

• 肛肠疾病专题

苦参汤加减联合内痔套扎外痔切除保留齿线术
治疗混合痔患者的临床研究

常林, 祁卫华, 沈磊

(涟水县中医院肛肠科, 江苏 淮安 223400)

摘要: **目的** 探讨苦参汤加减联合内痔套扎外痔切除保留齿线术对混合痔患者疼痛应激、肛肠动力的影响及安全性。**方法** 选取涟水县中医院2019年1月至2022年1月收治的81例混合痔患者,按照随机数字表法分为对照组(40例)和观察组(41例)。两组患者均行内痔套扎外痔切除保留齿线术治疗,对照组患者于术后采用高锰酸钾坐浴治疗,观察组患者在对照组的基础上联合苦参汤加减治疗,两组患者治疗周期均为7d。对比两组患者创面愈合时间,治疗前后视觉模拟疼痛量表(VAS)评分及血清前列腺素E₂(PGE₂)、P物质(SP)、肛管静息压(ARP)、最长收缩时间(ALCT)、直肠静息压(RRP)水平,以及治疗期间并发症发生情况。**结果** 观察组患者创面愈合时间显著短于对照组;治疗后两组患者VAS评分、血清PGE₂、SP水平与治疗前比均显著下降,且观察组显著低于对照组;治疗后两组患者ARP、RRP水平均显著升高,且观察组显著高于对照组;观察组患者并发症总发生率显著低于对照组(均 $P<0.05$)。**结论** 苦参汤加减联合内痔套扎外痔切除保留齿线术治疗混合痔,能促进患者创面愈合,缓解疼痛,减轻应激反应,有利于改善肛肠动力,并可降低并发症的发生风险,安全性较高。

关键词: 混合痔;内痔套扎外痔切除保留齿线术;苦参汤;应激反应;肛肠动力

中图分类号: R657.1+8

文献标识码: A

文章编号: 2096-3718.2022.13.0004.04

痔疮为肛肠科常见病,即直肠下肛垫出现病理性肥大,有内痔、外痔及混合痔之分,主要症状为便血、疼痛及痔核脱出。单纯采用外剥内扎术治疗混合痔患者效果并不理想,随着医学技术的发展,保留齿线内痔套扎术联合外痔切除术在混合痔的治疗中被广泛应用,该方法疗效确切,患者术后复发风险低,但术后因创面较大,容易出现疼痛、肿胀等并发症,尤其在术后4~6h麻醉作用消失后,疼痛程度较为强烈^[1-2]。常规术后治疗多采用对症抗感染、镇痛等措施,高锰酸钾坐浴虽然有一定杀菌作用,但对促进创面愈合效果欠佳,故整体疗效仍不理想^[3]。混合痔可归为中医“痔瘡”范畴,其病因在于肛肠气血失调、脉络瘀阻、饮食不节,导致燥热之邪压迫大肠。临床上通过手术治疗虽可切除瘀阻的痔核,但创口部位受湿热、热毒等影响,伤口愈合缓慢,因此应以消肿生肌、清热利湿为治疗原则。苦参汤主要成分包括苦参、鱼腥草、

虎杖等,具有清热解毒、消肿止痛等功效,可清除术后的热毒,消散瘀滞,进而起到缓解疼痛的目的^[4]。基于此,本研究重点探讨了苦参汤加减联合内痔套扎外痔切除保留齿线术对混合痔患者疼痛应激、肛肠动力的影响及安全性,现将研究结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取涟水县中医院2019年1月至2022年1月收治的81例混合痔患者,按照随机数字表法分为对照组(40例)和观察组(41例)。对照组患者中男性20例,女性20例;年龄20~65岁,平均 (31.52 ± 4.28) 岁;病程0.9~6年,平均 (2.48 ± 0.62) 年;创面面积 $3.18 \sim 10.47 \text{ cm}^2$,平均 $(7.25 \pm 1.84) \text{ cm}^2$ 。观察组患者中男性21例,女性20例;年龄20~65岁,平均 (32.14 ± 4.46) 岁;病程0.9~6年,平均 (2.52 ± 0.64) 年;创面面积 $3.21 \sim 10.50 \text{ cm}^2$,平均 $(7.31 \pm 1.81) \text{ cm}^2$ 。对比两

