

· 临床报道 ·

术芍除湿活血方治疗混合痔术后疼痛与水肿 100 例

宋立峰 赵占强 孙海芳 郭兴芳 李志斌 肖永国 郑晓春 王玲玲

【摘要】 目的 观察术芍除湿活血方治疗痔术后疼痛与水肿的临床疗效,探讨术芍除湿活血方治疗混合痔术后疼痛、水肿的临床应用价值。**方法** 将 200 例混合痔术后出现疼痛、水肿的患者随机分为两组,其中,治疗组 100 例采用术芍除湿活血汤熏洗坐浴治疗,对照组采用 1:5000 的高锰酸钾溶液熏洗坐浴,14 天为一个疗程,观察肛门疼痛、创缘水肿的变化情况。**结果** 治疗组症状的改善优于对照组($P<0.05$)。**结论** 术芍除湿活血汤治疗混合痔术后,能够有效改善肛门疼痛、肛缘水肿等症状,且无明显不良反应,值得临床推广应用。

【关键词】 术芍除湿活血汤方; 痔术后; 肛周疼痛; 肛缘水肿; 中药熏洗

【中图分类号】 R266 **【文献标识码】** A doi:10.3969/j.issn.1674-1749.2015.12.026

混合痔是常见的肛肠疾病,以便时肛内肿物脱出、出血或疼痛为主要临床症状,手术是治疗混合痔的主要方法之一,目前以外剥内扎术应用最为广泛。但是术后由于组织损伤易导致血液、淋巴循环障碍,或局部血管通透性增加,组织液滞留,从而造成局部创面疼痛、水肿。笔者通过长期临床观察,采用清热除湿、活血消肿止痛的术芍除湿活血方外用熏洗治疗痔术后肛周疼痛、肛缘水肿,能够有效改善症状,且无明显不良反应,具有良好的临床效果,现将其总结报告如下。

1 对象与方法

1.1 对象

全部 200 例病例均来自于邯郸市中医院肛肠科 2014 年 1 月至 2015 年 10 月间的混合痔住院手术病人,且术后出现疼痛水肿者。手术方式均采用混合痔外剥内扎术。将此 200 名患者随机数字表法分为治疗组 and 对照组各 100 例,其中治疗组包括男 46 例,女 54 例,年龄 19~58 岁,平均年龄(32.13±2.9)岁;对照组包括男 58 例,女 42 例,年龄 22~68 岁,平均年龄(35.40±1.8)岁。本实验遵循医学伦理基本原则,且受试对象或其亲属均签署了知情同意书。

1.2 纳入标准及排除标准

纳入标准:(1)混合痔(内痔Ⅲ期)诊断符合《痔临床诊治指南(2006 版)》中的有关标准;(2)年龄 18~65 岁,性别不限;(3)常规混合痔内扎外剥术后;(4)既往无痔手术史,

肛门形态和功能无异常;(5)签署知情同意书。全部符合以上标准者纳入本研究。

排除标准:(1)合并有肛瘘、肛裂、肛周脓肿、肛周湿疹、直肠息肉、肛乳头瘤等其他肛门疾病者;(2)合并有慢性腹泻等胃肠道感染者;(3)合并有心血管、肝、肾、造血系统、消化道等严重原发疾病以及糖尿病患者;(4)经期或妊娠期妇女,以及过敏体质、精神病患者;(5)未按规定用药,无法判断疗效或资料不全等影响疗效评价者。患者有以上一条者剔除。

1.3 诊断与疗效标准

诊断标准:混合痔的诊断标准参照中华医学会肛肠分会制定的《痔临床诊治指南(2006 版)》^[1]中的有关标准:(1)内痔:便时出血、伴有肛内肿物脱出,并发嵌顿、绞窄、血栓以及排便困难;(2)外痔:肛门软组织团块,伴肛门疼痛、不适、异物感、潮湿瘙痒等;(3)混合痔:兼具内外痔的临床特点。

痔术后水肿的诊断标准参考《中西医临床肛肠病学(1996 版)》^[2]中的标准制定:(1)痔术后切口周围水肿,皮色正常或微红;(2)以肛门肿痛为主症;(3)专科检查排除血栓及切口感染。

