

引用:杨张琪,赵亮,张尚华.慢性肛周湿疹局部治疗研究进展[J].湖南中医杂志,2021,37(8):197-200.

慢性肛周湿疹局部治疗研究进展

杨张琪¹,赵亮¹,张尚华²

(1. 湖南中医药大学,湖南长沙,410208;

2. 湖南省中医药研究院,湖南长沙,410006)

[关键词] 慢性肛周湿疹;局部治疗;综述;学术性

[中图分类号] R275.982.4 [文献标识码] A DOI:10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2021.08.064

肛周湿疹是一种由多种因素引起的肛门周围皮肤的炎症性病变^[1],其主要发生于肛周,严重时可延及臀部、会阴、阴囊等处。肛周湿疹发病不局限于年龄、性别,并普遍易感^[2]。该病临床主要表现为肛门周围皮肤剧烈瘙痒,还可表现为肛门周围皮肤局部或泛发的红肿、渗出、苔藓样变、脱屑等。本病严重影响患者生活,甚至影响患者身心健康。根据病程长短,本病可分为急性肛周湿疹和慢性肛周湿疹;根据发病原因,又可分为原发性肛周湿疹和继发性肛周湿疹两大类^[3]。临床治疗以抗过敏、抗炎治疗为主,抗感染、止痒等对症及局部治疗为辅,常用药物为抗组胺制剂、类固醇激素等^[4]。曲安奈德具有抗炎、抗瘙痒、抗过敏的作用,是治疗皮炎湿疹的常用药^[5]。口服免疫调节剂、抗组胺药和外涂糖皮质激素类药物是临床上西医治疗肛周湿疹的主要手段,短期内疗效明确,但易复发。且长期使用糖皮质激素类制剂后会产生皮肤萎缩、毛细血管扩张、色素沉着、激素依赖性皮炎等不良反应。《医宗金鉴·血风疮》云:“此证由肝、脾二经湿热,外受风邪,袭于皮肤,郁于肺经,致遍身生疮。形如粟米,瘙痒无度,抓破时,津脂水浸淫成片,令人烦躁、口渴、瘙痒,日轻夜甚”^[6]。中医学认为肛周湿疹与脾虚湿热相关,湿邪是肛周湿疹发病的关键因素。或因素体脾虚湿盛,或因郁怒伤肝,肝郁克脾,或因饮食不节,肆食辛辣肥甘之品,致脾运化失职,湿从内生,湿热内蕴,下注肛门而发病;或因久居湿地、冒雨涉水,外感湿邪困遏肌表,与风邪、热毒、虫淫等相搏,充于腠理而见诸症^[7]。本病主要可以分为湿热下注、血虚风燥、脾虚湿盛、热毒壅盛 4 个证型^[8]。其病程长,慢性肛周湿疹常反复发作,迁延不愈^[9]。中医药在治疗湿疹方面有其独特优势,疗效肯定,且不良反应少。故笔者将近几年中医药治疗肛周湿疹的进展综述如下。

