# 愈创生肌汤联合中药外熏洗治疗肛瘘术后湿热下注证临床研究

蒋胜华，赵亮亮，刘波南

衢州市中医医院肛肠科，浙江 衢州 324000

［摘要］**目的：**观察愈创生肌汤联合中药外熏洗治疗肛瘘术后湿热下注证的疗效。**方法：**选择205例肛瘘手术患者，按随机数字表法分为高锰酸钾组52例、愈创生肌汤组50例、中药外熏洗组51例、联合组52例。术后高锰酸钾组给予高锰酸钾溶液熏洗，愈创生肌汤组给予愈创生肌汤口服，中药外熏洗组给予中药外熏洗治疗，联合组给予愈创生肌汤联合中药外熏洗治疗。4组均连续治疗21 d。比较4组临床疗效及创面愈合情况，比较4组术后、术后21 d创面症状评分、炎性因子[超敏C-反应蛋白（hs-CRP）、肿瘤坏死因子-α（TNF-α）]、血管内皮生长因子（VEGF）水平及安全性指标值的变化。**结果：**联合组总有效率为96.15%，高锰酸钾组、愈创生肌汤组和中药外熏洗组临床疗效分别为84.62%、82.00%、82.35%（$P<0.05$）。术后当天，4组中医证候积分比较，差异无统计学意义（$P>0.05$）。术后21 d，4组中医证候积分均较术后当天下降（$P<0.05$），联合组中医证候积分低于高锰酸钾组、愈创生肌汤组、中药外熏洗组（$P<0.05$）。术后7 d，4组创面愈合率比较，差异无统计学意义（$P>0.05$）。术后14 d、术后21 d，联合组创面愈合率高于高锰酸钾组、愈创生肌汤组、中药外熏洗组（$P<0.05$）；联合组创面渗液时间、创面愈合时间均短于高锰酸钾组、愈创生肌汤组、中药外熏洗组（$P<0.05$）。术后当天，4组水肿、肉芽、疼痛创面症状评分比较，差异无统计学意义（$P>0.05$）。术后21 d，4组水肿、肉芽、疼痛创面症状评分均较术后当天下降（$P<0.05$），联合组均低于高锰酸钾组、愈创生肌汤组、中药外熏洗组（$P<0.05$）。联合组肉芽组织水肿发生率、肉芽组织溃疡发生率均低于高锰酸钾组、愈创生肌汤组、中药外熏洗组（$P<0.05$）。术后21 d，4组TNF-α、hs-CRP水平均较术后当天下降（$P<0.05$），VEGF水平均较术后当天上升（$P<0.05$）；联合组TNF-α、hs-CRP水平均低于高锰酸钾组、愈创生肌汤组、中药外熏洗组（$P<0.05$），VEGF水平高于高锰酸钾组、愈创生肌汤组、中药外熏洗组（$P<0.05$）。联合组创口感染发生率、尿潴留发生率、便秘发生率与其他3组比较，差异均无统计学意义（$P>0.05$）。**结论：**愈创生肌汤联合外熏洗治疗肛瘘术后湿热下注证疗效较好，可促进术后创面愈合，提升创面愈合质量，减轻创面症状。

［关键词］肛瘘；术后；湿热下注证；愈创生肌汤；中药熏洗；创面愈合

［中图分类号］R657.16　［文献标志码］A　［文章编号］0256-7415（2024）05-0100-08

DOI：10.13457/j.cnki.jncm.2024.05.020

## Clinical Study on Yuchuang Shengji Decoction Combined with External Fumigation and Washing of Chinese Medicine for Damp-Heat Pouring Downward Syndrome After Surgery for Anal Fistula

*JIANG Shenghua, ZHAO Liangliang, LIU Bonan*

Department of Anorectal, Quzhou Hospital of Traditional Chinese Medicine, Quzhou Zhejiang 324000, China

**Abstract: Objective:** To observe the curative effect of Yuchuang Shengji Decoction combined with external fumigation and washing of Chinese medicine on damp-heat pouring downward syndrome after

［收稿日期］2023-09-22
［修回日期］2023-12-22
［基金项目］衢州市指导性科技攻关项目（2023ZD026）
［作者简介］蒋胜华（1989-），男，主治医师，E-mail：15695700157@163.com。

