

肛窦切除术联合康复新液外敷治疗肛窦炎临床疗效观察

陈 啸 高 献 明

(福建中医药大学附属第二人民医院 福州 350003)

关键词:肛窦炎;肛窦切除术;康复新液;临床疗效

中图分类号:R657.1

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2016.09.024

肛窦炎又称肛隐窝炎,是发生在肛门瓣、肛窦部位的急慢性炎症,是肛肠科临床常见病。据统计,约 85%肛门直肠疾病都是肛窦感染所引起,因此,积极防治肛窦疾病,对于预防许多肛门直肠疾病的发生,有重要意义^[1]。笔者采用肛窦切除术联合康复新液外敷治疗肛窦炎,收效较好。现报道如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 选取 2013 年 1 月~2016 年 1 月我科收治的住院肛窦炎患者 78 例,随机分为两组。观察组男 17 例,女 22 例,年龄 16~68 岁,平均(40.18±5.37)岁,病程 1 个月~2 年,平均(1.05±0.52)年;对照组男 16 例,女 23 例,年龄 18~67 岁,平均(41.45±4.72)岁,病程 2 周~2.5 年,平均(1.18±0.89)年。两组一般资料经统计学比较, $P>0.05$,具有可比性。

1.2 纳入标准 均符合《中国肛肠病诊疗学》的肛窦炎诊断标准^[2]:临床表现为肛门不适或异物堵塞,分泌物增多,肛门潮湿、瘙痒、灼热、坠胀、疼痛等。肛门指诊提示肛窦处可有压痛,并可触及硬结或凹陷,或可触及肿大、压痛的肛乳头,指套常附有脓性分泌物。肛门镜检查为肛隐窝和肛乳头充血、水肿,并且有脓性分泌物。

1.3 治疗方法

1.3.1 观察组 采用肛窦切除术联合康复新液外敷治疗:患者取侧卧位,麻醉(插喉罩全麻或腰硬联麻)满意后,常规消毒铺巾,手法充分扩肛至四指,于半边肛门镜(PPH 半边镜)下暴露并找到病灶肛窦(结合术前经直肠腔内彩超或盆腔增强 MRI 定位),以肛窦钩(倒钩探针)自病灶肛窦的开口处探入并提起,以电刀沿探针提起方向由内向外放射状切开窦道,再切除切口相邻两侧的肛腺、肛瓣、肛乳头及炎性组织,术中注意止血,修剪切口至引流通畅。术后除常规抗炎、止血治疗外每日以康复新液(国药准字 Z15020805)浸泡纱条外敷切口(敷药时必须以探针将纱条送入肛内完全覆盖至肛窦切口处)。

1.3.2 对照组 采用高锰酸钾坐浴联合普济痔疮栓塞肛治疗:患者每日便后及早晚以高锰酸钾稀

液(按 1:5 000 稀释)坐浴 5~10 min 后普济痔疮栓塞肛治疗。

1.4 疗效评价标准 对比两组临床疗效及复发率。临床疗效评价标准^[3]:痊愈:患者临床体征和症状完全消失;好转:患者临床体征和症状显著改善,但肛窦充血及压痛尚未消失;无效:患者临床体征和症状无明显改善。

1.5 统计学处理 采用 SPSS21.0 统计学软件进行统计学分析,计数资料及计量资料分别用 χ^2 和 t 检验进行统计学比较。 $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

1.6 治疗结果 观察组总有效率 100.00%,对照组总有效率 76.92%。观察组患者的临床治疗总有效率明显高于对照组,差异具有统计学意义($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组患者在临床疗效上的比较

组别	n	痊愈(例)	好转(例)	无效(例)	总有效率(%)
观察组	39	36	3	0	100.00
对照组	39	9	21	9	76.92

2 讨论

肛窦炎是肛窦和肛门瓣因感染发生的炎症,病因主要是由于肛腺感染引起。因为肛窦解剖特殊,开口向上,呈漏斗状,肛瓣也向直肠上方突出,粪便干燥或混有异物通过肛管时,肛窦及肛瓣易遭损伤而感染发炎;或粪便残渣、分泌物、细菌进入肛窦,贮留在内而引起感染;或肠炎、痢疾、腹泻等,便次增多、频繁刺激肛窦和肛瓣也易发炎。由于炎症使开口在肛窦的肛腺管扩张、松弛,细菌乘机侵入而引起肛腺炎症;肛腺管水肿,肛腺液潴留,炎症蔓延可成肛周炎。因此肛窦炎常是肛裂和肛门直肠周围脓肿的前驱病变,而肛周脓肿又是肛痿的前驱病变。肛窦有肛门直肠疾病的“发源地”之称^[4]。患者多以排便不尽、肛门坠胀、刺痛、灼热及潮湿瘙痒为主要临床症状,多伴肛乳头肥大增生及发炎,常平时为肛门内隐痛,排便时因粪便刺激疼痛加剧,粪便带有少量黏液或鲜血,便后由于疼痛可引起括约肌痉挛。一些患者反复发作后出现精神紧张、焦虑、失眠等症状,严重影

响生活质量。专科检查：肛门口潮湿感，常伴有黏液；指诊：触及炎症肛窦开口扩大，凹陷及压痛明显，附近常并发肛乳头肿大；肛门镜下可见炎症肛窦及肛瓣充血、红肿、肛窦凹陷、肛乳头肿大；挤压患侧肛管，肛窦内可溢出少许脓液样分泌物；如用肛窦钩探查肛窦盲端，可探入较深，并有疼痛。

