

梁靖华教授治疗高位肛瘘经验^{*}

孙兴伟 苏红波 孙林梅 李媛媛 梁靖华^{**}

(西安市中医医院, 陕西 西安 710021)

摘 要: 高位肛瘘因其复发率高, 并发症和后遗症较多, 目前仍是肛肠专业的难点之一。梁靖华教授在治疗肛瘘病方面积累了丰富的经验, 尤其体现在对高位肛瘘的治疗, 通过术前充分准备, 明确病变范围, 术中仔细操作, 完全清除病灶, 术后使用中药制剂, 促进伤口愈合等一整套方法, 使高位肛瘘的复发率大大降低, 并且很好保护了肛门的正常功能, 使患者术后痛苦减轻、愈合时间缩短。

关键词: 高位肛瘘; 经验; 梁靖华

中图分类号: R 657.1⁺6 **文献标识码:** A **文章编号:** 1672-0571(2017)06-0009-03

DOI: 10.13424/j.cnki.mtcm.2017.06.004

肛瘘主要是因肛腺感染导致肛门周围皮肤与直肠肛管之间形成慢性、病理性的管道, 常于肛周脓肿破溃或切开引流后形成^[1], 报道有采取括约肌无损伤根治术治疗高位肛瘘^[2]。本病不论性别、年龄以及体质的强弱均可发生, 是常见的肛门直肠疾病, 发病率占肛门直肠疾病的 1/4^[3], 仅次于痔。常见症状有: 肛周反复发作的肿痛、流脓, 急性炎症期可伴有发热。局部检查: 可见肛周有外口及分泌物。浅部肛瘘在肛周可触及索状结节及其行径。肛门指诊可触及内口有凹陷及结节。高位肛瘘, 一般是指瘘道穿越肛管直肠环或位于其上^[4], 因其治疗上复发率高, 并发症和后遗症较多, 目前仍是肛肠专业的难点之一^[5]。

老师梁靖华教授在多年的临床中发现, 肛瘘复发的根源是没有处理好内口, 根据“肛隐窝感染理论”, 要想根治肛瘘必须去除病因, 因此手术中不仅要清除所有感染的瘘道组织, 最重要的是要找到感染的肛腺, 并把它清理干净。这个感染的肛腺, 一般就在内口附近, 有时不止 1 处, 多则 2~3 处。处理好复发的根源后, 下面就是创面如何处理的问题, 对于高位肛瘘而言, 要想保护肛门功能, 就必须尽量不损伤括约肌, 梁老师将传统挂线术进行改良, 改挂紧线为挂浮线, 将瘘道剔除后

在内外口间做“桥式引流”。这样做既清除了感染源, 又达到了引流通畅的目的, 同时保护了括约肌, 减小了创面, 配合术后使用中药, 专科换药, 多年来按照此种方法治疗的病人, 效果较为满意, 患者术后疼痛轻、恢复快, 肛门功能正常、复发率低。现详细介绍如下。

1 术前充分准备, 明确病变范围

高位肛瘘虽较低位肛瘘发病率底, 但多因肛瘘迁延日久, 或高位脓肿处理不当导致, 本身病情就比较复杂, 术后易复发, 所以术前一定要尽可能明确疾病的感染范围, 瘘管的走行, 内口的位置, 术中才能做到心中有数, 刀下有数。一般可根据索罗门定律大致判断内口的位置, 即患者截石位时坐骨结节划一横线, 如外口在横线之前, 距肛缘小于 4 cm 时, 其内口多在对应位置的齿线上, 且瘘管较直, 若外口距肛缘大于 4 cm 或在横线之后, 内口多位于后正中齿线附近, 高位肛瘘一般属于后一种的情况较多。但术前还应尽量应用现代检查方法如: 直肠腔内超声、碘油造影、盆底部 CT、核磁共振(MRI)等^[6], 对每一例病人做好充分的术前检查, 明确病变范围及内口位置, 指导术中操作, 提示预后情况。

2 术中仔细操作, 完全清除病灶

* 基金项目: 2011 年发展引导计划 - 科技惠民计划 [HM1118-(5)]