作者简介: 常林,大学本科,主治医师,研究方向:肛肠科疾病的诊疗。

[12] 李昌权,钱腊燕,李岗,等. PPH联合部分肛门内括约肌切断术对重度混合痔术后创缘水肿及肛门功能的影响[J]. 中国普外基础与临床杂志, 2020, 27(5): 574-578.

[13] 刘超,王锐,王振彪,等. 吻合器痔上黏膜环切术联合外剥内扎手术治疗Ⅲ~Ⅳ度环状混合痔的疗效及对患者肛门功能的影响[J]. 现代生物医学进展, 2019, 19(6): 1083-1086, 1118.

[14] 舒子龙,徐亚宏,汪明,等. 高位多点悬吊加改良外剥内扎术与RPH术治疗混合痔的效果对比分析[J]. 结直肠肛门外科, 2020, 26(5): 589-593.

[15] 刘安,李磊磊,李雪琦,等. 弹力线套扎+硬化剂注射+外剥内扎术治疗混合痔的临床疗效观察[J]. 结直肠肛门外科, 2021, 27(6): 572-575.

组患者一般资料,差异无统计学意义($P>0.05$),可实施组间对比。诊断标准:参照西医《痔诊断和治疗指南(2010修订版)》^[5]与中医《中西医结合肛肠病诊治》^[6]中的相关诊断标准。纳入标准:符合上述中西医诊断标准者;均行内痔套扎外痔切除保留齿线手术治疗者;痔核数量 ≤ 3 个者。排除标准:合并其他肛周疾病者;妊娠或哺乳期女性;对本研究使用的药物过敏者。本研究经涟水县中医院医学伦理委员会审核批准,患者及家属签署知情同意书。

1.2 手术与治疗方法

1.2.1 手术方法 两组患者均行内痔套扎外痔切除保留齿线手术治疗,截石位,常规消毒、局麻后采用肛门镜观察齿线与内痔痔核,确定位置、个数,在齿状线上进行负压吸引,将自动痔疮套扎器的枪口对准需要套扎的组织,吸引入枪管后,确定套扎组织和齿状线的距离,之后保留齿状线转动棘轮,释放胶圈,松开并放出套扎组织,同时完成其他痔核的处理。套扎之后,根据外痔的个数,分段沿肛管行梭形切口剥离静脉团,进行创面修复。

1.2.2 治疗方法 对照组患者于术后采用高锰酸钾外用片(山东明仁福瑞达制药股份有限公司,国药准字H20063383,规格:0.2 g/片)治疗,将1 000 mg药物溶解于2 000 mL温水中,坐浴,15 min/次,2次/d,治疗7 d。观察组患者在对照组的基础上联合苦参汤加减治疗,组方:苦参、鱼腥草各30 g,虎杖、赤芍各25 g,大黄、黄柏、蒲公英、牡丹皮、黄芩各15 g,另结合患者证型加减用药,脾虚气陷者加党参20 g,黄芪15 g;风伤肠络者加地榆炭10 g;湿热下注者加薏苡仁、赤小豆各6 g;气滞血瘀者加入红花、赤芍各6 g;疼痛严重者加延胡索8 g;水肿发痒者加五倍子10 g,地肤子6 g,1剂/d,加水1 500 mL浸泡30 min,再煎至500 mL,取汁配比1 500 mL开水对患处进行熏蒸,熏蒸10 min后,再坐浴15 min,2次/d,治疗7 d。

