

doi:10.3969/j.issn.1674-4616.2020.02.021

• 护理园地 •

复方黄柏液对肛周脓肿术后创面愈合的疗效观察

宁 洁

湖北省中医院肛肠科,湖北武汉 430000

关键词 复方黄柏液;肛周脓肿术后;创面愈合

中图分类号 R266 **文献标识码** A

肛周脓肿,又名直肠肛管周围脓肿,是由于直肠肛管周围软组织或周围间隙发生急性化脓性感染后形成脓肿。临床主要表现为渐进性疼痛、发热、直肠坠胀感、里急后重等,一旦诊断为肛周脓肿,应立即采取脓肿切开引流^[1]。因发病部位特殊,术后多采取开放处理,以凡士林纱条填塞脓腔进行后续换药处理。肛周脓肿切开引流术后往往疼痛剧烈且创口愈合时间较长,给患者身心带来巨大负担;且脓肿破溃或切开引流后常形成肛瘘,尽早采取有效措施对创面进行干预、促进创面愈合,具有重大临床意义^[2]。近年来,本院选用复方黄柏液用于肛周脓肿术后创面换药治疗,效果明显,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

选取 2016 年 10 月—2018 年 12 月本院肛肠科行肛周脓肿切开引流术的患者 80 例,随机分为治疗组和对照组,各 40 例。治疗组,男 29 例,女 11 例;年龄(43.40±9.65)岁,年龄范围为 25~65 岁;肛周脓肿直径(4.08±0.57)cm,肛周脓肿直径范围为 3~5 cm。对照组,男 31 例,女 9 例;年龄(42.15±9.08)岁,年龄范围为 26~65 岁;肛周脓肿直径(4.00±0.59)cm,肛周脓肿直径范围为 3~5 cm。2 组患者一般资料比较,差异均无统计学意义($P>0.05$)。

1.2 纳入及排除标准

纳入标准:①符合《肛周脓肿临床诊治中国专家共识》^[3]中相关诊断标准;②顺利施以肛周脓肿切开引流术;③年龄 18~70 岁;④积极配合治疗和随诊,并签署均知情同意书,经医院伦理委员会批准。

排除标准:①合并糖尿病、全身严重感染、慢性消耗性疾病者;②妊娠、哺乳期妇女;③合并严重心脑血管、肝肾功能损害者;④结核、HIV 感染或克罗恩病等原因导致的肛周脓肿;⑤对本研究所用药物过敏者。

1.3 治疗方法

所有患者均在术后第 2 天开始换药,每日 1 次,直至创面愈合。

对照组患者采用 0.9%氯化钠注射液(北京费森尤斯卡比医药有限公司,国药准字 H20033558)冲洗脓腔,1%聚维酮碘溶液(广东恒健制药有限公司,国药准字 H44023924)消毒肛门周围及创面,外层覆盖无菌干纱布,胶带固定。若创面内附着脓苔或坏死组织难以脱落时,用棉签蘸取适量 3%过氧化氢溶液(杭州民生药业集团有限公司,国药准字 H13022648)进行清创处理。

治疗组患者则采用复方黄柏液涂剂(山东汉方制药有限公司,国药准字 Z10950097)冲洗脓腔,1%聚维酮碘溶液消毒肛门周围及创面,将无菌纱条用复方黄柏液浸湿(以纱条不滴水为准)后填塞创面,外层覆盖无菌干纱布,胶带固定。若创面内附着脓苔或坏死组织难以脱落时,蘸取适量八二丹(中药方剂名,由熟石膏、升丹组成,具有提脓祛腐的功效,主治溃疡脓洗不畅)涂抹,使其自主脱落。

1.4 观察指标与疗效判定标准

记录 2 组患者创面愈合时间、术后第 21 天创面的痊愈率及术后第 30 天创面的假愈合率。

术后第 21 天进行痊愈率及临床疗效判定,评价标准根据《中医病证诊断疗效标准》^[4]拟定:痊愈 创面由肉芽组织填充,上皮已大部分覆盖,局部炎症消散,创面直径减小 80%以上;显效 创面的肉芽组织完全新鲜,无明显脓性分泌物,上皮细胞开始向中间生长,创面直径减小 50%以上;有效 创面肉芽组织部分新鲜,生长速度缓慢,创面尚有轻度炎症和脓性分泌物,创面直径减小 1/3 以上。无效 创面发白、水肿,未见新鲜的肉芽组织,有脓性分泌物或腐肉,炎症明显。痊愈率=(痊愈例数/总例数)×100%。临床治疗总有效率=[(痊愈+显效+有效)例数/总例

