

状消失,皮损除色素沉着外均消失为痊愈时间。治疗后自觉症状和皮损减轻,治疗指数 $>40\%$ 为起效时间。分别记录每个患者的起效及痊愈时间。

1.5 疗效标准 根据皮损消退及患者自觉症状减轻情况,分别于治疗前后计算症状积分值。疗效指数 $=$ (治疗前积分值-治疗后积分值)/治疗前积分值 $\times 100\%$ 。痊愈:皮损(除色素沉着外)及自觉症状消失,疗效指数 $>90\%$ 。

1.6 统计学方法 用 SPSS11.5 软件进行统计分析,计量资料采用 t 检验,计数资料采用 χ^2 检验, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

1.7 治疗结果 经治疗两组患者均痊愈。治疗组起效时间为 1~7 d,平均 4 d,痊愈时间为 4~12 d,平均 6 d;对照组起效时间为 3~10 d,平均 8 d,痊愈时间为 8~16 d,平均 10 d;两组比较,差异具有显著性意义($P<0.05$),同等疗效下中药湿敷配合青鹏膏外搽治疗疗程短于美宝湿润烧伤膏。

2 体会

古代医籍文献中称烧烫伤为“水火烫伤”,近代中医认为烧烫伤是由于强热侵害人体,导致皮肉腐烂而成,但其病因机制仍是湿热毒盛兼有气血瘀滞^[2]。热盛则肉腐,故表现为局部红肿明显,湿浊阻滞,则可见大小不一的水泡形成。气血瘀滞,不能濡养肌体,则疼痛明显,既所谓“不通则痛,不荣则痛”。笔者据证以清热解毒、凉血燥湿中药湿敷配合青鹏膏外搽治疗。中药方以紫草、白茅根凉血解毒,兼以清热;以虎杖、鸡血藤通经活络、活血祛湿;以大黄、黄柏清热燥湿、泻火解毒;以仙鹤草、枯矾清热解毒、收湿敛疮;以鱼腥草清热解毒、消肿利湿。诸药合用,湿敷于患处,通过清热解毒、凉血燥湿使皮损得以消退,配合青鹏膏以活血化瘀、消肿止痛,对于轻度浅Ⅱ度烫伤的治疗,疗程较短,疗效显著。

参考文献

[1]吴在德,吴肇汉.外科学[M].第7版.北京:人民卫生出版社,2008.180-181
[2]李曰庆.中医外科学[M].北京:中国中医药出版社,2002.300-306
(收稿日期:2014-10-17)

热敏灸治疗肛瘘术后创面愈合的临床观察

黄海鹏¹ 肖慧荣² 万琦¹

(1 江西中医药大学 2012 级研究生 南昌 330006;2 江西省中医院肛肠科 南昌 330006)

摘要:目的:探讨热敏灸对肛瘘术后创面愈合的临床影响。方法:将 86 例肛瘘术后患者按随机数字表分为对照组与观察组各 43 例。对照组采用常规疗法,观察组在此基础上实施热敏灸。对比两组创面愈合时间及临床疗效情况。结果:观察组创面愈合时间为(10.01 $\pm$ 1.82) d,明显短于对照组的(15.58 $\pm$ 1.92) d($P<0.01$)。观察组痊愈率为 97.67%,明显高于对照组的 72.09%($P<0.01$)。结论:热敏灸对促进肛瘘术后创面愈合、提高临床疗效具有重要意义。

