

· 名老中医经验 ·

梁靖华辨治小儿肛痿经验

刘佳贞 张永丽 孙兴伟 梁靖华[△] 陕西中医药大学(咸阳 712046)

摘要 目的:介绍梁靖华教授辨治小儿肛痿的临证经验。方法:根据临床随师情况,将梁师治疗小儿肛痿的经验加以认识、汇总、归纳。结论:梁靖华教授认为小儿肛痿以脾虚肝旺、湿热流注、胎毒未清证为主;治疗上强调应以尽早手术治疗为主,根据肛痿类型选择性的行肛痿剔除并肛腺切除术,并配合术后中药的对症治疗。

关键词 痿/中医药疗法 中医师 @梁靖华

【中图分类号】 R657.1 【文献标识码】 A doi:10.3969/j.issn.1000-7369.2016.06.037

梁靖华教授系陕西省肛肠界名中医,硕士生导师,从事肛肠外科 30 余年,在小儿肛痿治疗上,善于将手术与中药结合运用,每年治愈小儿肛痿上百例,获得了患儿家属较高认可和良好的口碑。小儿肛痿是小儿比较常见的肛肠外科疾病,梁师治疗时着重强调对小儿肛门功能的保护。现将梁师辨治本病的经验介绍如下。

1 对发病机制的认识 1.1 小儿肺脾不足,胎毒未清 小儿脏腑娇嫩,形气未充,为“至阴至阳”之体,年龄越小,五脏娇嫩的表现越突出,导致机体抵抗力愈不足,外邪愈易侵入^[1]。梁师以为小儿这种伤食腹泻的发生多与小儿脾胃不足,身体机能不完善有关。

1.2 先天发育不全,腹泻是常见诱因 现代医学认为小儿肛痿的形成与解剖缺陷、损伤、感染、免疫等有关。一是认为多因小儿骶骨发育不全导致;小儿骶骨发育不全,肛门括约肌松弛,在腹泻和擦大便时易致肛门括约肌翻出,翻出的粘膜易受到尿布、纸巾等擦伤,伤口发生感染,化脓溃破,终成肛痿^[2]。二是认为与先天性发育异常有关,临床治疗中,往往发现患儿肛腺存在发育异常,异常的肛腺易发感染,炎症扩散致皮肤,溃破外口形成,同时,新生男婴体内有来自母体的雄性激素,该激素易致肛门部皮质腺功能亢进,腺体分泌旺盛,最易发生细菌感染,由此,临床患儿大多是男性,经临床统计,男性患儿占 95% 以上,女孩少见^[1]。

梁师结合多年手术经验,认为小儿肛痿较多而分布不规则,若腹泻频繁,肛隐窝常易积存稀便,多致肛隐窝炎症,肛隐窝一旦受到炎症刺激,便扩张、松弛,失去收缩能力,此时,病菌入侵,而引起肛腺炎,炎症可通过异常的肛腺分支蔓延,继发肛门直肠周围炎,继而形成肛周脓肿,脓肿溃破形成肛痿。

2 辨证分析的特点 梁师在多年临床中总结出,

婴幼儿肛周脓肿、肛痿与胎毒关系密切。①《疡科心得集》则分析了胎毒形成的原因^[3]：“夫痘者，系先天之毒所发……胎毒潜伏命门，至受生以后，有触即发，无触则不发。”②婴幼儿出生后肺脏、脾脏、肾脏皆成而未全、全而未壮，肺脏娇嫩，肺与大肠相表里，故大肠易感受外邪而发病；③脾常不足，运化力弱，饮食无节，易致便秘、泄泻，而泄泻则是肛痿形成的常见诱因，脾胃虚弱，湿热内生，下注于肛门，致经络阻塞，气血凝滞而成；④小儿为稚阴稚阳之体，机体柔嫩、气血未盛、肾气未充、腠理疏松，正气尚不足，肛门易破损染毒，而且脓肿极易穿肠穿臀、损筋破皮而出形成痿道；⑤肝常有余，情志不调，肝火循经下行，郁久肉腐成脓，溃后成痿。

