

- 围神经病变炎症因子和血液流变学指标的影响研究 (J). 中华中医药学刊, 2021, 39(12): 117-120.
- (11) 张立新. 宣痹通络汤治疗湿热痹阻型类风湿关节炎的临床研究 (J). 中国中医药现代远程教育, 2021, 19(22): 73-76.
- (12) 田晓玲, 华川, 张艳, 等. 黄芪桂枝五物汤对糖尿病周围神经病变作用机制研究进展 (J). 辽宁中医药大学学报, 2021, 23(7): 58-62.
- (13) 艾为民, 蒋小红, 戴玲玲. 通络宣痹止痛汤熏洗辅治糖尿病周围神经病变临床观察 (J). 实用中医药杂志, 2021, 37(6): 997-999.
- (14) 靳贺超, 张冠文, 梁胜然, 等. 黄芪及黄芪药对有效成分对早期糖尿病肾脏疾病的肾保护作用研究进展 (J). 中国中西医结合肾病杂志, 2021, 22(12): 1125-1127.
- (15) 姚欣卉, 肖洪彬, 卞敬琦, 等. 丹参有效成分在治疗糖尿病及其并发症中的作用机制研究进展 (J). 中国实验方剂学杂志, 2021, 27(7): 209-218.

〔文章编号〕 1007-0893(2022)11-0045-04

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2022.11.012

清化肛宁汤治疗早期低位肛周脓肿临床疗效

李国威 张春旭*

(中国人民解放军联勤保障部队第九八八医院, 河南 郑州 450000)

〔摘要〕 **目的:** 探讨清化肛宁汤治疗早期低位肛周脓肿的临床疗效。 **方法:** 选取中国人民解放军联勤保障部队第九八八医院 2018 年 11 月至 2021 年 10 月期间收治的 92 例早期低位肛周脓肿患者, 采用随机数字表法分为对照组与观察组, 各 46 例。两组患者均行一次性肛周脓肿根治术治疗, 对照组患者术后给予甲硝唑纱条换药治疗, 观察组患者在对照组基础上加服清化肛宁汤治疗。比较两组患者的临床疗效、临床症状评分、炎症因子、康复指标、氧化应激指标、生活质量及不良反应情况。 **结果:** 观察组患者治疗总有效率为 95.65%, 高于对照组的 80.43%, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。治疗后两组患者各项症状评分均有不同程度降低, 且治疗后观察组患者各项症状评分低于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。治疗后两组患者白细胞介素-6 (IL-6)、超敏 C 反应蛋白 (hs-CRP)、肿瘤坏死因子- α (TNF- α)、白细胞计数 (WBC) 均有不同程度降低, 且治疗后观察组患者 IL-6、hs-CRP、TNF- α 、WBC 低于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。观察组患者创面腐肉脱落、创面干燥、创面愈合时间均短于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。治疗后两组患者丙二醛 (MDA) 均有不同程度降低, 超氧化物歧化酶 (SOD) 有不同程度提高, 且治疗后观察组患者 MDA 低于对照组, SOD 高于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。治疗后两组患者的健康调查简表 (SF-36) 评分均有不同程度提高, 且治疗后观察组患者的 SF-36 评分高于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。对照组患者出现瘙痒、发红各 2 例, 皮肤干燥出现 1 例, 不良反应发生率为 10.87% (5/46), 观察组患者出现腹泻、恶心各 1 例, 不良反应发生率为 4.35% (2/46), 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。 **结论:** 早期低位肛周脓肿患者应用清化肛宁汤治疗效果更佳, 能改善临床症状, 降低炎症反应, 减轻氧化应激损伤, 缩短创面愈合时间, 提升患者生活质量, 且药效安全可靠, 利于患者预后。

