中药坐浴联合弹力线套扎术治疗混合痔的临床疗效及对肛门水肿、疼痛的影响研究

陶雪刚

十堰市中西医结合医院 湖北 十堰 422000

【摘　要】：目的：探讨中药坐浴联合弹力线套扎术治疗混合痔的临床疗效，及对患者术后肛门疼痛、水肿的干预效果。方法：纳入 2025 年 1 月—2026 年 1 月本院收治的 80 例混合痔患者，随机分为两组，各 40 例。对照组予单纯实施弹力线套扎术及术后常规护理，观察组在此基础上联合中药坐浴治疗，对比两组临床疗效、术后疼痛、水肿情况、创面愈合时间及并发症发生率。结果：观察组治疗总有效率 95.00%，显著高于对照组 80.00%；术后 1、3、7d，VAS 疼痛评分、肛门水肿评分均低于对照组，创面愈合时间更短；并发症发生率明显低于对照组，差异均有统计学意义（P＜0.05）。结论：中西医结合治疗方案疗效显著，可有效改善混合痔患者术后肿痛、水肿症状，加快创面愈合，降低并发症发生风险，安全可靠，适合临床推广应用

【关键词】：混合痔；弹力线套扎术；中药坐浴；肛门水肿；术后疼痛

DOI:10.12417/2811-051X.26.13.053

混合痔为肛肠科高发良性疾病，由内外痔融合而成，可出现便血、痔核脱出、肛周肿痛，久坐久站、嗜食辛辣、排便习惯不佳人群多发，发病率逐年上升，显著影响患者生活质量[1]。保守治疗无效的重度混合痔，常需外科手术干预。弹力线套扎术是临床常用微创术式，相比传统外剥内扎术，创伤小、操作简便，可保留肛垫组织，保护肛门功能。但术后易发生肛门疼痛、肛周水肿，延缓创面愈合，提升出血、感染风险[2]。中医将本病归为“痔病”，术后金刃损伤致脉络瘀阻、湿热下注，是肿痛水肿的主要病机。中药坐浴作为外治法，借助温热作用扩张肛周血管，药物直接作用创面，发挥清热利湿、活血消肿止痛作用，简便安全[3]。

本研究旨在对比单纯弹力线套扎术与联合中药坐浴方案的疗效，观察术后疼痛、水肿改善情况，为混合痔微创术后中西医结合康复方案提供临床依据。

1 资料与方法

1.1 一般资料

纳入 2025 年 1 月—2026 年 1 月本院收治的 80 例混合痔患者，随机分为两组。

对照组（40 例）：男 23 例，女 17 例；年龄 24～65（43.62±8.71）岁；病程 1～16（6.85±3.24）年；混合痔分度：III度 26 例，IV度 14 例。

观察组（40 例）：男 21 例，女 19 例；年龄 22～64（42.17±9.03）岁；病程 1～15（6.41±3.16）年；混合痔分度：III度 28 例，IV度 12 例。

两组患者性别、年龄、病程、痔分度基线资料对比，差异无统计学意义（P＞0.05），具有可比性。

纳入标准：①符合《中国痔病诊疗指南（2020）》中混合痔诊断标准[4]，结合肛门指检、肛门镜确诊；②III、IV度混合痔，保守治疗无效，具备弹力线套扎术手术指征；③年龄 20～65 周岁；④临床资料完整，可配合完成术后随访及评分评估；⑤无严重心、肝、肾等脏器重大基础疾病，可耐受手术。

排除标准：①合并肛裂、肛瘘、肛周脓肿、直肠息肉、直肠肿瘤等其他肛周疾病；②妊娠期、哺乳期女性；③存在严重凝血功能障碍，有出血倾向；④对本研究中药方剂成分过敏；⑤存在精神疾病，无法配合治疗及评估；⑥既往肛门手术史，肛门形态严重异常；⑦合并严重糖尿病，血糖控制不佳影响创面愈合。

1.2 治疗方法

（1）对照组：单纯行弹力线套扎术，术后常规护理。

术前完善相关检查，术前清洁灌肠，椎管内麻醉，取左侧卧位，常规消毒铺巾。肛门镜置入，充分暴露痔核，选择合适弹力线套扎器，对准痔核根部进行套扎，确认弹力线牢固收紧，避免套扎过多肛管皮肤，同一患者最多套扎 3 处痔核；检查无活动性出血，肛门内放置凡士林纱布，敷料加压包扎。

