

〔文章编号〕 1007-0893(2022)13-0029-04

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2022.13.009

# 外剥内扎术结合促愈汤治疗混合痔对 bFGF 及 PDGF 的影响

陈国强 王 星 刘益峰

(联勤保障部队第 900 医院莆田医疗区, 福建 莆田 351100)

〔摘要〕 **目的:** 探究外剥内扎术结合促愈汤治疗混合痔对碱性成纤维细胞生长因子 (bFGF) 及血小板源性生长因子 (PDGF) 的影响。**方法:** 选取联勤保障部队第 900 医院莆田医疗区 2020 年 5 月至 2021 年 5 月期间收治的 60 例混合痔患者, 依照随机法分为对照组与观察组, 每组 30 例。两组患者均行外剥内扎术治疗, 对照组患者术后使用九华膏涂抹肛周, 并用高锰酸钾熏洗坐浴, 观察组在对照组的基础上给予促愈汤口服。比较两组患者的临床疗效、创面愈合情况、血清指标水平及肛门动力学。**结果:** 两组患者临床总有效率比较, 差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ )。治疗 2 周后观察组患者的创面疼痛、渗液及出血评分均显著低于对照组, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。治疗 2 周后观察组患者的 bFGF、PDGF 水平均显著高于对照组, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。治疗后观察组患者的直肠感觉阈值、肛管静息压、肛管最大收缩压及直肠最大耐受量均明显小于对照组, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。**结论:** 外剥内扎术联合促愈汤治疗混合痔的效果确切, 尤其可改善患者的血清 bFGF、PDGF 水平, 加速创面愈合。

〔关键词〕 混合痔; 外剥内扎术; 促愈汤

〔中图分类号〕 R 657.1<sup>+</sup>8      〔文献标识码〕 B

俗话说“十人九痔”, 痔是最为常见的疾病, 严重的混合痔需要及时予以手术治疗<sup>[1]</sup>。近年来, 混合痔在治疗过程中存在诸多问题, 如患者因忙于工作学习要求尽早出院, 导致创面愈合缓慢、创面瘙痒及瘢痕等问题。此外, 混合痔是指内痔、外痔贯通, 痔核没有明显的分界, 导致手术难度大, 术后创面不易愈合<sup>[2]</sup>。因此, 对于混合痔患者来说, 加快术后创面愈合进程是当前急需解决的重要问题。有专家表示, 混合痔术后创面难愈合的病机在于气血亏虚, 选择有“益气养血、清热化湿”功效的促愈汤, 可加速混合痔患者术后创面愈合进程, 效果确切<sup>[3]</sup>。笔者结合多年的临床经验发现, 混合痔患者术后创面若久不愈合, 易发感染, 故术后需妥善处理创面, 建议九华膏涂抹+高锰酸钾熏洗坐浴+促愈汤内服<sup>[4]</sup>。本研究以 60 例混合痔患者为研究对象, 在常规术后处理的基础上指导观察组患者加服促愈汤, 旨在进一步探究促愈汤对混合痔患者术后创面愈合及血清指标 (碱性成纤维细胞生长因子 (basic fibroblast growth factor, bFGF)、血小板源性生长因子 (platelet-derived growth factor, PDGF)) 的具体影响, 现报道如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

选取联勤保障部队第 900 医院莆田医疗区 2020 年

5 月至 2021 年 5 月期间收治的 60 例混合痔患者, 依照随机法分为对照组与观察组, 每组 30 例。

对照组男 13 例, 女 17 例; 年龄 35~56 岁, 平均年龄 (45.23±3.29) 岁; 病程 1~5 年, 平均 (2.51±1.02) 年; 内痔分度为 18 例 III 度、12 例 IV 度。观察组男 11 例, 女 19 例; 年龄 35~58 岁, 平均年龄 (45.45±3.31) 岁; 病程 1~5 年, 平均病程 (2.61±1.12) 年; 内痔分度为 20 例 III 度、10 例 IV 度。两组患者一般资料比较, 差异均无统计学意义 ( $P > 0.05$ ), 具有可比性。本研究已经联勤保障部队第 900 医院莆田医疗区伦理委员会评估 (伦理编号 202000034)。患者均对本研究知情同意。

