

针刺结合外用消肿止痛膏 缓解混合痔术后疼痛临床研究^{*}

梁靖华¹ 苏红波² 孙兴伟^{1**} 孙林梅¹ 宋磊¹ 魏妮¹

(1. 西安市中医医院, 陕西 西安 710021; 2. 陕西中医药大学, 陕西 咸阳 712046)

摘要:目的 观察针刺结合外用消肿止痛膏治疗混合痔术后疼痛的临床疗效。方法 选择符合混合痔术后疼痛纳入标准患者 116 例, 随机分为治疗组和对照组, 观察两组患者疼痛程度、肢体活动评分、术后创缘水肿程度、术后尿潴留情况, 疼痛程度采用视觉模拟评分法测定, 分别对两组患者治疗前、治疗后 0.5 h、1 h、2 h、3 h 疼痛程度和肢体活动度, 术后并发症及不良反应进行观察。结果 (1) 术后当天治疗后 0.5 h、1 h、2 h VAS 评分和肢体活动评分, 治疗组低于对照组, 具有明显差异($P < 0.05$), 其他时段无统计学差异。(2) 术后第 1~6 天, 治疗组在治疗后 0.5 h、1 h、2 h、3 h 的 VAS 评分和肢体活动评分的平均值低于对照组, 具有统计学差异($P < 0.05$), 其他时段无明显差异。(3) 术后并发症方面, 治疗组的创缘水肿和尿潴留发生率及程度均低于对照组, 有统计学差异。结论 (1) 针刺结合消肿止痛膏外用对混合痔术后疼痛有确切的缓解作用;(2) 与对照组比较, 治疗组镇痛效果在治疗后 0.5 h、1 h、2 h 优于对照组, 且起效时间比对照组短, 镇痛维持时间比对照组长;(3) 针刺结合消肿止痛膏外用可提高患者术后的肢体活动程度;(4) 针刺结合消肿止痛膏外用有减轻术后尿潴留、创缘水肿的作用;(5) 针刺结合消肿止痛膏外用在混合痔术后镇痛中的使用是安全、有效的。

关键词:针刺; 混合痔; 术后疼痛; 镇痛;

中图分类号: R 657.1¹*8 **文献标识码:** B **文章编号:** 1002-168X(2015)06-0072-05

DOI: 10.13424/j.cnki.jsctcm.2015.06.027

人类患肛肠疾病(如痔疮、肛裂、肛门直肠脓肿、肛痿)的发病率较高。西安市中医医院肛肠科专家根据普查资料报告, 肛肠病总发病率为 59.3%。国外资料报道, 年龄在 40 岁以上, 痔疮的发病率为 60%~70%。中医学对痔的认识有着悠久的历史,《五十二病方》中“牡痔居窍旁……以小绳, 剖以刀”, 即是结扎切除手术治疗痔病的的最早描述。现代循证医学资料表明, 痔切除术是治疗痔疮的最佳方法, 然而痔疮术后可出现疼痛、尿潴留、出血、便秘等多种并发症, 其中最常见的就是疼痛。某些患者因为惧怕术后疼痛, 而不敢进行手术治疗, 以致延误病情。基于这一现状, 笔者以中医基础理论和针灸理论为依据, 对 116 例本院及志丹县人民医院就诊的混合痔术后疼痛患者进行研究, 现报道如下。

1 临床资料

本研究共纳入 116 例符合《痔临床诊治指南

(2006 年版)》^[1] 的混合痔患者, 术式均采用外剥内扎术, 入选的病例随机分为针刺结合消肿止痛膏组(治疗组)和去痛片组(对照组), 组间比为 1:1; 治疗组男性 31 例, 女性 27 例; 年龄 19~60 岁, 平均(38.56±8.93)岁; 病程 20 d~6 年, 平均(2.56±0.23)年。对照组男性 32 例, 女性 26 例, 年龄 19~60 岁, 平均(37.83±9.34)岁; 病程 25 d~6 年, 平均(2.87±0.37)年。两组一般资料比较差异无统计学意义, 具有可比性。混合痔中内痔程度分期, $P = 0.183 > 0.05$, 无明显差异。混合痔中外痔分类情况比较, $\chi^2 = 2.082$, $P = 0.631 > 0.05$, 两组无明显差异。两组治疗前疼痛 VAS 评分、肢体活动度评分均无显著性差异。

