

复方黄柏涂液联合痔上黏膜环切钉合术 (PPH) 对混合痔术后切口肿痛的影响

段向阳

(安平网都医院 053600)

Anping Net Hospital

摘要: 目的: 观察不同治疗方案治疗混合痔患者术后切口肿痛的效果。方法: 将 2021.4~2023.2 直肠黏膜环切钉合术 (PPH) 76 病患分成参照、试验组, 各 38 例, 术后分别采用生理盐水、复方黄柏涂液连续坐浴治疗 7d, 观察各组患者术后疗效指标, 在组间做比较分析。结果: 结合 VAS 量表评估结果, I、III 级疼痛分级人数占比分别是 52.63%、10.53%, 参照组为 31.58%、39.47%, 数据均有统计学意义 (X^2 分别为 4.257、5.294, P 分别等于 0.034、0.029 均 < 0.05)。术后第 7d 时各组病患血清炎症因子 (CRP、IL-6 以及 $TNF-\alpha$) 水平都低于术后第 1d, 第 7d 时试验组以上三项指标检测值低于参照组 ($P < 0.05$)。术后第 4d、7d 时试验组患者肛缘水肿评分分别是 (1.29 \pm 0.29) 分、(0.63 \pm 0.14) 分, 均低于参照组 (2.13 \pm 0.22) 分、(0.98 \pm 0.22) 分, 有统计学意义 (t 分别为 6.954、4.251, P 值依次是 0.000、0.021 均 < 0.05)。结论: 临床对于混合痔患者, 建议其 PPH 术后联合使用复方黄柏涂液, 效果确切, 值得推广。

关键词: 混合痔; 痔上黏膜环切钉合术; 复方黄柏涂液; 切口肿痛; 效果观察

混合痔是肛肠科临床上常见疾病之一, 患者普遍会出现肛门肿块脱出的表现, 还可能并发肛门疼痛、便血、瘙痒等症状。因为工作久坐、饮食及作息不规律等, 近些年混合痔的发病率不断增长, 混合痔患者占有痔疮患者的 22.8%, 青壮年发病率较高, 女性患病率高于男性, 摄入辛辣食物、饮酒后病情易发作。PPH 是当前临床治疗混合痔的常用外科技术, 其不仅能切除掉整个痔核, 还能上移前期发生下移的肛垫并进行有效固定, 治疗脱垂显著的重度环状混合痔更能取得理想效果。但是 PPH 手术治疗过程中可能会损伤局部组织、神经等, 使患者身心承受较大的痛苦, 影响病情康复, 故而术后选用适宜的药物进行辅助治疗有很大的现实意义。PPH 术后混合痔患者采用复方黄柏涂液进行药液熏洗坐浴治疗, 有助于改善肛周局部微循环, 收敛创面, 减轻肿痛程度, 减轻病患的精神及经济压力。本文纳入 76 例患者资料, 分组对比以证实 PPH 术后联合复方黄柏涂液治疗的有效性, 现做出如下报道分析:

1 资料与方法

1.1 一般资料

抽取 76 例混合痔患者病历资料进行分析, 收治时间 2021.4~2023.2。纳入标准: ①混合痔均符合中西医诊断标准^[1], 检查后确诊; ②年龄 18~65 周岁; ③三大常规、心电图、凝血筛查等常规检查结果均处于正常区间中; ④既往无肛门手术史; ⑤无先天性肛门形态及功能异常; ⑥患者意识清晰, 能配合医护人员做出的指令, 在知情同意书上签字。排除标准: ①有其他影响疗效判断的直肠疾病; ②肛门、直肠位置发生器质性病变者; ③合并恶性肿瘤者; ④严重精神病家族史者; ⑤同时参与其他临床试验研究或拒绝配合者等。将以上入选患者等分成两组, 各 38 例, 每组情况如下:

参照组: (男/女, 例): 17/19; 年龄范围 21~63 岁不等, 平均 (43.14 \pm 4.09) 岁; 病程区间 0.8~24 年, 均值 (15.20 \pm 1.04) 年。

