紫草油纱条换药促进混合痔术后创面愈合50例临床研究

徐 洋
(抚顺市中医院肛肠科,辽宁抚顺 113008)

摘 要 目的:观察紫草油纱条换药对混合痔术后创面愈合的促进作用。方法:100例混合痔患者随机分为治疗组和对照组,每组50例。2组患者均行混合痔内扎外剥术,术后均用硝矾洗剂熏洗坐浴。治疗组术后予紫草油纱条换药,对照组术后予凡士林纱条换药,每日早晚各1次,均换药至创面愈合。观察并比较2组患者换药第3、7、14日疼痛积分、分泌物积分和肉芽组织水肿积分;比较2组患者创面愈合时间;换药28d后,比较2组临床疗效。结果:换药第3、7、14天,治疗组患者创面疼痛、分泌物及肉芽组织水肿积分均明显低于对照组($P<0.05$);治疗组创面愈合时间明显短于对照组($P<0.05$);换药28d后,治疗组总有效率为92.0%,明显高于对照组的76.0%($P<0.05$)。结论:紫草油纱条换药能够有效地促进混合痔术后创面愈合。

关键词 紫草油纱条 混合痔术后 创面 硝矾洗剂 局部投药
中图分类号 R657.180.5 **文献标志码** A **文章编号** 1672-397X(2017)08-0038-03

混合痔是肛肠科常见疾病,其发病率呈逐年上升趋势,而发病年龄则逐渐降低。混合痔治疗方法有很多种,手术是其主要的治疗方法,然而由于肛周及会阴局部解剖结构特殊,病灶处分布着丰富的神经、肌肉和血管,极大地增加了手术难度。由于术中切除病变组织同时也破坏了部分正常组织,术后非常容易出现并发症,如肛缘皮肤水肿、术区切口疼痛、创面感染分泌物增多等,并发症的出现严重影响了创面的愈合速度。所以,临床应注意防止术后并发症的发生,促进创面早日愈合。近年来,我科对混合痔术后患者采用紫草油纱条换药,促进术后创面愈合,获得较好的疗效,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 100例均为2016年7月至2016年12月我科收治并已行内扎外剥术的混合痔患者,随机分为治疗组和对照组。治疗组50例:男26例,女24例;年龄19~80岁,平均年龄40.7岁;病程10~31年,平均病程20.4年;术后切口数量1处8例,2处15例,3处17例,4处及以上10例;术后原始创面面积(创面面积=创面纵径×创面横径,多切口创面面积为每个创面面积之和)3.15~19.51cm^2,平均面积(8.37±1.45)cm^2。对照组50例:男27例,女23例;年龄19~78岁,平均年龄40.3岁;病程9~33年,平均病程19.6年;术后创面数量1处10例,2处19例,3处15例,4处及以上6例;术后原始创面面积3.34~17.59cm^2,平均面积(7.85±2.17)cm^2。2组患者一般情况比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准 参照2012年《中医肛肠科常见病诊疗指南》[1]中混合痔的诊断标准。

1.3 纳入标准 符合诊断标准具有手术指征,并已行内扎外剥术的患者;年龄在18~80岁,术前理化检查均正常,能耐受手术者;自愿参加本研究,签订知情同意书者。

1.4 排除标准 患者身体状态较差,或患高血压、冠心病、糖尿病或严重心、肺、肝、肾疾病及恶性肿瘤等基础疾病者;患精神失常等不能配合治疗者;合并有肛瘘、肛周脓肿或肛门直肠部位其他疾病者;妊娠或哺乳期妇女;擅自用药,或正在使用其他药物,无法判断疗效者。

2 治疗方法

2组患者均行混合痔内扎外剥术,术后均用硝矾洗剂(本院院内制剂,成分为芒硝、月石、白矾,辽

基金项目:辽宁省自然科学基金指导计划(201602509)

