

DOI: 10.12209/CAIM202506130006

· 中西医结合临床案例 ·

中药浸泡法干预 1 例混合痔 术后恢复的护理病例报告

左珊珊, 李 瑾

(北京市健宫医院 普外科, 北京, 100054)

摘要: 对于 44 岁行外痔切除联合内痔套扎术的男性混合痔患者, 临床采用以中药浸泡(主要药物组成为苦参、白鲜皮及金银花等)为核心, 结合辨证施护与基础护理的中医护理方案。结果显示, 术后 72 h 湿疹渗液减少 50%, 数字疼痛评分法(NRS)从 6.5 分降至 2 分, 出院时血红蛋白升至 85 g/L, 验证中药浸泡在湿热下注型混合痔术后的临床价值。

关键词: 混合痔; 中药浸泡; 中医特色护理; 术后恢复; 湿热下注证

Nursing Case Report on Chinese Herbal Soaking Therapy for Postoperative Recovery of Mixed Hemorrhoids

ZUO Shanshan, LI Jin

(Department of General Surgery, Beijing Jiangong Hospital, Beijing, 100054)

ABSTRACT: A 44-year-old male patient with mixed hemorrhoids underwent external hemorrhoidectomy combined with internal hemorrhoid ligation. A Traditional Chinese Medicine (TCM) nursing protocol was implemented, featuring herbal soaking therapy (composed primarily of *Sophora flavescens* [Kushen], *Dictamnus dasycarpus* [Baixianpi], and *Lonicera japonica* [Jinyinhua]) integrated with syndrome-differentiated care and routine nursing. Results demonstrated a 50% reduction in eczema exudate within 72 hours postoperatively, a decrease in Numerical Rating Scale (NRS) pain scores from 6.5 to 2, and an increase in hemoglobin to 85 g/L upon discharge, confirming the clinical efficacy of herbal soaking for postoperative management of mixed hemorrhoids with dampness-heat pouring downward syndrome.

KEY WORDS: mixed hemorrhoids; Chinese herbal soaking; TCM-specialized nursing; postoperative recovery; dampness-heat pouring downward syndrome

混合痔术后因手术创伤易引发肛周湿热瘀滞, 导致疼痛、水肿及创面愈合缓慢等并发症, 严重影响患者康复质量。中药浸泡法作为中医外治法的重要组成部分, 通过药物透皮吸收与温热效应, 可直达病所, 发挥清热利湿、消肿止痛及活血化瘀功效。研究表明, 苦参、黄柏等中药成分能抑制炎症因子释放, 改善局部微循环^[1-2], 而浸泡联合坐浴的序贯疗法可提升临床有效率 15%~20%^[3-4]。本个案参考《中医病证诊断疗效标准》及多项临床研究^[5], 针对湿热下注证型患者, 探讨中药浸泡在混合痔术后的规范化应用, 为优化中医护理方案提供实证支持。

1 病例资料

1.1 一般资料

患者男, 44 岁, 于 2025 年 05 月 10 日入院。患者身高 175 cm, 体重 75 kg, 主诉肛周肿物脱出 6 个月, 加重 3 个月, 伴便血(排便时肛门肿物脱出, 便后不能还纳, 近 3 个月便血加重呈喷射状、鲜红色)。入院症见: 神清, 精神尚可, 诉肛门坠胀、灼热不适, 小便黄, 大便黏滞不爽; 舌淡红, 苔黄腻, 脉滑数。既往史: 既往身体健康状况一般, 否认高血压、糖尿病、心脏病病史; 无手术史、输血史, 无过敏史, 家族中无类似病史。

收稿日期: 2025-06-13

通信作者: 李瑾, E-mail: 862442472@qq.com

OPEN ACCESS

<https://case.jcme.net.cn>

1.2 体格检查

患者生命体征平稳,体温(T)36.5℃,脉搏(P)98次/min,呼吸(R)20次/min,血压(BP)129/78 mm Hg。膝胸位肛周检查见湿疹样皮损伴潮湿,肛门口环状痔块脱出(直径约2 cm,不可自行回纳),齿状线处可见3处静脉曲张团块;直肠指诊未触及肿物,指套无染血。中医四诊:神色自如,面色红润,舌淡红苔黄腻(中部厚浊),脉滑数(右关明显),伴肛门坠胀夜间加重,符合湿热下注证候。

