

笔者采用我院自拟三黄汤外敷治疗本病,全方由黄柏、黄芩、黄连、银花、苦参、连翘、地榆、大黄、冰片组成,方中黄连、黄芩、黄柏具有清热泻火、燥湿、祛瘀等作用,并具有较强的祛腐生肌、抗炎镇痛、止血、促进肉芽组织生长,改善营养不良的作用^[7],为主药;辅以银花、连翘清热解毒、地榆凉血止血、苦参凉血燥湿;佐以大黄凉血活血化瘀、冰片清热止痛、防腐止痒。与西医相比,中医药在治疗压疮方面有着独特的疗效^[8-9]。现代医学研究证明外用中药能改善局部微循环,促进新陈代谢,可使局部组织毛细血管扩张、血流加快,促进创面干燥,渗出减少,有益于组织的再生和修复,促进肉芽组织的生长及痂皮形成,可加快了创面愈合。

目前临床上用于治疗压疮的方法很多,对于压疮创面的处理主要是药物的局部外敷配合物理疗法,常用的局部药物治疗有西药治疗、中药治疗、联合用药三种^[10],物理疗法有红外线、超短波、超激光等,目前国内对压疮创面的处理的报道多以局部应用抗生素为主,但随着压疮治疗理念的更新,对于压疮的治疗,更强调湿性愈合理论^[11]。中药治疗压疮的作用机制则以收敛止痛、防腐生肌、活血化瘀、清热解毒、祛腐排脓为主,不但可以替代了传统西药抗生素的局部治疗,防止了抗生素的局部滥用,而持续湿敷治疗能使伤口持续保湿,符合湿性愈合理论,加快表皮迁移速度,可加快创面愈合。压疮为渗出性炎症、创面水肿并伴有不同程度的组织坏死和脓液形成^[12],现代研究证明:三黄的共同有效成分为黄铜甙、缩合鞣质、多种生物碱等,有抗炎止痛、成膜结痂、保护创面,促进上皮组织生成的功能,对大肠杆菌、葡萄球菌、绿脓杆菌有较强的抑制和杀灭作用^[13]。本研究显示,自拟三黄汤外敷治疗压疮与康惠尔溃疡贴相比较,总有效率显著高于对

照组($P < 0.05$),两组患者的压疮愈合时间比较治疗组优于对照组($P < 0.05$),差异有显著意义。

参考文献

- [1] 李小寒,尚少梅.基础护理学[M].第4版.北京:人民卫生出版社,2011:80-81.
- [2] 曾丽姣.压疮防治方法探讨[J].护理实践与研究,2010,7(6):66-67.
- [3] 王玉丽.中药膏治疗溃疡期压疮 30 例临床观察与护理[J].河北中医,2011,33(11):1724-1725.
- [4] 汪小妹,陈红清,余挺,等.自配生肌液配合穴位按摩治疗压疮的疗效观察[J].甘肃中医,2008,21(2):45.
- [5] 刘莉华.中药在压疮局部治疗中的应用[J].实用护理杂志,2002,18(10):51-52.
- [6] 李燕抗.生素的耐药性[J].国外医药:合成药、生化药、制剂分册,1999,20(6):352.
- [7] 祝亚男,胡祝红,罗艳,等. He-Ne 激光联合三黄汤改良敷料对糖尿病足大鼠 SIL-2R 的影响[J]. 中医药学报,2011,39(1):8-11.
- [8] 李时珍.本草纲目[M].北京:人民卫生出版社,2009:6.
- [9] 潘海邦,王波,吴国泰.三黄膏外敷对外科常见病的治疗作用[J].中医外治杂志,2011,20(5):62-64.
- [10] 彭雪娟,崔妙玲,滕海英,等.改良敷药促进溃疡期压疮愈合的护理研究[J].护士进修杂志,2011,26(13):1183-1184.
- [11] 钟惠庄.湿性愈合理论应用于压疮的治疗[J].中国民族民间医药,2010,6:96.
- [12] 张瑞霞,杨小敬.生鸡蛋清联合氧化锌软膏治疗压疮 32 例[J].陕西中医,2011,32(9):1175-1176.
- [13] 傅丹丹,葛卫红,陈立兵,等.三黄方系列制剂的研究进展[J].当代医学,2009,15(1):14-16.

