

# 痔灵散熏洗坐浴治疗混合痔外剥内扎术后并发症 临床观察

吴可, 汤勇, 蒋荣刚, 莫丽平, 秦兵芬

(桂林市中西医结合医院, 广西 桂林 541000)

**摘要:** [目的] 观察痔灵散熏洗坐浴治疗混合痔外剥内扎术后并发症的临床效果。 [方法] 将60例混合痔外剥内扎术后患者随机分为治疗组及对照组, 每组各30例。治疗组采用痔灵散熏洗坐浴, 对照组予高锰酸钾溶液熏洗坐浴。分别记录两组患者坐浴前及坐浴第1 d、第3 d、第6 d、第9 d时创缘水肿、创面渗液、肛门疼痛视觉模拟评分法(VAS)评分以及两组患者创面愈合时间。 [结果] 坐浴第3 d、第6 d, 治疗组肛门疼痛VAS评分均低于对照组( $P < 0.05$ ); 坐浴第3 d、第6 d、第9 d, 治疗组创缘水肿评分低于对照组( $P < 0.05$ ); 坐浴第6 d、第9 d, 治疗组创面渗液评分低于对照组( $P < 0.05$ ); 两组创面愈合时间比较, 治疗组短于对照组( $P < 0.05$ )。 [结论] 痔灵散熏洗坐浴治疗混合痔外剥内扎术后患者, 可有效减轻患者术后肛门疼痛、创缘水肿、创面渗液等情况, 缩短手术切口愈合时间, 值得临床推广应用。

**关键词:** 混合痔; 外剥内扎术; 痔灵散; 高锰酸钾溶液; 熏洗坐浴

**中图分类号:** R266

**文献标识码:** A

**文章编号:** 2095-4441(2023)02-0014-04

**引文格式:** 吴可, 汤勇, 蒋荣刚, 等. 痔灵散熏洗坐浴治疗混合痔外剥内扎术后并发症临床观察[J]. 广西中医药大学学报, 2023, 26(2): 14-16, 45.

混合痔是肛肠科常见病与多发病, 其临床症状为肛门疼痛、瘙痒、排便后肛门出血及肛门肿物脱出, 严重影响患者的工作及生活<sup>[1]</sup>。中医学认为, 风湿燥热下注, 气血瘀阻而发为痔。西医学认为静脉曲张、肛垫下移是痔发生的主要原因, 手术治疗是Ⅲ~Ⅳ度痔的主要治疗方案。混合痔外剥内扎术是治疗混合痔的常用术式<sup>[2]</sup>, 但存在术后肛门疼痛、出血、肛周水肿、创面愈合慢、恢复期较长等缺点<sup>[3-4]</sup>, 其中疼痛最为常见, 是因为肛门齿状线以下痛觉纤维丰富, 术中难免损伤而引起<sup>[5-6]</sup>。针对混合痔术后肛门疼痛可使用阿片类止痛药及非甾体类止痛药<sup>[7]</sup>, 但这些止痛药物均有不同程度的副作用, 故积极探索减轻混合痔术后并发症、缩短创口愈合时间的方法具有重要临床意义。本研究运用痔灵散熏洗坐浴治疗混合痔外剥内

扎术后并发症取得了较好的疗效, 现报道如下。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选取2020年7月至2021年9月在桂林市中西医结合医院肛肠科住院并行混合痔外剥内扎术的患者60例, 随机分为治疗组及对照组各30例。其中治疗组男12例, 女18例; 年龄19~71(41.97±15.69)岁; 病程4~19(11.43±4.06)个月。对照组男14例, 女16例; 年龄18~72(39.80±13.73)岁; 病程2~25(12.33±3.97)个月。两组性别、年龄、病程等一般资料比较, 差异无统计学意义( $P > 0.05$ ), 具有可比性。

**1.2 诊断标准** 混合痔诊断标准参考《痔临床诊治指南(2006版)》<sup>[8]</sup>、《中国痔病诊疗指南(2020)》<sup>[9]</sup>, 混合痔主要表现为内痔和相应部位的外痔血管丛跨齿状

收稿日期: 2022-09-04

基金项目: 广西壮族自治区中医药管理局自筹经费科研课题(编号: GZZC2020287)

