

清热化湿熏洗方治疗湿热下注型肛瘘切除术后临床研究

吴庆平, 孟惠芳

湖州市吴兴区中西医结合医院肛肠科, 浙江 湖州 313000

【摘要】目的: 观察清热化湿熏洗方治疗湿热下注型肛瘘切除术后患者的临床疗效。**方法:** 选取 2022 年 1 月—2023 年 12 月湖州市吴兴区中西医结合医院肛肠科收治的 90 例湿热下注型肛瘘切除术后患者, 按随机数字表法分为研究组、对照组各 45 例, 最终研究组、对照组各 42 例完成研究。2 组术后均给予常规对症治疗, 在此基础上, 研究组给予清热化湿熏洗方熏蒸、坐浴治疗, 对照组给予高锰酸钾熏蒸、坐浴治疗。2 组均在术后治疗 3 天, 术后 21 天随访。术后 21 天, 比较 2 组临床疗效。术后 1 天、术后 21 天, 比较 2 组中医证候积分、创面症状 (创面疼痛、组织水肿、创面渗液及肉芽形态) 评分、血清炎症因子 [干扰素- γ (IFN- γ)、白细胞介素-1 β (IL-1 β)、肿瘤坏死因子- α (TNF- α)] 水平、细胞生长因子 [表皮生长因子 (EGF)、血管内皮细胞生长因子 (VEGF)、转化生长因子- β (TGF- β)] 水平。比较 2 组创面愈合率、创面渗液持续时间、创面愈合时间及安全性。**结果:** 术后 21 天, 研究组总有效率 95.24% (40/42), 高于对照组 80.95% (34/42) ($P < 0.05$)。2 组中医证候积分均较术后 1 天降低 ($P < 0.05$), 研究组中医证候积分低于对照组 ($P < 0.05$)。2 组创面疼痛、组织水肿、创面渗液及肉芽形态评分均较术后 1 天降低 ($P < 0.05$), 研究组上述 4 项评分均低于对照组 ($P < 0.05$)。2 组血清 IFN- γ 、IL-1 β 及 TNF- α 水平均较术后 1 天降低 ($P < 0.05$), 研究组上述 3 项指标水平均低于对照组 ($P < 0.05$)。2 组 EGF、VEGF 及 TGF- β 水平均较术后 1 天升高 ($P < 0.05$), 研究组上述 3 项指标水平均高于对照组 ($P < 0.05$)。研究组创面愈合率高于对照组 ($P < 0.05$), 创面渗液持续时间、创面愈合时间均短于对照组 ($P < 0.05$)。治疗期间, 2 组均未发现明显异常及过敏反应。**结论:** 清热化湿熏洗方治疗湿热下注型肛瘘切除术后患者可提高临床疗效, 缓解临床症状及创面症状, 促进创面渗液吸收及创面愈合, 安全性高。

【关键词】 肛瘘; 清热化湿熏洗方; 湿热下注证; 术后; 创面愈合; 炎症反应; 细胞生长因子

【中图分类号】 R657.1*6; R266 **【文献标志码】** A **【文章编号】** 0256-7415 (2025) 23-0042-07
DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2025.23.008

Clinical Study on Heat-Clearing and Damp-Resolving Fumigation Prescription for Post-Anal Fistulectomy of Damp-Heat Pouring Downward Type

WU Qingping, MENG Huifang

Anorectal Department, Huzhou Wuxing Hospital of Traditional Chinese and Western Medicine, Huzhou Zhejiang 313000, China

Abstract: Objective: To observe the clinical effect of Heat-Clearing and Damp-Resolving Fumigation Prescription in treating post-anal fistulectomy of damp-heat pouring downward type. **Methods:** A total of 90 cases of patients after anal fistulectomy of damp-heat pouring downward type treated in the Anorectal Department at Huzhou Wuxing Hospital of Traditional Chinese and Western Medicine from January 2022 to December 2023 were selected and divided into the study group and the control group according to the random number table method, with 45 cases in each group. Finally, 42 cases in each group completed the study. Both groups received routine postoperative symptomatic treatment. Additionally, the study group received fumigation and sitting bath treatment with Heat-Clearing and Damp-

