

分类号: R657.1+8
学 号: 3120101001

密 级: 公开
单位代码: 10393



福建中醫藥大學

FUJIAN UNIVERSITY OF TRADITIONAL CHINESE MEDICINE

硕士学位论文

复方王氏痔疮膏应用于湿热下注型混合痔术后的疗效观察

**Observation on the Curative Effect of Wang's Hemorrhoids
Ointment Applied to Postoperative Complications of
Hygrothermal Downward Injection Mixed Hemorrhoids**

研 究 生: 陈伟特
指 导 教 师: 王坚 主任医师
专 业 名 称: 中医外科学
研 究 方 向: 肛肠疾病的中医临床研究
申 请 学 位 类 型: 中医硕士专业学位

2020年6月 中国·福州

目 录

中文摘要.....	IV
ABSTRACT.....	V
引言.....	1
研究对象.....	2
1 病例来源.....	2
2 诊断标准.....	2
2.1 中医诊断标准.....	2
2.2 西医诊断标准.....	2
3 纳入标准.....	3
4 排除标准.....	3
5 脱落标准.....	3
研究方法.....	4
1 实验方案	4
1.1 病例分组.....	4
1.2 治疗方法.....	4
1.3 疗程及观察时间点.....	4
2 观察指标.....	4
2.1 一般性资料.....	4
2.2 安全性指标.....	4
2.3 疗效性指标及评定标准.....	5
3 综合疗效评定标准.....	6
4 安全性评价.....	6
5 统计分析.....	6
研究结果.....	7
1 病例纳入情况.....	7
2 患者一般资料.....	7
2.1 两组患者性别比较.....	7
2.2 两组患者年龄比较.....	7
2.3 两组患者病程比较.....	7

2.4	两组患者手术切口数量比较.....	8
2.5	两组患者治疗前各指标比较.....	8
3	各项指标结果及分析.....	8
3.1	两组疼痛情况比较.....	8
3.2	两组渗液情况比较.....	8
3.3	两组水肿情况比较.....	9
3.4	两组总疗效比较.....	9
3.5	两组创面愈合时间比较.....	9
4	安全性检验.....	9
讨论.....		11
1	中医对湿热下注型混合痔术后病因病机的认识.....	11
2	现代医学对混合痔术后的认识.....	11
3	混合痔术后创面愈合的治疗现状.....	12
3.1	现代医学针对混合痔术后创面愈合常见外用药物.....	12
3.2	祖国医学对混合痔术后创面愈合的治疗现状.....	13
4	导师观点.....	14
5	复方王氏痔疮膏应用于湿热下注型混合痔术后的疗效观察及机理分析.....	15
5.1	临床疗效观察.....	15
5.2	复方王氏痔疮膏的组成、剂型特点及药理.....	16
结 论.....		22
不足与展望.....		23
参 考 文 献.....		24
附 录.....		26
文献综述.....		30
致 谢.....		35
作者简历.....		36

中文摘要

目的:

通过临床科学的对比研究,观察复方王氏痔疮膏运用于湿热下注型混合痔术后的临床疗效。探讨复方王氏痔疮膏的药物作用机理及临床价值,为促进混合痔术后创面愈合及减轻术后并发症提供一种确切良效的治疗方法。

方法:

符合纳入标准的混合痔患者 86 例,按照随机分组原则分为实验组和对照组各 43 例。实验组术后经常规治疗后予复方王氏痔疮膏创口局部换药,对照组经常规治疗后予马应龙痔疮膏创口局部换药。两组分别换药至创面痊愈。观察两组术后的创面愈合时间、创口疼痛、水肿程度及渗液情况。病例采集的所有数据,运用 SPSS 20.0 软件进行处理及分析,并得出结论。

结果:

完成研究的病例共 86 例,实验组(N=43)和对照组(N=43)。治疗前对两组病例的性别、年龄、病程、切口数、疼痛、渗液、水肿等进行均衡性比较,差异均无统计学意义,组间基线一致,具有可比性。研究结果如下:

(1) 复方王氏痔疮膏对术后创面疼痛情况的影响:两组在术后第 2 天、第 14 天创面疼痛的比较, $P>0.05$,即无显著性差异。两组在术后第 5 天、第 8 天创面疼痛情况组间比较,均为 $P<0.05$,且实验组计分明显少于对照组,说明实验组在术后中期减轻创面疼痛方面疗效明显优于对照组;

(2) 复方王氏痔疮膏对术后创面水肿情况的影响:两组在术后第 2 天、第 14 天创面水肿的比较, $P>0.05$,即无显著性差异。两组在术后第 5 天、第 8 天创面水肿情况组间比较,均为 $P<0.05$,且实验组计分明显少于对照组,说明实验组在术后中期减轻创面水肿方面疗效明显优于对照组;

(3) 复方王氏痔疮膏对术后创面渗液情况的影响:两组在术后第 2 天、第 14 天创面渗液比较, $P>0.05$,即无显著性差异。两组在术后第 5 天、第 8 天创面渗液情况组间比较,均为 $P<0.05$,且实验组计分明显少于对照组,说明实验组在术后中期减轻创面渗液方面疗效明显优于对照组;

(4) 复方王氏痔疮膏对术后创面愈合的影响:两组创面的愈合所用时间比较,经秩和检验, $P<0.05$,即两组的创面愈合时间有显著性差异,实验组的创面愈合时间明显少于对照组。

结论:

复方王氏痔疮膏组在术后中期缓解疼痛、渗液、水肿等并发症效果明显优于马应龙痔疮膏组,且创面愈合时间明显较短。证明复方王氏痔疮膏能有效缓解湿热下注型混合痔术后并发症,缩短创面愈合时间,未发现不良反应,是一种安全有效的外用复方软膏。

关键词: 混合痔, 湿热下注型, 复方王氏痔疮膏, 创面愈合

Abstract

Purpose:

Through clinical scientific comparative research, to observe the clinical efficacy of Fufang Wang's hemorrhoids ointment after application to moist heat-betting mixed hemorrhoids. To explore the mechanism and clinical value of compound Wang's hemorrhoid cream, and to provide a precise and effective treatment method for promoting wound healing and reducing postoperative complications of mixed hemorrhoids.

Methods:

86 patients with mixed hemorrhoids that met the inclusion criteria were divided into an experimental group and a control group of 43 according to the principle of random grouping. The experimental group was given local replacement of compound Wang's hemorrhoids cream after routine treatment, and the control group was given local dressing of Ma Yinglong hemorrhoids cream after conventional treatment. Change the dressings until the wounds are cured. Observe the wound healing time, wound pain, degree of edema and exudation of the two groups after operation. All data collected by the case were processed and analyzed using SPSS 20.0 software, and a conclusion was drawn.

Results:

A total of 86 cases were completed, the experimental group (N=43) and the control group (N=43). Before treatment, the gender, age, course of disease, number of incisions, pain, exudate, edema, etc. of the two groups were compared. The differences were not statistically significant. The baseline between the groups was consistent and comparable. The research results are as follows:

(1)Effect of Compound Wang's Hemorrhoids Ointment on Postoperative Wound Pain: Comparison of wound pain on the 2nd and 14th day after surgery between two groups, $P > 0.05$, that is, no significant difference. The comparison of wound pain between the two groups on the 5th and 8th day after surgery was $P < 0.05$, and the score of the experimental group was significantly less than that of the control group, indicating that the experimental group had a significantly better effect in reducing wound pain in the middle period after surgery. In the control group;

(2)Effect of Compound Wang's Hemorrhoids Ointment on postoperative wound edema: Comparison of wound edema on the 2nd and 14th day after surgery, $P > 0.05$, that is, no significant difference. The comparison between the two groups on the 5th and 8th days after the wound edema situation was $P < 0.05$, and the score of the experimental group was significantly less than that of the control group, indicating that the experimental group was significantly better in reducing wound edema in the middle postoperative period. In the control group;

(3)Effect of Compound Wang's Hemorrhoids Ointment on postoperative wound exudate: Comparison of wound exudate on the 2nd and 14th day after operation, $P > 0.05$, that is, no significant difference. The comparison between the two groups on the 5th and 8th days after the wound exudation was $P < 0.05$, and the score of the experimental group was significantly less than that of the control group, indicating that the experimental group was effective in

reducing wound exudation in the middle period after surgery Significantly better than the control group;

(4)Effect of Compound Wang's Hemorrhoids Ointment on postoperative wound healing:Comparison of wound healing time between two groups, after rank sum test, $P<0.05$, that is, there is a significant difference in wound healing time between the two groups. The healing time was significantly shorter than that of the control group.

Conclusion:

The Compound Wang's hemorrhoids ointment group was significantly better than the Ma Yinglong hemorrhoids ointment group in relieving pain, exudate, edema and other complications in the postoperative period, and the wound healing time was significantly shorter. It is proved that the Compound Wang's hemorrhoids ointment can effectively relieve the postoperative complications of moist heat injection and mixed hemorrhoids, shorten the wound healing time, and find no adverse reactions. It is a safe and effective external compound ointment.