surgery for anal fistula. **Methods**: A total of 205 cases of patients underwent surgery for anal fistula were selected and divided into the Potassium Permanganate group, the Yuchuang Shengji Decoction group, the external fumigation and washing of Chinese medicine group and the combination group according to the random number table method, with 52, 50, 51 and 52 cases in each group respectively. After surgery, the Potassium Permanganate group was treated with fumigation and washing with Potassium Permanganate solution, the Yuchuang Shengji Decoction group was given the oral administration of Yuchuang Shengji Decoction, the external fumigation and washing of Chinese medicine group was treated with external fumigation and washing of Chinese medicine, and the combination group was treated with Yuchuang Shengji Decoction combined with external fumigation and washing of Chinese medicine. All the groups were treated for 21 days. The clinical effects and wound healing were compared among the four groups. The changes in wound symptom scores, inflammatory factors [hypersensitive C-reactive protein (hs-CRP), and tumor necrosis factor-α (TNF-α)], vascular endothelial growth factor (VEGF) levels and safety indexes after surgery and in 21 days after surgery were compared among the four groups. **Results**: The total effective rate was 96.15% in the combination group, 84.62% in the Potassium Permanganate group, 82.00% in the Yuzhuang Shengji Decoction group and 82.35% in the external fumigation and washing of Chinese medicine group ($P<0.05$). On the day after surgery, there was no significant difference being found in the comparison of traditional Chinese medicine (TCM) syndrome scores among the four groups ($P>0.05$). On the day 21 after surgery, TCM syndrome scores in the four groups were decreased when compared with those on the day after surgery ($P<0.05$), and the score in the combination group was lower than those in the other three groups ($P<0.05$). On the day 7 after surgery, there was no significant difference being found in the comparison of wound healing rates among the four groups ($P>0.05$). On the days 14 and 21 after surgery, the wound healing rates in the combination group were higher than those in the other three groups ($P<0.05$), and the wound exudate time and healing time in the combination group were shorter than those in the other three groups ($P<0.05$). On the day after surgery, there was no significant difference being found in the comparison of the scores of wound symptoms like edema, granulation and pain among the four groups ($P>0.05$). On the day 21 after surgery, the scores of wound symptoms like edema, granulation and pain in the four groups were decreased when compared with those on the day after surgery ($P<0.05$), and the scores in the combination groups were lower than those in the other three groups ($P<0.05$). The incidence of granulation tissue edema and granulation tissue ulcer in the combination group was lower than those in the other three groups ($P<0.05$). On the day 21 after surgery, the levels of TNF-α and hs-CRP in the four groups were decreased when compared with those on the day after surgery ($P<0.05$), and VEGF levels were increased when compared with those on the day after surgery ($P<0.05$); the levels of TNF-α and hs-CRP in the combination group were lower than those in the other three groups ($P<0.05$), and the level of VEGF was higher than those in the other three groups ($P<0.05$). There was no significant difference being found in the comparison of the incidence of wound infection, urinary retention and constipation between the combination group and the other 3 groups ($P>0.05$). **Conclusion**: Yuchuang Shengji Decoction combined with external fumigation and washing has a good curative effect on damp-heat pouring downward syndrome after surgery for anal fistula, which can promote postoperative wound healing, improve wound healing quality and alleviate wound symptoms.

**Keywords**: Anal fistula; Post-surgery; Damp-heat pouring downward syndrome; Yuchuang Shengji Decoction; Fumigation and washing of Chinese medicine; Wound healing

肛瘘又称肛管直肠瘘，表现为肛门脓性液体渗出、疼痛、潮湿、瘙痒等症状。肛瘘的特点是反复发作、难以自愈，临床多通过手术直接去除病灶，尽可能减少肛管括约肌损伤，保护肛门功能[1]。肛瘘切开术是治疗低位单纯性肛瘘的重要方法，通过切开瘘管，形成开放性创面使引流通畅[2]。但由于肛门位置特殊，开放性创面容易受到大便刺激，增加感染风险，不仅延长创面愈合时间，也会增加患者痛苦度。目前临床多给予高锰酸钾溶液熏洗手术部位，但疗效尚不满意，患者仍面临创面感染、愈合延缓等问题[3]。近年来，中医药在促进创面愈合方面取得了显著成效，可通过提升免疫功能、加速创面代谢更新而促进创面愈合[4-5]。笔者以清热利湿、活血生肌为原则，将愈创生肌汤内服联合中药外熏洗用于肛瘘术后湿热下注证的治疗，报道如下。

