

· 临床报道 ·

公英解毒熏洗剂联合甲硝唑纱条对低位肛周脓肿术后创面愈合的影响

张生东 曹宇 郭喜牛

【摘要】 目的 研究公英解毒熏洗剂联合甲硝唑纱条对低位肛周脓肿术后创面愈合的影响。**方法** 选取 2015 年 1 月至 2016 年 1 月在本院肛肠科行低位肛周脓肿术的患者 90 例,随机均分为对照组和观察组(各组均 45 例),其中对照组于术后甲硝唑纱条进行治疗,观察组则在对照组基础上联合应用公英解毒熏洗剂进行治疗,分别记录术后第 2 天、治疗 6 天、治疗 12 天、治疗 24 天患者手术创面的疼痛程度、渗液及分泌物和创面肉芽生长情况等症状并进行评分比较,以及两组患者的创面腐肉脱落天数和愈合时间。**结果** 两组患者的症状评分比较,观察组患者的症状评分均较对照组明显降低;观察组患者的创面腐肉脱落天数和愈合时间均较对照组减少,以上差异均具有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 相较于单独用药治疗,公英解毒熏洗剂联合甲硝唑纱条对低位肛周脓肿术后创面愈合疗效更佳,值得在临床上推广。

【关键词】 公英解毒熏洗剂; 甲硝唑纱条; 低位肛周脓肿术

【中图分类号】 R266 **【文献标识码】** A doi:10.3969/j.issn.1674-1749.2017.08.022

肛周脓肿,全称肛门直肠周围脓肿,是肛肠科常见的一种疾病,可发于各个年龄段,多发于 20 岁至 40 岁的青壮年,且男性患者多于女性^[1]。肛周脓肿是由于肛管、直肠周围软组织或其周围间隙发生急性、慢性化脓性感染而形成的,在中医学上通常将其归属于“肛痈”的范畴。肛周脓肿的治疗主要是进行肛周脓肿手术,该手术的术后创面大,易受到肠内细菌及排泄的粪便的影响而不利于创口的愈合,导致愈合时间增长,患者受到的痛苦也延长^[2-3]。肛周脓肿术后的换药是该手术治疗的后续治疗,在术后治疗中非常重要。外用西药可使创口局部微循环得到改善,并起到抗炎灭菌的作用,进而促进伤口的愈合^[4-5]。外用膏剂、散剂、熏洗剂等中药可使创口血液循环得到改善,减少感染致水肿,并促使创面愈合。本研究旨在研究外用中药剂型公英解毒熏洗剂联合外用西药甲硝唑纱条对低位肛周脓肿术后创面愈合的影响,现报道如下。

1 对象与方法

1.1 对象

选取 2015 年 1 月至 2016 年 1 月在榆林市星元(第四)医院肛肠科行低位肛周脓肿术的住院患者 90 例,男 55 例,女 35 例,年龄 22~54 岁,平均年龄(44.6±10.6)岁,病程 1

~15 年,平均病程(13.4±3.6)年。所有患者均同意参与本研究并签署知情同意书,并由医院伦理委员会批准实施。两组患者手术创面比较见表 1。两组患者在年龄、病程、创伤面积结构及平均面积等一般资料方面比较无显著性差异,具有可比性($P>0.05$)。

表 1 两组患者手术创面面积结构及平均面积比较($\bar{x}\pm s, n=45$)

组别	创面面积(S/cm^2)结构			平均创面面积(s/cm^2)
	$S\leq 10$	$10<S\leq 15$	$S>15$	
对照组	13	23	9	14.683±2.132
观察组	14	21	10	15.121±1.887

1.2 诊断标准

肛周脓肿的诊断标准是根据 2012 年由中华中医药学会提出发布的《中医肛肠科常见病诊疗指南》^[6]中“肛管直肠周围脓肿”的诊断标准:局部疼痛、红肿,由直肠指检有波动感及触压疼痛性肿块,无全身症状,肛周局部穿刺可抽出脓液,通常出现于肛提肌以下间隙为低位肛周脓肿。根据中医症候诊断^[7]分为热毒炽盛证、火毒蕴结证、阴虚毒恋证,其中火毒蕴结证:肛门周围突然肿痛,持续加剧,伴有恶寒、发热、便秘、溲赤。肛周红肿,触痛明显,质硬,表面灼热。舌红,苔薄黄,脉数。热毒炽盛证:肛周肿痛剧烈,可持续数日,痛如鸡啄,夜寐不安,伴有恶寒发热,口干便秘,小便困难。肛周红肿,按之有波动感或穿刺有脓。舌质红,苔黄,脉弦滑。阴虚毒恋证:肛周肿痛、灼热,表皮色红,溃后难敛,伴有午后潮热,心烦口干,夜间盗汗。舌红,

