

·临床研究·

本文引用:邓辉,杨敏,曾娟妮.美洲大蠊提取液保留灌肠治疗不确定性肠炎并发肛瘘术后的临床观察[J].湖南中医药大学学报,2019,39(2):245-248.

## 美洲大蠊提取液保留灌肠治疗不确定性肠炎 并发肛瘘术后的临床观察

邓辉<sup>1</sup>,杨敏<sup>2</sup>,曾娟妮<sup>3\*</sup>

(1.娄星区人民医院,湖南 娄底 417008;2.湖南中医药大学,湖南 长沙 410208;  
3.湖南中医药大学第二附属医院,湖南 长沙 410005)

**〔摘要〕** **目的** 观察美洲大蠊提取液保留灌肠治疗不确定性肠炎并发肛瘘术后的临床疗效。**方法** 将30例不确定性肠炎并发肛瘘的患者随机分为治疗组、阳性对照组、空白对照组,每组10例,患者入院后行外科肛瘘切扩挂线术,术后行常规静脉抗炎、肠外营养、口服常规治疗药物等内科治疗,治疗组外用美洲大蠊提取液保留灌肠,阳性对照组外用结肠宁保留灌肠,空白对照组予以生理盐水安慰灌肠,15 d为1个疗程,连续治疗4个疗程。对比观察3组患者肛瘘术后创面面积、肠镜下结肠黏膜水肿及溃疡情况,比较3组药物的临床疗效。**结果** 肛瘘术后创面面积比较,治疗组术后创面明显缩小,阳性对照组次之,空白对照组最差,差异均具有统计学意义( $P<0.05$ );肠镜下治疗组患者肠道黏膜水肿及溃疡数量明显少于阳性对照组及空白对照组,阳性对照组明显少于空白对照组,差异均具有统计学意义( $P<0.05$ )。3组患者临床疗效比较,治疗组显效率为60.0%,明显高于阳性对照组的30.0%及空白对照组的10.0%( $P<0.05$ )。**结论** 美洲大蠊提取液保留灌肠治疗不确定性肠炎并发肛瘘术后疗效显著,能缩小肛瘘创面,加速结肠炎症吸收,促进溃疡面愈合,为临床经济、高效的外用辅助治疗方法提供了理论基础。

**〔关键词〕** 不确定性肠炎;肛瘘;美洲大蠊提取液;保留灌肠

**〔中图分类号〕**R266;R657.1

**〔文献标志码〕**B

**〔文章编号〕**doi:10.3969/j.issn.1674-070X.2019.02.022

### Clinical Effect of Retention Enema with *Periplaneta americana* Extract in Treatment of Uncertain Enteritis After Anal Fistula Surgery

DENG Hui<sup>1</sup>, YANG Min<sup>2</sup>, ZENG Juanni<sup>3\*</sup>

(1. Louxing District People's Hospital, Loudi, Hunan 417008, China; 2. Hunan University of Chinese Medicine, Changsha, Hunan 410208, China; 3. The Second Affiliated Hospital of Hunan University of Chinese Medicine, Changsha, Hunan 410005, China)

**〔Abstract〕** **Objective** To investigate the clinical effect of retention enema with *Periplaneta americana* extract in the treatment of uncertain enteritis after anal fistula surgery. **Methods** A total of 30 patients with uncertain enteritis complicated by anal fistula were randomly divided into treatment group, positive control group, and blank control group, with 10 patients in each group. All patients underwent cutting and thread-drawing surgery for anal fistula and were given routine medical treatment including intravenous anti-inflammatory therapy, parenteral nutrition, and oral administration of drugs. The patients in the treatment group were given retention enema with *Periplaneta americana* extract, those in the positive control group were given retention enema with Jiechangning, and those in the blank control group were given retention enema with normal saline. Each

