

# 挂线疗法联合黄术消瘿方熏蒸治疗湿热下注型高位肛瘘 46 例临床观察

陈文捷, 何建胜

丽水市中医医院外科, 浙江 丽水 323000

**[摘要]** 目的: 观察挂线疗法联合黄术消瘿方熏蒸治疗高位肛瘘(湿热下注型)的临床疗效。方法: 将 92 例高位肛瘘患者参照随机数字表法分为 2 组各 46 例; 对照组采用常规挂线治疗; 治疗组在对照组的基础上采用黄术消瘿汤外洗方熏蒸、坐浴肛部。采用 Wexner 计分法评价 2 组治疗前后肛门功能; 采用酶联免疫法检测 2 组患者血清成纤维细胞生长因子(bFGF)水平进行检测; 评价患者的创面愈合天数、便血天数、创面疤痕面积。结果: 总有效率治疗组 89.13%, 对照组 71.74%, 差异有统计学意义( $P < 0.05$ ), 治疗组优于对照组; 治疗组治疗后 Wexner 评分和 bFGF 水平均比对照组升高, 差异均有统计学意义( $P < 0.01$ ); 治疗组治疗后创面愈合天数、便血天数均少于对照组, 疤痕面积小于对照组, 差异均有统计学意义( $P < 0.01$ )。结论: 在常规挂线治疗基础上, 黄术消瘿方熏蒸治疗高位肛瘘(湿热下注型)可缩短肛瘘愈合和便血时间, 减小创面疤痕, 改善肛门功能, 其疗效优于单纯挂线治疗。

**[关键词]** 高位肛瘘; 熏洗; 湿热下注证; 挂线疗法; 黄术消瘿方

**[中图分类号]** R657.1+6 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2015) 09-0184-03

**DOI:** 10.13457/j.cnki.jncm.2015.09.087

肛瘘是肛管直肠与肛周皮肤相通的一种异常通道, 为肛肠科常见病之一, 主要临床表现为肛门硬结、局部反复破溃流脓, 给患者带来很大的痛苦。高位肛瘘由于病变部位高, 管道多而弯曲, 常含支管、死腔, 属难治类型。西医多采取手术治疗, 但术后创面易感染, 手术后产生的并发症常影响肛门直肠功能。中医学认为, 肛瘘发病与湿热关系密切, 临床以湿热下注型多见。中药熏蒸疗法采取药物煮沸产生的蒸汽来熏蒸并坐浴肛部, 发挥中药药性和熏洗热力双重效果, 且直达患处, 减轻临床疼痛, 达到加快愈合的疗效<sup>[1]</sup>。挂线疗法利用其慢性切割原理, 是目前治疗高位肛瘘常使用的方法<sup>[2]</sup>。笔者自 2012 年以来采用挂线疗法联合黄术消瘿方熏洗, 治疗高位肛瘘(湿热下注型)46 例, 取得了较满意的疗效。

## 1 临床资料

**1.1 一般资料** 选择高位肛瘘患者 92 例为 2012 年 6 月—2014 年 12 月丽水市中医医院外科门诊病例, 按照随机数字表法分为 2 组各 46 例。治疗组男 31 例, 女 15 例; 年龄 20~45 岁, 平均(32.4±5.9)岁; 病程 3~15 月, 平均(5.8±2.2)月。对照组男 29 例, 女 17 例; 年龄 18~46 岁, 平均(32.7±5.2)岁; 病程 2~12 月, 平均(5.5±2.4)月。2 组年龄、性别、病程等一般资料比较, 差异均无统计学意义( $P > 0.05$ ),

具有可比性。

**1.2 诊断标准** 参照《痔、肛瘘、肛裂、直肠脱垂的诊断标准》<sup>[3]</sup>拟定: 内口在肛隐窝, 仅有一个管道, 走行在外括约肌深层以上, 侵犯耻骨直肠肌/肛提肌以上者; 两个以上外口, 有两个以上管道与内口相连或并有支管空腔, 其主管通过外括约肌深层以上, 侵犯耻骨直肠肌/肛提肌以上者。以上标准满足 1 条即可确诊。