### 1.2 病例选择

1.2.1 纳入标准 (1) 均与《中国痔病诊疗指南 (2020)》<sup>[5]</sup> 中的混合痔诊断标准相符; (2) 内痔分度为 III 度、IV 度; (3) 肛门形态、肛门功能均正常; (4) 有手术指征; (5) 中医辨证湿热下注型<sup>[6]</sup>。

1.2.2 排除标准 (1) 既往有肛门手术史; (2) 合并肛周脓肿、湿疹等多种肛周疾病者; (3) 伴有糖尿病、恶性肿瘤、精神疾病等其他病症者; (4) 依从性极差的患者。

### 1.3 方法

1.3.1 外剥内扎术 两组患者均予以清洁灌肠处理, 予以骶神经麻醉, 取截石位, 经常规消毒铺巾后使术野

〔收稿日期〕 2022-05-24

〔作者简介〕 陈国强, 男, 主治医师, 主要从事普外科工作。

充分暴露，先用钳夹夹住外痔的赘皮下段，朝着齿状线的方面行“V”字形切口，切至齿状线上大约 0.5 cm 位置，剥离皮下痔静脉丛，后使用弯血管钳将内痔底部夹住，行“8”字形结扎，将残端组织剪除，保留肛管皮桥。以同样方法处理其他部位的痔。手术结束后，将患者安全送回病房，指导患者服用头孢呋辛酯片（国药集团致君（深圳）制药有限公司，国药准字 H20000400）进行常规抗感染治疗，服用 250 mg · 次<sup>-1</sup>，2 次 · d<sup>-1</sup>，持续服用 3 d 即可，定期查看其创面愈合情况。

1.3.2 对照组 术后使用九华膏（黑龙江肇东华富药业有限责任公司，国药准字 Z23020494）涂抹肛门，并用无菌纱布覆盖，每次涂抹 1 g，每日 2 次；早晚各进行 1 次高锰酸钾坐浴，用 5000 mL 温水稀释 1 g 高锰酸钾（吉林省东盟制药有限公司，国药准字 H22026515），先熏洗 10 min，后坐浴 20 min。治疗持续 2 周。

1.3.3 观察组 在对照组的基础上给予促愈汤口服，组方：黄芪 30 g，茯苓 15 g，炒白术 9 g，忍冬藤 9 g，当归 6 g，白芍 6 g，川芎 6 g，防风 6 g，熟地黄 6 g，麦冬 6 g，生甘草 6 g。1 剂 · d<sup>-1</sup>，水煎服，取汁 400 mL，200 mL · 次<sup>-1</sup>，分早晚服用，治疗持续 2 周。

1.4 观察指标

(1) 临床疗效比较：依据相关疗效标准评估<sup>[6]</sup>，混合痔患者的临床症状、体征及痔均消失，且创面已完全愈合，判为治愈；其临床症状、体征及痔均消失，创面面积小于 2 mm<sup>2</sup>，判为显效；其临床症状、体征及痔均消失，创面面积为 2 ~ 4 mm<sup>2</sup>，判为好转；创面面积超过 4 mm<sup>2</sup>，判为无效。总有效率 = (治愈 + 显效 + 好转) / 总例数 × 100 %。(2) 创面愈合情况比较：①创面疼痛使用视觉模拟评分法由患者自评疼痛程度，0 ~ 10 分，0 分表示无痛，10 分表示剧痛难忍，分值越大说明其创面疼痛程度越严重<sup>[7]</sup>；②创面渗液以纱布渗液量为准，未渗透纱布记 0 分，渗透 1 块纱布记 1 分，渗透 2 块纱布记 2 分，渗透 3 块或 3 块以上纱布记 3 分<sup>[8]</sup>；③创面出血评分以便时或便后有无出血为准，便时、便后均未出血，记 0 分；便时未出血，便后纸染血，记 1 分；便时滴血记 2 分；便时有大量鲜血排出，记 3 分<sup>[9]</sup>。