疗效标准:水肿的测评标准参照 1975 年全国肛肠外科会议(河北衡水)制定的标准并结合临床制定:0 分:创面边缘皮肤柔软无异常凸起;1 分:创面边缘皮肤凸起,占肛周 1/4 圈;2 分:创面边缘皮肤凸起,占肛周>1/4 圈,但<1/2 圈;3 分:创面边缘皮肤凸起,占肛周>1/2。

疗效评估标准:治愈:治疗 1 疗程后无肛缘水肿症状;显效:治疗 1 疗程后积分减少≥70%;有效:积分减少≥30%;无效:积分减少<30%。

疼痛的测评标准参考视觉模拟评分法(VAS)^[3]:0 分:完全无痛;1~3 分:有疼痛的感觉,但尚可承受;4~6 分:有明显疼痛,影响睡眠;7~10 分:剧烈疼痛,无法忍受。疼痛疗效评价参考《中华人民共和国中医药行业标准·中医肛

作者单位:056001 邯郸市中医院肛肠科(宋立峰、赵占强、孙海芳、郭兴芳、李志斌),科教科(郑晓春),老年病科(王玲玲);河北省涉县偏店乡卫生院内科(肖永国)

作者简介:宋立峰(1975-),本科,副主任中医师。研究方向:中医肛肠病的临床研究。E-mail:15128005887@163.com

通讯作者:王玲玲(1971-),女,本科,主任中医师。研究方向:中医老年病的临床研究。E-mail:Wanglingling1971@163.com

肠病证诊断疗效标准》^[4],拟标准如下:治愈:1 疗程后肛门疼痛症状消失,相当于 VAS 评分法 0 分;显效:1 疗程后症状明显减轻,相当于 VAS 评分 1~3 分;有效:1 疗程后症状有所减轻,相当于 VAS 评分 4~7 分;无效:1 疗程后肛周疼痛症状无缓解或加重,相当于 VAS 评分法 8~10 分。

1.4 治疗方法

两组病例均采用混合痔外剥内扎术治疗,术后开始连续静滴抗生素 7 天,治疗给予术芍除湿活血汤熏洗坐浴,每天早晚 1 次。药物组成:苍术 30 g、黄柏 15 g、赤芍 10 g、丹皮 10 g、大黄 10 g、当归 15 g、野菊花 15 g、芒硝 60 g、地榆 30 g、白蔹 15 g、红花 10 g、川草乌⁶ 10 g。于本院煎药室煎制。药物水煎 400 mL,分为 2 袋,每次用 35~40℃ 温水将 200 mL 药液加至 1500 mL,便后坐浴 15~30 分钟,早晚各 1 次。对照组采用 1:5000 的高锰酸钾溶液 1500 mL 熏洗坐浴 15~30 分钟,每天早晚 1 次。治疗以 14 天为一个疗程,一个疗程后比较疗效。

1.5 统计方法

采用统计软件 SPSS 17.0 对所记录的数据进行统计处理,肛缘水肿评分、肛周疼痛评分、疼痛消失时间为正态分布,用均数±标准差($\bar{x}\pm s$)表示;经方差分析,两评分方差齐,两组间比较采用 *t* 检验。临床疗效比较为计数资料,采用 χ^2 检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 肛缘水肿评分比较

两组混合痔术后患者肛缘水肿情况在治疗前差异无统计学意义($P>0.05$),两组资料具有可比性;治疗后治疗组肛缘水肿评分低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 1。

表 1 混合痔术后患者治疗前后肛缘水肿评分($\bar{x}\pm s$)

分组	例数	治疗前	治疗后
对照组	79	2.79±0.43	1.00±0.33
治疗组	79	2.82±0.28	0.39±0.46

2.2 肛周疼痛评分比较

两组混合痔术后患者肛周疼痛在治疗前差异无统计学意义($P>0.05$),两组资料具有可比性;治疗后治疗组肛周疼痛评分低于对照组,差异具有统计学意义($P<0.05$)。见表 2。

表 2 混合痔术后患者治疗前后肛周疼痛评分($\bar{x}\pm s$)

