

# 中药药线内痔结扎外痔切缝术 治疗混合痔的临床观察\*

王文刚 翟文炜 张溪

(西安市中医医院肛肠科, 陕西 西安 710021)

**摘要:**目的 中药药线内痔结扎外痔切缝术治疗混合痔的临床疗效。方法 将120例混合痔患者,按入院先后随机分为治疗组与对照组,每组各60例。治疗组采用中药药线内痔结扎外痔切缝术,对照组用切除缝合法术,观察总体疗效,肛门疼痛程度、创缘水肿、肛门坠胀、便血、创面感染、创面愈合时间、肛门狭窄及肛门功能等情况。结果 治疗组总有效率为100.0%,临床总体疗效与对照组比较无差异( $P>0.05$ )。治疗组术后6小时内、第一次排便时、第7天的疼痛评分均低于对照组( $P<0.05$ )。术后创缘水肿、肛门坠胀、出血方面与对照组比较有差异( $P<0.05$ ),在术后肛门狭窄方面无差异( $P>0.05$ )。创面愈合时间短于对照组( $P<0.05$ )。治疗组及对照组术后均未见创面感染,肛门功能评价达到Williams标准A级;治疗组未见不良反应。结论 中药药线内痔结扎外痔切缝术在缩短创面愈合时间、减轻术后疼痛、减少术后创缘水肿、肛门坠胀、出血方面优于切除缝合法术。

**关键词:**中药药线;内痔结扎外痔切缝;混合痔。

**中图分类号:**R277 **文献标识码:**A **文章编号:**2096-1340(2019)06-0142-04

**DOI:**10.13424/j.cnki.jsctem.2019.06.038

痔是一种常见病、多发病。当内痔已发展至Ⅲ、Ⅳ度或Ⅱ度内痔伴出血严重者,急性嵌顿性痔,坏死性痔,混合痔症状和体征显著的外痔,非手术治疗无效且无手术禁忌证者均适合手术治疗<sup>[1]</sup>。传统内扎外剥术有创面大、术后出血、疼痛、愈合时间较长等并发症,水肿的风险较大<sup>[2]</sup>。尽可能减少对肛管解剖及组织结构的损伤、保护肛门功能、阻断痔血供、减少复发、降低术后并发症发生率成为目前混合痔的治疗方向<sup>[3]</sup>。我科将传统混合痔外剥内扎术与切除缝合法结合治疗混合痔,该术式具有创面小,愈合时间短的优势<sup>[4]</sup>。但在临床观察中我们发现该术式仍存在愈合时间长、创缘水肿、肛门坠胀等不足,鉴于此我们在切除缝合法的基础上引入中药药线采用中药药线内痔结扎外痔切缝术治疗混合痔,现将观察结果报道如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料 选择西安市中医医院肛肠科三

病区2017年12月~2018年6月间行混合痔手术的患者,选择120例符合纳入标准的病例,按入院先后随机分为治疗组(60例)、对照组(60例),分别行中药药线内痔结扎外痔切缝术、切除缝合法术。诊断标准:参考《痔临床诊治指南(2006版)》。病例纳入标准:①符合上述混合痔的诊断标准;②年龄在20~60岁;③患者术前经非手术治疗无效并自愿参加该项临床研究,同意为其所选用手术方式者;④凝血系列、肝肾功能均在正常范围内。

**1.2 药线的制备**<sup>[5]</sup> 药线基质选择张觉人《外科十三方考》痔瘻药线方中“蜘蛛线方”加减,先将方中芫花、大黄、黄柏、黄连、青黛、地榆、血竭、大戟、甘遂、连翘、五倍子、白芷等各15g,加水1000mL浸泡40min后文火煎60min,滤去药渣,继续文火煎至药液约100mL。将4号丝线约50g放入浓缩药液中,再加入没药、乳香、密陀僧各15g,文火煎至上药融化至将干,取出丝线高压灭菌,装暗色瓶避光保存备用。

1.3 治疗方法

1.3.1 手术前准备 术前常规检查,排除手术禁忌症,备皮,术前予清洁肠道,术前6小时禁饮食。

1.3.2 手术操作 治疗组:中药药线内痔结扎外痔切缝术操作要点:于外痔部分自然分布较明显处,行放射性梭形切口,切口向内延伸至齿线下,静脉团、结缔组织、瘢痕及血栓予以彻底清除,修剪冗长的皮赘,单4号药线自齿线下依次间断缝合,针距在0.3cm以内;止血钳夹取痔核粘膜顶端,适当力量向肛外牵拉至暴露良好为止,沿直肠纵轴,用弯钳夹持基底粘膜,用双4号药线在钳夹组织的中上1/3作“8”字缝扎,结扎后剪除部分痔核,残端回缩肛内。同法处理其他点位混合痔。注意内痔结扎在不同的平面,皮桥要对接平整,一般最多可缝合四个方向,不留死腔,保留齿线。