** 通讯作者: 梁靖华(1966-), 男, 主任医师, 教授, 主要研究方向: 中医肛肠病研究。E-mail: liangjinghua0918@126.com

手术一般采取腰硬联合麻醉以充分放松术区组织,手术时,一手持探针,以圆头端从外口探入,另一手食指放入肛门做双合诊,如探针顺利沿瘘道走形从内口探出,则弯曲探针两头,固定瘘管。用电刀从外口开始,以探针为轴心,剥离瘘管,外口开口可稍大一点,使整个剥离术区呈口大底小的喇叭状,以便深部瘘管的剥离,当从外口剥离困难时,再从内口处向外剥离。开始剥离时先将内口切开,用丝线结扎两侧肛窦及部分周围组织,以清除感染的肛腺以及防治纯粹切除引起的粘膜出血,之后在探针引导下向外剥离瘘管,直到完全剥离出瘘管,然后在剥离瘘管后留下的管道内浮挂橡皮筋引流条,以利创面引流。术中剥离瘘管是难点,比较平直的瘘管是理想状态,最容易剥离,从外口剥多一半,再从内口向外剥即可剥离出完整的瘘管。但遇到走行弯曲,如马蹄形瘘,或有支管的肛瘘,就很考验耐心,需要一点一点剥离,有时需要内外口换着剥离,还要注意随时止血。术中始终保持探针固定在瘘管中,如不慎剥断瘘管,则依靠探针继续剥离,尽量将纤维化的管壁完全剔除,实在不好剥离时,用刮匙搔刮、清除剩余瘘道。若有支管,也要一一剥离,如支管较长,可在对应皮肤处人为做一外口,最后在所有内外口之间浮挂橡皮筋以引流。

3 术后使用中药,促进伤口愈合。

手术过程只是手术成功的第一步,因为高位肛瘘术区比较大、比较深,术后换药也至关重要。要指导患者每次大便完冲洗伤口,以防粪便积留在管腔内引起复发,每日换药时用镊子提起橡皮筋,先用双氧水冲洗术区,冲洗时可轻轻转动橡皮筋,使双氧水由外口进入内口流出,再用生理盐水反复冲洗,一定要保持术区引流通畅。术后3~7天时,可视情况随时清理腐败组织,以利引流通畅。7~14天时,腐败组织基本脱落,分泌物减少,创面新鲜,生长迅速,当新鲜肉芽组织基本占满瘘道时,可拆除引流条,让瘘道由底向口逐渐愈合。注意橡皮筋不能过早拆,否则粪渣等污染物易积留在瘘道内不易清理,容易留下隐患。换药时早期可用拔毒去腐功效的外用膏剂(我院常规使用的“拔毒膏”为院内制剂,主要成分为雄黄、轻粉、乳香、朱砂、冰片、金银花、黄柏等,具有拔毒、化

腐、生肌的作用),后期可用有活血生肌之效的膏剂外敷(我院常用的院内制剂“生肌九华膏”主要成分为滑石粉、硼砂、煅龙骨、浙贝母、冰片、银珠等,具有生肌、收敛、活血止痛的作用)。患者每日可用具有清热解毒、活血生肌的中药熏洗坐浴,中药熏洗^[4]是中医的一大特色疗法,尤其是在肛肠疾病中被广泛应用,它通过热力和药力的相互配合作用于创面,热力可以刺激创面血管扩张,促进药物的吸收,提高药效,促进伤口生长。我院常用的经验方如下:冰片 8g,朴硝 12g,儿茶 8g,明矾 10g,硼砂 8g,野菊花 10g,花椒 8g,青黛 6g,生大黄 15g,雄黄 3g。另外可配合微波、红光等理疗,也可促进伤口愈合。

4 病案举例

张某某,男,43岁。2014年3月21日以“肛旁间断性有分泌物流出2年”为主诉,门诊以“高位肛瘘”收住。专科检查(截石位):视诊4点位距肛缘5cm处有一溃破口,有淡黄色分泌物流出,指诊:肛门弹性可,可及条索状结节从外口通向肛内4点位,齿线上4点位肛窦凹陷、压痛阳性。入院后完善各项术前检查,查直肠腔内B超示:内口位于4点齿线附近,瘘道较平直。排除手术禁忌症后,在腰硬联合麻醉下行“肛腺切除并桥式引流术”。术中以一探针从外口探入,顺利从4点位内口探出,用电刀围绕外口做一圆形切口,在探针指引下,以探针为轴心,慢慢剥离瘘管,剥离到约三分之二时,再从内口处向肛外做一放射状切口,用弯钳分别钳夹两侧肛窦及附近组织,10号丝线结扎,沿探针由内口向外剥离剩余瘘管,充分止血,在内外口之间浮挂橡皮筋以引流。术后每天专科换药,中药熏洗,微波、红光理疗。术后12天时创面清洁,分泌物减少,拆除引流的橡皮筋,继续换药至术后18天瘘道愈合,患者出院继续门诊换药,术后28天伤口完全愈合。

5 结语

梁靖华教授多年来对高位肛瘘手术治疗的主张如下:①术前充分准备,明确病变范围;②术中仔细操作,完全清除病灶;③术后认真换药,促进伤口愈合。尤其是通过对现有治疗肛瘘术式进行改进,创新性地应用“肛腺切除并桥式引流术”治疗高位肛瘘。此术式较传统挂紧(下转第36页)

