

〔文章编号〕 1007-0893(2022)19-0049-03

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2022.19.015

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

乔志威¹ 王 洋² 张晓燕¹

(1. 许昌市中心医院, 河南 许昌 461000; 2. 许昌魏都医院, 河南 许昌 461000)

〔摘要〕 **目的:** 探讨中药汤剂内服、熏洗对高位复杂肛瘘切开挂线术后创面及炎症因子水平的影响。**方法:** 选取许昌市中心医院 2020 年 6 月至 2022 年 6 月行切开挂线术的高位复杂肛瘘患者 98 例, 按随机表法分为对照组与观察组, 各 49 例。两组患者均行切开挂线术治疗, 对照组患者于术后给予中药熏洗治疗, 观察组患者在对照组基础上结合中药汤剂内服治疗。比较两组患者术后创面愈合时间、术后 1 d 和术后 2 周创面水肿、创面渗出和创面疼痛评分, 肛门功能和血清炎症因子水平变化。**结果:** 观察组患者术后创面愈合时间短于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$); 观察组患者术后 2 周创面水肿、渗出和疼痛评分低于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$); 观察组患者术后 2 周 Wexner 评分低于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$); 观察组患者术后 2 周血清白细胞介素 (IL)-1 β 、IL-12 和肿瘤坏死因子- α (TNF- α) 水平低于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。**结论:** 中药汤剂内服、熏洗治疗高位复杂肛瘘切开挂线术后患者可加快创面愈合, 减轻炎症反应。

〔关键词〕 高位复杂肛瘘; 切开挂线术; 中药汤剂内服; 中药熏洗

〔中图分类号〕 R 657.1⁺6 〔文献标识码〕 B

肛瘘是常见的一种肛肠科疾病, 肛腺感染形成脓肿是其主要原因^[1]。高位复杂肛瘘作为一种难治性肛瘘, 病灶深及肛直肠环上, 后遗症和并发症多, 并且肛门形态及肛门功能严重受损, 影响患者生存质量^[2-3]。高位复杂肛瘘作为肛肠外科的治疗难点之一, 手术治疗仍是其主要的治疗方式, 其中切开挂线术是治疗高位复杂肛瘘重要的一种手术治疗方法, 很大程度上改善了患者肛门功能, 但由于手术操作复杂, 并且手术伤痕大, 从而导致患者术后肛门功能恢复较为困难^[4-5]。本研究选取 98 例行切开挂线术的高位复杂肛瘘患者为研究对象, 旨在探讨中药汤剂内服、熏洗对高位复杂肛瘘切开挂线术后创面及炎症因子水平影响, 报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取许昌市中心医院 2020 年 6 月至 2022 年 6 月行切开挂线术的高位复杂肛瘘患者 98 例, 按随机表法分为对照组与观察组, 各 49 例。对照组中男性 31 例, 女性 18 例; 年龄 21 ~ 59 岁, 平均 (37.84 ± 9.25) 岁; 病程 9 个月 ~ 43 个月, 平均 (21.27 ± 6.52) 个月; 体质量指数 16 ~ 28 kg · m⁻², 平均 (22.78 ± 1.97) kg · m⁻²; 平均

创面面积 (5.62 ± 1.28) cm²。观察组中男性 32 例, 女性 17 例; 年龄 23 ~ 58 岁, 平均 (38.56 ± 8.79) 岁; 病程 12 个月 ~ 42 个月, 平均 (21.76 ± 5.47) 个月; 体质量指数 17 ~ 27 kg · m⁻², 平均 (22.51 ± 1.89) kg · m⁻²; 平均创面面积 (5.71 ± 1.43) cm²。两组患者性别、年龄、病程等一般资料比较, 差异均无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

纳入标准: (1) 依据肛周脓肿和肛瘘的诊断标准^[6]; (2) 年龄 ≥ 18 岁; (3) 均行切开挂线术治疗; (4) 患者知情同意本研究。排除标准: (1) 既往存在肛门手术史者; (2) 凝血功能异常; (3) 手术禁忌或过敏体质者; (4) 伴结直肠肿瘤、克罗恩病、溃疡性结肠炎等其他肛肠疾病者; (5) 精神疾病者; (6) 妊娠或哺乳期妇女。