作者单位: 719000 陕西省榆林市星元(第四)医院肛肠科

作者简介: 张生东(1981-),本科,主治医师。研究方向:中医肛肠。E-mail:48039399@qq.com

通信作者: 曹宇(1971-),本科,副主任医师。研究方向:中医肛肠。E-mail:914736472@qq.com

少苔,脉细数。根据患者症状选取火毒蕴结证或热毒炽盛证患者入组。

1.3 入组标准

入组标准:(1)患者症状符合肛周脓肿诊断标准;(2)同意行肛周脓肿一次切开根治术;(3)肝肾功能、凝血四项、血糖水平正常;(4)对该研究过程中应用的手术方法耐受;(5)年龄 20~60 岁;(6)能够履行医嘱接受治疗。

1.4 排除标准

排除标准:对研究所用中西药过敏史及过敏体质者;合并有炎症性肠病及痔疮、肛瘘、肛裂、肛周湿疹、肛周尖锐湿疣等肛周皮肤病的患者;严重心脑血管疾病、自身免疫性疾病、肾功能衰竭、恶性肿瘤或合并阴茎等其它疾病的患者;交流困难、意识障碍、精神统方面的疾病的患者;妊娠、哺乳期患者等。

1.5 治疗方法

1.5.1 手术治疗 两组患者手术前均进行肝肾功能、心电图、胸片、电解质、B 超等相关检查,由主治医师及护士做好患者术前心理及饮食准备,并备皮、灌肠等,采用腰硬联合麻醉,所有患者均行肛周脓肿一次性根治术。术后两组患者均进行禁止饮食、去枕平卧、持续吸氧并给予头孢类静滴抗感染治疗一周、术后 48 小时内控制大便等常规处理,术后 6 小时后患者可进食半流质饮食,需卧床静养;术后 24 小时后可拆除肛门敷料,并于术后第二天进行术后换药,可予普通饮食,患者均采用碘伏棉球消毒,并用本院自制剂大黄油纱进行引流;对抗感染药物头孢类过敏的患者可另选喹诺酮类药物静滴治疗 5 天。

1.5.2 治疗方法 两组患者分别于术后第二天进行相应的治疗,其中对照组患者的换药处理为先用 0.9% 生理盐水清洁创腔和创面边缘的分泌物、脓液、坏死组织等物质,后用碘伏棉球消毒,于创面上放置甲硝唑纱条(本院自制),再覆盖一层无菌纱布,用胶布进行固定防止脱落;每天换一次药,持续一周。观察组患者则于术后第二天开始公英解毒熏洗剂(我院自制,75 g/袋)熏洗坐浴。使用前先取 1 袋公英解毒熏洗剂由我院中药煎药室浓缩制成 400 mL 熏洗液,每次换药均取熏洗液 400 mL,用沸水稀释成 2000 mL 的熏洗液。开始进行坐浴熏洗之前需先熏蒸 5 分钟,当熏洗液的温度降至患者可耐受的温度时,用浸透药液的洁净纱布对患处进行淋洗;当熏洗液的温度降至人体温度时,则让患者进行 20 分钟的坐浴,结束后拭干,换药,每天一次。

1.5.3 公英解毒熏洗剂的制备 由 10 味中药:蒲公英、木鳖子、苦参、金银花、黄柏、连翘、赤芍、白芷、生甘草、牡丹皮组成,研磨成粉末,装袋即可,75 g/袋。

1.6 观察指标

1.6.1 两组患者治疗后创面愈合情况及腐肉脱落情况 创面愈合时间规定为从手术当天算起到手术创面由上皮组织完全覆盖所经历的天数;创面腐肉脱落时间规定为从手术当天算起到手术创面肉芽组织的色泽完全呈鲜红色所经历的天数。

1.6.2 两组患者术后创面缩小情况 记录术后第 2 天(未治疗)、治疗第 6 天、治疗第 12 天、治疗第 24 天较大切口的面积,测量面积以上皮爬行边缘为界线,贴上透明薄膜贴,用记号笔画出边缘,计算薄膜上描绘的面积为创面面积。创面面积缩小率(%)=(原始创面-创面面积)/原始创面 $\times 100\%$ 。

1.6.3 两组患者治疗后创面渗出液及分泌物情况 记录术后第 2 天(未治疗)、治疗第 6 天、治疗第 12 天、治疗第 24 天患者手术创面的渗液及分泌物情况,创面渗液及分泌物的评分标准规定为:无分泌物为 0 分;有渗液渗出但未渗透 1 块纱布为 1 分;有渗液且渗透 1 块纱布但没有渗透 2 块为 2 分;有渗液且渗透 2 块纱布及以上为 3 分。