## 1 临床资料

**1.1 诊断标准** 符合《肛周脓肿、肛瘘和直肠阴道瘘治疗指南》[6]低位单纯性肛瘘诊断标准。肛门存在流脓性液体、疼痛、肿胀等症状，肛隐窝存在1个内口窝，一条瘘管行走于外括约肌下部或浅部。

**1.2 辨证标准** 符合《中医肛肠科常见病诊疗指南》[7]中湿热下注型辨证标准。主症：肛周存在溃口，有脓液流出，脓质稠厚；肛周红肿热痛；按之有索状物通向肛内。次症：形体困重，纳呆；小便短赤，大便不爽。舌脉象：舌红、苔黄，脉滑。

**1.3 纳入标准** 符合上述肛瘘诊断标准及湿热下注型辨证标准；年龄18～65岁；首次行肛瘘切除术；术前肛门功能及形态正常；经评估患者依从性良好；患者签署知情同意书。

**1.4 排除标准** 合并急慢性感染、糖尿病等影响创面愈合的疾病；合并严重心肝肾功能障碍；伴有凝血功能障碍、血小板减少性紫癜等其他血液系统疾病或正在接受抗凝治疗；恶性肿瘤；患有精神障碍性疾病。

**1.5 剔除标准** 自行退出研究；治疗依从性差，未完成全程治疗；擅自接受其他治疗；治疗期间严重过敏。

**1.6 一般资料** 选取2022年1月—2023年6月衢州市中医医院收治的205例手术治疗的肛瘘患者，按随机数字表法分为高锰酸钾组52例、愈创生肌汤组50例、中药外熏洗组51例及联合组52例。高锰酸钾组男36例，女16例；年龄26～62岁，平均(46.49±9.22)岁；病程3～16个月，平均(11.35±3.28)个月；瘘管长度2～5.5 cm，平均(3.71±0.96)cm；切口面积2.8～7.1 $cm^2$，平均(4.83±1.21)$cm^2$。愈创生肌汤组男33例，女17例；年龄24～64岁，平均(47.53±10.16)岁；病程2～16个月，平均(11.17±3.09)个月；瘘管长度2.1～5.7 cm，平均(3.80±0.89)cm；切口面积3～6.9 $cm^2$，平均(4.97±1.14)$cm^2$。中药外熏洗组男35例，女16例；年龄24～65岁，平均(48.43±8.95)岁；病程3～18个月，平均(12.04±3.41)个月；瘘管长度1.8～5.9 cm，平均(3.86±1.03)cm；切口面积2.9～7.0 $cm^2$，平均(4.94±1.07)$cm^2$。联合组男33例，女19例；年龄25～65岁，平均(47.66±10.13)岁；病程3～18个月，平均(11.74±3.42)个月；瘘管长度1.8～5.8 cm，平均(3.62±1.04) cm；切口面积3～6.8 $cm^2$，平均(4.77±1.10)$cm^2$。4组一般资料比较，差异无统计学意义($P>0.05$)，具有可比性。本研究经衢州市中医医院医学伦理委员会审查批准(2023-08-232)。

## 2 治疗方法

所有患者术后均常规给予对症止痛、抗感染治疗，每天换药2次。高锰酸钾组患者给予高锰酸钾溶液熏洗，愈创生肌汤组患者给予愈创生肌汤口服，中药外熏洗组患者给予中药外熏洗治疗，联合组患者给予愈创生肌汤联合中药外熏洗治疗。

**2.1 高锰酸钾组** 取0.1 g高锰酸钾片(济南康福生制药有限公司，国药准字H37022233)加入清水1.5 L，水温维持37 ℃左右，坐浴15 min，每天1次，连续治疗21 d。

**2.2 愈创生肌汤组** 给予愈创生肌汤口服。处方：当归、牡丹皮、薏苡仁、泽泻各15 g，金银花、黄柏、栀子各9 g，白芷、白及、川牛膝、黄芩各6 g。每天1剂，由衢州市中医医院药房统一煎煮，加水煎煮至300 mL，早、晚温服，连续治疗21 d。

**2.3 中药外熏洗组** 给予中药外熏洗治疗。处方：苦参、黄柏各30 g，金银花、仙鹤草、大黄各15 g，丹参12 g，地榆炭10 g，冰片、甘草各6 g。上述药物放入盆内，加入1 L水，加热至60 ℃，置于坐浴椅下熏疗15 min，再坐浴5 min，坐浴完毕后使用毛巾擦干，医用敷料覆盖，每天1次，连续治疗21 d。

**2.4 联合组** 给予愈创生肌汤联合中药外熏洗治

疗，具体方法同愈创生肌汤组及中药外熏洗组一致。

## 3　观察指标与统计学方法

**3.1　观察指标**　①临床疗效。②中医证候积分。参照《中医病证诊断疗效标准》[8]评估中医症状，主症根据严重程度无症状、轻度、中度、重度分别计分0、2、4、6分，次症分别计分0、1、2、3分，总分24分，得分越高代表中医症状越严重。③创面愈合速度。观察并记录患者术后当天、7 d、14 d、21 d的创面面积，统计术后7 d、术后14 d、术后21 d的创面愈合率，创面愈合率=术后21 d创面面积/术后当天创面面积×100%。统计创面渗液时间和创面愈合时间（创面完全上皮化所需的时间）。④创面并发症。记录2组肉芽组织水肿和溃疡发生情况，肉芽色淡且呈水肿样、表面高出皮肤、触时可浮动，则判定为肉芽组织水肿；创面呈紫黑色甚至坏死，肉芽创缘呈堤状隆起，外观表面多有凹陷，则判定为溃疡。⑤创面症状评分。分别于术后当天、术后21 d对患者进行创面症状评估，根据创面水肿、肉芽生长、创面疼痛情况分别计分0、1、2、3分，得分越高代表创面水肿和疼痛越轻，肉芽生长情况越好。⑥炎性因子和血管内皮生长因子（VEGF）。分别于术后当天、术后21 d抽取2组外周静脉血，检测炎性因子超敏C-反应蛋白（hs-CRP）、肿瘤坏死因子-α（TNF-α）和VEGF水平。⑦安全性评价。统计患者治疗期间出现的创口感染、尿潴留、便秘发生率。

