

## 口服八正散联合特定电磁波谱仪照射 防治混合痔术后尿潴留疗效观察

朱洁<sup>1</sup>, 帅式平<sup>1</sup>, 秦声远<sup>2</sup>

(1. 监利县中医院肛肠科, 湖北 监利 433300;

2. 监利县人民医院肛肠科, 湖北 监利 433300)

**【摘要】** 目的 观察口服八正散联合特定电磁波谱仪照射防治痔术后尿潴留的临床疗效, 为痔术后尿潴留的防治提供理论依据。方法 选取2013年2月至2015年1月就诊于中医院肛肠科且行外剥内扎术治疗的混合痔患者65例, 依据随机数字分配法分为观察组32例和对照组33例, 对照组患者术后在抗感染等治疗的基础上行特定电磁波谱仪照射治疗, 观察组患者在对照组治疗的基础上于术前第2天加用八正散口服, 至术后第7天结束治疗。记录并比较两组患者的术后首次排尿时间及残余尿量、术后尿潴留发生率、临床疗效、治疗中不良反应等情况。结果 观察组患者术后首次排尿时间及残余尿量分别为(298.67±38.34) min、(20.59±6.27) mL, 均少于对照组的(442.36±47.69) min、(39.74±8.69) mL, 差异均具有统计学意义( $P<0.05$ ); 观察组患者术后尿潴留发生率为3.13%, 低于对照组的15.15%, 差异具有统计学意义( $P<0.05$ ); 观察组患者的临床控制率和总显效率分别为81.25%和93.75%, 均高于对照组的60.61%和72.73%, 差异均具有统计学意义( $P<0.05$ ); 两组患者均未见严重不良反应发生。结论 口服八正散联合特定电磁波谱仪照射能有效防治术后尿潴留, 值得临床推广应用。

**【关键词】** 痔术后尿潴留; 八正散; 特定电磁波谱仪; 膀胱湿热; 疗效**【中图分类号】** R657.1<sup>18</sup> **【文献标识码】** B **【文章编号】** 1003—6350(2016)23—3922—03

痔是一种可有多种因素引起的以局部静脉回流障碍为主要病理变化的肛部疾患, 它虽无显著的致死特性, 但其引发的便血、肛门瘙痒等肛部不适可对患者正常的工作和学习形成较多不利的影响。由于痔病程迁延, 加之我国较低的健康宣教力度和医疗知识普及程度, 就诊患者以Ⅱ~Ⅳ期(内痔分期<sup>[1]</sup>)混合痔为主, 保守治疗效果并不理想, 外剥内扎术作为混合痔有效的治疗方法在国内多个地区普遍开展, 但术后出现的尿潴留现象也着实困扰着肛肠界一线临床医师<sup>[2]</sup>。笔者采用八正散口服联合特定电磁波谱仪照射防治痔术后尿潴留取得显著疗效, 现总结如下:

### 1 资料与方法

1.1 一般资料 选取2013年2月至2015年1月就诊于监利县中医院肛肠科且行外剥内扎术治疗的混合痔患者65例, 其中男性34例, 女性31例; 年龄20~65岁, 平均(38.75±10.27)岁。依据随机数表法将其分为观察组32例和对照组33例, 两组患者的年龄、性别、身体质量指数、痔病程、内痔分期、外痔分类、手术日补液量等一般资料比较差异均无统计学意义( $P>0.05$ ), 具有可比性, 见表1。

1.2 诊断和分期标准 痔的诊断及分期参照《痔临床诊治指南(2006版)》<sup>[1]</sup>, 痔术后尿潴留的诊断参照《手术并发症学》<sup>[3]</sup>中的标准和《中药新药临床研究指导原则》<sup>[4]</sup>中癃闭的相关标准。

1.3 纳入标准 ①所有患者入院时满足以上混

表1 两组患者的一般资料比较( $\bar{x}\pm s$ )

