

中西医结合疗法在肛肠病术后疼痛患者中的应用

杨惠章

(福建省漳州市漳浦县医院 漳浦 363200)

摘要:目的:探讨中西医结合疗法对肛肠病术后疼痛患者疼痛程度、肛肠动力、创面肉芽组织生化指标的影响。方法:采用前瞻性随机对照研究方法,选取漳浦县医院 2020 年 6 月至 2022 年 6 月收治的肛肠手术后疼痛患者 106 例,随机分为对照组(53 例)与观察组(53 例)。对照组采用常规西医镇痛,观察组采用中西医结合镇痛。对比两组一般康复指标,采用视觉模拟评分法(VAS)评估两组术后 1 d、3 d、7 d 时疼痛程度,比较两组术前、手术 2 周时肛肠动力、创面肉芽组织中生化指标。结果:相比对照组,观察组排气时间、排便时间、分泌物消失时间、住院时间均较短($P<0.05$);相比对照组,观察组术后 1 d、3 d、7 d 时 VAS 评分均较低($P<0.05$);两组手术 2 周时直肠静息压(RRP)、直肠最大耐受容量(MTV)、直肠肛管抑制反射阈值(AIRT)、肛管静息压(ARP)、肛管最大收缩压(MSP)水平较术前降低,但观察组高于对照组($P<0.05$);两组手术两周时血管内皮细胞生长因子(VEGF)、成纤维细胞生长因子-1(FGF-1)水平较术前升高,且观察组高于对照组($P<0.05$)。结论:中西医结合疗法可有效改善肛肠病患者术后肛肠动力,加速创面愈合,减轻疼痛症状,促进机体康复。

关键词:肛肠病;手术治疗;疼痛;中西医结合疗法;镇痛
中图分类号:R657.1 **文献标识码:**B **doi:**10.13638/j.issn.1671-4040.2023.01.030

现阶段,手术是临床治疗肛肠病的重要方式,但由于肛门周围广泛分布神经末梢,患者术后极易出现明显疼痛,增加治疗痛苦,且不利于创面愈合^[1]。因此,术后镇痛成为肛肠病患者术后迫切需要解决的问题。局部注射镇痛药物是临床西医治疗肛肠病患者术后疼痛的主要方式,对降低患者疼痛程度具有一定积极作用,但单纯使用仍未能获得理想镇痛效果^[2]。中医学将肛肠病归属于“痛症、金伤”等范畴,认为本病发生与肛肠病术后血脉、经络、肌肤遭到破坏,血气不畅,腠理、肌肤失养,瘀生湿热有关,故临床治疗宜活血、行气、补气^[3-4]。本研究探讨中西医结合疗法对肛肠病术后疼痛患者疼痛程度、肛肠动力、创面肉芽组织生化指标的影响。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 采用前瞻性随机对照研究方法,选取医院 2020 年 6 月至 2022 年 6 月收治的 106 例接受肛肠手术治疗的患者,随机分为对照组(53 例)与观察组(53 例)。观察组中男 28 例,女 25 例;年龄 31~62 岁,平均(43.68± 6.83)岁;体质量指数 19~29 kg/m²,平均(25.63± 2.16) kg/m²;疾病类型:痔 28 例,肛周脓肿 11 例,肛瘘 12 例,肛裂 2 例。对照组中男 29 例,女 24 例;年龄 30~63 岁,平均(42.93±

6.94)岁;体质量指数 19~28 kg/m²,平均(25.71± 2.08) kg/m²;疾病类型:痔 26 例,肛周脓肿 13 例,肛瘘 10 例,肛裂 4 例。两组性别、年龄、体质量指数、疾病类型等一般资料比较,均衡性良好($P>0.05$)。本研究经漳浦县医院医学伦理委员会审核批准(伦理字 2020000106 号)。

1.2 纳入与排除标准 纳入标准:(1)符合痔、肛周脓肿、肛瘘、肛裂相关诊断标准^[5];(2)接受手术治疗;(3)患者或家属对本研究内容知情,自愿参与并签署知情同意书。排除标准:(1)合并血液系统疾病;(2)合并严重传染性疾病;(3)合并结直肠癌;(4)处于妊娠或哺乳期;(5)依从性差,未能按照要求完成治疗。

