

引用:赵婷玉,姜文晶,谢萍.大黄芒硝外敷治疗妇科恶性肿瘤术后盆腔淋巴囊肿的系统评价及GRADE证据质量评价[J].中医导报,2025,31(9):193-198.

# 大黄芒硝外敷治疗妇科恶性肿瘤术后盆腔淋巴囊肿的系统评价及GRADE证据质量评价\*

赵婷玉<sup>1,2</sup>,姜文晶<sup>1,2</sup>,谢萍<sup>2</sup>

(1.成都中医药大学,四川 成都 610072;

2.成都中医药大学附属医院,四川 成都 610072)

[摘要] 目的:系统评价大黄芒硝外敷对妇科恶性肿瘤术后盆腔淋巴囊肿(PL)的有效性及安全性。方法:检索中国知网(CNKI)、万方数据知识服务平台(Wanfang Data)、维普中文期刊服务平台(CSTJ)、中国生物医学文献服务系统(SinoMed)、Cochrane Library、PubMed、Web of Science、Embase数据库中截至2023年12月的相关随机对照试验(RCTs)。使用RevMan 5.4.1软件进行数据分析,采用Cochrane偏倚风险评估工具对文献质量进行评估,并通过GRADE系统对证据质量进行分级。结果:共纳入7项研究,涉及518例患者。Meta分析表明,与西医常规治疗比较,大黄芒硝外敷联合西医常规治疗可显著提高PL的临床疗效[RR=1.23,95%CI(1.14,1.33), $P<0.000\ 01$ ],缩短引流管置管时间[MD=-2.32,95%CI(-2.42,-2.22), $P<0.000\ 01$ ],加速囊肿消退[MD=-3.80,95%CI(-5.21,-2.38), $P<0.000\ 01$ ],并减少盆腔积液量[MD=-56.26,95%CI(-60.55,-51.98), $P<0.000\ 01$ ],且未观察到明显不良反应[RR=1.84,95%CI(0.86,3.96), $P=0.12$ ]。GRADE证据质量评估提示结局指标质量较低。结论:大黄芒硝外敷治疗PL具有一定的临床疗效和安全性,临床可使用大黄芒硝外敷作为辅助治疗方案。

[关键词] 妇科恶性肿瘤;盆腔淋巴囊肿;大黄;芒硝;外敷;随机对照试验;系统评价

[中图分类号] R273 [文献标识码] A [文章编号] 1672-951X(2025)09-0193-06

DOI: 10.13862/j.cn43-1446/r.2025.09.032

## Systematic Review and GRADE Evidence Quality Evaluation of External Application of Dahuang (Rhei Radix et Rhizoma) and Mangxiao (Natrii Sulfas) in the Treatment of Postoperative Pelvic Lymphocyst in Gynecological Malignant Tumors

ZHAO Tingyu<sup>1,2</sup>, JIANG Wenjing<sup>1,2</sup>, XIE Ping<sup>2</sup>

(1.Chengdu University of Chinese Medicine, Chengdu Sichuan 610072, China;

2.Affiliated Hospital of Chengdu University of Chinese Medicine, Chengdu Sichuan 610072, China)

[Abstract] Objective: To systematically evaluate the efficacy and safety of external application of Dahuang (Rhei Radix et Rhizoma) and Mangxiao (Natrii Sulfas) in the treatment of postoperative pelvic lymphocyst (PL) in gynecological malignant tumors. Methods: Randomized controlled trials (RCTs) related to the topic up to December 2023 were retrieved from CNKI, Wanfang Data, CSTJ, SinoMed, Cochrane Library, PubMed, Web of Science, and Embase databases. RevMan 5.4.1 software was used for data analysis, the Cochrane risk of bias assessment tool was applied to evaluate the literature quality, and the GRADE system was used to grade the evidence quality. Results: A total of 7 studies involving 518 patients were included. Meta-analysis showed that compared with conventional western medicine treatment, the combination of external application of Dahuang (Rhei Radix et Rhizoma) and Mangxiao (Natrii Sulfas) with conventional Western medicine treatment could significantly improve the clinical efficacy of PL [RR=1.23, 95% CI (1.14, 1.33),  $P<0.000\ 01$ ], shorten the indwelling time of drainage tube [MD=-2.32, 95% CI (-2.42, -2.22),  $P<0.000\ 01$ ], accelerate cyst regression [MD=-3.80, 95% CI (-5.21, -2.38),  $P<0.000\ 01$ ], and reduce pelvic effusion [MD=-56.26, 95% CI (-60.55, -51.98),  $P<0.000\ 01$ ], and no obvious adverse reactions were observed [RR=1.84, 95% CI (0.86, 3.96),  $P=0.12$ ]. GRADE evidence quality assessment提示结局指标质量较低。Conclusion: External application of Dahuang (Rhei Radix et Rhizoma) and Mangxiao (Natrii Sulfas) for PL has certain clinical efficacy and safety, and can be used as an auxiliary treatment scheme.