2 治疗方法

2.1 手术方案 术前详细询问病史, 完成各项相关检查, 排除手术及麻醉禁忌者。与患者沟通, 让其了解手术过程, 签麻醉及手术同意书并配合治

* 基金项目: 陕西省中医药管理局中医药科研课题(13-LC014)

** 通讯作者: 孙兴伟(1983-), 男, 主治医师, 研究方向: 中医肛肠。E-mail: 4866442@163.com.

疗。术前一天半流质饮食,术前2 h 清洁灌肠两次,建立静脉通道。两组患者均采用鞍麻方式麻醉,麻醉药均为罗哌卡因注射液,麻醉部位 L4–L5。手术区域以Ⅲ型安尔碘消毒三遍,铺无菌消毒巾。术式采用混合痔外剥内扎术,术后用凡士林纱条肛塞,纱布加压包扎,肛内留置排气管。术后第一天给予半流食后改善食,给予广谱抗生素滴 48 h 以预防感染,48 h 内尽量控制不排大便。

2.2 治疗方案

2.2.1 治疗组 (1)局部用药:创面常规消毒后,无菌纱布上抹消肿止痛膏(陕药管制字 2001 第 1779 号,由朱砂、雄黄、冰片、黄连、五倍子等组成)贴于创面,每天 1 次。

(2)针刺取穴:取腰俞穴(浅刺),长强(中刺),足三里(中刺),承山(深刺),三阴交(中刺),二白(浅刺)。

(3)针具:选用环球牌针灸针,规格为0.22 mm×30 mm,0.22 mm×40 mm。

(4)操作:患者取侧卧位,体位选择以病人舒适,行针方便为度。用 70 % 酒精消毒医生手指及患者穴位处皮肤 2 遍,进针时避开毛孔及血管,采用只捻转,不提插或者轻捻转,慢提插的手法。操作时采用三步法:进针后,停留 3 分钟,谓之候气;3 分钟后双向捻转使局部产生酸、麻、胀、痛等针感,谓之行气;以后每隔 10 分钟行针 1 次加强针感,促进针感传导,谓之催气。留针时间为 30 分钟,起针后用消毒的干棉球按压针眼 3 分钟,以防针眼处渗血,每天治疗 1 次,患者自觉最疼时进行。

2.2.2 对照组 去痛片组:口服去痛片(武汉远大制药集团股份有限公司),疼痛时口服,不超过 2 片/次,3 次/日药量。

2.3 疗效标准

2.3.1 临床疗效评定标准 按第 7 次全国肛肠学术会议讨论标准评定疼痛程度,结合视觉模拟痛觉评分法(Visual analogue scale)^[2-3] 量化评分标准,拟定评定标准为:(1)完全缓解:无痛,创面完全不痛,排便、换药时亦无疼痛,(VAS = 0 分);(2)明显缓解:疼痛但不明显,创面疼痛轻微,排便、换药时有不适感,(1 ≤ VAS ≤ 3);(3)部分缓解:疼痛但可忍受,创面时感疼痛,排便、换药时亦疼痛,但可忍受,不需加用其他镇痛药物,(4 ≤ VAS ≤ 6);(4)无效:疼痛剧烈,创面疼痛较重,排便、换药时疼痛更甚,需加用其他镇痛药物(如肌注杜冷

丁),(7 ≤ VAS ≤ 10);有效率包括完全缓解、明显缓解、部分缓解。

2.3.2 症状疗效评定标准 疼痛评分:参照目前国际通用的视觉模拟痛觉评分法(VAS)。“0”分代表无痛,数字由小往大代表疼痛程度逐渐加重,“10”分代表难以忍受的最剧烈疼痛。详见表 1。肢体活动评分参照表 1。

