

复方甘草酸苷注射液治疗阴囊湿疹 42 例

潘武林, 许春生, 邹艳芳, 陈黎

(湖北省新华医院皮肤科, 武汉 430015)

[摘要] **目的** 观察复方甘草酸苷注射液治疗阴囊湿疹的疗效与安全性。**方法** 78 例患者分为治疗组 42 例和对照组 36 例, 对照组口服氯雷他定片, 皮损按照外用药物治疗原则治疗, 治疗组在此基础上应用复方甘草酸苷注射液 40 mL · d⁻¹ 静脉滴注, 疗程 4 周。**结果** 治疗组痊愈率及总有效率分别为 61.9% 和 85.7%, 而对照组分别为 38.9% 和 63.9%, 两组比较差异均有显著性 ($P < 0.05$), 两组均未见明显不良反应。**结论** 复方甘草酸苷注射液治疗阴囊湿疹疗效确切, 不良反应少, 值得临床推广应用。

[关键词] 甘草酸苷注射液, 复方; 阴囊湿疹

[中图分类号] R986; R758.23

[文献标识码] A

[文章编号] 1004-0781(2007)09-1044-02

阴囊湿疹在临床上是一种常见的皮肤病。一般自觉剧痒, 病程慢性经过, 常多年不愈, 严重影响患者的生活及工作^[1], 治疗棘手。笔者自 2005 年 10 月 ~ 2006 年 9 月应用复方甘草酸苷注射液治疗阴囊湿疹患者, 取得了满意的疗效, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料 我院门诊有典型阴囊湿疹临床表现的患者 78 例, 均满足下列条件: ①患者均符合阴囊湿疹诊断条件^[2]; ②近 2 周末用过全身性皮质类固醇制剂及抗组胺药; ③无并发细菌、病毒及真菌感染; ④无其他内脏疾患。按就诊时间先后随机分为治疗组 (42 例) 和对照组 (36 例)。平均年龄 42 岁 (13 ~ 87 岁); 病程平均 3.2 a (3 d ~ 15 a)。皮损大多为亚急性或慢性鳞屑性苔癣化肥厚皮疹, 分为潮湿型和干燥型。两组患者在年龄、病程、皮损严重程度和分型等方面差异无显著性, 具有可比性。

1.2 治疗方法 治疗组给予复方甘草酸苷注射液 (商品名: 美能, 日本米诺发源制药株式会社生产, 深圳健安医药有限公司总经销, 进口药品注册证号: BH20030185) 40 mL 加入 5% 葡萄糖注射液 250 mL 中静脉滴注, qd, 同时口服氯雷他定片 10 mg, qd。皮损按照外用药物治疗原则, 用 3% 硼酸水湿敷、外敷锌糊或曲安奈德 (尿素去炎松) 软膏等局部治疗。对照组患者除未给予复方甘草酸苷注射液外, 其他治疗同治疗组。两组用药时间均为 4 周。

1.3 疗效判定标准 治疗前及治疗 4 周后, 按 4 级评分法, 即 0 = 无, 1 = 轻度, 2 = 中度, 3 = 重度, 分别对患者的症状 (瘙痒) 和体征 (红斑、丘疹、糜烂、渗出、浸润或鳞屑及苔癣化等) 进行客观评价。疗效指数 (%) = (治疗前总积分 - 治疗后总积分) / 治疗前总积分 × 100%。痊愈为疗效指数下降 ≥ 95%; 显效为疗效指数下降 60% ~ 94%; 有效为疗效指数下降 20% ~ 59%; 无效为疗效指数下降 < 20%。痊愈与显效例数的百分比合计为总有效率。

1.4 统计学方法 数据采用 χ^2 检验, 以 $P < 0.05$ 为差异有显著性。

2 结果

2.1 两组疗效比较 治疗组痊愈 26 例, 显效 10 例, 总有效率 85.7%, 有效 4 例, 2 例治疗无效。对照组痊愈 14 例, 显效 9 例, 总有效率 63.9%, 有效 9 例, 4 例治疗无效。两组有效率比较, 差异有显著性 ($\chi^2 = 5.011, P < 0.05$)。见表 1。

表 1 两组阴囊湿疹患者疗效比较

组别	例数	痊愈		显效		有效		无效		总有效率/%
		例	%	例	%	例	%	例	%	
治疗组	42	26	61.9	10	23.8	4	9.5	2	4.8	85.7
对照组	36	14	38.9	9	25.0	9	25.0	4	11.1	63.9

