

针刺联合中药熏洗对混合痔外切内扎术后创面及疼痛的影响

薛军, 李廷夺, 张超, 彭涛, 王桂宁

(河北省廊坊市中医医院, 廊坊 065000)

【摘要】 目的 观察针刺承山穴联合三黄汤熏洗治疗混合痔外切内扎术后恢复的临床疗效及对患者创面渗液、创面愈合及疼痛程度的影响。**方法** 对 92 例接受外切内扎术的混合痔患者进行回顾性研究, 根据不同治疗方法分为观察组和对照组, 每组 46 例。对照组术后予高锰酸钾坐浴及常规治疗, 观察组在对照组治疗基础上予针刺承山穴联合三黄汤熏洗治疗。比较两组水肿和渗出物消失时间、创面愈合时间、临床疗效以及并发症发生率。观察两组治疗前后肛门水肿积分、疼痛视觉模拟量表 (visual analog score, VAS) 评分、血清炎症因子水平、血清碱性成纤维生长因子 (basic fibroblast growth factor, bFGF) 水平和血小板源性生长因子 (platelet-derived growth factor, PDGF) 水平的变化。**结果** 观察组总有效率高于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。观察组治疗后肛门水肿积分和 VAS 评分均低于对照组 ($P < 0.05$), 血清超敏 C 反应蛋白 (hypersensitive C-reactive protein, hs-CRP) 和肿瘤坏死因子- α (tumor necrosis factor- α , TNF- α) 低于对照组 ($P < 0.05$), 血清 bFGF 和 PDGF 水平高于对照组 ($P < 0.05$)。观察组水肿和渗出物消失时间、创面愈合时间均短于对照组 ($P < 0.05$)。观察组并发症发生率低于对照组 ($P < 0.05$)。**结论** 在常规治疗和高锰酸钾坐浴治疗基础上, 针刺承山穴联合三黄汤熏洗治疗外切内扎术后混合痔患者可有效缓解创面渗液、水肿和疼痛, 减轻炎症反应, 加快创面愈合, 降低并发症发生率, 提高临床疗效。

【关键词】 针刺疗法; 穴, 承山; 熏洗; 三黄汤; 痔疮; 疼痛, 术后; 水肿

【中图分类号】 R246.2 **【文献标志码】** A

DOI: 10.13460/j.issn.1005-0957.2024.08.0875

Effect of acupuncture combined with traditional Chinese medicine fumigation on trauma and pain after mixed hemorrhoids external excision and internal ligation surgery XUE Jun, LI Tingduo, ZHANG Chao, PENG Tao, WANG Guining. Langfang TCM Hospital, Hebei, Langfang 065000, China

[Abstract] Objective To observe the clinical efficacy of acupuncture at Chengshan (BL57) combined with San Huang Tang fumigation in the treatment of mixed hemorrhoids after external excision and internal ligation for recovery and its effect on wound exudation, wound healing and pain level of patients. **Method** A retrospective study was conducted on 92 patients with mixed hemorrhoids who underwent external excision and internal ligation, and they were divided into an observation group and a control group according to the different treatment methods, with 46 cases in each group. The control group was treated with Potassium permanganate sitz bath and routine treatment, while the observation group was treated with acupuncture at Chengshan and fumigation with San Huang Tang on the basis of the treatment of the control group. The two groups were compared in terms of the disappearance of edema and exudate, wound healing time, clinical efficacy and complication rate. The anal edema score, visual analog score (VAS), serum inflammatory factor level, serum basic fibroblast growth factor (bFGF) level and platelet-derived growth factor (PDGF) level were observed before and after treatment in both groups. **Result** The total effective rate of the observation group

基金项目: 河北省中医药管理局科研计划基金项目 (2021377)

