

复方黄柏液、牛黄痔清栓联合常规疗法治疗肛隐窝炎临床研究

闵连永, 徐芳, 商湘

信阳市中心医院, 河南 信阳 464000

[摘要] 目的: 观察复方黄柏液联合牛黄痔清栓治疗湿热下注型肛隐窝炎的临床疗效。方法: 选取120例湿热下注型肛隐窝炎患者, 按随机数字表法分为A组、B组、C组、D组各30例。A组给予常规治疗, B组给予常规治疗联合复方黄柏液治疗, C组给予常规治疗联合牛黄痔清栓治疗, D组给予常规治疗联合复方黄柏液、牛黄痔清栓治疗。4组均治疗30 d。比较4组临床疗效及症状消退时间, 比较4组治疗前后中医证候积分、血清指标值[单核细胞趋化蛋白-1 (MCP-1)、P物质 (SP)、5-羟色胺 (5-HT)]、免疫指标值[T淋巴细胞亚群CD4⁺、CD8⁺、CD4⁺/CD8⁺]的变化。结果: A组临床疗效总有效率为70.00%、B组为86.67%、C组为83.33%、D组为100%, D组临床疗效高于其他3组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。治疗后, 4组中医证候主症、次症总积分均较治疗前下降 ($P < 0.05$); D组中医证候主症、次症总积分均低于A组、B组、C组 ($P < 0.05$)。治疗后, 4组MCP-1、SP、5-HT指标值均较治疗前下降 ($P < 0.05$); D组MCP-1、SP、5-HT指标值均低于A组、B组、C组 ($P < 0.05$)。治疗后, 4组CD4⁺、CD4⁺/CD8⁺指标值均较治疗前升高 ($P < 0.05$), CD8⁺指标值较治疗前下降 ($P < 0.05$); D组CD4⁺、CD4⁺/CD8⁺指标值高于A组、B组、C组 ($P < 0.05$), CD8⁺指标值低于A组、B组、C组 ($P < 0.05$)。D组肛门坠胀、肛门疼痛、肛门潮湿、肛门水肿消退时间均短于A组、B组、C组, B组、C组症状消退时间均短于A组, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论: 复方黄柏液、牛黄痔清栓联合常规疗法治疗湿热下注型肛隐窝炎能缓解症状, 提高机体免疫功能, 缩短症状恢复时间, 疗效较好。

[关键词] 肛隐窝炎; 湿热下注型; 复方黄柏液; 牛黄痔清栓; 中医证候积分; 症状消退时间

[中图分类号] R266 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2024) 17-0063-06

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2024.17.013

Clinical Study on Compound Huangbai Liquid and Niu Huang Zhiqing Suppository Combined with Conventional Therapy for Anal Cryptitis

MIN Lianyong, XU Fang, SHANG Xiang

Xinyang Central Hospital, Xinyang Henan 464000, China

Abstract: **Objective:** To observe the clinical effect of Compound Huangbai Liquid and Niu Huang Zhiqing Suppository combined with conventional therapy on anal cryptitis of damp-heat pouring downward type. **Methods:** A total of 120 patients with anal cryptitis of damp-heat pouring downward type were selected and divided into Groups A, B, C and D according to random number table method, with 30 cases in each group. Group A was given conventional treatment; Group B was given conventional treatment combined with Compound Huangbai Liquid; Group C was given conventional treatment combined with Niu Huang Zhiqing Suppository, and Group D was given conventional treatment combined with Compound Huangbai Liquid and Niu Huang Zhiqing Suppository. Four groups were treated for 30 days. The clinical effects and symptom remission time in the four groups were compared, and the changes of traditional Chinese medicine syndrome scores, serum indexes [monocyte chemotactic protein-1 (MCP-1), substance P (SP),

