

切开挂线疗法联合熏洗坐浴治疗小儿肛瘘疗效观察

董家洪

余姚市马渚中心卫生院, 浙江 余姚 315400

[摘要] 目的: 观察切开挂线疗法联合熏洗坐浴对小儿肛瘘的临床疗效。方法: 将 108 例肛瘘患儿随机分为 2 组各 54 例, 对照组予以切开挂线疗法, 治疗组则在对照组基础上加用熏洗坐浴治疗。记录 2 组患儿临床疗效及不良反应发生情况, 观察随访 12 月的复发率。结果: 总有效率治疗组为 90.7%, 对照组为 74.1%, 2 组比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。治疗后治疗组患儿疼痛、渗液、瘙痒等并发症发生率明显低于对照组, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)。随访 12 月, 复发率治疗组为 3.7%, 对照组为 29.6%, 2 组比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论: 切开挂线联合熏洗坐浴治疗小儿肛瘘临床疗效显著, 值得推广应用。

[关键词] 小儿肛瘘; 切开挂线; 中药疗法; 熏洗坐浴

[中图分类号] R657.1+6 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2015) 04-0189-02

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2015.04.091

小儿肛瘘是临床常见疾病之一, 以 2 岁以内具有明确肛周感染史的女性患儿最为多见, 好发于女婴舟状窝及阴道部位, 对患儿的健康安全及生活质量造成很大影响。中医学将肛瘘称为悬痈、坐马痈、脏毒等, 常以清热凉血、利湿解毒、泻热通腑、养阴润燥、补益气血、补中益气、活血祛瘀等法治疗, 可收到一定的疗效^[1]。切开挂线疗法为小儿肛瘘常见术式, 但术后创口易疼痛、瘙痒且分泌物增多, 于患儿预后影响较大。若辅以熏洗坐浴之法, 则可在热力作用下将中药药力直达患处, 以此活络通瘀、调和血气, 减轻患儿痛苦^[2]。笔者应用切开挂线联合熏洗坐浴治疗小儿肛瘘, 收到较好疗效, 结果报道如下。

1 临床资料

1.1 纳入标准 符合《MRI 在肛瘘诊断中的应用价值》^[3]及《肛肠病临床诊治》^[4]中拟定的相关诊断标准; 符合《论当前各种肛瘘分类法》^[5]中相关的肛瘘分类标准; 由监护人代为签署知情同意书者。

1.2 排除标准 合并相关治疗禁忌证者; 合并严重脏器疾病或恶性肿瘤者; 临床资料不全或失访者; 过敏体质者。

1.3 一般资料 选取 2012 年 3 月—2013 年 8 月在本院治疗的肛瘘患儿共 108 例, 随机分为 2 组各 54 例。治疗组男 20 例, 女 34 例; 年龄 0.3~2 岁, 平均(0.7±0.2)岁; 病程(3.3±1.2)月; 瘘管数: 单条 33 例, 2 条 19 例, 3 条 2 例。对照组男 19 例, 女 35 例; 年龄 0.4~2.1 岁, 平均(0.7±0.3)岁; 病

程(3.0±1.4)月; 瘘管数: 单条 30 例, 2 条 21 例, 3 条 3 例。2 组患儿基本资料经统计学处理, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

2 治疗方法

2.1 对照组 予切开挂线疗法治疗。患儿取侧卧位, 使用 1% 利多卡因于瘘管周围局部麻醉; 将缚扎橡皮筋的球头银质探针从瘘管外口处探入, 于内外口间切开皮肤; 沿探针针切切开肛管直肠环以下部分, 后刮尽病变组织、剪除瘘管; 拉出探针, 确保橡皮筋穿过瘘管并拉紧, 后使用丝绒线捆扎并剪除多余橡皮筋, 消毒且缝合创口; 术后每天用甲硝唑注射液、双氧水及生理盐水冲洗创口, 持续 7 天。

2.2 治疗组 在对照组基础上加用中药熏洗坐浴治疗。坐浴洗剂组成: 赤芍、蒲公英、大黄、防风、紫花地丁、草乌、侧柏叶、川乌各 10 g, 黄柏、野菊花各 15 g, 苍术 30 g。上药加入清水 1300 mL, 文火煎煮至 1000 mL 后滤渣, 加入 1000 mL 开水后, 将患儿肛门处悬置洗浴药液上方, 利用蒸汽熏蒸肛门, 待水温降低至 40~42℃时, 将患儿坐浸入洗液中, 每天早晚各 1 次, 每次 20 min, 持续治疗 15 天。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 记录 2 组患儿临床治疗效果; 记录其并发症评分情况, 并发症评分参照《肛瘘挂线疗法的焦点问题》^[6]中相关标准; 随访 12 月, 记录其复发情况。