作者简介: 薛军 (1982—), 男, 主治医师, 硕士, Email: mkqdvj0608@163.com

通信作者: 李廷夺 (1982—), 男, 主治医师, 硕士, Email: 13603368777@163.com

was higher than that of the control group, and the difference was statistically significant ($P<0.05$). The anal edema points and VAS scores of the observation group were lower than those of the control group ($P<0.05$), and the serum hypersensitive C-reactive protein (hs-CRP) and tumor necrosis factor- α (TNF- α) were lower than those of the control group ($P<0.05$), and the serum levels of PDGF were lower than those of the control group ($P<0.05$). The disappearance time of edema and exudate and the wound healing time of the observation group were shorter than those of the control group ($P<0.05$). The complication rate of the observation group was lower than that of the control group ($P<0.05$). **Conclusion** On the basis of conventional treatment and Potassium permanganate sitz bath treatment, acupuncture at Chengshan acupoint combined with San Huang Tang fumigation treatment for mixed hemorrhoids after external cutting and internal ligation can effectively alleviate traumatic exudate, edema and pain, reduce inflammatory reaction, accelerate traumatic healing, reduce the incidence of complications, and improve the clinical efficacy.

[Key words] Acupuncture therapy; Point, Chengshan (BL57); Steaming washing therapy; San Huang Tang; Hemorrhoids; Pain, Postoperative; Edema

混合痔是肛肠科较为常见的一种疾病,是痔疮发展的最终阶段,病变部位在齿状线上下,覆盖有直肠黏膜和肛管皮肤,治疗难度大,复发率高^[1]。外切内扎术是目前临床治疗混合痔的主要手段,可有效缓解患者病情,但术后创面由于水肿、疼痛,容易滋生各种细菌,刺激肛门括约肌,影响创面局部及血液循环,导致创面难以愈合,甚至增加创面感染率^[2-3]。高锰酸钾坐浴是外切内扎术后常见的处理方案,虽然具有一定的杀菌效果,但长期使用会抑制皮肤油脂分泌,引起皮肤瘙痒等不适,存在一定的局限性^[4]。中医学认为混合痔的发生是由于饮食不节、湿热下注肛门所致,或由于过度劳累,导致局部血液运行不畅,瘀血聚集在肛门,从而诱发肛门瘙痒、疼痛等症状^[5]。中医治疗该病遵循“活血化瘀、清热解毒”的原则。基于此,本研究采用回顾

性研究的方法,观察针刺承山穴联合三黄汤熏洗治疗外切内扎术后混合痔患者的临床疗效及对创面渗液、创面愈合及疼痛程度的影响。

1 临床资料

1.1 一般资料

选定廊坊市中医医院肛肠科2021年1月至2023年1月住院的92例接受外切内扎术治疗的混合痔患者,进行回顾性研究。根据治疗方法的不同分为观察组和对照组,每组46例。两组性别、年龄、病程、身体质量指数(body mass index, BMI)、疾病程度和混合痔类型比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性,详见表1。本研究已通过廊坊市中医医院伦理委员会审批(编号202012198)。

表1 两组一般资料比较

组别	例数	性别/例		年龄/岁 ($\bar{x} \pm s$)	病程/年 ($\bar{x} \pm s$)	BMI/($\text{kg} \cdot \text{m}^{-2}$) ($\bar{x} \pm s$)	疾病程度/例		混合痔类型/例		
		男	女				III°	IV°	静脉曲张型	结缔组织型	环状
观察组	46	26	20	49±7	4.52±0.62	24.62±1.12	30	16	16	20	10
对照组	46	28	18	49±6	4.55±0.57	24.95±1.13	27	19	18	19	9

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准

参照《中国痔病诊疗指南(2020)》^[6]中混合痔的诊断标准。内痔和外痔同时存在,病情严重的患者伴有环状痔脱出,且均经肛门指诊、视诊、肛门镜检查确诊。

1.2.2 中医诊断标准

参照《中医肛肠科病症诊断疗效标准》^[7]中湿热壅滞型痔疮的诊断标准。主症为便血,肛门肿胀;次症为大便秘结,食欲不振,口苦咽干;舌红,苔腻,脉浮数。

主症≥2项,合并有次症和舌苔脉象,即可确诊。

1.3 纳入标准

年龄>18周岁,性别不限;均接受外切内扎术治疗;无酒精或药物依赖史及滥用史;疾病分度为III°~IV°;视听能力和沟通能力正常,配合度良好;术前肛门无明显畸形,功能正常;美国麻醉医师协会(American Society of Anesthesiologists, ASA)分级为I~II级;肛管静息压≥105 mmHg;临床资料完整齐全;患者及家属均知情本研究且自愿参与,并签署知

