

· 论 著 · DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2026.07.014

龙胆泻肝汤联合复方黄柏液涂剂对混合痔术后便秘患者治疗后创面愈合及便秘的影响*

沈菲菲¹,周绍荣²,王莉芬³,王 昱^{1△}

上海中医药大学附属曙光医院:1. 肛肠科;2. 传统外科;3. 麻醉科,上海 200021

摘要:目的 探讨龙胆泻肝汤联合复方黄柏液涂剂对混合痔术后便秘患者治疗后创面愈合及便秘的影响。方法 选取 2022 年 12 月至 2023 年 12 月该院收治的 120 例混合痔术后便秘患者作为研究对象,随机分为涂剂组($n=60$)和联合组($n=60$)。涂剂组给予复方黄柏液涂剂治疗,联合组在涂剂组的基础上联合龙胆泻肝汤治疗。观察 2 组治疗前后创面出血、水肿、疼痛评分,临床疗效,创面愈合时间,创面愈合指标,炎症因子水平,便秘情况(粪便状态、排便时间、肛周下坠感评分)。结果 2 组治疗后创面出血、水肿、疼痛评分均低于治疗前,且联合组治疗后创面出血、水肿、疼痛评分均低于涂剂组,差异均有统计学意义($P<0.05$)。2 组治疗后粪便状态、排便时间、肛周下坠感评分均低于治疗前,且联合组治疗后粪便状态、排便时间、肛周下坠感评分均低于涂剂组,差异有统计学意义($P<0.05$)。联合组治疗后总有效率为 96.67%,高于涂剂组的 83.33%,差异有统计学意义($P<0.05$)。联合组创面愈合时间短于涂剂组,差异有统计学意义($P<0.05$)。2 组治疗后碱性成纤维细胞生长因子(BFGF)、表皮生长因子(EGF)、血管内皮生长因子(VEGF)水平均高于治疗前,且联合组治疗后 BFGF、EGF、VEGF 水平均高于涂剂组,差异均有统计学意义($P<0.05$)。2 组治疗后肿瘤坏死因子(TNF)- α 、白细胞介素(IL)-6、IL-8 水平均低于治疗前,且联合组治疗后 TNF- α 、IL-6、IL-8 水平均低于涂剂组,差异均有统计学意义($P<0.05$)。结论 龙胆泻肝汤联合复方黄柏液涂剂治疗可加快混合痔患者术后创面愈合,缓解患者便秘症状,且疗效较好。

关键词:混合痔; 龙胆泻肝汤; 复方黄柏液涂剂; 创面愈合; 便秘

中图分类号:R657.1+8;R446.1 **文献标志码:**A **文章编号:**1672-9455(2026)07-0952-07

Effect of Longdanxiegan decoction combined with compound Huangbai liquid paint on wound healing and constipation in patients with constipation after mixed hemorrhoids surgery*

SHEN Feifei¹, ZHOU Shaorong², WANG Lifen³, WANG Yu^{1△}

1. Department of Anorectal; 2. Department of Traditional Surgery; 3. Department of Anesthesiology, Shuguang Hospital Affiliated to Shanghai University of Traditional Chinese Medicine, Shanghai 200021, China

Abstract: Objective To investigate the effect of Longdanxiegan decoction combined with compound Huangbai liquid paint on wound healing and constipation in patients with constipation after mixed hemorrhoids surgery. **Methods** A total of 120 patients with constipation after mixed hemorrhoids surgery admitted to the hospital from December 2022 to December 2023 were selected as the research objects, and were randomly divided into the paint group ($n=60$) and the combination group ($n=60$). The paint group was treated with compound Huangbai liquid paint, and the combined group was treated with Longdanxiegan decoction on the basis of the paint group. The postoperative wound bleeding, edema, pain scores, clinical efficacy, wound healing time, wound healing indicators, inflammatory factor levels, constipation (stool status, defecation time, perianal ptosis score) were observed before and after treatment in the two groups. **Results** The postoperative wound bleeding, edema and pain scores of the two groups after treatment were lower than those before treatment, and the postoperative wound bleeding, edema and pain scores of the combined group after treatment were lower

* 基金项目:上海市卫生健康委员会科研合作项目(LH.02.91.002)。

作者简介:沈菲菲,女,副主任医师,主要从事中医肛肠方向的研究。△ 通信作者,E-mail:13040609031@163.com。

引用格式:沈菲菲,周绍荣,王莉芬,等.龙胆泻肝汤联合复方黄柏液涂剂对混合痔术后便秘患者治疗后创面愈合及便秘的影响[J].检验医学与临床,2026,23(7):952-958.