Keywords: Mixed hemorrhoids, hygrothermal downward injection, Wang's hemorrhoid cream, wound healing

引言

近年来，混合痔发病率逐渐升高，任何年龄均有发病可能，我国城市居民的肛肠疾病发病率约为 51.14%，其中痔的发病率所占高达 50.28%^[1]。而在痔的发病人群中，混合痔约占 24.13%^[2]。患者或就诊意识不强，或羞于就诊，往往就医时病情都较为严重，保守治疗效果相对有限，手术治疗成为大部分就医患者的首选方法。混合痔手术治疗后发生尿滞留、创面愈合缓慢及创口肿痛等并发症概率高，影响患者生活质量及术后的恢复，给患者带去巨大痛苦。对于混合痔术后的创面，一种确切良效的治疗手段尤为重要。现代医学认为，混合痔手术切口的破坏导致回流障碍、炎症介质水平提高，加之患者术后排便疼痛可能强忍大便，导致腹压提高，血流不畅，从而引起一系列并发症。但西医常规的对症处理往往效果并不显著，且存在一定局限性。在临床中，中医药对术后创面的恢复起着越来越重要的作用。

在临床治疗中，中医外治法应用于混合痔术后恢复，能够帮助患者有效缓解术后并发症，尽快恢复健康。导师认为湿热下注型混合痔患者素体多湿，后天则往往嗜食辛辣、醇酒、肥甘厚腻之品，脾胃气机受损，生湿化热，湿性重浊趋下，下注肛肠，虽治疗期间有所调整，但难免迁延。湿热下注型混合痔术后总的病机在于“湿邪未清、肌肤失养、热盛肉腐”。复方王氏痔疮膏来自于闽南王氏祖传，导师根据多年临床经验及大量临床研究，予加减化裁，现该方以冰片、石膏、珍珠粉、朱砂、血竭、黄柏、青黛为主原料，以传统方法调制成药膏，具有“清热燥湿、消肿止痛、祛腐生肌”之功效。该方对于痔疮保守治疗及手术后，尤其是湿热下注型混合痔术后并发症的治疗，有显著的效果。

本课题对复方王氏痔疮膏应用于湿热下注型混合痔术后进行观察，并与对照组进行比较，最后进行统计、分析与总结，探讨复方王氏痔疮膏作用于湿热下注型混合痔术后的机理和临床价值，做出以下报告。

研究对象

1 病例来源

自 2019 年 01 月至 2019 年 12 月期间, 就诊于泉州市中医院肛肠科诊断为湿热下注型混合痔、行手术后愿意接受此项试验的患者 86 例, 将患者随机分为实验组、对照组各 43 例。其中实验组予复方王氏痔疮膏换药治疗, 对照组予马应龙痔疮膏换药治疗。

2 诊断标准

2.1 中医诊断标准

参照国家中医药管理局 2017 年发布的中华人民共和国中医药行业标准《中医病症诊断疗效标准》中痔的诊断标准: 混合痔系发生于同一方位齿线上下, 形成一体的静脉曲张团块。

中医湿热下注证型诊断标准如下:

便血色鲜红, 量较多, 肛内肿物外脱, 肛门灼热。舌红, 苔黄腻, 脉滑数。

2.2 西医诊断标准

参照《痔临床诊治指南(2006 版)》, 该指南由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等联合制定。

内痔: 内痔是肛垫的支持结构、血管丛及动静脉吻合发生的病理性改变和移位; 主要临床表现是出血和痔核脱出, 可并发血栓、嵌顿、绞窄及排便困难。

外痔: 外痔是齿状线远侧皮下血管丛扩张、血流淤滞、血栓形成或组织增生; 主要临床表现为肛门部软组织团块, 有肛门不适、潮湿瘙痒或异物感, 如发生血栓及炎症可有疼痛。

混合痔: 内痔和相应部位的外痔血管丛相互融合。

3 纳入标准

(1) 中医符合《中医病症诊断疗效标准》中混合痔及湿热下注的证候诊断标准; 西医符合《痔临床诊治指南(2006 版)》混合痔诊断标准, 且在在局部浸润麻醉下行混合痔外剥内扎术者;

(2) 混合痔的内痔部分达 II 度及 III 度的患者;

- (3) 既往无肛肠疾病手术史及无肛门形态和功能异常者；
- (4) 年龄在 18 岁—65 岁之间的病例；
- (5) 术前的常规检查如血尿粪三大常规、出凝血、生化、心电图等未见异常者；
- (6) 同意加入该临床观察，签署知情同意书，并可完成随访者。

4 排除标准

有下列情况之一者不作为观察对象

- (1) 合并有其它肛肠疾病者如肛裂、肛瘘、肛周脓肿、肛周湿疹、肛乳头肥大等；
- (2) 有便秘或腹泻等胃肠道疾病者；
- (3) 患有恶性肿瘤者；
- (4) 有其他重要脏器或其他系统疾病者；
- (5) 患有精神疾病者；
- (6) 有传染性疾病，如肺结核、乙型肝炎、性病患者等；
- (7) 有糖尿病等代谢系统病症而可影响伤口愈合者；
- (8) 孕妇及或正处于哺乳期的妇女。

5 脱落标准

- (1) 发生不良反应者；
- (2) 患者依从性差，未能配合治疗或自行退出临床观察者；
- (3) 发生严重不良事件，不宜再进行临床观察者；
- (4) 资料欠完善或失访者；
- (5) 入组后改变手术方案者；
- (6) 因各种原因必须停药或改用其他方法治疗者。

研究方法

1 实验方案

1.1 病例分组

将纳入的 86 例病例进行编号并利用随机数字表进行随机分组。把 86 例符合要求的受试对象分成实验组与对照组各 43 例。实验组为复方王氏痔疮膏治疗组，对照组为马应龙痔疮膏治疗组。2 组患者在一般情况（性别、年龄、病程、手术切口数量等）的比较无显著性差异，具有可比性。

1.2 治疗方法

基础治疗：

- (1) 手术当天术前予结肠水疗清洗肠道；
- (2) 手术当天及术后第 1 日均常规使用抗生素静滴预防感染并静注止血药预防出血；
- (3) 术后每日排便前观察渗液情况，便后以高锰酸钾溶液坐浴 5-10 分钟后予换药治疗，帮助患者清除创面上残留的粪便和分泌物，以棉签拭干表面后再予碘伏消毒；
- (4) 术后当天嘱患者静卧休息，并予清淡饮食，术后第 1 天始嘱患者多饮水、多食新鲜水果、蔬菜，禁食刺激辛辣之品，注意肛门局部卫生，调畅心情，规律作息。

分组治疗：

实验组：术后常规治疗的同时，予复方王氏痔疮膏创口局部换药处理；

对照组：术后常规治疗的同时，予马应龙痔疮膏创口局部换药处理。

1.3 疗程及观察时间点

术后每日换药至痊愈，于术后第 2 天、第 5 天、第 8 天、第 14 天换药前分别观察患者的创面疼痛、渗液、水肿三项指标情况，并记录评分，于创面痊愈当日起停止换药治疗并记录时间。

2 观察指标

2.1 一般性资料

- (1) 患者的性别、年龄、病程、手术切口数量；
- (2) 患者的体温、心率、呼吸、脉搏及血压值等。

2.2 安全性指标

- (1) 血、尿、粪三大常规;
- (2) 心电图、肝功能、肾功能;
- (3) 可能出现的不良反应, 检查指标。

2.3 疗效性指标及评定标准

2.3.1 创面疼痛评分:

观察创面疼痛评分时间为术后第 2、5、8、14 天。参照国际上公认的视觉模拟评分法 (VAS) 进行疼痛评分。检测前对患者做好疼痛评分的指导工作, 以疼痛测量滑动尺, 对两组患者术后第 2、5、8、14 天晨起时的疼痛情况进行分级、评分并做好记录, 具体如下:

0 分: 基本无疼痛 ($0 \text{ 分} \leq \text{VAS} < 1 \text{ 分}$);

1 分: 轻度疼痛: 创面偶有疼痛, 但不影响正常生活和睡眠, 无需处理 ($1 \text{ 分} \leq \text{VAS} < 3 \text{ 分}$);

2 分: 中度疼痛: 创面较为疼痛, 已经干扰正常生活及睡眠, 但予一般止痛药口服可缓解 ($3 \text{ 分} \leq \text{VAS} < 6 \text{ 分}$);

3 分: 重度疼痛: 创面疼痛剧烈, 严重干扰正常生活及睡眠, 需肌注止痛药物方可缓解甚至不能缓解者 ($6 \text{ 分} \leq \text{VAS} \leq 10 \text{ 分}$)。

2.3.2 创面渗液评分:

观察创面渗液评分时间为术后第 2、5、8、14 天。

0 分: 创面鲜红表面无明显渗液

1 分: 渗液量少, 一支棉签可以拭干

2 分: 渗液量中等, 两支棉签可以拭干

3 分: 渗液量大, 可渗透三支或三支以上棉签

2.3.3 创面水肿评分:

观察创面水肿评分时间为术后第 2、5、8、14 天

0 分 = 无水肿;

1 分 (轻微) = 水肿仅限一处, 水肿范围直径 1 cm 以内;

2 分 (明显) = 一处水肿, 水肿范围直径在 1~2 cm 之间;

3 分 (严重) = 一处水肿, 水肿范围直径大于 2 cm, 或多处水肿。

2.3.4 愈合时间:

创面愈合时间是指创面的肉芽组织完全被上皮覆盖,用术后第1天至创面完全被上皮覆盖所需的天数表示。

3 综合疗效评定标准

参照2017年国家中医药管理局制定的《中华人民共和国中医药行业标准·中医肛肠科病证诊断疗效标准》中相关内容,结合课题情况,制定如下评定标准:

治愈:疼痛、渗液、水肿情况消失或者基本消失, $\alpha \geq 95\%$

显效:疼痛、渗液、水肿情况明显改善, $70\% \leq \alpha < 95\%$

有效:疼痛、渗液、水肿情况较前有所好转, $30\% \leq \alpha < 70\%$

无效:疼痛、渗液、水肿情况不见改善,甚或加重, $\alpha < 30\%$

疗效指数 $\alpha = [(\text{术后第1天积分总和} - \text{术后第14天积分总和}) \div \text{术后第1天积分总和}] \times 100\%$

总有效率 = $[(\text{治愈例数} + \text{显效例数} + \text{有效例数}) \div \text{总例数}] \times 100\%$

4 安全性评价

安全性评价标准:

- (1) 1级:安全,无任何不良反应;
- (2) 2级:有轻微不良反应,比较安全,紧密观察下可继续用药;
- (3) 3级:有不良反应,存在安全问题,处理改善后可继续用药;
- (4) 4级:存在严重不良反应,应停止或更改用药,中止实验。

5 统计分析

应用SPSS20.0软件进行数据统计处理,计量资料以均数 \pm 标准差($\bar{x} \pm s$)表示。若计量资料符合正态分布,应用 t 检验分析比较;未符合者则运用秩和检验。等级资料应用秩和检验;计数资料用 χ^2 分析比较。检验分析标准:若 $P < 0.05$,则判定有显著性差异。

