

• 论著-临床研究 •

热奄包联合针刺疗法对混合痔术后尿潴留患者
肛门功能、创面恢复程度和疼痛介质及
抗炎作用的影响*王芳¹ 代立霞¹ 戴敏¹ 焦浩¹ 康亚军¹ 王烨¹

【摘要】 目的:探讨热奄包联合针刺疗法对混合痔术后尿潴留患者肛门功能、创面恢复程度和疼痛介质及抗炎作用的影响。**方法:**选择 2020 年 1 月—2021 年 6 月治疗的 92 例混合痔且行混合痔外剥内扎术的患者进行前瞻性研究,将纳入研究的所有患者分为 2 组,分别为对照组和研究组,分组方法采用随机数字表法,2 组患者行不同的术后治疗方案。对照组患者于术后次日行针刺疗法,研究组患者在对照组基础上额外行热奄包外敷治疗。2 组患者均连续治疗 7 d。对比 2 组患者临床疗效、术后 7 d 时临床疗效指标评分,包含术后首次排尿时间、术后首次排尿情况、术后腹部症状、术后膀胱叩诊情况;对比 2 组患者术后 7 d 创面愈合率;对比 2 组患者术后 1 d 和术后 7 d 肛门功能,包含 Wexner 肛门失禁评分、肛门狭窄评分、CSS 排便评分;对比 2 组患者术后 1 d 和术后 7 d 疼痛介质和炎性因子含量,包括前列腺素 E₂ (PGE₂)、5-羟色胺(5-HT)、白细胞介素-6(IL-6)、白细胞介素-8(IL-8)和肿瘤坏死因子-α(TNF-α)。**结果:**研究组西医治疗总有效率 95.65%,明显高于对照组的 82.61%($P < 0.05$),研究组中医治疗总有效率 93.48%,明显高于对照组的 78.26%($P < 0.05$);研究组术后首次排尿时间、首次排尿情况、腹部症状、膀胱叩诊情况评分均明显优于对照组($P < 0.05$);术后 7 d 研究组患者 Wexner 肛门失禁评分、肛门狭窄评分、CSS 排便评分均明显低于对照组($P < 0.05$);研究组创面愈合率明显高于对照组($P < 0.05$);术后 7 d 研究组患者血清 PGE₂、5-HT、IL-6、IL-8、TNF-α 含量均明显低于对照组($P < 0.05$),差异有统计学意义。**结论:**热奄包联合针刺疗法对混合痔术后尿潴留患者排尿功能改善疗效较好,能有效促进创面恢复,改善患者肛门功能,减轻疼痛水平并降低炎性因子含量。

【关键词】 混合痔;混合痔外剥内扎术;针刺;热奄包;肛门功能;尿潴留;创面恢复;疼痛介质;炎性因子

DOI:10.3969/j.issn.1671-038X.2022.03.02

[中图分类号] R657.1 [文献标志码] A

Effect of rejuvenation package and acupuncture therapy on anal function, wound recovery, pain media and anti-inflammatory effect in patients with urinary retention after mixed hemorrhoids operation

WANG Fang DAI Lixia JI Min JIAO Hao KANG Yajun WANG Ye

(Department of Anorectal, Shijiazhuang Hospital of Traditional Chinese Medicine, Shijiazhuang, 050000, China)

Corresponding author: WANG Fang, E-mail: fanghua116@126.com

Abstract Objective: To explore the effects of hot pack combined with acupuncture on anal function, wound recovery, pain mediators and anti-inflammatory effects in patients with postoperative urinary retention of mixed hemorrhoids. **Methods:** The 92 patients with mixed hemorrhoids who underwent external dissection and internal ligation of mixed hemorrhoids who were treated in our hospital from January 2020 to June 2021 were selected for prospective study. All patients included in the study were divided into two groups, namely the study group and the control group. And the random number table method was used for grouping, and the patients in the two groups received different postoperative treatment plans. The patients in the control group received acupuncture on the next day after the operation, and the patients in the study group received external hot packs on the basis of the control group. Both groups were continuous treatment for 7 days. To compare the clinical efficacy of the two groups of patients. The clinical efficacy index scores at 7 days after operation were compared between the two groups of pa-