than those of the paint group, and the differences were statistically significant ($P < 0.05$). After treatment, the scores of fecal status, defecation time and perianal falling feeling in the two groups were lower than those before treatment, and the scores of fecal status, defecation time and perianal falling feeling in the combined group were lower than those in the paint group, and the differences were statistically significant ($P < 0.05$). After treatment, the total effective rate of the combined group was 96.67%, which was higher than 83.33% of the paint group, and the difference was statistically significant ($P < 0.05$). The wound healing time of the combined group was shorter than that of the paint group, and the difference was statistically significant ($P < 0.05$). The levels of basic fibroblast growth factor (BFGF), epidermal growth factor (EGF) and vascular endothelial growth factor (VEGF) in the two groups after treatment were higher than those before treatment, and the levels of BFGF, EGF and VEGF in the combined group after treatment were higher than those in the paint group, and the differences were statistically significant ($P < 0.05$). The levels of tumor necrosis factor (TNF)- α , interleukin (IL)-6 and IL-8 in the two groups after treatment were lower than those before treatment, and the levels of TNF- α , IL-6 and IL-8 in the combined group after treatment were lower than those in the paint group, and the differences were statistically significant ($P < 0.05$). **Conclusion** Longdanxiegan decoction combined with compound Huangbai liquid paint can accelerate the wound healing of patients with mixed hemorrhoids after operation, relieve the symptoms of constipation, and has a good curative effect.

Key words: mixed hemorrhoids; Longdanxiegan decoction; compound Huangbai liquid paint; wound healed; constipation

痔疮是常见的肛肠疾病,其发病原因尚不明确,但与患者作息时间、饮食习惯及生活方式息息相关^[1-2]。痔疮按照发病部位不同可以分为内痔、外痔和混合痔,其中混合痔占总痔的 23%^[3]。手术治疗混合痔虽然疗效明显,但创面大,术后并发症多,愈合时间久,混合痔术后便秘发生率高达 65%~80%^[4-5]。有研究证实,中医药在治疗混合痔术后康复中取得了明显疗效,复方黄柏液涂剂常作为术后治疗药物使用,其具有抗炎杀菌、消肿止痛的功效,可抑制创面炎症,促进其愈合,但无法有效调节肠道动力,改善患者便秘情况^[6-7]。中医认为,混合痔因湿、热外邪侵袭、脏腑失调、气血不畅所致,手术损伤筋脉血肉,引发经络阻滞,术后创面缺少营养,以致创面愈合缓慢^[8]。龙胆泻肝汤可泻肝火、清下焦湿热、通便利尿,且可抗炎、增强机体免疫功能,在混合痔术后患者和肛痿患者的治疗中均获得良好疗效^[9]。龙胆泻肝汤虽在肛肠疾病术后康复中显示出抗炎、通便的双重作用,但缺乏与复方黄柏液涂剂联合应用的循证证据^[10]。基于此,本研究采用龙胆泻肝汤联合复方黄柏液涂剂对混合痔术后患者进行治疗,探讨其对患者术后创面愈合及便秘的影响,为临床优化治疗方案提供参考依据。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2022 年 12 月至 2023 年 12 月本院收治的 120 例混合痔术后便秘患者作为研究对象。纳入标准:(1)符合混合痔中医辨证标准^[11]湿热下注型,主症为便血色鲜红、肿物脱出,次症为小便短

赤,舌质红、舌苔黄腻,脉浮数;(2)年龄 18>岁;(3)初次手术治疗患者;(4)痔分度为 III~IV 期;(5)术前无便秘症状的患者。排除标准:(1)其他肛周疾病或肛肠疾病;(2)存在血液系统疾病;(3)凝血功能异常;(4)合并克罗恩病等慢性消化系统疾病;(5)无法配合完成治疗周期。剔除、脱落标准:(1)出现严重不良反应;(2)治疗过程中服用其他治疗药物影响本研究结果;(3)不能配合治疗。随机分为涂剂组和联合组,每组 60 例。2 组性别、年龄、体质量指数(BMI)、病程、初始创面面积、痔分度(参照相关诊断标准^[12]对混合痔患者痔进行分度,分为 III 期和 IV 期)比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。见表 1。本研究采用 Image J 软件处理患者创面照片(含表尺),统计创面面积。所有研究对象均知情同意并签署知情同意书。本研究经本院医学伦理委员会审核批准(2022-420-66-02)。

