

止痛如神汤改善混合痔术后疼痛的临床观察

张 玫

(福建省尤溪县医院 尤溪 365100)

摘要:目的:观察止痛如神汤对混合痔术后肛门局部疼痛的临床疗效。方法:采用开放、随机对照试验方法,将 120 例患者分为治疗组和对照组各 60 例,两组术后均常规处理,治疗组术后 24 h 加服中药止痛如神汤 7 d。通过量化评分,观察两组在术后 48 h、72 h、7 d 的疼痛和水肿的变化情况。结果:治疗组在术后 72 h、7 d 时肛门局部疼痛积分明显低于对照组 ($P<0.05$),且在观察期间无不良反应。结论:止痛如神汤能有效改善混合痔术后疼痛。

关键词:混合痔;术后;疼痛;止痛如神汤

Abstract:Objective:To observe the clinical efficacy of Zhitongrushen decoction in the treatment of postoperative local pain of mixed hemorrhoids.Methods:An open randomized controlled trial was performed.60 Cases in treatment group received Zhitongrushen decoction and routine treatment after hemorrhoidectomy, and another 60 cases in control group were simply given routine treatment.The symptom of pain were scored respectively at 48 h,72 h and 7 days after hemorrhoidectomy.Results:After treatment, the symptom scores of pain in treatment group were lower than those in control group at 72 h and 7 days after hemorrhoidectomy ($P<0.05$),and no side effects were found in treatment group.Conclusion:Zhitongrushen decoction can effectively improve postoperative pain.

Key words:Mixed hemorrhoids;Postoperative;Pain;Zhitongrushen decoction

中图分类号:R 657.18

文献标识码:B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2011.02.005

疼痛是机体对伤害性刺激引起的感觉,以提醒机体躲避危险,具有保护意义,但强烈的疼痛亦会产生严重后果^[1]。长期以来,人们认为术后疼痛是自然现象,是不可避免的,但随着医学科学技术的发

展,现已知道疼痛本身可以产生一系列的病理生理改变,并与术后并发症密切关联,直接影响到治疗效果。混合痔术后出现的肛门局部疼痛,是长期困扰肛肠外科医生的一大难题,也是患者惧怕手术的

2 讨论

关于外伤性硬膜下积液的形成机制尚不明确。一般认为颅脑损伤时,脑组织强烈移动,导致视交叉池、外侧裂池等处的蛛网膜被撕破,脑脊液经裂孔流至硬膜下腔,由于蛛网膜裂孔恰似一个单向活瓣,脑脊液流出但不能返回蛛网膜下腔,形成张力性液体滞留,引起脑组织受压^[1]。另外,脑萎缩、过度脱水、低颅压、低血浆胶体渗透压也是硬膜下积液形成的促进因素^[2]。本病可发生于任何年龄,但以老年人最多见,好发部位在幕上大脑半球表面的额、颞、顶。部分顽固性 TSH 为进展型或演变型^[3],可进行增大并具有转化成慢性硬膜下血肿的占位效应趋势,锥颅后易复发。

目前,硬膜下积液治疗方法常用钻孔引流术,复发者可行开颅囊壁切除、颅底脑池沟通术、硬膜下腔-腹腔分流术等^[4]。但是需行全身麻醉,而且创伤大,费用高,住院时间长。我们采用 YL-1 型针穿刺结合补阳还五汤加味治疗。该方法有如下优点:(1)操作简单,创伤轻微,特别适合老年人及手术创伤耐受性差者。(2)用 2 cm 长 YL-1 型一次性穿刺针快速进入硬膜下积液腔十分安全,并且能借助颅骨的自锁功能可靠固定,患者带针后头部活动不受限制。(3)术中易于控制积液缓慢引流而不致颅内压骤降引发颅内血肿。(4)冲洗系统始终是液体充满的,避免了钻孔引流术后颅内积气。(5)系一次性

进针,头皮及颅骨与针接触密切,留置时间又短,术后并发感染的机会大为减少。(6)因为使用电钻进针,针头进入硬膜下积液腔时,可产生涡流,撕破蛛网膜,打通积液腔与蛛网膜下腔的通道,防止积液复发。