【收稿日期】 2024-10-28

【修回日期】 2025-09-17

【作者简介】 吴庆平 (1977-), 男, 副主任医师, E-mail: 13511230877@163.com。

Resolving Fumigation Prescription, and the control group received potassium permanganate fumigation and sitting bath treatment. Both groups were treated for 3 days postoperatively and followed up at 21 days postoperatively. At 21 days postoperatively, the clinical efficacy was compared between the two groups. At 1 day and 21 days postoperatively, the traditional Chinese medicine syndrome scores, wound symptom scores (wound pain, tissue edema, wound exudate, and granulation morphology), serum inflammatory factor levels [interferon- γ (IFN- γ), interleukin-1 β (IL-1 β), tumor necrosis factor- α (TNF- α)], and cell growth factor levels [epidermal growth factor (EGF), vascular endothelial growth factor (VEGF), transforming growth factor- β (TGF- β)] were compared between the two groups. The wound healing rate, wound exudate duration, wound healing time, and safety were compared between the two groups. **Results:** At 21 days postoperatively, the total effective rate was 95.24% (40/42) in the study group, which was higher than 80.95% (34/42) in the control group ($P < 0.05$). The traditional Chinese medicine syndrome scores in the two groups were decreased when compared with those at 1 day postoperatively ($P < 0.05$), and the study group had lower traditional Chinese medicine syndrome scores than the control group ($P < 0.05$). The wound pain, tissue edema, wound exudate, and granulation morphology scores in the two groups were decreased when compared with those at 1 day postoperatively ($P < 0.05$), and the study group had lower scores in these four items than the control group ($P < 0.05$). The levels of IFN- γ , IL-1 β , and TNF- α in serum in the two groups were reduced when compared with those at 1 day postoperatively ($P < 0.05$), and the study group had lower levels of these three indicators than the control group ($P < 0.05$). The levels of EGF, VEGF, and TGF- β in the two groups were increased when compared with those at 1 day postoperatively ($P < 0.05$), and the study group had higher levels of these three indicators than the control group ($P < 0.05$). The wound healing rate was higher in the study group than that in the control group ($P < 0.05$), and the wound exudate duration and wound healing time were shorter in the study group than those in the control group ($P < 0.05$). During treatment, no significant abnormalities or allergic reactions were observed in either group. **Conclusion:** Heat-Clearing and Damp-Resolving Fumigation Prescription for patients after anal fistulectomy for anal fistula of damp-heat pouring downward type can improve clinical efficacy, alleviate clinical and wound symptoms and promote wound exudate absorption and wound healing, with high safety.

Keywords: Anal fistula; Heat-Clearing and Damp-Resolving Fumigation Prescription; Damp-heat pouring downward syndrome; Postoperative; Wound healing; Inflammatory responses; Cell growth factors

肛瘘是肛门直肠与肛门局部皮肤形成的感染性管道,由瘘管、内口及外口所组成,临床以肛周脓肿破溃、疼痛、瘙痒及伴脓性分泌物等为主要表现^[1]。目前,临床治疗肛瘘以手术为最佳手段,但因肛门生理功能需求及解剖位置特殊,易诱发感染,致术后创面愈合困难,使患者承受较大的痛苦^[2]。西医治疗肛瘘切除术后多以缓解症状、抗感染等为主,其中高锰酸钾熏洗创面为常用方法,该药物能通过强氧化性实现杀菌,但也具有一定的腐蚀性,容易引发不良反应^[3]。肛瘘归属中医学漏疮、穿肠瘘等范畴,多因湿热邪毒下注肛门而成,肛瘘切除术后创面归属中医学疮疡、溃疡等范畴。中医学认为,肛

