

原发性肛门瘙痒症危险因素病例对照研究

磁莹¹, 王孝龙¹, 叶桑瑜¹, 李晨¹, 徐鹏毅¹, 郑丽华²

1. 北京中医药大学, 北京 100029; 2. 中日友好医院肛肠科, 北京 100029

【摘要】目的 探讨原发性肛门瘙痒症的危险因素, 为制订原发性肛门瘙痒症的一级预防措施提供科学依据。**方法** 将2022年9月至2023年11月在中日友好医院肛肠科就诊的100例原发性肛门瘙痒症患者作为病例组, 按1:1配对设计方法, 以性别相同、年龄相差3岁进行成组匹配, 从同期到该院体检的健康人群中选择100例正常人作为对照组。采用问卷调查, 内容包括一般情况、清洁习惯、饮食偏好、生活方式、个人史、排便因素等。采用SPSS 22.0软件进行单因素分析及logistic回归分析。**结果** 单因素分析显示, 使用湿厕纸、使用肥皂或沐浴露等清洁肛门、喝咖啡、久坐、焦虑状态、过敏史均与原发性肛门瘙痒症的发生有关 ($P<0.05$)。多因素logistic回归分析结果显示, 使用湿厕纸、焦虑状态、久坐行为、有过敏史是原发性肛门瘙痒症的危险因素 ($P<0.05$)。**结论** 原发性肛门瘙痒症的发病是多种因素共同作用的结果, 使用湿厕纸、焦虑状态、久坐行为、有过敏史的人群是原发性肛门瘙痒症的高风险人群, 需要予以高度重视。

【关键词】 原发性肛门瘙痒症; 危险因素; 病例对照研究

中图分类号: R657.1 文献标识码: A 文章编号: 2095-8552 (2024) 04-0421-04

doi:10.3969/j.issn.2095-8552.2024.04.011

肛门瘙痒症 (pruritus ani, PA) 是一种以局部瘙痒为主要临床表现的局限性神经功能障碍性皮肤病^[1], 发病率为 1% ~ 5%^[2]。根据病因分类可分为原发性肛门瘙痒症 (idiopathic pruritus ani, IPA) 和继发性肛门瘙痒症。在排除感染、肛肠疾病、全身疾病等原因导致的继发性肛门瘙痒症后, 才可诊断为 IPA。IPA 发病时无原发性肛门损害, 仅有顽固性肛周瘙痒症状, 时轻时重, 搔抓后症状加重并伴有皮肤灼痛感, 常见继发性皮损, 如局部抓痕, 常有出血、糜烂、裂口、渗液、结痂等。长期瘙痒后肛周皮肤变厚、皱襞肥大甚至增厚出现苔藓样变、色素沉着或色素脱失^[3]。目前该病尚无根治的办法, 西医多以对症治疗为主, 中医多从祛风止痒角度论治^[4]。临床治疗上存在治愈率低、复发率高、不良反应及并发症较多等现象^[5-7]。目前 IPA 的病因及发病机制还存在不同观点, 仍停留在学说解释层面, 且相关论著较少, 现多认为主要是与日常饮食以及各种肛门刺激因素密切相关^[8], 发病机制可能与肛管静息压降低, 直肠顺应性降低, 导致患者肛门潮湿、渗漏而引起瘙痒有关^[9]。也有研究者认为发病机制与体内瘙痒介质如组胺、5-羟色胺、神经肽等相关^[10]。本研究拟通过临床病例对照研究, 分析 IPA 患者与正常人群在清洁习惯、饮食习惯、生活方式等方面的差异性, 探讨 IPA 发生的相关危险因素, 现报告如下。

1 对象与方法

1.1 研究对象

将 2022 年 9 月至 2023 年 11 月在中日友好医院肛肠科就诊的 100 例 IPA 患者作为病例组。按照 1:1 配对设计方法, 以组间性别相同、年龄相差 3 岁进行成组匹配, 从同期到该院体检的健康人群中选择 100 例非 PA 人群作为对照组。诊断标准参照依据 2011 年出版的《中国肛肠病诊疗学》^[3] 的 IPA 诊疗标准。本研究通过中日友好医院伦理委员会审批 (伦理审查批号: 2020-89-K53), 病例组及对照组均签署知情同意书。

