杆菌肽和盐酸利多卡因的复合制剂，目前广泛应用于肛肠科术后创面的换药治疗，具有抗感染止痛的作用。

本研究结果表明：治疗组和对照组术后第2天、3天、5天、7天疼痛积分差异均有统计学意义($P<0.05$)，治疗组总有效率高于对照组，穴位埋线联合中药止痛的效果优于复方多黏菌素B软膏。在临床观察过程中笔者也发现，穴位埋线联合中药的治疗不仅能有效镇痛而且在降低术后并发症如排便困难、腹胀、尿潴留的发生等方面也有很好的疗效，是值得临床借鉴。

[参考文献]

- [1] 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，1994：141.
- [2] 葛宁. 肛肠手术后疼痛原因及止痛方法的观察体会[J]. 河南外科学杂志，2012，18(4)：99.
- [3] 杨卫红，杨亚平. 痔病内治法研究进展[J]. 甘肃中医，2010，23(10)：71-73.
- [4] 中药新药临床研究指导原则(试行)[M]. 北京：中国医药科技出版社，2002：186.

(责任编辑：刘淑婷)