

• 肛肠疾病专题

# 肛痈促愈汤在改善肛周脓肿患者 术后炎症反应中的效果观察

李韶银

(泗洪东方医院中医外科, 江苏 宿迁 223941)

**摘要:** **目的** 探讨应用肛痈促愈汤对肛周脓肿术后患者疼痛程度与炎症因子水平的影响。**方法** 按照随机数字表法将 2019 年 7 月至 2021 年 10 月泗洪东方医院收治的 100 例肛周脓肿患者分为对照组和研究组, 各 50 例。两组患者均给予一次性肛周脓肿根治术治疗, 术后给予对照组患者高锰酸钾坐浴治疗, 研究组患者于对照组的基础上使用肛痈促愈汤煎服治疗, 7 d 为 1 个疗程, 两组患者均治疗至创面愈合停药, 均治疗 3 个疗程后评价临床疗效。比较两组患者术后 21 d 的临床疗效, 术前和术后 21 d 的创面长度、深度、炎症因子水平, 创面愈合时间, 术前及术后 14、21 d 的视觉模拟疼痛量表 (VAS) 评分及创面渗透液积分。**结果** 术后 21 d 研究组患者的治疗总有效率高于对照组; 与术前比, 术后 21 d 两组患者创面长度和深度均缩短, 且研究组短于对照组; 研究组患者创面愈合时间短于对照组; 与术前比, 术后 14、21 d 两组患者 VAS 评分、创面渗透液积分均呈降低趋势, 且术后 14、21 d 研究组低于对照组; 与术前比, 术后 21 d 两组患者血清白细胞介素-6 (IL-6)、白细胞介素-8 (IL-8)、白细胞介素-1 $\beta$  (IL-1 $\beta$ ) 水平均降低, 且研究组低于对照组 (均  $P<0.05$ )。**结论** 肛周脓肿患者术后应用肛痈促愈汤联合高锰酸钾坐浴治疗, 能够有效促进术后患者创面分泌物的排出及创面愈合, 进一步缓解患者疼痛程度, 减轻患者炎症反应, 临床疗效显著。

**关键词:** 肛周脓肿; 高锰酸钾; 肛痈促愈汤; 炎症因子

**中图分类号:** R266

**文献标识码:** A

**文章编号:** 2096-3718.2022.13.0007.04

肛周脓肿是临床常见的肛肠科疾病, 临床主要表现为肛周肿胀疼痛, 可伴随恶寒、发热等全身性症状, 若未进行及时有效治疗, 肛周脓肿可发展为肛痿、感染性休克。目前, 肛周脓肿患者常采用一次性肛周脓肿根治术有效清