**3.2　统计学方法**　应用SPSS23.0统计学软件进行数据分析。计数资料以百分比（%）表示，采用$\chi^2$检验，计量资料以均数±标准差（$\bar{x}\pm s$）表示，组间比较采用独立样本$t$检验，组内比较采用配对样本$t$检验。$P<0.05$表示差异有统计学意义。

## 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》[8]和临床经验进行疗效评价。痊愈：创面愈合，临床症状消失，无创面疼痛、肿胀、渗出液等情况，疗效指数＞90%；显效：创面基本愈合，可见新鲜肉芽组织，临床症状显著改善，基本无创面疼痛、肿胀、渗出液情况，疗效指数70%～90%；有效：创面部分愈合，创面可见鲜红肉芽组织，临床症状有所改善，存在轻微创面疼痛、肿胀、渗出液等情况，30%≤疗效指数＜70%；无效：创面未有效愈合，创面组织色暗，少见肉芽，创面疼痛、肿胀、渗出液明显，疗效指数＜30%。疗效指数=（治疗前中医证候积分-治疗后中医证候积分）/治疗前中医证候积分×100%。

**4.2　4组临床疗效比较**　见表1。联合组总有效率为96.15%，高锰酸钾组、愈创生肌汤组和中药外熏洗组临床疗效分别为84.62%、82.00%、82.35%（$P<0.05$）。高锰酸钾组、愈创生肌汤组、中药外熏洗组之间比较，差异均无统计学意义（$P>0.05$）。

**表1　4组临床疗效比较**　例（%）

| 组　别 | 例数 | 痊愈 | 显效 | 有效 | 无效 | 总有效 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 高锰酸钾组 | 52 | 15（28.85） | 19（36.54） | 10（19.23） | 8（15.38） | 44（84.62） |
| 愈创生肌汤组 | 50 | 13（26.00） | 20（40.00） | 8（16.00） | 9（18.00） | 41（82.00） |
| 中药外熏洗组 | 51 | 14（27.45） | 17（33.33） | 11（21.57） | 9（17.65） | 42（82.35） |
| 联合组 | 52 | 17（32.69） | 22（42.31） | 11（21.15） | 2（3.85） | 50（96.15）① |

注：①与高锰酸钾组、愈创生肌汤组、中药外熏洗组比较，$P<0.05$

**4.3　4组中医证候积分比较**　见表2。术后当天，4组中医证候积分比较，差异无统计学意义（$P>0.05$）。术后21 d，4组中医证候积分均较术后当天下降（$P<0.05$），联合组中医证候积分低于高锰酸钾组、愈创生肌汤组、中药外熏洗组（$P<0.05$）；高锰酸钾组、愈创生肌汤组、中药外熏洗组之间2项积分比较，差异均无统计学意义（$P>0.05$）。

**表2　4组中医证候积分比较（$\bar{x}\pm s$）**　分

| 组　别 | 例数 | 主症积分 | | 次症积分 | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | 术后当天 | 术后21 d | 术后当天 | 术后21 d |
| 高锰酸钾组 | 52 | 11.64±2.67 | 6.31±1.82① | 4.18±0.60 | 2.43±0.52① |
| 愈创生肌汤组 | 50 | 12.13±3.12 | 5.99±1.65① | 4.30±0.29 | 2.18±0.49① |
| 中药外熏洗组 | 51 | 11.89±2.87 | 5.78±1.73① | 4.26±0.34 | 2.32±0.54① |
| 联合组 | 52 | 12.25±3.30 | 4.62±1.34①② | 4.15±0.39 | 1.34±0.35①② |

注：①与本组术后当天比较，$P<0.05$；②与高锰酸钾组、愈创生肌汤组、中药外熏洗组比较，$P<0.05$

**4.4　4组术后创面愈合速度比较**　见表3。术后7 d，4组创面愈合率比较，差异无统计学意义（$P>0.05$）。术后14 d、术后21 d，联合组创面愈合率高于高锰酸钾组、愈创生肌汤组、中药外熏洗组（$P<0.05$）。联合组创面渗液时间、创面愈合时间均短于高锰酸钾组、愈创生肌汤组、中药外熏洗组（$P<0.05$）；高锰酸钾组、愈创生肌汤组、中药外熏洗组之间比

