

氧气驱动锡类散治疗湿热下注型 高位单纯性肛瘘术后创面疗效观察

岳水嫻 刘宏 武珊 姜华

(陕西中医药大学附属医院,陕西 咸阳 712000)

摘要:目的 观察氧气驱动锡类散治疗湿热下注型高位单纯性肛瘘术后创面的疗效。方法 采用随机数字法将 60 例湿热下注型高位单纯性肛瘘术后患者随机分为对照组和治疗组各 30 例。对照组采用常规换药治疗,治疗组采用氧气驱动锡类散和常规换药治疗,术后 4 周观察疗效。结果 治疗组在创面疼痛评分,创面纵径变化以及临床显效率方面优于对照组,经统计学比较, $P<0.05$ 。结论 氧气驱动锡类散促进湿热下注型高位单纯性肛瘘术后创面的愈合并有止痛效果。

关键词:氧气驱动锡类散;湿热下注型高位单纯性肛瘘术后创面;疗效观察

中图分类号:R657.1⁺6 文献标识码:B 文章编号:1672-0571(2019)06-0109-03

DOI:10.13424/j.cnki.mtcm.2019.06.033

肛瘘是肛肠科常见病、多发病,是肛管或直肠与肛周皮肤相通的肉芽肿性管道,约占肛门直肠疾病的 8%~25%,肛瘘一旦形成必须手术治疗^[1]。目前手术多采用低切高挂术,由于肛门部特殊的生理结构导致术后伤口愈合缓慢,恢复期较长,我们对于湿热下注型高位单纯性肛瘘术后创面采用氧气驱动锡类散治疗取得了较好的效果,现总结如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组病例均为我院肛肠科 2017 年 2 月~2019 年 3 月的住院患者,随机分为两组。治疗组 30 例,男 19 例,女 11 例,年龄最小的 22 岁,最大的 68 岁,平均年龄 (31.6 ± 12.1) 岁,平均病程 (6 ± 1.45) 月。对照组 30 例,男 20 例,女 10 例,年龄最小的 24 岁,最大的 67 岁,平均年龄 (32.1 ± 11.4) 岁,平均病程 (7 ± 1.97) 月。两组患者在年龄、性别、病程长短、病情方面,经统计学分析,差异无显著性意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 纳入标准 ①符合高位单纯性肛瘘的诊断标准(1975 年全国首届肛肠学术会议制定的肛瘘统一分类标准)^[2]且行切开挂线术的患者;②瘘管

通向直肠后间隙,伤口纵径在 4~7cm 之间;③经腔内超声或 MRI 检查仅有一个管道;④年龄在 22~68 岁之间;⑤无明显呼吸、循环、消化、血液、神经系统疾病;无结核、肝炎等传染性疾病者;⑥有意愿接受此方法治疗并积极配合者;湿热下注诊断:主证:①肛瘘外口反复流脓;②直肠指诊:可触及条索状物通于肛内。次证:①脓汁稠厚,色黄或白;②局部灼热明显伴有肛门胀痛;③形体困重,纳呆;④舌红,苔黄腻,脉弦滑^[3]。

1.3 排除标准 ①不符合上述纳入标准的患者;②患有特殊感染病例,如克罗恩病,结核性瘘管等;③合并有糖尿病,贫血等代谢系统疾病,对伤口愈合有影响者;④患有直肠炎、肠道肿瘤等肠道疾患者;⑤特殊人群:包括孕妇、产后、哺乳期、月经期的患者,患有严重急慢性器质性如心脑肝肾等疾患者;⑥瘢痕体质或者过敏体质者;

1.4 治疗方法 治疗组和对照组均采用手术方式为切开挂线术,术后均给常规抗生素 5 天。常规换药治疗:无菌生理盐水棉球清洁伤口,碘伏棉球消毒创面周围,将无菌油纱条填塞瘘管底部,最后以无菌棉垫覆盖包扎,每天换药治疗两次。