关键词:肛瘘;术后创面愈合;热敏灸;临床疗效

中图分类号:R657.16

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2015.03.044

肛瘘属肛肠科常见病、多发病,以局部肿胀、疼痛、瘘道流脓为主要临床表现,手术切除是肛瘘的主要治疗方法。肛瘘术后早期疼痛明显,分泌液多,创面大,愈合时间长,严重影响患者正常工作及生活。因此,寻求有效的治疗方法,以缓解疼痛,促进创面愈合,对提高患者生活质量具有重要意义。本研究选取江西省中医院肛肠科 86 例肛瘘术后患者行对照研究,观察组在常规治疗基础上加用热敏灸治疗,疗效显著。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取江西省中医院肛肠科 2013 年 3 月~2014 年 3 月 86 例肛瘘术后患者行对照研究,均符合相关纳入及排除标准,按随机数字表分为对照组和观察组各 43 例。观察组男 34 例,女 9 例;年龄 18~75 岁,平均(40.15 $\pm$ 8.73)岁;病程 3 周~16 年,平均(4.12 $\pm$ 1.25)年;平均外口数 1.14 个;原始

创面(11.35 $\pm$ 4.72) cm。对照组男 35 例,女 8 例;年龄 19~74 岁,平均(40.96 $\pm$ 8.84)岁;病程 5 周~12 年,平均(4.08 $\pm$ 1.24)年;平均外口数 1.16 个;原始创面(11.41 $\pm$ 4.80) cm。两组年龄、性别、病程、外口数、创面大小等一般资料对比, $P>0.05$,具有可比性。

1.2 纳入及排除标准 纳入标准:(1) 年龄 18~75 岁;(2) 符合单纯性低位肛瘘的相关诊断标准;(3) 行低位肛瘘切除术者;(4) 手术创面 5~25 cm;(5) 知情同意,具有良好依从性。排除标准:(1) 肛门外伤或既往手术史者;(2) 合并肛裂、息肉或肿瘤等其他肛门疾病者;(3) 合并肠结核、溃疡型结肠炎及克罗恩病等肠道疾病者;(4) 合并糖尿病、血液病、结核或恶性肿瘤者;(5) 出、凝血时间异常者;(6) 肝肾功能异常者;(7) 妊娠或者哺乳期女性;(8) 合并精神疾病者。

1.3 治疗方法 术后,对照组接受常规治疗,即软

化大便、抗炎等对症治疗。观察组在常规治疗基础上加用热敏灸。具体如下：(1)消毒、清创：协助患者取俯卧位，充分暴露创面，用碘伏(0.5%)消毒创面以及周围皮肤，然后再用生理盐水进行清洗。(2)探查热敏点：点燃艾条，探查创面附近的穴位(艾条距患者皮肤约 3 cm)，施以回旋灸。探查过程中，详细询问患者感受，若探查时，患者突然感到艾热灌注入患者皮肤深处，出现传热、透热、扩热、表面不热但深部热、局部不热但远部热或者产生非热觉等传感现象，此处即为热敏点。(3)热敏灸：于热敏点行艾条悬灸，以患者传感现象消失为度。1 次/d，14 d 为 1 个疗程。两组患者均接受 2 个疗程的临床治疗。对比两组创面愈合时间及临床疗效情况。

1.4 疗效判定标准 痊愈：患者创面完全愈合，创面上皮覆盖良好；显效：患者创面愈合率大于 75%；有效：患者创面愈合率 50%~75%；无效：创面愈合率不足 50%。

1.5 统计学处理 采用 SPSS20.0 统计学软件，计量数据均以($\bar{x} \pm s$)表示，组间对比采用 t 检验，计数资料比较采用 χ^2 检验， $P<0.05$ 代表差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组临床疗效对比 观察组痊愈率为 97.67%，明显高于对照组的 72.09% ($P<0.01$)。见表 1。

表 1 两组临床疗效对比						
组别	n	痊愈(例)	显效(例)	有效(例)	无效(例)	痊愈率(%)
观察组	43	42	1	0	0	97.67
对照组	43	31	10	2	0	72.09
χ^2						40.935
P						0.000

2.2 两组创面愈合时间对比 观察组创面愈合时间为(10.01 ± 1.82) d，对照组创面愈合时间为(15.58 ± 1.92) d，观察组创面愈合时间更短($t=13.806$, $P=0.000$)。