1.2 治疗方法 2 组患者均进行混合痔外剥内扎术治疗,术后检测患者生命体征,肛周局部定期清洁,均给予相同的抗菌药物治疗:甲硝唑氯化钠注射液(生产厂家:上海长征富民金山制药有限公司,批号:国药准字 H31021163,甲硝唑 1.25 g、氯化钠 2.00 g)250 mL 静脉滴注治疗,7.5 mg/kg,2 次/d,共治疗 3 d;此外,均进行相同的常规止血治疗。在饮食管理方面,指导患者术后早期流质或半流质饮食,逐步过渡到富含纤维素的普食,并给予相同的健康宣教。涂剂组在常规治疗的基础上用无菌纱布浸润复方黄柏液涂剂(生产厂家:山东汉方制药有限公司,批号:国药

准字 Z10950097,规格:每 1 mL 相当于饮片 0.2 g),敷于术后创面,15 min/次,2 次/d。共治疗 28 d。联合组在涂剂组的基础上口服龙胆泻肝汤,出自《医方集解·泻火之剂》,方剂组成:生地黄 20 g,泽泻 12 g,

柴胡 10 g,木通 9 g,车前子 9 g,酒炒黄芩 9 g,酒炒山栀子 9 g,酒炒当归 8 g,酒炒龙胆草 6 g,生甘草 6 g,水煎服,100 mL/次,2 次/d。共治疗 28 d。上述药材均来源于本院,符合质量标准^[13]。

表 1 2 组一般资料比较[n(%)或 $\bar{x} \pm s$ 或 M(P₂₅,P₇₅)]

组别	n	性别		年龄(岁)	病程(年)	痔分度		初始创面面积 (cm ²)	BMI (kg/m ²)
		男	女			Ⅲ期	Ⅳ期		
涂剂组	60	30(50.00)	30(50.00)	40.43±10.97	5.1(3.9,5.8)	36(60.00)	24(40.00)	17.25±3.57	23.31±4.68
联合组	60	32(53.33)	28(46.67)	40.31±10.05	5.0(4.5,5.5)	33(55.00)	27(45.00)	17.37±4.12	23.47±4.53
χ^2/t		0.133		0.062	0.309	0.307		-0.171	-0.190
P		0.715		0.950	0.758	0.580		0.865	0.849

1.3 观察指标 (1)创面出血、水肿、疼痛评分:参照相关标准^[14]评估所有患者治疗前 1 d 和治疗 28 d 后创面出血、水肿评分,分别计 1、2、3 分(1 分表现为术后创面仅有少量渗血,血染纱布面积 < 1 cm²,无滴血表现,无需特殊止血处理,出血可自行停止;2 分表现为术后创面有少量滴血,血染纱布面积 1~3 cm²,需采用棉球压迫等简单方式止血,止血后无反复出血;3 分表现为术后创面有明显滴血或射血,血染纱布面积 > 3 cm²,简单压迫止血无效,需采用药物、缝合等积极止血干预,出血反复出现)。采用视觉模拟评分法(VAS)评估所有患者治疗前 1 d 和治疗 28 d 后疼痛评分,总分 0~10 分,0 分为无痛,10 分为剧痛。(2)临床疗效:参照相关标准^[15]对所有患者治疗后用药疗效进行评估,痊愈表现为治疗后创面完全愈合,无出血、水肿、疼痛等不适症状,创面相关评分恢复至正常水平;便秘症状完全消失,排便时间 < 10 min,无肛周下坠感,便秘相关各项评分均为 0 分;显效表现为治疗后创面基本愈合,创面面积较治疗前缩小 ≥ 70%,创面出血、水肿及疼痛评分较治疗前降低 ≥ 60%,无明显临床不适;便秘症状明显改善,排便时间 10~15 min,肛周下坠感仅偶尔出现,便秘相关总评分较治疗前降低 ≥ 60%;有效表现为治疗后创面部分愈合,创面面积较治疗前缩小 30%~69%,创面出血、水肿、疼痛评分较治疗前降低 30%~59%,临床症状有所缓解;便秘症状有一定改善,排便时间 > 15~25 min,肛周下坠感经常出现,便秘相关总评分较治疗前降低 30%~59%;无效为未达到上述标准。总有效率 = (痊愈例数 + 显效例数 + 有效例数) / 总例数 × 100%。(3)创面愈合时间:创面愈合所需的天数。(4)创面愈合指标:采集所有患者治疗前 1 d 和治疗 28 d 后空腹肘静脉血 10 mL,以 3 000 r/min(离心半径 10 cm)离心 10 min,获取血清置于 -70 °C 冰箱保存备用。采用酶联免疫吸附试验(ELISA)检测碱性成纤维细胞