氧气驱动锡类散治疗,术后一周开始进行,具体操作方法为:取 5mL 注射器一支,去掉注射器针头,换上 5 孔冲洗针头(长度为 8cm),拔出活塞,将 50mg 锡类散粉剂(南通精华制药股份有限公司,每瓶 1.5 克)倒入注射器内,盖上密封盖(密封盖为有孔橡皮塞)并连接氧气装置系统。局部消毒后,将冲洗针头探入瘘管底部退出 0.5cm 左右,用美肤贴将其固定在肛部,打开氧气开关,调节氧流量为 6~8L/min,利用氧气驱动将锡类散通过冲洗针头均匀地喷洒于创面,待注射器内的药物吹完后将氧流量调至 2~3L/min,持续吹氧 30 分钟后,揭起美肤贴,取出冲洗针头,关闭氧源,每天两次,治疗 3 周。

对照组采用常规换药治疗;治疗组采用氧气驱动锡类散治疗。

1.5 观察指标和评价标准

1.5.1 观察指标 对患者治疗前后进行疼痛评分,创面纵径测量,对比两组临床总体显效率。

1.5.2 评价标准 采用视觉模拟评分法(VAS)评估疼痛程度,0 分为无痛,1~3 分为轻度疼痛,4~6 分为中度疼痛,7~10 分为严重疼痛^[4]。

用直尺测量创面纵径,具体方法为:分别在术后第 7,14,21,28 天取侧卧位自然放松状态下,用探针探入,测量创面基底部至肛缘的距离并记录^[5]。

临床治疗显效率^[6]:①痊愈:症状体征消失,创口完全愈合,肛门功能正常。②显效:症状消失,体征改善,创口未愈,肛门功能正常。③有效:症状体征改善,创口不愈,肛门功能正常。④无效:症状体征无改善,或虽有改善,但创口不愈合,仍有渗出物溢出,肛门功能正常。

1.6 统计学方法 所用数据采用统计软件包 SPSS18.0 进行分析处理,计量资料以均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,进行 t 检验,计数资料采用 X² 检验,以($P < 0.05$)为有统计学意义。

2 结果

2.1 临床疗效比较 结果见表 1。

两组患者在临床治疗显效率方面比较:术后 4

周治疗组明显优于对照组,组间差异在统计学方面具有显著性($P < 0.05$)。

表 1 两组患者术后 4 周临床总体显效率比较(n)

| 组别 | n | 痊愈 | 显效 | 有效 | 无效 | 总体显效率(%) |
|-----|----|----|----|----|----|----------|
| 对照组 | 30 | 15 | 9 | 6 | 0 | 80.00 |
| 治疗组 | 30 | 23 | 5 | 2 | 0 | 93.33 |

注:与对照组比较 $P < 0.05$ 。

2.2 止痛效果比较 结果见表 2。

两组患者疼痛评分比较:术后第 7 天无明显差异,术后 4 周差异明显,治疗组评分明显低于对照组, ($P < 0.05$)。

表 2 两组患者术后疼痛评分比较($\bar{x} \pm s$)

| 组别 | n | 术后天数 | 疼痛评分 |
|-----|----|------|-------------|
| 对照组 | 30 | 7 | 3.76 ± 1.52 |
| | | 14 | 1.40 ± 0.56 |
| | | 21 | 0.82 ± 0.45 |
| | | 28 | 0.54 ± 0.32 |
| 观察组 | 30 | 7 | 3.78 ± 1.43 |
| | | 14 | 1.15 ± 0.49 |
| | | 21 | 0.49 ± 0.36 |
| | | 28 | 0.31 ± 0.25 |