试验组: (男/女, 例): 15/21; 年龄 22~65 岁, 中位年龄 (44.59 \pm 4.17) 岁; 病程 0.7~26 年, 均值 (15.44 \pm 1.23) 年。

对比分析以上两组基线资料 ($P > 0.05$), 可比。本次研究符合《赫尔辛基宣言》。

1.2 方法

两组患者均由同一手术团队进行 PPH 治疗。术前灌肠, 小剂量腰麻, 截石位, 术区进行常规消毒铺巾, 成功扩肛以后观察痔核状态。在病患齿状线上大概 3 cm 截石位 3 点部位用 2~0 可吸收线处理, 环形荷包缝合直肠黏膜下层, 当观察缝合到 9 点处时配合使

用 1 根 7 号丝线予以牵拉, 将吻合器头端稳妥地安置在环形荷包缝合之上, 由吻合器下段侧孔轻轻地牵拉环形荷包缝合线以及 9 点位丝线, 拧紧吻合器, 当观察到吻合器指针抵达绿色区域以后激发吻合器, 连续固定 30s, 随后通过旋转放松吻合器, 缓缓退离肛管。仔细观察吻合口是否出血, 电凝止血。拆下肛管扩张器的固定线, 安全取出肛管扩张器, 检查评估切下黏膜环完整程度, 对切口进行常规消毒。指导参照组患者术后每天用 500 mL 温水 (水温 45°C) + 50mL 生理盐水坐浴治疗, 25min/次, 2 次/d。试验组病患术后坐浴治疗时按 1:10 比例把复方黄柏涂液倒进熏洗盆内, 25min/次, 2 次/d。各组患者术后均连续治疗 1 周。

1.3 观察指标

(1) 肛门切口疼痛: 视觉模拟评分 (VAS) 量表^[2]进行测评, I 级评分 0~3 分, II 级为 4~6 分, III 级评分范围 7~10 分。

(2) 血清炎症因子: C 反应蛋白 (CRP)、白介素-6 (IL-6) 及肿瘤坏死因子 α ($TNF-\alpha$)。

(3) 肛缘水肿: 按照肛缘水肿程度分级标准分成无、轻、中、重度 4 个等级^[3], 对应评分 0、1、2、3 分, 其中无水肿记为 0 分; 轻度、中度、重度水肿时肛缘水肿面积分别 $< 1/4$ 肛周、 $< 1/2$ 肛周、 $> 1/2$ 肛周。

1.4 统计学处理

SPSS26.0 软件处理数据, 炎症因子水平、肛缘水肿评分均用 ($\bar{x} \pm s$) 表示, t 检验; 肛门切口疼痛各分级人数占比用 % 表示计数资料, X^2 计算。检验水准: $P < 0.05$ 。

2 结果

2.1 术后肛门切口疼痛

术后第 7d 时, 试验组内 I 级疼痛分级患者占有率高于参照组, III 级占有率低于参照组, 有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 1。

表 1 两组患者术后 7d 时肛门切口疼痛的比较 [n, (%)]

组别 (n)	I 级	II 级	III 级
试验组 (38)	20 (52.63)	14 (36.84)	4 (10.53)
参照组 (38)	12 (31.58)	11 (28.95)	15 (39.47)
X^2	4.257	1.254	5.294
P	0.034	0.065	0.029

2.2 血清炎症因子

术前 1d 时, 两组患者 CRP、IL-6 以及 $TNF-\alpha$ 三项指标检测值相近, 即数据不存在统计学意义 ($P > 0.05$); 术后第 7d 检测发现

各组患者以上指标值均低于术前 1d, 实验组更低于参照组 ($P < 0.05$)。见表 2。

表 2 两组患者术前 1d、术后 7d 时血清炎症因子检测情况 ($\bar{x} \pm s$)