生长因子(BFGF,试剂盒购自上海科艾博生物技术有限公司,货号:CB10792-Hu)、表皮生长因子(EGF,试剂盒购自上海钰博生物科技有限公司,货号:IC-EGF-P)、血管内皮生长因子(VEGF,试剂盒购自上海科艾博生物技术有限公司,货号:CB11542-Hu)水平。(5)炎症因子:取备用血清,采用 ELISA 检测所有患者肿瘤坏死因子(TNF)-α、白细胞介素(IL)-6、IL-8 水平,试剂盒均购自上海科艾博生物技术有限公司,货号分别为:CB11762-Hu、CB10373-Hu、CB10376-Hu。(6)便秘情况:参考 Bristol 粪便分型标准^[16]对所有患者治疗前 1 d 和治疗 28 d 后粪便状态、排便时间、肛周下坠感评分。排便状态按照粪便性状及含水量分为 4 个等级,I 型为坚果状硬球,计 3 分;II 型为硬结状、腊肠样,计 2 分;III 型为柔软腊肠样,计 1 分;IV 型为糊状便或水样便,排便时间在 10 min 内计 0 分,在 10~15 min 计 1 分,15~25 min 计 2 分,> 25 min 计 3 分;排便时肛周围出现下坠感计 0 分,偶尔出现计 1 分,经常出现计 2 分,每次出现计 3 分。上述指标分数越高,表明患者便秘症状越严重。

1.4 统计学处理 采用 SPSS25.0 统计软件进行数据分析处理。符合正态分布的计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,2 组间比较采用独立样本 t 检验,组内治疗前后比较采用配对 t 检验;计数资料以例数或百分率表示,组间比较采用 χ^2 检验。以 P < 0.05 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 2 组治疗前后创面出血、水肿、疼痛评分比较 2 组治疗前创面出血、水肿、疼痛评分比较,差异均无统计学意义(P > 0.05);2 组治疗后创面出血、水肿、疼痛评分均低于治疗前,且联合组治疗后创面出血、水肿、疼痛评分均低于涂剂组,差异均有统计学意义(P < 0.05)。见表 2。

2.2 2 组临床疗效比较 联合组治疗后总有效率为

96.67%，高于涂剂组的 83.33%，差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 3。

表 2 2 组治疗前后创面出血、水肿、疼痛评分比较($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	n	出血		水肿		疼痛	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
涂剂组	60	2.41±0.31	1.61±0.22*	2.15±0.26	1.45±0.18*	7.23±1.34	4.68±0.72*
联合组	60	2.38±0.35	1.34±0.18*	2.17±0.20	1.09±0.23*	7.25±1.28	3.26±0.57*
t		0.497	7.358	-0.472	9.548	-0.084	11.978
P		0.620	<0.001	0.638	<0.001	0.934	<0.001

注:与同组治疗前比较,* $P < 0.05$ 。

表 3 2 组临床疗效比较[n(%)]

组别	n	痊愈	显效	有效	无效	总有效
涂剂组	60	13(21.67)	15(25.00)	22(36.67)	10(16.67)	50(83.33)
联合组	60	18(30.00)	23(38.33)	17(28.33)	2(3.33)	58(96.67)
χ^2						2.405
P						0.016

2.3 2 组创面愈合时间比较 联合组创面愈合时间

为(12.49±3.37)d,短于涂剂组的(15.74±4.62)d,差异有统计学意义($t = 4.402, P < 0.05$)。

2.4 2 组治疗前后 BFGF、EGF、VEGF 水平比较 2 组治疗前 BFGF、EGF、VEGF 水平比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$);2 组治疗后 BFGF、EGF、VEGF 水平均高于治疗前,且联合组治疗后 BFGF、EGF、VEGF 水平均高于涂剂组,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。见表 4。

表 4 2 组治疗前后 BFGF、EGF、VEGF 水平比较($\bar{x} \pm s$, pg/mL)

组别	n	BFGF		EGF		VEGF	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
涂剂组	60	3.75±0.56	5.38±0.55*	420.51±11.23	540.87±10.17*	102.37±12.49	140.68±11.47*
联合组	60	3.87±0.48	6.29±0.67*	422.53±10.46	580.14±14.51*	105.54±14.35	163.82±10.56*
t		-1.260	-8.132	-1.020	-17.167	-1.291	-11.497
P		0.210	<0.001	0.310	<0.001	0.199	<0.001

