清热凉血解毒方熏洗治疗混合痔术后临床研究

陈亮，郑勇

安吉县第三人民医院，浙江 安吉 313301

［摘要］**目的：**观察清热凉血解毒方熏洗治疗混合痔术后的疗效。**方法：**选取2020年1月—2024年12月安吉县第三人民医院行混合痔术的100例患者，按随机数字表法分为对照组及中药组各50例。对照组采用常规换药及高锰酸钾坐浴，中药组采用常规换药及清热凉血解毒方熏洗坐浴，持续治疗14天。比较2组临床疗效及不良反应发生率，比较2组术后恢复情况，比较2组治疗前后创面形态情况、疼痛视觉模拟评分法（VAS）评分、炎症指标[白细胞介素-8（IL-8）、白细胞介素-4（IL-4）、白细胞介素-17（IL-17）、肿瘤坏死因子-α（TNF-α）]值的变化。**结果：**治疗后，中药组临床疗效总有效率为96.00%（48/50），对照组为82.00%（41/50），2组比较，差异有统计学意义（$P<0.05$）。中药组住院时间、创面愈合时间、创面出血时间均短于对照组，差异均有统计学意义（$P<0.05$）。治疗后，2组VAS评分、创面水肿评分、创面渗液评分均较治疗前下降（$P<0.05$），中药组上述3项评分均低于对照组（$P<0.05$）。治疗7天，2组新生毛细血管数及成纤维细胞数均较治疗前提升（$P<0.05$），且中药组多于对照组（$P<0.05$）；治疗14天，2组新生毛细血管数及成纤维细胞数均较治疗前提升（$P<0.05$），中药组新生毛细血管数及成纤维细胞数均少于治疗7天时（$P<0.05$），中药组均少于对照组（$P<0.05$）。治疗后，2组IL-8、IL-17、TNF-α水平均较治疗前下降（$P<0.05$），IL-4水平均较治疗前升高（$P<0.05$）；中药组IL-8、IL-17、TNF-α水平均低于对照组（$P<0.05$），IL-4水平高于对照组（$P<0.05$）。治疗期间，2组不良反应发生率比较，差异无统计学意义（$P>0.05$）。**结论：**清热凉血解毒方熏洗治疗混合痔术后疗效较好，能减轻疼痛，加速创面愈合，减轻炎症反应，改善临床症状，促进康复。

［关键词］混合痔；清热凉血解毒方；熏洗；创面愈合；疼痛程度

［中图分类号］R266 ［文献标志码］A ［文章编号］0256-7415（2026）01-0065-05

DOI：10.13457/j.cnki.jncm.2026.01.011

Clinical Study on Fumigation-Wash of Qingre Liangxue Jiedu Prescription for Postoperative Management of Mixed Hemorrhoids

CHEN Liang, ZHENG Yong

Anji Third People's Hospital, Anji Zhejiang 313301, China

Abstract: Objective: To observe the curative effect of fumigation-wash of Qingre Liangxue Jiedu Prescription for postoperative management of mixed hemorrhoids. **Methods:** A total of 100 patients who underwent surgery of mixed hemorrhoids in the Anji Third People's Hospital from January 2020 to December 2024 were selected and divided into the control group and the Chinese medicine group according to the random number table method, with 50 cases in each group. The control group received conventional dressing change and potassium permanganate hip bath, and the Chinese medicine group was given conventional dressing change and fumigation-wash and hip bath with Qingre Liangxue Jiedu Prescription for 14 days. The clinical effects, incidence of adverse reactions, the postoperative recovery, and the changes in wound morphology, scores of Visual Analogue Scale (VAS) for pain and levels of inflammatory indexes

［收稿日期］2025-04-09
［修回日期］2025-10-27
［基金项目］湖州市科技计划项目（2019GY41）
［作者简介］陈亮（1984-），男，副主任医师。

