

## 消肿止痛方坐浴后外用痔科生肌散在混合痔术后患者中的临床效果<sup>▲</sup>

朱欢欢 颜 蕾 冯泽宇

(无锡市中医医院肛肠科, 江苏省无锡市 214000)

**【摘要】 目的** 探讨消肿止痛方坐浴后外用痔科生肌散在混合痔术后患者中的临床效果。**方法** 选取82例混合痔术后患者作为研究对象,按照随机数字表法将其分为对照组和研究组,各41例。对照组采用消肿止痛方坐浴治疗,研究组采用消肿止痛方坐浴后外用痔科生肌散治疗。比较两组患者的临床疗效,术后恢复情况(肛周疼痛缓解时间、肛缘水肿缓解时间、创面愈合时间),治疗前、治疗2周后的中医证候积分、肛周疼痛视觉模拟量表(VAS)评分及肛缘水肿评分,治疗前、治疗1个月后的肛门功能(肛门感觉、控大便、肛门闭合、肛管最大收缩压、肛管静息压及肛管高压带长度),以及并发症发生情况。**结果** 研究组的总有效率高于对照组,肛周疼痛缓解时间、肛缘水肿缓解时间及创面愈合时间短于对照组( $P<0.05$ )。治疗2周后,两组患者的中医证候积分、肛周疼痛VAS评分及肛缘水肿评分低于治疗前,且研究组的上述指标低于对照组( $P<0.05$ )。治疗1个月后,两组患者的肛门感觉评分、控大便评分、肛门闭合评分、肛管高压带长度低于或短于治疗前,肛管最大收缩压、肛管静息压高于治疗前,且研究组的上述指标改善程度优于对照组( $P<0.05$ )。研究组的并发症总发生率低于对照组( $P<0.05$ )。**结论** 消肿止痛方坐浴后外用痔科生肌散可减轻混合痔术后患者肛周疼痛及肛缘水肿症状,减少并发症的发生,提高治疗效果,促进肛门功能的恢复。

**【关键词】** 混合痔;痔科生肌散;外用;消肿止痛方;坐浴;术后;效果

**【中图分类号】** R 266 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 0253-4304(2025)01-0066-06

**DOI:** 10.11675/j.issn.0253-4304.2025.01.12

### Clinical effect of Xiaozhong Zhitong Prescription for sitz bath and external use of Zhike Shengji Powder in patients after mixed hemorrhoids surgery

ZHU Huanhuan, YAN Lei, FENG Zeyu

(Department of Proctology, Wuxi Hospital of Traditional Chinese Medicine, Wuxi 214000, Jiangsu, China)

**【Abstract】 Objective** To explore the clinical effect of Xiaozhong Zhitong Prescription for sitz bath and external use of Zhike Shengji Powder in patients after mixed hemorrhoids surgery. **Methods** A total of 82 patients after mixed hemorrhoids surgery were selected as the research subjects, and according to the random number table method, they were divided into control group or study group, with 41 cases in each group. The control group received Xiaozhong Zhitong Prescription for sitz bath, whereas the study group received Xiaozhong Zhitong Prescription for sitz bath and external use of Zhike Shengji Powder for treatment. The clinical efficacy, postoperative recovery with respect to perianal pain remission time, anal edema remission time, wound healing time, and Traditional Chinese Medicine syndrome score, Visual Analogue Scale (VAS) score for perianal pain and anal edema score before treatment and 2 weeks after treatment, anal functions in terms of anal sensation, defecate control, anal closure, maximum systolic pressure in anal canal, resting pressure in anal canal, high pressure zone length in anal canal before treatment and after 1 month of treatment, as well as the occurrence states of complications were compared between patients of the two groups. **Results** The study group exhibited

▲基金项目:江苏省卫生健康委科研项目(M2022021);无锡市“双百”中青年医疗卫生拔尖人才项目(BJ2023067)

