

“痔瘕熏洗剂”联合一期根治术治疗瘻管性肛周脓肿 30 例临床研究

王 苏¹ 陈邑歧² 王 浩² 谷云飞¹

(1.南京中医药大学,江苏南京 210029; 2.江苏省中医院,江苏南京 210029)

摘 要 目的:研究中药痔瘕熏洗剂联合一期根治术治疗瘻管性肛周脓肿的临床疗效。方法:采用一次性根治术治疗 60 例瘻管性肛周脓肿患者,术后随机分为治疗组与对照组各 30 例。治疗组采用江苏省中医院自制的痔瘕熏洗剂熏洗治疗,对照组采用温水坐浴治疗。2 组均治疗至愈合,愈合后随访 1 个月。于术后第 3 日评价 2 组患者疼痛及水肿情况,术后第 20 日评价临床疗效,比较 2 组患者创面愈合时间和疼痛、水肿消失时间。结果:术后第 3 日,治疗组疼痛评分、创缘水肿评分明显低于对照组($P<0.05$)。术后第 20 日,治疗组总有效率 96.67%,明显高于对照组的 80.00%($P<0.05$)。治疗组创面平均愈合时间(15.23±2.45)d,对照组创面平均愈合时间(18.03±3.17)d,治疗组愈合时间明显缩短($P<0.05$)。治疗组疼痛和水肿消失时间明显少于对照组($P<0.05$)。结论:瘻管性肛周脓肿一期根治术后使用痔瘕熏洗剂,在显著提高治愈率的同时,可减轻痛苦,缩短疗程,值得推广。

关键词 瘻管性肛周脓肿 中药熏洗 手术疗法 痔瘕熏洗剂 疼痛评分 水肿评分

中图分类号 R657.150.5

文献标志码 A

文章编号 1672-397X(2017)04-0040-03

肛周脓肿是指直肠肛管周围软组织内或其周围间隙发生的急性化脓性感染,并形成脓肿,其起病急骤、疼痛剧烈,是肛肠科常见的急症之一^[1]。根据 Eisenhammer 提出的肛隐窝感染学说,我们可以将肛周脓肿分为非腺源性脓肿和腺源性脓肿两

种,“致瘻性脓肿”即腺源性脓肿^[2]。前者因感染较为表浅,只要切开引流即可一次根治而不成瘻;后者为肛腺感染,脓肿蔓延到肛周各间隙,因未能充分处理原发病灶(内口),绝大多数最终成为肛瘻而需后续手术治疗^[3]。肛周脓肿一旦形成,宜尽早

参考文献

- [1] KOH D, LIM J F, QUAH H M, et al. Biofeedback is an effective treatment for patients with dyssynergic defaecation [J]. Singapore Med J, 2012, 53(6):381.
- [2] 丁曙晴. 盆底失弛缓综合征所致便秘的诊治难点和策略 [J]. 临床外科杂志, 2011, 19(4):220.
- [3] LINDBERG G, HAMID S S, MALFERTHEINER P, et al. World Gastroenterology Organisation global guideline: Constipation—a global perspective [J]. J Clin Gastroenterol, 2011, 45(6):483.
- [4] 宋玉磊, 林征, 林琳, 等. 生物反馈治疗功能性便秘的远期疗效及影响因素分析 [J]. 中华消化杂志, 2013, 33(1):42.
- [5] LEE B H, KIM N, KANG S B, et al. The Long-term Clinical Efficacy of Biofeedback Therapy for Patients With Constipation or Fecal Incontinence [J]. J Neurogastroenterol Motil, 2010, 16(2):177.
- [6] DROSSMAN D A, DUMITRASCU D L. Rome III: New standard for functional gastrointestinal disorders [J]. J Gastrointest Liver Dis, 2006, 15(3):237.
- [7] 中华医学会外科学分会肛肠外科学组. 便秘症状及疗效评估 [J]. 中华胃肠外科杂志, 2005, 8(4):355.
- [8] GLAZER H I. Biofeedback vs electrophysiology [J]. Rehab Manag, 2005, 18(9):32.
- [9] 赵劭, 谭至柔. 成年人慢性便秘流行病学的研究现状 [J]. 世界华人消化杂志, 2014, 22(7):939.
- [10] SHIM L S, JONES M, PROTT G M, et al. Predictors of outcome of anorectal biofeedback therapy in patients with constipation [J]. Aliment Pharmacol Ther, 2011, 33(11):1245.
- [11] 丁曙晴, 丁义江. 盆底表面肌电生物反馈在出口梗阻性便秘诊治中的应用 [J]. 中华物理医学与康复杂志, 2009, 31(5):349.
- [12] SANTORO G A, WIECZOREK A P, BARTRAM C I. Pelvic Floor Disorders [M]. 1sted. Italy: Springer Milan, 2010: 580.