外伤性硬膜下积液属继发性颅脑损伤,常发生于颅内压增高缓解期,多发生于小儿和老年人^[5]。传统医学认为其病因为气虚、瘀血、痰水等,病属本虚标实,气虚为本,瘀血、痰水为标。补阳还五汤加味药用黄芪、白术相须为用,大补脾胃之元气,使气旺而血行津通;赤芍、川芎、当归、地龙、桃仁、红花以活血化瘀、通经活络;石菖蒲、胆南星以化痰开窍;猪苓、泽泻、茯苓以利水布津;诸药共奏益气活血、化痰利水之效。YL-1 型针穿刺治疗同时加用补阳还五汤加味治疗,可以促进积液吸收,防止复发,并可预防积液演变成慢性硬膜下血肿。

参考文献

[1]吴承远,刘玉光.临床神经外科学[M].北京:人民卫生出版社,2001. 173
[2]Lee KS.The pathogenesis and clinical significance of traumatic subdural hygroma[J].Brain Inj,1998,12:595-603
[3]St John JN,Dila C. Traumatic subdural hygroma in adults[J].Neurosurgery,1981,9:621-626
[4]王魁,杨峰.积液-腹腔分流术治疗外伤性硬膜下积液[J].中国基层医药,2003,10(10):1 065-1 066
[5]艾文兵,陶胜忠,陈坚,等.演变型外伤性硬膜下积液的临床分析[J].中国医师杂志,2005,7(3):356-358

(收稿日期:2010-11-25)

主要原因。我科应用《医宗金鉴》止痛如神汤改善痔术后局部疼痛,临床观察疗效满意。现报道如下:

1 临床资料

1.1 纳入标准 年龄在 18 岁以上、中医辨证属湿热下注型混合痔术后患者。

1.2 排除标准 (1)肛管、直肠有占位性病变者;(2)合并其他肛门疾病者;(3)妊娠及哺乳期妇女;(4)有明显排便障碍者;(5)有糖尿病及凝血障碍者;(6)有其他妨碍观察的因素者。

1.3 终止治疗标准 (1)有严重不良反应者;(2)观察期间发生其他医疗行为者;(3)不能坚持或自动停止试验者;(4)失访者。

1.4 一般资料 本研究采用开放、随机对照的研究方法,随机数字表由 SAS 统计软件模拟产生。120 例病例均为 2009 年 1 月~2010 年 1 月在尤溪县医院行混合痔内扎外剥术的住院患者,按入院先后顺序分别进入治疗组(60 例)和对照组(60 例)。两组患者入组阶段的性别、年龄、病程及内痔分度、外痔类型等情况,经检验差异均无统计学意义($P>0.05$)。两组手术麻醉方式、手术时间、术后镇痛泵的使用情况以及术后 24 h 疼痛积分的差异亦均无统计学意义。

2 方法

2.1 治疗方法 两组术后均常规处理,治疗组于术后 24 h 服用止痛如神汤(秦艽、黄柏、苍术各 12 g,防风、桃仁、当归、泽泻、槟榔、大黄、皂角各 10 g),每日 1 剂,共服 7 d。

2.2 症状体征评分标准 分别于术后 48 h、72 h 和 7 d 下午换药后对患者进行评分。选择以视觉模拟量表法(visual analogue scale,VAS)^[2]疼痛指数评估患者术后的疼痛感觉。VAS 是采用 1 条 10 cm 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,背面有 0~10 数字的视觉模拟评分尺,由患者在尺正面上标出自己疼痛的相应位置,由医生记录在背面看到的具体数字,该数字作为疼痛评分值。

2.3 统计学方法 采用 SPSS 15.0 统计软件分析数据。组间差异分析,计量资料采用 t 检验与 Wilcoxon 秩和检验,计数资料采用 Chi-Square 检验;组内差异分析,计量资料用 Wilcoxon 符号秩和检验。

3 结果

两组术后 48 h 疼痛积分差异无统计学意义($P>0.05$);治疗组术后 72 h、7 d 的疼痛积分均明显低

于对照组($P<0.05$)。治疗组术后 3 个时间点间两两比较(72 h 与 48 h、第 7 天与 48 h、第 7 天与 72 h),疼痛积分下降($P<0.05$);而对照组仅术后第 7 天与术后 48 h 比较、术后第 7 天与术后 72 h 比较有显著性差异($P<0.05$),对照组在术后 72 h 之内疼痛情况无明显改善。见表 1。所有病例观察期间均无明显不良反应。

表 1 治疗组和对照组疼痛积分比较 ($\bar{X}\pm S$) 分			
	48 h	72 h	7 d
治疗组	4.06± 0.79	3.05± 0.51	0.52± 0.61
对照组	3.85± 0.90	3.79± 0.49	1.43± 1.21

