

中西医结合治疗混合痔的临床效果观察

龚本友

霍山县中医院 安徽 霍山 237200

【摘要】目的: 研讨中西医结合治疗混合痔的效果。**方法:** 取2019年1月-2020年1月我院混合痔患者50例,随机分成:对照组、观察组(各25例)。对照组常规西医治疗,观察组再与中医疗法相结合,比较两组术后疼痛情况、并发症、创面愈合情况、炎症状况与疾病复发率。**结果:** 观察组术后24h、72h、7d的VAS分数均低于对照组($P < 0.05$);观察组术后的并发症少于对照组($P < 0.05$);观察组创面愈合时间短于对照组,创面愈合率高于对照组($P < 0.05$);观察组的bFGF高于对照组、IL-1 β 低于对照组($P < 0.05$);观察组治疗后的复发率低于对照组($P < 0.05$)。**结论:** 结合中西医方法,将显著提升混合痔患者的临床疗效,同时也能缓解术后疼痛感、炎症水平和相关并发症,对创面的愈合有着促进效果,并且也能减少疾病再发的几率,有着重要的临床疗效。

【关键词】 中西医结合治疗; 混合痔; 术后疼痛; 并发症; 创面愈合

混合痔在临床中的发病率较高,归属肛肠科疾病。疾病的出现主因肛周四周静脉丛、肛管、直肠下端等的淤血所导致,患者在临床中会表现出明显的便秘、便血、肛周疼痛等症状,因此必须及时进行该疾病的治疗,降低疾病带来的不适感^[1]。目前,临床一般通过手术方式进行该疾病的治疗,手术为西医治疗时的首选方式,然而,肛周解剖结构十分特殊,手术主要侵犯肛周位置,而粪便又主要通过肛周排出,故在术后粪便则易对创口造成刺激和感染,使得术后各种并发症出现,不仅阻碍了恢复进程,同时也增加了患者的痛苦^[2]。因此,在西医手术治疗后,怎样进行并发症的预防一直是临床重点关注的问题。而在西医理念下,术后主要通过药物镇痛、抗感染等措施进行创面的处理,但对并发症并没有

起到显著的预防作用^[3-4]。现阶段,我国中医研究愈发深入,且发现通过中药的熏洗、挑刺、穴位埋线等操作,能够大大降低混合痔患者手术后的疼痛感,对创面恢复也有着显著作用,同时还能降低术后各种并发症的发生可能,通过两年随访复发率明显降低。鉴于此,本文将结合中西医疗法进行研究,并积极探索其在混合痔术后患者中的价值。现论述如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

取我院混合痔患者50例,随机分成:对照、观察两组。组间资料对比后,见: $P > 0.05$,符合研究所需。具体如表1。

表1 两组信息资料比较(n,%; $\bar{x} \pm s$)

组别	选取时间	例数	女性	男性	年龄范围(岁)	平均年龄(岁)
对照组	2019年1月-2020年1月	25	15(60.00)	10(40.00)	13-75	45.56 \pm 2.36
观察组		25	14(56.00)	11(44.00)	30-71	49.52 \pm 2.15
χ^2/t				0.082	-	0.053
P				0.774	-	0.950

1.2 纳入和排除标准

纳入标准: (1) 经临床诊断为混合痔; (2) 患者/家属了解须知,并签字; (3) 未接受过肛门手术治疗者。

排除标准: (1) 精神、智力异常的患者; (2) 凝血功能异常、免疫功能障碍者; (3) 并有肛裂、肛肠息肉、恶性肿瘤等的患者。

1.3 方法

1.3.1 对照组

对照组常规西医治疗。即选用外剥内扎手术进行治疗,麻醉方式采用腰麻,手术时指导患者保持侧卧位,常规进行消毒,全面检查内痔的状况和数量,明确具体位置和情况后,提起痔核并钳夹,随后在痔核下端1.5-2cm皮肤开一个“V”型切口,往上剥离,一直到齿状线附近,完成后,用双四号线将痔核根部贯穿缝合结扎,随后在结扎线相距0.3cm的位置将痔核切除。同法依次处理其他痔核,注意保留皮瓣。术

后饮食保持清淡,同时注意多摄入蔬菜、水果,注意维生素和膳食纤维的补充,以便术后顺利排便。

1.3.2 观察组

观察组结合中西医疗法,西医治疗方法与对照组一致,即手术治疗;中医疗法则包括中药熏洗、挑刺、穴位埋线。中药熏洗的药物选择硝酸洗剂、即明矾10克、芒硝25克、硼砂15克、冰片3克,将药物加入1000ml的开水融化,当温度下降到40℃左右时,便可指导患者进行熏蒸,熏蒸后再行坐浴和熏洗操作,每次治疗时间保持15min,便后熏洗,直至伤口愈合。挑刺治疗时,找到第七胸椎两侧至腰骶部的红色丘疹,使用0.4*30小针刀将丘疹表皮挑破,进针0.6-0.9mm后,将其中的白色透明纤维状物体挑出或十字切断。穴位埋线治疗时,选择大肠腧、十七椎、承山、升提穴、痔疮穴为埋线穴位,在无菌操作之下,选择6cm聚乙醇酸可吸收缝合线,其中大肠腧、承山、升提穴、痔疮穴用6cm,