\*基金项目:国家自然科学基金项目(82374512);四川省干部保健科研课题(川干研2023-507)

通信作者:谢萍,女,主任医师,研究方向为中医药防治女性肿瘤的临床研究

(-5.21, -2.38),  $P < 0.000\ 01$ ], and reduce the amount of pelvic effusion [ $MD = -56.26$ ,  $95\% CI (-60.55, -51.98)$ ,  $P < 0.000\ 01$ ], with no obvious adverse reactions observed [ $RR = 1.84$ ,  $95\% CI (0.86, 3.96)$ ,  $P = 0.12$ ]. The GRADE evidence quality assessment indicated that the quality of outcome indicators was low. Conclusion: The external application of Dahuang (Rhei Radix et Rhizoma) and Mangxiao (Natrii Sulfas) has certain clinical efficacy and safety in the treatment of PL, and can be used as an auxiliary treatment option in clinical practice.

[Keywords] gynecological malignant tumors; pelvic lymphocyst; Dahuang (Rhei Radix et Rhizoma); Mangxiao (Natrii Sulfas); external application; randomized controlled trial; systematic review

盆腔淋巴囊肿(pelvic lymphocele, PL)是妇科恶性肿瘤患者在接受盆腔和/或腹主动脉旁淋巴结清扫术(pelvic and/or para-aortic lymph node dissection, PLND/PALND)后常见的并发症,常发生在术后3~8周<sup>[1-2]</sup>,发生率高达65%<sup>[3]</sup>。PL的形成不仅影响患者术后恢复和预后,还可能对其生活质量和后续治疗产生负面影响<sup>[4-6]</sup>。多数研究认为,PL的发生与PLND/PALND密切相关,术后淋巴液回流受阻,导致淋巴液在盆腹膜后积聚,最终形成局部包裹性囊肿<sup>[3-5]</sup>。目前,西医疗法PL的主要方法包括经皮穿刺、经皮导管引流、硬化治疗以及剖腹或腹腔镜手术开放引流等<sup>[7-8]</sup>。然而,这些治疗方法的效果往往不尽如人意,症状容易反复发作,不仅给患者带来痛苦和二次伤害,且治疗费用较高<sup>[9-10]</sup>。2020年发布的PL诊治专家共识<sup>[3]</sup>指出,大黄与芒硝具有活血化瘀、消癥散结的功效,可作为外敷辅助治疗PL的推荐方案。部分学者已对此展开研究,但国内外仍缺乏对相关临床试验疗效及安全性的系统性评价。因此,本研究旨在通过科学的系统评价,探讨大黄芒硝外敷治疗PL的有效性,为临床治疗PL提供科学依据。

## 1 资料与方法

1.1 文献纳入标准 (1)研究类型:仅纳入随机对照试验(randomized controlled trials, RCTs),且文献语言为中文、英文。(2)研究对象:因妇科恶性肿瘤(如宫颈癌、子宫内膜癌、卵巢癌等)接受PLND/PALND后出现PL的患者,不限国籍、种族、地域及发病时间。(3)干预措施:试验组采用大黄芒硝外敷联合西医治疗,对照组仅采用西医治疗(包括常规介入治疗、手术治疗及抗生素治疗等)。(4)结局指标:至少包含以下1项指标:①临床疗效(总有效率);②引流管置管时间;③囊肿消退时间;④盆腔积液量;⑤治疗3个月后复发率;⑥不良反应发生率。

1.2 文献排除标准 (1)非RCT的研究;(2)综述类文章、动物实验研究或基础药理学研究;(3)数据存在重复的文献;(4)无法获取完整结局指标数据的文献;(5)系统评价或数据挖掘类研究。

1.3 检索策略 检索CNKI、Wanfang Data、CSTJ、SinoMed、Cochrane Library、PubMed、Web of Science、Embase共8个数据库,检索时限为各数据库建库至2023年12月。检索词为主题词结合自由词,中文检索词:大黄、芒硝、中药外敷、淋巴囊肿、随机等;英文检索词:rheum、rhubarb、mirabilite、Glauber salt、lymphocyst、lymphocele、random。

1.4 文献筛选与数据提取 由两名研究人员独立开展,依次阅读文献标题、摘要及全文,最终确定符合要求的文献,若出现意见不一致的情况,则引入第三位研究者参与讨论,最终

达成共识。通过Excel表格提取数据,收集以下信息:文献标题、第一作者、发表年份、样本量、年龄、干预措施、疗程、偏倚风险评估要素、结局指标。针对二分类变量(如临床总有效率),记录病例总数及有效例数;连续性变量(如引流管置管时间)则提取均值、标准差及总样本量。

1.5 文献质量评价和证据质量评价 采用Cochrane评价手册(2014版)<sup>[11]</sup>推荐的“偏倚风险评估工具”进行偏倚风险评估,最终将文献质量分为“高风险、不确定和低风险”三类。根据GRADE分级系统对结局指标进行证据质量评价,分为“高、中、低和极低”4个等级。评价过程由两名研究人员独立开展,若出现意见不一致的情况,则引入第三位研究者参与讨论,最终达成共识。

1.6 统计分析 使用RevMan 5.4.1软件进行统计分析。检验水平 $\alpha = 0.05$ ,若异质性检验中 $P > 0.1$ 且 $I^2 < 50\%$ ,表明研究间同质性较好,采用固定效应模型;若 $P \leq 0.1$ 且 $I^2 \geq 50\%$ ,则表明异质性较大,采用随机效应模型。计数资料以相对危险度(RR)作为效应量,计量资料以均数差(MD)或标准化均数差(SMD)及95%置信区间(CI)作为效应量。通过敏感性分析探讨异质性的潜在来源,若无法确定原因,则进行描述性分析。