第一作者简介:朱欢欢,博士,副主任中医师,研究方向为中西医结合肛肠疾病诊治。

通信作者简介:冯泽宇,博士,主治医师,研究方向为中西医结合肛肠疾病诊治。

a higher total effective rate, shorter perianal pain remission time, anal edema remission time, and wound healing time as compared with the control group ( $P<0.05$ ). After 2 weeks of treatment, both groups expressed lower score of Traditional Chinese Medicine syndrome, VAS score for perianal pain, and anal edema score as compared with before treatment, and the aforementioned indices of the study group were lower than those of the control group ( $P<0.05$ ). After 1 month of treatment, both groups indicated lower anal sensation score, defecate control score, anal closure score, and a shorter high pressure zone length in anal canal as compared with before treatment; furthermore, interpreted higher maximum systolic pressure in anal canal, and higher resting pressure in anal canal as compared with before treatment, and the study group exert a superior improvement of the aforementioned indices as compared with the control group ( $P<0.05$ ). The total incidence rate of complications of the study group was lower than that of the control group ( $P<0.05$ ). **Conclusion** Xiaozhong Zhitong Prescription for sitz bath and external use of Zhike Shengji Powder can relieve symptoms of perianal pain and anal edema, reduce the occurrence of complications, improve therapeutic effect, and promote recovery of anal functions in patients after mixed hemorrhoids surgery.

**【Key words】** Mixed hemorrhoids, Zhike Shengji Powder, External use, Xiaozhong Zhitong Prescription, Sitz bath, Postoperation, Effect

混合痔是同时存在内痔、外痔的一类疾病,由长期便秘、久坐、肥胖、缺乏运动、腹泻、肠道压力增加等多种因素导致肛门周围血管扩张、脆弱,发生充血、疼痛,继而出现肛门疼痛、灼热感、瘙痒、出血等症状,严重影响患者的生活质量和舒适度<sup>[1]</sup>。保持良好的肠道习惯,配合药物或手术是其主要治疗方法。对于严重混合痔患者,在行手术治疗后,因创面特殊,更易导致创面感染、疼痛、水肿等症状,因此需配合多种措施,以促进术后恢复<sup>[2-3]</sup>。创面可归属中医“溃疡”的范畴,熏洗坐浴疗法可改善局部血液循环,已被广泛应用于混合痔术后治疗,且取得较好的效果<sup>[4-6]</sup>。研究显示,消肿止痛方熏洗坐浴应用于混合痔术后患者,可刺激肛周血管、神经,促进局部血液循环,使药物更好地发挥清热解暑、活血化瘀、泻下通便、消肿散结、通络止痛的作用,促进患者术后康复<sup>[7]</sup>。痔科生肌散是梁林江<sup>[8]</sup>于2019年申请的一项专利,其主要成分包括炉甘石、轻粉、冰片等,可有效抵抗肛门潮湿、环境污染对创面的不良影响。基于此,本研究探讨消肿止痛方坐浴后外用痔科生肌散在混合痔术后患者中的应用效果,以为混合痔术后患者治疗方案的选择提供参考。

## 1 资料与方法

1.1 临床资料 选取2020年6月至2023年5月在无锡市中医医院肛肠科行手术治疗的82例混合痔患者作为研究对象。纳入标准:(1)符合《肛肠病学》<sup>[9]</sup>中混合痔的诊断标准。(2)符合《中医外科学》<sup>[10]</sup>中湿热下注证,主要表现为便血色鲜,量较多,痔核脱出嵌顿,肿胀疼痛,或糜烂坏死;口干不欲饮,口苦,小便黄;苔

黄腻,脉濡数。(3)腰麻下行外切内扎手术。(4)年龄18~60岁。(5)肛门功能及形态均正常。(6)依从性好,定期复诊。(7)病例资料完整。(8)患者及其家属对本研究内容知情,并签署同意书。排除标准:(1)合并炎症性肠病或肛门周围疾病手术史者;(2)存在精神疾病,无法正常沟通者;(3)合并传染性疾病者;(4)合并心、脑、肝、肾功能不全者;(5)合并血液病、糖尿病等影响本研究结果的患者;(6)手术不能耐受者;(7)过敏及瘢痕体质者;(8)治疗过程中出现异常反应无法继续进行研究者。按照随机数字表法将患者分为对照组和研究组,各41例。对照组中男性21例、女性20例,年龄18~60(39.16±6.21)岁,病程4个月至6年(3.42±0.51)年,原始创面3.1~6.3(4.68±0.53)cm<sup>2</sup>;研究组中男性23例、女性18例,年龄18~58(39.04±6.19)岁,病程3个月至6年(3.39±0.54)年,原始创面面积3.0~6.5(4.71±0.52)cm<sup>2</sup>。两组患者一般资料的比较,差异无统计学意义( $P>0.05$ ),具有可比性。本研究经无锡市中医医院医学伦理委员会批准。