瘘切除术后肌肉、经络受损,素体虚弱,经络气血运行受阻,不能濡养伤口,创面湿热之邪滞留,祛除腐肉受阻,新肉不生,创面愈合缓慢。故临床治疗应以清热燥湿、祛腐生肌为主要治疗原则。清热化湿熏洗方为笔者长期临床实践用于治疗湿热下注型肛瘘切除术后经验方,功可清热燥湿、消肿止痛、祛腐生肌,疗效肯定。本研究观察清热化湿熏洗方治疗湿热下注型肛瘘切除术后患者的临床疗效,报道如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准 参考文献[4]制定肛瘘的诊断标准。肛隐窝存在内口窝,有一条瘘管与皮肤相通,行走

于外括约肌浅部或下部；临床表现为肛门疼痛、肿胀等，且伴有脓性分泌物。

1.2 辨证标准 参考《中医肛肠科常见病诊疗指南》^[5]拟定疮疡湿热下注证辨证标准。主症：肛周有溃口，肛门红肿热痛，溢脓液，脓黄质稠，按之有索状物通向肛内；次症：纳呆，形体困重，小便短赤，大便不爽；舌脉：舌红、苔黄腻，脉滑数。

1.3 纳入标准 符合诊断、辨证标准；年龄20~70岁；行低位肛瘘切除术；签署知情同意书。

1.4 排除标准 合并其他肛肠疾病，如痔疮、肛管息肉等；高位复杂性肛瘘；术前肛门形态及功能异常正常；既往有肛门外科手术史；伴有血小板减少性紫癜、凝血功能障碍等血液系统疾病；合并急性慢感染、重要脏器功能障碍及恶性肿瘤；存在认知、沟通障碍及精神疾病等无法配合研究。

1.5 剔除及脱落标准 治疗依从性差者；自行要求退出本次研究者；未配合完成相关检查而影响疗效评定者；治疗过程中出现严重药物不良反应，不宜再进行临床研究者；观察期间病情突然恶化者。

1.6 一般资料 选取2022年1月—2023年12月湖州市吴兴区中西医结合医院肛肠科收治的90例湿热下注型肛瘘行低位肛瘘切除术后患者，按随机数字表法分为研究组、对照组各45例。研究期间，研究组依从性差剔除1例、自行要求退出研究脱落2例，对照组自行要求退出本次研究脱落1例、未配合完成相关检查而影响疗效评定剔除1例、治疗依从性差剔除1例。研究组男25例，女17例；年龄24~68岁，平均 (46.74 ± 10.28) 岁；病程1~12个月，平均 (6.45 ± 2.14) 个月；切口面积2.8~6.5 cm²，平均 (4.72 ± 1.06) cm²。对照组男26例，女16例；年龄20~66岁，平均 (45.92 ± 9.55) 岁；病程1~14个月，平均 (7.02 ± 2.23) 个月；切口面积3.0~6.9 cm²，平均 (4.76 ± 1.14) 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。本研究经湖州市吴兴区中西医结合医院医学伦理委员会审批通过(审批号：202206002)。

2 治疗方法

2组均在肛瘘切除术后给予抗生素预防感染、常规镇痛等对症治疗，注意术后创面清洁，并叮嘱患者术后清淡饮食，鼓励患者排便。

2.1 研究组 给予清热化湿熏洗方治疗。处方：蒲

公英15 g，皂角刺15 g，五倍子12 g，蛇床子12 g，黄芩15 g，秦皮15 g，黄连10 g，白芷10 g，苦参25 g，青皮(炒)12 g，大黄10 g，黄柏15 g。由湖州市吴兴区中西医结合医院煎药室煎制，加清水1 500 mL煎煮30 min，取药汁1 000 mL，先熏蒸15 min，待液温降至40℃时坐浴15 min，坐浴结束后创面以凡士林油纱条外敷，并用敷料覆盖及胶带固定，每天1次。

2.2 对照组 给予高锰酸钾治疗。高锰酸钾外用片(山东明仁福瑞达制药股份有限公司，国药准字H20063384，规格：0.1 g)0.1 g溶于1 000 mL温水中，熏蒸创面，待液温冷却至40℃时，坐浴15 min，坐浴结束后创面以凡士林油纱条外敷，并用敷料覆盖及胶带固定，每天2次。