* 基金项目:河北省中医药管理局科研计划(No:2020331)

¹ 石家庄市中医院肛肠科(石家庄,050000)

通信作者:王芳,E-mail:fanghua116@126.com

tients, including the first urination time after the operation, the situation of first urination after the operation, postoperative abdominal symptoms, and postoperative bladder percussion; wound healing rate of the two groups was compared at the 7th day after the operation; The anal function of the patients in the 1 day and 7 days after the operation, including Wexner anal incontinence score, anal stenosis score, and CSS defecation score; compared the content of pain mediators and inflammatory factors, including prostaglandin E2(PGE2), serotonin(5-HT), interleukin-6(IL-6), interleukin-8(IL-8) and tumor necrosis factor- α (TNF- α). **Results:** The total effective rate of western medicine treatment in the study group was 95.65%, which was significantly higher than that in the control group, which was 82.61% ($P < 0.05$). The total effective rate of Chinese medicine treatment in the study group was 93.48%, which was significantly higher than that in the control group, 78.26% ($P < 0.05$); The scores of first urination time, first urination, abdominal symptoms, and bladder percussion scores were significantly better than those of the control group ($P < 0.05$); the Wexner anal incontinence score, anal stenosis score, and CSS defecation score of the study group were all significantly lower than those of the control group ($P < 0.05$); the wound healing rate of study group was significantly higher ($P < 0.05$); serum PGE2, 5-HT, IL-6, IL-8, TNF- α The content was significantly lower ($P < 0.05$), and the difference was statistically significant. **Conclusion:** Rejuvenation package combined with acupuncture has a good effect on improving urinary function in patients with postoperative urinary retention after mixed hemorrhoids, effectively promoting wound recovery, improving patient's anal function, reducing pain levels and reducing inflammatory factors.

Key words mixed hemorrhoids; external stripping and internal ligation of mixed hemorrhoids; acupuncture; heat pack; anal function; urinary retention; wound recovery; pain mediators; inflammatory factors

混合痔是一类肛肠科最常见的疾病,包含内痔和外痔,在现代社会节奏加快的情况下,饮食失节、长期坐位工作、坐式排便时间延长均可导致混合痔的发生。患者症状则表现为肛门不适、便血、痔脱出等,不仅影响日常生活,也影响患者心理健康^[1-2]。临床上治疗混合痔主要采取手术方案,外剥内扎术是本病的基本术式,通过切除内外痔以达到疗效。受到手术刺激、麻醉影响、术后疼痛等多方面因素的影响,混合痔外剥内扎术术后通常存在排尿困难的症,膀胱内大量尿液难以排出则发生尿潴留现象,不利于患者康复^[3]。中医针刺疗法可通过刺激局部腧穴缓解肛周肌肉痉挛情况进而恢复局部组织血液灌注,从而改善膀胱功能^[4],热奄包外敷作为中医外治法之一,安全无创,以热力刺激部分穴位可能对改善术后尿潴留症状有增效作用。本次研究探讨了热奄包联合针刺疗法对混合痔术后尿潴留患者肛门功能、创面恢复程度和疼痛介质及抗炎作用的影响,现将结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择2020年1月—2021年6月于我院治疗的

92例混合痔且行混合痔外剥内扎术的患者进行前瞻性研究,将纳入研究的所有患者分为2组,分别为对照组和研究组,分组方法采用随机数字表法,2组患者行不同的术后治疗方案。研究组46例,男30例,女16例;平均年龄(50.49±7.35)岁;平均病程(2.42±0.58)年。对照组46例,男28例,女18例;平均年龄(50.86±7.96)岁;平均病程(2.56±0.54)年。2组患者性别、年龄、病程经统计学检验证实差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。本院医学伦理委员会已审查通过本次研究。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准 混合痔诊断标准参考人民军医出版社出版的《实用肛肠外科学》^[5]。混合痔具有内痔、外痔的特点,其中内痔部分纤维化,不易出血,触之较硬,易脱出,不用肛镜,牵拉外痔部分即翻出。齿状线沟已消失,齿状线功能不存在。肛缘不规则、肥厚隆起、表面凹凸不平,瘙痒疼痛。手法复位后不久又脱出肛外。混合痔分期标准如下表1所示。