研究结果

1 病例纳入情况

本次共纳入符合标准的病例 86 例。首例患者入选时间为 2019 年 01 月 07 日，末例患者入选时间为 2019 年 11 月 20 日。予随机分为实验组、对照组，各 43 例。结果完成试验的病例为 86 例，无脱落病例。

2 患者一般资料

2.1 两组患者性别比较

表 1 两组病例性别比较 (例)

组别	性别		合计
	男	女	
实验组	n=21 (48.84%)	n=22 (51.16%)	43
对照组	n=24 (55.81%)	n=19 (44.19%)	43
合计	45	41	86

注：两组性别对比，经 χ^2 检验， $P=0.517$ ， $P>0.05$ ，说明两组患者性别比较无显著性差异，具有可比性。

2.2 两组患者年龄比较

表 2 两组病例年龄比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	最大值(岁)	最小值(岁)	年龄均值(岁)
实验组	43	59	19	42.00±11.182
对照组	43	60	22	40.47±11.354

注：两组年龄对比，经 t 检验， $P=0.529$ ， $P>0.05$ ，说明两组患者年龄比较无显著性差异，具有可比性。

2.3 两组患者病程比较

混合痔患者病程时间分布较宽，故将病程划分为三个阶段，各阶段分布如下。

表3 两组病例病程比较

组别	例数	病程(年)		
		病程<1	1≤病程≤5	病程>5
实验组	43	11	23	9
对照组	43	15	21	7
合计	86	26	44	16

注：两组病程对比，经等级秩和检验， $P=0.344$ ， $P>0.05$ ，说明两组患者病程分布比较无显著性差异，具有可比性。

2.4 两组患者手术切口数量比较

表4 两组病例手术切口数量比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	最大值(个)	最小值(个)	均值(个)
实验组	43	4	1	2.58 ± 0.794
对照组	43	4	1	2.65 ± 0.842

注：两组手术切口数量对比，经秩和检验， $P=0.630$ ， $P>0.05$ ，说明两组患者手术切口数量比较无显著性差异，具有可比性。

2.5 两组患者治疗前(术后第一天换药前)创面疼痛、渗液和水肿情况比较

表5 两组病例换药治疗前创面疼痛、渗液和水肿比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	疼痛 (分)	渗液 (分)	水肿 (分)
实验组	43	1.60 ± 0.623	1.56 ± 0.700	1.93 ± 0.799
对照组	43	1.60 ± 0.760	1.63 ± 0.578	1.91 ± 0.868
<i>P</i> 值		0.947	0.541	0.838

注：两组病例在治疗前(术后第一天换药前)的创面疼痛、渗液和水肿评分比较，经秩和检验， $P>0.05$ ，差异无统计学意义，说明两组病例在治疗前三个观察指标的情况无显著差异，具有可比性。

3 各项指标结果及分析

3.1 两组术后疼痛情况比较

表6 两组术后疼痛情况比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	术后第2天	术后第5天	术后第8天	术后第14天
实验组	43	1.35 ± 0.686	0.63 ± 0.618	0.44 ± 0.502	0.12 ± 0.324
对照组	43	1.40 ± 0.821	1.28 ± 0.854	0.77 ± 0.649	0.26 ± 0.441
<i>P</i> 值		0.862	0.000	0.019	0.098

注：术后第5天、第8天两组组间比较，经秩和检验，均为 $P<0.05$ ，差异有统计学意义。术后第2天、第14天两组组间比较，经秩和检验， $P>0.05$ ，差异无统计学意义。

3.2 两组术后渗液情况比较

表 7 两组术后渗液情况比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	术后第 2 天	术后第 5 天	术后第 8 天	术后第 14 天
实验组	43	1.37±0.725	0.56±0.548	0.23±0.427	0.12±0.324
对照组	43	1.42±0.698	0.91±0.811	0.49±0.551	0.21±0.412
P 值		0.768	0.048	0.022	0.245

注：术后第 5 天、第 8 天两组组间比较，经秩和检验，均为 $P < 0.05$ ，差异有统计学意义。术后第 2 天、第 14 天两组组间比较，经秩和检验， $P > 0.05$ ，差异无统计学意义。

3.3 两组术后水肿情况比较

表 8 两组术后水肿情况比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	术后第 2d 治疗前	术后第 5d	术后第 8d	术后第 14d
实验组	43	1.42±0.932	0.65±0.650	0.40±0.495	0.21±0.412
对照组	43	1.51±0.910	1.02±0.707	0.70±0.674	0.28±0.454
P 值		0.605	0.010	0.037	0.454

注：术后第 5 天、第 8 天两组组间比较，经秩和检验，均为 $P < 0.05$ ，差异有统计学意义。术后第 2 天、第 14 天两组组间比较，经秩和检验， $P > 0.05$ ，差异无统计学意义。

3.4 两组总疗效比较

表 9 两组总疗效比较 (例)

分组	例数	治愈	显效	有效	无效	有效率
实验组	43	27	14	2	0	100%
对照组	43	29	3	11	0	100%

注：两组总疗效比较，经等级秩和检验， $P=0.751$ ， $P > 0.05$ ，说明实验组与对照组的总疗效无显著性差异。

3.5 两组创面愈合时间比较

表 10 两组创面愈合时间比较 ($\bar{x} \pm s$, 天)

分组	例数	创面愈合时间(天)	最大值	最小值
实验组	43	14.70±2.346	21	11
对照组	43	17.30±2.540	23	12

注：两组创面愈合时间比较，经秩和检验， $P=0.000$ ， $P < 0.05$ ，说明两组创面愈合时间有显著性差异。

4 安全性检验

在临床研究过程中及患者接受治疗的前后，都进行安全性的检验和把控，未有异常情况出现，患者外用治疗药物未出现相关不良反应。

讨论

1 中医对湿热下注型混合痔术后病因病机的认识

混合痔外剥内扎手术原本是治疗方式的一种，但局部为金刃所伤，广义上实属“金疮”的范畴，创伤致使经络受损，则气不能周行，血行瘀滞。因此，无论哪一种证型的混合痔术后，都存在气滞血瘀这一发病基础。而对于湿热下注型混合痔术后，气血运行不畅使湿热之邪得以加重。清代吴谦《医宗金鉴》：“痔疮形名亦多般，不外风湿燥热源。”由此可见，痔的发病，与“风、湿、燥、热”四邪关系最为密切。我国南方的大部分地区，气候相对温暖湿润，多湿多热。而湿热下注型混合痔患者素体往往多湿，加之后天喜嗜食辛辣、醇酒、肥甘厚腻之品，脾胃气机受损，生湿化热，湿性重浊趋下，下注肛肠。混合痔手术虽然直接去除了病灶，但局部湿热之邪难免迁延至术后。湿热之邪趋下阻滞于肛肠，干扰气机使之运行不利，则经络不通，不通则痛，故见创面疼痛坠胀不适；湿热阻滞、创面失于濡养，湿性黏浊、缠绵，故见创面渗液、难以愈合等；湿热之邪久则浸淫损脉，血失脉府，不利则为水，故可见创面局部的水肿等。此外，混合痔外剥内扎术后多为开放式创面，因此常常暴露于外界，加上肛门直肠特殊的位置更易受湿热之邪侵害，若创面处理不当往往会使得局部湿热蕴结，加重诸多并发症。

2 现代医学对混合痔术后的认识

现代研究发现，创面的修复过程中，多种细胞、因子不断参与，不断发生相互作用，是一个繁复的渐进过程，这个动态的过程大体上可分为3个阶段，分别为炎症反应阶段、细胞增殖阶段、瘢痕形成阶段。在炎症反应阶段，局部血管因为皮肤的破损开始收缩，此时血小板和纤维蛋白会在局部凝集，使伤口表面止血；炎症反应消退后各种生长因子开始发挥作用，使创面中被破坏的组织开始修复，这即是细胞增殖分化阶段；最后一个阶段为瘢痕形成阶段，创口缩小，创伤的修复在这一阶段渐渐完成，新的肉芽组织会逐渐形成瘢痕组织。

现代医学认为，混合痔术后，由于肛门的特殊位置，创面的愈合不仅取决于自身，还受到外界环境的影响，包括粪便、细菌、括约肌的紧张程度等。手术切口的破坏导致

回流障碍，炎症介质水平提高，局部的淋巴管和静脉被破坏，导致水肿，水肿这一并发症在混合痔术后的发病率高达 20%~40%^[3]；此外，肛周丰富的神经对痛觉十分敏感，加之由于患者术后排便疼痛便强忍大便，易导致腹压提高，进一步加剧了疼痛，而腹压升高，易导致血流不畅，组织间隙里的血栓便可能由此产生，从而加重一系列的并发症；混合痔术后创面，尽管已经充分止血，但仍会有液体渗出，其中包括组织液、少量淋巴液体和破损的细胞内液，受损的粘膜刺激炎症细胞，渗液就是特征性变化；水肿、疼痛、渗液会使得局部肉芽的生长环境质量降低，这将可能引起创面不平、皮赘、愈合缓慢等一系列问题^[4]。

3 混合痔术后创面的治疗现状

3.1 现代医学针对混合痔术后创面愈合常见外用药物

复方角菜酸酯乳膏应用在混合痔术后能够有效地止痒止痛、收敛伤口、促进伤口组织的修复和愈合^[5]，其主要成分有角菜酸酯、氧化锌、二氧化钛及利多卡因等。角菜酸酯为胶状物质，由海藻中提取，接触伤口后，可以迅速在表面形成薄膜，一方面可以保护创面不被污染，另一方面还可以起到一定的止血作用。并且有研究发现角菜酸酯可以抑制瘢痕组织的形成并促进上皮细胞的生长。二氧化钛可以协助蛋白质的合成，氧化锌则可以促进胶原蛋白、上皮细胞和成纤维细胞的形成。另外，利多卡因在临床中经常作为麻醉药剂，而将其加入到角菜酸酯乳膏中可以显著的减轻创面的疼痛^[6, 7]。有研究者运用复方角菜酸酯乳膏治疗混合痔术后并发症，发现其可以有效的减少粪便对创面的刺激，从而缓解炎症、减轻水肿、降低疼痛程度^[8]；现代医学对 DNA 分子结构和基因工程的研究愈发成熟，使得生长因子在促进创面愈合的领域扮演者越来越重要的角色。生长因子作为一种多肽类物质，可以有效的和一些特殊的细胞膜受体相结合，因而可以起到调节细胞生长的作用。钟雄东等^[9]应用表皮生长因子治疗混合痔术后患者，发现生长因子可以明显的促进肉芽组织的生长，加速创面愈合时间。但在临床中，生长因子由于目前成本较高、并且存在一些不利作用，如过度生长等，因此在混合痔术后的创面治疗中，还相对较少使用；莫匹罗星主用应用于感染革兰氏阳性菌的创面或皮肤，但也有研究证明其对部分革兰氏阴性菌也有一定抑制作用。以百多邦莫匹罗星软膏为例，其中主要成分为莫匹罗星和聚乙二醇。其抑菌的主要作用原理是破坏细菌内异亮氨酸和转移核糖核