2组均在术后治疗3天，于术后21天随访。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 ①临床疗效。术后21天评估。②中医证候积分。术后1天、术后21天，按无、轻、中、重，主症(肛周有溃口，肛门红肿热痛，溢脓液，脓黄质稠，按之有索状物通向肛内)分别计0、2、4、6分，次症(大便不爽，小便短赤，纳呆，形体困重)分别计0、1、2、3分，各项评分累加为中医证候积分，分值0~42分。③创面症状评分。术后1天、术后21天，参考《实用肛肠病学》^[6]对创面症状(创面疼痛、组织水肿、创面渗液及肉芽形态)进行评分，评分标准见表1。④炎症因子。术后1天、术后21天，取患者晨起空腹肘静脉血5 mL，以转速3 000 r/min、半径15 cm，离心10 min，分离上清液后置于-80℃冰箱待测，以酶联免疫吸附法测定血清干扰素- γ (IFN- γ)、白细胞介素-1 β (IL-1 β)、肿瘤细胞因子- α (TNF- α)水平。⑤细胞生长因子。术后1天、术后21天，用钳夹取患者创面肉芽组织，大小5 mm×5 mm左右，加入蛋白裂解液将蛋白分离后，以酶联免疫吸附法测定血管内皮细胞生长因子(VEGF)、表皮生长因子(EGF)及转化生长因子- β (TGF- β)水平。⑥创面愈合情况。术后当天、术后21天，测量创面面积，计算创面愈合率，创面愈合率=术后21天创面面积/术后当天创面面积×100%。术后1天起，记录2组患者术后创面渗液持续时间、创面愈合时间。⑦安全性。治疗期间对2组患者进行生命体征、血常规、凝血功能及肝肾功能等检查，观察是否发生严重并发症及药物引起的不良反应。

表 1 创面症状评分标准				
症状	0 分	1 分	2 分	3 分
创面疼痛	无	轻度疼痛,可耐受	疼痛较甚,需服用止痛药	疼痛剧烈,需应用镇痛剂
组织水肿	无	组织稍隆起,存在皮肤纹理	组织隆起,皮肤纹理模糊	组织显著隆起,皮肤纹理消失
创面渗液	创面渗液无或极少, 浸湿纱布层数≤4 层	创面渗液较少, 4 层<浸湿纱布层数≤8 层	创面渗液稍多, 8 层<浸湿纱布层数≤16 层	创面渗液增多, 浸湿纱布层数>16 层
肉芽形态	肉芽鲜红,分布平整	肉芽分布均匀,色泽淡红	有肉芽过度增生,色泽淡白	肉芽散布较少,不平整,暗淡褐色

3.2 统计学方法 运用SPSS26.0统计学软件分析数据。计量资料符合正态分布及方差齐性,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。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《中医病证诊断疗效标准》^[7]结合临床实际制定疗效标准。痊愈:肛周疼痛、肿胀、渗液等症状消失,疗效指数≥95%,创面完全愈合;显效:上述症状显著改善,70%≤疗效指数<95%,创面愈合率≥75%;有效:上述症状有所好转,30%≤疗效指数<70%,25%≤创面愈合率<75%;无效:上述症状无明显改善,疗效指数<30%,创面愈合率<25%。总有效率=(痊愈例数+显效例数+有效例数)/总例数×100%。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 2组临床疗效比较 见表2。术后21天,研究组总有效率95.24%,高于对照组80.95,差异有统计学意义($P < 0.05$)。

表 2 2组临床疗效比较							例
组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效[例(%)]	
研究组	42	20	13	7	2	40(95.24)	
对照组	42	11	11	12	8	34(80.95)	
χ^2 值						4.086	
P 值						0.043	

4.3 2组术后中医证候积分比较 见表3。术后1天,2组中医证候积分比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。术后21天,2组中医证候积分均较术后1天降低,研究组中医证候积分低于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。

4.4 2组术后创面症状评分比较 见表4。术后1天,2组创面疼痛、组织水肿、创面渗液及肉芽形态评分比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$)。术后

21天,2组上述4项评分均较术后1天降低,研究组上述4项评分均低于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。