(3) 血清 bFGF、PDGF 水平比较：两组患者分别于术后当日、治疗 2 周后于清晨空腹状态下取 3 mL 外周静脉血，经 3000 r · min<sup>-1</sup> 离心处理取上清液，用酶联免疫吸附试验 (enzyme linked immunosorbent assay, ELISA) 检测血清 bFGF、PDGF 水平。(4) 肛门动力学比较：两组患者均在治疗 2 周后使用瑞典 Medtronic synectics 公司提供的高分辨多通道胃肠功能监测仪检测患者的肛门动力学，包括直肠感觉阈值、肛管静息压、肛管最大收缩

压及直肠最大耐受量。

1.5 统计学方法

采用 SPSS 21.0 软件进行数据处理，计量资料以  $\bar{x} \pm s$  表示，采用 *t* 检验，计数资料用百分比表示，采用  $\chi^2$  检验，*P* < 0.05 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者临床总有效率比较

两组患者临床总有效率比较，差异无统计学意义 (*P* > 0.05)，见表 1。

表 1 两组患者临床总有效率比较 (n = 30, n (%))

组别	治愈	显效	好转	无效	总有效
观察组	13(43.33)	12(40.00)	4(13.33)	1(3.33)	29(96.67)
对照组	11(36.67)	10(33.33)	6(20.00)	3(10.00)	27(90.00)

2.2 两组患者不同时段创面愈合情况比较

术后当日两组患者的血清创面疼痛、渗液及出血评分比较，差异无统计学意义 (*P* > 0.05)；治疗 2 周后观察组患者的创面疼痛、渗液及出血评分均显著低于对照组，差异具有统计学意义 (*P* < 0.05)，见表 2。

表 2 两组患者不同时段创面愈合情况比较 (n = 30,  $\bar{x} \pm s$ , 分)

组别	时间	疼痛	渗液	出血
对照组	术后当日	6.51 ± 1.21	2.88 ± 0.92	2.46 ± 0.88
	治疗 2 周后	1.52 ± 0.72	0.92 ± 0.47	0.63 ± 0.12
观察组	术后当日	6.45 ± 1.11	2.38 ± 0.83	2.54 ± 0.82
	治疗 2 周后	0.82 ± 0.41 <sup>a</sup>	0.58 ± 0.32 <sup>a</sup>	0.34 ± 0.11 <sup>a</sup>

注：与对照组治疗 2 周后比较，<sup>a</sup>*P* < 0.05。

2.3 两组患者不同时段血清 bFGF、PDGF 水平比较

术后当日两组患者的 bFGF、PDGF 比较，差异无统计学意义 (*P* > 0.05)；治疗 2 周后观察组患者的 bFGF、PDGF 均显著高于对照组，差异具有统计学意义 (*P* < 0.05)，见表 3。

表 3 两组患者不同时段血清 bFGF、PDGF 水平比较

(n = 30,  $\bar{x} \pm s$ , ng · L<sup>-1</sup>)

组别	时间	bFGF	PDGF
对照组	术后当日	55.52 ± 6.21	41.58 ± 6.62
	治疗 2 周后	82.42 ± 10.72	48.85 ± 7.42
观察组	术后当日	54.28 ± 6.51	40.65 ± 6.53
	治疗 2 周后	97.83 ± 11.41 <sup>b</sup>	60.22 ± 8.72 <sup>b</sup>