表1 混合痔分期标准

| 症状 | I期 | II期 | III期 | IV期 |
|--------|---------|----------------------|----------|--------|
| 便血 | 染纸或滴血 | 滴血、射血、量多 | 少或不出血 | 少或大便带血 |
| 脱出 | 不脱出 | 脱出可自行还纳 | 易脱出,需手还纳 | 不能还纳 |
| 表面黏膜改变 | 充血,轻度糜烂 | 充血,糜烂,出血点 | 增生纤维化 | 增生纤维化 |
| 痔核大小 | 囊性隆起,较小 | 多大于1 cm ² | 痔核大,界限不清 | 常呈环状 |

1.2.2 尿潴留诊断标准 尿潴留诊断标准参考《外科学》^[6]。①膀胱内充满尿液不能排出,胀痛难

忍,辗转不安,部分尿液从尿道溢出,下腹疼痛无缓解;②体检时耻骨上区可见半球形膨隆,按压有尿

意,叩诊为浊音;③经超声检查明确诊断。

1.3 纳入标准

①经以上诊断标准确诊为混合痔术后并发尿潴留的患者且混合痔病情分期为Ⅲ~Ⅳ期的患者;②患者年龄为18~65周岁;③于我院行混合痔外剥内扎术的患者;④术前肛门形态功能正常的患者;⑤无止痛药过敏史者;⑥皮肤无破损、出血可行针刺治疗的患者;⑦参与研究前知悉本次研究内容并签署知情同意书者。

1.4 排除标准

①合并肛瘘、肛裂、肛周脓肿等其他肛肠科疾病的患者;②合并有肝肾功能疾病、血液或免疫系统疾病、恶性肿瘤等不适宜参与本次研究者;③既往有前列腺增生、前列腺肥大等病史的患者;④精神障碍患者。

1.5 方法

2组患者均行混合痔外剥内扎术,麻醉采取骶管麻醉,术后常规抗炎、补液,给予心电监护,静脉滴注七叶皂苷钠注射液消肿,术后每日进行创面清洁和伤口换药。2组患者均于术后次日行针刺疗法,取患者侧卧位,取穴双侧气海、关元、中极、水道、列缺穴、照海穴和涌泉穴,针具选择华佗牌针灸针(0.25 mm×25 mm,0.25 mm×40 mm),对以上穴位和针具进行常规消毒。其中列缺穴斜刺进针,深度0.2~0.3寸,照海穴、涌泉穴直刺进针,深度0.5~0.8寸,得气后采用提插捻转手法行针15 s,待患者有微胀感,20 min后拔针。研究组在对照组的基础上采用中药热奄包进行治疗,将吴茱萸100 g、桂枝100 g、干姜100 g、北沙参100 g、粗盐200 g混合均匀后放入20 cm×20 cm的棉袋,由我院中药房统一制作,术后将热奄包放入微波炉高火加温、加热至45℃左右,轮流敷于患者神阙穴、气海穴、关元穴以及中极穴,2次/d,30 min/次。2组患者均连续治疗7 d。

1.6 观察指标

1.6.1 临床疗效指标 对比2组患者术后各项临床疗效指标,其中术后首次排尿时间分别记为0、1、2、3、4分,0分为<40 s,1分为40~50 s,2分为51~60 s,3分为>60 s,4分为无法排出小便;术后首次排尿情况分别记为0、1、2、3、4分,0分为排尿正常,1分为尿呈细线状,2分为尿液断断续续成线状,3分为尿液点滴而出,4分为无法排出小便;术后腹部症状分别记为0、1、2、3、4分,0分为腹部无症状,1分为小腹有满闷感,2分为小腹有胀满感,3分为小腹有胀满、痛感,5分为小腹胀满疼痛、坐卧不安;术后膀胱叩诊情况分别记为0、1、2、3、4分,0分为叩诊呈鼓音,1分为叩诊浊音,未达到耻骨上一横指膀胱区,2分为耻骨上一横指膀胱区叩诊为浊音,3分为耻骨上二横指叩诊为浊音,4分为耻骨