情同意书。

1.4 排除标准

合并肛门直肠肿瘤、肛周脓肿、肛裂等其他肛肠科疾病者;哺乳期、妊娠期、月经期者;肝功能异常者;取穴部位皮肤破溃、感染者;对本研究涉及药物过敏者;合并严重贫血、营养不良、凝血功能障碍等疾病者;同期参与其他研究或中途由于病情变化从本研究退出者;有自杀倾向或处于重度焦虑、抑郁状态者;血压控制不良者;合并特异性感染者。

2 治疗方法

2.1 对照组

术后予高锰酸钾坐浴及常规治疗。术后 6 h 可进食少量半流质饮食,多吃富含维生素粗纤维的食物,禁食刺激、辛辣、生硬的食物,每日饮水量 1 500 mL 以上,保持二便通畅,每次排便后以清水清洗肛门。术后予高锰酸钾[江西普和药业有限公司,赣卫消证字(2021)第 C005 号,规格 260 mL]坐浴,与水的比例为 1:5 000,每次 15 min,每日 2 次。予马应龙麝香痔疮膏(马应龙药业集团股份有限公司,国药准字 Z42021920,规格 20 g)涂抹于创面,每日 2 次。连续 7 d。

2.2 观察组

在对照组治疗基础上予针刺承山穴联合三黄汤熏洗治疗。三黄汤组方为冰片 5 g,黄柏 30 g,黄连 30 g,黄芩 30 g,浸泡于 3 000 mL 冷水中,煎煮 30 min 后取药液 1 000 mL,先熏洗肛门而后坐浴,每次 30 min,每日 2 次,连续熏洗 7 d。指导患者采取侧卧位,对承山穴及周边皮肤进行常规消毒,采用一次性针灸针(0.30 mm×50 mm)直刺进针 40 mm,以平补平泻提插捻转手法行针,得气后留针 30 min,连续针刺 7 d。

3 治疗效果

3.1 观察指标

3.1.1 肛门水肿积分^[8]

无水肿为 0 分,水肿面积<肛周面积 25%为 1 分,水肿面积占肛周面积 25%~50%为 2 分,水肿面积>肛周面积 50%为 3 分。分值越高表示水肿越严重。治疗前后分别由主治医师评估两组患者肛门水肿积分。

3.1.2 疼痛视觉模拟量表(visual analog score, VAS)^[9]评分

总分为 10 分,0 分为无痛,1~3 分为轻度,4~6 分

为中度,7~9 分为重度,10 分是极重度。治疗前后分别由主治医师评估两组患者 VAS 评分。

3.1.3 实验室检测指标

治疗前后分别抽取患者 5 mL 空腹静脉血,离心 10 min(离心速率 4 000 r/min,离心半径 8 cm),将上层清液分离后放置在 -80 ℃环境下待检。以酶联免疫吸附法检测血清炎症因子[超敏 C 反应蛋白(hypersensitive C-reactive protein, hs-CRP)和肿瘤坏死因子- α (tumor necrosis factor- α , TNF- α)]、血清碱性成纤维生长因子(basic fibroblast growth factor, bFGF)和血小板源性生长因子(platelet-derived growth factor, PDGF)。

3.1.4 水肿和渗出物消失时间以及创面愈合时间

观察两组患者水肿和渗出物消失时间以及创面愈合时间。

3.1.5 并发症发生情况

观察两组并发症发生情况,并计算两组并发症发生率。

3.2 疗效标准

显效:创面愈合,肛周渗出液、水肿、疼痛等症状消失。

有效:创面恢复良好,肛周渗出液、水肿、疼痛等症状明显减轻。

无效:创面未见愈合,肛周渗出液、水肿、疼痛等症状无好转、无改善。

总有效率=[(显效+有效)例数/总例数]×100%。

3.3 统计学方法

数据处理选用 SPSS26.0 统计软件。正态分布的计量资料用均数±标准差表示,组间比较用两独立样本 *t* 检验,组内比较用配对设计资料 *t* 检验。计数资料比较采用卡方检验,若理论频数<1 时取精确概率值,两组等级资料比较采用 *Ridit* 分析。以 *P*<0.05 表示差异具有统计学意义。