## 2 结果

2.1 文献检索结果 初步检索共获得74篇相关文献,经过剔除重复文献、初步筛选及详细复筛后,最终纳入7篇符合条件的研究。文献筛选流程图见图1。

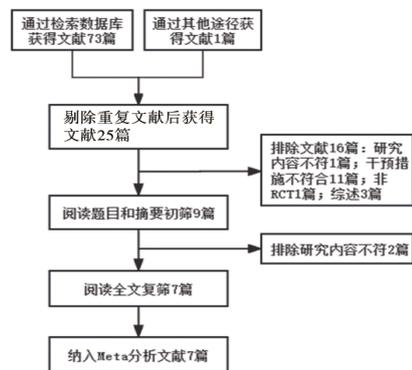


图1 文献筛选流程图

2.2 纳入文献的基本特征 本研究共纳入7篇<sup>[4,12-17]</sup>RCTs,均为中文文献,总样本量为518例,试验组与对照组各259例。其中,3篇研究<sup>[13,16-17]</sup>的疗程为7 d,3篇<sup>[4,12,15]</sup>为14 d,1篇<sup>[14]</sup>为21 d。对照组的处理方式包括以下4种:单纯奥硝唑静脉滴注、超声引导下穿刺引流术、超声介入治疗联合奥硝唑静脉滴注、T型引流管留置联合奥硝唑静脉滴注。纳入文献的基本特征见表1。

表1 纳入文献的基本特征

纳入文献	例数/例		年龄( $\bar{x}\pm s$ ,岁)		干预措施		剂量	疗程/d	结局指标
	试验组	对照组	试验组	对照组	试验组	对照组			
朱丽君2021 <sup>[14]</sup>	25	25	55.0±8.9	54.8±10.2	大黄芒硝外敷+奥硝唑静脉滴注	奥硝唑静脉滴注	大黄100g,芒硝400g	14	①③⑥
黄小敏2021 <sup>[15]</sup>	41	41	54.73±7.82	55.26±7.69	大黄芒硝外敷+超声引导下穿刺引流术	超声引导下穿刺引流术	大黄100g,芒硝300g	7	①②③④⑤
侯克刚2020 <sup>[4]</sup>	40	40	61.47±11.15	61.24±11.38	大黄芒硝外敷+超声介入治疗+奥硝唑静脉滴注	超声介入治疗+奥硝唑静脉滴注	大黄60g,芒硝240g	14	①②③④⑤
许志辉2019 <sup>[4]</sup>	33	33	36.59±5.64	36.62±5.65	大黄芒硝外敷+青霉素、钾口服	超声介入治疗	大黄200g,芒硝100g	21	①⑥
郑婧2018 <sup>[5]</sup>	41	41	56.21±10.37	54.91±11.04	大黄芒硝外敷+超声介入治疗+奥硝唑静脉滴注	超声介入治疗+奥硝唑静脉滴注	大黄,芒硝各50g	14	①②③④⑤⑥
曹培勇2017 <sup>[6]</sup>	49	49	62.10±6.72	43.59±7.21	大黄芒硝外敷+超声介入治疗+奥硝唑静脉滴注	超声介入治疗+奥硝唑静脉滴注	大黄60g,芒硝240g	7	①②③④⑥
兰菁2016 <sup>[7]</sup>	30	30	45.32±1.44	46.42±2.37	大黄芒硝外敷+T型引流管置管+奥硝唑静脉滴注	T型引流管置管+奥硝唑静脉滴注	大黄,芒硝各50g	7	①②③④⑥

注:①临床疗效(总有效率);②引流管置管时间;③囊肿消退时间;④盆腔积液量;⑤治疗3个月后复发率;⑥不良反应发生率。

2.3 文献质量评价 纳入的7篇RCTs中,4篇<sup>[13-14,16-17]</sup>采用随机数字表法进行分组,偏倚风险评为低;3篇<sup>[4,12,15]</sup>未明确描述随机方法,评为不确定。其中4篇<sup>[13-14,16-17]</sup>使用了随机数字表,但未描述分配隐藏方案,因此无法排除分配预知的可能性,评为高风险;3篇<sup>[4,12,15]</sup>未提及分配隐藏方案,偏倚风险不明。在盲法实施方面,1篇研究<sup>[12]</sup>采用单盲设计,评为高风险;其余6篇未报告盲法信息,评为不确定。所有研究均未提及研究结果的盲法,评为不确定。所有文献的观察指标与研究设计一致,且结局指标数据完整或提供了剔除脱落数据,评为低风险;所有研究未提及及其他偏倚,评为不确定。(见图2)

