

临床报道 | 医疗报告

小针刀行肛周皮下神经离断治疗顽固性
肛门瘙痒的临床研究

唐云刚, 杨荣森, 梁亚苹

摘要 目的: 探讨小针刀行肛周皮下神经离断治疗顽固性肛门瘙痒的临床疗效。**方法:** 回顾性分析 60 例顽固性肛门瘙痒患者分别行传统改良 Ball 手术 (对照组, 30 例) 和小针刀肛周皮下神经离断 (治疗组, 30 例) 的手术治疗效果。**结果:** 两组治疗效果确切, 对照组有效 26 例 (有效率 87%), 治疗组有效 27 例 (有效率 90%), 两组疗效无明显差异 ($P>0.05$)。对照组术后切口出血 7 例, 治疗组 2 例; 对照组切口裂开 3 例, 治疗组无伤口裂开; 对照组伤口愈合时间为 (7.9 ± 1.4) d, 治疗组 (3.7 ± 1.2) d。对相应指标进行统计分析, 治疗组在术后肛门切口出血、裂开、愈合时间明显优于对照组 ($P<0.05$)。**结论:** 小针刀肛周皮下神经离断在治疗顽固性肛门瘙痒方面具有疗效确切, 微创, 出血少, 疼痛轻微, 术后恢复好, 愈合时间短等优势。

关键词: 顽固性肛门瘙痒; 小针刀; 手术疗效

中图分类号: R657.1 **文献标识码:** A **文章编号:** 1007-6948(2019)02-0200-03

doi: 10.3969/j.issn.1007-6948.2019.02.020

顽固性肛门瘙痒是肛肠科临床常见的皮肤疾病, 患者多有滥用激素类药物的病史, 反复发作, 瘙痒剧烈, 保守治疗效果差, 润滑剂和抗组胺药物不能缓解^[1], 严重影响患者的生活工作。因此对于顽固性的肛门瘙痒临床上多采取手术治疗, 我们将 2014 年 11 月—2017 年 5 月收治的 60 例顽固性肛门瘙痒用传统改良 Ball 手术与自制小针刀肛周皮下神经离断进行随机分组, 每组 30 例, 观察两种方法在治疗顽固性肛门瘙痒方面的疗效, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

1.1.1 一般资料 60 例顽固性肛门瘙痒病例为

表 1 两组病人一般资料比较

组别	n		年龄 (岁)	有糖尿病史 (n%)	血压 (mmHg)		有烟酒史 (n)	病程 (月)
	男	女			收缩压	舒张压		
治疗组	16	14	41.7 ± 12.0	4 (23%)	110.5 ± 7.0	73.1 ± 7.4	17	10 ± 0.3
对照组	18	12	43.1 ± 10.6	6 (20%)	112.3 ± 7.4	72.5 ± 7.0	15	9.9 ± 0.3

注: 两组比较无显著差异 ($P>0.05$)

1.1.2 诊断标准 患者自觉肛周周围瘙痒不适, 如虫爬蚁走, 症状时轻时重, 夜间为甚, 可出现丘疹、红斑、滋水。重者可向会阴蔓延, 持续发作。局部搔抓后糜烂、出血、渗液、疼痛、犹如火烧。

2014 年 11 月—2017 年 5 月期间在我科门诊保守治疗无效或复发的入院手术患者, 均符合 1994 年版《中华人民共和国中医药行业标准》^[2]。其中男性 34 例, 女性 26 例, 年龄在 22~63 岁之间, 平均年龄 (42.7 ± 11.3) 岁, 病程 1 个月~1 年, 平均 (10 ± 0.3) 月。经患者知情并签署同意后, 采用随机号码表法随机分为 2 组, 对照组 30 例, 治疗组 30 例。两组病人的性别、年龄、血糖、血压、吸烟饮酒史、病程等基线资料进行比较, 两组病人一般资料无差异, 具有可比性 ($P>0.05$), 见表 1。对照组采用传统改良 Ball 手术, 治疗组采用小针刀肛周皮下神经离断治疗^[3]。

反复搔抓后肛周皮肤灰白、皱襞肥厚、粗糙、苔藓样变^[4]。

1.1.3 排除标准 明确为病毒、细菌、真菌、寄生虫等原因导致肛周皮肤疾病^[5], 有明确内分泌及神经系统疾患^[6]。

1.2 治疗方法

1.2.1 传统改良 Ball 手术^[7] 腰俞穴麻醉肛门松

四川省西昌市人民医院肛肠痔瘘科 (西昌 615000)

通信作者: 唐云刚, E-mail: tangyungang@126.com

弛后, 先尽可能去除引起瘙痒的肛门疾患, 在肛门两侧作 1~1.5 cm 放射状切口 4 条, 切口之间仔细潜行分离, 在皮下沟通各个切口, 止血用电凝, 切口不缝合, 于肛周皮损区用美兰做肛周皮下点状注射^[8]。检查肛门大小合适后, 肛内放入马应龙痔疮膏、栓、紫草油纱条, 无菌辅料覆盖后压迫包扎固定。

