

·临床研究·

本文引用:谷 丰,李春耕.止痛促愈汤对低位型肛瘘术后创面疼痛及愈合作用的临床观察[J].湖南中医药大学学报,2017,37(11):1269-1271,1298.

止痛促愈汤对低位型肛瘘术后创面疼痛及愈合作用的 临床观察

谷 丰,李春耕*

(唐山市中医医院肛肠一科,河北 唐山 063000)

〔摘要〕目的 观察止痛促愈汤对低位型肛瘘术后创面疼痛及愈合的临床疗效。**方法** 将70例低位型肛瘘患者随机分为对照组与治疗组各35例,对照组予高锰酸钾溶液熏洗联合红外线照射治疗,治疗组在对照组基础上予止痛促愈汤治疗。14 d后观察创面疼痛、水肿、渗出及肉芽组织形态和创面面积等情况,评价创面愈合时间、愈合率及临床疗效。**结果** 两组治疗后创面疼痛、水肿、渗出及肉芽组织形态积分和创面面积较治疗前均有改善 ($P<0.05$),治疗组改善程度优于对照组 ($P<0.05$);治疗组创面愈合时间短于对照组 ($P<0.05$),治疗组创面愈合率及临床总有效率均高于对照组 ($P<0.05$)。**结论** 止痛促愈汤可以改善低位型肛瘘术后创面疼痛、水肿、渗出,促进肉芽组织增生,缩小创面面积,促进创面愈合,提高临床疗效。

〔关键词〕 低位型肛瘘;止痛促愈汤;创面疼痛;创面愈合;肉芽组织形态

〔中图分类号〕R266

〔文献标志码〕B

〔文章编号〕doi:10.3969/j.issn.1674-070X.2017.11.024

Clinical Observation of Zhitong Cuyu Decoction on Wound Pain and Healing of Low Type Anal Fistula

GU Feng, LI Chungeng*

(Anorectal Department, Tangshan Hospital of Traditional Chinese Medicine, Tangshan, Hebei 063000, China)

〔Abstract〕 Objective To observe the clinical efficacy of Zhitong Cuyu decoction on wound pain and healing of low type anal fistula. **Methods** 70 patients with low type anal fistula were randomly divided into two groups, 35 patients in each group. The control group received a solution of potassium permanganate fumigation combined with infrared radiation, while the treatment group was treated with Zhitong Cuyu decoction on the basis of the control group. After treatment for 14 days, the wound pain, edema, exudation and granulation tissue forms and the wound area were observed, and the wound healing time, healing rate and clinical efficacy were evaluated. **Results** After treatment, the wound pain, edema, exudation and granulation tissue morphology points and wound area were improved than before treatment ($P<0.05$). The degree of improvement in the treatment group was better than the control group ($P<0.05$). The wounds healing time of treatment group was shorter than the control group ($P<0.05$). The total effective rate of wound healing and clinical efficiency was higher than those in the control group ($P<0.05$). **Conclusion** Zhitong Cuyu decoction can improve wound pain, edema, exudation of low type anal fistula, promote granulation tissue, reduce wound area and promote wound healing.

〔Keywords〕 low type anal fistula; Zhitong Cuyu decoction; wound pain; wound healing; granulation tissue

〔收稿日期〕2016-07-04

〔基金项目〕河北省中医药管理局指导研究项目(2014251)。

〔作者简介〕谷 丰,男,本科,主治医师,研究方向:肛肠疾病。

〔通讯作者〕*李春耕,男,主任医师,硕士研究生导师,E-mail:lichungeng001@126.com.

