

〔文章编号〕 1007-0893(2020)21-0107-03

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2020.21.051

消肿溃痈方熏洗对肛周脓肿术后创面愈合的影响

谢翔宇 梁秋萍 林明惠 洪敦明

(泉州市中医院, 福建 泉州 362000)

〔摘要〕 目的: 探究消肿溃痈方熏洗促进肛周脓肿术后患者创面愈合的临床效果。方法: 选择泉州市中医院 2017 年 1 月至 2018 年 12 月期间行肛周脓肿手术的患者 100 例, 按随机数字表法分为两组, 各 50 例。对照组行高锰酸钾溶液坐浴, 观察组在对照组的基础上采用消肿溃痈方熏洗。比较两组治疗总有效率、创口愈合情况、治疗前后巨噬细胞数量及症状及体征评分和不良反应发生情况。结果: 观察组患者治疗总有效率为 96.00% 高于对照组的 84.00%, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$); 观察组患者的创面愈合时间、创面腐肉脱落时间短于对照组, 创面缩小率高于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$); 治疗前两组患者的巨噬细胞数量、症状及体征积分比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。治疗后观察组的巨噬细胞数量多于对照组, 疼痛、渗出及水肿评分低于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$); 观察组患者不良反应发生率为 4.00% 低于对照组的 10.00%, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论: 肛周脓肿术后采用消肿溃痈方熏洗有助于促进创面恢复, 减轻创面疼痛感, 缩短创面愈合时间, 安全性高。

〔关键词〕 肛周脓肿; 创面愈合; 消肿溃痈方; 熏洗

〔中图分类号〕 R 266 〔文献标识码〕 B

肛周脓肿可发于任何年龄, 男性多于女性, 因肛管直肠周围间隙内化脓感染所形成的脓腔, 一旦形成肛周脓肿, 药物治疗难度较大, 且难以达到治愈的效果。手术是治疗肛周脓肿的唯一有效方法, 但由于肛周脓肿手术属于有菌操作, 开放式手术创面较大, 深度较深, 术后创面感染风险较高, 易出现水肿、疼痛、渗出液增多、创面愈合缓慢等症状, 影响术后恢复, 如何促进术后创面快速愈合、减轻患者疼痛是临床亟待解决的问题。中药熏洗在肛肠疾病治疗中具有操作简单、治疗费用低等优势。消肿溃痈方为经验方, 术后熏洗治疗有助于促进创面愈合, 降低创面感染几率。基于此, 本研究旨在探讨肛周脓肿术后给予消肿溃痈方熏洗治疗, 观察其对患者术后创面愈合的影响, 以为优化临床治疗提供参考, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择本院 2017 年 1 月至 2018 年 12 月期间行肛周脓肿手术的患者 100 例, 按随机数字表法分为两组, 各 50 例。观察组男 37 例, 女 13 例; 年龄 20~47 岁, 平均年龄 (33.94 ± 3.58) 岁; 病程 1~7 d, 平均病程 (3.36 ± 0.84) d; 肛周皮下脓肿 28 例, 肛门直肠后间隙脓肿 16 例, 低位马蹄形脓肿 6 例。对照组男 38 例, 女 12 例; 年龄 21~48 岁, 平均年龄 (34.02 ± 3.11) 岁; 病程 2~7 d, 平均病程 (3.45 ± 0.82) d; 肛周皮下脓肿 30 例, 肛门直肠后间隙脓

肿 15 例, 低位马蹄形脓肿 5 例。两组患者一般资料比较, 差异均无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 病例选择

1.2.1 诊断标准 西医符合《实用外科学》^[1] 中疾病相关诊断标准, 病灶处肤色偏红, 肛门烧灼痛, 皮温较其他部位高; 触诊可触及肿块或硬结, 或可波动, 触痛感明显; 实验室检查白细胞计数上升。中医符合《中医临床病症诊断疗效标准》^[2] 中热毒炽盛型辨证标准, 表现如下: 肛门肿痛, 可持续数日, 痛如鸡啄, 无法入眠; 恶寒发热, 口干便秘, 小便困难, 肛周红肿; 舌质红, 舌苔黄腻, 脉弦滑。