**作者简介:** 李韶银, 大学本科, 副主任医师, 研究方向: 中医外科临床诊疗。

- treatments for postoperative analgesia of mixed hemorrhoids: Protocol for a systematic review and network meta-analysis[J]. Medicine (Baltimore), 2019, 98(6): e14441.
- [3] 黄丽娟. 混合痔外剥内扎术后三黄汤坐浴和高锰酸钾溶液坐浴对创面愈合情况影响的对比[J]. 结直肠肛门外科, 2016, 22(6): 594-597.
- [4] 霍巨, 刘丽辉. 中药熏洗坐浴治疗湿热下注型混合痔术后并发症临床研究[J]. 辽宁中医杂志, 2015, 42(5): 1010-1012.
- [5] 美国结直肠外科医师协会标准化工作委员会. 痔诊断和治疗指南 (2010 修订版)[J]. 丁义江, 皇甫少华, 丁曙晴, 译. 中华消化外科杂志, 2012, 11(3): 243-247.
- [6] 赵刚, 鞠应东, 孙凤华. 中西医结合肛肠病诊治[M]. 北京: 科学技术文献出版社, 2010: 184-189.
- [7] 胡琦. 金玄痔科熏洗散治疗混合痔术后水肿及促进创面愈合的临床疗效[J]. 世界中西医结合杂志, 2016, 11(12): 1724-1727.
- [8] 严广斌. 视觉模拟评分法[J/CD]. 中华关节外科杂志 (电子版), 2014, 8(2): 273.
- [9] 杨清岛, 许金表. 高锰酸钾溶液联合马应龙麝香痔疮栓治疗孕妇痔疮 PPH 术后水肿疗效观察[J]. 中国现代普通外科进展, 2015, 18(3): 232-234.
- [10] 周萍, 李风华, 曾志华. 中药熏洗法联合针灸治疗痔疮的临床观察[J]. 中成药, 2016, 38(1): 35-38.
- [11] 丁建华, 刘肃志. 中药熏洗治疗痔疮术后疼痛、水肿临床研究[J]. 中医学报, 2015, 30(9): 1285-1286.
- [12] 杜炳林. 止痛如神汤口服联合苦参汤熏洗治疗混合痔术后疼痛的临床疗效观察[J]. 世界中西医结合杂志, 2021, 16(2): 339-341.
- [13] 赵晓波, 王业皇. 苦参汤加味熏洗治疗混合痔术后水肿的临床疗效观察[J]. 结直肠肛门外科, 2015, 21(1): 61-62.
- [14] 肖丽. 苦参汤熏洗联合肛安栓纳肛促进混合痔术后创面愈合临床观察[J]. 四川中医, 2019, 37(8): 165-167.
- [15] 张新, 丁翔云, 翟会侠. 苦参汤加减联合激光坐浴机治疗湿热下注型混合痔的效果及其对人血清 IL-6、IFN- $\gamma$  的影响[J]. 中国医药科学, 2021, 11(15): 200-203.
- [16] 刘洁, 马云云. 中药熏洗联合普济痔疮栓对混合痔术后创面愈合及肛门功能的影响[J]. 现代中西医结合杂志, 2019, 28(16): 1764-1766, 1773.

除病灶、快速排出脓汁,但手术属于创伤性操作,会对患者肛门组织带来一定的损伤而引起术后疼痛,且创面容易受到感染,造成患者术后创面愈合不佳<sup>[1]</sup>。高锰酸钾常被用于肛周脓肿术后创面愈合的治疗中,其具有杀菌消毒的作用,但由于其仅仅只能对患者体表的创面进行消毒,无法降低患者机体内部的炎症反应,导致治疗效果欠佳<sup>[2]</sup>。中医认为,肛周脓肿属于“肛痈”“疮疡”等范畴,肛周脓肿术后为“疮疡中后期”,其病因病机为毒热盛而致血聚于肛门,乃致痈疽,故治疗应以清热活血、散结消肿为主<sup>[3-4]</sup>。肛痈促愈汤含金银花、蒲公英、合欢皮等多味中药,可发挥清热解毒、消痈散结的功效,能够促进肛周脓肿患者术后创面的愈合。基于此,本研究旨在探讨肛痈促愈汤在促进肛周脓肿患者术后创面愈合中的效果,现报道如下。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 按照随机数字表法将2019年7月至2021年10月泗洪东方医院收治的100例肛周脓肿患者分为对照组和研究组,各50例。对照组中男、女患者分别为31、19例;年龄20~56岁,平均 $(38.20 \pm 8.87)$ 岁;创面面积 $3 \sim 16 \text{ cm}^2$ ,平均 $(9.87 \pm 3.01) \text{ cm}^2$ 。研究组中男、女患者分别为30、20例;年龄20~57岁,平均 $(38.52 \pm 8.90)$ 岁;创面面积 $3 \sim 17 \text{ cm}^2$ ,平均 $(9.85 \pm 2.97) \text{ cm}^2$ 。两组患者一般资料相比,差异无统计学意义( $P > 0.05$ ),组间可比。纳入标准:符合《肛周脓肿临床诊治中国专家共识》<sup>[5]</sup>和《中西医结合肛肠病诊治》<sup>[6]</sup>中的相关诊断标准者;年龄18~60岁者;肛周有硬结或肿块,肛旁肿痛、坠胀,局部温度升高者;肛周超声检测可发现脓肿者等。排除标准:对本研究药物过敏者;由外伤或结肠炎导致的肛周脓肿者;患代谢及内分泌疾病者等。本研究经院内医学伦理委员会审核批准,且所有患者均签署知情同意书。

