

中药坐浴熏洗联合手术治疗肛瘘的临床观察

贺子才¹ 刘海^{2#}

(1 河南省镇平县第二人民医院 镇平 474250; 2 河南省南阳市中医院 南阳 4743003)

摘要:目的:探讨黄柏苦参汤坐浴熏洗联合低位切开高位挂线术对肛瘘患者术后疼痛及肛门功能的影响。方法:采用随机数字表法将 2020 年 2 月至 2023 年 1 月收治的肛瘘患者 102 例分为对照组和观察组,每组 51 例。两组均行低位切开高位挂线术治疗,对照组术后予以高锰酸钾坐浴治疗,观察组采用黄柏苦参汤坐浴熏洗治疗,两组均连续治疗 2 周。对比两组临床疗效、创面恢复情况、肛门功能、血清学指标及创面愈合情况。结果:观察组治疗总有效率高于对照组($P<0.05$);观察组治疗后创面渗出、肉芽形态、组织水肿、创面疼痛评分及直肠静息压、肛管静息压均低于对照组,肛管最长收缩时间长于对照组,肛管最大收缩压及转化生长因子- β_1 (TGF- β_1)、血管内皮生长因子(VEGF)、碱性成纤维细胞生长因子(bFGF)水平平均高于对照组($P<0.05$);观察组创面愈合时间短于对照组,创面最大纵径和横径小于对照组($P<0.05$)。结论:肛瘘患者低位切开高位挂线术后辅以黄柏苦参汤坐浴熏洗可促进创面愈合,减轻创面疼痛,改善其肛门功能,利于术后康复。

关键词:肛瘘;黄柏苦参汤;坐浴熏洗;低位切开高位挂线术

中图分类号:R657.16

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2023.20.006

肛瘘是肛肠科常见病,典型症状为反复发作的肛周自发性流脓和肿痛,高位复杂性肛瘘是该病常见类型,病灶部位较高,具有较多复杂且弯曲的管道,内口位置难以探查,甚至还会出现支瘘管及深部死腔,临床治疗难度较大^[1]。低位切开高位挂线术是治疗该病常用术式,但由于其病位的特殊性,手术创面易出现感染、疼痛等症状,加之应用挂线疗法更加剧了术后疼痛,且术中常需切除部分括约肌,导致肛门功能受到不同程度损伤,严重影响术后恢复进程^[2-3]。中医学博大精深,对肛瘘术后辨证施治方法多样,尤以外治法最为突出。中药坐浴熏洗是中医外治法之一,药物直接作用于局部,发挥药物最大功效的同时,避开了肝肾首过效应,副作用小,深受患者青睐^[4]。本研究探讨黄柏苦参汤坐浴熏洗联合低位切开高位挂线术对肛瘘患者术后恢复的效果。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 采用随机数字表法将 2020 年 2 月至 2023 年 1 月医院收治的 102 例肛瘘患者分为对照组和观察组,每组 51 例。对照组男 27 例,女 24 例;年龄 22~60 岁,平均(41.22± 5.06)岁;体质指数 19.5~29.7 kg/m²,平均(23.71± 1.35) kg/m²;病程 10 个月至 5 年,平均(2.45± 0.37)年。观察组男 29

例,女 22 例;年龄 20~58 岁,平均(41.34± 5.10)岁;体质指数 19.2~29.4 kg/m²,平均(23.68± 1.39) kg/m²;病程 11 个月至 5 年,平均(2.39± 0.41)年。两组一般资料比较($P>0.05$),具有可比性。本研究经医院医学伦理委员会审批通过。

1.2 入组标准 纳入标准:符合高位复杂性肛瘘的诊断标准^[5],即有反复发作的流脓、肛周肿痛等症状,有 2 个及以上内口或外口,有 2 条以上瘘管或支管、盲管、瘘管及其支管在肛提肌和肛管直肠环上方,瘘管探查、瘘管造影可明确诊断;中医辨证为湿热下注证(肛周经常流脓液,脓质稠厚,肛门胀痛,肛周有溃口,局部灼热,按之有索状物通向肛内,舌红,脉弦或滑)^[6];临床资料完整;患者签署知情同意书;语言、认知功能正常。排除标准:严重凝血功能障碍者;妊娠期或哺乳期女性;合并糖尿病等影响创面愈合疾病者;合并恶性肿瘤者;肛门形态或功能异常者;合并其他肛肠疾病者;精神障碍者。