第一作者简介: 吴可(1976—), 主任医师, 从事肛肠科临床、科研与教学工作

线相互融合成一个整体,诊断时应判断是否同时具备内、外痔症状,具体如下:①内痔分度为Ⅲ度(排便、咳嗽时痔核脱出,需用手还纳)和Ⅳ度(痔核脱出,不能还纳,嵌顿于外,以至肿痛、坏死或糜烂);②外痔为肛门口部软组织团块,伴潮湿、瘙痒等症状;③必要时结合患者病史、体征、电子肛门镜、结肠镜可辅助诊断。

**1.3 纳入标准** ①符合混合痔诊断标准;②年龄18~75岁;③所有患者均已接受混合痔外剥内扎术治疗,且术后存在创缘水肿、创面渗液、肛门疼痛等并发症;④大便习惯改变的患者需行肠镜检查,排除溃疡性结肠炎、恶性肿瘤等病变;⑤患者均自愿参与本研究并签署知情同意书。

**1.4 排除标准** ①保守治疗者;②妊娠期及哺乳期妇女;③合并其他疾病者,如直肠恶性肿瘤、瘢痕体质等患者;④依从性差,无法配合治疗者;⑤既往行肛门手术伴肛门形态异常者。

**1.5 治疗方法** 两组均已行混合痔外剥内扎术治疗,术后给予常规抗感染、换药等对症处理。

**1.5.1 对照组** 予高锰酸钾溶液熏洗坐浴治疗。患者先自行用温水将肛周清洗干净,将0.1 g高锰酸钾外用片(济南康福生制药有限公司,国药准字H37022233)加入500 ml温开水配成1:5 000的高锰酸钾溶液,将高锰酸钾溶液倒入激光坐浴机(桂林康兴医疗器械有限公司,型号KX2000A),患者首先利用药液蒸汽熏蒸肛周10 min,待温度合适后(约40℃)坐浴10 min左右。坐浴完成后用纱布擦干并常规换药。

**1.5.2 治疗组** 予痔灵散熏洗坐浴治疗。痔灵散药物组成:大黄9 g,白芷9 g,乌梅9 g,苦参9 g,诃子9 g,芒硝18 g,白矾12 g,紫荆皮9 g。痔灵散由本院中药房统一煎煮,并包装成每袋200 ml。将痔灵散煎剂200 ml及1 300 ml开水倒入激光坐浴机,熏洗坐浴方法及换药步骤同对照组。

两组均每天熏洗坐浴2次,连续治疗9 d。

**1.6 观察指标** ①疼痛视觉模拟评分法(VAS)评分。采用疼痛VAS评分评估两组疼痛程度,评分为0~10分,分数越高代表疼痛感越强。②创缘水肿评分。肛周无水肿,计为0分;水肿局限于1处,水肿直径范围 $\leq 1$  cm,计为2分;水肿1处以上,1 cm<水肿直径范围<2 cm,计为4分;水肿呈环形,水肿直径范围 $\geq 2$  cm,计为6分。③创面渗液评分。以干洁纱布覆盖创面4 h后分泌物湿透纱布层数为评判标准,分泌物湿透纱布1~3层,计为0分;分泌物湿透纱布4~7层,计为2分;分泌物湿透纱布8~12层,计为4分;分泌物湿透纱布大于12层,计为6分。分别于坐浴前及坐浴第1 d、第3 d、第6 d、第9 d对两组患者肛门疼痛、创缘水肿、创面渗液情况进行评估。④创面愈合时间。创面被新生上皮覆盖提示已完全愈合,记录两组创面愈合所需的时间。⑤不良反应。观察两组治疗期间发生肝肾功能损害、头晕、恶心呕吐以及局部皮肤出现丘疹、水泡、瘙痒等不良情况。

**1.7 统计学处理** 采用SPSS 21.0软件进行数据分析处理。计量资料服从正态分布的则以均数 $\pm$ 标准差( $\bar{x}\pm s$ )表示,采用 $t$ 检验;不符合正态分布的计量资料以中位数(四分位距)表示,采用Wilcoxon Man-Whitney两样本秩和检验;计数资料以率(%)表示,采用卡方检验;等级资料均采用秩和检验。以 $P<0.05$ 表示差异有统计学意义。

## 2 结果

**2.1 两组患者治疗前后疼痛VAS评分比较** 治疗前,两组患者疼痛VAS评分比较,差异无统计学意义( $P>0.05$ );坐浴第1 d、第9 d,两组患者疼痛VAS评分比较,差异无统计学意义( $P>0.05$ );坐浴第3 d、第6 d,治疗组疼痛VAS评分均低于对照组( $P<0.05$ )。见表1。