**1.2 治疗方法** 两组患者均进行病情评估、常规消毒及麻醉后行一次性肛周脓肿根治术,术后均给予负压封闭引流及抗生素治疗。术后指导对照组患者进行高锰酸钾(吉林省东盟制药有限公司,国药准字H22026515,规格:20 g/瓶)坐浴,按照沸水:高锰酸钾为5 000:1的比例配制2 000 mL高锰酸钾溶液,10 min/次,2次/d,坐浴完成后擦净药液,涂抹碘伏,用无菌纱布敷贴于创面。研究组患者在对照组的基础上给予肛痈促愈汤进行治疗,组方:大黄3 g,甘草6 g,乳香、没药及黄芪各10 g,陈皮、当归、合欢皮及白芷各12 g,延胡索、浙贝母各15 g,蒲公英20 g,连翘、金银花各30 g,加水煎服至400 mL,200 mL/次,2次/d。7 d为1个疗程,两组患者治疗至创面愈合停药,均治疗3个疗程后评价疗效。

**1.3 观察指标** ①临床疗效:术后21 d,参照《中医病证诊断疗效标准》<sup>[6]</sup>评估两组患者临床疗效,其中术后伤口完全愈合,没有分泌物,无痛感,创面完全覆盖上皮且坚实为痊愈;患者伤口愈合 $\geq 75\%$ ,创面肉芽组织鲜活结实,颜色红润,稍有分泌物,痛感不明显为显效;伤口愈合 $25\% \sim 74\%$ ,创面肉芽组织较鲜活,色红,仍有少量分泌物,有较轻痛感及瘙痒为有效;伤口愈合 $\leq 24\%$ ,创面肉芽组织色黯淡,生长很少,有较多分泌物,存在痛感及瘙痒为无效,总有效率=痊愈率+显效率+有效率。②创面愈合情况:于术前、术后21 d,利用探针或长棉签测量创面长度和深度,其中创面长度为创面沿着身体长轴方向的距离;创面深度指创面最深处垂直于皮肤表面的距离,并记录两组创面愈合时间,上皮完全覆盖创面为创面愈合。③疼痛程度:采用视觉模拟疼痛量表(VAS)<sup>[7]</sup>评估评估两组患者术前及术后14、21 d疼痛程度,评分总分10分,得分越高表示患者疼痛越剧烈。④创面渗透液积分:参照《盆底与肛门病学》<sup>[8]</sup>中的相关标准评估两组患者术前及术后14、21 d创面渗透液情况,其中,有大量分泌物,浸透纱布 $> 2$ 张为3分;有明显的分泌物,浸透纱布1~2张为2分;分泌物少量,未浸透1张纱布为1分;纱布干燥,无分泌物为0分。⑤炎症因子:于术前、术后21 d,抽取两组患者空腹静脉血3 mL,离心15 min(离心转速3 000 r/min),取血清,采用全自动生化分析仪测定血清白细胞介素-6(IL-6)、白细胞介素-8(IL-8)、白细胞介素-1 $\beta$ (IL-1 $\beta$ )水平。

**1.4 统计学方法** 采用SPSS 21.0统计软件处理数据,计数资料以[例(%)]表示,两组间比较行 $\chi^2$ 检验;计量资料数据均服从正态分布,以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示,两组间相同时间点的比较行单因素方差分析,组内不同时间点的比较行重复测量方差分析。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

