加味三黄汤坐浴治疗湿热下注型炎性外痔疗效观察及对血清炎症因子和 5 – HT 的影响

张秀岭，沈海峰，刘永明
（衡水市第四人民医院肛肠科，河北 衡水 053000）

摘要 目的：分析湿热下注型炎性外痔应用加味三黄汤坐浴的疗效及对血清炎症因子和 5 – 羟色胺（5 – HT）的影响。方法：选取衡水市第四人民医院肛肠科 2021 年 6 月—2022 年 12 月收治的 110 例湿热下注型炎性外痔患者，采用随机数字表法分为对照组和观察组，每组 55 例。对照组给予生理盐水坐浴联合肛泰栓治疗，观察组 55 例给予肛泰栓联合加味三黄汤坐浴治疗，7 d 为 1 个疗程。观察两组治疗前和治疗 7 d 后症状积分、血清炎症因子[C 反应蛋白（CRP）、肿瘤坏死因子（TNF – α）和白细胞介素 – 6（IL – 6）]及疼痛相关因子[β – 内啡肽（β – EP）、5 – HT]水平变化，比较两组临床疗效和不良反应发生率。结果：治疗 7 d 后，两组肛门疼痛、痔核水肿、肛门异物感、肛门灼热、便血积分均较治疗前降低（$P<0.05$），且观察组各症状积分均低于对照组（$P<0.05$）；观察组总有效率高于对照组（$P<0.05$）；治疗 7 d 后，两组血清 CRP、TNF – α、IL – 6、β – EP、5 – HT 水平均较治疗前降低（$P<0.05$），且观察组上述炎症、疼痛因子水平均低于对照组（$P<0.05$）；治疗期间两组均无不良反应发生。结论：针对湿热下注型炎性外痔采用加味三黄汤坐浴联合肛泰栓治疗有助于改善患者临床症状，降低炎症因子和疼痛相关因子水平，进一步提高治疗效果，疗效显著。

关键词 加味三黄汤；痔疮；湿热下注；炎症因子；5 – 羟色胺
中图分类号：R269 **文献标识码**：A **文章编号**：1002 – 2392（2025）08 – 0063 – 05
DOI：10.19664/j.cnki.1002 – 2392.250166

外痔是指发生在齿线以下的痔疮，其中炎性外痔是最常见的类型，表现为肛缘皱襞隆起，伴红肿胀痛或有渗液，患者自觉疼痛、有异物感，更甚者伴发热或全身不适，是痔疮中的常见急病[1]。目前国内外研究针对轻中度炎性外痔予以改变饮食和排便习惯、局部应用消肿止痛药物、抗生素等保守治疗方式，但部分患者保守治疗无法控制症状或疗效不佳，若采用结扎、切除手术治疗则对局部组织损伤较大，且术后肛门易发生疼痛、水肿症状，还存在炎性外痔再形成等问题[2-4]。近年来随着学者对炎性外痔发生机制、生理病理的深入探讨，中医在保守治疗痔疮方面也取得了一定的进展，提出了中药熏洗坐浴、肛门用药等有效疗法和方药[5-6]。中医认为炎性外痔在气血虚损、脏腑失调基础上受饮食不节、气候干燥、风湿燥热入侵导致湿热内结，耗损津液，肛门气滞血瘀，气血与湿热积聚导致肛门裂伤形成痔，故在辨证中尤以湿热下注型常见，治疗需清利湿热、消肿止痛[7]。三黄汤是治疗湿热下注型痔疮的中药方剂，出自《医宗金鉴》，具有泻火、清热、通便之功效。坐浴是治疗肛周疾病的一种疗法，将中药以坐浴方式治疗痔疮能够直接经皮肤吸收发挥药效，并且还通过坐浴温热效应促进局部循环，缓解疼痛[8]。肛泰栓是临床治疗湿热下注型外痔的常用中成药栓剂。既往研究[9-10]报道三黄汤坐浴和肛泰栓均能够缓解痔疮患者肛门水肿、疼痛等症状，但目前临床多集中于中医药在炎性外痔临床症状改善、临床疗效方面的研究，较少深入到血清因子水平。故本研究探讨加味三黄汤坐浴联合肛栓泰治疗湿热下注型炎性外痔对炎症因子、疼痛因子的影响及临床疗效，旨在阐明血清炎性因子、疼痛因子与湿热下注型炎性外痔发病的关联，以期为临床诊治提供新思路。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本研究为前瞻性研究，按随机数字表法将衡水市第四人民医院肛肠科 2021 年 6 月—2022 年 12 月收治的 110 例湿热下注型炎性外痔患者分为对照组和观察组，每组 55 例。两组间一般资料包括性别、年龄、病程差