药制字 Z20150078)熏洗坐浴,常规使用抗生素预防感染。

2.1 治疗组 使用紫草油纱条换药,换药前予碘伏棉球消毒创面,消毒后将紫草油纱条塞入创面,再予无菌纱布外敷固定,每日早晚各 1 次。

紫草油纱条制作方法。药物组成:紫草 120g、苍术 100g、黄柏 100g、黄连 100g、白及 90g、苦参 90g、血竭 70g、冰片 15g、甘草 40g。血竭、冰片研成粉末备用,其余草药加入 1000g 香油中浸泡 24h,武火加热至 130℃后改用文火加热,加热过程中均匀搅拌,注意观察草药的颜色,当紫草、白及颜色开始发黑呈焦褐色,其他草药颜色呈深褐色时关火,待温度降至 60℃左右时迅速用 5 层纱布滤出草药。向滤过后的液体内加入研成粉末的冰片和血竭,搅匀至室温。将纱布敷料块放入不锈钢容器中,倒入紫草油,油量适宜,以能饱和浸润敷料块为宜。纱条制作完毕后将容器盖好,放入灭菌器中,高温高压灭菌 30min 后取出,备用。

2.2 对照组 使用凡士林纱条换药。换药前予碘伏棉球消毒创面,消毒后将凡士林纱条塞入创面,再予无菌纱布外敷固定。

2 组患者均持续换药至创面愈合。

3 疗效观察

3.1 观察指标 (1)创面纵径及横径。充分暴露术区,从切口肛内部分最高点到外侧最远端距离即为纵径,横径是切口横向两端最远距离。(2)疼痛积分。参考视觉模拟评分法[2]:0 分,无疼痛;1~3 分,轻度疼痛,表现为轻微触痛,呈烧灼性疼痛;4~6 分,中度疼痛,表现为触痛明显,烧灼样疼痛,但可忍受;7~10 分,重度疼痛,表现为痛不可触,撕裂样痉挛性疼痛,伴有坠胀感,难以忍受。(3)肉芽组织水肿积分。0 分,创面肉芽组织无异常突起;1 分,创面肉芽组织突起,范围占创面 1/4;2 分,创面肉芽组织突起,范围>1/4,而<1/2;3 分,创面肉芽组织突起,范围>1/2。(4)分泌物量积分[3]。1 分,纱布湿透层数≤3 层;2 分,纱布湿透层数 4~8 层;3 分,纱布湿透层数 9~12 层;4 分,纱布湿透层数>12 层。(5)创面愈合时间。记录术后换药开始到创面痊愈的天数。

3.2 疗效评价标准 2 组患者于治疗 4 周(28d)后评价临床疗效,疗效标准参照《中医病证诊断疗效标准》[4]制定。显效:未愈合创面面积缩小至原面积的 1/4 或 1/4 以下,肉芽组织颜色鲜红,生长良好;有效:未愈合创面面积缩小至原面积的 1/2 或 1/2 以下,肉芽颜色较新鲜,生长良好;无效:未愈合创面为原面积的 1/2 以上,肉芽生长很少。

3.3 统计学方法 应用 SPSS 17.0 统计软件进分析,组间比较采用 t 检验,计量资料以($\bar{x}\pm s$)表示;计数资料采用 χ^2 检验,以率(%)表示。$P<0.05$ 为差异有统计学意义。

3.4 治疗结果

3.4.1 2 组患者疼痛、分泌物、肉芽组织水肿积分比较 见表 1。

表 1 治疗组与对照组患者换药不同时期疼痛、分泌物、肉芽组织水肿积分比较($\bar{x}\pm s$) 分

组别	例数	换药天数(d)	疼痛积分	分泌物积分	肉芽组织水肿积分
治疗组	50	3	2.97±0.79*	1.68±0.31*	0.77±0.45*
		7	0.76±0.49*	0.69±0.23*	0.20±0.34*
		14	0.36±0.21*	0.33±0.17*	0.13±0.27*
对照组	50	3	3.39±0.97	2.36±0.58	1.05±0.76
		7	1.37±0.76	1.47±0.33	0.35±0.43
		14	0.63±0.23	0.79±0.23	0.27±0.33