3 讨论

肛瘘属临床常见肛肠科疾病，其发病率占我国肛门、直肠疾病的 1.67%~3.60%^[1]。肛瘘多见于

20~40 岁，男女比例约为 5:1^[2]。手术是肛瘘的主要治疗方法。然而，因肛门特殊的生理功能，极易污染，所以肛瘘术后一般不予缝合。肛瘘术后创面具有愈合时间长、愈合缓慢等特点，严重影响患者生活质量。中医理论认为肛瘘术后创面愈合不良的主要原因为^[3-4]：肛瘘术后气机不利、经络受损、气血运行不畅、血瘀气滞；或者创面热毒内聚、湿热未尽、气血瘀滞；气机不畅致使气血不可输送于腠理肌肤，创面失于荣养。如何缩短创面愈合时间是临床肛肠科医师关注的焦点。

热敏灸属新型艾灸疗法，其创新在于发现人体存在的热敏点。热敏点是人体重要的病理反应点，它对电、光、力等能量刺激不甚敏感，对艾热刺激十分敏感，是艾灸疗法的最佳区域。相关文献指出，热敏点与人体穴位并不完全符合，不同人群热敏点出现率也不尽相同，健康人热敏点出现概率为 5%，软组织损伤患者热敏点出现概率为 70%^[5]。在热敏点施灸，可有效激发患者腧穴热敏化，即出现传热、透热、扩热、表面不热但深部热、局部不热但远部热或者产生非热觉等传感现象。热敏灸具有消肿化瘀、止痛活血、去腐生肌的功效，可有效加快局部新陈代谢，促进创面血液循环。本文对照组采用常规疗法，观察组在此基础上实施热敏灸，结果观察组痊愈率为 97.67%，明显高于对照组的 72.09% ($P<0.01$)。此外，观察组愈合时间明显短于对照组 ($P<0.01$)。综上所述，热敏灸对促进肛瘘术后创面愈合、提高临床疗效具有重要意义，值得临床推广应用。

参考文献

[1]王玉凯,杨秀英.温和灸促进低位单纯性肛瘘术后创面愈合临床观察[J].中医药临床杂志,2013,25(6):520-521
[2]毛细云,张利容,王建民,白竭敬促进肛瘘术后创面愈合的临床研究[J].中医药临床杂志,2012,24(12):1183-1185
[3]曹雷,姚瑜洁,姜建昌,等.月白散(改良)对肛瘘术后创面愈合的疗效观察[J].中成药,2013,35(5):922-925
[4]董青军,孙彦辉,郭修田,等.温和灸促进肛瘘术后创面组织修复的实验研究[J].时珍国医国药,2011,22(7):1764-1766
[5]陈日新,陈明人,黄建华,等.热敏灸治疗椎动脉型颈椎病灸感与灸效关系的临床观察[J].江西中医药,2011,42(1):48-49

(收稿日期:2014-10-20)

(上接第 65 页)患者胃壁水肿的情况，认真对其吻合口边缘的黏膜下血管进行缝合，在缝合时针脚不能过松也不能过密，要注意适度。再者，胃残端出血也是临床中较为常见的一种普外科胃术后出血类型，它主要是由于术中残端器吻合过松引起黏膜坏死和滑脱而导致的^[4]。综上所述，临床治疗普外科胃术后出血症状时，应当根据患者的实际情况采用合理的治疗手段，手术治疗以及非手术保守治疗都是比较

好的治疗方法。

参考文献

[1]陈长春.浅谈普外科胃部术后出血患者的临床治疗[J].医学信息(中旬刊),2011,24(8):3601-3602
[2]高桥,段立国.普外科胃部术后出血的临床治疗[J].临床医学工程,2010,17(6):87-88
[3]武永明,孙利平.胃大部切除术后早期胃出血再手术 15 例临床分析[J].山西医药杂志(上半月),2008,37(2):165-166
[4]何春.胃切除术后残胃出血的防治[J].中国民族民间医药杂志,2010,19(20):77

(收稿日期:2014-10-27)