

加味苦参汤熏洗联合红外线烤灯治疗对高位复杂性肛瘘术后患者创面愈合、肛门功能的影响

章波, 林恒军, 邱学科, 张继超

金华市人民医院, 浙江 金华 321000

【摘要】目的: 观察加味苦参汤熏洗联合红外线烤灯治疗对高位复杂性肛瘘术后患者创面愈合、肛门功能的影响。**方法:** 选取 92 例行高位复杂性肛瘘术治疗的患者, 按随机数字表法分为对照组和试验组各 46 例。对照组术后给予高锰酸钾熏洗联合红外线烤灯治疗, 试验组术后给予加味苦参汤熏洗联合红外线烤灯治疗, 2 组均治疗 2 周。比较 2 组临床疗效、创面愈合情况、临床症状及疼痛评分、肛门功能。**结果:** 治疗 2 周, 试验组临床疗效总有效率 100%, 高于对照组 86.96%, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。试验组创面愈合率高于对照组, 创面最大纵径、创面最大横径均小于对照组, 创面渗液量少于对照组, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)。治疗 1 周, 2 组出血、肉芽形态、创面渗液、视觉模拟评分法 (VAS) 评分均较术后 1 d 降低 ($P < 0.05$)。治疗 2 周, 2 组出血、肉芽形态、创面渗液、VAS 评分均较治疗 1 周降低 ($P < 0.05$)。试验组出血、肉芽形态、创面渗液、VAS 评分均低于治疗后同期对照组 ($P < 0.05$)。治疗 2 周, 2 组肛管最大收缩压 (AMCP) 均较术前升高, 肛管最长收缩时间 (ALCT) 均较术前增加, Wexner 评分均较术前降低, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$); 试验组 AMCP 高于对照组, ALCT 长于对照组, Wexner 评分低于对照组, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)。**结论:** 加味苦参汤熏洗联合红外线烤灯治疗高位复杂性肛瘘术后患者, 可促进其创面愈合, 改善临床症状及肛门功能。

【关键词】 高位复杂性肛瘘; 加味苦参汤; 熏洗; 红外线烤灯; 创面愈合; 肛门功能

【中图分类号】 R657.1+6 **【文献标志码】** A **【文章编号】** 0256-7415 (2023) 12-0006-05

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2023.12.002

Effect of Fumigation-Washing with Modified Kushen Decoction Combined with Infra-red Hot Lamp on Wound Healing and Anal Function of Patients After Surgery for High Complex Anal Fistula

ZHANG Bo, LIN Hengjun, QIU Xueke, ZHANG Jichao

Abstract: **Objective:** To observe the effect of fumigation-washing with modified Kushen Decoction combined with infrared hot lamp on wound healing and anal function of patients after surgery for high complex anal fistula. **Methods:** A total of 92 patients after surgery for high complex anal fistula were selected and divided into the control group and the trial group, with 46 cases in each group. After surgery, the control group was treated with fumigation-washing with Potassium Permanganate Solution combined with infrared hot lamp, and the trial group was treated with fumigation-washing with modified Kushen Decoction combined with infrared hot lamp. Both groups were treated for 2 weeks. The clinical effects, wound healing, scores of clinical symptoms and pain, and anal function were compared between the two

【收稿日期】 2022-11-09

【修回日期】 2023-02-10

【作者简介】 章波 (1985-), 男, 主治医师, E-mail: zhangb211210@163.com。

groups. **Results:** After 2 weeks of treatment, the total clinical effective rate was 100% in the trial group, higher than that of 86.96% in the control group, the difference being significant ($P < 0.05$). The wound healing rate in the trial group was higher than that in the control group, the maximum vertical and transverse diameters of wound were shorter than those in the control group, and wound drainage amount was less than that in the control group, differences being significant ($P < 0.05$). After 1 week of treatment, the scores of bleeding, granulation morphology, wound drainage and Visual Analogue Scale (VAS) in the two groups were decreased when compared with those after 1 day of operation ($P < 0.05$). After 2 weeks of treatment, the above 4 scores in both groups were decreased when compared those after 1 week of treatment ($P < 0.05$). The above 4 scores in the trial group at the same period after treatment were lower than those in the control group ($P < 0.05$). After 2 weeks of treatment, the anal maximum contraction pressure (AMCP) in both groups was increased when compared with that before surgery, the anal longest contraction time (ALCT) was increased when compared with that before surgery, and the Wexner score was decreased when compared with that before surgery, differences being significant ($P < 0.05$); the ACMP in the trial group was higher than that in the control group, the ALCT was longer than that in the control group, and the Wexner score was lower than that in the control group, differences being significant ($P < 0.05$). **Conclusion:** The fumigation–washing with modified Kushen Decoction combined with infrared hot lamp can promote the recovery of wound healing of patients after surgery for high complex anal fistula, and improve the clinical symptoms and anal function.

