

手术切除联合解毒逐瘀灭癍汤治疗癍痕疙瘩的效果观察

肖 斌

长沙富鸿医疗器械有限公司长沙芙蓉富鸿诊皮肤科、中医科 湖南 长沙 410000

摘要：目的：分析手术切除联合解毒逐瘀灭癍汤对癍痕疙瘩治疗的效果。方法：选取本院2023年3月至2024年6月期间收治的84例癍痕疙瘩患者，按随机数字表法分为对照组和联合组，各42例。对照组接受常规手术切除联合标准癍痕护理，联合组加用口服解毒逐瘀灭癍汤。对比术后复发率和癍痕量化评分。结果：联合组术后12个月复发率显著低于对照组（ $P < 0.05$ ）；同时，术后POSAS评分中，联合组在患者评分、观察者评分及总分方面均优于对照组（ $P < 0.05$ ）。结论：手术切除联合解毒逐瘀灭癍汤可有效降低癍痕疙瘩术后复发风险，改善癍痕外观与主观感受，具有良好的临床应用价值。

关键词：癍痕疙瘩；手术切除；解毒逐瘀灭癍汤；复发率；视觉模拟评分

癍痕疙瘩是一类由创伤或手术切口导致的异常癍痕增生性疾病，该疾病会影响患者的皮肤外观，而且具有较高的复发率。临床上，手术切除手段是常用的直接去除癍痕体积治疗方法，但患者仅进行手术易因切口的局部张力及成纤维细胞再度活化而导致复发。而中医药中的解毒逐瘀灭癍汤可以显著改善局部炎症微环境，有助于降低术后复发率。对此，本研究以接受手术切除的癍痕疙瘩患者为对象，比较联合解毒逐瘀灭癍汤与单纯手术治疗在12个月复发率、癍痕评分方面的差异，以期临床探索安全、有效的防复发方案提供依据。

1 资料及方法

1.1 一般资料

研究纳入2023年3月至2024年6月期间在本院住院部接受治疗的癍痕疙瘩患者84例，由未参与研究统计学人员使用随机数字表生成随机序列，并采用封闭信封法划分对照组和联合组，每组各42例。其中对照组男18例、女24例；年龄19~62岁，平均（ 38.24 ± 9.87 ）岁；病程6个月~8年，平均（ 3.15 ± 1.04 ）年。联合组男20例、女22例；年龄20~64岁，平均（ 37.86 ± 10.12 ）岁；病程7个月~8年，平均（ 3.22 ± 1.10 ）年。两组患者在性别、年龄、病程等一般资料比较差异均无统计学意义（ $P > 0.05$ ）。研究已经过本院伦理委员会批准。患者均完成随访，无失访或剔除病例。同时本研究未进行事前样本量估算。

1.2 纳入与排除标准

纳入标准：①符合《中国癍痕疙瘩临床治疗推荐指

南》^[1]中的诊断标准，确诊为癍痕疙瘩；②年龄 ≥ 18 岁；③癍痕部位皮肤完整；④术前3个月内未接受其他系统性抗癍痕治疗；⑤患者及家属了解本研究方案，且已经签署知情同意书。

排除标准：①合并有严重心、肝、肾功能不全或造血系统疾病；②妊娠或哺乳期女性；③对解毒逐瘀灭癍汤中任一成分过敏。

1.3 方法

两组患者术前进行体格检查及高频超声评估癍痕厚度、边界、与周围组织黏连程度，并拍摄照片记录病灶形态。切除过程中，沿设计线切开皮肤，将癍痕疙瘩组织沿完整包膜向下剥离至正常真皮以下层面，直至达皮下脂肪或浅筋膜层。术后创面处理采取小面积缺损直接减张缝合，中等缺损采用局部推进皮瓣，若在耳垂等特殊部位，行改良Z成形术。缝合时，先行皮下组织分层间断缝合，采用4-0可吸收缝线进行张力分担，表皮采用5-0尼龙线间断缝合。术野彻底止血后以无菌敷料覆盖，并安置引流条，术后24~48小时内拔除。术后两组均给予3~5天预防性抗感染治疗。拆线时间为术后7~10天。拆线后，患者持续佩戴硅凝胶片、硅凝胶软膏，耳部则佩戴耳夹，持续12周，期间进行癍痕护理宣教。