收稿日期：2024 – 11 – 07 **修回日期**：2025 – 04 – 28
基金项目：河北省 2022 年度中医药类科研计划课题（2022627）
作者简介：张秀岭（1974 – ），男，副主任中医师，从事痔疮相关治疗。

异均无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。见表 1。本研究已通过衡水市第四人民医院医学伦理委员会批准(院准字 2021 年第 012 号)。

表 1 两组湿热下注型炎性外痔患者一般资料比较($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	性别/[例(%)]		年龄/岁	病程/d
		男	女		
对照组	55	30(54.55)	25(45.45)	30.64±7.79	3.55±0.93
观察组	55	26(47.27)	29(52.73)	31.07±7.26	3.42±0.89
χ^2/t 值		0.582		0.299	0.749
P 值		0.446		0.765	0.456

1.2 诊断标准

西医诊断符合《中国痔病诊疗指南(2020)》[11]中炎性外痔诊断标准。肛门部软组织团块,肛门瘙痒疼痛或异物感,排便时加重,直肠指诊及肛门镜检可见肛旁肿物、肛门皱襞红肿充血,触痛较甚,有时伴有少量分泌物。

中医诊断符合《中医外科学》[12]中湿热下注证痔诊断标准。肛缘肿物突起,肛门灼热、异物感,便血、量较多且颜色鲜红,舌红,苔黄腻,脉弦数。

1.3 纳入与排除标准

1.3.1 纳入标准

①符合上述中西医诊断标准;②年龄 > 18 岁;③无手术指征;④均签署知情同意书。

1.3.2 排除标准

①机体器官存在严重功能障碍者;②合并急性肠炎、肠梗阻、肠脓肿、肛瘘者;③合并严重的系统性疾病及自身免疫性疾病者;④有肛肠手术史者;⑤孕产妇及哺乳期、月经期女性;⑥对研究药物过敏者。

1.4 治疗方法

对照组给予生理盐水坐浴联合肛泰栓治疗。生理盐水 250 mL + 温开水 750 mL(水温控制在 40 ℃左右)坐浴 10 ~ 15 min 后肛门给药肛泰栓(烟台荣昌制药股份有限公司,国药准字 Z20060211,规格 1 g × 6 粒),用法:将指套戴在食指上,轻轻将栓剂塞入肛门内约 2 cm 处,1 粒/次,2 次/d。

观察组给予加味三黄汤坐浴联合肛泰栓治疗。加味三黄汤由黄芩、黄连、黄柏、地榆、荆芥、薄荷、防风、海螵蛸、芒硝各 20 g,败酱草 30 g,红花 10 g 组成,用法:将除芒硝外的药物置于 2 500 mL 凉水中浸泡 30 min,大火煮沸后转为文火煎 20 min,重复煎两次后关火放入芒硝 20 g,将煎好的药液分成两等份,加入生理盐水 250 mL 待药液冷却至 40 ℃左右后坐浴 10 ~ 15 min,1 份药液/次,2 次/d,1 剂/2 d。肛泰栓用法同对照组。

两组患者治疗均给予健康教育,指导患者养成良好的生活作息、饮食习惯,忌刺激、辛辣食物,保持大便通畅、肛周清洁、干燥,并给予患者心理疏导,缓解焦虑等不良情绪,7 d 为 1 个疗程。