**1.3 辨证标准** 参照《中医病证诊断疗效标准》<sup>[4]</sup>关于湿热下注型肛瘘证候拟定。肛门周围时常流脓水, 脓质稠厚, 肛门胀痛, 局部灼热, 肛周有溃口, 按之有条索状物通向肛内。舌红、苔黄腻, 脉弦或滑。

**1.4 纳入标准** 符合西医诊断标准; 符合湿热下注证辨证标准; 既往无肛瘘手术史; 年龄 18~50 岁; 签署知情同意书。

**1.5 排除标准** 合并其他肛管直肠疾病, 如伴有结核感染肛瘘、克罗恩氏病等患者; 严重心、肝、肾、血液系统等疾病患者; 孕妇或哺乳期患者以及精神异常者; 药物过敏史或过敏体质者。

## 2 治疗方法

**2.1 对照组** 采用常规挂线疗法: 术前 1 天灌肠、备皮;

**[收稿日期]** 2015-05-20

**[作者简介]** 陈文捷 (1982-), 男, 中医师, 主要从事肛肠、痔漏的诊治工作。

6 h 禁食禁水；患者取左侧卧位，局部麻醉，行肛门镜检查；取膝胸位，在肛缘外侧行放射状切口，探针从切口进入至内口，彻底切除内口，探针尾部系橡皮筋后经瘘管内口拉出探针，橡皮筋贯通瘘管；持续引流、清理感染病灶、止血、生理盐水冲洗、油纱布包扎处理；术后抗生素治疗。

2.2 治疗组 在对照组的基础上给予黄术消瘿汤外洗方熏洗坐浴。熏洗处方：黄柏 20g，苍术、土茯苓各 15g，生乳香、生没药各 9g，丹参、牡丹皮、山慈姑、白藜各 10g。将药熬至沸腾，当药液温度降至 50℃ 坐浴，早晚各 1 次，每次 20 min，直至创面愈合。治疗过程注意保暖。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 临床症状评价：参照《中医肛肠科病证诊断疗效标准》<sup>[6]</sup>。评分内容有疼痛、渗出和水肿各方面，每方面按 4 级计分：0~3 分。肛门功能：采用 Wexner 计分法<sup>[7]</sup>，观察干便、稀便、气体、需要衬垫、生活方式改变情况，得分与肛门功能成反比。成纤维细胞生长因子(bFGF)水平：采用酶联免疫法，试剂盒购于北京华美生科生物技术有限公司；以上均为治疗前、后分别测 1 次。创面愈合天数：观察创面完全上皮化的天数。便血天数：观察至便后无滴血天数。创面大小评价<sup>[7]</sup>：在创面疤痕均匀贴敷上透明薄膜，描绘疤痕边缘，撕下薄膜平铺于心电图描记纸，测算出面积。

3.2 统计学方法 采用 SPSS 17.0 统计软件进行分析，计量资料采用  $(\bar{x} \pm s)$  表示，比较采用 *t* 检验；计数资料比较采用  $\chi^2$  检验。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 参照《中医肛肠科病证诊断疗效标准》<sup>[6]</sup>。临床治愈：创面上皮完全覆盖，疤痕坚实，经 1 周观察创面未再发生溃烂。显效：创面缩小 75%，症状缓解，肉芽组织新鲜。有效：创面缩小 25%，肉芽组织较新鲜，症状改善。无效：创面虽较前新鲜，但缩小不足 25%，肉芽生长较少。

4.2 2 组临床疗效比较 见表 1。总有效率治疗组 89.13%，对照组 71.74%，差异有统计学意义( $P < 0.05$ )，治疗组优于对照组。

表 1 2 组临床疗效比较

组别	n	临床治愈	显效	有效	无效	总有效率(%)
治疗组	46	12	20	9	5	89.13
对照组	46	8	14	11	13	71.74

与对照组比较，① $P < 0.05$

4.3 2 组治疗前后 Wexner 评分和血清 bFGF 水平比较 见表 2。2 组治疗后 Wexner 评分和血清 bFGF 水平均升高，与治疗前比较，差异均有统计学意义( $P < 0.01$ )；治疗组治疗后 Wexner 评分和血清 bFGF 水平比对照组升高，差异均有统计学意义( $P < 0.01$ )。