[收稿日期] 2024-01-05

[修回日期] 2024-06-28

[作者简介] 闵连永 (1983-), 男, 副主任医师, E-mail: 272387923@qq.com。

5-hydroxytryptamine (5-HT)] and immune indexes [T lymphocyte subsets $CD4^+$, $CD8^+$, $CD4^+/CD8^+$] before and after treatment were compared between the four groups. **Results:** The total effective rate was 70.00% in Group A, 86.67% in Group B, 83.33% in Group C and 100% in Group D. The clinical effect in Group D was better than those in the other three groups, the difference being significant ($P < 0.05$). After treatment, the total scores of main symptoms and secondary symptoms in the four groups were decreased when compared with those before treatment ($P < 0.05$); the total scores of main symptoms and secondary symptoms in Group D were lower than those in Groups A, B and C ($P < 0.05$). After treatment, the levels of MCP-1, SP and 5-HT in Group D were lower than those in Groups A, B and C ($P < 0.05$); the levels of MCP-1, SP and 5-HT in Groups B and C were lower than those in Group A ($P < 0.05$). After treatment, the levels of $CD4^+$ and $CD4^+/CD8^+$ were enhanced when compared with those before treatment ($P < 0.05$), and the levels of $CD8^+$ were reduced when compared with those before treatment ($P < 0.05$); the levels of $CD4^+$ and $CD4^+/CD8^+$ in Group D were higher than those in Groups A, B and C, and the level of $CD8^+$ was lower than those in Groups A, B and C ($P < 0.05$). The regression time of anal distention, anal pain, anal moisture and anal edema in Group D was respectively shorter than that in Groups A, B and C, and the regression time of symptoms in Groups B and C was shorter than that in Group A, differences being significant ($P < 0.05$). **Conclusion:** Compound Huangbai Liquid, Niu Huang Zhiqing Suppository and conventional therapy together can relieve symptoms, improve immune function, shorten the recovery time of symptoms, and have a great effect.

Keywords: Anal cryptitis; Damp-heat pouring downward type; Compound Huangbai Liquid; Niu Huang Zhiqing Suppository; Traditional Chinese medicine syndrome scores; Symptom remission time

肛隐窝炎是指发生在肛窦、肛门瓣的急慢性炎症性疾病, 常见症状为排便不尽、肛门瘙痒等, 会降低患者生活质量, 损害身心健康^[1]。临床常采取手术或现代医学药物治疗, 能在较短时间内缓解排便不尽、下坠感等症状^[2-3]。然而在实际诊疗中, 手术侵入操作会对周围正常组织造成侵损, 影响肛门功能的恢复, 且费用昂贵。长期西药治疗会增加药物不良反应, 且易产生抗药性。中医学认为, 饮食不节、过度饮酒、虫积骚扰致湿热内生、湿热内侵, 或肠躁便秘致肠道染毒是导致肛隐窝炎的重要原因^[4]。复方黄柏液有消肿祛腐、清热解毒的功效, 利于缓解肛门疼痛、充血等症状, 治疗肛隐窝炎疗效显著^[5]。牛黄痔清栓有清热解毒、除湿、消肿镇痛作用, 能缓解湿热下注所致肛门部炎症, 对促进病情恢复有积极作用^[6]。本研究观察复方黄柏液、牛黄痔清栓联合常规疗法治疗湿热下注型肛隐窝炎的疗效, 报道如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准 符合《肛肠疾病诊治指南》^[7]中肛隐窝炎诊断标准。出现肛门部坠胀感、排便时肛门轻微胀痛, 肛门指检有紧缩感、肛窦处伴压痛, 肛门镜检可见肛瓣及周围肛乳头肥大充血、水肿且挤压后有脓性或脓血性分泌物溢出, 排除肛裂、肛周脓肿。

1.2 辨证标准 符合《中医肛肠科常见病诊疗指南》^[8]中湿热下注型辨证标准。主症: 肛门坠胀不适, 或伴灼热刺痛, 便时加剧; 次症: 肛门湿痒伴口干, 便秘; 舌脉象: 舌质红、苔黄腻, 脉滑。

1.3 纳入标准 符合上述诊断及辨证标准; 年龄 ≥ 18 岁; 病程 ≥ 1 个月; 资料完善; 初次确诊为肛隐窝炎; 意识认知清晰; 患者及家属均签署知情同意书。

