

dDBP、dSSD、dDSD、nSBP、nDBP、nSSD 和 nDSD 等动态血压指标均低于对照组,提示了在西医常规治疗的基础上,采用针灸联合潜阳活血汤内服老年高血压患者,其降压效果,控制血压变异性方面均优于单纯西医治疗。

#### [参考文献]

- [1] 刘诗,樊光辉. 中西医结合治疗老年高血压的临床研究进展[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2013, 11(7): 861-862.
- [2] 中国老年高血压治疗共识专家委员会. 中国老年高血压治疗专家共识(上)[J]. 心脑血管病防治, 2009, 9(1): 1-5.
- [3] 郑冰元,张立德. 中医针灸治疗高血压近况研究[J]. 辽宁中医药大学学报, 2012, 14(5): 247-249.
- [4] 中国高血压防治指南修订委员会. 中国高血压防治指南 2010[J]. 中华心血管病杂志, 2011, 39(7): 579-615.
- [5] 滕英华,谢睿,史先知. 补肾活血汤对老年肾虚血瘀型高血压患者血压变异性和生活质量的影响[J]. 中国实验方剂学杂志, 2016, 22(20): 173-177.
- [6] 郑筱萸. 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: 73-77.
- [7] 刘丹,陈艺莉,黄慧玲. 老年高血压患者血压变异性及血压晨峰的相关因素[J]. 中华高血压杂志, 2013, 21(4): 335-339.
- [8] 朱成朔,李淑玲,刘国安,等. 老年高血压中医证型与血压变异性临床探讨[J]. 世界中西医结合杂志, 2013, 8(3): 261-263.

(责任编辑:吴凌,李海霞)

## 术前穴位埋线防治内痔 PPH 术后并发症疗效观察

缪东初, 苏畅, 金莉花

吉林市人民医院, 吉林 吉林 132000

**[摘要]** 目的: 观察术前穴位埋线防治内痔吻合器痔上黏膜环切术 (PPH) 术后并发症的临床疗效。方法: 将符合纳入标准的 III 度、IV 度内痔患者 144 例随机分为 2 组, 治疗组 76 例在术前给予经验穴埋线治疗后进行 PPH 手术, 对照组 68 例常规进行 PPH 手术, 不给予穴位埋线治疗; 观察 2 组在术后 6 h、24 h、7 天时创面局部疼痛、水肿、肛门坠胀感、肛门潮湿感、出血、小腹胀痛、排尿情况等症状评分。结果: 总有效率治疗组为 97.36%, 对照组为 92.64%, 2 组比较, 差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ )。术后 6 h、12 h、7 天, 2 组患者肛门水肿、肛门坠胀感、肛门潮湿感症状的评分值大致相当 ( $P > 0.05$ )。术后 6 h, 治疗组小腹胀痛评分、排尿情况评分均低于对照组 ( $P < 0.05$ ); 术后 24 h, 治疗组肛门疼痛评分低于对照组 ( $P < 0.05$ ); 术后 7 天, 治疗组肛门疼痛评分、出血评分、小腹胀痛评分均低于对照组 ( $P < 0.05$ ,  $P < 0.01$ ); 其他时间段 2 组肛门疼痛评分、出血评分、小腹胀痛评分、排尿情况评分比较, 差异均无统计学意义 ( $P > 0.05$ )。结论: 术前穴位埋线联合 PPH 手术治疗内痔疗效肯定, 并对患者术后肛门疼痛、小腹胀痛、排尿异常、出血等并发症疗效较好。

**[关键词]** 内痔; 吻合器痔上黏膜环切术 (PPH); 术后并发症; 穴位埋线; 预防

**[中图分类号]** R657.1\*8 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2018) 10-0180-04

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2018.10.052

## Curative Effect Observation on Preoperative Point Embedding Therapy Combined with PPH for the Prevention and Treatment of Internal Hemorrhoids and Postoperative Complications