表1 两组患者治疗前后疼痛VAS评分比较

(分,  $\bar{x}\pm s$ )

组别	<i>n</i>	坐浴前	坐浴第1 d	坐浴第3 d	坐浴第6 d	坐浴第9 d
治疗组	30	2.06 $\pm$ 0.94	3.66 $\pm$ 1.54	2.03 $\pm$ 0.81 <sup>①</sup>	1.80 $\pm$ 0.84 <sup>①</sup>	1.46 $\pm$ 0.63
对照组	30	2.16 $\pm$ 0.87	3.56 $\pm$ 1.07	4.33 $\pm$ 0.80	3.36 $\pm$ 0.96	1.76 $\pm$ 0.63

注:与对照组同时点比较,① $P<0.05$

**2.2 两组患者治疗前后创缘水肿评分比较** 治疗前,两组患者创缘水肿评分比较,差异无统计学意义( $P>0.05$ );坐浴第3 d、第6 d、第9 d,治疗组创缘水肿评分低于对照组( $P<0.05$ )。见表2。

**2.3 两组患者治疗前后创面渗液评分比较** 治疗前,两组患者创面渗液评分比较,差异无统计学意义( $P>0.05$ );坐浴第6 d、第9 d,治疗组创面渗液评分低于对照组( $P<0.05$ ),差异有统计学意义。见表3。

表2 两组患者治疗前后创缘水肿评分比较

[分,  $M(P_{25}, P_{75})$ ]

组别	n	坐浴前	坐浴第1d	坐浴第3d	坐浴第6d	坐浴第9d
治疗组	30	2(0,2)	2(0,2)	2(2,4) <sup>①</sup>	2(2,4) <sup>①</sup>	2(0,2) <sup>①</sup>
对照组	30	2(0,2)	2(0,4)	4(4,6)	4(3.5,6)	2(2,2.5)

注:与对照组同时点比较,① $P<0.05$ 

表3 两组患者治疗前后创面渗液评分比较

(分,  $\bar{x}\pm s$ )

组别	n	坐浴前	坐浴第1d	坐浴第3d	坐浴第6d	坐浴第9d
治疗组	30	4.73±1.33	3.86±1.04	2.93±1.14	2.53±1.04 <sup>①</sup>	1.27±0.50 <sup>①</sup>
对照组	30	4.93±1.01	3.73±1.25	3.33±1.09	3.13±1.25	2.07±0.95

注:与对照组同时点比较,① $P<0.05$ 

**2.4 两组患者创面愈合时间比较** 治疗组患者创面愈合时间为(20.70±1.82)d,对照组愈合时间为(28.20±1.86)d,治疗组患者创面愈合时间短于对照组( $t=-15.757, P<0.05$ )。

**2.5 不良反应** 两组患者在治疗期间均未发生肝肾功能损害、皮肤过敏、恶心、呕吐等不良反应。

### 3 讨论

在临床上,混合痔患者大多可辨为湿热下注证,患者术后湿热之邪依然存在,而术后由于金刃损伤肛周,可致肛周组织瘀血阻滞,不通则痛,患者术后出现肛门疼痛、水肿、渗液等,故混合痔患者术后治疗应注重活血化瘀、消肿止痛、清热利湿、收敛生肌<sup>[10]</sup>。《黄帝内经》言“其有邪者,渍形以为汗”,是对熏洗疗法的重要记载,熏洗疗法以中医基础理论为指导,将中药功效与熏洗技术相结合,从而调畅气机血脉,达到活血化瘀、消肿止痛、清热利湿的目的<sup>[11]</sup>。

痔灵散是桂林市中西医结合医院肛肠科自拟方。方中苦参性沉降下行,具有清热燥湿、祛风杀虫之功效;大黄清热泻火、凉血解毒、逐瘀通经,与苦参共为君药;芒硝性寒,可软坚散结、清热泻下;紫荆皮活血理气、祛风通络、消肿止痛,与芒硝共为臣药;白矾性寒,具有解毒杀虫、燥湿止痒、收敛止血、祛风除邪之功;诃子性平偏寒,具有涩肠止泻、降火之功;乌梅性平,长于收敛止血,与白矾、诃子共为佐药;白芷性温,具有祛风除湿、活血排脓、生肌止痛之功效。诸药配伍,共奏活血化瘀、消肿止痛、清热利湿、收敛生肌之功效。现代药理学研究表明,大黄中的1,9-二羟基蒽醌能够阻断细菌细胞的增殖作用,从而达到抑菌效果。此外,大黄中的大黄酚、儿茶素等成分具有促进凝血的作用<sup>[12]</sup>。研究表明,苦参、紫荆皮具有抑制金

