

利多卡因联合亚甲蓝防治痔疮术后肛门疼痛的临床观察

张全辉 邓永文 姚玉乔
(江西中医学院附属医院 南昌 330006)

关键词:利多卡因;亚甲蓝;痔疮;术后疼痛

中图分类号:R 657.18

文献标识码:B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2012.03.045

痔是肛肠外科临床工作中一种常见病、多发病,痔术后可出现多种并发症,如疼痛、出血、尿潴留等,其中最常见的就是疼痛。我院肛肠科于 2011 年 1~12 月采用利多卡因联合亚甲蓝防治痔疮术后肛门疼痛,取得一定疗效。现报告如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 将 2011 年 1~12 月期间局麻下行混合痔外剥内扎术后疼痛患者 63 例,随机分为观察组和对照组。观察组 31 例,男 18 例,女 13 例,对照组 32 例,男 17 例,女 15 例,两组患者年龄均为 18~65 岁,两组在性别、年龄、疾病种类等方面均无统计学意义($P>0.05$)。

1.2 治疗方法 两组患者均在局部浸润麻醉下手术。手术结束时,观察组予 2%利多卡因 10 mL 混合 1%亚甲蓝 2 mL 及注射用水 10 mL 在手术区行点状注射,每点 0.2~0.3 mL,总量 8 mL。对照组按常规处理,创面不注射任何药物。

1.3 评价指标 参照视觉模拟疼痛评分 (VAS)标准:疼痛疗效判定采用病人的主观评估,采用 1 条 10 cm 长的标尺,两端标明分数,0 分代表完全无痛,10 分代表疼痛最剧烈,由病人在尺上标出自己疼痛的相应位置,然后量出疼痛强度的数值或评分。

1.4 统计学处理 检测数据采用统计软件 SPSS 13.0 进行统计分析。计量资料两样本间比较采用两独立样本 t 检验。

1.5 结果 见表 1。

表 1 两组术后肛门疼痛评分比较 ($\bar{X} \pm S$) 分		
时间	观察组($n=31$)	对照组($n=32$)
术后第 1 天 VAS	2.7056 $\pm$ 1.30040*	3.5764 $\pm$ 1.57827
术后第 3 天 VAS	2.6129 $\pm$ 1.35837*	3.4690 $\pm$ 1.58623
术后第 5 天 VAS	2.7097 $\pm$ 1.39508*	3.3063 $\pm$ 1.66287
术后第 7 天 VAS	2.6180 $\pm$ 1.37861*	3.2175 $\pm$ 1.43594

注:与对照组比较,* $P<0.05$ 。

2 讨论

痔是临床最常见的疾病之一,由于手术本身是带有创伤性的,因此不可避免地产生一些相应的并

发症,如肛门疼痛、排尿障碍等,给病人的身心带来较大的痛苦,直接影响到患者的生活质量,其中尤以肛门疼痛影响最大。肛门术后疼痛常常与创面大小及患者对疼痛敏感程度有关。术后疼痛发生机制为多因素所致,多为创面术后局部组织释放内源性致痛因子刺激,痛觉感受器产生痛觉信号,通过神经传导通路到达大脑痛觉中枢而产生痛觉^[1]。而局部由于损伤和炎症反应产生的前列腺素、白三烯和缓激肽类物质可提高痛觉感受器的敏感性,并降低阈值,从而使患者更易产生疼痛。

肛管括约肌受到手术创伤及排便刺激极易引起痉挛,因此术后的疼痛往往持续时间较长,一般的局部麻醉药和镇痛药的镇痛时间很难达到此时限。1975 年,任全宝提出用亚甲蓝作为长效止痛剂应用于肛肠疾病,并取得较好疗效。亚甲蓝是一种氧化还原剂,本用于治疗高铁血红蛋白血症及氰化物中毒。因其对神经组织有较强的亲和力,局部注射后,对切口及切口周围皮下末梢髓质产生可逆性损害,导致神经传导阻滞,使局部疼痛减轻或消失,新生的髓质约 15 d 后才能修复,从而可起到长效止痛作用^[2-3]。针对亚甲蓝起效慢、潜伏期长且对局部组织产生刺激,产生烧灼样疼痛反应,笔者在亚甲蓝中加入 2%利多卡因 10 mL,能较好消除这种不适,延长止痛时间,疼痛程度显著减轻。注射亚甲蓝不会影响创口愈合是由于长效止痛剂减轻或消除了疼痛及肛门括约肌痉挛,改善了局部血液循环,有利于创口的愈合;另外亚甲蓝还能有助于创面止血,减少分泌物。但因亚甲蓝止痛效果较好,有时会掩盖创口感染的疼痛。且用量不当或用法不当时,会出现肛门感觉末梢神经损害,使感觉减退,肛门麻木,直肠侧壁机械感受器反应迟钝,便意降低,甚至影响肛门括约肌功能,引起稀便失控^[4]。为了避免这些副作用,应正确掌握其浓度、用量、用法。以低

掌握。射频热凝治疗开创了椎间盘突出症治疗的一种新方法、新手段。但一种新技术的出现,仍有它的局限性,应当在应用过程中,进一步探索和总结,拓展治疗范围,提高治疗效果。

参考文献

[1]侯树勋,李明全,白魏,等.腰间盘摘除术后远期疗效评价[J].中华骨科杂志,2003,23(9):514

(收稿日期:2012-01-12)