1.2 调查内容及方法

查阅国内外相关文献资料, 结合现有对 IPA 发病因素的研究共识, 制订出 IPA 危险因素调查问卷。在签署知情同意书后, 由研究者本人对研究对象进行面对面的问卷调查。内容包括一般情况 (年龄、性别、身高、体重)、清洁习惯 (是否使用湿厕纸、是否使用肥皂或沐浴液清洁肛门)、饮食偏好 (是否有进食辛辣饮食、饮用咖啡习惯)、每日静坐时间、是否处于焦虑状态、过敏史、大便性状等。研究对象完成问卷内容后, 由研究者统一记录并回收调查问卷。

1.3 相关名词定义或概念

体重指数 (body mass index, BMI): $< 18.5 \text{ kg/m}^2$ 为体重过低、 $18.5 \sim 24 \text{ kg/m}^2$ 为体重正常、 $> 24 \sim$

基金项目: 中央高水平临床科研业务费资助项目 (2022-NHRHCRF-LX-02-0121); 吴阶平医学基金会临床科研专项资助基金 (320.6750.2020-8-34)

通信作者: 郑丽华, E-mail: btv1262021@163.com

28 kg/m² 为超重, 而 BMI > 28 kg/m² 为肥胖。清洁习惯: 有使用湿厕纸习惯记为“是”, 无则记为“否”。洗澡或日常清洁肛门时使用肥皂或沐浴液清洁肛门记为“是”, 不使用则记为“否”。辛辣饮食: 辛辣饮食指的是有长期食用以辣椒为主食物的习惯。喝咖啡: 长期饮用咖啡的习惯。久坐: 将静坐时间 6h/d 作为切点, 分为无久坐行为和有久坐行为。焦虑状态: 依据汉米尔顿焦虑量表 (Hamilton anxiety scale, HAMA): < 7 分, 没有焦虑症状; 超过 7 分, 可能有焦虑; ≥ 14 分肯定有焦虑; ≥ 21 分, 肯定有明显焦虑; ≥ 29 分, 肯定为明显焦虑。本研究以 HAMA 7 分为界, 将患者分为无焦虑状态与有焦虑状态两个亚组。过敏史: 既往有明确过敏原导致发生变态反应记为“有”, 否则记为“无”。大便性状: 使用 Bristol 大便分类法: 第一型和第二型表示有便秘, 第三型和第四型是理想的便形, 第五至第七型则代表可能有腹泻。

1.4 数据分析处理

应用 SPSS 22.0 软件进行数据统计学处理, 非正态分布计量资料以“ $M(Q1, Q3)$ ”表示, 组间中位数比较采用秩和检验; 正态分布计量数据采用“均数 ± 标准差”表示, 组间均数比较采用 t 检验; 计数数据计算百分率, 组间率比较采用 χ^2 检验; 采用

logistic 回归模型进行多因素分析^[11]。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者基本资料比较

本次研究共收回问卷 100 对 (200 份), 通过对原始问卷的整理核对, 最后得到符合本研究的有效问卷 98 对 (196 份)。98 对研究对象中男 30 对, 占 30.6% (30/98), 女 68 对, 占 69.4% (68/98), 调查对象的男女性别比为 1.00:2.27。研究组与对照组之间性别的差异无统计学意义 ($P < 0.05$)。98 例病例组患者中, 年龄为 38.00 (30.00 ~ 46.25) 岁, 青年人占 71.4%, 中年人占 18.4%, 老年人占 10.2%。对照组年龄为 38.50 (30.00 ~ 46.50) 岁, 其中青年人占 68.4%, 中年人占 20.4%, 老年人占 11.2%。研究组与对照组之间年龄的差异无统计学意义 ($P < 0.05$)。

2.2 IPA 相关危险因素的单因素分析

使用湿厕纸、使用肥皂或沐浴露等清洁肛门、喝咖啡、久坐、焦虑状态、过敏史在两组间的差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 而 BMI、BMI 分级、辛辣刺激饮食习惯、大便情况在两组间的差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 见表 1。