1.2.2 纳入标准 符合上述诊断标准; 均行一次性根治术; 自愿参与; 知晓本研究。

1.2.3 排除标准 存在手术禁忌证; 既往存在肛周手术史或伴有结直肠肿瘤; 妊娠及哺乳期女性; 精神异常, 无法完成本研究者。

1.3 方法

1.3.1 对照组 采用高锰酸钾溶液坐浴, 按照 1:5000 的比例调制高锰酸钾溶液, 于术后第 1 天开始坐浴, 坐浴前若有便意需排空后用清水洗净肛门后再行坐浴, 避免污物影响药效, 连续治疗 14 d。

1.3.2 观察组 在对照组的基础上采用消肿溃痈方熏洗, 消肿溃痈方组方如下: 野菊花、白芷、皂角刺各 10 g, 冰片、当归 12 g, 蒲公英 15 g, 紫花地丁、苦参、黄柏、金银花各 30 g, 生甘草 10 g。将药物煎煮取汁 200 mL,

〔收稿日期〕 2020-08-11

〔作者简介〕 谢翔宇, 男, 主治医师, 主要研究方向是中医肛肠。

2次·d⁻¹, 连续熏洗14d。

1.4 观察指标

(1) 治疗总有效率: 创面已形成坚实疤痕, 创面上皮已完全覆盖, 7d内未发生溃烂为痊愈; 创面出现新鲜的肉芽组织, 创面上皮面积缩小幅度 $\geq 75\%$ 为显效; 创面肉芽组织较为新鲜, 创面上皮面积缩小 $25\% \sim 75\%$, 症状好转为有效; 创面肉芽组织生长较少, 创面上皮面积缩小幅度 $< 25\%$, 症状无缓解为无效。总有效率=(痊愈+显效+有效)/总例数 $\times 100\%$ 。(2) 创口恢复情况: 创面愈合时间、创面腐肉脱落时间、创面缩小率。(3) 巨噬细胞数量: 分别于治疗前及治疗14d后采用创面细胞印片技术, 经光学显微镜观察创面渗出液中巨噬细胞数量。(4) 症状及体征积分, ①疼痛评分: 采用视觉模拟评分法(visual analogue scale, VAS)评估术后肛周疼痛程度, 满分10分, 疼痛感越强, 总评分越高。②渗出评分: 渗液量少, 未达1块纱布记0分; 渗液量中等, 渗透1块纱布记1分; 渗液量多, 渗透纱布数 ≥ 2 块记2分。③水肿评分: 无水肿记0分; 水肿高出皮肤 < 0.2 cm, 距手术切缘 < 0.5 cm记1分; 水肿高出皮肤 < 1 cm, 距手术切缘 $0.5 \sim 1.0$ cm记2分; 水肿高出皮肤 ≥ 1.0 cm, 距手术切缘 > 1.0 cm记3分。(5) 不良反应: 肛周湿疹、肛瘘、切口感染。

1.5 统计学分析

采用SPSS 22.0软件进行数据处理, 计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示, 采用 t 检验, 计数资料用百分比表示, 采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者治疗总有效率比较

观察组患者治疗总有效率为96.00%高于对照组的84.00%, 差异具有统计学意义($P < 0.05$), 见表1。

表1 两组患者治疗总有效率比较 ($n = 50, n(\%)$)

组别	痊愈	显效	有效	无效	总有效
对照组	16(32.00)	15(30.00)	11(22.00)	8(16.00)	42(84.00)
观察组	28(56.00)	15(30.00)	5(10.00)	2(4.00)	48(96.00) ^a

与对照组比较, ^a $P < 0.05$

2.2 两组患者创口恢复情况比较

观察组患者的创面愈合时间、创面腐肉脱落时间短于对照组, 创面缩小率高于对照组, 差异具有统计学意义($P < 0.05$), 见表2。

表2 两组患者创口恢复情况比较 ($n = 50, \bar{x} \pm s$)

组别	创面愈合时间/d	创面腐肉脱落时间/d	创面缩小率/%
对照组	24.55 \pm 3.57	7.68 \pm 1.46	73.24 \pm 3.59
观察组	20.36 \pm 3.91 ^b	5.03 \pm 1.15 ^b	85.66 \pm 3.85 ^b