肛瘘是肛肠科的常见病和多发病,多数学者认为其发病机制为肛腺感染,临床多采用手术治疗,但术后创面常因感染、疼痛、缺血等因素导致局部渗出增多而难以愈合,甚至因感染而导致脓毒血症,危及患者生命^[1-3]。因此,应探索积极有效的干预措施,缓解术后创面疼痛、水肿、渗出等,促进创面的愈合与疾病的康复。本研究探讨了止痛促愈汤对低位型肛瘘术后创面疼痛及愈合的临床疗效,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取2014年9月至2015年12月本院低位型肛瘘术后患者70例,采用随机数字表法随机分为对照组与治疗组各35例。对照组:男性23例,女性12例;年龄25~67岁,平均(40.38±12.56)岁;疼痛评分3~7分,平均(5.03±1.20)分;创面面积8~20 cm²,平均(11.46±4.35) cm²。治疗组:男性22例,女性13例;年龄21~70岁,平均(40.72±13.20)岁;疼痛评分3~8分,平均(4.97±1.23)分;创面面积7~22 cm²,平均(11.53±4.47) cm²。两组性别、年龄、疼痛程度及创面面积等临床资料比较差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 病例选择标准

1.2.1 诊断标准 低位型肛瘘及湿热瘀阻证诊断标准参照《肛瘘临床诊治指南》^[4]制定,湿热瘀阻证:肛周有溃口,破溃流脓,脓液色黄稠厚,局部灼热刺痛明显,伴有条索状硬结,周身困重,食欲不佳,大便黏腻不爽,小便色黄,舌质暗红,苔黄腻,脉滑数或涩。

1.2.2 纳入标准 符合肛瘘及湿热瘀阻证诊断标准者;年龄18~70岁;接受肛瘘手术治疗者;患者签署知情同意书者。

1.2.3 排除标准 肛瘘合并其他肛肠疾病者;长期腹泻或便秘者;患有糖尿病、凝血功能障碍、精神障碍及传染性疾病者;妊娠或哺乳期妇女;对试验药物过敏者;对研究方案依从性较差,正在参加其他临床试验者。

1.3 治疗方法

1.3.1 对照组 参照文献^[5],每次排便后使用碘伏

对创面进行消毒,然后用浓度为1:5 000的高锰酸钾溶液熏洗,熏洗后采用红外线局部照射治疗,以局部潮红为度,避免灼烧,每日1次,每次15~20 min,最后用无菌纱条外敷并覆盖医用敷料固定。

1.3.2 治疗组 在对照组的基础上给予止痛促愈汤[组成:黄柏15 g,黄芩12 g,白术15 g,苍术15 g,茯苓15 g,泽泻15 g,连翘12 g,黄芪30 g,当归15 g,川芎12 g,白芍12 g,煅牡蛎30 g(先煎),乳香10 g,没药10 g,陈皮12 g,甘草6 g]治疗,日1剂,水煎至300 mL,早晚分服。两组疗程均为14 d。

1.4 观察指标

观察并记录治疗前后创面疼痛、水肿、渗出及肉芽组织形态积分和创面面积变化^[6-8],根据创面愈合情况比较愈合时间、愈合率及临床疗效。

1.5 疗效标准

参照《中医病证诊断疗效标准》^[9]制定。(1)治愈:创面上皮完全覆盖,局部无水肿、渗出、溃烂;(2)显效:创面疼痛、水肿、渗出明显改善,肉芽组织生长良好,愈合面积>75%。(3)有效:创面疼痛、水肿、渗出有所改善,肉芽组织生长较好,愈合面积≥30%。(4)无效:创面疼痛、水肿、渗出改善不明显或加重,肉芽组织生长缓慢或停滞,愈合面积<30%。

1.6 统计学处理

采用SPSS 17.0统计软件处理,计量资料以“ $\bar{x}\pm s$ ”表示,采用 t 检验,计数资料采用 χ^2 检验,等级资料采用秩和检验,以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组治疗前后创面疼痛、水肿、渗出及肉芽组织形态积分和创面面积比较