十七椎穴用3cm，置入0.9*62mm一次性埋线针内，指导患者保持俯卧位，在对相关穴位处的皮肤进行有效消毒后，将针快速刺入后旋转快速退出，针孔外用创可贴。

1.4 观察指标

(1) 观察两组术后疼痛情况。在VAS量表下测试，分数越低，表明疼痛感越轻。分别从术后24h、72h、7d各测试1次。

(2) 观察两组的并发症。如术后出血、水肿、感染、便秘等。

(3) 观察两组的创面愈合情况。包括：创面愈合时间、创面愈合率。

(4) 观察两组的炎症状况。主要测试bFGF（碱性成纤

维生长依着你）、IL-1β（白细胞介素-1β）。

(5) 观察两组的疾病复发率。治疗后随访2年，采集2年内的复发率。

1.5 统计学方法

应用统计学软件SPSS 22.0对资料进行分析处理，计量资料($\bar{x} \pm s$)

与计数资料(%), 分别应用t、 χ^2 检验, 以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组术后疼痛情况

观察组术后24h、72h、7d的VAS分数均低于对照组($P < 0.05$)。详情如表2。

表2 两组术后疼痛情况($\bar{x} \pm s$)

组别	例数(n)	术前的VAS分数(分)	术后24h的VAS分数(分)	术后72h的VAS分数(分)	术后7d的VAS分数(分)
对照组	25	7.15 ± 1.36	7.06 ± 0.15	5.62 ± 0.68	3.02 ± 0.15
观察组	25	7.25 ± 1.29	6.95 ± 0.13	3.12 ± 0.28	1.03 ± 0.11
t		0.267	2.771	16.998	53.492
P		0.791	0.008	0.000	0.000

2.2 两组的并发症

观察组术后的并发症少于对照组($P < 0.05$)。详情如表3。

表3 两组的并发症[n(%)]

组别	例数(n)	出血	水肿	感染	便秘	并发症发生率
对照组	25	2 (8.00)	3 (12.00)	1 (4.00)	2 (8.00)	8 (32.00)
观察组	25	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	1 (4.00)	1 (4.00)
χ^2						6.640
P						0.010

2.3 两组的创面愈合情况

观察组创面愈合时间短于对照组，创面愈合率高于对照组($P < 0.05$)。详情如表4。

观察组创面愈合时间短于对照组，创面愈合率高于对照

表4 两组的创面愈合情况($\bar{x} \pm s; n, %$)

组别	例数(n)	创面愈合时间(d)	创面愈合率(%)
对照组	25	16.25 ± 0.49	12 (48.00)
观察组	25	11.25 ± 0.14	21 (84.00)
t/ χ^2		49.057	7.219
P		0.000	0.007

2.4 两组的炎症状况

观察组的bFGF高于对照组、IL-1β低于对照组($P < 0.05$)。详情如表5。

观察组的bFGF高于对照组、IL-1β低于对照组(P

表5 两组的炎症状况($\bar{x} \pm s$)

组别	例数(n)	bFGF (ng/L)		IL-1β (ng/L)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	25	56.25 ± 4.21	81.36 ± 5.25	97.86 ± 10.25	46.25 ± 7.51
观察组	25	56.15 ± 4.18	93.42 ± 7.14	97.99 ± 10.38	26.38 ± 3.22
t		0.084	6.804	0.045	12.159
P		0.932	0.000	0.965	0.000

2.5 两组的疾病复发率

观察组治疗后的复发率低于对照组 ($P < 0.05$)。详情如表 6。

表 6 两组的疾病复发率 [n(%)]

组别	例数 (n)	疾病复发例数 (n)	复发率 (%)
对照组	25	9	36.00
观察组	25	1	4.00
χ^2			8.000
P			0.005

3 讨论

混合痔主要由内痔和外痔结合而成,患者肛门肿块有明显脱出现象,同时有严重的坠涨感^[5]。最近几年,由于我国经济实力增强,大众的生活、饮食方式等均发生了一定变化,进食辛辣的人数增多,饮酒也成为了一种社会常态,因此,患混合痔的人数也越来越多^[6-7]。研究发现,混合痔主要发生在青壮年人群中,且女性的发病率略高于男性,该疾病类型在所有痔疮患者中占有 20% 的比例^[8]。引发该疾病的原因较为复杂,和饮食不当、生活习惯不当、饮酒、妊娠期腹压增高等均有着一定联系,因此必须及时进行该疾病的治疗。目前,临床一般将手术方式作为混合痔治疗的首选,而外剥内扎术则为最常用的一种术式,通过此手术能够于结扎后再进行痔核的切除,对术后疼痛和出血均有着明显的缓解效果,不过手术有入侵性,术后并发症依旧不可避免^[9]。