较，差异均无统计学意义（$P>0.05$）。

**4.5　4组创面症状评分比较**　见表4。术后当天，4组水肿、肉芽、疼痛创面症状评分比较，差异无统计学意义（$P>0.05$）。术后21 d，4组水肿、肉芽、疼痛创面症状评分均较术后当天下降（$P<0.05$），联合组均低于高锰酸钾组、愈创生肌汤组、中药外熏洗组（$P<0.05$）。高锰酸钾组、愈创生肌汤组、中药外熏洗组之间比较，差异均无统计学意义（$P>0.05$）。

**4.6　4组炎性因子和VEGF水平比较**　见表5。术后当天，4组TNF-α、hs-CRP、VEGF水平比较，差异无统计学意义（$P>0.05$）。术后21 d，4组TNF-α、hs-CRP水平均较术后当天下降（$P<0.05$），VEGF水平均较术后当天上升（$P<0.05$）；联合组TNF-α、hs-CRP水平均低于高锰酸钾组、愈创生肌汤组、中药外熏洗组（$P<0.05$），VEGF水平高于高锰酸钾组、愈创生肌汤组、中药外熏洗组（$P<0.05$）；高锰酸钾组、愈创生肌汤组、中药外熏洗组之间3项指标值比较，差异无统计学意义（$P>0.05$）。

**表3　4组术后创面愈合速度比较（$\bar{x}\pm s$）**

| 组　别 | 例数 | 创面愈合率（%） | | | 创面渗液时间（d） | 创面愈合时间（d） |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 术后7 d | 术后14 d | 术后21 d | | |
| 高锰酸钾组 | 52 | 21.62±3.88 | 49.42±8.33 | 81.34±9.61 | 8.73±2.64 | 23.43±5.19 |
| 愈创生肌汤组 | 50 | 20.89±4.15 | 48.66±7.65 | 80.23±10.14 | 9.10±2.77 | 24.15±6.08 |
| 中药外熏洗组 | 51 | 21.44±3.96 | 50.01±6.99 | 81.57±8.58 | 8.56±2.38 | 23.61±5.46 |
| 联合组 | 52 | 22.57±4.79 | 53.90±7.20① | 85.89±7.12① | 8.14±2.30① | 20.56±4.68① |

注：①与高锰酸钾组、愈创生肌汤组、中药外熏洗组比较，$P<0.05$

**表4　4组创面症状评分比较（$\bar{x}\pm s$）**　分

| 组　别 | 例数 | 水肿 | | 肉芽 | | 疼痛 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 术后当天 | 术后21 d | 术后当天 | 术后21 d | 术后当天 | 术后21 d |
| 高锰酸钾组 | 52 | 2.59±0.23 | 1.15±0.37① | 2.28±0.35 | 1.21±0.40① | 2.68±0.24 | 1.35±0.43① |
| 愈创生肌汤组 | 50 | 2.44±0.30 | 1.09±0.32① | 2.16±0.29 | 1.18±0.37① | 2.71±0.21 | 1.42±0.43① |
| 中药外熏洗组 | 51 | 2.63±0.19 | 1.12±0.29① | 2.23±0.34 | 1.24±0.40① | 2.65±0.18 | 1.39±0.43① |
| 联合组 | 52 | 2.65±0.21 | 0.92±0.28①② | 2.24±0.39 | 0.97±0.31①② | 2.71±0.20 | 1.08±0.35①② |

注：①与本组术后当天比较，$P<0.05$；②与高锰酸钾组、愈创生肌汤组、中药外熏洗组比较，$P<0.05$

**表5　4组炎性因子及VEGF水平比较（$\bar{x}\pm s$）**

| 组　别 | 例数 | TNF-α（pg/mL） | | hs-CRP（mg/L） | | VEGF（pg/mL） | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 术后当天 | 术后21 d | 术后当天 | 术后21 d | 术后当天 | 术后21 d |
| 高锰酸钾组 | 52 | 23.15±3.97 | 12.58±3.14① | 39.49±8.35 | 15.73±4.28① | 72.14±9.63 | 103.82±19.48① |
| 愈创生肌汤组 | 50 | 22.49±4.64 | 11.90±2.97① | 38.55±7.64 | 15.43±3.87① | 71.36±8.49 | 101.74±21.06① |
| 中药外熏洗组 | 51 | 23.53±3.81 | 12.37±3.24① | 39.10±9.22 | 15.60±4.14① | 71.88±7.96 | 104.35±18.55① |
| 联合组 | 52 | 22.37±4.65 | 10.49±3.36①② | 38.53±7.74 | 13.46±3.52①② | 70.54±8.79 | 115.89±24.91①② |