分组	例数	治疗前	治疗后
对照组	100	8.33±0.74	2.11±0.33
治疗组	100	8.94±0.49	0.85±0.55

2.3 肛周疼痛消失时间比较

治疗组治疗后肛周疼痛消失的平均时间为

(5.62±2.47)天,对照组肛周疼痛消失的平均时间为(7.75±2.59)天,治疗组肛周疼痛消失的平均时间短于对照组,经统计学分析, $P<0.05$ 差异有统计学意义。

2.4 混合痔术后患者疗效比较

比较两组混合痔术后患者的疗效,治疗组的肛缘水肿和肛周疼痛的有效率均高于对照组,经 χ^2 检验差异有统计学意义,见表 3。

表 3 两组混合痔术后患者疗效比较

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	有效率
治疗组						
肛缘水肿	79	34	32	10	3	96.2%
肛周疼痛	100	48	42	6	4	96.0%
对照组						
肛缘水肿	79	13	24	26	16	79.7%
肛周疼痛	100	28	20	37	15	85.0%

2.5 安全性评价

两组在治疗过程中均未出现瘙痒、灼痛、斑疹、皮肤过敏等不良反应,所有患者在治疗后评估血常规、尿常规、肝肾功能等检查均未发现异常。

3 讨论

混合痔常用治法内剥外扎术,为金刃刀创,术后常常会引起肛周疼痛、水肿等并发症^[5]。中医认为,气运不调,脉络不畅,血脉瘀滞乃是痔术后肛周疼痛的主要病因之一。《医学传心录》中云:“痔疾者,湿热之气所主也,如树生菌物,必因湿热而生。”因此,湿邪留滞,蕴久化热亦可导致痔术后疼痛的发生。《素问·阴阳应象大论》曰:“气伤痛,形伤肿。故先痛而后肿者,气伤形也;先肿而后痛者,形伤气也。”而痔疮手术因其局部血络受损、气血瘀滞,或手术伤及正气、气血两虚,或湿热未除、热毒留滞,故其治疗当以清热利湿、理气活血为主,兼以益气养血为辅。

中药熏洗法是中医外治法的常用方法之一,是指先采用药液蒸汽熏蒸患处,待药液温度降低到患者可耐受的程度后,再对患处使用浸浴或擦洗的方法。中药熏洗疗法在肛肠疾病中运用十分广泛。熏洗疗法一方面能够依靠药液的温度促进患处血管扩张,改善局部血液和淋巴循环,缓解局部括约肌痉挛,从而改善局部组织的营养供应,提高免疫力;另一方面可以使药物在局部吸收,直接发挥其清热解毒、祛湿活血、凉血止血、去腐生肌等作用^[6-7],减少全身不良反应,从而达到消肿、止痛、止血、促进创口愈合等治疗目的。

本研究的创新点在于创制熏洗外用的术芍除湿活血方。该方具有清热解毒、活血化瘀的功用,方中黄柏、苍术、蒲公英具有清热解毒、燥湿化湿之功用,白芍、赤芍、丹皮、当归具有活血凉血、散瘀祛瘀之功用,诸药合用,共奏活血祛瘀之功,术芍除湿活血方煎汤熏洗患处,能有效缓解肛周疼痛及水肿,缩短治疗时间,其治疗效果优于对照组的 1:5000 的高锰酸钾溶液熏洗坐浴,且毒副作用小,有临床推广价值。

观察项目虽然有量化但仍偏简,是本研究的不足之处,在以后的临床和研究中,探索更能反映临床疗效的客观观察项目,并且对该方进行动物毒理研究,以便将本研究更好地推广。

参 考 文 献

- [1] 中华医学会外科学分会结直肠肛门外科学组,中华中医药学会肛肠病专业委员会,中国中西医结合学会结直肠肛病专业委员会.痔临床诊治指南(2006 版)[J].中华胃肠外科杂志,2006,9(5):461.
- [2] 李国栋,寇玉明.中西医结合临床肛肠病学[M].北京:中国中医药出版社,1996:74-81.
- [3] Ter RB Castell DO. Gastroesophageal reflux disease inpatients

withcolumnar-line esophagus[J]. Gastroenterol ClinNorth Am, 1997, 26(3):549.