黄色葡萄球菌的作用,此外,苦参还可以抑制末梢神经对疼痛刺激的敏感性而具有明显的镇痛作用,可减轻炎症反应等<sup>[13]</sup>。芒硝的主要成分为硫酸钠,硫酸钠可以加速淋巴循环,增强网状内皮细胞的吞噬功能,而具备抗炎作用<sup>[14]</sup>。白矾的主要成分为含水硫酸铝钾,对金黄色葡萄球菌具有抑制作用,此外,还具有凝固蛋白的作用,从而达到收敛、防腐等治疗目的<sup>[15]</sup>。而诃子提取物具有抗菌、抗氧化、抗炎、促进血管新生等作用<sup>[16]</sup>。乌梅中的化学成分具有抗氧化、抗炎等作用。白芷具有抗炎、镇痛、抗菌、舒张血管、抗过敏等多种药理作用<sup>[17]</sup>。基于上述各种药理作用机制,诸药合用可抑制患者肛周炎症反应、降低末梢神经对疼痛刺激的敏感性以及加速淋巴循环,从而达到镇痛、止血、消肿、抑制分泌物生成的治疗目的。

肛门位置特殊,混合痔术后需要覆盖敷料,导致局部环境较潮湿,易聚集大量菌群,使用高锰酸钾溶液熏洗坐浴能清洁肛周环境,创造有利于术后恢复的条件,故本研究对照组采用高锰酸钾溶液熏洗坐浴治疗。在本研究中,坐浴第3d及坐浴第6d,治疗组疼痛VAS评分均低于对照组;坐浴第3d、坐浴第6d及坐浴第9d,治疗组创缘水肿评分均低于对照组;坐浴第6d及第9d,治疗组创面渗液评分低于对照组;且治疗组手术切口愈合时间短于对照组。表明痔灵散熏洗坐浴可在一定程度上改善混合痔术后肛门疼痛、创缘水肿、创面渗液等情况,促进手术切口的愈合。其原因可能是中药熏洗可将药力及热力结合,作用于手术切口从而加速手术切口的血液及淋巴循环,促进血管扩张,改善局部代谢,加快手术切口的愈合。

综上所述,痔灵散熏洗坐浴治疗混合痔外剥内扎术后患者,有助于镇痛、消肿、抑制分泌物的生成,促进手术切口的愈合。

(下转第45页)



- [21] 杨建,高莹,王敏,等.从铁死亡途径分析针刺对自发性高血压大鼠脑保护的作用机制[J].辽宁中医杂志,2022,49(10):209-212,226.
- [22] CHEN X, LI J, KANG R, et al. Ferroptosis: machinery and regulation[J]. *Autophagy*, 2021, 17(9):2054-2081.
- [23] 李明月,戴晓红,匡炳霖,等.针刺对脑出血大鼠脑组织神经细胞铁死亡的影响[J].中医药学报,2021,49(11):61-67.
- [24] JIN Y, ZHUANG Y, LIU M, et al. Inhibiting ferroptosis: a novel approach for stroke therapeutics [J]. *Drug Discov Today*, 2021, 26(4):916-930.
- [25] LI J, CAO F, YIN H L, et al. Ferroptosis: past, present and future[J]. *Cell Death Dis*, 2020, 11(2):88.
- [26] CUI Y, ZHANG Y, ZHAO X L, et al. ACSL4 exacerbates ischemic stroke by promoting ferroptosis-induced brain injury and neuroinflammation [J]. *Brain Behav Immun*, 2021, 93:312-321.
- [27] 李燕新,郝延磊,杨燕,等.铁死亡在神经系统疾病中的研究进展[J].中风与神经疾病杂志,2018,35(8):762-765.
- [28] 余旭,唐文静,唐标.铁死亡与脑卒中的神经损伤[J].中国生物化学与分子生物学报,2020,36(7):756-765.
- [29] ZHANG B Y, WANG G R, NING W H, et al. Electroacupuncture pretreatment elicits tolerance to cerebral ischemia/reperfusion through inhibition of the GluN2B / m-Calpain / p38 mapk proapoptotic pathway[J]. *Neural Plasticity*, 2020, 2020:8840675.
- [30] CAO Y, WANG Y, LIN L T, et al. Acupuncture attenuates cognitive deficits through  $\alpha 7nAChR$  mediated anti-inflammatory pathway in chronic cerebral hypoperfusion rats [J]. *Life Sciences*, 2021, 266:118732.
- [31] KONG Y, LI S L, ZHANG M, et al. Acupuncture ameliorates neuronal cell death, inflammation, and ferroptosis and down-regulated miR-23a-3p after intracerebral hemorrhage in rats [J]. *Journal of Molecular Neuroscience*, 2021, 71(9):1863-1875.
- [32] WEI L L, ZENG K X, GAI J J, et al. Effect of acupuncture on neurovascular units after cerebral infarction in rats through PI3K/AKT signaling pathway [J]. *Clinical Hemorheology and Microcirculation*, 2020, 75(4):387-397.
- [33] CHEN A Z, LIN Z C, LAN L, et al. Electroacupuncture at the quchi and zusanli acupoints exerts neuroprotective role in cerebral ischemia-reperfusion injured rats via activation of the PI3K / Akt pathway [J]. *International Journal of Molecular Medicine*, 2012, 30(4):791-796.