3.4 治疗结果

3.4.1 两组临床疗效比较

观察组总有效率高于对照组,组间差异具有统计学意义(*P*<0.05)。详见表 2。

3.4.2 两组治疗前后肛门水肿积分和 VAS 评分比较

治疗前,两组肛门水肿积分和 VAS 评分比较,差异无统计学意义(*P*>0.05)。治疗后,两组肛门水肿积分和 VAS 评分均较治疗前降低(*P*<0.05),且观察组肛门

水肿积分和 VAS 评分均低于对照组 ($P<0.05$)。详见表 3。

3.4.3 两组治疗前后血清炎症因子水平比较

治疗前, 两组血清 hs-CRP 和 TNF- α 水平比较, 差异无统计学意义 ($P>0.05$)。治疗后, 两组血清 hs-CRP 和 TNF- α 水平均低于同组治疗前 ($P<0.05$), 且观察组

均低于对照组 ($P<0.05$)。详见表 4。

表 2 两组临床疗效比较 单位: 例

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率 (%)
观察组	46	19	25	2	95.7 ¹⁾
对照组	46	10	23	13	71.7

注: 与对照组比较 ¹⁾ $P<0.05$ 。

表 3 两组治疗前后肛门水肿积分和 VAS 评分比较 ($\bar{x} \pm s$) 单位: 分

项目	观察组 (46 例)		对照组 (46 例)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
肛门水肿积分	7.16 $\pm$ 1.33	1.95 $\pm$ 0.25 ¹⁾²⁾	7.20 $\pm$ 1.25	4.58 $\pm$ 0.84 ¹⁾
VAS 评分	2.52 $\pm$ 0.33	1.01 $\pm$ 0.12 ¹⁾²⁾	2.55 $\pm$ 0.29	1.85 $\pm$ 0.17 ¹⁾

注: 与同组治疗前比较 ¹⁾ $P<0.05$; 与对照组比较 ²⁾ $P<0.05$ 。

表 4 两组治疗前后血清炎症因子水平比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	时间	hs-CRP/(mg $\cdot$ L ⁻¹)	TNF- α /(ng $\cdot$ L ⁻¹)
观察组	46	治疗前	12.62 $\pm$ 2.55	3.52 $\pm$ 0.45
		治疗后	8.16 $\pm$ 1.33 ¹⁾²⁾	2.26 $\pm$ 0.16 ¹⁾²⁾
对照组	46	治疗前	12.59 $\pm$ 2.82	3.49 $\pm$ 0.51
		治疗后	10.59 $\pm$ 1.95 ¹⁾	3.45 $\pm$ 0.27 ¹⁾

注: 与同组治疗前比较 ¹⁾ $P<0.05$; 与对照组比较 ²⁾ $P<0.05$ 。

3.4.4 两组治疗前后血清 bFGF 和 PDGF 水平比较

治疗前, 两组 bFGF 和 PDGF 水平比较, 差异无统计学意义 ($P>0.05$)。治疗后, 两组 bFGF 和 PDGF 水平均高于同组治疗前 ($P<0.05$), 且观察组 bFGF 和 PDGF 水平高于对照组 ($P<0.05$)。详见表 5。

表 5 两组治疗前后血清 bFGF 和 PDGF 水平比较 ($\bar{x} \pm s$)