1.2 方法

两组患者均行切开挂线术治疗, 患者进入手术室后, 取膀胱截石位, 蛛网膜下腔阻滞麻醉后, 选择球头探针并确定主管道。探头达到内口后从内口撤除, 探头全部撤出后, 将患者肛门浅层的低位管道、肛门内、外括约肌选择放射状切口切开, 切除瘢痕组织以及腐败的组织, 确定直肠肌高危管道以及肛门外括约肌深层位置, 通过

〔收稿日期〕 2022 - 07 - 16

〔作者简介〕 乔志威, 男, 主治医师, 主要从事肛肠科工作。

探针将橡皮筋挂入，收紧并结扎，切除多余的支线瘘管，修剪切口呈马蹄形。

1.2.1 对照组 于术后第1天开始采用中药熏洗治疗，组成包括：大黄5g，白芷5g，败酱草5g，马齿苋5g，蝉蜕5g，紫花地丁5g。以100℃浸泡全部药物20min，温度下降后，对肛门局部伤口先熏后洗15min，完成后肛门局部外科换药，使用康复新液（湖南科伦制药有限公司，国药准字Z43020995），每日1~2次，采用碘伏棉球对创面彻底清理后，包扎固定创面。

1.2.2 观察组 在对照组基础上服用中药汤剂，组成包括：黄芪30g，当归15g，川芎15g，丹参15g，党参20g，黄连10g，黄柏10g，蒲公英10g，赤芍10g，炙甘草6g。水煎服，每日服用1剂，每次服用剂量200mL，早晚2次进行温服。

两组患者均于术后2周评价疗效。

1.3 观察指标

(1) 比较两组患者术后创面愈合时间。(2) 比较两组患者术后1d和术后2周创面水肿、创面渗出和创面疼痛评分，其中创面水肿评分0~3分，评分越高创面水肿越严重；创面渗出评分0~3分，评分越高创面渗出越严重；创面疼痛0~10分，评分越高创面疼痛越明显。(3) 比较两组患者术后1d和术后2周Wexner评分变化，评分0~20分，评分越高肛门功能越差。(4) 比较两组患者术后1d和术后2周血清炎症因子水平变化，采集患者术后1d和术后2周静脉血3mL，以2500r·min⁻¹，离心6min，收集血清，采用酶联免疫吸附试验（enzyme linked immunosorbent assay, ELISA）测定白细胞介素（interleukin, IL）-1β、IL-12和肿瘤坏死因子-α（tumor necrosis factor-α, TNF-α）水平。

1.4 统计学分析

采用SPSS 26.0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 两组患者术后创面愈合时间比较

观察组患者术后创面愈合时间为（20.01 ± 3.24）d，短于对照组的（23.48 ± 4.65）d，差异具有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。

2.2 两组患者术后创面水肿、渗出和疼痛评分比较

两组患者术后2周的创面水肿、渗出和疼痛评分低于术后1d，且观察组患者术后2周创面水肿、渗出和疼痛评分低于对照组，差异具有统计学意义（ $P < 0.05$ ），见表1。

表1 两组患者术后创面水肿、渗出和疼痛评分比较

($n = 49$, $\bar{x} \pm s$, 分)

组别	时间	创面水肿	创面渗出	创面疼痛
对照组	术后1d	2.52 ± 0.37	2.48 ± 0.34	6.96 ± 1.54
	术后2周	1.27 ± 0.26 ^a	1.09 ± 0.18 ^a	3.65 ± 0.68 ^a
观察组	术后1d	2.51 ± 0.32	2.46 ± 0.27	6.89 ± 1.32
	术后2周	0.89 ± 0.21 ^{ab}	0.74 ± 0.13 ^{ab}	2.74 ± 0.56 ^{ab}

注：与同组术后1d比较，^a $P < 0.05$ ；与对照组术后2周比较，^b $P < 0.05$ 。

2.3 两组患者术后Wexner评分比较

两组患者术后2周Wexner评分低于术后1d，且观察组患者术后2周Wexner评分低于对照组，差异具有统计学意义（ $P < 0.05$ ），见表2。

表2 两组患者术后Wexner评分比较 ($n = 49$, $\bar{x} \pm s$, 分)