1 中药外用

翁美容等^[10]将肛周湿疹患者随机分为 2 组,治疗组自

制苦参除湿膏外涂于患处,对照组外涂复方曲安奈德乳膏,治疗 2 周后结果显示,2 组患者肛周瘙痒评分较治疗前下降,且治疗组瘙痒评分低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$);2 组湿疹体征形态积分比较,差异有统计学意义($P < 0.05$);治疗组为有效率 97.5%,高于对照组的 80%,随访 2 个月的复发率治疗组为 95%,对照组为 67.5%,2 组比较,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。蓝宗毅等^[11]将湿热型肛周湿疹患者随机分为 2 组,治疗组采用中药坐浴方治疗。对照组采用高锰酸钾溶液坐浴,结果显示,治疗组的总有效率(100%)高于对照组(86.67%),差异有统计学意义($P < 0.05$);治疗组治疗后临床症状各项评分低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$);2 组治疗后生活质量评分高于治疗前,差异有统计学意义($P < 0.05$)。唐锋等^[12]将慢性肛周湿疹病例随机分成 2 组,治疗组采用中药熏洗坐浴联合龙珠软膏外敷于患处,对照组外敷派瑞松治疗。2 周后结果显示,总有效率治疗组为 94.0%,高于对照组的 84.0%,差异有统计学意义($P < 0.05$)。治疗结束后 3 个月,总有效率治疗组为 80.0%,高于对照组的 63.0%,差异有统计学意义($P < 0.05$)。白凤全等^[13]将肛门湿疹患者随机分为 2 组,治疗组予以复方硝矾洗剂(硝矾洗剂+苦参汤)肛周熏洗坐浴,对照组予醋酸曲安奈德软膏外用,疗程为 15 d。结果显示,2 组治疗后瘙痒、渗液、皮损评分均较治疗前降低($P < 0.05$),且治疗组降低更明显($P < 0.05$)。治疗组总有效率为 97.5%、复发率为 15.0%,优于对照组的有效率 90.0%、复发率 41.7%($P < 0.05$)。石鹏等^[14]将肛周湿疹患者随机分为 2 组,对照组予以曲安奈德益康唑乳膏外涂于肛周皮肤,治疗组予以院内制剂排毒洗剂外洗。疗程为 1 个月。结果显示,治疗组总有效率(93.3%)高于对照组(70.0%),差异有统计学意义($P < 0.05$);2 组瘙痒症状积分比较,差异有统计学意义($P < 0.05$),且治疗组优于对照组。刘丹等^[15]将湿热下注型肛周湿疹患者随机分为 2 组,观察组予以夏氏除湿止

第一作者:杨张琪,男,2019 级硕士研究生,研究方向:中医外科学(肛肠疾病方向)

通讯作者:赵亮,女,医学硕士,主任医师,研究方向:肛肠疾病的临床研究,E-mail:heaher999@163.com

张尚华,男,一级研究员,硕士研究生导师,研究方向:肛肠疾病的诊治和中医文献研究,E-mail:593557170@qq.com

痒软膏外用,对照组予以派瑞松乳膏外用,用药2周。结果显示,2组治疗前后症状总积分比较,差异有统计学意义($P<0.05$)。2组治疗3个月后,治疗组复发率低于对照组($P<0.05$)。

2 中药内服联合外用

王苹等^[16]将慢性肛周湿疹患者随机分为2组,对照组采用左西替利嗪胶囊口服配合用0.5%甲硝唑液300 ml坐浴,治疗组采用活血散瘀汤口服配合中药坐浴。结果显示,治疗组疗效高于对照组($P<0.05$)。庞红威^[17]将慢性肛周湿疹患者随机分为2组,治疗组服用四物消风散加减配合肤痔清软膏外用,对照组服用氯雷他定片配合肤痔清软膏外用。结果显示:总有效率治疗组(97.50%)高于对照组(77.50%),治疗后随访6个月复发率治疗组低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。杨正安等^[18]将60例老年慢性肛周湿疹患者随机分为2组,治疗组予以患处局部外用苦参汤熏洗联合服用消风散加减方治疗,对照组予以患处局部外用苦参汤熏洗,疗程为1个月。结果显示,总有效率治疗组为83.3%,高于对照组的56.7%($P<0.05$)。2组治疗后的次症积分、主症积分、总积分较治疗前降低($P<0.05$),且治疗组低于对照组($P<0.05$)。治疗组主要临床症状(肛门潮湿、肛周瘙痒、皮损肥厚)改善率高于对照组($P<0.05$)。王键旋等^[19]将肛周湿疹患者随机分为2组,治疗组予内服四物消风散加减合外用肤痔清软膏治疗,对照组予内服氯雷他定片合外用肤痔清软膏治疗,疗程均为4周。结果显示,愈显率治疗组为87.50%,高于对照组的70.00%,差异有统计学意义($P<0.05$)。2组治疗后皮损积分均低于治疗前,治疗组治疗后皮损积分低于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$);复发率治疗组为18.18%,低于对照组为37.50%,差异有统计学意义($P<0.05$)。杜小莉^[20]将老年性肛周湿疹患者分为2组,治疗组口服四物消风饮合外用曲咪新乳膏治疗,对照组口服马来酸氯苯那敏片合外用曲咪新乳膏治疗。2组均治疗3个疗程。结果:2组第2、3个疗程后愈显率和治疗结束后3、6个月复发率比较,差异具有统计学意义($P<0.05$)。