时间	组别 (n)	CRP ($\mu\text{g/L}$)	TNF- α (ng/L)	IL-6 (ng/L)
术前 1d	试验组 (38)	42.14 \pm 6.25	125.32 \pm 10.29	103.29 \pm 10.39
	参照组 (38)	41.65 \pm 7.02	124.26 \pm 11.04	105.14 \pm 9.52
t	/	0.857	0.784	0.959
P	/	0.087	0.091	0.084
术后第 7d	试验组 (38)	9.59 \pm 1.52	100.21 \pm 8.14	80.17 \pm 7.26
	参照组 (38)	16.74 \pm 2.21	112.32 \pm 10.26	101.29 \pm 10.02
t	/	5.241	6.041	9.241
P	/	0.004	0.000	0.000

2.3 肛缘水肿

术后第 1d 时评估发现组间病患肛缘水肿评分大小基本相近, 未见明显差异 ($P > 0.05$); 术后第 4d、7d 时各组患者肛缘水肿评分均降低, 试验组更低于参照组, 数据差异达到了显著性水平 ($P < 0.05$)。见表 3。

表 3 两组患者术后肛缘水肿评分的对比 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别 (n)	术后第 1d	术后第 4d	术后第 7d
试验组 (38)	2.14 \pm 0.39	1.29 \pm 0.29	0.63 \pm 0.14
参照组 (38)	2.12 \pm 0.35	2.13 \pm 0.22	0.98 \pm 0.22
t	0.857	6.954	4.251
P	0.096	0.000	0.021

3 讨论

临床上, 混合痔的发病率相对较高, 并且伴随年龄的增长本病的患病率体现出不断增加的态势。当前, 临床治疗痔疮疾病的手术方法较多, 以自动痔疮套扎术、外剥内扎术和 PPH

术等较为常见。PPH 术主要适用于 III-IV 度内痔及保守治疗失败的 II 度内痔或者环状痔, PPH 术治疗混合痔的优势主要体现在如下几点^[4]: 一是有效断离了直肠末端的动静脉终末位置的吻合分支, 复原了肛管、直肠的正常生理解剖结构状态, 剔除了诱发痔的根源; 二是阻断了痔的血供渠道, 诱导残余的外痔逐渐因缺血而发生萎缩; 三是不会产生皮肤切口或者创面, 创伤性较轻微等。当前 PPH 术在混合痔疾病临床治疗领域已经得到了广泛应用。

创缘水肿疼痛是混合痔患者 PPH 术后的一种常见并发症, 有资料记载混合痔患者术后水肿发生率 10%~40%, 主要体现为术后在主客观多种因素作用下造成肛周创缘皮肤出现不同程度的隆起、充血、肿胀、疼痛等症状, 术后切口肿痛影响痔的整体治疗效果, 延长创面愈合时间, 使患者产生较大的精神负担, 医疗支出相应增加, 降低患者对手术疗效的满意度, 很可能引起医患矛盾、医疗纠纷等。生理盐水坐浴这种传统治疗方法尽管能促进术后切口恢复进程, 但不能显著缓解患者切口肿痛症状。而近些年中医学对肛门疾病的研究不断深度化, 陆续研发出很多中医疗法治疗肛肠疾病。祖国中医指出^[5], 肛肠疾病病位属下焦, 肠道湿热下注是导致混合痔患者 PPH 术后发生切口水肿疼痛的主要原因, 热毒未净蕴结成创面, 外加术后瘀血阻滞脉络, 气血不顺畅, 不通则痛而导致的。所

