

萆薢渗湿汤合五味消毒饮熏洗治疗高位肛瘘术后临床观察

韩品香¹, 韩桂花², 叶阳花¹, 邱晓园¹, 陈奕梅¹, 吴慧红¹, 张丽花¹

1. 龙泉市人民医院普外科, 浙江 龙泉 323700; 2. 丽水市人民医院, 浙江 丽水 323000

[摘要] 目的: 观察在常规治疗基础上加用萆薢渗湿汤联合五味消毒饮熏洗治疗高位肛瘘术后湿热下注证的临床疗效。方法: 将符合条件的98例高位肛瘘术后患者按随机数字表法分为对照组和治疗组各49例, 2组患者术后均口服痔宁片, 同时以抗生素预防感染。对照组术后第2天用高锰酸钾液熏洗, 后用凡士林油纱条外敷创面。治疗组给予萆薢渗湿汤联合五味消毒饮熏洗治疗, 然后用凡士林油纱条外敷创面。2组疗程均为2周。比较2组的临床疗效、主要症状评分、创面面积、创面纵径与愈合时间。结果: 临床疗效总有效率治疗组为91.84%, 对照组为75.51%, 治疗组疗效优于对照组($P < 0.05$)。术后第14天, 2组的创面肿胀、创面疼痛和创面渗出评分与术后第1天相比均下降($P < 0.01$), 治疗组的创面肿胀、创面疼痛和创面渗出评分均低于对照组($P < 0.01$)。治疗组的创面面积和创面纵径均小于对照组, 愈合时间短于对照组, 差异均有统计学意义($P < 0.01$)。结论: 在常规治疗基础上加用萆薢渗湿汤联合五味消毒饮熏洗治疗高位肛瘘术后湿热下注证患者, 可明显改善创面肿胀、渗出和疼痛, 促进创面愈合。

[关键词] 高位肛瘘术后; 湿热下注证; 萆薢渗湿汤; 五味消毒饮; 熏洗

[中图分类号] R657.1+6

[文献标志码] A

[文章编号] 0256-7415(2016)03-0069-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2016.03.027

肛瘘是临床肛肠科常见疑难病, 尤其是高位肛瘘不能自愈, 手术治疗是当前临床常用疗法, 但术后的创面愈合及其并发症治疗是临床面临的难题, 加之肛门的特殊位置, 易发感染, 引起术后创面经久不愈, 给工作和生活带来极大不便^[1], 故如何促进术后创面愈合, 提高并发症治疗效果具有重要临床价值。现代医学对高位肛瘘术后常以抗感染治疗为主, 但副作用较多且疗效仍不能令人满意^[2]。中医药治疗肛瘘术后创面愈合能够将辨病与辨证论治相结合, 疗效显著。本组研究笔者依据高位肛瘘术后患者的病证特点, 采用萆薢渗湿汤联合五味消毒饮熏洗治疗, 取得良好效果, 值得临床推广。

1 临床资料

1.1 一般资料 收集符合条件的病例共98例, 均为2012年2月—2014年11月于丽水龙泉市人民医院肛肠科治疗的高位肛瘘术患者, 按随机数字表法分为对照组和治疗组, 2组均为49例。对照组男27例, 女22例; 年龄25~49岁, 平均(35.4±4.6)岁; 病程1.5~11月, 平均(5.7±1.3)月。治疗组男29例,

女20例; 年龄20~47岁, 平均(34.8±4.3)岁; 病程1~12.5月, 平均(5.6±1.1)月。2组性别、年龄、病程等一般资料比较, 差异均无统计学意义($P > 0.05$), 2组具有可比性。

1.2 诊断标准 根据《肛瘘临床诊治指南》(2006版)制定。①症状: 反复发作性肛周肿痛、流脓, 在急性炎症期可有发热; ②局部诊查: 视诊见外口形态、位置和分泌物; 浅部肛瘘肛门周围可触及条索状硬结及其行径; 直肠指诊可触及内口、凹陷及结节; 可大体评估肛门括约功能; ③可采取瘘道造影、肛门直肠镜检查以及探针检查等确诊。高位单纯性肛瘘: 内口在肛隐窝, 仅有1个瘘道, 走行在外括约肌深层以上; 高位复杂性肛瘘: 有2个以上外口, 通过瘘管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。

1.3 辨证标准 按照《中医病证诊断疗效标准》^[3]拟定湿热下注证辨证标准: 肛周常流脓水, 脓质稠, 肛门胀痛, 局部灼热, 肛周有溃口, 按压有条索状物通向肛内; 舌红、苔黄腻, 脉滑或弦。

