

综合疗法治疗肛门瘙痒症 33 例疗效观察

周学明

(江西中医学院 2009 级研究生 南昌 330006)

摘要:目的:观察综合疗法治疗肛门瘙痒症的疗效。方法:采用消痔灵肛周局部皮下注射配合术后外用综合治疗肛门瘙痒 33 例。结果:33 例中痊愈 25 例,显效 5 例,有效 3 例,总有效率 100%。平均住院时间 7 d。结论:综合疗法治疗肛门瘙痒症,取得了满意的临床疗效,经随访远期疗效肯定。

关键词:肛门瘙痒症;消痔灵局封术;肛门洗剂;外用药

中图分类号:R 657.1

文献标识码:B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2012.02.028

肛门瘙痒症是肛肠科常见的以肛管、肛门周围皮肤及会阴部瘙痒为主症的具有多种发病因素或特殊原发性损害的一种独立性的疾病,可分为原发性肛门瘙痒症和继发性肛门瘙痒症。原发性肛门瘙痒症系指无明确诱因及无原发皮肤损害而仅有肛门瘙痒的一种皮肤病。继发性肛门瘙痒症产生于原发性疾病,伴有明显的特异性皮肤损害和原发病变;可继发于多种肛管直肠疾患、妇科疾病、尖锐湿疣等其他疾病中。原发性肛门瘙痒症临床表现:早期肛门周围皮肤瘙痒较甚,时轻时重,有刺痛或灼痛,有蚁行感,逐渐发展则剧痒难忍,入夜更甚,令人坐卧不安,影响睡眠,甚至造成神经衰弱。患处无丘疹,但多可见有抓痕破溃、糜烂出血、色素沉着等,皮肤增厚变白呈苔藓样,或周围有皲裂,瘙痒可蔓延会阴、阴囊、女性外阴。饮酒、食腥辣、冷热变化、情绪波动及异物刺激,往往会加重症状。我院自 2010 年 3 月~2011 年 8 月以来采用肛周局部皮下注射配合术后外用综合治疗原发性肛门瘙痒症 33 例,取得了满意的疗效。现报告如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 33 例病例均为原发性肛门瘙痒症,经各项辅助检查,均排除肝胆疾病、血液病、糖尿病、寄生虫病等疾病造成的继发性瘙痒。本组共收集病例 33 例,其中男性 15 例,女性 18 例;年龄 18~73 岁,平均 45.5 岁;病程 15~30 d;其中肛门皱襞肥厚及苔藓样变者 12 例,辐射状皲裂 16 例,继发性湿疹样变 5 例。肛周皮肤均有不同程度的抓痕、结痂、肥厚及皲裂等。

1.2 诊断标准 参照《中华肛肠病学》^[1]关于肛门瘙痒症的标准。早期肛门周围皮肤瘙痒较甚,时轻时重,可间歇或持续发生,有刺痛或灼痛,有蚁行感,逐渐发展则剧痒难忍。可见红斑、丘疹、糜烂、结痂等,长期瘙痒,可使肛周皮肤增厚、皱襞肥厚粗糙呈放射状皱纹,苔藓样变,色素沉着或减退,也可有皲裂。

1.3 治疗方法 采用肛周封闭法治疗,患者取膀胱

截石位,肛门周围常规备皮、消毒铺巾,以 20 mL 注射器抽取消痔灵注射液 10 mL 加 2%利多卡因 5 mL 加生理盐水 5 mL,配成混合液,以 1 mL 注射器抽取混合液注射到肛门周围和肛管的皮内,作扇形的肛周皮下注射,将注射器与皮肤瘙痒边缘成 15°角进针,使皮肤呈丘状或者片状隆起,肛管至齿线处皮下、黏膜下也均匀注射,将瘙痒区完全注射,注射时以创面皮下作浅表浸润为宜,切忌注射过深,边推边进,注射时一定要回吸,防止药物注入血管内,皮肤呈苔藓样变的皮下要充分注药,注射量以创面呈蓝色橘皮样改变为佳。伴有赘皮外痔的先切除再注射。每针注入 3~4 滴,总量不超过 20 mL,7 d 注射 1 次,15 d 为 1 个疗程,一般需用药 1 个疗程,个别需要用药 2 个疗程。注射完毕揉按片刻,铺无菌纱布,第 2 天可拆除敷料。封闭术后第 2 天,取肛门洗剂(苦参 30 g,明矾 20 g,黄柏 15 g,地肤子 15 g,蛇床子 15 g,川椒 15 g,艾叶 15 g,荆芥 10 g,冰片 3 g 后下)让患者先熏,待温度适宜后再坐浴浸洗瘙痒处,每日 1 剂,早晚各 1 次,每次 15~20 min。熏洗后肛门瘙痒处涂外用用药,外用用药的制备:青蛤散一袋(15 g),醋酸地塞米松片 4 片(0.75 mg/片),999 皮炎平 20 g(一支),三药混合在一起,配制成药剂,外涂瘙痒处,2 次/d。注意事项:保持大便通畅,忌食刺激性食物,避免局部刺激、搔抓,勤换内衣,忌用碱性太强的药物清洗局部,保持局部清洁,排便后用温水清洗肛门。顽固性肛门瘙痒症者可配合肛周末梢神经切断手术治疗。

2 疗效观察

2.1 疗效标准 痊愈:肛门瘙痒症状消失,局部皮肤外观恢复正常,随访半年无复发;显效:肛门瘙痒症状减轻,皮损大部分恢复正常,能控制不搔抓,偶仍需服药止痒;有效:肛门瘙痒症状减轻,皮损少部分恢复正常;无效:肛门瘙痒症状未减,皮损无变化,或停药后复发。