MIAO Dongchu, SU Chang, JIN Lihua

**Abstract:** Objective: To observe the clinical curative effect of the preoperative point embedding therapy combined with

**[收稿日期]** 2018-01-27

**[基金项目]** 吉林省中医药管理局科研项目 (2017132)

**[作者简介]** 缪东初 (1971-), 男, 主任医师, 研究方向: 中西医结合治疗肛肠疾病。

**[通信作者]** 金莉花, E-mail: jinlina109@126.com。

procedure for prolapse and hemorrhoids (PPH) for the prevention and treatment of internal hemorrhoids and postoperative complications. **Methods:** Randomly divided 144 cases of patients with internal hemorrhoids of grade III and IV who met the inclusion criteria into the treatment group and the control group, 76 and 68 cases in each group respectively. The treatment group underwent PPH after preoperative treatment with experiential point embedding therapy, while the control group was performed routine PPH without point embedding therapy. Observed the scores of local wound pain, edema, falling and swelling sensation of anus, damp sensation of anus, bleeding, abdominal distending pain, and urinary excretion in the two groups at the 6<sup>th</sup> and 24<sup>th</sup> hour and on the 7<sup>th</sup> day after surgery. **Results:** The total effective rate was 97.36% in the treatment group and 92.64% in the control group, there being no significant difference ( $P > 0.05$ ). At the 6<sup>th</sup> and 12<sup>th</sup> hour and on the 7<sup>th</sup> day after surgery, the scores of anal edema, falling and swelling sensation of anus and damp sensation of anus in the two groups were similar ( $P > 0.05$ ). At the 6<sup>th</sup> hour after surgery, the scores of abdominal distending pain and urinary excretion in the treatment group were lower than those in the control group ( $P < 0.05$ ). At the 24<sup>th</sup> hour after surgery, the score of anal pain in the treatment group was lower than that in the control group ( $P < 0.05$ ). On the 7<sup>th</sup> day after surgery, the scores of anal pain, bleeding, abdominal distending pain and urinary excretion in the treatment group were lower than those in the control group ( $P < 0.05$ ,  $P < 0.01$ ). At other time, there was no significant difference between the two groups in the comparisons of the above scores ( $P > 0.05$ ). **Conclusion:** The preoperative point embedding therapy combined with PPH has definite curative effect, and has good curative effect on postoperative complications such as anal pain, abdominal distending pain, abnormal urination and bleeding.

**Keywords:** Internal hemorrhoids; Procedure for prolapse and hemorrhoids (PPH); Postoperative complications; Point embedding therapy; Prevention

吻合器痔上黏膜环切术(PPH)是肛肠外科常用的治疗痔的手术方法之一,具有其他术式无法代替的优势,但同时也不可避免存在一定的术后并发症<sup>[1]</sup>。笔者在临床不断改进 PPH 手术治疗本病,发现联合术前穴位埋线对 PPH 术后并发症的预防有一定的优势,结果报道如下。

## 1 临床资料

**1.1 诊断标准** 参考《痔临床诊治指南》<sup>[2]</sup>中痔的诊断标准:主要表现为出血和脱出,可并发血栓、嵌顿、绞窄及排便困难,其中 III 度:偶有便血;排便或久站及咳嗽、劳累或负重时有痔脱出,需用手还纳;IV 度:偶有便血;痔脱出不能还纳。