1.3 治疗方法

1.3.1 对照组 采用常规西医镇痛。术后取 5 ml 浓度为 2%的盐酸利多卡因注射液(国药准字 H31021071)+2 ml 浓度为 1%的亚甲蓝注射液(国药准字 H32024827)加入浓度为 0.9%的氯化钠注射液(国药准字 H20023821)稀释至 15 ml,手术局部行点状浸润注射。

1.3.2 观察组 采用中西医结合镇痛,其中西医镇痛方法同对照组。中医镇痛方法:术后 4 h、12 h、24

h、48 h、72 h 采用 1.5 寸毫针垂直针刺双侧二白穴，进针深度 2 cm 左右，进针后采用提插捻转的手法；得气后将单侧肢体的 2 个穴位连接至一对电极上，电流强度 0.1~1.0 mA，脉冲频率 2~100 Hz 疏密波切换，调整强度以患者中指轻微颤动为准，治疗时间 30 min。手术 6 h 后给予适量流质食物，并给予活血、行气、补气中药。组方：黄芪 30 g，白芍 30 g，白术 30 g，地榆 15 g，槐花 15 g，枳壳 15 g，莪术 10 g，桃仁 6 g。水煎取汁 300~400 ml，每日 1 剂，分早晚 2 次服用。

1.4 观察指标 (1)一般康复指标：包括术后排便时间、排气时间、分泌物消失时间、住院时间。(2)疼痛程度：于术后 1 d、3 d、7 d 时，借助视觉模拟评分法(VAS)^[6]对患者术后不同时间点的疼痛程度进行评估，量表最高分为 10 分，最低分为 0 分，评分与疼痛程度呈正比(评分高，疼痛程度高)。(3)肛肠动力：采用肛肠压力检测仪检测两组术前、手术 2 周时肛肠动力，包括直肠静息压(RRP)、直肠最大耐受容量(MTV)、直肠肛管抑制反射阈值(AIRT)、肛管静息压(ARP)、肛管最大收缩压(MSP)。(4)创面肉芽组织中生化指标：分别于术前、手术 2 周时取患者创面肉芽组织加入生理盐水中，置于匀浆机中 10 000 G 匀浆 1 min，而后以 5 000 r/min 转速离心 15 min，取上清液，采用酶联免疫吸附法测定血管内皮细胞生长因子(VEGF)、成纤维细胞生长因子-1(FGF-1)水

平。

1.5 统计学方法 采用 SPSS23.0 软件分析数据。计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示，行 *t* 检验；计数资料用%表示，行 χ^2 检验。*P*<0.05 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组一般康复指标比较 相比对照组，观察组排气时间、排便时间、分泌物消失时间、住院时间均较短(*P*<0.05)。见表 1。

表 1 两组一般康复指标比较($\bar{x} \pm s$)								
组别	<i>n</i>	排气时间(h)		排便时间(h)		分泌物消失时间(d)		住院时间(d)
观察组	53	29.53±	3.28	53.19±	5.12	7.03±	1.96	12.57± 2.36
对照组	53	32.64±	4.12	56.52±	6.17	8.75±	2.16	15.24± 2.63
<i>t</i>		4.299		3.024		4.293		5.501
<i>P</i>		0.000		0.003		0.000		0.000

2.2 两组疼痛程度比较 相比对照组，观察组术后 1 d、3 d、7 d 时 VAS 评分均较低(*P*<0.05)。见表 2。

表 2 两组 VAS 评分比较(分, $\bar{x} \pm s$)					
组别	<i>n</i>	术后 1 d		术后 3 d	
观察组	53	5.23±	1.04	4.61±	0.83
对照组	53	5.86±	1.29	5.02±	1.16
<i>t</i>		2.768		2.093	
<i>P</i>		0.007		0.039	

2.3 两组肛肠动力水平比较 手术 2 周时，两组 RRP、MTV、AIRT、ARP、MSP 水平较术前降低，但观察组高于对照组(*P*<0.05)。见表 3。

表 3 两组肛肠动力指标比较($\bar{x} \pm s$)							
组别	<i>n</i>	RRP(mm Hg)		MTV(mm Hg)		AIRT(ml)	
		术前	手术 2 周时	术前	手术 2 周时	术前	手术 2 周时
观察组	53	13.87± 3.04	9.17± 1.86*	139.52± 19.14	83.74± 12.58*	31.25± 4.12	24.96± 3.45*
对照组	53	14.21± 2.85	7.23± 1.28*	141.38± 18.53	71.42± 13.65*	30.88± 4.31	21.73± 3.62*
<i>t</i>		0.594	6.255	0.508	4.832	0.452	4.702
<i>P</i>		0.554	0.000	0.612	0.000	0.652	0.000