1.4 排除标准 合并肛瘘、直肠炎等其他肛门直肠疾病; 合并前列腺增生、阴道炎等泌尿生殖系统疾病或妇科疾病; 对本研究用药有严重过敏反应; 合

并梅毒、淋病等性传播疾病；合并恶性肿瘤，或自身免疫性疾病、内分泌疾病、严重器质性疾病；妊娠期或哺乳期；精神病发作期。

1.5 剔除标准 中途退出本研究失访；发生严重不良反应、不宜继续治疗；未能完成完整疗程或擅自接受其他治疗。

1.6 一般资料 选取2020年3月—2023年3月信阳市中心医院收治的120例湿热下注型肛隐窝炎患者，按随机数字表法分为A组、B组、C组、D组各30例。A组男16例，女14例；年龄28~68岁，平均 (52.11 ± 5.76) 岁；病程2个月~4年，平均 (2.09 ± 0.21) 年；红肿程度轻度12例，中度14例，重度4例。B组男19例，女11例；年龄28~71岁，平均 (52.63 ± 6.02) 岁；病程3个月~5年，平均 (2.13 ± 0.34) 年；红肿程度轻度15例，中度13例，重度2例。C组男12例，女18例；年龄30~65岁，平均 (53.07 ± 6.88) 岁；病程3个月~3年，平均 (2.27 ± 0.49) 年；红肿程度轻度11例，中度16例，重度3例。D组男15例，女15例；年龄26~66岁，平均 (51.97 ± 5.47) 岁；病程2个月~5年，平均 (2.18 ± 0.33) 年；红肿程度轻度15例，中度10例，重度5例。4组一般资料比较，差异无统计学意义($P > 0.05$)，具有可比性。本研究经信阳市中心医院医学伦理委员会审查批准(20240014)。

2 治疗方法

2.1 A组 给予常规治疗。视患者病情选择下述药物制定适宜用药方案，包括注射用头孢曲松钠(海罗氏制药有限公司，国药准字H10983038)静脉滴注，每次0.25 g，加150 mL 5%葡萄糖注射液稀释配制，每天1次；硫酸庆大霉素片[江苏平光制药(焦作)有限公司，国药准字H20023352]口服，每次80 mg，每天4次；乳果糖口服溶液(莱阳市江波制药有限责任公司，国药准字H20074010)口服，每次10 mL，每天3次。

2.2 B组 给予常规治疗联合复方黄柏液治疗。常规治疗与A组一致，复方黄柏液(山东汉方制药有限公司，国药准字Z10950097，规格：20 mL)外用，倒出适量药液，将医用脱脂棉栓浸湿于药液中，再外敷于病灶，每次1 h，每天2次。

2.3 C组 给予常规治疗联合牛黄痔清栓治疗。常规治疗与A组一致，牛黄痔清栓(武汉健民大鹏药业有限公司，国药准字Z20040060，规格：1.5 g)外用，

每天大便后塞入肛门内2~2.5 cm，每次1.5 g，每天1次。

2.4 D组 给予常规治疗联合复方黄柏液、牛黄痔清栓治疗。常规治疗与A组一致，复方黄柏液、牛黄痔清栓治疗分别与B组、C组一致。

4组治疗时长均为30 d。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 ①临床疗效。②中医证候积分。于治疗前、治疗30 d后，参考《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[9]评估2组主症总积分和次症总积分，主症包括肛门坠胀不适、伴灼热刺痛、便时加剧3项，次症包括肛门湿痒、口干、便秘3项，0~3分/项，0~3分依次为无症状、轻症、明显症状、严重症状，分数越低代表症状改善越显著。③血清指标值。于治疗前、治疗30 d后，获取患者的血清标本，用酶联免疫吸附法检测单核细胞趋化蛋白-1(MCP-1)、P物质(SP)、5-羟色胺(5-HT)，试剂盒购自上海纪宁实业有限公司(货号JN6779、JN4335、JN20707)。④免疫指标值。于治疗前、治疗30 d后，获取2组静脉血血液标本，用流式细胞分析仪检测T淋巴细胞亚群CD4⁺、CD8⁺、CD4⁺/CD8⁺，仪器购自美国BD公司(型号FACSCanto II)。⑤症状消退时间。观察记录4组肛门坠胀、肛门疼痛、肛门潮湿、肛门水肿消退时间。