对照组:切除缝合术操作要点:术式同上,结扎内痔线及缝合外痔线均换用4号丝线。

1.3.3 术后处理 围手术期规范使用抗生素48小时,预防感染;术后48小时流质饮食,控制排便

约36~48小时,以后半流质饮食,结扎线脱落后改普食。48小时后每日常规换药,换药前用自制中药熏洗坐浴。外敷自制消肿止痛膏、拔毒膏、九华膏等,肛内纳入普济痔疮栓。缝合线术后7天拆除。

1.4 观察指标

1.4.1 评价标准 疗效判定标准 参照中医肛肠科病症诊断疗效标准<sup>[6]</sup>。治愈:症状及体征消失,痔核消失,肛门外观及功能正常。好转:症状及体征改善,痔核缩小,肛门外观及功能正常。无效:症状及体征均无变化。

1.4.2 并发症判定标准 按照混合痔术后的常见症状,分别对肛门疼痛程度、创缘水肿、肛门坠胀、便血、创面感染、创面愈合时间、肛门狭窄及肛门功能等进行临床观察。为使临床疗效判断更准确,参照中医肛肠科病证诊断疗效标准,结合临床实际,将主要症状和体征根据轻重程度进行分级,标准见表1。

表1 混合痔术后分级标准

评分	创缘水肿	肛门坠胀	便血	肛门狭窄
0度	无水肿	无肛门坠胀	无便血	无狭窄
1度	水肿≤1/4肛周	偶有或较轻	便后手纸染血或粪便少量带血	轻度狭窄,大便变细,指检时食指能通过,但肛门口较紧
2度	1/4肛周<水肿≤1/2肛周	频发或较重,休息或治疗后缓解	粪便表面染血较多,便后可止血,不需特殊处理	中度狭窄,大便排出困难,指检时食指通过较困难
3度	水肿>1/2肛周	频发或较重,休息或治疗后缓解 不明显	排出较多血液和血块,需特殊处理	重度狭窄,大便排出极困难,指检食指不能纳入肛内

1.4.3 疼痛程度 观察术后6小时内、第一次排便时、第七天的肛门术区疼痛情况,术后疼痛评估采用视觉模拟评分法(VAS),以“0”表示不痛,“10”表示病人想象中的最痛值,让病人在此区间内自我测评。

1.4.4 创面愈合时间 创面愈合标准通过肉芽填充、上皮组织爬行覆盖创面,观察其愈合时间。

1.4.5 创面感染 术后创面及周围红肿疼痛,创面有脓性分泌物,肛周压痛,或伴有发热、头痛、食欲不振等全身症状。肛门功能评价 Williams 标准:A级:固体、液体、气体控制良好;B级:固体、液体控制良好,气体失禁;C级:偶尔少量污染衣裤,固体控制良好,偶尔液体失禁;D级:污染衣裤,经

常液体失禁;E级:经常固体、液体失禁。安全性观察 观察治疗组肛门局部有无斑丘疹、异常分泌物、红肿硬结异常情况以及有无寒战高热、胸闷心慌、神昏谵语等全身性的不良反应。

1.5 统计学方法 本研究结果采用统计软件SPSS17.0进行统计分析,计量资料均以均数标准差表示;计量资料的比较用t检验;计数资料的比较用χ<sup>2</sup>检验或Fisher确切概率法。所有的统计检验均采用双侧检验,给出统计量及确切概率P值,P值小于或等于0.05将被认为所检验的差别有统计意义。

2 结果

2.1 疗效比较 两组总有效率比较,差异无统计

学意义(  $P>0.05$  )。见表 2。

表 2 两组疗效比较[  $n(\%)$  ]

组别	n	治愈	好转	无效	总有效率
治疗组	60	56(93.33)	4(6.67)	0(0.00)	60(100.00)
对照组	60	53(88.33)	6(10.00)	1(1.67)	59(98.33)

表 3 两组创缘水肿、肛门坠胀、便血、肛门狭窄主要症状比较

主要症状	n	治疗组					t 值	P 值	N	对照组		
		3 度	0 度	1 度	2 度	3 度				0 度	1 度	2 度
创缘水肿	60	58	2	0	0	2.462	0.014	60	50	6	4	0
肛门坠胀	60	57	3	0	0	3.701	0.000	60	42	7	8	3
便血	60	54	6	0	0	2.480	0.013	60	44	10	6	0
肛门狭窄	60	58	2	0	0	0.455	0.649	60	57	3	0	0

