

- 神经源性膀胱研究进展 (J). 江西中医药, 2021, 52(4): 74-77.
- (6) 闵友江, 姚海华, 孙洁, 等. 磁共振评价“三通针法”对脊髓损伤患者脑功能的影响 (J). 中国组织工程研究, 2021, 25(29): 4600-4607.
- (7) 郑焕驰, 李佩泽, 梁峻铨, 等. 电针联合高压氧治疗不完全性脊髓损伤的疗效观察 (J). 上海针灸杂志, 2021, 40(3): 288-293.
- (8) 张红岩. 电针配合温针灸治疗脊髓损伤后尿潴留的效果观察 (J). 中国实用医刊, 2021, 48(2): 111-114.
- (9) 柴亚鹏, 苏张雷. 针灸及中药辨证施治联合手术治疗脊柱骨折伴脊髓损伤的临床效果 (J). 临床医学研究与实践, 2021, 6(14): 145-147.
- (10) 田玉, 张志禹, 张兴, 等. 针灸治疗脊髓损伤机制研究进展 (J). 吉林中医药, 2021, 41(3): 408-410.
- (11) 高潇, 历佳琦, 董施秋, 等. 盘摇针法联合穴位埋针对脊髓损伤患者心理及独立生活能力的影响 (J). 针灸临床杂志, 2021, 37(4): 21-24.
- (12) 潘冉, 王颖. 截瘫三联针法联合等速肌力训练治疗胸腰段脊髓损伤 (J). 中医学报, 2021, 36(8): 1786-1788.

〔文章编号〕 1007-0893(2022)05-0066-04

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2022.05.020

中药熏洗对混合痔术后并发症的效果分析

廖 军 刘 亮

(芦溪市人民医院, 江西 芦溪 337000)

〔摘要〕 **目的:** 探讨混合痔术后应用中药熏洗对缓解术后并发症、促进术后恢复的作用, 并分析其对肛门功能及新生血管形成的影响。**方法:** 抽取芦溪市人民医院 2021 年 7 月至 2021 年 11 月期间收治的混合痔手术患者 50 例为研究对象, 以术后所用不同熏洗方案分为对照组和观察组, 各 25 例。对照组行高锰酸钾熏洗, 观察组行中药熏洗, 观察两组患者术后并发症治疗情况, 记录术后恢复时间, 并观察两组患者术后肛门功能及新血管形成情况。**结果:** 观察组患者熏洗后疼痛评分 (0.56 ± 0.23) 分、水肿评分 (0.41 ± 0.14) 分、出血评分 (0.34 ± 0.11) 分均显著低于对照组的 (1.02 ± 0.58) 分、(0.89 ± 0.37) 分、(0.73 ± 0.34) 分, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。观察组渗血消失时间 (4.66 ± 1.32) d、水肿消失时间 (5.39 ± 1.10) d、疼痛消失时间 (6.04 ± 1.25) d、创口愈合时间 (16.71 ± 2.94) d 显著短于对照组的 (7.64 ± 1.86) d、(8.45 ± 1.46) d、(8.92 ± 1.63) d、(23.72 ± 4.52) d, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。观察组熏洗后肛管静息压 (ARP) (13.04 ± 0.32) kPa、肛管最大收缩压 (AMCP) (12.52 ± 0.38) kPa、直肠静息压 (RRP) (2.36 ± 0.16) kPa 显著低于对照组的 (15.19 ± 0.43) kPa、(13.48 ± 0.52) kPa、(3.01 ± 0.23) kPa, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。观察组熏洗后血管内皮生长因子 (VEGF) (281.29 ± 45.83) $\text{ng} \cdot \text{L}^{-1}$ 、碱性成纤维生长因子 (bFGF) (73.46 ± 18.91) $\text{ng} \cdot \text{L}^{-1}$ 显著高于对照组的 (176.42 ± 30.57) $\text{ng} \cdot \text{L}^{-1}$ 、(61.29 ± 14.05) $\text{ng} \cdot \text{L}^{-1}$, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。**结论:** 混合痔患者术后予以中药熏洗, 可有效改善疼痛、水肿、出血等并发症, 加快术后恢复速度, 且能加快新血管形成, 改善肛门功能。

〔关键词〕 混合痔; 中药熏洗; 高锰酸钾

〔中图分类号〕 R 657.1⁺8 〔文献标识码〕 B

内痔、外痔共处同一位置的静脉丛曲张互相吻合形成的痔疮, 称为混合痔^[1]。随着经济水平的提升, 伏案工作人群不断增多, 久坐、运动不足、饮食不当等已成为人们生活常态, 这导致混合痔患病率不断升高。据不完全统计, 我国混合痔患病率达到 25 %^[2]。混合痔可发生于任何年龄段, 一般症状较轻者采用保守治疗即可,