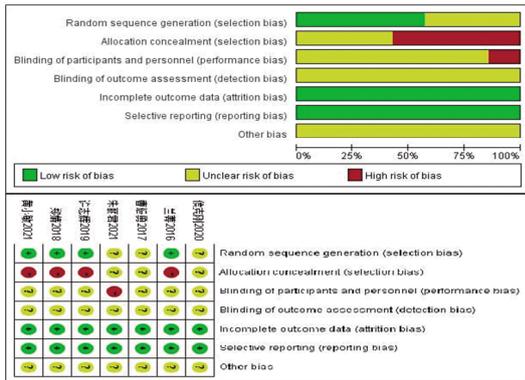


图2 纳入文献风险偏倚评价

2.4 Meta分析结果

2.4.1 临床疗效 7项研究<sup>[4,12-17]</sup>报告临床疗效(总有效率),

研究间无异质性( $P=0.98, I^2=0\%$ ),采用固定效应模型分析。结果表明试验组的总有效率显著高于对照组,差异有统计学意义 $[RR=1.23, 95\% CI(1.14, 1.33), P<0.000 01]$ ,提示大黄芒硝外敷与西医常规治疗相比可显著提高临床疗效。(见图3)

2.4.2 引流管置管时间 5项研究<sup>[4,13,15-17]</sup>报告引流管置管时间,研究间异质性较低( $P=0.12, I^2=46\%$ ),采用固定效应模型分析。结果表明试验组的引流管置管时间显著短于对照组,差异有统计学意义 $[MD=-2.32, 95\% CI(-2.42, -2.22), P<0.000 01]$ ,提示大黄芒硝外敷与西医常规治疗相比可显著缩短引流管置管时间。(见图4)

2.4.3 囊肿消退时间 6项研究<sup>[4,12-13,15-17]</sup>报告囊肿消退时间,研究间异质性显著( $P<0.000 01, I^2=94\%$ ),采用随机效应模型分析。结果表明试验组的囊肿消退时间显著短于对照组,差异有统计学意义 $[MD=-3.80, 95\% CI(-5.21, -2.38), P<0.000 01]$ ,提示大黄芒硝外敷与西医常规治疗相比可明显缩短囊肿消退时间。(见图5)

2.4.4 盆腔积液量 5项研究<sup>[4,13,15-17]</sup>报告盆腔积液量,研究间无异质性( $P=0.42, I^2=0\%$ )。采用固定效应模型分析,结果表明试验组的盆腔积液量显著少于对照组,差异有统计学意义 $[MD=-56.26, 95\% CI(-60.55, -51.98), P<0.000 01]$ ,提示大黄芒硝外敷与西医常规治疗相比可明显减少盆腔积液量。(见图6)

2.4.5 治疗3个月后复发率 3项研究<sup>[4,13,15]</sup>报告治疗3个月后的复发率,研究间无异质性( $P=0.95, I^2=0\%$ ),采用固定效应模

