

肛周脓肿术后分期外用苦柏油与促愈油促进创面愈合的临床观察[△]

陈 婷^{1,2*}, 李五生^{3#}(1.西南医科大学研究生院, 四川 泸州 646000; 2.成都市第三人民医院肛肠科, 成都 610000; 3.西南医科大学附属中医院肛肠科, 四川 泸州 646000)

中图分类号 R45 文献标志码 A 文章编号 1001-0408(2018)02-0233-04

DOI 10.6039/j.issn.1001-0408.2018.02.21

摘要 目的:探讨在肛周脓肿术后分期外用苦柏油与促愈油促进创面愈合的疗效和安全性。方法:选择成都市第三人民医院2014年1月—2016年1月收治的肛周脓肿患者125例为观察对象,按入院时间随机分为对照组(60例)、观察组(65例)。两组患者均接受肛周脓肿切开引流术或挂线引流术治疗;术后在常规治疗基础上,对照组患者采用庆大霉素纱条换药治疗,观察组患者在创面炎症期采用苦柏油纱条、在肉芽生长期与上皮生长期采用促愈油纱条换药治疗。治疗4周后,对两组患者治疗效果、创面愈合情况、伤口疼痛、创面分泌物、肉芽组织生长情况等进行比较,并记录不良反应发生情况。结果:观察组患者治愈率达到80.0%,显著高于对照组的63.3% ($P < 0.05$);创面面积减小率显著高于对照组,腐肉脱落时间、创面愈合时间均显著短于对照组 ($P < 0.01$ 或 $P < 0.05$);术后第2、4周的伤口疼痛评分,第1、2、4周的创面分泌物评分、肉芽组织生长评分均显著低于对照组 ($P < 0.01$ 或 $P < 0.05$)。两组患者均未见明显不良反应发生。结果:对肛周脓肿术后患者分期外用苦柏油与促愈油,可以有效提高治疗效果,促进创面愈合,减轻术后疼痛,且安全性好。

关键词 肛周脓肿; 术后; 苦柏油; 促愈油

Clinical Observation of Kubai Oil and Cuyu Oil for External Use by Stages for Wound Healing after Perianal Abscess Operation

CHEN Ting^{1,2}, LI Wusheng³(1. Graduate School, Southwest Medical University, Sichuan Luzhou 646000, China; 2. Dept. of Proctology and Intestine Disease, Chengdu Third People's Hospital, Chengdu 610000, China; 3. Dept. of Proctology and Intestine Disease, the Affiliated TCM Hospital of Southwest Medical University, Sichuan Luzhou 646000, China)

ABSTRACT **OBJECTIVE:** To investigate therapeutic efficacy and safety of the use of Kubai oil and Cuyu oil by stages on wound healing after perianal abscess operation. **METHODS:** A total of 125 observation objects selected from Chengdu Third People's Hospital during Jan. 2014-Jan. 2016 were randomly divided into control group (60 cases) and observation group (65 cases). Both groups received perianal abscess incision drainage or thread-drawing drainage. Control group was additionally given gentamicin gauze for dressing and other treatments after surgery based on routine treatment. Observation group was given Kubai oil gauze for dressing in wound inflammation period, Cuyu oil gauze for dressing in granulation growth period and epithelial growth period. After 4 weeks of treatment, therapeutic efficacy, wound healing, wound pain, wound secretion and the growth of granulation tissue were compared between 2 groups. The occurrence of ADR was also recorded. **RESULTS:** The cure rate of observation group reached 80.0%, which was significantly higher than 63.3% of control group ($P < 0.05$); the reduction rate of wound area was significantly higher than control group, while the carrion shedding time and wound healing time were significantly lower than control group ($P < 0.01$ or $P < 0.05$). The wound pain score in 2nd, 4th week, the wound secretion score and granulation tissue growth score in 1st, 2nd, 4th week after operation were significantly lower than control group ($P < 0.01$ or $P < 0.05$). No significant ADR was found in 2 groups. **CONCLUSIONS:** For the patients underwent perianal abscess operation, the use of Kubai oil and Cuyu oil by stages can effectively improve therapeutic efficacy and wound healing, and relieve postoperative pain with good safety.