[interleukin-8 (IL-8), interleukin-4 (IL-4), interleukin-17 (IL-17), tumor necrosis factor-α (TNF-α)] before and after treatment were compared between the two groups. **Results**: After treatment, the total effective rate was 96.00% (48/50) in the Chinese medicine group and 82.00% (41/50) in the control group, the difference being significant ($P<0.05$). The hospitalization time, wound healing time and wound bleeding time in the Chinese medicine group were shorter than those in the control group, differences were statistically significant ($P<0.05$). After treatment, the VAS scores, wound swelling scores, and wound drainage scores in the two groups were decreased when compared with those before treatment ($P<0.05$), and the above three scores in the Chinese medicine group were lower than those in the control group ($P<0.05$). After 7 days of treatment, the numbers of new capillaries and fibroblasts in the two groups were increased when compared with those before treatment ($P<0.05$), and the above two numbers in the Chinese medicine group were higher than those in the control group ($P<0.05$); after 14 days of treatment, the numbers of new capillaries and fibroblasts in the two groups were elevated when compared with those before treatment ($P<0.05$); the above two numbers in the Chinese medicine group were lower than those after 7 days of treatment ($P<0.05$), and the above two numbers in the Chinese medicine group were lower than those in the control group ($P<0.05$). After treatment, the levels of IL-8, IL-17, and TNF-α in the two groups were reduced when compared with those before treatment ($P<0.05$), and the IL-4 levels were elevated when compared with those before treatment ($P<0.05$); the levels of IL-8, IL-17, and TNF-α in the Chinese medicine group were lower than those in the control group ($P<0.05$), and the IL-4 level was higher than that in the control group ($P<0.05$). During the treatment, there was no significant difference being found in the comparison of the incidence of adverse reactions between the two groups ($P>0.05$). **Conclusion**: Fumigation-wash of Qingre Liangxue Jiedu Prescription has a good effect for postoperative management of mixed hemorrhoids, which can relieve pain, accelerate wound healing, reduce inflammation responses, improve clinical symptoms, and promote rehabilitation.

Keywords: Mixed hemorrhoids; Qingre Liangxue Jiedu Prescription; Fumigation-wash; Wound healing; Degree of pain

混合痔是一种以内外相连无边界的静脉曲张团块为主要特征的常见肛肠疾病，发病时多表现为肛门异物感、疼痛、出血等症状[1]。目前，外剥内扎术为临床治疗中重度混合痔患者的常用手段，其疗效确切，但由于肛门特殊的解剖位置和生理作用，术后切口处容易引发感染，导致出现水肿、疼痛、出血等并发症，延缓患者康复进程[2]。现代医学多以服药、硫酸镁湿敷等方式促进创面愈合，但可能引起肝肾功能损伤或过敏等不良反应。中医学认为，混合痔病因为湿热风毒影响，气血瘀滞魄门，筋脉懈纵而成痔，其中湿热下注型而较为多见[3]。而手术为金刃外伤，会损伤脉络，加重瘀滞，因此混合痔术后应以活血化湿、清热解毒为治疗原则。传统中药熏洗法既可借助蒸汽的热力效用，促进经络疏通、肌肉重塑，又可配合清热祛湿、消肿化瘀中药，快速改善患者症状，促进患者康复[4]。本研究观察清热凉血解毒方熏洗治疗混合痔术后的疗效，报道如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准 符合文献[5]混合痔诊断标准。

1.2 辨证标准 符合湿热下注型辨证标准[6]。肛内肿物外脱，肛门灼热、重坠不适，便血色鲜，量较多，肢体困重，口苦，便干或溏，舌质红、苔黄腻，脉弦数。

1.3 纳入标准 符合诊断及辨证标准；内痔分度为Ⅲ度～Ⅳ度等手术指征；于安吉县第三人民医院行混合痔外剥内扎术；年龄＞18岁；对本研究内容知情同意。

1.4 排除标准 伴有其他肛周疾病或肛门功能异常；合并感染性疾病、免疫性疾病或处于妊娠、哺乳期；合并精神类疾病或依从性差、中途转院；合并重要脏器功能不全或对本研究药物不耐受。

