

中国循环杂志, 2014, 29(7): 487-491.

- [2] Wheeler JG, Mussolino ME, Gillum RF, et al. Associations between differential leucocyte count and incident coronary heart disease: 1764 incident cases from seven prospective studies of 30,374 individuals [J]. Eur Heart J, 2004, 25(15): 1287-1292.
- [3] Duffy BK, Gurm HS, Rajagopal V, et al. Usefulness of an elevated neutrophil to lymphocyte ratio in predicting long-term mortality after percutaneous coronary intervention [J]. Am J Cardiol, 2006, 97(7): 993-996.
- [4] Sun X, Zhang M, Sanagawa A, et al. Circulating microRNA-126 in patients with coronary artery disease: correlation with LDL cholesterol [J]. Thromb J, 2012, 10(1): 16.
- [5] Gensini GG. A more meaningful scoring system for determining the severity of coronary heart disease [J]. Am J Cardiol, 1983, 51(3): 606.
- [6] Li L, Guo CY, Jia EZ, et al. Testosterone is negatively associated with the severity of coronary atherosclerosis in men [J]. Asian J Androl, 2012, 14(6): 875-878.
- [7] Barron HV, Harr SD, Radford MJ, et al. The association between white blood cell count and acute myocardial infarction mortality in patients  $\geq 65$  years of age: findings from the cooperative cardiovascular project [J]. J Am Coll Cardiol, 2001, 38(6): 1654-1661.
- [8] Horne BD, Anderson JL, John JM, et al. Which white blood cell subtypes predict increased cardiovascular risk? [J]. J Am Coll Cardiol, 2005, 45(10): 1638-1643.
- [9] 王卓, 林忠伟, 王连唐. 炎性细胞在冠状动脉粥样硬化性心脏病中的作用及临床意义 [J]. 国际内科学杂志, 2009, 36(5): 249.

收稿日期: 2015-08-26 修回日期: 2015-09-25 编辑: 王国品

· 临床研究 ·

## 综合治疗脓肿型淋巴结核的疗效分析

郭小玲<sup>1</sup>, 汪鲲<sup>2</sup>, 王永斌<sup>1</sup>, 赵春林<sup>3</sup>

1. 兰州市肺科医院内科, 甘肃 兰州 730046; 2. 兰州市肺科医院影像科, 甘肃 兰州 730046;  
3. 甘肃中医学院附属医院普外科, 甘肃 兰州 730000

**摘要:** **目的** 分析抗痨及病灶清除术基础上, 应用三黄膏、止痛膏分阶段换药等综合疗法治疗脓肿型淋巴结核的疗效。 **方法** 在全身抗结核化疗及病灶清除术基础上, 采用配对研究原则将 2009 年 2 月至 2013 年 10 月确诊的脓肿型淋巴结核患者 122 例分为两组, 各 61 例, 治疗组采用三黄膏、止痛膏油纱条分阶段填塞换药, 对照组采用异烟肼纱条换药, 比较两组的疗效和创口愈合时间, 分析病程长短和脓肿大小与愈合时间的相关性。 **结果** 治疗组在第 1、2、3 周时的疗效优于对照组, 差异有统计学意义 ( $\chi^2 = 10.565, 37.960, 12.667, P$  均  $< 0.01$ ), 但两组在 1 个月时的治愈率差异无统计学意义 ( $\chi^2 = 3.076, P = 0.079$ ); 治疗组愈合时间更短 ( $P < 0.01$ ), 两组术前病程长短和脓肿大小与愈合时间呈正相关 ( $P$  均  $< 0.01$ )。 **结论** 在抗痨及病灶清除术基础上, 应用三黄膏、止痛膏分阶段换药等综合疗法治疗脓肿型淋巴结核可进一步提高疗效、缩短疗程。术前病程越短、脓肿越小, 越有利于 I 期愈合。

**关键词:** 淋巴结核; 脓肿型; 病灶清除术; 三黄膏; 止痛膏

**中图分类号:** R 522 **文献标识码:** B **文章编号:** 1674-8182(2015)12-1602-03

淋巴结核是最常见的肺外结核, 占淋巴系统结核病的 80%~90%<sup>[1]</sup>, 其局部易发生干酪、坏死液化形成脓肿, 继而破溃形成溃疡, 如治疗不当, 则经久不愈。因脓肿局部无红、热现象, 故称“寒性脓肿”。笔者在抗痨及病灶清除术基础上, 术后根据创口情况应用三黄膏及止痛膏油砂条分阶段换药治疗脓肿型淋巴结核取得较好效果。现报告如下。

