

[文章编号] 1007-0893(2024)12-0058-03

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2024.12.017

中药熏洗联合挂线治疗复杂性肛瘘的效果

李永汉 张素琴 王明星

(许昌中医院, 河南 许昌 461000)

[摘要] 目的: 针对复杂性肛瘘患者在挂线治疗基础上联合中药熏洗, 观察其疗效及对患者症状恢复的影响。方法: 选取许昌中医院 2021 年 1 月至 2023 年 6 月收治的 260 例复杂性肛瘘患者, 根据随机数表法分为对照组和观察组, 各 130 例。对照组行挂线治疗, 观察组在对照组基础上联合中药熏洗治疗。比较两组患者临床疗效、恢复情况、炎症因子水平、肛门功能、复发率。结果: 观察组患者临床总有效率高于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。观察组患者创面愈合、疼痛持续时间均短于对照组, 视觉模拟评分法 (VAS) 评分低于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。治疗后, 观察组患者血清超敏 C 反应蛋白 (hs-CRP)、白细胞介素-6 (IL-6) 水平低于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。治疗后, 观察组患者肛管静息压、直肠静息压低于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。观察组患者复发率低于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论: 中药熏洗联合挂线治疗可改善复杂性肛瘘患者炎症因子水平及肛门功能, 缩短创面愈合时间, 缓解疼痛, 降低复发率。

[关键词] 复杂性肛瘘; 中药熏洗; 挂线治疗**[中图分类号]** R 657.1⁺6 **[文献标识码]** B

复杂性肛瘘作为肛肠外科常见病, 病因机制复杂, 多与感染、外伤、手术等因素有关^[1]。复杂性肛瘘由于其瘘道多、走向复杂、治疗难度大等特点, 传统的手术治疗方法尽管具有一定的效果, 术后疼痛、恢复时间长、复发率高^[2-3], 难以取得满意的疗效。因此, 寻求一种安全、有效的治疗方法, 对于提高复杂性肛瘘治疗效果、改善患者生活质量尤为重要。中医认为, 复杂性肛瘘的发生多与湿热下注、气血不和等因素有关, 治疗主张清热解毒、活血化瘀、消肿止痛^[4]。挂线疗法作为中医特色疗法, 其利用橡皮筋的弹性张力, 对肛瘘瘘道进行慢性切割, 同时引流脓液, 促进瘘道愈合, 具有创伤小、痛苦轻、恢复快等优势^[5], 但该方法存在操作风险, 难以一次性清除病灶。中药熏洗则是通过药物的药性与热力作用, 直接作用于患处, 达到活血化瘀、消肿止痛的效果。基于此, 本研究收集 260 例复杂性肛瘘患者临床资料, 探究挂线治疗联合中药熏洗治疗的效果, 具体报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取许昌中医院 2021 年 1 月至 2023 年 6 月收治的 260 例复杂性肛瘘患者, 根据随机数表法分为对照组和观察组, 各 130 例。对照组男性 69 例, 女性 61 例; 年龄 25~56 岁, 平均 (42.42 ± 6.71) 岁; 病程 1~4 月, 平均

(2.52 ± 0.76) 月。观察组男性 71 例, 女性 59 例; 年龄 23~58 岁, 平均 (42.23 ± 6.68) 岁; 病程 1~4 月, 平均 (2.49 ± 0.73) 月。两组患者一般资料比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 纳入与排除标准

1.2.1 纳入标准 (1) 患者均符合复杂性肛瘘诊断标准^[6]; (2) 年龄 18~60 岁; (3) 无资料及信息缺失; (4) 沟通、交流正常, 可接受随访; (5) 患者知情并同意本研究。

1.2.2 排除标准 (1) 伴随严重脏器损伤或功能障碍; (2) 合并全身感染性疾病; (3) 凝血系统异常; (4) 合并恶性肿瘤疾病者; (5) 对治疗方案不耐受或存在禁忌证患者; (6) 合并其他类型肠道疾病; (7) 合并恶性肿瘤疾病; (8) 妊娠及哺乳期女性。

1.3 方法

1.3.1 对照组 行挂线治疗, 术前 24 h 对患者进行常规灌肠处理, 并做好备皮。治疗前实施局部麻醉, 以亚甲蓝注射液 (西南药业股份有限公司, 国药准字 H50020129) 实施染色。经过肛门镜检查, 确定肛管走向, 明确肛瘘内口及其与括约肌位置关系。治疗取膝胸位, 对会阴部进行消毒处理。经肛缘外侧行一 2 cm 左右 V 型切口, 置入探针, 到达内口后, 依次将黏膜及下层组织、括约肌等切开, 并将肛瘘内口彻底切除, 对病灶组织予