1.5 观察指标及疗效判定标准

1.5.1 症状积分

参照《中医外科学》[12]中湿热下注证主要症状,选择肛门疼痛、痔核水肿、肛门异物感、肛门灼热、便血主要症状进行评分。(1)肛门疼痛:采用视觉模拟评分法(VAS)[13],在白纸上画一条线段,左端起点为 0 分,右端终点为 10 分,分数越高,疼痛越剧烈,由患者根据自觉肛门疼痛程度进行评分;(2)痔核水肿:按无水肿、水肿面积 < 肛周面积 1/4、水肿面积在肛周面积 1/4 ~ 1/2、水肿面积 > 肛周面积 1/2 分别计 0、1、2、3 分;(3)肛门异物感:无异物感、偶有异物感或轻微异物感、异物感明显但不影响正常工作及休息、异物感严重影响正常工作及休息分别计 0、1、2、3 分;(4)肛门灼热:无灼热感、轻微灼热感、灼热感明显但未治疗下可耐受、灼热感严重无法耐受需治疗分别计 0、1、2、3 分;(5)便血:无便血、纸上带血但无滴血、纸上带血且滴血、喷射状出血分别计 0、1、2、3 分。以上各项均在治疗前和治疗 7 d 后各评估 1 次。

1.5.2 临床疗效

治疗 7 d 后评价疗效[14],临床症状基本消失,中医证候积分降低≥95%,痔周围黏膜恢复正常为治愈;临床症状显著改善,中医证候积分降低 75% ~ 95%,痔周围黏膜轻度充血,痔核缩小且无脱垂为显效;临床症状略有改善,中医证候积分降低≥30% 且 < 75%,痔周围黏膜轻度充血,痔核缩小但便后脱垂为有效;未达到以上标准为无效。总有效率 = (治愈 + 显效 + 有效)例数/总例数 × 100%。

1.5.3 血清炎症因子和疼痛相关因子

采集患者的空腹静脉血 5 mL,离心处理血样,用移液枪分离出血清,采用酶联免疫吸附法检测白细胞介素 - 6(IL - 6)、肿瘤坏死因子(TNF - α)、β - 内啡肽(β - EP)和 5 - 羟色胺(5 - HT)水平,采用免疫比浊法检测 C 反应蛋白(CRP)水平,具体步骤如下:用 R1 试剂稀释蒸馏水、标准液、待测血清分别加入空白孔、标准孔、测定孔,温育后重复洗涤 3 次,然后各孔加入 R2 试剂,温育后重复洗涤 3 次,随后各孔加入底物,温育后加入终止液,在 450 nm 波长处测定吸光度。以上检测试剂盒均由北京方程生物科技有限公司免费提供,检测设备由检验科提供,医用耗材和化验加工费由项目组自筹。以上指标在治疗前和治疗 7 d 后各检

测 1 次。

1.5.4 不良反应

记录两组患者烫伤、皮肤过敏、湿疹等不良反应发生情况。

1.6 统计学方法

分析应用 SPSS20.0 软件进行统计学检验。采用 Shapiro - Wilk 检验计量资料分布均呈正态性，以（$\bar{x} \pm s$）表述，分别采用独立样本 t 检、配对 t 检验组间和组内差异；计数资料以[例(%)]描述，采用 χ^2 检验。$P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组治疗前后症状积分

治疗 7 d 后，两组肛门疼痛、痔核水肿、肛门异物感、肛门灼热、便血积分均较治疗前降低（$P<0.05$），且观察组各症状积分均低于对照组（$P<0.05$）。见表 2。

2.2 两组临床疗效比较

观察组总有效率高于对照组（$P<0.05$）。见表 3。

表 2 两组湿热下注型炎性外痔患者肛门疼痛、痔核水肿评分及中医证候积分比较（$\bar{x} \pm s$，分）

组别	例数	肛门疼痛		痔核水肿		肛门异物感		肛门灼热		便血	
		治疗前	治疗 7 d 后	治疗前	治疗 7 d 后	治疗前	治疗 7 d 后	治疗前	治疗 7 d 后	治疗前	治疗 7 d 后
对照组	55	5.38 ± 0.82	2.24 ± 0.60*	2.47 ± 0.55	1.15 ± 0.45*	1.73 ± 0.62	0.88 ± 0.45*	2.04 ± 0.78	1.03 ± 0.56*	1.61 ± 0.53	0.98 ± 0.42*
观察组	55	5.56 ± 0.79	1.37 ± 0.45*#	2.42 ± 0.51	0.62 ± 0.33*#	1.79 ± 0.65	0.41 ± 0.20*#	2.06 ± 0.73	0.52 ± 0.38*#	1.65 ± 0.44	0.50 ± 0.37*#