3 中药外用联合西药

孙芳等^[21]将80例慢性肛周湿疹患者随机分为2组,治疗组采用润燥止痒剂熏洗坐浴,对照组采用复方酮康唑乳膏外用,同时2组口服依巴斯汀片。疗程为2周。结果显示,治疗后2组临床瘙痒程度评分、皮肤病生活质量指数评分较治疗前改善,差异有统计学意义($P<0.05$)。总有效率治疗组为97.5%,高于对照组的75.0%,2组比较,差异有统计学意义($P<0.05$)。复发率治疗组为23.5%,低于对照组的45.0%,2组比较,差异有统计学意义($P<0.05$)。2组患者治疗中均未见严重不良事件。王丽等^[22]将肛周湿疹病患者随机分为2组,治疗组予宁痔洗液熏洗肛周局部后涂擦硼酸氧化锌冰片软膏,对照组予硼酸氧化锌冰片软膏局部涂擦。疗程2周。结果:临床症状积分治疗前后比较,差异有统计

学意义($P<0.05$)。治疗组痊愈率为37.5%,高于对照组的10.7%,差异有统计学意义($P<0.05$)。2组临床疗效比较,差异有统计学意义($P<0.05$)。龚超超等^[23]将急性肛周湿疹患者随机分成2组,治疗组方案:早晚湿疹方熏蒸坐浴,早上再配合派瑞松外涂擦患处,晚上再予硼酸氧化锌冰片软膏外涂患处;对照组方案:早晚用温水清洗患处,早上再配合派瑞松外涂,晚上再予硼酸氧化锌冰片软膏外涂。结果:治疗组治疗7、14d后的临床疗效高于对照组,治疗1个月后的复发情况低于对照组,2组比较,差异有统计学意义($P<0.05$)。潘雁南等^[24]将慢性肛周湿疹患者随机分2组,治疗组给予中药颗粒剂联合曲安奈德益康唑乳膏,对照组给予曲安奈德益康唑乳膏外涂,2周为1个疗程。结果显示,总有效率治疗组为96.0%,高于对照组的68.0%,2组比较,差异有统计学意义($P<0.05$)。谌建平^[25]将肛周湿疹患者随机分为2组,治疗组采用苦参汤坐浴联合青鹏软膏外用,对照组采用派瑞松乳膏外用。结果:有效率治疗组为97.5%,高于对照组的90.0%。3、6个月后的复发率治疗组为17.2%、24.1%,低于对照组的47.6%、71.4%。治疗后症状体征治疗组积分低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。黄建等^[26]将肛周湿疹患者随机分为2组,治疗组予以稀释成4倍的川百止痒洗剂洗浴,睡前口服氯雷他定片;对照组予以温水洗浴后外涂炉甘石洗剂,2组疗程均为2周。结果:总有效率治疗组为93.33%,高于对照组的63.33%,差异有统计学意义($P<0.05$)。