1.3 治疗方法 两组均行低位切开高位挂线术治疗,骶管麻醉后取膀胱截石位,常规消毒、铺巾。对肛瘘具体情况探查,判断瘘管走向及内口位置。将消毒的橡皮筋缚在探针尾端,自瘘管外口向内由内口穿出,将食指伸入肛管探查针头,将探针头弯曲,并从瘘管内口完全拉出,使橡皮筋进入瘘管。将内外

通信作者:刘海, E-mail: licongwen@163.com

口之间的皮肤层及肛瘘肛管直肠环以下组织切开,直至齿状线位置。将橡皮筋拉紧,使用止血钳止血并用粗丝线收紧橡皮筋并做双重结扎。清除腐肉后扩创处理,修剪平整切口并消毒,外敷纱布,宽胶带固定。对照组术后予以高锰酸钾坐浴。将高锰酸钾 0.3 g 和温水 1 500 ml 混合,待水温降至 40℃ 时指导患者坐浴,完全浸润切口部位位于药液中,坐浴 15~20 min,1 次/d。观察组采用黄柏苦参汤坐浴熏洗治疗。组方:两面针、金银花、紫花地丁各 30 g,苦参、黄柏各 50 g,冰片 5 g,明矾 10 g。加入 10 000 ml 清水煎煮,取汁 5 000 ml,待水温降至 40℃ 左右时先进行熏洗,然后坐浴 15~20 min,1 次/d。两组均连续治疗 2 周。

1.4 观察指标 (1)临床疗效。参照《肛瘘临床诊治指南(2006 版)》评估^[9]。创面部分完全被皮肤覆盖,且瘢痕坚实为痊愈;肉芽生长状况良好,创面缩小>75%为显效;肉芽生长良好,且创面缩小 25%~75%为有效;肉芽生长不良,创面无变化或缩小<25%为无效。(2)创面恢复情况。于治疗前、治疗 2 周后对创面渗出、肉芽形态、组织水肿及创面疼痛评估,创面分泌按照无、渗透<1 块纱布、1 块纱布≤渗透<2 块纱布、渗透≥2 块纱布分别计 0 分、1 分、2 分、3 分;肉芽形态按照色泽红润、色泽略微偏白、色泽苍白、局部糜烂分别计 0 分、1 分、2 分、3 分;组织水肿按照无、高出皮肤<0.5 cm 且距手术切缘<0.5 cm、0.5 cm≤高出皮肤<1.0 cm 且 0.5 cm≤距离手术切缘<1.0 cm、高出皮肤≥1.0 cm 且距手术切缘≥1.0 cm 分别计 0 分、1 分、2 分、3 分;创面疼痛采用视觉模拟评分(VAS)评估,分值 0~10 分,评分越高,疼痛感越剧烈。(3)肛门功能。于治疗前、治疗 2 周后采用 PC Polygraf HR 高分辨多道胃肠功能测定仪测量直肠静息压、肛管静息压、肛管最长收缩时间、肛管最大收缩压。(4)血清学指标。采集患者治疗前、治疗 2 周后空腹静脉血,检测转化生长因子-β₁(TGF-β₁)、

血管内皮生长因子(VEGF)和碱性成纤维细胞生长因子(bFGF)水平,检测方法为放射免疫法。(5)创面愈合情况。记录两组患者创面愈合时间、创面最大纵径和横径,其中创面愈合时间即从术后第 1 天起,至完全肉芽长平、上皮覆盖,且无分泌物、无疼痛、无组织水肿的时间;创面最大纵径和横径于换药时采用游标卡尺测量。

1.5 统计学方法 采用 SPSS22.0 统计学软件进行数据分析,计量资料用($\bar{x} \pm s$)表示,两组间比较采用 *t* 检验;计数资料用%表示,组间比较采用 χ^2 检验。*P*<0.05 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组临床疗效比较 观察组治疗总有效率高于对照组(*P*<0.05)。见表 1。

表 1 两组临床疗效比较[例(%)]						
组别	<i>n</i>	痊愈	显效	有效	无效	总有效
对照组	51	21(41.18)	10(19.61)	12(23.53)	8(15.69)	43(84.31)
观察组	51	29(56.86)	12(23.53)	8(15.69)	2(3.92)	49(96.08)
χ^2						3.991
<i>P</i>						0.046

2.2 两组创面愈合情况比较 观察组创面愈合时间短于对照组,创面最大纵径和横径小于对照组(*P*<0.05)。见表 2。

表 2 两组创面愈合情况比较($\bar{x} \pm s$)				
组别	<i>n</i>	创面愈合时间(d)	创面最大纵径(cm)	创面最大横径(cm)
对照组	51	27.02± 4.06	3.60± 0.71	1.82± 0.41
观察组	51	21.22± 3.20	2.32± 0.35	1.16± 0.23
<i>t</i>		8.013	11.548	10.026
<i>P</i>		0.000	0.000	0.000