4.4 2 组创面愈合天数、便血天数及创面疤痕面积比较 见

表 3。治疗组创面愈合天数、便血天数均少于对照组，疤痕面积小于对照组，差异均有统计学意义( $P < 0.01$ )。

表 2 2 组治疗前后 Wexner 评分和血清 bFGF 水平比较  $(\bar{x} \pm s)$

组别	时间	Wexner 评分(分)	bFGF 水平(pg/mL)
治疗组	治疗前	1.68 ± 0.67	21.870 ± 3.35
	治疗后	2.01 ± 0.82	30.42 ± 3.93
对照组	治疗前	1.71 ± 0.69	23.79 ± 3.47
	治疗后	4.34 ± 1.13	27.59 ± 3.85

与治疗前比较，① $P < 0.01$ ；与对照组治疗后比较，② $P < 0.01$

表 3 2 组创面愈合天数、便血天数及创面疤痕面积比较  $(\bar{x} \pm s)$

组别	创面愈合天数(d)	便血天数(d)	创面疤痕面积(cm <sup>2</sup> )
治疗组	21.78 ± 4.53	6.35 ± 1.29	0.19 ± 0.05
对照组	30.68 ± 5.35	9.41 ± 1.56	0.26 ± 0.06

与对照组比较，① $P < 0.01$

5 讨论

肛瘘的病因和发病机制尚存争议，主要包括肛腺感染、中央间隙感染、特殊感染和损伤等方面。肛瘘属中医学“瘰疬”“痔瘻”范畴，认为是湿热邪毒，下注魄门，气血蕴结，血败肉腐而成。

挂线疗法治疗高位肛瘘，是中医外科学的特色疗法，其疗效得到一致认可。单纯挂线疗法，使用橡皮筋结扎，具有损伤小、费用低、操作简单的优点<sup>[8]</sup>。然而挂线疗法治疗高位肛瘘给患者造成的损害较大，且愈合时间长、创面疤痕大，严重影响了患者的生活质量<sup>[9]</sup>。

中药熏蒸疗法借助热力给药，加快新陈代谢，药物有效成分得以充分利用，部分药物在皮肤即可发挥作用，同时刺激位于皮肤的神经末梢，产生新的反射，抑制旧的病理反射，达到治疗目的<sup>[10]</sup>。此外，中药熏蒸药物经皮肤黏膜进入体内，避免了口服对消化道的刺激，从而提高了药物的利用度，起到内病外治的作用<sup>[11]</sup>。

本研究中，笔者采用黄术消瘿方对肛门部进行熏蒸、坐浴，取得良好治疗效果，方中黄柏清热燥湿，苍术健脾燥湿，二药相伍，标本兼顾；乳香、没药活血止痛，消肿生肌；丹参、牡丹皮清热凉血，活血散瘀，以防血热互结；山慈姑、白藜清热解暑，消痈散结；土茯苓清热解暑，除湿止痒。众药合用，共奏清热燥湿、化痰散结之功效。

本研究结果显示，挂线疗法联合黄术消瘿方熏洗治疗湿热下注型高位肛瘘可明显缩短愈合和便血时间，减小创面疤痕，改善肛门功能。同时，本研究也发现，治疗组治疗后患者血清 bFGF 水平比对照组升高( $P < 0.01$ )。研究发现，bFGF 可通过合成分泌、趋化和增殖分化等作用参与肛瘘术后的创面恢复，能够直接或间接促进核酸分子合成，诱导产生新的血管等途径

