

中西医结合无痛化治疗模式在肛肠疾病患者围手术期的临床研究

张宗文

(贵州省铜仁市思南县民族中医院肛肠科, 贵州 思南 565100)

【摘要】目的: 探索肛肠疾病患者围手术期中应用中西医结合无痛化治疗模式价值。**方法:** 研究时间段: 2020年1月~2022年1月, 以该时间节点收治的肛肠疾病患者围手术期患者作为研究样本, 患者110例, 均符合研究要求, 以抽签方式将患者抽取均等两组, 对照组开展西医镇痛法, 观察组开展中西医结合无痛化治疗模式, 观察两组患者治疗效果。**结果:** 观察组(首次排便时间、首次排气时间、住院时间)指标显著更优($P < 0.05$)。患者治疗前VAS评分、血清5-HT浓度指标无对比性($P > 0.05$); 治疗后观察组更优, 组间差异明显($P < 0.05$)。有效率结果中观察组相比对照组更优(98.18%、89.09%), 差异显著($P < 0.05$)。**结论:** 肛肠疾病患者围手术期开展中西医结合无痛化治疗模式治疗效果较为显著, 可有效改善患者疼痛感, 降低病症对患者日常生活影响, 强化患者生活质量, 促使患者及早康复。

【关键词】 中西医结合无痛化治疗; 肛肠疾病; 围术期

【中图分类号】 R657.1

【文献标识码】 B

【文章编号】 1672-3783 (2022) 10-28-086-02

肛肠疾病是临床上一种常见的疾病类型, 该病症对患者日常生活影响较为明显, 且由于肛肠位置较为特殊, 周围神经末梢分布丰富, 导致其病症治疗难度较大, 患者恢复周期较长, 造成较大的痛苦^[1]。该类病症通常选择手术治疗, 但患者术后伴有显著的疼痛感, 造成患者出现应激反应, 延长康复时间, 该问题也是临床医生首要解决的问题^[2]。传统治疗该情况常见西药镇痛, 如阿片类药物、非甾体类药物等, 但效果有限, 且患者容易出现不良反应情况, 增大并发症发生率, 由此提出中西医结合治疗理念, 旨在提高镇痛效果^[3]。本次研究将以110例手术患者为对象, 分析中西医结合无痛化治疗模式应用价值:

1 资料与方法

1.1 一般资料

以该时间节点收治的(研究时间段: 2020年1月~2022年1月)肛肠疾病患者围手术期患者作为研究样本(纳入研究患者110例, 均符合研究要求), 以抽签方式将患者抽取均等两组, 对照组55例, 男25例、女30例, 年龄区间: 23-68岁, 均值(42.42±2.12)岁; 观察组55例, 男26例、女29例, 年龄区间: 24-67岁, 均值(42.36±2.16)岁; 一般资料无差异性($P > 0.05$)。

1.2 方法

1.2.1 对照组

对照组开展西医镇痛法, 给予患者西医方式, 术中麻醉, 盐酸利多卡因(2%) (5ml) + 亚甲蓝注射液(1%) (2ml), 氯化钠注射液(0.9%) (15ml) 稀释后局部注射。

1.2.2 观察组

观察组开展中西医结合无痛化治疗模式: 中医疗法, 术前运用1.5寸毫针(1h前)进行针刺, 垂直针刺双侧二白穴, 进针2cm, 提插捻转手法得气, 患者存在胀痛最佳, 双侧肢体两个穴位连接到电极中, 运用电针仪刺激, 脉冲频率2-100Hz 疏密波切换, 设置电流强度0.1-1mA, 治疗半小时。二白穴定位法, 前臂腕掌侧, 腕横纹上4寸, 术中腰-硬可联合麻醉。肛门疾病术后运用盐酸利多卡因(2%) + 亚甲蓝注射液(1%), 氯化钠注射液(0.9%) 稀释, 局部创面、创缘皮下注射, 基底部位点状浸润注射, 术后运用电针刺激双侧二白穴, 术后6h后进食, 流质食物, 口服补气活血、行气中药, 处方组成: 白芍、白术、黄芪各30g, 枳壳、槐花、地榆各15g, 莪术10g, 桃仁6g, 煎水, 取汁300ml, 分早晚两次服药, 连续服药五日。

1.3 观察指标

(1) 观察两组患者临床指标(首次排便时间、首次排气时间、住院时间)。

(2) 观察两组患者VAS评分(VAS视觉疼痛评估量表, 0-10分, 分值低疼痛低)、血清5-HT浓度(抽取肘静脉血, 运用酶联免疫吸附试验法检测血清5-HT浓度)。