单位: ng $\cdot$ L ⁻¹				
组别	例数	时间	bFGF	PDGF
观察组	46	治疗前	38.26 $\pm$ 5.11	51.52 $\pm$ 6.22
		治疗后	59.82 $\pm$ 12.62 ¹⁾²⁾	76.85 $\pm$ 8.05 ¹⁾²⁾
对照组	46	治疗前	38.36 $\pm$ 5.06	51.92 $\pm$ 6.06
		治疗后	43.92 $\pm$ 8.14 ¹⁾	62.85 $\pm$ 7.04 ¹⁾

注: 与同组治疗前比较 ¹⁾ $P<0.05$; 与对照组比较 ²⁾ $P<0.05$ 。

3.4.5 两组水肿和渗出物消失时间以及创面愈合时间比较

观察组水肿和渗出物消失时间以及创面愈合时间均短于对照组, 差异具有统计学意义 ($P<0.05$)。详见表 6。

表 6 两组水肿和渗出物消失时间以及创面愈合时间比较

单位: d			
组别	例数	水肿消失时间	渗出物消失时间
观察组	46	4.52 $\pm$ 0.16 ¹⁾	5.05 $\pm$ 1.33 ¹⁾
对照组	46	6.95 $\pm$ 0.85	7.59 $\pm$ 1.62

注: 与对照组比较 ¹⁾ $P<0.05$ 。

3.4.6 两组并发症发生率比较

观察组并发症发生率低于对照组, 差异具有统计学意义 ($P<0.05$)。详见表 7。

表 7 两组并发症发生率比较 单位: 例

组别	例数	尿潴留	创面感染	便秘	创面出血	并发症发生率 (%)
观察组	46	0	0	1	1	4.4 ¹⁾
对照组	46	3	1	4	2	21.7

注: 与对照组比较 ¹⁾ $P<0.05$ 。

4 讨论

近年来, 随着人们饮食结构、生活方式改变, 痔疮的发病率明显增高, 痔疮可发生于任何年龄段的人群, 随着年龄的增长, 发病率会逐年增高^[10-11]。据调查显示, 肛肠疾病中痔疮占到了 87.3%^[12]。混合痔是痔疮较为常见的一种类型, 具体表现为肛门异物感、下坠、脱出、便血、局部瘙痒等, 临床多采用手术治疗^[13]。但由于术后患者排便, 会导致创面暴露、括约肌痉挛, 局部释放大量的炎性介质, 引发疼痛刺激, 降低疼痛阈值, 加之

肛门周边分布丰富的神经,会导致患者在术后承受强烈的疼痛感,严重影响了创口愈合,同时对患者身心健康造成严重不良影响^[14-15]。目前,临床针对混合痔术后创面水肿、疼痛等各类不适症状,多采用高锰酸钾坐浴等治疗方案,虽然具有消毒、杀菌效果,但无法从根本上解除疼痛诱因,且长期使用会诱发皮肤干燥等不良反应,存在一定的局限性^[16]。

中医学认为,痔疮的发生与湿、燥、热、风等有关,受劳伤虚损、饮食不节、久站久坐等因素的影响,导致湿热、浊气、瘀血聚集在肛门,经络阻滞、气血凝聚,从而诱发痔疮^[17]。混合痔患者术后多存在经脉失养、血瘀气滞、湿热下注现象。手术创伤属于金刃所伤,会损伤肛周脉络,导致血液运行不畅,同时与创面的热毒蕴结,加重湿热余毒聚集现象,血热搏结日久,会瘀滞成热,不利于手术创面愈合。故中医治疗该病以“清热除湿、散瘀解毒”为治则。本研究显示,观察组临床总有效率高于对照组,观察组治疗后肛门水肿积分、VAS 评分均低于对照组,观察组水肿、渗出物消失时间、创面愈合时间均短于对照组。说明针刺承山穴联合三黄汤熏洗可有效改善混合痔术后创面不适。三黄汤出自《伤寒杂病论》,具有消肿止痛、清热解毒作用^[18]。三黄汤中的黄连善清心胃实火,具有泻火燥湿、清热解毒作用;黄柏善于清下焦湿热,迫使毒浊从尿液流出;黄芩善清上焦、肺热之火,具有泻火、解毒、清热的作用;冰片具有清热解毒、开窍醒神的功效。诸药配伍,协同作用,可发挥祛邪扶正、清热利湿功效。承山穴归属于足太阳膀胱经,主人体阳气,刺激该穴位,可有效振奋阳气,具有缓解疲劳、振奋精神、解除湿邪等作用。在《肘后歌》中提到“五痔原因热血作,承山须下病无踪”,说明承山在治疗痔疮类疾病方面具有显著效果。针刺承山穴联合三黄汤熏洗,两种中医外治技术相结合,优势互补,可有效缓解术后创面疼痛、水肿等不适症状。