注:与对照组比较 $P < 0.05$

2.3 创面愈合比较 结果见表 3。

两组患者在创面纵径比较:术后第 7 天无明显差异,术后 4 周治疗组均小于对照组,组间差异在统计学方面具有显著性($P < 0.05$)。

表 3 两组患者术后创面纵径比较($\bar{x} \pm s$)

| 组别 | n | 术后天数 | 创面纵径/cm |
|-----|----|------|-------------|
| 对照组 | 30 | 7 | 5.48 ± 1.26 |
| | | 14 | 4.98 ± 0.48 |
| | | 21 | 4.26 ± 0.46 |
| | | 28 | 3.32 ± 0.44 |
| 观察组 | 30 | 7 | 5.52 ± 1.23 |
| | | 14 | 4.92 ± 0.51 |
| | | 21 | 3.96 ± 0.31 |
| | | 28 | 3.12 ± 0.43 |

注:与对照组比较 $P < 0.05$ 。

结论:氧气驱动锡类散促进湿热下注型高位

单纯性肛瘘术后创面的愈合,并有止痛效果。

3 讨论

《医学流源》:“外科之法,最重外治”,将中药直接作用于创面,以达“药达病所,投之可致”之效。肛瘘术后早期湿热未消,血脉瘀阻,以祛毒为要,中期多为正虚邪恋,重在生肌,辅以清利化瘀,后期余邪已除,以扶正为要,重在收敛,辅以生肌^[7]。锡类散《金匱翼》是传统的中药制剂,由青黛、象牙屑、珍珠壁钱炭、人指甲、冰片、人工牛黄等组成,青黛咸寒解毒收敛,冰片性辛凉清热消肿止痛,珍珠、象牙屑甘寒清热解毒生肌敛疮,牛黄性凉,清热解毒,《千金要方》言人指甲具有清热、解毒、化腐、生肌之功效,壁钱炭具有清热解毒、定惊、止血之功,善治痔疮下血,金创出血,诸药合用,共奏清热解毒、消肿止痛、祛腐生肌敛疮之功效。适用于肛瘘术后腐肉已脱,脓水将尽者,能促进肉芽组织和上皮生长。

肛瘘术后局部组织损伤,淋巴、血液回流不畅,组织液渗出,并伴有炎症反应,致使伤口局部供血供氧不佳,生长缓慢,获取氧是伤口修复、抗感染和改善末梢循环障碍的重要因素,氧疗可在创面局部形成高氧环境,提升毛细血管血氧含量,增加血氧弥散,有效改善创面组织缺血缺氧状态,从而促进肉芽组织的生长。高位肛瘘由于创面较深,术后更应预防假性愈合等并发症,换药应减少

刺激,减轻患者的疼痛。本组选择的直肠后间隙高位单纯性肛瘘,由于伤口较深,药物不易到达,我们采取以氧气为驱动,通过冲洗针头将药物准确、直接、均匀地喷洒于创面,达到用药氧疗的双重效果^[8],从而加快创面愈合,减少并发症的发生,促进患者早日康复。此方法简单易行,患者易于接受,便于医护操作,值得临床推广。

参考文献

[1]胡伯虎. 大肠肛门病治疗学[M]. 北京:科学技术文献出版社, 2004:312.

[2]李日庆,何清潮. 中医外科学[M]. 9 版. 北京:中国中医药出版社,2012:258.

[3]何永恒,凌光烈. 中医肛肠科学[M]. 2 版. 北京:清华大学出版社,2012:157.

[4]李小寒,尚少梅. 基础护理学[M]. 6 版. 北京:人民卫生出版社,2017:477.

[5]郭培培,周云,杨学琴,等. 白芨粉外用促进肛瘘术后创面愈合的临床研究[J]. 世界最新医学信息文摘,2017, 17(33):49—50.

[6]何永恒,凌光烈. 中医肛肠科学[M]. 2 版. 北京:清华大学出版社,2012:167.

[7]王蓉. 锡类散对湿热下注型低位单纯性肛瘘术后创面愈合的临床观察[D]. 合肥:安徽中医药大学,2018.

[8]李慧青,马庭炜. 接氧式定量喷药器的研制[J]. 护理学杂志,2005,20 (11):17—18.

(收稿日期:2019-06-10 编辑:杨芳艳)