### 1 资料与方法

1.1 一般资料 2009 年 2 月至 2013 年 10 月确诊的脓肿型淋巴结核患者 122 例, 在全身抗结核化疗及病灶清除术基础上, 采用 1:1 配对研究原则分为治疗组和对照组。两组患者年龄、病程、脓肿大小比较差异无统计学意义 ( $P$  均  $> 0.05$ ), 具有可比性。见表 1。

表 1 两组患者基本情况比较 ( $n = 61, \bar{x} \pm s$ )

组别	年龄(岁)	病程(d)	脓肿大小(cm)
治疗组	25.41 ± 13.45	61.11 ± 62.68	3.70 ± 0.88
对照组	25.43 ± 13.45	61.31 ± 63.07	3.68 ± 0.86
<i>t</i> 值	0.059	0.313	1.528
<i>P</i> 值	0.954	0.755	0.132

1.2 病例选择与排除标准 选择标准:(1)穿刺分泌物涂片或培养查到结核菌;(2)结核菌检查阴性,但病理涂片有干酪样坏死或有散在上皮样成分和郎罕细胞;(3)具备其中一项且患者同意即可入组。排除标准:(1)合并糖尿病或严重营养不良;(2)合并心、肝、肾、血液系统疾病;(3)有精神病史及其他慢性传染性疾病;(4)使用免疫抑制剂及激素类药物;(5)妊娠或需要哺乳的妇女;(6)复治结核病。

1.3 治疗方法 两组均采用 3HRZE (S)/9HRE 方案化疗 2 周后行外科手术治疗,术前血白细胞和/或中性粒细胞升高者使用敏感抗生素降至正常后再手术。手术采用统一的病灶清除术,术中尽可能清除病灶,同时行周围淋巴结清扫,伤口不做 I 期缝合。术后 3 d 两组均使用抗生素预防感染,治疗组术后根据创口情况应用三黄膏及止痛膏油纱条分阶段填塞换药,对照组用异烟肼纱条换药。

1.4 换药方法 两组均术后第 1 周每天换药,第 2~3 周每 2 天换药 1 次,以后每周换药 2 次,根据创口分泌物及坏死组织情况可酌情增减换药次数。换药时均由外科培训的固定医务人员换药,每次换药均应仔细观察创口愈合情况和分泌物的性状及量的变化,力求清除脓腔内的坏死组织及分泌物,清理后两组各用不同的药物纱条填塞脓腔,纱条要达到脓腔的远端,不留死腔。注意填塞时纱条必须松紧相宜,过松不利药物吸收、易形成死腔;过紧压迫病灶四壁的血运,不利于新鲜肉芽生长、延长创口愈合,增加瘢痕。治疗组在创口分泌物较多且稀薄、有絮状或豆腐渣样坏死物刮出时将三黄膏抹在油纱条上,根据脓腔大小制成药条,然后填塞于脓腔内;待创口分泌物明显减少并黏稠、不能刮出坏死物、新鲜肉芽开始生长时开始使用止痛膏换药,创面近愈合时直接涂抹于创口直至痊愈为止。对照组直接将异烟肼滴于无菌纱条上制成与脓腔大小适宜的药条填塞,直至创口完全愈合。

1.5 疗效标准 治愈:脓腔愈合;显效:脓腔缩小达 80%,分泌物基本消失;好转:脓腔缩小达 50%,分泌物明显减少;无效:脓腔不愈合,分泌物无明显减少。

1.6 统计学处理 应用 SPSS 2.0 软件处理数据。计量资料以  $\bar{x} \pm s$  表示,组间比较采用独立样本  $t$  检验;计数资料比较用  $\chi^2$  检验;用偏相关分析计算相关系数。 $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

## 2 结果

2.1 两组疗效的比较 治疗组在第 1 周时已有治愈者,两组治疗均有效;治疗组在第 1、2、3 周的疗效均

优于对照组,差异有统计学意义( $P$  均  $< 0.01$ );但两组在 1 个月时的疗效比较差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。见表 2。

2.2 两组愈合时间及随访 1 年复发情况的比较 治疗组创口愈合时间为  $(12.66 \pm 4.11)$  d,对照组为  $(20.23 \pm 5.835)$  d,差异有统计学意义( $t = 24.816$ ,  $P = 0.000$ )。随访 1 年,两组均无复发病例。

2.3 两组脓肿大小及病程长短与愈合时间的相关性分析 两组在排除了病程和脓肿大小相互干扰后,脓肿大小及病程与愈合时间均呈正相关( $P$  均  $< 0.01$ )。见表 3。

表 2 两组不同时期疗效的比较 [ $n = 61$ , 例(%)]