〔关键词〕 早期低位肛周脓肿; 清化肛宁汤; 甲硝唑

〔中图分类号〕 R 574.8 〔文献标识码〕 B

肛周脓肿是肛肠科常见病, 按照发病部位可分为高位脓肿和低位脓肿, 以肿胀、肛周剧烈疼痛等为主要临床表现, 若延误治疗将引发全身炎症反应, 加重病情^[1]。针对低位肛周脓肿阶段, 临床主要采用一次性肛周脓肿

根治术, 可根治本病。但术后创口易受粪便及直肠末端细菌污染, 导致创面集聚大量病菌, 进而延缓创面愈合时间^[2-3]。临床术后均予以抗感染处理, 可控制感染, 防止病情进一步恶化, 但对于促进创面愈合的作用并

〔收稿日期〕 2022-04-11

〔作者简介〕 李国威, 男, 主治医师, 主要研究方向是中西医结合治疗外科疾病。

〔※通信作者〕 张春旭 (E-mail: lr861122@163.com)

不大,不利于患者术后恢复。中医认为,肛周脓肿归属于“肛痈”的范畴,以湿热内蕴为主要表现,主张治疗应以清热化湿、消肿散结为原则。鉴于此,本研究探讨早期低位肛周脓肿患者应用清化肛宁汤治疗的效果,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取中国人民解放军联勤保障部队第九八八医院2018年11月至2021年10月期间收治的92例早期低位肛周脓肿患者,采用随机数字表法分为对照组与观察组,各46例。对照组男28例,女18例;年龄26~59岁,平均年龄(37.41±4.25)岁;病程1~8d,平均病程(3.88±1.02)d;文化程度:22例高中及以下,24例大专及以上。观察组男29例,女17例;年龄27~60岁,平均年龄(37.62±4.11)岁;病程2~7d,平均病程(3.97±0.98)d;文化程度:20例高中及以下,26例大专及以上。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 (1) 西医诊断符合《肛周脓肿临床诊治中国专家共识》^[4]中的诊断标准:肛门局部红肿,局部温度较高,触压疼痛;肛周超声检查可见脓肿;

(2) 中医诊断符合《中医病症诊断疗效标准》^[5]中关于湿热内蕴证肛痈的诊断标准:肛门剧烈肿胀,伴有发热、便秘、口干、恶寒、肛周红肿、小便不畅、触碰有波动感,舌苔黄,舌质红,脉弦滑。

1.2.2 纳入标准 (1) 符合中西医诊断标准;

(2) 低位、单间隙脓肿;(3) 患者依从性较好,能配合完成本研究者;(4) 对本研究知情同意。

1.2.3 排除标准 (1) 合并直肠肿瘤、肛周湿疹、溃疡性结肠炎等肛肠疾病者;(2) 既往患有肛周脓肿病史者;(3) 对本研究所使用药物过敏者。

1.3 方法

两组患者均行一次性肛周脓肿根治术,硬膜外麻醉,做放射状切口于脓肿顶部,将脓液排净。术者一手食指置于肛内引导,另一只手持探针由切口经脓腔从内口探出。沿探针切开内口与脓腔之间的组织,彻底对内口进行刮搔,止血,术毕。术后平卧2h,2d内进食流质饮食,控制排便,术后予以抗感染治疗,静脉滴注左氧氟沙星注射液(江西制药有限责任公司,国药准字H20040255), $0.3\text{ g}\cdot\text{次}^{-1}$, $2\text{ 次}\cdot\text{d}^{-1}$,视情况滴注3~5d。

1.3.1 对照组 术后予以甲硝唑(成都市海通药业有限公司,国药准字H51021315)纱条换药,将 $1.5\text{ cm}\times 6.0\text{ cm}$ 大小的无菌纱布用甲硝唑浸润,将其置于