**〔收稿日期〕**2018-08-15

**〔基金项目〕**国家自然科学基金项目(81774325)。

**〔作者简介〕**邓辉,男,主治医师,研究方向:普外难愈合创面。

**〔通讯作者〕**\*曾娟妮,女,硕士研究生导师,E-mail:zengjuanni@aliyun.com。

course of treatment was 15 days, and all patients were treated for 4 courses. The three groups were compared in terms of wound area after anal fistula surgery, colorectal mucosal edema and ulcer on colonoscopy, and clinical outcome after drug therapy. **Results** The treatment group had the most significant reduction in wound area after anal fistula surgery, followed by the positive control group and the blank control group ( $P<0.05$ ). The treatment group had a significantly smaller amount of mucosal edema and ulcer on colonoscopy than the positive control group and the blank control group, and the positive control group had a significantly smaller amount than the blank control group ( $P<0.05$ ). The treatment group had a significantly higher marked response rate than the positive control group and the blank control group (60.0% vs 30.0%/10.0%,  $P<0.05$ ). **Conclusion** Retention enema with *Periplaneta americana* extract has a marked clinical effect in the treatment of uncertain enteritis after anal fistula surgery and can reduce the wound area of anal fistula, accelerate the absorption of colon inflammation, and promote ulcer healing, which provides a theoretical basis for economic and efficient external adjuvant therapy in clinical practice.

[**Keywords**] uncertain enteritis; anal fistula; *Periplaneta americana* extract; retention enema

炎症性肠病(IBD),临床上常见溃疡性结肠炎和克罗恩病,偶见第三种肠炎——不确定性肠炎,不确定性肠炎又称爆发性肠炎,不能被归类到这两种类型中的任何一种,约占肠炎的5%,病理上不确定性肠炎与克罗恩及溃疡性结肠炎难以分辨,故将之暂时称为不确定性肠炎<sup>[1]</sup>。随着现代饮食结构的调整,食品安全隐患等一系列问题,不确定性肠炎的发病率也随之增高<sup>[2]</sup>。肠镜下表现多为深大溃疡,病变部位多累及肠黏膜及黏膜下层<sup>[3]</sup>,严重者还有接触性出血甚至穿孔<sup>[4]</sup>。肛瘘是指肛管直肠瘘,肛瘘大多是非特异性感染导致,常见于非特异肠炎(溃疡性结肠炎、克罗恩病)患者,少数是结核性的,不确定性肠炎合并肛瘘多为括约肌外肛瘘,治疗多以手术为主——肛瘘切扩挂线术。中医学认为,不确定性肠炎属于湿热未尽,热毒内蕴,耗精伤气,蔓延病情<sup>[5]</sup>,湿热下注直肠,发而为“漏”。本实验为减轻肛瘘术后患者负担,增加外用法辅助治疗,提高了手术成功率,效果显著,现将实验结果报道如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

选取湖南省中医院及娄星区第二人民医院肛肠科2015年1月-2018年1月收治的不确定性肠炎并发肛瘘的患者30例,按照入院先后排序随机分为治疗组、阳性对照组、空白对照组各10例,3组患者在年龄、性别、病程等方面差异无统计学意义( $P>0.05$ )。见表1。本试验经过湖南省中医院和娄星区第二人民医院伦理委员会批准。

### 1.2 病例选择

1.2.1 诊断标准 参照文献[6]拟定诊断标准,不确定性肠炎溃疡并不像典型的溃疡性结肠炎引起的只涉及黏膜及黏膜下层并沿着肠壁排列,其溃疡病变更深,为透壁性溃疡<sup>[7]</sup>(通过肠壁深入)或像裂缝。

表1 3组不确定性肠炎手术患者一般资料比较( $\bar{x}\pm s, n=10$ )

组别	性别/例		年龄/岁	病程/年	肛瘘次数/次
	男	女			
治疗组	7	3	42.0±16.3	3.3±2.7	4.1±1.7
阳性对照组	6	4	46.0±16.6	3.9±2.0	4.4±2.0
空白对照组	8	2	45.0±15.0	3.4±2.4	4.6±1.9

裂缝性溃疡很窄(约占病例的13%),有时形状像“V”。在克罗恩病、溃疡性结肠炎中,炎症多从直肠开始,顺着结肠向上发展。不确定性结肠炎,跳跃前进式,炎性组织与正常组织相间可见,主要累及横结肠和右半结肠,少量累及直肠。临床上多表现为腹痛、腹泻、脓血便等。参考李春雨等<sup>[8]</sup>肛瘘多由肛管直肠周围脓肿引起,内口位于齿状线上肛窦处,根据瘘管行经和括约肌的关系(ParKs分类)可分为4类:括约肌间肛瘘、经括约肌肛瘘、括约肌上肛瘘、括约肌外肛瘘。以反复红肿疼痛、破溃流脓、肛门瘙痒为特征。