表 3 2组术后中医证候积分比较($\bar{x} \pm s$)						分
组别	例数	术后1d	术后21d	t 值	P 值	
研究组	42	20.95±4.36	7.18±2.04	24.449	<0.001	
对照组	42	21.78±5.94	10.65±2.55	17.052	<0.001	
t 值		0.730	6.886			
P 值		0.362	<0.001			

表 4 2组术后创面症状评分比较($\bar{x} \pm s$)							分
组别	时间	例数	创面疼痛	组织水肿	创面渗液	肉芽形态	
研究组	术后1d	42	2.15±0.47	1.94±0.42	2.12±0.45	1.44±0.32	
	术后21d	42	0.82±0.24 ^{①②}	0.73±0.22 ^{①②}	0.74±0.21 ^{①②}	0.58±0.13 ^{①②}	
对照组	术后1d	42	2.22±0.45	1.87±0.44	2.08±0.42	1.52±0.37	
	术后21d	42	1.07±0.30 ^①	0.98±0.30 ^①	0.96±0.23 ^①	0.77±0.20 ^①	

注:①与本组术后1d比较, $P < 0.05$;②与对照组术后21d比较, $P < 0.05$ 。

4.5 2组术后血清炎症因子水平比较 见表5。术后1天,2组血清IFN- γ 、IL-1 β 、TNF- α 水平比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$)。术后21天,2组血清IFN- γ 、IL-1 β 、TNF- α 水平均较术后1天降低,研究组血清IFN- γ 、IL-1 β 、TNF- α 水平均低于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。

表 5 2组术后血清炎症因子水平比较($\bar{x} \pm s$)					
组别	时间	例数	IFN- γ (ng/L)	IL-1 β (ng/mL)	TNF- α (ng/L)
研究组	术后1d	42	476.75±50.15	43.27±7.64	28.66±5.36
	术后21d	42	368.26±35.72 ^{①②}	20.15±5.29 ^{①②}	16.18±3.75 ^{①②}
对照组	术后1d	42	468.34±46.45	44.35±8.30	30.02±6.73
	术后21d	42	406.55±42.84 ^①	28.98±6.14 ^①	20.87±4.29 ^①

注:①与本组术后1d比较, $P < 0.05$;②与对照组术后21d比较, $P < 0.05$ 。

4.6 2组术后创面细胞生长因子水平比较 见表6。术后1天,2组创面EGF、VEGF、TGF- β 水平比较,

差异均无统计学意义($P>0.05$)。术后 21 天, 2 组创面 EGF、VEGF、TGF- β 水平均较术后 1 天升高, 研究组创面 EGF、VEGF、TGF- β 水平均高于对照组, 差异均有统计学意义($P<0.05$)。

表 6 2 组术后细胞创面生长因子水平比较($\bar{x}\pm s$)

组别	时间	例数	EGF(ng/L)	VEGF(ng/L)	TGF- β (pg/mL)
研究组	术后 1 d	42	3.21 $\pm$ 0.68	85.16 $\pm$ 12.25	0.62 $\pm$ 0.18
	术后 21 d	42	7.14 $\pm$ 1.02 ^{①②}	127.64 $\pm$ 19.30 ^{①②}	0.95 $\pm$ 0.23 ^{①②}
对照组	术后 1 d	42	3.27 $\pm$ 0.70	83.90 $\pm$ 11.18	0.60 $\pm$ 0.15
	术后 21 d	42	5.06 $\pm$ 0.87 ^①	104.23 $\pm$ 16.42 ^①	0.81 $\pm$ 0.19 ^①

注: ①与本组术后 1 d 比较, $P<0.05$; ②与对照组术后 21 d 比较, $P<0.05$ 。

4.7 2 组创面愈合情况比较 见表 7。研究组创面愈合率高于对照组, 创面渗液及创面愈合时间均短于对照组, 差异均有统计学意义($P<0.05$)。

表 7 2 组创面愈合情况比较($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	创面愈合率(%)	创面渗液时间(d)	创面愈合时间(d)
研究组	42	87.72 $\pm$ 6.15	9.65 $\pm$ 2.26	22.24 $\pm$ 4.12
对照组	42	81.66 $\pm$ 6.05	12.58 $\pm$ 3.10	28.10 $\pm$ 5.38
t 值		4.552	4.950	5.604
P 值		<0.001	<0.001	<0.001