2.2 不良反应 两组在治疗过程中均未发现明显不良反应。

3 讨论

阴囊湿疹是皮肤科常见的顽固性皮肤病, 其病因复杂。由于特殊的部位和衣着习惯, 会阴部成为人体湿度较高的部位, 尤其在天气炎热、潮湿的地区, 再加上皮肤磨损、炎症刺激等因素的共同作用, 使得阴囊湿疹成为最常见的皮肤病之一。由于诱因难除, 病程反复迁延不愈, 严重影响患者的生活及工作。此病常规疗法欠佳, 且部分病例甚至无效。笔者用复方甘草酸苷治疗阴囊湿疹取得较好疗效, 且未见明显不良反应。复方甘草酸苷注射液治疗阴囊湿疹的疗效与尤立平等^[3]报道的结果一致。

复方甘草酸苷注射液治疗湿疹、皮炎类皮肤病有效的机制可能为: ①其主要成分为甘草酸一胺、甘氨酸和半胱氨酸, 这 3 种成分能共同协调发挥抗变态反应作用, 对于因变态反应所致的阴囊湿疹有针对病因的治疗作用; ②通过抑制磷脂酶 A₂ (PLA₂) 的活性, 阻断花生四烯酸在起始阶段的代谢水平而发挥抗炎作用; ③甘草酸一胺与肾上腺皮质激素多种代谢酶, 如 $\Delta 5\beta$ 还原酶、11 类固醇脱氢酶 (11 β -HSD) 及 20-HSD 亲和力较强, 通过抑制类固醇在肝内的失活, 从而减缓了类固醇的代谢速度, 使其作用增强, 进而发挥类固醇样作用^[4]。

综上所述, 复方甘草酸苷注射液安全性好, 具有抗变态反应、类固醇样作用和调节机体免疫功能作用^[5], 治疗阴囊湿疹疗效确切, 不良反应少, 值得临床推广应用。

[收稿日期] 2007-02-09

[参考文献]

[作者简介] 潘武林 (1971 -), 男, 湖北武汉人, 主治医师, 主要从事皮肤病学工作。电话: 027 - 65600746, E-mail: panwulin@163.com。

[1] 赵 辩. 临床皮肤病学 [M]. 3 版. 南京: 江苏科技出版社, 2001: 604.

- [2] 张学军. 皮肤性病学[M]. 6 版. 北京: 人民卫生出版社, 2005: 100.
- [3] 尤立平, 白彦平, 刘永生, 等. 复方甘草酸苷治疗亚急性、慢性湿疹疗效观察[J]. 中国药房, 2003, 14(1): 371.
- [4] 朱敏刚, 刘卫. 复方甘草酸苷治疗玫瑰糠疹 56 例[J]. 医药导

报, 2006, 25(3): 224-225.

- [5] 周小勇, 袁勇谋, 孙庆云, 等. 复方甘草酸苷(美能)注射液治疗泛发性湿疹临床疗效评价[J]. 中国皮肤性病学杂志, 2006, 20(2): 124-125.

手术联合龙珠软膏麝香痔疮栓 换药治疗肛旁脓肿 165 例

彭军良, 张 华

(上海市金山区中心医院枫泾分院痔科, 201501)

[摘要] 目的 观察切开排脓扩创术联合龙珠软膏、麝香痔疮栓换药治疗肛旁脓肿的疗效。方法 肛旁脓肿患者 165 例, 取侧卧位, 局部浸润麻醉或用骶管阻滞麻醉, 切开排脓后寻找感染的肛隐窝即内口, 如果内口位置较低可以直接切开; 如果内口位置较高则加用挂线疗法。术后一天二次用龙珠软膏和麝香痔疮栓换药直至创面愈合。结果 165 例全部治愈。结论 切开排脓扩创术联合龙珠软膏、麝香痔疮栓换药治疗肛旁脓肿疗效确切, 值得推广。

[关键词] 龙珠软膏; 麝香痔疮栓; 切开排脓; 扩创术; 肛旁脓肿

[中图分类号] R982; R657.15 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1004-0781(2007)09-1045-02