[收稿日期] 2015-11-13

[作者简介] 韩品香(1971-), 女, 主管护师, 研究方向: 普外科手术术后并发症护理等。

1.4 纳入标准 ①符合高位肛瘘诊断标准；②符合湿热下注证辨证标准；③年龄在20~50岁之间；④首次进行肛瘘术者；⑤自愿接受本疗法，且签署知情同意书。

1.5 排除标准 ①孕妇或哺乳期患者；②对本疗法过敏者；③合并心脑血管、肝肾以及恶性肿瘤等严重疾病以及精神疾病者；④合并其他肛肠病者；⑤疗程期间不配合用药者。

2 治疗方法

2.1 基础治疗 2组患者术后均口服痔宁片(华润三九制药有限公司)，每次4片，每天3次；同时以抗生素预防感染。

2.2 对照组 术后第2天采用高锰酸钾液熏洗，每次15 min，每天1次，用凡士林油纱条外敷创面，然后用医用敷料覆盖，胶带最后固定。

2.3 治疗组 给予萹藤渗湿汤联合五味消毒饮熏洗治疗。处方：萹藤15 g，薏苡仁、赤芍各30 g，黄柏、牡丹皮、泽泻、滑石、通草各12 g。五味消毒饮组成：金银花18 g，蒲公英12 g，野菊花、紫花地丁各10 g，紫背天葵子9 g。术后第2天开始，两方均每天1剂，分别常规水煎煮2次，混匀后进行熏洗，每天2次，每次15 min；坐浴温度30~40℃为宜。然后用凡士林油纱条外敷创面，医用敷料覆盖以及胶带固定。

2组疗程均为2周。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 ①2组主要症状评价：依据《中医病证诊断疗效标准》^[3]拟定。评价指标包括创面肿胀、创面疼痛和创面渗出，均按4级计分。创面肿胀：无肿胀(0分)；组织稍隆起，肤纹存在(1分)；组织隆起，肤纹模糊(2分)；组织明显隆起，肤纹消失(3分)。创面疼痛：无疼痛(0分)，轻度疼痛(1分)，中度疼痛(2分)，重度疼痛(3分)。创面渗出：湿透纱布<4层(0分)；湿透纱布4~7层(1分)；湿透纱布8~12层(2分)；湿透纱布>12层(3分)。分别于术后第1天和第14天进行。②创面面积测定^[4]：于治疗后评定，将透明薄膜均匀敷贴于创面疤痕，描绘疤痕的边缘，再将薄膜平铺于心电图描记纸，测算出面积。③创面纵径测定：治疗后，采用探针比测创面底部至肛缘的距离，后用尺子量出。④记录患者的创面愈合时间。

3.2 统计学方法 应用SPSS17.0统计软件包对所有数据进行分析。计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示，采用 t 检验；计数资料比较采用 χ^2 检验。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 参照《中医病证诊断疗效标准》^[3]拟定。临床治愈：创面上皮覆盖完全，疤痕坚实，经1周观察创面未再发生溃烂；显效：症状有较大改善，创面面积缩小75%，肉芽组织新鲜；有效：临床症状有所改善，创面缩小25%，肉芽组织较新鲜；无效：症状未改善，创面虽较前新鲜，但缩小<25%。

4.2 2组临床疗效比较 见表1。总有效率治疗组为91.84%，对照组为75.51%，治疗组疗效优于对照组($P<0.05$)。

组别	n	临床治愈	显效	有效	无效	总有效率(%)
对照组	49	9	14	14	12	75.51
治疗组	49	15	21	9	4	91.84 ^①

与对照组比较，^① $P<0.05$

4.3 2组主要症状评分比较 见表2。术后第14天，2组的创面肿胀、创面疼痛和创面渗出评分与术后第1天相比均下降($P<0.01$)，治疗组的创面肿胀、创面疼痛和创面渗出评分均低于对照组($P<0.01$)。

组别	时间	创面肿胀	创面疼痛	创面渗出
对照组	术后1天	2.31±0.33	2.39±0.32	2.40±0.28
	术后14天	0.98±0.21 ^①	0.95±0.23 ^①	0.92±0.25 ^①
治疗组	术后1天	2.34±0.40	2.35±0.27	2.38±0.36
	术后14天	0.65±0.18 ^{①②}	0.63±0.16 ^{①②}	0.58±0.12 ^{①②}