注：①与本组术后当天比较，$P<0.05$；②与高锰酸钾组、愈创生肌汤组、中药外熏洗组比较，$P<0.05$

**4.7　4组创面并发症发生率比较**　见表6。联合组肉芽组织水肿发生率、肉芽组织溃疡发生率均低于高锰酸钾组、愈创生肌汤组、中药外熏洗组（$P<0.05$）。高锰酸钾组、愈创生肌汤组、中药外熏洗组之间2项并发症发生率比较，差异均无统计学意义（$P>0.05$）。

**表6　4组创面并发症发生率比较**　例（%）

| 组　别 | 例数 | 肉芽组织水肿 | 肉芽组织溃疡 |
|---|---|---|---|
| 高锰酸钾组 | 52 | 20（38.46） | 8（14.58） |
| 愈创生肌汤组 | 50 | 22（44.00） | 9（18.00） |
| 中药外熏洗组 | 51 | 19（37.25） | 8（15.67） |
| 联合组 | 52 | 9（17.31）① | 2（2.08）① |

注：①与高锰酸钾组、愈创生肌汤组、中药外熏洗组比较，$P<0.05$

**4.8　4组创口感染、尿潴留、便秘发生率比较**　见表7。联合组创口感染发生率、尿潴留发生率、便秘发生率与其他3组比较，差异均无统计学意义（$P>0.05$）。

**表7　4组创口感染、尿潴留、便秘发生率比较**　例（%）

| 组　别 | 例数 | 创口感染 | 尿潴留 | 便秘 |
|---|---|---|---|---|
| 高锰酸钾组 | 52 | 5（9.62） | 4（7.69） | 6（11.54） |
| 愈创生肌汤组 | 50 | 6（12.00） | 3（6.00） | 4（8.00） |
| 中药外熏洗组 | 51 | 4（7.84） | 5（9.80） | 5（9.80） |
| 联合组 | 52 | 3（5.77） | 1（1.92） | 2（3.85） |

## 5　讨论

肛瘘是肛门直肠周围脓肿破溃或切口引流的后遗病变，临床表现为自瘘外口流出分泌物，患者常感局部潮湿、瘙痒、疼痛等不适症状，该病常反复发作，多难以自愈。肛瘘切开术是治疗肛瘘的最主要方式，切开瘘管后充分切除两侧边缘的瘢痕组织，形成开放性创面使引流通畅。术后创面愈合需要经历坏死组织脱落、肉芽增生、瘢痕修复等过程，由于特殊的病变位置，肛瘘术后创面容易受到大便刺激，反复引起伤口疼痛、肉芽水肿甚至溃疡。相比于常规外科手术，肛瘘患者术后坏死组织脱落期较长，创面愈合所需时间更久，如何加速创面愈合成为肛瘘术后治疗的重要环节[9]。高锰酸钾溶液熏洗患处是肛瘘术后的常用治疗措施，虽然可一定程度上清洁创面，预防感染，但是效果有限，仍需探索更加有效的治疗方式。

肛瘘术后创面归属于中医溃疡、疮疡范畴，本病多属于正虚邪恋、湿热下注之证，其发病多由于湿热内生，蕴结肠道，下注肛门，久之肉腐成脓，发为溃疡、脓肿。创面愈合依赖于机体经络通调、气血充足，而肛瘘术后素体虚弱，气血运行虚衰，伤口濡养不足，湿热之邪长期滞留创面，阻碍腐肉去除和新肉生长。故中医治疗本病应以清热利湿、活血生肌为原则。本研究愈创生肌汤方中黄芩、黄柏为君药，黄芩主入大肠经，可除大肠之火而泻火解毒，也可清利湿热，祛肠中湿热；黄柏苦泄寒清，既清热泻火而解热毒，也可燥湿利水而解湿毒，是治湿热火毒之要药，配伍黄芩，清热燥湿功效大增。薏苡仁清热燥湿、除痹排脓；泽泻利水渗湿，泄热降浊；金银花、栀子清热解毒、消炎祛肿；四药合用，可清肠中湿热，排脓消痈，共为臣药。当归、牡丹皮清热凉血、活血化瘀，乃消肿疗伤之良药，具有抗炎和抗氧化特性，可减少炎症引起的组织损伤；白芷止痛消肿、消疮排脓，白及止血生肌，配伍活血化瘀药，可加速溃脓排出、创面修复。川牛膝为使药，调和诸药，兼活血逐瘀功效。全方合用，共奏清热燥湿、活血生肌、消肿止痛之功效。