1.2.2 纳入标准 参考《溃疡性结肠炎现代诊疗手册》<sup>[9]</sup>中的相关诊断标准进行纳入,(1)肠镜及病检不能确诊为克罗恩或溃疡性结肠炎,直肠三维彩超提示为括约肌外肛瘘患者,年龄在18~65岁之间的患者;(2)自愿加入不确定性肠炎并发肛瘘术后治疗者;(3)签署知情同意书者;(4)既往无重大基础病(高血压、糖尿病、冠心病)者。

1.2.3 排除标准 (1)偶有腹泻腹痛表现的肠道易激综合征患者;(2)肠结核性溃疡患者,分泌物培养有结核杆菌;(3)有非特异性肠炎(溃疡性结肠炎、克罗恩病)表现的肠炎患者;(4)放射性肠炎、缺血性肠炎、假膜性肠炎等特异性肠炎患者;(5)术前检查发现有高血压、冠心病、糖尿病、肝肾功能受损、肝炎、梅毒、艾滋病及血液疾病等患者;(6)精神焦虑,情感脆弱,需服用药物控制者;(7)依从性差,后期拒绝治疗

效评估者。

1.2.4 脱落标准 (1)对美洲大蠊提取液过敏者;(2)受试者不能耐受保留灌肠刺激者;(3)在治疗途中因个人原因拒绝继续者。

### 1.3 治疗方法

所有患者均由同一组医生行肛瘘切扩挂线手术治疗后行常规治疗联合保留灌肠治疗。常规治疗:肛瘘切扩挂线术后予头孢菌类、甲硝唑、庆大霉素等抗生素抗炎,静脉补充电解质、维生素、葡萄糖等肠外营养,口服美沙拉嗪缓释颗粒 1.0 g,每日3次。保留灌肠治疗:肛瘘术后第1天开始每日睡前解完大便后灌肠,15 d为1疗程,连续4个疗程。注意事项:患者术后肛管部多疼痛敏感,需和患者进行沟通,缓解患者紧张不适,增强患者依从性。特别嘱咐患者尽可能地延长药物在肛门中停留时间。

1.3.1 治疗组 药物:康复新液(美洲大蠊提取液的商品名,四川好医生,国药准字 Z51021834)。方法:取康复新液 50 mL,保留灌肠。

1.3.2 阳性对照组 药物:结肠宁(九芝堂股份有限公司,国药准字 Z10890022)。方法:取结肠宁药膏 5 g 溶于 50 mL 温水中保留灌肠。

1.3.3 空白对照组 药物:生理盐水。方法:予生理盐水 50 mL 安慰灌肠治疗。

### 1.4 观察指标

1.4.1 肛瘘术后创面面积评估 肛瘘术后创面愈合速度与常规换药有关,也受肠道炎症影响,以保留灌肠后患者肛瘘创面愈合速度评估各组药物疗效,记录肛瘘术后、术后2周、术后4周的创面面积,方法:用透明薄膜均匀的贴服于创面上,以记号笔描绘边缘,再将薄膜覆盖着 A4 纸上,计算具体数值<sup>[10]</sup>。

1.4.2 炎症评分 肠镜观察术后肠道黏膜水肿及溃疡情况评分。结肠黏膜病变分级(参照 1993 年太原慢性非感染性肠道疾病学术研讨会标准制定): I 级:肠黏膜轻度充血水肿,轻度糜烂或无,溃疡无或散在分布,数量少于 3 个,周边轻度红肿,记为 2 分; II 级:肠黏膜中度充血水肿,中度糜烂可伴有出血,溃疡散在分布多于 3 个,周边明显红肿,记为 1 分; III 级:肠黏膜重度充血水肿,重度糜烂,触之有明显出血,溃疡分布多,周围有明显脓苔,周边显著红肿,记 0 分;特别将大致正常肠黏膜记为 3 分。

### 1.5 疗效判断标准<sup>[11-12]</sup>

无效:腹痛、腹胀、便血、里急后重等临床体征无好转,肛瘘创面久不愈合,肠镜检查结肠黏膜充血水肿无变化;有效:腹痛、腹胀、腹泻等临床体征好转,无便血,粪便隐血实验为阳性,肛瘘创面缩小,肠镜

