

2.3 两组术后并发症发生率比较 治疗组出现皮下血肿 1 例、异物感 1 例、伤口疼痛 2 例,术后并发症发生率为 8.2%(4/49)。对照组出现异物感 3 例、皮下血肿 5 例、尿潴留 2 例,并发症发生率为 20.4%(10/49)。治疗组术后并发症发生率低于对照组, $P < 0.05$, 差异具有统计学意义。

3 讨论

腹壁疝是外科临床常见病,是由于腹压增大时,腹腔内容物从缺损或薄弱处突出而形成包块所致。目前,腹壁疝尚没有行之有效的解决方案和预防措施,且该病复发率高,并发症较难处理,给患者带来极大的痛苦。手术治疗是临床首选治疗方案,也是腹壁疝治愈的唯一选择。传统的疝修补术存在手术复发率高、术后疼痛大、张力过高等缺陷,已逐渐为无张力修补术所替代。无张力疝修补术是使用人工合成网片材料进行无张力疝修补的方法,操作简单,术后疼痛较轻,但创伤大、术后并发症发生率较高^[7]。腹腔镜疝修补术是在无张力疝修补术基础上发展起来的一种微创技术,可有效减轻传统手术给患者带来的创伤,优化手术效果,降低切口疼痛、感染等手术并发症发生率。

本研究结果显示,治疗组临床疗效明显高于对

照组,术中出血量、手术时间及术后不良反应发生率均低于对照组($P < 0.05$)。说明腹腔镜无张力修补术治疗腹壁疝效果优于无张力修补术,具有创伤小、出血少、并发症少的优势,值得临床推广应用。

参考文献

- [1]薛同敏,张培建,刘霞,等.腹壁疝无张力修补术后补片对组织器官的侵蚀及其并发症[J].中华疝和腹壁外科杂志:电子版,2013,7(5):3-4
- [2]刘德伟,吴礼武,袁庆培,等.改良经腹腔镜腹膜前腹腔镜疝修补术与开放式无张力疝修补术临床疗效比较[J].中华疝和腹壁外科杂志:电子版,2012,6(1):55-57
- [3]杨春,张伟,王康.腹腔镜与开放无张力疝修补术在复发性腹股沟疝治疗中的对比分析[J].中华疝和腹壁外科杂志:电子版,2014,8(1):40-43
- [4]林璐,柏金喜,王惠春,等.临床路径管理模式控制开放与腹腔镜下腹股沟疝无张力修补术的成本-效果分析[J].中华疝和腹壁外科杂志:电子版,2013,7(1):11-15
- [5]艾万朝,周旭坤,张成建,等.腹腔镜下腹股沟疝修补术与开放式无张力疝修补术的临床对比分析[J].中华疝和腹壁外科杂志:电子版,2016,10(4):270-272
- [6]李鹏,赵维山,李汝红,等.腹腔镜全腹膜外疝修补术与开放腹膜前疝修补术的临床对比分析[J].中华疝和腹壁外科杂志:电子版,2015,9(6):29-31
- [7]耿岩,陆光生,陈小伍,等.高频彩超在腹腔镜下完全腹膜外腹外疝无张力修补术前的应用[J].广东医学,2014,35(19):3021-3022

(收稿日期:2017-08-15)

超前平衡镇痛法在中医肛肠挂线治疗中的应用研究

任宝书

(河北省文安县中医院外科 文安 065800)

摘要:目的:探讨超前平衡镇痛法在中医肛肠挂线治疗中的应用效果。方法:选取我院 2014 年 8 月~2016 年 8 月收治的需要实施紧线治疗的肛肠疾病患者 68 例,按随机数字表法分为对照组和观察组各 34 例。对照组采用长效镇痛剂,观察组采用超前平衡镇痛法。比较两组患者镇痛效果、并发症发生情况及创面愈合时间。结果:观察组镇痛有效率高于对照组($P < 0.05$);两组并发症发生率、创面愈合时间比较无显著性差异($P > 0.05$)。结论:超前平衡镇痛法在中医肛肠挂线治疗中止痛效果突出,值得临床推广应用。