Keywords: High complex anal fistula; Modified Kushen Decoction; Fumigation–washing; Infrared hot lamp; Wound healing; Anal function

肛瘘是临床常见的肛管直肠疾病,本病多发于青壮年男性,影响患者的工作及生活,已成为严重的公共卫生问题^[1]。高位复杂性肛瘘是因肛门腺感染、化脓,蔓延至肛管及直肠周围,在肛提肌和肛管直肠环上方形成多处脓肿、破溃的肛瘘类型。手术是临床治疗高位复杂性肛瘘的有效手段,经肛门括约肌间切开术可彻底清除内口、根治瘘管,但术后创面大、患者痛感强,且可影响肛门功能^[2-3]。因此,在手术治疗的同时如何减少肛门括约肌损伤、保护肛门生理功能成为临床关注的重点。术后以高锰酸钾溶液熏洗、红外线烤灯进行治疗可减少粪便污染和细菌滋生,但部分患者的创伤仍难以修复^[4]。中药熏洗为中医特色疗法,用药直接、使用方便,在肛瘘术后治疗中应用广泛^[5]。高位复杂性肛瘘术后的主要病机为湿热余毒未尽、金刃之伤未收。加味苦参汤由苦参、大黄、黄芩等药物组成,具有消肿生肌、清热利湿的功效。本研究观察高位复杂性肛瘘术后使用加味苦参汤熏洗联合红外线烤灯治疗的

临床疗效,报道如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准 符合《肛瘘临床诊治指南(2006版征求意见稿)》^[6]中高位复杂性肛瘘的诊断标准。临床表现为肛门流脓血、肛周疼痛,查体可见破口与肛门之间皮下触及硬条索,结合探针检查、直肠腔内超声、肛门直肠镜检查,高位内口或外口数量 ≥ 2 个,瘘管 ≥ 2 个。

1.2 辨证标准 参考《中医病证诊断疗效标准》^[7]中肛漏的辨证标准辨为湿热瘀滞证。症见肛周流脓、色白或黄,肛门胀痛、灼热,触之见条索状物,可伴有纳呆、大便不爽、小便短赤,舌红、苔黄腻,脉弦滑。

1.3 纳入标准 符合上述诊断及辨证标准;成功完成经肛括约肌间切开术者;对本研究所用药物无禁忌证者;无精神疾病,可配合治疗者;签署知情同意书者。

1.4 排除标准 合并肛周湿疹者;合并肝肾功能障

碍者;滥用药物及酗酒者;妊娠期及哺乳期妇女;合并恶性肿瘤者;合并尖锐湿疣、梅毒等性病者;严重贫血或造血功能不全者。

1.5 剔除标准 配合度低,未接受全程治疗者;研究期间接受其他方案治疗者。

1.6 一般资料 选取2021年3月—2022年3月在金华市人民医院治疗的92例高位复杂性肛瘘术后患者,按随机数字表法分为对照组和试验组各46例。对照组男30例,女16例;年龄23~65岁,平均 (53.86 ± 6.56) 岁;肛瘘病程0.6~5年,平均 (2.92 ± 0.75) 年;体质指数(BMI)18~30,平均 21.86 ± 1.80 ;术后创面面积6~12 cm²,平均 (8.96 ± 0.96) cm²。试验组男28例,女18例;年龄21~69岁,平均 (54.12 ± 6.28) 岁;肛瘘病程0.5~6年,平均 (3.05 ± 1.07) 年;BMI 18~28,平均 22.11 ± 1.62 ;术后创面面积6~11 cm²,平均 (9.06 ± 1.26) cm²。2组一般资料比较,差异均无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。本研究获金华市人民医院医学伦理委员会批准(MSZ190835)。

2 治疗方法

2组术后均给予抗感染、止痛等对症治疗。

2.1 对照组 术后第2天开始给予高锰酸钾熏洗、红外线烤灯治疗。首先对创面进行清洗消毒,再将高锰酸钾外用片(济南康福生制药有限公司,国药准字H37022233,规格:0.1 g/片)与开水按1:5 000比例配制成2 L溶液,待水温降至40℃左右时进行熏洗,每次20 min,每天2次。然后使用MT-2型红外线烤灯[沐拓医学光电技术(武汉)有限公司]照射肛门,患者取侧卧位,屈膝弯腰,暴露肛门,将烤灯灯泡放置于距离肛门10~20 cm处进行照射,每次20 min,每天2次。最后使用医用敷料覆盖创面,用胶带固定。