创面,覆盖并固定,每日换药1次,换药次数视患者创面情况决定。

1.3.2 观察组 在对照组的基础上给予清化肛宁汤治疗,组方:黄芩、当归、车前子(包煎)、黄柏、延胡索、陈皮各15g,茵陈20g,浙贝母、白芍各12g,皂角刺10g,柴胡9g。疼痛难忍者加三棱10g、川芎12g;大便秘结者加大黄6g、枳实12g。 $1\text{ 剂}\cdot\text{d}^{-1}$,水煎服,取汁300mL, $150\text{ mL}\cdot\text{次}^{-1}$,分早晚服用,连续服用14d。

1.4 观察指标

(1) 比较两组患者的临床疗效,于治疗14d后评估。炎症因子水平恢复正常,肛周疼痛、肿胀等症状消失为治愈;炎症因子水平及临床症状明显改善为显效;炎症因子水平及临床症状有所改善为有效;未达上述标准为无效。总有效率=(治愈+显效+有效)/总例数 $\times 100\%$ 。(2) 比较两组患者治疗前、治疗14d后临床症状评分,包含肿块大小、肛周疼痛、全身症状、肿块质地。肿块质地、大小及全身症状按无(0分)、轻(1分)、中(2分)、重(3分)程度计分;肛周疼痛按(0分)、轻(2分)、中(4分)、重(6分)程度计分。(3) 比较两组患者治疗前、治疗14d后炎症因子水平,采集患者空腹静脉血5mL,酶联免疫吸附法测定超敏C反应蛋白(hypersensitive C-reactive protein, hs-CRP)、白细胞介素-6(interleukin-6, IL-6)、肿瘤坏死因子- α (tumor necrosis factor- α , TNF- α)和白细胞计数(white blood cell count, WBC)。(4) 比较两组患者的康复指标,包括创面干燥、创面腐肉脱落及创面愈合时间。

(5) 比较两组患者治疗前、治疗14d后氧化应激水平,检测超氧化物歧化酶(superoxide dismutase, SOD)和丙二醛(maleic dialdehyde, MDA)水平,分别采用放射免疫法、硫代巴比妥酸法检测。(6) 比较两组患者治疗前、治疗14d后生活质量,采用健康调查简表(short form health survey, SF-36)从躯体疼痛、躯体功能等8个维度评估,分值0~100分,生活质量与评分呈正相关。

(7) 比较两组患者不良反应情况,包含腹泻、恶心、瘙痒等。

1.5 统计学方法

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95.65%,高于对照组的80.43%,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 = 46, n(%))

组别	治愈	显效	有效	无效	总有效
对照组	14(30.43)	13(28.26)	10(21.74)	9(19.57)	37(80.43)
观察组	20(43.48)	15(32.61)	9(19.57)	2(4.35)	44(95.65) ^a

注：与对照组比较，^aP < 0.05。

2.2 两组患者治疗前后各项症状评分比较

治疗后两组患者各项症状评分均有不同程度降低，且治疗后观察组患者各项症状评分低于对照组，差异具有统计学意义 (P < 0.05)，见表 2。

2.3 两组患者治疗前后炎症因子水平比较

治疗后两组患者 IL-6、hs-CRP、TNF-α、WBC 均有

不同程度降低，且治疗后观察组患者 IL-6、hs-CRP、TNF-α、WBC 低于对照组，差异具有统计学意义 (P < 0.05)，见表 3。

表 2 两组患者治疗前后各项症状评分比较

(n = 46, $\bar{x} \pm s$, 分)

组别	时间	肿块大小	肛周疼痛	全身症状	肿块质地
对照组	治疗前	2.52 ± 0.21	4.95 ± 0.48	1.41 ± 0.27	1.92 ± 0.31
	治疗后	0.89 ± 0.34 ^b	1.76 ± 0.77 ^b	0.46 ± 0.22 ^b	0.63 ± 0.28 ^b
观察组	治疗前	2.49 ± 0.22	4.89 ± 0.51	1.42 ± 0.29	1.89 ± 0.35
	治疗后	0.38 ± 0.11 ^{bc}	0.93 ± 0.46 ^{bc}	0.24 ± 0.11 ^{bc}	0.32 ± 0.12 ^{bc}