关键词:超前平衡镇痛法;肛肠;挂线治疗;应用效果

中图分类号:R657.1

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2017.09.037

挂线治疗是一种肛肠科中使用率较高的治疗方式,主要用在高位脓肿、高位复杂性肛瘘和高位单纯性肛瘘的一期治疗过程中^[1]。挂线治疗效果明显,为保证慢性勒割作用,一旦橡皮筋松动则会实施紧线措施,但在橡皮筋勒割途中,会大量产生缓激肽、钾离子和氢离子等炎性介质,加上患者受到换药和排便等刺激,最终可导致患者产生剧烈疼痛^[2]。本研究旨在探讨超前平衡镇痛法在中医肛肠挂线治疗中的应用效果。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取我院 2014 年 8 月~2016 年 8

月收治的需要实施紧线治疗的肛肠疾病患者 68 例,按随机数字表法分为对照组和观察组各 34 例。对照组:男 19 例,女 15 例;年龄 19~67 岁,平均年龄(42.1 ± 5.7)岁;14 例肛周脓肿,20 例肛瘘。观察组:男 18 例,女 16 例;年龄 21~64 岁,平均年龄(44.2 ± 4.6)岁;13 例肛周脓肿,21 例肛瘘。两组患者一般资料比较无显著性差异, $P > 0.05$,具可比性。

1.2 治疗方法

1.2.1 观察组 采用超前平衡镇痛法。完善术前相关检查,于紧线前 1 h 服用 2 片氨酚曲马多(国药准字 H20080583);碘伏消毒患者骶尾部,于紧线时在

患者腰膂穴注入 0.9%氯化钠注射液 10 ml 加 0.75% 罗哌卡因 5 ml; 将复方亚甲蓝注射液以点状的方式注射在紧线位置肌肉组织处, 常规剂量在 3~5 ml; 紧线治疗结束 5 h 后, 服用氨酚曲马多 2 片, 24 小时内控制排便, 并于排便后进行中药熏洗坐浴, 换药采用黄芩油纱。

1.2.2 对照组 完善术前相关检查, 紧线治疗同观察组, 将复方亚甲蓝注射液以点状的方式注射在紧线位置肌肉组织处, 紧线后合理控制排便, 便后进行中药熏洗坐浴, 换药采用黄芩油纱。

1.3 观察指标 观察两组患者镇痛效果、并发症发生率和创面愈合时间。通过视觉模拟评分法 (VAS) 评估两组患者的疼痛情况。

1.4 疗效判定标准 镇痛效果评价标准, 显效: VAS 评分为 0~2 分, 术后创面未觉疼痛, 换药和排便时未觉疼痛; 有效: VAS 评分为 3~5 分, 术后创面未觉疼痛, 换药和排便时轻微不适感; 好转: VAS 评分为 6~8 分, 术后创面几乎无疼痛感, 换药和排便时存在疼痛感, 但可忍受; 无效: VAS 评分在 8 分以上, 术后创面存在疼痛感, 换药和排便时疼痛剧烈, 需通过镇痛药物止痛。镇痛总有效率 = (显效 + 有效 + 好转) / 总例数 × 100%。

1.5 统计学方法 数据处理采用 SPSS15.0 统计学软件, 计量资料以 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 采用 t 检验, 计数资料用比率表示, 采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组镇痛效果比较 观察组的镇痛总有效率高于对照组, $P < 0.05$, 差异具有统计学意义。见表 1。

表 1 两组镇痛效果比较[例(%)]

组别	n	显效	有效	好转	无效	总有效
观察组	34	8(23.53)	24(70.59)	2(5.88)	0(0.00)	34(100.00)
对照组	34	1(2.94)	10(29.41)	16(47.06)	7(20.59)	27(79.41)
χ^2						7.803
P						0.005