组别	术后1d	术后2周
对照组	5.81 ± 1.30	2.01 ± 0.47 ^c
观察组	5.62 ± 1.21	1.25 ± 0.31 ^{cd}

注：与同组术后1d比较，^c $P < 0.05$ ；与对照组术后2周比较，^d $P < 0.05$ 。

2.4 两组患者术后血清炎症因子水平比较

两组患者术后2周的血清IL-1β、IL-12和TNF-α水平低于术后1d，且观察组患者术后2周血清IL-1β、IL-12和TNF-α水平低于对照组，差异具有统计学意义（ $P < 0.05$ ），见表3。

表3 两组患者术后血清炎症因子水平比较 ($n = 49$, $\bar{x} \pm s$)

组别	时间	IL-1β/ng·mL ⁻¹	IL-12/ng·L ⁻¹	TNF-α/ng·L ⁻¹
对照组	术后1d	52.46 ± 6.79	137.08 ± 26.56	33.38 ± 6.07
	术后2周	33.02 ± 7.27 ^c	97.94 ± 13.42 ^c	20.09 ± 4.65 ^c
观察组	术后1d	53.71 ± 8.28	135.42 ± 21.27	34.25 ± 5.45
	术后2周	21.29 ± 5.46 ^{ef}	72.31 ± 8.89 ^{ef}	12.34 ± 3.21 ^{ef}

注：IL-1—白细胞介素；TNF-α—肿瘤坏死因子-α。
与同组术后1d比较，^c $P < 0.05$ ；与对照组术后2周比较，^f $P < 0.05$ 。

3 讨论

高位复杂肛瘘主要是指瘘管在外括约肌深处及肛管直肠以上，且存在两个或两个以上瘘管、外口，或者病变肛瘘发生弯曲，较普通的瘘管更长，主要表现为肛周反复肿痛、感染及瘢痕化形成^[7-8]。现代医学认为肛瘘是由于感染、损伤或大便刺激而导致的肛门与直肠相通的一种异常管道，针对高位复杂肛瘘主要采用保守治疗、引流术和挂线术等治疗，均可有效控制感染，缓解临床症状，但无法有效治愈，并且复发率较高^[9-10]。切开挂线术作为高位复杂肛瘘的常用手术方式，但是患者术后创面较大、且创腔较深、术后创口分泌物较多，导致患者术后疼痛严重，且部分患者由于创面愈合周期长、创面迁延不愈，严重影响患者生活质量。

中医学认为肛瘻发病是因湿热之邪，下注魄门，湿热蕴结，热盛肉腐，集聚成脓，脓液破溃，遗留而成，久则会发展为肛瘻^[11]。肛瘻术后肌肉受损、筋脉断裂，导致筋脉气血不畅，加之患者平素机体多湿，气血运行不畅则导致湿热毒邪滞留不去，新肉生长缓慢。因此，应以补气生肌、活血祛瘀为主要治疗法则。本研究应用的补气生肌活血汤中，黄芪补气生肌、升阳举陷，祛毒排脓，当归活血补血止痛，川芎行气活血化瘀，丹参活血化瘀，党参补益气血，黄连和黄柏清热燥湿、泻火解毒，蒲公英清热解毒，赤芍化瘀凉血、消肿止痛，炙甘草调和诸药。纵观全方可奏补气生肌、活血祛瘀功效。现代药理研究表明，补气生肌活血汤可提高机体对自由基清除能力，促进造血功能，改善局部淤血，加速局部循环，提高机体免疫力，从而促进创面愈合^[12-13]。本研究表明，观察组患者术后创面愈合时间短于对照组，差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。由此发现采用中药汤剂内服、熏洗治疗可加快术后创面愈合；观察组患者术后 2 周创面水肿、创面渗出和创面疼痛评分低于对照组，差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。由此发现采用中药汤剂内服、熏洗治疗可明显减轻创面水肿、创面渗出和创面疼痛；观察组患者术后 2 周 Wexner 评分低于对照组，差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。由此发现采用中药汤剂内服、熏洗治疗可明显改善肛门功能。

