

仙方消毒汤联合温和灸对肛瘘术后创面恢复的影响

韩柯^{*}, 向前

(南阳市中心医院, 河南 南阳 473000)

[摘要] **目的:**观察仙方消毒汤联合温和灸对肛瘘术后创面恢复的有效性以及对血清表皮生长因子(EGF)和直肠分泌物分泌型免疫球蛋白 A(SIgA)水平的影响。**方法:**将 134 例肛瘘术后患者随机按数字表法分为对照组和治疗组各 67 例。两组均采用基础治疗,包括术后左氧氟沙星氯化钠注射液,静脉滴注,0.4 g/次,1 次/d,共用 3 d;口服痔宁片,4 片/次,3 次/d。对照组术后第 2 天采用高锰酸钾液熏洗,20 min/次,1 次/d,常规换药;治疗组采用仙方消毒汤内服,1 剂/d,常规水煎煮 2 次,同时局部创面及长强穴温和灸疗法,20 min/次,1 次/d,常规换药。两组疗程均为 2 周。记录两组患者术后创面疼痛、创面渗出和创面肿胀评分,记录创面愈合天数、创面面积、创面纵径,检测两组患者血清 EGF 和 SIgA 水平。**结果:**治疗组临床总有效率为 97.01%,对照组为 83.58%,治疗组优于对照组($P < 0.05$);治疗组治疗后第 7 天和第 14 天患者的创面疼痛、创面渗出和创面肿胀评分分别低于对照组术后第 7 天和第 14 天($P < 0.01$);治疗组治疗后患者的创面面积和创面纵径均明显小于对照组,愈合时间也少于对照组,比较差异均有统计学意义($P < 0.01$);治疗组术后 14 d 患者血清 EGF 和 SIgA 水平均显著高于对照组术后 14 d,比较差异均有统计学意义($P < 0.01$)。**结论:**仙方消毒汤联合温和灸治疗肛瘘术后创面恢复可减轻创面疼痛,减少创面渗出和水肿,促进创面愈合,其作用可能与升高血清 EGF 和 SIgA 水平有关。

[关键词] 仙方消毒汤;温和灸;肛瘘术;表皮生长因子;免疫球蛋白 A

[中图分类号] R287 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1005-9903(2015)21-0177-04

[doi] 10.13422/j.cnki.syfjx.2015210177

Effect of Xianfang Xiaodu Decoction Combined with Warming Moxibustion on Wounds Healing After Anal Fistula HAN Ke^{*}, XIANG Qian (Anorectal Department of Nanyang Central Hospital, Nanyang 473000, China)

[Abstract] **Objective:** To observe the clinical efficacy of Xianfang Xiaodu decoction combined with warming moxibustion on wounds healing after anal fistula and its influence on epidermal growth factors (EGF) and rectal secretory immunoglobulin A (SIgA). **Method:** One hundred and thirty-four patients with anal fistula were randomly divided into control group and treatment group according to the method of random digits table, 67 patients for each group. All patients received basic treatment, including postoperative intravenous drip of levofloxacin for three days (0.4 g/time, qd) and orally taking Zhining pill (4 piece/time, tid). Control group received sitz bath of potassium permanganate liquid on the second day after operation (20 mins/time and 1 time/d), and then with conventional dressing. Patients in treatment group orally took Xianfang Xiaodu decoction (1 dose/d and 2 times for conventional boiling water), combined with warming moxibustion on wound and Changqiang point (20 mins/time, qd), and then with conventional dressing. All cases received treatment for 2 weeks. Scores of postoperative pain, wound exudation, and wound swelling were recorded for two groups. Wound healing time, wound area, and wound longitudinal diameter were recorded. Serum EGF and SIgA were detected for both groups. **Result:** The total efficacy for treatment group (97.01%) was higher than that of control group (83.58%), with statistical difference after 2 weeks ($P < 0.05$). Scores for wound pain, exudation, and swelling at 7 d and 14 d after operation in treatment group were lower than those of control group ($P < 0.01$). After treatment, wound area, wound longitudinal diameter, and wound healing time were less than those in control group ($P < 0.01$). At 14 d after treatment, serum EGF and SIgA levels of treatment group were significantly higher than those of control group ($P < 0.01$). **Conclusion:** Xianfang Xiaodu decoction combined with warming moxibustion may significantly decrease

[收稿日期] 20150401(157)

[通讯作者] * 韩柯,主任医师,从事中西医结合肛肠病的研究,Tel:13938963062,E-mail:13938963062@139.com

wound pain, wound exudation and swelling, promote wound healing after anal fistula, and its mechanism may associated with increasing serum EGF and SIgA levels.