表 1 IPA 相关危险因素的单因素分析

因素	类别	对照组	病例组	χ^2	P
性别	男	30 (30.6)	30 (30.6)	0.000	1.000
	女	68 (69.4)	68 (69.4)		
年龄 (岁)		38.50 (30.00 ~ 46.50)	38.00 (30.00 ~ 46.25)	-0.275*	0.784
BMI		22.86 (21.32 ~ 25.07)	23.09 (20.75 ~ 25.03)	-0.179*	0.858
BMI 分级	偏瘦	9 (9.2)	5 (5.1)	1.625	0.654
	正常	64 (65.3)	65 (66.3)		
	超重	20 (20.4)	24 (24.5)		
	肥胖	5 (5.1)	4 (4.1)		
使用湿厕纸	是	25 (25.5)	52 (53.1)	15.594	0.000
	否	73 (74.5)	46 (46.9)		
使用肥皂沐浴液清洗肛门	是	38 (38.8)	57 (58.2)	7.374	0.007
	否	60 (61.2)	41 (41.8)		
辛辣刺激饮食习惯	有	40 (40.8)	41 (41.8)	0.021	0.885
	无	58 (59.2)	57 (58.2)		
喝咖啡习惯	有	18 (18.4)	30 (30.6)	3.973	0.046
	无	80 (81.6)	68 (69.4)		
焦虑状态	有	4 (4.1)	17 (17.3)	9.013	0.003
	无	94 (95.9)	81 (82.7)		
久坐	有	25 (25.5)	61 (62.2)	26.852	0.000
	无	73 (74.5)	37 (37.8)		
过敏史	有	22 (22.4)	40 (40.8)	7.644	0.006
	无	76 (77.6)	58 (59.2)		
大便情况	便秘	3 (3.1)	6 (6.1)	3.891	0.143
	正常	66 (67.3)	53 (54.1)		
	腹泻	29 (29.6)	39 (39.8)		

注: * 为秩和检验 Z 值; () 内数据为构成比 (%)。

2.3 IPA 相关危险因素的多因素 logistic 回归分析

将上述分析中有统计学意义的指标作为自变量进行多因素 logistic 回归分析, 结果显示, 使用湿厕纸、焦虑状态、久坐、过敏史是 IPA 发生的独立危险因素 ($P < 0.05$)。使用湿厕纸者发生 IPA 的风险

是不使用湿厕纸者的 2.098 倍, 处于焦虑症状者发生 IPA 的风险是没有焦虑症状者的 5.702 倍, 久坐者发生 IPA 的风险是不久坐者的 4.885 倍, 有过敏史人群发生 IPA 的风险是无过敏史人群的 2.349 倍, 见表 2。

表 2 IPA 相关危险因素的多因素 logistics 回归分析

分析因素	β	Wald χ^2	P	OR (95%CI)
使用湿厕纸	0.741	4.374	0.036	2.098 (1.048 ~ 4.202)
使用肥皂沐浴液清洁肛门	0.642	3.408	0.065	1.900 (0.961 ~ 3.755)
喝咖啡	-0.074	0.035	0.852	0.928 (0.424 ~ 2.032)
焦虑状态	1.741	7.475	0.006	5.702 (1.637 ~ 19.864)
久坐	1.586	20.681	0.000	4.885 (2.466 ~ 9.676)
过敏史	0.854	5.376	0.020	2.349 (1.141 ~ 4.835)

3 讨论

本研究通过病例对照设计, 对 IPA 患者的发病危险因素进行研究, 研究表明: 在中日友好医院收治的 IPA 患者中, 男女性别比约为 1.00 : 2.27, 青年发病较多。在单因素分析中, 使用湿厕纸、使用肥皂或沐浴露等清洁肛门、有无喝咖啡习惯、是否久坐、处于焦虑状态、是否有过敏史在两组间的差异有统计学差异, 可认为以上因素与 PA 的发生有关。在这些因素中, 使用湿厕纸、处于焦虑状态、久坐、有过敏史是促进肛门瘙痒症发生的独立危险因素。

