

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结局观察

段向阳

(安平网都医院 053600) Anping Net Hospital

摘要：目的：观察不同方法治疗混合痔患者术后并发症的情况。方法：将 2021.7~2022.11 于我院接受混合痔外剥内扎（RPH）手术治疗的 72 例患者等分成空白、观察组两组，各 36 例，术后均给予痔疮膏外敷治疗，观察组联合祛毒促愈汤，连续治疗 14d 后，观察术后常见并发症治疗结局，计算总有效率，记录住院及创面愈合时间。结果：术后 14d 时，观察组患者切口出血、肛缘水肿、肛门疼痛及下坠评分均低于空白组，有统计学意义。观察组总有效率 vs 空白组为 94.44% vs 69.44%，差异显著（ $X^2=4.568$, $P=0.031 < 0.05$ ）。观察组患者的住院、创面愈合时间分别是（ 4.24 ± 0.67 ）d、（ 13.26 ± 2.24 ）d，均短于空白组的（ 7.62 ± 0.74 ）d、（ 19.62 ± 0.74 ）d，组间数据差异均达到了显著性水平（ t 分别为 4.261, 5.621, P 值依次是 0.029, 0.021 均 < 0.05 ）。结论：混合痔患者 RPH 术后联合使用祛毒促愈汤、痔疮膏治疗，效果确切，值得推广。

关键词：混合痔；混合痔外剥内扎术；祛毒促愈汤；痔疮膏；术后并发症

痔是临床上一种常见病，青壮年是本病的高发群体，并且女性患病率略高于男性。现如今，人们的生活节奏显著加快，工作压力明显增加，不健康饮食习惯等，种种因素作用造成痔的患病率呈现出逐年增长的态势^[1]。混合痔患者会反复发作便血、肛门疼痛及脱出等症状，病情严重者会有贫血、肛门嵌顿感等状况，导致日常生活质量严重下滑。对于症状严重，病情反复发作或者保守治疗无效的混合痔，应尽早进行手术治疗。RPH 是一种经典术式，尽管近些年手术技术有很大改良，但本质上讲其是一种侵入性操作，患者术后出现相关并发症在所难免，以肛门肿痛、出血、便秘等较为多见，使患者身心承受较大痛苦的同时，也可能带来伤口延迟愈合等问题，增加患者医疗花销。笔者所在科室对 RPH 术后患者采用祛毒促愈汤联合痔疮膏治疗办法，取得的效果较为理想，现做出如下报道分析：

1 资料与方法

1.1 一般资料

回顾性分析 72 例混合痔患者病历资料，收治时间 2021.7~2022.11。纳入标准：①混合痔临床诊断标准^[2]，检查后确诊；②年龄 18~65 岁；③凝血系统、肝肾功能正常；④资料完整，自愿配合治疗者。排除标准：①不满足纳入标准，无法遵医嘱按时用药者；②处于妊娠或哺乳期的女性；③严重过敏体质者；④肝肾功能严重异常、合并恶性肿瘤者等。分组情况如下：

空白组（ $n=36$ ）：男 17 例，女 19 例；年龄 23~61 岁不等，均值（ 40.28 ± 5.07 ）岁；病程 0.8~16 年，平均（ 6.52 ± 1.11 ）年；内痔分度：III 度 26 例，IV 度 10 例；外痔分布（钟点数）： < 2 个、 $2\sim 3$ 个、 > 3 个分别有 10 例、17 例、9 例。

观察组（ $n=36$ ）：男、女各 18 例；年龄 21~64 岁，中位年龄（ 41.29 ± 4.87 ）岁；病程 0.7~18 年，平均（ 6.74 ± 1.25 ）年；内痔分度：III、IV 度分别有 23 例、13 例；外痔分布（钟点数）： < 2 个、 $2\sim 3$ 个、 > 3 个依次有 8 例、17 例、11 例。

比较组间患者以上基线资料（ $P > 0.05$ ），可比。本课题符合伦理学要求。

1.2 方法

入组病患均完成术前各项检查，无手术禁忌证。腰麻成功后取截石位，常规进行消毒铺巾，使用血管钳可靠夹住外痔后牵拉到肛门外，做“V”字形切口，锐性剥离外痔皮下静脉丛到齿线位置；随后牵拉内痔，7 号缝线进行结扎内痔基底，在相距结扎线 1cm 处剪掉“V”字形切口内的皮肤及静脉丛组织，使其于肛门位置显现出一个放射状伤口。遵循相同的原理处理其余痔核。

术后 3d 内空白组常规静脉滴注抗生素，术后第 1d 开始外敷使用痔疮膏，日 2 次。观察组在对照组治疗方案基础上从术后第 1d

开始就内服祛毒促愈汤，汤剂构成：黄柏、苍术、当归、赤小豆、赤芍、地榆、姜黄各 10g，葛根、威灵仙、忍冬藤、鸡血藤各 30g，狗脊、制何首乌各 20g。常规煎煮取 200ml，日 1 剂，早晚饭后 30min 温服。术后各组病患均连续治疗 14d。患者出院后定期进行电话随访，记录创面愈合时间。