[Key words] Xianfang Xiaodu decoction; warming moxibustion; anal fistula; epidermal growth factor; immunoglobulin A

肛瘘是肛肠科常见疑难病,不能自愈,确诊后及时手术是目前临床主要治疗方法。由于肛门位置较特殊,加之肛瘘术后切口常为开放或半开放性,因此术后创面常易感染,导致部分患者术后创面疼痛、渗出和水肿等迁延不愈,给患者带来极大痛苦^[1]。因此,寻找治疗术后创面愈合的有效方法十分重要。

对于肛瘘术后创面愈合的临床治疗,目前尚缺乏非常有效的药物和治疗方案。中医临床治疗肛瘘术后创面愈合有独特的理论基础和优势,能够着眼于整体,将辨病与辨证论治相结合,其疗效已得到一致肯定^[2]。仙方消毒汤是依据古方“仙方活命饮”为基础化裁而成,笔者长期用于肛瘘术后创面恢复的治疗,具有清热解毒、活血化瘀、健脾化湿功效。温和灸促进肛瘘术后创面愈合疗效确切^[3]。本研究采用中西医综合疗法,将仙方消毒汤配合温和灸治疗肛瘘术后创面的愈合,临床试验取得积极临床效果。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组研究对象共135例,均来自南阳市中心医院肛肠科2012年9月—2014年11月收治的住院患者。治疗期间脱落1例,实际完成134例。采用随机按数字表法分为对照组和治疗组,各67例。对照组男性34例,女性33例;年龄21~52岁,平均(39.1±7.5)岁;病程4个月~1.2年,平均(5.1±1.3)个月;低位单纯型36例,低位复杂型31例。治疗组男性32例,女性35例;年龄23~54岁,平均(40.4±7.7)岁;病程5个月~1年,平均(5.3±1.6)个月;低位单纯型34例,低位复杂型33例。两组之间一般资料比较差异无统计学意义,两组具有可比性。

1.2 诊断标准 参照2006年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大肠肛门病专业委员会制定的《肛瘘临床诊治指南》诊断标准进行诊断。①症状反复发作的肛周肿痛、流脓,急性炎症期可发热。②局部检查视诊可见外口形态、位置和分泌物;浅部肛瘘肛周周围可触及条索状硬结及其行径;直肠指诊可触及内口、凹陷及结节;可大体评估肛门括约功能。③可经肛门直肠镜检查、瘘道造影,CT或磁共

振成像(MRI)等确诊。低位单纯性肛瘘,内口在肛隐窝,仅有1个瘘道通过外括约肌皮下部或浅部,与皮肤相通。低位复杂性肛瘘,有2个以上内口或外口,肛瘘瘘道在外括约肌皮下部和浅部。

1.3 纳入标准 ①符合上述诊断标准;②年龄20~60岁;③首次接受肛瘘术者;④低位肛瘘术后住院者;⑤患者签署知情同意书。

1.4 排除标准 ①对本治疗方案过敏者;②合并冠心病、高血压病、恶性肿瘤等严重疾病及精神疾病者;③妊娠期或哺乳期患者;④肛管或直肠占位性疾病者;⑤依从性差者。

1.5 治疗方法 两组基础治疗,术后左氧氟沙星氯化钠注射液,静脉滴注[第一三共制药(北京)有限公司,国药准字H20010781]0.4g,1次/d,用3d;口服痔宁片(华润三九制药有限公司,国药准字Z10950036),4片/次,3次/d。