## 2 结果

**2.1 两组患者临床疗效比较** 术后21 d研究组患者治疗总有效率高于对照组,差异有统计学意义( $P < 0.05$ ),见表1。

**2.2 两组患者创面愈合情况比较** 与术前比,术后21 d两组患者创面长度和深度均缩短,且研究组短于对照组;研究组患者创面愈合时间短于对照组,差异均有统计学意义(均 $P < 0.05$ ),见表2。

**2.3 两组患者VAS评分比较** 与术前比,术后14、21 d两组患者VAS评分均呈降低趋势,且术后14、21 d研究组低于对照组,差异均有统计学意义(均 $P < 0.05$ ),见表3。

**2.4 两组患者创面渗透液积分比较** 与术前比,术后14、21 d两组患者创面渗透液积分均呈降低趋势,且术

后 14、21 d 研究组低于对照组, 差异均有统计学意义 (均  $P<0.05$ ), 见表 4。

表 3 两组患者不同时间点 VAS 评分比较 ( $\bar{x} \pm s$ , 分)

组别	例数	术前	术后 14 d	术后 21 d
对照组	50	5.65±1.34	2.89±0.76*	0.76±0.21**
研究组	50	5.69±1.37	1.76±0.65*	0.34±0.15**
<i>t</i> 值		0.148	7.990	11.508
<i>P</i> 值		>0.05	<0.05	<0.05

注: 与术前比, \* $P<0.05$ ; 与术后 14 d 比, \*\* $P<0.05$ 。VAS: 视觉模拟疼痛量表。

表 4 两组患者创面渗液积分比较 ( $\bar{x} \pm s$ , 分)

组别	例数	术前	术后 14 d	术后 21 d
对照组	50	2.32±0.26	1.87±0.34*	1.54±0.65**
研究组	50	2.35±0.27	1.45±0.27*	0.87±0.29**
<i>t</i> 值		0.566	6.840	6.656
<i>P</i> 值		>0.05	<0.05	<0.05

注: 与术前比, \* $P<0.05$ ; 与术后 14 d 比, \*\* $P<0.05$ 。

2.5 两组患者炎症因子水平比较 与术前比, 术后 21 d 两组患者血清 IL-6、IL-8、IL-1 $\beta$  水平均降低, 且研究组低于对照组, 差异均有统计学意义 (均  $P<0.05$ ), 见表 5。

### 3 讨论

肛周脓肿是指直肠、肛管等周围软组织或间隙间因感染而引起的慢性或急性化脓性感染, 一次性肛周脓肿根治

术是治疗肛周脓肿的常见方法, 能够对病灶进行有效清除, 排出脓液, 但术中造成的渗出液增多可导致术后形成开放性创面感染; 同时, 手术还会损伤肛门组织和神经, 导致术后局部组织缺氧, 伤口血运不佳, 加剧切口的疼痛。高锰酸钾具有一定杀菌消毒的作用, 在肛周脓肿患者术后的治疗中, 能够促进创面组织收敛、止血, 减少细菌感染, 进而间接促进创面的愈合。虽然高锰酸钾可以有效抑制病原菌的生长繁殖过程, 但无法有效控制患者机体内的毒素与细胞因子水平, 患者体内存在大量的毒素会导致病情恶化, 治疗效果有限<sup>[9]</sup>。因此, 亟需探寻一种积极有效的治疗方案以提高肛周脓肿患者术后创面愈合的效果。