[收稿日期] 2024-04-12**[作者简介]** 李永汉, 男, 主治医师, 主要研究方向是肛肠常见病的治疗。

以搔刮清理。于探针尾部系上橡皮筋，由内口将探针拉出，使得橡皮筋进入瘻管，对患者持续引流。以刮匙对瘻管坏死组织进行全面清理，常规止血后，予以消毒处理，并采用油纱布将切口覆盖，妥善固定。术后采用甲硝唑实施冲洗，根据患者切口恢复情况选择引流时间。

1.3.2 观察组 在对照组基础上联合中药熏洗治疗，组方包括金银花、马齿苋、蒲公英各 30 g，连翘、黄柏各 15 g，白矾 10 g，制乳香、没药、秦艽各 20 g，芒硝 40 g。上述中药以热水进行 20 min 浸泡，然后加水熬煮 30 min，温度自然晾至 50 °C 后指导患者坐浴，时间以 50 min 为宜，需注意排便后坐浴熏洗，1 次·d⁻¹，治疗 2 周。

1.4 观察指标

观察两组患者临床疗效、恢复情况、炎症因子水平、肛门功能、复发率。(1) 临床疗效。治疗后 1 个月根据《临床疾病诊断与疗效判断标准》^[7] 进行效果评估，经过治疗患者肛周脓肿、疼痛、瘙痒等症状消失，肛瘻完全闭合为显效；治疗后症状有所缓解，肛瘻部分闭合为有效；治疗前后症状变化不明显，肛瘻未闭合为无效。总有效率 = (显效 + 有效) / 总例数 × 100 %。(2) 恢复情况。包括创面愈合、疼痛持续时间及疼痛程度。治疗 2 周后通过视觉模拟评分法 (visual analogue scales, VAS)^[8] 对患者疼痛程度予以准确、客观的度量与评估，评分范围为 0 ~ 10 分，较高的评分值对应更为剧烈和严重的疼痛。(3) 炎症因子水平。治疗前及治疗 2 周后采集患者 5 mL 空腹静脉血，保存于抗凝管，离心处理速率以 3000 r·min⁻¹ 为宜，离心半径 10 cm，处理 10 min，然后按照步骤完成血清分离，采用酶联免疫吸附法检测超敏 C 反应蛋白 (hypersensitive C-reactive protein, hs-CRP)、白细胞介素-6 (interleukin-6, IL-6) 水平。

(4) 肛门功能。治疗前及治疗 2 周后采用 ZGJ-D2 肛肠压力检测仪 (合肥奥源科技发展有限公司，皖械注准 20172070021) 检测肛管静息压、直肠静息压。(5) 复发率。完成治疗后随访 6 个月，统计两组患者复发情况，复发诊断标准：肛周反复流脓、瘙痒，瘻管破裂时可见粪便外溢，伴随发热、寒战等全身感染症状。肛周区域不规则的低回声区，边界模糊，内部回声不均匀，可探及多条管道样结构，排除无效患者。

1.5 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 两组患者临床疗效比较

观察组患者临床总有效率为 96.15%，高于对照组的 88.46%，差异具有统计学意义 (*P* < 0.05)，见表 1。

表 1 两组患者临床疗效比较 [n = 130, n(%)]

组别	显效	有效	无效	总有效
对照组	76(58.46)	39(30.00)	15(11.54)	115(88.46)
观察组	82(63.08)	43(33.08)	5(3.85)	125(96.15) ^a

注：与对照组比较，^a*P* < 0.05。

2.2 两组患者恢复情况比较

观察组患者创面愈合、疼痛持续时间均短于对照组，VAS 评分低于对照组，差异具有统计学意义 (*P* < 0.05)，见表 2。

表 2 两组患者恢复情况比较 (n = 130, $\bar{x} \pm s$)

组别	创面愈合时间/d	疼痛持续时间/d	VAS 评分/分
对照组	30.18 ± 3.54	8.31 ± 0.93	2.58 ± 0.61
观察组	23.58 ± 2.52 ^b	5.10 ± 1.02 ^b	1.12 ± 0.53 ^b