因素	观察组(n=32)	对照组(n=33)	$\chi^2/t$ 值	P值
年龄(岁)	39.55±9.46	37.46±9.82	1.231	0.105
性别(例)				
男	18	16	2.721	0.075
女	14	17		
体质量指数(kg/m <sup>2</sup> )	23.57±2.62	22.08±3.62	1.872	0.084
痔病程(月)	22.02±4.51	21.23±3.64	2.117	0.080
内痔分期(例)			2.314	0.076
Ⅱ期	11	9		
Ⅲ期	19	23		
Ⅳ期	2	1		
外痔分类(例)			1.725	0.088
结缔组织性	15	14		
静脉曲张性	8	9		
血栓性	5	6		
炎性	4	4		
手术日补液量(mL)	2 034.35±247.65	2 096.78±286.33	1.254	0.104

合痔诊断标准且于我院行外剥内扎术治疗; ②年龄20~65岁, 且临床资料完整。

1.4 排除标准 ①诊断不明确或合并肛部手术史、前列腺肥大、肿瘤、结核、神经精神异常、传染病、先天畸形等疾病; ②合并有直肠息肉、肠道急慢性炎症、肛周脓肿、肛瘘等肛部其他疾病或心脑血管、肝、肾、肺、血液系统、内分泌系统等的严重基础病者; ③过敏体质、哺乳期及妊娠期妇女或合并泌尿系结石、炎症等可能影响本研究观察指标者。

通讯作者: 朱洁。E-mail: 419584750@qq.com

## 1.5 治疗方法

1.5.1 一般治疗 入组患者均行混合痔外剥内扎术治疗。患者取仰卧位并垫高臀部,常规碘伏消毒术野铺无菌洞巾,腰麻完成后充分显露术区,探查痔核的分布及大小,运用等离子刀取“V”切口并缓缓将外痔剥离到齿状线上 2 mm 左右。将内痔及被剥离的外痔一并提起,弯钳夹闭内痔基底,7#线于弯钳下呈“回”字结扎。其他痔核采用类似处理方法,但需确保痔核上下不在同一平面,水平方向痔核之间的黏膜桥 >3 mm。依据患者痔核的结扎及肛门松紧度等情况酌情松解内括约肌,确保肛管能通过两指为宜。适度修剪创缘并充分止血,局部封闭(亚甲蓝 1 mL+罗哌卡因 10 mL)后油纱覆盖,纱布包扎并用敷贴固定。所有手术主刀医师为我科同一名高年资副主任医师。

1.5.2 特殊治疗 对照组患者术后在抗感染、生理盐水灌肠、换药等治疗的基础上行特定电磁波谱仪(品牌:雨禾;型号:OH-LS;工作电压:220 V;频率:50 Hz;功率:280 W;重庆雨禾医疗器械有限公司生产)照射治疗,照射部位:以关元穴为中心的下腹部,距离照射部位 30~40 cm,每次 0.5 h,4 次/d。观察组患者在对照组治疗的基础上于术前第 2 天加用八正散口服。方药组成及用法:篇蓄、瞿麦各 15 g,灯芯草、山栀子仁、大黄、滑石、车前子、木通各 10 g,甘草 5 g。腹胀、便秘者加枳实并重用大黄,湿热伤阴者去大黄加白茅根、知母、生地。加水煎至 300 mL,分早晚两次口服,每日一剂。至术后第 7 天结束治疗。

1.6 观察指标 入组患者自入院之日起开展随访,通过 Excel 表格记录患者的姓名、性别、年龄、身体质量指数、痔病程、内痔分期、外痔分类、手术当日补液量、术后首次排尿时间(手术结束至第 1 次排尿的时间间隔)、术后首次排尿残余尿量(于术后首次排尿后经膀胱扫描仪检测,仪器品牌:索诺星;型号:CareScan-1;生产厂家:广州索诺星信息科技有限公司)、术后尿潴留发生率、治疗中不良反应、治疗前后肝肾功能及血常规等情况。

1.7 疗效标准 参照《中医病症疗效诊断标准》<sup>[5]</sup>中癃闭的疗效评定标准,分排尿困难、尿意、尿等待时间、小腹症状四个方面,其分值分别为 0~6 分、0~2 分、0~4 分、0~6 分,于术后第 1 天、治疗后分别评定一次,计算疗效指数。公式:疗效指数=(术后第 1 天证候总积分-治疗后证候总积分)/术后第 1 天证候总积分。其中,疗效指数不低于 95%,临床症状、体征完全缓解者为临床控制;疗效指数不低于 70%且不足 95%,临床症状、体征基本缓解者为显效;疗效指数不低于 30%且不足 70%,临床症状、体征有所缓解者为有效;疗效指数不足 30%,临床症状、体征未缓解或有所加重者为无效。