2.2 试验组 术后第2天开始给予加味苦参汤熏洗联合红外线烤灯治疗。处方:苦参、大黄、黄芩、黄柏各30 g,紫花地丁、蒲公英各20 g,冰片、三七、赤芍各10 g。每天1剂,加1.5 L水煎煮,沸腾后小火煎煮30 min,放入芒硝20 g,继续煎煮5 min,取药汁。对创面进行清洗消毒,再以温度降至40℃左右的加味苦参汤药汁进行熏洗,每次20 min,每天2次。红外线烤灯操作及治疗时间同对照组。

2组均治疗2周。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 ①临床疗效。②创面愈合情况。治疗2周后,统计2组创面愈合率(创面愈合率=治疗后创面面积/治疗前创面面积 $\times 100\%$)、创面最大纵径(患者换药时取骑伏位,张口,屏气以增加腹部压力,在不牵拉创面的前提下暴露肛门,医者用止血钳经肛门伸入直肠内,一端置于创面内侧端,另一端于创面最外侧端,内、外侧端均做标记,使用游标卡尺测量创面最大纵径)、创面最大横径(测量方法同创面最大纵径,创面横面左侧端与右侧端做标记)、创面渗液量(单日更换下来的纱布重量)。③临床症状及疼痛评分。术后1 d、治疗1周、治疗2周,比较2组出血、肉芽形态、创面渗液、视觉模拟评分法(VAS)评分。出血:0分为无出血,1分为敷料上呈点状出血,2分为敷料偶见片状出血,3分为敷料持续不断渗血。肉芽形态:0分为质地坚实、颜色红润,1分为分布均匀、颜色淡红,2分为颜色苍白、伴有糜烂,3分为颜色暗红、有糜烂及坏死。创面渗液:0分为无渗液,1分为渗液浸湿 ≤ 3 层纱布,2分为渗液浸湿4~6层纱布,3分为渗液浸湿 >6 层纱布。VAS总分0~10分,得分越高表明疼痛越明显。④肛门功能指标。术前、治疗2周后,采用ZGJ-D3型八通道肛肠压力检测仪(合肥奥源科技发展有限公司)检测肛管最大收缩压(AMCP)、肛管最长收缩时间(ALCT),检测3次取平均值。采用肛门功能Wexner评分评价肛门功能,包括干便、稀便、气体、需要衬垫、生活方式5个条目,各项分别计0分(从不)、1分(很少)、2分(有时)、3分(常常)、4分(总是),总分0~20分,得分越高表明患者肛门失禁越严重^[8]。

3.2 统计学方法 采用SPSS21.0统计学软件处理数据。计量资料先经K-S检验,符合正态分布以均数 $\pm$ 标准差($\bar{x}\pm s$)表示,组间比较采用独立样本 t 检验,组内治疗前后比较采用配对 t 检验,多时间点比较采用重复测量方差分析;计数资料以百分比(%)表示,采用 χ^2 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 参考《肛肠疾病诊断与治疗》^[9]制定,治疗2周后评定疗效。痊愈:创面全部被皮肤覆盖,红肿、疼痛症状消失,瘢痕无破损迹象;显

效：创面缩小>75%，红肿、疼痛症状明显改善，肉芽生长良好；有效：创面缩小25%~75%，红肿、疼痛症状有所改善，肉芽生长良好；无效：创面缩小<25%，红肿、疼痛症状无改善，肉芽颜色暗红。总有效率=(痊愈+显效+有效)例数/总例数×100%。

4.2 2组临床疗效比较 见表1。治疗2周，试验组临床疗效总有效率100%，高于对照组86.96%，差异有统计学意义($\chi^2=4.457$, $P=0.035 < 0.05$)。

表1 2组临床疗效比较

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效[例(%)]
试验组	46	12	27	7	0	46(100) ^①
对照组	46	10	20	10	6	40(86.96)

注：①与对照组比较， $P < 0.05$

4.3 2组创面愈合比较 见表2。治疗2周，试验组创面愈合率高于对照组，创面最大纵径、创面最大横径均小于对照组，创面渗液量少于对照组，差异均有统计学意义($P < 0.05$)。

