

改良“8”字法联合中药对混合痔疗效观察

张学敏¹ 韩丽君² 周小州¹ 王怡君¹

1. 山西中医药大学, 山西太原, 030000;

2. 山西中医药大学附属医院, 山西太原, 030000;

摘要: 目的: 探讨改良8字缝扎法联合中药熏洗对混合痔的临床疗效。方法: 选取2023年1月至12月在山西中医药大学附属医院进行混合痔手术的96例患者, 采用随机数字表法分为治疗组和对照组, 每组各48例, 治疗组采用改良“8”字缝扎法联合中药熏洗, 对照组采用传统“8”字缝扎法联合中药熏洗。观察并记录两组术后脱线时间、脱线期出血、疼痛、水肿、创面感染、尿潴留、排便困难情况。结果: 治疗组术后脱线时间、术后3、7、10天疼痛评分、水肿评分、脱线期出血评分均低于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论: 改良“8”字缝扎法联合中药熏洗有效减轻患者术后痛苦, 缩短疗程。

关键字: 改良“8”字法; 中药熏洗; 混合痔; 疗效观察

DOI:10.69979/3029-2808.24.4.027

中国城市居民肛肠疾病中肛肠疾病患病率为51.14%, 而痔的患病率在其中又最高(50.28%)^[1]。混合痔, 混合痔是痔病中较为严重的一种, 常常表现为内痔外痔同时存在, 严重者痔核呈环状脱出, 严重影响患者的生活质量^[2]。混合痔外剥内扎术虽术式经典、疗效确切, 但存在有痔核结扎线脱线期的出血, 肛缘易水肿等问题, 给患者带来极大痛苦^[3]。本团队在长期临床诊疗中将外剥内扎术中传统“8”字贯穿缝扎法加以改良并联合中药熏洗治疗混合痔, 效果满意, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 诊断标准

参照《中国痔病诊疗指南(2020)》^[2]中混合痔诊断标准, 内痔分度III~IV度。

1.2 入选标准

纳入标准: ①年龄大于等于18岁且小于65岁; ②签署知情同意书; ③符合上述混合痔

诊断标准, 内痔分度III~IV度。排除标准: ①合并严重心脑血管疾病、血液病、免疫系统、严重感染、肾功能不全者; ②合并其他肛门部疾病; ③妊娠期、月经期、围产期女性; ④年龄小于18岁或大于等于65岁。

1.3 一般资料

选取2023年1月至12月山西中医药大学附属医院96例混合痔患者作为研究对象, 采用随机数字表法分为治疗组与对照组, 每组48例。治疗组男26例, 女22例, 平均年龄(40.81±10.87), 内痔分度III度34例,

IV度14例; 对照组男28例, 女20例, 平均年龄(42.15±8.99), 内痔分度III度31例, IV度17例。两组患者一般资料有可比性, 差异无统计学意义($P > 0.05$)。

1.4 治疗方法

治疗组采用改良“8”字缝扎法。术前准备充分后行蛛网膜下腔麻醉, 常规消毒, 铺巾, 指法扩肛充分暴露痔核, 外痔边缘皮肤处做V形切口, 剥离至齿线处, 内痔部分用止血钳夹住内痔基底, 以圆针带7号丝线贯穿基底上2/5处, 贯穿后丝线两端等长, 两侧绕丝线于痔核上, 完成8字绕行, 紧线结扎, 剪去多余部分。同法处理其余痔核, 注意各结扎点间保留正常黏膜, 齿型错位分布结扎点, 切口引流通畅, 术毕, 肛塞凡士林油纱, 塔形纱布包扎固定。术后第二天消毒化脓洗剂(山西中医药大学附属医院院内制剂, 批准文号: 晋药制字AZ20070032)熏洗, 使用时以1000ml热水兑开125ml消毒化脓洗剂, 水温50℃左右时熏蒸3~5min, 水温降至40℃左右坐浴10min。