在中医理念中,认为痔疮患者在接受手术治疗后,机体气血会遭到严重损耗,同时血脉、经脉等也会受到一定影响,因此便导致了机体气血的淤积,进而增加了术后的疼痛感^[10]。而在手术后,患者的魄门经脉会受到一定损伤,气血无法正常运行,因此便增加了术后水肿的出现几率。另外,由于气虚影响,患者的肛门便会在术后出现坠胀感,膀胱也无法进行气化作用,增加了尿潴留的出现几率。而在术后各种并发症的综合作用下,便影响了创面的愈合速度,使得患者术后的康复时间延长,不利于疾病恢复。

中药熏洗属于一种中医外治较为重要的治疗方式,熏洗之下能够使药效得到更好发挥,同时,在熏蒸的物理温热作用下,药物能够更快的渗进皮肤黏膜中,并对神经末梢进行刺激,使得机体气血顺畅、经脉调和、腠理疏通。而穴位埋线疗法又会将可吸收线埋在患者的穴位中,实现物理、生理、生化等作用,并对机体进行刺激,将有关经络传到人体中,实现埋线疗效的有效发挥。而可吸收线属于异种蛋白的一种,能够刺激人体并生成变态反应,对痛觉中枢介质有着显著的调节效果,因此,在混合痔术后患者中使用后能够大大缓解

患者的疼痛感。而挑刺疗法也为中医常见疗法,此方法会在对应穴位下将皮下纤维组织刺破,把其中的液体挤出,对患者皮肤水肿现象有着良好的缓解效果。在本次研究中,观察组的混合痔患者并结合了中西医疗法,同常规使用西医手术治疗的患者相比,观察组术后的疼痛分数明显更低,术后出血、水肿等并发症也更少,机体炎症水平也明显下降,同时,创面也更快愈合 ($P < 0.05$),显示中西医疗法结合后对患者疾病康复更为有利。另外,从预后方面的调查中发现,观察组疾病复发率更低 ($P < 0.05$),术后二年仅有 1 例复发,和对照组的差异较为显著,证实中西医疗法对患者预后效果也有着提升作用。

综上所述,配合好中医疗法,不仅能够使混合痔患者得到有效治疗,同时也能缓解患者术后的疼痛感,对相关并发症和机体炎症也有着积极改善作用,同时还可促进患者疾病恢复,预防复发,彰显了显著的临床价值。

参考文献:

- [1] 周欣. 中西医结合治疗老年混合痔患者的临床疗效 [J]. 当代医学, 2021, 27(18): 29-31.
- [2] 余绪超, 邓思洋, 谢昌营, 等. 穴位贴敷治疗混合痔术后气秘型便秘的临床疗效观察 [J]. 实用中西医结合临床, 2021, 21(17): 31-33.
- [3] 孙健. 自动弹力线套扎术在治疗肛瘘合并混合痔中的临床研究 [J]. 世界最新医学信息文摘, 2021, 21(72): 418-419.
- [4] 袁晓芳, 李娟. 解毒泻火止痛膏外敷治疗混合痔术后肛门疼痛的疗效观察 [J]. 中国中医药科技, 2021, 28(6): 1024-1025.
- [5] 李敏, 李忠信, 杨会举. 中西医结合治疗混合痔术后水肿疼痛 64 例临床观察 [J]. 中国民族民间医药, 2021, 30(19): 95-97.
- [6] 史柯. 止痛如神汤结合西医常规疗法对混合痔湿热下注证患者外剥内扎术后疼痛的影响 [J]. 国际中医中药杂志, 2021, 43(4): 345-348.
- [7] 曹春云, 王仍彦, 张稳存, 等. 腹针疗法联合穴位埋线对混合痔术后便秘患者肛门功能的影响 [J]. 临床医学研究与实践, 2022, 7(3): 130-133.
- [8] 李宾. 静脉镇痛联合穴位埋线对混合痔术后患者疼痛的效果观察 [J]. 中国肛肠病杂志, 2021, 41(9): 15-16.
- [9] 钱鸿雁. 中药熏洗坐浴、耳穴埋籽联合红光照射对混合痔术后肛周疼痛、创面愈合的影响及机制初探 [J]. 中医临床研究, 2022, 14(2): 109-112.
- [10] 孙亚玲, 王伟. 自制中药坐浴方熏洗对混合痔术后患者创面水肿程度、疼痛评分的影响 [J]. 中医临床研究, 2021, 13(4): 116-118.