

中西医结合治疗肛门部尖锐湿疣 180 例

梁靖华 孙林梅 白世斌 宋 磊 指导老师 贺向东
西安市中医医院附属肛肠病医院(西安 710001)

摘 要 目的:观察中西医结合治疗肛门部尖锐湿疣(CA)的临床疗效。方法:高频电灼或手术切除后,采用“3 个 3”注射疗法(局部注射干扰素 300 万 u)联合中药外洗、外敷。结果:180 例肛门部尖锐湿疣(CA)患者中,1 次性治愈 169 例,显效 9 例,无效 2 例,总有效率为 98.89%。提示:该方法治疗肛门部尖锐湿疣具有治疗简单、费用低、疗效好、不易复发的特点。

肛门部尖锐湿疣(CA)是一种由人类乳头状病毒(HPV)引起的发生于肛门部的疣状赘生物。一般常因性接触或接触其分泌物,感染物而传染^[1]。祖国医学认为,本病多因湿热下注,气血失和,腠理不密,复感外邪,凝聚肌肤,蕴久成毒所致。近年来,该病发病率有逐渐增高的趋势。本病治疗方法虽多,但复发率较高,据报道^[2],复发率在我国为 1.5~7.1%,国外为 3.0~9.1%。我院肛肠科自 2003 年 9 月~2007 年 6 月对 180 例肛门部尖锐湿疣患者采用中西医结合的治疗方法,取得了较满意的疗效,降低了复发率。现报道如下。

一般资料 180 例肛门部尖锐湿疣患者均为我院住院患者,均经 PCR 检测或病理检查而确诊,其中男性 132 例,女性 48 例;年龄 14 岁~69 岁,平均年龄 34.6 岁;病程 6 月~5.5 年,平均 1.5 年;自述有婚外性接触史者 106 例(包括同性恋 2 例)初发 169 例,复发 11 例。

治疗方法 所有肛门部尖锐湿疣患者均采用手术切除或高频电灼后局部注射干扰素,配合中药外洗,外敷治疗。患者鞍麻后取截石位,常规消毒,铺无菌巾,用高频电刀或手术剪逐个将疣状赘生物一次性切除,以深达真皮层为度,这是决定能否复发和伤口愈合快慢的关键。术后碘伏消毒,病灶局部注射安福龙(重组人干扰素 a2b 注射液,天津华立达生物工程有限工司生产)300 万 u,随后隔日 1 次,共用 3 次后,改每 3d 注射 1 次,继用 3 次,最后改每周注射 1 次,再用 3 次。整个治疗过程中每天用痔疮冲洗灵(我院自制剂,主要组方:青黛、朴硝各 12g,冰片 0.3g,花椒、儿茶各 9g,大黄、硼砂各 6g 外洗。初中期(术后 10d~15d)配合拔毒膏外敷(我院自制剂,主要组方:雄黄 12g,轻粉 9g,乳香 15g,朱砂 3g 等),后期(术后 10d~15d~痊愈)配合生肌九华膏(我院自制剂,主要组方:制炉甘石 15g,琥珀、滴乳石各 9g,滑石 30g,朱砂 3g,冰片 0.3g)外敷。复发者重复 1 个疗程。

疗效标准 停止治疗 3 月后评定疗效。参照《最

新国内外疾病诊断标准》评定。痊愈:于停止治疗后 10d、30d 及 3 月各复查 1 次,皮损全部消退,皮肤恢复正常,无新的尖锐湿疣出现,PCR 检测 HPV 呈阴性。显效:治疗后 3 月内妇科检查肉眼无新的尖锐湿疣出现,但 PCR 检测 HPV 呈阳性。无效:治疗内在原皮损处或其周围又有新的尖锐湿疣出现,或 PCR 检测 HPV 呈阳性。

治疗结果 180 例中,痊愈 169 例,显效 9 例,无效 2 例,总有效率为 98.89%。治疗过程中,67 例患者注射干扰素后出现低热及全身不适,5 例患者用拔毒膏后过敏,3 例患者用生肌九华膏后过敏,上述患者停药后均很快恢复正常。

典型病例 患者,男,41 岁,职员,于 2 月前感到肛门不适,触之发现肛门周围有多个小颗粒状赘生物,不痛不痒,当时未引起重视。近来肛门不适感加重,肛周颗粒状物增多长大,遂来我科就诊,经病检诊断为肛门部尖锐湿疣,上述中西医结合治疗 1 个疗程后痊愈,半年后随访无复发。

讨 论 尖锐湿疣是由人乳头瘤病毒所致的皮肤黏膜良性赘生物^[3],是近 30 年来发病率较高的性传播疾病,年轻人中患病率可达 0.5%~1.0%,约占性传播疾病的 24.73%,居性传播疾病的第二位^[4],发病高峰年龄为 20~40 岁,且发病率逐渐增高。肛门部尖锐湿疣也不例外。由于治疗后容易复发,给患者带来了很大的痛苦及经济负担。目前提倡多途径,多方法给药及中西医结合治疗,以提高疗效。为此,我院肛肠科在以前手术后免疫疗法的基础上进行了大胆创新,采用“3 个 3”局部注射疗法,并结合中药外洗,外敷等方法,取得了满意的疗效,降低了复发率。祖国医学认为,本病多因湿热下注,气血失和,腠理不密,复感外邪,凝聚肌肤,蕴久成毒所致。对此,我们选用痔疮冲洗灵外洗,以清热解毒,燥湿止痒。方中朴硝、冰片、儿茶、大黄、青黛具有清热解毒之作用,花椒、硼砂又能燥湿止痒。现代药理研究表明^[5],清热解毒中药具有抗感染的作用,既