4 中药联合物理疗法

华伟等^[27]将肛周湿疹患者随机分为2组,对照组予以口服依巴斯汀片、润燥止痒胶囊,外用冰黄肤乐软膏;治疗组在对照组基础上加用308 nm高能准分子光照射治疗,疗程均为28 d。结果显示:治疗2、4周后,治疗组症状体征积分低于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$);14、28 d后,治疗组有效率为80.95%、88.10%,高于对照组的59.52%、71.43%,差异均有统计学意义($P<0.05$);治疗组的不良反应发生率(9.52%)高于对照组(2.38%),差异无统计学意义($P>0.05$)。吴成成等^[28]将90例肛周湿疹患者分为3组,治疗组采用湿疹1号方熏洗合穴位热敏化疗法治疗,对照1组采用优卓尔(丁酸氢化可的松乳膏)外用治疗,对照2组采用湿疹1号方熏洗治疗。结果显示,治疗组总有效率高于对照1组和对照2组。治疗后治疗组瘙痒症状评分、皮损面积评分低于对照1组和对照2组($P<0.05$)。司徒欣欣等^[29]将慢性肛周湿疹患者随机分为2组,常规组采用复方多黏菌素B软膏外涂治疗,治疗组联合使用二氧化碳激光和复方多黏菌素B外涂。结果:治疗组总有效率、不良反应发生率、自觉症状、皮损等指标水平均优于常规组,差异均有统计学意义($P<0.05$)。胡恩伟等^[30]将肛周湿疹患者分为2组,治疗组予以中药坐浴配合半导体激光照射;对照组予以中药坐浴。结果显示,治疗组的总有效率高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。治疗组的症状积分、皮疹

面积与对照组比较,差异有统计学意义($P<0.05$)。王向民^[31]将肛周湿疹患者分成2组,对照组用红外线联合氧化锌软膏治疗,治疗组用红外线联合赛肤润治疗,结果:治疗组总有效率为93.10%,高于对照组的75.86%,2组比较,差异有统计学意义($P<0.05$)。

5 手术

一般来说,药物治疗和物理治疗等未达到良好效果时,则采用手术治疗。现有手术治疗方式有肛门周围皮肤切除缝合术、肛门周围皮肤树叶状切除术和肛门周围皮肤皮下分离式等方法。刘绪轩^[32]选取68例接受肛周末梢神经离断术配合局部封闭治疗肛周湿疹患者的临床资料进行回顾性分析。结果:68例患者中,痊愈36例(52.94%),显效14例(20.59%),有效11例(16.18%),无效7例(10.29%)。张敏等^[33]将肛周湿疹患者随机分为2组,治疗组行肛窦切开引流术配合中药熏洗治疗,对照组用曲安奈德益康唑乳膏(派瑞松)外涂。结果:治疗组愈显率优于对照组(均 $P<0.05$)。12个月后复发率治疗组较对照组低($P<0.05$)。王向民^[34]将肛周湿疹患者随机分成2组,对照组用肛周皮下神经游离术治疗,观察组用肛周皮下神经游离挂线术治疗。结果:治疗组的皮肤增厚、红斑、瘙痒、丘疹、脱屑评分低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。尚锐^[35]将慢性肛周湿疹患者随机分成2组,对照组采用亚甲蓝肛周封闭术治疗,治疗组采用肛周皮下神经游离术与亚甲蓝肛周封闭术治疗。结果:治疗后,治疗组的临床疗效与复发率均优于对照组($P<0.05$)。黄华等^[36]将痔源性肛周湿疹患者随机均分为2组,治疗组采用吻合器痔手术联合亚甲蓝局部封闭术治疗,对照组采用亚甲蓝局部封闭术治疗。结果:治疗后第4周,治疗组症状改善较对照组明显($P<0.05$),总有效率为96.0%,高于对照组的72.0%($P>0.05$)。治疗后6个月随访,治疗组复发率(4.0%)低于对照组(36.0%),差异有统计学意义($P<0.05$)。

6 亚甲蓝局部封闭联合其他疗法

范娴娴等^[37]将肛周湿疹患者随机分为2组,治疗组给予自制止痒洗剂外洗,对照组给予曲安奈德益康唑乳膏外用,2组均给予复方亚甲蓝注射液局部封闭治疗。结果:2组瘙痒程度分值,皮损面积分值,红斑、丘疱疹、抓痕结痂积分及症状总积分比较,差异均有统计学意义($P<0.05$)。总有效率治疗组为89.36%,高于对照组的71.74%($P<0.05$)。治疗组白细胞介素(IL)-2、IL-4、IL-10水平低于对照组($P<0.05$)。王学永等^[38]将肛周湿疹患者分为治疗组和对照组,分别采用亚甲蓝肛周封闭联合苦参汤加减方熏洗治疗与常规治疗。结果:治疗组症状改善时间、住院总时间均短于对照组($P<0.05$),总有效率高于对照组患者($P<0.05$)。殷玉梅等^[39]将肛周湿疹患者随机分为2组,治疗组进行亚甲蓝肛周封闭联合苦参汤加减方熏洗治疗,对照组进行常规治疗。结果:总有效率治疗组达96.00%,与对照组比较,差异具有统计学意义($P<0.05$)。周祥春等^[40]将肛