注:与同组治疗前比较,* $P < 0.05$ 。

2.5 2 组治疗前后 TNF- α 、IL-6、IL-8 水平比较 2 组治疗前 TNF- α 、IL-6、IL-8 水平比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$);2 组治疗后 TNF- α 、IL-6、IL-8 水平均低于治疗前,且联合组治疗后 TNF- α 、IL-6、IL-8 水平均低于涂剂组,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。见表 5。

评分比较 2 组治疗前粪便状态、排便时间、肛周下坠感评分比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$);2 组治疗后粪便状态、排便时间、肛周下坠感评分均低于治疗前,且联合组治疗后粪便状态、排便时间、肛周下坠感评分均低于涂剂组,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。见表 6。

2.6 2 组治疗前后粪便状态、排便时间、肛周下坠感

表 5 2 组治疗前后 TNF- α 、IL-6、IL-8 水平比较($\bar{x} \pm s$, pg/mL)

组别	n	TNF- α		IL-6		IL-8	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
涂剂组	60	50.48±6.58	23.49±8.51*	34.25±5.62	20.58±6.74*	35.24±7.69	22.64±8.21*
联合组	60	51.24±8.37	17.63±5.78*	35.19±7.54	14.66±5.38*	35.77±8.52	13.67±5.40*
t		-0.553	4.412	-0.774	5.326	-0.358	7.071
P		0.581	<0.001	0.440	<0.001	0.721	<0.001

注:与同组治疗前比较,* $P < 0.05$ 。

表 6 2 组治疗前后粪便状态、排便时间、肛周下坠感评分比较($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	n	粪便状态		排便时间		肛周下坠感	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
涂剂组	60	2.34±0.41	1.86±0.24*	2.68±0.45	1.56±0.33*	2.88±0.39	1.83±0.32*
联合组	60	2.28±0.33	1.53±0.22*	2.55±0.37	1.24±0.20*	2.75±0.41	1.52±0.19*
t		0.883	7.851	1.728	6.424	1.780	6.452
P		0.379	<0.001	0.087	<0.001	0.078	<0.001

注:与同组治疗前比较,* $P<0.05$ 。

3 讨 论

痔疮是多发的肛肠疾病,发病率呈逐年上升趋势,表现为肛门周围出现肿块,有明显下坠感,其中混合痔占 20%左右^[17]。混合痔临床体征为便血和痔块脱垂,患者早期表现为便纸带鲜红色血液,严重会导致贫血;后期痔体增大,出现肿物脱垂,症状轻者可自行收回,严重者需用手推回。混合痔早期主要以药物治疗结合改变生活方式为主,病情严重患者需要手术治疗^[18]。痔疮因发病部位特殊,术后创面极易感染,引发出血、水肿、炎症等并发症,导致恢复期漫长,严重影响患者的生活质量^[19]。因此,寻求有效的术后治疗方式,缩短患者术后恢复期有重要意义。

目前,西医疗疗混合痔术后并发症以消炎止痛类药物为主;用安全比例的高锰酸钾温水坐浴结合口服抗菌药物,但疗效不甚理想^[20]。中医学认为,混合痔的病机为邪气入侵,劳伤虚损、饮食不节为诱因,术后邪气趁虚而入,加上肛周创面大,血液循环变差,导致瘀血阻滞,不通则痛,造成术后水肿及疼痛^[21]。中医学将混合痔归为湿热下注型,主症为便干或溏、肛周灼热疼痛、便鲜红血、肿物肿胀脱出,次症为小便短赤,舌质黄腻,脉浮数。复方黄柏液涂剂具有清热解毒、消肿祛溃、杀菌止痒的功效,可用于混合痔术后恢复治疗^[22]。复方黄柏涂剂中连翘、黄柏共为君药,具有清热解毒、解毒疗疮之效;金银花可解毒消肿、消炎清热,蒲公英缓泻利尿、消炎止痛,二者共为臣药。诸药合用,行消肿祛腐疗效。龙胆泻肝汤出自《医方集解》,类归为清热剂,具有清脏腑湿热、泻肝胆实火的功效,主治肝经湿热下注、阴虚不甚、阳亢不烈^[9]。龙胆泻肝汤方剂中龙胆草可清湿除热、泻肝定惊为君药,黄芩清热燥湿、泻火解毒,栀子护胆利肝、消肿止血,二者共为臣药;泽泻消炎去肿、利尿泻热,木通清热利尿、活血通脉,车前子祛瘀排浊、抗菌降压,当归润燥通肠、补血化瘀、调经止痛,生地消肿退胀、活血、补气虚,共为佐药;柴胡杀菌抗炎、提高免疫,甘草清热解毒、抗验证、护肠胃,共为使药。诸药共奏活血祛瘀、镇痛消炎、通气利湿之效。

