

湿疹散外敷配合局封治疗肛周湿疹 61 例

雷雨 李凌琳

(四川省攀枝花市中西医结合医院 攀枝花 617000)

关键词: 湿疹散; 局封; 中药口服; 肛周湿疹

中图分类号: R 657.1

文献标识码: B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2011.03.048

肛周湿疹是一种常见的肛门皮肤病, 多以红斑、丘疹、水疱、渗出、糜烂、瘙痒等症状反复发为特点, 病变一般局限于肛门口或肛门周围皮肤, 偶有累及会阴部或生殖器, 潮湿有界限性边缘。慢性肛周湿疹病程长, 肛门及周围皮肤常变厚而有浸润, 以致发生散在皮肤皲裂, 以奇痒反复发作为特点。肛门湿疹的发病病因十分复杂, 众说纷纭, 至今尚不明了。现代医学认为本病发病可能与变态反应、营养失调、胃肠疾病、肛门蛲虫、内分泌失调、精神功能障碍等因素有关。而中医学认为急性肛周湿疹多由风、热、湿客于肌肤而成, 慢性肛周湿疹多为血虚风燥或肝肾不足、脾虚所致。我科自 1987 年, 自拟湿疹散配合肛周局部封闭注射及中药口服、坐浴治疗肛周湿疹 61 例, 取得满意疗效。现报告如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 本组患者 61 例, 其中男性 48 例, 女性 13 例; 年龄最小 23 岁, 最大 58 岁, 平均 38.5 岁; 病程 0.25~28 年; 急性肛周湿疹 15 例, 亚急性肛周湿疹 32 例, 慢性肛周湿疹 14 例; 病灶范围距肛浸润扩大变硬, 甚至累及皮下脂肪, 皮肤为紫红色, 常在表皮有小水泡。病人可有疼痛感觉。III° 褥疮(浅表溃疡期): 局部溃疡组织周边部位红、肿、硬。局部感染侵入皮下脂肪有分泌物和坏死组织。IV° (坏死溃疡期): 肌肉有坏死, 有的露出韧带和骨骼。坏死组织呈黑色, 有臭味, 分泌物较多, 严重者引起脓毒血症。

1.3 治疗方法 本褥疮膏仅用于坏死溃疡期褥疮, 药用人参 30 g、鹿茸 10 g、血竭 10 g、孩儿茶 10 g、龙骨 30 g、牡蛎 30 g、黄芪 10 g、当归 10 g、白芷 30 g、紫草 15 g、没药 10 g、乳香 10 g, 用麻油为溶剂熬制, 以白蜡赋型而成, 局部外用。用前将创口常规清洗消毒, 清除坏死组织, 外面涂一层药膏, 膏厚 3 mm 左右, 再以敷料盖住。以后每次换药用棉球擦干净残余药膏即可, 1 d 1 换。如果是瘫痪患者还应做到勤翻身, 否则会延缓创口愈合过程甚至无效。

2 疗效观察

2.1 疗效标准 治愈: 溃疡愈合, 结痂脱落; 显效: 创面无分泌物, 溃疡缩小, 肉芽组织正常; 好转: 创

缘 1 cm 内者 18 例, 2 cm 内者 31 例, 3 cm 内者 7 例, 3 cm 以上者 5 例(其中 1 例病灶浸及阴囊)。

1.2 治疗方法

1.2.1 局封 将 1%利多卡因 10 mL、地塞米松 10 mg、亚甲兰 2 mg、肾上腺素 2~3 滴抽入注射器中充分混匀, 围绕肛周湿疹病灶边缘注射一周, 其内呈散在点状或扇形注射, 7 d 1 次, 4 次为 1 个疗程。未愈者间隔 1 个月后再进行第 2 个疗程。

