

# 金翘止痛液熏洗坐浴联合切开挂线术治疗复杂性高位肛周脓肿的临床疗效分析

张晓丽 杨翠翠

青岛市即墨区中医医院 山东青岛 266200

**摘要:** 目的: 为治疗复杂性高位肛周脓肿患者采用金翘止痛液熏洗坐浴联合切开挂线术效果探究。方法: 本次复杂性高位肛周脓肿患者治疗研究时间为: 2024 年 1 月到 2024 年 8 月, 选择患者为复杂性高位肛周脓肿患者 60 例, 分为各 30 例对照组 (行常规复杂性高位肛周脓肿患者高锰酸钾坐浴联合切开挂线术治疗) 与治疗组 (行复杂性高位肛周脓肿患者金翘止痛液熏洗坐浴联合切开挂线术), 对比两组复杂性高位肛周脓肿患者治疗总有效率、复杂性高位肛周脓肿患者治疗恢复指标 (术后住院时间、创面愈合时间、肛门功能) 与疼痛评分、不良反应发生率。结果: 以本次肛肠科实际研究情况来看, 治疗组总有效率良好以上 28 例, 良好率为 93.33%, 相比较于对照组总有效率良好以上 21 例, 良好率为 70.00%。两组复杂性高位肛周脓肿患者治疗总有效率数据差异性明显,  $P < 0.05$ 。治疗组治疗恢复指标 (术后住院时间、创面愈合时间、肛门功能) 及疼痛评分明显比对照组更好。治疗组患者仅出现 1 例局部脓肿复发, 占比为 3.33%, 对照组出现 1 例局部脓肿复发、2 例后遗肛瘻以及 1 例其他不良反应, 占比为 13.33%, 两组差异明显,  $P < 0.05$ 。结论: 本次研究所采取的金翘止痛液熏洗坐浴联合切开挂线术应用显著提高复杂性高位肛周脓肿患者治疗效率, 恢复较快且患者疼痛感也较低, 较少出现其他肛肠治疗不良反应, 因此可在复杂性高位肛周脓肿患者治疗过程中推广。

**关键词:** 复杂性高位肛周脓肿; 中医特色坐浴; 疼痛评分; 不良反应

肛周脓肿是极具痛苦性的肛周疾病, 其中复杂性高位传统手术治疗已经逐渐被摒弃, 目前认为这种治疗方法会有较大创口, 且使患者术后疼痛感极为明显, 因此近年来研究都在希望找到疼痛感更轻且治疗效果更好的复杂性高位肛周脓肿治疗方法。张艺嘉等<sup>[1]</sup>研究基于特殊复杂性高位肛周脓肿治疗过程所采取的治疗方法, 表明了当前传统肛周脓肿治疗仍然有待提高。其中认识到所采取的肛周手术必须充分清除所有坏死组织, 还要面临机体修复的过程, 而患者整体是开放性的创口, 很容易随排泄物污染而进一步导致愈合时间延长, 也会使患者长期在日常生活和工作中伴随着痛苦。

因此采用金翘止痛液熏洗坐浴减轻患者痛苦, 作为挂线术治疗改良有重要意义, 也体现了在肛周疾病治疗探究中“以人为本”的核心理念<sup>[2]</sup>。以中医理论来看, 肛周脓肿机理也较为复杂, 肛痈溃后仍然有余毒, 同时肛门口会蕴结邪气而导致气血不畅, 因此创口收敛困难, 且很容易导致疼痛。认识到肛周脓肿治疗复杂性, 创新治疗并采取中医坐浴治

疗, 采用金翘止痛液熏洗, 明显有效使疼痛得到缓解并加快伤口的恢复, 在满足患者需求的同时, 还能加强患者治疗疾病和应对肛周疼痛的信心, 也能尽可能减少术后感染和复发的可能性<sup>[3]</sup>。基于此, 本次复杂性高位肛周脓肿患者治疗研究时间为: 2024 年 1 月到 2024 年 8 月, 选择患者为肛周脓肿 60 例, 展开研究。