对照组采用传统“8”字缝扎法。术前麻醉准备同上, 外痔部分处理同上, 内痔部分用止血钳夹住内痔基底, 以圆针带7号丝线贯穿基底上1/3处, 随后绕钳尖于钳下, 紧靠前1针进针处再贯穿缝合1针, 向下完成8字绕行, 紧线结扎, 剪去多余部分。余处理同治疗组。

1.5 观察指标

1.5.1 脱线时间

比较两组术后内痔结扎线脱落时间。

1.5.2 临床症状评分

临床症状参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[4], 观察术后出血情况, 无出血 0 分; 敷料染血 1 分; 便后手纸染血 2 分; 便时滴血, 便后即止 3 分; 便时血液较多, 压迫后可止血 4 分; 活动即出血, 压迫后可控制 5 分; 活动即出血, 需紧急手术止血 6 分。观察术后水肿发生情况, 无肿胀 0 分; 轻度组织隆起, 皮纹存在 1 分; 中度组织隆起, 皮纹不明显 2 分; 重度组织隆起, 皮纹消失 3 分^[5]。

1.5.3 术后并发症发生率

观察两组术后创面感染、尿潴留、排便困难发生例数及总发生率。并发症总发生率 = (创面感染 + 尿潴留 + 排便困难) / 总例数 × 100%。

1.5.4 疼痛评分

参照疼痛视觉模拟量表 (VAS) 评分^[6], 观察术后疼痛情况, 疼痛评分 0~10 分, 根据患者主观感受记录, 0~2 分为轻度疼痛能忍受, 能正常生活睡眠; 3~5 分为中度疼痛适当影响睡眠, 需止痛药; 6~7 分为重度疼痛影响睡眠, 需用麻醉止痛药; 8~9 分为剧烈疼痛影响睡眠较重, 伴有其他症状; 10 分及以上为难以忍受的痛严重影响睡眠, 伴有其他症状或被动体位。

1.6 统计学方法

数据分析采用 SPSS25.0 统计软件。计量资料组间用独立样本 t 检验, 组内用配对样本 t 检验, 以 $\bar{x} \pm s$ 表示, 计数资料用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者术后脱线时间比较

观察两组患者术后脱线时间, 治疗组平均脱线时间为 (6.90 ± 0.831) d (天), 对照组脱线时间为 (8.54 ± 0.798) d, 治疗组小于对照组, 差异有统计学意义 ($t = 9.896, P < 0.05$)。

2.2 两组患者术后疼痛评分比较

表 1 两组患者疼痛评分比较 (分, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	术后 3d	术后 7d	术后 10d
对照组	48	5.06 ± 0.810	3.25 ± 0.934	1.85 ± 0.989
治疗组	48	4.25 ± 0.786	2.31 ± 0.949	1.27 ± 0.962
t		4.990	4.878	2.929
P		0.000	0.000	0.004

2.3 两组患者水肿评分比较

表 2 两组患者术后水肿评分比较 (分, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	术后 3d	术后 7d	术后 10d
对照组	48	1.65 ± 0.699	1.04 ± 0.617	0.52 ± 0.545
治疗组	48	1.25 ± 0.758	0.42 ± 0.613	0.21 ± 0.410
t		2.659	4.977	3.172
P		0.009	0.000	0.002

2.4 两组患者脱线期出血评分比较

表 3 两组患者脱线期出血评分比较 (分, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	术后 3d	术后 7d	术后 10d
对照组	48	2.10 ± 0.778	1.42 ± 0.821	0.81 ± 0.790
治疗组	48	1.65 ± 0.863	0.96 ± 0.798	0.33 ± 0.559
t		2.733	2.774	3.432
P		0.008	0.007	0.001

2.5 术后并发症 (创面感染、尿潴留、排便困难)

