

当白生肌膏联合雷夫诺尔纱条用于肛瘘术后换药对创面愈合的影响

刘宇, 葛小栋

唐山市中医医院肛肠科, 河北 唐山 063000

摘要: **目的** 观察当白生肌膏联合雷夫诺尔纱条换药对低位单纯性肛瘘术后创面愈合的影响。**方法** 选择 2012 年 1 月至 2014 年 1 月肛肠科住院的低位单纯性肛瘘患者 180 例, 采用随机数字表法分为当白生肌膏联合雷夫诺尔组(A 组)、当白生肌膏组(B 组)和雷夫诺尔组(C 组)各 60 例, 手术后分别采用当白生肌膏联合雷夫诺尔纱条、当白生肌膏纱条、雷夫诺尔纱条换药, 比较 3 组创面愈合率、创面痊愈时间、创面肉芽生长情况。**结果** 术后第 7、14、21 天, A 组创面愈合率高于 B 组及 C 组($P < 0.05$, $P < 0.01$)。A 组痊愈时间短于 B、C 组, 差异均具有统计学意义(P 均 < 0.05)。术后第 7、14、21 天 A 组患者肉芽情况优于其他两组, 差异有统计学意义(P 均 < 0.05)。**结论** 采用当白生肌膏联合雷夫诺尔纱条在肛瘘术后行分期换药, 在促进创面愈合方面疗效显著, 优势明显。

关键词: 当白生肌膏; 雷夫诺尔; 低位单纯性肛瘘; 创面愈合率; 创面痊愈时间; 创面肉芽生长

中图分类号: R 266 **文献标识码:** B **文章编号:** 1674-8182(2016)05-0696-03

肛瘘是肛管直肠与肛门周围皮肤之间的异常通道, 是肛肠科的常见病之一, 肛瘘很难自愈, 手术治疗仍是目前唯一有效的治疗方法。肛瘘手术切口绝大多数情况下均不缝合, 术后开放性伤口能否预期愈合同样决定着手术的成败。因此, 科学合理的术后换药便显得尤为重要^[1]。唐山市中医医院肛肠科自建科以来一直将传统自制当白生肌膏纱条应用于肛瘘术后换药, 取得显著疗效, 为进一步提高术后换药水平, 现将当白生肌膏联合雷夫诺尔纱条共同用于肛瘘术后换药, 对比单纯应用当白生肌膏纱条及雷夫诺尔纱条, 分别观察术后创面愈合情况, 从而探寻更加科学的肛瘘术后换药方法。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2012 年 1 月至 2014 年 1 月唐山市中医医院肛肠科的住院病人中符合本试验纳入标准者 180 例。采用随机数字表法将 180 例患者分为当白生肌膏联合雷夫诺尔组(A 组)、当白生肌膏组(B 组)和雷夫诺尔组(C 组)。其中 A 组 60 例, 男性 45 例, 女性 15 例; 年龄(32.47 ± 7.80)岁; 病程(3.62 ± 1.60)年。B 组 60 例, 男性 49 例, 女性 11 例; 年龄(31.40 ± 8.28)岁; 病程(3.59 ± 1.73)年。C 组 60 例, 男性 47 例, 女性 13 例; 年龄(32.82 ± 6.92)岁; 病程(3.78 ± 1.57)年。3 组一般资料比较差异无

统计学意义(P 均 > 0.05)。

1.2 病例选择

1.2.1 诊断标准 参照《黄家驷外科学》^[2]及 2006 年中华中医药学会肛肠分会制定的《肛瘘临床诊治指南》制定的低位单纯性肛瘘诊断标准:(1)肛周反复的肿痛、流脓;(2)检查可见外口、通向肛内的管道及内口;(3)内口在肛隐窝, 仅有一个管道且走行于肛管直肠环以下。

1.2.2 纳入标准 符合低位单纯性肛瘘诊断标准并住院行肛瘘切口扩创术者; 年龄 18~65 岁; 无合并其他肛肠科疾病; 既往无肛瘘手术史及肛门形态和功能异常; 既往无活动性消化性溃疡、无糖尿病、无心脑血管、造血系统等严重原发疾病者; 近 1 周之内未用过相关治疗药物者。各项入院常规检查均在正常范围之内; 同意接受本药治疗并签署知情同意书者。

1.2.3 排除标准 年龄 < 18 岁或 > 65 岁; 合并其他肛肠疾病或曾有肛肠手术史者; 合并有重要器官疾病或营养不良性疾病者; 有精神障碍者; 妊娠期或哺乳期患者; 严重过敏体质者; 特异性感染者; 依从性较差, 不能按规定用药者。

1.2.4 终止标准 治疗期间出现严重并发症者; 术后创面出现假愈合需二次切开者; 因患者自身因素不能继续坚持治疗者。

1.3 治疗方法

1.3.1 药物制备 当白生肌膏纱条: 当归 60 g、白芷 60 g、紫草 60 g、血竭 25 g、甘草 60 g, 以上五味, 取血竭研细, 其余四味加麻油浸泡 4 h 后, 加热 2 h, 至药