注：bFGF 一碱性成纤维细胞生长因子；PDGF 一血小板源性生长因子。

与对照组治疗 2 周后比较，<sup>b</sup>*P* < 0.05。

2.4 两组患者的肛门动力学比较

治疗后观察组患者的直肠感觉阈值、肛管静息压、肛管最大收缩压及直肠最大耐受量均明显小于对照组，

差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )，见表 4。

表 4 两组患者的肛门动力学比较 ( $n = 30, \bar{x} \pm s$ )

组别	直肠感觉阈值 /mL	肛管静息压 /mmHg	肛管最大收缩压 /mmHg	直肠最大耐受量 /mL
对照组	72.12 ± 14.23	40.23 ± 1.32	134.11 ± 16.29	132.29 ± 16.29
观察组	61.32 ± 12.23 <sup>c</sup>	31.22 ± 1.21 <sup>c</sup>	125.42 ± 14.65 <sup>c</sup>	112.19 ± 12.33 <sup>c</sup>

注：与对照组比较，<sup>c</sup> $P < 0.05$ 。

### 3 讨论

痔是常见肛肠科疾病，男女老少皆可罹患，其中青壮年群体最易患。临床上根据痔的发病部位可将其分为内痔、外痔、混合痔<sup>[10]</sup>。流行病学调查显示<sup>[11]</sup>，痔疮患者在全中国肛肠科疾病患者中占 80% 以上，混合痔患者占 10% ~ 20%，需及时予以手术治疗。混合痔是内痔、外痔的混合类型，临床药物治疗的效果较差，手术治疗为最佳选择。目前，临床治疗混合痔多采用外剥内扎术，该术式虽然可以有效治疗混合痔，但手术操作易伤及正常肛垫组织，导致术后肛肠动力异常、创面愈合较慢。因此，加快创面愈合进程是混合痔患者术后快速康复的关键点，也是肛肠外科医生需要努力的方向。

临床实践发现，外剥内扎术后使用九华膏换药治疗和高锰酸钾熏洗坐浴可加速混合痔患者术后创面愈合。九华膏是治疗痔疮的常用外用药物，由川贝、龙骨、硼砂、冰片等加工而成，用于外剥内扎术后局部涂抹换药治疗，具有消肿止痛、生肌收口、抑菌抗感染等功效，配合高锰酸钾熏洗坐浴，可达到成倍的术后抑菌抗感染作用，但创面修复速度仍然不够理想<sup>[12]</sup>。鉴于此，本研究观察组在以上基础加服促愈汤，结果显示：两组患者虽然临床总有效率比较，差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ )。但观察组患者治疗 2 周后的创面疼痛、渗液、出血评分均明显低于对照组，其血清 bFGF、PDGF 水平均显著高于对照组，且肛肠动力学优于对照组，差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。可见，促愈汤有助于改善患者术后创面疼痛、创面渗液及创面出血情况，提高患者的血清 bFGF、PDGF 水平，加速患者术后的创面愈合进程，防止肛肠动力学异常，效果突出。

金元时期中医已在治疗痔方面取得了较大的进展，将痔的病因归为湿、热、风、燥，并将疏风润燥、清热利湿作为治疗痔的治疗原则<sup>[13]</sup>。观察组患者内服的促愈汤以黄芪为君药，性温味甘，有补中益气、健脾补中、托毒生肌之效；以茯苓、炒白术、当归、白芍、川芎、熟地黄以臣药，有行血不破血之效；以忍冬藤、防风、麦冬为佐药，忍冬藤有清热解毒、疏风活络之效，防风有祛风解表、胜湿止痛之效，麦冬有生津解渴、润肺止咳之效，三味药佐助当归、川芎及熟地黄可发挥养血之