酸之间的融合。莫匹罗星的抗菌活性较强，因此可以为皮肤或创面提供一个较为持久的保护^[10]。邓洪毅等^[11]治疗混合痔术后创面水肿、疼痛及愈合缓慢的患者，外用莫匹罗星软膏，取效显著。另外，莫匹罗星软膏局部外用于混合痔术后创口可以降低术后抗生素静滴的使用，从而减轻患者胃肠道不适等，减少了患者负担；除此之外，现代医学常运用于治疗混合痔术后的外用药物还有生物敷料、水凝胶、洁悠神等。这些药物虽然可以在一定程度上预防创面感染，但仅仅起到保护作用，相对缺乏止痛、消肿、促进愈合等方面的主动积极作用。

3.2 祖国医学对混合痔术后创面愈合的治疗现状

3.2.1 内治法

诸多医家由湿论治取得了较好的疗效。石岩等人^[12]采用的由仙方活命饮化裁而来的验方用于治疗混合痔外剥内扎术后患者的创面肿痛等并发症，疗效显著。另有研究者采用龙胆泻肝汤加减而成的清热祛湿汤治疗湿热下注型混合痔术后，发现其效果显著优于常规西医治疗的对照组^[13]。

从瘀血论治的观念常常为医家治疗痔病术后疼痛、肿胀等所运用。易满等^[14]治疗痔病术后采用复元活血汤予患者口服，观察发现予复元活血汤治疗的患者在疼痛、出血、水肿等方面的并发症发生率明显低于常规西医治疗的对照组。

除“湿”、“瘀”论外，许多医者主张脾胃亏虚也可引起痔疮术后相关并发症的出现。治疗上的代表方为补中益气汤，周润禾^[15]的临床研究将该方应用于改善痔术后患者的出血、肿痛等并发症，取效显著。

3.2.2 外治法及常用中药软膏

中医的整体观念认为人是一个有机的整体，而《薛氏医案》中记载：“臀…其道远，其位僻，虽太阳多血，气运难及，血亦罕到…”。因肛门位于人体消化道的末端，若予药物口服内治，往往因为气血之运行难以到达而使药力不足，疗效时常有限。加之混合痔术后，症状大多以局部为主，因而使外治法成为治疗的重要部分。《医学流源》：“外科之法，最重外治。”外治法可以使药力直接作用于患处，在帮助创面愈合，减少或缓解并发症等方面有明显作用。中医外治法的应用及研究许多都取得了显著疗效：熏洗法为中医肛肠特色治疗技术之一，最早于《五十二病方》提及。中药熏洗法应用药物煎汤后进行坐浴或熏蒸，能够直接达到混合痔患者患处，效果理想，患者接受度高，安全性

高，且起效较快，药力作用和热力作用会在被加热的情况下同时发挥到最理想化。并且，在加热的情况下能够扩张机体的皮下血管，促进淋巴循环速度，松弛肛门肌肉，改善局部功能恢复；灌肠法治疗在肛肠科中医外治中应用频率较高，能够将药物直接送到局部患处，吸收速度较快，临床效果优异。有研究在混合痔术后患者中应用三仁汤加味保留灌肠治疗^[16]，发现应用三仁汤加味保留灌肠治疗能够有效患者降低术后发生疼痛及排便困难等并发症概率；近年来，针灸法应用于肛肠病术后并发症治疗中也发挥了重要作用，相关研究表明，应用针刺治疗降低炎症反应效果理想，可有效提高痛阈值；穴位注射法是将提前配置好的药液注射于相应穴位或者肛门周围以达到效果的方法。肛肠病混合痔的临床治疗应用中医注射法的效果理想，治疗出血及水肿等术后并发症的效果显著^[17]。常常运用到的穴位有长强、足三里等；穴位敷贴法在混合痔术后并发症治疗中应用也较为广泛，研究表明应用针对性的穴位贴敷法联合耳穴压豆，患者术后的 VAS 疼痛评分可明显降低，发生不良反应概率较低，对患者的生理功能、精神状态及减轻并发症等方面均显著优于对照组^[18]；

中药软膏不仅可以直达病所，还可以在在一定程度上覆盖创面使之不易受外界病邪侵袭。张博^[19]等运用《外科正宗》中的太乙膏配合枳壳汤治疗混合痔术后创面，研究发现太乙膏可以缩短创面愈合时间，原因是其中的成分对成纤维细胞和毛细血管有促进作用；江礼勇^[20]等使用芙蓉膏外敷治疗混合痔术后并观察创面水肿情况发现芙蓉膏可显著缓解术后创面水肿，并减少患者坠胀感；有研究者以金黄膏结合医用冰垫作为实验组，以吲哚美辛栓结合浓氯化钠注射液湿敷作为对照组，分别治疗混合痔术后肿痛各 31 例，实验组效果明显优于对照组，证明金黄膏可以有效缓解混合痔术后肿痛^[21]；另有研究发现运用紫白膏联合消痔洗剂用于治疗混合痔术后的并发症及帮助创面愈合，其疗效显著优于单纯使用消痔洗剂治疗^[22]；此外，临床中运用于混合痔术后常见的外用中药软膏还有马应龙麝香痔疮膏、湿润烧伤膏、九华膏、黄连膏、四黄膏等。而曾在临床中有着显著疗效的红油膏、生肌玉红膏等，虽然在过去传统中医里常常被运用到，但因含有汞等重金属不符合用药规范而逐步退出临床的使用^[23]。

4 导师观点

导师认为，混合痔的发病与气候条件和区域环境密切相关。我国南方大部分位于亚

热带地区，气候温暖湿润，加之当地的饮食生活习惯，使得湿热之邪成为混合痔，乃至混合痔术后应首先考虑的因素。湿热下注型混合痔患者素体多湿，后天则往往嗜食辣、醇酒、肥甘厚腻之品，脾胃气机受损，生湿化热，湿性重浊趋下，下注肛肠，虽治疗期间有所调整，但难免迁延。湿热之邪趋下阻滞于肛肠，干扰气机使之上下不利，不通则痛，故见创面疼痛坠胀不适；肛门局部为金刃所创，使得经络受损、运行不利加之肌腠断裂，则创面局部失于濡养，因此可见术后渗液、缠绵难愈。而创面失于濡养会反过来进一步加重湿热，湿热之邪蕴结于局部不散，久之则郁而热盛，热盛肉腐，加之湿邪之性粘滞，容易夹秽带浊，附于创面致使腐肉难去，腐肉不除则往往严重影响伤口愈合。综上，导师认为虽然术后金刃创伤导致的气滞血瘀可直接引起疼痛、水肿等症状，但是湿热下注型混合痔术后，治疗的根本仍还是应该从湿热论治。湿热下注型混合痔术后总的病机在于“湿邪未清、肌肤失养、热盛肉腐”。基于上述病机，预防或治疗湿热下注型混合痔术后的诸多并发症，应当以“清热燥湿、消肿止痛、祛腐生肌”为法。

复方王氏痔疮膏为导师多年来治疗湿热下注型混合痔及其术后并发症的经验制剂，以纯中药为原料，用传统工艺加工而成，该方以冰片、石膏、珍珠粉、朱砂、血竭、黄柏、青黛为主原料。能有效缓解湿热下注型混合痔术后的疼痛、渗液、水肿，促进创面愈合。方中以石膏、冰片、朱砂为君药，此三味亦为本方的基本结构。石膏外用具有清热敛疮、解毒生肌、止血的作用；冰片功可清热解毒，燥湿祛腐，止痛生肌；朱砂外用亦有清热消肿、解毒止痛之功；三者合用，清湿热、缓肿痛之效强。臣以黄柏、青黛，以增清热燥湿之力。珍珠粉、血竭俱为佐药。珍珠粉能解毒亦可生肌；血竭，功擅止痛消肿、止血敛创。诸药合用，共奏“清热燥湿、消肿止痛、祛腐生肌”之功，诸症得愈。

5 复方王氏痔疮膏应用于湿热下注型混合痔术后的疗效观察及机理分析

5.1 临床疗效观察

本研究采用前瞻随机对照试验，将复方王氏痔疮膏及马应龙痔疮膏分别应用于两组湿热下注型混合痔术后患者的治疗，两组各 43 例，共 86 例。两组患者的性别、年龄、病程以及手术切口数量无统计学差异。并且在治疗前的疼痛、渗液、水肿情况进行组间比较也无显著性差异，两组病例具有可比性(详见表 1-5)。最后通过各观察指标的统计

分析,可以证明复方王氏痔疮膏运用于湿热下注型混合痔术后具有显著的疗效,分析如下:

从表 6、7、8 可以看出,复方王氏痔疮膏组与马应龙痔疮膏组在术后第 2 天及第 14 天进行比较,疼痛、渗液、水肿的情况无显著性差异。而在第 5 天及第 8 天的疼痛、渗液、水肿情况比较,复方王氏痔疮膏组明显优于马应龙痔疮膏组。由表 9 可见两组在术后第 14 天的总疗效无显著性差异。说明复方王氏痔疮膏组在术后中期缓解创面疼痛、渗液、水肿三个方面的效果优于马应龙痔疮膏组。

