

[文章编号] 1007-0893(2023)14-0042-03

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2023.14.013

# 大黄牡丹汤联合外剥内扎术治疗环状混合痔临床效果

杨宇<sup>1</sup> 杨钟惠<sup>2</sup>

(1. 闽侯县人民医院, 福建 闽侯 350100; 2. 福建省级机关医院, 福建 福州 350001)

**[摘要]** 目的: 观察在治疗环状混合痔期间给予大黄牡丹汤加减联合外剥内扎术的临床治疗效果。方法: 从福建省级机关医院 2020 年 1 月至 2021 年 12 月期间选取 80 例环状混合痔患者, 运用信封法将其分为观察组(大黄牡丹汤加减+外剥内扎术)与对照组(外剥内扎术), 各 40 例。观察两组患者的临床治疗效果。结果: 观察组患者治疗总有效率高于对照组, 差异具有统计学意义( $P < 0.05$ )。治疗后观察组患者各项生活质量评价量表(SF-36)评分均高于对照组, 差异具有统计学意义( $P < 0.05$ )。观察组患者并发症发生率低于对照组, 差异具有统计学意义( $P < 0.05$ )。术后 7 d 观察组患者视觉模拟评分法(VAS)、肛缘水肿以及切口出血的评分均低于对照组, 差异具有统计学意义( $P < 0.05$ )。观察组患者创面恢复时间、住院时间、肛门生理功能恢复时间均低于对照组, 差异具有统计学意义( $P < 0.05$ )。结论: 在环状混合痔治疗期间实施大黄牡丹汤加减联合外剥内扎术, 能够进一步提升治疗效果以及生活质量、降低并发症以及术后疼痛感, 促进患者快速恢复。

**[关键词]** 环状混合痔; 外剥内扎术; 大黄牡丹汤**[中图分类号]** R 657.1<sup>1</sup>\*8 **[文献标识码]** B

由于我国人民的生活水平逐渐提升, 因此人们的生活方式以及饮食结构发生了翻天覆地的改变, 导致痔疮的发生率逐渐提升<sup>[1]</sup>。该疾病的临床症状主要表现为在大便时出血、肛门坠胀、瘙痒、小便不易排空、继发贫血、肛门疼痛等, 对患者的生活产生了严重影响, 若痔疮疾病反复发作, 那么就会导致贫血、身体中大量的铁元素丢失、食欲降低, 若病情严重时发生了嵌顿还可能导致感染事件的发生, 目前临床中对于该疾病的治疗, 多采用手术等方式进行干预<sup>[2-3]</sup>。外剥内扎术是目前临床中治疗痔疮最常运用的手术方式, 实施该手术治疗的主要目的是为了对疾病进行彻底根治, 进一步缩短疾病愈合的时间, 同时增强对患者肛门功能的保护<sup>[4-5]</sup>。通过相关研究发现, 在环状混合痔中实施外剥内扎术进行治疗, 能够进一步缩短手术治疗时间, 降低术中出血量以及患者术后疼痛感, 有利于患者术后快速恢复, 尽可能降低并发症的发生, 缩短住院时间, 因此在临床中得到了医生和患者的认可<sup>[6]</sup>。由于环状混合痔属于肛肠疾病中较为难治的疾病, 因此在手术治疗期间, 首要目的是为了达到根治的效果, 同时还需要确保患者在最短的时间内创面愈合, 进一步降低疾病以及手术治疗对肛门功能的影响<sup>[7-8]</sup>。本研究为了观察在环状混合痔实施外剥内扎手术中联合大黄牡丹汤加减进行治疗的临床效果, 从福建省级机关医院 2020 年 1 月至 2021 年 12 月期间选取了 80 例患者进行分组对比研究, 具体研究内容见下。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

从福建省级机关医院 2020 年 1 月至 2021 年 12 月期间选取 80 例环状混合痔患者, 运用信封法将其分为观察组与对照组, 各 40 例。其中对照组女性 25 例, 男性 15 例; 年龄 31~53 岁, 平均年龄(42.16±8.48)岁; 病程 1~11 年, 平均病程(5.86±1.81)年。观察组女性 26 例, 男性 14 例; 年龄 32~54 岁, 平均年龄(42.31±8.57)岁; 病程 1~12 年, 平均病程(5.75±1.94)年。两组患者一般资料比较, 差异均无统计学意义( $P > 0.05$ ), 具有可比性。

### 1.2 病例选择

1.2.1 入选标准 (1) 所选的患者均符合环状混合痔的临床诊断标准(便血、疼痛、瘙痒、痔脱出), 且符合该药方中医辨证的气滞血瘀(肛门肿胀、稍硬、隐见紫淤、表面糜烂)、湿热下注(肿痛、糜烂、便血、内痔脱出、充血隆起)型痔疮; (2) 所选研究对象均对本研究的内容知情, 并自愿参与; (3) 所选患者病情严重程度均位于 III~IV 度, 并符合实施外剥内扎术的指征。

