

· 论 著 ·

当白生肌膏与雷夫诺尔在肛瘻术后换药的疗效对比

刘庆余

[摘要] **目的** 观察当白生肌膏与雷夫诺尔应用于肛瘻术后换药的临床疗效。**方法** 将 120 例低位单纯性肛瘻术后患者随机分为当白生肌膏组和雷夫诺尔组,当白生肌膏组患者在换药后应用当白生肌膏纱条填塞创面,雷夫诺尔组在换药后应用雷夫诺尔纱条填塞创面,比较两组创面渗出量、疼痛情况创面愈合的速度和时间。**结果** 当白生肌膏组创面渗出量、愈合速度及创面愈合时间优于雷夫诺尔组($P<0.05$)。**结论** 低位单纯性肛瘻术后应用当白生肌膏换药,可以减少创面渗出、加快创面愈合。

[关键词] 当白生肌膏;低位单纯性肛瘻;创面愈合;雷夫诺尔

[中图分类号] R657.1+6 **[文献标志码]** A **doi:**10.3969/j.issn.1672-271X.2016.02.017

The comparative study of curative effect between Dangbaishengji ointment and rivanol after operation for anal fistula in dressing

LIU Qing-yu. Department of General Surgery, the Third Hospital of Tangshan City, Tangshan, Hebei 063100, China

[Abstract] **Objective** To observe the clinical curative effect of Dangbaishengji ointment and rivanol in anal fistula postoperative dressing. **Methods** 120 cases of simple low anal fistula patients were randomly divided into the white Shengji ointment group and rivanol group. Patients of Dangbaishengji ointment group were treated with Dangbaishengji ointment when dressing, and rivanol group accepted rivanol in the wound dressing. Wound exudation amount, pain and wound healing rate and time was compared between the two groups. **Results** In Dangbaishengji ointment group, wound exudation amount, wound healing rate and time was better than rivanol group ($P<0.05$). **Conclusion** The application of Dangbaishengji ointment in low simple anal fistula after operation can reduce the exudation and accelerate wound healing.

[Key words] Dangbaishengji ointment; low simple anal fistula; wound healing; rivanol

肛瘻是肛管或直肠与肛周皮肤相通的肉芽肿性管道,由内口、瘻管、外口三部分组成,经久不愈或间歇性反复发作为其特点^[1]。对于低位单纯性肛瘻,瘻管切开术或肛瘻切除术等是其主要的治疗方法,术后均需敞开创面,靠肉芽组织生长使创面痊愈。由此可见,肛瘻手术能否成功,术后换药是一个关键问题,而换药时伤口敷料的选择,更是重中之重。本研究主要对我院 2014 年 6 月 1 日-2015 年 5 月 31 日间住院行瘻管切开术的低位单纯性肛瘻患者进行研究,比较当白生肌膏与雷夫诺尔在术后换药中的疗效差异,现将结果报告如下。

1 对象与方法

1.1 研究对象 选择 2014 年 6 月 1 日-2015 年 5 月 31 日间在我科住院行瘻管切开术的 120 例低位

单纯性肛瘻患者,以《黄家驷外科学》^[2]及《肛肠病特色专科应用手册》^[3]中低位单纯性肛瘻的诊断标准入选指标,入选患者随机分为当白生肌膏组和雷夫诺尔组,每组 60 例,两组患者的起始指标,如性别、年龄、术后原始创面面积等方面差异无统计学意义($P>0.05$,表 1)。所有入选患者均知情并签署知情同意书,本研究亦经院医学伦理委员会批准。

表 1 两组患者一般资料比较

组别	n	性别(例)		年龄 (岁, $\bar{x}\pm s$)	创面面积 (cm^2 , $\bar{x}\pm s$)
		男	女		
当白生肌膏组	60	55	5	36.27 \pm 8.63	5.76 \pm 0.36
雷夫诺尔组	60	54	6	37.90 \pm 7.42	5.82 \pm 0.21

1.2 治疗方法 所有受试患者入院后均行常规术前检查及术前准备,排除手术禁忌后行瘻管切开引流术。术后调理饮食,保持排便通畅,每日大便后坐浴并及时换药。

当白生肌膏组:每日大便后取痔瘻外洗 1 号熏洗坐浴,然后用当白生肌膏纱条(当白生肌膏为本院自产,药物组成:当归 200 g、白芷 200 g、生甘草

基金项目: 河北省科学技术厅基金项目(2012151)

作者单位: 063100 河北唐山,唐山市第三医院普外科

引用格式: 刘庆余.当白生肌膏与雷夫诺尔在肛瘻术后换药的疗效对比[J].东南国防医药,2016,18(2):165-167.