KEYWORDS Perianal abscess; After operation; Kubai oil; Cuyu oil

肛周脓肿是一类发生于肛管或直肠周围软组织,间歇的急性或慢性化脓性感染,是临床较常见的多发性肛周疾病,在肛肠疾病中的占比可达30%^[1]。肛周脓肿不能自愈,在早期使用抗生素等保守治疗也仅能延迟化脓

时间,不能避免脓肿形成,所以手术是目前治疗肛周脓肿最有效的方法^[2]。脓肿切开引流术、挂线引流术等根治性手术为保证将脓液完全引流,往往需要较大的手术创面。但由于病变的特殊位置,创面不易保持干燥,且局部细菌种类和数量较多,加之排便等影响因素,容易导致术后创面愈合延迟^[3]。肛周脓肿术后创面换药治疗被认为是创面愈合的关键因素。我国传统医学中医药通过去腐、生肌、长皮等过程参与到创面愈合的病理生

△ 基金项目:四川省科技计划项目(No.2011JY0112)

* 医师。研究方向:肛肠疾病的中西医治疗。电话:028-61318752。E-mail:Chenting2016012@sina.com

通信作者:教授,硕士生导师。研究方向:肛肠疾病的中西医治疗。电话:0830-3162226。E-mail:58422840@qq.com

理学过程,临床效果明显。基于此,本研究应用根据古方苦参汤加减、生肌玉红膏加减制备的外用药剂苦柏油、促愈油,用于肛周脓肿术后治疗,取得较好效果,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取成都市第三人民医院2014年1月—2016年1月收治的肛周脓肿患者125例为观察对象,按照入院时间随机分为对照组(60例)、观察组(65例)。诊断标准:血常规检查示中性粒细胞数量和白细胞总数增加,脓肿处轻压即流出脓液,同时结合B超及分泌物培养等进行诊断^[4]。纳入标准:(1)患者肛周脓肿诊断明确;(2)所有患者无手术禁忌证,均行脓肿切开引流术或挂线引流术;(3)患者术后创面存在分泌物和腐肉,创口时间<1个月。排除标准:(1)合并严重混合痔、中度以上结肠炎等可能影响创面愈合的疾病;(2)由肛周外伤、肛周皮肤感染、克罗恩病等引起的脓肿;(3)合并严重心、肝、肾、肺等疾病或恶性肿瘤;(4)妊娠期、哺乳期妇女或为中药过敏体质者。所有患者均知晓本研究目的、过程及意义,并签署知情同意书。本研究方案经医院医学伦理委员会审核通过。两组患者的性别、年龄、手术方式、创口面积等一般资料比较,差异均无统计学意义($P>0.05$),具有可比性,详见表1。

表1 两组患者一般资料比较($\bar{x}\pm s$)

Tab 1 Comparison of general information of patients in 2 groups($\bar{x}\pm s$)

组别	n	性别,例		年龄,岁	手术方式,例		创面面积, cm ²
		男性	女性		脓肿切开引流术	挂线引流术	
对照组	60	38	22	41.9±8.7	39	21	11.86±3.17
观察组	65	40	25	42.6±9.2	38	27	12.23±3.52
χ^2/t		0.043	0.436		0.564		0.615
P		0.836	0.497		0.453		0.382

1.2 方法

1.2.1 药物制备 苦柏油药材组成:苦参30 g,黄柏25 g,黄连15 g,白芷15 g,赤芍15 g,地榆15 g,皂角刺15 g,甘草10 g;促愈油药材组成:血竭30 g,乳香15 g,没药15 g,当归15 g,珍珠25 g,白及15 g,儿茶10 g。将选用中药以麻油浸泡3 d,加热直至药枯,滤去药渣;取液体搅拌至冷却,再高温灭菌制成换药纱条。以上操作由成都市第三人民医院制剂室专人完成。

1.2.2 治疗 患者均完成肛周脓肿切开引流术或挂线引流术,术后视患者情况使用抗菌药物;给予半流质饮食2 d;控制排便2 d,此后每日保持排便1次,便后以高锰酸钾溶液(1:5 000)坐浴。在上述常规治疗基础上,对照组患者术后创面炎性期、肉芽生长期、上皮生长期均使用庆大霉素-生理氯化钠溶液(1:1)纱条换药;观察组患者术后创面炎性期采用苦柏油纱条换药,肉芽生长期与上皮生长期采用促愈油纱条换药。所有患者均进行4周治疗。