## 1. 资料与方法

### 1.1 一般资料

本次复杂性高位肛周脓肿患者治疗研究时间为: 2024 年 1 月到 2024 年 8 月, 选择患者为复杂性高位肛周脓肿患者 60 例, 分为各 30 例对照组 (行常规复杂性高位肛周脓肿患者治疗) 与治疗组 (行复杂性高位肛周脓肿患者金翘止痛液熏洗坐浴联合切开挂线术), 本次对照组选择女性患者 14 例, 男性患者 16 例, 年龄在 37~58 岁, 平均年龄为  $(43.13 \pm 4.22)$  岁; 治疗组女性患者 13 例, 男性患者 17 例, 年龄在 39~59 岁, 平均年龄为  $(41.33 \pm 4.65)$  岁。两组复杂

性高位肛周脓肿患者基础信息进行差异度分析,  $P>0.05$ , 因此两组复杂性高位肛周脓肿患者对照组和治疗组具有可比性。本次复杂性高位肛周脓肿患者治疗研究经我院医学伦理委员会批准。

纳入标准: ①西医诊断确诊为肛周脓肿(中医辨证为热毒炽盛型), 需进行治疗。②复杂性高位肛周脓肿患者年龄在 18-60 岁, 避免高龄影响恢复评分等治疗结果。③复杂性高位肛周脓肿患者知情同意研究并签署同意书。④下肢功能正常。排除标准: ①患者除复杂性高位肛周脓肿外, 进一步研究发现合并痔疮、混合痔等。②中途退出者。③治疗中发现合并心肝肾等重要脏器严重疾病。④对坐浴所用药物过敏者。

### 1.2 方法

两组均接受复杂性高位肛周脓肿切开引流原发病灶清除挂线术。

对照组采取 1 : 5 000 高锰酸钾溶液熏洗 5min 坐浴 15 min。每日 2 次。

治疗组加入金翘止痛液熏洗坐浴联合切开挂线术:

#### ①金翘止痛液熏洗坐浴

金翘止痛液组成为艾叶 10g、金银花 12g、苦参 12g、花椒 12g、连翘 12g、白及 10g、防风 12g。由我院中药煎药室水煎取药液 400ml, 分 2 袋每袋药液为 200ml。取 1 袋药液加入沸水 2000ml, 趁热熏蒸创面 5min, 温度降至 40℃坐浴 15min 每日 2 次。

由于患者所患疾病以及其治疗方式, 在整个治疗过程中需要确保患者尽量忌口, 包括减少食用辛辣食物, 避免刺激肛周组织、尽量戒烟戒酒, 并注意饮食节律, 避免对肛肠疾病治疗有影响。另一方面, 日常生活要保持良好习惯, 包括适量运动和充足睡眠, 并建议进行保持身心愉悦的活动, 尽量不要因肛肠疾病产生过多不良情绪而影响治疗<sup>[4]</sup>。

1.3 治疗后两组复杂性高位肛周脓肿患者治疗总有效率观察

治疗见效, 明显可发现复杂性高位肛周脓肿治疗后手术创口已恢复, 创腔已闭合, 伤口完全上皮化而没有再出肛周部位现红肿和疼痛。治疗有效, 手术创口未完全恢复, 创腔闭合, 伤口虽然缩小, 但仍然有明显的分泌物, 但肛周部位已经不会再出现红肿和疼痛。治疗效果差, 明显出现后遗肛瘘, 伤口未恢复, 撞墙未闭合, 因此造成皮肤切口外口。

总有效率 = (治疗见效例数 + 治疗有效例数) / 总例数 × 100%

1.4 两组肛周脓肿患者治疗恢复指标(术后住院时间、创面愈合时间、肛门功能)与疼痛评分

观察两组肛周脓肿患者并记录术后住院时间。记录创面愈合时间(术后开始肉眼观察肛周部位伤口恢复, 以天(d)为单位。出现创缘变白、创口缩小, 最终无分泌物, 且完全上皮化为愈合)。肛门功能评估(记录患者肛门失禁情况参照 Browning 和 Parks 的肛门功能评估标准: 0 分: 能够控制固体、液体及气体; 2 分: 能够控制固体、液体, 但不能控制气体; 4 分: 能够控制固体, 但不能控制液体及气体; 6 分: 不能控制固体、液体及气体)。