注：与本组治疗前比较，*$P<0.05$；与对照组治疗 7 d 后比较，#$P<0.05$。

表 3 两组湿热下注型炎性外痔患者临床疗效比较[例(%)]

组别	例数	治愈	显效	有效	无效	总有效
对照组	55	19(34.55)	16(29.09)	9(16.36)	11(20.00)	44(80.00)
观察组	55	30(54.55)	17(30.91)	5(9.09)	3(5.45)	52(94.55)
χ^2 值						5.238
P 值						0.022

2.3 两组治疗前后血清炎症因子水平

治疗 7 d 后，两组血清 CRP、TNF - α、IL - 6 水平均较治疗前降低（$P<0.05$），且观察组以上血清炎症因子水平均低于对照组（$P<0.05$）。见表 4。

表 4 两组湿热下注型炎性外痔患者治疗前后血清炎性因子水平比较（$\bar{x} \pm s$，ng/mL）

组别	例数	CRP		TNF - α		IL - 6	
		治疗前	治疗 7 d 后	治疗前	治疗 7 d 后	治疗前	治疗 7 d 后
对照组	55	22.05 ± 4.84	15.34 ± 3.68*	5.08 ± 0.76	2.66 ± 0.52*	81.32 ± 9.64	59.46 ± 8.75*
观察组	55	21.35 ± 4.47	11.96 ± 2.60*#	5.14 ± 0.82	1.97 ± 0.43*#	82.16 ± 10.33	45.87 ± 6.56*#

注：与本组治疗前比较，*$P<0.05$；与对照组治疗 7 d 后比较，#$P<0.05$。

2.4 两组治疗前后血清疼痛相关因子水平

治疗 7 d 后，两组血清 β - EP、5 - HT 水平均较治疗前降低（$P<0.05$），且观察组血清 β - EP、5 - HT 水平均低于对照组（$P<0.05$）。见表 5。

表 5 两组湿热下注型炎性外痔患者治疗前后血清疼痛相关因子水平比较（$\bar{x} \pm s$，ng/L）

组别	例数	β - EP		5 - HT	
		治疗前	治疗 7 d 后	治疗前	治疗 7 d 后
对照组	55	94.28 ± 26.14	71.32 ± 17.65*	187.20 ± 42.56	164.15 ± 29.85*
观察组	55	93.37 ± 28.29	62.96 ± 15.82*#	189.49 ± 43.38	150.93 ± 26.77*#

注：与本组治疗前比较，*$P<0.05$；与对照组治疗 7 d 后比较，#$P<0.05$。

2.5 两组不良反应

两组治疗用药安全性高，均未见不良反应发生。

3 讨论

痔疮是肛肠科常见疾病，据调查[15]，痔疮在肛周疾病中占比高达 49.14%。炎性外痔是痔疮的常见类型，其发病原因与肛门感染、局部刺激、辛辣饮食、肛门静脉压增高等有关[16]，目前西医尚无较好的非手术治疗方法。中医学曾将痔疮归于“疮疡”范畴，《内经》中曾记载“因而饱食，经脉横解，肠澼为痔”，《诸病源候论》中曾记载气、脉、牡、肠、酒、血、牝 7 种痔的形证，现中医辨证痔疮以湿热下注型最为常见，脾胃虚弱，内生湿热，加之外感热邪、湿邪，内外因共导致大肠湿热