1.3 评价指标

1.3.1 治疗效果比较 参考文献[5]制定评价标准——

①痊愈:术后创面由上皮全部覆盖,无明显疼痛感,无分泌物,且疤痕坚实、未再次发生溃烂;②显效:创面面积缩小>75%,症状明显缓解,有新鲜肉芽组织;③好转:创面面积缩小25%~75%,肉芽组织较新鲜,症状部分改善;④无效:创面面积缩小<25%,症状无缓解甚至进一步加重;⑤复发:在完全康复3个月后患者再次出现局部红肿疼痛、有波动感,经肛门专科检查确诊为肛周脓肿术后复发。痊愈率(%)=痊愈例数/总病例数×100%,复发率(%)=复发例数/总病例数×100%。

1.3.2 创面愈合情况比较 比较创面面积减小率、腐肉脱落时间及创面愈合时间。

1.3.3 伤口疼痛、创面分泌物、肉芽组织比较 ①伤口疼痛评分:在术后1、2、4周,采用疼痛视觉模拟评分法(VAS)进行评价,0分表示无疼痛,10分表示难以忍受的疼痛^[6]。②创面分泌物评分:创面干燥、洁净,表面敷料无分泌物痕迹,计0分;创面有少量分泌物,表面敷料浸湿部分<1/3,计1分;创面有中量分泌物,表面敷料浸湿部分达到1/3~2/3,计2分;创面有大量分泌物,表面敷料浸湿部分>2/3,计3分^[7]。③肉芽组织生长评分:创面基本愈合,肉芽组织生长良好,计0分;新组织生长旺盛,肉芽呈鲜红色颗粒状,计1分;新组织生长旺盛,但呈淡红色颗粒状,计2分;创面无新组织生长或者生长缓慢,呈淡暗灰色颗粒状,计3分^[7]。

1.3.4 不良反应 记录并比较两组患者治疗期间不良反应发生情况。

1.4 统计学处理

采用SPSS 18.0统计软件进行数据分析。计量资料以 $\bar{x}\pm s$ 表示,采用t检验;计数资料以率表示,采用 χ^2 检验;等级资料采用秩和检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者治疗效果比较

观察组患者治疗痊愈率达到80.0%,显著高于对照组的63.3%($\chi^2=4.299, P=0.038$);观察组复发率仅为1.5%,显著低于对照组的10.0%($\chi^2=4.266, P=0.040$);两组患者整体治疗效果比较,差异有统计学意义($Z=-2.721, P<0.01$),详见表2。

表2 两组患者治疗效果比较[例(%)]

Tab 2 Comparison of therapeutic efficacies in 2 groups[case(%)]

组别	n	痊愈	显效	好转	无效	复发
对照组	60	38(63.3)	10(16.7)	9(15.0)	3(5.0)	6(10.0)
观察组	65	52(80.0)	7(10.8)	3(4.6)	3(4.6)	1(1.5)

2.2 两组患者创面面积减小率、腐肉脱落时间、创面愈合时间比较

观察组患者创面面积减小率显著高于对照组,而腐肉脱落时间、创面愈合时间均显著短于对照组,差异均

有统计学意义($P < 0.01$ 或 $P < 0.05$), 见表3。

表3 两组患者创面面积减小率、腐肉脱落时间、创面愈合时间比较($\bar{x} \pm s$)

Tab 3 Comparison of reduction rate of wound area, carrion shedding time and wound healing time in 2 groups($\bar{x} \pm s$)

组别	n	创面面积减小率, %	腐肉脱落时间, d	创面愈合时间, d
对照组	60	52.17 ± 18.65	5.72 ± 1.61	24.97 ± 6.83
观察组	65	70.29 ± 21.38	4.69 ± 1.28	20.86 ± 4.21
t		5.059	3.937	4.010
P		<0.01	<0.05	<0.05

