

苦参汤加减熏洗联合微波治疗对混合痔术后的临床疗效

周俊¹ 周记²

1 重庆市潼南区中医院, 重庆潼南, 402660;

2 四川大学华西第四医院, 四川成都, 610041;

摘要: 目的: 观察苦参汤加减熏洗联合微波治疗对混合痔术后临床疗效。方法: 选取2025年7月至2026年1月的96例混合痔手术患者, 对照组与治疗组各48例。对照组予苦参汤熏洗治疗, 治疗组在其基础上加用微波治疗。比较两组临床疗效、临床症状(水肿、渗液、出血)评分、VAS评分及创面愈合时间。结果: 治疗组总有效率高于对照组。治疗后, 两组水肿、渗液、出血评分均较治疗前下降($P<0.001$), 且治疗组低于对照组; 术后两组VAS评分均下降($P<0.001$), 且治疗组低于对照组; 治疗组创面愈合时间短于对照组($P<0.001$)。结论: 苦参汤加减熏洗联合微波治疗能有效改善混合痔术后, 减轻疼痛, 促进愈合。

关键词: 苦参汤; 微波治疗; 混合痔

DOI: 10.69979/3029-2808.26.04.036

混合痔是肛肠科常见病, 对III-IV度混合痔, 手术有效手段, 但受肛门结构、及排便影响, 术后常伴剧痛、水肿及愈合缓慢等, 影响生活质量^[1-2]。目前常用高锰酸钾坐浴, 但在镇痛及消肿存在局限^[3]。苦参汤熏洗借药液温热效应与药物透皮吸收发挥作用^[4], 结合微波治疗的深部透热效应改善微循环, 具有显著优势^[5], 两者联合, 可协同增效。本研究旨在通过评价苦参汤加减熏洗联合微波治疗在混合痔术后的临床疗效, 优化术后方案。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取2025年7月至2026年1月本院肛肠科混合痔术后患者96例, 随机分为对照组和治疗组各48例。两组性别、年龄、病程等一般资料比较差异无统计学意义($P>0.05$), 具有可比性, 见表1。

表1 患者一般资料比较 (n=48)

组别	男	女	年龄/岁	病程/月
对照组	22	26	35.6±5.0	9.6±2.0
治疗组	27	21	36.0±4.0	9.4±1.9
χ^2/t	0.667		-0.434	0.534
P	0.414		0.665	0.595

1.2 诊断标准

西医诊断参照《痔临床诊治指南(2006版)》^[6]中混合痔的诊断标准; 中医诊断参照《中医病证诊断疗效标准》^[7]中有关“肠风”“脏毒”的诊断标准。

1.3 纳入与排除标准

1.3.1 纳入标准

符合中医和西医诊断标准; 年龄18~65岁; 择期行混合痔外剥内扎术。

1.3.2 排除标准

合并肛瘘、肛周脓肿等其他肛肠疾病; 凝血功能障碍; 对研究药物过敏或有微波治疗禁忌。

1.4 治疗方法

两组术后均予常规止痛、止血等基础治疗。

1.4.1 对照组

术后第1天起予苦参汤加减熏洗。药方(苦参30g、野菊花20g、黄柏20g、酒黄芩20g、没药20g、蛇床子20g、金银花20g、乳香20g、地肤子20g、凌霄花15g、蒲公英20g)。将药材加1500 mL清水浸泡30 min, 煎煮至400 mL, 兑入2000 mL温水, 先以60℃熏洗, 待水温降至约40℃后坐浴15 min, 早晚各1次, 连用1周。

1.4.2 治疗组

在对照组熏洗基础上, 于术后24h开始加用微波治疗。采用微波治疗仪(频率2450MHz), 患者取侧卧位, 探头距肛周创面3~5cm, 功率20~25W, 以患者感觉温热舒适为度, 每次照射20min, 每日2次, 连续一周。