4.8 安全性 2 组治疗期间经生命体征、血常规、凝血功能及肝肾功能等检查均未发现明显异常及过敏、烫伤等不良反应。

5 讨论

研究表明, 肛瘘的发病机制多为肛腺原发或继发感染而形成肛周脓肿所致, 因该病具有治愈难、易反复发作等特点, 给患者造成较大的痛苦^[8]。目前, 手术是治疗肛瘘最有效的手段, 通过手术可切除感染源头和上皮化的管腔, 因手术切口位于肛门, 易受粪便污染、潮湿等因素的影响, 导致创面切口愈合速度较慢, 严重影响术后康复进程。西医治疗肛瘘切除术后多采用高锰酸钾熏洗, 但该药物可能引起刺激和腐蚀反应, 严重时甚至可诱发过敏性休克^[9]。

中医学认为, 肛瘘多因饮食不洁, 嗜食肥甘厚味, 湿热之邪内生, 湿热蕴结大肠, 致局部气血失和, 血败肉腐, 集聚成脓, 脓胞破溃日久而成, 以湿热下注证为常见证型。手术可切除病灶, 但诸邪未祛, 且术后肌肉、经络受损, 致经络气血运行不

畅, 瘀阻血脉, 湿热毒邪滞留不去, 湿热蕴结于创面, 湿热与血瘀互结, 滞于血脉, 形成湿热下注证, 故临床治疗以清热利湿、活血解毒、祛腐生肌为主。中药熏蒸、坐浴属中医外治疗法, 有畅通经气血脉、荡涤污浊毒邪、调和气机等功效, 治疗肛瘘切除术后, 药物直接与肛门创面接触, 并在蒸腾和温热作用下促进药力吸收, 达到治疗疾病的效果^[10]。本研究所用清热化湿熏洗方为笔者临床长期治疗湿热下注型肛瘘切除术后经验方, 方中黄芩清利湿热、泻火解毒, 可祛肠中湿热; 黄柏燥湿利水、清热泻火, 擅治湿热火毒; 黄连、秦皮清热燥湿、泻火解毒; 苦参清热燥湿、消肿, 擅治热毒血痢; 黄芩、黄柏、秦皮、黄连、苦参配伍可增强清热燥湿功效; 大黄泻热通肠、逐瘀通经、凉血解毒; 五倍子收湿敛疮; 白芷止痛消肿、消疮排脓; 皂角刺消肿排脓; 蒲公英消痈散结、清热解毒; 蛇床子消炎杀菌、止痒、燥湿祛风; 炒青皮活血化瘀、止痛。诸药配伍, 有清热利湿、活血解毒、消肿止痛、祛腐生肌功效, 契合湿热下注证病机。本研究结果显示, 研究组总有效率高于对照组, 中医证候积分低于对照组。提示清热化湿熏洗方治疗湿热下注型肛瘘切除术后患者可进一步提升临床疗效, 缓解临床症状。

武国营等^[11]研究认为, 细胞生长因子与术后创面的修复情况密切相关。其中, 细胞生长因子在创面愈合中发挥调控作用, VEGF 为一种血管内皮生长因子, 可促进新血管生成, 当血管功能受阻时, VEGF 表达水平降低, 可引起局部血液微循环障碍及新陈代谢异常, 而严重影响术后创面修复^[12]。EGF 属一种表皮生长因子, 该细胞因子可作用于多种细胞类型(如成纤维细胞、血管内皮细胞、表皮细胞和成骨细胞), 通过介导其受体或下游信号分子的磷酸化过程, 进而调控细胞核内特定基因的表达, EGF 还可通过促进细胞周期进程以加速细胞分裂与增殖, 并增强组织修复过程中 DNA、RNA 及相关蛋白质的合成能力, 能促进成纤维细胞迁移、增殖及细胞外基质合成, 从而加速创面上皮化进程^[13]。TGF- β 为一种调节细胞生长和分化的生长因子, 对细胞外基质合成和成纤维细胞增殖分化有促进作用, 该指标表达水平上升可促进创面肉芽组织增生^[14]。药理学研究表明, 白芷活性成分挥发油、香豆素类等, 可促进血管内皮细胞增殖、胶原纤维聚集, 改善皮肤组织缺