联合组加用口服解毒逐瘀灭癍汤进行治疗。方药包括黄芩12g、黄连6g、生地黄15g、赤芍12g、丹参15g、三棱10g、莪术10g、夏枯草15g、金银花15g、连翘12g、当归12g、白芍12g、甘草6g。方药由本

院药剂科调配（供货单位：国药集团北京华邈药业有限公司，批号：20240801）。药材均经药剂科质量检验合格后使用。煎煮采用全自动中药煎药机（型号：YJ20/3+1，厂家：北京东华原医疗设备有限公司），药材加清水浸泡30分钟后，武火煮沸转文火煎煮30分钟，取煎液200mL；再加水煎煮20分钟，取煎液200mL，两次煎液合并均分为早晚两次温服。自术后第1天开始服用，4周为1个疗程，服用2个疗程。

1.4 观察指标

1.4.1 术后12个月复发率。判定标准参考《中国瘢痕疙瘩临床治疗推荐指南》，为术后切口区出现新生或持续增生的瘢痕结节，其边缘超出原切口范围2mm及以上，伴或不伴局部瘙痒、疼痛、紧绷等症状。评估由同一组接受过瘢痕评估培训且具有主治及以上职称的整形外科医生进行体格检查，并采用同一数码相机在固定光源、背景及拍摄距离条件下采集切口全景及局部照片，由两名未参与治疗的评估者独立判定复发情况，若意见不一致则由第三名高级别评估者裁决。所有病例统一在术后第12个月进行评估。

1.4.2 瘢痕量化评分。采用瘢痕评估量表对瘢痕进行评估。包括患者评分和观察者评分两个部分。其中患者评分包括瘢痕的疼痛、瘙痒、色泽、僵硬、增厚、表面不平6个条目；观察者评分包括血管性、色素、厚度、浮肿、柔软度、表面不规则6个条目。每项均按1分至10分评分，总评分12~120分，总分越高表示瘢痕外观越差。评分由两名整形外科医师独立完成，患者评分由患者在无引导条件下独立填写。

1.5 统计学处理

本研究中采用统计学软件（SPSS24.0版本）对研

究相关数据进行处理分析，计量资料经正态性检验符合正态分布者，采用均数±标准差（ $\bar{x} \pm s$ ）表示，组间比较用独立样本t检验；不符合正态分布者以中位数（四分位数间距）[M（P25，P75）]表示，组间比较采用Mann-Whitney U检验。计数资料采用百分率“[n/（%）]”进行表示，组间比较采取“ χ^2 ”检验，当样本量较小或出现0值时，使用连续性校正法。对于术后4、8、12个月累积复发率的比较，采用卡方趋势检验， $P < 0.05$ 代表各组间差异具有统计学价值。

2 结果

2.1 两组术后12个月复发率比较

治疗后，联合组在术后第8、12个月的复发率显著低于对照组（ $P < 0.05$ ），在第4个月虽低于对照组，但差异无统计学意义（ $P = 0.078$ ，说明有下降趋势）。见表1。

表1 两组患者术后累积复发例数比较（n，%）

分组	例数(n)	4个月复发	8个月复发	12个月复发 总例数
对照组	42	3 (7.14)	7 (16.67)	8 (19.05)
联合组	42	0 (0.00)	1 (2.38)	1 (2.38)
χ^2		3.111	4.974	6.098
P		0.078	0.026	0.014

注：数据为截至该时间点的累积复发例数，并非各阶段新增复发数。

2.2 两组瘢痕量化评分比较

治疗前，两组患者POSAS评分的患者评分、观察者评分均无统计学意义（ $P > 0.05$ ），治疗后，联合组的患者评分、观察者评分及总分均显著低于对照组（ $P < 0.05$ ）。见表2。