效；以甘草为使药，有清热解毒之效，可调和诸药，共奏清热化湿、气血双补之效，可为混合痔患者术后创面肌肤的濡养创造良好的条件，加速创面愈合进程<sup>[14]</sup>。创面修复是一个非常复杂的过程，包括细胞运动、细胞黏附、微循环、细胞增殖及纤维蛋白合成等，需要表皮细胞、成纤维细胞等诸多细胞因子的参与。bFGF 属于活动多肽，可趋化内皮细胞及成纤维细胞，同时可增加血管内皮中的胶原含量，增强组织修复能力；PDGF 由多种细胞合成，不仅可以趋化成纤维细胞、平滑肌细胞，还可促进局部循环，刺激肉芽组织增生，促进创口修复。可见，bFGF、PDGF 均在创面愈合中发挥着重要作用。现代药理学研究已证实，黄芪的提取物有助于改善微循环，可促进成纤维细胞增殖并促进创面分泌 bFGF，加速创面修复；白芍中包含的总苷活性成分及川芎的川芎嗪均可加速创面角质形成细胞增殖，促进血管内皮生长因子分泌<sup>[15]</sup>。从本研究看，观察组患者通过内服促愈汤，促进了创面 bFGF、PDGF 等因子的分泌，为新生血管形成、肉芽组织生长创造了良好的条件，同时还起到了益气养气、消肿止痛的功效。

综上所述，外剥内扎术联合促愈汤治疗混合痔的效果确切，尤其可改善患者的血清 bFGF、PDGF 水平，加速创面愈合。

### 〔参考文献〕

- (1) 李芳澜, 魏志军, 李华娟, 等. 祛毒促愈汤联合痔疮膏治疗混合痔外剥内扎术后并发症的临床观察 (J). 广州中医药大学学报, 2021, 38(6): 1149-1154.
- (2) 张新燕, 胡明. 中药熏洗辅助治疗对混合痔外剥内扎术疗效及术后并发症影响 (J). 辽宁中医药大学学报, 2017, 19(2): 185-187.
- (3) 宫垂堂. 环状混合痔患者术后加用促愈汤的疗效及预后 (J). 临床医学研究与实践, 2020, 5(3): 152-154.
- (4) 曾进, 杨正安. 促愈汤对环状混合痔术后新生血管, 创面愈合的影响 (J). 湖南中医药大学学报, 2019, 39(2): 253-256.
- (5) 谭皓, 丁嘉明, 续菡, 等. 《中国痔病诊疗指南 (2020)》要点解读 (J). 结直肠肛门外科, 2021, 27(5): 493-496.
- (6) 国家中医药管理局. 混合痔的诊断依据、证候分类、疗效评定 - 中华人民共和国中医药行业标准《中医内科病证诊断疗效标准》(ZY/T001.1-94) (J). 辽宁中医药大学学报, 2017, 19(5): 216.
- (7) 肖娟. 循证疼痛护理对混合痔手术患者创面愈合及疼痛程度的效果观察 (J). 西藏医药, 2021, 42(3): 133-134.
- (8) 高翔, 洪利凯, 沈薇, 等. 康复新液超声雾化联合三石生新膏外敷对混合痔术后创面愈合的影响 (J). 中国医药导报, 2020, 17(20): 135-139.

- (9) 盖娟娟, 曾科学. 董氏奇穴针刺结合中药坐浴对混合痔 PPH 术后创面愈合及相关指标的影响 (J). 现代中西医结合杂志, 2020, 29(34): 3775-3815.
- (10) 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). 结直肠肛门外科, 2019, 25(5): 105-109.
- (11) 柳春生, 李积良, 王继宁. 肛痛促愈汤在促进肛周脓肿术后创面愈合的作用及对血管内皮因子的影响 (J). 中华中医药学刊, 2020, 38(12): 205-208.
- (12) 梁嘉迪, 茹小冰, 苏锦华, 等. 促愈汤联合消肿止痛方对环状混合痔术后恢复的影响 (J). 中国中西医结合外科杂志, 2021, 27(6): 881-886.
- (13) 程芳, 臧峰. 行气散结解毒方合马应龙痔疮膏用于环状混合痔术后患者疗效观察 (J). 现代中西医结合杂志, 2019, 28(7): 767-770.
- (14) 蒋荣伟. 促愈汤内服联合消肿止痛方熏洗坐浴对混合痔术后康复的影响 (J). 吉林中医药, 2018, 38(9): 1053-1056.
- (15) 焦浩, 袁春静, 赵志强, 等. 冰硝散治疗痔术后水肿患者疗效观察及对血清 PDGF, bFGF, VEGF 和肛肠动力学影响 (J). 中国中西医结合消化杂志, 2022, 30(3): 190-194.