2.3 疼痛程度评分比较 治疗组术后 6 小时内、第一次排便时、第 7 天的疼痛评分均低于对照组(  $P<0.05$  )。见表 4。

表 4 两组疼痛程度评分比较(  $\bar{x}\pm s$  )

组别	术后 6 小时内	第一次排便时	第七天
治疗组	3.73±1.13	2.57±0.96	1.46±0.77
对照组	6.71±1.19	5.65±1.27	2.58±1.06
t 值	14.036	14.960	6.594
P 值	0.000	0.000	0.000

2.4 创面愈合时间比较 治疗组( 9.02±1.24 )天,对照组( 12.98±1.72 )天, (  $t=14.472$   $P=0.00$  ),  $P<0.05$  ,治疗组创面愈合时间短于对照组。

2.5 治疗结果 两组术后均未见创面感染,肛门功能评价达到 Williams 标准 A 级;治疗组未见不良反应。

结果提示,中药药线内痔结扎外痔切缝术在缩短创面愈合时间、减轻术后疼痛、减少术后创缘水肿、肛门坠胀、出血方面优于切除缝合术。

3 讨论

中药药线是指通过蒸煮浸泡等方式将药物的治疗作用附加到特制线或类似线物上的一种传统中医外用剂型,有化腐去管和排脓生肌的作用,在痔漏的治疗应用广泛<sup>[7]</sup>。明代陈实功所著《外科正宗》:“三品一条枪最灵,雄矾砒信少人闻,加上

2.2 创缘水肿、肛门坠胀、便血、肛门狭窄主要症状比较

术后创缘水肿、肛门坠胀、出血方面与对照组比较有差异(  $P<0.05$  ),在术后肛门狭窄方面无差异(  $P>0.05$  )。见表 3。

乳香为线药,疗疽疮漏尽承平”“上品锭子去十八种痔”。《医宗金鉴》中详细说明了丝线药线治疗痔疮或瘰癧等疾病的方法和操作,主要用于瘰癧、痔、蕈等肿物的结扎、瘰管的挂线和止血等。后世将其发展为用棉线、丝线或麻绳与辅药制成药线用于中医外科的肿瘤、赘生物及肛肠疾病的痔、瘰、窦等的治疗<sup>[8]</sup>,具有扩创引流、祛腐排异、蚀管消腔、堵漏生肌、拔毒长肉等功效<sup>[9]</sup>。本研究药线基质选择张觉人《外科十三方考》痔瘰药线方中“蜘蛛线方”加减,药线以大黄、黄柏、黄连、青黛、连翘以清热解毒,消肿止痛;乳香、没药、地榆、血竭、白芷以活血止痛,消肿生肌,止血敛疮;密陀僧、芫花、大戟、甘遂以攻痰逐水,蚀疮排脓之功;五倍子敛疮生肌。以上诸药配伍,以清热解毒、活血止痛、去腐生肌的功效。本方中以清热解毒、止痛生肌药为主药,辅以蚀疮药,是以止痛生肌为目的的药线。现代药理研究表明<sup>[10]</sup>:该药线可缓解平滑肌痉挛,有局部麻醉镇痛作用;抗炎抑制病原微生物的生长,有抗菌解毒作用;增强毛细血管抵抗力、减少毛细血管脆性,缩短出血和凝血时间,可防止血栓形成;促进血管新生,消除炎症水肿,改善创面微循环,促进肉芽组织生长和加速伤口愈合。采用药线取代丝线结扎内痔,首先以“线”阻断了供应痔核组织的血管,痔核失去了血液供应发生萎缩坏死而脱落<sup>[11]</sup>,而药线中具有腐蚀作用的药物能加快此过程。其次痔核根部伤口以