中医认为, 肛周脓肿病因可见饮食不节, 或热毒入里内侵, 或肛周局部破损染毒, 或湿邪久蕴, 化热腐肌而成脓; 亦或是肺脾肾阴虚, 正不生邪, 湿热结聚于肛门而发, 成脓后应尽早切开排脓, 使脓毒外泄, 术后病邪渐退、毒随脓泻; 通过手术切开排脓, 虽可以短时间缓解疼痛、肿胀等症状, 但由于手术操作伤及气血, 营卫失调, 导致创口局部湿热火毒留恋, 更致肛门经络阻塞, 血脉不通利, 气血凝滞, 而出现红肿、疼痛、出血等, 影响创口生长愈合, 因此, 术后应清热解毒、通络止痛、活血散瘀<sup>[10]</sup>。肛痛促愈汤中大黄具有凉血消痈、泻热解毒的功效; 没药可活血散瘀、消肿止痛; 乳香凉血消肿、清热解毒; 黄芪可助排脓、利尿托毒; 陈皮、当归可活血化瘀; 合欢皮具有

表 1 两组患者临床疗效比较 [例 (%)]

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效
对照组	50	14(28.00)	11(22.00)	12(24.00)	13(26.00)	37(74.00)
研究组	50	17(34.00)	15(30.00)	13(26.00)	5(10.00)	45(90.00)
$\chi^2$ 值						4.336
<i>P</i> 值						<0.05

表 2 两组患者创面愈合情况比较 ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数	创面长度 (cm)		创面深度 (cm)		创面愈合时间 (d)
		术前	术后 21 d	术前	术后 21 d	
对照组	50	4.32±1.02	0.98±0.32*	1.76±0.54	0.45±0.19*	27.32±5.43
研究组	50	4.29±1.01	0.42±0.17*	1.79±0.53	0.16±0.05*	22.54±2.32
<i>t</i> 值		0.148	10.928	0.280	10.437	5.724
<i>P</i> 值		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	<0.05

注: 与术前比, \* $P<0.05$ 。

表 5 两组患者炎症因子水平比较 ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数	IL-6(ng/L)		IL-8( $\mu$ g/L)		IL-1 $\beta$ (pg/mL)	
		术前	术后 21 d	术前	术后 21 d	术前	术后 21 d
对照组	50	37.76±11.34	13.76±3.87*	1.54±0.43	0.65±0.23*	9.45±1.54	5.75±0.65*
研究组	50	37.79±11.39	10.54±2.65*	1.57±0.46	0.24±0.11*	9.69±1.24	3.76±0.54*
<i>t</i> 值		0.013	4.854	0.337	11.371	0.858	16.652
<i>P</i> 值		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

注: 与术前比, \* $P<0.05$ 。IL-6: 白细胞介素-6; IL-8: 白细胞介素-8; IL-1 $\beta$ : 白细胞介素-1 $\beta$ 。

安神解郁、消肿活血的功效；白芷具有祛湿止痛、消肿排脓之效；延胡索具有散瘀止痛的功效；浙贝母能够清热化痰；蒲公英可利尿消肿；连翘、金银花清热解毒、凉血止痢，甘草有清热解毒、调和诸药之效，以上诸药合用可发挥清热解毒、消痈止痛的功效<sup>[11]</sup>。本研究结果显示，术后 21 d 研究组患者临床总有效率高于对照组，创面长度、深度、创面愈合时间均短于对照组，术后 14、21 d 研究组患者 VAS 评分、创面渗透液积分均低于对照组，提示肛痈促愈汤联合高锰酸钾坐浴能够有效促进肛周脓肿术后患者创面分泌物的排出及创面愈合，进一步促进患者疼痛程度缓解，临床疗效显著。