4 讨论

肛门直肠疾病术后疼痛常表现为术后肛门持续性刺痛或胀痛伴心烦易怒,大便干燥,排便困难,小便短赤,肛门术后伤口水肿,苔黄腻,脉弦数。中医学认为:手术可损伤人体正气,湿热之邪乘虚侵犯人体,循经下注,引起肛门气机不畅,气滞血瘀,不通则痛。因此,肛门直肠疾病手术后肛门疼痛主要原因,一方面肛门直肠疾病大多以风湿燥热之气侵入机体,致邪气循经入脏腑,而致脏腑功能失调,气机不畅,邪气炽盛;另一方面就是损伤,特别是对病人脏腑气机正常运行的损伤,影响肛门局部的血液循环,形成气滞血瘀,不通则痛。张东铭认为痔的产生与微循环障碍有关^[3]。混合痔的内扎外剥术处理了局部病灶,但微循环障碍未获根本解决。因此,痔术后的并发症仍与微循环障碍密切相关,术后局部组织血液灌注量显著减少,影响组织氧和营养物质的交换,造成微血管壁及内皮细胞的脂质过氧化损伤。又由于组胺等炎症介质(因局部缺氧和手术刺激产生)作用于血管壁,造成血管壁通透性增高,血流进一步减慢,组织代谢恶化,形成恶性循环,从而引起局部疼痛。混合痔术后肛门局部疼痛在术后 48~72 h 达最高峰^[4],常因排便干燥加重症状,以术后 7 d 内明显^[5]。

我们认为术后肛门疼痛既有一般疼痛的普遍特征,又有肛门直肠局部的不同特点,只重视肛门局部的疼痛,而不全面分析,不是一种很好的解决问题的方法,只有既重视肛门局部的特点又结合全身的整体变化,才能根本解决肛门直肠术后疼痛的问题。我们根据肛肠病术后疼痛发生的病因病机,采用《医宗金鉴》止痛如神汤,以清热祛湿、消肿活血、行气止痛为主。《医宗金鉴》中说:“结肿闷胀成块湿盛也,结肿痛如火燎热盛也,结肿多痒风盛也。”止痛如神汤由秦艽、桃仁、皂角、熟大黄、炒苍术、防风、酒炒黄柏、酒洗当归、泽泻、槟榔组成,方中秦艽、防风祛风除湿,和血舒筋(下转第 13 页)

6 例,显效 9 例,有效 14 例,无效 5 例,总有效率 85.29%;对照组 32 例,治愈 2 例,显效 6 例,有效 12 例,无效 12 例,总有效率 62.50%。两组总有效率比较, $P<0.05$ 。

2.2 两组患者 BODE 指数比较 见表 1。

表 1 两组 BODE 指数比较 ($\bar{X}\pm S$)					
组别	时间	FEV ₁ %	dyspnea(分)	BMI(kg/m ²)	6MWT(m)
治疗组	治疗前	55.42± 7.51	2.40± 0.87	19.12± 3.53	231.35± 14.12
	治疗后	61.37± 9.36 [△]	1.57± 0.64 [*]	23.46± 5.10 [*]	312.13± 17.41 [*]
对照组	治疗前	53.38± 5.41	2.52± 0.91	18.65± 4.72	240.32± 11.50
	治疗后	57.74± 6.42	1.93± 0.71	19.36± 5.47	282.51± 12.72

注:与对照组治疗后比较, * $P<0.05$,[△] $P>0.05$ 。

3 讨论

慢性阻塞性肺疾病是一种以慢性咳嗽、咯痰、气促等为主要症状,病情呈进行性发展的常见病。西医目前的抗炎、化痰、平喘等治疗措施尚无法阻断患者病情进行性发展的趋势。疾病的每次急性加重,均造成患者肺功能的损失,从而加快病程的发展,因此如何防止疾病的急性加重是当前临床研究的重要内容。本病属中医学“肺胀”范畴,洪广祥教授^[4-5]认为:气阳虚弱是本病之本,痰瘀伏肺为本病之标。本虚标实、虚实夹杂是本病证候的基本特征,无论在急性加重期还是症状稳定期,虚中挟实、实中挟虚的证候表现,全程都可以出现,因此补虚泻实的治则应贯穿本病治疗的全过程。