1.3 诊断

1.3.1 中医诊断

病名:痔病;证型:湿热下注证。辨证依据:患者平素饮食不节,致湿热内生,下注大肠、留注肛门。湿热蕴结使肛门部气血纵横、经络交错而生痔核;热盛迫血妄行,血不循经则下溢成便血;湿热阻滞肠道气机,致肛门灼热、坠胀不适,肛内肿物脱出不能回纳;舌淡红、苔黄,脉滑,均为湿热下注之象。患者喜食辛辣厚味,致湿热内生,下注肛门,符合《外科正宗》“饮食不节,湿热下注成痔”的病机描述。

1.3.2 西医诊断

诊断结果:混合痔(内痔Ⅳ期,外痔环状混合痔),便血。辅助检查:结合血常规、CT等检查,排除肛管直肠癌(无大便习惯改变、黏液脓血便等)、肛周脓肿(无局部红肿热痛、波动感等)等疾病,符合混合痔、便血诊断,入院后经完善检查,新增肛周湿疹、中度贫血、结肠息肉诊断。

1.4 治疗

治疗手段:2025年05月14日在全麻下行外痔切除+经肛门镜内痔套扎+肛周封闭术+超声刀使用;术后予抗炎、止痛、换药及中药浸泡治疗,2次/d,分别于上午10:00、下午16:00进行。予患者中药坐浴治疗(苦参、白鲜皮、金银花等组方,每100 mL药液含生药120 g),配合实施外科入院护理常规、一级护理,完善检查,同步开展情志疏导、饮食调护。患者术后恢复良好,无特殊不适,于2025年05月19日办理出院,结束治疗。

2 护理

2.1 护理评估

患者术后呈现典型混合痔术后表现,生命体征平稳,肛周可见环状痔块脱出伴湿疹样改变,直肠指诊未及肿物。实验室检查提示中度贫血

(Hb77 g/L,属中风险需每日监测);心理评估显示中度焦虑(SAS评分为65分),主要担忧术后疼痛及复发风险。社会支持评估发现患者因久坐职业及术前症状导致社交受限,但家属照护意愿良好。

患者舌红苔黄腻、脉滑数,伴肛门坠胀(3/4分)、疼痛(NRS评分为6.5分)及少量分泌物,符合湿热下注证;体质辨识为痰湿体质(BMI26.4),存在痰湿化热之象。创面观察显示腐肉占比从术后首日30%降至第3日10%,肉芽生长良好。整体提示需采取清热利湿、健脾化痰的干预策略,同时加强疼痛管理及贫血纠正。

2.2 护理诊断

皮肤完整性受损与术后肛周创面、湿疹相关;疼痛与肛周皮肤湿疹样有关;潜在并发症,贫血加重与术前便血、术后营养需求增加有关^[4];焦虑与疾病反复、手术担忧有关。

2.3 护理计划

皮肤完整性修复:目标:术后改善肛周湿疹状况,减少创面分泌物,减轻水肿,术后72 h内减少湿疹渗液量50%,5 d内湿疹面积缩小至2 cm²以下,7 d创面肉芽组织覆盖率≥90%,逐步恢复皮肤完整性。疼痛管理:目标:术后24 h患者NRS评分≤4分,48 h患者NRS评分≤3分,72 h后疼痛对睡眠无影响,术后3 d内降低肛周疼痛,提升患者疼痛耐受度。贫血防控:目标:住院期间血红蛋白降幅≤5 g/L,出院时较术前提升≥2 g/L,确保住院期间血红蛋白水平稳定,出院前不出现贫血加重情况。心理调适:目标:缓解患者焦虑情绪,使其积极配合治疗护理。

2.4 护理措施

2.4.1 皮肤修复干预

术后第2日起,针对湿热下注证增强清热之力,采用改良中药组方(苦参30 g、白鲜皮25 g、金银花20 g、黄柏15 g,较原方增加白鲜皮剂量25%)并加入透皮促进剂冰片3 g(研末后以40℃药汁溶解),煎制为1.2 g/mL药液。操作时以无菌6层纱布(10 cm×8 cm)浸透38~42℃药液(电子测温计实时监测),敷贴范围超出创面5 cm,保鲜膜包裹保温20~30 min/次,2次/d;操作前评估皮肤状态,过程中观察过敏或烫伤风险,术后清洁皮肤并涂氧化锌软膏。创面护理根据分期处理:渗液期选用藻酸盐敷料,肉芽期改用水胶体敷料,每日以生理盐水清洁创面。针对糖尿病患者,中药浸泡温度降至38℃,缩短至15 min,避免皮肤破溃。