“药”清热解毒、活血止痛、去腐生肌,可防止结扎部位水肿<sup>[12]</sup>,减少对肛管直肠的机械刺激引起的肛门坠胀,避免了大出血的发生。药线作为异物能刺激肉芽组织生长,而药线中生肌成分所煨之“脓”<sup>[13]</sup>,有滋润及濡养创面,促进创面生长,加快伤口愈合<sup>[14]</sup>。是谓一边钝性切割蚀疮一边消肿止痛生肌促进愈合,有效预防和减轻术后疼痛、创缘水肿、肛门坠胀、出血等并发症的发生。较传统理念不同,采用药线缝合外痔切除部分,闭合创面,镇痛抗炎抑菌促进愈合,减轻疼痛,减少继发感染,减少肛缘水肿,保持正常肛门形态和外观,快速恢复功能。中药药线内痔结扎外痔切缝术治疗混合痔是我科在“煨脓长肉”和“药线”理论指导下,在传承祖国医学药线疗法和科技成果混合痔内痔结扎外痔切除缝合法的基础上,以“微创”“快速康复”的理念,探索并创新的能切除病灶,减轻痛苦,减少术后并发症,缩短愈合时间的中医微创疗法。符合混合痔缩小创面,减少组织损伤,把对肛门功能的影响降到最低甚至消除影响,最大程度减少术后并发症的发生,提高疗效的手术治疗目的<sup>[15]</sup>。我们认为该术式以药线结扎内痔,切除外痔闭合创面,能彻底切除病灶,减轻疼痛,减少术后并发症,缩短愈合时间,对混合痔有较好疗效,值得推广。

参考文献

[1] 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[J]. 中华胃肠外科杂志, 2006, 9(5): 461-462.

[2] 丁超, 王琛. 混合痔手术治疗的研究进展[J]. 中国当代

医药, 2017, 24(14): 12.

[3] 陈利生, 高枫. 痔的外科治疗[J]. 大肠肛门病外科杂志, 2002, 8(3): 133-135.

[4] 訾维, 翟文炜, 贺向东. 内扎外剥术加肛门成形术治疗混合痔临床研究[J]. 上海中医药杂志, 2014, 48(4): 82-83.

[5] 杨云, 葛志明, 赵红波, 等. 中药药线对口引流法治疗复杂性肛瘘的临床研究[J]. 宁夏医学杂志, 2014, 36(8): 751.

[6] 国家中医药管理局. 中华人民共和国中医药行业标准·中医病证诊断疗效标准: 2012年版[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2012: 53-54.

[7] 黄乃健. 中国肛肠病学[M]. 济南: 山东科学技术出版社, 1996: 729.

[8] 荣文舟. 痔、瘰、裂微创疗法[J]. 陕西中医, 2009, 30(S): 303-304.

[9] 汪陆玲. 刘爱民主任医师外用线经验[J]. 中国中医急症, 2009, 18(10): 1642.

[10] 元明华. 药线结扎法治疗痔的临床研究[D]. 济南: 山东中医药大学, 2010: 27.

[11] 谭成郑, 谭美郑. 药线加双环结扎法治疗息肉痔[J]. 四川中医, 1991, 10(12): 43.

[12] 杨界辉. 药线缝扎加中药注射治疗内痔 1485 例[J]. 中国肛肠病杂志, 2003, 23(11): 45.

[13] 徐杰男, 阙华发. 中医外科“提脓祛腐”“煨脓长肉”理论与应用[J]. 上海中医药杂志, 2011, 45(12): 24-26.

[14] 吴闯, 王芳, 肖文, 等. 药线在现代肛肠疾病治疗中的应用[J]. 新中医, 2013, 45(2): 118.

[15] 吴凡, 李忠卓. 痔的手术方式及个体化手术治疗[J]. 中医外治杂志, 2017, 26(1): 59.

(收稿日期: 2019-06-22 编辑: 巩振东)

(上接第 125 页)

[8] 王畅, 董晓薇, 徐建云. 吉生巧用郁金临床特色探析[J]. 中国中医基础医学杂志, 2018, 24(2): 243-244.

[9] 杨培民. 香附最佳炮制品规格下的实验研究[J]. 辽宁中医杂志, 1991, 18(4): 37-38.

[10] 梁文波, 张学梅, 等. 莱菔子提取物镇咳祛痰平喘作用研究[J]. 大连大学学报, 2002, 23(4): 93.

[11] 刘焰东, 蔡小丽, 张伟安. 中药黄芪的药理作用及临床应用效果研究[J]. 心电图杂志(电子版) 2019, 8(3): 37-39.

[12] 黄敬文, 高宏伟, 段剑飞. 地龙的化学成分和药理作用研究进展[J]. 中医药导报, 2018, 4(12): 04-107.

[13] 唐鼎, 涂乾, 李娟, 等. 用地龙的药理作用和临床研究进展[J]. 中国药师, 2015, 18(6): 1016-1019.

[14] 张凤春, 陈云峰, 苏颜珍. 地龙对巨噬细胞免疫活性的增强作用[J]. 中国药理学杂志, 1998, 33(9): 532-535.

[15] 牛少强, 户玉轩. 穴位按摩联合益肺安神汤治疗肺气虚型煤工尘肺失眠患者的临床效果[J]. 中国当代医药, 2019, 26(1): 200-203.

(收稿日期: 2019-08-01 编辑: 巩振东)