后世医家以《素问·四气调神大论》“圣人春夏养阳,秋冬养阴以从其根”为理论依据,结合夏缓冬剧的特点,采用“冬病夏治”的方法防治慢性咳嗽病,目的在于在夏至阳气盛于外而虚于内之时通过“冬病夏治”穴位敷贴的方法以扶助内虚之阳气,并且可借助外界隆盛的阳气化散伏留于患者体内之痰饮、瘀血阴邪,从而截断疾病发作的病理环节。黄克文等^[6]报道应用药物穴位敷贴治疗 60 例支气管哮喘,有 23 例疗效显著(症状和体征基本消失,随访 1 年未复发),总有效率高达 85%。然而,《素问·脉要精微论》有云:“夏至四十五,阴气微上,阳气微

(上接第 9 页)而止痛;湿源于脾,脾虚则生湿,故用苍朮之苦温以健脾燥湿,黄柏之苦寒以清热燥湿,二者相伍则热祛湿除;泽泻甘寒泻热利湿而利小便;桃仁、当归活血行滞而止痛,补血养阴以固本,润燥滑肠而通便;大黄、槟榔下气利水,泄热通便;皂角润燥通便,消肿止痛。该方具有清热利湿解毒、活血化瘀、祛风润燥止痛、润肠通便之功,可以大大减轻患者的术后痛苦,提高治愈率,值得我们进一步研究推广应用。

下。”随着季节的转换,通过“冬病夏治”方法扶助起来的体内阳气在冬至之日将消退到极点,阴气的胜复也达到了顶点,此时外界隆盛的阴气与体内留伏的痰饮、瘀血阴邪易出现同气相求,引发疾病发病。因此,我们于冬、夏两季进行穴位敷贴创立了“冬夏并治”的方法治疗 COPD 稳定期,敷贴药饼中白芥子、细辛、甘遂均具有显著的温阳化痰作用,玄胡索则能活血化瘀;选穴中肺俞具有宣肺、化痰、平喘的功效,心俞具有调气理血、宁心安神之功,膈俞则有理血化痰、扶正补虚、宽胸利膈的作用。本研究证实“冬夏并治”的方法能更显著地减少患者的感冒次数,从而减少疾病的急性加重,减轻病情程度,且疗效优于单纯的“冬病夏治”的方法。

新版指南指出:虽然 FEV₁ 对反映 COPD 严重程度、健康状况及病死度有用,但不能完全反映本病复杂的严重情况,故认为将肺功能、功能性呼吸困难、体重指数及 6 min 步行距离等四方面综合起来建立的一个多因素分级系统(BODE)能更好地反映本病的预后。本研究的结果也显示,虽然“冬夏并治”穴位敷贴在对改善患者的肺功能方面作用不明显,但对改善患者的呼吸困难程度、增加体重及增加 6 min 步行距离等方面作用明显,因此“冬夏并治”穴位敷贴值得临床推广应用。

参考文献

[1]中华医学会呼吸病学分会慢性阻塞性肺疾病学组.慢性阻塞性肺疾病防治指南[J].中华结核和呼吸杂志,2007,30(1):8-17
[2]华锋,崔恩海,林勇,等.BODE 指数在判断慢性阻塞性肺疾病患者预后中的作用[J].临床内科杂志,2008,25(2):122-123
[3]ATS committee on proficiency standards for clinical pulmonary fuction laboraories.ATS statemement:guidelines for the six-minute walk test[J].Am J Respir Crit Care Med,2002,166:111-117
[4]洪广祥.中医药治疗慢性阻塞性肺疾病的几点思考[J].中华中医药杂志,2005,20(1):16-19
[5]洪广祥.补虚泻实法论治慢性阻塞性肺疾病[J].中医药通报,2006,5(4):5-7
[6]黄克文,袁峰,王红荣.穴位敷贴治疗支气管哮喘 60 例[J].湖北中医杂志,2006,28(7):47

(收稿日期:2011-01-11)

参考文献

[1]姚泰.生理学[M].第 6 版.北京:人民卫生出版社,2003.299
[2]Wewers ME,Lowe NK.A critical view of visual analogue scales in the measurement of clinical phenomena[J].Res Nurse Health,1990,13(4):227-236
[3]张东铭.肛垫微循环及循环障碍[J].中国肛肠病杂志,2004,24(6):31-33
[4]吴阶平.黄家驷外科学(上册)[M].北京:人民卫生出版社,1999.15
[5]李贵信,王默非.痔病患者术后疼痛流行病学调查及相关因素分析[J].中国肛肠病杂志,2006,26(4):24-26

(收稿日期:2010-11-25)