术后常规处理：术后禁食 6h 后流质饮食，逐步过渡；予抗感染、止血、止痛对症治疗；嘱清淡饮食，保持大便通畅；每日碘伏常规肛周换药，排便后温水清洗肛周。

（2）观察组：弹力线套扎术手术操作与对照组完全一致，术后在常规护理基础上，增加中药坐浴治疗。

中药坐浴方剂：苦参 30g，黄柏 20g，蒲公英 20g，金银花 15g，地榆 15g，五倍子 15g，芒硝 20g，乳香 10g，没药 10g，甘草 10g。

煎煮方法：上述药物加水浸泡 30min，大火煮沸后小火煎煮 20min，滤出药液约 1500mL。使用时将药液倒入坐浴盆，兑温水调至 40℃左右。

使用方法：术后第 2 天开始坐浴，每日早晚各 1 次，每次

排便后追加坐浴 1 次，每次坐浴 15～20min。坐浴结束后碘伏消毒创面，换药处理，连续使用至创面基本愈合。方中苦参、黄柏清热燥湿；蒲公英、金银花清热解毒；地榆凉血止血；五倍子收敛消肿；乳香、没药活血化瘀止痛；芒硝软坚消肿，共奏清热利湿、活血散瘀、消肿止痛之功。

两组术后均进行健康宣教，嘱忌食辛辣刺激食物，避免久坐久蹲，保持排便通畅，禁止用力排便，随访至创面完全愈合。

1.3 观察指标

（1）临床疗效：参照《中医病证诊断疗效标准》痔病疗效判定[5]：痊愈为痔核完全萎缩脱落，症状消失，创面愈合；显效为症状基本消失，痔核明显缩小，创面基本愈合；有效为症状减轻，痔核缩小，症状缓解；无效为症状无改善甚至加重，痔核无缩小。总有效率=（痊愈+显效+有效）例数/总例数×100%。

（2）肛门疼痛评分：采用视觉模拟评分 VAS，0 分为无痛，10 分为剧烈难以忍受疼痛。分别记录术前、术后第 1d、3d、7d 的 VAS 分值。

（3）肛门水肿评分：0 分：无水肿；1 分：轻度水肿，肛周组织轻微隆起，不影响活动；2 分：中度水肿，肛周隆起明显，有坠胀不适感；3 分：重度水肿，肛周明显肿胀，伴剧烈坠胀，影响坐卧。记录术前、术后第 1、3、7d 水肿评分。

（4）创面愈合时间：记录从手术当日到创面上皮完全覆盖、无渗液的时间（d）。

（5）术后并发症：统计两组术后出血、切口感染、尿潴留、肛门坠胀等并发症总发生率。

1.4 统计学方法

采用 SPSS 24.0 软件分析数据。计量资料以（$\bar{x}\pm s$）表示，组内前后比较采用配对 t 检验，组间比较采用独立样本 t 检验；计数资料以例（%）表示，采用 x^2 检验。P＜0.05 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 临床疗效比较

观察组总有效率，高于对照组，（P＜0.05）。见表 1。

表 1 两组临床疗效对比[例(%)]

组别	对照组	观察组	X^2	P
例数	40	40		
痊愈	14	21		
显效	10	12		
有效	8	5		
无效	8	2		
总有效率	32(80.00)	38(95.00)	4.114	0.043

2.2 不同时间 VAS 疼痛评分比较

术前两组 VAS 疼痛评分比较（P＞0.05）；术后第 1、3、7d 两组 VAS 评分均高于术前，随时间推移逐步下降；观察组术后各时间点 VAS 评分显著低于对照组，（P＜0.05）。见表 2。

表 2 两组 VAS 疼痛评分对比（$\bar{x}\pm s$，分）

组别	对照组	观察组	t	P
例数	40	40		
术前	2.41±0.63	2.35±0.60	0.432	0.667
术后 1d	6.24±0.81	4.87±0.75	7.865	＜0.001
术后 3d	4.75±0.72	3.42±0.68	8.524	＜0.001
术后 7d	2.96±0.64	1.82±0.51	9.012	＜0.001

2.3 肛门水肿评分比较

术前两组肛门水肿评分无显著差异（P＞0.05）；术后第 1、3、7d，两组水肿评分先升高后下降；观察组术后各时间点肛门水肿评分低于对照组（P＜0.05）。见表 3。

表 3 两组肛门水肿评分对比（$\bar{x}\pm s$，分）

组别	对照组	观察组	t	P
例数	40	40		
术前	0.42±0.18	0.39±0.16	0.795	0.429
术后 1d	2.21±0.45	1.53±0.36	7.428	＜0.001
术后 3d	1.74±0.38	1.02±0.29	9.562	＜0.001
术后 7d	1.06±0.31	0.54±0.22	8.774	＜0.001

2.4 创面愈合时间比较

观察组创面愈合时间短于对照组 P＜0.001，见表 4。

表 4 创面愈合时间比较（$\bar{x}\pm s$）

组别	对照组	观察组	t	P
例数(n)	40	40	9.926	<0.001
创面愈合时间(d)	21.36±3.25	14.78±2.61		

2.5 术后并发症比较

观察组并发症发生率低于对照组 P<0.05。见表 5。

表 5 两组术后并发症比较

组别	对照组	观察组	X^2	P
例数	40	40		
术后出血	3(7.50%)	1(2.50%)		
切口感染	2(5.00%)	0(0.00%)		
尿潴留	3(7.50%)	2(5.00%)		
肛门坠胀	1(2.50%)	0(0.00%)		
总发生率	9(22.50%)	3(7.50%)	4.507	0.034