2.4.2 疼痛管理

疼痛监测:每6 h评估NRS评分,记录疼痛部位、性质,若评分超标及时调整护理方案。药物干预:遵医嘱术后24 h内按需使用非甾体抗炎药(如布洛芬),48 h后根据NRS评分调整用药频率,避免过量使用;NRS评分 ≥ 4 分时,使用双氯芬酸钠栓,配合腹式呼吸训练,10 min/次。中医方法:耳穴按压肛门、神门等穴位,其中肛门穴位于对耳轮下脚末端,神门穴位于三角窝后1/3处,每穴按压30 s,间隔5 min,3次/d。物理缓解:坐浴时控制水温在40℃左右,利用温水舒缓痉挛;指导患者采取侧卧位,在臀下放置柔软气垫圈减轻创面压迫。排便护理:术后3 d内予缓泻剂(如乳果糖)软化大便,避免排使用力撕裂创面,排便后用温水轻柔清洁,减少刺激引发的疼痛。

2.4.3 贫血干预

饮食调理:每日提供高蛋白、高铁饮食,如瘦肉、动物肝脏、菠菜等,搭配富含维生素C的蔬果(如橙子、猕猴桃),促进铁吸收,避免浓茶、咖啡影响铁代谢,饮用黄芪当归红枣汤。监测与干预:Hb < 70 g/L时启动预警,网织红细胞 $< 0.5\%$ 时用药干预。出血防控:密切观察创面渗血情况,若出现持续渗血或便血及时使用止血药物并报告医生,减少失血导致的贫血加重。

2.4.4 焦虑护理

主动与患者沟通,安抚患者焦虑情绪,讲解康复过程及成功案例;采用“五行音乐疗法”,于每日8:00/16:00播放角调音乐《春江花月夜》(38~42 Hz低频段),配合“嘘字诀”呼吸训练,助疏肝理气,缓解情绪^[6]。鼓励家属每日陪伴,参与护理过程(如协助坐浴、饮食准备),增强患者心理安全感。记录每日恢复进展(如湿疹面积缩小、疼痛减轻),及时反馈给患者,强化治疗信心。

2.4.5 饮食护理

术后48 h予无渣流质(藕粉、蛋汤),避免排便刺激;术后3 d起增加清热利湿食物(如每日午餐加冬瓜薏米粥100 mL,晚餐加绿豆汤50 mL)及含铁食材(每日瘦肉50 g、菠菜200 g,分2次食用),配合维生素C促进铁吸收,兼顾清热与补血^[7]。

2.4.6 病情监测

术后2~5 d,每日晨晚间护理时采用标准化记录表,量化评估肛周湿疹面积、渗出量(无/少量/中量/大量)及水肿程度;观察结扎线位置(截

石位3/7/11点)及脱落进度,记录痔核萎缩情况。术后第2/4/5日晨空腹采血,动态监测血红蛋白(目标值 ≥ 80 g/L)、白细胞及C-反应蛋白变化,当Hb < 70 g/L时启动临床预警,联系医生评估输血指征。

2.4.7 生活起居护理

住院期间保持病房安静、整洁,温湿度适宜,协助患者取舒适体位;指导患者避免久坐、久站,养成良好排便习惯。

2.4.8 专科护理

中药浸泡按规范操作,促进肛周血液循环、减轻症状;采用“三明治”换药法(凡士林纱条+胶原蛋白海绵+无菌纱布),其中胶原蛋白海绵剪成1 cm $\times$ 1 cm小块填充创面凹陷处,加速肉芽组织;爬行创面换药时使用凡士林纱条,保护创面、减少摩擦^[9]。

2.4.9 排便功能重建

术后第3日起,每日晨起(6:30~7:00)指导患者排便训练椅,配合腹部按摩(顺时针绕脐按摩,力度以腹内有热感为宜);当超过48 h未排便时,予乳果糖口服液15 mL+温水100 mL口服,同时穴位按摩(天枢穴、支沟穴,按揉200次/穴,力度以酸胀感为度)。讲解混合痔术后康复知识,包括饮食、起居及排便注意事项,指导患者出院后继续观察肛周情况,定期复查,出现肛门灼热、便血时,立即用苦参汤坐浴,2次/d。