与本组术后1天比较，^① $P<0.01$ ；与对照组同时点比较，^② $P<0.01$

4.4 2组愈合时间和治疗后创面面积、创面纵径比较 见表3。治疗后，治疗组的创面面积和创面纵径均小于对照组，愈合时间短于对照组，差异均有统计学意义($P<0.01$)。

组别	愈合时间(d)	创面面积(cm^2)	创面纵径(cm)
对照组	28.34±3.40	6.07±1.39	3.21±0.42
治疗组	22.65±3.26 ^①	4.31±0.86 ^①	2.62±0.27 ^①

与对照组比较，^① $P<0.01$

5 讨论

肛瘘在临床较为常见, 现有的手术方法成熟。然而, 由于术后肛周创面暴露, 接触粪便、直肠分泌物等异物增加了感染几率。临床研究表明, 肛门外括约肌持续痉挛、术后创面水肿等均可引起血液循环障碍, 导致创面引流不畅, 从而经久难愈^[5]。从临床反馈信息发现, 西医常规抗感染等治疗在短期内可发挥较好效果, 本着提高临床治疗效果、改善患者生活质量的目的, 笔者在长期临床实践中采用中医药促进肛瘘术后创面愈合取得了实质性进展。

肛瘘在中医学属瘰疬、痔瘘范畴, 其中湿热下注证较为常见。一般认为术后病灶虽除, 但湿热毒邪尚存, 湿热浸淫, 下注魄门, 引起气血蕴结, 经络不畅; 此外, 术后血脉受损, 气血郁滞, 经脉不通, 不通则痛, 故有创面疼痛和肿胀; 气血郁滞, 经脉不畅, 则肌肉不得濡养, 新肉不生, 故肛瘘术后创面愈合缓慢。因此, 治疗当以清热解毒、利湿消肿为法则。

萆薢渗湿汤为《疡科心得集》中治疗湿热下注之疔疮的重要方剂, 方中萆薢利水, 分清化浊; 薏苡仁利水渗湿, 泽泻渗湿泄热, 赤苓分利湿热, 滑石利水通淋, 通草清热利湿, 使下焦湿热自小便排出; 再配以牡丹皮清热凉血、活血化瘀; 黄柏清热燥湿、泻火解毒。全方共奏导湿下行、清热利水之功效。五味消毒饮来自《医宗金鉴》, 功用清热解毒, 散结消肿。方中金银花清热解毒, 消散痈肿; 紫花地丁、蒲公英、野菊花、紫背天葵子清热解毒, 凉血, 消肿散结; 配合成方, 共奏清热解毒、散结消肿之功。

中药熏洗法是中医治疗肛门疾病的传统疗法。该法借助热力给药, 促进局部血液循环, 药物直接接触创面, 使药物的有效成分透过皮肤黏膜进入体内, 极

大提高了药物的利用度^[6~7]。在本研究中, 笔者采用萆薢渗湿汤联合五味消毒饮熏洗治疗高位肛瘘术后湿热下注证, 结合了两方的治疗效果, 疗效良好。

本研究结果显示, 加用萆薢渗湿汤联合五味消毒饮熏洗治疗高位肛瘘术后湿热下注证可显著改善患者创面疼痛、肿胀和渗出症状, 促进创面愈合; 治疗组总有效率高达 91.84%, 明显优于对照组。提示加用萆薢渗湿汤联合五味消毒饮熏洗治疗高位肛瘘术后湿热下注证患者可促进创面愈合, 疗效确切, 值得在临床推广应用。

[参考文献]

- [1] 王晏美, 安阿玥, 范学顺. 不同术式治疗高位肛瘘 98 例临床观察[J]. 北京中医药大学学报, 2005, 28(3): 90-91.
- [2] 蔡明明. 肛瘘术后创面愈合的中西医研究进展[J]. 中国中医药现代远程教育, 2011, 24(9): 141-142.
- [3] 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: 131-133.
- [4] 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, 2003, 9(3): 160-161.
- [5] Katherine J, Desnevesa, Bree E, et al. Treatment with supplementary arginine, vitamin C and Zinc in patients with pressure ulcers: a randomised controlled trial[J]. Clinical Nutrition, 2005, 24(6): 979-987.
- [6] 瞿胤, 杨巍, 郑德, 等. 不同浓度及熏洗时间的促愈熏洗方对肛瘘术后并发症的影响[J]. 世界中医药, 2013, 8(12): 1417-1419.
- [7] 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.

(责任编辑: 吴凌)