1.5 观察指标

1.5.1 临床疗效

参照《中医病证诊断疗效标准》^[7]进行评价。改善

率=(治疗前评分-治疗后评分)/治疗前评分×100%。

无效:改善率<30%;有效:30%≤改善率<50%;显效:50%≤改善率<80%;治愈:改善率≥80%。总有效率=(治愈+显效+有效)/总例数×100%。

1.5.2 临床症状评分

1. 创面水肿评分

采用四分法创缘水肿评分。0分为无水肿;2分为肛缘轻度水肿;4分为水肿明显、皮纹消失。

2. 渗液评分

采用12小时纱布渗透层数,0分为无渗液;≤4层为1分;每增加4层加1分。

3. 出血评分

0分为无出血;1分为创面少许渗血;2分为排便时出血<10滴;3分为排便时出血≥10滴。

4. 肛门疼痛评分

于术后1、3、5、7天采用视觉模拟量表(VAS)评价,0分为无痛,10分为剧痛。

5. 创面愈合时间

记录术后第一天换药至创面完全愈合所需天数。以创面完全上皮化为完全愈合。

1.6 统计学方法

统计学方法采用SPSS25.0对数据分析,P<0.05为差异有统计学意义,计量资料采用 $\bar{x}\pm s$ 表示。采用独立样本定性t检验及卡方检验对两组数据进行比较。

2 结果

2.1 临床疗效比较

通过2组治疗结果数据汇总后,进行比较($\chi^2=4.360$, $p=0.0368$)治疗组临床疗效总有效率(93.75%)显著高于对照组(79.17%)见表2。

表2 两组临床疗效比较(例,%)

组别	例数	治愈	显效	有效	无效	总有效
对照组	48	20(41.67%)	11(22.92%)	7(14.58%)	10(20.83%)	38(79.17%)
治疗组	48	19(39.58%)	16(33.33%)	10(20.83%)	3(6.25%)	45(93.75%)*

注:与对照组比较,*P<0.05

2.2 临床症状评分比较

治疗前,两组在水肿、渗液及出血评分上组间差异均无统计学意义(P>0.05)。治疗后,治疗组评分均

低于对照组(P<0.001),治疗组效果更优。组内配对t检验显示,两组治疗后评分均降低(P<0.001),且治疗组改善作用优于对照组(P<0.001),见表3。

表3 两组治疗前后临床症状评分比较($\bar{x}\pm s$,分,n=48)

组别	时间	水肿评分	渗液评分	出血评分
对照组	治疗前	1.21±0.17	1.23±0.26	1.98±0.50
	治疗后	0.51±0.28*	0.37±0.22*	1.07±0.24*
治疗组	治疗前	1.18±0.17	1.24±0.27	2.12±0.55
	治疗后	0.19±0.12*#	0.15±0.10*#	0.55±0.18*#

注:与本组治疗前比较,*P<0.001;与对照组治疗后比较,*#P<0.001。

2.3 肛门疼痛 VAS 评分比较

术后第1天,两组肛门疼痛评分无统计学意义(P>0.05);术后第3、5、7天,治疗组评分均显著低于

对照组(P<0.001),表明治疗组效果更优。组内比较显示:两组在术后3d、5d、7d评分均显著下降(P<0.001),且治疗组降幅更大、t值更高(P<0.001)。见表4。

表4 肛门疼痛程度比较($\bar{x}\pm s$,分,n=48)

组别	术后1d	术后3d	术后5d	术后7d
对照组	5.37±1.02	3.58±0.71*	2.28±0.57*	1.42±0.44*
治疗组	5.52±1.09	2.55±0.70*#	1.56±0.47*#	0.79±0.50*#

注:与术后1天比较,*P<0.001;与同期对照组比较,*#P<0.001。

2.4 创面愈合时间比较

治疗组创面平均愈合时间为(15.00±2.40)天,显著短于对照组的(16.96±2.61)天,差异有统计学

意义(P<0.001)。

3 讨论

混合痔是肛肠科常见良性病,手术能切除病灶,但

中医认为金刃损伤致气血瘀滞则疼痛；加之津液输布失常，聚而为湿，导致肛缘水肿；此外，脉络受损，血溢脉外则创面难愈^[8-9]。

混合痔术后，由于肛门痛觉敏感，加之术后炎症反应，导致淋巴回流障碍，形成“疼痛-痉挛-水肿”循环，严重影响术后愈合^[10]。本研究中苦参清热燥湿、祛风杀虫；黄柏、酒黄芩、金银花、蒲公英、野菊花共奏清热解毒、凉血消肿之功；乳香、没药活血行气、消生肌止痛；凌霄花凉血化瘀；蛇床子、地肤子祛风止痒^[11]。