创面的修复与炎症因子水平变化关系紧密^[14]。TNF- α 可诱导内皮细胞毒性反应，从而促进炎症细胞浸润，并且可诱导巨噬细胞活化为 IL-1 β 、IL-12 等促炎因子，可在肠道及创面造成级联炎症反应，增加周围组织上皮细胞渗透性，从而使创面愈合受到影响^[15]。本研究表明，观察组患者术后 2 周血清 IL-1 β 、IL-12 和 TNF- α 水平低于对照组，差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。由此发现采用中药汤剂内服、熏洗治疗可降低血清 IL-1 β 、IL-12 和 TNF- α 水平，而减轻炎症反应。

综上所述，中药汤剂内服、熏洗治疗高位复杂肛瘻切开挂线术后患者可加快创面愈合，减轻炎症反应。

[参考文献]

(1) 彭军良, 吴仕旺, 杨坚, 等. 拖线(置管)垫棉疗法治疗复杂性肛瘻疗效观察 (J). 现代中西医结合杂志, 2022, 31(13): 1769-1774.

(2) 郑雪平, 郭高正, 樊志敏, 等. 基于括约肌间感染机制经肛括约肌间切开术治疗高位肛瘻临床研究 (J). 重庆医学, 2022, 51(1): 85-88, 92.

(3) Gao HQ, Cheng XH, Gao LJ, et al. Time-scheduled dotted and solid thread-ligating therapy combined with vacuum sealing drainage for treating high complex anal fistula (J). Am J Transl Res, 2021, 13(10): 11737-11744.

(4) 张志云, 高爽, 朱云婴, 等. 经肛括约肌间切开术治疗高位复杂性肛瘻的临床观察 (J). 川北医学院学报, 2020, 35(6): 1013-1016.

(5) 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瘻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.

(6) 丁曙晴, 丁义江. 肛周脓肿和肛瘻诊治策略 - 解读美国和德国指南 (J). 中华胃肠外科杂志, 2012, 15(12): 1224-1226.

(7) 邱国军, 牟伟纲, 孙铁峰. 肛瘻切开挂线术联合置管冲洗术与切开挂线术治疗高位复杂性肛瘻的临床研究 (J). 临床与病理杂志, 2020, 40(9): 2401-2406.

(8) 郭涛. 三种手术治疗高位复杂肛瘻的临床比较研究 (J). 湖南师范大学学报(医学版), 2019, 16(4): 127-130.

(9) 朱争艳. 主管切开挂线支管对口引流术对高位复杂肛瘻的疗效 (J). 中国现代普通外科进展, 2020, 23(5): 388-390.

(10) 陈胜伟. 外切内挂胶管引流术与传统切开挂线术治疗高位复杂肛瘻患者疗效比较 (J). 医药论坛杂志, 2019, 40(2): 55-57.

(11) 董万青, 于洪顺, 田颖, 等. 中药化瘀生肌方对高位复杂肛瘻术后创面愈合的疗效观察 (J). 北京中医药, 2017, 36(11): 1027-1029.

(12) 李景宇, 王梅青, 宿佳, 等. 益气活血生肌方对高位复杂性肛瘻术后创面愈合的临床观察 (J). 中国临床医生杂志, 2020, 48(8): 1003-1005.

(13) 冯奇, 葛丽娜, 吴剑箫. 加味薏苡附子败酱散对复杂性肛瘻术后创面愈合及证候积分的影响 (J). 中国中西医结合外科杂志, 2021, 27(2): 287-291.

(14) 张新燕, 韦东, 胡明, 等. 象皮生肌膏对肛瘻术后模型大鼠炎症因子、p38/MK2 信号通路和创面组织 VEGF、bFGF 表达的影响 (J). 现代生物医学进展, 2021, 21(17): 3242-3246.

(15) 陈冬妹, 王建民, 李明, 等. 艾灸联合中药熏洗对高位复杂性肛瘻术后创面愈合的影响 (J). 现代中西医结合杂志, 2021, 30(16): 1737-1740, 1754.