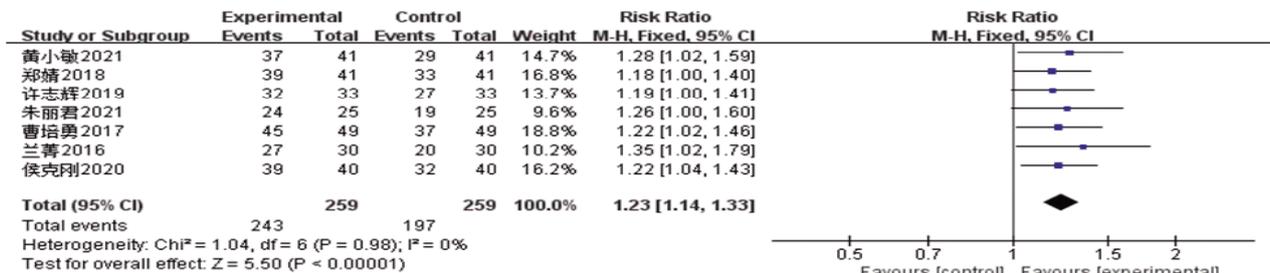


图3 临床疗效 Meta分析森林图

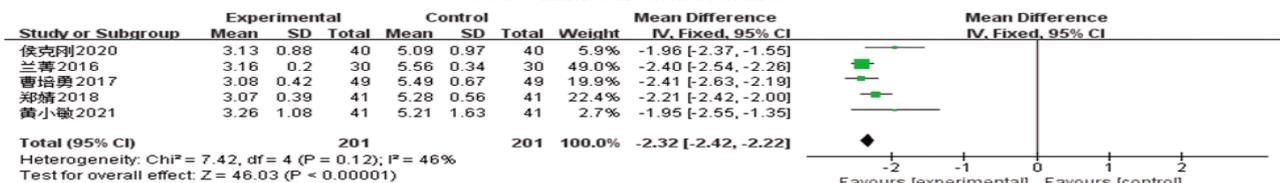


图4 引流管置管时间 Meta分析森林图

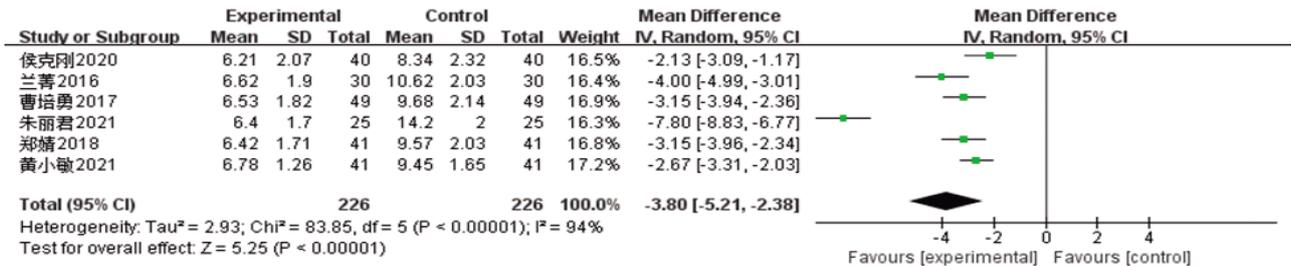


图5 囊肿消退时间 Meta 分析森林图

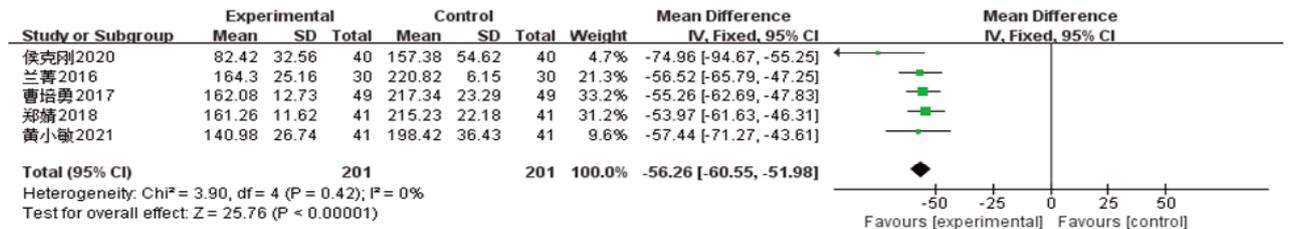


图6 盆腔积液量 Meta 分析森林图



图7 治疗3个月后复发率 Meta 分析森林图

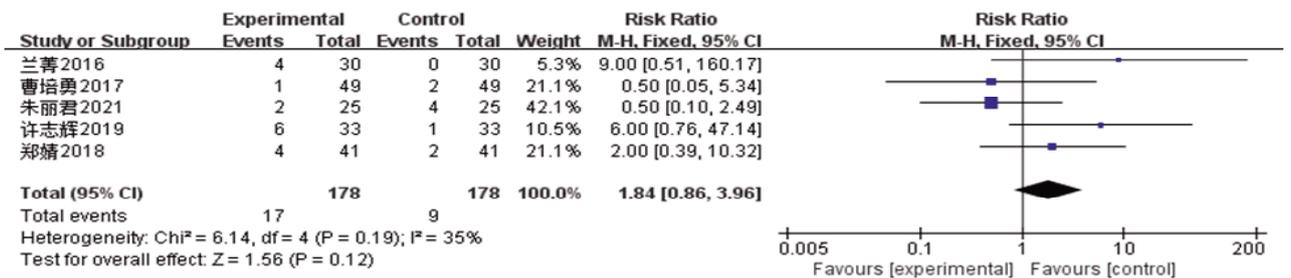


图8 不良反应发生率 Meta 分析森林图

型分析。结果表明试验组与对照组在治疗3个月后的复发率差异无统计学意义[RR=0.25, 95% CI(0.05, 1.15), P=0.08]。(见图7)

2.4.6 不良反应发生率 5项研究<sup>[12,14-17]</sup>报告不良反应的发生情况见表2,研究间异质性较低(P=0.19, I<sup>2</sup>=35%),采用固定效应模型分析。结果表明试验组与对照组的不良反应发生率差异无统计学意义[RR=1.84, 95% CI(0.86, 3.96), P=0.12],提示大黄芒硝外敷与西医常规治疗相比未增加不良反应发生风险。(见图8)

表2 不良反应发生情况

纳入文献	试验组	对照组
朱丽君2021 <sup>[14]</sup>	皮肤红肿1例,皮肤瘙痒1例	感染4例
许志辉2019 <sup>[14]</sup>	恶心、呕吐1例,头痛2例,皮肤瘙痒3例	感染1例
郑婧2018 <sup>[15]</sup>	皮肤红色斑疹1例,皮肤瘙痒3例	多房性合并感染2例
曹培勇2017 <sup>[16]</sup>	皮肤红色斑疹1例	多房性合并感染2例
兰菁2016 <sup>[17]</sup>	皮肤红色斑疹伴轻度瘙痒1例,大便次数增多3例	未见不良反应

2.5 敏感性分析、异质性分析及发表偏倚 通过对纳入文献逐一进行敏感性分析,结果显示研究结论未发生方向性变

化,表明结果具有较高的稳定性。在纳入的7项研究中,试验组均采用大黄和芒硝外敷,但药物剂量及使用比例存在差异,且联合使用的西医治疗方案不完全一致。此外,部分研究在随机分配方法、分配隐藏及盲法实施方面的描述不明确,这些因素均为研究异质性的潜在来源。对临床疗效绘制漏斗图分析发表偏倚,研究点两侧分布不对称,提示可能存在潜在的发表偏倚。(见图9)