注：VAS 一视觉模拟评分法。与对照组比较，^b*P* < 0.05。

2.3 两组患者治疗前后炎症因子水平比较

治疗后，两组患者血清 hs-CRP、IL-6 水平均较治疗前下降，且观察组低于对照组，差异具有统计学意义 (*P* < 0.05)，见表 3。

表 3 两组患者治疗前后炎症因子水平比较

(n = 130, $\bar{x} \pm s$, pg·mL⁻¹)

组别	时间	hs-CRP	IL-6
对照组	治疗前	87.35 ± 6.23	35.70 ± 4.41
	治疗后	25.35 ± 3.04 ^c	12.20 ± 1.56 ^c
观察组	治疗前	87.45 ± 6.16	36.15 ± 4.34
	治疗后	15.20 ± 3.01 ^{cd}	8.65 ± 1.46 ^{cd}

注：hs-CRP 超敏 C 反应蛋白；IL-6 白细胞介素-6。与同组治疗前比较，^c*P* < 0.05；与对照组治疗后比较，^d*P* < 0.05。

2.4 两组患者治疗前后肛门功能比较

治疗后，两组患者肛管静息压、直肠静息压均较治疗前下降，且观察组低于对照组，差异具有统计学意义 (*P* < 0.05)，见表 4。

表 4 两组患者治疗前后肛门功能比较 (n = 130, $\bar{x} \pm s$, kPa)

组别	时间	肛管静息压	直肠静息压
对照组	治疗前	10.72 ± 0.77	1.89 ± 0.21
	治疗后	8.14 ± 0.61 ^e	1.52 ± 0.20 ^e
观察组	治疗前	10.69 ± 0.73	1.92 ± 0.24
	治疗后	6.73 ± 0.53 ^{ef}	1.12 ± 0.17 ^{ef}

注：与同组治疗前比较，^e*P* < 0.05；与对照组治疗后比较，^f*P* < 0.05。

2.5 两组患者复发率比较

随访显示，观察组与对照组疾病复发例数分别为 2 例、10 例，占比 1.60% (2/125)、8.70% (10/115)。观察组患者复发率低于对照组，差异具有统计学意义 (*P* < 0.05)。

3 讨论

复杂性肛瘘作为肛肠科的难治性疾病，其发病率、复发率均较高。病因复杂多样，肛瘘或脓肿的反复感染、肛瘘手术过程中的操作不当等可能形成复杂性肛瘘，另外全身系统性疾病如克罗恩病、糖尿病等，可导致肛周组织受损，易于发生感染，进而形成肛瘘，严重影响患者的生活质量^[9]。复杂性肛瘘典型表现为瘘口流液、肛周疼痛、局部瘙痒等，部分合并发热、畏寒等全身症状，严重时可导致感染性休克。手术是复杂性肛瘘的主要治疗方法，包括瘘管切开术、瘘管切除术等。然而，由于复杂性肛瘘的瘘管走向复杂、支管众多，手术难度高，且术后容易复发。

中医认为，复杂性肛瘘的形成并非一蹴而就，而是多种内外因素长期作用的结果。外感风、热、燥、火、湿邪，或饮食肥甘厚味、恣酒无度，均可能导致肛门部气血凝滞、湿热下注，进而形成肛瘘。此外，局部气血运行不足、痔疮久治不愈等因素，也可能促使肛瘘由单纯性向复杂性转变。中医治疗复杂性肛瘘，主张整体观念与辨证论治。对于复杂性肛瘘患者，中医则根据其证候特点，采用清热利湿、滋阴润燥、扶正祛邪等治法，以改善局部症状、促进瘘管愈合^[10]。