3.2 统计学方法 应用SPSS25.0统计学软件分析处理数据。计量资料以均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示，满足正态分布和方差齐性的数据进行单因素方差分析，采用多重比较最小显著差异法检验进行组间两两比较；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 参考《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[9]结合临床实际拟定疗效。痊愈：肛门坠胀、瘙痒及肛乳头充血水肿等症状完全消退，证候积分减小率 $\geq 95\%$ ；显效：肛门坠胀、瘙痒及肛乳头充血水肿等症状显著减轻或几乎消退， $70\% \leq$ 证候积分减小率 $< 95\%$ ；有效：肛门坠胀、瘙痒及肛乳头充血水肿等症状有所改善， $30\% \leq$ 证候积分减小率 $< 70\%$ ；无效：肛门坠胀、瘙痒及肛乳头充血水肿等症状无明显改善甚至加重，证候积分减小率 $< 30\%$ 。

4.2 4组临床疗效比较 见表1。A组临床疗效总有

效率为70.00%、B组为86.67%、C组为83.33%、D组为100%，D组临床疗效高于其他3组，差异有统计学意义($P < 0.05$)。

表1 4组临床疗效比较						例(%)
组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效
A组	30	2(6.67)	11(36.67)	8(26.67)	9(30.00)	21(70.00)
B组	30	4(13.33)	13(43.33)	9(30.00)	4(13.33)	26(86.67)
C组	30	6(20.00)	9(30.00)	10(33.33)	5(16.67)	25(83.33)
D组	30	14(46.67)	8(26.67)	8(26.67)	0	30(100) ^{①②③}

注：①与A组比较， $P < 0.05$ ；②与B组比较， $P < 0.05$ ；③与C组比较， $P < 0.05$

4.3 4组治疗前后中医证候积分比较 见表2。治疗前，4组中医证候积分比较，差异无统计学意义($P > 0.05$)。治疗后，4组中医证候主症、次症总积分均较治疗前下降($P < 0.05$)；D组中医证候主症、次症总积分均低于A组、B组、C组($P < 0.05$)。

4.4 4组治疗前后血清指标值比较 见表3。治疗前，4组MCP-1、SP、5-HT指标值比较，差异无统

计意义($P > 0.05$)。治疗后，4组MCP-1、SP、5-HT指标值均较治疗前下降($P < 0.05$)；D组MCP-1、SP、5-HT指标值均低于A组、B组、C组($P < 0.05$)。

4.5 4组治疗前后免疫指标值比较 见表4。治疗前，4组CD4⁺、CD8⁺、CD4⁺/CD8⁺免疫指标值比较，差异无统计学意义($P > 0.05$)。治疗后，4组CD4⁺、CD4⁺/CD8⁺指标值均较治疗前升高($P < 0.05$)，CD8⁺指标值较治疗前下降($P < 0.05$)；D组CD4⁺、CD4⁺/CD8⁺指标值高于A组、B组、C组($P < 0.05$)，CD8⁺指标值低于A组、B组、C组($P < 0.05$)。

表2 4组治疗前后中医证候积分比较($\bar{x} \pm s$)						分
组别	例数	主症总积分		次症总积分		
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	
A组	30	7.31 ± 1.25	5.02 ± 0.97 ^{①③④}	5.41 ± 1.01	4.03 ± 0.58 ^{①③④}	
B组	30	6.94 ± 1.11	3.68 ± 0.57 ^{①②}	5.62 ± 1.13	2.97 ± 0.31 ^{①②}	
C组	30	7.06 ± 1.17	3.61 ± 0.48 ^{①②}	5.22 ± 0.94	3.02 ± 0.36 ^{①②}	
D组	30	7.12 ± 1.02	2.24 ± 0.32 ^{①②③④}	5.58 ± 0.98	1.87 ± 0.29 ^{①②③④}	

注：①与本组治疗前比较， $P < 0.05$ ；②与A组比较， $P < 0.05$ ；③与B组比较， $P < 0.05$ ；④与C组比较， $P < 0.05$

表3 4组治疗前后血清指标值比较($\bar{x} \pm s$)							
组别	例数	MCP-1(ng/L)		SP(pg/mL)		5-HT(ng/L)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
A组	30	6.36 ± 1.39	4.91 ± 0.71 ^{①③④}	104.97 ± 9.27	81.46 ± 8.94 ^{①③④}	95.46 ± 8.59	86.62 ± 6.17 ^{①③④}
B组	30	6.43 ± 1.32	3.48 ± 0.59 ^{①②}	105.06 ± 9.74	74.21 ± 8.39 ^{①②}	95.22 ± 8.41	79.35 ± 7.16 ^{①②}
C组	30	5.97 ± 1.61	3.26 ± 0.54 ^{①②}	105.55 ± 8.92	73.95 ± 9.14 ^{①②}	96.04 ± 7.95	78.95 ± 6.69 ^{①②}
D组	30	6.52 ± 1.58	2.02 ± 0.29 ^{①②③④}	106.74 ± 8.79	60.46 ± 6.28 ^{①②③④}	96.43 ± 6.28	71.58 ± 5.58 ^{①②③④}