辨证分析为脾虚肝旺，胎毒未清，湿热流注。病位在大肠，本虚标实，与脾、胃、肺、肝、肾密切相关。临床表现为患儿肛门部肿胀、疼痛，破溃口流脓血水，可触及条索状硬结通向肛内，伴神疲，纳呆，无故啼哭，夜寐不安，大便秘结或溏泄，小便色黄，舌淡苔黄厚，舌边有齿痕，指纹淡紫，及气关。患儿术后属金刃所伤，气滞血瘀，腐水流离，局部表现为创面疼痛、有分泌物，偶有水肿。

3 治疗经验 3.1 手术治疗是根本，治疗时机是关键 肛痿是继肛周脓肿之后发生的病理变化，多因肛周脓肿没有得到及时治疗或是治疗不彻底导致^[4]。临床中部分人认为小儿肛周脓肿具有一定的自愈倾向，故多采用保守治疗方案^[5]。所以，保守治疗多造成小儿肛周脓肿迁延不愈，反复发作，日久必将破溃成漏。可见手术是治疗肛痿的根本方法，而选择合适的治疗时机是治疗小儿肛痿的关键措施。梁师强调，肛周脓肿形成需及时切开排脓，或是行一次性手术根治术，避免感染范围加大，反复破溃成痿。小儿肛痿同成人肛痿相似，一般不能自愈，只有通过手术才能彻底治愈。所以，抓住好手术治疗时机是关键，凡符合小儿肛痿的临床诊断，耐受手术治疗的患儿，无论是低位或

[△]西安市中医医院肛肠二病区(西安 710000)

是高位,单纯或是复杂,皆应早期行手术治疗,避免多个瘻口形成,或是由单纯低位致高位复杂肛瘻的形成。而合并有严重的心、脑肝、肾和造血系统等先天性疾病,或是由其他原因导致不能耐受手术的患儿不能进行手术治疗,只能根据个体情况给予相关保守治疗。

3.2 一次性根治术的手术方式 有医家认为小儿肛周脓肿可先行切开排脓术,待成瘻后再行二次肛瘻切除术,目的是小儿肛门肌肉组织薄弱,发育不全,两次手术可避免组织过多的损伤,最大程度地保全患儿肛门的功能^[6]。而实际上,两次手术给患儿及家属带来了巨大的痛苦,也人为的延长了病程;也有很多肛肠科大夫善于运用中医传统切开挂线术^[5],该术式同样达到临床较高治愈率,但是,这种保留肛腺,单纯的挂线术,无法避免感染的肛腺致肛瘻复发的风险性。梁师发现多数患儿均经外院行脓肿切开排脓或是单纯的挂线术,术后反复肛旁流脓水,使得患儿家属过度担忧,对根治术产生了极大的诉求。梁师多年临床所见,小儿肛周脓肿多为皮下脓肿,其他类型如间隙脓肿少见,多形成皮下瘻或肌间瘻,表现为低位单纯性或低位复杂性肛瘻^[7]。对于简单的小儿低位肛瘻,如肛门皮下肛瘻,在全麻下,梁师惯用肛瘻切除术;而临床较多见的是低位复杂肛瘻,梁师主张采用一次性根治术即肛瘻剔除并肛腺切除术,凡是经过该手术治疗的患儿,治愈率达 98% 以上,1 年内回访无一例复发,且肛门外形及功能保持良好。

手术具体操作如下:用探针自外口探入至内口处,沿探针切开瘻管至内口,扩大切除感染的肛腺^[8],剔除坏死的组织及修剪内外口的边缘,扩大创面确保引流通畅;至于多个瘻口的低位肛瘻,则完全切开使引流彻底;对于多个瘻口的高位肛瘻,同法,切开主管及所有支管的皮肤,先用橡皮筋将括约肌组织挂断,橡皮筋结扎松紧适度,然后剔除所有的支管及感染的组织,感染的肛腺组织一并切除;对于多外口且距离较远的,则是切开行对口引流,而感染的肛腺必须切除,清理干净。总之,无论小儿肛瘻是高位或是低位,简单还是复杂,切开引流还是挂线引流,都应处理好感染的肛腺,肛腺一旦没有清理干净,复发率是难免的,甚至需要二次根治手术。梁师强调在手术操作过程中,手法要轻柔、娴熟,手术时长一般控制在 10~20min。