检查结肠黏膜充血水肿好转;显效:偶有腹胀、腹痛,无便血,粪便隐血实验阴性,肛瘘术后创面基本愈合,肠镜检查结肠黏膜充血水肿明显改善。

### 1.6 统计学处理

使用 SPSS 21.0 软件进行数据统计分析,计量资料采用“ $\bar{x}\pm s$ ”表示,方差齐采用  $t$  检验,不齐采用  $t'$  检验,计数资料采用  $\chi^2$  检验,以  $P<0.05$  为差异有统计学意义。

## 2 结果

实验过程中无脱落、剔除及终止的病例。

### 2.1 肛瘘术后保留灌肠治疗肛周创面大小比较

肛瘘术后 3 组患者肛周创面大小差异无统计学意义( $P>0.05$ );术后 2 周,治疗组创面明显小于其他两组( $P<0.05$ ),阳性对照组与空白对照组比较,差异不明显( $P>0.05$ );术后 4 周,肛瘘术后创面大小依次为:治疗组<阳性对照组<空白对照组,3 组之间差异有统计学意义( $P<0.05$ )。美洲大蠊提取液与结肠宁灌肠均能加速肛瘘创面伤口愈合,且美洲大蠊提取液优势更加显著。见表 2。

表 2 3 组肛瘘术后创面大小比较( $\bar{x}\pm s, n=10, \text{cm}^2$ )

组别	肛瘘术后	术后 2 周	术后 4 周
治疗组	6.53±4.33	4.67±3.96* <sup>△</sup>	1.39±1.01* <sup>△</sup>
阳性对照组	6.78±4.12	5.26±4.09	2.31±1.98*
空白对照组	6.34±4.69	5.73±4.56	3.11±2.28

注:与空白对照组比较,\* $P<0.05$ ;与阳性对照组比较, $\Delta P<0.05$

### 2.2 3 组保留灌肠后肠镜下肠道黏膜炎症评分比较

术后 2 周,治疗组与阳性对照组炎症评分差异无统计学意义( $P>0.05$ ),但两组均高于空白对照组( $P<0.05$ );术后 4 周及 8 周,治疗组炎症评分与阳性对照组及空白对照组比较,差异均具有统计学意义( $P<0.05$ )。见表 3。

表 3 3 组保留灌肠后肠道黏膜炎症评分比较( $\bar{x}\pm s, n=10, \text{分}$ )

组别	术后 2 周	术后 4 周	术后 8 周
治疗组	1.98±0.28*	2.26±0.36* <sup>△</sup>	2.56±0.31* <sup>△</sup>
阳性对照组	1.73±0.36*	2.05±0.69*	2.24±0.53*
空白对照组	0.62±1.02	0.88±0.91	1.13±0.82

注:与空白对照组比较,\* $P<0.05$ ;与阳性对照组比较, $\Delta P<0.05$

### 2.3 临床疗效比较

治疗 4 周时,治疗组显效率达 20.2%,显著高于阳性对照组及空白对照组( $P<0.05$ );8 周时,治疗组显效率达 60.0%,显著高于阳性对照组及空白对照

组( $P<0.05$ )。提示治疗组临床疗效优于阳性对照组和空白对照组,且随着时间延长,治疗组优势更显著。见表4。

表4 保留灌肠临床疗效比较( $n=10$ ,例)

组别	术后4周				术后8周			
	显效	有效	无效	显效率/%	显效	有效	无效	显效率/%
治疗组	2	8	0	20.2* $\Delta$	6	4	0	60.0* $\Delta$
阳性对照组	1	9	0	10.0*	3	7	0	30.0*
空白对照组	0	7	3	0.0	1	8	1	10.0