注:* 与同时期对照组比较,$P<0.05$。

3.4.2 2 组患者创面愈合时间比较 见表 2。

表 2 治疗组与对照组患者创面愈合时间比较($\bar{x}\pm s$) d

组别	例数	创面愈合时间
治疗组	50	17.78±0.81*
对照组	50	20.43±0.83

注:* 与对照组比较,$P<0.05$。

3.4.3 2 组患者临床疗效比较 见表 3。

表 3 治疗组与对照组患者临床疗效比较 例

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率(%)
治疗组	50	38	8	4	92.0*
对照组	50	18	20	12	76.0

注:* 与对照组比较,$P<0.05$。

4 讨论

混合痔术后极易出现并发症。混合痔外痔部分位于齿线下,受脊神经支配,对痛觉非常敏感,术后创面大量分泌炎性介质、凝血因子等物质刺激脊神经,引起疼痛,持续的疼痛可引起肛门括约肌痉挛,导致局部微循环障碍,最终使创面缺血缺氧而疼痛加剧。手术尽管切除了病变组织,但同时也破坏了肛门局部组织结构,破坏了静脉、淋巴循环,随着肛门括约肌痉挛的出现,进一步扩大了局部微循环障碍,造成血液、淋巴液回流受阻产生水肿。肛肠科手术切口大多为开放性切口,术后创面极易受肠液中病原微生物及粪便中细菌污染与刺激,引起创面分泌物增多。所以,混合痔术后极易出现疼痛、水肿、分泌物增多等并发症,严重影响了创面愈合速度,给患者带来巨大的身体不适和精神压力。

中医学认为，痔是由于体内湿热积聚下注肛门而引发。痔术后由于脉络损伤，血溢于脉外，形成离经之血，加之病后正气未复，余邪未尽，湿热余邪充斥体内，使得脉内气血运行不畅，导致气血瘀滞，阻滞脉道，气血不通，不通则痛。患者多因疼痛而活动减少，久卧伤气，气虚则无力行血，血瘀脉内，日久气血瘀滞，郁而化热，湿热相搏，湿热壅滞脾胃，脾胃虚弱，气血生化乏源，无法濡养肌肉，则腐肉不去新肉不生，最终导致创面愈合延迟，甚至不愈合。正如明·汪机《外科理例》云："肌肉，脾之所主也，溃后收敛，迟速者，乃气血盛衰使然……生肌之法，当先理脾胃，助气血为主，则肌肉自生。"所以，中医治疗当以清热利湿、益气健脾、行气活血为原则。紫草油方中紫草清热解毒、消肿生肌，苍术燥湿健脾，共为君药；黄柏、黄连清热燥湿、泻火解毒，苦参清热燥湿，三药为臣药，助君药清热解毒；白及有收敛生肌、消肿止痛之功，血竭可活血定痛、祛瘀止血、生肌敛疮，冰片芳香走窜可清热止痛，共为佐药，助君药消肿生肌；甘草清热解毒、调和诸药为使。香油，俗称芝麻油，味甘，性凉，可消肿止痛、祛腐生肌。诸药合用，清热解毒、健脾祛湿、消肿生肌，正合混合痔术后病机。