1.8 统计学方法 应用 SPSS20.0 统计软件包进行数据分析,计数资料用百分率(%)表示,两组间比较采用  $\chi^2$  检验,计量资料以均数±标准差( $\bar{x}\pm s$ )表示,组间比较采用  $t$  检验,以  $P<0.05$  表示差异有统计学意义。

## 2 结果

2.1 两组患者术后首次排尿时间及残余尿量比较 观察组患者术后首次排尿时间、术后首次排尿残余尿量均少于对照组,差异均有统计学意义( $P<0.05$ ),见表 2。

表 2 两组患者术后首次排尿时间及残余尿量对比情况( $\bar{x}\pm s$ )

组别	例数	术后首次排尿时间(min)	术后首次排尿残余尿量(mL)
观察组	32	298.67±38.34	20.59±6.27
对照组	33	442.36±47.69	39.74±8.69
$t$ 值		8.264	12.347
$P$ 值		0.013	0.002

2.2 两组患者临床疗效及术后尿潴留发生率比较 观察组患者的临床控制率和总显效率高于对照组,差异均有统计学意义( $P<0.05$ ),见表 3;观察组术后尿潴留发生率为 3.13%(1/32),低于对照组的 15.15%(5/33),差异有统计学意义( $\chi^2=6.598, P=0.023<0.05$ )。

表 3 两组患者的临床疗效比较(例)

组别	例数	临床控制	显效	有效	无效	临床控制率(%)	总显效率(%)
观察组	32	26	4	1	1	81.25	93.75
对照组	33	20	4	4	5	60.61	72.73
$\chi^2$ 值						8.412	7.598
$P$ 值						<0.05	<0.05

注:总显效率=临床控制率+显效率。

2.3 两组患者治疗期间不良反应比较 治疗期间,观察组出现 1 例恶心,1 例呕吐,对照组出现 1 例轻度皮肤灼伤,对症处理后均缓解。入组患者治疗前后肝肾功能、血常规等检查均正常,未见有严重不良反应发生。

## 3 讨论

进入新世纪以来,随着人们生活压力的增大、体力劳动的减少和膳食习惯的改变,痔发病率有了明显提高,已成为肛肠科最常见的疾病且见于多个年龄层人群。依据病变静脉位置的不同,可将痔分为混合痔、外痔、内痔,其中,混合痔在就诊患者中的比重最大。目前,外剥内扎术仍是混合痔较为重要的治疗方法,但术后出现的尿潴留等并发症有导致膀胱破裂、出血及腹膜炎等可能。因此,寻求痔术后尿潴留有效的预防和治疗方法有重要临床意义。

排尿是一个复杂的神经反射过程,反射弧任何环节的异常均可导致尿潴留。痔术后发生尿潴留的机制有<sup>[6]</sup>:①痔术后麻醉效果的存在可对支配泌尿系统的植物神经和低级中枢形成抑制作用,使膀胱内的尿液信号不能正常的传达至大脑皮层;②术中对组织的牵

拉及切割等操作可使肛部组织术后出现明显疼痛,尿道括约肌反射性痉挛,导致排尿障碍。特定电磁波谱仪是生物电子学理论和光子辐射技术的体现,可通过辐射特定电磁波激发人体的粒子共振,从而产生内热效应,平衡人体生物电场,发挥消肿止痛、改善血液循环、促进组织修复、提高免疫力等作用。行关元穴照射有助于缓解膀胱紧张度、改善泌尿系神经传导等作用<sup>[7]</sup>。本研究对对照组患者临床控制率、总显效率分别为60.61%、72.73%,这与卢克瑛<sup>[8]</sup>的研究一致,说明特定电磁波谱仪照射有防治痔术后尿潴留的作用。