表2 2组创面愈合比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	创面愈合率(%)	创面最大纵径(cm)	创面最大横径(cm)	创面渗液量(g)
试验组	46	80.68±3.43 ^①	1.23±0.33 ^①	0.61±0.15 ^①	7.87±1.32 ^①
对照组	46	72.88±4.51	2.01±0.21	0.98±0.18	10.47±1.36

注：①与对照组比较， $P < 0.05$

4.4 2组临床症状及疼痛评分比较 见表3。术后1 d，2组出血、肉芽形态、创面渗液、VAS评分比较，差异均无统计学意义($P > 0.05$)。治疗1周，2组出血、肉芽形态、创面渗液、VAS评分均较术后

1 d降低($P < 0.05$)。治疗2周，2组出血、肉芽形态、创面渗液、VAS评分均较治疗1周降低($P < 0.05$)。试验组出血、肉芽形态、创面渗液、VAS评分均低于治疗后同期对照组($P < 0.05$)。

表3 2组临床症状及疼痛评分比较($\bar{x} \pm s$)

项目	时间	试验组(例数=46)	对照组(例数=46)
出血	术后1 d	2.03±0.17	2.46±0.19
	治疗1周	1.51±0.24 ^{①③}	1.78±0.17 ^①
	治疗2周	0.86±0.12 ^{②③}	1.30±0.18 ^②
肉芽形态	术后1 d	1.42±0.11	1.81±0.17
	治疗1周	1.12±0.08 ^{①③}	1.35±0.12 ^①
	治疗2周	0.24±0.05 ^{②③}	0.47±0.09 ^②
创面渗液	术后1 d	1.95±0.18	2.32±0.16
	治疗1周	1.44±0.12 ^{①③}	1.79±0.38 ^①
	治疗2周	0.46±0.09 ^{②③}	0.78±0.10 ^②
VAS评分	术后1 d	4.16±0.72	4.94±0.85
	治疗1周	2.96±0.36 ^{①③}	4.12±0.74 ^①
	治疗2周	1.21±0.27 ^{②③}	1.63±0.33 ^②

注：①与本组术后1 d比较， $P < 0.05$ ；②与本组治疗1周比较， $P < 0.05$ ；③与对照组治疗后同期比较， $P < 0.05$

4.5 2组治疗前后肛门功能比较 见表4。术前，2组AMCP、ALCT、Wexner评分比较，差异均无统计学意义($P > 0.05$)。治疗2周，2组AMCP均较术前升高，ALCT均较术前增加，Wexner评分均较术前降低，差异均有统计学意义($P < 0.05$)；试验组AMCP高于对照组，ALCT长于对照组，Wexner评分低于对照组，差异均有统计学意义($P < 0.05$)。

表4 2组治疗前后肛门功能比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	AMCP(kPa)		ALCT(s)		Wexner评分(分)	
		术前	治疗2周	术前	治疗2周	术前	治疗2周
试验组	46	13.08±1.43	14.93±1.14 ^{①②}	35.08±1.51	37.25±1.34 ^{①②}	6.97±2.64	1.47±0.22 ^{①②}
对照组	46	12.94±1.32	13.52±1.23 ^①	34.92±1.36	36.39±1.41 ^①	7.12±2.68	2.02±0.28 ^①

注：①与本组术前比较， $P < 0.05$ ；②与对照组治疗2周后比较， $P < 0.05$

5 讨论

高位复杂性肛瘘通常无法自愈，手术为其基础治疗方案，术后切口潮湿难愈，加之受粪便污染，进一步影响术后愈合。高锰酸钾熏洗可对创面进行消毒，红外线烤灯照射可促进局部血液循环，辅助创面愈合，但部分患者应用高锰酸钾熏洗联合红外

