

receptor α (ER α) is required for Alisol B₂₃-acetate to prevent post-menopausal atherosclerosis and reduced lipid accumulation [J]. *Life Sci*, 2020, 258: 118030.

[22] 李思博, 闫美怡, 刘 阳. 降血脂中药功效分类及作用机制研究进展[J]. 辽宁中医药大学学报, 2021, 23(5): 166-169.

[23] 俞 月. 基于肠道菌群的荷叶碱降脂作用机制研究[D]. 北京: 北京协和医学院, 2021.

[24] 邢 毅. 荷叶碱的提取分离及荷叶提取物降血脂功能研究[D]. 无锡: 江南大学, 2019.

[25] Zhou Y, Cao S J, Wang Y, *et al*. Berberine metabolites could induce low density lipoprotein receptor up-regulation to exert lipid-lowering effects in human hepatoma cells[J]. *Fitoterapia*, 2014, 92: 230-237.

加味苦参汤熏洗对湿热下注型混合痔术后患者的临床疗效

梁 彪, 施 展, 王建东, 陈 平, 田 亮, 丁培霖, 高家治*
(上海中医药大学附属普陀医院肛肠科, 上海 200062)

摘要: **目的** 探讨加味苦参汤熏洗对湿热下注型混合痔术后患者的临床疗效。**方法** 68 例患者随机分为对照组和观察组, 每组 34 例, 对照组给予 1:5 000 高锰酸钾溶液熏洗, 观察组给予加味苦参汤熏洗, 疗程 7 d。检测临床疗效, 创面疼痛、水肿、渗液评分, 血清、创面分泌物炎症因子(IL-6、TNF- α)变化。**结果** 观察组总有效率高于对照组($P<0.05$)。治疗后 4 d, 观察组血清、创面分泌物炎症因子低于对照组($P<0.05$)。治疗后 4、7 d, 观察组创面疼痛、水肿、渗液评分低于对照组($P<0.05$)。**结论** 加味苦参汤熏洗可安全有效地缓解湿热下注型混合痔患者术后创面疼痛、水肿、渗液症状, 其机制可能与抑制炎症反应有关。

关键词: 加味苦参汤; 熏洗; 混合痔; 湿热下注

中图分类号: R287 **文献标志码:** B **文章编号:** 1001-1528(2022)12-4084-03

doi: 10.3969/j.issn.1001-1528.2022.12.062

混合痔是常见的肛肠疾病之一, 主要通过手术治疗^[1-2], 术后大多数伤口都是开放性的。由于肛门部位具有特殊的解剖结构和生理功能, 以及换药、粪便摩擦等其他因素的存在, 导致术后不可避免地会出现伤口疼痛、肛缘水肿、伤口渗出等并发症, 术后伤口愈合时间也相对较长, 对患者生活质量、身心健康造成严重影响, 故如何有效减轻混合痔术后创面疼痛、肛缘水肿、创面渗液等术后并发症是肛肠科医师在临床上需要重点关注和解决的问题之一^[3-4]。

研究表明, 中医药在治疗肛肠疾病术后并发症方面取得了良好的效果^[5-6]。加味苦参汤是上海中医药大学附属普陀医院肛肠科在临床上用于痔疮、肛瘘、肛周脓肿和其他肛肠疾病手术后的中药熏洗复方, 本研究考察加味苦参汤对湿热下注型混合痔术后患者的临床疗效, 以及对创面疼痛、肛缘水肿、创面渗液、血清和创面分泌物中炎症因子的影响, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2021 年 5 月至 2021 年 12 月就诊于上海中

医药大学附属普陀医院肛肠科的 68 例湿热下注型混合痔术后患者, 采用随机、对照的临床研究方法, 通过 SPSS25.0 软件产生随机编号, 根据患者入院先后顺序, 按照随机数字表法分为对照组和观察组, 每组 34 例, 其中对照组男性 16 例, 女性 18 例; 年龄 27~72 岁, 平均年龄(54.26 $\pm$ 15.96)岁; 病程 4~36 个月, 平均病程(14.35 $\pm$ 7.83)个月, 而观察组男性 13 例, 女性 21 例; 年龄 20~74 岁, 平均年龄(52.59 $\pm$ 14.82)岁; 病程 3~32 个月, 平均病程(13.09 $\pm$ 7.99)个月, 2 组一般资料比较, 差异无统计学意义($P>0.05$), 具有可比性。研究经医院伦理委员会批准(批号 PTEC-A-2021-38-1)。