数]×100%。

术后第 30 天进行假愈合率判定,若创面皮肤已经愈合,但皮下留有窦道,形成桥形愈合,局部按压疼痛、肿胀,挤压有脓性分泌物流出则判定为假愈合。假愈合率=(假愈合例数/总例数)×100%。

1.5 统计学处理

采用 SPSS 20.0 统计软件进行数据处理,计量资料以均数±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 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 创面愈合时间比较

治疗后,治疗组患者创面愈合时间为(20.65±4.24)d,显著短于对照组的(23.05±3.89)d($P<0.05$)。

2.2 痊愈率及临床疗效比较

术后第 21 天,治疗组患者痊愈率为 80.0%,显著高于对照组的 50.0%($P<0.05$);治疗组患者临床治疗总有效率为 100.0%,对照组为 97.5%,差异无统计学意义($P>0.05$)。见表 1。

表 1 2 组患者痊愈率及临床疗效比较($n=40$,例,%)

组别	痊愈	显效	有效	无效	痊愈率	总有效率
对照组	20	10	9	1	20(50.0)	39(97.5)
治疗组	32	6	2	0	32(80.0) [△]	40(100.0)

与对照组比较,[△] $P<0.05$

2.3 创面假愈合情况比较

术后第 30 天,治疗组患者假愈合率为 2.5%(1/40),显著低于对照组的 17.5%(7/40)($P<0.05$)。

3 讨论

肛周脓肿是一种常见的肛肠科疾病,其发病率高,可见于任何年龄段,男性多于女性。肛腺感染是肛周脓肿发病的主要原因,肛腺开口于肛窦,肛窦呈一种开口向上的囊袋状,容易引起粪便的残留诱发炎症,随后向直肠肛管周围疏松的组织间隙蔓延、扩散,形成直肠肛管周围脓肿。以肛提肌为界限分为肛提肌下部脓肿(低位脓肿)和肛提肌上部脓肿(高位脓肿)。临床表现主要以病变部位的红、肿、热、痛为主。因肛腺特殊的位置,细菌在此反复感染定植,导致病情进一步发展恶化^[5]。

西医的治疗主要是抗感染及口服缓泻剂以减轻排便疼痛等对症处理;若使用抗生素无法控制脓肿扩

散,尽快切开引流变得尤为重要^[6]。手术治疗中选择对脓肿波动最明显的位置切开,使脓液排出,并将皮缘进行梭形修剪处理,使其引流通畅。临床中为保证创面引流通畅,疗效更加确切,手术会留下较大创面。如何加速创面愈合、降低术后并发症、减少假愈合,具有重大临床意义。

祖国医学认为,肛周脓肿属于“肛痈”范畴,其病因病机为热毒、燥火、湿邪等邪气蕴结肌肤,营气不从,逆行于肉里,乃生痈疮;或食辛辣刺激之品,毒邪内侵入里,致肌体大热不止,热盛至极致肉腐,肉腐至极则化脓。治则上以“清热解毒利湿、消肿祛腐生肌”为本^[7]。本研究选用复方黄柏液中取黄柏、连翘为君,行泻火解毒祛疮、清热疏风燥湿之效;金银花为臣药,具有清热解毒、疏散风热的功效;蒲公英为佐药,一方面加强清热解毒、消肿之功,另一方面则发挥散痈结、除疔疮之效;蜈蚣为使药,性善走窜,通达内外,疏通脉络,具有熄风镇痛、攻毒散结之功效。全方相互配伍,共奏清热解毒消肿、活血消肿生肌之功,使脉络疏通,腐肉驱除,新肉自生。动物实验^[8]表明,复方黄柏液可通过促进细胞迁移、提升转化生长因子-β1 及表皮生长因子浓度来加速皮肤和黏膜创伤愈合。若创面附着脓苔或坏死组织,蘸取适量八二丹置于脓苔上,发挥提脓祛腐之效,使脓苔自主脱落。

