

四联疗法治疗肛门瘙痒症的临床疗效观察

徐美玲¹ 袁伟超¹ 赵昂之²

(1 江西中医学院 2011 级研究生 南昌 330006; 2 江西中医学院附属医院 南昌 330006)

关键词: 肛门瘙痒症; 四联疗法; 疗效观察

中图分类号: R 574.8

文献标识码: B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2013.02.042

顽固性单纯性肛门瘙痒症是肛肠科常见病、多发病,男女均可发病,具有病程长、易反复发作、不易根治的特点,且药物治疗效果不理想。我科自 2012 年 3 月采用部分皮瓣切除 + 皮瓣游离 + 亚甲蓝皮瓣注射 + 肛门洗剂坐浴治疗肛门瘙痒症,取得了较好的临床疗效。现报道如下:

1 临床资料

1.1 诊断标准^[1] (1) 自觉肛周瘙痒,如虫爬、蚁走、火灼等,夜间遇到高温或食辛辣食物、刺激性食物后加重,心烦不安,精神萎靡,影响休息和睡眠;(2) 肛周皮肤散在干性抓痕血痂、皲裂或肛周皮肤潮湿、水肿、肥厚;(3) 长期不愈可见肛周皮肤增厚、粗糙、皮纹加深、色素减退及苔藓样变;(4) 实验室检查及皮肤活组织检查排除继发性肛门瘙痒症,如糖尿病、肛门湿疹等原发疾病引起。

1.2 一般资料 共收集我科 55 例病例,随机分为两组。治疗组 30 例,女 17 例,男 13 例;年龄 30~64 岁;病程 1~15 年。对照组 25 例,女 14 例,男 11 例;年龄 21~62 岁;病程 1.5~12 年。两组性别、年龄比较均无显著性差异(P 均 >0.05),具有可比性。

1.3 治疗方法

1.3.1 治疗组 采用部分皮瓣切除 + 皮瓣游离 + 亚甲蓝皮瓣注射 + 肛门洗剂坐浴。术前患者排空大便,侧卧位,肛门常规消毒,铺巾,取 10 mL 注射器,先局部麻醉肛周,在肛周 1、5、7、11 点分别做 4 个 V 字形切口,深度至皮肤外皮层,以切断肛周皮下神经为度,勿过深,向肛内可至齿线上 0.5 cm,用 10 号线结扎四个切去的皮肤,以免剪去残端出血。向外超过肛周瘙痒和皮损范围以外,用 4 号针吸取 1% 亚甲蓝 0.5 mL、1% 利多卡因 7 mL 混合液,在肛周皮损边缘成 15° 进针,边推边进,呈扇形皮下注射。注射范围覆盖整个皮损区,以局部皮肤呈橘皮样改变为宜,总量不超过 30 mL。注射结束后用血管钳游离四个皮瓣。术后第 2 天用肛门洗剂坐浴,方法同对照组。

1.3.2 对照组 采用肛周局部封闭亚甲蓝皮瓣注射 + 肛门洗剂坐浴^[2]。患者取侧卧位,肛门常规无菌

操作,铺巾,取 10 mL 注射器,4 号针吸取 1% 亚甲蓝 1 mL、1% 利多卡因 5 mL 混合液,在截石位皮肤瘙痒边缘成 15° 进针,边推边进,呈扇形皮下注射,总量不超过 20 mL,注射时不宜注入肌层,也不要注入齿线以上。封闭术后第 2 天,用我院自制肛门洗剂 150 mL (1 包),加开水 3 000 mL,先熏,待水温适当时坐浴约 15 min,每日 1 剂,早晚各坐浴 1 次。

1.4 疗效判定标准 痊愈:临床症状和体征消失,局部皮肤恢复正常。好转:临床症状和体征明显减轻,局部病变明显好转。无效:临床症状和体征无改变,局部皮肤病变无变化。

1.5 统计学方法 采用 SPSS13.0 软件做统计分析, $P < 0.05$ 表示差异有显著性。

1.6 结果 治疗组 30 例,痊愈 29 例 (97%),好转 1 例 (3%),总有效率 100%;对照组 25 例,痊愈 1 例 (4%),好转 10 例 (40%),无效 14 例 (56%),总有效率 44%。两组比较,治疗组疗效优于对照组 ($P < 0.05$)。

2 讨论

肛门瘙痒是肛肠科最常见的疾病之一,以肛门皮肤粗糙、潮湿、皲裂等表现为主^[3]。目前瘙痒的机理还不十分明确,一般认为是一种常见的局限性神经功能障碍性皮肤病。因为肛门皮肤比较薄,缺乏强韧的角质层,而且神经末梢丰富,这一区域对刺激有较强的敏感性^[4]。皮肤浅层神经末梢受体受到理化等因素刺激而导致局部组胺、激肽、蛋白质分解酶等化学性介质的释放,作用于肛门表皮内及真皮浅层的游离神经末梢(痒觉感受器),产生冲动,痛觉神经纤维中无髓鞘 C 组织纤维传导,经脊髓丘脑束至丘脑,最后达皮质感觉区,产生痒觉^[5],使患者产生难以抑制的搔抓,形成瘙痒 - 强迫搔抓 - 瘙痒加剧的恶性循环。

