

doi:10.3969/j.issn.1674-4616.2018.04.008

亚甲蓝注射液联合肛门洗剂治疗混合痔 术后疼痛的临床观察

江先胜¹ 安明伟^{2△} 王娜¹ 叶梦琪¹

¹江西中医药大学硕士研究生,南昌 330000

²江西省中医院肛肠科,南昌 330000

混合痔是肛肠科的一种常见病和多发病,痔上、下静脉丛曲张,相互沟通吻合,使内痔部分和外痔部分形成一个整体。本病特点是内痔容易糜烂出血,外痔常常脱出引起疼痛、瘙痒、糜烂等症状^[1],严重者甚至出现贫血、坐卧不适、疼痛难忍,严重影响患者的工作和生活。对于保守治疗后仍然反复出现上述临床症状的混合痔患者,目前临床治疗方式是以手术切除为主,常见手术方式包括混合痔外剥内扎术及其改良手术、吻合器切除术、高频电刀痔切除术、超声刀痔切除术、Ligasure 痔切除术等^[2],但是以上手术方式都无法避免混合痔术后因手术切口引起肛门疼痛的难题。本研究采用亚甲蓝注射液皮下注射联合肛门洗剂治疗混合痔术后疼痛患者,取得较好疗效,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2017 年 10 月—2018 年 3 月江西省中医院肛肠科收治的混合痔患者 120 例,采用随机数字表法分为观察组和对照组,每组 60 例。观察组,其中男 36 例,女 24 例;年龄 18~79 岁,平均年龄(38.33±12.20)岁;对照组,其中男 33 例,女 27 例,年龄 19~82 岁,平均年龄(39.51±11.55)岁。2 组患者一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 纳入及排除标准

纳入标准:①符合《中医肛肠科常见病诊疗指南》^[3]中混合痔相关的诊断标准;②保守治疗后仍然反复出现疼痛、出血、瘙痒、糜烂等临床症状,达到手术指征,要求住院行手术治疗者;③年龄 18~85 岁;④患者及家属同意治疗方案,并签署知情同意书。

排除标准:①有胃肠道溃疡、胃出血病史者;②合并严重心脑血管疾病或糖尿病、血液系统疾病、全身

免疫系统疾病者;③对双氯芬酸钠栓、高锰酸钾溶液或肛门洗剂过敏者;④妊娠或哺乳期患者;⑤依从性差,拒绝本研究治疗方案或中途退出者。

1.3 治疗方法

2 组患者均予以常规混合痔外剥内扎术治疗,术前 8 h 禁食禁水,确认各项检查结果无明显异常,温肥皂水灌肠行肠道准备;患者取侧卧位,常规消毒,蛛网膜下腔麻醉,行混合痔外剥内扎术联合人工扩肛治疗;术后 8 h 严格卧床、禁食禁水,手术当天禁止排便。对照组患者在上述手术治疗基础上,术后每日排便后,予以高锰酸钾外用片(济南康福生制药有限公司,国药准字 H37022233)0.1 g 配制成 1:4 000 溶液(1 片加水 400 mL)熏洗,30 min/次,常规消毒换药后予以双氯芬酸钠栓(湖北东信药业有限公司,国药准字 H10920060)塞入肛门,50 mg/次。观察组患者在上述手术治疗基础上,术中麻醉后予以 1%亚甲蓝注射液(江苏济川制药有限公司,国药准字 H32024827)10 mL 皮下注射,分别从肛周 3、6、9、12 点位朝向肛门呈扇形注射约 2 mL,用无菌敷料按摩肛周皮肤 2~3 min,再行手术治疗;术后每日排便后,采用本院自制肛门洗剂治疗,药物组成为五倍子 15 g,桑寄生 15 g,苦参 15 g,黄柏 10 g,明矾 10 g,芒硝 10 g,荆芥 5 g,白芷 5 g,三七 5 g,玄胡 10 g,赤芍 15 g,红花 10 g;水煎取汁 100 mL 放置盆中,用 2 000 mL 热水混合后先熏蒸肛门,待温度接近皮温后坐浴,前后约 30 min。

1.4 观察指标

①术后疼痛情况:采用视觉模拟评分法(VAS)记录患者术后第 1、2、3、4、5 天的疼痛情况,2 组患者均于每日清晨排便后 1 h 至换药之前进行评分,分值越高,疼痛程度越重;②观察并记录 2 组患者术后追加镇痛药情况,镇痛药追加率=(追加镇痛药例数/总例数)×100%;③观察并记录术后尿潴留发生情况,尿潴留发生率=(尿潴留例数/总例数)×100%。

△通信作者,Corresponding author,E-mail:372027114@qq.com

1.5 统计学处理

采用 SPSS 18.0 软件进行数据处理, 计量资料以均数±标准差($\bar{x}\pm s$)表示, 组间比较采用 t 检验; 计数资料以率(%)表示, 组间比较采用 χ^2 检验; 以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 术后疼痛情况比较

术后第 1、2、3、4、5 天, 2 组患者疼痛 VAS 评分比较, 观察组 VAS 评分明显低于对照组, 差异均有统计

学意义($P < 0.05$)。见表 1。

2.2 术后追加镇痛药情况比较

术后第 1、2、3、4、5 天, 2 组患者追加镇痛药情况比较, 观察组镇痛药追加率明显低于对照组, 差异均有统计学意义($P < 0.05$)。见表 2。

2.3 术后尿潴留发生情况比较

术后第 1、2、3、4、5 天, 2 组患者尿潴留发生情况比较, 观察组尿潴留发生率明显低于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 3。