注:与空白对照组比较,\* $P<0.05$ ;与阳性对照组比较, $\Delta P<0.05$

### 3 讨论

不确定性结肠炎仍是一个有争议的话题,部分学者认为其是克罗恩的一类严重病变<sup>[13-14]</sup>,治疗方案与溃疡性结肠炎相似,对于活动期并发肛瘘的患者均以外科手术治疗后积极予以抗炎、改善肠道菌群等治疗方案。不确定性肠炎患者术后治疗效果多不显著,治疗周期长,易反复,严重影响病人的生活质量,降低幸福感。为探求一种经济、便捷、高效的辅助治疗方案,本实验将患者分为3组治疗,结果显示肛瘘切扩挂线术后,美洲大蠊提取液组抗炎促愈能力明显高于其他两组,差异具有统计学意义;肠镜下可见美洲大蠊提取液组患者黏膜水肿及溃疡明显改善,治疗疗效评分明显高于其他两组且作用持久。美洲大蠊提取液特有养阴生肌等功效,现代研究发现,它能有效提高难愈合创面前中期I/III型胶原蛋白的表达,促进伤口愈合<sup>[15]</sup>,增强局部免疫,改善创面微循环<sup>[16]</sup>。本实验检测肠道炎症的控制情况,评价各组疗效,充分表明美洲大蠊提取液保留灌肠,能抑制炎症的免疫反应,减轻肠道黏膜水肿,促进溃疡愈合<sup>[17]</sup>。综上,美洲大蠊提取液作用于不确定性肠炎并发肛瘘切扩挂线术后患者疗效显著,能缩小肛瘘术后创面、大大减轻肠道炎症反应、加速溃疡面愈合,减轻了患者经济压力,为临床推广不确定性肠炎并发肛瘘术后的辅助治疗提供了理论基础。

### 参考文献

- [1] FARMER M, PETRASRE, HUNTLE, et al. The importance of diagnostic accuracy in colonic inflammatory bowel disease[J]. American Journal of Gastroenterology, 2000, 95(11):3184-3188.
- [2] THIA K T, LOFTUS EV J R, SANDBORN W T, et al. An update on the epidemiology of inflammatory bowel disease in Asia[J]. American Journal of Gastroenterology, 2008, 103(12):3167-3182.
- [3] 张国云,张小玲,葛宁,等.慢性肛瘘并发非特异性溃疡性结肠炎的临床诊治研究[J].当代医学,2013,7(24):76-77.
- [4] 宋刚,王伟东,宋会芹,等.清洁灌肠联合保留灌肠治疗慢性肛瘘并发非特异性溃疡性结肠炎的60例临床观察[J].河北中医,2013,21(10):1463-1464.
- [5] 方丽笑,王建民,江宗兴,等.中医药促进肛瘘术后创面愈合的研究进展[J].中医临床杂志,2015,27(2):289-291.
- [6] AMBER J. TRESKA. What Is Indeterminate Colitis? [J]. Emmy Ludwig, MD, 2018, 31(1):157-160.
- [7] OSXERS. Pathology of indeterminate colitis[J]. Journal of Clinical Gastroenterology, 2004, 38(5 suppl 1):S36-40.
- [8] 李春雨,高枫,任东林.肛肠病学[M].北京:高等教育出版社,2013:108-111.
- [9] 江学良.溃疡性结肠炎现代诊疗手册[M].北京:中国医药出版社,2006:124.
- [10] 吴晓,李娜,王顺兰.莫匹罗星纱条对肛瘘术后创面愈合的临床观察[J].实用中西医结合临床,2015,15(10):71-72.
- [11] 王福平.美沙拉嗪辅助治疗溃疡性结肠炎的效果研究[J].临床医学研究与实践,2017,3(8):46-48.
- [12] MORISKY D E, GREEN L W, LEVINE, D M. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of measure of medication adherence[J]. Medical Care, 1986,24(1):67-74.
- [13] GEBOES K. Cronh's disease, ulcerative colitis or indeterminate colitis-How important is it to differentiate[J]. Acta Gastroenterol Belg, 2001,64(2):197-200.
- [14] ODZER. Diagnostic problems and advances in inflammatory bowel disease[J]. Modern Pathology, 2003,16(4):347-358.
- [15] 李文华,伍伟明,曾娟妮,等.美洲大蠊提取液对慢性难愈合创面I/III型胶原蛋白调控研究[J].湖南中医药大学学报,2018,38(3):250-253.
- [16] 顾玉琴.康复新液治疗褥疮15例疗效观察[J].现代中西医结合杂志,2011,20(35):4576-4577.
- [17] 成瑞辉,黄恒良.慢性肛瘘并发特异性溃疡性结肠炎的诊疗[J].中国医药科学,2012,2(5):191-192.

(本文编辑 马薇)