2.3 两组患者伤口疼痛、创面分泌物、肉芽组织比较

两组患者在术后1周VAS疼痛评分比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$), 但是在术后2、4周时观察组患者VAS疼痛评分显著低于对照组, 差异均有统计学意义($P < 0.01$)。观察组患者在术后1、2、4周时创面分泌物评分与肉芽组织生长评分均显著低于对照组, 差异均有统计学意义($P < 0.01$ 或 $P < 0.05$), 详见表4~表6。

表4 两组患者VAS疼痛评分比较($\bar{x} \pm s$)

Tab 4 Comparison of VAS pain score in 2 groups($\bar{x} \pm s$)

组别	n	术后1周	术后2周	术后4周
对照组	60	6.27 ± 2.81	4.36 ± 1.72	3.19 ± 1.22
观察组	65	5.75 ± 2.39	3.01 ± 1.56	1.53 ± 0.67
t		1.117	4.601	9.525
P		>0.05	<0.01	<0.01

表5 两组患者创面分泌物评分比较($\bar{x} \pm s$)

Tab 5 Comparison of wound secretion score in 2 groups($\bar{x} \pm s$)

组别	n	术后1周	术后2周	术后4周
对照组	60	2.59 ± 1.03	1.98 ± 0.87	1.15 ± 0.37
观察组	65	2.05 ± 0.72	1.38 ± 0.63	0.72 ± 0.16
t		3.418	3.962	8.546
P		<0.05	<0.05	<0.01

表6 两组患者肉芽组织生长评分比较($\bar{x} \pm s$)

Tab 6 Comparison of granulation tissue growth score in 2 groups($\bar{x} \pm s$)

组别	n	术后1周	术后2周	术后4周
对照组	60	2.41 ± 0.63	1.82 ± 0.55	1.20 ± 0.31
观察组	65	2.01 ± 0.57	1.46 ± 0.51	0.63 ± 0.29
t		3.726	3.797	10.621
P		<0.05	<0.05	<0.01

2.4 不良反应

两组患者在治疗过程中均未见明显不良反应发生。

3 讨论

肛周脓肿由于其特殊的发病部位, 往往存在反复细菌定植, 不能自愈, 即使采取抗感染治疗也不能逆转病程进展, 所以保守治疗往往不能取得理想效果^[2-3]。根治性手术是目前临床治疗肛周脓肿最为常用的方法, 其通过引流病变组织脓液以达到根治目的, 但是为了取得最佳的治疗效果, 创面往往较大。肛周脓肿的手术创面临近肠道, 创伤和肠道菌群环境的改变均可能引起炎症反

应, 加之排便、静脉淋巴回流受阻、括约肌痉挛等影响, 创面完全愈合需要较长时间。中医观点认为肛周脓肿属于肛门直肠“痈疽”范畴, 其病因多为酗酒厚味、燥火湿邪、外感风热致热毒瘀滞于肛周。中医药用于肛周脓肿治疗有其独特的优势, 尤其是在术后创面愈合方面。既往多在肛周脓肿引流术后以抗感染药物纱条塞填切口, 等待切口自然愈合, 但是切口愈合时间长, 易形成假愈合。而中医药通过去腐、生肌、长皮等过程参与到创面愈合的病理生理学过程, 促进创面愈合效果尤为显著, 治疗方式主要包括中药熏洗、中药坐浴、中药外用等^[8-9]。中药外用换药被认为是促进创面愈合的有效方法, 如赵永娇等^[10]采用由白芷、紫草、当归、麻油、血竭等中药制成的生肌玉红膏用于肛周脓肿术后创面换药治疗, 能明显促进感染性创面愈合。