此外,从表 10 可以看出,两组创面愈合时间经秩和检验后 $P < 0.05$,有显著性差异,且实验组计分明显较少,说明复方王氏痔疮膏在缩短创面愈合时间方面优于马应龙痔疮膏。

5.2 复方王氏痔疮膏的组成、剂型特点及药理

5.2.1 组成及剂型特点

复方王氏痔疮膏是导师在祖传药方的基础上研制而成的,该制剂是导师多年来治疗混合痔及其术后并发症的经验方,以纯中药为原料,用传统工艺加工而成,该方以冰片、石膏、珍珠粉、朱砂、血竭、黄柏、青黛为主原料。在中医外治法中,膏剂是充满特色且十分重要的一部分。膏剂是一种兼顾保护、湿润、治疗的剂型,其制法是将药物以水或特制的植物油煎煮、蒸发、浓缩而成。可通过皮肤、粘膜直接起效从而达到治疗目的,甚至可以起到一定的全身治疗作用。膏剂在我国运用的历史十分悠久,最早可以追溯到战国时期,《黄帝内经》中便有记载“疏砭之,涂以豕膏”。华佗在进行手术后,常常以“神膏”外用于伤口处。《刘涓子鬼遗方》中有涉及“薄贴”的记载,已开始广泛地运用动物脂肪作为软膏机制。不仅在我国,膏剂在国外同样有较早的历史,特别是近代,在其制备和治疗运用上有较快的发展。类型上常可分为硬膏剂、软膏剂,而“糊剂、巴布膏剂、贴片”等也都属于膏剂的范畴。相比于其他剂型,膏剂具有有效浓度高(流失少)、吸收效率高(长久保留于创面)、方便储存和携带(不易污染)等特点和优势。

5.2.2 朱砂

朱砂,性微寒,味甘,有镇静安神、明目、解毒等功效,外用亦有清热消肿、解毒止痛之功,其主要成分为硫化汞,含 Hg86.2%。朱砂在我国古代常用于炼制丹药,在过去称为丹砂,为《本草纲目》中之上品。现代医学研究发现朱砂外用有抑制细菌及寄生虫

的作用；朱砂是一种天然的矿物药，在治疗一些难愈皮肤病方面运用较为广泛，以其为原材料的外用制剂在治疗各种皮肤溃疡、瘰管、糖尿病足及各类肛门疾病术后具有良好疗效，如一效膏、九华膏、朱红膏等^[24-26]。有研究者将包含朱砂的蒙药嘎木朱尔作为实验组，以0.1%利凡诺尔液纱条为对照组，进行疗效对比，发现蒙药嘎木朱尔能明显促进肛门手术后患者局部创面的愈合，并且大大减轻水肿、渗液等并发症，缩短了愈合时间^[27]。另有研究者治疗64例体表慢性皮肤溃疡患者，以赛霉安散换药治疗作为观察组，对照组则采用庆大霉素注射液作为常规换药治疗，发现实验组在总有效率和治愈率方面显著高于对照组($P < 0.05$)^[28]。其主要的药物机理^[29]：朱砂可以抑制细菌生长，采用倍比稀释法检测药物对各菌的最小抑菌浓度(MIC)，研究发现朱砂对一些常见的体表创面感染菌种具有明显的抑制，特别是对肺炎克雷伯氏菌以及铜绿假单胞菌；朱砂可以减轻炎症反应，炎症是伤口愈合的一个重要阶段，但过度的炎症反应会影响伤口的愈合并且加重疤痕的增生。有文献记载发现朱砂能明显抑制炎症期的炎症因子IL-1 β 、白细胞介素-8(IL-8)以及人单核细胞趋化蛋白-1(MCP-1)，从而促进了创面愈合；朱砂促进生长因子分泌，有研究表明朱砂制剂可以明显提高血管内皮生长因子(VEGF)、碱性成纤维细胞生长因子(bFGF)、表皮生长因子(EGF)、高度糖基化的i型跨膜糖蛋白(CD34)的表达水平，这些都与创面的愈合有着紧密的关系；朱砂制剂提高I型胶原基因和纤维结合蛋白的表达，研究者通过HE染色与免疫组化法检测发现：朱砂制剂上调了组织内I型胶原基因的表达水平并且提高了组织内纤维结合蛋白的含量，从而促进了创面的愈合；除此之外，朱砂制剂对在创面愈合有重要作用的蛋白酶MMP有双向调节作用，虽然在高浓度下有抑制作用但在低浓度下却提高了正常成纤维细胞MMP-1、MMP-2蛋白的表达及体外酶的活性。

5.2.3 石膏

石膏，性大寒，味辛、甘，归肺、胃经，又名寒水石，是临床经常被用到的矿物类药材，其中的主要成分为含水硫酸钙($\text{CaSO}_4 \cdot 2\text{H}_2\text{O}$)^[30]。生石膏与煅石膏的功效有所区别。生石膏的泻火作用较强功擅除烦止渴，而煅石膏的作用则更倾向于收敛、收湿，可止血敛疮。石膏外用主要用于治疗各类溃疡之久不收口以及烫伤、疮疡等。石膏在煅烧后降低热量的同时可促进成纤维细胞生长、毛细血管再生及肉芽组织纤维化以加速创

面愈合^[31]，此外因其含有钙等微量元素而以增强巨噬细胞和 T 淋巴细胞免疫调节等作用为目的，在影响血清抑制因子释放和活性方面具有直接或间接作用^[32]。余成栋等^[33]以单纯的煅石膏粉外敷用于治疗混合痔术后创面，结果表明，其能够显著改善混合痔术后伤口的水肿情况，而创面愈合时间也得以缩短。另有研究者将煅石膏运用于外力引起的急性软组织损伤，发现煅石膏能明显起到消肿散瘀的作用，帮助软组织损伤的恢复^[34]。

5.2.4 珍珠

珍珠因具有解毒生肌等功效又被称作药珠，其性寒、味甘咸，入心、肝经。由蚌壳类的体内采取。珍珠含有角壳蛋白、氨基酸和钙等微量元素。珍珠外用主要用于治疗一些疮疡不敛，或烧伤、烫伤等。其药理作用主要是运用所含有的多种人体必需氨基酸，为需要修复的创面提供营养。并且，珍珠中的营养物质可以促进胶原细胞的再生，加快上皮细胞的修复，从而缩短了创面愈合时间^[35]。此外，珍珠中含有可以帮助人体增强抵抗力的一些微量元素，如钙、锌、硒等，可以对局部创面产生抑菌消炎的作用，还能够帮助改善局部的微小循环^[36]。临床中的许多研究也证明了其疗效，有研究者应用复方珍珠散治疗混合痔术后的创面，结果显示治疗组的愈合时间明显短于对照组，平均时间缩短了将近 4 天^[37]。彭天书^[38]治疗混合痔术后患者，以熊胆珍珠痔疮膏进行创面换药，研究发现含有珍珠的痔疮软膏明显的加快了肉芽组织的生长，为创面的修复与愈合提供帮助。

5.2.5 冰片

冰片，性微寒，味辛苦。天然冰片是我国名贵药材，右旋龙脑为其主要成分。冰片可“通诸窍，散郁火”，现代医学认为，冰片可以促药物透过血脑屏障，因此在心脑血管疾病的防治上有广泛应用。在外用方面，《医林纂要》记载：“冰片主散郁火……痘毒内陷、杀虫、痔疮……，亦能生肌止痛”，有清热消肿止痛之功。有研究表明，右旋龙脑作为冰片的主要化学成分，具有镇静、抗菌（葡萄球菌、链球菌、大肠杆菌）、促进药物吸收的作用^[39,40]。也有研究者通过研究发现冰片对急性疼痛具有很好的缓解作用。在中医中常认为冰片“独行则势弱，佐使则有功”，这与现代药理药效学证实的“冰片可提高其他药物生物利用度^[41]”有了很好的相互印证。

5.2.6 黄柏

黄柏最早的药用记载见于《神农本草经》，被列为上品，归肾、膀胱经，性味苦寒，具有清热燥湿的作用，外用则有解毒疗疮之功。现代研究表明黄柏具有抗菌和消炎的作用，有一部分研究还认为黄柏可以促进血液循环，帮助人体细胞和组织进行新陈代谢^[42]。一些研究人员通过动物实验发现：感染金黄色葡萄球菌的小鼠在得到川黄柏水煎剂的治疗后，病死率明显降低。宋智琦等^[43]使用 2,4-二硝基氟苯诱发小鼠的超敏反应后再予使用黄柏，发现黄柏可以减轻小鼠的耳部肿胀同时减轻了肿块组织的重量，并且这种反应成一定的量效关系。另有研究表明导尿管中涂有川黄柏提取物后，可以有效预防尿路感染，并可以抑制尿道环境中的革兰阴性杆菌以及引流袋中的细菌。

5.2.7 青黛

青黛，性咸味寒，归肝经，有清热解毒，凉血消斑，泻火定惊之功效，《开宝本草》记载：青黛可治疗“摩敷热疮、恶肿、金疮、下血、蛇犬等毒。”现代药理学研究表明。青黛外用，具有抗炎、抗菌、镇痛等作用。青黛的主要活性成分靛玉红、色胺酮可以通过下调多种炎症因子的表达，从而对体内外炎症起到治疗作用^[44]；并且，青黛的主要成分对多种细菌、真菌均有较强的抑制作用^[45]；此外，有动物实验表明，青黛可以显著抑制大鼠肉芽肿和大鼠足肿胀，且有呈量效关系的镇痛作用^[45]。

5.2.8 血竭

血竭在《本草纲目》中被誉为“活血圣药”，其性平，味甘咸，归心、肝经，中医学认为血竭具有活血化瘀、止痛消肿、止血敛疮的功效，因具有抗氧化、活血止血、改善微循环而被运用于临床，主要用于外伤、及消化道等相关疾病的治疗。而血竭外用于创面的作用主要体现在活血与止血双向调节作用、抗菌、促进伤口愈合等几个方面，现代药理研究发现^[46]：血竭不仅可以抑制血栓形成，同时具备收敛止血的作用，动物实验的研究显示，当血竭的血药浓度在家兔体内到达一定程度的量，会使其凝血酶原时间或促凝血酶原激酶时间得到缩短；血竭素高氯酸盐可以抑制细菌生物膜的形成，减少胞外聚集物，从而抑制白色念珠菌生长，还可以增殖成纤维细胞，促进创面愈合；血竭乙酸乙酯提取物也可以通过 ERK 信号发挥作用，促进 TGF- β 1 分泌，从而促进成纤维细胞增殖；此外，血竭还可以促进血管内皮生长因子的生成，帮助血管的修复和生成，调节其通透性，促进创口愈合。