临床有研究表明,痔疮患者由于疾病本身及手术创伤等因素的影响,机体会出现不同程度炎症反应,释放大量的促炎因子,例如 hs-CRP、TNF- α ,增加创面愈合难度^[19]。本研究显示,观察组治疗后血清 hs-CRP 和 TNF- α 水平均低于对照组。说明针刺承山穴联合三黄汤熏洗可抑制炎症因子释放。三黄汤中含有黄芩苷、氨基酸等成分,具有清洁、抗炎、杀菌、消毒、抗氧化

应激等功效,通过中药熏洗的方式给药,可增加创面的药物浓度,有效抑制肛门部位细菌繁殖,减轻局部炎症反应,降低炎症因子水平。针刺承山穴可有效调节机体炎症状态,影响细胞自噬与凋亡过程,发挥改善局部微循环、促进炎症介质吸收等作用。本研究显示,观察组治疗后血清 bFGF 和 PDGF 水平均高于对照组。说明针刺承山穴联合三黄汤熏洗可促进肉芽组织生长,加快创面愈合。创面的修复涉及了多种细胞参与,bFGF 与肉芽组织蛋白生成有关,可增加局部胶原蛋白含量。PDGF 主要趋化聚集在创面,可改善局部微循环,增加血流量,影响创面修复^[20]。三黄汤中药熏洗在温热刺激下,可促进药物透皮吸收,调节神经体液系统,有效隔离内外环境,促进局部组织生长及局部淋巴回流,改善肛周微循环,加快创面修复。针刺承山穴通过调控局部炎症反应,改善肛周新陈代谢,促使肿痛及分泌物等症状消退,气血通畅,从而加快创面修复和愈合。

本研究显示,观察组并发症总发生率低于对照组。说明针刺承山穴联合三黄汤熏洗可减少混合痔术后创面感染等并发症,提高治疗安全性。针刺承山穴联合三黄汤熏洗通过体表给药及体表刺激的方式,加快药物吸收,增强止痛和消肿效果,其中针刺承山穴还可调节肠道运动以及膀胱气化功能,增强肠道分泌肠液功能,纠正肠神经系统功能、肠动力异常,预防便秘、尿潴留等并发症发生,或减少由于便秘、过度用力排便而引发的创面出血等并发症。两种外治技术具有操作方便、价格低廉、不良反应少等优势,患者接受度较高,具有广阔的应用前景。

本研究存在几点不足,例如样本病例数较小、以回顾性研究为主、仅对比了高锰酸钾和马应龙麝香痔疮膏单独使用与联合针刺承山穴联合三黄汤熏洗治疗的临床疗效。真实世界中应纳入更全面、更综合的患者,开展大样本前瞻性研究,多分类、多层次、多因素的展开统计学数据比较,以期优化针刺承山穴联合三黄汤熏洗改善混合痔患者术后不适症状提供更多参考依据。

综上所述,在常规治疗和高锰酸钾坐浴治疗基础上,针刺承山穴联合三黄汤熏洗治疗外切内扎术后混合痔患者可有效缓解创面渗液、水肿和疼痛,减轻炎症反应,加快创面愈合,降低并发症发生率,提高临床疗效。