1.5 一般资料 选取2020年1月—2024年12月安吉

县第三人民医院行混合痔术的100例患者，按随机数字表法分为对照组与中药组各50例。对照组男23例，女27例；年龄21～54岁，平均(39.47±9.26)岁；体质量指数(BMI)19.39～24.31，平均BMI 21.87±1.84；病程1～9年，平均(5.26±1.09)年；内痔分度：Ⅲ度38例，Ⅳ度12例。中药组男25例，女25例；年龄19～53岁，平均(38.62±10.13)岁；BMI 19.54～25.09，平均BMI 22.35±1.74；病程0.5～9年，平均(5.08±1.86)年；内痔分期：Ⅲ度37例，Ⅳ度13例。2组一般资料比较，差异无统计学意义($P>0.05$)，具有可比性。本研究经安吉县第三人民医院伦理委员会批准(2019-012-01)。

2 治疗方法

2.1 对照组 采用常规换药及高锰酸钾坐浴。具体步骤：将1片高锰酸钾外用片(济南康福生制药有限公司，国药准字H37022233，规格：0.1 g)加入开水中配置为1∶5 000的浓度备用，于浴盆中倒入40～60 ℃ 1 L高锰酸钾溶液，让患者先熏蒸10 min，再坐浴15 min，期间不时加入热水以维持水温。熏洗后进行常规换药(0.9%氯化钠冲洗创面后，更换隔离创面的凡士林纱条)，每天2次，持续治疗14天。

2.2 中药组 采用常规换药及清热凉血解毒方熏洗坐浴。处方：五倍子15 g，川芎10 g，黄芪20 g，马齿苋30 g，生地榆15 g，黄柏20 g，苦参20 g，蒲公英20 g。上述药材均由安吉县第三人民医院中药房提供。将药材放入2 L清水中煎煮，浓缩至1 L后倒入浴盆中，指导患者先熏蒸10 min，再坐浴15 min，药液温度维持在40～60℃。熏洗后进行常规换药，操作步骤同对照组一致，每天2次，持续治疗14天。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 ①临床疗效。②术后恢复情况。记录并比较2组治疗期间的住院时间、创面愈合时间及创面出血消失时间。③疼痛评分。以疼痛视觉模拟评分法(VAS)于治疗前后评估2组混合痔术后患者疼痛情况，总分分值0～10分，分值与疼痛感成正比[7]。④创面水肿评分。于治疗前后评估患者创面水肿情况，其中创面柔软无突起计0分；创面稍突起，尚存在皮纹计为1分；创面皮纹不清，成中度隆起计为2分；创面严重突出，皮肤发亮且无皮纹计为3分。⑤创面渗液评分。于治疗前后评估2组创面水肿情况，根据纱布被渗透量计分，＜1块计0分，1块计1分，之后每多渗透1块纱布计多1分。⑥创面组织形态观察。分别于治疗前、治疗7天、14天取患者创面组织(约0.5 mm × 0.5 mm)进行常规标本处理并染色，以日本奥林巴斯CX33显微镜在200倍视野中选取细胞最丰富区域，切换为400倍视野记录创面新生毛细血管数及成纤维细胞数，各标本均取3个视野后计算平均值。⑦炎症指标。于治疗前后抽取5 mL清晨空腹血，离心后采用酶联免疫吸附试验试剂盒(购自上海科艾博生物技术有限公司)白细胞介素-8(IL-8)、白细胞介素-4(IL-4)、白细胞介素-17(IL-17)、肿瘤坏死因子-α(TNF-α)水平。⑧不良反应。比较2组治疗期间湿疹、感染、头痛、腹泻等不良反应发生情况。

