

超前干预配合穴位埋线治疗混合痔术后疼痛的临床观察*

翟 栋¹, 童霄娟², 李 晓¹

(1. 浙江中医药大学附属第三医院, 浙江 杭州 310005; 2. 浙江中医药大学, 杭州 浙江 310053)

摘要: **目的** 观察超前干预配合穴位埋线治疗混合痔术后疼痛的临床疗效。**方法** 将 80 例患者随机分为治疗组和对照组, 治疗组 41 人, 对照组 39 人。对照组采用复方亚甲蓝长效麻醉剂局部浸润治疗; 治疗组用超前干预配合穴位埋线法治疗。观察两组治疗术后第 1、2、4、7 天患者的疼痛评分、疼痛持续时间评分及排尿情况评分。**结果** 治疗组与对照组的疼痛评分、疼痛持续时间评分和排尿情况评分有显著差异, 治疗组疗效优于对照组 ($P < 0.05$)。**结论** 超前干预配合穴位埋线治疗能明显减轻患者术后的疼痛感, 缩短疼痛持续时间, 改善患者术后排尿情况。

关键词: 超前干预; 穴位埋线; 痔术后疼痛

中图分类号: R246.2

文献标志码: A

文章编号: 1000-2723(2017)01-0056-04

DOI: 10.19288/j.cnki.issn.1000-2723.2017.01.014

痔是临床常见的反复发作的肛肠疾病^[1]。痔术后的疼痛, 是困扰肛肠科医生和患者的一个难题, 给患者带来身心伤害。痔术后疼痛容易诱发尿潴留、便秘、情绪紧张等并发症。中医在混合痔术后预防和减轻并发症方面有其独特疗效。

1 病例资料

1.1 一般资料

选取我科 2013—2014 住院患者 80 人, 按随机数字表法随机平均分为 2 组。治疗组 41 人, 男 25 例, 女 16 例; 对照组 39 人, 男 20 例, 女 19 例。两组一般资料经比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。见表 1。

表 1 两组患者年龄、性别比较

组别	n	性别		平均年龄/岁	性别比
		男	女		
治疗组	41	25	16	39.98±10.80	1.56
对照组	39	20	19	41.10±10.77	1.05

1.2 纳入标准

①性别不限, 年龄 18~65 岁; ②符合混合痔内痔达Ⅲ~Ⅳ度的诊断^[2], 且行混合痔外剥内扎术者; ③痔核数 3~5 个; ④麻醉方式为局部浸润麻醉(1%利多卡

因麻醉); ⑤无心脏病、肝肾功能不全、糖尿病、造血系统等重大疾病; ⑥无食物药物过敏史; ⑦自愿参加临床研究并同意签署知情同意书者。

1.3 排除标准

①无法合作者, 如精神病患者; ②有肛门神经官能症患者; ③术前尿路感染患者; ④术前应用镇痛药物及术后计划使用镇痛药物的患者; ⑤有肿瘤或炎症性肠病等能引起伤口延期愈合患者; ⑥取穴部位皮肤不适合埋线者; ⑦其它可能影响研究结果的因素。

1.4 退出标准

发生严重不良反应不宜继续接受试验者, 试验过程中自动要求退出者。

2 试验材料

(1) 薇乔缝线

规格: 美国药典缝线规格: 0, 直径超标的上限 (mm).022; 生产商: 美国强生公司。

(2) 对照组用药

复方亚甲蓝长效止痛剂 (亚甲蓝注射液 20mg + 0.75%布比卡因 5mL + 2%利多卡因 5mL)

亚甲蓝: 生产企业: 江苏济川制药有限公司; 批准

* 基金项目: 浙江中医药大学附属第三医院医药卫生科研计划青年项目(ZS14YA04)