末梢神经离断术联合中药熏洗治疗肛门湿疹 78 例

桂慧俐¹ 丁二军¹ 指导:赵昂之²

(1 江西中医学院 2010 级研究生 南昌 330006; 2 江西中医学院附属医院 南昌 330006)

关键词:末梢神经离断;中药熏洗;肛门湿疹

中图分类号:R 574.8

文献标识码:B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2012.03.046

肛门湿疹是临床常见多发病。任何年龄均可发病,主要表现为肛门周围灼热、潮湿、奇痒,稍抓后剧痛并有蚁走感,呈慢性时潮湿糜烂渗出结痂,皮损增厚、增粗或脱屑,皱壁肥大,皮色因色素的脱失或沉着而变浅或加深,皲裂出血等,久之出现苔藓样瘙痒,常蔓延至前阴,奇痒难忍。笔者自 2010 年 10 月~2011 年 10 月采用手术离断肛周末梢神经、术后中药熏洗治疗肛门湿疹及瘙痒 78 例,取得较为满意的效果。现总结如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 本组 78 例中,男 42 例,女 36 例;年龄最大 62 岁,最小 21 岁,平均 42.5 岁;病程最短 7 d,最长 11 年,平均 6.7 个月。急性湿疹 5 例,亚急性湿疹 21 例,慢性湿疹 52 例。

1.2 诊断标准 参照 1994 年国家中医药管理局制定的《中医病证诊断疗效标准》拟定^[1]。(1)急性湿疹:发病快,病程较短,初起时皮肤损害有红斑、丘疹、渗出、糜烂、滋水、结痂、脱屑等,症状基本为一种,间或合并出现;轻者微痒,重者瘙痒剧烈,难以忍受,呈间歇性或阵发性发作,夜间增剧。(2)亚急性湿疹:多由急性湿疹迁延而至,病情较缓,水疱不多,渗液少,尚可见红斑、丘疹、鳞屑、痂皮、糜烂等。(3)慢性湿疹:常因急性湿疹日久不愈转至,或一开始表现为慢性者。肛缘皮肤增厚粗糙,呈苔藓样变,弹性减弱或消失;颜色棕红或灰白色,皮损界限不清楚,瘙痒剧烈;常反复发作,迁延不愈。

1.3 治疗方法

1.3.1 手术疗法 患者取膝胸位,备皮,常规皮肤消毒,铺无菌巾,予 1%利多卡因局部皮下浸润麻醉。在病灶皮肤边缘作一等长的 V 型切口,用组织钳提起皮瓣,沿切口向湿疹瘙痒处用纹式钳在皮下

浓度为 1% 利多卡因注射液,注射时不宜过深,不宜集中,力求点状、均匀。不要向非手术区注射,以免造成局部感觉异常。综上所述,利多卡因联合亚甲蓝防治痔瘡术后肛门疼痛有一定的临床价值,值得进一步推广。

参考文献

[1]张东辉,孙博,张玉杰.丁卡因联合复方亚甲蓝用于肛门术后疼痛的临床观察[J].陕西医学杂志,2008,37(10):1 434

做潜行钝性剥离,同病灶面积中心直径,剥离时避免使用暴力,以免皮下水肿及损伤表皮,然后沿切口重新缝合,加压包扎,如肛管有肥大肛乳头或肛窦炎,需一并切除,术后注意感染。

1.3.2 中药坐浴 方药:苦参 30 g、苍耳子 25 g、蛇床子 30 g、威灵仙 10 g、川椒 15 g、冰片 1 g(后下),水煎,令患者先熏 10 min,再坐浴浸洗湿疹瘙痒处约 10 min。每天 1 次,每次 20~30 min。7 d 为 1 个疗程。禁忌热浴。

1.3.3 术后换药 创口以自制九华棉条换药,肛周外敷金黄膏。

1.4 疗效评定 治愈:皮损消退;显效:临床症状及皮肤损害有所改善,皮疹消退 60%以上;有效:瘙痒明显减轻,偶有少许皮损,皮损消退 30%以上;无效:皮损消退不足 30%。

1.5 治疗结果 本组病例中,治愈 51 例,显效 12 例,有效 9 例,无效 6 例,总有效率 92.3%。

2 讨论

肛门湿疹及瘙痒是一种常见多发病,病程长,易复发,治愈困难。笔者通过手术潜行钝性剥离,使肛门及肛管的移行皮肤与皮下组织分离,实际上是使皮下的末梢神经阻断,从而起到止痒作用。中医认为湿热下注、血虚风燥是本病的基本病机。治宜疏风止痒、清热除湿。应用中药熏洗浸泡,直达患处,清热除湿,祛风止痒,结合活血化瘀,修复皮损。两者结合,既能快速止痒,又能借助中药巩固疗效,达到标本兼治之目的。

参考文献

[1]国家中医药管理局.中医病证诊断疗效标准[S].南京:南京大学出版社,1994.137

(收稿日期:2011-12-06)

[2]刘钊,汪明.肛肠术后镇痛方法及应用[J].中国肛肠病杂志,2002,22(9):30-32

[3]梁德森,孟庆辉.复方亚甲蓝长效止痛剂用于混合痔术后疼痛的临床研究[J].中国肛肠病杂志,2003,23(11):23-24

[4]郑丽华,孙秋云,宋宇辉.亚甲蓝改善肛肠术后疼痛的临床观察[J].中日友好医院学报,2003,17(1):221

(收稿日期:2012-03-05)