

“消肿洗剂”治疗痔术后肛缘水肿 40 例临床研究

丁 艳¹ 余苏萍²

(1.南京中医药大学,江苏南京 210023; 2.南京中医药大学第三附属医院肛肠科,江苏南京 210001)

摘要 目的:观察消肿洗剂治疗痔术后肛缘水肿的临床疗效。方法:80 例经混合痔外切内扎术后出现肛缘水肿的患者随机分为治疗组与对照组,每组 40 例。治疗组术后第 2 日起用 125mL 消肿洗剂原液加温水至 1000mL 熏洗 15min,每日 2 次,连续 6d;对照组术后第 2 日起用 50%硫酸镁溶液湿敷 30min,每日 2 次,连续 6d。比较 2 组患者临床疗效及治疗前后肛缘水肿体积、水肿疼痛评分改变情况。结果:治疗组总有效率为 90.0%,明显高于对照组的 65.0%($P<0.05$)。治疗后 2 组患者肛缘水肿体积、水肿疼痛症状评分均较治疗前明显降低($P<0.01$),治疗组改善明显优于对照组($P<0.01$)。结论:消肿洗剂熏洗可显著减轻肛缘水肿,缓解肛门疼痛,是治疗痔术后肛缘水肿的有效方法。

关键词 混合痔 肛缘水肿 消肿洗剂 术后并发症

中图分类号 R657.180.5

文献标志码 A

文章编号 1672-397X(2017)06-0038-02

肛缘水肿是痔术后常见并发症之一,主要表现为肛管或肛缘皮肤出现水肿、充血、隆起及肛门坠胀疼痛等症状,临床发生率高达 30%^[1]。肛缘水肿造成局部组织肿胀,加重肛门局部的疼痛,从而刺激内括约肌收缩痉挛,进一步加剧局部疼痛和水肿,形成“疼痛—内括约肌痉挛—血液及淋巴回流障碍—渗出液淤积—疼痛”的恶性循环^[2],严重影响患者术后创面愈合及生活质量。消肿洗剂是丁氏痔科学的经验方^[3],也是南京市中医院肛肠科术后常用的熏洗方,在治疗痔术后肛缘水肿中取得了一定的疗效,现将相关临床研究结果报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选取 2015 年 11 月至 2016 年 9 月因混合痔入住南京中医药大学第三附属医院肛肠科,由同一位副主任医师主刀行混合痔外切内扎术后出现肛缘水肿的 80 例患者,随机分为治疗组与对照组,每组 40 例。治疗组男 22 例,女 18 例;平均年龄 (40.22 ± 11.79) 岁;病程 1~20 年,平均病程 (7.03 ± 4.69) 年。对照组男 20 例,女 20 例;平均年龄 (40.15 ± 11.94) 岁;病程 1~20 年,平均病程 (6.92 ± 4.13) 岁。2 组患者性别、年龄、病程等一般情况经统计学比较,无显著性差异($P>0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准 混合痔诊断参照《痔临床诊治指南(2006)版》^[4]。混合痔术后肛缘水肿诊断标准(于术后第 2 日诊断):(1)切口周围水肿;(2)以切口肿痛为主症;(3)排除血栓及切口感染^[5]。

1.3 纳入标准 (1)年龄 18~65 岁,性别不限;(2)符合混合痔诊断标准,行混合痔外切内扎术;(3)符合

痔术后肛缘水肿的诊断标准,未采取其他治疗方法。

1.4 排除标准 (1)有结直肠、肛管等器质性病变者;(2)合并便秘或者腹泻者;(3)合并肛瘘、肛周脓肿等肛周疾病者;(4)合并糖尿病、凝血功能异常、恶性肿瘤者;(5)处于妊娠期、月经期、哺乳期的女性患者或过敏体质者;(6)有心血管、肝、肾和造血系统等严重原发疾病者。