与对照组比较, ^b $P < 0.05$

2.3 两组患者治疗前后巨噬细胞数量、症状及体征评分比较

治疗前两组患者的巨噬细胞数量、症状及体征积分比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$)。治疗后观察组的巨噬细胞数量多于对照组, 疼痛、渗出及水肿评分低于对照组, 差异具有统计学意义($P < 0.05$), 见表3。

表3 两组患者治疗前后巨噬细胞数量、症状及体征评分比较 ($n = 50, \bar{x} \pm s$)

组别	时间	巨噬细胞数量/ 个·HP ⁻¹	疼痛评分/分	渗出评分/分	水肿评分/分
对照组	治疗前	5.97 \pm 0.92	7.61 \pm 1.12	2.20 \pm 0.58	2.28 \pm 0.72
	治疗后	2.11 \pm 0.70	0.98 \pm 0.15	0.78 \pm 0.14	0.84 \pm 0.13
观察组	治疗前	6.13 \pm 0.88	7.59 \pm 1.03	2.19 \pm 0.57	2.32 \pm 0.74
	治疗后	4.86 \pm 0.72 ^c	0.30 \pm 0.03 ^c	0.42 \pm 0.02 ^c	0.51 \pm 0.04 ^c

与对照组治疗后比较, ^c $P < 0.05$

2.4 两组患者不良反应发生率比较

观察组患者不良反应发生率为4.00%低于对照组的10.00%, 差异具有统计学意义($P < 0.05$), 见表4。

表4 两组患者不良反应发生率比较 ($n = 50, \text{例}$)

组别	肛周湿疹	切口感染	肛瘘	发生率/%
对照组	2	2	1	10.00
观察组	1	1	0	4.00 ^d

与对照组治疗后比较, ^d $P < 0.05$

3 讨论

中医学将肛周脓肿归结为“肛痈”等范畴, 认为饮食不节、过度食用辛辣肥厚食物等是引发肛周脓肿的主要原因, 使得热毒结聚、湿热内生; 或因肌肤损伤, 感染毒邪, 造成瘀血凝滞、血败肉腐、经络阻塞而发病。湿热毒邪下注于肛门, 随着病情发展郁久化热、气滞血瘀、蒸酿成脓^[3]。肛周脓肿术后由于筋肉受到金刃所伤, 气血运行不畅, 加之肛门位置的特殊性, 极易受到粪便等污染, 导致火热邪毒壅盛, 气滞血瘀; 创口渗液不断溢出, 造成创缘硬结不散, 水肿等症状无法改善^[4]。因此, 对于肛周脓肿术后的治疗应以软坚散结、清热解毒为原则。

本研究结果显示, 相比于对照组, 观察组治疗总有效率高, 创口恢复情况好, 治疗后巨噬细胞数量多, 疼痛、渗出及水肿评分低, 未见明显不良反应, 表明于肛周脓肿术后采用消肿溃痈方熏洗疗效确切, 有助于缓解术后疼痛感, 缩短创面愈合时间, 加快创面愈合, 减轻炎症反应, 增加巨噬细胞数量, 安全可靠。消肿溃痈方中以金银花为君药, 清热解毒、凉血活血, 是中医学中治痈要药; 白芷、皂角刺为臣药, 可软坚散结、通络活血; 野菊花、蒲公英、紫花地丁、苦参、黄柏、冰片为佐药, 可清热燥湿、散结热、消疮毒、清热止痛; 当归亦为佐药, 其中当归活血化瘀, 润肠通便; 生甘草为使药, 调和诸药。诸药合用, 可奏透脓散结、消肿生肌、

清热解毒、活血止痛之效^[5]。现代药理学研究表明^[6]，金银花中的绿原酸具有抗菌抑菌、免疫调节的作用；蒲公英水煎剂在抑制大肠埃希菌、白色念珠菌、绿脓杆菌中效果较好。消肿溃痈方利用熏洗的方式在热量及药物的共同作用下，可促进患处皮肤血管扩张，加快患处血液及淋巴循环，提高细胞代谢能力，促进新生肉芽生长，利于创面修复。

综上所述，肛周脓肿术后采用消肿溃痈方熏洗疗效确切，有助于缓解术后创面疼痛感，减轻渗液、水肿等症状，缩短创面愈合时间，促进创面恢复，安全可靠。

〔参考文献〕

(1) 吴肇汉, 秦新裕, 丁强. 实用外科学 (M). 4 版. 北京:

人民卫生出版社, 2017: 450.