本研究发现,2 组治疗后创面出血、水肿、疼痛等

症状均得到明显改善,血清 TNF- α 、IL-6、IL-8 水平均明显降低,且联合组治疗后血清 TNF- α 、IL-6、IL-8 水平均低于涂剂组。蒋宇等^[6]报道,复方黄柏液涂剂联合消疮合剂治疗肛周脓肿术后总有效率为 91.67%,与本研究涂剂组有效率(83.33%)接近,但低于本研究联合组(96.67%)。芦雪华等^[8]应用黄蜂痔疮膏治疗湿热下注型混合痔术后创面愈合时间为 14~16 d,略长于本研究中联合组的(12.49±3.37) d。愈合时间的缩短意味着患者术后疼痛、水肿、出血等不适症状的持续时间明显减少,极大地减轻了患者的痛苦。同时,更快地愈合可缩短患者住院时间或恢复期,减少因术后并发症(如感染)导致的额外医疗费用。上述结果表明,龙胆泻肝汤联合复方黄柏液涂剂对于治疗痔疮疗效明显,可促进患者术后创面愈合并降低机体炎症因子水平。分析原因可能是,复方黄柏液涂剂中黄柏可抑制感染创面 TNF- α 、IL-6 等表达,减少炎症介质释放,在抗菌抗炎的同时,可改善局部组织微环境和微循环,促进肉芽组织再生,提高创面愈合速度^[23]。连翘对病菌具有抑制作用,可有效防止创面感染,其主要活性成分连翘苷可增强巨噬细胞对坏死细胞的吞噬,进而加快创面愈合^[24]。龙胆泻肝汤中黄芩主要有效成分为黄酮及其苷类物质,具有良好的抗炎抗菌功效,因此,联合组患者炎症反应得到明显抑制^[25],解释了本研究联合组血清 TNF- α 、IL-6、IL-8 水平均明显低于涂剂组的原因,且该结果与左鹏鹏^[26]研究结果一致:复方黄柏涂剂联合马应龙痔疮膏可降低患者 TNF- α 、IL-6 及干扰素- γ 水平。有研究表明,复方黄柏涂剂在降低患者创面炎症反应中发挥重要作用^[27-29]。BFGF 可结合成纤维细胞生长因子受体,激活转录激活因子、蛋白激酶 B(Akt)等信号转导途径,对血管内皮细胞增殖有促进作用^[30]。EGF 通过调节丝裂原活化磷脂酰肌醇 3 激酶(PI3K)/Akt、胞外信号调节激酶等信号通路调节增殖细胞向创面迁移^[31]。VEGF 及其家族成员可调节血管内皮细胞增殖分化,承担细胞间交换信号的作用,能够增强血管通透性,诱导新血管生成^[32]。栀子中的核心成分栀子苷具有明确的抗炎、抗氧化和促进组织修复的

作用。有研究表明, 栀子苷可通过调节核因子 E2 相关因子 2/ 血红素氧合酶-1 等抗氧化通路减轻氧化应激损伤, 并且可能通过激活 PI3K/Akt 等信号通路促进成纤维细胞增殖和血管新生^[39]。黄芩苷和栀子苷的协同作用, 在抑制创面过度炎症反应的同时, 为 BFGF、EGF、VEGF 等促愈合因子营造了有利的微环境, 从而共同促进本研究中观察到的创面愈合指标水平明显升高及愈合时间缩短。此外, 龙胆泻肝汤中当归、生地等多味中药具有活血化瘀的功效, 可有效改善创面局部血液循环, 提高创面血氧供应, 以减少氧化应激反应对创面愈合的不良影响。本研究结果显示, 联合组治疗后便秘情况得到有效改善。分析其机制有直接作用和间接作用。直接作用源于龙胆泻肝汤本身的润肠通便功效。方剂中生地黄、当归具有养血润燥通便之效, 车前子、泽泻、木通能利尿通淋, 使湿热之邪从下焦而出, 亦有助于改善肠道津液分布, 软化大便。特别是当归, 被广泛用于治疗血虚肠燥便秘。间接作用可能是因为术后剧烈的肛周疼痛是导致患者恐惧排便、刻意延迟排便的主要原因。粪便在肠道内滞留时间延长, 水分被过度吸收, 导致大便干硬, 排便时进一步加剧疼痛, 形成恶性循环。本研究结果显示, 联合组治疗后疼痛评分明显低于涂剂组, 疼痛的有效缓解极大减轻了患者的排便恐惧感和肛管括约肌痉挛, 使患者更愿意也更能及时排便, 从而打断上述恶性循环, 间接改善便秘症状。因此, 龙胆泻肝汤联合复方黄柏液涂剂对混合痔术后便秘的改善, 是其药物直接通便效应与明显缓解疼痛后打破排便恐惧间接效应共同作用的结果。聂辉等^[7]研究表明, 单一使用复方黄柏液涂剂治疗在缓解混合痔患者疼痛中发挥积极作用, 与本研究结果一致。