中医并无尿潴留的确切记载,依据中医理论及其临床特征,可将其归为“癃闭”的范畴。癃闭病因较多,但痔术后癃闭多因患者喜食肥腻辛辣,湿热蕴结于中焦并下注膀胱,或肾热传至膀胱,膀胱湿热交错,气化不利,使尿量极少或小便不通。其病机为膀胱湿热,治疗当以利湿清热、通利小便为主。本研究选用的八正散出自《太平惠民和剂局方》,方中木通、瞿麦为君,有利水清热、凉血降火的作用;灯芯草、滑石、车前子、萹蓄为臣,可利窍通利、利湿清热;山栀子仁、生大黄为佐,清利三焦湿热;甘草为使,调和诸药,以奏利湿清热、通利小便之功。现代药理研究表明,瞿麦有利下利湿、利尿、止血<sup>[9]</sup>;木通可利尿渗湿、利尿、止血<sup>[10]</sup>;滑石、萹蓄、车前子可利尿消肿、祛痰、促进消化液分泌<sup>[11]</sup>;山栀子仁和大黄具有清热、抗感染、利胆、止血等作用<sup>[12]</sup>。本研究中,与对照组相比,观察组术后首次排尿时间早、术后首次排尿残余尿量少、术后尿潴留发生率低、临床控制率和总显效率高( $P<0.05$ ),且未见有严重不良反应发生,这与杨立冬<sup>[13]</sup>结论吻合。而王萍等<sup>[14]</sup>研究中,口服八正散治疗的60例痔瘕术后患者的首次排尿时间为(5.1±2.2)h;赵琛<sup>[15]</sup>研究中,治疗组和对照组术后第1、3天膀胱残余尿量分别为(71±12)mL vs (123±15)mL、(43±12)mL vs (121±14)mL。这与本研究的偏差可能是麻醉方式、膀胱残余尿量测定时间、样本量、基础病等的不同所致。此外,邵秋香<sup>[3]</sup>的研究还显示了八正散联合特定

电磁波谱仪在缓解肛肠病术后疼痛方面的较好疗效,这有待于进一步探讨。

总之,口服八正散联合特定电磁波谱仪照射能有效防治术后尿潴留,建议在临床推广应用。

#### 参考文献

- [1] 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, 等. 痔临床诊治指南(2006版)[J]. 中华胃肠外科杂志, 2006, 9(5): 461-463.
- [2] Arezzo A, Podzemny V, Pescatori M. Surgical management of hemorrhoids. State of the art [J]. Annali Italiani Di Chirurgia, 2011, 82(2): 163-172.
- [3] 邵秋香. 八正散口服配合 TDP 照射防治肛肠病术后尿潴留的临床研究[D]. 长沙: 湖南中医药大学, 2013.
- [4] 王洁. 温针灸治疗脑卒中后尿潴留的临床观察[D]. 哈尔滨: 黑龙江中医药大学, 2013.
- [5] 张波. 针灸及中药治疗尿潴留 35 例[J]. 实用中医药杂志, 2011, 27(1): 27.
- [6] Hoffmann J, Tulloch AGS. Postoperative urinary retention [J]. Anesthesiology Clinics, 2013, 28(5): 43-48.
- [7] 常雪利. 针灸配合 TDP 治疗产后尿潴留的临床研究[J]. 中医学报, 2011, 26(6): 758-759.
- [8] 卢克瑛. 神灯照射治疗痔瘕术后尿潴留的疗效分析[J]. 中国医药指南, 2013, 11(31): 69-70.
- [9] Liu C. Overview of pharmacological research on *Dianthus superbus* L. [J]. Journal of Anhui Agricultural Sciences, 2011, 12(6): 458-463.
- [10] 刘岩庭, 侯雄军, 谢月, 等. 木通属植物化学成分及药理作用研究进展[J]. 江西中医学院学报, 2012, 24(4): 87-93.
- [11] 林茂, 雷燕, 袁芳, 等. 八正散加针刺治疗痔术后尿潴留[J]. 吉林中医药, 2014, 34(7): 741-742.
- [12] 王海腾. 分析大黄与栀子的配伍机制及临床作用[J]. 中国医药指南, 2015, 13(18): 202-203.
- [13] 杨立冬. 八正散防治痔(湿热下注证)术后排尿困难的临床研究[D]. 长春: 长春中医药大学, 2014.
- [14] 王萍, 袁可, 张开凤, 等. 中药八正散预防痔瘕手术后尿潴留的临床疗效观察[J]. 河北医学, 2015, 21(9): 1567-1569.
- [15] 赵琛. 八正散干预治疗腰硬联合麻醉下术后尿潴留 98 例疗效观察[J]. 中药药理与临床, 2015, 31(1): 317-318.

(收稿日期:2016-05-09)