〔文章编号〕 1007-0893(2022)13-0032-04

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2022.13.010

## 芎龙上清汤治疗偏头痛的临床效果研究

王瑞飞 刘兰印 任志杰

(安阳市中医院, 河南 安阳 455000)

〔摘要〕 **目的:** 探讨芎龙上清汤治疗偏头痛对患者各项临床指标的影响。**方法:** 回顾性分析安阳市中医院 2019 年 11 月至 2021 年 6 月期间收治的 65 例偏头痛患者, 根据治疗方案将单纯西药常规治疗的 31 例患者纳入对照组, 将在常规治疗的基础上应用自拟芎龙上清汤治疗的 34 例患者纳入观察组。比较两组患者治疗前后疼痛程度 [视觉模拟评分法 (VAS)] 评分, 偏头痛发作频率、发作时持续时间, 血清血管内皮功能相关因子 [一氧化氮 (NO)、5-羟色胺 (5-HT)、内皮素 (ET)、血管内皮生长因子 (VEGF)] 水平及脑动脉 [大脑前动脉 (ACA)、大脑中动脉 (MCA)、大脑后动脉 (PCA)、椎动脉 (VA)、基底动脉 (BA)] 平均血流速的改变情况; 比较两组患者治疗过程中不良反应发生情况; 治疗后随访 6 个月统计复发率。**结果:** 治疗后 2 h、8 h、12 h、24 h 时观察组患者的 VAS 评分均低于对照组, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。治疗后两组患者的发作频率、持续时间均少于治疗前, 且治疗后观察组患者的发作频率、持续时间均少于对照组, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。治疗后两组患者的血清 NO、ET-1、VEGF 水平均低于治疗前, 5-HT 高于治疗前, 且治疗后观察组患者的血清 NO、ET-1、VEGF 水平均低于对照组, 5-HT 高于对照组, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。治疗后两组患者的 MCA、ACA、PCA、VA、BA 平均血流速度均慢于治疗前, 且治疗后观察组患者的 MCA、ACA、PCA、VA、BA 平均血流速度均慢于对照组, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。观察组患者不良反应总发生率低于对照组, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。观察组患者治疗后 6 个月内复发率低于对照组, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。**结论:** 芎龙小清汤治疗偏头痛能够更好的减轻患者疼痛程度、减少偏头痛发作频率与持续时间, 能够进一步改善患者血管内皮功能、减慢脑动脉血流速, 且可降低治疗过程中不良反应发生率与治疗复发风险。

〔关键词〕 偏头痛; 芎龙上清汤; 盐酸氟桂利嗪胶囊; 阿司匹林

〔中图分类号〕 R 747.2 〔文献标识码〕 B

偏头痛是神经内科临床上一种常见的疼痛性疾病, 属于原发性头部疼痛<sup>[1-2]</sup>。偏头痛主要可见单侧或双侧的搏动样疼痛表现, 头痛症状反复发作, 多无规律性, 疼

痛主要集中发生于一侧头部<sup>[3-5]</sup>。部分患者在偏头痛发作时可伴发恶心呕吐、畏光、畏声等合并症状, 严重的可合并自主神经系统功能紊乱。近年来研究表明偏头痛患

〔收稿日期〕 2022-05-11

〔作者简介〕 王瑞飞, 男, 主治医师, 主要从事脑病科工作。