积聚,肛门排便不利而生痔,故针对此证型需予以散热凉血、利水祛湿、消肿散痔药物治疗。

加味三黄汤方中黄芩、黄连、黄柏均为治疗湿热的苦寒之药,共用增强清热降燥除湿功效,败酱草能清热散瘀,荆芥能消疮止血,防风除湿止痛,芒硝通便清火,地榆与海螵蛸均可凉血敛疮,加以红花活络大肠肛门经络,活血散瘀,薄荷在清热镇痛的同时又能引药入经,诸药合用共奏清热凉血、敛疮收湿、消肿止痛之效。另外,加味三黄汤采用坐浴方式可借助温热效应疏通痔疮局部经络,促进血液、淋巴液循环以及药物吸收,减轻水肿,同时还能放松肌肉神经,降低肛管内压力,减轻疼痛[17]。肛泰栓中地榆炭和冰片均有止痛敛疮、清热凉血之效,五倍子擅敛疮收湿,故肛门用药具有清热燥湿、解毒敛疮、消肿止痛之效。本研究比较生理盐水联合肛泰栓与肛泰栓联合加味三黄汤治疗湿热下注型炎性外痔的效果,发现两组肛门疼痛、痔核水肿、肛门异物感、肛门灼热、便血积分均较治疗前降低,说明肛泰栓联合生理盐水、肛泰栓联合加味三黄汤坐浴均能促进患者症状改善,具有一定的疗效。在既往研究[18]报道中,中药坐浴联合痔疮栓相比单一用药在改善混合痔术后疼痛、水肿方面效果更为显著,总有效率高达96.77%。本研究结果也显示治疗后观察组各症状积分均低于对照组,总有效率为 94.55%,高于对照组的 80%,说明加味三黄汤坐浴联合肛泰栓治疗更有助于缓解症状,进一步提升疗效,与既往研究结果类似。这可能得益于加味三黄汤可通过坐浴促使肛周大面积皮肤吸收药物,平稳缓解肛门灼热感,同时与肛泰栓联合应用能够协同增效,更有助于减轻患者症状和痛苦。

炎性外痔是由肛门皮肤受损或肛门感染引起的炎症反应,现在普遍认为炎症反应是炎性外痔患者肛门肿痛的主要原因。因此,本研究从炎症因子和疼痛因子水平上探讨肛泰栓联合加味三黄汤在湿热下注型炎性外痔中的作用机制,结果显示治疗 7 d 后,两组血清炎症因子 CRP、TNF - α、IL - 6 与疼痛因子 β - EP、5 - HT 水平均较治疗前降低,且观察组各指标水平均更低,提示同时联合加味三黄汤坐浴和肛泰栓治疗在减轻湿热下注型炎性外痔炎症和疼痛方面作用更好。动物实验发现[19],肛泰栓中地榆炭能够抑制小鼠炎症,消除肿胀。药理学研究发现[20],肛泰栓中小檗碱对 TNF - α、IL - 6 等炎症因子的释放具有拮抗作用,能够通过降低炎症因子水平来减轻炎症反应。此外肛泰栓中冰片成分能够提高疼痛阈值,降低白细胞、TNF - α 等含量,抑制炎症反应,减轻患者疼痛[21]。在加味三黄汤中,多种中药均具有抗炎作用,其中黄芩苷能够抑制环氧合酶 2 靶点发挥抗炎作用[22];黄连、黄柏中小檗碱、槲皮素等成分可调控核因子 κB 转运、T 细胞和 B 细胞增殖、TNF - α、IL - 6、IL - 10 等细胞因子分泌等发挥抗炎作用[23];地榆能够调控 TNF - α、丝裂原活化蛋白激酶、Toll 样受体等信号通路调节机体免疫和炎症反应[24];芒硝可增强免疫系统吞噬能力,减轻炎症,还可扩张小血管,改善血液循环,进而消肿止痛[25];防风、荆芥能够协同调控 IL - 6、TNF、血管内皮生长因子等通路减轻炎性反应[26]。因此,在肛泰栓治疗湿热下注型炎性外痔同时联合加味三黄汤坐浴,可同时发挥多种药物的抗炎镇痛作用,减轻炎症反应和疼痛,进而减少炎症因子和疼痛因子的释放。

