

肛漏（肛瘻）优势病种诊疗方案（2023 版）

【优化诊疗方案】

在 2021 年肛漏病中医诊疗方案的原有基础上，在针对术后疼痛、排便不畅的难点有所优化，增加了埋针为首选的术后中医镇痛方式。根据术后本虚标实的病机特点，给予科内经验方“清热滋阴方加减”口服。参照国家中医药管理局“十一五”重点专科主攻病种肛瘻诊疗方案。

【概 况】

肛漏是指直肠或肛管与肛门周围皮肤相通所形成的异常通道，也称为肛管直肠瘻，简称肛瘻。古代文献又称痔漏、漏疮、穿肠漏等。一般由原发性内口、瘻管和继发性外口三部分组成，也有仅具内口或外口者。内口为原发性，绝大多数在肛管齿线处的肛窦内；外口是继发的，在肛门周围皮肤上，常不止一个。肛漏多是肛痈的后遗症。临床上分为化脓性或结核性两类。

【中西医病名】

中医诊断：第一诊断为肛漏病（TCD 编码：BWG050）。

西医诊断：第一诊断为肛瘻（ICD-10 编码：K60.301）。

【诊断依据】

一、中医诊断标准：

参照中华人民共和国中医药行业标准《中医病症诊断疗效标准》（ZY-T001.7-94）。

1. 症状:

其临床特点是以局部反复流脓、疼痛、瘙痒为主要症状。

2. 体征:

可触及或探及瘻管通向肛门或直肠。

二、西医诊断标准:

参照 2006 年中华中医药学会肛肠分会、中华医学会外科学分会结直肠肛门外科学组、中国中西医结合学会大肠肛门病专业委员会制定的“肛瘻诊断标准”。

1. 症状:

(1) 有肛门直肠周围脓肿病史。

(2) 具有肛旁流脓或脓血、肛门胀痛、肛周皮肤瘙痒等典型的症状。

2. 体征:

肛旁有一个或多个瘻口与肛管相通。肛门周围有外口与瘻道相通，或直肠有内口与兼瘻道直通，或肛门周围的外口借隧道与直肠内口相通，外口周围皮肤可见红斑、丘疹。

3. 肛瘻分类:

A. 单纯性肛瘻:

① 低位单纯性肛瘻: 只有一条管道，且位于肛管直肠环以下。

② 高位单纯性肛瘻: 只有一条管道，穿越肛管直肠或环位于其上。

B. 复杂性肛瘻

① 低位复杂性肛瘻: 具有 2 条以上管道，位于肛管直肠环以下，且有 2 个以上外口或内口。

② 高位复杂性肛瘘：具有 2 条以上管道，位肛管直肠环以上，且有 2 个以上外口或内口。

③ 马蹄形肛瘘：瘘管环行，外口在肛门部两侧，内口多在截石位 6 点或 12 点处。

4. 检查方法：

（1）肛门视诊：可见外口，外口凸起较小者多为化脓性；外口较大，凹陷，周围皮肤暗紫，皮下有穿凿性者，应考虑复杂性或结核性肛漏。低位肛漏可在肛周皮下触及索条状物通向肛内，用力按压常有脓液从外口溢出。高位或结核性者一般不易触及。