1.2.2 湿疹散外敷 青黛、石膏、黄柏、甘草各 100 g 共研细为粉, 麻油调匀。于封闭术后第 2 天起, 每次大便后中药坐浴, 再敷以湿疹散。

1.2.3 内服湿疹汤 苦参 12 g, 苍术、茵陈、地肤子各 15 g, 炒大黄、生甘草各 5 g, 黄柏 10 g 煎服。服药天数根据病情而定。

1.2.4 中药坐浴 苦参、百部各 30 g, 龙胆草、石菖蒲、蛇床子、白鲜皮、荆芥、苍术、黄柏各 20 g 煎水坐浴。

1.3 治疗结果 本组 61 例治疗后均随访 1~5 年, 治愈 50 例, 占 81.97%; 好转 11 例, (下转第 81 页) 面渗出物减少, 溃疡面无扩展; 无效: 溃疡面无变化或扩大。

2.2 治疗效果 96 例患者治愈 62 例, 显效 22 例, 好转 4 例, 8 例因用药不到 1 周而死亡归于无效。治疗时间 22~61 d, 平均 38 d。总有效率为 91.7%。

3 讨论

褥疮的发生是由于局部受压, 中医认为多由于气血生化失常、瘀毒集聚而成。褥疮膏中当归、人参、黄芪、鹿茸具有扶正助阳、补益气血之效; 紫草长于凉血活血、清热解毒; 儿茶“治一切痈疽、诸疮破烂不敛”; 血竭具有止血生肌散瘀定痛之功; 乳香、没药能调气活血, 定痛、追毒; 龙骨、牡蛎具收敛生肌效果; 诸药组方共奏调气活血、去腐生肌之效。现代研究认为, 当归对多种细菌具抗菌作用; 儿茶、血竭、白芷、紫草等均有良好的抗菌抑菌作用。

参考文献

[1] 王林娥. 褥疮的中西医结合分期护理 [J]. 浙江中医药大学学报, 2007,31(4):499

(收稿日期: 2011-02-08)

期施行此种手术患者难以耐受,勉强手术常有较高的死亡率(30%~40%)^[4]。目前常行十二指肠憩室化手术。此术式被广泛地应用于严重的胰头十二指肠损伤,获得满意的效果,目前已成为治疗严重胰头十二指肠合并伤的一种标准术式。十二指肠憩室化手术包括几个基本部分,即胃窦部切除、迷走神经切断、胃空肠端侧吻合、十二指肠断端缝合闭锁加置管造瘘、十二指肠破裂修补缝合、胰头损伤局部清创及缝合修补、胆总管 T 管引流、腹腔内置多根引流管等。当严重的胰头与十二指肠损伤累及范围非常广泛,伴有明显的血运障碍或坏死时,或无法控制的胰头出血,可考虑行胰十二指肠切除术。根据损伤控制性原则^[5],行胰十二指肠切除术,但不重建消化道(胰颈横断并褥式缝合,幽门、近端空肠横断并缝闭,迅速切除胰头、十二指肠,胆总管、胰管置管引流胆汁、胰液,放置三腔三套引流管),病情稳定后,争取在 72 h 内行确定性手术,重建消化道。

3.3 术后并发症及处理 胰腺损伤术后并发症发生率较高,约 1/3 患者发生严重的术后并发症,如导致胰瘘、胰腺假性囊肿、腹周脓肿形成及术后出血,其中最常见的为胰瘘及胰腺假性囊肿。一旦发生胰瘘,治疗包括:(1)高效引流:引流可减少外溢胰液在胰周的积聚,减轻胰液对自身组织的消化腐蚀,可预防腹腔内的严重感染及胰周脓肿、胰腺囊肿的发生,有利于胰瘘的早期闭合,减少再次手术。引流管放置应做到低位、多处、多孔,确保创面得到有效引流。(2)营养支持:可通过空肠造瘘,早期进行胃肠内营养,不但有利于改善全身营养状况,而且能

(上接第 70 页)占 18.03%;复发 2 例,占 3.28%。

1.4 典型病例 刘某,男性,53 岁,于 2005 年 9 月 27 日就诊。肛周奇痒反复发作 25 年,复发加剧 1 个月,在外院诊为慢性肛周湿疹,曾多次口服扑尔敏、大剂量维生素 C,静注葡萄糖酸钙,局部注射奴伏卡因加强的松龙,外用醋酸去炎松尿素软膏及肤氢松软膏治疗,效果不佳。查体:距肛缘 5 cm 内一周皮肤呈暗红色,呈片状浸润肥厚、干燥、散在覆以痂壳及少许鳞屑,并有散在的皲裂及抓痕,其皮损边缘较清楚,双侧对称,未见痔核及肛裂,直肠指诊(一)。诊为肛周顽固性慢性湿疹,给予中药 10 剂(以湿疹汤加党参、黄芪、当归)口服,同时肛周病灶局部封闭治疗 1 个疗程,并配合湿疹散外敷,中药坐浴 1 个月而痊愈,随访 5 年未复发。