参考文献

- [1] VERWEIJ M E, HOENDERVANGERS S, COUWENBERG A M, *et al.* Impact of dose-escalated chemoradiation on quality of life in patients with locally advanced rectal cancer: 2-year follow-up of the randomized RECTAL-BOOST trial[J]. *Int J Radiat Oncol Biol Phys*, 2022 (3) :694-703.
- [2] 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 (3) :288-291.
- [3] 刘晓标, 倪伟, 周莉莉. 复方黄柏涂液联合痔上黏膜环切钉合术对混合痔术后切口肿痛的影响[J]. 长春中医药大学学报, 2022 (4) :421-423.
- [4] 陈勇, 黄璇, 高献明, 等. 中药熏洗联合生物反馈对直肠内脱垂吻合器痔上黏膜环切术后临床疗效[J]. 中华中医药杂志, 2021 (2) :1192-1196.
- [5] 丁晓红, 范从烟, 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 (8) :1300-1303.
- [6] 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 (5) :519-533.
- [7] 国家中医药管理局. 中医肛肠科病症诊断疗效标准[S]. 南京: 南京大学出版社, 1994:132-134.
- [8] 刘勇桃, 黄娟, 李扬轶, 等. 加味祛毒汤熏洗结合隔姜灸改善混合痔术后肛门水肿疼痛的效果观察[J]. 四川中医, 2021 (9) :156-159.
- [9] 赵权, 谢蕾卉, 赖添武, 等. 直肠痔上黏膜环切术联合分区剥扎断桥缝合术治疗重度环状混合痔患者的临床效果[J]. 广西医学, 2022 (12) :1332-1336.
- [10] 刘嫒, 刘志, 李丹丹. 荆芥消肿止痛汤结合耳穴埋籽对肛肠手术患者临床疗效、疼痛、并发症的影响[J]. 辽宁中医杂志, 2021 (12) :169-172.
- [11] MILONE M, ADAMINA M, AREZZO A, *et al.* UEG and EAES rapid guideline: systematic review, meta-analysis, GRADE assessment and evidence-informed European recommendations on TaTME for rectal cancer[J]. *Surg Endosc*, 2022 (4) :2221-2232.
- [12] 刘海燕, 张惠, 康群. 穴位贴敷联合皮内针对混合痔术后疼痛患者的干预效果[J]. 海军医学杂志, 2022 (10) :1153-1156.
- [13] WAN L, SUN Z, PENG W, *et al.* Selecting candidates for organ-preserving strategies after neoadjuvant chemoradiotherapy for rectal cancer: development and validation of a model integrating mri radiomics and pathomics[J]. *J Magn Reson Imaging*, 2022 (4) :1130-1142.
- [14] 王蒙, 宁豫勇, 武伟, 等. 吻合器痔上黏膜环切术联合部分肛门括约肌切断术对重度混合痔术后创缘水肿及肛门功能的影响[J]. 河北医学, 2021 (7) :1152-1156.
- [15] 杜炳林, 徐众淼. 止痛如神汤口服联合苦参汤熏洗治疗混合痔术后疼痛的临床疗效观察[J]. 世界中西医结合杂志, 2021 (2) :339-341, 345.
- [16] 王清园, 杨巍, 彭云花, 等. 实炎方保留灌肠联合坐浴在III度内痔患者选择性痔上黏膜切除钉合术后的应用[J]. 陕西中医, 2022 (10) :1419-1422, 1426.
- [17] 彭军良, 沈雪峰, 李利雄, 等. 清热利湿止血方对湿热下注型环状混合痔术后疗效影响研究[J]. 现代中西医结合杂志, 2021 (25) :2741-2745, 2799.
- [18] 孟梦, 赵鲁卿, 张声生. 加味三黄汤灌肠治疗大肠湿热证溃疡性结肠炎的临床注册登记研究[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2022 (7) :469-474.
- [19] 王东宏, 胡响当, 刘洁. 凉血地黄汤联合消痔栓治疗混合痔术后并发症疗效观察及对创面愈合、炎症因子的影响[J]. 湖南中医药大学学报, 2022 (3) :465-470.
- [20] 焦浩, 袁春静, 赵志强, 等. 冰硝散治疗痔术后水肿患者疗效观察及对血清PDGF、bFGF、VEGF和肛肠动力学影响[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2022 (3) :190-194.

收稿日期 2023-12-11