本研究发现, IPA 患者往往存在过度清洁行为, 使用肥皂或沐浴液清洁肛门诱发 PA 可能与其影响皮肤表皮脂含量有关, 研究发现皮肤屏障功能与其脂类的量及构成有关^[12]。肥皂及沐浴液均呈碱性, 直接接触肛周皮肤, 在去除肛周皮肤脂类的同时, 也破坏皮肤的屏障功能, 使皮肤处于缺水状态, 表面粗糙、干裂而发生瘙痒感^[13]。使用湿厕纸促进本病发生的机制可能与以下两个因素相关, 一是使用湿厕纸后会加重肛门潮湿, 肛门局部湿润浸渍, 引起瘙痒及不适, 二是某些湿厕纸可能含有杀菌剂及保湿精华等成分, 部分患者对其不能耐受从而引起瘙痒。除以上清洁习惯, 本研究还发现经常饮用咖啡与 IPA 的发生相关, 这与既往研究基本相符。饮用咖啡会导致肛门压力下降, 造成渗漏而导致肛门皮肤刺激。PA 患者肛管静息压较常人低, 从而导致肛门潮湿、渗漏^[14]。久坐促进 PA 发生可能与其导致臀间温度升高有关, 一方面温度升高促使肛门局部汗液排泄增多, 潮湿环境导致瘙痒, 另一方面温度

升高还会导致辣椒素受体活跃, 而辣椒素受体能够加速皮肤老化, 导致瘙痒和神经性炎症的发生^[15]。本研究中, 焦虑状态对 IPA 的发生有促进作用, 现代心理学认为, 心理或精神因素, 如焦虑、抑郁、精神严重变态等, 均可引起皮肤瘙痒症状^[16]。此外有文献表明, 压力和焦虑可加重 PA 的瘙痒症状^[17]。本研究还发现 IPA 患者中有过敏史的比例较正常人群高, 且在采集问卷过程中, 研究者注意到部分有过敏史 IPA 患者在肛门瘙痒症状出现前曾出现过过敏反应, 此类患者生活中应注意避免接触过敏原, 必要时可进行抗过敏治疗。本研究病例来自单一中心, 结论有待大样本、多中心研究论证。

综上所述, 原发性肛门瘙痒症的发病是多种因素共同作用的结果, 使用湿厕纸、有焦虑状态、有久坐行为、有过敏史的人群是原发性肛门瘙痒症的高风险人群, 需要予以高度重视。

参考文献:

- [1] 余求祥, 智从从, 李辉, 等. 亚甲蓝混合激素局部封闭治疗肛门瘙痒症临床观察[J]. 中日友好医院学报, 2017, 31(6): 354-358.
- [2] 雷沥, 任冰, 姜芸, 等. 基于VOSviewer和CiteSpace的中医药治疗肛门瘙痒症的可视化分析[J]. 世界中西医结合杂志, 2023, 18(9): 1711-1718.
- [3] 韩宝, 张燕生. 中国肛肠病诊疗学[M]. 北京: 人民军医出版社, 2011: 243-244.
- [4] 黄业保, 刘春强. 中西医治疗肛门瘙痒症研究进展[J]. 湖南中医杂志, 2020, 36(3): 168-170.
- [5] 王晶晶, 余肖. 肛门瘙痒症近5年临床治疗研究进展[J]. 中医临床杂志, 2023, 35(2): 411-415.
- [6] SWAMIAPPAN M. Anogenital pruritus—An overview[J]. Journal of Clinical and Diagnostic Research: JCDR, 2016, 10(4): WE01.
- [7] 黄蓓, 万君晗, 吴永秋, 等. 皮肤瘙痒的发生机制及治疗的中药成分研究进展[J]. 海峡药学, 2018, 30(12): 1-6.

经额入路和经颞入路神经内镜下血肿清除术用于高血压基底节区脑出血效果对比分析

谭适, 覃重桥, 余松祚

广西贵港市人民医院神经外科, 广西贵港 537100

【摘要】目的 对比观察经额入路和经颞入路神经内镜下血肿清除术用于高血压基底节区脑出血(HBGH)的临床效果。**方法** 选取2019年1月至2022年12月在广西贵港市人民医院接受治疗的HBGH的患者180例, 将其中接受经额入路血肿清除术治疗的88例患者为观察组, 接受经颞入路血肿清除术治疗的92例患者为对照组。对比两组患者住院时间、手术时间、意识清醒时间及血肿清除率; 对比两组术前及术后1、3个月美国国立卫生研究院卒中量表(NIHSS)及日常生活功能量表(ADL)评分; 比较两组患者术后3个月并发症的发生情况及术后6个月的预后情况。**结果** 两组患者的住院、手术时间及意识恢复时间比较, 差异无统计学意义($P>0.05$); 观察组患者血肿清除率高于对照组, 差异有统计学意义($P<0.05$)。观察组患者术后1、3个月神经功能NIHSS评分低于对照组, 差异有统计学意义($P<0.05$)。观察组患者术后1、3个月ADL评分高于对照组, 差异有统计学意义($P<0.05$)。术后3个月, 两组并发症发生率差异无统计学意义($P>0.05$)。术后6个月, 观察组患者预后优良率高于对照组, 差异有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 相较经颞部神经内镜下血肿清除术, 经额部神经内镜下血肿清除术能提高HBGH患者血肿清除率, 改善神经功能及生活能力, 且能更好地改善预后。