组别	<i>n</i>	ARP(mm Hg)		MSP(mm Hg)	
		术前	手术 2 周时	术前	手术 2 周时
观察组	53	48.37± 5.41	32.39± 6.26*	107.93± 16.18	91.54± 10.98*
对照组	53	47.92± 4.73	26.61± 5.39*	109.52± 15.76	84.35± 10.64*
<i>t</i>		0.456	5.094	0.512	3.424
<i>P</i>		0.649	0.000	0.609	0.001

注：与同组术前比较，**P*<0.05。

2.4 两组创面肉芽组织中生化指标比较 手术 2 周时，两组 VEGF、FGF-1 水平较术前升高，且观察

组高于对照组，差异有统计学意义(*P*<0.05)。见表 4。

表 4 两组 VEGF、FGF-1 水平比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	VEGF (pg/ml)		FGF-1 (ng/ml)	
		术前	手术 2 周时	术前	手术 2 周时
观察组	53	92.54± 21.48	121.36± 18.74*	238.79± 30.71	288.59± 33.14*
对照组	53	89.92± 19.72	112.73± 19.57*	240.28± 29.65	249.82± 31.52*
t		0.654	2.319	0.254	6.171
P		0.515	0.022	0.800	0.000

注:与同组术前比较,*P<0.05。

3 讨论

肛肠手术虽可有效治疗疾病,但不可避免会在一定程度上损伤患者肛门组织及功能,致使局部淋巴结循环障碍,影响血液循环。由于肛门结构的特殊性,术后极易滋生细菌,出现水肿、创面感染等并发症,加之肛门区域神经丰富,对疼痛具有较高的敏感性,术后疼痛剧烈,对患者康复进程具有负性影响^[7]。盐酸利多卡因是一种临床常见局部麻醉药物,该药进入局部组织后能够阻止神经细胞膜通透性,干扰细胞内外钠离子(Na⁺)、钾离子(K⁺)交换通道,抑制神经动作电位传导,致使神经细胞丧失传导性和兴奋性,产生局部麻醉作用,减轻患者疼痛程度,但长时间大量使用可能会出现眩晕、倦怠、恶心等症状^[8]。亚甲蓝是一种鸟苷酸环化酶抑制剂,也是临床常见麻醉止痛药物,对神经具有较强亲和力,能够直接阻碍神经纤维点传导,达到镇痛的效果,但镇痛时间较短,仅可维持 4 h 左右^[9]。

肛肠病归属于中医学“痛症、金伤”等范畴,风、热、燥、湿等是肛肠病的主要病因,邪气入侵、劳伤虚损、饮食不节、情志内伤也是该病的诱发因素。手术治疗能够快速去除病变组织,但术后燥邪未除,湿热之邪未解,风邪之气乘虚侵入创口,导致局部热毒蕴结,血脉不通,气滞血瘀,引起剧烈疼痛^[10-11]。因此,临床治疗需注重活血化瘀、疏风解表、胜湿止痛。本研究采用中西医结合疗法治疗肛肠病术后疼痛患者,结果显示,术后 1 d、3 d、7 d 时观察组 VAS 评分均比对照组低,表明联合治疗方式可有效减轻患者疼痛程度。《医学纲目》中有云:“痔漏下血,里急后重,或痒或疼。二白在掌后纵纹上四寸,手厥阴脉两穴相并,一穴在两筋中,一穴在大筋外。针入三分,泻两吸。”针刺二白穴具有调和气血、提肛消痔、缓急止痛之效^[12]。活血、行气、补气中药方中,黄芪具有补益

正气、托毒排脓之功;白芍具有养血调经、柔肝止痛之效;白术善于补气健脾、利水燥湿;地榆、槐花能够清肝泻火、解毒敛疮、凉血止血;枳壳、莪术可宽中理气、行滞消胀、消积止痛;桃仁可发挥活血化瘀的作用。诸药合用可有效祛除风热燥湿之邪,促使经络通畅,气血运行,缓解疼痛症状^[13-14]。