### 1.2 方法

1.2.1 对照组:行消肿止痛方坐浴治疗。取鸭跖草、马齿苋、蒲公英各30g,黄柏、赤芍、虎杖各20g,没药、五倍子、玄明粉、白芷各15g,共同水煎为200mL,使用时加入温水冲制成2000mL。于术后第2天,给予患者温水清洗肛门周围区域后,将上述2000mL消肿止痛方药液倒入熏洗盆中,保持药液温度适中(38℃~40℃),嘱患者将肛门区域完全浸泡在药液中10min,其间可根据感觉适当调整水温,之后继续进行坐浴,同时行提肛运动,20min/次,2次/d。坐浴后保持创面干燥,嘱患者侧卧位,先用碘附消毒后,再用生理盐水清洁,凡士林纱条覆盖创面,无菌纱

布、胶布包扎。连续治疗2周。

1.2.2 研究组:在对照组的基础上外用痔科生肌散。痔科生肌散由煅龙骨、炉甘石各20 g,儿茶、黄柏、赤石脂各15 g,血竭、乳香、轻粉、没药各10 g,冰片5 g组成,将上述药物粉碎后过筛得到细粉,搅拌混合均匀后,按照所需剂量分成相等重量的份数,用光纸包装。同对照组治疗的基础上将撒有痔科生肌散(厚度为2 mm)的凡士林纱条完全覆盖创面,再以无菌纱布、胶布包扎。连续治疗2周。

### 1.3 观察指标

1.3.1 中医证候积分:分别于治疗前、治疗2周后,评估两组患者的中医证候积分,其中疼痛、肛门肿胀、分泌物按无、轻度、中度、重度依次记为0分、1分、2分、3分,舌、苔、脉按正常、异常分别记为0分、1分,总分为0~12分,总分越高,表示上述症状越严重。疗效指数=(治疗前中医证候积分-治疗2周后中医证候积分)/治疗前中医证候积分 $\times$ 100%。

1.3.2 临床疗效:疼痛基本消失,创面无出血、水肿,疗效指数 $>95\%$ 为痊愈;疼痛可忍受,创面肉芽组织鲜红且生长良好,疗效指数 $30\% \sim 95\%$ 为有效;疼痛症状无法忍受,需止痛药物,创面出血较多且水肿明显,疗效指数 $<30\%$ 为无效<sup>[10]</sup>。总有效率=(痊愈+有效)例数/总例数 $\times$ 100%。

1.3.3 肛周疼痛及肛缘水肿程度:分别于治疗前、治疗2周后运用视觉模拟量表(Visual Analogue Scale, VAS)评分评估两组患者肛周疼痛情况,该量表总分为0~10分,其中无疼痛为0分,剧烈疼痛为10分,总分越高,表示肛周疼痛越剧烈。使用自拟肛缘水肿评分标准评估两组患者肛缘水肿情况,肛缘、切口平整,无肿胀记0分;皮纹存在,色如肤,肛缘或切口轻度肿胀,水肿直径 $<1.0$  cm记1分;皮纹消失,肛缘、切口肿胀明显,水肿直径 $1.0 \sim 1.5$  cm记2分;皮肤光亮,肛缘、切口高度肿胀,水肿直径 $>1.5$  cm记3分。

1.3.4 术后恢复情况:记录两组患者的肛周疼痛缓解(肛周疼痛VAS评分降低 $\geq 50\%$ )时间、肛缘水肿缓解(肛缘水肿评分降低 $\geq 1$ 分)时间、创面愈合时间。

1.3.5 肛门功能:分别于治疗前、治疗1个月后,从肛门感觉、控大便、肛门闭合3个方面,以及通过肛管最大收缩压、肛管静息压及肛管高压带长度来评估肛门功能。(1)肛门感觉方面,4分为肛门区域感觉完全丧失,无法感知任何刺激;3分为肛门区域感觉明显迟钝,仅能感知强烈的刺激;2分为肛门区域感觉有明显减退,但仍能感知部分刺激;1分为肛门区域感觉较为敏锐,但偶尔会有轻微的感觉减退或迟钝;