中医内治疗法注重整体论治，起效往往较慢，外治疗法可直达皮肤和病变部位，药物中的有效成分可以直接渗透至患处，维持高浓度药效，起效快[10]。中药熏洗一直是治疗外伤的可靠外治疗法，利用蒸汽或药液熏洗伤口及周围，以达到治疗和促进伤口愈合的作用[11]。本研究外熏洗方剂由苦参、黄柏、金银花、大黄、仙鹤草、地榆炭、冰片组成，苦参、黄柏清热燥湿、凉血解毒，可除大肠湿热；二者配伍，可有效缓解大肠湿热所致便血、肿痛症状，共为君药。金银花、大黄清热解毒、凉血泻火，冰片清热生肌、消肿止痛，三者共为臣药。仙鹤草有收敛止血功效，地榆炭可凉血止血、解毒敛疮，丹参活血化瘀、凉血消痈，配伍仙鹤草、地榆炭可加快局部血运，发挥排脓生肌、修复创面组织作用。甘草清热解毒、调和诸药。上述药物配伍，共奏清热解毒、利湿消肿、凉血止血之功效。

创面愈合速度和愈合率是影响术后恢复的重要因素，加快术后创面愈合至关重要。本研究结果显示，相比于单一治疗的高锰酸钾组、愈创生肌汤组和中药外熏洗组，采取中医联合治疗的联合组总有效率和术后14 d、术后21 d创面愈合率、创面渗液时间、创面愈合时间明显更优，说明愈创生肌汤联合中药外熏洗能够加速肛瘘术后创面坏死组织脱落，提升创面愈合速度，加速创面愈合。由于肛瘘特殊的手术位置，术后频繁接触大便，创面肉芽组织容易水肿和溃疡。本研究联合组患者肉芽组织水肿率和溃疡率较高锰酸钾组患者均有所降低，说明愈创生肌汤联合中药外熏洗能够提升肛瘘术后创面愈合质量，减少创面水肿和溃疡的发生。愈创生肌汤内服可从整体出发，从内调理，发挥清热利湿、活血解毒之功效。中药外熏洗可与患处直接接触，利用热力促进药物快速吸收起效，达到“药达病所，投之可治”的目的[12]。愈创生肌汤与外熏洗内外

联用可除病机之根本，从内清热利湿、活血解毒，从外消肿止痛、收敛止血，内外联合加速创面愈合。

创面愈合是一个复杂的过程，需经历炎症、新生血管形成、纤维繁殖增生、组织重建和重塑、瘢痕形成等阶段。炎症阶段是创面愈合的第一个阶段，通常开始于创伤发生后的几个小时内，并持续至创面完全愈合，这一阶段身体会释放血小板和炎症细胞以控制出血并清除创伤区域的细菌和死亡组织[13]。TNF-α是一种促炎因子，也是免疫系统的重要组成，当机体受到损伤或感染时，可大量释放并激活多种炎性细胞引发炎症反应，也会吸引多种免疫细胞聚集于炎症部位来清除感染组织，增强炎症反应。hs-CRP是一个敏感的炎症标志物，当身体受到感染、损伤或其他炎症刺激时，肝脏会增加产生CRP，可用于评估炎症状态。既往研究显示[3]，肛瘘患者围术期TNF-α、hs-CRP均处于异常升高状态，缓解炎症反应有助于疾病快速恢复。本研究结果显示，经过治疗后，联合组TNF-α、hs-CRP水平均低于高锰酸钾组、愈创生肌汤组和中药外熏洗组，说明愈创生肌汤联合中药外熏洗可下调炎症因子，减轻炎症反应，从而加速创面愈合进程。这得益于多种药理成分[14-16]：黄芩中的黄芩素、黄柏中的主要活性成分黄柏碱已被证实具有抑制炎症细胞因子的功能，可降低TNF-α和白细胞介素-1β(IL-1β)、IL-6的合成与释放，帮助减轻炎症反应；金银花含有黄酮类、挥发性油和其他活性化合物，具有抗炎特性，可减轻炎症反应；当归被认为具有抗炎作用，特别是对于一些炎症性疾病，可以通过抑制炎症介质的产生和调节免疫系统来减轻炎症；白芷中的活活性成分香豆素、黄酮类化合物和挥发油具有抗炎潜力，能够减轻炎症引起的疼痛、红肿和肿胀；牡丹皮中的活性成分丹皮酚可下调IL-1β、TNF-α水平，减轻其诱导的炎症反应。