上三横指膀胱区叩诊为浊音。

1.6.2 肛门功能评估并对比 2组患者术后1 d和术后7 d时,肛门功能包含肛门失禁评分、肛门狭窄评分和排便情况,其中肛门失禁评分根据Wexner^[7]评分标准进行评定,将干便、稀便、气体、需卫生衬垫、生活改变5个类型根据从不、偶尔(每月<1次)、有时(每月>1次,每周<1次)、经常(每周>1次,每天<1次)、总是(每天>1次)不同频率分别记0、1、2、3、4分,总分为20分,Wexner评分越高则肛门失禁程度越严重。肛门狭窄程度根据《盆底与肛门病学》^[8]相关标准进行评估,根据无、轻度、中度、重度不同严重程度分别记0、2、4、6分,其中轻度为排便不畅感较轻,指诊可通过食指;中度为明显排便困难和不畅感,指诊难以通过食指,可通过小指;重度为严重排便困难,指诊不能通过小指,仅指尖或棉签可通过。排便情况根据CSS便秘评分系统^[9]进行评估,CSS评分将排便频率、排便费力、排便不尽感、腹痛、每次如厕时间、排便辅助方法、24 h排便失败次数、病程分别记为0、1、2、3、4分,相加即为CSS总分,CSS评分越高则便秘情况越严重。

1.6.3 创面愈合情况对比 2组患者术后7 d时创面愈合情况,检查当天充分暴露肛周创面部分并行清洁处理,使用1 mm×1 mm带网格线的无菌薄膜覆盖于创面表面并勾勒创面边缘,创面愈合程度=(治疗前创面面积-治疗后创面面积)/治疗前×100%。

1.6.4 VAS评分 采用VAS视觉模拟评分法评估2组患者术后1 d和术后7 d时疼痛情况,VAS评分越高则疼痛程度越重。分别于评估当日抽取患者晨起空腹静脉血并行血清分离测定前列腺素E₂(PGE₂)、5-羟色胺(5-HT)、白细胞介素-6(IL-6)、白细胞介素-8(IL-8)和肿瘤坏死因子-α(TNF-α)含量,检测方法采用酶联免疫吸附试剂盒和配套的酶标仪。

1.7 疗效标准

1.7.1 西医疗效判定标准 根据患者临床症状判定疗效。①治愈:治疗后患者可自主排尿且顺畅,症状及体征消失;②好转:治疗后患者能多次少量排尿但不畅,症状及体征改善;③未愈:治疗后患者仍不能自主排尿,症状无变化,需留置导尿。治疗总有效率=(治愈+好转)/总例数×100%。

1.7.2 中医疗效判定标准 根据《中医病证诊断疗效标准》^[10]癃闭疗效标准判定疗效。治愈:患者小便通畅,癃闭症状及体征消失,腹胀减轻,恢复正常排尿。好转:癃闭症状及体征改善,可自行解小便,小便不畅,尿量较少。无效:癃闭症状无改善,患者不能自行解小便,需导尿。治疗总有效率=(治愈+好转)/总例数×100%。

1.8 统计学方法

以上疗效性指标、评分内容、实验室指标等数据采用 SPSS 23.0 进行处理分析,采用 $\bar{X} \pm S$ 表示计量资料并行 t 检验,采用 % 表示计数资料并行 χ^2 检验,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 2 组患者西医疗效比较

2 组患者西医疗效分级情况如表 2 所示,研究组治疗总有效率 95.65%,明显高于对照组的 82.61%,差异有统计学意义($P < 0.05$)。

表 2 2 组患者西医疗效比较 例

| 组别 | 例数 | 治愈 | 好转 | 无效 | 总有效率/% |
|----------|----|----|----|----|--------|
| 对照组 | 46 | 17 | 21 | 8 | 82.61 |
| 研究组 | 46 | 22 | 22 | 2 | 95.65 |
| χ^2 | | | | | 4.039 |
| P | | | | | 0.044 |

