

痰热清注射液联合抗生素预防肛周脓肿术后感染

张远富(重庆市合川区中西医结合医院外科 401520)

【摘要】 目的 比较单纯运用抗生素与痰热清注射液联合抗生素预防肛周脓肿术后感染的效果。**方法** 将 54 例肛周脓肿术后患者,分为治疗组和对照组各 27 例。治疗组给予痰热清注射液、左氧氟沙星注射液及替硝唑静脉滴注,对照组给予左氧氟沙星注射液及替硝唑静脉滴注,两组同时给予相同的补液、调整酸碱平衡药物治疗。比较 1 周后两组的疗效。**结果** 治疗组与对照组治疗感染率分别为 18.34%、34.76%,差异有统计学意义($P > 0.05$);治疗组临床治愈率为 23.7%,对照组为 12.4%,差异有统计学意义($P < 0.05$)。经治疗后治疗组及对照组白细胞计数及血清肿瘤坏死因子- α (TNF- α)水平较治疗前明显降低,差异有统计学意义($P < 0.05$);治疗组白细胞计数及 TNF- α 水平下降优于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。**结论** 痰热清注射液联合抗生素较单纯运用抗生素能有效预防肛周脓肿术后感染,同时提高临床治愈率,疗效稳定,值得推广。

【关键词】 肛周脓肿术后感染; 痰热清注射液; 抗生素; 疗效分析

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2014.23.057 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2014)23-3357-02

肛周脓肿是指肛管、直肠周围软组织内或周围间隙内发生的急性化脓性感染,并形成脓肿^[1]。其特点是自行破溃,或在手术切开引流后常形成肛瘘,本病多发于 20~40 岁青壮年,发病急骤,肛门部坠痛剧烈难忍,少部分患者可通过抗生素及局部理疗使脓肿消散,大部分本病患者需通过手术治疗。本病通常由于多种病菌混合感染所致,因此术后预防感染十分必要。本研究应用抗生素联合痰热清注射液预防术后感染,取得良好效果,现将结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2012 年 6 月至 2013 年 6 月在本院门诊及病房接受治疗,符合肛周脓肿纳入标准的患者共 54 例,按接诊顺序的时间随机分为治疗组和对照组各 27 例。治疗组 27 例,年龄 20~34 岁,平均(24.4±4.78)岁;男 15 例,女 12 例;病程 3~10 d,平均(5.2±1.58) d;全身中毒症状明显者 2 例,B 超可见脓腔者 7 例。对照组 27 例,年龄 21~35 岁,平均(22.4±5.34)岁;男 14 例,女 13 例,病程 2~11 d,平均(3.27±1.24) d;全身中毒症状明显者 2 例,B 超可见脓腔者 8 例。两组年龄、病程及并发症的差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准^[2]

1.2.1 肛周脓肿诊断标准 (1)肛周皮下疼痛可为胀痛、跳痛、疼痛可向尾骶部放射、排便时疼痛加重;(2)肛周有硬结或肿块、皮肤肿胀、发红、皮肤温度升高、压痛、有波动感;(3)血常规:白细胞计数、中性粒细胞计数及比例增高;(4)寒战、高热、周身疲倦、坐卧不安等全身中毒性症状;(5)B 超可测及脓腔。上述 5 条中至少符合前 3 条,排除其他部位感染、先天性肾上腺皮质增生、甲状腺功能亢进等疾病。

1.2.2 中医诊断标准^[3] 主症:肛周皮下疼痛可为胀痛、跳痛、疼痛可向尾骶部放射、排便时疼痛加重;肛周有硬结或肿块、皮肤肿胀、发红、皮温升高、压痛、有波动感;次证:口干口苦、面色潮红,舌苔黄,脉数等特征。符合上述症状中一条或几条,中医辨证属湿热下注者。

1.3 纳入标准 (1)符合上述诊断标准者;(2)既往无其他重大疾病史;(3)年龄 20~35 岁;(4)无伴发其他感染类疾病;(5)签署知情同意书。

1.4 排除标准 (1)由其他原因导致的全身中毒性症状者;(2)患有心脑血管、肝肾及造血系统等严重疾病者;(3)精神病患者;(4)对该药过敏者;(5)近半年接受多项其他治疗者或激素类药物治疗者。

1.5 方法

1.5.1 治疗方法^[4] 治疗组:左氧氟沙星注射液 0.3 g 静脉滴注,2 次/日;替硝唑注射液 0.8 g 静脉滴注,1 次/日;痰热清注射液 30 mL 加注于 5% 葡萄糖 250 mL 中,静脉滴注,1 次/日。用法:连用 7 d。对照组:左氧氟沙星注射液 0.3 g 静脉滴注,2 次/日;替硝唑注射液 0.8 g 静脉滴注,1 次/日;连用 7 d。两组均连续治疗 3 个周期,观察期间禁服任何其他相关治疗药物,停药后观察疗效。