药理学研究证实，紫草各种提取物均有一定程度的抑菌作用，且紫草局部外用可使上皮细胞分裂加速，促进上皮增殖覆盖，从而防止肉芽组织异常增生[5]。苍术具有抗溃疡、镇痛和抗凝血等药效[6]，能够改善局部微循环障碍，消除组织缺血缺氧状态，有效缓解因缺血缺氧引起的创面疼痛，减少因部分组织液化坏死而导致的分泌物增多。黄柏对耐甲氧西林金黄色葡萄球菌具有较强的抑菌作用[7]。黄连中含有的黄连碱，小巢碱具有抗炎抗菌作用[8]。苦参中的苦参碱对各炎症阶段及炎症介质均有抑制作用[9]，可以有效抑制分泌物的产生。白及可促进血细胞凝集形成人工血栓而达到止血作用[10]。血竭具有活血与止血的双向调节作用，还有抗炎、抑菌等作用[11]，可促进创面愈合。冰片具有止痛、镇痛、抗菌功效，能够有效地抑制并杀死革兰氏阳性菌[12]。甘草具有抗炎症介质、前炎性细胞因子作用[13]，能有效减轻创面炎症反应引起的肉芽组织水肿，减少创面分泌物的渗出，缓解疼痛。辅料香油，具有抗氧化和抑制炎症反应等作用[14]，且有较强的渗透作用，能够使药物迅速作用于创面发挥药效，保护肉芽组织避免过度刺激引起异常增生。综合诸药药理分析，紫草油能有效缓解因创面缺血缺氧而引起的疼痛，促进局部淋巴、血液回流，加速水肿吸收，减少创面分泌物。

本研究结果表明，采用紫草油纱条换药可以有效缓解术后疼痛，减轻创面肉芽组织水肿，减少创面分泌物，加速创面愈合时间，在肛肠病术后的临床应用中疗效明确。下一步拟就紫草油纱条换药对其他肛肠疾病术后开放性切口愈合的疗效进行观察，并对其作用机制做进一步探索。

参考文献

[1] 中华中医药学会.中医肛肠科常见病诊疗指南[S].北京：中国中医药出版社，2012：1.

[2] WEWERS M E，LOWE N K.A critical review of visual analogue scales in the measurement of clinical phenomena[J].Res Nurs Health，1990，13(4)：227.

[3] 陆宏，杨巍.痔血宁合剂在混合痔切除术围手术期应用的临床观察[J].上海中医药大学学报，2011，25(5)：50.

[4] 国家中医药管理局.中医病证诊断疗效标准[S].南京：南京大学出版社，1994：53.

[5] 赵雪梅，邓文，李莹，等.紫草不同提取物抗炎及抑菌作用实验研究[J].时珍国医国药，2008，19(7)：1603.

[6] 张明发，沈雅琴，朱自平，等.苍术药理研究[J].时珍国医国药，1999，10(1)：1.

[7] 陈桂红，吴铁，黄清松，等.黄芩、黄柏提取液与抗-MRSA IgY 体外抑菌活性的比较研究[J].宜春学院学报，2009，31(2)：70.

[8] 徐维相.探讨中药黄连的研究进展[J].世界最新医学信息文摘，2016(22)：13.

[9] 陈慧芝，包海鹰，诺敏，等.苦参的化学成分和药理作用及临床研究概况[J].人参研究，2010，22(3)：31.

[10] 王筠默，姜名瑛，沈侠君，等.中药药理[M].上海：上海科学技术出版社，1985：70.

[11] 付梅红，方婧，王祝举，等.血竭药理研究与临床应用概述[J].时珍国医国药，2010，21(6)：1498.

[12] 刘磊刚.冰片的药理研究与临床应用[J].中国药物经济学，2014(2)：26.

[13] 张明发，沈雅琴.甘草及其活性成分抗炎与抗炎机制的研究进展[J].现代药物与临床，2011，26(4)：261.

[14] 孙飞，贾宇峰，王振宇，等.芝麻油对大鼠脑缺血再灌注损伤的保护作用及其机制 [J]. 中国医学创新，2017，14(2)：24.

第一作者：徐洋(1982—)，男，医学硕士，主治医师，从事中医肛肠疾病诊疗工作。xuyang19821982@163.com

收稿日期：2017-05-04

编辑：吴　宁