第一作者: 郑春菊 (1987—), 女, 医学硕士, 住院医师, 主要从事中医肛肠病临床研究工作。zhengchunju10@126.com

收稿日期: 2017-01-05

编辑: 吴 宁

处理,避免脓肿蔓延扩散到深部和周围组织^[4],而采取保守治疗无法取得较好的临床疗效,因此引流手术定为脓肿的首选治疗方案。近年来诸多研究表明,结合使用中医药治疗肛周脓肿优势显著,可提高治愈率,减轻病人痛苦,缩短疗程。我们临床采用江苏省中医院自制的痔瘻熏洗剂联合一期根治术治疗瘻管性肛周脓肿,获得了较好的疗效,现将相关临床研究结果报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选择 2015 年 4 月至 2015 年 9 月江苏省中医院确诊为瘻管性肛周脓肿并拟行一期根治术的患者 60 例,随机分为 2 组,每组 30 例。治疗组男 23 例,女 7 例;平均年龄 (34.20 ± 5.55) 岁;病程 4~15d,平均病程 (7.6 ± 3.4) d。对照组男 26 例,女 4 例;平均年龄 (41.20 ± 9.96) 岁;病程 3~12d,平均病程 (6.3 ± 2.1) d。2 组患者年龄、性别、病程等一般资料比较均无统计学差异($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准 参照《中医病证诊断疗效标准》^[5]低位瘻管性肛周脓肿诊断标准,表现为局部红肿疼痛,有波动感,一般无明显全身症状,多位于肛提肌以下间隙。

1.3 纳入标准 符合上述肛周脓肿诊断标准,为内口明确的肛提肌以下间隙的(低位)瘻管性肛周脓肿患者;年龄在 18~65 岁之间,性别不限;知情同意,志愿受试;既往无酒精或药物滥用史。

1.4 排除标准 肛周脓肿怀疑为结核、炎症性肠病、化脓性肝腺炎或藏毛窦所致者;合并有心血管、肝、肾和造血系统等严重疾病的患者;妊娠、哺乳期妇女。

2 治疗方法

2 组均予一期根治术:腰麻成功后,取俯卧折刀位,常规消毒、铺巾。指诊,并参考 MRI 等辅检,明确脓腔位置、范围、内口及腔隙与括约肌的关系。寻找原始感染灶(内口),在脓肿表面波动感最明显处定位,打开脓腔将脓液排空,找准内口,清除原始感染灶,于瘻管内挂入橡皮筋,收紧,利用其慢性切割作用,缓慢勒断所挂组织。术后换药时,视具体情况,如有松弛,约在 7~10d 左右紧线 1 次,以保证皮筋切割的张力。术后处理:24h 内控制排便;予头孢类抗生素抗感染治疗;术后每日清洁换药,至创面愈合。

2.1 治疗组 术后采用江苏省中医院自制中药洗剂“痔瘻熏洗剂”熏蒸坐浴,药物组成:鱼腥草、大黄、五倍子、苦参、荔枝草、防风、虎杖、黄连。每次取浓缩的熏洗剂 100mL,用 2000mL 开水兑开后,先坐于浴盆上利用热的药物蒸汽熏蒸创面约 5min,待水温适宜(约 36℃左右)后,坐浴约 10~