2.3 两组创面恢复情况比较 观察组治疗后创面渗出、肉芽形态、组织水肿及创面疼痛评分均低于对照组(*P*<0.05)。见表 3。

表 3 两组创面恢复情况比较(分, $\bar{x} \pm s$)									
组别	<i>n</i>	创面渗出		肉芽形态		组织水肿		创面疼痛	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	51	2.16± 0.32	0.87± 0.20	2.08± 0.40	1.57± 0.14	2.23± 0.38	1.24± 0.30	5.61± 1.03	1.82± 0.34
观察组	51	2.23± 0.28	0.38± 0.07	2.11± 0.35	0.98± 0.20	2.19± 0.36	0.56± 0.11	5.70± 1.12	0.90± 0.20
<i>t</i>		1.176	16.514	0.403	17.259	0.546	15.198	0.422	16.656
<i>P</i>		0.243	0.000	0.688	0.000	0.587	0.000	0.674	0.000

2.4 两组治疗前后肛门功能比较 观察组治疗后直肠静息压、肛管静息压低均于对照组,肛管最长收缩时间长于对照组,肛管最大收缩压高于对照组($P<0.05$)。见表 4。

表 4 两组治疗前后肛门功能比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	直肠静息压(kPa)		肛管静息压(kPa)		肛管最长收缩时间(kPa)		肛管最大收缩压(s)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	51	3.65± 0.47	2.58± 0.28	16.98± 1.65	12.63± 1.38	21.74± 2.18	29.31± 3.35	13.05± 1.58	18.41± 1.68
观察组	51	3.70± 0.52	2.01± 0.20	17.01± 1.72	9.42± 1.25	22.03± 2.27	38.01± 3.70	13.46± 1.63	23.51± 1.43
t		0.509	11.830	0.090	12.312	0.658	12.448	1.290	16.509
P		0.612	0.000	0.929	0.000	0.512	0.000	0.200	0.000

2.5 两组治疗前后血清学指标比较 两组治疗前血清学指标比较,差异无统计学意义($P>0.05$);观察组治疗后 TGF- β_1 、VEGF、bFGF 水平均高于对照组($P<0.05$)。见表 5。

表 5 两组治疗前后血清学指标比较($\text{ng/L}, \bar{x} \pm s$)

组别	n	TGF- β_1		VEGF		bFGF	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	51	0.70± 0.11	0.89± 0.14	158.72± 23.41	198.12± 30.15	20.74± 3.15	27.14± 4.16
观察组	51	0.68± 0.13	1.15± 0.20	159.01± 22.85	220.85± 33.41	20.81± 3.06	32.16± 4.42
t		0.839	7.606	0.063	3.607	0.114	5.906
P		0.404	0.000	0.950	0.001	0.910	0.000

3 讨论

相关资料显示,80%~90%肛瘻是由肛腺原发或继发感染形成的肛周脓肿发展而来^[7]。近年来,肛瘻发病率呈不断增长趋势,且具有难治愈、反复发作的特点,对患者生活、工作造成极大的影响。手术的目的是去除上皮化的管腔和感染源头,为目前最有效、可靠的治疗手段。但因手术切口处于消化道末端,受粪便污染等因素影响,切口愈合较慢,且术后切口疼痛常常发生,影响患者术后康复进程。

中医学将肛瘻归于“肛漏、瘻疮、痔瘻”等范畴,认为该病多因饮食不节,嗜食肥甘厚味,导致湿热内生,下注肛门,溃腐成痛,久之发为本病;或因机体气血不足,导致六淫邪气侵入机体,入里化热,热盛则腐,从而发为肛瘻;或肛周脓肿失治误治,脓毒排出不畅,气血运行不畅,创口久不愈合而成瘻^[8-9]。由此可见,湿热下注为该病重要病机。手术是治疗该病的主要手段,而术后经脉损伤,正气受损,气血瘀滞,肌肉失于濡养,导致术后创面愈合缓慢^[10-11]。且中医认为人是一个有机整体,肛瘻手术虽去除局部瘀腐坏死组织,但整体原有病机并未改善,术后仍应施以清热利湿之法,以促进术后恢复^[12]。