由上，本课题复方王氏痔疮膏作用于湿热下注型混合痔术后的机理具体体现在抑菌消炎、消肿止痛、促进愈合三个方面。

抑菌消炎作用：复方王氏痔疮膏中的朱砂对一些常见的体表创面感染菌种具有明显的抑制，特别是对肺炎克雷伯氏菌以及铜绿假单胞菌，并且，朱砂可以减轻炎症反应，能明显抑制炎症期的炎症因子 IL-1 β 、白细胞介素-8(IL-8) 以及人单核细胞趋化蛋白-1(MCP-1)；青黛的主要活性成分靛玉红、色胺酮可以通过下调多种炎症因子的表达，从而对炎症起到治疗作用；黄柏中的主要活性成分、冰片中的右旋龙脑、青黛的色胺酮以及血竭素高氯酸盐联合起效，含有多种抑菌成分，能够对肛门混合痔术后创面的细菌起到充分的抑制作用，相比于单纯使用抗生素更加安全且不易产生细菌的耐药性。混合痔术后创面，尽管已经充分止血，但仍会有液体渗出，其中包括组织液、少量淋巴液体和破损的细胞内液，受损的粘膜刺激炎症细胞，渗液就是特征性变化。复方王氏痔疮膏有力的抑菌抗炎作用，在预防感染的同时可以减轻炎症反应，因此明显减少了局部创面渗液。

消肿止痛作用：石膏中的微量元素能够迅速影响血清抑制因子的释放、活性，从而迅速减轻创面的水肿，还有一定的降热止痛的功效；冰片中的右旋龙脑对急性疼痛有一定的缓解作用；珍珠中的钙、锌、硒等微量元素能够，增强人体的抵抗力，改善局部的微循环；朱砂的镇静作用，可一定程度上缓解术后疼痛；血竭和青黛也具有一定的镇痛作用。此外，复方王氏痔疮膏中的朱砂、冰片、石膏、珍珠、青黛、黄柏都可以不同程度地抑制创面上炎症因子的产生和释放，减轻肛门局部肌肉张力，缓解平滑肌痉挛，降低感觉神经兴奋性。多种成分共同起到消肿止痛的疗效。因此，复方王氏痔疮膏可以明显减轻混合痔术后水肿和疼痛，并且在术后中期显著优于马应龙痔疮膏组。

促进愈合作用：石膏在煅烧后降低热量的同时可促进成纤维细胞生长、毛细血管再生及肉芽组织纤维化以加速创面愈合；珍珠中所含有的多种氨基酸为创面提供了愈合所需的营养，并可以加速胶原细胞的生长、促进上皮细胞的再生；血竭可以促进多种生长因子分泌，促进血管修复和生成，调节通透性，帮助创口愈合；朱砂可以提高血管内皮生长因子(VEGF)、碱性成纤维细胞生长因子(bFGF)、表皮生长因子(EGF)、高度糖基化的 i 型跨膜糖蛋白(CD34)的表达水平，可以提高 I 型胶原基因和纤维结合蛋白的表达，

并且在低浓度下可以提高正常成纤维细胞 MMP-1、MMP-2 蛋白的表达及体外酶的活性，这都对创面的愈合有着积极的影响。同时，复方王氏痔疮膏中的朱砂、冰片、石膏、珍珠、青黛、黄柏都可以不同程度地抑制创面上炎症因子的产生和释放，避免了过度的炎症反应从而避免了愈合时间的延长。因而，复方王氏痔疮膏可以确切的缩短混合痔术后创面愈合时间，效果明显优于马应龙痔疮膏组。

结论

本次研究通过临床科学的对比观察和分析，分别应用复方王氏痔疮膏与马应龙痔疮膏在湿热下注型混合痔术后换药各 43 例，复方王氏痔疮膏组在术后中期缓解疼痛、水肿、渗液等并发症效果明显优于马应龙痔疮膏组，且创面愈合时间明显较短。分析了复方王氏痔疮膏的药理，阐述了其治疗湿热下注型混合痔术后的作用机理，即复方王氏痔疮膏应用于混合痔术后创面具有抑菌消炎、消肿止痛、促进愈合的作用。证明复方王氏痔疮膏能有效缓解湿热下注型混合痔术后并发症，缩短创面愈合时间，未发现不良反应，是一种安全有效的外用复方软膏，值得在临床上推广使用。

不足与展望

1 研究的不足

本次观察样本量较少且存在地域局限性，观察时间较短，缺乏动物实验，观察过程中所收集的指标受患者情绪、环境等因素的影响仍可能存在偏差，针对这些问题，会在今后的临床诊疗和科研研究中进一步研究探讨。

2 展望

经过治疗，外用复方王氏痔疮膏的对照组及外用马应龙痔疮膏的实验组，两组患者的术后并发症均得到改善，整个混合痔的治疗（包括手术）也取得了较为显著的疗效，两种中药软膏均对治疗产生了正向作用。由结果可知，两组在术后第 14 天的总疗效无明显差异，且在术后早期及术后末期的观察指标积分也无显著性差异。但在术后中期的疼痛、渗液、水肿等方面，复方王氏痔疮膏明显较优。针对这样的结果，笔者与导师进行了探讨，认为之所以两组在术后早期及末期无明显差异，应与混合痔术后创面繁复的动态修复过程、人体的自愈过程及两组中药软膏的组成和药效有关。此外，两组药膏在外敷换药时的用量均是常规用量，在整个治疗过程中未曾有过变化，所以，是否针对不同时期运用不同的剂量甚至不同时期运用不同的药物结构，笔者对此产生了思考。因此，若条件允许，望在今后临床中可以有更细微和详尽的观察与研究。可以对复方王氏痔疮膏本身的中药组成及药物机理进行更为深入的实验室研究。或是针对术后恢复过程中的不同阶段，采取不同的干预。又或者扩大样本数量，延长观察的周期，对病例进行更为长久的随访。这样研究出的结果，或许对临床进一步完善混合痔术后治疗有所帮助。

参考文献

- [1]江维,张虹玺,隋楠,等.中国城市居民常见肛肠疾病流行病学调查[J].中国公共卫生,2016,32(10):1293-1296.
- [2]黄乃健.中国肛肠病学[M].济南:山东科学科学技术出版社,1996.
- [3]耿鑫,陶利娟.解毒利水消肿汤治疗混合痔术后肛缘水肿的临床观察[J].中国中医药科技,2017,24(05):663-664.
- [4]唐小龙,马直勉,孙浩博,等.混合痔手术治疗技术新进展[J].现代生物医学进展,2015,15(28):5567-5570.
- [5]赵宝林.复方角菜酸酯乳膏肛肠病术后应用观察[J].实用中医药杂志,2009,(09):625.
- [6]张文兵.复方角菜酸酯乳膏应用于肛瘘肛周脓肿术后的疗效观察[J].实用临床医药杂志,2012,16(15):121-122.
- [7]程超.复方角菜酸酯乳膏治疗肛瘘肛周脓肿术后的临床疗效[J].中国冶金工业医学杂志,2015,32(02):183-184.
- [8]黄宏斌,黄恩明,杨曜曙.复方角菜酸酯乳膏在重度痔病患者 PPH 术后的疗效观察[J].医学理论与实践,2011,24(04):429-430.
- [9]钟雄东,林焕辉,褚忠华.表皮生长因子用于痔术后创面治疗的效果[J].岭南现代临床外科,2015,15(02):166-168.
- [10]胡建文,吴定奇,潘秋兰.莫匹罗星软膏治疗肛肠科感染性皮肤病疗效观察[J].当代医学,2014,20(20):148.
- [11]邓洪毅,曹子康,段文志,等.百多邦用于痔术后开放性创面治疗效果观察[J].结直肠肛门外科,2015,21(01):44-46.
- [12]石岩.应用肿痛消减汤预防混合痔外剥内扎术后出现并发症的临床价值分析[J].辽宁中医药大学学报,2015,17(07):209-210.
- [13]方芳.清热祛湿汤对痔tst术后恢复的疗效观察[J].四川中医,2018,36(11):166-168.
- [14]易满.复元活血汤预防痔手术后并发症40例[J].河南中医,2016,36(01):97-98.
- [15]周润禾.补中益气汤治疗脾虚气陷型痔病术后并发症的临床研究[D].山东中医药大学,2016.
- [16]于靖亮,令狐庆.中药熏洗对环状混合痔术后水肿、疼痛的治疗现状及研究进展[J].吉林中医药,2010,30(4):365-366.
- [17]郭鹏.中医外治法防治混合痔术后并发症研究现状[J].实用中医药杂志,2010,26(8):586-587.
- [18]张文莉.用外剥内扎术联合中医疗法治疗环状混合痔脱出的效果研究[J].当代医药论丛,2017,15(9):42-43.
- [19]张博,孟丽娜.《外科正宗》太乙膏配合枳壳汤对混合痔术后创面愈合时间及病理组织学观察[J].中医药信息,2020,37(01):76-79.
- [20]江礼勇,李明.芙蓉膏治疗混合痔术后创面水肿的疗效分析[J].世界最新医学信息文摘,2019,19(82):213-214.
- [21]冯桂成,潘勇.金黄膏外敷结合医用冰垫治疗痔术后肿痛的临床医疗报告[J].中国中西医结合外科杂志,2019,25(05):799-801.
- [22]黄秀萍.紫白膏联合消痔洗剂用于混合痔术后的效果观察[J].中国民康医学,2019,31(19):118-119+133.
- [23]周青,陈玉根,王艳花.中药软膏在痔切除术后创面愈合中的机理及应用研究[J].长春中医药大学学报,2011,27(02):216-217.