然而部分患者病情严重, 可见痔块脱垂, 单纯应用保守疗法难以控制, 必须要采取手术治疗。虽然手术效果佳, 绝大部分患者也能取得良好的预后, 但是术后易发生疼痛、水肿等并发症, 这不仅会增加患者痛苦, 也会延长恢复时间, 增加治疗费用, 故术后必须采取一定治疗措施, 尽可能减轻并发症造成的不良影响。笔者针对此类患者

〔收稿日期〕 2022 - 01 - 12

〔作者简介〕 廖军, 男, 主治医师, 主要研究方向是中医肛肠科方面。

尝试予以中药熏洗，取得了较好的成效，现将治疗效果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择芦溪市人民医院 2021 年 7 月至 2021 年 11 月期间收治的 50 例混合痔手术患者为研究对象，以术后所用不同熏洗方案分为对照组和观察组，各 25 例。对照组男性 14 例，女性 11 例；年龄 24 ~ 58 岁，平均 (41.7 ± 15.4) 岁；病程 6 个月 ~ 9 年，平均 (4.2 ± 2.3) 年；观察组男性 15 例，女性 10 例；年龄 23 ~ 59 岁，平均 (42.4 ± 15.8) 岁；病程 6 个月 ~ 10 年，平均 (4.8 ± 2.6) 年。两组患者一般资料比较，差异均无统计学意义 ($P > 0.05$)，具有可比性。

纳入标准：(1) 西医诊断符合《中国痔病诊疗指南 (2020)》^[3] 中混合痔诊断标准；(2) 中医诊断属《中医肛肠科常见病诊疗指南》^[4] 中湿热下注型；(3) 经电子肠镜检查确诊；(4) 患者均知情同意并参与本研究。排除标准：(1) 合并肛窦炎、肛瘘、脱肛等其他肛肠疾病；(2) 合并急慢性感染性疾病；(3) 合并恶性肿瘤；(4) 合并重要器官功能不全；(5) 存在凝血功能障碍；(6) 既往有肛肠手术史。

1.2 方法

1.2.1 手术方法

两组患者手术方法相同，指导患者取膀胱截石位，对肛周皮肤、肛管进行消毒，对局部行浸润麻醉后，置入肛门镜，观察病变状况，用手术钳向外钳夹外痔顶部，充分显露内痔，钳夹内痔基底部，并提两端，于外痔两侧做“V”形切口，由括约肌层剥离至齿线上 0.3 cm 处，结扎内痔基底部，充分止血，修剪创缘皮肤并缝合，填塞油纱布，留置排气管。

1.2.2 术后熏洗方法

1.2.2.1 对照组 取 1:5000 比例的高锰酸钾溶液 (吉林省东盟制药有限公司，国药准字 H22026515)，倒入 1000 mL 热水中，熏蒸后再坐浴，20 min · 次⁻¹，1 次 · d⁻¹。

1.2.2.2 观察组 予以患者中药熏洗，其方药组成为：大黄、艾叶、葛根、五倍子、金银花各 20 g，荆芥、黄柏、马齿苋、蒲公英各 15 g，川芎 9 g，延胡索 30 g。随症加减：伴肛门坠胀者，加陈皮 5 g、青皮 5 g、木香 10 g、当归 15 g；伴便血不止者，加蒲黄炭 10 g、侧柏炭 10 g、仙鹤草 15 g；伴小便短赤者，加泽泻 10 g、赤苓 10 g；伴有湿疹者，加苍术 20 g；伴有腹痛者，加白芍 15 g。取上述药物加 3000 mL 水煎煮，煮沸后文火煎煮 15 ~ 20 min，将药液倒入盆中，让患者蹲于盆上进行熏蒸，待药液温度冷却至 40 ~ 45 °C 后，让患者坐浴，