（2）直肠指检：在肛管的后侧、齿线附近摸到中心凹陷的小硬结，有轻微压痛，往往是肛漏的原发性内口。

（3）探针检查：初步探查瘘道的情况。

（4）肛镜检查：与亚甲蓝配合使用，可初步确定内口位置。

（5）瘘道造影：可采用泛影葡胺等造影剂，尤其对于复杂性肛瘘的诊断有参考价值。

（6）直肠腔内超声：观察肛瘘瘘管的走向、内口，以及判断瘘管与括约肌的关系。

（7）CT 或 MRI：用于复杂性肛瘘的诊断，能较好地显示瘘管与括约肌的关系。

（8）胃肠镜：对于病程长，外口多的患者，应行胃肠镜检查，排除消化系统疾病如：溃疡性结肠炎、克罗恩氏病等。

【中医证候诊断】

1. 湿热下注证：

肛周有溃口，经常溢脓，脓质稠厚，色白或黄，局部红、肿、热、

痛明显，按之有索状物通向肛内；可伴有纳呆，大便不爽，小便短赤，形体困重，舌红、苔黄腻，脉滑。

2. 正虚邪恋证：

肛周瘻口经常流脓，脓质稀薄，肛门隐隐作痛，外口皮色暗淡，时溃时愈，按之较硬，多有索状物通向肛内；可伴有神疲乏力，面色无华，气短懒言，舌淡、苔薄，脉濡。

3. 阴液亏虚证：

瘻管外口凹陷，周围皮肤颜色晦暗，脓水清稀，按之有索状物通向肛内；可伴有潮热盗汗，心烦不寐，口渴，食欲不振，舌红少津、少苔或无苔，脉细数无力。

【治疗常规】

一、一般治疗

1. 注意休息、加强营养，饮食宜清淡，忌食辛辣刺激食物。
2. 保持大便规律、通畅，防止腹泻或便秘，以减少粪便对肛瘻内口的刺激。
3. 保持肛门清洁。

二、中医内治法：辨证选择中药口服汤剂、中成药

1. 中药汤剂：

（1）湿热下注证

治法：清热利湿。

推荐方药：二妙丸合萆薢渗湿汤加减，黄柏、苍术、银花、蒲公英、紫花地丁、萆薢、茯苓、炒栀子、车前子包、白术、茵陈。

（2）正虚邪恋证

治法：扶正祛邪，托里透毒。

推荐方药：托里消毒散加减，生黄芪、当归、穿山甲、皂角刺、川芎、炒白术、茯苓、白芍、熟地、甘草。

（3）阴液亏虚证

治法：养阴托毒。

推荐方药：青蒿鳖甲汤加减，青蒿、鳖甲、知母、生地、丹皮。

（4）对于患者术后腹胀，大便难解，辨证为阴虚内热证，予李一兵教授经验方“清热滋阴方加减”口服清热利湿、养阴通便，拟方：

关黄柏 10g	苍术 10g	薏苡仁 30g	麸炒枳实 10g
法半夏 15g	陈皮 5g	姜厚朴 15g	槐花 15g
炒白扁豆 15g	甘草片 5g	麦冬 15g	桑叶 15g
天花粉 20g	柴胡 15g	麦芽 30g	稻芽 30g
牛蒡子 15g			

2. 中成药：

（1）口服中成药：芪蓉润肠口服液等通便。

（2）外用中成药：

栓剂纳肛：可选用马应龙麝香痔疮栓、肛泰栓、泰宁栓、普济痔疮栓等；

中药膏剂外用：可选用马应龙麝香痔疮膏、龙珠软膏、肛泰软膏等。

3. 围手术期治疗：

（1）中药外洗方：（本院院内医院协定方），组方如下：

坐浴方一（梁靖华教授经验方）：

黄连 15g，黄芩 15g，黄柏 15g，乳香 10g，没药 10g，牛膝 10g，

桃仁 10g, 牡丹皮 10g, 贯众 10g, 蒲公英 15g, 紫花地丁 10g, 甘草 10g, 仙鹤草 10g, 地榆 15g

坐浴方二:

地榆 5 克, 槐角 5 克, 蒲公英 5 克, 紫花地丁 5 克, 黄柏 5g。

(2) 外敷法:

常用药物: 创面外敷生肌玉红膏纱条(院内自制)以解毒消肿、生肌止痛, 组方如下:

白芷 15g, 甘草 36g, 归身 60g, 血竭 12g,
轻粉 12g, 白芨 60g, 紫草 6g, 麻油 500g。

用法: 上药浸油煎熬、烱化、搅拌后外用制成生肌玉红纱条。直接贴敷患处。每日 2 次。

(3) 其他疗法:

1) 中医首选穴位(二白、次髎、天枢、承山)埋针治疗予理气止痛、活血散瘀。

2) 耳穴压豆(心、脾、肛门、直肠、神门)调理大便及止痛。
腹部按摩(天枢、中脘、气海、关元)辅助排便。

3) 中药热奄包外敷以促小便排出, 具体组方如下:

桂枝 90g 茺莢 40g 猪苓 40g 车前子 40g
木香 30g 牛膝 30g 枳壳 30g 泽泻 40g

4) 中药热奄包外敷止痛治疗, 具体组方如下:

川楝子 90g 醋乳香 40g 醋没药 40g 黄芩 40g
黄连 40g 黄柏 40g 川芎 40g 防风 40g

5) 针对术后出现腰背部疼痛、便秘、腹泻、头晕、失眠、腹胀、外感等各类临床症状,可根据具体情况,予以辩证施治予针刺治疗。

三、西医疗法:

(一) 治疗原则

肛瘘一经诊断,应以手术治疗为主,其他非手术疗法均为对症治疗,一般难于治愈。手术应遵循以下原则:

- ①彻底处理原发性病灶(内口);
- ②最大限度保护肛门功能;
- ③保证创面引流通畅。

(二) 围手术期治疗:

1. 基础疗法:

(1) 用药: 首选, 双氯芬酸钠栓纳肛止痛, 必要时升级为帕瑞昔布钠、氟比洛芬酯注射液、曲马多缓释胶囊、盐酸曲马多注射液等药物; 盐酸坦索罗辛缓释胶囊预防尿潴留作用。

(2) 物理疗法: 红外线照射下腹部及腰部缓解腰麻后腰部不适、预防尿潴留, 方以通络止痛、理气消胀。

(3) 根据病情及临床实际, 可选用红外线治疗以达到局部杀菌消炎、促进局部循环及促进切口愈合。

2. 合并症的治疗: 亚急性感染参考肛周脓肿的治疗。

3. 其他治疗: 有挂线疗法, 药捻疗法等。

4. 粘堵法:

对单纯非炎症期肛瘘可行纤维蛋白胶粘堵法治疗, 其优点是无括

约肌损伤，不影响肛门功能，且操作简便，但复发率较高。

5. 手术疗法

(1) 适应证：凡确诊为肛瘘而无手术禁忌者。

(2) 禁忌证：

①伴有严重心、肺、肝、肾疾患及血液病者。

②妊娠头 3 个月及临产期孕妇。

(3) 术前准备：

①实验室和理化检查：血常规+血型、尿常规，大便常规+OB、凝血四项、肝肾功能、电解质、血糖血脂、术前传染病筛查、CRP、ESR、PCT、腹部 B 超、心电图、胸部 X 线各项专科检查等。

②根据病情需要行骶尾部或骨盆 X 线照片、盆腔磁共振、瘘道碘油造影、肛门直肠腔内 B 超、脓液细菌培养+药敏、组织活检等检查。

③肠道准备：术前 2 小时用甘油灌肠剂 110ml 灌肠。

④肛周皮肤剃毛及清洁肛门。

(4) 体位：可先用俯卧折刀位、侧卧位或截石位。

(5) 麻醉：首选低平面腰麻、硬膜外麻醉或骶管麻醉，低位肛瘘选用骶管麻醉或局部浸润麻醉。

(6) 手术术式：

A. 肛腺切除并桥式引流术（本院自主研创）

1) 用探针从肛瘘外口探入以确定肛瘘的走行、感染肛腺的位置（多在截石位 5~7 点肛管后中线附近），如感染肛腺的位置不易探知，也可从齿线处查找；

2) 从感染肛腺所对应肛缘外 1~2 cm 处纵行切开, 直到感染肛腺处, 深约 0.5cm 左右, 以能引流通畅为宜, 并根据肛腺感染范围切除感染肛腺, 高度、深度、宽度以不超过 1cm 为宜(肛腺管长 2~8mm, 一个腺体的分支分布面积约 1 平方 cm), 结扎止血, 如遇多个肛腺感染同法处理;