本研究采用的苦柏油是借鉴清朝医家高秉钧所撰《疡科心得集》中的苦参汤加减进行组方, 由苦参、黄柏、黄连、白芷、赤芍、地榆、皂角刺、甘草制成, 在肛周脓肿术后炎症期使用。苦参的主要成分苦参碱具有抑菌作用, 尤其对大肠杆菌、痢疾杆菌、链球菌等肛周主要致病菌的抑菌作用明显^[11]; 黄柏也可抑制细菌生长, 现代药理学研究认为黄柏还可增强吞噬细胞功能、抑制炎症介质和细胞因子释放^[12], 改善局部炎症反应; 黄连、白芷、赤芍、地榆等可清热燥湿、泻火解毒, 可用于“痈疽疮疡”。在炎症期使用苦柏油可以明显缓解创面炎症反应, 改善局部肉芽组织生长环境。促愈油来源于治疗疮疡疾病的古医书《外科正宗》所载生肌玉红膏加减方, 由血竭、乳香、没药、当归、珍珠、白及、儿茶组成。其中血竭被认为是中医治疗“溃疡”的主要药物, 《本草纲目》记载其可“破积血, 止痛生肉, 清一切恶疮疥癣”, 有研究显示血竭可能通过调控与组织修复密切相关的Smads蛋白以促进创面修复^[13]; 乳香、儿茶、白及可止血生肌、活血止痛, 用于“痈肿疮疡, 疮疡不敛, 皮肤皴裂”^[14-15]; 没药可止痛; 当归可补血、活血, 促进血液循环。促愈油在肉芽生长期、上皮生长期使用, 可有效促进皮肤再生、创面愈合。

本研究结果显示, 采用苦柏油联合促愈油治疗的观察组患者创面面积减小程度要显著高于对照组, 表明两者联用可促进肛周脓肿术后创面恢复。与之相符合的是, 观察组患者腐肉脱落时间、创面愈合时间均要短于对照组, 进一步提示苦柏油、促愈油对肛周脓肿术后创面愈合的上佳效果。西医观点认为创面愈合是组织再生的过程, 存在复杂的病理生理学反应, 所以本研究比较了两组患者在治疗过程中的创面分泌物和肉芽组织情况。结果显示, 观察组在术后1、2、4周时创面分泌物评分与肉芽组织生长评分均显著低于对照组。术后伤口疼痛可能是肛周脓肿患者生活质量最大的影响因素, 可能直接影响到伤口愈合。本研究显示, 观察组患者术后第2、4周VAS疼痛评分显著低于对照组, 表明苦柏

依那西普联合环磷酰胺对类风湿性关节炎合并间质性肺炎患者相关指标的影响

陈良敏*, 江咏, 邢丽娟, 褚志华, 高瑾(解放军第59中心医院肾内风湿免疫科, 云南开远 661600)

中图分类号 R593.22 文献标志码 A 文章编号 1001-0408(2018)02-0236-05

DOI 10.6039/j.issn.1001-0408.2018.02.22

摘要 目的:研究依那西普联合环磷酰胺对类风湿性关节炎合并间质性肺炎(RA-IP)患者相关指标的影响。方法:84例RA-IP患者按随机数字表法分为对照组(42例)和观察组(42例)。对照组患者给予注射用依那西普25 mg,皮下注射,每周2次;观察组患者在对照组治疗的基础上给予环磷酰胺片50 mg,口服,每日1次,7 d后增加50 mg,最大剂量不超过100 mg,连用2周后休息2周再重复。两组均治疗3个月。观察两组患者治疗前后关节压痛数、关节肿胀数、晨僵时间、视觉模拟评分法(VAS)评分、28个关节疾病活动度评分(DAS28)、C反应蛋白(CRP)、红细胞沉降率(ESR)、类风湿因子(RF)、肿瘤坏死因子(TNF- α)、动脉血氧分压($p(O_2)$)、肺活量(VC)、临床评分、影像学评分、生理评分及不良反应发生情况。结果:治疗后,两组患者关节压痛数、关节肿胀数、晨僵时间、VAS评分、DAS28评分和CRP、ESR、RF、TNF- α 水平以及临床评分、影像学评分、生理评分均显著低于同组治疗前,且观察组显著低于对照组;两组患者 $p(O_2)$ 、VC均显著高于同组治疗前,且观察组显著高于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。两组患者不良反应发生率比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。结论:依那西普联合环磷酰胺可显著改善RA-IP患者的临床症状、体征、生活质量及肺功能,且未增加不良反应的发生。