0分为肛门区域感觉敏锐,能够准确感知各种刺激,包括温度、触觉和压力等。(2)控大便方面,4分为控大便功能完全丧失,无法自主控制排大便,且排大便过程极度困难;3分为控大便功能严重受损,经常或持续出现大便失禁情况,无法自主控制排大便;2分为控大便功能受损较明显,经常出现排大便困难或失禁情况,需要借助外力或药物来辅助排大便;1分为控大便功能基本正常,但偶尔会有轻微的排大便困难或失禁情况,大多数情况下能够自主控制排大便;0分为控大便功能完全正常,能够自主控制排大便,无大便失禁情况,且排大便过程顺畅无阻。(3)肛门闭合方面,4分为肛门闭合功能完全丧失,无法紧密闭合,且伴有严重的漏气、漏液现象;3分为肛门闭合功能严重受损,经常或持续出现漏气、漏液现象,且闭合能力极差;2分为肛门闭合功能受损较明显,经常出现漏气或漏液现象,且闭合不够紧密;1分为肛门闭合功能基本正常,但偶尔会有轻微的漏气或漏液现象,大多数情况下能够紧密闭合;0分为肛门闭合功能完全正常,无漏气、漏液现象,且能够紧密闭合以防止外部病原体入侵。(4)运用ZGJ-D3型肛肠压力检测仪(合肥奥源科技发展有限公司)测定肛管最大收缩压、肛管静息压及肛管高压带长度,检查前2 h嘱患者清空直肠下段大便,左侧卧位,屈髋屈膝 $90^\circ$ ,直肠指检了解肛门直肠结构,电极校准后涂液状石蜡,轻柔地将电极沿肛管插入患者直肠,调整电极位置,使poster点对准患者肛缘6点钟,肛管高压带显示在肛管压力区域中央可视范围内,固定电极,图像。

1.3.6 并发症发生情况:于治疗2周内记录两组患者肛缘水肿(术后1周后出现的肛缘水肿)、出血(出血量较大,或持续不断出血)、渗液、发热等情况。

1.4 统计学分析 采用SPSS 22.0软件进行统计学分析。计数资料以例数(百分比)表示,组间比较采用 $\chi^2$ 检验;符合正态分布的计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示,组间比较采用两独立样本 $t$ 检验,组内治疗前后的比较采用配对 $t$ 检验。以 $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

## 2 结果

2.1 两组患者临床疗效的比较 研究组的总有效率高于对照组( $\chi^2=5.145, P=0.023$ ),见表1。

表1 两组患者临床疗效的比较[n(%)]

组别	n	痊愈	有效	无效	总有效
对照组	41	8(19.51)	24(58.54)	9(21.95)	32(78.05)
研究组	41	13(31.71)	26(63.41)	2(4.88)	39(95.12)

2.2 治疗前后两组患者中医证候积分、肛周疼痛及肛缘水肿程度的比较 治疗前,两组患者的中医证候积分、肛周疼痛VAS评分、肛缘水肿评分差异无统计学意义( $P>0.05$ );治疗2周后,两组患者的中医证

候积分、肛周疼痛VAS评分及肛缘水肿评分低于治疗前,且研究组的上述指标低于对照组( $P<0.05$ ),见表2。

表2 治疗前后两组患者中医证候积分、肛周疼痛及肛缘水肿程度的比较( $\bar{x}\pm s$ ,分)

组别	n	中医证候积分		t值	P值	肛周疼痛VAS评分		t值	P值	肛缘水肿评分		t值	P值
		治疗前	治疗2周后			治疗前	治疗2周后			治疗前	治疗2周后		
对照组	41	8.97±0.54	5.34±0.38	35.201	<0.001	6.79±1.15	2.04±0.32	25.480	<0.001	1.86±0.42	0.62±0.11	18.288	<0.001
研究组	41	9.12±0.49	3.87±0.42	52.089	<0.001	6.82±1.21	1.31±0.27	28.458	<0.001	1.79±0.45	0.31±0.05	20.930	<0.001
t值		1.317	16.619			0.115	11.164			0.728	16.428		
P值		0.192	<0.001			0.909	<0.001			0.469	<0.001		

2.3 两组患者术后恢复情况的比较 研究组的肛周疼痛缓解时间、肛缘水肿缓解时间、创面愈合时间短于对照组( $P<0.05$ ),见表3。

表3 两组患者术后恢复情况的比较( $\bar{x}\pm s$ ,d)