肛旁脓肿是临床上常见的肛门直肠疾病, 好发于 20~40 岁的青壮年, >85% 由肛窦炎及肛门腺感染引起, 一般症状是先感到肛门周围出现一个小硬块或肿块, 继而突然剧烈疼痛, 红肿发热, 坐卧不安, 夜不能寐, 全身体温升高^[1], 甚至引起败血症、腹膜炎等中毒症状, 出现生命危险。2000 年 7 月~2005 年 12 月笔者采用切开排脓扩创术联合龙珠软膏、麝香痔疮栓换药治疗肛旁脓肿 165 例, 疗效满意, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料 肛旁脓肿患者 165 例, 男 126 例, 女 39 例, 男:女=3.23:1; 年龄 19~62 岁, 平均 43.1 岁; 病程 2~30 d, 平均 6.2 d; 住院时间 12~25 d, 平均 16.5 d。

1.2 治疗方法

1.2.1 手术操作 手术前以开塞露 40 mL(2 支)或 50% 甘油 50 mL 灌肠, 排空大便, 肛门口局部备皮, 温水坐浴, 清洗肛门。患者取双膝前屈侧卧位, 充分暴露肛门, 病侧在下, 肛门内外皮肤黏膜常规消毒并铺巾, 用 1% 利多卡因 20 mL, 加入 1% 肾上腺素 0.1 mL 作局部浸润麻醉或用 1% 利多卡因 20 mL, 1% 肾上腺素 0.1 mL 再加入新斯的明 1 mg 作骶管阻滞麻醉。先仔细检查肛旁脓肿的位置、大小、波动感及与肛管直肠环的关系。在脓肿波动感最明显处或穿刺抽脓定位处与肛门方向呈放射状或弧形切开排脓。切开脓腔后应仔细寻找有无细小的脓腔、分支瘘管及内口, 如有点状坏死组织或暗红色肉芽小组织, 应用探针试探, 若能探入, 应将管道切开引流。如果切口两侧有内痔的应一并将在内痔内扎外切处理, 以免术后痔核脱出或充血水肿压迫创面而影响愈合^[2]。仔细检查肛门创面有无搏动性出

血点, 如有应予以结扎止血。术毕用藻酸钙敷料填塞创面, 外垫棉花, 活性伤口敷料固定, 压迫止血。

1.2.2 手术后处理 嘱患者在 48 h 内尽量不解大便, 如果患者大便难忍, 便后马上清洗创面, 压迫创面止血, 不必禁饮食。术后常规给予抗炎、止血治疗 5~7 d。如果术中创面渗血较多, 可给予注射用血凝酶(立止血)1 U 一次肌内注射。术后第 2 天拔出藻酸钙敷料, 每天 2 次用温水或痔疾洗液 40 mL 坐浴 20 min, 清洗创面后先在创面局部涂上龙珠软膏(武汉马应龙药业集团股份有限公司生产, 批准文号: 国药准字 Z10950017), 再予麝香痔疮栓(武汉马应龙药业集团股份有限公司生产, 批准文号: 国药准字 Z42021461)结合本院自制的生肌散(主要成分: 炉甘石、血竭、冰片、轻粉等)一天两次纳入肛门直至创面愈合。

2 结果

本组 165 例肛旁脓肿患者经采用切开排脓扩创术(或加用挂线术)联合龙珠软膏、麝香痔疮栓换药治疗后, 全部获得治愈, 在术中及术后无一例发生创面大出血及感染, 也很少发生肛门失禁、肛门功能受损的现象, 术后 0.5~1 a 随访 88 例, 无一例复发, 无一例形成肛瘘, 近期疗效满意。治愈率达 100.0%。

3 讨论

肛旁脓肿是肛肠科常见的疾病, 很难自愈, 手术治疗是必须的, 而且手术越早越好, 脓肿一旦形成, 要尽早切开排脓, 千万不要“包脓养疮”, 致使脓肿向深部和周围组织蔓延扩散^[1]。肛旁脓肿手术成败的关键在于准确寻找到脓肿的原发病灶即内口, 并将内口切开或切除, 否则创面就不能愈合, 即使暂时愈合, 日久又会复发或者形成肛瘘^[3]。在正确找到内口后应将感染的肛隐窝、肛门腺导管及肛门腺即感染的原发病灶彻底切除。在原发内口处理后, 一定要对其周围和齿线部位的各个肛隐窝进行仔细检查, 凡是肛隐窝变深变大、有钩探针能钩入者应一并切除或作放射状切口引流, 避免隐性内口遗漏而造成复发。

[收稿日期] 2007-02-08 **[修回日期]** 2007-03-09

[作者简介] 彭军良(1975-), 男, 湖南祁东人, 住院医师, 学士, 从事肛肠科临床工作。电话: 021-27336585, E-mail: shpj19750806@sohu.com。