综上所述, 龙胆泻肝汤联合复方黄柏液涂剂可减轻患者创面炎症, 加快混合痔患者术后创面愈合, 缓解其便秘情况, 为临床治疗术后创面愈合提供了新的思路, 具有一定参考价值。本研究的局限性: (1) 所有患者均来自本院, 样本的代表性可能受限, 结论外推需谨慎; (2) 观察时间较短, 主要关注术后 28 d 内的疗效, 缺乏长期随访数据; (3) 便秘情况的评估指标虽参考 Bristol 分型等, 但评分标准仍具有一定的主观性。未来研究可进行多中心随机对照研究, 延长随访时间以评估长期疗效及安全性; 采用更客观的便秘评估工具; 进一步深入探讨龙胆泻肝汤活性成分在创面愈合和通便中的具体分子机制。

利益冲突 所有作者均声明不存在利益冲突。

作者贡献 沈菲菲: 研究设计及初稿撰写、研究实施、文献检索、实验数据收集与分析; 周绍荣、王莉芬: 研究资料整理、文章知识性内容作批评性审阅、临

床诊疗指导及研究支持性贡献; 王昱: 研究整体设计与方案制订、文章知识性内容作批评性审阅、实验全程指导、文章修改、质量控制及最终审校, 为研究提供全程支持性贡献。

参考文献

- [1] YU J H, HUANG X W, WU Z J, et al. Clinical study of use of large C suture in procedure for prolapse and hemorrhoids for treatment of mixed hemorrhoids[J]. J Int Med Res, 2021, 49(3):300060521997325.
- [2] AKINMOLADUN O, OH W. Management of hemorrhoids and anal fissures[J]. Surg Clin North Am, 2024, 104(3):473-490.
- [3] GALLO G, MARTELLUCCI J, STURIALE A, et al. Consensus statement of the Italian society of colorectal surgery (SICCR): management and treatment of hemorrhoidal disease[J]. Tech Coloproctol, 2020, 24(2):145-164.
- [4] LI F, ZHU L, GENG Y, et al. Effect of hip replacement surgery on clinical efficacy, VAS score and Harris hip score in patients with femoral head necrosis[J]. Am J Transl Res, 2021, 13(4):3851-3855.
- [5] 李配瑶, 王琳, 李丹, 等. 以患者为中心的健康教育对混合痔术后患者便秘预防效果及生活质量的影响[J]. 中日友好医院学报, 2024, 38(2):91-95.
- [6] 蒋宇, 许建勇, 时艳, 等. 复方黄柏液涂剂联合消疮合剂对肛周脓肿术后创面愈合、临床症状及炎症反应的影响[J]. 国际中医中药杂志, 2023, 45(8):968-972.
- [7] 聂辉, 熊炳贤, 刘建金, 等. 复方黄柏液涂剂联合自动弹力线痔疮套扎术对混合痔患者肛肠动力学和伤口愈合的影响[J]. 中国医学创新, 2023, 20(24):114-118.
- [8] 芦雪华, 赵鹏飞, 陈闽. 黄蜂痔疮膏对湿热下注型混合痔术后创面愈合的影响[J]. 西部中医药, 2024, 37(7):121-123.
- [9] 刘迹. 龙胆泻肝汤合麻子仁丸加减治疗混合痔湿热下注型术后患者的临床效果[J]. 临床合理用药杂志, 2022, 15(1):87-89.
- [10] 邓台燕, 王万里, 杜忠群. 龙胆泻肝汤坐浴联合低位全部切开高位挂线术对肛瘻患者创面愈合、肛肠动力学的影响[J]. 陕西中医, 2021, 42(10):1429-1432.