IL-6 是成纤维细胞、T 细胞活化后生成的炎症因子，还可活化、趋化单核细胞与中性粒细胞，提高血管内皮细胞分泌其他炎症因子，从而参与肛周脓肿的发展；IL-8 由巨噬细胞、成纤维细胞等合成和分泌，对白细胞具有很强的趋化和激活作用，可使中性粒细胞在炎症部位聚集、黏附、活化、释放溶酶体酶，加重肛周脓肿术后患者炎症反应；IL-1 $\beta$  可上调 E-选择素、细胞间黏附分子-1、 $\beta_2$  整合素等黏附分子水平，促进中性粒细胞释放细胞毒性物质导致细胞损伤，加重患者病情<sup>[12]</sup>。现代药理研究证实，当归的水提取物可促进内皮细胞增殖，改善微循环，抑制微炎症状态<sup>[13]</sup>；连翘所含连翘酯苷具有抗感染、解热、抗菌、抗氧化、舒张血管等广泛的生物活性，能够促进患者病情好转<sup>[14]</sup>。本研究发现，术后 21 d，研究组患者血清 IL-6、IL-8、IL-1 $\beta$  水平均低于对照组，进一步说明肛痈促愈汤联合高锰酸钾坐浴能够有效减轻肛周脓肿术后患者炎症反应，促进病情恢复。

综上，肛痈促愈汤联合高锰酸钾坐浴能够有效促进肛周脓肿术后患者创面分泌物的排出及创面愈合，进一步缓解患者疼痛程度，减轻患者炎症反应，临床疗效显著，临床研究价值高。

## 参考文献

- [1] 石健,孙春元,鲍炳州,等.吗啉硝唑治疗肛周脓肿根治术后感染的临床疗效[J].中华普通外科杂志,2021,36(1): 50-52.
- [2] 赵伟,李惠华.高锰酸钾坐浴联合阿魏酸钠对肛周脓肿术后恢复的影响[J].临床合理用药杂志,2022,15(8): 155-157.
- [3] 孙林梅,张永丽.肛周脓肿发病与中医体质相关性研究[J].陕西中医,2019,40(1): 106-108.
- [4] 周丽波,潘友珍,郑振麟,等.消肿溃腐方促进热毒炽盛型肛周脓肿术后创面愈合的疗效观察[J].上海中医药大学学报,2018,32(2): 41-44.
- [5] 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.
- [6] 赵刚,鞠应东,孙风华.中西医结合肛肠病诊治[M].北京:科学技术文献出版社,2010: 108-115.
- [7] 严广斌.视觉模拟评分法[J/CD].中华关节外科杂志(电子版),2014,8(2): 273.
- [8] 张东铭.盆底与肛门病学[M].贵阳:贵州科技出版社,2000: 243.
- [9] 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): 28-32.
- [10] 柴小琴,冯文哲,石鹏,等.消痈促愈方对高位肛周脓肿术后患者的疗效及炎症因子的影响[J].2021,30(9): 1572-1574,1582.
- [11] 柳春生,李积良,王继宁.肛痈促愈汤在促进肛周脓肿术后创面愈合的作用及对血管内皮因子的影响[J].中华中医药学刊,2020,38(12): 205-208.
- [12] 张朝阳,梁靖华,孙林梅,等.1号中药洗剂对肛周脓肿术后创面愈合疗效及血清炎症因子的影响[J].中国医药导报,2021,18(13): 121-124.
- [13] 庞晓军,何显科.当归水溶性低分子质量部分抗炎作用研究[J].中国医院药学杂志,2016,36(6): 447-450.
- [14] 王越欣,王梅,李宁,等.连翘抗炎活性成分及作用机制研究进展[J].中华中医药学刊,2022,40(1): 115-120.

## 勘 误 声 明

本刊 2022 年 3 月下,第 6 卷第 6 期中第 4 页文章《北京地区部分患者 Rh 血型特征分析》中作者单位应改为“清华大学附属北京清华长庚医院输血科<sup>1</sup> 清华大学临床医学院<sup>2</sup>,北京 102218”,所有作者单位均为 1 和 2。

同期第 36 页文章《关岭地区 1 519 例儿童听力筛查结果及影响因素分析》是 2018 年度贵州省卫生计生委科学技术基金项目,应加“基金项目:贵州省卫计委科技技术基金项目(编号:GZWJKJ2018-1-089)”。

特此更正。

《现代医学与健康研究电子杂志》编辑部

2022 年 6 月 25 日