

- Ther, 2022, 102 (5): pzac027.
- [10] 李远峰, 王震, 张茜, 等. 针刀松解颈部 MTrPs 联合 "三期" 辨证牵引法治疗神经根型颈椎病临床症状及对患者血清炎症因子的影响 [J]. 海南医学院学报, 2021, 27(13): 983-987.
- [11] 苏兴平, 王海东, 安维新, 等. 针刀松解术治疗颈椎病 240 例临床疗效分析 [J]. 中国中医骨伤科杂志, 2019, 27 (3): 53-55.
- [12] 刘西纺, 杨民毅, 惠国栋, 等. 针刀枕下三角松解治疗对椎动脉型颈椎病症状功能评分及椎动脉血流的影响 [J]. 中国医药导报, 2019, 16 (9): 166-169.
- [13] 张书晨, 姚滔涛. 超声引导下针刀松解术联合针灸治疗神经根型颈椎病临床分析 [J]. 湖北中医药大学学报, 2020, 22 (2): 102-105.
- [14] 苑韬, 姚明鹤, 张焕. 超声引导针刀松解联合颈方颗粒治疗神经根型颈椎病的临床研究 [J]. 辽宁中医杂志, 2021, 48 (4): 99-102, I0001.
- [15] 徐文嵩, 柳婷, 王一品, 等. DSA 引导针刀闭合松解术治疗神经根型颈椎病的临床研究 [J]. 中医药导报, 2019, 25 (18): 67-70.

[文章编号] 1007-0893(2023)13-0028-04

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2023.13.009

腕踝针结合氨酚羟考酮片对混合痔术后患者的临床效果

周 菲 黄平妹 林金玉

(福建中医药大学附属第三人民医院, 福建 福州 350000)

[摘要] 目的: 研究混合痔患者在手术治疗后采用腕踝针结合氨酚羟考酮片方案实施术后镇痛的临床效果。方法: 选择 2020 年 1 月至 2022 年 12 月在福建中医药大学附属第三人民医院接受手术治疗的 60 例混合痔患者, 根据术后镇痛方案的不同将其分成对照组和观察组, 各 30 例。对照组患者在术后单纯采用氨酚羟考酮片进行镇痛治疗; 观察组患者在术后采用腕踝针结合氨酚羟考酮片方案进行镇痛治疗。比较两组患者术后镇痛效果、镇痛方案及效果满意度、镇痛方案实施前后疼痛程度、心理状态评分、生命体征、血流动力学相关指标水平、不良反应情况、术后下床活动时间、疼痛消失时间、住院总时间。结果: 观察组患者总有效率高于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。观察组患者总满意度高于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。干预后两组患者视觉模拟评分法 (VAS)、焦虑自评量表 (SAS)、抑郁自评量表 (SDS) 评分均有不同程度下降, 且干预后观察组患者 VAS、SAS、SDS 评分均低于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。干预后两组患者大脑后动脉 (PCA)、大脑中动脉 (MCA)、大脑前动脉 (ACA) 水平均有不同程度下降, 且干预后观察组患者 PCA、MCA、ACA 水平均低于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。干预后两组患者心率、收缩压、舒张压均有不同程度下降, 且干预后观察组患者心率、收缩压、舒张压均低于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。两组患者不良反应发生率比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。观察组患者术后下床活动、疼痛消失、住院总时间均较对照组短, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论: 混合痔患者在手术治疗后采用腕踝针结合氨酚羟考酮片方案实施术后镇痛, 可改善血流动力学指标, 减少对生命体征的影响, 不增加不良反应发生率, 迅速减轻疼痛, 缩短术后恢复时间, 使患者保持良好心态, 使镇痛效果及满意度得到同步提升。

[关键词] 混合痔; 腕踝针; 氨酚羟考酮片; 术后镇痛**[中图分类号]** R 657.1[†]8 **[文献标识码]** B

痔的患病人数近年来在我国临床上呈现不断增多的发展态势。这一现象的出现与现代人长时间保持站立或坐位状态, 饮食不节等因素之间有着较为密切的联系。中医学领域的研究认为, 导致本病发生的主要原因在于