3 讨论

混合痔是肛肠科常见病，长期反复便血、痔核脱出可引发贫血、肛周瘙痒、肿痛，降低患者生活质量[6]。弹力线套扎术为微创术式，通过弹力线结扎痔核根部，阻断其血供使痔核缺血坏死脱落。相比传统外剥内扎术，该术式无需大范围切除肛周皮肤，可保留肛垫组织，对肛门精细控便功能损伤更小，创伤小、恢复快，目前广泛用于Ⅲ、Ⅳ度混合痔治疗[7]。但该手术为有创操作，会损伤肛周脉络，引起气血不畅、瘀血阻滞、湿热蕴结，进而导致术后疼痛、肛周水肿。肛周水肿会加重肛门坠胀疼痛，持续不消退可延缓创面愈合，增加感染、继发性出血风险，是影响术后康复的关键问题。因此，缓解痔术后疼痛、减轻肛周水肿是肛肠科临床研究重点。

中医认为痔病术后，手术损伤致肛周络脉破损，瘀血停滞，加之肠道湿热下注肛周，气血不通则痛，水湿停滞则肿，治疗以清热利湿、活血化瘀、收敛消肿止痛为主。中药坐浴是中医经典外治法，药物直接接触肛周创面，经温热熏蒸和局部浸泡扩张肛周微血管，改善局部血液循环，促进渗出液吸收，减轻炎性水肿；药物直接作用患处，避开胃肠道首过效应，局部药物浓度高，起效快，不良反应少[8]。

本研究坐浴方中，苦参、黄柏清热燥湿、泻火解毒，针对肛周湿热病机；蒲公英、金银花清热解毒，抑制炎性反应，预防创面感染；地榆凉血止血，降低术后渗血风险；五倍子收敛固涩，减少渗出，减轻水肿；乳香、没药活血行气、散瘀止痛，改善气血瘀滞引发的肛门疼痛；芒硝软坚散结，促进水肿消退；甘草调和诸药，减轻药物刺激性，全方共奏清热利湿、活血止痛、收敛消肿之功[9]。

结果显示，采用弹力线套扎术联合中药坐浴的观察组治疗总有效率为 95.00%，高于单纯手术对照组的 80.00%。术后第 1、3、7 天，观察组 VAS 疼痛评分、肛门水肿评分均低于对照组，提示中药坐浴可减轻术后疼痛，抑制肛周水肿。原因在于：温热坐浴可改善局部微循环，加快炎症代谢产物吸收；方剂中清热活血药物可减轻局部炎症反应，降低毛细血管通透性，减少组织液渗出，进而减轻水肿，水肿减轻又可缓解坠胀疼痛，形成良性康复循环[10]。观察组创面愈合时间更短，并发症发生率更低，提示中药坐浴可减少术后出血、感染等不良事件，提升手术安全性。

综上，弹力线套扎术治疗混合痔微创安全，在此基础上联合中药坐浴，可进一步提升临床疗效，减轻术后肛门疼痛，缓解肛周水肿，缩短创面愈合时间，减少术后并发症。该中西医结合方案操作简单，患者接受度高，适合肛肠科临床推广，可为混合痔微创术后快速康复提供可靠方案。

参考文献：

[1] 程议乐,武永连,李万里,等.国内肛肠疾病流行病学调查研究进展[J].中国肛肠病杂志,2022,42(6):74-76.

[2] 郭莹莹,周天羽,程小真,等.自动弹力线套扎术联合传统外剥内扎术治疗混合痔的 Meta 分析[J].沈阳医学院学报,2024,26(1):30-36,42.

[3] 焦刚,于厚仁,刘红庆,等.硝英方不同温度和时间治疗方案对混合痔术后创面愈合的影响[J].中国医师进修杂志,2024,47(12):1131-1135.

[4] 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.

[5] 江军建,万子昂,周伟.不同术式联合肛垫悬吊术治疗III、IV度混合痔的疗效对比[J].浙江创伤外科,2025,30(7):1312-1314.

[6] 丁昱文,彭军良.中医药治疗痔病继发贫血研究进展[J].光明中医,2025,40(12):2588-2591.

[7] 金文琪,郭修田,邱小京,等.弹力线改良套扎术联合中药外洗方治疗混合痔的临床研究[J].现代中西医结合杂志,2025,34(6):774-779.

[8] 李晓,万冬玲,于丽娜.中药熏洗疗法在肛肠科疾病中的应用研究进展[J].中国现代药物应用,2024,18(24):176-180.

[9] 周影,周春根,江滨.基于数据挖掘探讨中药熏洗坐浴治疗肛门病术后肛门水肿的用药规律[J].安徽医药,2024,28(5):1002-1008.

[10] 胡婷,严建.中药熏洗治疗混合痔术后水肿疗效的 Meta 分析[J].中医临床研究,2023,15(30):105-108.