(收稿 2013-08-11;修回 2013-09-20)

皮下隧道游离术配合中药熏洗治疗重度肛周湿疹 70 例

孙林梅 孙林燕 宋磊 指导 梁靖华 西安市中医院(西安 710001)

摘要 目的:观察皮下隧道游离术配合中药熏洗治疗重度肛周湿疹的临床疗效。方法:120 例重度肛周湿疹患者随机分为治疗组 70 例和对照组 50 例,治疗组采用皮下隧道游离术配合中药熏洗,对照组采用局部外涂绿药膏加地塞米松治疗,两组均以 2 周为 1 个疗程。结果:治疗组治愈率 95.71%;对照组治愈率为 78%,两组比较,治疗组疗效明显优于对照组($P < 0.05$)。结论:皮下隧道游离术配合中药熏洗能提高重度肛周湿疹的临床疗效。

主题词 湿疹/中医药疗法 中医肛肠手术 外治法 清热燥湿药/治疗应用

【中图分类号】 R266 【文献标识码】 A doi:10.3969/j.issn.1000-7369.2014.01.013

肛周湿疹(perianal eczema)是一种常见的肛周皮肤病,以反复瘙痒、多形性皮损、易于渗出、容易复发

为特征,病变常局限于肛门口及周围皮肤。该病病程长,不易治愈。笔者自 2010 年 9 月~2012 年 12 月,采用皮下隧道游离术配合中药熏洗治疗重度肛周湿疹 70 例,并与局部外涂绿药膏加地塞米松治疗的 50 例相比较,疗效满意,现报道总结如下。

临床资料 随机将 120 例患者分为两组。治疗组 70 例中,男 49 例,女 21 例;年龄 19~65 岁;病程 6 个月~5 年。对照组 50 例中,男 27 例,女 23 例;年龄 20~66 岁;病程 7 个月~5 年。

诊断标准 均符合国家中医药管理局颁布的中医病证诊断疗效标准^[1] 重度肛周湿疹诊断。症状:患者自觉肛周瘙痒不适,夜间尤甚。专科检查:肛缘皮肤呈局限性浸润肥厚,呈棕红色或灰白色,表面粗糙,覆以少许糠秕样鳞屑,可发生辐射状皲裂,或因抓破而结痂,少数呈苔藓样变。

排除标准 合并有痔、肛瘘、肛裂等肛周疾患;有糖尿病等内分泌系统疾病及肿瘤患者。

治疗方法 治疗组患者鞍麻下,截石位于床,Ⅲ型安尔碘常规消毒手术视野,铺无菌巾单,选取肛门 6、12 点距肛缘 1.5cm 处各作一皮肤切口,用弯止血钳从肛门 6 点切口进入皮下,围绕肛周作钝性分离,从肛门 12 点切口穿出,作一隧道;张开弯止血钳,边退钳边作皮下组织分离,分离区域根据瘙痒病变而定;与以上同样方法在对侧皮肤作分离,术后填油纱条引流,无菌敷料加压包扎。术后第一天用自拟中药湿痒洗剂开始熏洗坐浴,基本处方药物为:苦参、蛇床子、土茯苓各 30g,地肤子、白鲜皮、百部各 20g,花椒、苍术、当归各 12g,艾叶、紫草各 9g。用法:将药物置砂锅内,加入约 2500mL 冷水,浸泡 60min 后先武火后文火煎 20~30min,滤出药汁,再加入 2500mL 冷水熬药取汁。两次煎汁混匀,每日分两次熏洗(早晚各 1 次),先熏后洗,每次 15~20min,完毕晾干即可。2 周为 1 疗程,观察 1 个疗程。

对照组每日温水坐浴后将复方利多卡因凝胶 20g 加地塞米松 0.75g/片,5 片,捣碎调匀局部涂擦肛周瘙痒处,并轻柔使药物充分吸收,每日早晚各 1 次,2 周为 1 个疗程,观察 1 个疗程。

疗效标准 参照国家中医药管理局颁布的中医病证诊断疗效标^[1]。痊愈:肛门皮损完全消退,症状消失;显效:肛门皮损消退 70% 以上,症状明显减轻;有效:肛门皮损消退 31%~69%,症状减轻;无效:肛门皮损消退不足 30% 或不消退,症状不减轻或加重。