1.2 纳入标准 ①符合混合痔、湿热下注型诊断标准^[7-9]; ②均行外痔切除术联合内痔自动套扎(RPH)术; ③患者了解本研究, 签署知情同意书。

1.3 排除标准 ①易过敏体质, 或对本研究药物过敏; ②哺乳期、妊娠期妇女; ③合并其他肛肠疾病; ④合并严重心脑血管疾病、精神疾病、肝肾功能不全、凝血功能障碍; ⑤各种原因引起的无法进行疗效判断或影响疗效评价。

收稿日期: 2022-06-23
基金项目: 国家自然科学基金青年基金项目(81704080); 上海市进一步加快中医药事业发展三年行动计划项目 [ZY (2018-2020) - RCPY-3020]; 上海中医药大学研究生课题项目(Y-402)
作者简介: 梁 彪 (1996—), 男, 硕士, 研究方向为中西医结合防治肛肠疾病。Tel: 18390953632, E-mail: 578341559@qq.com
* 通信作者: 高家治 (1984—), 男, 硕士, 副主任医师, 研究方向为肛肠常见疾病的中西医结合治疗。E-mail: gjz_0409@163.com

1.4 治疗手段 2 组均采用椎管内麻醉,在截石位下行外痔切除术联合内痔自动套扎术,术后均静脉滴注抗生素以抗感染。术后第 1 天开始,对照组采用 1:5 000 高锰酸钾溶液(济南康福生制药有限公司,国药准字 H37022233)熏洗;观察组采用加味苦参汤熏洗,组方药材苦参 30 g、黄柏 30 g、五倍子 20 g、蒲公英 20 g、地榆 20 g、芒硝 15 g,由医院药剂科提供,每袋 150 mL,每天 2 袋。2 组均每天熏洗 2 次,每次 15 min,连续 7 d。

1.5 疗效评价 参照《中医病证诊断疗效标准》^[10], (1)痊愈,肛门创面疼痛、创面水肿、创面渗液等症状消失或基本消失;(2)显效,肛门创面疼痛、创面水肿、创面渗液等症状均有明显好转;(3)有效,肛门创面疼痛、创面水肿、创面渗液等症状均有所改善;(4)无效,肛门创面疼痛、创面水肿、创面渗液等症状无改善。总有效率=[(痊愈例数+显效例数+有效例数)/总例数]×100%。

1.6 指标检测

1.6.1 创面疼痛评分 采用视觉模拟评分法(VAS),0 分为无疼痛,2 分为轻度疼痛,4 分为中度疼痛,6 分为重度疼痛。

1.6.2 创面水肿评分 0 分为无水肿,2 分为轻度水肿,4 分为中度水肿,6 分为重度水肿。

1.6.3 创面渗液评分 0 分为无渗出,2 分为渗湿 1~4 层纱布,4 分为渗湿 5~8 层纱布,6 分为渗湿 8 层以上纱布。

1.6.4 血清炎症因子水平 在治疗前及治疗后 4 d 采集 2 组患者空腹静脉血,由医院检验科人员检测血清 TNF-α、IL-6 水平。

1.6.5 创面分泌物炎症因子水平 治疗前及治疗后 4 d 采集 2 组患者创面分泌物,置于-80 ℃冰箱中保存,统一送至上海元基利华生物科技有限公司检测 TNF-α、IL-6 水平。

1.7 统计学分析 采用 SPSS25.0 软件进行处理,符合正态分布的计量资料以($\bar{x}\pm s$)表示,组间比较采用 *t* 检验,而不符合正态分布者以 $M(P_{25}, P_{75})$ 表示,组间比较采用两样本秩和检验;计数资料以百分率表示,组间比较采

用卡方检验;等级资料组间比较采用两样本秩和检验。 $P<0.05$ 表示差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 临床疗效 如表 1 所示,观察组总有效率高于对照组($P<0.05$)。

表 1 2 组临床疗效比较 ($n=34$)

