

清热生肌散坐浴联合揿针治疗混合痔术后水肿的临床观察

田宗林, 伍宏图*

天柱县中医院普外科, 贵州 天柱

收稿日期: 2026年1月3日; 录用日期: 2026年1月28日; 发布日期: 2026年2月4日

摘要

目的: 评估清热生肌散坐浴联合揿针治疗混合痔(湿热下注型)术后水肿的临床疗效, 并研究其机制。方法: 将62名患者随机分为两组, 每组各31人, 其中对照组给予清热生肌散坐浴治疗, 研究组在对照组的基础上联合揿针治疗。治疗周期为八周。通过比较两组治疗前后的临床效果、中医证候积分和血浆中MTL的含量变化来评价治疗成效。结果: 治疗组总有效率为86.67%, 明显优于对照组的73.33% ($p < 0.05$)。两组症状积分均有所下降, 但治疗组下降更为明显。同时, 两组血浆中MTL的含量变化均降低, 治疗组降低程度较大, 具有统计学意义($p < 0.05$)。结论: 清热生肌散坐浴联合揿针治疗混合痔(湿热下注型)术后水肿方面具有显著的临床疗效, 并能有效改善证候积分和血浆中MTL水平。

关键词

清热生肌散, 混合痔, 临床疗效

Clinical Observation of Sitz Bath with Qingre Shengji Powder Combined with Press-Needle Therapy for Postoperative Edema after Mixed Hemorrhoids Surgery

Zonglin Tian, Hongtu Wu*

General Surgery Department, Tianzhu County Hospital of Traditional Chinese Medicine, Tianzhu Guizhou

Received: January 3, 2026; accepted: January 28, 2026; published: February 4, 2026

*通讯作者。

Abstract

Objective: In order to evaluate the clinical effect and explore the mechanism of sitz baths with Qingre Shengji Powder combined with press-needle therapy for postoperative edema after mixed hemorrhoid surgery in patients with damp-heat downward pattern. **Methods:** 62 patients were randomly divided into two groups, 31 people in each group, and the control group was given sitz baths with Qingre Shengji Powder alone, and the study group was combined with press needle treatment based on the control group. The treatment cycle was performed for eight weeks. The treatment effect was evaluated by comparing the clinical effects before and after treatment, TCM syndrome points, and changes in plasma MTL content in the two groups. **Results:** The overall response rate of the treatment group was 86.67%, which was significantly better than the 73.33% in the control group ($p < 0.05$). The symptom score was decreased in both groups, but the decrease was more pronounced in the treatment group. Meanwhile, the change of MTL decreased in both groups, and the decrease in the treatment group was statistically significant ($p < 0.05$). **Conclusion:** Qingre Shengji Powder sitz baths combined with press-needle therapy markedly improve postoperative edema in mixed hemorrhoid patients with damp-heat downward pattern, and can effectively improve the syndrome score and MTL level in plasma.

Keywords

Qingre Shengji Powder, Mixed Hemorrhoids, Clinical Effect

Copyright © 2026 by author(s) and Hans Publishers Inc.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License (CC BY 4.0).

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



Open Access

1. 引言

混合痔术后水肿是肛门直肠术后常见的并发症，由术后局部组织损伤，血液、淋巴循环障碍，血管渗透压增高，水分在组织间隙潴留过多，或血管受到损伤后血液渗入组织间隙形成血栓所引起，表现为肛管及肛缘皮肤充血、水肿、隆起或肿胀疼痛[1][2]。由于手术本身具有创伤性，虽然近年来很多学者对痔的手术方式进行了各种改进，避免了一些严重并发症的发生，但仍然不可避免地会产生诸如肛缘水肿之类的并发症[3]。肛缘水肿给患者带来极大的痛苦，同时也延长了疗程，影响创口愈合。一方面，增加了病人的经济和心理负担；另一方面，还极大地影响了病人对手术效果的评价，导致医患矛盾的发生，医疗纠纷的增加[4]。因此，针对混合痔术后肛缘水肿的问题，近代医学采取了各种治疗措施，如口服迈之灵消除水肿等[5]。其中具有代表性的治疗方法是高锰酸钾溶液(1:5000)坐浴，因高锰酸钾具有杀菌和收敛作用，故在消除炎性渗出、防治局部感染、促进创面愈合方面，取得了一定的效果，成为痔术后公认有效的治疗方法[6]。然而各种治疗措施仍存在局限，或疗效不确切，或使用不方便，或副作用较大等。混合痔术后发生肛缘水肿的首要因素是手术使局部组织受到损伤，原有的静脉、淋巴循环通路被破坏，局部循环受阻，组织液滞留，或血管受损伤后血液渗入组织间隙形成血栓，引起一系列病理变化[7]。中医学认为肛肠病术后局部水肿是经络阻滞，气血凝滞，湿热下注所致。在临床诊治工作中，我们根据中医学“久病伤血、久病成瘀”的原则，认为混合痔术后肛缘水肿的病因为“湿、热、瘀”，主要病机是“湿热下注，气滞血瘀”，故治疗上以清热利湿解毒、活血化瘀止痛为主要原则。苦