患者嗜食肥甘辛辣之品、久泄、便秘等^[1]。本研究主要目的在于, 研究混合痔患者在手术治疗后采用腕踝针结合氨酚羟考酮片方案实施术后镇痛的临床效果, 报道如下。

[收稿日期] 2023-05-17

[作者简介] 周菲, 女, 主管护师, 主要从事中医护理相关工作。

1 资料和方法

1.1 一般资料

选择 2020 年 1 月至 2022 年 12 月在福建中医药大学附属第三人民医院接受手术治疗的 60 例混合痔患者，根据术后镇痛方案的不同将其分成对照组和观察组，各 30 例。对照组男性 17 例，女性 13 例；发病至手术时间 1~12 d，平均 (5.3 ± 0.6) d；年龄 18~68 岁，平均 (34.2 ± 0.9) 岁；病史 1~9 年，平均 (2.4 ± 0.5) 年。观察组中男性 19 例，女性 11 例；发病至手术时间 1~14 d，平均 (5.5 ± 0.8) d；年龄 18~67 岁，平均 (34.0 ± 0.8) 岁；病史 1~8 年，平均 (2.1 ± 0.4) 年。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。

1.2 纳入与排除标准

1.2.1 纳入标准 (1) 符合《痔临床诊治指南(2006 版)》^[2]；(2) 18 岁以上；(3) 自愿参与研究。

1.2.2 排除标准 (1) 晕针；(2) 认知障碍；(3) 施针部位皮肤存在炎症反应、破损、红肿；(4) 糖尿病、皮肤、黏膜出血倾向；(5) 无法配合。

1.3 方法

两组患者在病情确诊后，均接受混合痔切除术治疗。

1.3.1 对照组 术后单纯采用氨酚羟考酮片进行镇痛治疗，口服氨酚羟考酮片(美国 Mallinckrodt Inc，国药准字 J20150115，每片含盐酸羟考酮 5 mg，对乙酰氨基酚 325 mg)，每次 1 片，每日用药 1 次，连续用药 1 周。

1.3.2 观察组 在术后采用腕踝针结合氨酚羟考酮片方案进行镇痛治疗。氨酚羟考酮片用法用量同对照组，腕踝针镇痛方法如下，选择患者肛门位置的对应区域，即双下 6 区，作为穿刺位置。选用浓度为 75% 的乙醇棉签，对进针点及其周围的皮肤进行全面消毒，选取规格为 0.25 mm × 25.00 mm 的一次性无菌毫针，操作者的一手使患者的局部皮肤处于绷紧状态，另一只手持针，以 30° 的角度进针，将针斜刺进到皮肤之后，压平针身，再实施进针，深度控制在 2~3 cm，进针完成后，进行适当的调整，确定得气后，留针 30 min，每日进行 2 次治疗，连续治疗 1 周。

1.4 观察指标

(1) 术后镇痛效果；(2) 镇痛方案及效果满意度；(3) 镇痛方案实施前后疼痛程度、心理状态评分、生命体征、血流动力学相关指标水平；(4) 不良反应发生情况；(5) 术后下床活动、疼痛消失、住院总时间。

1.4.1 镇痛效果 无效：术后患者出现严重的应激反应，且表情非常痛苦，术后治疗计划无法进行，或完全不配合；有效：术后患者偶有轻微应激反应，但表情较为自然，术后治疗计划能够顺利进行；显效：术后

患者没有出现任何应激反应，表情非常自然，术后治疗计划能够顺利进行^[3]。总有效率 = (显效 + 有效) / 总例数 × 100%。术后 1 周评价。

1.4.2 满意度 以福建中医药大学附属第三人民医院自拟问卷，进行调查，满分 100 分，选择不记名打分方式，≥ 80 分满意，< 80 分且 ≥ 60 分为基本满意，< 60 分不满意。总满意度 = (满意 + 基本满意) / 总例数 × 100%。术后 1 周评价。

1.4.3 疼痛程度 以视觉模拟评分法(visual analogue scale, VAS)评价，最高 10 分，分数高则疼痛重^[4]。术前和术后 1 周评价。

