



浅谈肛周湿疹的治疗

蔡情倩 余家斌 宋玉柱

庐江县人民医院中医肛肠科 安徽巢湖 231500

【中图分类号】R275 【文献标识码】A 【文章编号】1674-9561 (2017) 03-013-02

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性皮肤病，为肛肠科常见病。临床主要表现为局部皮肤潮红、丘疹、渗液、糜烂、瘙痒剧烈，或皮损表面粗糙、肥厚、苔藓样变、色素脱失、皲裂等。其治疗方法主要分为中医治疗、西医治疗、中西医结合治疗等，现将近年来肛周湿疹的主要治疗方法简析如下：

1 中医治疗

1.1 中药外治

高峰^[1]用中药洗剂（药物组成：苦参 30g，黄柏 45g，蛇床子 30g，大黄 30g，芒硝 20g，乌梅 3g，川楝子 30g）外用治疗肛周湿疹 54 例，结果：治愈 37 例（占 68.5%），显效 15 例（占 27.8%），无效 2 例（占 3.7%）；治疗过程中未见不良反应。

赵强等^[2]将 160 例肛周湿疹患者随机分为 2 组，治疗组 80 例，对照组 80 例，治疗组将药物五妙散（蛇床子 30g，生黄柏 60g、赤石脂 30g，寒水石 30g，地肤子 30g）调制成膏，均匀外涂至患处，并轻柔致药物吸收，早晚各 1 次，疗程 2 周；对照组将派瑞松软膏均匀外涂至患处，早晚各 1 次，疗程 2 周。结果：治疗组总有效率 88.75% 显著高于对照组 78.75%， $P < 0.05$ 。

余明红^[3]将 132 例肛周湿疹患者随机分为 2 组，治疗组用马应龙麝香痔疮膏外擦患处，每天 2 次。对照组用醋酸曲安奈德尿素乳膏外擦患处，每天 2 次，2 周为 1 个疗程。结果：治疗组总有效率达 90.91%，对照组总有效率为 54.5%，差异有统计学意义。

1.2 中药口服加外治

陆明山^[4]采用健脾益气、佐以利湿法治疗慢性肛周湿疹 40 例，具体治法：内服补中益气汤加味。药用：黄芪 30g，党参、当归、白芍、苍术各 15g，防风、黄柏、柴胡、陈皮各 10g，升麻 5g。每日 1 剂，水煎 2 次口服，15 天为 1 个疗程；同时外治：方用防风、地肤子各 15g，黄柏 10g，苦参 20g。每日 1 剂，煎汤坐浴，每次 20 分钟，每日 2 次。结果：40 例中治愈 25 例，有效 12 例，无效 3 例，总有效率 92.5%。

1.3 针灸、埋线

熊书华^[5]将肛周湿疹患者 106 例随机分为治疗组和对照组各 53 例，对照组给予高锰酸钾溶液坐浴、曲安奈德益康唑乳膏外涂；治疗组给予坐浴方（苦参、地肤子各 15g，炒白术、龙胆草、白鲜皮、防风、苍术各 10g）配合针刺治疗，选穴大椎、曲池、合谷、内关、神门、足三里、三阴交、血海、中脘、太冲、少商等，采用提插、捻转、捣针法治疗，每次留针 20 分钟，1 日 1 次。两组患者均连续治疗 2 周为 1 个疗程。结果：治疗组治愈 38 例，显效 12 例，有效 3 例，总有效率 94.3%；对照组治愈 31 例，显效 13 例，有效 6 例，无效 3 例，总有效率 83%； $P < 0.01$ ，具有统计学意义。

谭红等^[6]将 80 例慢性肛周湿疹患者随机分为治疗组和对照组各 40 例。治疗组采用局部围刺埋线（选取截石位 1、3、5、6、7、9、11 点，对皮损进行包围式埋线）配合体穴埋线治疗（选取足三里、曲池、肾俞、三阴交四穴进行埋线），对照

组采用曲安奈德混悬液局部封闭治疗。对两组患者皮损变化、瘙痒程度、渗液多少等指标进行比较，3 个月随访，比较两组疗效及复发情况。结果：治疗组疗效优于对照组，痊愈率 90%（ $P < 0.01$ ），有效率 100%；且复发率明显低于对照组（ $P < 0.01$ ）。

2 西医治疗

2.1 西药外用

卢燕玲^[7]将 93 例肛周湿疹患者随机分为观察组（47 例）和对照组（46 例），两组清洗后，对照组用聚维酮碘乳膏涂擦，观察组用复方磺胺氧化锌软膏涂擦。结果：观察组治疗效果显著优于对照组，湿疹治愈时间显著缩短（ $P < 0.05$ ）。

