

冰片油纱条缓解混合痔术后疼痛的疗效观察^{*}

孙兴伟¹ 苏红波¹ 梁靖华²

(1. 陕西中医药大学 2013 级硕士研究生, 陕西 咸阳 712046; 2. 西安市中医医院, 陕西 西安 710021)

摘要:目的 观察冰片油纱条对混合痔术后止痛的疗效。方法 将混合痔内扎外剥术后 40 例患者随机分为对照组和治疗组, 治疗组给予冰片油纱条填塞包扎, 对照组采用凡士林油纱条填塞包扎。结果 治疗组术后疼痛减轻程度明显优于对照组($P < 0.05$)。结论 冰片油纱条可以有效缓解混合痔术后疼痛。

关键词:冰片; 混合痔; 术后疼痛

中图分类号: R266

文献标识码: A

文章编号: 1672-0571(2016)02-0024-03

DOI: 10.13424/j.cnki.mtem.2016.02.009

肛肠疾病是一种常见病, 其中混合痔又在肛肠疾病中最多见, 其治疗最终多以手术为主。目前的手术方式仍多采用内扎外剥的传统手术疗法。这种术式虽然疗效较好, 但术后疼痛一直是临床上最主要、最难解决的问题, 特别是术后 24 小时内的疼痛。我科改变传统术后填塞凡士林油纱条, 采用冰片油纱条填塞, 使术后疼痛明显减轻。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取西安市中医医院肛肠科 2013 年 9 月~2013 年 11 月间符合纳入标准的 40 例住院病例, 对全部入选的 40 例病例按随机数字表法分为治疗组 20 例、对照组 20 例。治疗组 20 例患者中年龄最小 20 岁, 最大为 64 岁, 平均 (41.03 ± 10.62) 岁; 对照组 20 例患者中年龄最小为 21 岁, 最大为 65 岁, 平均 (42.01 ± 12.26) 岁, 经 t 检验, $t = 0.270$ ($P > 0.05$), 治疗组 20 例患者中男性 8 人, 女性 12 人; 对照组 20 例患者中男性 9 人, 女性 11 人, 经 χ^2 检验, $\chi^2 = 0.102$ ($P > 0.05$), 两组患者在年龄、性别构成方面无显著性差异, 有可比性。

1.2 诊断标准 根据《痔临床诊治指南(2006 年版)》^[1] 中有关混合痔诊断标准: 混合痔是内痔静脉丛和相应部位的外痔静脉丛相互融合, 同时具有内痔、外痔的表现。诊断依据: 便血及肛门部肿物, 可有肛门坠胀、异物感、疼痛不适感, 可伴有局

部分泌物或瘙痒, 肛管内齿线上下同一方位出现肿物。

1.3 纳入标准 ①符合混合痔诊断标准, 且内痔分期为 II-IV 度, 痔核数在 3~4 个, 以求术后创面大小基本类似; ②采用鞍麻及内扎外剥术; ③无手术禁忌症; ④自愿接受并配合治疗。

1.4 排除标准 ①年龄在 18 岁以下或 65 岁以上的患者; ②妊娠及哺乳妇女、对本药过敏者; ③有心脑血管、肝、肾、肺和造血系统疾病、糖尿病及合并其他病症的患者; ④吸毒或滥用镇痛药物者; ⑤精神异常者。

1.5 治疗方法 两组患者均采用鞍麻, 麻醉药均为罗哌卡因注射液, 麻醉部位 L4-5。术式采用内扎外剥术, 即外痔部分剥离并切除部分, 内痔部分从基底处连同剥离的部分外痔一同结扎, 最后修整皮桥, 完全止血后, 治疗组肛内填塞冰片油纱条(中药冰片研粉消毒后与凡士林调合, 制成冰片油纱条), 对照组肛内填塞凡士林油纱条, 纱布加压外敷包扎, 丁字带固定。术后都给予常规抗炎止血治疗, 用药和给药途径均相同。术后疼痛剧烈时可先口服洛芬待因片 1-2 片(每片含布洛芬 0.2g, 磷酸可待因 13mg), 如仍疼痛难忍可肌注盐酸布桂嗪 1 支(2mL)。

1.6 观察指标 采用长海痛尺评估法^[2] 评估术后 4 小时、8 小时、12 小时、24 小时的疼痛程度, 记录其评分值及联合使用其他止痛药的时间和

^{*} 基金项目: 陕西省中医药管理局中医药科研课题(13-LC014)

药量。

1.7 疗效评定标准 参照第 7 次全国肛肠学术会议讨论标准和长海痛尺评估法,拟定疗效评定标准如下:显效:术后创面完全不痛,无疼痛,(0<长海痛尺评估法≤2 分);有效:术后创面轻度疼痛,轻度影响睡眠,(2<长海痛尺评估法≤4 分);无效:术后创面重度疼痛,需服用洛芬待因或肌注盐酸布桂嗪方能止痛,(4<长海痛尺评估法≤10 分);总有效率=(显效例数+有效例数)/总例数×100%。