统计学方法 重度肛周湿疹疗效采用百分比统计,计量资料采用 *t* 检验,计数资料采用 χ^2 检验。

治疗结果 两组患者经治疗后,皮下隧道游离术

配合中药熏洗治疗组明显优于西药对照组($P<0.05$)。结果见下表。

表 1 两组治疗结果及疗效比较

组别	n	痊愈	显效	有效	无效	总有效率%
治疗组	70	42	18	7	3	95.71
对照组	50	20	15	4	11	78.00

注:与对照组比较, $\Delta P<0.05$

讨 论 肛周湿疹是一种由多种内、外因素引起的肛门周围浅层真皮及表皮的炎症。祖国医学称为“浸淫疮”、“血风疮”、“风湿疹”、“顽湿”等。中医认为此病虽发于外,但常与内脏功能失调有关,也就是常与内蕴湿热,湿热下注及久病耗伤阴血而致内风有关。且中医素有久病必瘀、久病必虚之说,风、燥、湿、热之邪长期蕴结于肛门,使之气血运行不畅,经脉阻滞而发为瘀血,瘀血阻络,血脉不荣,肌肤失养而致本病。该病由于炎症长期刺激,致肛周皮肤增粗、增厚,而影响药物的吸收,加之患者长期搔抓,导致皮损及苔藓样病变加重,又进一步阻止了药物的吸收^[2]。因此,改变肛周环境,给肛周皮肤提供一个良好的恢复环境,是治疗肛周湿疹的关键。基于上述理论,我们结合临床,采用皮下隧道游离术,离断皮下神经,阻断肛周皮内神经末梢感受器的传导,从而破坏了“瘙痒-搔抓-皮损及苔藓样病加重-严重瘙痒”的恶性循环,使局部组织得到静息与修复。术后我们采用中药坐浴熏洗,一方面药物直接作用于肛周局部,有利于药物的有效吸收;另一方面,药物借助自身物理作用,温经通络,以达到活血消肿止痛的目的。方中地肤子含有皂苷,有祛风利湿,灭真菌之功效;五倍子内含鞣质,有较强的收敛作用;蛇床子中的挥发油有收敛、抑制渗出、止痛作用;白鲜皮清热燥湿、解毒止痒;当归既补血又活血;百部祛风燥湿,杀虫止痒;土茯苓除湿解毒;艾叶温通经脉;花椒有麻醉止痛作用;紫草凉血活血,除燥润肤。苍术有清热燥湿之功效;诸药相配,共达清热燥湿、祛风止痒的目的。现代药理研究还表明,苦参对于 I 型变态反应具有免疫抑制作用,可抑制 T、B 淋巴细胞及巨噬细胞^[3]。它的主要成分为苦参碱,对急性炎症性毛细血管通透性增高导致的炎性渗出、组织水肿以及炎症晚期的肉芽组织增生有抑制作用^[4]。总之,我们采用皮下隧道游离术配合中药熏洗治疗重度肛周湿疹,不仅改善了肛周环境,而且对病变部位起到了抗炎,抑菌,抗过敏作用。

参考文献

[1] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[M]. 南京: 南京大学出版社, 1994: 137.

[2] 陈文平,张 平.手术配合局部外用药物治疗慢性肛门湿疹临床观察[J].结直肠肛门外科,2007,13(3):158-159.

[3] 冯亚珍.苦参对小鼠免疫功能的抑制作用[J].河南中医,1997,17(5):277-278.

[4] 宋立人,洪 恂,丁绪亮,等.现代中医药大辞典[M].北京:人民卫生出版社,2001:1212.