梁森^[8]将 220 例肛周湿疹患者按随机对照原则分为观察组和对照组，每组 110 例。两组患者均口服桂利嗪片（25mg/次，3 次/天）、维生素 E（0.1g/次，3 次/天）、维生素 B1（20mg/次，3 次/天）。观察组在此基础上外用派瑞松（曲安奈德益康唑软膏），每日 2-4 次，疗程均为 4 周，应用 4 级评分法比较两组患者临床症状改善情况及疗效。结果：两组患者治疗前评分比较未见统计学差异，4 周治疗后比较有统计学差异（ $P < 0.05$ ）；观察组总有效率 92.8%，对照组 83.6%，差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。

2.2 西药口服加外用

范宝荣等^[9]采用随机对照的方法将 59 例患者分为两组，治疗组 30 例，予以口服咪唑斯汀缓释片，每日 1 次，每次 10 mg，外用曲安奈德益康唑乳膏，每日早晚各 1 次。对照组 29 例，仅外用曲安奈德益康唑乳膏，用法同治疗组，疗程均为 14 天。结果：治疗组在 7 天和 14 天的有效率分别为 83.33% 和 93.33%，优于对照组 58.62% 和 68.97%，差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。

韩蕊^[10]将 180 例肛周湿疹患者为研究对象，根据随机数字表法分为观察组和对照组，各 90 例，对照组每日给予地奈德乳膏外用，2 次/d；观察组在对照组的基础上服用复方甘草酸苷胶囊，3 粒/次，3 次/d，两组均治疗 1 个月后，观察临床治疗效果。结果：观察组治疗总有效率显著优于对照组，两组比较差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。

2.3 局部注射

张宝顺等^[11]将符合诊断的 130 例肛周湿疹患者随机分为治疗组 65 例和对照组 65 例。对照组予以外用复方醋酸地塞米松乳膏，治疗组予亚甲蓝肛周局部封闭加用康复新液坐浴，7 天为一个疗程，观察 2 组病例的疗效及症状改善情况。结果：治疗组总有效率及症状改善方面均明显高于对照组（ $P < 0.05$ ）。

刘新华^[12]将 99 例肛周湿疹患者随机分为 2 组，治疗组 50 例给予曲安奈德稀释后局部封闭，对照组 49 例，给予亚甲蓝局部封闭，均为每周 1 次，连用 3 周。结果：治疗组近期治愈率与对照组比较有统计学差异（92%，75.51%， $P < 0.05$ ）。

2.3 手术治疗

孙弋淇等^[13]将 100 例肛周湿疹患者平均分为实验组（50 例）和对照组（50 例），实验组采用肛周皮下神经游离挂线术，对照组采用肛周皮下神经游离术。结果：实验组总有效率为 94% 优于对照组的 72%。



罗超兰等^[14]将肛周湿疹患者70例随机分为2组,各35例。对照组采用肛周局部封闭治疗,术后每日予抗感染、换药对症治疗,观察组在对照组的基础上加用肛周皮下游离挂线术。治疗1个月后,观察2组患者的临床疗效、术后复发情况;治疗前后检测血清IgE水平。结果:观察组总有效率85.7%,对照组65.7%;差异有统计学意义($P<0.05$)。观察组术后复发率明显低于对照组($P<0.01$)。观察组治疗后血清IgE水平显著下降,与治疗前比较有显著差异($P<0.05$),且观察组治疗后血清IgE水平明显低于对照组($P<0.05$)。

3 综合治疗

吴金华^[15]采用中医外洗(苦参20g,蛇床子20g,马齿苋30g,生百部15g,黄柏15g,黄连15g,防风15g,荆芥10g煎水坐浴20分钟,每日2次)配合西药激素软膏外涂(派瑞松软膏1g局部外涂患处,每日2次)综合治疗急性肛周湿疹51例,结果:治愈36例,有效11例,无效4例,有效率92.16%。

许向前等^[16]将184例肛周湿疹患者随机分为治疗组49例、对照1组45例、对照2组45例、对照3组45例,治疗组予肛周亚甲蓝封闭+中药坐浴(配方为防风10g,蛇床子15g,苦参30g,明矾15g,归尾10g)+派瑞松乳膏外用;对照1组予肛周亚甲蓝封闭+派瑞松乳膏外用;对照2组予肛周亚甲蓝封闭+中药坐浴(同治疗组);对照3组予中药坐浴(同治疗组)+派瑞松乳膏外用。结果:治疗组痊愈率及有效率均高于各对照组($P<0.05$)。

李彦军^[17]将281例肛周湿疹患者随机分为治疗组161例和对照组120例。

4 讨论

肛周湿疹是肛肠科常见病,是肛周皮肤过敏性炎症性皮肤病,其病因尚未十分明确;祖国中医学认为肛周湿疹属肛门疮疔范畴,称之为“浸淫疮”“血风疮”等,其病机多为风、湿、热邪留滞肌肤,或饮食伤脾,脾为湿困,运化失司,或血虚生风化燥,肌肤失养所致,“湿”是其主要因素。目前对于肛周湿疹的治疗方法虽有很多,但尚无特效根治方法,也无统一的有指导意义的治疗方案,尤其对于亚急性及慢性湿疹,西医治疗多以口服抗组胺药物、外涂糖皮质激素制剂等方法