组别	n	肛周疼痛缓解时间	肛缘水肿缓解时间	创面愈合时间
对照组	41	4.98±0.52	5.67±0.61	16.38±3.05
研究组	41	3.27±0.46	3.57±0.42	13.25±2.14
t值		15.771	18.156	5.379
P值		<0.001	<0.001	<0.001

2.4 治疗前后两组患者肛门功能的比较 治疗前,两组患者的肛门感觉评分、控大便评分、肛门闭合评分及肛管最大收缩压、肛管静息压、肛管高压带长度差异无统计学意义( $P>0.05$ );治疗1个月后,两组患者的肛门感觉评分、控大便评分、肛门闭合评分及肛管高压带长度较治疗前降低或缩短,肛管最大收缩压、肛管静息压较治疗前升高,且研究组的上述指标改善程度优于对照组( $P<0.05$ ),见表4。

表4 治疗前后两组患者肛门功能的比较( $\bar{x}\pm s$ )

组别	n	肛门感觉评分(分)		t值	P值	控大便评分(分)		t值	P值
		治疗前	治疗1个月后			治疗前	治疗1个月后		
对照组	41	2.68±0.43	1.97±0.35	8.200	<0.001	2.35±0.36	1.73±0.32	8.242	<0.001
研究组	41	2.71±0.35	1.35±0.28	19.429	<0.001	2.41±0.34	1.15±0.28	18.317	<0.001
t值		0.346	8.857			0.776	8.734		
P值		0.730	<0.001			0.440	<0.001		

  

组别	n	肛门闭合评分(分)		t值	P值	肛管最大收缩压(mmHg)		t值	P值
		治疗前	治疗1个月后			治疗前	治疗1个月后		
对照组	41	2.19±0.35	1.84±0.25	5.210	<0.001	103.25±9.64	112.64±10.42	4.236	<0.001
研究组	41	2.13±0.32	0.96±0.11	22.140	<0.001	102.74±9.42	120.53±11.37	7.715	<0.001
t值		0.810	20.630			0.242	3.276		
P值		0.420	<0.001			0.809	0.002		

  

组别	n	肛管静息压(mmHg)		t值	P值	肛管高压带长度(cm)		t值	P值
		治疗前	治疗1个月后			治疗前	治疗1个月后		
对照组	41	47.25±3.68	51.35±4.12	4.752	<0.001	3.21±0.35	3.02±0.28	2.714	0.008
研究组	41	47.39±3.59	54.62±4.24	8.333	<0.001	3.19±0.34	2.71±0.31	6.680	<0.001
t值		0.174	3.542			0.262	4.752		
P值		0.862	0.001			0.794	<0.001		

2.5 两组患者并发症发生情况的比较 研究组的并发症总发生率低于对照组( $\chi^2=6.248, P=0.012$ ),见表5。

症总发生率低于对照组( $\chi^2=6.248, P=0.012$ ),见表5。

表5 两组患者并发症发生情况的比较[n(%)]

组别	n	肛缘水肿	渗液	出血	发热	合计
对照组	41	4(9.76)	3(7.32)	2(4.88)	1(2.44)	10(24.39)
研究组	41	1(2.44)	0	1(2.44)	0	2(4.88)

### 3 讨论

手术是严重混合痔的一种治疗方案,由于肛门处神经、血管较为丰富,术后创面容易受到污染,因而患者术后容易出现肛周疼痛、肛缘水肿、肉芽组织生长不良、切口感染等并发症,影响创面愈合,增加患者痛苦<sup>[11-12]</sup>。如何预防术后并发症、促进创面愈合是目前临床医护工作者研究的重点。混合痔术后可因湿、热、瘀、虚等因素造成创面愈合迟缓,故需在术后配合内服、外治等方法促进创面愈合,其中外治法已被证实具有较高的安全性。熏洗坐浴是混合痔术后的常用治疗方案,虽然可在一定程度上促进术后创面愈合<sup>[13-15]</sup>,但其疗效欠佳,需配合其他方案以进一步促进术后恢复。散剂是中医的常用药物,其中生肌散有生肌解毒之效,多用于创面愈合缓慢者<sup>[16]</sup>。丁氏痔科生肌散是无锡市中医医院丁氏痔科所传承的外用方药,收录于江苏省第三批省级非物质文化遗产名录,是无锡市中医医院丁氏痔科传承的外用方药之一。丁氏痔科生肌散作为特色外用制剂,具有解毒、生肌的功效,作用于创面,可促进局部血液循环,加速创面的修复和愈合。故本研究探讨外用痔科生肌散联合消肿止痛方坐浴在混合痔术后恢复中的应用效果,以期为混合痔术后方案的选择提供参考。