(收稿 2013-06-18;修回 2013-08-17)

柏硝祛毒洗剂熏洗治疗混合痔术后肛缘水肿 80 例

丛 坤 李春耕[△] 河北省唐山市工人医院手术室(唐山 063000)

摘 要 目的:观察柏硝祛毒洗剂熏洗治疗混合痔术后肛缘水肿的临床效果。方法:治疗组采用柏硝祛毒洗剂熏洗治疗,对照组采用单纯柏硝祛毒洗剂高锰酸钾稀释液熏洗治疗。比较两组治疗效果。结果:柏硝祛毒洗剂熏洗治疗混合痔术后肛缘水肿效果明显优于对照组, $P<0.05$;治疗痊愈速度治疗组亦优于对照组。结论:柏硝祛毒洗剂熏洗治疗混合痔术后肛缘水肿有清热解毒、促进伤口愈合的功效。

主题词 痔/并发症 肛肠疾病/中医药疗法 清热解毒药/治疗应用 外治法

【中图分类号】 R266 【文献标识码】 A doi:10.3969/j.issn.1000-7369.2014.01.014

肛缘水肿是混合痔患者术后常见并发症^[1-2],术后出现肛缘水肿主要与以下因素有关:手术操作不当,外痔切时切除不够,以及内痔结扎时位置在齿状线以下导致周围淋巴及血液循环障碍;切口引流不畅,局部炎症产生;术后因肛门伤口疼痛恐惧排便,终致便秘,或平素便秘,久蹲大便,腹压增高,肛缘皮下静脉回流障碍等^[3]。关于肛缘水肿治疗主要以高锰酸钾外洗、外敷痔疮膏、消炎膏等,严重者甚至需要二次手术,不但加重了患者痛苦,还延长了疗程。我们采用柏硝祛毒洗剂(唐山市中医医院自制制剂,制剂批准文号为冀药制字 Z200050833,成分主要为黄柏、芒硝、防风、地榆、花椒、甘草)熏洗治疗混合痔术后肛缘水肿,效果明显优于其他治疗方法,现报道如下。

临床资料 筛选唐山市工人医院和唐山市中医医院肛肠科混合痔手术后肛缘水肿患者 160 例,混合痔均符合《中医病证诊断疗效标准》相关诊断标准^[4]。其中男 98 例,女 62 例;年龄 18~71 岁,平均 44.5 岁;手术采用内扎外切术 86 例,消痔灵注射术 15 例,PPH 术(吻合器痔上黏膜环切术)59 例;肛缘水肿均为轻度。随机分成治疗组和对照组各 80 例。

治疗方法 治疗组:①采用柏硝祛毒洗剂熏洗,具体方剂:黄柏、芒硝、防风、地榆、花椒各 15g,甘草 9g,该洗剂为唐山市中医医院自制制剂,5 剂草药制成 500mL 浓缩汤剂装瓶,治疗时取中药浓缩汤剂 100 mL 加沸水 900 mL,先用洗剂热气蒸浴 10 min,待洗剂温

度适宜后坐浴 10 min,1d2 次,疗程 10d^[5]。②排便指导:嘱患者排便时间控制在 1 min 左右,避免久蹲,腹压增高,如不能实现,可加服一清片等润肠药。

对照组:采用 1:5000 高锰酸钾溶液 1500mL 坐浴,熏洗方法同治疗组,同时注重排便指导。

疗效标准 痊愈:肛缘水肿消失,无不适感。显效:肛缘水肿缩小,有轻度不适感。无效:肛缘水肿及不适感无明显改善^[6]。

统计学方法 临床疗效比较用 SPSS16.0 系统进行等级资料两样本秩和检验比较, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

治疗结果 治疗混合痔术后肛缘水肿 10d,疗效治疗组明显优于对照组, $P<0.05$ (见表 1),治疗痊愈速度治疗组亦优于对照组,尤其 1~5d。

表 1 混合痔术后肛缘水肿治疗比较(d)

组别	疗效	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
治疗组	痊愈	3	12	37	46	62	68	69	72	74	74 [△]
	显效	26	47	33	26	13	10	10	7	5	5 [△]
	无效	51	21	10	8	5	2	1	1	1	1
对照组	痊愈	0	0	2	11	16	23	27	32	35	41
	显效	13	18	22	28	31	35	37	37	36	30
	无效	67	48	56	41	33	22	16	11	9	9

注:与对照组比较, $\Delta P<0.05$

讨 论 中医认为,痔术后局部水肿是经络阻滞、气血凝滞、湿热下注所致,治以清热解毒、利湿消肿、活血化瘀。外治法作为祖国医学常用方法,早在《医学

[△]河北省唐山市中医医院肛肠科(唐山 063000)