表 1 2 组患者术后疼痛情况比较($n=60$, 分, $\bar{x}\pm s$)

组别	第 1 天	第 2 天	第 3 天	第 4 天	第 5 天
对照组	3.15±0.63	2.96±0.58	2.58±0.52	2.31±0.55	1.99±0.48
观察组	2.52±0.55 [△]	2.20±0.43 [△]	1.91±0.39 [△]	1.53±0.41 [△]	1.22±0.33 [△]

与对照组比较, $\Delta P < 0.05$

表 2 2 组患者术后追加镇痛药情况比较($n=60$, 例, %)

组别	第 1 天	第 2 天	第 3 天	第 4 天	第 5 天
对照组	46(76.7)	38(63.3)	31(51.7)	19(31.7)	9(15.0)
观察组	15(25.0) [△]	8(13.3) [△]	3(5.0) [△]	0(0.0) [△]	0(0.0) [△]

与对照组比较, $\Delta P < 0.05$

表 3 2 组患者术后尿潴留发生情况比较($n=60$, 例, %)

时间	第 1 天	第 2 天	第 3 天	第 4 天	第 5 天
对照组	9(15.0)	3(5.0)	1(1.7)	0(0.0)	0(0.0)
观察组	3(5.0) [△]	1(1.7) [△]	0(0.0) [△]	0(0.0)	0(0.0)

与对照组比较, $\Delta P < 0.05$

3 讨论

混合痔是一种发生于肛门同一方位齿线上下, 静脉曲张形成团块, 内外相连、无明显分界的疾病。目前混合痔采取的手术方式都难免会在切除外痔时损伤肛周皮肤, 而肛门齿线以下的皮肤由脊神经支配, 疼痛感觉灵敏, 混合痔术后患者表皮神经裸露, 体内炎症因子大量释放, 故患者疼痛剧烈, 严重时甚至会出现尿潴留、肛门术后水肿和情绪烦躁等并发症。

亚甲蓝是一种吩噻嗪类衍生物, 作为长效止痛剂应用于肛肠术后止痛已经有 40 余年^[4], 近些年来在临床上得到广泛应用。大剂量或者高浓度皮下注射易产生局部坏死性脓肿并对末梢神经纤维产生不可逆的损害, 但是临床研究^[5]表明小剂量低浓度使用时可以利用亚甲蓝对神经纤维的亲合力, 对肛周皮下神经纤维产生可逆性损害, 一般亚甲蓝与神经纤维结合后

使其变性, 而变性后的神经纤维功能完全恢复需要 1~2 个月。这也是亚甲蓝皮下注射治疗顽固性肛门湿疹的原理。因为亚甲蓝皮下注射后会产生数小时的烧灼感, 故采用腰麻手术避免这个问题。

中医学认为, 混合痔中外痔形成的病因病机多为湿、热、瘀相互影响, 肛门气血运行不畅, 筋脉阻滞, 日久瘀结不散。手术虽然切除了外痔, 但是术后创面湿邪未除、热毒未清, 血瘀脉络, 不通则痛; 术中肛周组织破坏致使肛门经络、血脉损伤, 气血亏虚, 不荣则痛。肛门洗剂药物组成中, 五倍子性寒, 味酸涩, 收湿敛疮, 清热解毒; 苦参味苦, 性寒, 清热燥湿, 泻火解毒; 两者合为君药。明矾味酸涩, 性寒, 收敛生肌, 解毒燥湿; 芒硝味咸苦, 性寒, 清热泻火, 消肿疗疮; 两者合为臣药。桑寄生味苦甘, 性平, 补肾益气, 治疮毒; 白芨味辛苦, 性微寒, 化瘀止血, 补肺生肌; 荆芥味辛, 性微温, 祛风解表, 透疹消疮; 黄柏味苦, 性寒, 清热燥

湿,泻火解毒。三七、玄胡、赤芍、红花,活血凉血,化瘀止痛。诸药合用,共奏清热解毒、消肿燥湿、止痒止血之效。本研究结果显示,术后第 1、2、3、4、5 天,2 组患者疼痛 VAS 评分比较,观察组 VAS 评分明显低于对照组;2 组患者追加镇痛药情况比较,观察组镇痛药追加率明显低于对照组,差异均有统计学意义,说明观察组的止痛效果显著优于对照组;术后第 1、2、3、4、5 天,2 组患者尿潴留发生情况比较,观察组尿潴留发生率明显低于对照组,差异有统计学意义,说明与对照组比较,观察组可有效降低尿潴留发生率。

综上所述,对于混合痔术后疼痛患者,皮下注射亚甲蓝注射液联合肛门洗剂治疗,可有效加强术后止痛效果,降低尿潴留发生率,值得临床推广应用。

参 考 文 献

- [1] 陆金根. 中西医结合肛肠病学[M]. 北京:中国中医药出版社,2009.
- [2] 丁超,王琛. 混合痔手术治疗的研究进展[J]. 中国当代医药,2017,24(14):12-14.
- [3] 中华中医药学会. 中医肛肠科常见病诊疗指南[M]. 北京:中国中医药出版社,2012.
- [4] 陈丙杰. 复方利多卡因针和亚甲蓝针合用与单用亚甲蓝用于肛肠科术后止痛的对比观察(附 70 例临床分析)[J]. 中国医药指南,2010,8(2):51-52.
- [5] 朱福清. 亚甲蓝针联合利多卡因用于吻合器痔上黏膜环切术后止痛的临床研究[J]. 现代中西医结合杂志,2013,22(13):1414-1415.

(收稿日期:2018-06-17)

欢 迎 订 阅 欢 迎 投 稿