

doi:10.3969/j.issn.1674-4616.2019.03.010

自制中药方应用于肛瘻术后的临床观察

涂林毅 黄成龙

武汉市第八医院肛肠科, 武汉 430000

肛瘻是直肠肛管与肛门周围皮肤相通形成的异常通道,是肛肠科常见疾病^[1];目前,手术仍为治愈肛瘻最有效的方法^[2]。然而,由于肛门周围神经末梢丰富及肛门结构和功能的特殊性,术后常出现伤口疼痛、分泌物多、肛门功能损伤、创面愈合时间较长等并发症,严重影响患者生活质量。因此,本院肛肠科基于中医外治特色,观察自制中药方治疗肛瘻术后相关并发症的临床疗效,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择 2013 年 9 月—2015 年 4 月于本院肛肠科住院的肛瘻患者 160 例,按照随机数字表法将其分为治疗组和对照组,每组 80 例。治疗组,其中男 60 例,女 20 例;年龄 18~65 岁,平均年龄(39.56±10.66)岁。对照组,其中男 62 例,女 18 例;年龄 20~63 岁,平均年龄(40.00±9.56)岁。2 组一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 纳入与排除标准

纳入标准:参照 1994 年国家中医药管理局发布的《中医病症诊断疗效标准》^[3]中关于肛瘻的诊断标准,并证属湿热下注或湿热夹瘀型;年龄 18~65 岁;既往无肛瘻手术史,肛门形态及功能无异常;患者自愿参与,并签署知情同意书。

排除标准:严重肝、肾功能不全及造血系统障碍;合并肛门、直肠肿瘤、溃疡性结肠炎、克罗恩病等;妊娠或哺乳期妇女;中医辨证不属于上述证型者。

1.3 治疗方法

所有患者均在骶管麻醉下行肛瘻切除术+旷置引流术。术后应用头孢类抗生素 5 天,伤口换药 2 次/d。治疗组术后给予自制中药方,方药组成为苦参 20 g,五倍子 20 g,当归 20 g,丹参 15 g,芒硝 15 g,炉甘石 20 g,硼砂 5 g,冰片 5 g。上药加水煎至 200 ml 保持温度约为 40℃,用中号棉垫浸湿,湿敷于伤口处 15 min,可外加保温袋或暖水袋,2 次/d。对照组术后给予复方黄柏液(山东汉方制药有限公司,国药准字

Z10950097),加热至温度约为 40℃,湿敷方法同治疗组。2 组均治疗 7 d 为 1 个疗程,共计治疗 2 个疗程。

1.4 观察指标与疗效判定标准

根据文献^[3]分别对 2 组患者术后第 1、3、7、10 天创面水肿、渗液情况进行评分,其中无水肿、无渗液记 0 分;创面组织稍隆起,皮肤纹理存在,或渗液沾染纱布 1~3 层记 1 分;创面组织隆起,皮肤纹理模糊,或渗液沾染纱布 4~6 层记 2 分;创面组织明显隆起,皮肤纹理消失,或渗液沾染纱布 ≥ 7 层记 3 分。

分别于术后第 21、28、35 天评价 2 组创面愈合情况,其中愈合:症状及体征消失,创面愈合;未愈:症状及体征均无变化。愈合率=(愈合例数/总例数) $\times 100\%$ 。

1.5 统计学方法

采用 SPSS 20.0 统计学软件对数据进行统计分析,计量资料以均数 \pm 标准差($\bar{x}\pm s$)表示,组间比较采用 t 检验;计数资料以率(%)表示,组间比较采用 χ^2 检验;以 $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 2 组术后创面水肿、渗液评分比较

术后第 1 天,2 组创面水肿、渗液评分比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。术后第 3、7、10 天,治疗组创面水肿、渗液评分均显著低于对照组($P<0.05$)。见表 1。

表 1 2 组患者术后创面水肿、渗液评分比较($n=80$,分, $\bar{x}\pm s$)