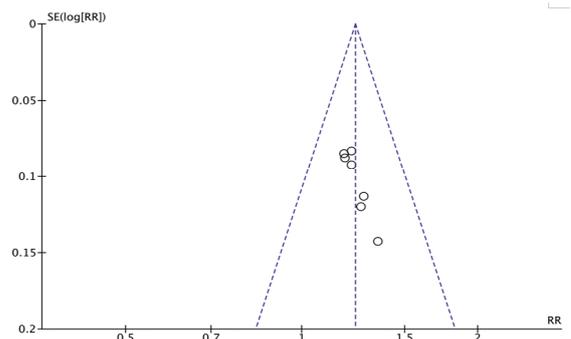


图9 临床疗效漏斗图

2.6 GRADE证据质量评价 采用GRADE系统对各项结局指标的证据等级进行评估。结果显示,大黄芒硝外敷治疗PL在临床疗效、引流管置管时间及盆腔积液量方面的证据等级为低级;在囊肿消退时间、治疗3个月后复发率及不良反应发生率方面的证据等级为极低级。所有结局指标的推荐强度均为弱推荐。(见表3)

### 3 讨 论

中医学认为,PL的形成多因创面渗液持续不愈或久不收口,导致盆腔局部瘀血阻络、血不归经,湿热毒邪乘虚而入<sup>[3]</sup>。因此,治疗应以活血化瘀、消癥散结、清利湿热为主要原则<sup>[18]</sup>。中药外治法遵循“外治之理即内治之理,外治之药即内治之药”的理论,通过皮肤吸收发挥疗效<sup>[19]</sup>。研究表明,外用中药的活性成分通过复杂的相互作用可形成特殊的分子聚集,还可产生透皮促渗、经络传感、穴位刺激及调节脏器血流等多重协同效应<sup>[20-21]</sup>。田硕等<sup>[22]</sup>提出的“体表机制”理论认为,中药外治通过表皮局部微作用、微刺激和微吸收,能够双向调节外周与中枢神经系统、内分泌功能以及免疫应答系统的动态平衡,进而有效干预炎症反应、痛觉传导及免疫调节等病理生理环节。此外,中药外治法通过皮肤直接作用于病变部位,避免了口服药物可能引起的胃肠道不适,同时绕过了肝脏的首过效应,降低了毒副作用。该方法具有操作简便、起效迅速、安全性高及疗效显著等优势,在临床中得到了广泛应用<sup>[4,23]</sup>。

《神农本草经》记载“芒硝与大黄相须为用”,《濒湖集简方》亦提到“跌打损伤,瘀血流注或发热者,二者等分调匀外涂,一宿黑变紫,次日紫变白”,表明两药合用可发挥活血化瘀、消肿散结、消炎止痛的功效。现代药理学研究表明,大黄具有抗炎、抗肿瘤、抗菌、抗氧化及抗血小板聚集等多种生物活性<sup>[24]</sup>。SEO E J等<sup>[25]</sup>发现,大黄中的蒽醌衍生物大黄酚-8-葡萄糖苷能有效抑制胶原蛋白和凝血酶诱导的血小板聚集,并减少大鼠体内血小板聚集及体外血栓素 $\alpha_2$ 的生成,从而改善微循环。韩思琪等<sup>[26]</sup>进一步指出,大黄中的蒽醌类、鞣质类及二苯乙烯类化合物是其抗炎作用的主要成分。此外,大黄的外用历史悠久,古代医家常用其制成膏剂外敷,如葛洪在《肘后方》中记载用大黄粉与苦酒混合外敷治疗痈肿,《妇人经验方》则用大黄与粉草熬膏外敷治疗乳痈。陈嘉倩等<sup>[27]</sup>通过数据挖掘发现,大黄外用主要发挥凉血解毒的作用。孟姗姗<sup>[28]</sup>研究表明,在西医常规治疗基础上结合大黄外治法,可显著改善患者的白细胞介素(IL)-6、肿瘤坏死因子、血淀粉酶等炎症因子水平。

芒硝具有高渗特性,可改善血管通透性,局部外敷能促进渗液吸收,加速囊肿消退<sup>[29]</sup>。同时,芒硝还能激活网状内皮系统功能,促进淋巴细胞增殖分化;增强神经反射对局部组织血流动力学的调节;下调促炎症细胞因子表达,抑制炎症反应过程,从而发挥消炎止痛、散结消肿的作用<sup>[30-31]</sup>。国内学者开展了大黄芒硝外敷治疗PL的临床研究。研究显示,对于PL $\leq 5$  cm的患者,大黄芒硝外敷治疗的有效率分别达到94.44%和90%<sup>[32-33]</sup>。代俊利等<sup>[34]</sup>也发现,中药口服联合大黄芒硝外敷可有效预防PL的形成。因此,大黄芒硝外敷在PL的预防和治疗中展现出显著的临床疗效和独特的中医特色。

本研究对7篇RCTs进行了综合分析,评估了大黄芒硝外敷治疗PL的有效性及其安全性。结果显示,与西医常规治疗相比,大黄芒硝外敷可显著提高临床疗效,缩短引流管置管时间和囊肿消退时间,减少盆腔积液量,且未观察到明显不良反应。本研究为临床实践提供了以下指导:(1)大黄芒硝外敷在治疗PL中展现出一定的疗效和安全性,可作为西医常规治疗的有效辅助手段;(2)其活血化瘀、消炎止痛、消肿散结的功效有助于缓解患者疼痛、促进囊肿吸收、预防感染并减轻水肿,从而改善患者生活质量;(3)目前关于大黄芒硝外敷治疗PL的研究较少,缺乏明确的用法用量标准及规范化的理论指导和疗效评价体系。因此,未来需进一步探讨其作用机制,制定统一的用法用量标准及疗效评价标准,以充分发挥中药外敷的独特优势。