注：与同组治疗前比较，^bP < 0.05；与对照组治疗后比较，^cP < 0.05。

表 3 两组患者治疗前后炎症因子水平比较

(n = 46, $\bar{x} \pm s$)

组别	时间	IL-6/pg · mL ⁻¹	hs-CRP/mg · L ⁻¹	TNF-α/ng · mL ⁻¹	WBC/×10 ⁹ · L ⁻¹
对照组	治疗前	60.03 ± 10.54	31.71 ± 7.51	26.85 ± 8.85	15.81 ± 3.42
	治疗后	26.11 ± 5.49 ^d	11.19 ± 2.08 ^d	11.46 ± 1.74 ^d	10.03 ± 1.48 ^d
观察组	治疗前	59.98 ± 10.37	31.65 ± 7.42	26.79 ± 8.76	16.05 ± 3.37
	治疗后	15.06 ± 3.41 ^{de}	6.20 ± 1.87 ^{de}	5.55 ± 1.58 ^{de}	5.58 ± 1.09 ^{de}

注：IL-6 一白细胞介素-6；hs-CRP 一超敏 C 反应蛋白；TNF-α 一肿瘤坏死因子-α；WBC 一白细胞计数。与同组治疗前比较，^dP < 0.05；与对照组治疗后比较，^eP < 0.05

2.4 两组患者康复指标比较

观察组患者创面腐肉脱落、创面干燥、创面愈合时间均短于对照组，差异具有统计学意义 (P < 0.05)，见表 4。

表 4 两组患者康复指标比较 (n = 46, $\bar{x} \pm s$, d)

组别	创面腐肉脱落时间	创面干燥时间	创面愈合时间
对照组	4.05 ± 0.48	20.16 ± 3.24	36.13 ± 4.78
观察组	3.32 ± 0.41 ^f	12.65 ± 2.43 ^f	23.54 ± 3.42 ^f

注：与对照组比较，^fP < 0.05。

2.5 两组患者治疗前后氧化应激指标水平比较

治疗后两组患者 MDA 均有不同程度降低，SOD 有不同程度提高，且治疗后观察组患者 MDA 低于对照组，SOD 高于对照组，差异具有统计学意义 (P < 0.05)，见表 5。

表 5 两组患者治疗前后氧化应激指标水平比较

(n = 46, $\bar{x} \pm s$)

组别	时间	MDA/nmol · mL ⁻¹	SOD/U · mL ⁻¹
对照组	治疗前	7.38 ± 0.45	75.84 ± 8.90
	治疗后	6.01 ± 0.41 ^e	113.44 ± 10.84 ^e
观察组	治疗前	7.40 ± 0.49	75.36 ± 8.84
	治疗后	4.28 ± 0.33 ^{eh}	131.48 ± 13.49 ^{eh}

注：MDA 一丙二醛；SOD 一超氧化物歧化酶。与同组治疗前比较，^eP < 0.05；与对照组治疗后比较，^hP < 0.05。

2.6 两组患者治疗前后 SF-36 评分比较

治疗后两组患者的 SF-36 评分均有不同程度提高，且治疗后观察组患者的 SF-36 评分高于对照组，差异具有统计学意义 (P < 0.05)，见表 6。

表 6 两组患者治疗前后 SF-36 评分比较

(n = 46, $\bar{x} \pm s$, 分)