1.2.2 小针刀肛周皮下神经离断 腰俞穴麻醉肛门松弛后, 先尽可能去除引起瘙痒的肛门疾患, 然后于肛周皮损区截石位 2、5、7、11 点距肛缘

0.5 cm 和 1.5 cm 处分别做 8 个点状切口, 用自制 135° 斜面针刀于沿切口在皮下按 360° 方向做皮下充分分离, 切断皮下神经, 然后用美兰做肛周皮下注射作肛内放入马应龙痔疮膏、栓、紫草油纱条, 无菌辅料覆盖后压迫包扎固定。

1.2.3 术后处理 术后均予患者抗感染, 便后中药苦参汤坐浴, 局部换药治疗。

1.3 疗效及观察指标

1.3.1 疗效判定标准 对患者手术前后皮疹形态, 瘙痒症状, 渗液情况进行评分。见表 2。

表 2 疗效评分标准

评分	0 分	2 分	4 分	6 分
皮损面积直径	无	≤ 3 cm	4-6 cm	> 6 cm
瘙痒程度	无	<每日 4 次	每日 4~8 次	>每日 8 次
渗液程度	无	有较少渗液	渗液较多	-

1.3.2 疗效评价 临床疗效参照尼莫地平法: n (治疗指数) = (术前积分 - 术后积分) / 术前积分 × 100%。(1) 治愈 ($n \geq 90\%$): 皮损、瘙痒、渗液消失;(2) 显效 ($60\% \leq n < 90\%$): 皮损、瘙痒、渗液明显减轻;(3) 好转 ($30\% \leq n < 60\%$): 皮损、瘙痒、渗液轻微减轻;(4) 无效 ($n < 30\%$): 皮损、瘙痒、渗液无改善。

1.3.3 术后切口愈合情况 观察术后切口出血、疼痛、水肿、裂开、感染情况、伤口愈合时间。出血程度: 大便带血、滴血为轻度; 出血量 50~200 mL 为中度; 出血量 >200 mL 为重度。疼痛: 患者的疼痛的程度用 0 至 10 共 11 个数字表示 (VAS 法)^[9], 由病人根据自己的疼痛程度来评分。0 分: 无痛; <3 分: 有轻微疼痛, 能忍受; 4~6 分: 疼痛并影响睡眠, 尚能忍受, 应给予临床处置; 7~10 分有强烈的疼痛, 疼痛剧烈或难忍。

1.3.4 术后复发情况 于术后 2 周、1 月、6 月回访患者, 了解有无复发。

1.3.5 术后并发症 患者术后有无肛门狭窄、失禁、功能障碍等情况。

1.4 统计学方法 采用 SPSS 19.0 进行统计分析。计量资料采用均数 ± 标准差表示, 采用 t 检验进行统计分析。计数资料采用频数和构成比表示, 术后疗效为等级资料采用 Wilcoxon 秩和检验、卡

方检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组皮疹形态, 瘙痒症状, 渗液情况手术前总积分的比较, 由表 3 可知, 两组手术在术前 ($t=0.682, P=0.498$) 积分无差异, 表明治疗组和对照组病人术前病情无差异, 具有可比性。

表 3 术前两组手术积分的比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	n	术前
治疗组	30	11.33 ± 3.03
对照组	30	11.87 ± 3.10
t 值		0.682
P 值		0.498

注: 术前两组比较无显著差异 ($P > 0.05$)

2.3 两组手术临床疗效比较 由表 4 可知, 两组手术临床疗效采用 Wilcoxon 秩和检验发现, 两种手术之间临床疗效无统计学意义 ($Z=1.490, P=0.803$)。

2.4 两组伤口情况比较 由表 5 可知, 两组术后伤口情况采用卡方检验发现, 治疗组对术后产生的伤口伤害较小 ($\chi^2=10.921, P=0.012$), 愈合时间采用 t 检验, 治疗组伤口愈合时间短 ($t=12.599, P < 0.01$)。

表 4 两组手术临床疗效的比较

组别	n	无效	好转	显效	治愈
治疗组	30	3	3	6	18
对照组	30	4	2	7	17

表 5 两组伤口情况及愈合时间

组别	n	出血	裂开	疼痛	无不良反应	伤口愈合时间
治疗组	30	2	0	13	15	3.70 ± 1.18
对照组	30	7	3	15	5	7.87 ± 1.38

2.5 两组术后复发比较 由表 6 可知, 两组术后复发情况无统计学意义 ($Z=1.556, P=0.823$)。复发情况采用 Wilcoxon 秩和检验发现, 两组术后