组别	时间	水肿	渗液
对照组	术后第 1 天	2.47 \pm 0.46	2.15 \pm 0.15
	术后第 3 天	2.51 \pm 0.35	2.73 \pm 0.19
	术后第 7 天	2.01 \pm 0.21	2.47 \pm 0.45
	术后第 10 天	1.22 \pm 0.35	1.77 \pm 0.82
治疗组	术后第 1 天	2.43 \pm 0.50	2.10 \pm 0.10
	术后第 3 天	2.11 \pm 0.22 [△]	2.31 \pm 0.12 [△]
	术后第 7 天	1.56 \pm 0.19 [△]	2.01 \pm 0.42 [△]
	术后第 10 天	0.54 \pm 0.31 [△]	1.47 \pm 0.79 [△]

与对照组比较[△] $P<0.05$

2.2 2组创面愈合率比较

治疗后,治疗组术后21天、28天、35天创面愈合率均显著高于对照组($P < 0.05$)。见表2。

表2 术后2组创面愈合率比较($n=80$,例,%)

组别	时间	愈合	未愈
对照组	术后21天	16(20.00)	64(80.00)
	术后28天	62(77.50)	18(22.50)
	术后35天	71(88.75)	9(11.25)
治疗组	术后21天	22(27.50) [△]	58(72.50)
	术后28天	72(90.00) [△]	8(10.00)
	术后35天	80(100.00) [△]	0(0.00)

与对照组比较[△] $P < 0.05$

3 讨论

由于肛门生理和解剖结构的特殊性,肛瘘术后常出现多种并发症,降低了患者的生活质量。中医外治法作为祖国医学的特色治疗手段,对促进肛瘘术后创面恢复具有独特优势。

中医认为,肛瘘病机主要为湿热下注、经络瘀滞、气血不足。本研究中自制中药方由苦参、五倍子、丹参、芒硝、炉甘石、硼砂、冰片组成,方中苦参苦寒,清热燥湿、祛风止痒;五倍子酸涩寒,解毒消肿、收湿敛疮、止血;当归甘辛温,活血消肿、补血生肌;丹参苦寒,活血祛瘀、凉血消痈;芒硝苦寒,清热消肿、软坚;冰片辛苦寒,清热;硼砂甘咸凉,外用具有清热解毒的作用;炉甘石甘平,生肌敛疮、收湿止痒;诸药合用共奏燥湿、生肌、消肿之功效。文献研究表明,丹参具有抗炎作用,能减轻组织损伤,控制炎症反应^[4];冰片外用于损伤部位,可通过抑制损伤处伤害性感受器的传

入信号对急性疼痛产生抑制作用^[5]。

本研究采用自制中药方湿敷治疗肛瘘术后患者,结果发现,中药湿敷可有效减少渗液、缓解水肿、促进伤口愈合。韩晔等^[6]研究亦表明,中药局部湿敷可减轻肛瘘术后患者创缘水肿及渗液流出,有效缓解术后并发症的发生。同时湿敷的热传导和辐射作用,能改善局部血液循环,促进炎症吸收,并抑制神经末梢的病理性冲动,减轻自觉症状。

本研究通过应用自制中药方湿敷治疗湿热下注或湿热夹瘀型肛瘘术后患者,证实了其能明显减轻肛瘘术后水肿、渗液等症状,并促进伤口愈合,值得临床推广应用。

参 考 文 献

- [1] 吴在德,吴肇汉,汪建平. 外科学[M]. 北京:人民卫生出版社,2007:526.
- [2] 张东铭. 盆底肛直肠外科理论与临床[M]. 北京:人民军医出版社,2011:119-121.
- [3] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[M]. 南京:南京大学出版社,1994:87.
- [4] 赵仁霞. 丹参的现代药理研究及临床应用[J]. 中国医药指南,2011,9(12):291-292.
- [5] 赵雨千,吕小星,赵聪颖,等. 冰片外用对大鼠后肢穿刺伤急性疼痛的抑制作用[J]. 华北国防医药,2010,22(6):509-511,504.
- [6] 韩晔,陆宏,杨巍. 湿敷方局部外敷治疗肛瘘术后并发症的疗效观察[J]. 上海中医药大学学报,2014,28(5):42-45.

(收稿日期:2019-03-24)