3.2 统计学方法 应用SPSS21.0统计学软件进行分析处理。计量资料以均数±标准差($\bar{x}\pm s$)表示，组内比较采用配对样本t检验，组间比较采用独立样本t检验；计数资料以百分比(%)表示，采用χ^2检验。$P<0.05$表示差异有统计学意义。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 痊愈：创面基本愈合，无出血、水肿、渗液等症状；显效：50%≤创面愈合面积＜70%，出血、水肿、渗液等症状明显好转；有效：30%≤创面愈合面积＜50%，出血、水肿、渗液等症状有所改善；无效：创面愈合面积＜30%，且创面出血、水肿、渗液等症状未得到改善[8]。

4.2 2组临床疗效比较 见表1。治疗后，中药组临床疗效总有效率为96.00%，对照组为82.00%，2组比较，差异有统计学意义($P<0.05$)。

表1 2组临床疗效比较 例(%)

组 别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效
中药组	50	20(40.00)	17(34.00)	11(22.00)	2(4.00)	48(96.00)
对照组	50	15(30.00)	12(24.00)	14(28.00)	9(18.00)	41(82.00)
χ^2值						5.005
P值						0.025

4.3 2组术后恢复比较 见表2。中药组住院时间、创面愈合时间、创面出血时间均短于对照组，差异均有统计学意义($P<0.05$)。

4.4 2组治疗前后VAS评分、创面水肿评分、创面渗液评分比较 见表3。治疗前，2组VAS评分、创面水肿评分、创面渗液评分比较，差异无统计学意义($P>0.05$)。治疗后，2组VAS评分、创面水肿评分、创面渗液评分均较治疗前下降($P<0.05$)，中药

组上述3项评分均低于对照组（$P<0.05$）。

4.5　2组治疗前后创面组织形态比较　见表4。治疗前，2组新生毛细血管数、成纤维细胞数比较，差异无统计学意义（$P>0.05$）。治疗7天，2组新生毛细血管数及成纤维细胞数均较治疗前提升（$P<0.05$），且中药组多于对照组（$P<0.05$）；治疗14天，2组新生毛细血管数及成纤维细胞数均较治疗前提升（$P<0.05$），中药组新生毛细血管数及成纤维细胞数均少于治疗7天时（$P<0.05$），中药组均少于对照组（$P<0.05$）。

4.6　2组治疗前后炎性指标比较　见表5。治疗前，2组炎性指标值比较，差异无统计学意义（$P>0.05$）。治疗后，2组IL-8、IL-17、TNF-α水平均较治疗前下降（$P<0.05$），IL-4水平均较治疗前升高（$P<0.05$）；中药组IL-8、IL-17、TNF-α水平均低于对照组（$P<0.05$），IL-4水平高于对照组（$P<0.05$）。

表2　2组术后恢复比较（$\bar{x}\pm s$）　d

组　别	例数	住院时间	创面愈合时间	创面出血时间
中药组	50	7.28±0.53	12.46±1.27	4.69±0.48
对照组	50	10.31±0.82	16.95±2.64	7.13±0.76
t值		21.944	10.837	19.194
P值		<0.001	<0.001	<0.001

表3　2组治疗前后VAS评分、创面水肿评分、创面渗液评分比较（$\bar{x}\pm s$）　分

组　别	例数	VAS评分		创面水肿评分		创面渗液评分	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
中药组	50	6.17±1.34	0.54±0.23①	2.44±0.34	0.11±0.03①	3.99±0.31	0.22±0.09①
对照组	50	6.12±1.45	1.16±0.57①	2.32±0.45	0.43±0.12①	3.94±0.25	0.51±0.14①
t值		0.179	5.982	1.505	18.293	0.888	12.321
P值		0.858	<0.001	0.136	<0.001	0.377	<0.001