本研究结果显示,相比对照组,观察组排气时间、排便时间、分泌物消失时间、住院时间均较短,各项肛肠动力指标优于对照组,表明中西医结合疗法能够快速改善肛肠病患者肛肠动力,促进机体康复。现代药理学研究表明,白术能够提高人体免疫力,对胃肠道具有明显保护作用;枳壳能够调节胃肠道平滑肌,改善胃肠动力;桃仁质润,可缓解肠燥引起的大便干结、排便困难等症状。全方合用能够有效调节患者肛肠动力,一定程度上可减轻术后排便不畅导致的肛周疼痛^[15-16]。术后创面愈合状况是评估肛肠病患者术后恢复的重要指标。VEGF 能够调控血管内皮迁移,在新生血管生成中发挥重要作用;FGF-1 在成纤维细胞、内皮细胞增殖中具有重要作用,能够促进创面愈合^[17-18]。本研究观察上述两项指标发现,观察组手术 2 周时的 VEGF、FGF-1 水平比对照组高,分析原因为,活血、行气、补气中药能够促进患者术后气血运行,使得皮肉得以濡养,促进成纤维细胞、内皮细胞、上皮细胞等多种细胞表达,为创面愈合创造有利环境,促进创面愈合,进而缓解局部疼痛。

综上所述,中西医结合疗法可有效改善肛肠病患者术后肛肠动力,加速创面愈合,减轻疼痛症状,促进机体康复。

参考文献

[1]Jiang J,Zhang Y,Ding X,et al.Efficacy and safety of an innovatively modified cutting seton technique for the treatment of high anal fistula: a protocol for a randomized controlled trial [J].Medicine, 2021,100(5):e24442. (下转第 113 页)

参考文献

[1]蒋冬,帅旭,王晨笛,等.米非司酮联合甲氨蝶呤治疗输卵管异位妊娠疗效及对患者卵巢功能和血流动力学影响[J].中国计划生育学杂志,2022,30(9):1963-1967.

[2]王雪梅,李瑞琴,马欢,等.米非司酮联合甲氨蝶呤与腹腔镜手术治疗异位妊娠的疗效比较[J].实用临床医药杂志,2018,22(19):88-90.

[3]Zhang J,Zhang Y,Gan L,et al.Predictors and clinical features of methotrexate (MTX) therapy for ectopic pregnancy [J].BMC Pregnancy Childbirth,2020,20(1):654.

[4]Sorrentino F,Vasciaveo L,De Feo V,et al.Interstitial pregnancy treated with mifepristone and methotrexate with high serum β -hCG level in a patient wishing to preserve fertility: time to define standardized criteria for medical/surgical therapy? [J].Int J Environ Res Public Health,2022,19(18):11464.

[5]武志芳.米非司酮联合中药灌肠保守治疗未破损型异位妊娠 68 例疗效观察[J].中国药物与临床,2021,21(18):3153-3154.

[6]贾子娟,秦志娟,刘双玉,等.活血化瘀汤联合甲氨蝶呤治疗异位妊娠的疗效观察[J].天津医药,2022,50(9):988-992.

[7]谢幸,苟文丽.妇产科学[M].第 8 版.北京:人民卫生出版社,2013.54.

[8]刘敏如,欧阳惠卿.实用中医妇科学[M].上海:上海科学技术出版社,2010.189-190.

(上接第 109 页)

[2]陈长亮,于德明,孙红兰,等.硝酸甘油软膏联合复方亚甲蓝注射液对肛肠疾病手术后镇痛效果的临床研究[J].中华保健医学杂志,2021,23(4):410-411.

[3]杨胜邦,曾清泉,潘凯,等.荆芥消肿止痛汤联合红外线治疗对肛肠病患者术后疼痛及创面修复的影响[J].中医学报,2022,37(6):1336-1342.

[4]夏常青,王新征,房文辉.中西医结合无痛化治疗模式在肛肠疾病患者围手术期的应用[J].山东医药,2021,61(13):78-80.

[5]国家中医药管理局.中医病证诊断疗效标准[S].北京:中国医药科技出版社,2012.302-305.

[6]Maxwell C.Sensitivity and accuracy of the visual analogue scale: a psycho-physical classroom experiment [J].Br J Clin Pharmacol, 2012,6(1):15-24.