(3) 观察两组患者治疗效果(显效: 症状显著改善; 有效: 症状有所缓解; 无效: 症状无变化或加重, 计算有效率)。

1.4 统计学处理

通过SPSS25.0统计, 以($\bar{X} \pm S$) 均数 ± 标准差计量, 以t检验结果正态分布; 以数(n)或率(%)计数各项数值, 以 χ^2 检验结果正态分布, $P < 0.05$ 说明差异有统计差值。

2 结果

2.1 两组患者各项指标对比

观察组(首次排便时间、首次排气时间、住院时间)相比对照组更优, 差异显著($P < 0.05$)。见表1。

表1 患者临床指标对比 ($\bar{X} \pm S, d$)

组别 (n = 55)	首次排便 时间 (h)	首次排气 时间 (h)	住院时间 (d)
观察组	32.67 ± 0.22	16.05 ± 0.52	5.48 ± 0.89
对照组	45.62 ± 0.31	19.19 ± 0.62	9.32 ± 0.93
t	14.611	10.675	9.185
P	0.000	0.000	0.000

2.2 患者VAS评分、血清5-HT浓度对比

患者治疗前VAS评分、血清5-HT浓度无差异($P > 0.05$); 治疗后观察组显著优于对照组, 差异明显($P < 0.05$)。见表2。

表2 VAS评分、血清5-HT浓度 ($\bar{X} \pm S$)

组别 (n = 55)	VAS评分		血清5-HT浓度 ($\mu\text{mol/L}$)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	6.65 ± 0.29	2.77 ± 0.16	2.12 ± 0.12	2.67 ± 0.36
对照组	6.67 ± 0.28	4.42 ± 0.18	2.11 ± 0.13	4.26 ± 0.38
t	0.213	8.636	0.342	10.155
P	0.862	0.000	0.791	0.000

2.3 两组患者治疗情况对比

有效率结果中观察组显著高于对照组(98.18%、89.09%), 差异显著($P < 0.05$), 如表3。

表 3 患者治疗效果对比 [n(%)]

组别	n	显效	有效	无效	总有效率
观察组	55	37(67.27)	17(30.91)	1(1.82)	54(98.18)
对照组	55	35(63.64)	14(25.45)	6(10.91)	49(89.09)
χ^2	-	-	-	-	5.492
P	-	-	-	-	0.019

3 讨论

肛肠疾病是临床上一种常见的病症，病症近年来发病率呈现出显著增长趋势，严重影响患者健康。患者发病后可见明显的疼痛感，可伴有无力、乏力情况，对患者日常生活影响较大，需要及时就医治疗。该病症发病机制较为复杂，诱发因素较多，如长期久坐、饮食因素、遗传因素等，患者常见手术治疗，通过手术控制病症进展，以促使患者及时康复，但患者术后康复周期较长，且由于肛肠周围分布大量的末梢神经，患者可见明显的刺激性，造成患者出现明显的疼痛感，增大身体应激反应，不利于患者康复。传统常见西医镇痛，但该方式虽然可以止痛，但效果有限，患者容易出现不良反应情况，造成患者治疗效果降低，由此临床上提出中西医结合无痛化治疗模式，中医角度认为通过针刺穴位可有效对患者生理功能进行调节，降低患者疼痛感，改善患者临床症状，缓解身体应激反应，以促使患者及早恢复正常生理机能，值得临床推广。

本次研究结果中，观察组（首次排便时间、首次排气时间、住院时间）相比对照组组间差异明显（ $P < 0.05$ ），说明该联合方式可有效控制患者病症，改善患者临床症状，缩短康复周期，促使患者及早恢复健康，应用价值显著，值得推广，患者 VAS 评分、血清 5-HT 浓度观察组改善更显著（ $P < 0.05$ ），说明该联合方式可有效降低患者疼痛感，降低患者身体应激反应，促使患者身体机能提升，及时恢复正常状态。有效率结果中观察组显著高于对照组（ $P < 0.05$ ），说明该治疗方式效果显著，可及时控制患者疼痛感，帮助患者及时摆脱病痛折磨，促使患者及早康复。

综上所述，肛肠疾病患者围手术期开展中西医结合无痛化治疗模式效果显著，可有效降低患者疼痛感，改善患者临床症状，降低机体应激反应，以促使身体机能提升，值得临床推广实践。

参考文献

[1] 肖黄玲, 马婧. 基于中医价值化医疗管理在肛肠疾病防治中的优势分析 [J]. 中医药管理杂志, 2022,30(16):142-144.
 [2] 余东升. 马应龙麝香痔疮膏联合地奥司明片治疗肛肠疾病术后水肿的效果及对 VAS 评分的影响 [J]. 临床合理用药杂志, 2022,15(17):24-27.
 [3] 蒋晓涵, 权隆芳, 贾小强. 3 例血液系统疾病合并肛周感染治疗经验探讨 [J]. 结直肠肛门外科, 2020,26(05):613-616.