2 讨论

(1)肛周湿疹病因尚不十分明确,但属于过敏性疾病范畴,故过敏原和刺激物是诱发本病的重要

促进胃肠道蠕动,防止肠道菌群异位及腹腔感染的发生。此外,胰腺损伤术后胃肠外营养支持有利于促进创伤愈合,减少并发症的发生^[6]。“三升袋”的支持治疗,可以提供机体的正常消耗、纠正负氮平衡、修复损伤胰腺,因此及时、合理、充分地营养支持是救治的重要环节。(3)抑制胰液分泌:术后应用 H₂ 受体拮抗药,抑制胰腺的分泌,如善得定及水解酶抑制剂等。胰瘘经保守治疗,一般可在 3~6 个月内愈合。长期不愈者应行手术治疗,术前常规经腹腔引流管行碘油造影并行胰腺 CT 扫描,掌握瘘管的具体位置及走向,可对术中解剖起到重要的引导作用。手术方法是尽量解剖胰腺瘘道,再将胰瘘管与空肠做 Roux-Y 型吻合,完成后的吻合口直径大约在 1.2 cm 以上。假性胰腺囊肿形成后,一般需行内引流治疗。内引流术需在胰腺外伤术后 6~8 周(囊壁形成后)进行,常用的内引流方法是囊肿与胃吻合或与空肠 Roux-Y 式吻合。

参考文献

- [1]Moore EE,Cogbill TH,Malangoni MA,et al.Organ injury scaling, II: Pancreas, duodenum,small bowel,colon,and rectum [J].Trauma, 1990,30(11):1 427-1 429
- [2]皮执民.消化外科学[M].北京:人民卫生出版社,2002.1 001
- [3]Jurkovich GJ,Carrico CJ.Pancreatic trauma [J].Surg Clin North Am, 1990,70(3):575-593
- [4]Wggn M,Hill DM,Miller DR,et al.Management of pancreatic and duodenal trauma[J].Am J Surg,1985,150: 327-332
- [5]Knudson K,Raeburn CD,McIntyre RC,et al.Management of duodenal and pancreaticobiliary perforations associated with perampullary endoscopic procedures[J].Am J Surg,2008,196(6):975-981
- [6]王良坤,谢建明,赖佳明,等.胰腺损伤术后早期胃肠外营养支持治疗的体会[J].腹部外科,2004,17(4):220-221

(收稿日期: 2011-02-02)

因素。(2)治疗本病的同时应积极寻找过敏原并予以去除,注意少吃或不吃刺激性食物,忌用肥皂及热水烫洗,避免搔抓等激惹因素。(3)局封用利多卡因可使肛周神经感觉降低或消失,从而避免搔抓;亚甲蓝破坏表浅末梢神经,配合肾上腺素协同利多卡因而延长麻醉时间;地塞米松可抗炎抗过敏;中药坐浴及湿疹散外敷能祛湿止痒。(4)慢性肛周湿疹者,久病致血虚不能濡养肌肤,口服湿疹汤有清热燥湿之功,辅以党参、黄芪、当归补血补气而使诸证消失,乃致痊愈。(5)局封应在皮下均匀注射,切勿过深。封闭术后 4~6 h 肛门有不同程度的烧灼不适感,且小便呈蓝色,以后则有不同程度的表皮脱落,应先告之患者,以利配合治疗。(6)局部皮肤并发感染者应先控制炎症后才可行封闭注射治疗。(7)本组 2 例复发者均系慢性肛周湿疹,且由于怕疼痛,局部封闭未足 1 个疗程(两患者局封分别为 1 次、2 次)。

(收稿日期: 2011-02-12)