疼痛评分, 评分标准选用视觉模拟评分法(VAS), 用数字 0-10 表示疼痛的程度, 让患者根据疼痛程度自行在标尺上指出对应的分值, 记录患者术后 1、10、15 天晨起换药前疼痛程度(0 分: 无痛; 1-3 分: 轻度疼痛, 睡眠不受影响; 4-6 分: 中度疼痛, 睡眠受影响; 7-10 分: 重度疼痛, 严重影响睡眠)。

1.5 两组复杂性高位肛周脓肿患者治疗期间不良反应记录术后 3-6 个月进行随访, 对比两组复杂性高位肛周脓肿患者局部脓肿复发、后遗肛瘘及其他不良反应出现情况。

### 1.6 统计学方法

本次复杂性高位肛周脓肿患者研究以 SPSS22.0 系统为主, 通过  $X^2$ 、 $p$  和  $t$  相关的数据差异进行检验, 在本次肛周脓肿治疗过程中, 两组复杂性高位肛周脓肿患者结果数据出现  $P<0.05$ , 则说明两组复杂性高位肛周脓肿患者数据差异性较大有统计学意义。

## 2. 结果

2.1 治疗后两组复杂性高位肛周脓肿患者治疗总有效率观察对比

表 1: 治疗后两组复杂性高位肛周脓肿患者治疗总有效率观察对比

组别	数量(例)	见效	有效	无效	总有效率
治疗组	30	8	10	3	28(93.33%)
对照组	30	3	9	9	21(70.00%)
$X^2$	-	-	-	-	7.963
P	-	-	-	-	0.013

上表来看, 治疗组总有效率良好以上 28 例, 良好率为 93.33%, 相比较于对照组总有效率良好以上 21 例, 良好率为 70.00%。两组复杂性高位肛周脓肿患者治疗总有效率数

据差异性明显,  $P < 0.05$ 。

## 2.2 两组复杂性高位肛周脓肿患者治疗恢复指标和疼痛评分对比

表 2: 两组治疗人员复杂性高位肛周脓肿患者治疗恢复指标 (术后住院时间、创面愈合时间、肛门功能) 和疼痛评分对比

组别	术后住院时间 /d	创面愈合时间 /d	肛门功能	疼痛评分
治疗组	$31.64 \pm 3.31$	$29.48 \pm 6.73$	$1.11 \pm 0.67$	$1.13 \pm 0.92$
对照组	$35.52 \pm 4.22$	$37.32 \pm 8.66$	$2.62 \pm 0.51$	$3.28 \pm 1.14$
$\chi^2$	10.962	8.963	6.965	8.955
P	0.013	0.012	0.002	0.031

上表来看, 治疗组治疗恢复指标 (术后住院时间、创面愈合时间、肛门功能) 及疼痛评分明显比对照组更好, 差异性明显,  $P < 0.05$ 。

## 2.3 两组复杂性高位肛周脓肿患者治疗期间不良反应发生对比

治疗组患者仅出现 1 例局部脓肿复发, 占比为 3.33%, 对照组出现 1 例局部脓肿复发、2 例后遗肛瘘以及 1 例其他不良反应, 占比为 13.33%, 两组差异明显,  $P < 0.05$ 。

## 3. 讨论

肛周疾病的发作与患者的饮食以及日常生活习惯有密切关系, 近年来之所以呈上升趋势, 是因为久坐和饮食不节律所造成的, 又由于肛周疾病私密性, 很多患者在出现肛周疾病后选择等待而不是立即前往医院就诊, 因此多数会等待疾病严重或复杂性更高后前往医院, 最终导致治疗困难<sup>[5]</sup>。其中如复杂性高位肛周脓肿就是治疗极为困难的肛肠疾病, 切开挂线术是常见的治疗方法<sup>[6]</sup>。然而切开挂线术治疗后, 部分患者会出现术后肛门功能恢复缓慢的情况, 对患者的日常生活和工作产生了严重的影响。基于此, 在西医研究中有许多对手术进行改良的研究成果, 但相对而言, 联合中药熏洗坐浴明显效果更佳, 不但能缩短治疗疗程, 还能以熏洗方法止痛<sup>[7]</sup>。