1.8 统计学方法 运用 SPASS17.0 统计软件,计

数资料用 t 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 F 分析。当 $P<0.05$ 认为差异性有统计学意义。

2 结果

2.1 两组术后疼痛情况比较 两组患者疼痛程度分值经 t 检验,在术后 4 小时、8 小时、12 小时、24 小时均有显著性差异($P<0.05$),见表 1。

2.2 两组术后使用止痛药比较 两组患者在术后使用止痛药方面,经配对 t 检验, $t=2.497$ ($P<0.05$),具有显著性差异,见表 2。

表 1 两组术后疼痛情况比较 ($\bar{x}\pm s$)

组别	<i>n</i>	术后 4 小时	术后 8 小时	术后 12 小时	术后 24 小时
治疗组	20	2.238±0.147	2.901±1.101	3.200±1.347	2.702±1.163
对照组	20	3.011±1.017	4.312±1.254	4.611±1.458	3.524±1.124
<i>T</i>		3.364	3.781	3.179	2.273
<i>P</i>		< 0.01	< 0.001	< 0.01	< 0.05

表 2 两组术后使用止痛药比较 (*n*)

组别		术后 4 小时	术后 8 小时	术后 12 小时	术后 24 小时
洛芬待因(片)	治疗组	0	10	11	0
	对照组	1	16	13	1
盐酸布桂嗪(支)	治疗组	0	0	0	0
	对照组	0	1	3	0

2.3 两组术后止痛疗效 两组患者在术后 24 小时内,4 次长海痛尺评估中,治疗组中最大分值大于 4 分并且口服洛芬待因片的有 5 例,其总有效率为 75.0%,对照组中最大分值大于 4 分并且口服洛芬待因片或肌注盐酸布桂嗪注射液的有 12 例,其总有效率为 40.0%,两组间有显著性差异($2=5.013$ $P<0.05$),见表 3。

表 3 两组术后止痛疗效

组别	<i>n</i>	显效	有效	无效	总有效率(%)
治疗组	20	4	11	5	75.00
对照组	20	1	7	12	40.00

3 讨论

中医认为疼痛的主要病因病机是局部气血凝滞,不通则痛^[3]。因为手术中的切割和结扎,直接损伤皮肉、络脉、经脉,使局部经脉、络脉之气被隔绝,气滞则血不行,气血俱滞,经络不通,不通则痛。混合痔内扎外剥术后的创面可分为两部分,以齿线为界,齿线上的肛垫区,属于内脏神经支配,无痛觉,齿线下的肛管及肛周组织,属于脊神经支配,痛感敏锐,故其外痔的创面及术后的炎症

反应可产生强烈的痛感。疼痛形成的神经传导基本过程可分为 4 个环节:①伤害感受器^[4]的痛觉传导;②一级传入纤维、脊髓背角、脊髓丘脑束等上行束的痛觉传递;③皮层和边缘系统的痛觉整合及下行控制;④神经介质的痛觉调控。理论上讲,阻断任何环节都可使疼痛减轻或消失。

目前常用的三类止痛药物中:非甾体类止痛药有损伤胃粘膜,引起腐蚀性胃炎或胃出血的副作用;中枢止痛药常有出汗、眩晕、恶心、呕吐等副作用,麻醉性止痛药常会引起尿潴留、肛门部感觉异常等情况。另外,某些止痛药物如亚甲还会导致创面延缓愈合。冰片为龙脑香科植物龙脑香树脂加工品,或龙脑香树的树干、树枝切碎,经蒸馏冷却而得的结晶。药性辛、苦,微寒。归心、脾、肺经。具有开窍醒神、清热止痛的功效^[5]。现代研究表明冰片具有抗炎止痛,抗病毒及抗菌的作用,并能促进药物吸收,提高血管壁通透性,延长药物作用时间,从而提高药物疗效^[6]。近年来研究较多的是冰片的促吸收作用。有研究证明可促进药物通过皮肤、血脑屏障,加强小肠和鼻腔药物吸

收。冰片的抗炎止痛作用多在含冰片的复方中研究,单味冰片的止痛作用研究较少。侯桂芝等^[7]将豚鼠用激光造成烧伤动物模型,分别外用冰片、京万红、生理盐水,结果发现冰片组动物痛阈值较对照组和京万红组分别高 6.24 和 2.78 倍。血管反应、水肿及炎性反应均较其他两组为轻。提示冰片有良好的抗炎及镇痛效果。赵雨千等^[8]通过冰片外用对大鼠后肢穿刺伤急性疼痛的抑制作用的研究发现:冰片外用于损伤部位,通过抑制损伤处伤害性感受器的传入信号对外伤后引发的急性疼痛产生抑制作用,提示冰片可能对疼痛传导的第一个环节有干预作用,能够减少损伤组织处伤害性感受器传入脊髓的伤害性刺激信号。