1.2.2 排除标准 (1) 患者伴有比较严重的心血管疾病或是血液疾病等; (2) 患者存在精神类疾病不能配合研究或是不能有效反馈研究结果; (3) 患者属于直肠恶性肿瘤; (4) 患者存在较为严重的肝肾功能障碍。

### 1.3 方法

1.3.1 对照组 患者在入院后均需要实施常规项目检查, 在符合手术治疗指征之后开始手术治疗。对照组

**[收稿日期]** 2023-05-04**[作者简介]** 杨宇, 男, 副主任医师, 主要研究方向为中西医结合外科。

患者进行外剥内扎术，协助患者仰卧在检查床上，并实施腰部麻醉，期间对患者需要实施手术部位进行常规消毒，然后再对肛门实施 3 次消毒，并确保完成扩张处理，使用肛门镜检或肛门指检等方式对混合痔的位置以及数量进行明确，然后再使用弯钳夹对痔核顶部进行处理。对于外部延深还需要剪成“V”型的切口，将其剥离至齿线顶端 0.3 cm 的位置，然后再实施完全切除，将患者剩余的痔核均采用相同的手段进行处理。在对患者实施手术治疗期间患者的外痔的分段间皮桥一般都留有 0.5 cm，在对周围的内痔实施结扎处理时还需要将黏膜桥留有 0.3 cm，对于痔疮的各个结扎点均需要在不同的位置。与此同时，在进行手术治疗期间还需要对患者的皮桥部位以及隆起的状况进行实时监控，在制定的皮桥隆起区域进行横切口，并且在下一操作中还要完成血栓以及皮下曲张静脉的修剪和剥离，确保患者的皮桥能够整齐贴合。最后在对患者实施手术治疗期间需要注意缝合的力度，避免皮桥发生水肿等不良事件。对于患者的创面需要运用电刀法进行止血，同时留有普通的排气管以及油纱条，在包扎期间还需要给予无菌材料进行敷贴，手术完成之后还需要对其实施抗菌药物 [ 头孢氨苄胶囊 ( 长春迪瑞制药有限公司，国药准字 H22023552 ) ，每次 0.125 g，每日 3 次 ] 进行干预持续治疗 1 周，防止发生感染事件延长住院时间。

1.3.2 观察组 在对照组治疗的基础上联合大黄牡丹汤加减治疗，手术治疗后实施大黄牡丹汤加减治疗，组方：牡丹皮 6 g，大黄 12 g，芒硝 8 g，冬瓜仁 25 g，金银花、蒲公英、红花各 10 g，当归 8 g。每日 1 剂，水煎服，取汁 400 mL，分早晚服用。

1.4 观察标准

(1) 比较两组患者的治疗有效率 ( 出院当天评定 ) ，显效：疼痛以及临床症状消失；有效：疼痛以及相关临床症状得到有效改善；无效：疼痛以及相关症状未得到改善，甚至病情加重，总有效率 = ( 显效 + 有效 ) / 总例数 × 100 % 。患者症状消失、无出血现象可出院，每周门诊复诊。(2) 使用生活质量评价量表 ( short form 36 questionnaire, SF-36 ) 对患者的生活质量进行评定。量表一共包含了 4 个项目，每个项目总分为 100 分，评定分数越高表明生活质量越高 ( 实施手术治疗前以及出院当天分别评定 ) ；(3) 观察两组患者并发症 ( 肛门狭窄、肛缘水肿、尿潴留 ) 的发生率 ( 出院当天统计并发症发生率 ) ；(4) 观察两组患者术后视觉模拟评分法 ( visual analogue scale, VAS ) 评分，总分数为 10 分，分数越高疼痛程度越高；肛缘水肿以及切口出血的评分，各量表总分均为 5 分，分数越高表明水肿程度越高，切口出血量越高；(5) 观察两组患者创面恢复时间、住院时间、肛门生理功能恢复时间。

1.5 统计学方法

采用 SPSS 24.0 软件进行数据处理，计量资料以  $\bar{x} \pm s$  表示，采用 *t* 检验，计数资料用百分比表示，采用  $\chi^2$  检验，*P* < 0.05 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者的治疗总有效率比较

观察组患者治疗总有效率高于对照组，差异具有统计学意义 (*P* < 0.05)，见表 1。

表 1 两组患者的治疗总有效率比较 [ *n* = 40, *n* (%) ]

组别	显效	有效	无效	总有效率
对照组	11(27.50)	19(47.50)	10(25.00)	30(75.00)
观察组	18(45.00)	20(50.00)	2( 5.00)	38(95.00) <sup>a</sup>