2.2 2 组患者中医疗效比较

2 组患者中医疗效分级情况如表 3 所示,研究组治疗总有效率 93.48%,明显高于对照组的 78.26%,差异有统计学意义($P < 0.05$)。

2.3 2 组患者疗效性指标比较

2 组患者治疗后疗效性指标如表 4 所示,研究组术后首次排尿时间、首次排尿情况、腹部症状、膀胱叩诊情况评分均明显优于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。

表 4 2 组患者疗效性指标评分比较 分, $\bar{X} \pm S$

| 组别 | 例数 | 术后首次排尿时间 | 术后首次排尿情况 | 术后腹部症状 | 术后膀胱叩诊情况 |
|-----|----|-------------|-------------|-------------|-------------|
| 对照组 | 46 | 2.52 ± 0.56 | 2.87 ± 0.51 | 2.58 ± 0.49 | 2.35 ± 0.53 |
| 研究组 | 46 | 1.59 ± 0.34 | 1.62 ± 0.44 | 1.32 ± 0.36 | 1.40 ± 0.38 |
| t | | 9.628 | 12.586 | 14.054 | 9.880 |
| P | | <0.001 | <0.001 | <0.001 | <0.001 |

表 5 2 组患者肛门功能评分情况 分, $\bar{X} \pm S$

| 组别 | 例数 | Wexner 肛门失禁评分 | | 肛门狭窄评分 | | CSS 排便评分 | |
|-----|----|---------------|-------------|-------------|-------------|--------------|--------------|
| | | 术后 1 d | 术后 7 d | 术后 1 d | 术后 7 d | 术后 1 d | 术后 7 d |
| 对照组 | 46 | 8.45 ± 1.96 | 6.72 ± 1.44 | 3.15 ± 0.76 | 1.72 ± 0.50 | 19.13 ± 3.55 | 11.90 ± 2.63 |
| 研究组 | 46 | 8.53 ± 1.89 | 4.39 ± 1.35 | 3.22 ± 0.79 | 1.31 ± 0.46 | 18.85 ± 3.74 | 8.17 ± 2.37 |
| t | | 0.199 | 8.006 | 0.433 | 4.093 | 0.368 | 7.146 |
| P | | 0.842 | <0.001 | 0.666 | <0.001 | 0.714 | <0.001 |

3 讨论

尿潴留在中医中根据其症状表现可归属于“癃闭”范畴中的尿液排出障碍,患者排尿不畅、点滴呈液,《素问·宣明五气》中曾有“膀胱不利为癃,不约为遗溺”的记载,指出膀胱气化失司可致使癃闭的

2.4 2 组患者肛门功能评分情况

2 组患者术后 1 d 和术后 7 d 肛门功能评分如表 5 所示,术后 1 d 2 组患者 Wexner 肛门失禁评分、肛门狭窄评分、CSS 排便评分比较差异无统计学意义($P > 0.05$)。术后 7 d 研究组患者 Wexner 肛门失禁评分、肛门狭窄评分、CSS 排便评分均明显低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。

2.5 2 组患者创面愈合率比较

研究组创面愈合率(90.49 ± 5.26)%,明显高于对照组的(87.33 ± 4.84)%,差异有统计学意义($P < 0.05$)。

2.6 2 组患者疼痛评分、疼痛因子和炎性因子水平比较

2 组患者术后 1 d 和术后 7 d 疼痛介质和炎性因子水平如表 6 所示,术后 1 d 2 组患者血清 VAS 评分、疼痛因子 PGE2、5-HT 以及炎性因子 IL-6、IL-8、TNF- α 含量比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),术后 7 d 研究组患者血清 VAS 评分、疼痛因子 PGE2、5-HT 以及炎性因子 IL-6、IL-8、TNF- α 含量均明显低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。

表 3 2 组患者中医疗效比较 例

| 组别 | 例数 | 治愈 | 好转 | 无效 | 总有效率/% |
|----------|----|----|----|----|--------|
| 对照组 | 46 | 11 | 25 | 10 | 78.26 |
| 研究组 | 46 | 19 | 24 | 3 | 93.48 |
| χ^2 | | | | | 4.390 |
| P | | | | | 0.036 |