注：①与本组治疗前比较， $P < 0.05$ ；②与A组比较， $P < 0.05$ ；③与B组比较， $P < 0.05$ ；④与C组比较， $P < 0.05$

表4 2组治疗前后免疫指标值比较($\bar{x} \pm s$)							
组别	例数	CD4 ⁺ (%)		CD8 ⁺ (%)		CD4 ⁺ /CD8 ⁺	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
A组	30	28.16 ± 3.58	30.13 ± 3.75 ^{①③④}	28.14 ± 3.85	25.65 ± 2.17 ^{①③④}	1.00 ± 0.21	1.17 ± 0.34 ^{①③④}
B组	30	27.96 ± 4.11	32.26 ± 2.79 ^{①②}	28.39 ± 3.79	24.06 ± 3.09 ^{①②}	0.98 ± 0.25	1.34 ± 0.18 ^{①②}
C组	30	28.19 ± 3.95	32.39 ± 2.91 ^{①②}	27.94 ± 4.01	23.97 ± 2.69 ^{①②}	1.01 ± 0.34	1.35 ± 0.11 ^{①②}
D组	30	27.66 ± 4.85	34.69 ± 2.43 ^{①②③④}	28.32 ± 3.62	21.16 ± 2.02 ^{①②③④}	0.98 ± 0.28	1.64 ± 0.09 ^{①②③④}

注：①与本组治疗前比较， $P < 0.05$ ；②与A组比较， $P < 0.05$ ；③与B组比较， $P < 0.05$ ；④与C组比较， $P < 0.05$

4.6 4组症状消退时间比较 见表5。D组肛门坠胀、肛门疼痛、肛门潮湿、肛门水肿消退时间均短于A组、B组、C组，B组、C组症状消退时间均短于A组，差异均有统计学意义($P < 0.05$)。

5 讨论

肛隐窝炎是较常见的一种肛门疾病。受肛门口

位结构影响，粪屑易在肛窦口处堆积，对肛腺部位黏液分泌造成堵塞，增加病原微生物感染风险，介导肛隐窝炎的发生。即现代医学认为，粪便阻塞、刺激及腺体分泌不畅、病原微生物感染是导致肛隐窝炎的重要病因。因而现代医学诊疗以抗感染、抗菌，改善便秘、腹泻为主，强调肛门口部位清洁功能

表5 4组症状消退时间比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	肛门坠胀	肛门疼痛	肛门潮湿	肛门水肿
A组	30	10.01±1.69 ^{2③}	10.93±1.58 ^{2③}	9.77±1.52 ^{2③}	9.44±1.18 ^{2③}
B组	30	8.71±1.05 ^①	9.01±1.09 ^①	8.23±1.41 ^①	7.63±1.26 ^①
C组	30	8.69±1.16 ^①	9.03±1.02 ^①	8.16±1.34 ^①	7.52±1.01 ^①
D组	30	7.98±1.21 ^{①2③}	8.25±1.26 ^{①2③}	7.02±1.02 ^{①2③}	6.84±0.76 ^{①2③}

注: ①与A组比较, $P < 0.05$; ②与B组比较, $P < 0.05$; ③与C组比较, $P < 0.05$

及生活饮食习惯的调节与改善。

肛隐窝炎归属于中医脏毒范畴, 饮食不节或过量饮酒致脾失运化、湿邪停注, 湿热下注于大肠, 气滞血瘀、经络阻塞使得湿热、气血互结, 进而引起肛隐窝炎。或是虫积骚扰, 损伤肛管, 致湿热毒邪蕴聚肛门、气血壅遏、络脉瘀阻, 最终引起肛门坠胀、疼痛等症状。中医治疗以清热利湿、解毒消肿、活血通络为主。