表 1 症状疗效评分

项目	表现	分值
疼痛评分 (VAS)	无痛,创面完全不痛,排便、换药时亦无疼痛	0
	轻度疼痛:疼痛但不明显,创面疼痛轻微,排便、换药时有不适感	1–3
	中度疼痛:疼痛明显,创面时感疼痛,排便、换药时亦疼痛,需服用一般镇痛药物	4–6
	重度疼痛:疼痛剧烈,创面疼痛较重,排便、换药时疼痛更甚,需加用其他镇痛药物(如肌注杜冷丁)	7–10
	可自由活动	0
肢体活动 评分	走动缓慢,姿势僵硬但无需搀扶	2
	走动迟缓,姿势僵硬需借助外力搀扶	4
	无法走动,仅可在床上移动	6
	不愿活动肢体,保持固定姿势	8

2.3.3 并发症评定标准 根据术后常见水肿程度及尿潴留情况,拟定并发症评定标准见表 2。

表 2 并发症评定标准

项目	表现	程度
创缘水肿程度	无水肿情况	I 度
	局部轻度水肿,不影响活动	II 度
	局部中度水肿,活动轻微受限	III 度
	局部重度水肿,影响活动	IV 度
尿潴留程度	无排尿障碍	I 度
	排尿不畅,但无须治疗,能自行排除	II 度
	需行保守治疗	III 度
	需行导尿术	IV 度

2.3.4 安全性标准 用“有”或“无”来记录术后恶心、呕吐、头昏、胸闷、心慌、荨麻疹、皮肤瘙痒等不良反应的发生情况。I 级:安全,无任何不良反应;II 级:比较安全,如有不良反应,不需作任何处理消失;III 级:有安全问题,经处理消失;IV 级:因不良反应终止试验。

2.4 统计学方法 运用 spss20.0 统计软件,计量资料用卡方检验;等级资料用秩和检验;满足正态分布及方差齐性时,组内前后比较用配对 T 检验,组间比较用方差分析。P<0.05,认为差异性有统

计学意义。

3 治疗结果

3.1 临床疗效比较 经观察、统计学比较,治疗组总有效率为 96.55%,对照组总有效率为 82.76%(见表 3), $\chi^2=5.95,P<0.05$,有统计学意义,治疗组疗效优于对照组,但两组治疗都没有病人感到无痛的完全缓解病例。见表 3。

表 3 临床疗效比较 (n)

组别	n	完全缓解	明显缓解	部分缓解	无效	总有效率(%)
治疗组	58	0	40	16	2	96.55
对照组	58	0	35	13	10	82.76

表 4 术后当天症状疗效比较 ($\bar{x}\pm s$)

时间	n	治疗组(分值)	对照组(分值)	T	P
治疗前 VAS 评分	58	7.61±1.717	7.51±1.715	0.314	>0.05
治疗前肢体活动评分	58	7.21±1.513	7.14±1.586	0.243	>0.05
治疗后 0.5 h 疼痛评分	58	4.53±1.358	5.43±1.582	-3.288	<0.05
治疗后 0.5 h 肢体活动评分	58	3.23±0.725	5.82±1.178	-14.260	<0.05
治疗后 1 h 疼痛评分	58	2.22±0.847	4.54±1.401	-10.790	<0.05
治疗后 1 h 肢体活动评分	58	2.05±0.564	4.64±0.917	-18.322	<0.05
治疗后 2 h 疼痛评分	58	2.56±1.142	3.34±1.257	-3.498	<0.05
治疗后 2 h 肢体活动评分	58	2.15±0.617	2.53±0.385	-3.979	<0.05
治疗后 3 h 疼痛评分	58	3.21±1.214	3.45±1.378	-0.995	>0.05
治疗后 3 h 肢体活动评分	58	2.45±0.778	2.63±0.519	-1.466	>0.05

表 5 术后第 1-6 天症状疗效平均值的比较 ($\bar{x}\pm s$)