损,修复创面受损^[15]。有研究结果表明,复方黄柏液能够刺激创伤区域血管新生,改善局部微循环,提高组织血液灌注,并加速肉芽组织形成,同时该药通过激活成纤维细胞生长因子7(FGF-7)信号通路,推动创面再上皮化进程,从而有效促进伤口愈合^[16]。本研究结果显示,研究组创面细胞生长因子EGF、VEGF及TGF- β 水平均高于对照组,提示清热化湿熏洗方治疗湿热下注型肛瘘切除术后患者可有效调节细胞生长因子,从而促进创面愈合。

因肛瘘切除术后组织损伤致巨噬细胞被大量激活并参与炎症过程,进而促使大量促炎因子水平异常上升^[17]。其中,IFN- γ 为一种常见促炎因子,其表达水平异常升高时可导致血管通透性增加,而加重创面肿痛^[18];IL-1 β 是由单核-巨噬细胞分泌的细胞因子,有表达和调节免疫应答作用,其表达水平异常上升时可启动炎症级联反应,而影响创面愈合^[19];TNF- α 对上皮细胞毒性反应有诱导作用,可促进炎症细胞浸润,并能诱导巨噬细胞活化为IL-1 β 等多种促炎因子,在创面及肠道引起级联炎症反应,使周围组织上皮细胞通透性增加,而严重影响创面愈合^[20]。药理学研究表明,五倍子活性成分鞣质可降低伤口模型大鼠血清和组织中多种促炎细胞因子的水平,发挥较好的抗炎作用^[21];蒲公英中的活性成分倍半萜内酯具有显著的抗炎活性^[22];黄柏水煎液可通过抑制IFN- γ 、肿瘤坏死因子受体-2(TNF-2)等细胞因子的产生和分泌,起到减轻炎症损伤的作用^[23]。本研究结果显示,研究组血清IFN- γ 、IL-1 β 及TNF- α 水平均低于对照组,提示清热化湿熏洗方治疗湿热下注型肛瘘切除术后患者可有效减轻机体炎症反应。

有研究表明,熏洗在热力作用下对肛门肌肉有松弛作用,可促进肛周局部血液循环,促进创口愈合,并有助于减少疼痛应激的生成^[24]。此外,熏洗疗法有利于改善肛瘘患者肛周上皮和肉芽生长环境,促进局部组织淋巴循环,可起到吸收水肿、改善血液循环作用,从而促进创面愈合^[25]。本研究结果显示,研究组创面疼痛、组织水肿、创面渗液及肉芽形态评分均低于对照组,创面愈合率高于对照组,创面渗液时间、创面愈合时间均短于对照组。提示清热化湿熏洗方治疗湿热下注型肛瘘切除术后患者可减轻创面疼痛、消除创面水肿、缩短创面渗液持

续时间,促进创面肉芽组织生长,提高创面愈合率,加快创面愈合速度。治疗期间,2组均未发现明显异常及过敏、烫伤等不良反应,提示清热化湿熏洗方治疗湿热下注型肛瘘切除术后患者安全性高。

综上,清热化湿熏洗方治疗湿热下注型肛瘘切除术后患者可提高临床疗效,缓解临床症状及创面症状,促进创面渗液吸收及创面愈合,安全性高。

[参考文献]