综上,在肛泰栓治疗湿热下注型炎性外痔治疗中,同时联合加味三黄汤坐浴有助于改善肛门疼痛灼热、痔核水肿等症状,提升治疗效果,其作用机制可能与降低 CRP、TNF - α、IL - 6 等炎症因子和 β - EP、5 - HT 等疼痛相关因子水平有关。但本研究仍存在一定的局限性,治疗后观察时间较短,未持续观察肛泰栓联合加味三黄汤坐浴治疗的远期效果,并且在此方案治疗中也有个例患者无效,后续需进一步尝试联合其他疗法加以增强、巩固疗效。

参考文献:

[1] IDREES J J, CLAPP M, BRADY J T, et al. Evaluating the accuracy of hemorrhoids: comparison among specialties and symptoms[J]. Dis Colon Rectum, 2019, 62(7): 867 - 871.

[2] 蒋进广. 止痛如神汤加味熏洗坐浴治疗炎性外痔临床疗效观察[J]. 中国中西医结合外科杂志, 2020, 26(4): 711 - 714.

[3] 刘宁远, 刘殿龙, 郑丽华. 痔的治疗现状与展望[J]. 中国临床医生杂志, 2024, 52(1): 1 - 3.

[4] SAMALAVICIUS N E, GUPTA R K, NUNOO - MENSAH J, et al. Global treatment of haemorrhoids - a worldwide snapshot audit conducted by the International Society of University Colon and Rectal Surgeons[J]. Colorectal Dis, 2024, 26(10): 1797 - 1804.

[5] 吴本升, 杨建华, 王晓鹏, 等. 紫黄生肌膏联合中药熏洗促进混合痔术后创面愈合的临床观察[J]. 中华中医药杂志, 2019, 34(1): 419 - 422.

[6] 李曼. 苦参汤熏洗联合马应龙麝香痔疮膏治疗混合痔术后疗效研究[J]. 陕西中医, 2022, 43(6): 744 - 747.

[7] 谭康联, 关瑞剑, 范小华, 等. 痔合并贫血的中医证型分布特点分析[J]. 广州中医药大学学报, 2019, 36(8): 1169 - 1172.

[8] 周宇翔, 徐思敏, 刘洋, 等. 中药坐浴温度对混合痔外剥内扎术后患者舒适度及并发症的影响[J]. 上海中医药杂志, 2024, 58(6): 61 - 64.

[9] 黄丽娟. 混合痔外剥内扎术后三黄汤坐浴和高锰酸钾溶液坐浴对创面愈合情况影响的对比[J]. 结直肠肛门外科, 2016, 22(6): 594 - 597.

[10] 余胜. 脉络舒通丸口服联合肛泰栓纳肛对混合痔切除术后患者的影响[J]. 西部中医药, 2021, 34(3): 130 - 134.