**1.2 纳入标准** ①混合痔 III 度、IV 度者;②性别不限,年龄 18~65 岁;③首次手术并行 PPH 术者;④自愿参加试验并签署知情同意书;⑤重要器官功能基本正常。

**1.3 排除标准** ①既往有肛门部手术者;②合并克隆氏病、溃疡性结肠炎、肠结核等肠道疾病或合并恶性肿瘤者;③妊娠或哺乳期妇女;④术前 12 h 内使用镇痛剂治疗或近期有过敏史或对蛋白过敏者。

**1.4 一般资料** 本研究收集 2017 年 1 月—2017 年 11 月就诊于本院的 III 度、IV 度内痔患者共 144 例,所有患者均选择行 PPH 术,并随机分为治疗组和对照组。治疗组 76 例,男 44 例,女 32 例;年龄 32~65 岁,平均( $50.26 \pm 10.14$ )岁;病程 2~20 年,平均( $8.01 \pm 5.24$ )年。对照组 68 例,男 40 例,女 28 例;年龄 21~63 岁,平均( $45.00 \pm 13.69$ )岁;病程 3~18 年,平

均( $7.50 \pm 4.94$ )年。2 组患者在性别、年龄、病程等一般资料比较,差异无统计学意义( $P > 0.05$ ),具有可比性。

## 2 治疗方法

**2.1 术前准备及手术治疗** 所有入组病例均在手术前进行常规检查,并进行术前沟通及宣教。进行硬膜外麻醉,并行 PPH 手术。为了减少手术方法导致的误差,2 组均固定 2 名术者对患者随机进行 PPH 手术。术后均给予足量抗生素预防感染治疗 3 天,常规对症治疗。

**2.2 治疗组** 在麻醉前予患者行常规穴位埋线。根据经验取穴:次髂(双侧)、中髂(双侧)、下髂(双侧)、天枢(双侧)、长强、承山、关元、曲骨。埋线操作:局部皮肤常规消毒。取无菌镊子摄取备用的可吸收外科缝线(胶原蛋白线)(山东博达医疗用品有限公司生产,批号:BD160201),放入埋线针前端,将针头快速刺入穴位皮下深筋膜层,深约 1.0~1.5 cm,待有针感后将针芯向前推进,边推针芯,边退针管,将缝线埋入穴位中,用棉签按压针孔片刻,检查无出血后贴上医疗创可贴,防止针孔感染。之后进行常规 PPH 手术。

**2.3 对照组** 不予穴位埋线,余手术方法、麻醉方法均同治疗组。

## 3 观察项目与统计学方法

**3.1 症状评分** 主要观察创面局部疼痛、水肿、肛门坠胀感、肛门潮湿感、出血、小腹胀痛、排尿情况。在术后 6 h、术后 24 h、术后 7 d 分别进行评估记录。①疼痛:0 分无疼痛;2 分排便时偶有疼痛感;4 分疼痛成间歇性,可以耐受;6 分持续

性疼痛,需使用镇痛药。②水肿:0分无水肿;2分轻度(肛门周围组织轻度隆起,皮纹存在);4分中度(肛门周围组织中度隆起,皮纹不明显);6分重度(肛门周围组织重度隆起,皮纹消失,皮肤发亮)。③坠胀感:0分无坠胀感;2分轻度(偶有坠胀感,便前明显);4分中度(肛内胀满明显);6分重度(肛内胀满较重,便意频而不解)。④潮湿感:0分无肛门潮湿感;2分偶有;4分症状明显,需要经常清洗;6分症状呈持续性,内裤需垫手纸并伴瘙痒感。⑤出血:0分无出血;2分术口轻微渗血或擦拭出血;4分便时滴血;6分便时射血。⑥小腹胀痛:0分无;1分满闷感;2分胀、满;3分胀、满、痛。⑦排尿情况:0分正常;1分排尿不畅,无需使用药物;2分经药物、理疗治疗后排尿;3分经药物、理疗治疗无效,需行导尿术。

**3.2 临床疗效评价** 治疗后对2组患者总体临床疗效进行统计。

**3.3 统计学方法** 应用SPSS19.0统计软件对所获得数据进行分析,计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示,采用 $t$ 检验;计数资料采用 $\chi^2$ 检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