本研究存在不足之处:(1)纳入分析的7项研究均为中文文献,样本量有限,可能存在发表偏倚;(2)部分研究未明确描述随机分配方法、分配隐藏及盲法实施情况,增加偏倚风险;(3)试验组中大黄和芒硝外敷的剂量、使用比例及疗程存在差异,且样本量较小,对照组干预措施不一致,导致研究间异质性较高;(4)部分研究缺乏后续随访时间及随访指标的评估,可能影响结果的可靠性;(5)GRADE证据质量评价等级较低,推荐强度为弱推荐,表明研究结论存在一定局限性。因此,未来需开展更多大样本、多中心、高质量的RCTs,以提供更可靠的循证医学证据。

### 参 考 文 献

- [1] JANSEN A, JONG A D, HOOGENDAMJ P, et al. Lymphocele following lymph node dissection in cervical and endometrial cancer: A systematic review and meta-analysis[J]. Gynecol Oncol, 2023, 170: 273-281.

表 3 GRADE 证据质量评价

结局指标	RCTs数量	证据质量评价					样本量/例		效应量	证据等级
		偏倚风险	不一致性	间接性	不精确性	其他偏倚	试验组	对照组		
临床疗效	7	降一级 <sup>a</sup>	不降级	不降级	不降级	降一级 <sup>d</sup>	259	259	RR=1.23, 95%CI(1.14, 1.33)	低
引流管置管时间	5	降一级 <sup>a</sup>	不降级	不降级	不降级	降一级 <sup>d</sup>	201	201	MD=-2.32, 95%CI(-2.42, -2.22)	低
囊肿消退时间	6	降一级 <sup>a</sup>	降一级 <sup>b</sup>	不降级	不降级	降一级 <sup>d</sup>	226	226	MD=-3.80, 95%CI(-5.21, -2.38)	极低
盆腔积液量	5	降一级 <sup>a</sup>	不降级	不降级	不降级	降一级 <sup>d</sup>	201	201	MD=-56.26, 95%CI(-60.55, -51.98)	低
治疗3个月后复发率	3	降一级 <sup>a</sup>	不降级	不降级	降一级 <sup>c</sup>	降一级 <sup>d</sup>	122	122	RR=0.25, 95%CI(0.05, 1.15)	极低
不良反应发生率	5	降一级 <sup>a</sup>	不降级	不降级	降一级 <sup>c</sup>	降一级 <sup>d</sup>	178	178	RR=1.84, 95%CI(0.86, 3.96)	极低