结果显示两组治疗后创面疼痛、水肿、渗出及肉芽组织形态积分和创面面积较治疗前均有改善($P<0.05$),治疗组改善程度优于对照组($P<0.05$)。见表1。

2.2 两组治疗后愈合时间及愈合率比较

结果显示治疗组创面愈合时间短于对照组($P<0.05$),创面愈合率高于对照组($P<0.05$)。见表2。

2.3 两组临床疗效比较

结果显示治疗组临床总有效率94.3%高于对照组总有效率85.7%($P<0.05$)。见表3。

表 1 两组治疗前后创面疼痛、水肿、渗出及肉芽组织形态积分和创面面积比较 (分, $\bar{x}\pm s$)

| 组别 | n | 时间 | 创面疼痛 | 创面水肿 | 创面渗出 | 肉芽组织 | 创面面积/cm ² |
|-----|----|-----|-------------|-------------|-------------|-------------|----------------------|
| 治疗组 | 35 | 治疗前 | 4.97±1.23 | 3.83±0.59 | 3.75±0.39 | 11.53±4.47 | 3.89±0.34 |
| | | 治疗后 | 1.15±0.82*# | 0.14±0.03*# | 0.08±0.00*# | 3.68±1.25*# | 0.05±0.02*# |
| 对照组 | 35 | 治疗前 | 5.03±1.20 | 3.91±0.63 | 3.72±0.42 | 11.46±4.35 | 3.94±0.30 |
| | | 治疗后 | 1.94±1.03* | 0.47±0.35* | 0.41±0.56* | 5.93±1.60* | 0.27±0.11* |

注:与治疗前比较,* $P<0.05$;与对照组治疗后比较,# $P<0.05$ 。

表 2 两组治疗后愈合时间及愈合率比较 ($\bar{x}\pm s$)

| 组别 | n | 愈合时间(d) | 愈合率(%) |
|-----|----|-------------|-------------|
| 治疗组 | 35 | 16.75±4.46* | 92.49±3.31* |
| 对照组 | 35 | 20.29±5.10 | 81.63±3.87 |

注:与对照组比较,# $P<0.05$ 。

表 3 两组临床疗效比较 (例)

| 组别 | n | 治愈 | 显效 | 有效 | 无效 | 总有效率(%) |
|-----|----|----|----|----|----|---------|
| 治疗组 | 35 | 12 | 15 | 6 | 2 | 94.3* |
| 对照组 | 35 | 8 | 9 | 13 | 5 | 85.7 |

注:与对照组比较,# $P<0.05$ 。

3 讨论

肛瘘临床不能自愈,手术治疗是根治的唯一方法,但术后创面愈合时间长,复发率高^[10]。影响术后创面愈合的因素众多,包括创面局部感染、水肿、渗出以及机体患有糖尿病、贫血、营养不良等全身性疾病^[11]。此外,肛瘘手术所致创面为开放性伤口,长期与粪便等接触,易于诱发或加重局部感染,使创面难以愈合。中医药在治疗肛瘘术后并发症方面具有独特的优势,其作用机制大致可分为提脓祛腐、祛腐生肌、生肌收口三个环节^[12-13]。

中医学认为肛瘘属于“肛漏”“漏疮”等范畴,其发病与风、热、燥、火、湿等外感邪气,嗜食辛辣刺激食物,忧思劳虑,大便秘结等因素有关^[14]。潘贺等^[15]认为湿热下注是肛瘘的基本病机,常与气血相互搏结而成脓肿破溃。黄秀萍^[16]认为肛瘘多为湿热之邪所致,湿邪流注下焦,蕴而化热,可致肛瘘形成。《医门补要·痔瘘》云:“湿热下注大肠,从肛门先发小疙瘩,渐大溃脓,内通大肠,日久难敛。”手术治疗方式属于中医病因学说之不内外因-刀刃创伤,可致局部瘀血内停,阻碍经络气血之运行。而湿热与瘀血相互搏结,蕴结肌肤,阻碍创面气血之恢复与运行,严重影响创面的愈合。因此,针对肛瘘术后创面疼痛及难以愈合的病因病机,当以清热燥湿、活血化