枯黄过滤,加液体封蜡,搅匀即得当白生肌膏(冀药制字 Z20050842),换药时均匀涂抹在 5 cm × 3 cm 的无菌纱布上,厚约 1mm。雷夫诺尔纱条:换药时将 5 cm × 3 cm 的无菌纱布条浸泡于适量雷夫诺尔溶液中(国药准字 H13023474,河北武罗药业有限公司)。雷夫诺尔纱条及当白生肌膏纱条均由唐山市中医医院药剂科制备并提供。

1.3.2 干预措施 所有受试患者术前均行术区备皮、肥皂水 500 ml 灌肠;手术麻醉方式均采用腰麻;手术方式均为“肛瘘切口扩创术”;手术当日禁止排便,此后保持大便通畅;术后前 2 d 进半流食,其后正常饮食;术后第 1 天起每日换药 1 次;每次换药前均以本院自制柏硝祛毒洗剂坐浴 10 min。A 组:术后前 5 d 换药时盐水棉球清洁创面后将雷夫诺尔纱条填充于肛瘘创面,外盖无菌纱布,丁字带固定;术后第 6 天起予以当白生肌膏纱条填充于肛瘘创面,余同前。B 组:换药时一直使用当白生肌膏纱条,余同 A 组。C 组:换药时一直使用雷夫诺尔纱条,余同 A 组。

1.4 观察指标与方法

1.4.1 创面愈合率^[3] 以术后第 1 次换药所见创面面积作为原始面积,测算术后第 1、7、14、21 天创面面积,并分别计算出术后第 7、14、21 天的创面愈合率,公式为:创面愈合率 = (原始创面面积 - 目前创面面积) / 原始创面面积 × 100%。创面面积计算方法^[4]:使用透明薄膜均匀贴敷于创面,用细记号笔将创缘描绘出来,再将透明薄膜平铺于描绘心电图的方格纸上,计算出创面的面积,超过半格以一格算,不足半格则不算。

1.4.2 创面痊愈时间 指开始换药至创面完全愈合所需的天数。

1.4.3 创面肉芽生长情况 观察术后第 1、7、14、21 天创面肉芽生长情况,并采用积分法予以记录,肉芽新鲜红活,平整坚实:0 分;肉芽凹凸不平,颜色偏淡:1 分;肉芽苍白,或伴有炎性:2 分;无明显新生肉芽,创面晦暗伴有分泌物:3 分。

1.5 统计学方法 采用 SPSS 13.0 统计软件对数据进行统计分析。计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,组间比较采用方差分析及两两比较的 LSD-*t* 检验;计数资料采用 χ^2 检验。检验水准 $\alpha = 0.05$ 。

2 结果

2.1 3 组创面愈合率比较 术后第 7、14、21 天, A 组创面愈合率高于 B 组及 C 组 ($P < 0.05$, $P < 0.01$)。见表 1。

2.2 3 组原始创面面积及创面痊愈时间比较 3 组

患者原始创面面积无统计学差异 ($P > 0.05$),具有可比性;A 组痊愈时间短于 B、C 组,差异均具有统计学意义 (P 均 < 0.05)。见表 2。

2.3 3 组患者术后第 1、7、14、21 天创面肉芽生长情况比较 术后第 1 天 3 组患者肉芽情况比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$);术后第 7、14、21 天 A 组患者肉芽情况优于其他两组,差异有统计学意义 (P 均 < 0.05)。

表 1 3 组创面愈合率比较 (% , $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	7 d	14 d	21 d
A 组	60	24.18 ± 6.87	69.29 ± 6.34	95.75 ± 4.17
B 组	60	21.24 ± 7.45*	65.53 ± 7.82*	91.91 ± 7.59*
C 组	60	18.38 ± 8.74**	60.19 ± 7.91**	86.90 ± 6.85**

注:与 A 组同时比较,* $P < 0.05$,** $P < 0.01$ 。

表 2 3 组原始创面面积及创面痊愈时间比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	原始创面面积 (cm ²)	痊愈时间 (d)
A 组	60	5.13 ± 1.17	16.22 ± 5.18
B 组	60	4.92 ± 1.29	19.90 ± 5.68*
C 组	60	4.98 ± 1.08	21.19 ± 4.92*

注:与 A 组比较,* $P < 0.05$ 。

表 3 3 组患者术后第 1、7、14、21 天创面肉芽生长情况比较 (分, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	1 d	7 d	14 d	21 d
A 组	60	3	1.52 ± 0.38	1.04 ± 0.56	0.48 ± 0.37
B 组	60	3	1.79 ± 0.48*	1.24 ± 0.61*	0.79 ± 0.42*
C 组	60	3	1.82 ± 0.54*	1.58 ± 0.62*	1.20 ± 0.55*