表 6 两组手术复发情况比较

组别	n	术后 2 周复发	术后 1 月复发	术后 6 月复发
治疗组	4	0	1	3
对照组	3	0	1	2

3 讨论

顽固性肛门瘙痒原因复杂, 其发病可能是由夜间无意识的抓挠引起^[10], 早期患者不予重视, 常常滥用药物, 造成药物依赖甚至无效, 甚至在临床中有部分患者描述, 搔抓会带来欣快感, 因此肛门湿疹的治疗困难, 常规用药极易复发, 严重影响患者生活、工作, 对患者危害较大, 目前我们对保守治疗无效, 反复复发的病人采取皮下神经离断手术方法进行治疗, 在采取传统改良 Ball 手术治疗, 术中破坏肛门皮下神经, 结合美兰的神经脱髓鞘作用^[11], 阻止瘙痒的神经冲动传递, 控制患者的搔抓欲望, 提供肛周皮肤恢复正常所需要的时间, 疗效确切, 复发率低, 但是该手术中需要 4 个长达 1 cm 的开放性伤口, 其创伤大, 术后疼痛剧烈, 恢复时间较长, 偶有感染发生。因此我科根据针刀原理, 特制的 135° 的针刀创造性用于该手术方法, 将 4 个 1~1.5 cm 开放性的伤口用 8 个针眼替代, 同时 135° 的锋利针刀能够充分的从皮下分离神经, 将复杂性、开放性的手术变成了简单的、闭合性的手术, 符合现代外科微创的要求, 并通过 60 例患者的回顾性研究发现, 在治疗效果及术后复发方面无论是传统手术还是针刀手术都达到了治疗效果, 术后复发率也没有明显的差异, 但是在从患者的术后伤口情况和愈合时间上, 治疗组明显优于对照组, 针刀达到了微创、减轻术后出血、疼痛、缩短创面愈合时间的作用, 使这种治疗手段更加的让患者容易接受。本文病例对比小针刀肛周皮下神经离断与传统改良 Ball 的两种术式方式证实了针刀手术具有传统手术方法疗效确切的优点, 同时发扬了祖国医学微创、简单、安全、有效、价廉的优点。

但是, 此方法需要注意几点: (1) 自制针刀足够锋利, 角度以 135 度为准, 手术中分离彻底, 这

是预防术后复发的关键。(2) 早期美兰烧灼感强烈, 可口服止痛药物处理。(3) 术后常规中药苦参汤坐浴, 能减轻症状, 加快皮肤恢复正常, 降低复发率。(4) 术后加强患者心理疏导, 详细交代顽固性肛门瘙痒的发病原因、疾病演化过程, 手术治疗的原理, 最大程度取得患者配合, 加强治愈希望, 增强治疗效果。

参考文献:

- [1] Tan GF, Tan ES, Tey HL. Anogenital epidermolytic acanthomas: effective treatment of pruritus with 0.1% tacrolimus ointment [J]. *Dermatol Ther*, 2014, 27(2): 113-116.
- [2] 国家中医药管理局. 中华人民共和国中医药行业标准 [M]. 南京大学出版社, 1994: 132.
- [3] 王永志, 董福慧, 钟红刚, 等. 小针刀减张法对大鼠股薄肌受压迫后肌张力和神经末梢影响的研究 [J]. *中国骨伤*, 2011, 24(12): 1020-3.
- [4] 徐廷翰, 刘金龙, 毛红, 等. 中国痔瘡诊疗学 [M]. 四川科学技术出版社, 2008. 11: 514-515.
- [5] Carrillo-Quintero D, Del Otero Sanz L, Hernández-Egido S1, et al. Demographic and clinical features of diagnosed individuals of enterobiasis in the southern Gran Canaria: sampling assessment [J]. *Rev Esp Quimioter*, 2016 29(6): 302-307.
- [6] Cohen AD, Vander T, Medvendovsky E, et al. Neuropathic scrotal pruritus: anogenital pruritus is a symptom of lumbosacral radiculopathy [J]. *Am Acad Dermatol*, 2005, 52(1): 61-66.
- [7] 张东铭, 王玉成. 盆底与肛门病学 [M]. 贵州科技出版社, 2001: 572.
- [8] Farouk R, Lee PW. Intradermal methylene blue injection for the treatment of intractable idiopathic pruritus ani [J]. *Br J Surg*, 1997, 84: 670.
- [9] Kang S, Gao F, Han J, et al. Extracorporeal shock wave treatment can normalize painful bone marrow edema in knee osteoarthritis: A comparative historical cohort study [J]. *Medicine (Baltimore)*, 2018, 97(5): e9796.
- [10] David E. Beck, Patricia L. Roberts, Theodore J. Saclarides, 等. 美国结直肠外科医师学会结直肠外科学 [M]. 北京大学出版社, 2013: 273.
- [11] 陈锦珍, 向德志, 何隆甫, 等. 肛门皮下组织亚甲蓝注射神经阻滞术用于肛肠科术后镇痛的效果观察 [J]. *中国医学创新*, 2015, 12(19): 144-146.

(收稿: 2017-12-01 修回: 2019-03-11)

(审稿专家: 马东旺)