

“三黄膏”治疗急性嵌顿痔 35 例临床研究

周军惠¹ 乔敬华¹ 潘一滨²

(1.上海市奉贤区中医医院,上海 201499; 2.上海中医药大学附属龙华医院,上海 200032)

摘要 目的:观察院内中药制剂三黄膏治疗急性嵌顿性混合痔的临床疗效。方法:符合纳入标准的急性嵌顿性混合痔患者 70 例,随机分为治疗组和对照组,每组 35 例。治疗组使用三黄膏外敷,2 次/d;对照组使用高渗生理盐水湿敷,4 次/d。2 组均治疗 3d,每日观察痔水肿、肛门坠胀疼痛、症状自评量表(SCL-90)改变情况,并比较临床疗效。结果:治疗 3d 后,治疗组临床总有效率明显高于对照组($P<0.01$)。治疗第 1、2、3 日,治疗组水肿积分、肛门坠胀疼痛、SCL-90 量表积分均明显低于对照组($P<0.05$, $P<0.01$)。结论:三黄膏对于急性嵌顿痔水肿、肛门坠胀疼痛有较好的治疗作用,为进一步手术减小术后创面创造良好条件,故具有较高的临床应用价值。

关键词 三黄膏 急性嵌顿痔 水肿 抗生素 七叶皂苷钠

中图分类号 R657.180.5

文献标志码 A

文章编号 1672-397X(2017)07-0033-03

痔是一种常见的、多发的肛门疾病,其中又以混合痔最为常见和多发,约占痔患者的 80.98%^[1]。急性嵌顿痔是混合痔的常见急症,一般是由于过度疲劳、大便努挣、体质虚弱等综合因素引起。由于括约肌痉挛不能复位,脱垂痔疮充血、水肿逐渐加剧,若不能及时治疗,进一步可造成脱出黏膜的坏死、溃疡、糜烂或形成皮下血栓,患者感到剧烈疼痛,坠胀不适,便意感增强。急性嵌顿痔的治疗一般以手术为主,但是充血、水肿、糜烂会加重手术难度,且术后并发症增多,故术前应予以对症治疗,待水肿消退,充血、糜烂等症状改善后再行手术效果更佳。三黄膏是上海市奉贤区中医医院肛肠科研发的外用膏剂,治疗急性嵌顿痔水肿、疼痛等疗效较好,为了进一步验证其疗效,我们设计本研究,将其与高渗生理盐水外敷作对照观察,现将结果报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 70 例均为上海市奉贤区中医医院肛肠科 2015 年 1 月至 2016 年 1 月期间收治的嵌顿痔患者,均签署知情同意书,随机分为治疗组和对照组,每组 35 例。治疗组男 24 例,女 11 例;年龄 20~64 岁,平均年龄(35.18±5.79)岁;病程 1~3d,平均病程(2±0.8)d。对照组男 22 例,女 13 例;年龄 21~65 岁,平均年龄(35.30±5.41)岁;病程 1~3d,平均病程(1.9±0.9)d。2 组患者性别、年龄、病程等一般情况比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 纳入标准 符合《上海市中医病证诊疗常规》^[2](第 2 版)中环状混合痔的诊断,肛口块物环状脱出,不能复位并发生嵌顿、肿胀、糜烂或坏死,剧烈疼痛;嵌顿时间为 1~3d。

1.3 排除标准 妊娠、哺乳期妇女;有严重全身合并症者,如心脑血管、肺、肝、肾和造血系统、肿瘤等严重危及生命的原发性疾病以及精神病患者。

2 治疗方法

2 组均予以基础治疗,包括预防性抗感染及消肿(抗生素及七叶皂苷钠)、润肠通便及对症治疗等,肛门局部予以温水熏洗坐浴。

2.1 治疗组 予三黄膏,厚度约 5mm,宽度约超过脱垂痔边缘 1cm,表面纱布覆盖,胶布固定,2 次/d。三黄膏药物组成:大黄 40g、黄芩 40g、黄柏 40g、广丹 40g、滑石粉 160g,凡士林加至 1000g。制法:取大黄、黄芩、黄柏、广丹共研细粉,过 100 目筛,与滑石粉混匀,然后分次加入已熔化的凡士林,随加随研匀至冷,即得。