2.2 两组并发症发生情况、创面愈合时间比较 两组患者并发症发生率和创面愈合时间比较无显著性差异, $P > 0.05$ 。见表 2。

表 2 两组并发症发生情况、创面愈合时间比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	尿潴留 (例)	便秘 (例)	皮肤瘙痒 (例)	恶心呕吐 (例)	总发生 [例(%)]	创面愈合 时间(d)
对照组	34	7	1	0	1	9(26.47)	7.76 ± 2.03
观察组	34	8	0	1	0	9(26.47)	7.64 ± 3.20
χ^2/t						0.551	0.619
P						>0.05	>0.05

3 讨论

超前镇痛 (Pre-emptive analgesia) 作为避免中枢敏感化形成的方法之一, 具有一定抗伤害作用, 主要是指在整个手术过程中降低有害刺激入侵而引起的中枢和外周敏感化^[1]。平衡镇痛 (Balanced analgesia) 则是通过配合和协调各种机制作用的药物, 利用各种镇痛方案, 对出现疼痛机制的各个层面, 选择相应靶点进行阻滞, 从而进一步减少或者降低炎性介质和有害刺激的生成, 最终起到镇痛的效果^[2]。本次研究中, 在患者术前、术中和术后结合各种机制的镇痛药物, 针对不同层面完成各种镇痛; 在紧线前给予氨酚曲马多可有效缓解有害刺激造成的中枢以及外周敏感化现象。罗哌卡因属于长效酰胺类局麻药物之一, 以利用阻碍神经细胞钠离子通道来达到防止神经传导和兴奋的目的为作用机制^[3]。临床研究表明^[4], 将罗哌卡因与曲马多结合使用, 用于术后镇痛效果更为明显, 安全性较高, 无明显不良反应。亚甲蓝是一种长效止痛剂, 药效时间大约为 30 d, 因其拥有强力亲神经性, 可有效阻碍疼痛传导, 参加糖代谢过程, 有助于丙酮酸持续氧化, 使神经末梢的膜点位以及酸碱平衡发生变化, 从而使神经传导和兴奋性受到影响^[5]。有学者认为^[6], 由于超前平衡镇痛法的多种药物叠加使用, 极易导致患者恶心、反胃等不良反应发生率上升, 甚至出现心脏骤停的现象。本研究中, 两组患者的不良反应无明显差距, 分析其原因可能是由于样本例数太少。综上所述, 在实施紧线治疗中, 超前平衡镇痛法止痛效果显著, 临床应用价值较高。

参考文献

- [1] 江百练, 谷云飞. 超前平衡镇痛法在肛肠疾病挂线治疗中的应用研究[J]. 长春中医药大学学报, 2012, 28(3): 502-503
- [2] 李廷江, 孙文礼. 围手术期超前平衡镇痛用于肛肠手术止痛的临床效果观察[J]. 中国普外基础与临床杂志, 2012, 19(2): 217-219
- [3] 曾秋谷, 蔡宜良, 黎达锋等. 地佐辛联合氯胺酮超前平衡镇痛在腹式全宫切除术围术期的应用[J]. 临床和实验医学杂志, 2013, 12(1): 53-54, 57
- [4] 李晓卫, 王勇, 刘全民等. 超前平衡镇痛法用于肛肠病术后疼痛的效果观察[J]. 齐齐哈尔医学院学报, 2013, 34(17): 2539-2540
- [5] 哈晓冬, 莫乃榕, 陈华锋等. 联合术前干预、超前平衡镇痛等综合措施用于肛肠术后镇痛的效果分析[J]. 中国医药科学, 2012, 2(2): 62-63
- [6] 陈艳红, 许霁虹, 张铁铮, 等. 罗哌卡因伍用哌替啶、吗啡或曲马多用于术后硬膜外自控镇痛效果的比较[J]. 实用药物与临床, 2009, 12(3): 173-174
- [7] 陈烁, 周传宏, 龚银银. 罗哌卡因和亚甲蓝用于痔术后镇痛 40 例[J]. 中国肛肠病杂志, 2012, 32(1): 64-65
- [8] 徐一栋, 林玲莉, 戴晓宇, 等. 超前平衡镇痛对减轻混合痔术后疼痛的疗效观察[J]. 浙江临床医学, 2015, 17(4): 645-646

(收稿日期: 2017-08-11)