2.2 治疗结果 用药后 1~2 d 瘙痒症状略缓解,4 d 左右瘙痒症状明显缓解,15 d 瘙痒症状基本消失,

裂口剥扎合并肛门后侧位内括约肌切断术治疗 陈旧性肛裂的临床观察

叶志君¹ 洪中华¹ 胡晓阳² 方靖淞³

(1 江西中医学院 2010 级研究生 南昌 330006; 2 江西中医学院附属医院 南昌 330006;
3 江西中医学院 2009 级研究生 南昌 330006)

摘要:目的:观察裂口剥扎合并后侧位内括约肌切断术治疗陈旧性肛裂的临床疗效。方法:比较治疗组(采用裂口剥扎合并肛门后侧位内括约肌切断术)60 例与对照组(采用肛门后正中内括约肌切断术)60 例的治疗效果。结果:两组总有效率差异无显著统计学意义($P>0.05$),但治疗组在缩短创面愈合时间、减少术后肛门功能障碍、避免锁洞畸形的形成、降低复发率、防止术后出血以及防止术后感染上明显优于对照组($P<0.05$)。结论:裂口剥扎合并肛门后侧位内括约肌切断术治疗发生于截石位 6 点位(后位)的陈旧性肛裂疗效满意,值得临床推广。

关键词:后位陈旧性肛裂;裂口剥扎;后侧位内括约肌切断术;疗效比较

中图分类号:R 657.14

文献标识码:B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2012.02.029

肛裂是指发生在齿线以下,肛管皮肤的全层裂开性溃疡,以局部皮肤溃疡、肛乳头肥大、哨兵痔为三大特征,多发于截石位 6 点及 12 点位,以后位多见,占 75%,前位占 15%,侧位占 2%,前后位同时发生 8%^[1]。近年来针对肛裂的手术方法多样,迄今为止尚无一种可通用的规范术式。笔者采用裂口剥扎合并肛门后侧位内括约肌切断术治疗裂口位于后位的陈旧性肛裂 60 例,效果满意。现介绍如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 陈旧性肛裂 120 例,裂口均位于截石位 6 点位。随机分治疗组和对照组,各 60 例。治

疗组男 27 例,女 33 例,年龄 19~56 岁,病程 6 个月~12 年,合并肛乳头肥大 48 例,合并哨兵痔 55 例,合并皮下瘻 12 例;对照组男 28 例,女 32 例,年龄 18~54 岁,病程 6 个月~10 年,合并肛乳头肥大 49 例,合并哨兵痔 54 例,合并皮下瘻 14 例。两组病例在性别、年龄、病程、病种、症状、切口大小上无明显差异,具有可比性。

1.2 手术方法

1.2.1 治疗组 取屈膝侧卧位,常规消毒铺巾,局部麻醉显效下,用双叶肛门镜扩开肛门,视裂口、肛乳头、哨兵痔、皮下瘻的位置,用手术刀沿裂口偏向

个别患者最迟 1 个月瘙痒症状消失;皮损一般 5~7 d 开始好转,完全好转需 15 d 左右。33 例中,痊愈 25 例,显效 5 例,有效 3 例,总有效率 100%。

3 讨论

肛门瘙痒症是临床常见的肛肠疾病,现代医学认为该病由如下因素引起:(1)过敏反应;(2)疾病因素:如糖尿病、消化不良、荨麻疹、霉菌、滴虫感染、痔、瘻、肛裂等疾病;(3)精神因素;(4)遗传;(5)肛门潮湿和分泌物刺激。瘙痒是一种自觉症状,机理不十分明确,一般认为表皮内及真皮浅层的游离神经末梢是瘙痒觉的感受器,感受器受物理、化学刺激后导致局部组胺、激肽和蛋白分解的化学介质释放,这些化学介质作用于神经末梢引起痒觉,日久而产生皮损改变^[2]。临床常用抗组胺药、镇静剂、中药内服外用和糖皮质激素类软膏等治疗,效果多不理想,而采用消痔灵肛周局部皮下注射配合术后外用综合治疗肛门瘙痒症,取得了良好的效果。利多卡因局部封闭能阻断皮肤感觉神经,使患者疼痛反射快速消失。消痔灵注射液是以五倍子、明矾等中药提取的有效成分制成含鞣酸 0.15%、明矾 4%

的灭菌注射液。该药物局部注射后可使局部产生无菌性炎症,导致局部组织纤维化而达到治疗目的。消痔灵注入肛周皮内、皮下,产生无菌性粘连,从而破坏皮肤感觉神经末梢的传导,阻断病区瘙痒中枢神经的刺激,以治疗肛门瘙痒症,且毒性较小。利多卡因可以减轻消痔灵对组织刺激而产生的疼痛不适感。外用药皮炎平具有抗炎、止痒及抗过敏的作用外,还具有抗表皮癣菌、酵母菌和霉菌活性,对革兰氏阳性细菌也有效,是治疗因肛门湿疹及肛门浅部真菌病引起肛门瘙痒症的一种理想外用药。初始时我院用于治疗痔疮效果较好,在临床中发现其对肛周瘙痒的治疗起效较好,故用于配合肛周封闭治疗肛门瘙痒症,且疗效好,经济适用,患者耐受性好,再辅以熏洗、坐浴、理疗等效果更佳。本法的优点在于疗效迅速且方便,不良反应少,门诊及住院均可治疗,易于临床推广。

参考文献

[1]李雨农.中华肛肠病学[M].重庆:科学技术出版社重庆分社,1990.436
[2]龚光辉,叶茂.消痔灵局封合药熏法治疗肛门瘙痒症 78 例[J].实用中西医结合临床,2010,10(2):38

(收稿日期:2011-12-26)