收稿日期: 2016-10-28

作者简介: 翟栋(1986-), 男, 陕西合阳人, 住院医师, 研究方向: 肛肠病的中西医结合治疗。

文号:国药准字 H32024827;规格:2mL(20mg)。

盐酸布比卡因:生产企业:上海禾丰制药有限公司;批准文号:国药准字 H31022839;规格:5mL(37.5mg)。

盐酸利多卡因:生产企业:上海禾丰制药有限公司;批准文号:国药准字 H20023777;规格:5mL(0.1g)。

3 治疗方法

两组皆行混合痔外剥内扎术^[3]。

3.1 对照组

术前抽取 10mL 复方亚甲蓝液备用,手术后用碘伏消毒切口周围皮肤,在切口边缘皮下、切口基底、痔核结扎根部、内括约肌处浸润注射,深度不超过 0.5cm,注射量不宜过多,约 10mL,局部按摩数分钟,使药液分布均匀。

3.2 治疗组

(1)在手术前 30min~1h 针刺承山穴。操作方法:患者取俯卧位,用碘伏棉球穴位常规消毒。采用 0.30mm×50mm 华佗牌针灸针,双手持针法直刺进针约 40mm,采用提插捻转平补平泻法^[4],得气后留针 15min。

(2)混合痔剥扎术后,依据国家标准^[5]中医用缝合针埋线法进行操作。

在长强和会阳穴位的两侧 1~2cm 处,碘伏棉球消毒后,施行局部麻醉(1%利多卡因麻醉)。一手用持针器夹住带有可吸收性外科缝线的 0 号皮肤缝合针,另一手捏起两局麻点之间的皮肤,将针从长强穴局麻点处刺入,穿过肌层或皮下组织,从会阳穴局麻点处穿出,通过循环缝合 3 次,以达到强化刺激的作用,然后紧贴皮肤剪断两端线头,放松皮肤,轻揉局部,使线头完全进入皮下。用无菌干棉球按压针孔止

血。用碘伏棉球再次消毒后外贴云南白药创可贴。

4 疗效评价

4.1 疗效评价

①疼痛的评定采用视觉模拟评分法(VAS),疼痛改善度(PAR)=(治疗前疼痛评分-治疗后疼痛评分)/治疗前疼痛评分×100%^[6]。

显效:给药后疼痛完全缓解和明显缓解(PAR 为 3 度或 4 度);有效:给药后疼痛中度缓解(PAR 为 2 度);无效:给药后疼痛轻度缓解(PAR 为 1 度);

②排尿情况的评定。

显效:排尿情况评分≤2 分;有效:2 分<排尿情况评分≤4 分;无效:4 分<排尿情况评分≤6 分。

4.2 统计学方法

采用 SPSS17.0 统计软件进行处理,计量资料用均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,采用 t 检验;计数资料用频数(或率)表示,采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为比较差异有统计学意义。

5 治疗结果

①两组病例疼痛评分比较,两组病例除第 2 天差异比较无统计学意义外($P > 0.05$),其余时间比较,差异均有统计学意义。其中,术后第 7 天比较,差异有显著统计学意义。见表 2。

②两组病例治疗前后疼痛持续时间比较,两组病例术后第 1、4、7 天,治疗组和对照组之间疼痛持续时间比较,差异有统计学意义,其中,术后第 7 天,两组疼痛持续时间比较,差异有显著统计学意义。见表 3。

③两组病例手术前后排尿情况比较,治疗组排尿情况优于对照组,两组比较,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 4。

表 2 两组患者治疗前后排便时疼痛 VAS 评分比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	术前	术后			
			第 1 天	第 2 天	第 4 天	第 7 天
试验组	41	0.56±0.89	8.39±0.83	6.54±0.60	5.02±0.69	1.90±0.80
对照组	39	0.47±0.73	7.97±0.78	6.59±0.59	5.41±0.85	2.46±0.85

表 3 两组患者治疗前后疼痛持续时间比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	术前	术后			
			第 1 天	第 2 天	第 4 天	第 7 天
试验组	41	0.54±1.10	4.15±1.10	4.35±1.26	4.00±1.30	1.02±1.19
对照组	39	0.41±1.04	3.84±1.33	4.27±1.29	4.35±1.33	1.79±1.20

表 4 两组患者术后排尿情况比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	术前	术后			
			第 1 天	第 2 天	第 4 天	第 7 天
试验组	41	0.48±0.98	0.83±1.34	0.63±1.13	0.44±0.95	0.24±0.80
对照组	39	0.51±1.10	1.85±1.91	1.64±1.99	0.92±1.36	0.36±1.01