参汤出自《疡科心得集》一书，原用于治疗“一切疥癩疯癬”，有清热除湿、祛风凉血、杀虫止痒之功，在现代医学中也常用于治疗皮肤病。从痔术后肛缘水肿的病因“湿、热、瘀”着手，我们将清热生肌散加减应用于混合痔术后肛缘水肿的患者，取得了较好的效果。目前，西医针对混合痔术后并发症主要以对症治疗为主，缺乏对全身机能的调动性，治疗效果比较局限，且其潜在的副作用也是不可忽视的。中医药外洗从整体观念出发，通过辨证论治进行选方用药，增强了对全身机能的调动性，可同时治疗多个并发症，使临床效果得到明显的提升，而且具有副作用小的特点，其在混合痔术后的治疗上显示出极大优势。

2. 临床资料

2.1. 病例来源

本研究病例均来自天柱县中医院肛肠科门诊及住院部，符合混合痔(湿热下注型)中西医诊断的患者共 60 例，病例采集时间在 2022 年 12 月至 2023 年 6 月。病例筛选时，先排除其他因素所致混合痔，再依据患者的临床表现、专科检查及实验室检查结果，符合《痔临床诊治指南(2006 版)》混合痔诊断标准者方纳入研究。

2.2. 诊断标准

2.2.1. 西医诊断标准

痔术后水肿的诊断标准：1) 痔疮术后切口周围水肿，皮色正常或微红；2) 以肛门肿痛为主症；3) 专科检查排除血栓及切口感染。

2.2.2. 中医诊断标准

参照 2019 年国家中医药管理局发布的中华人民共和国中医药行业标准《中医证候诊断疗效标准》——CSR 的证型分类标准：1) 痔疮术后切口周围水肿，皮色正常或微红；2) 以肛门肿痛为主症；3) 专科检查排除血栓及切口感染。

2.3. 纳入标准

1) 年龄介于 18~65 岁之间；2) 符合《痔临床诊治指南(2006 版)》混合痔诊断标准，行外剥内扎硬注术、外切内扎术、PPH 辅助外痔切除术的患者；3) 符合痔术后肛缘水肿的诊断标准，并未采取其他方法治疗者；4) 已完成完整的病史询问和体格检查；5) 患者知情同意，接受实验要求的治疗者。

2.4. 排除、终止、剔除标准

1) 不符合中西医疾病和证型的诊断标准，有明显兼证者；2) 有血栓形成，同时合并如肛瘘、肛周脓肿等多种影响疗效判定的肛周疾病；3) 有结肠、直肠、肛管等器质性病变者；4) 合并便秘或者腹泻患者；5) 有心血管、肝、肾和造血系统等严重原发疾病；6) 精神异常，不能配合实验的患者；7) 治疗过程中，患者自主决定退出试验。符合以上任一条件者。

3. 治疗方法与观察指标

3.1. 治疗方法

对照组：清热生肌散中药外洗。方剂组成：白鲜皮 30 g、地肤子 30 g、紫花地丁 30 g、白花蛇舌草 30 g、败酱草 30 g、土茯苓 30 g、黄芩 30 g、黄连 16 g、黄柏 16 g、大黄 16 g、白芨 20 g、仙鹤草 20 g、苦参 30 g；中药来源：由天柱县中医院提供，深圳华润三九医药贸易有限公司生产。服药方式：

每剂中药包含上述中药颗粒小包, 将各小包混合后放入容器, 加入 450 ml 水搅拌至溶解, 每日 1 剂, 分 3 次服用, 每次 150 ml, 在三餐后半小时服用浸泡肛门。连续服用 14 天为一个疗程, 共进行 1 个疗程。