【关键词】 高血压基底节区脑出血; 神经内镜; 经额入路; 经颞入路; 血肿清除术

中图分类号: R 743.34 文献标识码: A 文章编号: 2095-8552(2024)04-0424-04

doi:10.3969/j.issn.2095-8552.2024.04.012

高血压性脑出血中, 基底节区是出血最常见的部位, 具有很高的病死率及致残率^[1-3]。高血压基底节区脑出血(hypertensive basal ganglia hemorrhage, HBGH)会导致颅内血肿, 血肿压迫脑组织, 进而会引起大脑局部代谢异常及脑循环过程紊乱, 及时将血肿进行清除是减低水肿压迫及保护脑组织的重要措施^[4]。临床常采用外科手术清除 HBGH 脑部血肿^[5]。其中, 微创穿刺和开颅是传统的手术方式, 但微创穿刺对血肿的引流还不够彻底, 开颅手术对脑部的损伤又较大^[6]。神经内镜治疗 HBGH 可以减少创伤和并发症, 经额入路和经颞入路是常用的两种入路方式^[7-8]。本研究分析经额入路与经颞入路行血

肿清除术用于 HBGH 的治疗效果, 以期 HBGH 的治疗提供更多依据, 现报道如下。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选取 2019 年 1 月至 2022 年 12 月本院接受治疗的 HBGH 患者 180 例为研究对象。纳入标准: ①符合 HBGH 的诊断与相关标准^[9]; ②基底节出血量超过 30ml; ③出血时间 1~72h; ④无精神类疾病或认知障碍; ⑤临床资料完整。排除标准: ①其他原因(外伤、肿瘤等)导致的脑出血; ②凝血功能异常; ③术前确诊脑疝; ④脑外伤史; ⑤脑卒中史;

基金项目: 广西壮族自治区自然科学基金资助项目(2021KJ0152)

- [8] 孙亚轩, 石玉迎, 郭红鑫, 等. 亚甲蓝混合激素局部封闭术治疗原发性肛门瘙痒的经验总结[J]. 中日友好医院学报, 2023, 37(2): 100-102.
- [9] 徐利. 肛门瘙痒症患者肛管直肠动力学、肠黏膜感觉受体表达及艾灸干预的研究[D]. 南京: 南京中医药大学, 2023.
- [10] 郭倩, 张晓峰, 张鹏, 等. 自拟中药熏洗剂联合针刺穴位治疗肛门瘙痒症的临床研究[J]. 现代中西医结合杂志, 2022, 31(02): 236-238.
- [11] 刘桂芬, 刘玉秀, 仇丽霞. 医学统计学[M]. 北京: 中国协和医科大学出版社, 2007.
- [12] MENON G K, FEINGOLD K R, ELIAS P M. Lamellar body secretory response to barrier disruption[J]. Journal of Investigative Dermatology, 1992, 98(3): 279-289.
- [13] 杨洁, 赵华, 周勇, 等. 410名男性老年瘙痒症患者危险因素病例

- 对照研究[J]. 现代预防医学, 2009, 36(10): 1820-1826.
- [14] 徐利, 代群, 何孝康, 等. 特发性肛门瘙痒症患者直肠黏膜感觉受体表达情况研究[J]. 中国全科医学, 2021, 24(18): 2303-2308.
- [15] LEE Y M, KANG S M, CHUNG J H. The role of TRPV1 channel in aged human skin[J]. Journal of Dermatological Science, 2012, 65(2): 81-85.
- [16] 文传兵, 刘慧. 痒的发生机制和治疗进展[J]. 实用医院临床杂志, 2009, 6(1): 82-84.
- [17] ORTEGA A E, DELGADILLO X. Idiopathic pruritus ani and acute perianal dermatitis[J]. Clinics in Colon and Rectal Surgery, 2019, 32(5): 327-332.

(收稿日期: 2024-01-08; 修回日期: 2024-02-18)