复方王氏痔疮膏应用于湿热下注型混合痔术后的疗效观察

- [24] 姚国军,王友冬.九华膏促进肛瘘术后创面愈合的疗效观察[J].现代诊断与治疗,2013,24(05):1007-1008.
- [25] 吴春芳.一效膏(散)治疗糖尿病足 100 例分析[J].中医药学刊,2004(02):364.
- [26] 田素琴,徐平芝,于清涛.白芨条、一效膏治疗先天性耳瘘管感染[J].辽宁中医杂志,1984,5:36.
- [27] 尹剑,海燕,尔德尼,等.蒙药嘎木朱尔促进肛门术后创面愈合的临床观察[J].中国民族医药杂志,2009,5:3-4.
- [28] 侯海清.赛霉胺散外用治疗皮肤溃疡的疗效观察和护理[J].中国当代医药,2012,19(18):119-120.
- [29] 谭巧珠,刘志滔,李岑,等.朱砂外用制剂促进创面愈合的研究进展[J].华西药学杂志,2017,32(04):442-446.
- [30] 龚飞鹏,浅析石膏炮制与临床应用[J].江西中医药,2013,(11):10-11.
- [31] 李祥,刘元芬,项晓人,等.石膏炮制前后的生肌药效比较研究[J].中西医结合学报,2006(06):624-627.
- [32] 胡景新,吴决,苏畅.中药石膏对烧伤大鼠创面修复的影响及 T 淋巴细胞,腹腔巨噬细胞功能变化的观察[J].中国病理生理杂志,1991,(03):260-263.
- [33] 余成栋.煅石膏粉外敷辅助治疗混合痔术后水肿 146 例[J].新中医,2009,(11):83-84.
- [34] 李心亮,李珂,刘月平,等.煅石膏外用对急性软组织损伤的治疗作用及其机制研究[J].中国中医急症,2015,(07):1176-1178.
- [35] 蒋菁.珍珠粉联合康复新液治疗放疗后皮肤溃疡 16 例[J].浙江中医杂志,2013,(07):507.
- [36] 钟海燕.美宝烧伤膏加珍珠层粉外用治疗压疮的疗效观察[J].世界最新医学信息文摘,2015,15(77):79+70.
- [37] 封以生,陈洪林,张斌斌,等.复方珍珠散促进混合痔术后创面愈合的临床研究[J].内蒙古中医药,2009,28(04):9-10.
- [38] 彭天书,李正兴,张宪,等.熊胆珍珠痔疮膏促进混合痔术后创面愈合疗效观察[J].湖南中医杂志,2011,27(06):32-33.
- [39] Yan Liu, Yu Zhao, Da-liang Guo, Wen-wei Liu, et al. Synergistic Antimicrobial Activity of Berberine Hydrochloride, Baicalein and Borneol against *Candida albicans* [J]. Chinese Herbal Medicines, 2017, 9(04): 353-357.
- [40] Kodikonda Madhuri, Prakash Ramachandra Naik. Ameliorative effect of borneol, a natural bicyclic monoterpene against hyperglycemia, hyperlipidemia and oxidative stress in streptozotocin-induced diabetic Wistar rats [J]. Biomedicine & Pharmacotherapy, 2017, 96.
- [41] 尚坤,李敬文,常美月,等.冰片化学成分及药理作用研究[J].吉林中医药,2018,38(01):93-95.
- [42] 高妍,周海芳,刘朵,等.黄柏化学成分分析及其药理作用研究进展[J].亚太传统医药,2019,15(04):207-209.
- [43] 宋智琦,林熙然.中药黄柏、茯苓及栀子抗迟发型超敏反应作用的实验[J].中国皮肤性病学杂志,1997,11(3):341.
- [44] 高凤洋,张大方,李超英.中药青黛炮制及药理作用的研究进展[J].长春中医药大学学报,2020,36(01):180-183+188.
- [45] 谢静.青黛药理研究近况[J].内蒙古中医药,2012,31(15):100.
- [46] 张丽,王绪平,黄孝闻,等.血竭及龙血竭化学成分、药理作用研究进展[J].中国现代应用药学,2019,36(20):2605-2611.

附录

附录 A

混合痔术后观察表

姓名	性别	年龄	住院号	入院日期
麻醉方式	术后用药:		联系方式	手术日期
手术方式				
术前诊断: 中医: 混合痔病(湿热下注证) 西医: 混合痔				

2.观察指标及临床标准（具体标准参照计划书中评分标准）

	0分	1分	2分	3分
疼痛	无明显疼痛	稍有疼痛	较为疼痛	疼痛明显
渗液	无明显渗液	渗液量少	渗液量较多	大量渗液
水肿	无水肿	轻微水肿	水肿明显	水肿严重

3.术后各症状体征对应积分观察表

	疼痛	渗液	水肿	创面完全愈合的时间:
第2天				
第5天				
第8天				
第14天				

复方王氏痔疮膏应用于湿热下注型混合痔术后的疗效观察

附录 B

随机分组结果

顺序编号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
分组情况	对照组	实验组	对照组	对照组	对照组	实验组	实验组	实验组	对照组	实验组	实验组	实验组	对照组	实验组	实验组
顺序编号	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
分组情况	实验组	实验组	对照组	实验组	实验组	对照组	对照组	对照组	对照组	实验组	对照组	实验组	实验组	实验组	实验组
顺序编号	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45
分组情况	实验组	实验组	对照组	对照组	实验组	实验组	对照组	对照组	实验组	实验组	实验组	对照组	对照组	对照组	实验组
顺序编号	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60
分组情况	对照组	对照组	对照组	对照组	对照组	实验组	实验组	对照组	实验组	实验组	对照组	对照组	对照组	对照组	实验组
顺序编号	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75

福建中医药大学硕士学位论文

分组情况	对照组	对照组	实验组	对照组	实验组	实验组	对照组	对照组	对照组	实验组	对照组	对照组	对照组	实验组	实验组
顺序编号	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86				
分组情况	对照组	对照组	实验组	对照组	实验组	实验组	对照组	实验组	实验组	实验组	对照组				

附录 C

知情同意书

亲爱的患者：

我们邀请您参加“复方王氏痔疮膏应用于湿热下注型混合痔术后的疗效观察”这项科研项目。如果您决定参加本研究，医生将检查您是否符合参加本研究的条件，如果您符合本研究的纳入条件，我们会随机分成 2 组，分别是实验组（复方王氏痔疮膏组）、对照组（马应龙痔疮膏组）。治疗中所用药物由泉州市中医院制剂室提供。在治疗前后主要观察术后疼痛、渗液、水肿状况及愈合时间，将会换药治疗至您痊愈。

您参加本研究完全是自愿的。我们希望您能坚持完成本研究，如果您任何时候任何原因退出本研究，请您与医生联系，并完成最后一次就诊所要求的所有检查项目。如果您决定退出本研究，将不会影响您与医生的关系，医生将根据您的病情和患者至上的原则对您进行合理的治疗。

有关您的身份记录是保密的，只有您的医生清楚，您的临床研究资料将记录在病例观察表上。您的姓名不会出现在任何研究报告和公开的出版物中。在本研究过程中机体损伤的发生率很低，您在用药过程中可能会出现药物不良反应，医生会进行对症处理，严重的可考虑退出本研究。

我已阅读了患者知情同意书，并且我的医生做了完整和详细的解释，自愿参加本研究，我也同意有关方面对照我的原始记录检查核对收集资料。

患者姓名：_____ 年____月____日

我确认已向患者解释了本研究的详细情况，包括可能的获益和风险。

医生姓名：_____ 年____月____日

文献综述

中医外治法在混合痔术后的应用现状

引言

近年来，混合痔发病率逐渐升高，任何年龄均有发病可能。在临床中，混合痔是一种常见的肛肠科疾病，但患者往往羞于就诊而迁延病情，造成对患者正常生活的较大影响。混合痔治疗的手段大致可分为手术治疗和保守治疗^[1]。混合痔手术治疗后发生尿滞留、创面愈合缓慢及创面疼痛等并发症概率高，影响患者恢复，应用常规的治疗往往效果并不显著。从西医上看，痔疮术后，手术切口的破坏导致回流障碍，炎症介质水平提高，局部的淋巴管和静脉被破坏，导致水肿，另外，由于患者术后排便疼痛便强忍大便，易导致腹压提高，血流不畅，从而引起一系列并发症。在中医理论中，痔为脏腑本虚，久坐久立，与外感热毒关系密切，术后需进行密切关注，及时采用针对性的中医外治治疗及护理。在临床治疗中，手术治疗为混合痔的有效手段，而中医外治法应用于混合痔术后恢复，能够帮助患者有效缓解术后并发症，尽快恢复健康。本文主要对中医外治法在混合痔术后的应用进行研究分析。

1 混合痔的中医理论基础及常见术后并发症

在中医理论中，久坐久立、腹泻便秘、妊娠分娩及饮食不节均可导致患者机体的腑脏功能失调，瘀血浊气，结而不散，久则生痔。进行混合痔手术治疗后，易出现发热、疼痛及水肿等并发症，中医认为术后疼痛常见的原因因为湿热，血瘀血热，相互夹杂，气血运行阻碍，不通则痛。混合痔术后患者血液运行速度的加快，创面开放，易染毒邪，血络擦伤，血不循经导致出血。混合痔术后治疗的主要中医理念为收敛生肌、消肿止痛，避免术后发生尿滞留及创面疼痛等并发症，避免因肛门结构功能较为复杂，术后发生残留外痔、水肿及排便困难等并发症，而影响最后的恢复和治疗。

2 熏洗法治疗

中医肛肠特色治疗技术之一即为熏洗法，最早于《五十二病方》提及。相关研究中，选取 78 例混合痔术后患者为研究对象，对照组应用 1/5000PP 液进行熏洗，实验组应用