组别	痊愈/例	显效/例	有效/例	无效/例	总有效率/%
观察组	22	7	4	1	97.06 [#]
对照组	15	6	9	4	88.24

注:与对照组比较,[#] $P<0.05$ 。

2.2 创面疼痛、水肿、渗液情况

2.2.1 创面疼痛 如表 2 所示,治疗后 4、7 d,观察组创面疼痛评分低于对照组($P<0.05$)。

表 2 2 组创面疼痛评分比较 [$M(P_{25}, P_{75})$, $n=34$]

组别	治疗前	治疗后 1 d	治疗后 4 d	治疗后 7 d
观察组	4(2,4)	3(2,4)	2(0,2) [#]	0(0,2) [#]
对照组	4(2,4.5)	4(2,4)	2(2,4)	2(0,2)

注:与对照组治疗后同一时间点比较,[#] $P<0.05$ 。

2.2.2 创面水肿 如表 3 所示,治疗后 4、7 d,观察组创面水肿评分低于对照组($P<0.05$)。

表 3 2 组创面水肿评分比较 [$M(P_{25}, P_{75})$, $n=34$]

组别	治疗前	治疗后 1 d	治疗后 4 d	治疗后 7 d
观察组	4(2,4)	3(2,4)	2(0,2) [#]	0(0,2) [#]
对照组	4(2,4)	4(2,4)	2(2,4)	2(0,2)

注:与对照组治疗后同一时间点比较,[#] $P<0.05$ 。

2.2.3 创面渗液 如表 4 所示,治疗后 4、7 d,观察组创面渗液评分低于对照组($P<0.05$)。

表 4 2 组创面渗液评分比较 [$M(P_{25}, P_{75})$, $n=34$]

组别	治疗前	治疗后 1 d	治疗后 4 d	治疗后 7 d
观察组	4(2,4)	4(2,4)	2(0,2) [#]	0(0,2) [#]
对照组	4(2,4.5)	4(2,4)	2(1.5,4)	2(0,2)

注:与对照组治疗后同一时间点比较,[#] $P<0.05$ 。

2.3 血清炎症因子水平 如表 5 所示,治疗后 4 d,观察组 IL-6、TNF-α 水平低于对照组($P<0.05$)。

表 5 2 组血清炎症因子水平比较 ($\bar{x}\pm s$, $n=34$)

组别	IL-6/(pg·mL ⁻¹)		TNF-α/(pg·mL ⁻¹)	
	治疗前	治疗后 4 d	治疗前	治疗后 4 d
观察组	7.79±2.89	2.16±0.88 [#]	7.80±3.66	1.61±0.73 [#]
对照组	6.91±2.62	4.01±1.43	7.15±3.21	2.62±1.29

注:与对照组治疗后同一时间点比较,[#] $P<0.05$ 。

2.4 创面分泌物炎症因子水平 如表 6 所示,治疗后 4 d,观察组 IL-6、TNF-α 水平低于对照组($P<0.05$)。

表 6 2 组创面分泌物炎症因子水平比较 ($\bar{x}\pm s$, $n=34$)

组别	IL-6/(pg·mL ⁻¹)		TNF-α/(pg·mL ⁻¹)	
	治疗前	治疗后 4 d	治疗前	治疗后 4 d
观察组	82.29±23.59	26.53±13.09 [#]	56.03±22.58	28.17±16.19 [#]
对照组	88.18±27.38	52.75±17.90	59.78±22.82	38.52±14.02

注:与对照组治疗后同一时间点比较,[#] $P<0.05$ 。

3 讨论

中医认为,混合痔患者术后创面气血运行不畅,津液

传输受阻,水湿停滞,发生肛缘疼痛、水肿等,皮肤、肌肉不能得到充分地濡养,则伤口愈合缓慢;西医认为,由

于肛门特殊解剖结构、术后换药、粪便摩擦等因素的存在，加上术后引流不充分、淋巴回流受阻等，均可导致混合痔术后疼痛、水肿等并发症的发生。中药熏洗法作为中医外治法之一，其作用原理是通过药力、热力直接作用于病变部位，改善局部血液循环，并恢复局部功能，从而达到治疗疾病的目的，具有起效快、成本低、毒副作用小等优势。