2 治疗方法

术后均予院内制剂抗炎合剂、痔血合剂口服清热解毒、止血。

2.1 治疗组 术后第 2 日起用消肿洗剂 125mL ($38\sim 42^{\circ}\text{C}$),加开水至 1000mL 熏洗坐浴 15min,2 次/d。消肿洗剂药物组成:大黄(制)、五倍子、苍术、赤芍、泽兰、朴硝、泽泻、川草乌(制)、佛耳草,由南京市中医院制剂室供应^[3]。

2.2 对照组 术后第 2 日起用 50%硫酸镁湿敷 30min,2 次/d。

2 组患者熏洗或湿敷后局部用碘伏消毒,无菌敷料覆盖。分别记录治疗前及治疗 6d 后患者的水肿体积、疼痛评分及症状评分。

3 疗效观察

3.1 观察指标

3.1.1 水肿体积及评分 肛缘水肿多为球体或椭球体,因此可以根据球体或者椭球体的体积公式来大概算出水肿体积: $V=(4\pi r^3)/3$ (r 为半径)或 $V=4\pi abc/3$ (其中 a 、 b 、 c 分别是椭球体的长半轴、短半轴、纵半轴的长度)。0 分:无水肿;1 分:水肿体积小于 1cm^3 ;2 分:水肿体积在 $1\sim 2\text{cm}^3$ 之间;3 分:水肿

体积大于 2cm³。

3.1.2 疼痛评分 采用视觉模拟疼痛评分法(VAS),疼痛疗效判定采用病人的主观评估。用 1 条 10cm 标尺,两端标明分数,0 分代表完全无痛,10 分代表疼痛最剧烈,由病人在尺上标出自己疼痛的相应位置,然后量出疼痛强度的数值作为分值。

3.2 疗效判定标准 参考《中医病证诊断疗效标准》^[6]拟定。痊愈:肛缘水肿消失;显效:肛缘水肿缩小程度大于 2/3;有效:肛缘水肿缩小达 1/3~2/3;无效:肛缘水肿缩小小于 1/3。

3.3 统计学方法 数据采用 SPSS 22.0 统计学软件进行分析。其中性别作为计数资料用卡方检验,年龄、水肿体积、症状评分作为计量资料采用 *t* 检验, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

3.4 治疗结果

3.4.1 2 组临床疗效比较 见表 1。

表 1 治疗组与对照组患者治疗后临床疗效比较 例

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效率(%)
治疗组	40	8	15	13	4	90.0*
对照组	40	2	9	15	14	65.0

注: * 与对照组比较, $P<0.05$ 。

3.4.2 肛缘水肿体积、症状评分比较 症状评分为疼痛评分+水肿评分。2 组患者治疗前肛缘水肿体积、症状评分比较无统计学差异($P>0.05$),具有可比性。2 组患者治疗后肛缘水肿体积、症状评分均明显低于治疗前($P<0.01$),治疗组治疗后明显低于对照组($P<0.01$),说明两种治疗方法均可减轻患者肛缘水肿和疼痛症状,但治疗组较对照组疗效更显著。见表 2。

表 2 治疗组与对照组治疗前后肛缘水肿体积比较

组别	例数	时间	肛缘水肿体积(cm ³)	症状评分(分)
治疗组	40	治疗前	1.64±0.44	7.80±2.17
		治疗后	0.56±0.32 ^{###}	3.05±1.77 ^{###}
对照组	40	治疗前	1.60±0.45	7.85±2.28
		治疗后	0.95±0.49 ^{##}	5.00±1.95 ^{##}