五倍子汤熏洗，在此基础上进行四黄膏外敷，比较分析实验组与对照组患者的水肿及术后疼痛情况后发现应用四黄膏外敷治疗与五倍子汤熏洗治疗能够有效降低混合痔术后创面愈合缓慢及创面疼痛等并发症发生率，安全性高及有效率高，患者接受度高。陈诚豪等^[2]人根据混合痔术后患者创面修复的情况选择相应的药物熏洗，炎症期恢复患者主要治疗理念为清热燥湿止痒，纤维增生期患者主要治疗方法为促进创面愈合，活血行气，对照组患者应用 PP 液进行熏洗，统计学分析不同组间的术后恢复情况后发现，混合痔创面修复情况进行针对性中药熏洗临床效果更为显著且操作方便^[3]。部分学者将混合痔术后发生肛缘水肿的患者为研究对象，对照组予马应龙麝香痔疮膏治疗，实验组患者应用苦参汤加减与肛门熏洗治疗联合，对比分析两组的术后水肿程度及恢复情况，应用苦参汤加减与肛门熏联合治疗能够有效缓解患者的水肿临床症状。通过分析和总结可得，应用中医外治熏洗法预防混合痔术后并发症发生的效果显著，可减少术后应用抗生素的剂量，避免术后创面发生感染，帮助患者能够尽快出院，提高生活质量。中药熏洗法应用药物煎汤后进行坐浴或熏蒸，针对病因，局部药物浓度高，能够直接达到混合痔患者患处，效果理想，且起效较快，在加热情况下，能够扩张机体的皮下血管，促进淋巴循环速度，改善局部功能恢复，帮助患者消肿。另外，相关研究表明，中药熏洗治疗能够最大程度上减少对患者皮肤的刺激，保持清洁，降低痛觉神经兴奋性，从而起到止痛的作用。中药熏洗治疗中常用的药物有赤芍、当归、明矾、冰片等，赤芍能清热凉血、活血祛瘀，桃仁能够活血化淤，明矾可起到燥湿收敛的作用，当归可活血同时养血。此外，现代药理研究显示，冰片能够提高机体内白细胞吞噬异物的能力，有利于消肿和散瘀，明矾可有效抑制细菌生长繁殖。混合痔术后应用坐浴治疗，能止痛解毒，疏通气血，可扩张局部血管，松弛肛门肌肉，同时发挥药物作用和热力的作用，直接到达患者病灶，安全性高。中药熏洗需一日 1 剂，早晚各一次，但若患者出现不明原因出血或肛裂出血需避免使用此种方法。

3 灌肠法治疗

在肛肠科中医外治中，应用灌肠法频率较高，能够将药物直接送到局部患处，吸收速度较快，临床效果优异。有研究在混合痔术后患者中应用三仁汤加味保留灌肠治疗^[4]，选取 80 例患者，发现应用三仁汤加味保留灌肠治疗与常规治疗相比，能够有效患者降

低术后发生疼痛及排便困难等并发症概率，提高患者的生活质量。而术后由于患者存在焦虑及恐惧等情绪，加之灌肠操作需经过术后伤口，因此灌肠法治疗混合痔术后存在一定局限性，对医护人员操作的要求较高，并且需要做好心理疏导工作^[5]。

4 穴位注射治疗

穴位注射法是将提前配置好的药液注射于相应穴位或者肛门周围以达到效果的方法。相关研究表明，肛肠病混合痔的临床治疗应用中医注射法的效果理想，治疗出血及水肿等术后并发症的效果理想^[6]。资料显示，选取 140 例混合痔术后患者进行研究分析，研究组注射 2 ml 曲马多溶液于长强穴，进行统计学分析后，对比分析对照组的结果可得混合痔术后恢复中应用长强穴注射曲马多溶液镇痛效果显著，患者疼痛症状可显著缓解。混合痔术后患者肌肉注射新斯的明，能够有效改善术后尿滞留并发症。另有研究显示，应用芍倍注射液后，混合痔术后发生排尿困难、疼痛及排便困难等改善程度显著优于对照组，安全性高。混合痔术后应用新斯的明注射于足三里穴联合八整汤口服治疗术后尿滞留发生显著降低，患者生活质量显著提高。

5 穴位贴敷法

穴位贴敷法在混合痔术后并发症治疗中应用广泛，研究表明应用针对性的穴位贴敷法联合耳穴压豆可使患者术后的 VAS 疼痛评分明显降低，发生不良反应概率较低，对患者的生理功能、精神状态及减轻并发症等方面均显著优于对照组^[7]。

6 针灸法

近年来，针灸法应用于肛肠病术后并发症治疗中发挥重要作用，逐渐引起临床重视，患者接受度高。相关研究表明，应用针刺治疗降低炎症反应效果理想，可有效提高镇痛阈值。另有研究选取患者进行肛周电针围刺治疗与对照组相比，患者焦虑及抑郁等负面情绪得到显著缓解，睡眠质量改善，且饮食习惯良好，生活质量高。在实际临床治疗中，医护人员需密切关注混合痔术后患者的疼痛情况，减少患者对镇痛药物的依赖，使患者能够尽快恢复健康，改善临床症状，与患者交流过程中，需关注患者情绪变化，针对性进行交流和沟通^[8]。

7 其他方法

中医外治中除中药熏洗、灌肠、针灸、穴位注射、穴位贴敷等方法，还有超声雾化

及微波治疗等，在修复创面及减轻水肿方面均有较为理想的效果。应用中药超声雾化熏洗可提高创面修复速度，减少便时出血的情况。微波治疗结合中药熏洗治疗的临床效果优于单一应用中药熏洗的疗效。另外有研究显示，于患处直接涂抹中药制成的药物膏剂临床效果显著，能够直接作用于患者伤口，临床中运用的中药膏剂有许多。传统的中药软膏有红油膏、生肌玉红膏、太乙膏、金黄膏等^[9-11]，而现今临床经常使用的中药软膏有马应龙麝香痔疮膏、紫白膏、九华膏、一效膏等^[12、13]。此外，一些特殊的中药例如当归及三七等具有活血和补血的作用。白芷常用于排脓止痛。还有许多中药如血竭等可以活血化瘀，消肿生肌，控制创面出血，抑制局部水肿情况，还能够加快血液循环，帮助患者创面愈合。

8 总结

混合痔作为一种常见的肛肠科疾病，术后治疗选择可直接影响手术的临床疗效。中医外治治疗在促进混合痔术后创面修复及缓解诸多并发症中扮演越来越重要的角色，大量研究证明，混合痔术后应用中医外治治疗具有一定的临床优势。在临床工作中，应有针对性的关注混合痔患者的病情及变化，根据患者的不同状况选择不同的治疗方式，及时为患者解决问题，缓解痛苦。

参考文献

- [1] XIANG F,FENG J J,SUN Y Q, et al.Tissue-selecting therapy stapler vs procedure for prolapse and hemorrhoids for treatment of mixed hemorrhoids[J]. World Chinese Journal of Digestology, 2014, 22(25):3753.
- [2] 陈诚豪, 徐焯, 郁峰, 等.痔术后分期中药熏洗促进创面愈合 60 例[J].浙江中医杂志, 2017, 52(2): 111.
- [3] 黄李, 梁兴旺, 石伟.中药外洗 2 方坐浴联合中医定向透药缓解混合痔术后并发症的临床观察[J].中国民间疗法,2018,26(9):37-38.
- [4] 于靖亮,令狐庆.中药熏洗对环状混合痔术后水肿、疼痛的治疗现状及研究进展[J].吉林中医药, 2010, 30(4):365-366.
- [5] LONG Q, IJ, WEN Y.Clinical observation of auricular point sticking combined with Western medicine for preventing and treating postoperative complication so fecal excision and internalization on mixed hemorrhoid[J] Zhongguo Zhen Jiu , 2015 , 35(3) :237—240.
- [6] 郭鹏.中医外治法防治混合痔术后并发症研究现状[J].实用中医药杂志,2010,26(8):586-587.
- [7] 张文莉.用外剥内扎术联合中医疗法治疗环状混合痔脱出的效果研究[J].当代医药论丛, 2017, 15(9):42-43.
- [8] BAI Y,CHEN S N,CHEN L R,et al. Postoperative pain of mixed hemorrhoid treated by embeddi

ng needles in Èrbái (EX-UE 2)[J].World Journal of Acupuncture-Moxibustion,2015, 25(1):59-61.

[9] 周青,陈玉根,王艳花.中药软膏在痔切除术后创面愈合中的机理及应用研究[J].长春中医药大学学报,2011,27(02):216-217.

[10] 张博,孟丽娜.《外科正宗》太乙膏配合枳壳汤对混合痔术后创面愈合时间及病理组织学观察[J].中医药信息,2020,37(01):76-79.

[11] 冯桂成,潘勇.金黄膏外敷结合医用冰垫治疗痔术后肿痛的临床医疗报告[J].中国中西医结合外科杂志,2019,25(05):799-801.

[12] 黄秀萍.紫白膏联合消痔洗剂用于混合痔术后的效果观察[J].中国民康医学,2019,31(19):118-119+133.

[13] 谭巧珠,刘志滔,李岑,等.朱砂外用制剂促进创面愈合的研究进展[J].华西药学杂志,2017,32(04):442-446.

致谢

本论文是在导师王坚主任医师指导下完成的。三年的学习时光转瞬即逝，由衷地感谢我的导师王坚主任，跟师期间，导师不仅传授了精湛的医术和严谨的临床思维，更是以身作则让我明白了医乃仁术，以德为先，医学之术必须以“仁”为宗旨和归宿。恩师的谆谆教诲使我受益匪浅，无论在学业还是生活中都给予我无私的帮助和关爱。谨于此表达我对恩师衷心的感谢和崇高的敬意。

同时衷心感谢福建中医药大学附属泉州中医院肛肠科李小玲主治医师、魏晓丹主治医师、罗观洋主治医师、杨少峰医师、沈旭艳师姐、徐坡城师兄等在临床学习、本课题科研设计、数据收集、论文撰写等方面的悉心指导并给了我十足的鼓励和帮助。特别感谢师姐杨洁医师、邱雅虹医师在疫情期间协助完成了相关资料的收集。

感谢福建中医药大学三年来对我的栽培。

感谢所有关心、帮助过我的各位老师、同学和朋友们。

感谢所有在百忙之中参加评阅论文和答辩的专家、老师们。