复方黄柏液主要功效为清热解毒、消肿祛腐。复方黄柏液中, 黄柏、连翘有清热燥湿、解毒疗疮、消肿散结的功效; 金银花清热解毒; 蒲公英、蜈蚣有排毒祛湿、通络止痛、攻毒散结。诸药合用, 有清热散结、祛瘀通络作用, 可有效缓解湿热、气血互结所致肛门坠胀、疼痛等症状^[10]。牛黄痔清栓属中成药, 有清热解毒祛湿、消肿镇痛止血的功效。牛黄痔清栓中, 牛黄熄风凉肝、清热解毒; 黄柏、黄连、大黄可解毒疗疮、泻火燥湿、清除热邪、泻下攻积; 没药、冰片收敛生肌、散瘀定痛、清热消肿。诸药合用, 消肿散结、清热燥湿、祛瘀生肌, 已被证实肛隐窝炎中有显著疗效^[11]。本研究将复方黄柏液联合牛黄痔清栓用于治疗肛隐窝炎, 结果显示, D组总有效率高于A组、B组、C组($P < 0.05$), 与既往研究结论^[12-13]一致, 在常规治疗基础上接受复方黄柏液、牛黄痔清栓联合治疗的肛隐窝炎患者疗效改善更显著, 说明在常规西药基础上予以复方黄柏液、牛黄痔清栓联合治疗, 能提高肛隐窝炎临床疗效。

研究显示, MCP-1、SP、5-HT指标值下降与肛隐窝炎患者机体炎症反应减弱, 病情恢复有关^[14]。MCP-1是一种促进炎症的蛋白质, 由星形胶质细胞分泌, 与巨噬细胞的迁移、浸润有密切联系, MCP-1水平越高可侧面说明受检者机体炎症反应越严重^[15]。SP是一种神经肽, 可作为神经递质传递神经信号, 研究认为, SP参与调节机体炎症反应与免疫功

能^[16]。5-HT一般由血小板释放, 可通过调节外周神经元对炎症相关疼痛的敏感度, 影响患者的疼痛耐受度^[17]。本研究结果显示, 治疗后, D组中医证候主症、次症总积分及MCP-1、SP、5-HT指标值均低于A组、B组、C组($P < 0.05$), 提示联合治疗方案对减轻临床症状、改善血清指标均有积极作用。原因分析为, 现代药理学发现, 黄柏含多种生物碱及黄柏内酯、黄柏酮、菜油甾醇等多种活性成分, 有抗菌、抗炎、抑制中枢神经的作用, 可起到一定镇痛镇静功效, 对促进病情恢复有积极影响^[18]。连翘含三萜类皂苷、连翘酚、生物碱、挥发油等成分物质, 有广谱抗菌作用, 有助于改善病原微生物感染引起的肛门部位炎症, 抗菌、抗炎功效显著^[19]。牛黄含胆酸、胆红素钙盐、卵磷脂等多种有效成分, 主要作用为调节中枢神经系统、镇痛抗炎^[20]。因而D组采取复方黄柏液、牛黄痔清栓联合治疗后能达到更显著的抗菌、抗炎效果, 可进一步降低血清MCP-1、SP、5-HT水平, 缓解相关炎症对神经系统的刺激, 减轻疼痛, 促进肛门疼痛、坠胀感的恢复。其次, 本研究结果显示, 治疗后, D组的CD4⁺、CD4⁺/CD8⁺高于A组、B组、C组, CD8⁺及肛门症状消除时间短于A组、B组、C组($P < 0.05$), 提示联合治疗方案能提高机体免疫功能, 缩短症状恢复时间。究其原因可能为, 黄连、大黄有提高机体免疫功能的作用, 对减轻免疫炎症反应有重要意义^[21-22]。随炎症反应的改善, 相关疼痛、水肿等症状所需消除时间缩短, 肛隐窝炎患者能在更短时间内达到更显著的症状改善效果。

综上, 复方黄柏液、牛黄痔清栓联合常规疗法治疗湿热下注型肛隐窝炎能缓解症状, 提高机体免疫功能, 缩短症状恢复时间, 疗效较好。

[参考文献]