周湿疹患者随机分为2组,治疗组采用苦参汤熏洗加亚甲蓝局部封闭治疗,对照组采用复方曲安奈德乳膏外涂患处。结果:治疗组总有效率较高,临床症状积分改善较好,术后4个月复发率较低,与对照组比较,差异均有统计学意义($P<0.05$)。张守彬^[41]将肛周湿疹患者随机分为2组,治疗组予以亚甲蓝肛周封闭联合苦参汤加减熏洗治疗,对照组予以盐酸左西替利嗪治疗。结果:总有效率治疗组为95.24%,高于对照组的78.57%($P<0.05$)。治疗组各项生活质量评分较对照组高($P<0.05$)。

7 小结

肛周湿疹是肛肠科一种临床中常见病、多发病。药物、物理及手术等治疗方法虽各有优劣,但治疗肛周湿疹的方法逐渐多样化,目前联合治疗是治疗此病的有效手段,临床上多采用中药配合外用药物治疗。

中医外治法治疗本病历史悠久,有外涂、坐浴、熏洗等多种方法。外用经皮给药可根据患者皮损部位、年龄及皮损表现等不同而选择不同的外用药物和剂型,能够提高局部药物浓度,避免了肝脏的首过效应和胃肠道的降解,降低了不良反应发生率,提高了疗效和患者治疗依从性。中药熏洗利用药物的升腾熏蒸,促进病灶局部血管扩张,增强血管通透性,促进血液循环,有利于炎症介质的吸收和消散,修复肛周受损皮肤。

在临床应用中,中药被制成不同的剂型以治疗肛周湿疹,如散方的湿敷、坐浴、外洗、熏蒸及中成药洗剂、软膏,如皮肤康洗液、参柏洗液、复方炉甘石洗剂、黄柏洗剂、硝矾洗剂、青鹏软膏、冰黄肤乐软膏、除湿止痒软膏等。中药治疗肛周湿疹疗效显著,长期应用无严重不良反应,具有简、效、便、廉的特点。综上所述,对于慢性肛周湿疹的诊治,首先必须规范肛周湿疹诊疗路径,使临床治疗方案进一步得到优化,以此探索出最佳治疗方案,从而解除患者痛苦。

参考文献

- [1] 张欣宇,杨全甫,李华山. 外治法治疗肛周湿疹的研究进展[J]. 北京中医药,2014,33(2):148-150.
- [2] 李兵剑,蒋鑫. 冬青坐浴剂联合TDP治疗混合痔PPH术后的临床观察[J]. 中国中医急症,2016,25(10):1947-1949.
- [3] 杨云,刘建平. 中医肛肠疾病特色疗法新论[M]. 银川:阳光出版社,2015:275-276.
- [4] WOLLENBERG, BARBAROTS, BIEBERT, et al. Consensus-based European guidelines for treatment of atopic eczema (atopic dermatitis) in adults and children: part I[J]. Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology & Venerology Jeadv, 2018, 32(5): 657-682.
- [5] 汪亚华,袁锋. 多磺酸黏多糖乳膏联合曲安奈德益康唑乳膏治疗慢性湿疹的疗效观察[J]. 安徽医药,2016,20(5):994-995.
- [6] 李爱霞,贾岚,盖娟娟. 中药熏洗联合西药治疗肛周湿疹40例[J]. 云南中医中药杂志,2017,38(5):63-65.
- [7] 陈正鑫,倪敏,顾莅冰,等. 樊志敏教授治疗肛周湿疹临证经