本研究结果显示,研究组治疗的总有效率为95.12%,高于对照组的78.05%,术后肛周疼痛缓解时间、肛缘水肿缓解时间、创面愈合时间短于对照组,治疗2周后两组患者的中医证候积分、肛周疼痛VAS评分及肛缘水肿评分均低于治疗前,且研究组的上述指标低于对照组( $P<0.05$ ),提示与单用消肿止痛方坐浴相比,消肿止痛方坐浴后外用痔科生肌散的治疗效果更好,可更好地改善患者的肛周疼痛、肛缘水肿等症状,促进创面愈合。分析其原因:手术可对患者的经络、筋脉造成损伤,使患者出现气血不足、气机不调的现象,进而使得皮肉无法濡养,影响创面愈合速度,而且术后因肌肤损伤、伤口湿热,致使湿

热下注,进而出现肛门肿痛、坠胀症状,因此在治疗上应以清热收湿、活血化瘀、生肌为主。外治法可直接作用于创面,在提高药物浓度的同时,减轻口服药物的痛苦,其中,中药熏洗坐浴可减轻肛肠术后患者的肛周疼痛,促进创面愈合<sup>[17-18]</sup>;痔科生肌散中儿茶可活血散瘀、收敛止血、解毒收湿、敛疮生肌,黄柏可清热燥湿、泻火解毒,共为君药;赤石脂为矿石类中药,外用可收湿敛疮生肌,煅龙骨外用可燥湿、收敛、生肌,炉甘石可收湿止痒、解毒敛疮、生肌,共为臣药;血竭外用可活血止痛、化瘀止血生肌,乳香可活血行气、消肿止痛、生肌,没药可活血散瘀止痛、消肿生肌,轻粉可抗真菌,共为佐药;冰片为使药,可清热止痛、祛腐生肌。诸药合用,可达到消肿止痛,促进创面恢复的作用。消肿止痛方坐浴后外用痔科生肌散,可发挥协同作用,更利于创面的愈合。

肛门括约肌环绕在肛门周围,包括内括约肌和外括约肌,其中,内括约肌起到闭合肛门和协助排大便作用,外括约肌有括约肛门的功能,其收缩和放松是控制排大便的关键,还可以提供支撑作用,帮助维持膀胱和盆腔器官的位置,其直接决定了肛门的正常功能。虽然手术中会尽可能地保留肛门括约肌,但术后肛门功能的恢复仍需要很长一段时间<sup>[19-21]</sup>。本研究结果显示,治疗1个月后,两组患者的肛门感觉评分、控大便评分、肛门闭合评分及肛管高压带长度较治疗前降低或缩短,肛管最大收缩压、肛管静息压较治疗前升高,且研究组的上述指标改善程度优于对照组( $P<0.05$ ),提示与单用消肿止痛方坐浴相比,消肿止痛方坐浴后外用痔科生肌散可更好地改善患者的肛门功能,其原因可能与研究组创面愈合较快有关。此外,本研究结果显示,研究组的并发症总发生率低于对照组( $P<0.05$ ),提示消肿止痛方坐浴后外用痔科生肌散可降低混合痔患者术后并发症的发生,考虑与痔科生肌散具有消肿止痛、活血化瘀、抗菌作用有关。