现代药理学研究显示，苦参中苦参碱、黄柏中小檗碱具有抗菌抗炎作用，减少炎性渗出^[12]；乳香、没药能抑制炎症介质前列腺素E₂的合成，发挥镇痛^[13]。联合微波其“内生热效应”深达内部，加速循环，促进水肿及致痛物质代谢吸收^[14]。

综上所述，苦参汤加熏洗联合微波治疗疗效确切，在止痛、消肿、促进愈合优势明显，值得推广。

参考文献

- [1] 丁晓红, 范从炯, 汤景杰. 清热利湿方坐浴联合手术治疗混合痔伴肛周湿疹的疗效观察[J]. 中国中医基础医学杂志, 2022, 28(8):1300-1303.
- [2] 赵云, 高哲. 中医药治疗方法治疗混合痔术后并发症临床研究概况[J]. 陕西中医, 2020, 41(2):269-272.
- [3] 邓静, 赵根隆, 唐小君等. 红光治疗仪联合高锰酸钾治疗混合痔术后创面愈合的临床疗效[J]. 中国激光医学杂志, 2020, 29, (2):78-82.
- [4] 陈晓平, 许文彬, 赵贇. 苦参汤熏洗疗法对混合痔术后患者创面愈合及并发症的影响观察[J]. 贵州医药, 2022, 46(4):609-610.
- [5] 杨淑颜, 蔡美玲. 耳部微波治疗对慢性化脓性中耳炎术后伤口愈合的促进效果[J]. 医学理论与实践, 2025, 38, (5):885-887.
- [6] 中华医学会外科学分会结直肠肛门外科学组. 痔临床诊治指南(2006版)[J]. 中华胃肠外科杂志, 2006, 9(5):461-463.
- [7] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[S]. 南京: 南京大学出版社, 1994: 132-134.
- [8] 王震宇, 毛长青, 李俊, 等. 地奥司明片联合马应龙麝香痔疮栓对混合痔术后并发症的临床效果观察[J]. 实用医技杂志, 2019, 26(5):613-615.
- [9] 查德华, 王芳, 汪伟, 等. 白竭散干预混合痔术后创面愈合的研究[J]. 世界中医药, 2019, 14(10):2702-2706.
- [10] 付皓, 聂汶涵, 蒋笑影, 等. 混合痔围手术期中医综合治疗对术后并发症的影响分析[J]. 四川中医, 2020, 38(1):153-155.
- [11] Cui, Honghong, Zhao, Yanxia, Ju, Chunmei, et al. The effectiveness of traditional Chinese medicine fumigation and washing nursing care after arthroscopic debridement of Knee Osteoarthritis A protocol for systematic review and meta-analysis[J]. Medicine (United States), 2021, 100, (11):E24752.
- [12] 林子栋, 席作武, 刘洪波. SIRT1在复方苦参汤抑制溃疡性结肠炎小鼠氧化损伤和炎症反应中的作用[J]. 中成药, 2023, 45, (2):415-422.
- [13] Moritz Verhoff, Stefanie Seitz, Michael Paul, et al. Tetra- and Pentacyclic Triterpene Acids from the Ancient Anti-inflammatory Remedy Frankincense as Inhibitors of Microsomal Prostaglandin E₂ Synthase-1[J]. Journal of Natural Products, 2014, 77, (6):1445-1451.
- [14] 王志燕. 微波热疗联合旋腕运动操对预防PICC置管相关静脉血栓的影响[J]. 医疗装备, 2023, 36, (23):152-155.

作者简介：周俊（1991-），女，汉族，重庆江津人，本科，重庆市潼南区中医院主治中医师，研究方向：中医药治疗肛肠病。

基金项目：重庆市潼南区科学技术局中医药科研项目，（项目编号：TK-2025-20）