综合治疗肛旁炎性包块 60 例临床观察

黄峰

（上海市第一人民医院宝山分院　上海 200940）

关键词：肛门直肠周围感染；炎性包块；综合疗法

中图分类号：R　　**文献标识码**：B　　**文章编号**：1671-4040(2003)02-0015-02

肛门直肠周围感染是常见肛肠病。笔者以中医中药清热、利湿、祛瘀为治则，内服外治，同时配合微波局部照射，取得了良好疗效。现报告如下。

1　一般资料

60 例中，男性 48 例，女性 12 例；年龄 20~58 岁，平均 42.10 岁；病程最短 2 个月，最长 2 年，平均 4.5 个月。初起均因肛旁肿痛而就诊，诊断为肛周感染，予抗生素治疗，经治后疼痛减轻，肿势局限，最后在肛旁形成一个僵硬的包块，稍劳累便肿痛加剧，多次就诊西医，乏效而来我科求治。经检查均能触及肛旁肿块，质硬，触痛明显，大小 1cm×2cm~5cm×8cm，皮色不红（或见色素沉着），表面未溃，舌苔多见黄腻或白腻，脉象滑数或弦滑。

2　治疗方法

2.1　*中药内治法*　治则：清热利湿，祛瘀散结。基本方：金银花 15g，连翘 15g，蒲公英 30g，黄柏 10g，生山栀 10g，茯苓 5g，泽泻 15g，薏苡仁 15g，车前子 15g，山棱 15g，莪术 15g，穿山甲 15g，当归尾 10g，赤芍 10g，牡丹皮 10g，牛膝 10g。每日 1 剂，水煎 2 次，早、晚分服。

2.2　*中药外治法*　上药 3 煎取汁置入肛肠熏洗仪中雾化熏蒸 10min，再浸泡坐浴 10min。以玉露膏敷于包块局部并适量纳入肛内，然后用微波（功率 28w）外照射 15min，直肠腔内照射（功率 15W）10min。

2.3　*手术治疗*　先控制炎症，使包块局限于最小范围，再行包块根治术。方法：放射状切开包块，切口与包块等长，打通包块内所有纤维隔，使之融合成一个大的空腔，探查是否有潜在瘘道存在，参照索罗门氏定律寻找内口。索罗门氏定律认为：经过肛门中部画一横线，如果肛瘘外口在此线以前，并距肛门 5cm 以内，这类瘘道大多直行，其内口在齿线上与外口相对应；如外口距肛门超过 5cm 或外口在此横线之后，这类瘘道大多是向后弯曲的，内口常在肛管后正中线上。我们在术中，无论包块在何位置、距肛门多少距离，切开后均首先按照直瘘探查，如无再按照弯瘘探查法，朝肛门后正中方向探查。如有瘘道探及，则按肛瘘手术方法予以切除（切挂）；如无瘘道探及，也按照直瘘手术方法切除相对位置的肛隐窝，搔刮隐窝旁组织，并向肛外延长创面，与包块切除的创面连成一体，用食指仔细触摸整个创面，将所有触及的硬性纤维组织彻底切除，最后修正创面呈 V 形，以生肌散药棉填塞，加压包扎。术后每日以中药冲洗、坐浴，生肌散换药至愈。

3　疗效观察

3.1　*疗效标准*　治愈：包块、疼痛均消失。好转：包块明显缩小，疼痛消失。无效：经治后虽包块缩小，疼痛减轻，但停药后肿痛反复如初，甚或形成肛痈。

3.2　*治疗结果*　治愈 38 例，占 63.33%；好转 10 例，占 16.67%；无效 12 例，占 20%。总有效率为 80%，疗程 2~6 周。无效者中有 4 例形成肛痈，予以切开引流，另 8 例停药后肿痛反复，最后行炎性包块根治术，经 3~8 周痊愈。

4　讨论

肛门直肠周围感染多见于青壮年男性[1]，可能与该人群性腺分泌旺盛，肛腺发达，易导致感染有关[2]。感染后应用抗生素治疗，由于剂量不足、选用品种不当或细菌的耐药性等原因，使得炎症局限但未消失。炎症后期组织机化，故在体表可触及硬块。由于组织化及包块内纤维隔形成，阻碍了抗生素的渗透，这就是反复使用抗生素而效果不佳的原因。

肛门直肠周围感染属中医学“脏毒”范畴，也称肛门周围痈，其发病多由湿热、瘀毒所致。肛旁炎性包块的治疗以清热、利湿、祛瘀三法并重，方能取得良效。在中医中药内外并治的同时，配合微波照射，借助微波良好的热穿透性，加速外敷油膏药力的渗透，同时微波照射也可改善局部组织微循环，促进炎症吸收。通过直肠腔内照射则可对肛隐窝、肛腺等细菌聚居处起杀菌、抑菌作用。

肛门直肠周围感染原发灶多在肛隐窝和肛腺（所谓隐窝腺感染学说），对肛痈已形成瘘道者，彻底处理原发灶为根治关键，而黄乃健等则报道了用肛瘘膏外敷治疗小儿肛瘘，达到了 96.8%的治愈率，且随访 1~2 年未有复发[3]，说明保守疗法也能治愈肛瘘。本文以中医中药保守治疗肛旁炎性包块，获得了良好疗效，病例随访期最长达 3 年，能否获得长期治愈，将继续跟踪随访。经保守治疗无效者，一般认为包块内有隐瘘形成，即所谓瘘管性脓肿，应做瘘及