线烤灯的治疗效果不够理想。中医外治法在肛瘘的治疗中应用广泛，本研究在西医抗感染、理疗的基础上，给予清热解毒、消肿散结的中药熏洗治疗，取得一定的效果。

高位复杂性肛瘘归属于中医学肛漏、痔漏等范畴。中医学认为，高位复杂性肛瘘行手术治疗虽可

切除病理产物,但金刃损伤致脉络受损、气血瘀滞,术后机体仍留有湿热余毒,致使气血无法濡养创面。针对湿热瘀滞的病机特点,治疗应以清热解毒、消肿止痛、活血化瘀为主。苦参汤源自《金匱要略》,方中仅苦参一味药物,具有清热解毒、祛湿杀虫之效。加味苦参汤由苦参汤化裁而来,目的是强化其清热解毒、消肿生肌之效。其中苦参清热燥湿、杀虫止痒,黄柏清热燥湿、泻火解毒,两者合用善清下焦湿热,为君药;三七化瘀止血、活血定痛、解毒消肿,赤芍清热凉血、散瘀止痛,两者共为臣药;紫花地丁清热解毒、凉血消肿,蒲公英解毒逐瘀,黄芩清热凉血,冰片清热生肌,大黄燥湿解毒,芒硝消肿止痛,六者共为佐药。全方合用,共奏清热燥湿、解毒消肿、生肌止痛之功。药理学研究表明:苦参含有苦参碱、苦参黄酮等,有抑菌、抗炎、镇痛、止血等作用,利于术后肉芽生长,可促进伤口愈合^[10];黄柏中的小檗碱、黄柏酮等有抗菌、消炎作用,可降低毛细血管壁通透性,改善创面微循环,减少出血和组织渗液^[11];蒲公英有广谱抑菌作用,其黄酮类、多糖类、酚酸类成分对大肠杆菌、沙门氏菌有抑制作用,可抑制炎症反应^[12]。

本研究结果显示,治疗2周,试验组临床疗效总有效率、创面愈合率均高于对照组,创面最大纵径、创面最大横径均小于对照组,创面渗液量少于对照组。提示加味苦参汤熏洗在高位复杂性肛瘘术后患者中的应用效果较好,可促进创面愈合。高位复杂性肛瘘术后患者创面位置较深,如未愈合可影响肛门功能,治疗时应注重改善创伤及肛门功能^[13]。治疗1周、2周,试验组出血、肉芽形态、创面渗液、VAS评分均低于同期对照组。治疗2周,试验组AMCP高于对照组,ALCT长于对照组,Wexner评分低于对照组。提示加味苦参汤熏洗可缓解高位复杂性肛瘘术后患者疼痛,改善临床症状及肛门功能。分析原因为,加味苦参汤熏洗具有药物和物理热力学的双重作用,可通过直接接触病灶发挥清热解毒、消肿止痛的功效,促进血液及淋巴循环,消

除术后肛门周围的炎症和水肿。

综上,加味苦参汤熏洗联合红外线烤灯治疗在高位复杂性肛瘘术后患者中的应用效果较好,可促进创面愈合,缓解疼痛,改善临床症状及肛门功能。

[参考文献]

- [1] 应胜绿,林小静,黄河,等.温州地区554例肛瘘患者的流行病学特征及危险因素分析[J].实用预防医学,2020,27(12):1505-1507.
- [2] 吴文宗,廖星明.经肛括约肌间切开术治疗高位复杂性肛瘘的临床研究[J].中国临床医生杂志,2022,50(10):1206-1208.
- [3] 张志云,高爽,朱云婴,等.经肛括约肌间切开术治疗高位复杂性肛瘘的临床观察[J].川北医学院学报,2020,35(6):1013-1016.
- [4] 吴成成,谢昌营,罗文兵,等.肛门洗剂对肛瘘术后患者的临床疗效[J].中成药,2021,43(11):3252-3254.
- [5] 梁彪,徐朝辉,高家治,等.中药熏洗防治肛瘘术后并发症的用药规律[J].中成药,2021,43(11):3132-3135.
- [6] 中华中医药学会肛肠分会,中华医学会外科学分会结直肠肛门外科学组,中国中西医结合学会大肠肛门病专业委员会.肛瘘临床诊治指南(2006版征求意见稿)[J].中西医结合结直肠病学,2007,1(3):188-189.
- [7] 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.
- [8] WEXNER S D. Further validation of the wexner incontinence score: a note of appreciation and gratitude[J]. Surgery, 2021, 170(1): 53-54.
- [9] 胡建国,佟丽华,陈秀梅.肛肠疾病诊断与治疗[M].北京:中国人口出版社,2010:152-153.
- [10] 苏佳昇,李晓霞,蒋雅娴,等.苦参化学成分与药理作用研究进展[J].湖北农业科学,2021,60(1):5-9.
- [11] 王玲,杜潇,祝华莲,等.黄柏有效成分的药理作用研究进展[J].江苏中医药,2022,54(4):77-81.
- [12] 孟然,薛志忠,鲁雪林,等.蒲公英的功效成分与药理作用研究进展[J].江苏农业科学,2021,49(9):36-43.
- [13] 赵雪松,谢振年,吴宝音,等.祛毒二黄汤熏洗坐浴联合低位切开高位挂线法治疗湿热下注型高位复杂性肛瘘的临床疗效及对血清炎症指标和相关生长因子的影响[J].河北中医,2022,44(6):973-977.

(责任编辑:刘迪成,蒋维超)