[11] 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.
[12] 陈红风. 中医外科学[M]. 4 版. 北京:中国中医药出版社,2016:182 - 185.
[13] HE S, RENNE A, ARGANDYKOV D, et al. Comparison of an emoji - based visual analog scale with a numeric rating scale for pain assessment[J]. JAMA, 2022, 328(2): 208 - 209.
[14] 王业皇. 肛肠科疾病中医治疗全书[M]. 广州:广东科技出版社,2000:426.
[15] 田振国,陈平,韩宝. 中国成人常见肛肠疾病流行病学调查主要结论与建议[C]//中华中医药学会肛肠分会 2015 年学术年会暨全国流调行业发布会论文集. 郑州:中华中医药学会,2015:19 - 23.
[16] HONG Y S, JUNG K U, RAMPAL S, et al. Risk factors for hemorrhoidal disease among healthy young and middle - aged Korean adults[J]. Sci Rep, 2022, 12(1): 129.
[17] 邵玉艳. 中药坐浴对痔疮术后疼痛水肿的治疗效果观察[J]. 中国中医药科技,2022,29(1):163 - 164.
[18] 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.
[19] 段磊. 地榆炮制前后水提物抗炎效果分析[J]. 光明中医,2018,33(22):3320 - 3322.
[20] 蒋晴,罗煜,朱正文,等. 基于中效方程的黄芩苷与小檗碱抗炎协同作用研究[J]. 中国药理学通报,2020,36(3):443 - 444.
[21] 尚坤,李敬文,常美月,等. 冰片化学成分及药理作用研究[J]. 吉林中医药,2018,38(1):93 - 95.
[22] 刘靖丽,张拴,张光辉,等. 黄芩苷和栀子苷抗炎活性和抗炎机理的理论研究[J]. 化学研究与应用,2023,35(3):669 - 673.
[23] 张立宏,张声生,谭海成,等. 基于网络药理学研究黄连 - 黄柏药对治疗溃疡性结肠炎的作用机制[J]. 世界中医药,2022,17(2):147 - 151,157.
[24] 朱洁,张斌,王英英,等. 基于网络药理学探讨地榆抗菌活性成分研究及初步实验验证[J]. 中国抗生素杂志,2022,47(11):1162 - 1171.
[25] 季华. 大黄、芒硝中药贴敷对产妇剖宫产术后腹部切口愈合和疼痛的影响[J]. 安徽医药,2018,22(4):725 - 728.
[26] 吴春凤,黄艳霞,郑景辉. 基于网络药理学分析荆芥——防风药对的分子作用机制[J]. 西部中医药,2022,35(2):74 - 80.

Observation on the Efficacy of Modified Sanhuang Decoction Sitz Bath in Treating Inflammatory External Hemorrhoids with Damp - Heat Down - Pouring Pattern and Its Effects on Serum Inflammatory Factors and 5 - HT

ZHANG Xiuling, SHEN Haifeng, LIU Yongming

(*Department of Proctology, Hengshui Fourth People's Hospital, Hengshui* 053000, *China*)

Abstract Objective: To analyze the efficacy of Modified Sanhuang Decoction sitz bath in treating inflammatory external hemorrhoids with damp - heat down - pouring pattern and its effects on serum inflammatory factors and 5 - hydroxytryptamine (5 - HT). Methods: A total of 110 patients with inflammatory external hemorrhoids of damp - heat down - pouring pattern admitted to the Department of Proctology at Hengshui Fourth People's Hospital from June 2021 to December 2022 were selected and divided into a control group and an observation group using the random number table method, with 55 cases in each group. The control group received physiological saline sitz bath combined with Gangtai Suppository treatment, while the observation group received Gangtai Suppository combined with Modified Sanhuang Decoction sitz bath treatment, with 7 days as one treatment course. The changes in symptom scores, serum inflammatory factors [C - reactive protein (CRP), tumor necrosis factor - alpha (TNF - α), and interleukin - 6 (IL - 6)], and pain - related factors [β - endorphin (β - EP) and 5 - HT] before treatment and after 7 days of treatment were observed. Additionally, the clinical efficacy and incidence of adverse reactions were compared between the two groups. Results: After 7 days of treatment, the scores for anal pain, hemorrhoid edema, anal foreign body sensation, anal burning, and hematochezia in both groups were lower than those before treatment ($P < 0.05$), and the symptom scores in the observation group were lower than those in the control group ($P < 0.05$). The total effective rate in the observation group was higher than that in the control group ($P < 0.05$). After 7 days of treatment, the levels of serum CRP, TNF - α, IL - 6, β - EP, and 5 - HT in both groups were lower than those before treatment ($P < 0.05$), and the levels of these inflammatory and pain - related factors in the observation group were lower than those in the control group ($P < 0.05$). No adverse reactions occurred in either group during the treatment period. Conclusion: For inflammatory external hemorrhoids with damp - heat down - pouring pattern, Modified Sanhuang Decoction sitz bath combined with Gangtai Suppository can help improve clinical symptoms, reduce the levels of inflammatory factors and pain - related factors, and further enhance treatment efficacy, demonstrating significant therapeutic effects.

Key words Modified Sanhuang Decoction; Hemorrhoids; Damp - heat down - pouring; Inflammatory factors; 5 - hydroxytryptamine