2.2 对照组 予高渗生理盐水浸湿 8 层纱布,纱布大小以能盖过脱出的痔块,且超过痔块边缘 1cm,胶布固定,每次外敷纱布干燥后取下。考虑高渗生理盐水纱布保湿时间较三黄膏短,药效的持续作用时间较短,为增加可比性,故一日湿敷 4 次。

2 组观察疗程均为 3d。2 组均予以基础护理,嘱患者尽量以卧床休息为主,减少活动,清淡饮食,多

基金项目:上海市卫生局科研基金课题(2010L093A)

饮水,多食富含纤维素的食物保持大便通畅,防止因便秘大便努挣而加重症状、体征。嘱患者调畅情志,因嵌顿痔疼痛剧烈,症状缓解较慢,很多患者表现出焦虑、失眠,导致免疫力下降而加重病情,医务人员应表示理解,多关心及做好开导工作,建议其多听欢快的音乐,多看喜剧片转移注意力等,使患者的心理调整到最佳状态。

3 疗效观察

3.1 观察指标 统计患者治疗前及治疗期间每日水肿、肛门坠胀疼痛积分,症状自评量表(Self-reporting Inventory, SCL-90)评价患者生活质量。评分标准参照《中药新药临床研究指导原则》^[3](2002年版)以及《中医病证诊断疗效标准》^[4]拟定。痔水肿评分:无水肿,0分;局部轻度水肿,不影响活动或睡眠,2分;局部水肿明显较重,活动受限,4分。肛门坠胀疼痛评分:无肛门坠胀疼痛,0分;肛门有坠胀感,疼痛程度较轻,不影响工作、生活,2分;肛门疼痛明显,坠胀明显,尚可忍受,对工作、生活略有影响,4分;肛门疼痛较重,坠胀严重,难以忍受,影响工作、生活,6分。症状自评量表(SCL-90)包括胃口不好、难以入睡、肌肉酸痛、容易哭泣、睡得不稳不深、心跳剧烈、想结束自己的生命,均以2分以上为症状明显。

3.2 疗效评定标准 治疗3d后评价疗效。痊愈:肛缘水肿消失,皮下无血栓形成,创面无感染,患者胀痛消失;有效:肛缘水肿明显减退,皮下暗紫减退,创面少量分泌物,无感染,患者胀痛减轻;无效:症状、体征无改善或虽然改善,但仍需手术或其他处理。

3.3 统计学方法 应用SPSS 21.0统计软件进行统计分析,计数资料采用卡方检验,计量资料采用单因素方差分析,计量数据以($\bar{x} \pm s$)表示。

3.4 治疗结果

3.4.1 临床疗效 治疗3d后2组患者临床疗效见表1,治疗组总有效率明显高于对照组($P < 0.01$)。

表1 治疗组与对照组治疗后临床疗效比较 例

组别	例数	痊愈	有效	无效	总有效率(%)
治疗组	35	1	32	2	94.3 ^{△△}
对照组	35	0	28	7	80.0

注:△△与对照组比较, $P < 0.01$ 。

3.4.2 2组患者治疗前后水肿、肛门坠胀疼痛积分比较 见表2。2组患者治疗前水肿、肛门坠胀疼痛程度无统计学差异($P > 0.05$),治疗后2组患者水肿及疼痛均逐渐改善,但治疗组的疗效明显优于对照组($P < 0.01$)。

表2 2组患者治疗前后水肿、肛门坠胀疼痛积分比较($\bar{x} \pm s$) 分

指标	组别	例数	治疗前	治疗第1日	治疗第2日	治疗第3日
水肿积分	治疗组	35	3.37±0.94	2.34±0.77 ^{△△}	1.71±0.71 ^{△△}	0.69±0.96 ^{△△}
	对照组	35	3.31±0.96	2.91±1.01	2.63±1.06	1.37±0.94
肛门坠胀疼痛积分	治疗组	35	5.37±0.94	3.49±0.89 ^{△△}	2.17±0.57 ^{△△}	0.63±0.94 ^{△△}
	对照组	35	5.42±0.92	4.57±1.24	3.37±0.94	1.54±0.85