3.2 统计学方法 采用统计学软件 SPSS 17.0 分析数据, 计数资料采用 χ^2 检验; 计量资料采用 t 检验。

[收稿日期] 2014-09-17

[作者简介] 董家洪 (1971-), 男, 主治医师, 研究方向: 肛肠外科常见病的中西医结合治疗。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 参照《中西医结合肛肠病诊治》^[7]中相关标准拟定。治愈：术后4周内伤口愈合(创面平齐，剩余创面宽度小于2mm)，无疼痛、瘙痒及渗液；有效：术后4周内伤口缩小面积>50%，但未达到治愈标准，伤口略有疼痛、瘙痒及少量渗液；无效：术后4周内伤口缩小面积<50%，疼痛、瘙痒及渗液明显。

4.2 2组临床疗效比较 见表1。总有效率治疗组为90.7%，对照组为74.1%，2组比较，差异有统计学意义($P < 0.05$)。

表1 2组临床疗效比较

组别	n	治愈	有效	无效	总有效率(%)
治疗组	54	24	25	5	90.7
对照组	54	16	24	14	74.1
χ^2 值	-	-	-	-	5.17
P	-	-	-	-	<0.05

4.3 2组并发症发生情况比较 见表2。治疗后，2组患者在感染发生率比较，差异无统计学意义($P > 0.05$)；治疗组患儿疼痛、渗液、瘙痒等并发症发生率明显低于对照组，差异均有统计学意义($P < 0.05$)。

表2 2组并发症发生情况比较

组别	n	疼痛	渗液	瘙痒	感染
治疗组	54	17(31.5)	5(9.3)	4(7.4)	1(1.9)
对照组	54	35(64.8)	16(29.6)	19(35.2)	6(11.1)
χ^2 值	-	15.04	4.85	9.08	0.96
P	-	<0.05	<0.05	<0.05	>0.05

4.4 2组复发情况比较 随访12月，治疗组复发2例(3.7%)，对照组复发16例(29.6%)，2组比较，差异有统计学意义($\chi^2=7.78$ ， $P < 0.05$)。

5 讨论

中医学认为，肛瘻为肛痈后遗症，因湿热内生下注大肠，蕴阻肛门或肛门破损染毒，致经络阻塞，气血凝滞而成^[8]。肛痈溃后，残余毒素积聚于内且聚而不散，导致患儿肛周血气不畅、微循环紊乱，创口久愈不合，以致成为肛瘻。切开挂线疗法作为小儿肛瘻常见术式之一，其治疗机制是异物刺激、慢性

切割，并有引流作用，防止创口过早粘连及感染物残留，刺激管壁内新鲜肉芽生长，其操作简便，疗效确切^[9]。在该术式基础上联合自拟中药熏蒸肛周，利用热力蒸腾药力，使其直接作用于患处，达到促进肛周血液循环、改善肛瘻症状的目的。坐浴洗剂方中黄柏、蒲公英、野菊等具有清热解毒、消痈散结、除湿降燥等功效；辅以凉血解毒的侧柏叶，祛风止痒、消肿止痛的防风与苍术，可在热力作用下充分发挥药物功效，使药力直达患处，以此缩短治疗时间、减轻患儿痛苦。

观察结果表明，治疗组临床疗效优于对照组，患儿在疼痛、渗液及瘙痒等并发症发生率及复发率均低于对照组，说明在切开挂线疗法基础上辅以中药熏洗坐浴临床疗效显著，可改善患儿生活质量，降低其复发率，值得临床推广应用。

【参考文献】

- [1] 石世平, 张永中. 切开缝合挂线术治疗高位肛瘻58例回顾性分析[J]. 中国中医急症, 2010, 19(7): 1121, 1159.
- [2] 曾丽红. 中药坐浴在切开挂线法治疗高位肛瘻中的临床疗效观察[J]. 中医药导报, 2011, 17(4): 69-70.
- [3] 戚婉, 杜灏蓝. MRI在肛瘻诊断中的应用价值[C]//第十一次全国中西医结合影像学术研讨会论文集. 2010: 844-846.
- [4] 周建华. 肛肠病临床诊治[M]. 北京: 科学技术文献出版社, 2005.
- [5] 张福军, 李竞. 论当前各种肛瘻分类法[C]//第十三次全国中西医结合疡科学术交流会论文集. 2007: 46-47.
- [6] 史仁杰. 肛瘻挂线疗法的焦点问题[C]//中国中医肛肠教育研讨会暨第十二届中日大肠肛门病学术交流会议论文集. 2008: 377-380.
- [7] 赵刚, 鞠应东, 孙风华. 中西医结合肛肠病诊治[M]. 北京: 科学技术文献出版社, 2010.
- [8] 刘佃温, 潘慧. 切开挂线术联合中药坐浴治疗高位肛瘻临床研究[J]. 中医学报, 2012, 27(3): 296-297.
- [9] 谢天红, 姜松五. 挂线疗法治疗小儿肛瘻28例[J]. 浙江中医药大学学报, 2011, 35(2): 206-207.

(责任编辑: 冯天保)