④两组病例镇痛总体疗效评价比较,治疗组与对照组总有效率比较差异均有统计学意义($P<0.05$)。见表 5。

表 5 镇痛总体疗效评定比较

组别	n	显效	有效	无效	有效率/%
试验组	41	29	8	4	90.24
对照组	39	17	14	8	74.49

⑤两组病例排尿情况总体疗效评价比较,治疗组与对照组总有效率比较,差异均有统计学意义($P<0.05$)。见表 6。

表 6 改善排尿情况总体疗效评定比较

组别	n	显效	有效	无效	有效率/%
试验组	41	33	4	4	90.24
对照组	39	19	10	10	74.36

6 讨论

肛门疾病术后疼痛原因非常复杂,主要的原因有直接损伤、压迫、异物刺激、炎性水肿、尿潴留等。由于肛门的解剖及生理功能,此区域手术一般不主张缝合伤口^[7],以避免感染及严重水肿影响功能,故要填塞较多的敷料防止出血,因此,术后疼痛的控制更显得尤为重要。

随着对疼痛理论的深入研究,人们对术后疼痛的处理有了新的方法。超前镇痛是一个新的镇痛理念,超前镇痛在 1913 年由 Crile 提出^[8],1983 年后才逐渐得到重视^[9-10]。可减少术后并发症,是在伤害刺激作用于机体之前进行镇痛干预,阻滞外周损伤冲动向中枢的传递及传导,防止中枢对痛觉的敏化^[11],减弱或消除伤害引起的疼痛^[12-13]。一般的超前镇痛都是提前给予机体注射或口服长效镇痛药,此种方法会引起较多的并发症及不良反应。现在将现代医学的超前镇痛概念借鉴,用中医针灸法代替镇痛药,用相同的机理提前给机体外周神经一个强刺激,以消除或减弱伤害带来的疼痛刺激。

而腧穴埋线法作为针灸疗法的一种,是针刺留针法的一种创新形式以其对穴位刺激的持久性和强效

性受到越来越多的关注。卢爱军等^[14]认为埋线疗法与口服药、膏贴、穴位注射对比都具有一定的优势。舒涛等^[15]报道穴位注药埋线法在痔术后综合疗效评分、中重度疼痛的发生率、VAS 评分、患者的满意度以及不良反应发生率、并发症的发生率、镇痛药物的使用率方面均优于对照组吲哚美辛栓纳肛。

本次临床观察结果表明,治疗组有效改善术后疼痛强度、疼痛持续时间、排尿情况,从而提高患者术后的生活质量,疗效确切,安全性好,有较高的临床推广价值。

参考文献:

- [1]杨阳,宫毅. 银芷肛肠熏洗剂对大鼠痔相近模型局部炎症及组织病理学的影响[J]. 云南中医学院学报, 2014, 37(3): 11-14.
- [2]李曰庆. 中医外科学[M]. 2 版. 北京:中国中医药出版社, 2007: 227.
- [3]张有生,李春雨. 实用肛肠外科学[M]. 北京:人民军医出版社, 2009: 149-150.
- [4]孙平良,杨伟,张磊昌. 电针承山穴治疗混合痔术后疼痛疗效对比观察[J]. 中国针灸, 2011, 31(5): 413-415.
- [5]《针灸技术操作规范第 10 部分:穴位埋线》项目组. 中华人民共和国国家标准(GB/T 21709. 10—2008)针灸技术操作规范第 10 部分:穴位埋线[J]. 中国针灸, 2009, 29(5): 405-406.
- [6]吴烨,寿宏伟. 综合疗法治疗肩周炎 86 例[J]. 河南中医学院学报, 2005, 20(3): 71-76.
- [7]陈飞雁. 痔切除开放伤口与缝合伤口愈合的临床研究[J]. 大肠肛门病外科杂志, 2001, 7(4): 32-33.
- [8]Smiler BG. Preemptive analgesia or anoci-association[J]. Anesthesiology, 1993, 78(1): 219-221.
- [9]Wall PD. The prevention of postoperative pain[J]. Pain, 1988; 33(3): 289-290.
- [10]Woolf CJ. Evidence for a central component of post-injury pain hypersensitivity[J]. Nature, 1983; 306(5944): 686-688.
- [11]Kissin I. Preemptive analgesia[J]. Anesthesiology, 2000, 93(4): 1138-1143.