15min,尽量将创面完全浸没在药液中,使之充分接触。每日 2 次,后予以创面清洁换药,直至愈合。

2.2 对照组 术后予温水熏洗坐浴,换药及其他处理方法同治疗组,直至愈合。

3 疗效观察

3.1 观察指标

3.1.1 术后疼痛评分 术后第 3 天,参照甄曙光^[6]文献中使用的评价标准。I 度:肛门无疼痛(0 分);II 度:肛门轻度疼痛,不必处理(1 分);III 度:肛门疼痛,无明显的痛苦表情,服用一般止痛药即可缓解(2 分);IV 度:肛门疼痛较重,有痛苦表情,需予杜冷丁类药物方能止痛(3 分)。

3.1.2 水肿评分 术后第 3 天,参照俞立民等^[7]文献中使用的标准,具体为:周围组织重度隆起,皮纹消失,皮肤发亮(3 分);周围组织中度隆起,皮纹不明显(2 分);周围组织轻度隆起,皮纹存在(1 分);无水肿(0 分)。

3.2 疗效标准 术后第 20 天,采用《中医病证诊断疗效标准》^[5]中肛周脓肿疗效评定标准。痊愈:临床症状及体征均消失,伤口愈合;显效:症状改善,病灶或伤口缩小;未愈:症状及体征均无变化。

3.3 统计学方法 数据采用 SPSS 22.0 统计软件进行分析。用双侧检验,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。计量资料用 $(\bar{x} \pm s)$ 表示,组间比较采用 t 检验;计数资料采用 χ^2 检验。

3.4 治疗结果

3.4.1 2 组患者临床疗效比较 术后 20d,2 组患者临床疗效比较见表 1。

表 1 治疗组与对照组患者术后第 20 日临床疗效比较 例(%)

组别	例数	痊愈	显效	未愈	总有效
治疗组	30	23(76.67)	6(20.00)	1(3.33)	29(96.67)*
对照组	30	16(53.33)	8(26.67)	6(20.00)	24(80.00)

注:*与对照组比较, $P < 0.05$ 。

3.4.2 术后创面愈合时间比较 治疗组创面平均愈合时间为 (15.23 ± 2.45) d,对照组创面平均愈合时间为 (18.03 ± 3.17) d,治疗组明显短于对照组($P < 0.05$)。

3.4.3 术后疼痛及水肿情况比较 术后第 3 日,2 组患者疼痛与水肿评分比较见表 2。2 组患者疼痛、水肿消失时间比较见表 3。

表 2 治疗组与对照组患者术后第 3 日疼痛及水肿评分比较 分

组别	例数	疼痛评分	水肿评分
治疗组	30	$0.83 \pm 0.95^*$	$0.77 \pm 0.82^*$
对照组	30	1.57 ± 1.04	1.40 ± 1.10

注:*与对照组比较, $P < 0.05$ 。

表3 治疗组与对照组患者术后疼痛及水肿消失时间比较

组别	例数	并发症消失时间(d)	
		疼痛	水肿
治疗组	30	6.33±1.40*	6.80±1.42*
对照组	30	13.43±3.26	14.27±3.77

注:*与对照组比较, $P<0.05$ 。

4 讨论

在一期根治手术的过程中,找到并解决感染的原发病灶(内口)是保证手术根治的核心点^[8],处理支管及坏死脓腔是保证手术成功、杜绝疾病复发的重要环节^[9]。我们临床发现,联合中医药治疗,可提高一期根治术的疗效。

肛周脓肿属于中医学“肛痈”范畴,《外科心法要诀·痈疽总论歌》就曾描述过:“痈疽原是火毒生”,将其病因归结为“湿、热、毒蕴结”。现代人过食肥甘辛辣,内生或外感火毒之邪,致经络气血瘀滞,湿热蕴结于肛门。中医治疗采用切开排脓,即现代医学之手术治疗。但手术虽处理了有形之病灶(原发感染灶),却没能解决无形之病因。因此,我们还需要针对主要病因治以清热利湿解毒、活血消肿止痛,可予去腐生肌之法,才能兼顾标本,彻底解决问题。