新生血管形成是创伤愈合和组织修复过程的关键阶段，这一阶段机体会分泌一些生长因子和细胞信号物质如VEGF和纤维芽细胞生长因子(FGF)，来刺激血管生成，以供应更多氧气和营养物质[17-18]。VEGF是一种生长因子，被释放于损伤的组织中，可刺激附近的血管内皮细胞增殖、迁移和分化，形成新的血管网络，达到改善受伤组织的血液供应、促进创面愈合和修复的目的。本研究结果显示，术后21 d 4组VEGF水平较术后当天显著升高，且联合组显著高于单一治疗组，这说明中医疗法能够上调VEGF表达，有助于血管新生和肉芽生长。现代药理学研究显示[19-20]，黄芩中的黄酮类化合物可抑制VEGF的表达，阻止血管内皮细胞的迁移和增殖，从而抑制血管生成；丹参可扩张血管、改善血液循环，良好的血液循环有助于新生血管的形成和创面愈合；当归可提升VEGF表达，对新生血管具有促进作用。鉴于本研究并未开展药理试验，愈创生肌汤联合中药外熏洗调节新生血管形成的作用机制仍需深入探讨。

综上，愈创生肌汤联合外熏洗治疗肛瘘术后湿热下注证疗效较好，可促进术后创面愈合，提升创面愈合质量，减轻创面症状。

## [参考文献]

[1] LOBASCIO P, BALDUCCI G, MINAFRA M, et al. Adipose-derived stem cells (MYSTEM EVO Technology) as a treatment for complex trans sphincteric anal fistula[J]. Techniques in Coloproctology, 2018, 22(5): 373-377.

[2] 陈富军，咎朝元，原相军，等. 切除袋形缝合术治疗低位单纯性肛瘘的临床研究[J]. 中国中西医结合外科杂志，2018，24(1)：86-89.

[3] 冷涛，谢振年，韩小勇，等. 蕈蘚渗湿汤加减内服联合协定方熏洗治疗单纯低位肛瘘术后湿热下注证患者效果观察[J]. 北京中医药，2022，41(8)：925-929.

[4] 章慧，陈诚，袁艳春. 蕈蘚渗湿汤口服联合中药熏洗治疗肛瘘术后的临床效果评价[J]. 四川中医，2022，40(5)：125-128.

[5] 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.

[6] VOGEL J D, JOHNSON E K, MORRIS A M, et al. Clinical Practice Guideline for the Management of Anorectal Abscess, Fistula-in-Ano, and Rectovaginal Fistula[J]. Dis Colon Rectum, 2016, 59(12): 1117-1133.

[7] 中华中医药学会. 中医肛肠科常见病诊疗指南[M]. 北京：中国中医药出版社，2012：10-13.

[8] 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，1994：55，131-133.

[9] 宋长满，董毅，朱美誉. 肛周脓肿及肛瘘术后为促进创面愈合应用中医祛腐生肌法联合京万红软膏的价值探讨[J]. 中国实用医药，2018，13(6)：129-130.

[10] 张小风，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.

[11] 叶国勇. 清热解毒中药内服联合外熏对肛周脓肿及肛瘘术后创面的影响[J]. 新中医，2020，52(18)：85-88.
[12] 闫锦娜，李辉，闫绯. 中药熏洗联合艾灸治疗肛瘘术后疼痛的效果[J]. 重庆医学，2021，50(S02)：48-50.
[13] NOSENKO M A，AMBARYAN S G，DRUTSKAYA M S. Proinflammatory cytokines and skin wound healing in mice[J]. Mol Biol (Mosk)，2019，53(5)：653-664.
[14] 李先宽，冯杉，郑艳超，等. 黄柏与关黄柏的化学成分及生物活性研究进展[J]. 药物评价研究，2019，42(5)：1033-1037.
[15] JANG M H，KIM K Y，SONG P H，et al. Moutan cortex protects hepatocytes against oxidative injury through amp- activated protein kinase pathway[J]. Biological & Pharmaceutical Bulletin，2017，40(6)：797-806.
[16] 王芳，黄超培，李彬，等. 复方蜂胶金银花提取物对炎症大鼠和小鼠的抗炎作用[J]. 广西医学，2018，40(16)：1833-1836.
[17] FIERRO F，MAGNER N，BEEGLE J，et al. Mesenchymal stem/stromal cells genetically engineered to produce vascular endothelial growth factor for revascularization in wound healing and ischemic conditions[J]. Transfusion，2019，59(S1)：893-897.
[18] 董万青，于洪顺，田颖，等. 中药化瘀生肌方对高位复杂肛瘘术后创面愈合的疗效观察[J]. 北京中医药，2017，36(11)：1027-1029.
[19] 秦臻，黄水清. 当归补血汤对动脉粥样硬化兔内皮祖细胞及血清VEGF、SDF-1的影响[J]. 中国病理生理杂志，2012，28(2)：211-215.
[20] 宋红群，王宁，张延新. 黄芩素对人结肠癌裸鼠移植瘤生长及小鼠血清VEGF、TNF-α水平的影响[J]. 中国医药科学，2015，5(23)：28-30，45.

(责任编辑：吴凌，郭雨驰)