(编辑 陈明伟/蒙健林)

## (上接第16页)

## 参考文献

- [1] 李响.痔疮自动套扎术联合地奥司明对混合痔的治疗效果分析[J].中国实用医药,2021,16(5):77-78.
- [2] 丁超,王琛.混合痔手术治疗的研究进展[J].中国当代医药,2017,24(14):12-14.
- [3] 毛进亭.痔疮术后护理及常见并发症的临床观察与处理[J].结直肠肛门外科,2015,21(S1):122-123.
- [4] WU J, YU K, LV C, et al. Segmental resection combined with anoplasty for the treatment of circumferential mixed hemorrhoids[J]. *Braz J Med Biol Res*, 2019, 52(5):e8102.
- [5] 宋扬,徐天舒,钱海华.电针大肠俞、承山、二白穴对混合痔术后并发症的疗效观察[J].针刺研究,2017,42(6):533-536.
- [6] 陈显韬,陈玉川,祝琦,等.苦参汤加减焗渍联合红外线照射防治混合痔术后并发症临床观察[J].河北中医,2020,42(1):54-56.
- [7] CORNO F, MURATORE A, MISTRANGELO M, et al. Complications of the surgical treatment of hemorrhoids and its therapy [J]. *Ann Ital Chir*, 1995, 66(6):813-816.
- [8] 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,2006,9(5):461-463.
- [9] 中国中西医结合学会大肠肛门病专业委员会.中国痔病诊疗指南(2020)[J].结直肠肛门外科,2020,26(5):519-533.
- [10] 刘勇桃,黄娟,李扬轶,等.加味祛毒汤熏洗结合隔姜灸改善混合痔术后肛门水肿疼痛的效果观察[J].四川中医,2021,39(9):156-159.
- [11] 林巧娟,林晖.中药熏洗治疗痔术后疼痛的文献回顾与临床疗效相关性研究进展[J].中医外治杂志,2021,30(4):83-86.
- [12] 张慧林,赵妍.大黄的药理作用及临床应用分析[J].光明中医,2015,30(5):1119-1121.
- [13] 马转霞,顾志荣,孙岚萍,等.基于网络药理学的苦参-苍术药对治疗痔疮作用机制研究[J].中国野生植物资源,2021,40(2):15-20.
- [14] 暴梅佳.中药芒硝药理作用的研究[J].临床医药文献电子杂志,2019,6(30):166,179.
- [15] 尤淑霞,吴德康,刘圣金,等.白矾的基原考证及药理作用[J].中国中医药信息杂志,2010,17(7):111-112.
- [16] 史瑞仙,董振宇,张东.蒙药诃子药理作用研究[J].中国民族医药杂志,2020,26(5):33-35.
- [17] 吉庆,马宇衡,张焯.白芷的化学成分及药理作用研究进展[J].食品与药品,2020,22(6):509-514.

(编辑 刘 强/李清清)