根据江苏省中医院肛肠科国家级名老中医朱秉宜教授的经验方,结合病因病机,我们推出了新的痔瘻熏洗剂,供患者术后熏洗用,疗效显著。方中鱼腥草、荔枝草清热燥湿解毒、消痈排脓,为外痈疮毒常用之品;五倍子收敛止血,收湿敛疮;大黄、苦参、虎杖、黄连有清热泻火、凉血解毒、逐瘀之功;防风可胜湿止痛、止痉。诸药合用,清热解毒、利湿消肿止痛、收湿敛疮,使毒邪尽去,气血通络,创面自愈。现代药理学研究表明,以上几味中药均对肛周感染常见的金黄色葡萄球菌、大肠杆菌等有着不同程度的抑制作用^[10]。五倍子、苦参中的有效成分,对蛋白质有沉淀作用,与溃疡面接触后,凝固住其组织蛋白,形成一层被膜,加速创面愈合^[11]。

熏洗法是一种传统的中医治法,先熏后洗,让热的蒸汽和药液直接与创面接触,可以使肌肉放松,痉挛缓解,同时扩张毛细血管,促进血液循环加速,改善血流状况,减轻水肿、疼痛等症状^[12-14];同时无须像口服药物那样经过多重循环,药液直达病所,起到抑菌、止痛、促进愈合的功效^[15]。

本研究结果表明,痔瘻熏洗剂结合手术治疗瘻管性肛周脓肿,较单纯手术可显著提高临床疗效,减轻术后患者不适感,提高生活质量,加速创面愈合。但本研究我们仅观察了此法治疗低位脓肿,对于该方法是否适用于高位复杂性脓肿,还有待进一步的试验性治疗,以收集更多、更高质量、更精准的

临床数据以供分析研究。

参考文献

- [1] 汪建平.中华结直肠肛门外科学[M].北京:人民卫生出版社,2014:767.
- [2] EISENHAMMER S.The anorectal fistulous abscess and fistula[J].Dis Colon Rectum,1966,9(2):91.
- [3] 崔虎山.一次性根治术治疗瘻管性肛周脓肿 97 例临床观察[C].第十一次全国中西医结合大肠肛门病学术会议论文汇编,2006:202.
- [4] 陈家海.一次性根治术治疗肛周脓肿 120 例体会[J].重庆医学,2008,37(15):1669.
- [5] 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,1994:51.
- [6] 甄曙光.推移皮瓣挂线术治疗瘻管性肛周脓肿的临床研究[D].南京:南京中医药大学,2009.
- [7] 俞立民,刘红英,卢勇,等.坐浴 I 号防治肛肠术后并发症的疗效观察[J].中国药师,2015,18(4):642.
- [8] 胡伯虎.大肠肛门病治疗学[M].北京:科学技术文献出版社,2001:308.
- [9] 扎尔合木·克阿肯,努尔巴合提·朱麦卡.切开挂线对口引流术治疗 133 例复杂性肛瘻临床观察[J].按摩与康复医学(中旬刊),2011(3):213.
- [10] 高学敏.中药学[M].北京:中国中医药出版社,2007:55.
- [11] 高玲,王传思,李先元,等.熏洗 I 号方在湿热下注型混合痔术后的作用[J].中国中西医结合外科杂志,2009,15(4):461.
- [12] 殷翠云,周青,周燕,等.低位单纯性肛瘻术后应用疮灵液换药的疗效观察[J].护理研究,2013,27(36):4160.
- [13] 胡凯燕.红外线照射后渗透药物促进腹部手术后肠道功能恢复及其护理[J].中国药业,2013,22(5):122.
- [14] 洪玉芬,王建萍,范金萍.温水坐浴配合中药坐浴疗法减轻患者术后肛周疼痛的护理研究[J].新疆医科大学学报,2010,33(8):1002.
- [15] 何耀普,陈骥飞,杨玉会,等.复方荆芥洗药用于肛门疾病术后创面护理疗效观察[J].四川中医,2004,22(9):72.

第一作者:王苏(1990—),男,硕士研究生,研究方向为中医肛肠外科。

通讯作者:谷云飞,本科学历,主任中医师,教授,博士研究生导师。guyunfei127@126.com

收稿日期:2016-11-06

编辑:吴宁