#### 4 疗效标准与治疗结果

**4.1 疗效标准** 根据《中医病证诊断疗效标准》<sup>[3]</sup>中相关标准拟定。治愈:临床症状、体征全部消失;显效:局部出血,肿物脱出,肛门坠胀等症明显减轻,体征基本消失;有效:上述症状有所改善;无效:症状、体征均无改善。

**4.2 2组临床疗效比较** 见表1。总有效率治疗组为97.36%,对照组为92.64%,2组比较,差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。

表1 2组临床疗效比较 例(%)

| 组别  | n  | 治愈        | 显效        | 有效       | 无效      | 总有效       |
|-----|----|-----------|-----------|----------|---------|-----------|
| 治疗组 | 76 | 63(82.89) | 8(10.52)  | 3(3.95)  | 2(2.63) | 74(97.36) |
| 对照组 | 68 | 41(60.29) | 14(20.58) | 8(11.76) | 5(7.35) | 63(92.64) |

**4.3 2组肛门水肿、肛门坠胀感、肛门潮湿感评分比较** 见表2。术后6h、12h、7天,2组患者肛门水肿、肛门坠胀感、肛门潮湿感症状的评分值大致相当,2组比较,差异均无统计学意义( $P > 0.05$ )。

表2 2组肛门水肿、肛门坠胀感、肛门潮湿感评分比较 $(\bar{x} \pm s)$  分

| 时间    | 治疗组(n=76) |           |           | 对照组(n=68) |           |           |
|-------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
|       | 肛门水肿      | 肛门坠胀感     | 肛门潮湿感     | 肛门水肿      | 肛门坠胀感     | 肛门潮湿感     |
| 术后6h  | 0.84±1.38 | 1.78±1.75 | 0.42±1.07 | 0.85±1.05 | 1.64±1.76 | 0.33±1.10 |
| 术后24h | 0.63±1.16 | 1.50±1.82 | 0.81±1.00 | 0.72±1.09 | 1.52±1.80 | 0.70±1.21 |
| 术后7d  | 0.62±1.46 | 1.63±1.34 | 0.21±0.91 | 0.82±1.42 | 1.50±1.74 | 0.23±0.96 |

**4.4 2组肛门疼痛、出血、小腹胀痛、排尿情况评分比较** 见表3。术后6h,2组肛门疼痛评分比较,差异无统计学意义( $P > 0.05$ );术后24h、7天,治疗组肛门疼痛评分低于对照组( $P < 0.05$ )。术后6h、24h,2组出血评分比较,差异无统计学

意义( $P > 0.05$ );术后7天,治疗组出血评分低于对照组( $P < 0.01$ )。2组术后24h的小腹胀痛评分比较,差异无统计学意义( $P > 0.05$ );术后6h、7天治疗组小腹胀痛评分低于对照组( $P < 0.05$ )。2组术后24h、7天排尿情况比较,差异无统计学意义( $P > 0.05$ );术后6h,治疗组排尿情况评分均低于对照组( $P < 0.05$ )。

表3 2组肛门疼痛、出血、小腹胀痛、排尿情况评分比较 $(\bar{x} \pm s)$  分

| 组别            | 时间    | 肛门疼痛                   | 出血                     | 小腹胀痛                   | 排尿情况                   |
|---------------|-------|------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|
| 治疗组<br>(n=76) | 术后6h  | 2.73±2.32              | 1.15±1.01              | 0.57±0.80 <sup>①</sup> | 1.02±1.16 <sup>①</sup> |
|               | 术后24h | 1.57±1.26 <sup>①</sup> | 1.36±1.49              | 0.21±0.53              | 0.57±1.12              |
|               | 术后7d  | 0.63±0.95 <sup>①</sup> | 0.52±0.90 <sup>②</sup> | 0.05±0.22 <sup>①</sup> | 0.47±1.12              |
| 对照组<br>(n=68) | 术后6h  | 2.70±2.73              | 1.47±1.23              | 1.00±1.05              | 1.41±1.04              |
|               | 术后24h | 2.94±2.01              | 1.58±1.17              | 0.17±0.39              | 0.94±1.39              |
|               | 术后7d  | 1.76±1.39              | 1.70±1.10              | 0.29±0.84              | 0.72±1.17              |