治疗组: 在对照组的基础上联合揿针治疗, 按针穴位: 取 C2~C7 足三里、脾俞、胃俞、三阴交、合谷穴、阳溪穴、曲池穴(《经络腧穴学》)。将揿针贴于选好的穴位上, 双侧同时进行。每周贴 3 次, 每贴至少间隔 1 日。要求患者每日按压 ≥ 5 次, 每穴每次按压 60 秒。按压刺激不宜过强, 避免局部皮肤损伤, 使穴位局部发热或产生酸、麻、胀痛感为佳。

3.2. 观察指标

3.2.1. 临床症状评分

临床症状评分依据《中药新药临床研究指导原则(试行 2019)》及实际临床状况综合制定。

3.2.2. 安全性评价指标与副作用

1) 监测生命体征(体温、心脉、呼吸和血压); 2) 检查血常规、肝肾功、心电图及大小便; 3) 检测血浆中胃动素(MTL)的含量。实验过程中需时刻监测患者生命体征, 一旦出现不良症状, 应及时处理并研究患者情况, 详细记录临床表现及处理措施。若发生严重不良反应, 应立即停药。

3.3. 疗效评定

3.3.1. 疗效评价准则

评估患者症状改善程度时, 可借鉴以下计算方法: $(\text{疗前得分} - \text{疗后得分})/\text{疗前得分} \times 100\%$ 。以下为具体评判标准: 1) 康复: 症状完全缓解, 改善率超过 95%; 2) 显著进步: 症状明显改善, 改善率介于 70% 至 95% 之间; 3) 有所好转: 症状略有减轻, 改善率在 30% 至 70% 范围内; 4) 无变化或恶化: 症状无显著改善甚至加重, 改善率低于 30%。

3.3.2. 临床症状评分标准

会根据具体的临床表现采用四级评分制度, 包括无、轻、中、重四个等级, 主要症状的分数分别为 0、2、4、6 分, 次要症状的分数为 0、1、2、3 分。在治疗前后进行评分对比, 以观察两组治疗效果。在治疗前后的评分对比中, 观察两组的治疗效果。需要注意的是, 舌象和脉象的描述需详尽, 但不在评分范围内。

3.4. 统计处理方式

实验所得数据将通过 SPSS 27.0 软件进行分析处理。计数资料将使用卡方检验进行统计; 对于服从正态分布的计量资料, 将采用平均值加减标准差(\pm)表示, 并通过检验进行比较。在等级资料的对比中, 使用秩和检验, 以 $p < 0.05$ 作为判定差异具有统计学意义的标准。

4. 研究结果

4.1. 一般资料对比

对比分析进入本次研究的 62 例患者的性别、年龄和病程。纳入治疗组的 31 例患者中, 男性占 10 例, 女性占 21 例, 平均年龄为 (45.87 ± 10.12) 岁, 平均病程为 (15.32 ± 5.92) 个月。纳入对照组的 31 例患者中, 男性占 11 例, 女性占 20 例, 平均年龄为 (44.74 ± 10.17) 岁, 平均病程为 (15.13 ± 5.78) 个月。将两组患者一般资料进行分析对比, 差异均无统计学意义($p > 0.05$), 说明具有可比性(见表 1)。

Table 1. Comparison of gender, age, and disease duration between the two groups**表 1. 两组性别、年龄、病程对比**

组别	病程	性别		年龄
		男	女	
治疗组	15.32 ± 5.92	10	21	45.87 ± 10.12
对照组	15.13 ± 5.78	11	20	44.74 ± 10.17
<i>t/χ²</i>	0.13	0.072		0.438
<i>p</i>	0.897	0.788		0.663

注：性别用 χ^2 检验分析；年龄及病程使用两独立样本 *t* 检验分析，差异均无统计学意义(*p* > 0.05)。

4.2. 两组症状总积分比较

两组在治疗前中医症状总积分方面比较差异无统计学意义(*p* > 0.05)，说明具有可比性。经治疗后，两组中医症状总积分较治疗前均降低，差异有统计学意义(*p* < 0.01)，说明两组的干预措施均有疗效。治疗后两组之间症状总积分对比：治疗组症状总积分低于对照组，差异有统计学意义(*p* < 0.01)，说明治疗组较对照组在总症状改善方面效果更佳(见表 2)。

Table 2. Comparison of total symptom scores before and after treatment between the two groups**表 2. 两组治疗前后症状总积分比较**

组别	治疗前	治疗后	<i>t</i>	<i>p</i> ^b
治疗组	18.23 ± 2.28	4.61 ± 3.69	17.368	<0.001
对照组	18.26 ± 2.52	8.03 ± 4.59	13.899	<0.001
<i>t</i>	-0.053	-3.23	-	-
<i>p</i> ^a	0.958	0.002	-	-