注: ## 与本组治疗前比较, $P<0.01$; ** 与对照组治疗后比较, $P<0.01$ 。

4 讨论

混合痔术后肛缘水肿的原因主要有:(1)术前感染、清洁灌肠不彻底、术中无菌操作不当、术后换药不彻底等引起切口感染而致炎性水肿;(2)麻醉不当、切口过于短小致引流不畅、皮下曲张的静脉或血栓剥离不彻底、皮桥缝合过紧、内括约肌痉挛、手术时间过长或钳夹正常组织过多、敷料固定不当、术后排便过早或大便硬结等引起的肛缘局部静脉、淋巴回流障碍,组织渗透压增加,渗液淤积局部而造成充血性水肿。

中医学认为,手术多伤正气,气虚则推动血运无力,造成肛门局部气血凝滞而致水肿,经络阻塞,不通则痛。《医学源流论》指出:“外科之法,最重外治。”

《内经》云:“其有邪者,渍形以为汗”,其“渍形”即熏洗之法。中药熏洗是以脏腑经络学说及中药性味归经为理论依据,借助蒸腾的中药热气熏蒸患处,依靠药力和热力的作用直接接触病变部位,开通腠理,调畅气血,从而发挥清热燥湿、消肿止痛之效用。现代药理学研究亦表明,中药熏洗过程中药物离子经创面吸收,可增加局部药物浓度,起抗感染、促进局部细胞分裂与肉芽组织生长等作用^[7]。消肿洗剂方中大黄活血祛瘀、泻火解毒、凉血止血,局部外用有解毒止痛、散瘀消肿之效;五倍子解毒敛疮、止血消肿;苍术燥湿化浊止痛;赤芍清热凉血、散瘀止痛;泽兰活血化瘀、行水消肿、消散瘀滞、散瘀消肿;泽泻利水渗湿、泄热;佛耳草可祛风清热、凉血解毒,治痔疾肿毒;川草乌可散经络之寒、止痛;朴硝软坚泻下、清热除湿、破血通经、消肿疗疮。全方共奏清热活血、消肿止痛之效。现代药理研究表明,大黄有抗菌抗炎镇痛、活血止血作用^[8],五倍子可抗菌抗病毒、收敛止血^[9],方中其他药物也多具有消炎、镇痛活血作用。

本研究结果表明,消肿洗剂治疗痔术后肛缘水肿可明显减轻水肿、疼痛,临床疗效优于硫酸镁湿敷,且未见明显不良反应,值得临床推广使用。鉴于本研究病例数较少,下一步拟扩大样本量,从分子水平进一步研究本方在治疗痔术后肛缘水肿方面的作用机理。

参考文献

- [1] 赵令军,黄勇.混合痔术后肛缘水肿的防治[J].中国当代医药,2009,16(8):167.
- [2] 汪草原.痔瘡术后肛門肿胀(水肿)的发生与防治[C]//北京国际肛肠大会暨世纪坛国际结直肠肛门病论坛论文集.2010:147.
- [3] 吴震,张金浩.消肿洗剂的制备及临床观察[J].时珍国医国药,2001,12(9):799.
- [4] 中华医学会外科学分会结直肠肛门外科学组,中华中医药学会肛肠病专业委员会,中国中西医结合学会结直肠肛门病专业委员会.痔临床诊治指南(2006 版)[J].中华胃肠外科杂志,2006,9(5):461.
- [5] 李国栋,寇玉明.中西医结合临床肛肠病学[M].北京:中国中医药出版社,1996:74,81.
- [6] 国家中医药管理局.中医病证诊断疗效标准[M].南京:南京大学出版社,1994:13.
- [7] 曹波,李志,杨乐,等.中药熏洗治疗混合痔术后水肿及促进创面愈合的临床观察[J].现代中西医结合杂志,2009,18(16):1870.
- [8] 陈刚.大黄在肛肠疾病术后运用的机制[J].现代中西医结合杂志,2011,20(29):3769.

第一作者:丁艳(1991—),女,硕士研究生,中医外科肛肠专业。

通讯作者:余苏萍,本科学历,教授,主任医师,硕士研究生导师。zywkgcdy@163.com

收稿日期:2016-12-14

编辑:吴 宁