1.3 观察指标 ①对比两组患者创面愈合时间,其中愈合标准为创面无糜烂,上皮完全愈合,瘢痕结实^[7]。②对比两组患者治疗前后疼痛程度、应激反应指标,疼痛程度采用视觉模拟疼痛量表(VAS)^[8]评分评估,分值范围为0~10分,分值越高,表明患者疼痛程度越强烈;分别于

治疗前后采集两组患者空腹静脉血3 mL,进行离心操作(转速:3 000 r/min,时间:10 min)后分离血清,采用酶联免疫吸附实验法检测血清前列腺素 E_2 (PGE_2)、P物质(SP)水平。③比较两组患者治疗前后肛肠动力指标,分别于治疗前后采用消化道动力检测仪(合肥凯利光电科技有限公司,型号:XDJ-S8S)监测肛管静息压(ARP)、最长收缩时间(ALCT)及直肠静息压(RRP)水平。④比较两组患者治疗期间并发症发生情况,包括继发肛裂、肛周水肿,肛门失禁、创口感染等。

1.4 统计学方法 采用SPSS 21.0统计软件分析处理数据,计数资料以[例(%)]表示,行 χ^2 检验;使用S-W法检验计量资料数据是否符合正态分布,对于符合正态分布的计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,行 t 检验。以 $P<0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者创面愈合时间比较 对照组患者创面愈合时间为(15.35 ± 1.84)d,观察组患者创面愈合时间为(11.28 ± 1.42)d,经比较,观察组显著短于对照组,差异有统计学意义($t=11.161, P<0.05$)。

2.2 两组患者疼痛、应激反应指标比较 治疗后两组患者VAS评分及血清 PGE_2 、SP水平与治疗前比均显著下降,且观察组显著低于对照组,差异均有统计学意义(均 $P<0.05$),见表1。

2.3 两组患者肛肠动力指标比较 与治疗前比,治疗后两组患者ARP、RRP水平均显著升高,且观察组显著高于对照组,差异均有统计学意义(均 $P<0.05$);两组患者治疗前后组内、组间ALCT水平比较,差异均无统计学意义(均 $P>0.05$),见表2。

2.4 两组患者并发症比较 观察组患者并发症总发生率显著低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$),见表3。

3 讨论

混合痔属于临床常见肛肠疾病,在保守治疗失败后,临床多采用手术方法治疗。内痔套扎外痔切除保留齿线术属于常用术式,该术式通过保留齿状线与肛管移行区上皮,可减少对肛门功能的损伤,但肛缘皮肤神经、血运丰富,手术治疗后可引发剧烈疼痛,再加上排便、细菌感染等影

表1 两组患者疼痛、应激反应指标比较($\bar{x} \pm s$)

| 组别 | 例数 | VAS评分(分) | | PGE_2 (pg/mL) | | SP(μ g/L) | |
|-------|----|-----------------|-------------------|--------------------|----------------------|------------------|-------------------|
| | | 治疗前 | 治疗后 | 治疗前 | 治疗后 | 治疗前 | 治疗后 |
| 对照组 | 40 | 5.13 ± 1.37 | $3.76 \pm 1.25^*$ | 201.53 ± 24.35 | $126.47 \pm 17.63^*$ | 10.56 ± 2.15 | $5.42 \pm 1.59^*$ |
| 观察组 | 41 | 5.21 ± 1.42 | $2.92 \pm 1.06^*$ | 203.72 ± 22.84 | $94.12 \pm 16.40^*$ | 10.45 ± 2.08 | $3.95 \pm 1.18^*$ |
| t 值 | | 0.258 | 3.265 | 0.418 | 8.553 | 0.234 | 4.733 |
| P 值 | | >0.05 | <0.05 | >0.05 | <0.05 | >0.05 | <0.05 |