- 验拾萃[J]. 辽宁中医药大学学报, 2018, 20(8): 91-94.
- [8] 徐洋. 中药熏洗治疗湿热下注型肛周湿疹临床观察[J]. 光明中医, 2017, 32(13): 1911-1913.
- [9] 李兵剑, 蒋鑫. 冬青坐浴剂联合 TDP 治疗混合痔 PPH 术后的临床观察[J]. 中国中医急症, 2016, 25(10): 1947-1949.
- [10] 翁美容, 方宗武. 自制苦参除湿膏外涂治疗湿热型肛周湿疹 80 例临床观察[J]. 中医临床研究, 2020, 12(11): 121-123.
- [11] 蓝宗毅, 陶黎敏, 洪杨华. 坐浴方治疗湿热型肛周湿疹的临床研究[J]. 中外医学研究, 2020, 18(7): 131-133.
- [12] 唐锋, 范俞艳, 陆金根, 等. 中药熏洗坐浴联合龙珠软膏外敷治疗慢性肛周湿疹 50 例[J]. 山东中医杂志, 2020, 39(11): 1192-1197.
- [13] 白凤全, 贺平. 复方硝矾洗剂肛周熏洗坐浴治疗肛周湿疹临床观察[J]. 河北中医, 2020, 42(3): 383-386.
- [14] 石鹏, 雷彪, 柴小琴, 等. 排毒洗剂治疗慢性肛周湿疹临床观察[J]. 内蒙古中医药, 2019, 38(9): 12-13.
- [15] 刘丹, 刘华. 夏氏除湿止痒软膏治疗湿热型肛周湿疹 30 例[J]. 中国中医药现代远程教育, 2015, 13(8): 39-40.
- [16] 王苹, 庄勇, 廖祖苑. 活血散瘀汤口服配合中药坐浴治疗慢性肛周湿疹临床观察[J]. 光明中医, 2019, 34(11): 1692-1693.
- [17] 庞红威. 四物消风散加减内服联合肤痔清软膏外用治疗慢性肛周湿疹的临床疗效分析[J]. 中国肛肠病杂志, 2019, 39(2): 40-41.
- [18] 杨正安, 曾进, 范丽颖. 消风散加减方联合中药熏洗治疗老年慢性肛周湿疹的临床研究[J]. 湖南中医药大学学报, 2018, 38(5): 574-577.
- [19] 王键旋, 储开宇. 四物消风散加减联合肤痔清软膏治疗慢性肛周湿疹 32 例临床观察[J]. 湖南中医杂志, 2018, 34(7): 92-93.
- [20] 杜小莉. 四物消风饮联合曲咪新乳膏治疗老年性肛周湿疹的临床观察[J]. 光明中医, 2018, 33(6): 854-856.
- [21] 孙芳, 周玉祥. 漏痒洗剂联合依巴斯汀治疗慢性肛周湿疹的临床观察[J]. 中国中医药现代远程教育, 2020, 18(7): 111-112.
- [22] 王丽, 赖象权. 宁痔洗液外用联合硼酸氧化锌冰片软膏治疗肛周湿疹的临床疗效观察[J]. 饮食保健, 2018, 5(51): 85-86.
- [23] 龚超超, 苗大兴. 中西医结合外治法治疗急性肛周湿疹 50 例临床观察[J]. 中西医结合心血管病电子杂志, 2019, 7(21): 170-171.
- [24] 潘雁南, 刘建平. 中药颗粒剂外用联合曲安奈德益康唑乳膏治疗肛周湿疹的疗效观察[J]. 世界最新医学信息文摘, 2018, 18(16): 199.
- [25] 湛建平, 朱忠, 章敏, 等. 苦参汤坐浴联合青鹏软膏外用治疗慢性肛周湿疹 40 例临床报道[J]. 时珍国医国药, 2018, 29(2): 379-380.
- [26] 黄建, 王建平. 川百止痒洗剂联合氯雷他定片治疗肛周湿疹的临床观察[J]. 世界最新医学信息文摘, 2018, 18(50): 165, 167.