1.5.2 观察指标及方法 (1)停药后患者临床症状缓解情况;(2)停药后患者感染率;(3)治疗前后白细胞计数及中性粒细胞计数;(4)治疗前后肿瘤坏死因子(TNF)- α 水平。

1.6 疗效标准 参照《中医临床病证诊断疗效标准》^[3] 中相关标准制订。临床痊愈:治疗后临床症状及体征基本消失,血象正常;显效:治疗后白细胞减少、中性粒细胞比例降低、肛周胀痛、发热、红肿症状基本消失无寒战、高热、恶心、等全身中毒症状;有效:治疗后肛周症状有所缓解,仍有疼痛、肿胀、发红、压痛,B 超下仍可看到脓腔,继发成为肛瘘。无效:继发感染,症状体征无缓解,实验室检查白细胞未降低。

1.7 统计学处理 运用 SPSS18.0 软件进行数据统计分析,计数资料采用 χ^2 检验,计量资料采用 t 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 临床疗效及感染率比较 治疗组 27 例中,临床痊愈 7 例,显效 8 例,有效 8 例,无效 4 例,总有效率 85.2%;对照组 27 例中,痊愈 4 例,显效 7 例,有效 9 例,无效 7 例,总有效率 74.1%。两组总有效率比较差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 1。

表 1 两组疗效对比(n)

组别	n	治愈	显效	有效	无效	感染率(%)	临床治愈率(%)
治疗组	27	7	8	8	4	18.34 ^a	23.7 ^a
对照组	27	4	7	9	7	34.76	12.4

注:与对照组比较,^a $P < 0.05$ 。

2.2 两组患者治疗前后白细胞计数及中性粒细胞计数比较 治疗后两组白细胞计数及中性粒细胞计数均较治疗前明显降低,与治疗前比较差异均有统计学意义($P < 0.05$);治疗组与对照组血清白细胞计数及中性粒细胞计数下降水平比较差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 2。

2.3 两组患者治疗前后血清 TNF- α 水平比较 治疗前治疗

组血清 TNF- α 水平为 (83.21 \pm 12.17) ng/L, 对照组为 (84.32 \pm 14.52) ng/L; 治疗后治疗组血清 TNF- α 水平为 (67.34 \pm 7.58) ng/L, 对照组为 (70.54 \pm 5.87) ng/L, 本组治疗前后差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 治疗后治疗组与对照组差异也有统计学意义 ($P < 0.05$)。

表 2 治疗前后白细胞计数及中性粒细胞计数值比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	时间	n	白细胞计数 ($\times 10^{12}/L$)	中性粒细胞 计数($\times 10^9/L$)
治疗组	治疗前	27	15.23 \pm 2.12	8.78 \pm 1.32
	治疗后	27	6.42 \pm 2.24 ^{ab}	5.21 \pm 2.03 ^{ab}
对照组	治疗前	27	16.03 \pm 1.43	8.54 \pm 1.97
	治疗后	27	7.12 \pm 2.54 ^a	6.07 \pm 2.27 ^a

注:与本组治疗前比较,^a $P < 0.05$;与对照组比较,^b $P < 0.05$ 。

3 讨论

近年来,随着人们饮食习惯及生活方式的改变,肛周脓肿发病率逐渐增高^[5]。西医认为本病是由于多种病菌混合感染而致,治疗方法以手术切开排脓,抗感染治疗为主;中医认为本病产生的原因在于饮食过辛辣、厚味以致湿浊不化、湿热内生、热毒下注流于肛门所致,治疗上以清热利湿、解毒排脓为主^[6-7]。本研究采用痰热清注射液与常规西药相结合,治疗组与对照组相比,治疗组的治愈率高于对照组,差异有统计学意义 ($P < 0.05$);治疗组感染率低于对照组感染率,差异有统计学意义 ($P < 0.05$);治疗后治疗组白细胞计数及中性粒细胞计数下降水平高于对照组,差异有统计学意义 ($P < 0.05$);治疗前后血清 TNF- α 下降水平高于对照组 TNF- α 水平,差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。痰热清注射液组方中,以黄芩为君药,其性苦寒,泻火解毒,清热燥湿,清上焦及胃中火热;熊胆粉、山羊角为臣药,其性苦寒,并善入肝经功于清热解毒,银花连翘为佐使,二药一可清热解毒二又善于消肿散结,散瘀止痛。全方

相配,清热燥湿可解中焦之湿热,消肿散结,散瘀止痛有可除气血湿热之邪互结,能有效的缓解症状。基础试验结果表明, TNF- α 可刺激内皮细胞,诱导炎症反应的产生,导致组织损伤,促进吞噬细胞大量产生白细胞介素-1 和白三烯,加重炎症反应。急性炎症期间,血清 TNF- α 水平急剧升高。本研究证明,治疗前后血清 TNF- α 水平明显降低,治疗组降低水平高于对照组降低水平,差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。故痰热清注射液联合抗生素能有效改善肛周脓肿临床症状,降低肛周脓肿术后感染率,其效果优于单纯应用抗生素,作用机制可能与降低血清 TNF- α 水平从而抑制了炎症反应发生有关。痰热清注射液抗感染效果明显,疗效稳定,值得临床推广。