注:与治疗前比, $^*P<0.05$ 。VAS:视觉模拟疼痛量表; PGE_2 :前列腺素 E_2 ; SP: P物质。

表 2 两组患者肛肠动力指标比较 ($\bar{x} \pm s$)

| 组别 | 例数 | ARP(mmHg) | | RRP(mmHg) | | ALCT(s) | |
|------------|----|------------|-------------|-----------|------------|------------|------------|
| | | 治疗前 | 治疗后 | 治疗前 | 治疗后 | 治疗前 | 治疗后 |
| 对照组 | 40 | 47.61±2.42 | 52.43±1.74* | 6.25±0.96 | 6.85±1.22* | 37.12±2.13 | 36.46±1.97 |
| 观察组 | 41 | 48.10±2.35 | 56.05±1.64* | 6.32±0.75 | 9.56±1.07* | 37.40±2.24 | 37.25±2.05 |
| <i>t</i> 值 | | 0.925 | 9.638 | 0.366 | 10.636 | 0.576 | 1.768 |
| <i>P</i> 值 | | >0.05 | <0.05 | >0.05 | <0.05 | >0.05 | >0.05 |

注：与治疗前比，**P*<0.05。ARP：肛管静息压；RRP：直肠静息压；ALCT：最长收缩时间。1 mmHg=0.133 kPa。

表 3 两组患者并发症发生率比较 [例 (%)]

| 组别 | 例数 | 继发肛裂 | 肛周水肿 | 肛门失禁 | 创口感染 | 总发生 |
|------------|----|---------|---------|---------|----------|----------|
| 对照组 | 40 | 1(2.50) | 3(7.50) | 1(2.50) | 4(10.00) | 9(22.50) |
| 观察组 | 41 | 0(0.00) | 1(2.44) | 0(0.00) | 1(2.44) | 2(4.88) |
| χ^2 值 | | | | | | 5.357 |
| <i>P</i> 值 | | | | | | <0.05 |

响，患者术后康复进程缓慢，并发症的发生风险较高。常规术后治疗多采用高锰酸钾坐浴治疗，可通过蒸腾作用使药物熏灼患处，使药力直达病变部位，起到荡涤污浊毒邪之效，但部分患者采用上述方法治疗不良反应较多，且易复发^[9]。

中医认为，混合痔的发生为气血瘀阻、筋脉横解导致，加之混合痔患者术后病机为气血不畅、湿热下注、经络阻滞，而术后创口愈合及水肿的消退是瘀滞渐化的过程，治疗应以活血祛瘀、清热利湿、消肿生肌为主^[10]。苦参汤加减中的苦参具有清热、燥湿、利尿的功效，配合鱼腥草，可增强清热解毒之功；虎杖可祛风利湿、散瘀定痛；赤芍能消肿止痛、养阴祛瘀；大黄则可解毒通便；黄柏、黄芩能清热燥湿、泻火解毒；蒲公英能清热解毒、消肿利尿；牡丹皮能活血化瘀、消炎镇痛；党参、黄芪能补气健脾；地榆炭能敛疮解毒、凉血止血；薏苡仁、赤小豆则能健脾除湿、利水消肿；红花、赤芍则能活血化瘀、凉血止痛；延胡索具有理气止痛之功；五倍子、地肤子能消毒解痛、祛风止痒，诸药合用，共奏清热解毒、疏通经络、消肿止痛之功；而通过熏洗治疗，能利用药物的温热作用促进创面和周围组织的血液循环，有效缓解患者疼痛，且局部用药可直接作用于病灶，疗效确切^[11-12]。本次研究中，观察组患者创面愈合时间显著短于对照组，治疗后观察组患者VAS评分、血清PGE₂、SP水平均显著低于对照组，说明苦参汤加减联合内痔套扎外痔切除保留齿线术治疗混合痔，能促进患者创面愈合，缓解疼痛，减轻应激反应。分析其原因在于，苦参中的苦参碱能降低毛细血管通透性，稳定细胞膜；黄柏等则可起到抑菌、抗炎等作用，可减少炎症因子、致痛因子等的释放，故而可缓解机体疼痛，减轻应激反应；同时中药熏洗能够利用药力与热力作用，通畅气