注:a.分配及盲法不明确;b.异质性大;c.样本量小;d.可能存在发表偏倚。

- [2] KIMH Y, KIMJ W, KIMS H, et al. An analysis of the risk factors and management of lymphocele after pelvic lymphadenectomy in patients with gynecologic malignancies[J]. *Cancer Res Treat*, 2004, 36(6):377-383.
- [3] 林蓓, 凌斌, 张师前, 等. 妇科恶性肿瘤盆腔淋巴结切除术后淋巴囊肿诊治专家共识(2020年版)[J]. *中国实用妇科与产科杂志*, 2020, 36(10):959-964.
- [4] 侯克刚, 茅菲, 何姣燕, 等. 大黄芒硝外敷治疗宫颈癌术后盆腔淋巴囊肿的临床研究[J]. *中华中医药学刊*, 2020, 38(6):109-111.
- [5] 董萌, 陆晓媛. 妇科恶性肿瘤术后盆腔淋巴囊肿的防治[J]. *中国临床解剖学杂志*, 2018, 36(6):714-716.
- [6] CHAROENKWAN K, KIETPEERAKOOL C. Retroperitoneal drainage versus no drainage after pelvic lymphadenectomy for the prevention of lymphocyst formation in women with gynaecological malignancies[J]. *Cochrane Database Syst Rev*, 2017, 6(6):CD007387.
- [7] MANNW J, VOGEL F, PATSNER B, et al. Management of lymphocysts after radical gynecologic surgery[J]. *Gynecol Oncol*, 1989, 33(2):248-250.
- [8] LOGMANS A, KRUYTR H, DE BRUINHG, et al. Lymphedema and lymphocysts following lymphadenectomy may be prevented by omentoplasty: A pilot study[J]. *Gynecol Oncol*, 1999, 75(3):323-327.
- [9] 凌婉雯, 宋鑫, 黄佩茹, 等. 健脾利水化瘀解毒法治疗宫颈癌根治术后盆腔淋巴囊肿[J]. *亚太传统医药*, 2021, 17(4):111-113.
- [10] 王宏岩, 彭艳, 郭莉媛. 针灸治疗妇科恶性肿瘤盆腔淋巴结清扫术后淋巴滞留囊肿的临床研究[J]. *针灸临床杂志*, 2018, 34(9):5-8.
- [11] 四川大学华西医院中国Cochrane中心, 兰州大学循证医学中心. 《Cochrane干预措施系统评价手册》中文翻译版[EB/OL]. (2014-12-01) <https://www.doc88.com/p-4991548302514.html?r=1>
- [12] 朱丽君, 曾宇晖, 黄晓娟. 大黄芒硝外敷在妇科恶性肿瘤患者淋巴结切除术后淋巴囊肿中的治疗效果及安全性[J]. *中国现代医生*, 2021, 59(7):70-73.
- [13] 黄小敏, 郑昌富, 林巧, 等. 超声引导下置管引流联合大黄芒硝外敷治疗宫颈癌术后盆腔淋巴囊肿临床研究[J]. *中国基层医药*, 2021, 28(2):190-193.
- [14] 许志辉. 超声引导下介入疗法治疗盆腔恶性肿瘤术后淋巴囊肿的效果与安全性分析[J]. *中国超声医学杂志*, 2019, 35(6):528-530.
- [15] 郑婧, 王燕, 王晓黎. 大黄芒硝外敷治疗妇科恶性肿瘤患者淋巴结切除术后淋巴囊肿临床研究[J]. *新中医*, 2018, 50(8):157-160.
- [16] 曹培勇, 周丽, 鲁娟, 等. 大黄芒硝外敷联合超声介入治疗宫颈癌术后盆腔淋巴囊肿疗效观察[J]. *现代中西医结合杂志*, 2017, 26(23):2572-2574.
- [17] 兰菁. 大黄芒硝外敷治疗宫颈癌根治术后淋巴囊肿的临床观察[J]. *湖南中医药大学学报*, 2016, 36(5):74-76.
- [18] 邓湘琴, 梁慧, 林宏远, 等. 化癥消囊方治疗妇科恶性肿瘤术后淋巴囊肿临床观察[J]. *肿瘤药学*, 2020, 10(6):729-733.
- [19] 陈军, 梁秉文, 乔鹏丽, 等. 中药外用制剂研究概述与展望[J]. *南京中医药大学学报*, 2022, 38(1):1-8.
- [20] 乔宏志, 陈熹, 陈军, 等. 基于结构中药学思维的中药研究方法探讨: 以外用中药为例[J]. *南京中医药大学学报*, 2022, 38(11):970-975.
- [21] 彭孟凡, 田硕, 刘保松, 等. 中西药外治机制和特点分析[J]. *中医学报*, 2018, 33(12):2323-2328.
- [22] 田硕, 许二平, 武晏屹, 等. 体表机制: 中药外治机制新思考[J]. *中华中医药杂志*, 2021, 36(8):4433-4438.
- [23] 张晓萍, 白莉, 李彩霞, 等. 2020年版《中华人民共和国药典》外用成方制剂作用特点分析[J]. *中国实验方剂学杂志*, 2022, 28(7):207-217.
- [24] 王玉, 杨雪, 夏鹏飞, 等. 大黄化学成分、药理作用研究进展及质量标志物的预测分析[J]. *中草药*, 2019, 50(19):4821-4837.
- [25] SEOE J, NGOCT M, LEE S M, et al. Chrysophanol-8-O-glucoside, an anthraquinone derivative in rhubarb, has antiplatelet and anticoagulant activities[J]. *J Pharmacol Sci*, 2012, 118(2):245-254.
- [26] 韩思琪, 哈伟, 师彦平. 大黄及其有效成分抗炎作用的研究进展[J]. *中草药*, 2023, 54(1):303-316.
- [27] 陈嘉倩, 陈艳琰, 唐于平, 等. 大黄不同功效的古今用药规律分析[J]. *中草药*, 2019, 50(6):1485-1492.
- [28] 孟姗姗. 中药大黄在临床应用中的功效以及对其药理作用研究[J]. *深圳中西医结合杂志*, 2020, 30(20):81-82.
- [29] 陈玉意, 王洪亮, 郭绍举, 等. 中药灌肠联合芒硝外敷治疗急性胰腺炎临床疗效的Meta分析[J]. *天津中医药*, 2023, 40(11):1429-1437.
- [30] 齐卫, 段晓峰. 中西医结合治疗宫颈癌术后盆腔淋巴囊肿临床研究[J]. *中医学报*, 2014, 29(8):1105-1106.
- [31] 周世妹, 王巧娟, 龚婷婷, 等. 大黄芒硝外敷对静脉留置针所致静脉炎患者炎症指标的影响[J]. *检验医学与临床*, 2023, 20(21):3244-3246.
- [32] 王爱玲, 石紫云, 郑全庆. 宫颈癌根治术后盆腔淋巴囊肿的预防与治疗[J]. *陕西医学杂志*, 2009, 38(2):165-166.
- [33] 聂娜, 贺丰杰, 杨鉴冰. 大黄芒硝贴敷治疗宫颈癌根治术后盆腔淋巴囊肿20例[J]. *现代中医药*, 2009, 29(5):54-55.
- [34] 代俊利, 李杰, 杨松梅, 等. 中药外敷加口服治疗宫颈癌盆腔淋巴结清扫术后淋巴液渗出及预防淋巴囊肿形成的研究[J]. *临床和实验医学杂志*, 2015, 14(18):1504-1507.

(收稿日期:2024-10-20 编辑:罗英姣)