与对照组同时段比较,① $P < 0.05$ ,② $P < 0.01$

#### 5 讨论

内痔是肛肠外科最常见的疾病,民间“十人九痔”的说法形象描述了此病的普遍性。手术方法作为最有效的治疗方法已经历了多次发展和进步,其中PPH术因其手术时间短、切口恢复较快、住院时间短等优点被广泛应用。PPH术式具有悬吊力量强、功能恢复较快等优点。但其术后并发症也不可小觑,据报道PPH相关术后并发症尿潴留、疼痛、出血等的发生率高达20.2%<sup>[4]</sup>。与如此高的并发症相比,PPH术式在肛肠科仍居首位的使用率,间接说明了PPH的有效性及其优势。国内外学者也在肯定PPH手术优势的基础上,建议进行改进以降低术后并发症和复发率<sup>[5]</sup>。

穴位埋线作为针灸疗法的一种延伸,具有“以线带针”的长效针感治疗效果,通过进行局部持续刺激,达到提高免疫力、抗炎、诱导变态反应等作用<sup>[6]</sup>。现有报道虽然有涉及穴位埋线减少肛肠科手术术后疼痛、术后尿潴留等内容,但埋线方法均以术后埋线为主,或研究目标比较单一<sup>[7]</sup>,尚无研究涉及术前埋线治疗预防或减少术后PPH相关并发症的报道。

本次治疗所选的穴位,长强为督脉穴位,关元、气海穴为任脉之穴,任督二脉循环通畅,促进人体小周天畅通无阻。且长强穴位于人体背部,天枢、关元、气海、曲骨穴在人体前腹部,承山穴在人体下部,体现了前后配穴、上下配穴的特点,诸穴协作有调运气机之用。现代临床研究发现,次髂、中髂、下髂穴对应骶2~骶4神经,而排尿功能受此神经影响最大,通过针灸这些穴位可以调节腰骶植物神经功能,表现为膀胱逼尿肌和括约肌节律性收缩、舒张<sup>[8]</sup>。曲骨、关元穴位居膀胱体表,对膀胱收缩力具有双向调节作用<sup>[9-10]</sup>。长强穴区域布有肛门神经和肛尾神经,可刺激副交感神经,反馈性调节交感神经,刺激排便感受器,既可缓解肛内括约肌痉挛,又通过降低

肛管压,缓解术后疼痛<sup>[6]</sup>。承山穴为足太阳膀胱经穴,是治疗痔病的常用穴,也是治疗痔病的经验穴,具有运化水湿的作用,既可以降低术后排尿障碍的发生,亦可以缓解术后肛门疼痛<sup>[11]</sup>。刺激天枢穴可以改善肠功能,对肠道功能失常导致的各种症状均有效<sup>[12]</sup>。

本次研究结果显示,术后麻醉剂失效时治疗组与对照组疼痛症状缓解基本类似,但是在 24 h 后及 7 天之后的疼痛缓解程度治疗组明显优于对照组,这说明治疗组在加速缓解疼痛方面优于对照组,这包括易导致换药时疼痛的术后创面愈合的程度,其具体机制仍需进一步研究。术后排尿异常的原因与手术方法、麻醉方法导致刺激或损伤排尿反射、括约肌反射性痉挛、术口疼痛、膀胱充盈过度、失去收缩能力等有关。在临床中,患者多在术后至术后 6 h 左右因膀胱充盈表示排尿的异常感,在本研究中我们发现这个时段治疗组在排尿异常情况方面优于对照组,提示治疗组膀胱功能恢复方面较对照组早<sup>[13]</sup>。小腹胀、满、疼痛感多与手术导致肠壁肌肉牵拉或尿潴留等因素有关<sup>[14]</sup>。在本研究中,笔者发现治疗组在术后 6 h 时及 7 天时小腹胀痛改善与对照组比较差异有统计学意义( $P < 0.05$ ),这可能与穴位埋线治疗能缓解患者尿潴留情况有关,也可能与天枢、气海、关元等穴位位于小腹,预防性的局部针刺引起神经传导,诱导内啡肽、脑啡肽等因子发挥镇痛作用有关<sup>[15]</sup>。本研究结果还显示,术后 7 天时治疗组患者出血少于对照组( $P < 0.05$ ),这可能说明穴位埋线通过改善局部免疫反应、改善局部供血<sup>[15]</sup>,促进了创面的愈合,其具体机制尚需要大样本数据进行进一步研究。