注:与本组治疗前比较,** $P < 0.01$;与对照组治疗同时期比较,△△ $P < 0.01$ 。

3.4.3 2组患者治疗后SCL-90量表评分比较 治疗前2组患者SCL-90量表评分比较差异无统计学意义($P > 0.05$),治疗期间组间SCL-90量表评分比较见表3。

表3 治疗组与对照组治疗不同时间SCL-90量表评分比较($\bar{x} \pm s$) 分

组别	治疗第1日	治疗第2日	治疗第3日
治疗组	1.8±1.2 ^{△△}	1.1±0.8 [△]	0.6±0.7 ^{△△}
对照组	3.0±1.1	1.8±1.3	1.5±1.3

注:与对照组治疗同时期比较,△ $P < 0.05$,△△ $P < 0.01$ 。

4 讨论

嵌顿痔是肛肠外科常见的急症,是痔病发展的严重阶段,其发病迅速,患者的疼痛感强,肛口脱出块物水肿明显。部分患者痔组织出现糜烂、血栓形成等症状^[5]。嵌顿痔的病因是痔核脱垂后,被痉挛的括约肌卡夹,使血液循环受阻,导致脱垂体外的痔块发硬,不能还纳肛内^[6],患者出现肛门坠胀、便意感增强等症状。一般感染大都局限在肛门局部,如果治疗不当,容易引起感染扩散,引起肛周、黏膜下或坐骨直肠窝脓肿,严重者可形成脓毒血症或肝脓肿。故及时还纳脱出的痔块,解除嵌顿非常重要。中医认为嵌顿痔的产生是由于患者外感火毒之邪、饮食不节、劳逸不当等因素致湿热毒邪下注于肛门,湿热与气血相搏,结聚不散,引起肛门局部经络阻塞,气血瘀滞所致。

目前临床治疗嵌顿痔的方法可分为手术和药物。手术一般采用传统的外切内扎或结合PPH手术,虽然可以达到较好疗效,但术后易出现肛缘水肿、肛门狭窄或失禁、剧烈疼痛等并发症。三黄膏方中大黄味苦,性寒,有清热泻火、凉血解毒、逐瘀通经的功效。现代药理研究表明,大黄对多种细菌均有不同程度的抑制作用,抗菌有效成分主要为蒽醌衍生物,其中的芦荟大黄素的抗菌作用最强,葡萄球菌、淋病链球菌最敏感,其抗菌机制为抑制菌体糖及糖代谢中间产物的氧化、脱氢、脱氨,并能抑制蛋白质与核酸的合成^[7];大黄素对急性炎症有明显对抗作用^[8];大黄还能通过药物的渗透压作用,使自身体液向血管内转移,使血液稀释,从而

达到解除微循环障碍,恢复组织和细胞正常代谢的效果^[9]。黄芩味苦,性寒,具有清热燥湿、泻火解毒、凉血止血之功效。现代药理研究表明,黄芩抗菌范围较广,对金黄色葡萄球菌、绿脓杆菌的抑制作用最强,黄芩中提取的有效单体黄芩苷可显著抑制细胞内白三烯 B₄、白三烯 C₄ 的生物合成,还可显著抑制人工三肽(fMLP)激发的白细胞内 Ca²⁺ 升高,并促进细胞内 cAMP 水平提高,表明黄芩苷显著影响白细胞的多种功能并揭示了其抗炎作用机理^[10]。广丹,又名东丹、黄丹等,辛,咸,微寒,有毒,外用解毒生肌。现代药理研究表明,广丹主含四氧化三铅,能直接杀灭细菌、寄生虫,并有制止黏液分泌的作用^[11]。诸药配伍,可使嵌顿痔肿痛消除,从而达到治疗目的。