来促进术后创面修复<sup>[10]</sup>。具体机制值得进一步研究。

### [参考文献]

- [1] 瞿胤, 杨巍, 郑德, 等. 促愈熏洗方在肛瘘术后应用[J]. 中成药, 2012, 34(12): 2298-2301.
- [2] 陈宇, 梁万强. 切开挂线疗法联合外洗方熏洗坐浴治疗181例高位肛瘘的临床疗效分析[J]. 现代诊断与治疗, 2013, 24(20): 4584-4585.
- [3] 中华中医药学会肛肠分会. 痔、肛瘘、肛裂、直肠脱垂的诊断标准[J]. 中国肛肠病杂志, 2004, 24(4): 42.
- [4] 国家中医药管理局. ZY/T001.1~001.9-94 中医病证诊断疗效标准[S]. 南京: 南京大学出版社, 1994: 133.
- [5] 国家中医药管理局. ZY/T001.7-94 中医肛肠科病证诊断疗效标准[S]. 南京: 南京大学出版社, 1995: 128.
- [6] Stadelaier U, Bittorf B, Meyer M, et al. Can continence function after rectal resection be prognostically estimated? [J]. Chirurg, 2000, 71(8): 932.
- [7] 李敏, 李锦秀. 多济敷在肛瘘术后的临床应用[J]. 大肠肛门病外科杂志, 2009, 9(3): 160-161.
- [8] 张永刚, 张茂香, 唐淑敏, 等. 括约肌间瘘管结扎术与切开挂线术治疗复杂性肛瘘的临床疗效比较[J]. 中华普通外科杂志, 2012, 27(11): 940-94.
- [9] 姜洪洋, 薛剑冰, 程云峰. 中药熏洗治疗膝关节骨性关节炎120例报告[J]. 中医正骨, 2004, 16(7): 434.
- [10] 陈稳, 陈逸飞, 王明祥. 重组人酸性成纤维细胞生长因子治疗肛瘘术后创面的随机对照试验[J]. 中国药师, 2014, 17(6): 975-977.

(责任编辑: 刘淑婷)

## 理筋点穴推拿法治疗风寒湿型肩周炎 55 例临床观察

陈广升

丽水市中医医院推拿科, 浙江 丽水 323000

**[摘要]** 目的: 观察理筋点穴推拿法治疗风寒湿型肩周炎的临床疗效及其对患者生存质量的影响。方法: 将 110 例肩周炎患者随机分为 2 组各 55 例; 对照组采用常规口服药物和康复训练治疗; 治疗组在对照组的基础上采用先理筋推拿, 后点按穴位(曲池、肩髃、合谷、肩井、天宗、肩中俞、肩髃、外关穴) 的疗法。对 2 组进行治疗前后视觉模拟评分法(VAS) 评分和 WHO 生存质量测定量表简表(WHOQOL-BREF) 评分。结果: 总有效率治疗组 98.18%, 对照组 87.27%, 2 组比较, 差异有统计学意义( $P < 0.05$ ), 治疗组优于对照组。治疗组治疗第 10 天、第 20 天患者的 VAS 评分低于对照组, 差异均有统计学意义( $P < 0.01$ ); 治疗组治疗后患者生理、环境、心理、社会关系、生存质量主观感觉及健康状况主观感觉评分均高于对照组, 差异均有统计学意义( $P < 0.05$ )。结论: 在常规治疗和康复训练的基础上, 理筋点穴推拿法治疗肩周炎能减轻疼痛, 提高患者生活质量。

**[关键词]** 肩周炎; 风寒湿型; 理筋推拿法; 点穴疗法; 生活质量

**[中图分类号]** R684.3 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2015) 09-0186-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2015.09.088

肩周炎是肩关节周围肌肉、肌腱、韧带、滑囊、关节囊等周围软组织的慢性非特异性炎症和退行性病变所致, 为临床多发病, 以风寒湿型多见。调查显示, 40~70 岁的中老年人多发此病, 有 2%~5% 的患病率<sup>[1]</sup>。肩周炎临床主要表现为患肩疼痛、急性期加剧、夜间加重、发作时不得安睡、可有放射痛。因此, 极大影响了患者的日常生活质量和工作, 且长期的

治疗给患者家庭和社会带来很大负担。西医以手术治疗为主的方法存在高风险、高费用和易复发等特点。中医学疗法治疗肩周炎疾病的临床疗效确切。理筋推拿法是治疗肩周炎的较为有效的方法之一, 该法采取在患肩关节周围用以痛点推拿法, 充分放松肩部肌肉, 从而改善局部血液循环, 达到祛风散寒、通络止痛之效<sup>[2]</sup>; 该法操作简便、安全有效。本研究笔者在常规

**[收稿日期]** 2015-01-16

**[作者简介]** 陈广升 (1988-), 男, 中医师, 研究方向: 关节病推拿治疗。