- [1] 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.
- [2] 蒋贞贞,余胜,邓恒. 祛毒汤熏洗对湿热下注型肛瘘术后患者创面愈合的影响[J]. 河北中医, 2021, 43(10): 1624-1627.
- [3] 叶道冰,杜荣云,张鹏宇. 清热生肌洗剂坐浴对湿热下注型低位肛瘘术后创面愈合及肛门功能的影响[J]. 中医研究, 2024, 37(11): 52-56.
- [4] 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.
- [5] 中华中医药学会. ZYYXH/T322-341-2012 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.
- [6] 金黑鹰,章蓓. 实用肛肠病学[M]. 上海:上海科学技术出版社, 2014: 10-15.
- [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] 贺子才,刘海. 中药坐浴熏洗联合手术治疗肛瘘的临床观察[J]. 实用中西医结合临床, 2023, 23(20): 21-24.
- [9] 李振宇,吴承东,刘建乔,等. 却毒汤熏洗对湿热下注证混合痔外剥内扎术后患者的影响[J]. 现代中医临床, 2020, 27(3): 13-16, 32.
- [10] 周欲吕. 低位切开高位挂线联合苦参汤加减熏洗治疗高位复杂性肛瘘术后的临床研究[J]. 岭南急诊医学杂志, 2023, 28(6): 610-612.
- [11] 武国营,蒋华. 如意金黄膏外敷对克罗恩病合并肛瘘术后创面修复、细胞因子生长和炎症因子的影响[J]. 现代中西医结合杂志, 2019, 28(31): 3492-3495.
- [12] 陈玲玲,翟文伟,李向武. 萆薢渗湿汤合肛洗方熏洗剂对肛瘘(湿热下注证)术后患者疼痛程度、生长因子水平及肛门功能的影响[J]. 临床医学研究与实践, 2022, 7(15): 126-129.
- [13] 王进,许向彤,曹勇,等. 熏洗I号对SD大鼠肛瘘术后创面EGF表达影响[J]. 辽宁中医药大学学报, 2017, 19(4): 26-29.
- [14] 龙舟,黄文伊. 益气愈创汤治疗湿热下注型低位肛瘘术后患者疗

- 效及对血清 EGF、TGF- β_1 、VEGF 的影响[J]. 现代中西医结合杂志, 2020, 29(34): 3834-3837.
- [15] 郭俊. 白芷通过促进血管新生改善糖尿病创面愈合的机制研究[D]. 天津: 天津医科大学, 2021.
- [16] 张硕峰, 贾占红, 吴金英, 等. 复方黄柏液对家兔皮肤创口肉芽组织增生的影响[J]. 中国生化药物杂志, 2016, 36(5): 40-42.
- [17] 袁平凡, 王建民, 王敏婕, 等. 二妙散加减方对肛瘘患者术后创面修复及炎症反应、新生血管的影响[J]. 现代中药研究与实践, 2021, 35(2): 82-85.
- [18] 杭波丽. 人参白茅根汤配合坐浴对肛瘘术后创面愈合及血清 IFN- γ 、IL-6、TNF- α 水平的影响[J]. 内蒙古中医药, 2021, 40(12): 22-23.
- [19] 章波, 林恒军, 邱学科, 等. 银黄清热汤辅助治疗对高位复杂性肛瘘患者术后疼痛和创面愈合的影响[J]. 辽宁中医杂志, 2023, 50(5): 97-100.
- [20] 乔志威, 王洋, 张晓燕. 中药汤剂内服、熏洗对高位复杂肛瘘切开挂线术后创面及炎症因子的影响[J]. 深圳中西医结合杂志, 2022, 32(19): 49-51.
- [21] 梁正, 徐强, 张倩, 等. 五倍子化学成分和药理作用的研究进展[J]. 中草药, 2022, 53(18): 5908-5919.
- [22] 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.
- [23] 李嘉诚, 吴岚, 蔡同凯, 等. 黄柏化学成分及其药理作用研究进展[J]. 药学实践杂志, 2018, 36(5): 389-391, 398.
- [24] 孙丽丹. 辨证施护联合中药熏洗对肛瘘患者术后创面愈合、疼痛应激与生存质量影响分析[J]. 辽宁中医药大学学报, 2019, 21(3): 213-216.
- [25] 刘晓梅, 苏莉, 袁艳春, 等. 金银花黄芩汤联合中药熏洗对肛瘘术后患者肛门功能及炎症因子的影响[J]. 辽宁中医杂志, 2024, 51(9): 53-57.
- [责任编辑: 林良才, 蒋维超(英文)]