20 min · 次⁻¹，1 次 · d⁻¹。

1 周为 1 个疗程，两组患者均治疗 2 个疗程。

1.3 观察指标

(1) 并发症评分：参照《临床常见病中医诊疗指南》^[5] 制定混合痔术后并发症积分标准，包括①疼痛：无症状，计为 0 分；疼痛较轻，不影响睡眠及日常活动，计为 1 分；疼痛明显，对睡眠、日常活动有所干扰，计为 2 分；疼痛剧烈，难以耐受，必须要使用镇痛药，计为 3 分。②水肿：无症状，计为 0 分；创面轻度水肿，水肿直径不超过 1 cm，局部皮肤柔软，可见皮纹，计为 1 分；创面皮肤肿胀明显，水肿直径在 1 ~ 2 cm，局部皮肤变硬，部分皮纹消失，计为 2 分；创面肿胀严重，水肿直径超过 2 cm，皮纹完全消失，计为 3 分。③出血：无症状，计为 0 分；大便后，擦时纸上有少量血，计为 1 分；排便时滴血，便后不再流血，计为 2 分；排便时血液喷射而出，便后仍有血液渗出，需对症处理，计为 3 分。(2) 恢复时间：统计两组患者渗血、水肿、疼痛等并发症消失时间及术后创面恢复时间。(3) 肛门功能：采用肛肠压力检测仪 (合肥奥源科技发展有限公司，皖械注准 20172070021，ZGJ-D2 型号) 对患者熏洗前后肛管静息压 (anal canal rest pressure, ACRP)、肛管最大收缩压 (anal maximum contraction pressure, AMCP)、直肠静息压 (rectal resting pressure, RRP) 进行检测。(4) 血管生成因子水平：抽取患者空腹肘静脉血，采用酶联免疫吸附法检测血管内皮生长因子 (vascular endothelial growth factor, VEGF)、碱性成纤维生长因子 (basic fibroblast growth factor, bFGF) 水平。

1.4 统计学方法

采用 SPSS 19.0 统计软件分析数据，计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示，采用 t 检验，计数资料用百分比表示，采用 χ^2 检验， $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者熏洗前后并发症评分比较

熏洗前，两组患者并发症评分比较，差异无统计学意义 ($P > 0.05$)；熏洗后，观察组患者各项并发症评分均明显低于对照组，差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)，见表 1。

表 1 两组患者熏洗前后并发症评分比较 ($n = 25$, $\bar{x} \pm s$, 分)

组别	时间	疼痛	水肿	出血
对照组	熏洗前	1.98 ± 0.95	1.46 ± 0.78	1.26 ± 0.66
	熏洗后	1.02 ± 0.58	0.89 ± 0.37	0.73 ± 0.34
观察组	熏洗前	2.01 ± 0.91	1.49 ± 0.77	1.28 ± 0.65
	熏洗后	0.56 ± 0.23 ^a	0.41 ± 0.14 ^a	0.34 ± 0.11 ^a

注：与对照组熏洗后比较，^a $P < 0.05$ 。

2.2 两组患者症状消失及创面愈合时间比较

观察组患者渗血消失时间、水肿消失时间、疼痛消失时间及创面愈合时间均明显短于对照组，差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)，见表2。

表2 两组患者症状消失及创面愈合时间比较 ($n = 25, \bar{x} \pm s, d$)

组别	渗血消失时间	水肿消失时间	疼痛消失时间	创口愈合时间
对照组	7.64 ± 1.86	8.45 ± 1.46	8.92 ± 1.63	23.72 ± 4.52
观察组	4.66 ± 1.32 ^b	5.39 ± 1.10 ^b	6.04 ± 1.25 ^b	16.71 ± 2.94 ^b

注：与对照组比较，^b $P < 0.05$ 。

2.3 两组患者熏洗前后肛门功能评估指标比较

熏洗前，两组患者肛门功能指标比较，差异无统计学意义 ($P > 0.05$)；熏洗后，观察组患者ARP、AMCP、RRP水平均明显低于对照组，差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)，见表3。

表3 两组患者熏洗前后肛门功能评估指标比较

($n = 25, \bar{x} \pm s, kPa$)

组别	时间	ARP	AMCP	RRP
对照组	熏洗前	17.23 ± 0.62	14.45 ± 0.73	3.94 ± 0.32
	熏洗后	15.19 ± 0.43	13.48 ± 0.52	3.01 ± 0.23
观察组	熏洗前	17.24 ± 0.64	14.47 ± 0.75	3.95 ± 0.33
	熏洗后	13.04 ± 0.32 ^c	12.52 ± 0.38 ^c	2.36 ± 0.16 ^c

注：ARP—肛管静息压；AMCP—肛管最大收缩压；RRP—直肠静息压。

与对照组熏洗后比较，^c $P < 0.05$ 。

2.4 两组患者熏洗前后血管生长因子水平比较

熏洗前，两组患者血管生长因子水平比较，差异无统计学意义 ($P > 0.05$)；熏洗后，观察组患者VEGF、bFGF水平均明显高于对照组，差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)，见表4。