观察两组患者术后并发症发生例数及发生率, 治疗组创面感染、尿潴留、排便困难发生例数为 0、5、8 例; 对照组分别为 0、7、11 例, 治疗组总发生例数及发生率 13 例 (27.1%) 均低于对照组 18 例 (37.5%), 但二者差异无统计学意义 ($\chi^2 = 1.191, P = 0.275$)。

3 讨论

目前混合痔手术式中外剥内扎术目的单纯, 效果显著, 但由于外剥内扎术术后患者痛苦大, 并发症多, 如何消除病症并更好的保护肛门功能减轻患者术后痛苦是当下研究热潮。本研究中改良“8”字缝扎法以改进传统“8”字贯穿缝扎法为主, 基于扎紧痔核的基础上, 将 2 次进针改为 1 次, 生理基础上减少对肛管粘膜刺激及损伤, 减轻术后脱线期出血。

痔术后易引起创面感染、水肿、出血等, 消痔化瘀洗剂为山西中医药大学附属医院院内制剂, 能直接作用于病灶, 疏通腠理, 清热解毒, 消肿止痛预防感染出血, 有效缓解术后患者的痛苦, 缩短治疗时间^[7]。消痔化瘀洗剂中苦参清热燥湿, 杀虫止痒; 马齿苋清热利湿、凉血解毒; 鱼腥草清热解毒、消肿排脓; 丹参活血祛瘀、凉血止痛, 诸药合用清热解毒消肿化瘀。现代研究中已证实马齿苋、苦参中有较强抗菌活性能有效抑制金黄色葡萄球菌等^[8,9]。丹参、鱼腥草等在抗炎方面发挥着重要作用^[10,11]。

结语

本研究结果显示治疗组术后脱线时间, 术后 3、7、

10d 疼痛、水肿、脱线期出血评分均低于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 综上改良“8”字缝扎法可有效应用于外剥内扎术, 术式简单, 减少对肛管刺激, 术后联合中药熏洗, 有效减轻术后并发症发生情况, 有效性高, 可复制性强, 易于临床推广及应用。

参考文献

[1] 江维, 张虹玺, 隋楠, 等. 中国城市居民常见肛肠疾病流行病学调查[J]. 中国公共卫生, 2016, 32(10): 1293-1296.

[2] 中国痔病诊疗指南(2020)[J]. 结直肠肛门外科, 2020, 26(5): 519-533.

[3] 宋小平, 陈显韬, 闫晓春. 改良外剥内扎术治疗环状混合痔的临床疗效观察[J]. 中国现代医学杂志, 2020, 30(8): 105-109.

[4] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则: 试行[J]. 中国医药科技出版社, 2002.

[5] 吴重福, 肖海涛, 马敏, 等. 皮桥预开窗引流对混合痔外剥内扎术后康复的影响[J]. 临床外科杂志, 2024,

32(2): 203-205.

[6] 曹卉娟, 邢建民, 刘建平. 视觉模拟评分法在症状类结局评价测量中的应用[J]. 中医杂志, 2009, 50(7): 600-602.

[7] 景冰, 李通通, 韩丽君. 消痔化瘀洗剂促进痔术后创面愈合的临床应用[J]. 世界最新医学信息文摘, 2018, 18(16): 219-220.

[8] 王娇, 袁明金, 张华. 马齿苋化学成分与药理作用最新研究进展[J]. 中国野生植物资源, 2023, 42(5): 74-82.

[9] 张明发, 沈雅琴. 苦参碱类生物碱抗菌药理作用的研究进展[J]. 抗感染药学, 2018, 15(3): 369-374.

[10] 母伟林, 邵欣欣, 弭志成, 等. 丹参及其药对的药理研究进展[J]. 中华中医药学刊: 1-8.

[11] 武营雪, 丁倩云, 刘静, 等. 鱼腥草化学成分、药理及质量控制研究进展[J]. 药物分析杂志, 2022, 42(1): 108-120.

通讯作者: 韩丽君
基金项目: 山西省中医药管理局科研课题(编号: 2022ZYJC023)