组别	时间	躯体疼痛	生命活力	生理职能	心理健康	情感职能	躯体功能	社会功能	总体健康
对照组	治疗前	79.26 ± 5.42	66.23 ± 6.09	62.45 ± 5.49	60.57 ± 5.85	65.12 ± 8.25	70.25 ± 8.45	69.15 ± 8.79	69.43 ± 6.45
	治疗后	85.62 ± 3.85 ⁱ	76.23 ± 7.54 ⁱ	74.23 ± 6.27 ⁱ	75.26 ± 5.74 ⁱ	77.25 ± 4.39 ⁱ	79.25 ± 6.36 ⁱ	77.45 ± 7.38 ⁱ	78.46 ± 6.25 ⁱ
观察组	治疗前	80.24 ± 5.37	66.41 ± 6.54	62.84 ± 5.53	60.62 ± 6.04	65.49 ± 8.43	70.92 ± 8.34	70.01 ± 8.25	70.21 ± 6.37
	治疗后	90.23 ± 4.32 ^{ij}	82.41 ± 7.25 ^{ij}	80.45 ± 8.34 ^{ij}	84.31 ± 6.51 ^{ij}	86.26 ± 5.37 ^{ij}	88.36 ± 5.74 ^{ij}	86.98 ± 6.05 ^{ij}	86.49 ± 5.38 ^{ij}

注：SF-36 一健康调查简表。与同组治疗前比较，ⁱP < 0.05；与对照组治疗后比较，^jP < 0.05。

2.7 两组患者不良反应发生率比较

对照组患者出现瘙痒、发红各 2 例，皮肤干燥 1 例，不良反应发生率为 10.87% (5/46)，观察组患者出现腹泻、恶心各 1 例，不良反应发生率为 4.35% (2/46)，差异无统计学意义 (P > 0.05)。

3 讨论

肛周脓肿主要是由细菌感染所致，且该病病灶位置较为特殊，细菌反复定植，导致感染反复，无法自愈。手术是目前治疗该病的首选方案，其能够及时引出脓液，可避免肛瘘形成。但手术创面毗邻肠道，肠道菌群易引

发炎症反应,且由于肛周神经末梢分布丰富,术后疼痛明显,给患者带来极大的痛苦的同时,也影响术后创面愈合进程。术后创面换药以抗菌药物填塞切口为主,可在一定程度上抑制细菌滋生,但不利于创面愈合。近年来,临床逐渐将肛周脓肿术后愈合的治疗转向了中医疗法。

中医认为,肛周脓肿病因与饮食不节,湿邪内生,日久蕴热,湿热内蕴于肛周所致;或外感六淫之邪客于经络,阻碍气血运行,凝滞肛门而发^[6-7]。中医根据辨证将肛周脓肿辨证为湿热内蕴证,湿热盛则血聚成脓,出现肛周疼痛、红肿硬结。手术治疗后,湿热瘀毒虽得以宣泄,但湿热之毒依然存在,阻塞于肛门经络,不利于创面愈合。故术后应予以清热化湿、消肿散结之法,以促进创面愈合^[8]。清化肛宁汤中黄柏、黄芩、茵陈为君药,具有泻火解毒、清热燥湿之效,联合使用增强清热化湿之效;浙贝母、皂角刺为臣药,配伍可增强消痈散结之效;当归、陈皮、车前子、延胡索、白芍、柴胡共为佐药,当归活血养血;陈皮燥湿化痰、健脾理气;车前子清热利湿;延胡索消肿止痛、活血行气;白芍止痛,兼能养阴血;柴胡疏肝解郁,诸药合用共奏清热化湿、消肿散结之效,正中肛周脓肿病机,能有效改善患者临床症状。现代研究表明,清化肛宁汤中黄柏具有抗炎、抗菌、解热之效,且能够修复创面;黄芩能够抑制多种病原微生物,发挥较强的解热抗炎作用;延胡索具有较强镇痛消炎、抗病原微生物的作用^[9]。