以中医提倡采用活血化瘀止痛、清热解毒祛湿二种方法治疗本病症。中药熏洗坐浴是一种常用的中医外治疗法, 其能促使药液内有效成分直接接触病变位置进而充分发挥自身的药效, 药液的热度有缓解局部肌肉痉挛、改善血液循环等功用, 这也是其在肛肠疾病临床治疗领域内广泛应用的主要原因。在本次研究中, 术后连续治疗 1 周后, 试验组内 VAS 量表 I、III 级疼痛分级人数占比依次是 52.63%、10.53%, 参照组为 31.58%、39.47%; 术后第 4d、7d 时试验组肛缘水肿评分分别是 (1.29 \pm 0.29) 分、(0.63 \pm 0.14) 分, 均低于参照组 (2.13 \pm 0.22) 分、(0.98 \pm 0.22) 分, 以上组间数据差异显著, 有统计学意义, 提示试验组患者治疗后切口肿痛症状改善效果更好。复方黄柏涂液是经常用于治疗各种感染性伤口、创面以及处理外科感染问题的中药制剂, 是一种外用水剂, 不会粘连伤口, 能够减轻患者换药时的疼痛感, 十分接近健康机体的内环境, 吸收快速, 作用较强, 经皮吸收后生物利用度处于较高水平, 能够在较短时间内消除伤口诱发的局部感染相关症状。本方剂主要由连翘、黄柏、金银花、蒲公英等构成, 历经缜密的中药炮制、提炼工艺加工制得。连翘性苦、寒, 主要入心经, 功效以消肿散结、清热解毒为主; 黄柏是一种常用的中药清热药, 归肾、膀胱经, 有清热燥湿的功能, 特别善于清除下焦湿热, 在清热燥湿、泻火解毒等方面均体现出良好效能, 是治疗湿热带下、湿热黄疸等相关病症的常用药, 现代药理学表明其还具备抗病原微生物、抗炎、抗变态反应、降压等作用; 金银花, 性甘、寒, 具有清热解毒、消炎退肿等功效; 蒲公英味苦, 甘, 性寒, 功效较多, 比如清热解毒、除湿利尿、消炎抗菌等。现有药理学研究已经证实, 复方黄柏涂液对炎症反应能产生明显的抑制作用, 且还能促进肉芽组织的快速生长过程, 进而发挥促进伤口早日结痂、缩短创面愈合时间等作用^[6]。在本次研究中, 术后连续治疗 7d 后实验组病患血清 CRP、IL-6 以及 TNF- α 水平均低于参照组, 据此可以推测复方黄柏涂液减轻混合痔患者术后切口肿痛的作用机制可能是改善了创面的病理性炎症环境, 调控促炎因子的表达水平, 进而促进创面快速愈合及减轻肿痛症状。

总之, 临床对于混合痔患者, 建议其 PPH 术后联合使用复方黄柏涂液, 有助于控制创面炎症反应, 减轻肛缘水肿程度, 缓解患者主观疼痛感, 值得推广。

参考文献:

- [1]刘晓标,倪伟,周莉莉.复方黄柏涂液联合痔上黏膜环切钉合术对混合痔术后切口肿痛的影响[J].长春中医药大学学报,2022,38(04):421-423.
 - [2]邱宏亮,梅永光,胡挺挺.扶正止痛消肿方联合地奥司明片治疗混合痔术后肛周肿痛的临床观察[J].中国中医药科技,2021,28(04):656-658.
 - [3]黄思佳.复方洗痔肿痛汤治疗湿热下注型环状混合痔术后并发症的临床疗效观察[D].福建中医药大学,2021.
 - [4]赵莉,温付东,黄洪涛,等.四妙勇安汤加减熏洗坐浴治疗混合痔术后肿痛 30 例疗效观察[J].中国肛肠病杂志,2019,39(06):64-65.
 - [5]郑凌艳.消肿止痛方治疗混合痔术后肛肛门肿痛 30 例临床观察[J].中国民族民间医药,2019,28(03):78-80.
 - [6]张坤.复方黄柏涂液对大鼠感染性创面表皮干细胞表达的影响及干预机制研究[D].山东:山东中医药大学,2014:26-53.
- 作者简介:姓名:段向阳,性别:男,出生年月日:1981-10-11,籍贯:河北省深州市,职称:副主任中医师,学历:大学本科,毕业院校:河北医科大学,研究方向:中医外科(肛肠为主)。