复杂性肛瘘因其内口、外口及瘘管位置多变，病情复杂，而挂线治疗作为复杂性肛瘘的常用手术方式，在肛肠科领域具有显著的临床应用价值且应用尤为广泛。挂线治疗原理主要基于橡皮筋或丝线的慢性勒割作用，对肛瘘管道进行缓慢切割，从而实现瘘管的治疗与愈合。但挂线治疗效果受多种因素影响，如挂线位置、切割速度以及橡皮筋材质等。若操作不当，可能导致切割过快，引起肛门括约肌损伤。本研究中，观察组患者临床总有效率高于对照组，创面愈合、疼痛持续时间均短于对照组，VAS评分低于对照组，差异均具有统计学意义($P < 0.05$)，体现了联合中药熏洗治疗方案对患者症状恢复的促进作用。中药熏洗治疗复杂性肛瘘在于药物的有效成分能够直接渗透至患处，在熏洗过程中，药物经过煎煮，其活性成分得以充分释放，并通过坐浴的方式，使药物直接接触并渗透到肛瘘的瘘管及周围组织，药物成分能够发挥清热解毒、除湿消肿、消炎止痛的功效，从而有效缓解肛瘘引起的疼痛、瘙痒等症状。金银花、马齿苋、蒲公英具有清热解毒、凉血消肿的功效；连翘、黄柏可清热燥湿、泻火解毒；白矾具有收敛止血、燥湿止痒的功效；制乳香、没药均为活血化瘀、消肿止痛之良药，可改善肛瘘导致的局部血液循环障碍，缓解疼痛；秦艽具有祛风除湿、舒筋活络的作用；芒硝能够清热泻火、软坚散结，促进病灶的吸收与消散。

本研究中，治疗后，观察组患者血清hs-CRP、IL-6

水平以及肛管静息压、直肠静息压低于对照组，差异具有统计学意义($P < 0.05$)，提示联合中药熏洗治疗方案在改善患者炎症状态及肛门功能方面效果显著。挂线治疗能够刺激机体免疫系统产生细胞因子、生长因子，加速瘘管周围组织的愈合，缩短术后恢复期，减少并发症的发生。中药熏洗中的药物可清热解毒、活血化瘀、消肿止痛，能够抑制病原菌的生长繁殖，减轻肛瘘的炎症反应，降低炎症因子的释放，有助于缓解患者的疼痛、红肿等症状。另外，中药熏洗还可以通过增强肛门括约肌的收缩力，改善肛门括约肌的松弛状态，提高肛门的控便能力，减少肛瘘患者因控便功能下降而出现的排便困难、失禁等问题。本研究中，观察组患者复发率低于对照组，差异具有统计学意义($P < 0.05$)，表明联合治疗方案可有效降低复发率。

综上所述，中药熏洗与挂线治疗联合应用于复杂性肛瘘，可促进患者创面恢复，改善炎症因子水平及肛门功能，减少复发情况。

【参考文献】

- [1] 朱静怡, 张玲, 何笠, 等. 复杂性肛瘘内口病理特征和局部黏膜微生物群落特征的初探 [J]. 结直肠肛门外科, 2023, 29 (1): 53-61.
- [2] 刘洋, 付滢铨, 张乐乐, 等. 腺源性高位复杂性肛瘘的手术治疗研究进展 [J]. 结直肠肛门外科, 2023, 29 (5): 535-540, 546.
- [3] 冷冬玲, 张如洁, 孙娟玲, 等. 5种治疗复杂性肛瘘的保留括约肌手术方式研究进展 [J]. 结直肠肛门外科, 2022, 28 (2): 187-190.
- [4] 孔德伟, 王嵩. 复杂性肛瘘的中医证型与临床资料及MRI特征的相关性研究 [J]. 中国中西医结合影像学杂志, 2021, 19 (2): 112-114, 123.
- [5] 周华德, 徐道缙, 钱伟, 等. 切开挂线联合瘘管旷置术治疗高位复杂性肛瘘的疗效观察 [J]. 浙江医学, 2022, 44 (15): 1660-1662.
- [6] 中国医师协会肛肠医师分会临床指南工作委员会. 肛瘘诊治中国专家共识 (2020版) [J]. 中华胃肠外科杂志, 2020, 23 (12): 1123-1130.
- [7] 孙明, 王蔚文. 临床疾病诊断与疗效判断标准 [M]. 北京: 科学技术文献出版社, 2010.
- [8] HE S, RENNE A, ARGANDYKOV D, et al. Comparison of an Emoji-Based Visual Analog Scale With a Numeric Rating Scale for Pain Assessment [J]. JAMA, 2022, 328 (2): 208-209.
- [9] 刘彦, 邓美洲, 尹志杰, 等. 基于解剖性瘘管切除内口封闭治疗复杂肛瘘临床研究 [J]. 中华实验外科杂志, 2024, 41 (3): 572-574.
- [10] 周敏, 翁伟宏, 汤浩. 三维重建技术辅助肛瘘切除+挂线术治疗复杂肛瘘一例 [J]. 中华外科杂志, 2021, 59 (5): 383-385.