参考文献

- [1] 陈伟红. 中医治疗肛周脓肿的临床研究进展[J]. 广西中医学院学报, 2012, 15(2): 69-71.
- [2] 陈孝平, 汪建平. 外科学[M]. 7 版. 北京: 人民卫生出版社, 2008.
- [3] 王净, 龙俊杰. 中医临床证诊断疗效标准[M]. 长沙: 湖南科学技术出版社, 1993: 364-367.
- [4] 张庆伟, 樊志敏. 肛周脓肿的外科治疗[J]. 中医外治杂志, 2009, 18(1): 54-56.
- [5] 李子海, 朱立平, 谢少文. 肿瘤坏死因子(TNF)研究进展[J]. 生理科学, 1988, 1(4): 235-239.
- [6] 张继领, 汪阳林, 史连义, 等. 肛周脓肿细菌感染菌群分布研究[J]. 华北煤炭医学院学报, 2004, 6(4): 425-426.
- [7] 张强, 陆金根, 曹永清. 肛周脓肿的手术治疗进展[J]. 中西医结合学报, 2009, 7(12): 1104-1107.

(收稿日期: 2013-07-22 修回日期: 2013-09-22)

(上接第 3356 页)

气治疗和外科手术治疗两方面, 尽管在实验室条件下外科手术治疗重度 OSAHS 能够取得明显的治疗效果, 但实际临床过程中很多患者对外科手术存在抵触, 临床治疗依从性较差^[6]。多平面外科治疗理念在重度 OSAHS 临床治疗中的应用, 给重度 OSAHS 带来了新的临床选择, 使得外科治疗重度 OSAHS 的手段更为丰富。目前, 采用多平面手术针对不同的上气道狭窄平面治疗重度 OSAHS, 与单一改良悬雍垂腭咽成形术外科治疗模式比较, 临床治疗效果有了很大的提升^[7]。近年来有临床报道发现, 采用等离子射频技术辅助治疗重度 OSAHS 取得了良好的疗效。该技术通过缩小患者下鼻甲、软腭、悬雍垂、扁桃体及舌根, 解除上呼吸道阻塞, 临床应用简单易行、疗效肯定^[8]。本研究中, 所有患者均采用一期多平面外科手术治疗, 1 例患者出现窒息, 未见术后出血和舌感觉运动障碍, 术后 6、12 个月随访临床治疗有效率分别为 100.00% 和 90.33%。进一步说明了多平面手术治疗重度 OSAHS 的近期效果明显, 具有微创、简单、安全性高等特点, 但其远期疗效有待更为深入的临床研究和观察。

综上所述, 根据重度 OSAHS 患者阻塞平面的不同, 采取多平面手术治疗方案, 近期效果明显, 值得临床推广应用。

参考文献

- [1] 周敬, 鲁沈源, 励雯静, 等. 148 例鼾症及阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征危险因素的分析[J]. 复旦学报: 医学版, 2010, 37(2): 207-210.
- [2] 谢迁, 王宁宇, 陈莉. 阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征

围手术期综合处理对降低手术风险的意义[J]. 广东医学, 2010, 31(22): 2927-2929.

- [3] Franklin KA, Anttila H, Axelsson S, et al. Effects and side-effects of surgery for snoring and obstructive sleep apnea—a systematic review[J]. Sleep, 2009, 32(1): 27-36.
- [4] Yucel A, Unlu M, Haktaair A, et al. Evaluation of the upper airway cross-sectional area changes in different degrees of severity of obstructive sleep apnea syndrome: cephalometrie and dynamic CT study[J]. AJNR Am J Neurodiol, 2005, 26(10): 2624-2629.
- [5] 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志编辑委员会, 中华医学会耳鼻咽喉头颈外科学分会咽喉学组. 阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征诊断和外科治疗指南[J]. 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2009, 44(2): 95-96.
- [6] 郭星, 徐乐昕, 李国栋, 等. 多平面手术治疗阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征疗效评价[J]. 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2009, 44(8): 645-650.
- [7] 刘大昱, 蔡晓岚, 刘洪英. 阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征患者手术并发症及规避策略[J]. 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2009, 44(7): 555-560.
- [8] 侯晓平, 王玉军, 缪京莉, 等. 老年人心血管疾病与阻塞性睡眠呼吸暂停综合征的关系[J]. 中国临床保健杂志, 2009, 12(1): 1-3.

(收稿日期: 2014-03-06 修回日期: 2014-06-11)