1.4.4 心理状态 以焦虑自评量表(self-rating anxiety scale, SAS)和抑郁自评量表(self-rating depression scale, SDS)评价，最高 80 分，分数高心理问题重^[5]。术前和术后 1 周评价。

1.4.5 血流动力学指标 采用经颅多普勒超声技术，对患者的大脑后动脉(posterior cerebral artery, PCA)、大脑中动脉(middle cerebral artery, MCA)、大脑前动脉(anterior cerebral artery, ACA)三项脑血流动力学指标进行监测。术前和术后 1 周评价。

1.4.6 心率和血压 以福建中医药大学附属第三人民医院现有的心率监测仪和血压监测仪进行监测。血压包括收缩压和舒张压。术前和术后 1 周评价。

1.5 统计学方法

采用 SPSS 22.0 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 χ^2 检验， $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者术后镇痛效果比较

观察组患者总有效率高于对照组，差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)，见表 1。

表 1 两组患者术后镇痛效果比较 [$n = 30, n(\%)$]

组别	显效	有效	无效	总有效
对照组	10(33.33)	15(50.00)	5(16.67)	25(83.33)
观察组	18(60.00)	11(36.67)	1(3.33)	29(96.67) ^a

注：与对照组比较，^a $P < 0.05$ 。

2.2 两组患者总满意度比较

观察组患者总满意度高于对照组，差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)，见表 2。

表 2 两组患者总满意度比较 [$n = 30, n(\%)$]

组别	满意	基本满意	不满意	总满意
对照组	8(26.67)	15(50.00)	7(23.33)	23(76.67)
观察组	18(60.00)	11(36.67)	1(3.33)	29(96.67) ^b

注：与对照组比较，^b $P < 0.05$ 。

2.3 两组患者干预前后各项评分比较

干预后两组患者 VAS、SAS、SDS 评分均有不同程度下降, 且干预后观察组患者 VAS、SAS、SDS 评分均低于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 3。

表 3 两组患者干预前后各项评分比较 ($n = 30, \bar{x} \pm s$, 分)

组别	时间	VAS	SAS	SDS
对照组	干预前	8.26 ± 0.51	57.94 ± 5.31	58.34 ± 5.19
	干预后	5.08 ± 0.35 ^c	33.52 ± 1.64 ^e	32.16 ± 2.05 ^e
观察组	干预前	8.03 ± 0.45	58.15 ± 4.72	57.13 ± 5.20
	干预后	2.27 ± 0.16 ^{cd}	17.19 ± 1.08 ^{cd}	18.43 ± 1.68 ^{cd}

注: VAS 一视觉模拟评分法; SAS 一焦虑自评量表; SDS 一抑郁自评量表。
与同组干预前比较, ^c $P < 0.05$; 与对照组干预后比较, ^d $P < 0.05$ 。

2.4 两组患者干预前后血液动力学指标比较

干预后两组患者 PCA、MCA、ACA 水平均有不同程度下降, 且干预后观察组患者 PCA、MCA、ACA 水平均低于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 4。

表 4 两组患者干预前后血液动力学指标比较
($n = 30, \bar{x} \pm s, \text{cm} \cdot \text{s}^{-1}$)

组别	时间	PCA	MCA	ACA
对照组	干预前	104.72 ± 16.94	132.57 ± 14.08	128.73 ± 13.15
	干预后	92.95 ± 8.71 ^e	106.38 ± 12.76 ^e	104.65 ± 10.62 ^e
观察组	干预前	105.29 ± 17.64	133.26 ± 13.72	128.13 ± 13.02
	干预后	80.37 ± 7.20 ^{ef}	90.21 ± 4.75 ^{ef}	92.46 ± 10.43 ^{ef}

注: PCA 一大脑后动脉; MCA 一大脑中动脉; ACA 一大脑前动脉。
与同组干预前比较, ^e $P < 0.05$; 与对照组干预后比较, ^f $P < 0.05$ 。

2.5 两组患者干预前后心率和血压水平比较

干预后两组患者心率、收缩压、舒张压均有不同程度下降, 且干预后观察组患者心率、收缩压、舒张压均低于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 5。