时间	n	治疗组(分值)	对照组(分值)	T	P
治疗前 VAS 评分	58	5.62±1.272	5.55±1.251	0.299	>0.05
治疗前肢体活动评分	58	5.41±1.234	5.37±1.212	0.176	>0.05
治疗后 0.5 h 疼痛评分	58	3.54±0.928	4.43±1.185	-4.503	<0.05
治疗后 0.5 h 肢体活动评分	58	3.02±0.825	3.86±0.908	-5.214	<0.05
治疗后 1 h 疼痛评分	58	1.86±0.617	3.54±0.901	-11.716	<0.05
治疗后 1 h 肢体活动评分	58	1.95±0.512	2.67±0.437	-8.146	<0.05
治疗后 2 h 疼痛评分	58	1.64±0.542	2.93±0.717	-10.930	<0.05
治疗后 2 h 肢体活动评分	58	1.56±0.387	1.84±0.401	-3.826	<0.05
治疗后 3 h 疼痛评分	58	2.23±0.734	3.65±0.918	-9.201	<0.05
治疗后 3 h 肢体活动评分	58	2.14±0.568	2.47±0.637	-2.945	<0.05

表 6 术后并发症比较(秩和检验)

组别	n	创缘水肿				尿潴留			
		I	II	III	IV	I	II	III	IV
治疗组	58	38	12	5	3	22	30	5	1
对照组	58	24	20	8	6	14	20	18	6

3.4 安全性比较 两组中所有病例均无Ⅲ级以上不良反应,对照组有 2 例出现轻微皮肤瘙痒,未

3.2 症状疗效比较 于治疗前,治疗后 0.5 h、1 h、2 h、3 h 分别进行观察并记录 VAS 评分和肢体活动评分,进行镇痛效果评价。术后当天治疗前两组疼痛程度均接近重度疼痛水平,术后第 1 至 6 天疼痛程度有所减轻。从治疗后的数据变化看,治疗组较对照组起效时间短,镇痛维持时间长,在治疗后 0.5 h、1 h、2 h 镇痛效果优于对照组,详见表 4、表 5。

3.3 术后并发症比较 治疗组的创缘水肿和尿潴留发生率及程度均低于对照组,经秩和检验均 $P<0.05$,有统计学差异,详见表 6。

予药物干预,两天内症状消失。

4 讨论

4.1 中西医对疼痛机理的认识及处理 中医认为,疼痛分为实痛和虚痛,“实痛”产生的机制是气滞、痰浊、水湿、血瘀等阻滞于脏腑、经络,使气机瘀滞、血液运行不畅,属于“不通则痛”。另外,病程日久,损伤正气,加之手术损伤,耗气伤血,也可

出现疼痛,称为“虚痛”,属于“不荣则痛”。由此可见,混合痔术后疼痛病机属虚实夹杂,采用扶正祛邪、补益气血、疏通导滞的方法进行治疗。针刺结合消肿止痛膏体现了针灸疗法和中药外敷法的优势,充分发挥了中医特色,值得临床推广。

西医认为混合痔术后疼痛产生的原因包括解剖因素、排便刺激、并发症影响、患者精神状况及耐受程度、麻醉方式等^[5]。目前常用的止痛药主要有:非甾体类抗炎止痛药、中枢性止痛药、麻醉性止痛药、解痉止痛药、抗焦虑类止痛药^[5]。非甾体类止痛药对胃粘膜有损伤,可能会引起腐蚀性胃炎或胃出血;中枢性止痛药常有汗出、头晕、恶心等副作用;麻醉性镇痛药物会阻滞神经传导,引起肛门口感觉异常导致大便控制异常,还可引起小便排出困难;解痉止痛药和抗焦虑类止痛药很少用于混合痔术后疼痛患者。某些止痛药物如亚甲蓝因其可逆性的损害神经髓质而延缓创面愈合。

4.2 敷药法的优势 敷药法是运用膏剂或药液湿敷直接作用于患处,药物经黏膜吸收入血,避免了肝脏首过效应,能够更好的发挥药效。膏药是我国医药学中的一个重要部分,是五大药物剂型——汤、丸、散、膏、丹之一。外用膏药具有疗效显著、使用方便等作用,是肛肠科常用药。战国秦汉时期先后出现的《黄帝内经》《神农本草经》《难经》等古典医学著作中,都有关于膏药的制备和治疗应用方面的记载。