形成。本病中患者尿潴留的发生与手术有关,一则手术伐伐和麻醉导致患者正气亏虚,局部经脉受损,血溢脉外,瘀滞下焦,阻塞尿道,故形成癃闭;二则患者术后气血阻滞,气滞导致膀胱气化功能失常,因此治疗时应注重调节膀胱气机,恢复其气化

功能^[11-13]。中医针刺疗法是调节气机的常用外治法,通过针刺特定腧穴发挥行气活血、疏经通络、通调下焦水道、调节下焦气机的作用。现代医学研究认为,针刺治疗尿潴留的作用机制可能与改善膀胱肌麻痹和缓解尿道括约肌痉挛程度有关。本次研究选取双侧列缺穴、照海穴和涌泉穴,其中列缺穴为八脉交会穴之一,通于任脉,而任脉在《黄帝内经》中记载“起于中极之下……上颐循面入目”,经过膀胱,有调节冲任、治疗泌尿系疾病的作用;照海穴为八脉交会穴,属肾经腧穴,而膀胱与肾相表里,小便不通则对照海行针刺以调节气化失常;涌泉穴位于足底,肾出于涌泉,可治疗肾脏和下焦病症,通过刺激涌泉以蒸腾肾气,调节水液代谢,促进膀胱功能恢复。综合来看,针刺疗法通过刺激肾脉腧穴以恢复肾主水之功能,促进膀胱疏泄,通利小便。热奄包外敷是中医传统外治疗法之一,也称热敷法,借助中药温热之力刺激腧穴,渗透皮肤经络传导之病所以达到疏通经络、调节膀胱气机的功效^[14-16]。本次研究所用热奄包药方包含吴茱萸、桂枝和粗盐,其中吴茱萸性热,归肝、脾、胃、肾经,有疏肝下气、散寒止痛、助阳止泻的功效^[17];桂枝性温,《本经疏证》中提到“凡药须究其体用,桂枝能利

关节,温经通脉,此其体也”,具有通阳和营、下气利水的作用^[18];干姜性热,有温中散寒、回阳通脉、温肺化饮之效;北沙参“肺家气分中理血药,疏通而不燥,滑泽而不滞”,是养阴清肺、益胃生津之药^[19];粗盐是本方的辅助材料,加热后可促进肤温升高,从而加速血液循环,促进药力通达经脉,进而发挥疗效。现代药理研究中,张启云等^[20]在应用吴茱萸水提物给药大鼠的研究中发现,吴茱萸可影响机体代谢,大鼠尿液中白细胞三烯、棕榈酰乙醇胺、花生酸等代谢物含量升高,而白细胞三烯作为抗炎活性分子代谢产物,其含量升高表明吴茱萸可能具有一定的抗炎作用;刘新等^[21]对小鼠分别应用茯苓、桂枝、茯苓配伍桂枝以观察其利尿作用的研究中发现桂枝配伍茯苓可有效增加小鼠 5 h 尿量,有温阳化气、渗水利湿的作用。热奄包外敷穴位包含神阙穴、气海穴、关元穴以及中极穴,其中神阙穴为五脏六腑之根本,诸阴之海,有调和脏腑、行气利水、温经通络的作用;气海穴为足太阳膀胱经腧穴,主气机,有行气活血、温补肾元之功;关元穴可温补下元,调节三焦;中极穴则有补肾气、利膀胱、清湿热的功效^[22]。

表 6 2 组患者疼痛评分、疼痛因子和炎症因子水平比较

$\bar{X} \pm S$

| 组别 | 例数 | VAS 评分/分 | | PGE ₂ /(ng · mL ⁻¹) | | 5-HT/(ng · mL ⁻¹) | |
|----------|----|-------------|-------------|--|----------------|-------------------------------|----------------|
| | | 术后 1 d | 术后 7 d | 术后 1 d | 术后 7 d | 术后 1 d | 术后 7 d |
| 对照组 | 46 | 7.45 ± 1.29 | 4.40 ± 1.15 | 408.41 ± 42.36 | 329.24 ± 38.96 | 683.56 ± 97.55 | 616.52 ± 87.28 |
| 研究组 | 46 | 7.56 ± 1.42 | 3.64 ± 1.08 | 399.64 ± 45.38 | 288.08 ± 34.27 | 690.18 ± 103.65 | 533.47 ± 69.16 |
| <i>t</i> | | 0.389 | 3.267 | 0.958 | 5.380 | 0.315 | 5.058 |
| <i>P</i> | | 0.698 | 0.002 | 0.341 | 0.000 | 0.753 | 0.000 |