1.3 观察指标

1.3.1 症状积分

（1）肛门疼痛：疼痛视觉模拟量表（VAS）评估，得分范围 0~10 分，0 分、10 分分别表示无痛、重度疼痛，患者主观疼痛轻程度和量表评分大小之间呈正比例关系。

（2）肛缘水肿：未见水肿记作 0 分，水肿面积 \leq 肛周 1/4、1/4~1/2、 $> 1/2$ 对应的评分分别是 1 分，2 分，3 分。

（3）切口出血：无出血记为 0 分；少量渗血，如便后厕纸带有血迹者记为 1 分；肉眼可见的出血量增加并且呈现为滴状，遵医嘱使用普通止血药后能止血者记为 2 分；出血量明显增多，急需通过缝扎止血者记为 3 分。

（4）肛门下坠：无肛门下坠感记作 0 分，偶感肛门下坠或症状较轻微时记作 1 分，发作频率高或症状较严重，休息或治疗后病症减轻记为 2 分；频繁或较重，经休息或治疗后未见显著缓解记为 3 分。

1.3.2 疗效判定

症状积分减少率（ r ）=（治疗前症状总分 - 治疗后症状总分）/治疗前症状总分 $\times 100\%$ 。显效：治疗后病患疾病症状体征显著减轻，肛门肿痛消失，切口未见感染、渗血等情况， $r \geq 70\%$ ；有效：肿痛、切口渗血等减轻， $30\% \leq r < 70\%$ 。无效：治疗后患者病症表现未见改善， $r < 30\%$ 。总有效率 =（显效人数 + 有效人数）/本组病例数 $\times 100\%$ 。

1.3.3 住院及创面愈合时间。

1.4 统计学处理

SPSS26.0 软件处理数据，（ $\bar{x} \pm s$ ）、% 分别表示计量、计数资料，符合正态分布规律时分别用 t 、 X^2 检验。经计算，如果 $P < 0.05$ ，则提示数据差异达到了显著性水平。

2 结果

2.1 症状积分

术后 1d 时，两组患者切口出血、肛门疼痛等主要症状评分差异均不显著（ $P > 0.05$ ）。术后 14d 时，观察组患者各项症状评分低于本组术后 1d 时以及同期空白组，经计算分析确认存在着统计学意义（ $P < 0.05$ ）。见表 1。

表1 组间患者的症状积分的比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

时间	组别 (n)	切口出血	肛缘水肿	肛门疼痛	肛门下坠
术后 1d	观察组 (36)	2.08 ± 0.77	1.92 ± 0.79	4.67 ± 0.85	2.02 ± 0.59
	空白组 (36)	1.99 ± 0.82	1.86 ± 0.94	4.53 ± 1.09	1.88 ± 0.63
t	/	0.597	0.654	0.624	0.854
P	/	0.761	0.607	0.624	0.517
术后 14d	观察组 (36)	0.49 ± 0.62	0.73 ± 0.76	0.84 ± 0.62	0.71 ± 0.51
	空白组 (36)	0.94 ± 0.82	1.24 ± 0.93	1.69 ± 0.67	1.23 ± 0.63
t	/	4.524	3.627	6.627	5.264
P	/	0.031	0.038	0.000	0.003

2.2 临床疗效

观察组中符合显效、有效判定标准的分别有 30 例、4 例, 总有效率 94.44%, 空白组依次为 18 例、7 例, 总有效率 69.44%, 观察组患者整体治疗效果好于空白组 ($P < 0.05$)。见表 2。

表2 组间患者临床疗效的对比[n,(%)]

组别 (n)	显效	有效	无效	总有效率
观察组 (36)	30 (83.33)	4 (11.11)	2 (5.56)	34 (94.44)
空白组 (36)	18 (50.00)	7 (19.44)	11 (30.56)	25 (69.44)
χ^2	6.254	1.230	4.568	4.568
P	0.000	0.069	0.031	0.031

2.3 住院及创面愈合时间

在住院及创面愈合时间指标上, 观察组患者均好于空白组 ($P < 0.05$)。见表 3。

表3 两组患者住院及创面愈合时间的对比 ($\bar{x} \pm s$, d)

组别 (n)	住院时间	创面愈合时间
观察组 (36)	4.24 ± 0.67	13.26 ± 2.24
空白组 (36)	7.62 ± 0.74	19.62 ± 0.74
t	4.261	5.621
P	0.029	0.021