1.6.4 两组治疗后创面疼痛情况 记录术后第 2 天(未治疗)、治疗第 6 天、治疗第 12 天、治疗第 24 天患者手术创面的疼痛情况,创面疼痛程度评分按照主诉疼痛程度分级法制定评分标准:无疼痛感为 0 分;疼痛可忍受,对患者正常生活、睡眠不影响为 1 分;疼痛程度不可忍受,需要口服止痛药物,对患者睡眠产生影响为 2 分;疼痛感强烈,患者无法忍受,需口服止痛药物,无法睡眠,偶尔伴有植物神经功能紊乱及被动体位为 3 分。

1.6.5 两组治疗后创面肉芽情况 记录术后第 2 天(未治疗)、治疗第 6 天、治疗第 12 天、治疗第 24 天患者手术创面的肉芽生长情况,创面肉芽生长情况积分标准规定为:创面基本愈合为 0 分;肉芽红润凸起,生长旺盛为 1 分;肉芽生长较旺盛平坦为 2 分;肉芽色泽晦暗、生长缓慢凹陷为 3 分。

1.7 统计学处理

采用 SPSS 20.0 进行统计分析,结果以均数 \pm 标准差($\bar{x}\pm s$)表示,经检验数据符合正态分布,方差齐,采用单因素方差分析,多组间两两比较采用 LSD 检验,检验水平 $\alpha=0.05$,双侧检验, $P<0.05$ 时有显著性差异。

2 结果

2.1 两组患者治疗后创面愈合及腐肉脱落时间的比较

治疗后,观察组患者的创面愈合及腐肉脱落时间较对照组明显减少,以上差异均具有统计学意义($P<0.05$)。详见表 2。

表 2 两组患者治疗后创面愈合及腐肉脱落时间的比较($\bar{x}\pm s$,天)

组别	例数	创面愈合时间	创面腐肉脱落时间
对照组	45	40.12 \pm 3.41	6.33 \pm 2.32
观察组	45	25.43 \pm 2.34 ^a	3.66 \pm 1.33 ^a

注:与对照组相比,^a $P<0.05$ 。

2.2 术后两组创面缩小面积比较

治疗后,观察组患者各个时间段的创面缩小率较对照组明显增大,差异具有统计学意义($P<0.05$)。详见表 3。

表 3 术后两组创面缩小率比较($\bar{x} \pm s, \%$)

组别	例数	治疗 6 天	治疗 12 天	治疗 24 天
对照组	45	8.67 \pm 3.21	37.66 \pm 7.55	69.32 \pm 5.24
观察组	45	16.33 \pm 3.62 ^a	30.67 \pm 3.89 ^a	58.49 \pm 5.11 ^a

注:与对照组相比,^a $P < 0.05$ 。

2.3 两组患者治疗后创面渗出液积分及分泌物积分的比较

术后第二天两组的渗出液积分及分泌物积分比较无差异,治疗后,观察组患者各个时间段的渗出液积分及分泌物积分较对照组明显增大,差异具有统计学意义($P < 0.05$)。详见表 4。

2.4 两组患者治疗后创面疼痛积分比较

术后第二天未治疗,两组的创面疼痛积分比较无差异,治疗后,两组患者各个时间段的创面疼痛积分比较无差异,差异不具有统计学意义($P > 0.05$)。详见表 5。

2.5 两组患者治疗后创面肉芽积分比较

术后第二天未治疗,两组的创面肉芽积分比较无差异,治疗后,观察组患者各个时间段的创面肉芽积分较对照组明显降低,差异具有统计学意义($P < 0.05$)。详见表 6。

3 讨论

在中医肛肠学中,肛周脓肿属于“肛痈”,是在肛门及肛周发病的疮痈,其中肛痈属于痈中发生在皮肉肌腠间的外痈,中医认为其发病机理为火毒蕴结,湿热壅滞,阴虚毒恋^[8-9]。患者在行肛周脓肿术后,虽然脓液和腐肉被部分清除但是湿热毒邪并未完全消散,并且由于创面位置特殊,创面脓腐很容易存留。在西医范畴中,肛周脓肿术后创面处于软组织损伤的状态,其愈合过程也就是修复创面,且因为肛周脓肿由细菌感染引起,术后创口较为开放,易受炎性刺激