注：与对照组比较，<sup>a</sup>*P* < 0.05。

2.2 两组患者治疗前后 SF-36 评分比较

治疗前两组患者各项 SF-36 评分比较，差异无统计学意义 (*P* > 0.05)；治疗后观察组患者各项 SF-36 评分均高于对照组，差异具有统计学意义 (*P* < 0.05)，见表 2。

表 2 两组患者治疗前后 SF-36 评分比较 ( *n* = 40,  $\bar{x} \pm s$ , 分 )

组别	时间	社会功能	躯体质量	角色功能	社会功能
对照组	治疗前	68.27 ± 3.16	67.61 ± 5.25	65.67 ± 3.34	68.67 ± 3.37
	治疗后	74.87 ± 2.61	75.67 ± 3.29	74.79 ± 3.64	74.80 ± 2.67
观察组	治疗前	68.34 ± 3.75	67.37 ± 5.59	65.57 ± 3.24	68.34 ± 3.27
	治疗后	79.64 ± 3.34 <sup>b</sup>	82.27 ± 4.15 <sup>b</sup>	85.75 ± 3.54 <sup>b</sup>	82.56 ± 3.64 <sup>b</sup>

注：SF-36 一生活质量评价量表。与对照组治疗后比较，<sup>b</sup>*P* < 0.05。

2.3 两组患者的并发症发生率比较

观察组患者并发症发生率低于对照组，差异具有统计学意义 (*P* < 0.05)，见表 3。

表 3 两组患者的并发症发生率比较 [ *n* = 40, *n* (%) ]

组别	肛门狭窄	肛缘水肿	尿潴留	并发症发生
对照组	2(5.00)	2(5.00)	5(12.50)	9(22.50)
观察组	1(2.50)	1(2.50)	0(0.00)	2( 5.00) <sup>c</sup>

注：与对照组比较，<sup>c</sup>*P* < 0.05。

2.4 两组患者术后不同时段 VAS、肛缘水肿以及切口出血的评分比较

术后 1 d 两组患者 VAS、肛缘水肿以及切口出血的评分比较，差异无统计学意义 (*P* > 0.05)；术后 7 d 观察组患者 VAS、肛缘水肿以及切口出血的评分均低于对照组，差异具有统计学意义 (*P* < 0.05)，见表 4。

2.5 两组患者创面恢复时间、住院时间、肛门生理功能恢复时间比较

观察组患者创面恢复时间、住院时间、肛门生理功能恢复时间均低于对照组，差异具有统计学意义 (*P* < 0.05)，见表 5。

表 4 两组患者术后不同时段 VAS、肛缘水肿以及切口出血的评分比较 (n=40,  $\bar{x} \pm s$ , 分)

组别	时间	VAS 评分	肛缘水肿评分	切口出血评分
对照组	术后 1 d	4.61 ± 1.05	1.89 ± 0.78	2.05 ± 0.74
	术后 7 d	1.65 ± 0.79	1.31 ± 0.86	0.94 ± 0.76
观察组	术后 1 d	4.58 ± 0.85	1.76 ± 0.85	1.95 ± 0.48
	术后 7 d	0.89 ± 0.62 <sup>d</sup>	0.74 ± 0.58 <sup>d</sup>	0.45 ± 0.21 <sup>d</sup>

注: VAS 一视觉模拟评分法。  
与对照组术后 7 d 比较, <sup>d</sup>P < 0.05。

表 5 两组患者创面恢复时间、住院时间、肛门生理功能恢复时间比较 (n=40,  $\bar{x} \pm s$ , d)

组别	住院时间	创面恢复时间	肛门生理功能恢复时间
对照组	9.16 ± 2.01	30.62 ± 3.14	26.51 ± 4.01
观察组	7.54 ± 1.48 <sup>c</sup>	26.15 ± 2.41 <sup>c</sup>	21.01 ± 3.38 <sup>c</sup>