综上所述,术前穴位埋线能预防并减轻 PPH 手术患者术后肛门疼痛、出血、小腹胀痛异常、排尿情况异常等多种并发症,其优势明确,值得临床推广,但就其具体的有效机制仍需大样本数据的进一步研究。

## 【参考文献】

- [1] 翁琴琴. 改良 PPH 手术治疗重度痔的临床效果观察[J]. 内蒙古民族大学学报: 自然科学版, 2014, 29(4): 458-460.
- [2] 中华医学会外科分会结直肠外科组. 痔临床诊治指南(2006)版[J]. 中华胃肠外科杂志, 2006, 9(5): 461.
- [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: 132.
- [4] 唐小龙, 马直勉, 孙浩博, 等. 混合痔手术治疗技术新进展[J]. 现代生物医学进展, 2015, 15(28): 5567-5570.
- [5] 肖东霖. 改良 PPH 手术治疗重度痔临床价值初评[J]. 中外医学研究, 2015, 13(12): 44-45.
- [6] 卢灿省, 解伟华, 石健, 等. 穴位埋线合并补中益气汤对肛肠术后肛门坠胀的预防性观察[J]. 安徽医药, 2015, 19(6): 1179-1181.
- [7] 沈忠, 邓群, 杨关根, 等. 穴位埋线用于混合痔外剥内扎术后镇痛的疗效观察[J]. 上海针灸杂志, 2014, 33(12): 1129-1131.
- [8] 黄梅, 王峰, 严晶, 等. “八髎穴”文献考证及临床应用[J]. 中医药导报, 2016, 22(13): 72-75.
- [9] 叶然, 张爱霞, 姜荣荣, 等. 艾灸治疗肾虚型女性性功能障碍的临床研究[J]. 时珍国医国药, 2014, 25(11): 2700-2702.
- [10] 邓影雪, 许兵, 李蕾蕾, 等. 艾灸曲骨穴治疗骨科术后尿潴留 30 例观察[J]. 浙江中医杂志, 2014, 49(11): 819-820.
- [11] 吴蔷薇. 按压承山穴缓解痔疮痛[J]. 中国民间疗法, 2014, 22(6): 83.
- [12] 阮德锋, 邹淑娥, 周忠开, 等. 针刺双侧天枢穴治疗无痛结肠镜术后腹胀的临床研究[J]. 环球中医药, 2014, 7(12): 953-955.
- [13] 洪媚, 宋双临, 全进毅, 等. 穴位埋线预防宫颈癌术后尿潴留临床疗效观察[J]. 上海针灸杂志, 2017, 36(10): 1229-1232.
- [14] 杨喜乐. 传统痔切扎术与 PPH 术术后近远期并发症及相关病理临床研究[D]. 南京: 南京中医药大学, 2015.
- [15] 褚春华, 汪凡, 殷光磊, 等. 穴位埋线预处理镇痛对混合痔术后患者前列腺素 E2 的影响[J]. 浙江中西医结合杂志, 2016, 26(3): 275-276.

(责任编辑: 冯天保)