本研究表明,在给予相同的基础治疗(补液、润肠通便、温水等治疗)及基础护理后,三黄膏外敷对急性嵌顿痔总有效率明显高于高渗生理盐水外敷,且对于水肿、肛门坠胀疼痛有更好的疗效,在改善患者生活质量方面亦明显优于高渗生理盐水外敷治疗。这不仅减轻了患者的痛苦,更为医生尽早为病人手术创造了很好的条件。在整个治疗过程中,未发现局部过敏、药物性肝损等不良事件发生,证实三黄膏安全可靠。下一步我们需扩大样本量,进一步证实三黄膏在治疗嵌顿痔水肿、缓解肛门坠胀疼痛方面有确切的疗效,继续探究三黄膏在减少渗出、改善脱垂等方面的作用。

参考文献

- [1] TOKA M,BOZKURT B,G RKAN D UMLU E,et al. Evaluation of necessity for mechanical bowel preparation before Milligan-Morgan hemorrhoidectomy:a randomized prospective clinical study[J].Minerva Chir,2013,68(4):393.
 - [2] 上海市卫生局.上海市中医病证诊疗常规[M].2版.上海:上海中医药大学出版社,2003:325.
 - [3] 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,2002:285.
 - [4] 国家中医药管理局.中医病证诊断疗效标准[S].南京:南京大学出版社,1994:52.
 - [5] 孙丽英,肖永刚.急救护理急性嵌顿痔疼痛的护理[J].中国急救复苏与灾害医学杂志,2014,9(12):1162.
 - [6] 杨界辉.黏膜环切术配合千槐椒痔瘡熏洗液治疗急性嵌顿痔 78 例[J].河南中医,2014,34(10):1982.
 - [7] 沈映君.中药药理学[M].上海:上海科学技术出版社,2014:75.
 - [8] 祁红.大黄素的抗炎作用[J].中草药,1999,30(7):522.
 - [9] 李春雨.关于大黄的药性分析[J].中国科技博览,2014(1):269.
 - [10] 侯艳宁,朱秀媛,程桂芳.黄芩苷的抗炎机理[J].药学报,2000,35(3):161.
 - [11] 雷载权.中药学[M].上海:上海科学技术出版社,1998:67.
- 第一作者:周军惠(1980—),女,硕士研究生,主治医师,研究方向为肛肠科常见疾病的诊疗。
iyueyue@126.com

收稿日期:2016-11-22

编辑:吴宁

(上接第 32 页)

- [3] 唐传勤,夏宏武,黄世钧.华佗五禽戏养生健身机理探源[J].安徽农业大学学报:社会科学版,2011,20(6):134.
- [4] 卢志明,唐占英,叶秀兰,等.颈椎病的发病机理及传统手法治疗研究进展[J].中国中医骨伤科杂志,2011,19(1):61.
- [5] SJÖLIE A N.Psychosocial correlates of low-back pain in adolescents[J].Eur Spine J,2002,11(6):582.
- [6] 中华医学会.临床诊疗指南:骨科分册[M].北京:人民卫生出版社,2009:88.
- [7] 陶弘景.养性延命录[M].上海:上海古籍出版社,1990:18.
- [8] 厉鼎禹.中国传统健身法五禽戏[J].祝您健康,1996(9):15.
- [9] 戴红.康复医学[M].北京:北京大学医学出版社,2004:75.
- [10] FEISE R J,MICHAEL M J.Functional rating index:a new valid and reliable instrument to measure the magnitude of clinical change in spinal conditions[J].

Spine,2001,26(1):78.

- [11] CÔTÉ P,CASSIDY J D,CARROLL L J,et al.The annual incidence and course of neck pain in the general population:a population-based cohort study [J].Pain,2004,112(3):267.
- [12] 周健,吕强,张宏.主动运动疗法对颈椎病的干预现状[J].中国医药导报,2016,13(4):51.

第一作者:周健(1983—),男,硕士研究生,住院医师,研究方向为脊柱病临床相关研究。

通讯作者:吕强,本科学历,副主任医师,硕士研究生导师。cheesharn@126.com

收稿日期:2017-01-09

编辑:吴宁