- [11] 倪嘉淳,蔡增进,侯长城,等. 痔病评估分类法研究进展及评估价值分析[J]. 中国全科医学, 2024,27(20):2545-2550.
- [12] 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.
- [13] 陈霞,关宏峰,赵巍,等.《中药新药质量标准研究技术指导原则(试行)》解读[J]. 中国食品药品监管,2021,9(212):70-77.
- [14] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则[M]. 北京: 中国医药科技出版社,2002:124-129.
- [15] 沈洪,张露,叶柏. 便秘中医诊疗专家共识意见(2017)[J]. 北京中医药,2017,36(9):771-776.
- [16] RIEGLER G, ESPOSITO I. Bristol scale stool form. A still valid help in medical practice and clinical research[J]. Tech Coloproctol, 2001, 5(3):163-164.
- [17] MA W, GUO J, YANG F, et al. Progress in endoscopic treatment of hemorrhoids[J]. J Transl Int Med, 2020, 8(4):237-244.
- [18] LIN S, ZANG M. Effectiveness of mayinglong musk hemorrhoid ointment on wound healing and complications after internal hemorrhoid ligation and external hemorrhoidectomy [J]. Evid Based Complement Alternat Med, 2022, 2022:5630487.
- [19] 周浩忠,史月凡,张如洁,等. 中西医治疗混合痔术后肛缘水肿的研究进展[J]. 中国中西医结合外科杂志, 2023,29(3):393-397.
- [20] 向世力,路永超,詹林浩. 龙槐止血汤联合咖啡酸片治疗湿热下注型混合痔术后并发症临床研究[J]. 山东中医杂志, 2023,42(11):1171-1175.
- [21] 黄磊,王滢,金秋霞. 中药熏洗坐浴对混合痔患者术后创面水肿、疼痛及愈合的影响[J]. 中国中医药科技, 2024,31(2):334-336.
- [22] 侯雨辰,贾小强,贝绍生. 复方黄柏液涂剂联合负压封闭引流治疗藏毛窦皮瓣转移术后感染的临床效果分析[J]. 临床药物治疗杂志, 2023, 21(4):78-81.
- [23] 李先宽,冯杉,郑艳超,等. 黄柏与关黄柏的化学成分及生物活性研究进展[J]. 药物评价研究, 2019,42(5):1033-1037.
- [24] 赵佩媛,韩立柱,汪芸兰,等. 连翘的研究进展及质量标志物的预测分析[J]. 中华中医药学刊, 2022,40(4):19-27.
- [25] 郑勇凤,王佳婧,傅超美,等. 黄芩的化学成分与药理作用研究进展[J]. 中成药, 2016, 38(1):141-147.
- [26] 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.
- [27] 谢纯,阳忠. 复方黄柏涂剂对混合痔患者 PPH 术后肛缘水肿及微炎症指标的影响[J]. 现代诊断与治疗, 2024,35(4):485-486.
- [28] 简银基. 消肿止痛汤熏洗坐浴联合复方黄柏液涂剂治疗痔疮术后肛缘水肿的临床效果[J]. 中国医药指南, 2024,22(33):136-138.
- [29] 张立泽,赵刚. 复方黄柏液涂剂治疗肛周脓肿和肛瘘临床应用专家共识[J]. 中国新药杂志, 2025,34(20):2233-2240.
- [30] CASARI G, RESCA E, GIORGINI A, et al. Microfragmented adipose tissue is associated with improved ex vivo performance linked to HOXB7 and b-FGF expression[J]. Stem Cell Res Ther, 2021,12(1):481.
- [31] SHAKHAKARMI K, SEO J E, LAMICHHANE S, et al. EGF, a veteran of wound healing: highlights on its mode of action, clinical applications with focus on wound treatment, and recent drug delivery strategies[J]. Arch Pharm Res, 2023,46(4):299-322.
- [32] BEHESHTIZADEH N, GHARIBSHAHIAN M, BAYATI M, et al. Vascular endothelial growth factor (VEGF) delivery approaches in regenerative medicine [J]. Biomed Pharmacother, 2023,166:115301.
- [33] CHEN X Y, JIANG W W, LIU Y L, et al. Anti-inflammatory action of geniposide promotes wound healing in diabetic rats[J]. Pharm Biol, 2022,60(1):294-299.

(收稿日期:2025-09-25 修回日期:2025-11-29)

(编辑:周晓凤 熊欣然)