表 5 两组患者干预前后心率和血压水平比较
($n = 30, \bar{x} \pm s$)

组别	时间	收缩压/mmHg	舒张压/mmHg	心率/次·min ⁻¹
对照组	干预前	135.62 ± 12.75	81.42 ± 6.28	94.16 ± 6.47
	干预后	123.66 ± 9.74 ^g	69.72 ± 6.40 ^g	89.42 ± 5.18 ^g
观察组	干预前	134.25 ± 11.40	82.95 ± 7.21	93.37 ± 5.24
	干预后	111.09 ± 10.54 ^{gh}	62.93 ± 7.54 ^{gh}	83.26 ± 5.49 ^{gh}

注: 1 mmHg ≈ 0.133 kPa。
与同组干预前比较, ^g $P < 0.05$; 与对照组干预后比较, ^h $P < 0.05$ 。

2.6 两组患者不良反应发生率比较

两组患者不良反应发生率比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 见表 6。

表 6 两组患者不良反应发生率比较 [$n = 30, n(\%)$]

组别	局部疼痛	局部红肿	局部瘙痒	总发生率/%
对照组	1(3.33)	1(3.33)	1(3.33)	10.00
观察组	1(3.33)	1(3.33)	0(3.33)	6.67

2.7 两组患者术后下床活动、疼痛消失、住院总时间比较

观察组患者术后下床活动、疼痛消失、住院总时间均较对照组短, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 7。

表 7 两组患者术后下床活动、疼痛消失、住院总时间比较
($n = 30, \bar{x} \pm s, \text{d}$)

组别	住院总时间	疼痛消失	下床活动
对照组	9.19 ± 1.41	8.03 ± 1.01	5.42 ± 1.06
观察组	6.32 ± 0.59 ⁱ	5.37 ± 0.56 ⁱ	3.95 ± 0.84 ⁱ

注: 与对照组比较, ⁱ $P < 0.05$ 。

3 讨论

手术属于目前临床对混合痔进行治疗的一种最为有效的方法。患者在术后往往会有疼痛、出血、肛管狭窄等相关并发症产生, 其中以疼痛是目前最亟待解决的一个问题。在术后制定出较为完备且具有针对性的镇痛方案, 对疼痛的缓解和伤口的愈合均具有积极的促进作用, 可以使生活和工作在短时间内恢复正常。腕踝针技术在肛肠疾病术后镇痛方面可以发挥积极作用, 并可取得令人满意的效果。腕踝针采用针灸方式对于疾病对应的区域进行针刺, 对气血运行产生促进作用, 从而达到有效治疗的最终目的。氨酚羟考酮片中所含有的羟考酮成分, 属于半合成途径得到的中枢神经镇痛药, 可作用于患者的中枢神经系统和由平滑肌构成的器官, 属于阿片受体激动剂类药物的一种, 能够对 P 物质的释放进行控制, 使痛觉冲动传入大脑的速度减慢; 而对乙酰氨基酚成分则主要对外周位点前列腺素的合成进行控制^[6]。通过本研究结果可说明, 混合痔患者在手术治疗后采用腕踝针结合氨酚羟考酮片方案实施术后镇痛, 可改善血流动力学指标, 减小对生命体征的影响, 不增加不良反应发生率, 迅速减轻疼痛, 缩短术后恢复时间, 使患者保持良好心态, 使镇痛效果及满意度得到同步提升。

【参考文献】

[1] 徐文轩, 任新荣, 张天鹏, 等. 京万红联合地榆槐角丸对混合痔术后康复的影响 [J]. 中国中西医结合外科杂志, 2020, 26 (6): 1111-1114.
[2] 中华医学会外科学分会结直肠肛门外科学组, 中华中医药学会肛肠病专业委员会, 中国中西医结合学会结直肠肛门病专业委员会. 痔临床诊治指南 (2006 版) [J]. 中华胃