注:与 A 组比较,* $P < 0.05$ 。

3 讨论

创面愈合是一个复杂的生物学过程,根据现代医学对其机理研究认为,创面愈合的过程需要经历三个基本的阶段:炎症反应期、细胞增殖期以及基质重建期,其实质是细胞激活与增殖以及纤维蛋白合成、重组的过程,这三个阶段将影响到创面的愈合时间及愈合质量^[5]。肛瘘术后切口一般属 II 类或 III 类切口,术后切口的愈合同样要经过这三个阶段^[6]。一般术后第 3 ~ 5 天属炎症反应阶段,此时伤口以炎症渗出为主^[7],确保引流通畅,保持创面清洁应为该阶段换药的首要原则,以免继发感染^[8]。换药时多采用渗透吸附作用较好的水溶性纱条。细胞增殖期以纤维增生为主,换药时可见创面分泌物已明显减少,肉芽组织增生较明显,该期一般为术后 5 ~ 20 d,此时换药的原则是保护新生肉芽的同时加一些促进肉芽组织生长的药物,应首选可促进肉芽生长的油膏类制剂。基质重建期主要表现为上皮覆盖,一般为术后第 10 ~ 25 d,此时创面已经被肉芽组织基本填平,创缘

上皮细胞逐渐向创面中心靠拢,直至覆盖整个创面达到痊愈。此时换药务必要保护好新生的上皮组织,避免过度刺激创面,同时应用生肌类药物促进上皮生长。

雷夫诺尔溶液为最常见的外用杀菌防腐剂之一,对革兰阳性细菌及少数革兰阴性细菌均有较强的杀灭作用。雷夫诺尔纱条(纱布)亦为临床外科最常用的敷料之一,广泛用于各种创伤、渗出、糜烂的感染性皮肤病及伤口。其属于水纱条,应用于肛瘘术后炎性期换药,不仅可以隔离细菌的侵入,具有杀菌功能,还可以防止渗血及肉芽组织的过早粘连,防止炎性期渗出液的引流不畅,且其具有较好的吸附渗透作用,同样利于该阶段创面的通畅引流。

当白生肌膏属于传统医学油膏制剂,赋形剂为麻油和蜂蜡,具有柔软、润滑、无板硬粘着不舒的优点^[9],避免了换药时敷料与创面的粘连,避免了创面的二次损伤,利于创面的愈合。方中当归补血养血、活血定痛、消肿生肌;白芷活血排脓、生肌止痛;紫草凉血解毒、活血生肌;血竭活血化瘀定痛,祛腐敛疮生肌^[10];甘草缓急止痛,调和诸药;诸药合用,共奏活血止痛,祛腐生肌之功,加之具有局部润滑之效的赋形剂蜂蜡和麻油,应用于肛瘘术后的纤维增生期及上皮覆盖期,不仅能够减轻患者术后疼痛,更能很好地促进肉芽组织的生长。

本研究表明,根据创面愈合固有的生物学过程,

将肛瘘术后创面愈合的过程分为不同的阶段,根据不同阶段创面的特点,将雷夫诺尔纱条及当白生肌膏纱条联合应用,行更具针对性的换药处理,对肛瘘术后创面的愈合可起到事半功倍的作用。

参考文献

- [1] 郭俊宇,杨昌谋,覃安强. 康复新液与凡士林纱条治疗肛瘘术后创口愈合对比观察[J]. 右江民族医学院学报,2009,31(2):217-218.
- [2] 吴孟超. 黄家骊外科学[M]. 北京:人民卫生出版社,2008:1607-1609.
- [3] 何永恒. 中医肛肠科学[M]. 北京:清华大学出版社,2011:152.
- [4] 林伟亮. 象皮生肌膏促进低位单纯性肛瘘术后创面愈合的临床疗效观察[D]. 长沙:湖南中医药大学,2014:8.
- [5] 卢丹. 芪榆膏纱条外敷对肛瘘术后创面 PCNA 表达的影响观察[D]. 贵阳:贵阳中医学院,2014:17.
- [6] 卢灿省,毛细云,石健. 痔瘘洗剂促进肛瘘术后创面愈合疗效观察[J]. 中医药临床杂志,2014,26(3):266-267.
- [7] 房栩丞,李星,翁美容,等. 自制清消止痛膏促进肛瘘术后创面愈合的临床观察[J]. 新疆中医药,2014,32(1):16-17.
- [8] 张光哲,凌光烈,鹿晓理,等. 藻酸钙敷料在肛瘘术后创面的应用[J]. 中华普外科手术学杂志(电子版),2012,6(1):101-103.
- [9] 李曰庆. 中医外科学[M]. 北京:中国中医药出版社,2007:36.
- [10] 张华,彭军良,姚向阳. 敛痔散促进低位单纯性肛瘘术后创面愈合临床研究[J]. 中医学报,2014,29(3):431-432.

收稿日期:2015-12-10 编辑:王娜娜