| 组别 | 例数 | IL-6/(mg · L ⁻¹) | | IL-8/(mg · L ⁻¹) | | TNF-α/(pg · mL ⁻¹) | |
|----------|----|------------------------------|----------------|------------------------------|----------------|--------------------------------|----------------|
| | | 术后 1 d | 术后 7 d | 术后 1 d | 术后 7 d | 术后 1 d | 术后 7 d |
| 对照组 | 46 | 220.84 ± 58.28 | 163.34 ± 35.29 | 297.15 ± 27.33 | 239.45 ± 25.87 | 179.66 ± 36.03 | 142.23 ± 30.23 |
| 研究组 | 46 | 216.39 ± 54.42 | 140.37 ± 31.40 | 292.35 ± 29.91 | 197.68 ± 23.49 | 174.34 ± 35.82 | 105.25 ± 28.86 |
| <i>t</i> | | 0.379 | 3.298 | 0.804 | 8.107 | 0.710 | 11.473 |
| <i>P</i> | | 0.706 | 0.001 | 0.424 | 0.000 | 0.479 | 0.000 |

本次研究结果表明,研究组治疗总有效率 93.48%,明显高于对照组的 78.26% ($P < 0.05$),研究组术后首次排尿时间、首次排尿情况、腹部症状、膀胱叩诊情况评分均明显优于对照组 ($P < 0.05$),说明热奄包联合针刺疗法可有效改善患者术后尿潴留症状,原因在于中药通过皮肤毛孔进入腠理而将药效传至病变部位,通过药物透皮吸收的同时又避免了口服药物的肝脏首过效应,从而增强疗效,促进患者快速恢复。而对于原发病混合痔,针刺疗法可直接刺激病变部位使病理组织坏死并形成瘢痕结痂脱落,改善局部组织循环,促进受损部位修复。术后 7 d 研究组患者 Wexner 肛门失禁

评分、肛门狭窄评分、CSS 排便评分均明显低于对照组 ($P < 0.05$),说明热奄包联合针刺疗法对混合痔术后尿潴留患者肛门功能改善疗效较好。研究组创面愈合率明显高于对照组 ($P < 0.05$),说明热奄包联合针刺疗法可促进术后创面愈合,原因可能在于热奄包联合针刺疗法改善创面部位血液微循环并提高氧分压,促进创面肉芽组织中毛细血管形成以及内源性生长因子的生成,从而加快创面愈合。PGE₂ 是环氧化酶催化生成的产物,可增强神经末梢的痛觉感应,5-HT 是参与调控疼痛信号传递信号通路的神经递质,其含量越高则疼痛程度越重;同时炎症反应也与疼痛程度具有密切联系,

IL-6、IL-8、TNF- α 等炎性因子含量越高则在较高的炎症刺激下痛觉越重^[23-25],术后7d研究组患者VAS评分、血清PGE₂、5-HT、IL-6、IL-8、TNF- α 含量均明显低于对照组($P < 0.05$),说明热奄包联合针刺疗法可有效减轻机体炎症水平,缓解疼痛。

综上所述,热奄包联合针刺疗法对混合痔术后尿潴留患者排尿功能改善疗效较好,有效促进了创面恢复,改善患者肛门功能,减轻疼痛水平并降低炎性因子含量。

利益冲突 所有作者均声明不存在利益冲突

参考文献

[1] 蒋嘉奇,崔灿,干丹,等.基于快速康复外科理念的中医适宜技术在痔患者围手术期管理中的应用现状[J].结直肠肛门外科,2021,27(2):103-106.