- [27] 华伟, 周虎, 米新陵, 等. 308 nm 高能准分子光治疗肛周湿疹的疗效观察[J]. 国际医药卫生导报, 2019, 25(8): 1265-1267.
- [28] 吴成成, 罗文兵, 毛源婷, 等. 湿疹 1 号方熏洗合膻穴热敏化
- 疗治疗肛周湿疹的临床研究[J]. 实用中西医结合临床, 2019, 19(8): 89-90.
- [29] 司徒欣欣, 李德良, 张红, 等. 二氧化碳激光联合复方多黏菌素 B 治疗慢性肛周湿疹[J]. 黑龙江医药科学, 2020, 43(6): 85-87.
- [30] 胡恩伟, 周洪, 路旭, 等. 中药坐浴配合半导体激光照射治疗肛周湿疹的疗效观察[J]. 智慧健康, 2020, 6(2): 56-58.
- [31] 王向民. 红外线联合赛肤润治疗肛周湿疹的临床疗效研究[J]. 心血管外科杂志: 电子版, 2018, 7(2): 327.
- [32] 刘绪轩. 肛周末梢神经离断术配合局部封闭治疗肛周湿疹的临床观察[J]. 世界最新医学信息文摘, 2017, 17(57): 49.
- [33] 张敏, 徐征. 肛窦切开引流术配合中药熏洗治疗慢性肛周湿疹临床观察[J]. 实用中医药杂志, 2018, 34(3): 278.
- [34] 王向民. 肛周皮下神经游离挂线术治疗肛周湿疹的临床效果分析[J]. 心血管外科杂志: 电子版, 2018, 7(1): 117-118.
- [35] 尚锐. 探讨肛周皮下神经游离术联合亚甲蓝肛周封闭术治疗慢性肛周湿疹的临床研究[J]. 中国农村卫生, 2017, 106(4): 14.
- [36] 黄华, 季利江. 吻合器痔手术联合亚甲蓝局部封闭术治疗痔源性肛周湿疹的疗效[J]. 江苏医药, 2019, 45(6): 569-572.
- [37] 范炯炯, 雷鸣, 吴学宁, 等. 止痒洗剂治疗肛周湿疹临床效果及对细胞因子的影响[J]. 宁夏医学杂志, 2019, 41(1): 45-48.
- [38] 王学永, 张建平, 宋亮. 亚甲蓝肛周封闭联合苦参汤加减方熏洗治疗肛周湿疹的临床效果评价[J]. 世界最新医学信息文摘, 2019, 19(90): 164-165.
- [39] 殷玉梅, 陈国梁. 亚甲蓝肛周封闭联合苦参汤加减方熏洗治疗肛周湿疹的临床效果研究[J]. 中医临床研究, 2018, 10(1): 111-112.
- [40] 周祥春, 廖妮, 吴志均. 苦参汤熏洗联合亚甲蓝封闭治疗肛周湿疹的临床观察[J]. 世界最新医学信息文摘, 2018, 18(28): 147-148, 150.
- [41] 张守彬. 亚甲蓝肛周封闭联合苦参汤加减熏洗治疗肛周湿疹效果分析[J]. 中医临床研究, 2018, 10(26): 130-131.

(收稿日期: 2021-05-06)

中医药防护“四要点”(三)

中药煎汤熏洗皮肤 由于洪水中有大量致病菌, 一旦出现皮肤损伤, 细菌就可能乘虚而入, 易致局部皮肤溃疡。凡身体有伤口者或糖尿病患者, 可用艾叶、大青叶、金银花、马齿苋、地肤子、蛇床子等中药(各 10 g)煎汤熏洗皮肤。暴雨为湿邪, 皮肤为人体的外卫, 湿邪侵犯, 首当其冲。湿邪引发的皮肤病, 其皮损水疱或为多形性, 或皮肤糜烂, 或浸淫四窜, 滋水淋漓, 迁延日久, 缠绵难愈。可每天用川花椒 10 g 煎水泡澡, 防治疥癣。(http://www.cntcm.com.cn/news.html?aid=176741)