加味苦参汤中君药苦参、黄柏苦寒之性较强，二药相伍，具有抗炎、抑菌、抗氧化等多种药理活性，可抑制炎症因子释放，抑制机体氧化应激反应^[11-12]；臣药芒硝具有消肿、抗炎、抑菌等功效，可改善局部血液循环和炎症反应^[13]，蒲公英具有抗炎、抗菌等多种作用^[14]，地榆有效成分可缩短凝血时间及出血时间，减少创面渗出，降低感染率^[15-16]，共助君药清热利湿，兼凉血止血之功效；佐药五倍子上敛肺气，下涩肠止血，使全方散中有收，气机条畅，主要作用为抗菌、止血、抗氧化、抗炎、收敛等，其所含没食子酸可对皮肤、黏膜溃疡面起到收敛止血的作用^[17]，诸药配伍，共奏清热利湿、解毒消肿、凉血止血之功效。

本研究发现，治疗后 4、7 d，观察组创面疼痛、水肿、渗液缓解效果明显优于对照组；治疗后 4 d，2 组血清、创面分泌物炎症因子 IL-6、TNF- α 水平明显降低，以观察组更明显，表明加味苦参汤一方面能有效改善创面疼痛、水肿、渗液情况，而另一方面又能抑制机体炎症反应。

综上所述，加味苦参汤可有效地缓解湿热下注型混合痔患者术后创面疼痛、水肿、渗液症状，而且安全性较高，其机制可能与抑制炎症反应有关。

参考文献：

[1] 江 维，张虹玺，隋楠楠，等. 中国城市居民常见肛肠疾病流行病学调查[J]. 中国公共卫生，2016，32(10)：1293-1296.

[2] 乔敬华，何佳伟，周军惠. 基于流行病学调查的农村社区居民痔病中医药防治对策探讨[J]. 上海中医药杂志，2019，53(6)：14-19.

[3] 彭军良，姚向阳，杨君君，等. 中药治疗混合痔术后进展

[J]. 现代中西医结合杂志，2020，29(34)：3868-3872.

[4] 杨卓，李淑霞. 中药熏洗坐浴治疗肛肠病术后并发症临床研究进展[J]. 甘肃中医药大学学报，2022，39(1)：93-96.

[5] 吴成成，谢昌营，罗文兵，等. 肛门洗剂对肛瘘术后患者的临床疗效[J]. 中成药，2021，43(11)：3252-3254.

[6] 李春耕，陈子豪，李文浩，等. 中医药促进痔瘘术后创面愈合临床研究进展[J]. 中成药，2020，42(11)：2979-2981.

[7] 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，2020，26(5)：519-533.

[8] 中华中医药学会. 中医肛肠科常见病诊疗指南[M]. 北京：中国中医药出版社，2012.

[9] 陈红风. 中医外科学[M]. 4 版. 北京：中国中医药出版社，2016.

[10] 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[S]. 南京：南京大学出版社，1994：55.

[11] 曾财花，方永青，何志坚，等. 苦参碱对放射性肺损伤大鼠氧化应激抑制作用的实验研究[J]. 江西中医药大学学报，2021，33(6)：90-93.

[12] 刘洋，冉聪，游桂香，等. 川黄柏中盐酸小檗碱 HPLC 测定优化及其抑菌活性评价[J]. 中国农业科技导报，2020，22(2)：179-186.

[13] 杨萌，李超英. 芒硝的炮制历史沿革、炮制方法及临床应用研究进展[J]. 中药材，2020，43(12)：3069-3073.

[14] 陈瑞军，王秋元，喇孝瑾，等. 蒲公英药用研究进展[J]. 现代中西医结合杂志，2021，30(5)：563-567.

[15] 王丽娜，冯丹，胡瀚文，等. 地榆化学成分的研究[J]. 中成药，2019，41(6)：1298-1303.

[16] 张向阳，赵如同，刘春燕，等. 地榆、地榆炭对小鼠止血作用影响的实验研究[J]. 河北中医，2017，39(5)：735-738.

[17] 郭俊含，陈莉莉，张晓萌，等. 五倍子的药理作用及研究进展[J]. 科学技术创新，2019(2)：49-50.