对照组于术后第2天采用高锰酸钾液熏洗,20min/次,1次/d,随后在肛门创面用凡士林油纱条外敷,医用敷料覆盖,胶带固定。治疗组采用仙方消毒汤内服,药物组成:金银花30g,黄柏15g,苍术10g,茯苓10g,薏苡仁10g,浙贝母10g,白芷10g,防风10g,甘草9g,天花粉15g,乳香9g,没药9g;1剂/d,常规水煎煮2次,早晚分2次服用;同时采取温和灸局部创面及长强穴,1次/d,20min/次,随后在肛门创面用凡士林油纱条外敷,采用医用敷料覆盖,胶带固定。所有患者疗程均为2周。

1.6 观察指标 ①临床症状评价,参照《中医肛肠科病症诊断疗效标准》^[4]进行评分。包括创面疼痛、创面渗出和创面水肿各方面,每个方面按4级计分。①创面疼痛,0分(无疼痛);1分(轻度疼痛);2分(中度疼痛);3分(重度疼痛)。②创面肿胀,0分(无肿胀);1分(组织稍隆起,肤纹存在);2分(组织隆起,肤纹模糊);3分(组织明显隆起,肤纹消失)。③创面渗出,0分(湿透纱布<4层);1分(湿透纱布4~7层);2分(湿透纱布8~11层);3分(湿透纱布>12层),分别于术后第1天,第7天和第14天进行评价。④创面面积评价^[5],采用透明薄膜直接均匀敷贴于创面上,以细号笔描绘疤痕边缘,将薄膜铺于心电图描记纸上,计算出具体数值。⑤记录两

组创面愈合时间。⑥创面纵径测定,采用探针测自创面基底部紧贴创面至肛缘的距离,后用尺子量出。⑦采用放射免疫法,检测两组血清表皮生长因子(EGF)和直肠分泌物分泌型免疫球蛋白A(SIgA)水平,EGF采用放射免疫法检测,试剂盒(南京阿恩地生物科技发展有限公司,货号100521);SiG A采用Elisa法进行检测,试剂盒(上海广锐生物科技有限公司,货号ER1951)。

1.7 疗效判断标准 参照《中医肛肠科病症诊断疗效标准》^[5]制定。临床痊愈:创面上皮完整覆盖,瘢痕坚实,近期观察未再发生溃烂;显效:临床症状有很大改善,创面面积缩小75%,肉芽组织新鲜;有效:临床症状改善,创面面积缩小25%,肉芽组织较新鲜;无效:临床症状未基本改善,创面较新鲜,但缩小<25%。

1.8 统计学处理 数据采用SPSS 19.0统计软件进行分析,计量资料数据以 $\bar{x} \pm s$ 表示,组间比较采用t检验,计数资料采用 χ^2 检验分析,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组治疗2周后的临床疗效比较 治疗组临床总有效率为97.01%,对照组为83.58%,治疗组优于对照组($P < 0.05$),见表1。

表1 两组治疗2周后的临床疗效比较

Table 1 Comparison of clinical efficacy between two groups after 2 weeks' treatment

组别	临床痊愈 /例	显效 /例	有效 /例	无效 /例	总有效率 /%
对照	21	19	16	11	83.58
治疗	33	17	15	2	97.01 ¹⁾

注:与对照组比较¹⁾ $P < 0.05$ 。

2.2 两组患者不同时间主要症状评分比较 两组术后第7天和第14天患者的主要症状评分比术后第1日均明显下降($P < 0.01$),治疗组术后第7天和第14天患者的创面疼痛、创面渗出和创面肿胀评分分别低于对照组术后第7天和第14天,比较差异均有统计学意义($P < 0.01$),见表2。

2.3 两组患者创面面积、愈合时间和创面纵径比较 治疗后治疗组患者的创面面积和创面纵径均明显小于对照组,愈合时间显著少于对照组,比较差异均有统计学意义($P < 0.01$),见表3。

2.4 两组患者血清EGF和直肠分泌物SiG A水平比较 两组术后14d患者血清EGF和大便SiG A水

表2 两组患者不同时间主要症状积分比较($\bar{x} \pm s, n = 67$)

Table 2 Comparison of main symptom scores in different time between two groups ($\bar{x} \pm s, n = 67$)