- [4] 国家中医药管理局.中华人民共和国中医药行业标准·中医肛肠病诊断疗效标准[M].南京:南京大学出版社,1995:173-176.
- [5] 贾立刚,宋立峰,孙清晨.中医药治疗痔疮的研究概述[J].环球中医药,2012,5(4):317-320.
- [6] 李小寒,尚少梅.基础护理学[M].北京:人民卫生出版社,2006:189.
- [7] 高树中,冯学功.中医熏洗疗法大全[M].济南:济南出版社,1998:19-30.

(收稿日期:2015-08-17)

(本文编辑:韩虹娟)

益气养阴活血中药治疗系统性红斑狼疮 43 例

廖圣榕

【摘要】 目的 探讨自拟益气养阴活血中药治疗系统性红斑狼疮(systemic lupus erythematosus, SLE)的临床疗效。**方法** 将 86 例轻中度活动期 SLE 患者按随机数字表法分为两组,每组 43 例,对照组采用羟氯喹片和激素治疗,治疗组在对照组治疗基础上应用益气养阴活血中药治疗,比较两组治疗前后中医症候积分变化情况及治疗后两组中医症候疗效,并比较治疗前后两组免疫球蛋白 G(immunoglobulin G, IgG)、补体 C3、C4 及抗核抗体(antinuclear antibody, ANA)滴度变化情况及治疗后两组不良反应发生率。**结果** 治疗后治疗组总有效率优于对照组($P<0.05$);治疗后两组中医症候积分均较治疗前显著降低($P<0.05$),治疗组低于对照组($P<0.05$);与治疗前比较,治疗后两组 IgG、ANA 滴度均下降($P<0.05$),补体 C3、C4 升高($P<0.05$),治疗后治疗组补体 C4 高于对照组($P<0.05$),ANA 滴度低于对照组($P<0.05$);治疗后治疗组不良反应发生率低于对照组($P<0.05$)。**结论** 益气养阴活血中药治疗 SLE 可改善患者免疫状态、降低不良反应发生率、提高临床疗效,安全性好。

【关键词】 系统性红斑狼疮; 中药治疗; 益气养阴活血

【中图分类号】 R969.4 **【文献标识码】** A doi:10.3969/j.issn.1674-1749.2015.12.027

系统性红斑狼疮(systemic lupus erythematosus, SLE)是一种多因素参与、多系统损害的自身免疫性疾病^[1]。约 80%~90% 的 SLE 患者伴有面部蝶形红斑或身体其他区域的皮肤损害,严重影响了患者的身体健康和生命质量^[2]。对于 SLE 的治疗,西医多糖皮质激素及免疫抑制剂,虽然取得一定疗效,但西药的不良反应也给患者治疗的依从性产生影响,且停药后复发率较高。近年来,中医学在 SLE 的治疗中得到了广泛应用,取得了显著的疗效,本研究自 2010 年起应用自拟益气养阴活血中药治疗 SLE,并与西医治

疗比较,疗效满意,现报道如下。

1 对象与方法

1.1 一般资料

将 2010 年 1 月~2014 年 1 月宝安区人民医院皮肤科门诊收治的轻中度活动期 SLE 患者 86 例作为研究对象,所有患者现代医学诊断均符合美国风湿病学会 1997 年修订的 SLE 的诊断标准^[3],按照数字随机表法分为两组,每组 43 例,治疗组男 4 例,女 39 岁,年龄 16~62 岁,平均(33.8±10.2)岁,病程最短 4 个月,最长 9 年,平均(3.7±2.1)年;对照组男 2 例,女 41 岁,年龄 18~59 岁,平均(34.6±10.7)岁,病程最短 6 个月,最长 11 年,平均(4.1±2.4)年,两组患者一般资料差异无统计学意义($P>0.05$)。

作者单位:518101 广东省深圳市宝安区人民医院中医科

作者简介:廖圣榕(1982-),本科,主治医师。研究方向:中医。

E-mail:138080328@qq.com