组别	时间	治愈	显效	好转	无效	$\chi^2$ 值	$P$ 值
治疗组	1 周	2(3.3)	52(85.2)	7(11.5)	0	10.565	0.005
对照组		0	40(65.6)	21(34.4)	0		
治疗组	2 周	47(77.0)	9(14.8)	5(8.2)	0	37.960	0.000
对照组		13(21.3)	29(47.5)	19(31.3)	0		
治疗组	3 周	56(91.8)	5(8.2)	0	0	12.667	0.002
对照组		40(65.6)	20(32.8)	1(1.6)	0		
治疗组	1 月	61(100.0)	0	0	0	3.076	0.079
对照组		58(95.1)	3(4.9)	0	0		

表 3 两组脓肿大小及病程与愈合时间的相关性比较

组别	脓肿大小与愈合时间		病程与愈合时间	
	控制变量前	控制变量后	控制变量前	控制变量后
治疗组				
$r$ 值	0.550	0.570	0.542	0.563
$P$ 值	$< 0.01$	$< 0.01$	$< 0.01$	$< 0.01$
对照组				
$r$ 值	0.596	0.630	0.510	0.555
$P$ 值	$< 0.01$	$< 0.01$	$< 0.01$	$< 0.01$

## 3 讨论

淋巴结核是结核分支杆菌侵入局部淋巴结所致的一种病变,全身抗结核化疗是其基本治疗,由于病灶内部循环机能差及淋巴结被膜的屏障作用,即使正规西药抗结核治疗,仍有 20% 的淋巴结核产生脓肿<sup>[1]</sup>。对于脓肿或溃疡形成者,手术治疗已达成共识,即早期切开引流及病灶清除<sup>[2-3]</sup>,但术后伤口是否 I 期缝合各家观点不一。鲍玉成等<sup>[4]</sup>认为抽脓注药或单纯切开只是一种姑息的疗法,主张彻底刮净肉芽和干酪坏死物质的手术方式。郭冰<sup>[5]</sup>、姜鹏辉等<sup>[6]</sup>认为,病灶清除术只适用于孤立的肿大淋巴结,而临床单纯孤立的淋巴结结核少见,且切除范围有限,而清除的彻底性如何是决定复发与否的关键,他们采用颈淋巴结清扫术、创口负压引流 I 期缝合的方法取得了较好效果。魏向阳等<sup>[7]</sup>认为多功能保留区域性颈淋巴结清扫术 I 期愈合率明显优于颈淋巴结病灶清除术,但此术式需全麻下进行,手术创伤大,

对术者的技术要求高,故不利于基层推广。吴有军等<sup>[8]</sup>则认为,对颈淋巴结结核脓肿应具体情况具体分析,如脓肿较小(直径 $\leq 3$  cm)首选脓肿切除术,若脓肿较大行切开引流更为安全。

本研究综合既往研究结果及共识采用病灶清除并周围淋巴结清扫术,考虑到颈部解剖结构特殊,切除范围有限,故伤口未做 I 期缝合,术后换药时反复搔刮清理分泌物及坏死组织,从而达到彻底清除病灶的目的。研究显示,经过上述处理,治疗组和对照组随访 1 年均未见复发病例,提示这种治疗方法可有效避免复发,但缺点是愈合后瘢痕明显,影响美观。同时研究显示,在排除病程和脓肿大小的互相干扰后,术前病程长短和脓肿大小与术后创口愈合时间均有显著相关性。因此,笔者认为,在可能的情况下尽早手术,越有利于创口早期愈合,至于术后伤口是否 I 期缝合,应根据具体情况而定,如手术中能彻底将病灶及肿大淋巴结切除,宜 I 期缝合,这样愈合后瘢痕小,相对经济有效而美观;如脓肿深、大,侵犯重要结构明显,肿大粘连的淋巴结不能彻底清扫,建议切口不缝合,换药时行进一步清理,直至彻底清除病灶为止,这样方可避免复发。所以是否 I 期缝合,既和病变特点有关,也与手术方式及术者的经验有关,需结合具体情况个体化应用。

一项 Meta 分析发现中医药治疗疮疡疗效满意<sup>[9]</sup>,本研究在抗痨及病灶清除基础上,根据创口内分泌物及肉芽组织生长情况采用三黄膏、止痛膏分阶段换药治疗寒性脓肿取得了较好效果。三黄膏由黄连、黄柏、黄芩、冰片、芝麻油、凡士林等中药配制而成,有清热解毒、活血消肿、托毒排脓之功效,膏中黄连、黄柏、黄芩抗菌作用明显<sup>[10-11]</sup>,并对结核杆菌有较强的抑制和杀灭作用,在术后创口分泌物多而稀、有絮状或豆腐渣样等坏死物较多时应用。止痛膏由浙贝母、白芷、生大黄、广木香、薄荷水、樟脑、冰片、麝香组成,具有消肿止痛、祛腐生肌功效,在疮口内分泌物明显减少并粘稠、不能刮出坏死物、新鲜肉芽开始生长时使用。本研究显示,治疗组在第 1、2、3 周时的疗效均高于对照组,治疗组的创口愈合时间短于对照组,差异有统计学意义。1 个月时治疗组创口全部愈合,对照组仍有 4.9% 未愈,但差异无统计学意义,可能与 1 个月时仅对照组有少数病例创口未愈,治疗组痊愈有关,故缺乏可比性。