注：①与本组治疗前比较，$P<0.05$。

表4　2组治疗前后创面组织形态比较（$\bar{x}\pm s$）

组　别	例数	新生毛细血管数（条）			成纤维细胞数（个）		
		治疗前	治疗7 d	治疗14 d	治疗前	治疗7 d	治疗14 d
中药组	50	4.17±1.34	12.28±1.73①	5.44±1.02①②	28.11±5.72	60.97±7.29①	34.63±5.18①②
对照组	50	4.06±1.45	10.16±1.57①	7.32±1.51①	27.59±5.38	53.86±7.15①	42.51±5.36①
t值		0.394	6.417	7.295	0.468	4.924	7.475
P值		0.695	<0.001	<0.001	0.641	<0.001	<0.001

注：①与本组治疗前比较，$P<0.05$，②与本组治疗7 d比较，$P<0.05$。

表5　2组治疗前后炎性指标比较（$\bar{x}\pm s$）　pg/mL

组　别	例数	IL-8		IL-17		TNF-α		IL-4	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
中药组	50	87.76±3.43	8.18±1.83①	28.35±2.19	6.26±0.75①	34.15±5.51	8.43±1.22①	7.85±1.94	11.71±1.27①
对照组	50	87.51±3.29	14.08±3.01①	27.94±1.67	8.89±1.48①	34.38±5.33	10.57±2.15①	8.01±2.24	10.63±1.58①
t值		0.372	11.843	0.261	11.208	0.212	6.121	0.382	3.767
P值		0.711	<0.001	0.795	<0.001	0.832	<0.001	0.703	<0.001

注：①与本组治疗前比较，$P<0.05$。

4.7　2组不良反应发生率比较　治疗期间，中药组共2例出现湿疹，1例腹泻，1例头痛，不良反应发生率为8.00%；对照组1例头痛，2例湿疹，1例感染，不良反应发生率为8.00%。2组不良反应发生率比较，差异无统计学意义（$\chi^2=0.136$，$P>0.05$）。

5　讨论

尽管手术可切除混合痔患者痔核，但术后由于排便不净、细菌感染等因素使得术后疼痛、创面愈合缓慢等事件频繁发生，给患者身心带来巨大负担。

中医学认为，手术虽去患者有形之邪，但未除其湿热之气，邪气下注，郁结肛周；且术中金刃损伤脉络，致使津气运行不畅，气血壅滞致肛门肿胀、疲血[9]。因此，治疗湿热下注型混合痔术后患者应以清热祛湿、活血散瘀为主。中药熏洗法结合了药力

与热力的双重功效，温热的药液与升腾的药气直达患处，提高局部组织的药物浓度，既可通过热力加快气血流通，改善局部微循环，加速新陈代谢，又可使药物成分被皮肤及黏膜充分吸收，发挥抗炎、镇痛、加速组织修复的药理作用[10]。本研究所用清热凉血解毒方中，五倍子性寒，具有散热祛湿、止血生津之效；川芎性温，活血止痛、祛风行气；黄芪生津养血、行滞通痹；马齿苋、生地榆性寒，凉血止血、清热解毒；黄柏清热燥湿，泻火除蒸；苦参起消痈，清热利湿之效；蒲公英消肿散结，清热解毒。全方共奏清热祛湿，活血，散瘀止痛之效。现代药理学研究表明，黄芪的主要成分黄芪甲苷可促进血管内皮生长因子等多种蛋白表达，从而起促进新生血管发育、成熟作用[11]。蒲公英水煎物可通过丝裂原活化蛋白激酶通路抑制TNF-α、IL-6等促炎因子释放，从而发挥消炎作用[12]。本研究结果显示，治疗14天后，中药组患者治疗总有效率、术后恢复情况、VAS评分、创面组织修复情况均优于对照组，且2组不良反应发生率比较差异无统计学意义，表明清热凉血解毒方治疗混合痔术后患者安全性较好且疗效确切，可促进水肿消退，减轻患者疼痛。