中医学认为冰片具有开窍醒神,清热止痛的作用,现代医学研究也证明冰片有抗菌、消炎、止痛、促进药物吸收等作用,与中医学观点类似。本研究通过临床对比观察发现,在混合痔内扎外剥术后填塞冰片油纱条较凡士林油纱条,能明显减轻术后 24 小时内的疼痛程度、减少服用止痛药物。同时冰片缓慢气化产生的冰凉感,可以很好缓解术后的灼烧感。本方法用药制作简单,操作方便,

效果显著,供同道参考。

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] 陆小英,赵存凤,张婷婷,等. “长海痛尺”在疼痛评估中的应用[J]. 解放军护理杂志,2003,20(4):6-7.
[3] 符春平. 痔疮坐治疗血栓及外痔临床观察[J]. 陕西中医学院学报,2015,38(1):57-58.
[4] 陈军. 哺乳动物外周皮肤温热冷感受器的分子生物学基础[J]. 神经解剖学杂志,2004,20(2):186-190.
[5] 高学敏. 中药学[M]. 北京:中国中医药出版社,2002:489.
[6] 郭珊珊,余玲,陈巧玲. 冰片药效学研究进展[J]. 中国现代中药,2008,10(6):6-7.
[7] 侯桂芝,廖仁德,孟如松. 冰片对激光烧伤创面的镇痛及抗炎作用[J]. 中国药理学杂志,1995,20(9):532-534.
[8] 赵雨千,吕小星,赵聪颖,等. 冰片外用对大鼠后肢穿刺伤急性疼痛的抑制作用[J]. 华北国防医药,2010,22(6):509-511.

(收稿日期:2015-06-08 编辑:杨芳艳)

(上接第 23 页)

[3] 林庆,李松,刘建蒙,等. 我国六省区小儿脑性瘫痪患病率及临床类型的调查分析[J]. 中华儿科杂志,2001,39(10):613-615.
[4] 卢庆春. 脑性瘫痪的现代诊断与治疗[M]. 北京:华夏出版,2000:245-269.
[5] 刘振寰,钱旭光,刘冬雪. 小儿脑性瘫痪脑血流动力学的研究[J]. 中西医结合心脑血管病杂志,2005,3(8):677-679.
[6] 中国康复医学会儿童康复专业委员会,中国残疾人康复协会小儿脑瘫康复专业委员会. 小儿脑性瘫痪的定义、分型和诊断条件[J]. 中华物理医学与康复杂志,2007,29(5):309-310.
[7] 刘振寰. 小儿脑瘫家庭康复[M]. 2 版. 香港:香港医药出版,2005:112-119.
[8] 刘建军,胡莹媛. 42 例痉挛型脑瘫患儿的步态分析[J]. 中国康复理论与实践,2001,7(4):166-168.
[9] 周宾宾. 脊柱骨盆均衡手法治疗多间隙腰椎间盘突出症 11 例[J]. 广西中医学院学报,1996,2(1):12.
[10] 任月林,任旭飞. 针刀治疗痉挛性疾病[C]. 中华中医药学会针刀医学分会 2008 年学术会议,2008:269

-270.

[11] 任月林,任旭飞,周学龙,等. 脑瘫针刀微创治疗与康复[M]. 北京:人民卫生出版社,2013:4-8.
[12] 林华. 核心力量训练原理初探[J]. 山东体育学院学报,2008,8(2):66-68.
[13] 秦油河. 脊柱肌力平衡术矫正儿童麻痹性腰椎侧凸[J]. 医学康复,1992,9(1):6-8.
[14] 许建阳,门镇,王藏,等. 针刺合谷穴后效应的脑功能成像研究[J]. 上海针灸杂志,2005,24(10):33-35.
[15] 杨颖,李润洁,曹春京. Bobath 联合郝氏手法对脑瘫患儿运动功能的影响[J]. 中国医疗前沿,2008,3(21):36-38.
[16] 李维汉,张跃云,陈军,等. 肌力平衡术治疗先天性马蹄内翻足远期疗效评价[J]. 医学临床研究,2008,25(5):873-875.
[17] 韦以宗. 中医整脊科正脊调曲法操作规范化研究简述[J]. 世界中医骨科杂志,2006,11(1):9-12.
[18] 赵永智. 芒针与火针治疗脑卒中后足内翻随机平行对照研究[J]. 实用中医内科杂志,2014,29(4):134-136.

(收稿日期:2015-05-09 编辑:王益平)