血，改善创面血供，稀释细菌毒素，可通过温热刺激降低痛觉神经的兴奋，并可改善炎性水肿，缓解神经压力，起到消肿止痛的作用^[13]。

相关研究显示，内痔套扎外痔切除保留齿线术可严重影响混合痔患者术后肛肠动力指标，其中术中结肠壁内外感受器的损伤，可使直肠过度扩张，从而导致RRP下降，且由于手术对肛门括约肌的破坏，使肛门闭紧功能受损，ARP下降^[14]。现代药理学研究证实，五倍子中所含的没食子酸、鞣质等成分，可沉淀蛋白质，具有收敛、止血的作用，从而有助于促进患者肛门功能的恢复；熊果酸能抑制T细胞、B细胞、巨噬细胞的活化与增殖，缓解局部水肿，促进血液循环与创面愈合，进而改善肛肠动力指标^[15]。刘洁等^[16]研究显示，采用中药熏洗联合普济痔疮栓治疗混合痔术后患者，可促进创面愈合，减轻疼痛，减少继发肛裂、肛周水肿、肛门失禁等并发症的发生。本次研究中，治疗后观察组患者ARP、RRP水平均显著高于对照组，观察组患者并发症总发生率显著低于对照组，提示苦参汤加减联合内痔套扎外痔切除保留齿线术治疗混合痔，可有效改善患者肛肠动力指标，减少并发症的发生，安全性较高。

综上，苦参汤加减联合内痔套扎外痔切除保留齿线术治疗混合痔，能促进患者创面愈合，缓解疼痛，减轻应激反应，有利于改善肛肠动力学指标，并可降低并发症的发生风险，安全性较高，值得临床推广。

参考文献

- [1] 佟瑶,沈艺,刘磊,等.内痔套扎术联合外痔切除术对Ⅱ-Ⅳ期混合痔患者围术期指标、疼痛症状及肛肠动力学指标的影响[J].现代生物医学进展,2020,20(23):4522-4525.
- [2] ZHANG A M, CHEN M, TANG T C, et al. Somatosensory stimulation

• 肛肠疾病专题

肛痈促愈汤在改善肛周脓肿患者 术后炎症反应中的效果观察

李韶银

(泗洪东方医院中医外科, 江苏 宿迁 223941)

摘要: **目的** 探讨应用肛痈促愈汤对肛周脓肿术后患者疼痛程度与炎症因子水平的影响。**方法** 按照随机数字表法将 2019 年 7 月至 2021 年 10 月泗洪东方医院收治的 100 例肛周脓肿患者分为对照组和研究组, 各 50 例。两组患者均给予一次性肛周脓肿根治术治疗, 术后给予对照组患者高锰酸钾坐浴治疗, 研究组患者于对照组的基础上使用肛痈促愈汤煎服治疗, 7 d 为 1 个疗程, 两组患者均治疗至创面愈合停药, 均治疗 3 个疗程后评价临床疗效。比较两组患者术后 21 d 的临床疗效, 术前和术后 21 d 的创面长度、深度、炎症因子水平, 创面愈合时间, 术前及术后 14、21 d 的视觉模拟疼痛量表 (VAS) 评分及创面渗透液积分。**结果** 术后 21 d 研究组患者的治疗总有效率高于对照组; 与术前比, 术后 21 d 两组患者创面长度和深度均缩短, 且研究组短于对照组; 研究组患者创面愈合时间短于对照组; 与术前比, 术后 14、21 d 两组患者 VAS 评分、创面渗透液积分均呈降低趋势, 且术后 14、21 d 研究组低于对照组; 与术前比, 术后 21 d 两组患者血清白细胞介素-6 (IL-6)、白细胞介素-8 (IL-8)、白细胞介素-1 β (IL-1 β) 水平均降低, 且研究组低于对照组 (均 $P<0.05$)。**结论** 肛周脓肿患者术后应用肛痈促愈汤联合高锰酸钾坐浴治疗, 能够有效促进术后患者创面分泌物的排出及创面愈合, 进一步缓解患者疼痛程度, 减轻患者炎症反应, 临床疗效显著。