- [12] 辜晓岚, 徐建国. 超前镇痛的机制及其研究进展[J]. 医学研究生学报, 2008, 21(1): 98-103.
- [13] 胡艳君, 魏安宁, 刘怀清. 超前镇痛对手术后疼痛影响的研究进展[J]. 重庆医学, 2007, 36(4): 362-365.
- [14] 卢爱军, 庞爱军. 穴位埋入药线疗法的临床应用现状和展望[J]. 时珍国医国药, 2008, 19(4): 1019-1020.
- [15] 舒涛, 李国栋, 李春花. 穴位注药埋线法对痔术后疼痛的疗效及安全性评价[J]. 中医杂志, 2010, 51(4): 335-338.
- (编辑: 徐建平)

Clinical Observation of Postoperative Pain of Mixed Hemorrhoid Treated with Advanced Intervention and Acupoint Catgut Implantation

ZHAI Dong¹, TONG Xiaojuan², LI Xiao¹

(1. The Third Affiliated Hospital of Zhejiang Chinese Medical University, Hangzhou 310005, China;
2. Zhejiang Chinese Medicine University, Hangzhou 310053, China)

ABSTRACT: Objective To observe the clinical efficacy of advanced intervention and catgut implantation at acupoints for the patients with mixed hemorrhoid operation. **Methods** Eighty patients were randomly divided into treatment group and control group, forty-one patients in treatment group and thirty-nine patients in the control group. The control group with long-acting anesthetic compound methylene blue locally invasive treatment; treatment group through advanced intervention and acupoint catgut implantation. Observed scores of patients, duration of pain scores and voiding score when the 1d, 2d, 4d, 7d after surgery. **Results** The Pain score, duration of pain scores and voiding scores of treatment group and the control group were significantly different, the treatment group than in the control group ($P < 0.05$). **Conclusion** The intervention of advanced intervention and acupoint catgut implantation can significantly reduce postoperative pain and shorten duration between pain and improve postoperative voiding.

KEY WORDS: advanced intervention; catgut implantation at acupoints; hemorrhoids postoperative pain

(上接第 55 页)

- [15] 朱卉雯, 田静, 李鑫, 等. 中西医结合治疗下肢丹毒常的检测[J]. 中国皮肤性病学杂志, 2014, 28(8): 803-804.
- [16] 姜立媛, 普雄明. 丹毒 53 例肾损害与纤溶凝血系异常[J]. 吉林中医药, 2014, 34(8): 810-812.
- (编辑: 徐建平)

Analysis of the Effect of Coagulation and Inflammation Index of Lower Limb Erysipelas Progress

LI Wenhui¹, ZHENG Yingjie², HUANG Hai¹, MAO Liping¹, HE Wei¹, LIU Guobin¹

(1. Shuguang Hospital Affiliated to Shanghai University of Traditional Chinese Medicine, Shanghai 201203, China;
2. Shandong Weifang Shouguang Skin Disease Prevention and Control Station, Shouguang 262700, China)

ABSTRACT: Objective To explore the relationship between coagulation and inflammation index and erysipelas progress. **Methods** Collecting 58 cases of erysipelas patients (divided into reference group in acute stage 28 cases and chronic stage 30 cases) and 28 cases of healthy patients' clinical data, including inflammation index and coagulation function, and analyzed the results. **Results** On the premise that the baseline data is comparable, there were significant statistical differences between the two groups in CRP, D-dimer, fibrinogen ($P < 0.05$). D-dimer and fibrinogen were higher than the normal range as a risk factor for the occurrence of erysipelas, prothrombin activity as a protective factor erysipelas occurrence. In acute phase and chronic phase group, the white blood cells, neutrophils, fibrinogen decreased, lymphocytes and D-dimer were increased in the chronic phase. **Conclusions** Serum CRP and D-dimer and other coagulation index plays an important role in erysipelas occurrence and development process. We should pay more attention to the coagulation detection in lower limb erysipelas.

KEY WORDS: limb erysipelas; coagulation function; inflammation index