[7]Ivatury SJ,Swarup A,Wilson MZ,et al.Pro prospective evaluation of a standardized opioid reduction protocol after anorectal surgery [J].J Surg Res,2020,256:564-569.

[8]畅艳娜,冯秀玲.极低剂量利多卡因在肛肠科短小手术中的麻醉效果观察[J].兰州大学学报(医学版),2022,48(9):35-37.

[9]徐慧岩,赵艳艳,赵新生,等.不同浓度亚甲蓝对肛肠术后镇痛效果的比较研究[J].世界中西医结合杂志,2020,15(5):954-957.

[10]高家治,王建东,陈平,等.清热化瘀方熏洗对肛肠术后创面愈合作用的随机对照研究[J].中医药信息,2020,37(3):67-71.

[9]Levine Y,Yahav L,Schwarzman P,et al.The correlation between endometrial thickness and the criteria for MTX treatment for ectopic pregnancy[J].J Obstet Gynaecol,2021,41(8):1230-1233.

[10]Roitman MS,Wainstock T,Sheiner E,et al.Ectopic pregnancy: perinatal outcomes of future gestations and long-term neurological morbidity of the offspring [J].Arch Gynecol Obstet,2021,304(3): 633-640.

[11]周晴晴,王爱敏,廉伟,等.口服自拟杀胚消癥汤加灌肠方联合米非司酮、甲氨蝶呤治疗异位妊娠的效果观察[J].中国妇幼保健,2019,34(10):2338-2341.

[12]张丽芳,韩娜.中药化瘀消癥汤联合米非司酮治疗异位妊娠疗效及对 β -HCG、CK-P 的影响[J].中华中医药学刊,2018,36(7):1735-1738.

[13]刘晓燕,李秀霞.消癥止痛汤对于子宫内膜异位症患者卵巢功能及炎症反应的影响[J].中国药物与临床,2021,21(16):2872-2873.

[14]朱玲,王亚荀,孙旖旎.行气活血消癥方联合甲氨蝶呤及米非司酮治疗异位妊娠的临床观察[J].现代中医临床,2019,26(4):52-54.

[15]杜倩,王浜,吴晶晶.活血消癥方加减联合西药治疗异位妊娠疗效及对患者血清激素水平的影响[J].陕西中医,2021,42(4):430-433.

[16]范昱,李艳春,陈晶,等.腹腔镜下异位妊娠术的治疗效果及对患者炎症细胞因子水平的影响[J].中国妇幼保健,2021,36(18):4372-4374.

(收稿日期: 2022-09-28)

[11]刘建乔,吴承东,刘仍海,等.肛肠坐浴方对肛肠疾病湿热下注证患者术后创面愈合影响的临床研究[J].现代中医临床,2022,29(5):7-12,18.

[12]詹艳艳,杨飞,徐为群,等.腕踝针联合三部热奄包对肛肠疾病患者术后排尿的影响研究[J].实用临床医药杂志,2022,26(16):21-23,29.

[13]张承岳,刘远成,张劲远.止痛如神汤对肛肠术后创面愈合效果及血清纤维连接蛋白、表皮生长因子水平的影响[J].国际中医中药杂志,2021,43(7):653-657.

[14]黎爽,彭明沙,李剑,等.黄连膏外敷联合止痛如神汤内服对中青年痔疮患者术后疼痛水肿、创面愈合及炎症指标的影响[J].现代中西医结合杂志,2021,30(28):3134-3137,3142.

[15]唐平,毛红,张翠.40 例中药干预多模式镇痛疗法在肛肠病术后的应用效果[J].结直肠肛门外科,2019,25(6):709-713.

[16]杨三选,张成靖,李思朋.止痛如神汤联合肛门皮下亚甲蓝神经阻滞治疗痔疮术后疼痛的临床效果及安全性[J].中国医药,2020,15(9):1419-1422.

[17]Ma Z,Yu YR,Badea CT,et al.Vascular endothelial growth factor receptor 3 regulates endothelial function through β -arrestin 1 [J].Circulation,2019,139(13):1629-1642.

[18]Kotov G,Landzhov B,Stamenov N,et al.Changes in the number of mast cells, expression of fibroblast growth factor-2 and extent of interstitial fibrosis in established and advanced hypertensive heart disease[J].Ann Anat,2020,232:151564.

(收稿日期: 2022-10-23)