通过手术切开漏斗状炎症肛窦并切除，引流出粪渣异物及分泌物，再切除炎症蔓延两侧的肛腺、肛瓣、肛乳头及炎性组织，确保清除炎症组织、引流通畅。Eisenhammer 和 Parks 的“隐窝腺学说”提出，病菌经肛隐窝沿肛腺导管穿内括约肌侵入内、外括约肌之间的肛腺，引起肛腺的感染。因此术中应一并切除病变及相邻两侧的肛窦、肛腺、肛瓣组织，以确保疗效，避免复发。

康复新液是云南大理白族人民根据蜚蠊治疗恶创的有效经验，运用现代科技研发生产，主要成分为美洲大蠊干燥虫体的乙醇提取物，具有通利血脉、养阴生肌的作用，其含有多元醇类、上皮生长因子，促

使上皮细胞、成纤维细胞等向创面迁移，并刺激上皮细胞合成分泌胶原、透明质酸等细胞外基质，促进结缔组织细胞的生长、黏膜上皮再进行覆盖^[5]。能显著促进肉芽组织生长，再生毛细血管，改善伤口和创面的微循环，加快病灶组织修复的作用^[6]。

综上所述，肛窦炎严重影响生活质量，并与肛周脓肿、肛瘘等多种肛肠疾病的发生及发展密切相关，应早期诊断治疗，采用肛窦切除术联合康复新液外敷治疗肛窦炎临床疗效好，具有较好的临床应用价值。

参考文献

[1]陆金根.中西医结合肛肠病学[M].北京:中国中医药出版社,2009.172
[2]韩宝,张燕生.中国肛肠病诊断学[M].北京:人民军医出版社,2011.222
[3]荣文舟.现代中医肛肠病学[M].北京:科学技术文献出版社,2000.134
[4]盛传亮,任毅.肛门直肠病[M].天津:天津科学技术出版社,1994.414
[5]李淑芝,李克敏,刘淑敏.康复新液的临床观察[J].华西药杂志, 2001,16(2):146
[6]王道明,杨金峰.康复新液促进伤口愈合 34 例[J].陕西中医学院学报,2014,34(4):70-71

(收稿日期: 2016-08-26)

ALA-PDT 治疗男性尿道尖锐湿疣的临床观察

曾瑜 甘红婉 钟雨 #

(江西省赣州市人民医院 赣州 341000)

摘要:目的:观察 5-氨基酮戊酸光动力疗法(ALA-PDT)治疗男性尿道尖锐湿疣的疗效和安全性。方法:依据患者的就诊顺序将 56 例尿道尖锐湿疣患者分为治疗组和对照组,每组 28 例。治疗组采用 ALA-PDT 治疗,每周 1 次,共 1~3 次;对照组采用高频电灼治疗。对两组患者进行随访观察 6 个月。结果:治疗组 28 例患者中 7 例经 1 次治疗后完全缓解,8 例经 2 次治疗后完全缓解,13 例经 3 次治疗后完全缓解;随访 6 个月内复发 1 例,复发率 3.6%;有 1 例发生尿道口轻度狭窄,尿道口狭窄发生率 3.6%。对照组 1 次治疗均完全缓解;复发 11 例,复发率 39.3%;尿道口狭窄发生率 14.3%。两组复发率和尿道口狭窄发生率比较差异均有统计学意义($P<0.05$)。结论:ALA-PDT 治疗男性尿道尖锐湿疣疗效好,复发率低,不良反应少。

关键词:尖锐湿疣;男性尿道;ALA-PDT

中图分类号:R572.53

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2016.09.025

尖锐湿疣(CA)是由人类乳头瘤病毒引起的性传播疾病(STD),是全球范围内最常见的 STD 之一,而发生于尿道的男性患者在治疗上相对棘手。传统的治疗方法包括外用细胞毒性药物来清除疣体或激光、冷冻、电灼、微波等物理治疗,这些方法的共同点是不仅对局部组织破坏较大,易感染,且复发率较高。5-氨基酮戊酸(5-Aminolevulinic Acid, ALA)-光动力(Photodynamic Therapy, PDT)作为近年来的一种新型治疗手段,在全国范围内广泛应用且趋于成熟,对于泌尿生殖道乳头瘤病毒感染的治疗显示出了极大的优势,用于治疗尖锐湿疣安全、有效、复发率低^[1]。我科自 2012 年开展此疗法以来在治疗男性尿道尖锐湿疣方面积累了较多经验。现报道如下:

通信作者:钟雨, E-mail: gzsrmyypk@163.com

1 资料与方法

1.1 临床资料 56 例患者均为 2012 年 2 月~2014 年 10 月在我科初诊为尿道尖锐湿疣的男性患者(疣体均位于尿道口或近尿道外口的尿道内),经临床和/或病理检查确诊,排除合并其他生殖道感染性疾病。随机将 56 例患者分为 ALA-PDT 治疗组(治疗组)和高频电灼治疗组(对照组),每组 28 例。治疗组患者年龄 16~55 岁,平均年龄(29.20±4.35)岁,病程 13 d~3 年;对照组患者年龄 16~60 岁,平均年龄(33.50±5.07)岁,病程 18 d~2.5 年。两组皮损直径均≤2.5 cm,均按要求完成随访。两组患者在年龄、病程、皮损面积等方面比较差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。排除标准:(1)已知患者有光敏