3.3 术后对症中药外用,配以膏药敷贴 很多肛肠医师^[9]惯用手术配以中药内服治疗小儿肛瘻,而梁师多采用手术配以中药外用,治疗效果取得较高满意。梁师认为手术只要切除感染的肛腺及瘻管,处理好内口,术后配合中药熏洗,膏药贴敷,一般都能根治,加之婴幼儿生长发育迅速,伤口愈合也较成人快。

针对患儿肛瘻辨证分型及术后主要症状给予熏洗方(1 号洗剂)以改善术后症状,促进创面愈合。该方由梁师根据多年临床经验所创制,组方为槐花、地榆炭、马齿苋、紫花地丁、蒲公英、黄芪各 20g,苍术、黄柏、乳香、没药、丹皮各 15g,炙大黄 9g,三七 10g,瓦松、炙甘草各 12g。小儿大便后每次用 1 袋,加热水 200mL,冲洗肛门;坐浴时每次用 2 袋,加热水 400mL。中药熏洗^[10]是中医外科治疗中的一大特色,尤其用于肛肠病术后,如痔疮、肛周脓肿、肛瘻等疾病术后的治疗;而熏洗方是主要针对小儿肛瘻术后外用的方药,一是通过中药药液接触作用于创面,促其生肌愈合;二是借助于中药的药力和热力,刺激肛门口血管和神经,使肛门血管扩张,促使局部血液和淋巴循环,减轻组织的瘀血,有利于肠道濡养,增加治疗作用。

梁师强调应根据术后不同的情况分期用药:早期(术后 1~2d)为预防创缘水肿,给予消肿止痛膏外敷,1d1 次;中期(术后 2~5d)给予拔毒膏外敷以清热解毒、去腐生肌,1d1 次;后期(术后 6~15d)应用九华膏以活血化瘀,生肌止痛,每日 2 次;出院后应继续应用九华膏外敷,直到肛门口创面完全愈合。

3.4 术后规范换药,明确临床护理要点 小儿创口愈合较成人快,一般术后两周左右便能愈合。术后每日换药 2—3 次,规范换药是确保创面愈合加快的主要措施。

参考文献

- [1] 张虹玺,田振国. 中医治疗小儿肛瘻 30 例临床研究[J]. 医学前沿,2012,16(2):188.
- [2] 冯杰雄,郑 珊. 小儿外科学[M]. 第 2 版. 北京:人民卫生出版社,2014:162.
- [3] 夏泽华,张雅明,柏连松. 柏连松教授辨证治疗小儿肛瘻[J]. 吉林中医药,2014,35(3):248-249.
- [4] 邓美玲,尹 剑,张志龙,等. 婴幼儿化脓性肛瘻超声诊断 52 例分析[J]. 中国临床医生,2014,42(9):43-44.
- [5] 梁春晖,杨 光,潘 东. 挂线疗法治疗小儿肛瘻 47 例[J]. 江西中医药,2013,44(6):20.
- [6] 潘永斌,高卫华,何时鸣. 综合治疗婴儿肛周脓肿 115 例[J]. 中国社区医师:医学专业,2012,35(7):60-62.
- [7] 梁 珣. 雄性激素在婴儿肛周脓肿发病中的作用及机制探讨[D]. 重庆:重庆医科大学,2013.
- [8] 梁靖华,曾春娥,宋 磊,等. 肛腺切除并桥式引流术治疗复杂性肛瘻的临床研究[J]. 河北中医,2014,36(5):660.
- [9] 徐 硕. 肛瘻病的中医治疗方法分析[J]. 医学信息,2014,14(8):500.
- [10] 王 毅. 中药熏洗方结合挂线手术治疗复杂性肛瘻 40 例[J]. 陕西中医,2014,35(5):540-541.

(收稿 2015-11-20;修回 2016-01-10)