关键词 类风湿性关节炎;间质性肺炎;依那西普;环磷酰胺;肺功能;生活质量;安全性

油、促愈油还具有缓解伤口疼痛之功效。二者在术后不同时期分别用于创面换药治疗,可使患者治疗痊愈率达到80.0%,显著高于常规采用抗菌药物纱条换药的对照组的63.3%。肛周脓肿难以治愈,即使经手术治疗后也会有部分患者复发^[10],而本研究中观察组患者复发率要显著低于对照组。这提示苦柏油联合促愈油治疗肛周脓肿有较为明显的远期效果。

综上所述,对肛周脓肿术后患者采用苦柏油、促愈油分期外用治疗,可以提高治疗效果,促进创面愈合,缓解伤口疼痛,且无明显不良反应。本研究纳入样本较少,尚需要纳入更多患者对本文结论进一步证实。

参考文献

[1] ALTARAKJI M, FEILCHENFELDT J, HAIDAR A, et al. Rare occurrence of metastasis from lung cancer to the anus: case report and review of the literature[J]. *World J Surg Oncol*, 2016, 14(1):157.

[2] KIM S, KIM YS, KIM SH, et al. An unusual case of proctitis and rectal abscess due to irritants by *Artemisia asiatica* smoke (Ssukjwahun) [J]. *Korean J Gastroenterol*, 2016, 67(4):212-215.

[3] SMITH SR, NEWTON K, SMITH JA, et al. Internal dressings for healing perianal abscess cavities[J]. *Cochrane Database Syst Rev*, 2016, 26(8):CD011193.

[4] 钟武, 张磊昌, 钟世彪, 等. 腔内置管负压引流术治疗高位多间隙肛周脓肿的效果[J]. *广东医学*, 2015, 36(2):290-292.

[5] 张文兵. 仙方活命饮配合手术引流与外科手术治疗肛周脓肿的疗效比较[J]. *中国普通外科杂志*, 2012, 21(8):

1045-1046.

[6] 谢伟, 赵永昌, 杨小琴, 等. 耳穴贴压防治低位肛周脓肿术后疼痛临床观察[J]. *上海针灸杂志*, 2017, 36(2):184-187.

[7] 白莉, 甘从康, 陈云华. 重组人表皮生长因子对高位肛周脓肿患者术后疼痛程度及创面恢复的影响[J]. *医学综述*, 2016, 22(13):2702-2704.

[8] 金杰, 李建中, 郭震, 等. 中药坐浴及美皮康银离子辅料换药对肛周脓肿术后康复的影响[J]. *西部中医药*, 2015, 28(1):84-86.

[9] 董燕刚. 马应龙痔疮膏联合洗痔散对肛周脓肿手术后伤口愈合的疗效[J]. *中国生化药物杂志*, 2016, 36(5):169-170.

[10] 赵永娇, 何颖华, 智建文, 等. 中医祛腐生肌法换药促进肛周脓肿、肛瘘术后患者创面愈合的临床观察[J]. *北京中医药*, 2011, 30(3):203-204.

[11] 姚莉, 武兴斌, 秦龙, 等. 苦参碱对人膀胱癌 BIU-87 细胞增殖的抑制作用及其机制研究[J]. *中国药房*, 2016, 27(16):2177-2180.

[12] 吴珊珊, 胡麟, 龚晓猛, 等. HPLC法同时测定不同等级黄柏切片中多指标成分的含量[J]. *中国药房*, 2016, 27(15):2135-2137.

[13] 贺选玲, 肖凡, 王莘智, 等. 龙血竭外用对糖尿病大鼠皮肤溃疡 Smads 蛋白表达的影响[J]. *湖南中医药大学学报*, 2010, 30(11):23-25.

[14] 蔡红蝶, 宿树兰, 周卫, 等. 乳香属药用植物中乳香酸类化学成分、生物活性及其作用机制研究进展[J]. *中草药*, 2016, 47(12):2175-2181.

[15] 徐志伟, 刘佃温. 复方生肌玉红膏治疗肛瘘术后创面愈合的临床观察[J]. *辽宁中医杂志*, 2007, 34(4):453-454.

* 主治医师。研究方向:风湿免疫学。电话:0873-7185236。E-mail:chenliangminlove@163.com

(收稿日期:2017-02-12 修回日期:2017-11-27)
(编辑:段思怡)