本研究显示,治疗组在第 1 周已有治愈者,两组在第 2、3 周达到治愈高峰,但治疗组的治愈率明显高于对照组,至 1 个月时已全部治愈,效果更为显著。而多数研究表明,抗痨及病灶清除基础上切口愈合时

间最短 7~14 d,提示术后根据创口情况不同、选择合适的中药膏换药可进一步提高疗效,缩短疗程<sup>[12-13]</sup>。本研究所用中药膏系协作单位自主研发生产,充分利用了当地丰富的中药材资源,且三黄膏、止痛膏具有清热解毒、消肿止痛、止痒等作用,可有效减轻患者不适。因此认为,对于寒性脓肿,在抗痨并病灶清除基础上,如术后不能 I 期缝合,根据创口情况应用三黄膏、止痛膏换药是一理想的治疗方法。

目前国内也有许多中西医结合治疗寒性脓肿的研究<sup>[14-15]</sup>,但术后根据创口情况采用不同的中药膏换药的研究尚未见报道。本研究证实,中药膏换药可进一步缩短病程、提高疗效。结核性寒性脓肿的治疗应遵循尽早手术,中西医、内外科结合,全身与局部用药结合的原则,同时注意个体化治疗。

#### 参考文献

- [1] 唐神结,高文. 临床结核病学[M]. 北京:人民卫生出版社,2011.
- [2] 尹正福,王海锋,孙夕涛,等. 浅谈外科手术在颈淋巴结结核治疗中的价值[J]. 中国医药指南,2010,8(7):55-56.
- [3] 张敦容. 现代结核病学[M]. 北京:人民军医出版社,2000:387.
- [4] 鲍玉成,王生华. 颈部淋巴结结核的外科治疗探讨(附 331 例报告)[J]. 临床肺科杂志,2006,11(6):796-798.
- [5] 郭冰,刘维波,邵彬. 颈淋巴结清扫术治疗颈淋巴结结核[J]. 中华结核和呼吸杂志,1998,21(6):352.
- [6] 姜鹏辉,万爱芳,姜文航,等. 病灶清除并区域性淋巴结清扫术治疗颈淋巴结结核 121 例[J]. 中国临床医生杂志,2007,35(8):55-56.
- [7] 魏向阳,杨春红. 多功能保留区域性颈淋巴结清扫术与病灶清除术治疗多发性颈淋巴结结核的切口愈合比较[J]. 中日友好医院学报,2010,24(1):35-37.
- [8] 吴有军,秦荣,杨波,等. 颈淋巴结结核性脓肿两种治疗方法的比较[J]. 临床肺科杂志,2011,16(10):1625.
- [9] Zhang QH, Sun ZR, Yue JH, et al. Traditional Chinese medicine for pressure ulcer: a meta-analysis[J]. Int Wound J, 2013, 10(2): 221-231.
- [10] 余媛媛,王伯初,彭亮,等. 黄连的药理研究进展[J]. 重庆大学学报(自然科学版),2006,29(2):107-111.
- [11] 魏长志. 黄芩、黄连、黄柏体外抗金黄色葡萄球菌和痢疾杆菌对比实验[J]. 辽宁中医药大学学报,2009,11(3):159-161.
- [12] 王辉,钟济和. 86 例淋巴结结核综合治疗的效果分析[J]. 中国防痨杂志,2002,24(5):297-298.
- [13] 田磊,徐宁. 病灶清除加腔内填塞换药治疗脓肿、溃疡型淋巴结结核[J]. 临床军医杂志,2009,37(5):884-885.
- [14] 朱敏,尹良胜,金春,等. 狼毒巴布剂外敷治疗颈淋巴结结核的疗效观察[J]. 中华医院感染学杂志,2013,23(22):5535-5536,5550.
- [15] 尤辉,庞健健. 内消瘰疬片联合化疗治疗颈淋巴结结核 120 例[J]. 临床肺科杂志,2014,19(11):2103-2104.

收稿日期:2015-08-10 修回日期:2015-09-12 编辑:王娜娜