注: 与对照组比较, <sup>c</sup>P < 0.05。

### 3 讨论

环形混合痔是目前临床上比较棘手的问题, 临床中多采用外剥内扎或环切术。但术后很可能会出现肛周皮赘、排便困难、尿潴留等并发症, 治疗起来比较麻烦, 而大黄牡丹汤主要运用于肠痈疾病的治疗中, 是一种用于治疗因气血不畅、湿热瘀积症状的汤药, 在治疗肠炎方面有很好的作用, 同时也有大量的研究表明, 大黄牡丹汤可以有效地减少环状混合痔的并发症。环状混合痔属于肛肠疾病的一种, 该疾病的发生受到了多种因素的共同影响, 疾病症状较为明显, 对患者的生活以及心理均产生了严重的影响<sup>[9]</sup>。目前临床中对于该疾病多实施外剥内扎术进行治疗, 通过手术治疗能够对患者的临床症状进行有效改善, 但是在手术治疗完成后若不能进行有效的干预, 还可能发生各种各样的并发症, 例如尿潴留、排便困难等为疾病的治疗增加了难度<sup>[10]</sup>。从中医的角度来看待痔疮疾病, 发现痔疮的发生与患者自身各脏腑组织的气血亏虚有着密切的联系, 此外, 再加之患者生活习惯以及饮食习惯不规律、不科学, 导致燥热内生或是情志太过压抑造成燥热内生, 最终形成了痔疮。为了能够在手术治疗干预后进一步提升患者恢复的速度, 对患者的肛门功能进行保护, 还需要在手术实施后给予相应的汤药进行治疗。而术后给予患者实施大黄牡丹汤加减, 能够对患者术后水肿以及肿胀等症状进行缓解, 对于气滞血瘀、湿热下注型的患者具有显著的改善作用, 该药方在肠道疾病的治疗中能够发挥其药力作用。据相关研究表明在痔疮手术治疗后给予患者汤药进行干预, 能够进一步提升治疗效果, 减少术后并发症的发生风险, 确保患者能够迅速恢复<sup>[11]</sup>。

本研究中, 对所有患者均实施了外剥内扎术进行环状混合痔的治疗观察, 观察组患者则在手术治疗后联合大黄牡丹汤加减进行干预。通过研究分析发现, 观察组

患者的治疗总有效率明显高于对照组, 并且在手术治疗后, 观察组患者的生活质量高于对照组, 术后并发症的发生率低于对照组, 差异均具有统计学意义 (P < 0.05)。以上研究结果表明, 在手术治疗后实施大黄牡丹汤进行治疗, 具有良好的运用价值, 同时本研究中还对患者的住院时间、创面恢复时间、肛门生理功能恢复时间进行了记录和比较, 发现观察组患者时间均较短, 差异具有统计学意义 (P < 0.05)。同时在手术实施后观察组患者切口出血量, 肛缘水肿度以及术后疼痛评分均低于对照组, 差异具有统计学意义 (P < 0.05)。研究结果表明, 大黄牡丹汤加减联合手术治疗, 能够进一步缩短患者的恢复时间, 降低术后并发症的发生。

综上所述, 在环状混合痔的治疗中实施外剥内扎术联合大黄牡丹汤加减进行治疗, 能够进一步降低患者术后并发症的发生, 缩短患者创面愈合时间, 提升患者的治疗有效率以及生活质量。

### [参考文献]

- [1] 王志强, 鹿猛. 外剥内扎术配合大黄牡丹汤加减治疗环状混合痔临床观察 [J]. 实用中医药杂志, 2020, 36 (4): 428-429.
- [2] 温柔. 大黄牡丹汤加外剥内扎术治疗环状混合痔的应用效果及预后情况评价 [J]. 中国现代药物应用, 2020, 14 (22): 224-225.
- [3] 杜鹏阳. PPH 术联合外剥内扎术治疗对环状混合痔患者围手术指标、肛管压力及并发症的影响 [J]. 四川解剖学杂志, 2021, 29 (2): 120-121, 124.
- [4] 李振宇, 吴承东, 刘建乔, 等. 却毒汤熏洗对湿热下注证混合痔外剥内扎术后患者的影响 [J]. 现代中医临床, 2020, 27 (3): 13-16, 32.
- [5] 王润选. 外痔剥离切除加内痔下分段褥式缝合结扎术治疗环状混合痔的临床观察 [J]. 心理月刊, 2020, 15 (11): 204.
- [6] 汤薇薇, 冯群虎. 基于加速康复外科理念应用中药复方灌肠在环状混合痔外剥内扎术中的疗效观察 [J]. 广州中医药大学学报, 2021, 38 (3): 484-489.
- [7] 沈明霞, 李华峰, 阮本元, 等. 肛门括约肌切断术联合外剥内扎术治疗重度环状混合痔的临床效果 [J]. 浙江创伤外科, 2020, 25 (2): 263-265.
- [8] 王心吉, 张保田, 曾卫平, 等. 探讨外剥内扎术和自动痔疮套扎术治疗环状混合痔的临床疗效对比 [J]. 医学理论与实践, 2021, 34 (14): 2462-2464.
- [9] 许旭峰, 刘良东, 黄丽娟, 等. 外剥内扎术联合痔结扎术治疗环状混合痔的疗效研究 [J]. 局解手术学杂志, 2021, 30 (1): 32-35.
- [10] 尹强. 改良外剥内扎术结合中药熏洗治疗环状混合痔临床观察 [J]. 实用中医药杂志, 2020, 36 (8): 979-980.
- [11] 李芳澜, 魏志军, 李华娟, 等. 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临床观察 [J]. 广州中医药大学学报, 2021, 38 (6): 1149-1154.