[2] 曹铭英,毛敏.肛肠术后患者尿潴留的风险评估及艾灸防治进展[J].国际护理学杂志,2020,39(21):4026-4029.

[3] 何吉梅,鄧重阳,孙继东.混合痔术后发生尿潴留的危险因素分析[J].中国肛肠病杂志,2021,41(3):28-30.

[4] 李祺劼,李瑶琴,吕玉兰,等.针刺治疗痔术后并发症的研究概况[J].中国肛肠病杂志,2020,40(5):74-76.

[5] 张有生,李春雨,主编.实用肛肠外科学[M].北京:人民军医出版社,2009:148-155.

[6] 陈孝平,汪建平.外科学[M].北京:人民卫生出版社,2013:569.

[7] Jorge JMN, Wexner SD. Etiology and management of fecal incontinence[J]. Dis Colon Rectum, 1993, 36(1): 77-97.

[8] 张东铭.盆底与肛门病学[M].贵阳:贵州科技出版社,2000:486.

[9] Agachan F, Chen T, Pfeifer J, et al. A constipation scoring system to simplify evaluation and management of constipated patients[J]. Dis Colon Rectum, 1996, 39(6):681-685.

[10] 国家中医药管理局.中医病证诊断疗效标准[M].北京:中国医药科技出版社,2012:44-45.

[11] 杨传广,席作武,金晓玲.基于张锡纯治疗癰闭经验论治肛肠病术后尿潴留[J].中国民族民间医药,2021,30(3):92-95.

[12] 陈瑜.内外结扎加中药外敷治疗环状混合痔 193 例[J].中国中西医结合消化杂志,2005,13(4):279-279.

[13] 黄燕虹,张金旋,巫依屏.中医护理临床路径在混合痔围术期患者中的应用效果[J].中国民康医学,2021,33(20):191-193.

[14] 刘薇文.吴茱萸中药热奄包预防混合痔术后尿潴留的效果观察[J].北方药学,2020,17(3):22-23.

[15] 粟艳琴.吴茱萸中药热奄包熨烫治疗混合痔术后尿潴留 40 例疗效观察[J].湖南中医杂志,2015,31(3):60-61.

[16] 李静,戴秋安,周月好,等.中药热奄包联合穴位按摩预防混合痔患者术后尿潴留 60 例[J].云南中医中药杂志,2013,34(10):39-40.

[17] 赵仙改,高丽奋,蒋登菲,等.吴茱萸加醋外敷八髎穴用于混合痔外剥内扎术后多模式镇痛中的效果[J].中西医结合护理(中英文),2020,6(7):69-71.

[18] 刘浩.中药桂枝与肉桂的成分及药理作用比较[J].临床医药文献电子杂志,2017,4(98):19398-19399.

[19] 林喆,赵亚,原忠.北沙参的化学成分及药理作用研究进展[J].中国中医药信息杂志,2007,14(7):91-93.

[20] 张启云,徐国良,马晓雪,等.吴茱萸水提物给药大鼠尿液代谢组学研究[J].中国中药杂志,2010,35(1):99-102.

[21] 刘新,马成,盛萍,等.茯苓与桂枝配伍对小鼠利尿的实验研究[J].新疆中医药,2009,27(5):45-48.

[22] 李静,戴秋安,周月好,林等.中药热奄包联合穴位按摩预防混合痔患者术后尿潴留 60 例[J].云南中医中药杂志,2013,34(10):39-40.

[23] 罗文文,罗文姿,刘志丽,等.右美托咪定与咪达唑仑镇静对老年 TURP 患者术中炎症、应激反应及术后疼痛介质分泌的影响[J].解放军医药杂志,2020,32(6):99-103.

[24] 林庆民.选择型痔上黏膜切除钉合术对环状混合痔患者的疗效及对 CRP、IL-6、TNF- α 水平的影响[J].齐齐哈尔医学院学报,2019,40(16):2060-2062.

[25] 李璐,唐勇,葛巍,等.基于"超前镇痛"理念探讨揸针对痔术后疼痛和血清 PGE₂ 影响[J].实用中西医结合临床,2021,21(19):39-41,77.

(收稿日期:2021-12-02)