组别	时间	创面疼痛	创面渗出	创面水肿
对照	术后1d	2.38 ± 0.46	2.47 ± 0.42	2.43 ± 0.37
	术后7d	1.30 ± 0.35 ¹⁾	1.27 ± 0.31 ¹⁾	1.24 ± 0.26 ¹⁾
	术后14d	0.96 ± 0.44 ¹⁾	0.92 ± 0.26 ¹⁾	0.90 ± 0.31 ¹⁾
治疗	术后1d	2.49 ± 0.51	2.40 ± 0.43	2.42 ± 0.46
	术后7d	0.91 ± 0.24 ^{1,2)}	0.96 ± 0.34 ^{1,2)}	0.93 ± 0.29 ^{1,2)}
	术后14d	0.72 ± 0.22 ^{1,2)}	0.67 ± 0.28 ^{1,2)}	0.71 ± 0.25 ^{1,2)}

注:与本组术后1d比较¹⁾ $P < 0.01$;与对照组同时点比较²⁾ $P < 0.01$ 。

表3 两组创面面积、愈合时间和创面纵径比较($\bar{x} \pm s, n = 67$)

Table 3 Comparison of wound area, healing time, and wound longitudinal diameter between two groups ($\bar{x} \pm s, n = 67$)

组别	创面面积/cm ²	愈合时间/d	创面纵径/cm
对照	6.14 ± 2.02	29.27 ± 5.13	3.40 ± 0.33
治疗	4.68 ± 1.25 ¹⁾	23.25 ± 4.67 ¹⁾	2.82 ± 0.24 ¹⁾

注:与对照组比较¹⁾ $P < 0.01$ 。

平比术后1d均明显升高($P < 0.01$);术后治疗组EGF和SiG A水平均显著高于术后1d,比较差异均有统计学意义($P < 0.01$),见表4。

表4 两组患者血清EGF和SiG A水平比较($\bar{x} \pm s, n = 67$)

Table 4 Comparison of serum levels EGF and SiG A in two groups ($\bar{x} \pm s, n = 67$)

组别	时间	EGF/ $\mu\text{g} \cdot \text{L}^{-1}$	SiG A/ $\text{mg} \cdot \text{L}^{-1}$
对照	术后1d	2.97 ± 0.30	0.52 ± 0.04
	术后14d	5.62 ± 2.13 ¹⁾	0.92 ± 0.09 ¹⁾
治疗	术后1d	2.89 ± 0.34	0.51 ± 0.06
	术后14d	6.97 ± 2.76 ^{1,2)}	1.25 ± 0.11 ^{1,2)}

注:与本组术后1d比较¹⁾ $P < 0.01$;与术后14d对照组比较²⁾ $P < 0.01$ 。

3 讨论

肛瘘术后创面愈合迁延的影响因素较多,如糖尿病、全身性营养不良、贫血、肥胖、免疫力下降以及创面局部的水肿和感染等^[6]。肛瘘术后的创面恢复是机体应答皮肤病理过程所展示的一个生物学效应,涉及了炎症期、肉芽组织增生期及疤痕成形期,这些因素与创面的愈合过程及愈合时间密切相关^[6]。此外,肛瘘术后原来病灶虽除,但创面暴露,长期与粪便、直肠分泌物等接触,感染机会增大。

肛瘘术后患者创面疼痛、渗液、水肿等症状久日不愈合,中医学认为是外来伤害、金刃所伤,与湿热

关系紧密。肛瘘手术过程直接损伤局部经脉,阻断经络交通而气血运行异常,导致气血瘀滞^[7]。同时病灶去除,但湿热毒邪滞留,湿热之邪浸淫,故局部脉络受损,气血运行失畅^[1]。《诸病源候论》曰:“诸疮及痈疽,皆是风湿搏血气,血气蕴结生热,而发肌肉成疮,久不瘥者,多生恶肉,四边突起,而好肉不生。此有毒热不尽,经络尚壅,血气不至故也”。因此,湿热浸淫、瘀血阻络是其主要病机。