注：a 表示治疗前后两组之间进行比较，使用两独立样本 *t* 检验进行统计分析；b 表示治疗前后两组组内比较运用配对样本 *t* 检验。

4.3. 两组临床疗效比较

两组患者治疗 4 周后的临床总有效率对比显示：治疗组和对照组的总有效率分别为 90.32%、80.64%。两组总有效率对比差异有统计学意义(*p* < 0.01)，表明治疗组较对照组临床疗效更好(见表 3)。

Table 3. Comparison of clinical efficacy between the two treatment groups**表 3. 两组治疗临床疗效比较**

分组	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效率	<i>Z</i>	<i>p</i>
治疗组	31	4	17	7	3	90.32%	2.859	0.004
对照组	31	1	8	16	6	80.64%		

4.4. 两组患者治疗前后血浆中 MTL 的水平比较

两组患者治疗前血浆中 MTL 含量对比差异无统计学意义(*p* = 0.672 > 0.05)，表明两组之间具有可比性。治疗 4 周后两组患者血浆中 MTL 含量较治疗前均升高，差异有统计学意义(*p* < 0.01)，说明两组治疗方法均有效。治疗后两组患者之间血浆中 MTL 含量比较：治疗组血浆中 MTL 含量高于对照组，差异有统计学意义(*p* < 0.01)，可见治疗组较对照组能更显著提高患者血浆中 MTL 的水平(见表 4)。

Table 4. Comparison of MTL levels before and after treatment between the two groups ($n = 31$, $\bar{x} \pm s$; pg/ml)
表 4. 两组治疗前后 MTL 水平比较($n = 31$, $\bar{x} \pm s$; pg/ml)

组别	治疗前	治疗后	t	p ^b
治疗组	209.46 ± 21.34	333.54 ± 28.04	-18.790	<0.001
对照组	207.10 ± 22.30	276.81 ± 28.27	-9.428	<0.001
t	0.425	7.932	-	-
p ^a	0.672	<0.001	-	-

注: a 表示治疗前后两组之间进行比较, 运用两独立样本 t 检验进行统计分析; b 表示治疗前后两组组内比较使用配对样本 t 检验。

5. 总结

混合痔术后水肿表现为肛管及肛缘皮肤充血、水肿、隆起或肿胀疼痛。一般将因局部循环障碍、血管渗透压增加、淋巴回流障碍, 使组织内渗透压增加而引起的水肿, 称为充血性水肿[9]; 因肛管及肛缘感染引起的, 或炎性反应渗出增加导致的水肿, 称为炎性水肿[10]。临幊上这两种原因常同时存在, 相互渗透形成肛缘周围水肿[11]。手术或结扎直接损伤络脉、经脉, 使局部经脉、络脉之气被隔绝、阻断, 经滞则气不行, 气滞则血不行, 气与血俱滞, 气血瘀阻, 经络不通[12]。《素问·阴阳应象大论》说: “气伤痛, 形伤肿”, 气机不利, 流通障碍, 气聚凝滞而疼痛, 血有形, 形伤肿, 瘀血阻滞, 不通则痛, 故血瘀会出现局部肿胀疼痛。瘀血不去, 血行之道不得宣通, 可使血不循经, “离经之血”较多, 出血反复不止。刘完素在《河间六书》中提出了“风湿邪热”学说, 并强调热邪对痔发病的关键作用。《东垣十书》云: “善为病者, 皆是湿热风燥四气所伤, 而热最为多也。”经脉内联脏腑, 外络肢节, 痔术后局部皮肉受损、经络受伤, 犹壁之有穴, 墙之有窦, 无异于门户洞开。故易使邪气——尤其是“湿热”之邪搏结于肛门, 加之术后久忍大便不出, 致燥热内结, 易耗伤津液, 无以下润大肠, 致大便干涩[13]。明·薛己在《薛氏医案》曰: “臀, 膀胱经部分也, 居小腹之后, 此阴中之阴, 其道远, 其位僻, 虽太阳多血, 气运难及, 血亦罕到……”术后肛门局部的气血不足, 推动无力, 易发生局部气血阻滞, 而致“不荣则痛”和“不通则痛”且局部气血不足[12]。清热生肌散首先由伍宏图副主任医师提出, 主要由白鲜皮、地肤子、紫花地丁、白花蛇舌草、败酱草、土茯苓、黄芩、黄连、黄柏、大黄、白芨、仙鹤草、苦参组成, 方中白鲜皮、地肤子、紫花地丁、白花蛇舌草、败酱草、土茯苓主要以清热解毒为主; 黄芩、黄连、黄柏、大黄、白芨、仙鹤草、苦参以疏经通络、化湿通经、生肌敛疮为主要功效, 诸药合用主要起清热解毒、生肌敛疮之效, 联合揿针治疗混合痔术后水肿在临床实践中, 患者的满意度高, 值得进一步探究。