本次研究中所采用金翘止痛液是我院 10 余年来所采用的有效肛肠科肛周脓肿术后熏洗药物, 多次进行药物的增减配伍, 因此疗效较为可靠, 能够更好应对高位复杂性肛周脓肿术后治疗后患者的痛苦, 大幅提高患者术后生活质量<sup>[8]</sup>。手术改良能够大幅减轻造成损伤, 但创口的恢复仍然需要身体气血, 从中医角度来看, 肛痈溃后余毒邪气阻碍创口恢复才是患者恢复困难的主要原因, 因此加入中医特色疗法辅助改良效果更佳<sup>[9]</sup>。以本次肛肠科实际研究情况来看, 治疗组总有效率良好以上 28 例, 良好率为 93.33%, 相比较于对照

组总有效率良好以上 21 例, 良好率为 70.00%。两组复杂性高位肛周脓肿患者治疗总有效率数据差异性明显,  $P < 0.05$ 。治疗组治疗恢复指标 (术后住院时间、创面愈合时间、肛门功能) 及疼痛评分明显比对照组更好。治疗组患者仅出现 1 例局部脓肿复发, 占比为 3.33%, 对照组出现 1 例局部脓肿复发、2 例后遗肛瘘以及 1 例其他不良反应, 占比为 13.33%, 两组差异明显,  $P < 0.05$ 。由此可见, 本次研究所采取的金翘止痛液熏洗坐浴联合切开挂线术应用显著提高复杂性高位肛周脓肿患者治疗效率, 恢复较快且患者疼痛感也较低, 较少出现其他肛肠治疗不良反应, 因此可在复杂性高位肛周脓肿患者治疗过程中推广。

## 参考文献:

- [1] 张艺嘉, 王宇, 余清华, 等. 1 例肛周脓肿合并坏死性筋膜炎伴高位复杂性肛瘘病例报告 [J]. 河南医学研究, 2023, 32 (07): 1334-1336.
- [2] 刘奎. 改良 I 期手术治疗高位复杂性肛周脓肿的疗效观察 [J]. 中国社区医师, 2021, 37 (29): 40-41.
- [3] 赵伟, 黄蓓. 沙静涛教授治疗高位肛周脓肿临床经验 [J]. 现代中医药, 2021, 41 (04): 58-61.
- [4] 曹俏蓉, 刘声, 陈海滨, 等. 肛周脓肿继发肛瘘的解剖学病因与感染机制 [J]. 中国肛肠病杂志, 2021, 41 (06): 36-38.
- [5] 刘肃志, 杨巍, 李悦. 挂线疗法治疗肛肠疾病源流及进展 [J]. 西部中医药, 2020, 33 (12): 127-131.
- [6] 毛龙飞, 黄晓东. 直肠异物致高位肛周脓肿 1 例诊治体会 [J]. 医学食疗与健康, 2020, 18 (05): 103-104.
- [7] 朱蕾. 改良一期手术治疗高位复杂性肛周脓肿的临床研究 [J]. 国际感染病学 (电子版), 2019, 8 (04): 89-90.
- [8] 敬东红, 陈涛, 刘洋. 一期切开引流术治疗高位肛周脓肿 150 例疗效观察 [J]. 中国肛肠病杂志, 2019, 39 (09): 18-

20.

[9] 陈培彦. 改良一期手术治疗高位复杂性肛周脓肿的疗效观察 [J]. 临床合理用药杂志, 2019, 12 (22): 148-149.

**作者简介:**

张晓丽, 女, 本科, 主任医师, 研究方向: 肛肠疾病的诊治, 电话: 18561386696。

**基金项目:**

青岛市中医药科技项目 (2023-zyyz08)