200 g、紫草 200 g、红花 120 g、血竭 60 g,并以香油 3800 mL为溶剂,取适量黄蜡为塑型剂)肛门创面外敷,再盖以无菌医用敷料,胶布固定,每日换药 1 次,观察至痊愈。

雷夫诺尔组:换药时创面外敷雷夫诺尔纱条(雷夫诺尔纱条由本院药剂科制备并提供,将无菌纱条均匀浸满 0.25%雷夫诺尔液备用),具体应用同当白生肌膏组。

1.3 疗效判定与观察指标 采用《中医肛肠科病证诊断疗效标准》^[4]判定,痊愈:创面完全被上皮覆盖,且未再发生溃烂超过一周以上;显效:症状缓解,创面上皮缩小,且缩小面积在 75%以上,肉芽组织新鲜;好转:症状缓解,创面上皮缩小,且缩小面积在 25%~75%,肉芽组织较新鲜;无效:症状未完全缓解,创面上皮缩小小于 25%,肉芽生长很少。

创面渗出量:采用差值法^[5],即分别称量每次换药前后外盖纱布重量,差值即为当天渗出量,以此分别计算出术后第 2、3、5、7 天的创面渗出液质量。

疼痛评分:采用视觉模拟评分法(VAS)^[6],该方法依靠疼痛标尺,由患者自己标注,目前在临床疼痛评分领域应用较广泛。应用时,由患者在一条标有 0~10 分的标尺标出能代表自己疼痛程度的相应位置,其中“0 分”表示无疼痛,并随着数字增加,疼痛逐渐加剧,“10 分”代表难以忍受的最剧烈的疼痛。

创面愈合率:因肛瘘术后肛内、外创面同期愈合,故本研究中仅测定肛外创面愈合率,以代表整个创面愈合率^[7]。以术后当时的创面面积作为原始面积,在术后第 1、5、10、14、21、28 天换药时,先将创面周围用无菌敷料拭干,再用无菌纸片对折填入肛门皮肤线以外创面内,取出展开纸片,描记于心电图纸上,计算出肛外创面面积,从而计算出术后第 5、10、14、21、28 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%。

创面痊愈时间:指开始换药至创面完全愈合所需的天数。

1.4 统计学处理 采用统计软件 SPSS 19.0 对数据进行分析,正态分布计量资料以均数±标准差($\bar{x}\pm s$)表示,两两比较采用 *t* 检验。计数资料以率(%)表示,两两比较采用 χ^2 检验。以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 创面渗出量 当白生肌膏组术后第 2、3、5、7 天创面渗出量少于雷夫诺尔组,差异有统计学意义($P<0.05$,表 2)。

表 2 两组创面渗出量比较($\bar{x}\pm s$)

组别	渗出量(g)			
	术后 2 d	术后 3 d	术后 5 d	术后 7 d
当白生肌膏组	0.68±0.35*	0.47±0.26*	0.27±0.21*	0.12±0.08*
雷夫诺尔组	0.72±0.21	0.53±0.33	0.31±0.25	0.19±0.11

注:与雷夫诺尔组比较,* $P<0.05$

2.2 疼痛情况 两组在术后第 3、7、14、21 天进行疼痛评分,差异无统计学意义($P>0.05$,表 3)。

表 3 两组疼痛情况比较(分, $\bar{x}\pm s$)

组别	术后 3 d	术后 7 d	术后 14 d	术后 21 d
当白生肌膏组	4.00±0.89	2.00±1.21	1.00±0.56	0
雷夫诺尔组	3.00±1.03	3.00±0.96	1.00±0.78	0

2.3 创面愈合时间和愈合率比较 当白生肌膏组创面愈合时间为(16.15±6.22)d,雷夫诺尔组为(19.26±5.96)d,当白生肌膏组愈合时间明显短于雷夫诺尔组($P<0.05$)。两组在术后 5、10、14、21 d 的创面愈合率比较,当白生肌膏组创面愈合率高于雷夫诺尔组($P<0.05$,表 4)。

3 讨论

肛瘘虽为肛管直肠疾病中的一种常见病、多发病,但由于其特殊的部位和病变特点,很难自愈,多需手术治疗^[2]。但是,术后创面愈合也是一大难点问题,存在着污染与修复、再污染再修复的矛盾,是肛肠疾病领域的一大研究重点。科学换药在术后创面愈合中起了重要作用,除严格遵守无菌原则外,换药时应保持引流通畅,填塞合适敷料与纱条

表 4 两组创面愈合速度比较($\bar{x}\pm s$)

组别	愈合率(%)				
	术后 5 d	术后 10 d	术后 14 d	术后 21 d	术后 28 d
当白生肌膏组	23.16±6.47*	58.70±4.25*	89.32±5.65*	97.56±2.15*	100
雷夫诺尔组	20.38±7.83	54.21±6.36	83.69±7.28	91.98±6.21	100

注:与雷夫诺尔组比较,* $P<0.05$

并保持内松外紧,以使创面由内向外顺利生长,不致于外口生长快,形成引流不畅和造成假愈合^[8]。

本研究中,分别对肛瘘术后的患者采用当白生肌膏和雷夫诺尔外敷换药,在缓解术后疼痛方面,两组差异无统计学意义($P>0.05$);但在减少创面渗出方面,当白生肌膏组明显优于雷夫诺尔组($P<0.05$),可以加速创面愈合,减少创面愈合所需的时间。