在本项研究中, 我们发现在混合痔术后水肿的治疗过程中, 当同时采用清热生肌散坐浴和揿针治疗时效果明显好于仅用清热生肌散坐浴治疗。两个小组的患者都显示出病情有显著好转, 这种变化是可测量的并且存在统计学差异($p < 0.05$), 而且治疗组的表现更为突出。此外, 经过治疗之后, 两个小组患者血液中的 MTL 含量都有所减少, 这个结果也表现出了明显的统计学差异($p < 0.05$), 但是治疗组的变化幅度比对照组要小一些, 这表明治疗组的疗效更好($p < 0.05$)。综上所述, 清热生肌散坐浴联合揿针治疗混合痔(湿热下注型)术后水肿疗效确切, 能显著缓解患者症状, 其研究价值和作用机制与调节血浆中 MTL 水平密切相关。但本文仍存在一定的局限性, 建议未来研究多纳入病历, 使得数据更加真实可靠。

声 明

本研究获得天柱县中医医院伦理委员会批准(审批号: KY2025-089)。

参考文献

- [1] 梁高华, 廖丽云, 单辉强. 基于中和思想改良苦参汤熏洗治疗混合痔术后肛缘水肿临床观察[J]. 光明中医, 2024, 39(16): 3287-3290.
- [2] 季青, 王剑新, 韩娟, 等. 苦参汤加减熏洗联合理气通腑活血方及八髎穴贴敷对混合痔术后重度肛缘水肿患者的临床疗效[J]. 中成药, 2024, 46(8): 2819-2822.
- [3] 陈华丽. 苦参汤加减中药熏洗对混合痔患者术后肛缘水肿、肛门疼痛及切口愈合的影响[J]. 基层医学论坛, 2024, 28(17): 153-156.
- [4] 陈建科. 中药肛肠外洗治疗湿热下注型混合痔术后创面水肿疼痛的临床研究[J]. 医药论坛杂志, 2024, 45(10): 1107-1111.
- [5] 王树杰, 王建民, 李明, 等. 止痛如意汤加减联合痔疮洗剂治疗混合痔术后患者的临床观察[J]. 中国民族民间医药, 2024, 33(7): 93-96.
- [6] 周祝兰. 中药坐浴熏洗配合红光治疗对混合痔外剥内扎术后创面愈合及肛缘水肿的影响[J]. 系统医学, 2024, 9(5): 29-33.
- [7] 胡小玲, 陈惠清, 彭军良. 中医外治混合痔术后肛缘水肿进展[J]. 光明中医, 2024, 39(4): 821-824.
- [8] 中华医学会外科学分会结直肠肛门外科学组, 中华中医药学会肛肠病专业委员会, 中国中西医结合学会结直肠肛门病专业委员会. 痔临床诊治指南(2006 版) [J]. 中华胃肠外科杂志, 2006, 9(5): 461-463.
- [9] 唐海月, 孙长柱. 复方苦参洗剂熏洗坐浴用于混合痔术后的疗效观察[J]. 中国肛肠病杂志, 2024, 44(6): 29-31.
- [10] 谢莉萍, 洪燕秋, 何之光. 腕踝针联合商调音乐在混合痔术后病人中的应用[J]. 护理研究, 2024, 38(1): 148-151.
- [11] 蔡娇娇, 施捷, 李晓军. 苦参清热消肿止痛汤坐浴联合揿针疗法在混合痔术后患者中的应用效果[J]. 广西医学, 2023, 45(22): 2711-2716+2724.
- [12] 李红岩, 林燕, 胡静, 等. 情绪释放疗法联合药物缓解混合痔手术病人术后疼痛的效果观察[J]. 护理研究, 2024, 38(12): 2218-2220.
- [13] 左鹏鹏. 复方黄柏涂剂联合马应龙痔疮膏对混合痔患者术后创面愈合及炎症反应的影响[J]. 山西医药杂志, 2024, 53(11): 841-844.