瘀、敛疮生肌为治疗大法。

止痛促愈汤是在辨证论治基础上,结合临床经验及现代药理研究成果拟定的经验方,处方紧扣湿热瘀结之病机与清热燥湿、活血化瘀、敛疮生肌之治法。方中黄柏、黄芩清热燥湿,配以“疮家圣药”之连翘清热解毒,增强黄柏、黄芩清热燥湿之功;白术、苍术相伍,健脾燥湿,祛湿而不伤正,配以陈皮健脾、理气、燥湿,增强祛湿功效;茯苓、泽泻相合,利水渗湿、泄热,茯苓兼能健脾宁心;黄芪益气健脾、托疮生肌,配以当归养血活血,增强益气生肌之功;白芨功善收敛止血、敛疮生肌,乳香、没药活血生肌,煅牡蛎敛疮祛湿,川芎理气活血止痛,相互配伍,增强收湿、止血、活血、生肌之功;甘草清热解毒,调和诸药。现代药理研究表明:黄芩对多种病原微生物具有较强的抑制作用,同时具有抗炎、抗氧化、抗溃疡及调节免疫等功能^[17];黄柏对化脓性细菌具有较强的抑制作用,同时能够抑制机体炎症反应,发挥抗炎作用^[18];黄芪可以改善肛周微循环,促进局部创面愈合^[19];当归、川芎能够改善微循环,促进创面愈合,尚可发挥镇静、镇痛作用,减轻创面疼痛^[20];茯苓具有抑菌、抗炎及增强机体免疫作用^[21];白芨可以抑制纤维溶酶,增强血小板活性,形成血栓机械屏障,发挥抗菌、止血作用,同时能增加创面巨噬细胞数量和促进创面生长因子的释放,发挥抗炎及促进创面愈合作用^[22]。

综上所述,本研究表明止痛促愈汤诸药配伍,具有清热燥湿、活血化瘀、敛疮生肌之功,能够显著改善低位型肛瘘术后创面疼痛、水肿、渗出、肉芽组织形态及创面面积,缩短创面愈合时间,提高创面愈合率及整体临床疗效。

参考文献:

- [1] 尹 芬.综合护理干预对肛瘘患者术后护理效果的影响研究[J].中国医药科学,2015,5(22):100-102. (下转第 1298 页)

带一路国家的用稿量,更有利于把中医药文化的特色、优势等情况介绍给“一带一路”沿线国家,提高中医药文化的国际知名度和影响力^[7-9]。

4 结语

中医药“走出去”首先是中医药文化的先行、推广与传播^[10]。中医药事业及文化的推广需要多部门、多体系、多层次的人员协同合作,更需要政府、企业、高等院校等共同参与,才能实现共赢局面。中医药大学是中医药教育的基地和基石,肩负着中医药传承、传播和创新、发展的历史使命,应立足于国家战略和全球视野,积极推进中医药国际化推广传播。

因此,中医药大学要充分发挥自身优势,整合高校科研平台、聚集国际化高端科研工作者,协调政府、药企、医疗机构多方面资源,深入发掘中医药宝库中的精华,在一带一路沿线国家开拓海外中医药教育市场、参与国际教育产业竞争、丰富中国文化软实力、提升中医药品牌形象、输出中医药产品、深层次开发中医药事业,建立深厚的双边经济和文化交

流体制,共享中医药成果。

参考文献:

- [1] 叶利军.中医药的四大政治功能与中医院校哲学社会科学使命[J].湖南中医药大学学报,2017,37(2):127-130.
 - [2] 张晓东.一带一路助推中医药走向世界[N].中国中医药报,2015-1-14(3).
 - [3] 陈小平,江娜,严萱萱.中医药文化软实力特质分析[J].湖南中医药大学学报,2017,37(4):450-452.
 - [4] 白吉庆,林青青,黄璐琦.“丝路中药”初探[J].中国现代中药,2016,18(6):793-797.
 - [5] 刘勇,肖伟,乔晶,等.中药和一带一路[J].中国现代中药,2015,17(2):91-93.
 - [6] 吴婉莹,果德安.中药国际质量标准体系构建的几点思考[J].世界科学技术-中医药现代化,2014,16(3):496-500.
 - [7] 李玫姬.“一带一路”战略背景下中医药文化国际传播的机遇、挑战与对策[J].学术论坛,2016,4(303):130-133,180.
 - [8] 何茂春,张冀兵,张雅芃,等.“一带一路”战略面临的障碍与对策[J].新疆师范大学学报(哲学社会科学版),2015,36(3):36-45.
 - [9] 吴德军,申俊龙,徐爱军,等.中医药文化核心价值传播路径创新[J].医学与社会,2015,28(5):55-57.
 - [10] 曹静敏,徐爱军,张洪雷.中医药文化之于国家软实力提升[J].中国医药导报,2012,9(29):120-122.
- (本文编辑 贺慧娥)
-
- (上接第 1271 页)
- [2] 张康为,项雄华.溃疡散联合常规西药对肛瘘挂线术后创面愈合及术后感染的影响[J].中华中医药学刊,2015,33(3):740-742.
 - [3] 胡良胜,彭丽清,胡波.紫草膏治疗肛瘘术后创面40例疗效观察[J].湖北中医学院学报,2009,10(4):47-48.
 - [4] 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肛肠病专业委员会.肛瘘临床诊治指南(2006版)[J].中华胃肠外科杂志,2006,9(5):464-468.
 - [5] 孙凤伟.加味苦参汤坐浴熏洗对缓解肛瘘术后创面疼痛及促进愈合的效果观察[J].现代中西医结合杂志,2015,24(36):4076-4078.
 - [6] 吕晨,邹建玲,沈淑华,等.视觉模拟量表和语言评价量表用于术后疼痛评估的比较[J].全科医学临床与教育,2004,2(4):214-215.
 - [7] 夏泽华,张雅明,沈菲菲.自拟促愈汤对湿热下注型低位肛瘘术后止痛促愈作用观察[J].长春中医药大学学报,2016,32(4):1-3.
 - [8] 施展,高家治,王建东,等.清热化痰方熏洗促进肛瘘术后创面修复的临床疗效评价[J].世界中西医结合杂志,2016,11(1):70-73.
 - [9] 国家中医药管理局.中医病证诊断疗效标准[S].南京:南京中医药大学出版社,1994:243-244.
 - [10] 王爱华,宾东华,李逵,等.两种不同处理方式对大鼠肛瘘术后内口不愈组织修复影响的研究[J].湖南中医药大学学报,2015,35(1):15-21.
 - [11] 王玉瑶,谷云飞.肛瘘术后的创面治疗研究进展[J].世界中西医结合杂志,2011,6(5):440-442.
 - [12] 王燕,麻清,丁克,等.五味消毒饮加味保留灌肠促进肛瘘术后创面愈合的临床观察[J].世界科学技术—中医药现代化,2015,17(10):2034-2038.
 - [13] 周蔚.中药熏洗疗法在低位单纯性肛瘘术后的临床运用观察[J].中国卫生标准管理,2016,7(1):150-152.
 - [14] 李文.自拟清热养血汤促进湿热下注型肛瘘术后创面愈合的临床研究[D].合肥:安徽中医药大学,2015.
 - [15] 潘贺,孙兴华.中药熏洗坐浴对肛瘘术后创面愈合的影响[J].中医临床研究,2016,8(2):60-62.
 - [16] 黄秀萍.参黄熏洗方促进湿热下注型肛瘘术后创面愈合的临床研究[D].福州:福建中医药大学,2016.
 - [17] 郑勇凤,王佳婧,傅超美,等.黄芩的化学成分与药理作用研究进展[J].中成药,2016,38(1):141-147.
 - [18] 熊敏.黄柏的化学成分分析及药理作用研究[J].亚太传统医药,2014,10(14):34-35.
 - [19] 彭军良,陆金根.陆金根教授重用生黄芪治疗肛肠疾病的临床经验[J].中国中医急症,2015,24(1):89-91.
 - [20] 罗宝生.当归与川芎药理作用研究进展及对比[J].中国处方药,2016,14(5):20-22.
 - [21] 游昕,熊大国,郭志斌,等.茯苓多种化学成分及药理作用的研究进展[J].安徽农业科学,2015,43(2):501-502.
 - [22] 李晓博.白竭散促进低位单纯性肛瘘术后创面愈合的临床研究[D].合肥:安徽中医药大学,2015.
- (本文编辑 李杰)