引起炎性渗出物增多,而炎性渗出物及坏死组织会影响局部的血液供应,如不彻底引流、清除坏死组织、控制感染,加之肛门创面局部潮湿,肛周湿疹发生,是细菌、霉菌生存繁殖的良好环境,且术后包扎过紧或术后血肿等亦可造成局部循环障碍,导致伤口愈合延迟,故临床上对肛周脓肿术后的治疗多是给予患者敏感抗生素,并进行局部熏洗、消毒换药、纱条引流予以治疗^[10-11]。甲硝唑具有抗菌、消炎的功效,已被世界卫生组织选为人抗菌基本药物,对致病的厌氧菌有较强的抗菌活性,广泛应用于临床。甲硝唑纱条的制备:用注射器抽取甲硝唑浸湿 1.5 cm \times 6 cm 大小的无菌纱布,备用,严格无菌操作。在体内甲硝唑对敏感厌氧菌感染引起的各种疾病起作用,其还原产物在人体中同样能够抗厌氧菌,主要是对细菌基因的合成起到抑制作用,从而抑制细菌的生长、繁殖引起细菌的死亡^[12]。中医熏洗(熏浴)疗法是在中医整体观念、辨证施治的基础上,通过温度、机械和药物的共同作用使得药物有效成分经皮肤治疗浅表部位疾病的一种经皮给药治疗方案,其中以外用药物在治疗中占重要地位^[13-17]。公英解毒熏洗剂由蒲公英、连翘、黄柏、木鳖子、苦参、金银花、牡丹皮、白芷、生甘草、赤芍 10 味中药组成,其中君药蒲公英,清热解毒、消痈散结,亦有利尿功效,在现代药理学中蒲公英能起到抗炎、抗氧化、抗病原微生物、调节免疫、改善血管功能等功效;臣药黄柏、苦参、金银花、连翘则有清热解毒、燥湿的作用;佐药白芷、木鳖子、牡丹皮、赤芍则具有消肿、散结、凉血、活血化瘀的作用;使药甘草清热解毒、益气补中、缓急止痛、祛痰止咳、调和药性。合用上述中药,达到清热解毒燥湿、祛腐生肌、活血化瘀消肿的疗效,本研究运用公英解毒熏洗剂联合甲硝唑纱条对低位肛周脓肿术后创面愈合的影响,结果显示治疗后,观察组患者的创面愈合及腐肉脱落时间较对照组明显减少,观察组患者各个时间段的创面

 表 4 两组患者治疗后创面渗出液积分及分泌物积分的比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	例数	术后第 2 天	治疗 6 天	治疗 12 天	治疗 24 天
对照组	45	2.91 \pm 0.39	2.31 \pm 0.67	1.87 \pm 0.65	0.88 \pm 0.56
观察组	45	2.88 \pm 0.34	1.95 \pm 0.23 ^a	1.31 \pm 0.34 ^a	0.84 \pm 0.45 ^a

注:与对照组相比,^a $P < 0.05$ 。

 表 5 两组患者术后创面疼痛积分比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	例数	术后第 2 天	治疗 6 天	治疗 12 天	治疗 24 天
对照组	45	2.10 \pm 0.44	1.53 \pm 0.33	0.91 \pm 0.77	0.11 \pm 0.32
观察组	45	2.12 \pm 0.39 ^a	1.55 \pm 0.31 ^a	0.93 \pm 0.32 ^a	0.13 \pm 0.28 ^a

注:与对照组相比,^a $P > 0.05$ 。

 表 6 两组患者治疗后创面肉芽积分比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	例数	术后第 2 天	治疗 6 天	治疗 12 天	治疗 24 天
对照组	45	2.76 \pm 0.24	2.67 \pm 0.48	2.43 \pm 0.44	1.99 \pm 0.37
观察组	45	2.81 \pm 0.22	2.10 \pm 0.23 ^a	1.89 \pm 0.36 ^a	1.54 \pm 0.32 ^a

注:与对照组相比,^a $P < 0.05$ 。

缩小率较对照组明显增大,观察组患者各个时间段的渗出液积分及分泌物积分较对照组明显增大,观察组患者各个时间段的创面肉芽积分较对照组明显降低,但治疗后两组患者各个时间段的创面疼痛积分比较无差异,说明公英解毒熏洗剂联合甲硝唑能更快地使坏死物质脱落,创面血运得到改善,促进组织的再生。综上所述,相较于单独用药治疗,公英解毒熏洗剂联合甲硝唑纱条对低位肛周脓肿术后创面愈合疗效更佳,值得在临床上推广。