本研究结果显示,治疗组患者创面愈合时间显著短于对照组;尽管术后第 21 天 2 组患者临床疗效无显著性差异,但是治疗组创面愈合率显著高于对照组;术后第 30 天创面假愈合率显示低于对照组。研究结果表明肛周脓肿切开引流术后采用复方黄柏液进行换药治疗,可加速创面愈合,降低假愈合率。这与周明梁等^[9-11]的研究结果相一致。

综上所述,复方黄柏液用于肛周脓肿术后创面换药治疗,创面愈合时间短,假愈合率低,值得临床应用。

参 考 文 献

[1] 陈孝平,汪建平,赵继宗. 外科学[M]. 9 版. 北京:人民卫生出版社,2018:400-401.

[2] 黄璇,林娜. 肛周脓肿术后中药超声雾化熏洗的临床疗效观察[J]. 中西医结合研究,2015,7(6):307-308.

[3] 中国医师协会肛肠医师分会指南工作委员会. 肛周脓肿临床诊治中国专家共识[J]. 中华胃肠外科杂志,2018,21(4):456-457.

[4] 国家中医药管理局. 中华人民共和国中医药行业标准·中医病证诊断疗效标准[M]. 南京:南京大学出版社,1994.

- [5] 齐保聚. 肛周脓肿致病菌的分布、变迁及药敏变化[J]. 系统医学, 2018, 3(16): 27-29.
- [6] 戴进. 肛周脓肿一期手术治疗的临床疗效分析[J]. 中国医药指南, 2019, 17(4): 44-45.
- [7] 周玉莲, 方园园. 黄连膏纱条配合糜蛋白酶治疗肛周脓肿 60 例[J]. 中西医结合研究, 2013, 5(2): 96-97.
- [8] 孙绪丁, 刘振勋. 复方黄柏液涂剂促愈药理活性研究[J]. 中国处方药, 2020, 18(1): 34-35.
- [9] 周明梁. 复方黄柏液对肛周脓肿合并糖尿病患者术后创面愈合的影响[J]. 广州中医药大学学报, 2019, 36(4): 500-502.
- [10] 刘淦琼, 陈妙瑛. 复方黄柏液治疗脓肿切开引流术后换药的效果观察[J]. 护理实践与研究, 2016, 13(9): 125-126.
- [11] 张坤, 丁克, 张晓杰. 复方黄柏液促进肛周脓肿术后创面愈合的疗效观察[J]. 山东中医杂志, 2014, 33(4): 277-279.

(收稿日期: 2020-01-29)

《中西医结合研究》编委会名单

名誉主编: 陈可冀

主 编: 黄光英

副 主 编: 吴伟康 陆付耳 沈 霖

编 委(以姓氏笔画为序):

王 平	王 阶	王 伟	王文健	王汉祥	王胜利	王硕仁	文秀英	方建国	左新河
史载祥	吕志平	吕爱平	向 楠	刘 平	刘文励	刘行稳	刘沛霖	刘艳娟	刘鲁明
齐清会	许先金	许树强	杜 建	杨明炜	杨胜兰	杨艳萍	李大金	李天望	李廷谦
李建武	李显筑	连 方	吴 刚	吴伟康	吴根诚	吴献群	余南才	宋恩峰	沈 霖
张 英	张东友	张玉环	张红星	张京春	张明敏	张莹雯	陆付耳	陈 广	陈 刚
陈 琢	陈小野	陈海龙	陈家旭	陈维养	范 恒	易 屏	金志春	金建年	郑翠红
胡少明	胡永红	胡思专	胡家才	胡随瑜	赵映前	赵健雄	段逸群	施 静	夏仁云
高 进	高思华	唐旭东	涂胜豪	涂晋文	黄 熙	黄世林	黄冬梅	黄光英	曹洪欣
梁晓春	崔乃强	董竞成	谢 晶	谢纪文	雷 燕	蔡贤华	蔡定芳	穆大伟	魏军平

编 辑: 刘 琼 钟志艳