表4 两组患者熏洗前后血管生长因子水平比较

($n = 25, \bar{x} \pm s, ng \cdot L^{-1}$)

组别	时间	VEGF	bFGF
对照组	熏洗前	114.27 ± 21.42	43.49 ± 11.41
	熏洗后	176.42 ± 30.57	61.29 ± 14.05
观察组	熏洗前	114.32 ± 21.39	43.45 ± 11.38
	熏洗后	281.29 ± 45.83 ^d	73.46 ± 18.91 ^d

注：VEGF—血管内皮生长因子；bFGF—碱性成纤维生长因子。

与对照组熏洗后比较，^d $P < 0.05$ 。

3 讨论

混合痔为肛肠科常见病，便血是该病的早期主要症状，病情反复，久之便血严重者易出现贫血，内科保守疗法仅能控制症状，难以根治疾病，待病情发展至晚期，痔块脱垂时需予以手术治疗^[6]。手术在混合痔治疗中的有效性已被广大学者证实^[7]，但肛门解剖结构特殊，肛

周神经较多，且局部组织较薄，手术创伤会引起炎症反应，术后会引起不同程度并发症，若未及时予以有效治疗，可能会引起肛门功能障碍，导致手术失败^[8]。因此，混合痔术后必须要予以并发症有效治疗。

中医学认为，混合痔手术会损伤经脉，致使气血阻塞，或邪毒内壅，湿热流注，致气化失常，血脉瘀阻、气行不畅，则引起水肿、疼痛等不良症状^[9]。熏洗法为中医传统外治法之一，其历史悠久，最早见于古籍《金匱要略》《千金要方》中载有以药物熏洗痔瘻的方法，此后被中医学家不断研习、完善，该治疗方法应用范围也逐渐扩大^[10]。熏洗法能够借助温度作用，改善局部血液循环，促进炎症物质吸收，有利于减轻术后不适症状，且药物通过熏洗可直接经皮肤、创面进入人体内，从而发挥药物作用^[11]。西医多以高锰酸钾治疗为主，虽能发挥一定效果，但稀释度难以准确把握，浓度过高易损伤皮肤，过低则难以充分发挥药效，此外温度过高会使高锰酸钾分解，从而降低治疗效果^[12]。基于此，笔者自拟中药熏洗方进行治疗，其中大黄有泻热攻下、活血消痈之效，艾叶辛温，纯阳之性，有逐寒除湿之效，专治虚寒、湿热之证，荆芥、葛根有退热解肌、止血消疮之功，五倍子、蒲公英可收湿敛疮、解毒止血，马齿苋、金银花有疏风凉血、消炎解毒之效，黄柏可燥湿泻下、除蒸降火，川芎、延胡索有行气消滞、活血镇痛之效；诸药共用，以奏行气祛风、活血除湿、消肿止痛之功。本研究中，观察组治疗后并发症评分明显较对照组低 ($P < 0.05$)，术后恢复时间明显较对照组短 ($P < 0.05$)，证实中药熏洗法更利于预后恢复。

相关研究表明，混合痔术后引起的疼痛、水肿、创面炎症等会影响肛周血液循环，延缓新血管形成时间，不利于创面恢复，且会影响肛门功能恢复^[13]。本研究中，观察组治疗后肛门功能指标及新血管生成因子水平均明显较对照组优 ($P < 0.05$)。分析原因为：黄柏、金银花、荆芥等中药对多种病原菌如葡萄球菌、白色念珠菌等具有抑制、灭杀作用^[14]，肛门直肠与外界连通，熏洗所用中药能经肛门透入内部病灶，能保证细菌灭杀的完全性，从而消除炎症反应；再者，采用中药熏洗病灶，可改善静脉丛血液回流，提高小静脉通透性，有利于改善局部微循环及营养状况，促进血管内皮细胞增殖，诱导新血管生成^[15]；此外，中药熏洗产生的热效应可使局部皮肤温度快速上升，不仅能促进血管扩张，缓解肛周水肿、充血症状，而且其能降低痛觉神经兴奋性，解除肛门肌肉痉挛状态，促进肛门功能恢复。

综上所述，中药熏洗有改善混合痔术后并发症的作用，且有利于新血管生成、肛门功能恢复。

[参考文献]

(1) 张志刚, 邹勇, 王雨来, 等. 中药熏洗坐浴治疗混合痔术后并发症的临床观察 (J). 中国中医急症, 2018, 27(2): 315-317.

(2) 张新燕, 胡明. 中药熏洗辅助治疗对混合痔外剥内扎术疗效及术后并发症影响 (J). 辽宁中医药大学学报, 2017, 19(2): 185-187.