仙方消毒汤是依据仙方活命饮加减化裁而成,方中金银花性味甘寒,最善清热解毒疗疮,为“疮疡圣药”;黄柏清热燥湿,苍术健脾燥湿,茯苓、薏苡仁健脾化湿,四药相伍,标本兼顾;乳香、没药活血通络、消肿生肌,促进创面愈合;白芷,防风相配,通滞而散其结,使热毒从外透解;浙贝母、天花粉清热化痰散结,可使脓未成即消;甘草清热解毒,调和诸药;诸药合用,共奏清热解毒,活血止痛,健脾化湿之功。

温和灸具有温阳补虚、温经通络的作用,可通过温热作用、对经络的调节作用达到治疗肛瘘术后的创面恢复,尤其对术后患者创面局部的疼痛、肿胀等尤为有效^[3]。局部取穴为温和灸治疗疮疡的主要方法。其中,长强穴属督脉,督脉为“诸阳之会”,采取温和灸法作用于长强能够调整一身之阳气,增强免疫力。《疮疡经验全书》曰:“治之疮须以温补之剂补其内,生肌之药补其外。”因此,上述两法合用,对肛瘘术后创面恢复效果更佳。

研究发现,肛瘘术后机体血清 EGF 和 SIgA 水平检测对创面恢复预后具有指导意义^[8-9]。EGF 是一类广泛存在于体内生长因子多肽,对细胞的增殖、分化具有重要调节作用。肛创面的细胞膜上存在 EGF 受体,EGF 与其受体相结合形成 EGF 受体复合物,通过磷酸化等系列反应直接或间接激活与细胞生长等相关的基因,启动术后创面修复程序。SIgA 是由黏膜细胞分泌的体液型免疫物质,构成黏膜表面的第一道防线,肛瘘术使得黏膜破坏,SIgA 水平急剧下降,同时肛面过度应激,通透性增大,以致寄生于肠道表面的细菌等侵入,发生感染,导致创面经久不愈^[10]。因此,患者血清 EGF 和 SIgA 水平的检

测对肛瘘术后创面恢复预后具有重要参考价值。

本组结果显示,仙方消毒汤联合温和灸治疗肛瘘术后创面恢复,可减轻创面疼痛,减少创面渗出和水肿,表面仙方消毒汤联合温和灸发挥了减轻肛瘘术后患者的临床症状,促进创面恢复的作用。而生化指标检测发现,仙方消毒汤联合温和灸治疗后,患者血清 EGF 和直肠分泌物 SIgA 水平比对照组显著升高,提示仙方消毒汤联合温和灸发挥治疗作用可能与升高患者血清 EGF 和 IgA 水平有关,有待于进一步的探讨。

[参考文献]

- [1] 蔡而玮,吴燕燕. 柏术合剂治疗湿热下注型肛瘘术后患者 30 例临床研究[J]. 中医杂志, 2011, 52(21): 1846-1848.
- [2] 郑春菊,王业皇. 肛瘘术后创面愈合的中医学研究进展[J]. 世界中西医结合杂志, 2014, 9(2): 207-209.
- [3] 王玉凯,杨秀英. 温和灸促进低位单纯性肛瘘术后创面愈合临床观察[J]. 中医药临床杂志, 2013, 25(6): 520-521.
- [4] 国家中医药管理局. 中华人民共和国中医药行业标准. 中医肛肠科病证诊断疗效标准[S]. 南京:南京大学出版社, 1995: 128-130.
- [5] 李敏,李锦秀. 多济敷在肛瘘术后的临床应用[J]. 大肠肛门病外科杂志, 2009, 9(3): 160-161.
- [6] 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.
- [7] 瞿胤,杨巍,郑德,等. 促愈熏洗方在肛瘘术后应用[J]. 中成药, 2012, 34(12): 2298-2301.
- [8] 畅立强,陆金根,曹永清. 愈创汤对低位单纯性肛瘘术后创面促愈机理的临床研究[J]. 成都中医药大学学报, 2012, 35(2): 57-60.
- [9] 吴炯,王振宜,金炜,等. 益气升阳法对肛瘘术后患者血清 IgA 及直肠 SIgA 变化的影响[J]. 吉林中医药, 2011, 31(9): 875-877.
- [10] 吴炯,孙建华,王振宜,等. 芪参固脱合剂调控肛瘘术后患者免疫球蛋白 A 临床研究[J]. 新中医, 2011, 43(10): 58-60.

[责任编辑 何希荣]