(2) 国家中医药管理局. 中医临床病症诊断疗效标准 (S). 北京: 中国中医药出版社, 2017: 54.

(3) 曾华, 方园园, 田社清. 中药外熏洗在肛肠病术后应用 (J). 吉林中医药, 2018, 38(2): 184-187.

(4) 吴镛, 卿梅, 刘青, 等. 自拟苦柏油、促愈油纱条对肛周脓肿术后创面愈合及肛门功能的影响 (J). 结直肠肛门外科, 2017, 23(6): 701-704.

(5) 张志君, 郑德, 汪庆明, 等. 肛痈方筒方促进高位肛周脓肿术后创面愈合的临床研究 (J). 上海中医药杂志, 2017, 51(3): 61-63.

(6) 王世霞, 陈永乐, 王亚儒, 等. 清热解毒洗剂加减对热毒炽盛型肛周脓肿术后创面愈合的疗效研究 (J). 四川中医, 2018, 36(5): 115-117.

(文章编号) 1007-0893(2020)21-0109-02

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2020.21.052

神经内镜微创手术清除脑内血肿效果分析

钟日君 伍学斌 周敏光 陈 洪

(广州中医药大学顺德医院, 广东 佛山 528333)

〔摘要〕 **目的:** 探讨神经内镜微创手术对高血压脑出血患者脑内血肿的清除效果。**方法:** 选取 2016 年 5 月至 2019 年 5 月广州中医药大学顺德医院收治的 40 例高血压脑出血患者, 根据治疗方式的不同分为观察组和对照组, 观察组 22 例, 对照组 18 例, 对照组采用传统手术进行治疗, 观察组采用神经内镜微创手术进行治疗, 并比较两组患者不同的治疗模式下的临床效果。**结果:** 观察组患者的临床治疗效果显著优于对照组, 观察组患者的不良反应发生率低于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。**结论:** 高血压脑出血患者采用神经内镜微创手术治疗脑内血肿的效果显著, 有利于提高患者的治愈率。

〔关键词〕 高血压; 脑出血; 脑内血肿; 神经内镜微创手术

〔中图分类号〕 R 651.1 〔文献标识码〕 B

高血压脑出血是医学上常见的神经外科疾病, 是患有高血压人群极易发生的一种并发症, 这种疾病发病快、且发展迅速, 极易对患者的身体健康造成严重威胁, 且此类疾病的致死率和致残率都偏高, 给患者肢体行动以及日常生活都带来了不利的影响^[1]。随着医疗技术的不断发展, 神经内镜微创手术的新型治疗方式被广泛应用于高血压患者的临床治疗中。本研究以本院神经外科治疗高血压脑出血患者为研究对象, 分析神经内镜微创手术对高血压脑出血患者颅内血肿的清除效果, 详情报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2016 年 5 月至 2019 年 5 月本院收治的 40 例高血

压脑出血患者, 根据治疗方式的不同分为观察组和对照组, 其中对照组 18 例, 男 11 例, 女 7 例, 年龄 47 ~ 76 岁, 平均年龄 (56.7 ± 1.2) 岁。观察组 22 例, 男 13 例, 女 9 例, 年龄 45 ~ 78 岁, 平均年龄 (57.8 ± 1.3) 岁, 所有患者均经 CT 扫描确诊患有高血压脑出血, 两组患者性别、年龄等一般资料比较, 差异均无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 方法

1.2.1 对照组 采取传统的手术治疗方式。首先对脑部进行开颅手术, 清除患处的肿块, 并通过显微镜谨慎观察, 避免切口对脑功能区 and 周围血管带来伤害。其次将脑部肿块与头皮距离最接近的地方标记马蹄形切口, 并把硬膜成放射性, 然后划开皮质, 延伸至血肿腔, 在显微镜放大视野下对

〔收稿日期〕 2020-07-25

〔作者简介〕 钟日君, 男, 主治医师, 主要研究方向是神经外科。