我院自制剂——消肿止痛膏自投入临床以来,取得了很好的临床疗效。该药具有清热解毒、祛湿消肿、活血化瘀止痛的功效,不仅应用于肛肠疾病,而且还用于其它部位的红肿热痛^[6]。方中朱砂、雄黄为君药外用清热燥湿、解毒、消肿止痛;五倍子味酸、涩,外用具有解毒止血,收肌敛疮的功效;黄连清热燥湿,泻火解毒;冰片通诸窍,消肿止痛,清热散火解毒。现代药理学实验证明,朱砂外用能够抑制和杀灭皮肤细菌。雄黄经皮吸收后具有镇痉、止痛作用,能够抑制多种真菌。五倍子中主要成分为鞣酸,蛋白质接触鞣酸形成沉淀,皮肤、粘膜、溃疡面的蛋白质接触鞣酸后即被凝固,形成一层被膜而呈收敛作用,同时小血管也被压迫收缩,血液凝结而奏止血功效^[7];腺细胞的蛋白质被凝固,可减少分泌物形成,神经末梢蛋白质的

沉淀,可呈微弱的局部麻醉现象。冰片在肛肠外科应用极为广泛,由于其可抑制细菌生长,较高浓度还有杀菌作用,并可保持创面适度干燥,利于创面愈合。有研究表明冰片外用对外伤性急性疼痛有较好的镇痛作用^[8],此外冰片还有促进其他药物透皮吸收的作用。

4.3 针刺疗法的优势 针刺疗法是以中医理论为指导,运用针刺疾病的一种方法。针刺疗法具有适应证广、疗效显著、操作简单、经济安全等优点,深受国内外群众和患者欢迎。世界卫生组织推荐的64种针灸治疗适应证中有32种与疼痛相关。现代医学也证实了针刺能够提高痛阈,具有抗炎作用,能够增强机体免疫力,促进创伤修复,从而可以起到镇痛的作用。混合痔术后属于金刃损伤,其主要病机为虚实夹杂。针刺法可调整阴阳,疏通经络,行气导滞,活血化瘀,并且无明显副作用,优势独特,故临床应用十分广泛。

治疗中主穴取长强(中刺),承山(深刺),二白(浅刺),辅穴取腰俞穴(浅刺),足三里(中刺),三阴交(中刺)。长强穴又名尾闾穴,位于尾骨端与肛门之间,《扁鹊神应针灸玉龙经》云“九般痔疾最伤人……纵饶大痛呻吟者,一刺长强绝病根”。长强为“痔病要穴”,从经络理论上讲,长强穴可补肾温阳,活血化瘀,从解剖学理论上讲,长强穴所在部位浅层分布尾神经后支及肛门神经,深层分布阴部神经分支,并且有肛门动、静脉分支,该部位受刺激后可作用于肛门括约肌,改善局部血液循环,缓解括约肌痉挛从而起到镇痛作用^[9]。承山穴为治疗便秘、脱肛、痔疮等,临床上常与长强相配治疗痔疾,二者共同发挥清热通便,活血化瘀的功效。二白为经外奇穴,善治肛肠疾病,《扁鹊神应针灸玉龙经》云“痔漏之疾亦可针,里急后重最难禁;或痒或痛或下血,二白穴从掌后寻”,现代研究表明其不仅有镇痛止痛效果,还有消炎、活血、止血等多方面的作用^[10],佐以腰俞穴、足三里、三阴交,共同发挥扶正益气,活血化瘀等作用。

5 小结

本研究结果表明,针刺结合消肿止痛膏在治疗后0.5 h、1 h、2 h的止痛效果优于对照组,在预防术后创缘水肿、尿潴留方面较对照组有优势。针刺结合消肿止痛膏外敷疗法具有副反应小、安