- [1] 何智斌, 申岳林, 郭隧怀, 等. 红花痔疮栓联合肛肠内腔治疗仪对肛裂、肛窦炎患者中医症状评分及复发率影响研究[J]. 辽宁中医药大学学报, 2020, 22(7): 200-203.
- [2] 欧阳哲, 周丽, 徐征, 等. 肛窦扩大切除术治疗肛窦炎的临床疗效及安全性分析[J]. 实用医院临床杂志, 2022, 19(4): 149-152.
- [3] GKEGKES I D, IAVAZZO C, STAMATIADIS A P. Anal Cryptitis: A misdiagnosed condition[J]. Clin Ter, 2023, 174(3): 215-217.
- [4] 田鲲鹏, 李群涛. 清热渗湿汤结合痔瘘洗剂熏洗坐浴对湿热下注

- 型肛窦炎患者中医症候积分、血清8-OHdG水平及复发率的影响[J]. 海南医学, 2022, 33(20): 2628-2631.
- [5] 陈润铭, 杜玉青, 李友山, 等. 复方黄柏液对内皮细胞增殖迁移成管影响的机制研究[J]. 世界中医药, 2022, 17(6): 784-789.
- [6] 王基伟. 湿润烧伤膏联合牛黄痔清栓治疗肛裂术后创面愈合的临床研究[D]. 武汉: 湖北中医药大学, 2022.
- [7] 祝颂, 白克运. 肛肠疾病诊治指南[M]. 济南: 山东科学技术出版社, 2009: 28-56.
- [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: 17-23.
- [9] 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: 295-298.
- [10] 韩锋, 王晓鹏, 安金刚, 等. 复方黄柏液湿敷治疗中毒性表皮坏死松解症的临床疗效观察[J]. 中国皮肤性病杂志, 2019, 33(2): 248-252.
- [11] 祁莲珊. 牛黄痔清栓联合TRM-Ⅲ型肛肠内腔治疗仪治疗湿热下注型肛窦炎的临床疗效观察[D]. 武汉: 湖北中医药大学, 2022.
- [12] 张鑫龙, 石健, 武岳, 等. 复方黄柏液涂剂保留灌肠治疗湿热下注型肛窦炎临床观察[J]. 安徽中医药大学学报, 2018, 37(5): 11-14.
- [13] 孙光军, 林爱珍. 痔科消炎止痛洗剂坐浴配合牛黄痔清栓治疗肛窦炎临床观察[J]. 中西医结合研究, 2016, 8(5): 233-234, 238.
- [14] 王静, 张晓燕. 龙胆泻肝汤治疗慢性肛隐窝炎的临床疗效及对血清IL-6、MCP-1与SP、5-HT、CCK的影响[J]. 世界中西医结合杂志, 2020, 15(10): 1890-1893, 1897.
- [15] 瞿云, 张子洲, 史志勇, 等. 老年肺部感染并发脓毒症患者MCP-1与HGF和炎症因子的表达水平[J]. 中华医院感染学杂志, 2021, 31(20): 3073-3077.
- [16] 丁旭, 陆丽荣, 周兰英, 等. 口腔扁平苔藓患者血清白介素-17、P物质、趋化素水平与疾病活动和免疫功能的关系研究[J]. 现代生物医学进展, 2022, 22(10): 1865-1868.
- [17] 刘源. 血清5-羟色胺水平与腰椎间盘突出症患者椎间孔镜术后疼痛改善程度的相关性分析[J]. 颈腰痛杂志, 2022, 43(6): 871-873.
- [18] 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.
- [19] 马蕾, 亓腾, 周洪雷, 等. 连翘与连翘叶总提物及其肠道菌群转化液对表皮葡萄菌的抗菌活性研究[J]. 中华中医药杂志, 2021, 36(11): 6760-6763.
- [20] 付新, 邓琦川, 张佳宁, 等. 基于网络药理学探讨牛黄治疗阿尔茨海默病的作用机制[J]. 中医药信息, 2022, 39(8): 23-34.
- [21] 鲁春花, 赵凯, 萨震, 等. 大黄黄连泻心汤对幽门螺旋杆菌感染的系统药理学研究[J]. 世界中医药, 2020, 15(12): 1699-1704.
- [22] 夏世宏, 封启明, 倪菊平, 等. 大黄对重症监护室医院获得性肺炎患者免疫功能及预后的影响[J]. 中国中西医结合杂志, 2020, 40(7): 774-777.

(责任编辑: 吴凌, 郭雨驰)