肛周脓肿是一种炎性疾病,发病时IL-6、hs-CRP、TNF- α 显著升高,且随着感染加重,炎症因子水平不断升高,其水平高低可直接反映炎症反应严重程度^[10]。手术创伤可引起机体发生氧化应激反应,阻碍创面修复。SOD是重要的抗氧化酶指标,可反映自身抗氧化能力,MDA为脂质过氧化反应的副产物,可反应机体氧化应激损伤程度。当机体出现MDA升高,SOD下降,说明机体出现脂质过氧化反应,出现氧化应激。研究证实,肛周脓肿手术患者存在明显氧化应激反应^[11]。本研究结果显示,与对照组比较,观察组患者治疗后肿块大小、肛周疼痛、全身症状、肿块质地评分均较低,IL-6、hs-CRP、TNF- α 水平均较低,创面腐肉脱落、干燥及愈合时间较短,MDA水平较低,SOD水平较高,SF-36评分较高,差异具有统计学意义($P < 0.05$)。表明早期低位肛周脓肿患者应用清化肛宁汤治疗能改善临床症状,减轻炎症反应及氧化应激反应,促进创面愈合,利于提升患者生活质量。清化肛宁汤具有明显的抗炎、抗菌作用,并可减轻氧化应激损伤,为创面愈合提供良好的环境,从而缩短创面愈合时间,促进各项症状的改善,提

升患者生活质量,且清化肛宁汤为纯中药制剂,安全性高,患者治疗依从性好。陈树山等^[12]研究显示,低位肛周脓肿患者经清化肛宁汤治疗效果确切,可明显改善临床症状、体征,减轻炎症反应,与本研究结果具有一致性。然而本研究存在样本量不足的局限,后期应扩大样本量进行深入研究,为临床治疗提供可靠的依据。

综上所述,早期低位肛周脓肿患者应用清化肛宁汤能有效改善临床症状,减轻炎症反应及氧化应激损伤,促进创面愈合,利于提升患者生活质量,是一种安全、有效的治疗方案。

〔参考文献〕

- (1) 罗芳. 中药熏洗结合综合护理在肛周脓肿术后疼痛的疗效观察(J). 长春中医药大学学报, 2018, 34(6): 1184-1186.
- (2) 李东平, 吴彦江, 张亮亮. 特定电磁波谱治疗仪局部照射联合紫草油纱条促进低位单纯性肛周脓肿术后创面愈合研究(J). 成都中医药大学学报, 2017, 40(2): 75-77.
- (3) 王艳芝, 余求祥, 魏莹, 等. 肛周脓肿术后分期换药模式对创面愈合质量的影响(J). 现代消化及介入诊疗, 2018, 23(5): 609-612.
- (4) 中国医师协会肛肠医师分会指南工作委员会. 肛周脓肿临床诊治中国专家共识(J). 中华胃肠外科杂志, 2018, 21(4): 456-457.
- (5) 国家中医药管理局. 中医病症诊断疗效标准(S). 北京: 中国中医药出版社, 2017: 54.
- (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): 111-113.
- (7) 蔡倩倩, 许功宇, 查舒菁, 等. 自拟黄柏消痈汤联合左氧氟沙星对早期低位肛周脓肿患者的临床疗效及对血清CRP, IL-6, PGE2, TNF- α 的影响(J). 四川中医, 2021, 39(9): 152-155.
- (8) 张新. 益气养血汤联合痔疮冲洗灵治疗肛周脓肿合并糖尿病患者切开对口引流挂线术后创面愈合的影响(J). 陕西中医, 2019, 40(3): 368-370.
- (9) 董智宇. 祛毒生肌汤联合水凝胶敷料对肛周脓肿术后愈合效果、肛周疼痛及血清CRP、ACTA水平的影响(J). 现代中西医结合杂志, 2018, 27(2): 3102-3105.
- (10) 吉哲, 羌艳. 清热祛毒方熏洗促进肛周脓肿一次性根治术后创面愈合临床研究(J). 中国中医药信息杂志, 2019, 26(6): 33-37.
- (11) 杨建华, 王晓鹏, 文科, 等. 中药熏洗联合窄谱红光照射促进肛周脓肿术后创面愈合的临床观察(J). 吉林中医药, 2021, 41(2): 213-216.
- (12) 陈树山, 李春耕. 清化肛宁汤治疗低位肛周脓肿未成脓期临床观察(J). 中国中医急症, 2018, 27(1): 145-146.