关键词: 肛周脓肿; 高锰酸钾; 肛痈促愈汤; 炎症因子

中图分类号: R266

文献标识码: A

文章编号: 2096-3718.2022.13.0007.04

肛周脓肿是临床常见的肛肠科疾病, 临床主要表现为肛周肿胀疼痛, 可伴随恶寒、发热等全身性症状, 若未进行及时有效治疗, 肛周脓肿可发展为肛痿、感染性休克。目前, 肛周脓肿患者常采用一次性肛周脓肿根治术有效清

作者简介: 李韶银, 大学本科, 副主任医师, 研究方向: 中医外科临床诊疗。

- treatments for postoperative analgesia of mixed hemorrhoids: Protocol for a systematic review and network meta-analysis[J]. Medicine (Baltimore), 2019, 98(6): e14441.
- [3] 黄丽娟. 混合痔外剥内扎术后三黄汤坐浴和高锰酸钾溶液坐浴对创面愈合情况影响的对比[J]. 结直肠肛门外科, 2016, 22(6): 594-597.
- [4] 霍巨, 刘丽辉. 中药熏洗坐浴治疗湿热下注型混合痔术后并发症临床研究[J]. 辽宁中医杂志, 2015, 42(5): 1010-1012.
- [5] 美国结直肠外科医师协会标准化工作委员会. 痔诊断和治疗指南 (2010 修订版)[J]. 丁义江, 皇甫少华, 丁曙晴, 译. 中华消化外科杂志, 2012, 11(3): 243-247.
- [6] 赵刚, 鞠应东, 孙凤华. 中西医结合肛肠病诊治[M]. 北京: 科学技术文献出版社, 2010: 184-189.
- [7] 胡琦. 金玄痔科熏洗散治疗混合痔术后水肿及促进创面愈合的临床疗效[J]. 世界中西医结合杂志, 2016, 11(12): 1724-1727.
- [8] 严广斌. 视觉模拟评分法[J/CD]. 中华关节外科杂志 (电子版), 2014, 8(2): 273.
- [9] 杨清岛, 许金表. 高锰酸钾溶液联合马应龙麝香痔疮栓治疗孕妇痔疮 PPH 术后水肿疗效观察[J]. 中国现代普通外科进展, 2015, 18(3): 232-234.
- [10] 周萍, 李风华, 曾志华. 中药熏洗法联合针灸治疗痔疮的临床观察[J]. 中成药, 2016, 38(1): 35-38.
- [11] 丁建华, 刘肃志. 中药熏洗治疗痔疮术后疼痛、水肿临床研究[J]. 中医学报, 2015, 30(9): 1285-1286.
- [12] 杜炳林. 止痛如神汤口服联合苦参汤熏洗治疗混合痔术后疼痛的临床疗效观察[J]. 世界中西医结合杂志, 2021, 16(2): 339-341.
- [13] 赵晓波, 王业皇. 苦参汤加味熏洗治疗混合痔术后水肿的临床疗效观察[J]. 结直肠肛门外科, 2015, 21(1): 61-62.
- [14] 肖丽. 苦参汤熏洗联合肛安栓纳肛促进混合痔术后创面愈合临床观察[J]. 四川中医, 2019, 37(8): 165-167.
- [15] 张新, 丁翔云, 翟会侠. 苦参汤加减联合激光坐浴机治疗湿热下注型混合痔的效果及其对人血清 IL-6、IFN- γ 的影响[J]. 中国医药科学, 2021, 11(15): 200-203.
- [16] 刘洁, 马云云. 中药熏洗联合普济痔疮栓对混合痔术后创面愈合及肛门功能的影响[J]. 现代中西医结合杂志, 2019, 28(16): 1764-1766, 1773.