我们根据其发病机理,采用部分皮瓣切除、皮瓣游离而通过皮肤神经末梢发生可逆性坏死修复的过程,破坏感觉神经,使局部失去知觉而止痒;皮瓣注射亚甲蓝可阻滞皮肤感觉神经的传导,使肛周病变皮肤得以很好地休息,改善局部营养;配用我

中西药外用治疗老年大便失禁后肛周皮肤红肿疗效观察

黄雪丽

(广州军区武汉总医院 湖北武汉 430070)

关键词: 炉甘石洗剂; 氟康唑胶囊; 地塞米松注射液; 老年大便失禁; 肛周皮肤红肿

中图分类号: R 574.8

文献标识码: B

doi: 10.3969/j.issn.1671-4040.2013.02.043

肛周红肿是由于某种原因造成患者腹泻或大小便失禁,使局部的皮肤经常处于排泄物的刺激状态所致。我院老年病科 2010 年 5 月~2012 年 5 月,采用炉甘石洗剂加氟康唑胶囊加地塞米松注射液治疗老年大便失禁者肛周皮肤损伤,效果良好。现报告如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 本组患者 46 例,其中男 31 例,女 15 例,年龄 87~94 岁,平均 89.7 岁。随机分为观察组和对照组,两组患者大便失禁前肛周皮肤均正常,性别、年龄、原发病、病情程度等差异无显著意义 ($P>0.05$),具有可比性。

1.2 治疗方法

1.2.1 观察组 协助患者左侧或右侧卧位,用生理盐水棉球清洗肛周皮肤,纱布将水吸干,再用棉签将炉甘石洗剂加氟康唑胶囊加地塞米松注射液的混合液涂在肛周红肿处,范围以超过肛周红肿为宜,每日换药 2 次,如被排泄物污染则立即重新换药。

1.2.2 对照组 病人每次大小便后,用温水清洗肛周皮肤,用小纱布或棉球轻轻蘸干,用生理盐水清洗创面待干。病程中同时加强其它护理,如定时变换体位、及时更换污湿的尿垫、合理营养等。

1.3 疗效判断标准 痊愈:创面干燥,新生表皮覆盖创面,红肿消退;好转:创面清洁,渗液少,无臭味,周围红肿消退;无效:超过 3 d 症状无缓解^[1]。

1.4 统计学处理 应用统计学软件 SPSS 11.3,行 χ^2 检验。

1.5 结果 见表 1。

表 1 两组患者肛周皮肤情况比较 例

组别	n	好转	无效	总有效率(%)
观察组	23	21	2	91.3
对照组	23	15	8	65.2
χ^2 值		4.661	3.845	4.573
P 值		<0.05	<0.05	<0.05

2 讨论

腹泻、大小便失禁等患者因大小便对皮肤的浸渍,使皮肤的抵抗力下降,且由于大小便的化学刺激和反复清洗擦拭引起的物理性刺激,易致肛周皮肤红肿和糜烂^[2]。老年病人由于生理原因皮肤出现老化,皮下脂肪和皮下毛细血管减少,皮肤弹性降低,厚度变薄、松弛,对外界各种刺激的耐受性和伤口愈合能力降低^[3]。消化系统的消化和吸收功能及肠道黏膜的屏障功能均减退,加之长期使用抗生素引起肠道菌群失调,极易导致腹泻,当某种原因造成老年人腹泻时,极易发生肛周红肿,甚至破溃、渗出或继发感染,病人也由于肛门灼热而痛苦异常。

炉甘石洗剂主要由炉甘石、氧化锌等组成,具有收敛、止痒、消炎、防腐作用;氟康唑属三唑类抗真菌药,抗菌谱较广,作用机制主要为高度选择性干扰真菌的细胞活性,从而抑制真菌的繁殖和生长;地塞米松是一种强效糖皮质激素,抗炎作用及抗皮肤过敏的作用显著。这三者联合用药后,能保护肛周皮肤避免大小便的刺激,防治感染,有利于创面愈合,治疗效果好,值得临床推广应用。

参考文献

[1]黄亦武,庞江琳,周林频谱仪与氧化锌联合治疗尿布皮炎的疗效观察[J].现代护理,2002,8(9):668
 [2]黄漫容,叶新梅,徐继红,等.失禁病人肛周皮肤保护[J].齐齐哈尔医学院学报,2004,25(8):949
 [3]黄若文.现代老年病护理手册[M].北京:北京大学医学出版社,2000.4

(收稿日期: 2012-11-29)

院研制的中药肛门洗剂坐浴,以清热除湿、消肿止痒、止痛、收敛止血。以上四种疗法相结合,共奏清热燥湿、止痒润肤之功,既能快速止痒,又能借助中药巩固疗效,达到标本兼治的目的。

参考文献

[1]上海市卫生局.上海市中医病证诊疗常规[M].上海:上海中医药大学出版社,2003.339-340

[2]刘玉珠.肛门洗剂治疗痔术后并发症的临床观察及护理[J].实用临床医学,2004,5(5):120-121
 [3]周学明.综合疗法治疗肛门瘙痒症 33 例疗效观察[J].实用中西医结合临床,2012,12(2):41-42
 [4]张东铭.盆底与肛肠病学[M].贵阳:贵州科学技术出版社,2001.562
 [5]李爵农.中华肛肠病学[M].重庆:科学技术文献出版社重庆分社,1990.158

(收稿日期: 2012-11-29)