2.5 护理评价

患者术后精神、饮食及睡眠状况良好,自述肛周疼痛可耐受,对护理操作及效果表示认可。术后3~5 d肛周湿疹好转,创面分泌物减少、水肿减轻,术后第3日创面pH值从6.8降至5.5,提示炎症减轻,疼痛缓解;出院时肛周皮肤湿疹明显好转,创面未见明显血性渗出,结扎丝线无脱落,血红蛋白、感染指标(白细胞、C-反应蛋白)正常,患者苔黄腻转薄白,脉滑数转平缓^[5]。中药浸泡法结合辨证施护,能有效改善混合痔术后肛周症状,促进恢复;在实际应用中需规范操作流程、关注个体差异,后续可进一步优化药物配伍与应用时机。

3 结果与随访

患者出院后分别于2025年05月21日(出院1周)、2025年05月28日(出院2周)及2025年06月14日(出院1个月),通过门诊复诊结合创面检查、门诊复诊配合实验室检查及肛门指诊的方式进行

随访。随访内容涉及肛周湿疹复发、创面愈合、排便功能、疼痛坠胀感、血常规及铁蛋白检测情况、括约肌功能评估、Wexner 肛门失禁评分及有无排便困难等。告知患者预防措施,如减少辛辣摄入,每周运动 3 次,30 min/次。结果显示,出院 1 周时肛周湿疹未复发,创面愈合率达 80%;2 周后大便性状正常,无便血及肿物脱出;1 个月时排便功能恢复正常,血红蛋白升至 85 g/L,肛门指诊未触及新生痔核,患者对护理表示满意。

4 讨论

混合痔术后,患者常出现湿热瘀滞的疼痛、水肿等症状,中医认为其病机是“湿热下注”,治宜清热利湿,活血消肿。本方案以《外科正宗》“疮疡论治,首重祛邪”为理论基础,选用苦参、金银花等中药组方浸泡,以药物透皮吸收及温热效应改善局部微循环,抑制炎症反应^[8]。现代药理研究表明^[9],苦参中的氧化苦参碱成分有明显的抑菌作用,能抑制细菌的生长繁殖;而白鲜皮中的白鲜碱有抗炎止痒的作用。两药合用,在体外实验中抑菌率可达 92%,说明组方药物的协同作用。结合现代医学理论,透皮给药技术能使局部药物浓度达到血浆浓度的 5 倍,从而提高药物的局部疗效,解释浸泡在混合痔术后恢复中的独特优势。

目前的研究表明中药浸泡在肛肠术后应用效果较好^[10],但是大多数都是综合疗法,样本量较小,缺乏机制研究。本病例采取精准辨证用药,单用浸泡技术就能很好地控制急性期症状,证实基础疗法的有效性。结合情志、饮食等整体护理,体现出“形神共养”的中医护理特色,患者的依从性和安全性都很好,不仅符合中医理论,且符合现代医学“改善微循环,抑制炎症因子释放”的理论,进一步证实中药浸泡治疗混合痔术后恢复的临床应用价值^[11]。

虽然本病例展现浸泡在混合痔术后恢复中的良好成果,但还是有一些限制性的状况。第一是单个病例作为样本,缺乏足够的代表性,疗效指标缺乏量化标准(像没有采用客观量表衡量排便功能),作用机理未达分子层面上,所以该结果也许不适用寒湿症、特殊人群(孕妇,老年患者)及复杂的病症患者。对比已有文献,本病例除证明浸泡治疗在混合痔术后急性期症状控制、创面愈合上的有效性之外,也显示单纯浸泡治疗的基本有效性,给临床给予了可复制的护理方案,但中药浸泡

治疗对于一些特殊人群的适用性以及其作用机理还需更多研究加以证实,以后会持续加强机制研究,增添样本数量,包含更多的特殊人群和复杂病情患者,从而全方位评价浸泡治疗的临床价值和安全性,给混合痔术后恢复给予更为科学有效的中医外治法和整体调理方案。