3 讨论

祖国中医对痔疾病有十分深刻的研究, 其认为本病的病因有饮食不节, 或饮食过于肥甘厚腻, 或摄入辛辣刺激食物, 或大量酗酒, 均可能造成内生湿热, 外加部分节气内气候闷热潮湿等, 内外湿邪共同作用, 下注肠间魄门进而诱发痔。中医指出, 外科手术治疗痔会引起局部锐器伤, 术中切除局部病变组织, 部分血管神经等受损, 以致血溢脉外, 出血瘀血, 阻滞经脉并且会滞留在大肠, 造成局部不通而痛; 血是气之母, 气随血脱, 气血亏耗, 不荣则痛, 局部肌肉经失养, 创面生长速度迟缓。痔自身是素积湿热疾病, 外科切除术尽管能剔除有形之邪, 但湿热邪气依旧滞留在体内。所以有中医学者指出^[1], 湿热病邪几大因素贯穿于痔疾病发生、发展的整个过程中, 瘀血是痔患者术后产生各种并发症的主要病理学因素, 痔术后患者病情恢复的过程可以理解成局部正邪相争的过程, 所以中医治疗时遵循清热化湿, 祛瘀生新, 通络止痛的原则, 并将辩证统一的思想融合到治疗实践中, 内服外治法相结合, 进而取得较好的成效。

敷药法是当前临床治疗肛门直肠疾病的经典外治技术, 局部用

药方案有作用直接、见效迅速等特征, 并且在创面之上均匀地涂抹油膏状能形成保护膜, 维持创面的清洁度, 预防感染等问题。在本次研究中, 术后 14d 时观察组患者切口出血、肛缘水肿、肛门疼痛及下坠评分分别是 (0.49 ± 0.62) 分、(0.73 ± 0.76) 分、(0.84 ± 0.62) 分、(0.71 ± 0.51) 分, 均低于空白组的 (0.94 ± 0.82) 分、(1.24 ± 0.93) 分、(1.69 ± 0.67) 分、(1.23 ± 0.63) 分, 差异有统计学意义, 提示观察组患者术后并发症的改善结局更好。痔疮膏是由人工麝香、琥珀、牛黄、冰片等多种成分配制而成的膏剂, 其中麝香具有良好的消肿散结功效; 琥珀是解毒散瘀、生肌止血的良品, 局部使用能发挥防腐止痛的功用; 牛黄的药效主要集中在清热解毒、化痰开窍两个方面, 适用于治疗所有疮疡痔疮疾病; 冰片能够祛腐生肌, 局部镇痛, 并促使其他药物抵达皮肤深处, 以上诸味中药共用, 发挥清热解毒、消肿止痛、祛腐生肌的作用^[4]。祛毒促愈汤则是魏志军教授在漫长的实践中总结出的经验药方, 魏志军教授指出应选择药性趋下之品治疗肛门疾病^[5]。现代医学研究指出, RPH 术中操作损伤肌肉神经、炎性物质渗出、便液污染、局部肌肉痉挛等是造成患者术后出现肛门肿痛、便血等并发症的主要病因。祛毒促愈汤内的黄柏、地榆成分有抑菌消炎、降低毛细血管通透性及降低渗出量等作用; 当归既能补血, 也能行血, 减轻炎症反应, 松弛局部肌肉, 减轻疼痛感; 苍术性温, 有祛风散寒、燥湿健脾的功效; 葛根, 味甘, 入脾、胃、肺经, 功效包括解肌、透热、生津止渴等; 鸡血藤内富含鸡血藤总黄酮, 其在抗血小板聚集方面体现出良好效能; 威灵仙能消炎镇痛, 减轻局部组织水肿程度及肛周神经压迫等; 配伍使用赤小豆、何首乌、赤芍、姜黄和狗脊等能发挥良好的抗炎镇痛作用, 对神经细胞凋亡过程进行拮抗, 逐渐恢复神经功能, 进而更明显地减轻术后病症表现, 促进早日康复出院^[6]。痔患者术后使用祛毒促愈汤对创面愈合过程能起到明显的促进作用, 本次研究中观察组患者创面愈合时间更短于空白组, 且观察组治疗总有效率 94.44% 更高于空白组 69.44%, 用数据进一步证实了观察组术后治疗方案的有效性。

混合痔患者 RPH 术后联合使用祛毒促愈汤、痔疮膏治疗, 能改善术后相关并发症的治疗结局, 促进创面愈合及早日出院进程, 增进疗效, 值得推广。

参考文献:

[1] 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(02): 14-16+45.
 [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, 9(5): 461.
 [3] 赖日源, 周华, 钟健雄. TST 加外剥内扎术治疗混合痔对术后并发症及满意度的影响[J]. 中国现代药物应用, 2020, 14(21): 60-62.
 [4] 余刚. 中药苦参汤坐浴用于混合痔外剥内扎术后的效果研究[J]. 心理月刊, 2019, 14(06): 149.
 [5] 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(02): 185-187.
 [6] 霍增辉. 外剥内扎注射联合部分内括约肌切断术减少混合痔术后并发症效果观察[J]. 中国肛肠病杂志, 2021, 41(12): 17-18.
 作者简介: 姓名: 段向阳, 性别: 男, 出生年月日: 1981-10-11, 籍贯: 河北省深州市, 职称: 副主任中医师, 学历: 大学本科, 毕业院校: 河北医科大学, 研究方向: 中医外科(肛肠为主)。