综上所述,消肿止痛方坐浴后外用痔科生肌散可减轻混合痔术后患者肛周疼痛及肛缘水肿症状,减少并发症的发生,提高治疗效果,促进肛门功能的

恢复。但本研究为单中心研究,样本量较小,且随访时间较短,未来需联合多中心、增加样本量并延长随访时间进一步验证本研究的结论。

### 参 考 文 献

- [1] Huang H, Wen K, Ding XF, et al. The efficiency and safety of modified tissue-selecting therapy stapler combined with complete anal canal epithelial preservation operation in circumferential mixed hemorrhoids: a randomized controlled trial[J]. *Langenbecks Arch Surg*, 2023, 408(1): 332.
- [2] Wu J, Lu WZ, Yu KQ, et al. Clinical study of external application of Liuhe Dan in the treatment of anal edge edema after mixed hemorrhoid operation[J]. *Pak J Pharm Sci*, 2019, 32(3 Special): 1431-1435.
- [3] 陆春霞,沈蓉蓉.电针八髎穴结合西医常规疗法对混合痔术后疼痛及创面恢复的影响[J].*国际中医中药杂志*, 2022, 44(3): 288-291.
- [4] 张兵,饶佳,吴涛,等.七叶硝矾洗剂与金玄痔科熏洗散熏洗坐浴治疗湿热下注型混合痔术后患者的疗效对比研究[J].*四川中医*, 2021, 39(1): 144-147.
- [5] 张永丽,孙林梅,张翻翻.解毒生肌汤雾化熏洗联合常规疗法治疗混合痔术后疼痛水肿患者疗效及对凝血指标的影响[J].*血栓与止血学*, 2021, 27(5): 744-746.
- [6] 陈晓平,许文彬,赵赞.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.
- [7] 蒋荣伟.促愈汤内服联合消肿止痛方熏洗坐浴对混合痔术后康复的影响[J].*吉林中医药*, 2018, 38(9): 1053-1056.
- [8] 梁林江.一种痔科生肌散: CN201910286704.2 [P]. 2019-06-21[2023-12-20].
- [9] 安阿玥.肛肠病学[M]. 3版.北京:人民卫生出版社, 2015: 134-136.
- [10] 陈红凤.中医外科学[M].上海:中国中医药出版社有限公司, 2021.
- [11] Huang H, Wen K, Ding XF, et al. The efficiency and safety of modified tissue-selecting therapy stapler combined with complete anal canal epithelial preservation operation in circumferential mixed hemorrhoids: a randomized controlled trial[J]. *Langenbecks Arch Surg*, 2023, 408(1): 332.
- [12] 龙庆,李艳,李俊,等.电针联合耳穴贴压治疗混合痔外剥内扎术后肛门疼痛临床研究[J].*中国针灸*, 2018, 38(6): 580-585.
- [13] 王小婉,余自君,陈才怀,等.青枝方坐浴在混合痔术后的应用价值观察[J].*中国中医急症*, 2022, 31(4): 684-686.
- [14] 周芳平,邱允忠,杨凯昕,等.桃红化瘀洗剂坐浴对混合痔患者术后创面恢复和血清白细胞介素-6、血管内皮生长因子的影响[J].*辽宁中医杂志*, 2023, 50(1): 87-90.
- [15] 黄源锐,张俊君.痔瘘洗必灵袋泡剂不同坐浴时间对混合痔术后肛周恢复情况的影响及作用机制分析[J].*四川中医*, 2022, 40(3): 113-117.
- [16] 袁振山,李永康,梁妙嫦.生肌散外敷联合负压引流术对压疮感染患者炎症因子及治疗效果的影响[J].*现代中西医结合杂志*, 2018, 27(22): 2453-2456.
- [17] 翦闽涛,胡海平,严建,等.清热活血法配合速愈生肌散对肛肠术后肛周脓肿患者相关细胞因子影响[J].*辽宁中医药大学学报*, 2020, 22(5): 186-189.
- [18] 赵云,高哲.中医药外治疗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.
- [19] 叶杰阳,张圣江,庞苏滨,等.五倍子汤联合手术治疗环状混合痔术后肛门功能临床研究[J].*湖北中医药大学学报*, 2022, 24(3): 79-81.
- [20] Lu BY, Du J, Wu XY. The effects of modified Buzhong Yiqi decoction combined with Gangtai ointment on the wound healing and anal function in circumferential mixed hemorrhoid patients[J]. *Am J Transl Res*, 2021, 13(7): 8294-8301.
- [21] 倪永忠,惠小苏,周守芝,等.自动痔疮套扎术对Ⅲ、Ⅳ度混合痔患者肛门功能和机体应激的影响及手术效果的影响因素分析[J].*现代生物医学进展*, 2023, 23(3): 565-569, 514.

(收稿日期:2024-10-10 修回日期:2024-12-11)