(3) 中国中西医结合学会大肠肛门病专业委员会. 中国痔病诊疗指南 (2020) (J). 结直肠肛门外科, 2020, 26(5): 519-533.

(4) 中华中医药学会. 中医肛肠科常见病诊疗指南 (S). 北京: 中国中医药出版社, 2012.

(5) 潘应明, 姜崇智, 魏翠平, 等. 临床常见病中医诊疗指南 (M). 天津: 天津科学技术出版社, 2013.

(6) 郭丹, 王淑娟. 中药坐浴熏洗对混合痔外剥内扎术后肛门疼痛及肛缘水肿程度的影响 (J). 国际中医中药杂志, 2020, 43(7): 656-659.

(7) 刘洁, 马云云. 中药熏洗联合普济痔疮栓对混合痔术后创面愈合及肛门功能的影响 (J). 现代中西医结合杂志, 2019, 28(16): 62-64, 71.

(8) 蒋荣伟. 促愈汤内服联合消肿止痛方熏洗坐浴对混合痔术后康复的影响 (J). 吉林中医药, 2018, 40(9): 1053-1056.

(9) 陆金根. 中药超声雾化熏洗用于环状混合痔术后疗效观察 (J). 现代中西医结合杂志, 2021, 30(7): 700-704.

(10) 许功宇, 蔡倩倩, 程凯, 等. 解毒生肌汤雾化熏洗与麻仁软胶囊联用治疗混合痔术后疼痛水肿临床研究 (J). 国际中医中药杂志, 2020, 42(8): 754-757.

(11) 刘洁, 马云云. 中药熏洗联合普济痔疮栓对混合痔术后创面愈合及肛门功能的影响 (J). 现代中西医结合杂志, 2019, 28(16): 1764-1766.

(12) 沈莉娟. 中药熏洗治疗联合肛肠科特色护理治疗混合痔术后切口水肿的疗效观察 (J). 重庆医学, 2019, 48(A01): 414-415.

(13) 黄洋, 刘伟志. 解毒生肌汤超声雾化熏洗联合复方地龙胶囊对 III-IV 度环状混合痔 PPH 术后新生血管形成, 肛门功能及临床结局的影响 (J). 现代中西医结合杂志, 2019, 28(9): 945-950, 964.

(14) 刘勇桃, 黄娟, 李扬轶, 等. 加味祛毒汤熏洗结合隔姜灸改善混合痔术后肛门水肿疼痛的效果观察 (J). 四川中医, 2021, 39(9): 156-159.

(15) 查德华, 张玉玲, 汪伟, 等. 凉血地黄汤加减对混合痔术后创面愈合时间的影响及其机制研究 (J). 安徽中医药大学学报, 2020, 39(4): 17-20.

[文章编号] 1007-0893(2022)05-0069-04

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2022.05.021

黄连温胆汤治疗眩晕症疗效评价及对不良反应发生情况的影响

张吉兰 蔡舒慧

(赣州市龙南中医院, 江西 赣州 341000)

[摘要] **目的:** 探讨黄连温胆汤加减治疗眩晕症的疗效及对不良反应发生情况的影响。**方法:** 选取赣州市龙南中医院 2018 年 3 月至 2020 年 6 月期间收治的 70 例眩晕症患者, 对其实施随机分组, 各 35 例。对照组与观察组分别采用常规西药及黄连温胆汤加减方式进行治疗, 观察治疗前及治疗 2 周后患者的眩晕障碍评定量表 (DHI) 评分、生活质量评分、收缩压与舒张压水平的变化情况、临床治疗总有效率情况、不良反应及复发率情况。**结果:** 治疗后两组患者的 DHI 评分均显著降低, 且治疗后观察组的 DHI 评分低于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。观察组患者的治疗总有效率为 94.29%, 高于对照组的 71.42%, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。治疗期间两组患者的不良发生率比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。治疗后两组患者的生活质量评分均提升, 且治疗后观察组的生活质量评分高于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。观察组患者的复发率为 2.86% (1/35), 低于对照组的 25.71% (9/35), 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。治疗后两组患者的收缩压与舒张压水平均降低, 且治疗后观察组的收缩压与舒张压低于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。**结论:** 对眩晕症患者采取黄连温胆汤加减治疗具有良好的效果, 不仅能够降低 DHI 评分与复发率, 提升生活质量评分与治疗总有效率, 有效的降低收缩压与舒张压水平, 且不会增加不良反应发生率。

[收稿日期] 2022-01-05

[作者简介] 张吉兰, 女, 主治中医, 主要从事针康科工作。