可预防术后创面感染,又可预防尖锐湿疣复发,在初中期配合拔毒膏外敷能祛腐拔毒,活血止痛,从而可以有效的防止尖锐湿疣的复发。后期外敷生肌九华膏以生肌敛疮,促进伤口愈合,同时局部注射干扰素,又有增强机体免疫力之效。

该方法中西医结合治疗肛门部尖锐湿疣具有患者痛苦小,治疗时间短,费用低,不易复发等优点,治疗过程中应注意以下几点:①治疗宜早不宜迟,病程越长,其赘生物越多,治疗越困难,且个别病例有恶变的可能。②手术应一次性彻底切除,但也要尽量多保护正常皮肤,切除深度以达到真皮层为佳。③治疗期间要保持患处清洁,勤换内裤,禁食辛辣刺激食物,若夫妻都患此病,应同时治疗。④本病应与扁平湿疣,上皮癌相鉴别。扁平湿疣基大,宽,无蒂,疣面小颗粒而潮湿,疣底为灰黄色,而上皮癌多见于中年以后,质硬,易出血,有

恶臭。

综上所述,笔者认为,该方法治疗肛门部尖锐湿疣疗效可靠,治愈率高,省时省钱,值得推广。

参考文献

[1] 赵宝明,李民山主编. 肛门直肠病诊断治疗学[M]. 北京:中国协和医科大学出版社,2001:110.
[2] 虞瑞尧. 肛门生殖器疣国内外治疗进展[J]. 临床皮肤科杂志,1991,20:205.
[3] 王君善,陈改元. 中药外用为主治疗尖锐湿疣 100 例[J]. 陕西中医,2005,26:511.
[4] 靳培英主编. 皮肤病药物治疗学[M]. 北京:人民卫生出版社,2004:364.
[5] 宋仲福,于玉梅. 自拟中药汤剂内服外洗配合干扰素抗尖锐湿疣复发的作用观察[J]. 中医药临床杂志,2006,18:167.

中西医结合治疗急性嵌顿性混合痔 102 例

沙静涛 指导 贺向东 西安市中医医院附属肛肠病医院(西安 710001)

摘 要 目的:探讨急性嵌顿性混合痔的理想手术方法和疗效。方法:采用外剥内扎侧切术配合痔上粘膜缝扎术及中药紫草油膏外用的中西医结合方法。结果:102 例该病患者治愈率 100%。结论:该疗法具有疗效确切,伤口愈合快,无后遗症等优点。
主题词 痔/中西医结合疗法 手术 凉血药/治疗应用 活血药/治疗应用 @紫草油膏 外治法

急性嵌顿性混合痔是肛肠科的常见急症之一。近几年来,我们采用外剥内扎侧切术配合痔上粘膜缝扎术及中药紫草油膏外用的中西医结合方法,治疗该症 102 例,均取得了满意的疗效,现报道如下。

临床资料 本组 102 例,男 69 例,女 33 例;年龄 23~76 岁;病程 4~30 年;均为环状混合痔,急性嵌顿为 2~10d。临床多表现为肛门下坠疼痛,活动行走受限,排便排尿困难等。专科检查可见外痔肿胀,肛管呈环形脱出,伴内痔脱出,色暗红或紫黯。嵌顿超过 3~5d 者多见痔核粘膜表面出现糜烂、坏死、渗血、渗液等。肛门肿物触痛明显,有些伴有肛乳头肥大、肛裂及血栓形成等。

治疗方法 1 手术方法 患者术前备皮、清洁灌肠。腰俞穴麻醉后,病人取截石位,肛门部常规消毒,铺无菌洞巾。指诊并扩肛至肛内可容纳四指,使内痔全部暴露,查清内痔的数量、部位、直肠粘膜内脱垂情况。用卵圆钳夹住内痔部分的基底部,注意保留齿线处正常敏感区。在卵圆钳下内痔部分的正中,用 10 号丝线圆

针贯穿一针。在对应的外痔部分,先作 v 字形切口,切口应达水肿边缘,不能过小或过大,过小引流不畅,术后仍易水肿,过大损伤大愈合慢,并注意保留肛管皮瓣。用组织钳提起 V 字形皮瓣,将该皮瓣下的外痔静脉丛或血栓剥离至齿线处,与内痔部分共同作“8”字形结扎。将所结扎的部分注入 1:1 消痔灵注射液至隆起发白,并剪去上 2/3。在各结扎点上方,用 0/2 号肠线缝扎一针,进针应穿透粘膜下层,不要深达肌层,结扎不宜过紧,帮助固定上提内痔粘膜。外痔部分的切口呈放射状,对合皮瓣作间断缝合。内痔结扎时以截石位 3、7、11 点母痔区为主,各结扎点之间保留粘膜桥 0.8cm 左右,且使各结扎点高低交错,呈锯齿状。同时在截石位 5 点或 7 点肛缘作放射状切口,行内括约肌挑切术,切断内括约肌下端约 1cm。术后肛周皮下注射复方亚甲蓝长效止痛液。肛内置美辛唑酮栓及凡士林纱条,塔型敷料及宽胶布固定。

- 2 术后抗炎、止血、对症治疗。
- 3 每日便后坐浴中药紫草油膏外用至痊愈:药物