- 肠外科杂志, 2006, 11 (5): 461-463.
- [3] 李文龙, 李阳阳, 张海龙, 等. 腕踝针针刺联合低剂量塞来昔布口服在全髋关节置换术围手术期镇痛的临床观察 [J]. 中国中医急症, 2017, 26 (1): 158-161.
- [4] PERLAS A, CHAN V W, BEATTLE S. Anesthesia technique and mortality after total hip or knee arthroplasty: a retrospective, propensity score-matched cohort study [J]. Anesthesiology, 2016, 125 (4): 724-731.
- [5] 杨宇, 易庆军, 李秀泽, 等. 罗哌卡因髂筋膜间隙阻滞联合地佐辛多模式镇痛对髋关节置换术后疼痛及应激反应的影响 [J]. 海南医学院学报, 2017, 23 (16): 2225-2228.
- [6] 李翊, 刘巧莲, 朱方亿, 等. 腕踝针联合中药激光坐浴对混合术后镇痛及水肿的效果观察 [J]. 护士进修杂志, 2020, 35 (23): 2185-2188.

[文章编号] 1007-0893(2023)13-0031-04

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2023.13.010

补肾祛寒化湿方联合柳氮磺吡啶治疗 肾虚督寒证强直性脊柱炎临床疗效

张俊 赵鹏菊

(正阳县中医院, 河南 正阳 463600)

[摘要] 目的: 探讨补肾祛寒化湿方联合柳氮磺吡啶治疗肾虚督寒证强直性脊柱炎的临床疗效。方法: 选取正阳县中医院在 2020 年 1 月至 2022 年 1 月期间诊治的 96 例强直性脊柱炎患者, 采用随机数字表法分为对照组与观察组, 各 48 例。对照组患者给予柳氮磺吡啶治疗, 观察组患者给予补肾祛寒化湿方联合柳氮磺吡啶治疗。比较两组患者疗效、并发症、中医证候评分、巴氏强直性脊柱炎活动指数 (BASDAI) 评分、健康状况调查问卷 (SF-36) 评分、视觉模拟评分法 (VAS) 评分、红细胞沉降率 (ESR)、血液超敏 C 反应蛋白 (hs-CRP)、肿瘤坏死因子- α (TNF- α)、白细胞介素-6 (IL-6) 差异。结果: 观察组患者治疗总有效率为 91.7%, 比对照组的 72.9% 高, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。治疗后两组患者各项中医证候积分均比治疗前低, 且治疗后观察组患者各项中医证候积分均比对照组低, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。治疗后两组患者 BASDAI、VAS 评分比治疗前低, SF-36 评分比治疗前高, 且治疗后观察组患者 BASDAI、VAS 评分比对照组低, SF-36 评分比对照组高, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。治疗后两组患者 ESR、血清 hs-CRP、TNF- α 、IL-6 水平比治疗前低, 且治疗后观察组患者 ESR、血清 hs-CRP、TNF- α 、IL-6 水平比对照组低, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。两组患者各项并发症发生率比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。结论: 补肾祛寒化湿方联合柳氮磺吡啶可显著改善强直性脊柱炎患者症状、生存质量及炎症因子, 具有高效安全等优点, 其疗效显著高于单用柳氮磺吡啶。

[关键词] 强直性脊柱炎; 补肾祛寒化湿方; 柳氮磺吡啶

[中图分类号] R 593.23 **[文献标识码]** B

Clinical Effect of Bushen Quhan Huashi Prescription Combined with Sulfasalazine on Ankylosing Spondylitis of Kidney Deficiency and Du Meridian Cold Syndrome

ZHANG Jun, ZHAO Pengju

(Zhengyang County Hospital of Traditional Chinese Medicine, Henan Zhengyang 463600)

[Abstract] **Objective** To explore the clinical effect of Bushen Quhan Huashi prescription combined with sulfasalazine in the treatment of ankylosing spondylitis with kidney deficiency and Du meridian cold syndrome. **Methods** Ninety-six patients with ankylosing spondylitis diagnosed and treated in Zhengyang County Hospital of Traditional Chinese Medicine from January 2020 to January 2022 were selected and divided into a control group and an observation group by random number table method, with 48 cases

[收稿日期] 2023 - 05 - 28

[作者简介] 张俊, 男, 副主任医师, 主要研究方向是骨科学。