我国悠久的中医药发展历史长河中,很早就有生机膏类治疗痈肿恶疮的记载,比较有名的如《医宗金鉴》、《外科正宗》等。当白生肌膏作为临床常用的中医药膏药中的一种,其主要成分为当归、紫草、生甘草、白芷、血竭、红花等,并以香油为溶剂、以黄蜡为赋型剂。其中,当归性甘温,有补血、活血、调经止痛、增强免疫等功效;紫草性苦寒,可凉血、活血、清热解毒;生甘草性甘平,可用于清热解毒、缓急止痛、调和诸药,现代药理学研究表明,甘草可明显提高腹腔巨噬细胞功能、清除抑制性巨噬细胞^[9];白芷以根入药,有祛病除湿、排脓生肌、活血止痛等功能;血竭具有活血定痛、化瘀止血、生肌敛疮的功效;红花活血通经、散瘀止痛,有活血化瘀、散湿去肿的功效;香油外涂可促进溃疡伤口愈合,其中含有多种不饱和脂肪酸及丰富的维生素 E,不饱和脂肪酸能溶解血管壁上的胆固醇,维生素 E 可阻止体内产生过多的过氧化物,两种功能相互结合,有利于维持细胞膜的完整性,保证细胞膜功能正常^[10]。蜂蜡熔点为 62~64℃,常温下有较好的稳定性,可作为理想的赋型剂。国内外大量研究表

明,蜂蜡还具有抗皮肤炎症、降血脂、抗氧化等作用^[11]。因此,当白生肌膏外敷于创面,可为创面提供一个相对湿润的环境,同时具有活血止痛、抗微生物、减少渗出等功效,使肉芽组织生长迅速,有利于创面早日愈合。

【参考文献】

- [1] 陈孝平. 外科学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2010: 595-597.
- [2] 吴孟超, 吴在德. 黄家驷外科学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2008: 1607-1609.
- [3] 丁义江. 肛肠病特色专科实用手册[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2007: 85.
- [4] 国家中医药管理局. 中医肛肠科病证诊断疗效标准[S]. 南京: 南京大学出版社, 1994: 132.
- [5] 唐智军, 刘 淳, 孔祥建, 等. 复方蛋黄油膏对低位单纯性肛瘘术后创面愈合影响的临床研究[J]. 湖南中医药大学学报, 2011, 31(10): 12-14.
- [6] Liu WH, Aitkenhead AR. Comparison of contemporaneous and retrospective assessment of postoperative pain using the visual analogue scale[J]. Br J Anaesth, 1991, 67(6): 768-771.
- [7] 何永恒, 凌光烈. 中医肛肠科学[M]. 北京: 清华大学出版社, 2011: 152.
- [8] 赵 芳. 循证护理在肛瘘术后预防复发中的应用[J]. 中南医学科学杂志, 2009, 37(3): 360-361.
- [9] Boado RJ, Hui EK, Lu JZ, et al. CHO cell expression, long-term stability, and primate pharmacokinetics and brain uptake of an IgG-paroxonase-1 fusion protein[J]. Biotechnol Bioeng, 2011, 108(1): 186-196.
- [10] 张风云. 外涂芝麻油联合辅助治疗化疗性口腔溃疡 15 例分析[J]. 中国药物与临床, 2009, 9(增刊): 49.
- [11] 李 光, 张 宁, 雷 勇, 等. 蜂蜡的现代研究[J]. 中国医药导报, 2010, 7(6): 13.

(收稿日期: 2015-12-14; 修回日期: 2016-01-08)

(本文编辑: 张仲书; 英文编辑: 王建东)

(上接第 118 页)

- [6] Van der Zee HH, Laman JD, Boer J, et al. Hidradenitis suppurativa: viewpoint on clinical phenotyping, pathogenesis and novel treatments [J]. Exp Dermatol, 2012, 21(10): 735-739.
- [7] 仓 田, 王宝玺, 渠 涛, 等. 反常性痤疮的治疗进展[J]. 中华皮肤科杂志, 2013, 46(7): 517-519.
- [8] Danby FW, Hazen PG, Boer J. New and traditional surgical approaches to hidradenitis suppurativa [J]. J Am Acad Dermatol. 2015, 73(5 Suppl 1): 62-65.
- [9] Wormald JC, Balzano A, Clibbon JJ, et al. Surgical treatment of severe hidradenitis suppurativa of the axilla: thoracodorsal artery

perforator (TDAP) flap versus split skin graft [J]. J Plast Reconstr Aesthet Surg, 2014, 67(8): 1118-24.

- [10] 李 侃, 杜庆安, 汪翠芸, 等. 负压封闭引流技术治疗大面积皮肤缺损伴感染[J]. 东南国防医药, 2013, 15(6): 618-619.
- [11] 张颂楠, 陈智勇, 赵启明, 等. 反常性痤疮的中文期刊文献证据等级评价[J]. 中国医疗管理科学, 2015, 9(5): 21-23.
- [12] Alhusayen R, Shear NH. Scientific evidence for the use of current traditional systemic therapies in patients with hidradenitis suppurativa[J]. J Am Acad Dermatol. 2015, 73(5 Suppl 1): 42-46.

(收稿日期: 2015-11-03; 修回日期: 2015-12-26)

(本文编辑: 黄攸生; 英文编辑: 王建东)