(上接第 085 页)

表 2 甲乙两组治疗过程中氧化应激指标结果

指标	甲组			乙组		
	0 d	7 d	14 d	0 d	7 d	14 d
MAO(U/mL)	54.21 ± 3.36	66.31 ± 2.76	85.37 ± 2.65	55.93 ± 2.18	73.28 ± 1.95	93.21 ± 2.24
SOD(U/mL)	164.31 ± 2.26	192.11 ± 3.24	261.83 ± 1.37	163.97 ± 2.76	232.86 ± 1.99	296.34 ± 3.21
MDA(μ mol/L)	16.33 ± 1.31	11.37 ± 1.42	8.65 ± 1.18	16.56 ± 1.77	9.97 ± 1.11	5.98 ± 1.18

4.3 炎症反应指标结果

在第 7 天及第 14 天，增加阿加曲班的乙组对炎症反应相关指标的控制和改善显著优于甲组（ $p < 0.05$ ）（表 3），这表明联用阿加曲班可加速机体炎症反应的抑制，促进急性脑梗死患者的恢复。

表 3 甲乙两组治疗过程中炎症反应指标结果

组别	hs-CRP mg/L	IL-6 ng/L
甲组	0 d	10.22 ± 1.66
	7 d	8.31 ± 1.87
	14 d	6.32 ± 1.65
乙组	0 d	10.35 ± 1.78
	7 d	7.24 ± 1.04
	14 d	4.97 ± 1.32

5 讨论

本研究从三个方面论述了阿加曲班联合依达拉奉右莰醇及丁苯酞的三联用药方法对急性脑梗死患者的临床治疗效果的促进作用。与以往常用的依达拉奉右莰醇与丁苯酞的二联用药相比，阿加曲班对 NIHSS 评分的改善具有显著的促进作用。而这与其抗凝作用密切相关，并且有研究显示，这种抗凝作用可以在与阿司匹林的联用中进一步增强。尽管阿加曲班在本研究中体现出了较为理想的治疗效果，但其并不是适用于所有情况下的急性脑梗死，有研究显示在低 BMI 及高血糖患者的脑梗死治疗中，运用阿加曲班会增加治疗后的出血

风险。但在安全范围下及安全情况下将阿加曲班与丁苯酞联合运用可以有效促进脑梗死患者神经功能的恢复。

本研究显示在增加阿加曲班的三联用药下，患者血清氧化应激及炎症反应相关指标均得到显著性改善。这在一些类似研究中也发现。如将其与奥拉西坦联用也可显著降低血清炎症因子水平。另一项研究显示阿加曲班联合脑络通胶囊可显著改善 MPO、SOD、GSH-Px 等氧化应激指标水平，这与本研究结果类似，进一步证实了增加阿加曲班的联合用药可以提高患者抗氧化水平。

因此，本研究表明在急性脑梗死患者的治疗中阿加曲班联合依达拉奉右莰醇及丁苯酞可显著改善患者 NIHSS 评分、提高抗氧化水平及抑制炎症反应，对患者的治疗及预后产生显著的积极作用。

参考文献

[1] 顾光超, 郑月宏. 糖尿病足感觉性神经病变的评估与治疗 [J]. 中华老年多器官疾病杂志, 2020,19(1): 70-73.
 [2] 李晓彤, 吕祥兄. 芪血通络片联合依达拉奉右莰醇治疗急性脑梗死的疗效及对患者氧化应激和炎症因子水平影响 [J]. 中国临床药理学杂志, 2022,31(03):206-209.
 [3] 中华医学会神经病学分会, 中华医学会神经病学分会脑血管病学组. 中国急性缺血性脑卒中诊治指南 2018 [J]. 中华神经科杂志, 2018,51(9): 666-682.
 [4] 中华医学会神经病学分会, 中华医学会神经病学分会脑血管病学组. 中国急性缺血性脑卒中诊治指南 2014 [J]. 中华神经科杂志, 2015,48(4):246.