为主,虽短期疗效显著,但易复发,且停药后可能造成症状加重且不易控制等后果。另外尚有手术、药物注射封闭等治疗方法,但痛苦较大,远期效果也不能完全肯定,患者不易接受;而肛周湿疹的中医药治疗报道较多,积累了丰富的临床经验,具有其独特的优势,其中中药外洗属中医外治法的范畴,可使药力直达患处疏通肌理,起效快、不良反应少,安全可靠;中药内外合治,重视整体与局部的关系,标本兼治,也取得了较好的临床疗效;临床研究也证明中西医结合治疗肛周湿疹总有效率优于单纯西医治疗,治疗过程体现了祖国中医学“急则治其标,缓则治其本”的医学理念,这应该是今后肛周湿疹治疗中研究的重点之一。在检索文献中也发现,对于中药动物实验和药物作用机理的相关研究较少,因此当进行前瞻性随机对照研究进一步评估中医药的优势及安全性,指导临床治疗。

参考文献:

- [1] 高峰. 中药外洗治疗肛周湿疹54例疗效观察[J]. 中国中西医结合急救杂志, 2011, 18(2): 102.
- [2] 赵强, 毛红, 李薇等. 五妙散治疗肛周湿疹80例[J]. 中国中医药现代远程教育, 2014, 12(7): 20-21.
- [3] 余明红. 马应龙麝香痔疮膏治疗肛周湿疹疗效观察[J]. 中国实用医学, 2013, 8(8): 159-160.
- [4] 陆明山. 加味补中益气汤治疗慢性肛周湿疹[J]. 山西中医, 2012, 28(11): 7.
- [5] 熊书华. 坐浴方配合针刺治疗肛周湿疹53例[J]. 陕西中医, 2013, 34(5): 593-594.
- [6] 谭红, 欧阳小林, 张燕. 围刺埋线配合体穴埋线治疗慢性肛周湿疹的临床研究[J]. 结直肠肛门外科, 2012, 18(5): 284-286.
- [7] 卢燕玲. 复方磺胺氧化锌软膏治疗肛周湿疹的效果观察[J]. 吉林医学, 2013, 34(5): 867.
- [8] 梁森. 派瑞松软膏治疗肛周湿疹[J]. 临床医学, 2015, 35(8): 101-102.
- [9] 范宝荣, 肖德秀, 张翠松. 咪唑斯汀联合曲安奈德益康唑乳膏治疗肛周湿疹疗效观察[J]. 临床皮肤科杂志, 2012, 41(10): 629-630.

(上接第12页)

本试验采取统计学软件“SPSS19.0”进行统计分析,其中计数资料用(%)表示,用“ χ^2 ”检验;计量资料采取“ $\bar{x} \pm s$ ”表示,用“t”检验,检验水平为0.05。

2 结果

2.1 两组患者术后6个月时的踝关节功能恢复效果比较

观察组患者术后6个月时的踝关节功能恢复优良率为85.0%,显著高于对照组的62.5%,组间差异显著 $P<0.05$ 。数据如表1:

表1: 两组患者术后6个月时的踝关节功能恢复效果比较

组别	例数	优	良	中	差	优良率
观察组	40	22	12	5	1	85.0%
对照组	40	16	9	10	5	62.5%

2.2 两组患者术后1年时的踝关节功能恢复效果比较

表2: 两组患者术后1年时的踝关节功能恢复效果比较

组别	例数	优	良	中	差	优良率
观察组	40	27	10	3	0	92.5%
对照组	40	20	8	9	3	70.0%

观察组患者术后1年时的踝关节功能恢复优良率为92.5%,显著高于对照组的70.0%,组间差异显著 $P<0.05$ 。数据如表2:

3 讨论

综上所述,对踝关节骨折术后患者实施个性化康复治疗,能够显著提升患者的术后踝关节功能恢复效果。

参考文献:

- [1] 黄月乔, 陈光, 刘珂, 等. 系统康复治疗踝关节骨折的疗效[J]. 中国老年学杂志, 2013, 33(24): 6155-6156.
- [2] 王再军. 谈手术治疗踝关节骨折的临床研究[J]. 临床研究, 2016, 24(1): 60-60.
- [3] 周国钦, 张占伟, 张军平, 等. 踝关节骨折内固定术后早期康复训练对患者关节功能的改善作用[J]. 中国实用医刊, 2015, 42(17): 109-110.
- [4] 陈涛. 踝关节骨折手术后进行早期康复训练的远期疗效观察[J]. 中国医药指南, 2014, 12(30): 233-234.
- [5] 李秀芬, 钟伟彬, 邝秀云. 早期下床无负重活动在踝关节骨折术后患者中的应用[J]. 现代临床护理, 2013, 12(4): 22-24.
- [6] 廖博, 张勇, 龙华, 等. 踝关节内固定术后即时关节被动活动评估[J]. 中国骨与关节损伤杂志, 2010, 25(6): 512-514.