发生明显不良反应。

3 讨论

结合 NADLD 发病的病因病机、病位及临床特点,其与中医学中“痰症”“积聚”“胁痛”“肝癖”“肝痞”等病证相关^[1]。目前治疗 NADLD,西医有效的治疗方法不多,其多采用调脂、保肝、降酶等治疗方法,疗效尚不理想,且药物不良反应较多,从而影响临床疗效。《丹溪心法》认为“胁痛,肝火盛,木气实,有死血,有痰流注”。吴春江等^[11]认为本病病机关键为肝郁脾虚、痰瘀交阻,辨证为痰瘀互结,应用祛痰活血法治疗该病取得满意疗效;项建虎^[11]认为该病与气血痰湿凝滞相关,以疏肝理气、祛湿导滞、活血化瘀为法,自拟降脂汤治疗该病,在与护肝片对照治疗时在临床中取得满意疗效;而笔者结合自身长期临床工作经验,总结前世医家辩证论治原则,总结出本病病因为痰、湿、瘀、热致病,病位在肝,病机关键为痰湿瘀滞、肝郁血热,据此立方设计了消脂平肝汤。方中海藻,味咸性寒,主治软坚散结,消痰,利水。黄豆味甘性平,功效健脾宽中,润燥消水、清热解毒、益气。海藻配伍黄豆软坚化痰、健脾除湿,相使为用,是为君药。桃仁、丹参、赤芍行气活血,决明子清除肝热,畅通肝络,合郁李仁通利二便,使邪有出路,共为使药。山楂化痰消脂,茜草化瘀通络凉血,地龙祛痰通络,杏仁润肠通便共为佐药。白芍引诸药入肝,共奏健脾化湿,清肝通络之功效。临床研究提示消脂平肝汤为痰湿瘀滞,肝郁血热型 NADLD 而设,可降低血脂、改善肝功能,达到标本兼治之功效,对临床的治疗有一定的理论意义和实用

价值。

参考文献

- [1] 中华医学会肝病学分会脂肪肝和酒精性肝病学组. 非酒精性脂肪性肝病诊疗指南(2010年修订版)[J]. 现代医药卫生,2011,27(5):641-644.
 - [2] de Alwis NM, Day CP. Non-alcoholic fatty liver disease: the mist gradually clears [J]. J Hepatol, 2008, 48 Suppl 1: S104-S112.
 - [3] Fan JG, Farrell GC. Epidemiology of non-alcoholic fatty liver disease in China [J]. J Hepatol, 2009, 50: 204-210.
 - [4] Cao HX, Fan JG. Fatty liver disease: a growing public health problem worldwide [J]. J Dig Dis, 2011, 12: 1-2.
 - [5] 沈峰, 范建高. 2012年美国非酒精性脂肪性肝病诊疗指南解读 [J]. 中国实用内科杂志, 2012, 32(9): 676-679.
 - [6] 中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会. 非酒精性脂肪性肝病的中西医结合诊疗共识意见 [J]. 中国中西医结合杂志, 2011, 31(2): 155-158.
 - [7] 国家技术监督局发布, 中医临床诊疗术语证候部分 [S]. 北京: 国家中医药管理局医政司, 1997. 10. 1
 - [8] 郑筱英. 中药新药临床研究指导原则 [M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 151-155.
 - [9] 范小芬, 邓银泉, 吴国琳, 等. 非酒精性脂肪性肝病中医证型分布及证候特点研究 [J]. 中国中西医结合杂志, 2011, 31(1): 1332-1335.
 - [10] 吴春江, 赵双梅. 祛痰活血法治疗非酒精性脂肪肝 60 例 [J]. 现代中医药, 2012, 32(5): 20-21.
 - [11] 项建虎. 自拟降脂汤治疗非酒精性脂肪肝 42 例 [J]. 陕西中医学院学报, 2009, 32(4): 28-29.
- (收稿日期: 2017-06-8 编辑: 杨芳艳)

(上接第 10 页) 线相比是挂浮线, 不用紧线, 患者痛苦小, 与单纯剔除瘻管旷置伤口等术式相比, 不仅在内口之间做桥式引流, 使引流通畅, 而且特意清除了内口感染组织和瘻管。经多年临床观察, 此法具有复发率低, 对肛门功能无影响, 患者术后痛苦小、愈合快等优点^[8], 希望供同仁借鉴。

参考文献

- [1] 何永恒, 凌光烈. 中医肛肠科学 [M]. 北京: 清华大学出版社, 2012: 157.
- [2] 李一兵, 张彦峰, 朱银香, 等. 括约肌无损根治术治疗高位肛瘻 126 例临床报道 [J]. 陕西中医药大学学报, 2001, 24(1): 34.

- [3] 皮执民. 肛肠外科手术学 [M]. 北京: 军事医学科学出版社, 2008: 475.
 - [4] 陆金根. 中西医结合肛肠病学 [M]. 北京: 中国中医药出版社, 2009: 193.
 - [5] 李春雨. 肛肠外科学 [M]. 北京: 科学出版社, 2016: 54.
 - [6] 叶苏婷, 缪锦芬, 赵志新, 等. 磁共振成像检查在肛瘻手术中的应用价值 [J]. 医学影像学杂志, 2013, 23(2): 271-273.
 - [7] 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.
 - [8] 梁靖华, 曾春娥. 肛腺切除并桥式引流术治疗复杂性肛瘻临床研究 [J]. 河北中医, 2014, 36(5): 659-661.
- (收稿日期: 2017-03-25 编辑: 方亚利)