参 考 文 献

- [1] 冯月宁,冯大勇,王春晖,等. 自拟清热解毒方熏洗用于肛周脓肿一次性根治术后的临床观察[J]. 中国中医急症,2016,25(8):1603-1605.
- [2] 周京,吴剑箫,王彦峰,等. 肛周脓肿术后创面处理方法研究进展[J]. 世界中西医结合杂志,2012,7(3):271-273.
- [3] 秦娟,郭秀君,杜媛,等. 不同干预时机与持续时间的中药熏洗对肛肠疾病术后病人的影响[J]. 解放军护理杂志,2010,27(12B):1845-1847.
- [4] 王建房,杨国山,牟东成,等. 一次性肛周脓肿根治术与传统分期治疗 106 例肛周脓肿效果对比[J]. 中国医药导报,2013,10(27):51-53.
- [5] 严辉. 一次性根治术配合中药熏洗治疗肛周脓肿临床研究[J]. 中医学报,2014,29(5):656-658.
- [6] 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. 7:7.
- [7] 虞洁薇,吴彬. 肛周脓肿中医辨证分型与超声的相关性研究[J]. 辽宁中医药大学学报,2013,15(4):109-111.
- [8] Xian HM. The research of detumescence function of different kinds of myrrh [J]. Guangxi coll Tradit Chin Med. 2001. 4(4):91.
- [9] Zhang Q, He J, He S, et al. Clinical observation in 102 case of chronic pelvic inflammation treated with Qi Jiegranules[J]. Tradit Chin Med. 2004,24(1):3-6.
- [10] Asl M N, Hosseinzadeh H. Review of pharmacological effects of Glycyrrhizasp. and its bioactive compounds [J]. Phytotherapy Research, 2008, 22(6):709-724.
- [11] 朱立霞,余灵辉,袁伟超. 自拟中药熏洗促进肛周脓肿术后创面愈合临床研究[J], 亚太传统医药,2015,11(22):112-113.
- [12] 于立恒. 蒲公英药理作用研究进展[J]. 实用中医药杂志,2012,28(7):617-620.
- [13] 周祺,李一兵. 一次性根治术结合中药熏洗治疗肛周脓肿疗效观察[J]. 山西中医,2013,29(7):28-29.
- [14] 沈福兴,吴庆平,冯敏,等. 中药熏洗坐浴治疗肛周脓肿一期根治术后 109 例观察[J]. 浙江中医杂志,2013,48(3):181-182.
- [15] 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.
- [16] 李铁,张耀圣. 口服龙血竭片对低位肛周脓肿术后创面影响的临床观察[J]. 现代中医临床,2015,22(3):35-37.
- [17] 唐冉,王建民,毛细云. 促进肛周脓肿合并糖尿病术后创面愈合药物治疗研究进展[J]. 中医药临床杂志,2012,24(5):481-482.

(收稿日期:2016-10-12)

(本文编辑:王馨瑶)

· 启 事 ·

“第三届全国中医心脑血管学科创新论坛”成功召开

【本刊讯】“第三届全国中医心脑血管学科创新论坛”于2017年7月8日在北京举行。此次论坛由中华国际医学交流基金会主办、环球中医药杂志社承办,来自全国各地专家、学者共计500余人参加了此次盛会。

国医大师王琦教授、中国中医科学院院长张伯礼院士、首都医科大学附属北京天坛医院副院长王拥军教授在论坛主会场作了主旨报告。中国中医科学院首席研究员、中国中医科学院西苑医院副院长史大卓教授主持主论坛。

张伯礼院士以《落实中医药法,推动中医药振兴发展》为题,宏观阐释了中医药事业近些年取得的科研进展。他指出,中医要发展,中医要走向世界,临床疗效是硬道理,而传统医药要被广泛接受,依赖于疗效的肯定,其关键环节在于研究方法的科学性,中医需要更多有循证医学证据的临床疗效评价。

王琦教授结合实际病例和典型案例,以《心脑血管疾病中医临床与基础研究的10个问题》为题,深入浅出地阐述了中医能否降血压、能否通血管、能否缓解心绞痛等10个问题。

王拥军教授作了题为《脑血管病中药临床评价》的精彩报告。

围绕“预防血栓、心脑血管健康”主题,本次论坛在主旨报告之后开设两个分论坛,分别是“中医心脑血管学科临床研究论坛”和“中医心脑血管学科基础科研论坛”。论坛邀请数位国内首屈一指的中医临床家交流临证经验,也邀请了史大卓教授、刘建勋研究员、吴宗贵教授、宣利江研究员等多位国家科技进步一等奖、二等奖获得者介绍本团队的科研探索。本次论坛是心脑血管学科高水准、深层次的学术盛宴。