表2 两组治疗前后POSAS评分对比（ $\bar{x} \pm s$ ，分）

分组	例数(n)	患者评分		观察者评分		总分	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	42	18.36±2.18	13.41±2.02*	19.02±2.45	14.85±2.27*	37.38±3.88	28.26±3.71*
联合组	42	18.42±2.25	10.27±1.85*	18.88±2.31	11.21±2.06*	37.30±3.74	21.48±3.29*
t		0.124	7.429	0.269	7.696	0.096	8.861
P		0.902	<0.001	0.788	<0.001	0.924	<0.001

注：同组治疗前后，*代表（ $P < 0.05$ ）。

3 讨论

瘢痕疙瘩是由于皮肤的真皮层受到损伤后该处的纤维组织异常增生而导致的瘢痕性病变,会影响患者的外观与心理健康。临床多认为其病理涉及成纤维细胞过度增殖和胶原蛋白代谢紊乱。在治疗中,手术切除是其最为常用的局部治疗手段,也是多数中重度瘢痕疙瘩患者的首选方法^[2]。但手术本身属于新的创伤刺激,更易激发出残余瘢痕组织的异常反应,导致复发。而中医药在瘢痕疙瘩的防治中擅长以整体的调理与多靶点干预改善病理状态。中医认为瘢痕疙瘩多因气滞血瘀、毒热内蕴、痰湿凝聚于肌肤而致。解毒逐瘀灭瘢汤就是基于“清热解毒、活血化瘀、软坚散结”的中医治则组成,其对瘢痕疙瘩的治疗可能有一定的临床效果。

本研究结果显示,联合治疗组在术后第4、8及12个月的复发率均低于单纯手术组,且在其中的第8、12个月时差异有统计学意义。此结果的原因可能是因为单纯的外科切除虽可清除已有病灶,但对术后微环境调控作用还是相对有限,当患者处于术区残余低度炎症与缺血状态下,就会诱发出新的异常增生。而解毒逐瘀

灭瘢汤中的如丹参、莪术、赤芍等药材被归类为活血化瘀药物,根据鲍希静等^[3]研究认为,活血化瘀药可能通过抑制纤维母细胞增殖发挥作用,清热解毒类药物也被认为具有一定的抗炎及免疫调控效应,本研究结果与该机制推测相符。既往研究提示活血化瘀药物可能通过抑制纤维母细胞增殖发挥作用,清热解毒类药物可能具有抗炎及免疫调控效应,但本研究并未检测相关分子或细胞学指标,上述机制解释仅为基于文献的推断,尚需进一步验证。同时,结果还显示术后12个月的联合组 POSAS 评分在所有维度评分及总分方面均优于对照组 ($P<0.05$)。其原因可能是解毒逐瘀灭瘢汤在术后持续服用2个月,可以起到活血化瘀、软坚散结、扶正祛邪的综合效应,有助于抑制瘢痕持续增厚,而且还能改善周围组织的血运与代谢,从而使瘢痕在色泽、质地、柔韧度等方面更接近正常皮肤。

综上所述,在常规外科切除术基础上联合口服解毒逐瘀灭瘢汤来治疗瘢痕疙瘩,将能够显著降低术后复发率,还能在瘢痕外观及主观症状方面取得更佳的疗效,且疗程安全、依从性良好。

参考文献:

- [1] 中国瘢痕疙瘩临床治疗推荐指南 [J]. 中国美容整形外科杂志,2018,29(5):245-256.
- [2] 王晖. 混合液注射联合放疗对耳部瘢痕疙瘩切除术后患者的治疗效果及远期复发率的影响 [J]. 医学理

论与实践,2025,38(6):983-986.

- [3] 鲍希静,李向阳,李彩玲,等. 解毒逐瘀灭瘢汤治疗痤疮后瘢痕疙瘩患者的临床疗效及其 MAPK 信号通路的影响 [J]. 世界中西医结合杂志,2024,19(09):1801-1805.

作者简介:肖斌(1989.1.20-),男,本科,汉族,河北,主治医师(中医外科学),门诊皮肤科、中医科,研究方向:中医外科学。