黄柏苦参汤中金银花、两面针解毒消肿、活血化瘀;黄柏具有泻火解毒、清解湿热的功效;紫花地丁具有凉血消肿、清热解毒之效;苦参具有祛风、清热燥湿之效;冰片、明矾具有燥湿止痒、清热止痛之效。全方配伍,以清为药,以透为用,共奏清热祛湿、消肿止痛之效,与该病病机相契合。药理研究显示^[13-14],苦参可抑制和杀灭多种细菌,发挥抗感染的作用;金银花具有抗菌抗炎、提高机体免疫力、促进创口痊愈的作用;黄柏可清除体内氧自由基,发挥抗氧化活性,促进局部血液循环,并具有抗炎杀菌的作用。本研究中,与对照组比,观察组临床总有效率较高,治疗后肉芽形态、创面渗出、组织水肿、创面疼痛评分及直肠静息压、肛管静息压均较低,肛管最长收缩时间较长,肛管最大收缩压较高,创面愈合时间较短,创面最大纵径和横径较小,说明低位切开高位挂线术治疗肛瘻患者后辅以黄柏苦参汤坐浴熏洗可促进创面愈合,减轻创面疼痛,改善肛门功能。黎佩蓉等^[15]均研究显示,加味苦参汤熏洗能有效促进肛瘻切除术后创面愈合,与本研究结果具有一致性。还有研究证实,TGF- β_1 、VEGF、bFGF 等细胞因子在肛瘻术后创面愈合中发挥着重要的作用^[16]。TGF- β_1 可诱导和促

进肉芽组织生长,促进创面愈合;VEGF 能够促进血管新生和增殖,升高血管通透性,促进创面组织修复;bFGF 可促进血管内皮细胞和平滑肌细胞增殖和分裂。观察组治疗后 TGF- β_1 、VEGF、bFGF 水平均较高,说明低位切开高位挂线术治疗肛瘘患者后辅以黄柏苦参汤坐浴熏洗可提高 TGF- β_1 、VEGF、bFGF 水平,促进创面愈合。黄柏苦参汤坐浴熏洗使药液直接作用于患处,药物中有效成分直达病灶,可解决疾病病机,且其产生的热力作用可疏通局部气血经络,改善局部血液循环,加速新陈代谢,促进创面的愈合^[17-18]。同时熏洗可使创面更加清洁,减少分泌物对创面产生的不良刺激,为创面愈合提供良好的环境。

综上所述,肛瘘患者低位切开高位挂线术后辅以黄柏苦参汤坐浴熏洗可加速创面愈合,缓解术后疼痛,改善其肛门功能,值得推广。

参考文献

[1]邓台燕,王万里,杜忠群.龙胆泻肝汤坐浴联合低位全部切开高位挂线术对肛瘘患者创面愈合、肛肠动力学的影响[J].陕西中医,2021,42(10):1429-1432.

[2]白合提尼沙·阿地力,王环,谭星,等.切开挂线对口引流术对高位复杂性肛瘘患者术后肛门括约肌功能及生活质量的影响[J].现代中西医结合杂志,2019,28(7):776-779.

[3]曹霞,殷凯,邱榕,等.中医挂线联合对口引流术治疗高位肛瘘的疗效及对疼痛应激反应、肛门括约肌功能的影响[J].中国中医急症,2022,31(1):126-129.

[4]刘江,张莉荣.中医虚实结合挂线术联合中药熏洗治疗高位肛瘘的疗效及对括约肌功能的影响[J].贵州医药,2023,47(1):90-91.

[5]中华中医药学会肛肠分会,中华医学会外科学分会结直肠肛门外科学组,中国中西医结合学会大肠肛门病专业委员会.肛瘘临床诊治指南(2006 版)[J].中西医结合结直肠病学,2007,1(3):188-189.

[6]国家中医药管理局.中医病证诊断疗效标准[S].北京:中国中医药出版社,2017:55.

[7]李泽利,高伟.自制中药方剂坐浴对肛周脓肿肛瘘患者肛门功能及预后的影响观察[J].四川中医,2022,40(7):131-133.

[8]张承岳,刘远成,张劲远.止痛如神汤对肛瘘术后创面愈合效果及血清纤维连接蛋白、表皮生长因子水平的影响[J].国际中医中药杂志,2021,43(7):653-657.

[9]袁平凡,王建民,王敏婕,等.二妙散加减方对肛瘘患者术后创面修复及炎症反应、新生血管的影响[J].现代中药研究与实践,2021,35(2):82-85.

[10]裴岩,高记华,王冉,等.复方黄柏液对高位复杂性肛瘘术后创面愈合疗效评价研究[J].天津中医药,2022,39(12):1519-1525.