手法配合大七厘散 外敷治疗急性踝关节扭伤临床观察

何庆生¹ 罗 萍²

(1. 福建医科大学附属三明第一医院康复科, 福建 三明 365000; 2. 三明职业技术学院, 福建 三明 365000)

摘要:目的 总结观察手法配合大七厘散外敷治疗急性踝关节扭伤的治疗效果。方法 回顾分析 2010 年 4 月~2014 年 10 月治疗 160 例急性踝关节扭伤的情况, 其中治疗组 80 例采用手法配合大七厘散外敷, 对照组 80 例采用扶他林软膏外敷配合冰敷, 观察临床疗效。结果 手法配合大七厘散外敷治疗组能显著缓解病人疼痛, 优于扶他林软膏外敷组($P<0.05$)。治疗组痊愈 21 例, 显效 10 例, 有效 3 例, 无效 1 例, 总有效率 98.75%, 治疗效果显著优于对照组($P<0.05$)。结论 手法配合大七厘散外敷治疗踝关节扭伤, 二者具有相辅相成作用, 可明显增加患者的治疗效果, 缩短恢复时间, 值得临床推广应用。

关键词:踝关节扭伤; 手法整复; 大七厘散; 扶他林软膏;

中图分类号: R 684.7 **文献标识码:** A **文章编号:** 1002-168X(2015)06-0076-03

DOI: 10.13424/j.cnki.jsctcm.2015.06.028

急性踝关节扭伤是门诊因关节扭伤就诊最为多见的, 其损伤后即出现关节疼痛、肿胀、活动受限, 临床常因失治、误治、延误治疗造成部分患者踝关节疼痛、肿胀久治不愈, 甚至因踝关节不稳导

致关节功能障碍, 故及时和有效的治疗是恢复的关键; 笔者自 2010 年 4 月~2014 年 10 月, 运用手法配合大七厘散外敷治疗急性踝关节扭伤 80 例, 取得满意的效果, 现报告如下。

全可靠、价格低廉、易于实施、痛苦小等优点, 是混合术后镇痛的有效方法之一, 本研究为临床提供了一种新的选择。

展望:①由于疼痛属于患者的主观感受, 疼痛评价受个体耐受程度及心理状态等多方面因素影响, 因此对于疼痛的准确评价可能会产生一定偏差。②在随机分组及对照评价中, 由于两组治疗方法截然不同, 因此无法做到绝对的双盲。故本研究采取两研究中心同时进行, 并采取第三方评价的方式以减小操作者已知治疗方法造成的评价结果的偏差。另外在研究中尽量规范不同操作者的手法而使评价更加客观。③研究过程中, 笔者还发现, 治疗组较对照组便秘病例发生较少, 这种现象是否与针刺相关, 还需要进一步观察。

参考文献

- [1] 中华中医药学会肛肠分会、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[S]. 2006:34.
- [2] Melazck R. Pain Measurement and Assessment. New York;

Perss, 1983.

- [3] Melazck R, McGill pain questionnaire: major properties and scoring methods[J]. pain, 1:277.
- [4] JensenMP, Karoly P, Braver S. The measurwmnt of clinical pain intensity: acomparison of six methods[J]. Pain, 1986, 27:117.
- [5] 何永恒, 凌光烈. 中医肛肠科学[M]. 北京: 清华大学出版社, 2012:103.
- [6] 曹黎茹, 张娟. 消肿止痛膏治疗痛风关节炎 52 例[J]. 陕西中医, 2012, 3(9):1177-1179.
- [7] 邵继林, 喻德洪. 肛门疾病的中药坐浴治疗[J]. 中国肛肠病杂志, 1988, 8(2):39-40.
- [8] 彭军良. 冰片在肛肠外科的临床应用[J]. 中医外治杂志, 2010, 19(5):57-58.
- [9] 王巨良, 赵景文, 邓建勇. 长强穴埋线法治疗痔病术后疼痛 180 例[J]. 现代中医药, 2014, 34(2):30.
- [10] 唐裴穗东. 针刺二白穴治疗痔痛 49 例[J]. 四川中医, 2003, 21(9):78.

(收稿日期: 2015-08-31 编辑: 王益平)