混合痔术后患者多因损伤伴有炎症反应，短期的炎症反应可促进白细胞等炎性细胞迁移及转化生长因子β等细胞因子释放，为创面修复增殖奠定基础，但持续的炎症反应会延缓创面愈合，导致术后患者形成慢性难愈性创面。IL-8为中性粒细胞核心的趋化介质，其水平在混合痔术后早期迅速升高，募集炎性细胞向创面迁移，且迁移至创面的炎性细胞释放大量IL-17、TNF-α等炎性因子进一步加重炎症。同时过表达的IL-17、TNF-α一方面通过激活核因子-κB通路进一步刺激内皮细胞分泌IL-8，形成自强化循环，另一方面则通过增加血管通透性，加剧血浆外渗及组织水肿。此外，IL-17可与TNF-α协同上调金属蛋白酶水平，抑制成纤维细胞胶原合成，延缓愈合。而IL-4为辅助性T细胞2(Th2)、肥大细胞等分泌的重要的抗炎因子。其不仅可通过激活JAK1/STAT6信号通路，抑制Th1细胞分化，进而抑制IL-17释放，减轻炎症水平；还可通过促进M2型巨噬细胞极化及成纤维细胞增殖，进而促进转化生长因子β、血管内皮生长因子分泌，加快新生血管生成及组织修复进程[13]。本研究结果显示，治疗14天后，中药组IL-4、IL-8、IL-17、TNF-α水平改善幅度均优于对照组。表明清热凉血解毒方可能通过调节机体炎症因子水平，减轻炎症反应。

综上，清热凉血解毒方熏洗治疗混合痔术后疗效较好，能减轻疼痛，加速创面愈合，减轻炎症反应，改善临床症状，促进康复。

[参考文献]

[1] SUN X W，XU J Y，ZHU C Z，et al. Analysis of factors impacting postoperative pain and quality of life in patients with mixed hemorrhoids：A retrospective study[J]. World J Gastrointest Surg，2024，16(3)：731-739.

[2] 王东，周如乐，王慧，等. 肛泰栓联合复方荆芥熏洗剂治疗混合痔外剥内扎术后的临床研究[J]. 中草药，2025，56(5)：1682-1686.

[3] SHA Q，CHENG M，ZHOU F，et al. Effects of Huhuang Burn Liniment on wound healing and changes in IL-10 and MMP-9 levels in patients with mixed hemorrhoids[J]. Am J Transl Res，2022，14(10)：7434-7442.

[4] 朱镭，陈亚梅，徐立华，等. 清热消瘀方熏洗对混合痔术后患者疼痛程度、创面愈合及肛门功能的影响[J]. 辽宁中医杂志，2024，51(11)：116-119.

[5] 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.

[6] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则(试行)[M]. 北京：中国医药科技出版社，2002.

[7] ÅSTRÖM M，THET LWIN Z M，TENI F S，et al. Use of the visual analogue scale for health state valuation：a scoping review[J]. Qual Life Res，2023，32(10)：2719-2729.

[8] 中华医学会消化内镜学分会内痔协作组. 中国消化内镜内痔诊疗指南及操作共识(2021)[J]. 中华消化内镜杂志，2021，38(9)：676-687.

[9] 谢有强，陈玉妹，叶杰阳. 槐榆清热止血胶囊联合熏洗治疗混合痔术后患者的临床观察[J]. 中国中医基础医学杂志，2023，29(12)：2055-2057.

[10] 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.

[11] 王选阳，高原，唐进法，等. 黄芪及其药对研究进展[J]. 中华中医药学刊，2025，43(3)：155-160.

[12] 石爱文，姚佳靖，王庆，等. 蒲公英化学成分和药理作用研究进展及其质量标志物预测分析[J]. 中华中医药学刊，2024，42(9)：38-45，259.

[13] NGUYEN J K，AUSTIN E，HUANG A，et al. The IL-4/IL-13 axis in skin fibrosis and scarring：mechanistic concepts and therapeutic targets[J]. Arch Dermatol Res，2020，312(2)：81-92.

[责任编辑：郭雨驰，蒋维超(英文)]