[11]张小凤,韩晓明,谢飞,等.自拟参花洗剂外熏洗对肛瘘术后创面愈合及新生血管的影响[J].中华内分泌外科杂志,2020,14(6):511-516.

[12]张俊君,黄源锐.止痛如神汤箍围疗法在肛瘘术后患者中的应用及对疼痛程度的影响观察[J].四川中医,2022,40(4):90-93.

[13]陈晓平,许文彬,赵赞.苦参汤熏洗疗法对混合痔术后患者创面愈合及并发症的影响观察[J].贵州医药,2022,46(4):609-610.

[14]孙凤伟,隋楠.中医挂线联合中药熏洗坐浴治疗复杂性肛瘘的疗效观察[J].长春中医药大学学报,2021,37(1):111-114.

[15]黎佩蓉,杨保伟,王娟.加味苦参汤熏洗联合局部氧疗对肛瘘切除术后创面愈合的影响[J].现代中西医结合杂志,2020,29(22):2473-2476.

[16]黄斌,张玉茹,刘连成,等.切开挂线术联合肛洗一号熏洗治疗高位肛瘘的临床研究[J].中国中西医结合外科杂志,2021,27(1):63-67.

[17]瞿胤,张志君,郑德,等.促愈熏洗方对肛瘘术后患者创面愈合及创面肉芽组织的影响[J].陕西中医,2022,43(10):1414-1418.

[18]陈瑜,袁志强,王冬琴,等.挂线疗法联合五倍子汤加减坐浴治疗复杂高位性肛瘘临床研究[J].山东中医杂志,2021,40(8):822-827.

(收稿日期: 2023-05-20)

(上接第 16 页)2 型糖尿病患者并发心律失常的研究进展[J].国际心血管病杂志,2022,49(5):257-260.

[4]Yan J,Yao B,Kuang H,et al.Liraglutide, sitagliptin, and insulin glargine added to metformin: The effect on body weight and intrahepatic lipid in patients with type 2 diabetes mellitus and nonalcoholic fatty liver disease[J].Hepatology,2019,69(6):2414-2426.

[5]陈继玲,任珍珍,王劲敏,等.玉泉丸合生脉散联合二甲双胍治疗气阴两虚证 2 型糖尿病临床研究[J].陕西中医,2021,42(11):1553-1556.

[6]巫海龙,谢嘉文,李向宇,等.加味黄连解毒汤联合利拉鲁肽对初发 2 型糖尿病肥胖患者糖脂代谢、炎症反应及胰岛功能的影响[J].现代生物医学进展,2020,20(19):3663-3667.

[7]刘莉,杨跃光,邹国良,等.加味黄连温胆汤对代谢综合征合并 2 型糖尿病痰热互结证患者心血管危险因素的影响[J].中国医药,2021,16(10):1562-1566.

[8]中华医学会糖尿病学分会.中国 2 型糖尿病防治指南(2017 年版)[J].中国实用内科杂志,2018,38(4):292-344.

[9]中华中医药学会糖尿病分会.糖尿病中医诊疗标准[J].世界中西医

结合杂志,2011,6(6):540-547.

[10]葛均波,徐永健,梅长林,等.内科学[M].第 8 版.北京:人民卫生出版社,2013:335.

[11]韩晓梅,王旭.黄连荷叶方联合二甲双胍治疗肥胖型 2 型糖尿病湿热中阻证的临床研究[J].北京中医药大学学报,2022,45(11):1182-1188.

[12]曹洪全,孟要武.消渴方联合二甲双胍治疗 2 型糖尿病患者的疗效探究[J].实用中西医结合临床,2020,20(15):121-122.

[13]周旭升,韩尧,朱旭斌,等.黄连阿胶汤治疗阴虚热盛型 2 型糖尿病疗效及对患者糖代谢指标的影响[J].四川中医,2022,40(4):114-116.

[14]Liu D,Zhang Y,Liu Y,et al.Berberine modulates gut microbiota and reduces insulin resistance via the TLR4 signaling pathway [J].Exp Clin Endocrinol Diabetes,2018,126(8):513-520.

[15]万仕炜,郁梅,方彭华,等.小檗碱改善胰岛素抵抗的相关机制[J].国际内分泌代谢杂志,2018,38(5):333-335.

[16]潘赏赏,李力,王娴.黄连温胆汤联合盐酸二甲双胍对湿热内蕴型早期 2 型糖尿病患者的临床疗效[J].中成药,2021,43(2):557-559.

(收稿日期: 2023-06-10)