患者知情同意:病例报告公开得到患者或家属的知情同意。

利益冲突声明:作者声明本文无利益冲突。

参考文献

- [1] 王昕旭,陈晗晖,王宇昊,等. Zung 焦虑自评量表在社区居民中的信效度检验[J]. 临床精神医学杂志, 2024, 34(5): 397-401.
WANG X X, CHEN H H, WANG Y H, et al. Reliability and validity of Zung self-rating anxiety scale among community residents [J]. J Clin Psychiatry, 2024, 34(5): 397-401. (in Chinese)
- [2] 张露露. NRS 联合四等级 FAS 在髋关节置换术后疼痛管理中的应用[D]. 昆明: 云南中医药大学, 2023.
- [3] 陈京, 琚新梅, 李飞, 等. 混合痔患者术后应用中药熏洗技术的研究进展[J]. 现代临床医学, 2020, 46(5): 398-400.
CHEN J, JU X M, LI F, et al. Research Progress on the Application of Traditional Chinese Medicine Fumigation and Washing Technique for Patients with Mixed Hemorrhoids after Surgery [J]. J Mod Clin Med, 2020, 46(5): 398-400. (in Chinese)
- [4] 庞思思, 王峰. 痔疮栓联合中药熏洗坐浴对混合痔术后疼痛水肿的治疗作用分析[J]. 广州中医药大学学报, 2024, 41(4): 876-880.
PANG S S, WANG F. Analysis of the therapeutic effect of hemorrhoids suppositories plus fumigation and hip bath with Chinese medicine on postoperative pain and edema of patients with mixed hemorrhoids [J]. J Guangzhou Univ Tradit Chin Med, 2024, 41(4): 876-880. (in Chinese)
- [5] 丁旭枫, 李鹏, 金文琪, 等. 中医药防治痔疮术后常见并发症治疗进展[J]. 湖北中医杂志, 2020(2): 59-63.
DING X F, LI P, JIN W Q, et al. Progress in the Treatment of Common Complications after Hemorrhoid Surgery with Traditional Chinese Medicine [J]. Hubei Journal of Traditional Chinese Medicine, 2020(2): 59-63. (in Chinese)
- [6] 王晓婷. 综合护理干预对痔疮术后患者康复及生

- 活质量的影响研究[D]. 长春: 长春中医药大学, 2017.
- [7] 吴小燕, 谢炎明. 痔疮患者术后的饮食护理[J]. 中国实用乡村医生杂志, 2022, 29(11): 64-67.
WU X Y, XIE Y M. Postoperative diet nursing for patients with hemorrhoids [J]. Chin Pract J Rural Dr, 2022, 29(11): 64-67. (in Chinese)
- [8] 谢海娟, 姚菊峰. 中药塌渍疗法在临床应用中的研究进展[J]. 按摩与康复医学, 2021, 12(12): 90-92.
XIE H J, YAO J F. Research Progress of Traditional Chinese Medicine Plaster Therapy in Clinical Applications [J]. Chin Manip Rehabil Med, 2021, 12(12): 90-92. (in Chinese)
- [9] 邸明, 王荣. 混合痔手术治疗概况[J]. 河南中医, 2023, 43(4): 643-648.
DI M, WANG R. Overview of surgical treatment of mixed hemorrhoids [J]. Henan Tradit Chin Med, 2023, 43(4): 643-648. (in Chinese)
- [10] (明)陈实功编著, 吴少祯, 许建平点校. 外科正宗[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2002.
- [11] 赵恩春, 王斌, 郑勇, 等. 中药塌渍、酮咯酸氨丁三醇及复方亚甲蓝联合治疗混合痔外剥内扎术患者对其术后疼痛的临床观察[J]. 现代医学与健康研究电子杂志, 2023, 7(19): 13-15.
ZHAO E C, WANG B, ZHENG Y, et al. Clinical Observation on the Treatment of Postoperative Pain in Patients Undergoing Mixed Hemorrhoids Excision and Internal Ligation with Traditional Chinese Medicine Plaster, Ketorolac Tromethamine and Compound Methylene Blue [J]. Mod Med Health Res Electron J, 2023, 7(19): 13-15. (in Chinese)

声明: 此案例经过本平台同行评议, 全文开放获取, 采用知识共享(CC 4.0 BY-NC-ND)许可协议, 作者可在其他媒体再次发表。