中西医结合治疗寻常性痤疮 68 例

章建平

（江西中医学院附属医院　南昌 330006）

关键词：寻常性痤疮；中西医结合疗法；复方痤疮酊；清热解毒药

中图分类号：R 758.733　　**文献标识码**：B　　**文章编号**：1671-4040(2003)02-0016-01

2000 年 6 月 ~2002 年 7 月，笔者采用内服中药、外用复方痤疮酊的中西医结合方法治疗寻常痤疮 68 例，并与西药组对照观察，疗效满意，现报告如下：

1　临床资料

1.1　一般资料　所有患者均为我院皮肤科门诊病人，随机分为 2 组。中西医结合组 68 例，男 39 例，女 29 例；年龄 14~30 岁，平均 20 岁；病程 2 个月 ~5 年，平均 1.6 年。对照组 30 例，男 18 例，女 12 例；年龄 13~32 岁，平均 21.2 岁；病程 1 个月 ~6 年，平均 1.9 年。2 组病人一般情况及皮疹类型基本相同，具有可比性。所有病人进入治疗前 2 周内停用一切抗生素和治疗痤疮的药物，酒精过敏者不纳入。

1.2　诊断标准　符合《中西医临床皮肤病学》的临床诊断标准[1]，皮疹以粉刺、丘疹、脓疱为主的轻中度寻常痤疮，且面部皮疹数 25 个以上，重度及聚合性痤疮不纳入。

2　治疗方法

中西医结合组内服中药方：黄连 15g，黄柏 15g，茵陈 10g，虎杖 10g，野菊花 10g，蒲公英 10g，丹参 10g，焦山楂 10g，生甘草 8g。水煎取汁 200mL，日 1 剂。并外用复方痤疮酊（氯霉素 1g、洁霉素 2.4g、0.5%甲哨唑 50mL、复方丹参液 20mL，加入等量 75%的酒精），用前摇匀，适量外用，每日 3 次。

对照组服维生素 $B_6$20mg，每日 3 次；甲硝唑 0.4g，每日 2 次。2 组病人均以 15d 为 1 个疗程，疗程结束后判定疗效。2 组病人嘱忌辛辣、油腻之品，戒搽化妆品。

3　疗效观察

3.1　疗效标准　根据国家中医药管理局《中医病证诊断疗效标准》。治愈：皮损消退，自觉症状消失。有效：皮损消退 30%以上。无效：皮损及症状无变化或消退不足 30%。

3.2　治疗结果　中西医结合组 68 例，治愈 40 例（58.8%），有效 24 例（35.3%），无效 4 例（5.9%），总有效率 93.5%；对照组分别为 9（30%）、10（33.3%）、11（36.7%），63.3%。前者明显优于后者，χ^2=12.89，P<0.01。治疗组中有 3 例轻度皮肤干燥，均能耐受，对照组中有 4 例病人出现胃肠道反应。

4　讨论

寻常性痤疮主要发生于青春期，发病机理目前尚未完全清楚，一般认为与以下因素有关：雄性激素水平升高，皮脂腺功能亢进，毛囊、皮脂腺导管角化和阻塞，毛囊内微生物（主要是痤疮丙酸杆菌）的异常增生及宿主的炎症反应。临床各种药物治疗主要是通过以上环节的干预而起到治疗作用。

酊剂能显著减少皮脂腺的分泌，丹参液能改善微循环障碍和改善血液流变学，氯霉素为广谱抗生素，甲硝唑为治疗厌氧菌感染的基本药物，洁霉素对痤疮丙酸杆菌有很强的抑菌作用[2]。

中医认为本病多因饮食不节，过食肥甘厚味，致肺胃湿热，复感毒邪，上越肌肤所致。《医宗金鉴•外科心法》记载："此症由肺经血热而成，每发于面鼻，起碎疙瘩，形如黍屑，色赤肿痛，破出白粉汁。"治则当清肺胃湿热，凉血解毒。方中黄连、黄柏、茵陈、虎杖清热燥湿，体外抑菌试验显示痤疮丙酸杆菌对上述中药高度敏感[3]；蒲公英、野菊花清热解毒，散结消肿；丹参凉血祛瘀；焦山楂健脾和胃，监制药物苦寒败胃；甘草调合诸药。全方共奏清泻肺胃热毒之功，促进皮损消退。该方与外用药合用，既发挥了中药的治疗效果，又避免了内服抗生素的副作用，相得益彰，值得临床推广。

参考文献

[1]王坤山.中西医临床皮肤病学[M].北京：中国中医药出版社,1996.352

[2]赵辨.临床皮肤病学[M].第 2 版.南京：江苏科技出版社,1989.85

[3]黄畋.48 种中药对痤疮丙酸杆菌的抑制作用[J].中华皮肤科杂志,1992,25(5)：307~308

（收稿日期：2003 - 01 - 14）

内口清除术；术中探查未发现瘘道者，据肛隐窝腺感染学说，应彻底清除相对应的肛隐窝及肛腺。

参考文献

[1]柏连松.简明肛肠病学[M].上海：上海科学技术出版社，1985.123

[2]张东铭. 肛肠外科解剖生理学[M]. 西安：山西科学技术出版社，1989.30~31

[3]黄乃健，孙洪生，李殿伟，等. 肛瘘膏治疗小儿肛瘘的临床研究[J]. 中国肛肠病杂志，2002，22(5)：9

（收稿日期：2003 - 01 - 27）