3) 从肛瘘外口处沿瘘管走行方向探查, 直到感染肛腺处或肛腺外切口处, 必要时扩创后用刮匙搔刮或用纱布条擦拭管腔, 以清除腐败坏死组织, 同法处理其他瘘管;

4) 用双氧水、甲硝唑注射液、生理盐水彻底清洗伤口, 用橡皮筋做桥式引流 5~7 d; ⑤引流期间每日常规消毒换药, 等分泌物干净后去除橡皮筋, 继续换药直至伤口愈合

B. 藏线缝合法 (本院自主研创)

1) 藏线缝合替代了传统的分层缝合, 创口小, 感染机会减少; 藏线缝合使阴道和直肠黏膜之间的新创面从中央牢牢闭合, 降低直肠及肛管部位的“高压区”对阴道侧的影响, 使阴道侧瘘口黏膜创缘获得优先愈合修复的条件; 藏线缝合也使得直肠侧黏膜的创缘相互靠近, 得以自行修复。

2) 在会阴体外部皮肤、藏线入针处做一表浅的扩大创面, 把潜在感染机会分摊到整个扩大的会阴皮肤横切口, 避免了感染从小创面针孔处蔓延, 使藏线缝合能牢固且持续闭合瘘口新创面的中央区, 给两侧的黏膜修复创造了必要的环境, 从而达到抵御感染的目的。

3) 对于伴有肛门括约肌断裂的直肠阴道瘘患者, 该术式可以使

肌肉两断端瘢痕拉近、粘连、愈合，愈合后会阴外观自然，功能得到极大恢复。基于本术式的临床实践，认为藏线缝合修补术具有治愈率高、手术时间短、患者会阴外观满意度高、术后疼痛及并发症发生率低等优点。传统术式手术失败可能导致瘘孔增大，给以后手术修补造成困难，而藏线缝合修补术治疗失败的患者，由于手术创口小，术后创口缘肉芽增生、黏膜增厚形成疤痕，术后漏气漏便的症状也得到一定的改善。

C. 肛瘘切开挂线术：适用于高位肛瘘。

D. 肛瘘切开（除）术：适用于单纯性肛瘘。

E. 黏膜瓣推移术：适用于高位肛瘘内口明确且不伴严重感染的患者和女性前侧肛瘘。临床也可采用切开、旷置、挂线、缝合等方法有机结合，减小创伤。

(7) 术后并发症

尤其是高位复杂性肛瘘术后可能发生肛门移位、黏膜外翻、肛管缺损、肛门失禁等并发症。手术时应尽量减小创面，必要时可行肛门括约肌修补或皮瓣整形术。

(8) 特殊患者的处理

① 克罗恩病肛瘘

在全身治疗的同时尽量以保守治疗为主。无症状的克罗恩病肛瘘：无需手术治疗；低位克罗恩病肛瘘：采用瘘管切开术；复杂性克罗恩病肛瘘：可长期挂线引流作姑息性治疗。如直肠粘膜肉眼大体正常可采用推移黏膜瓣闭合内口。

② 结核性肛瘘

需结合全身抗结核治疗（异烟肼、利福平、乙胺丁醇、链霉素等）配合中药局部使用（包括中药膏剂及坐浴），其成分主要有：黄柏、紫草、马齿苋、苦参、白芷、当归、枯矾、：以表浅瘘为主，有自愈可能，非手术无效可选择切开术。

四. 术后处理

1. 中医处理见围手术期相关；

2. 西医术后处理：

（1）术后一般处理：每天或每次大便后用中药外洗液或 1/5000 高锰酸钾溶液坐盆；肛门局部每天换药 1~2 次，酌情选用祛腐散、珍珠散、生肌散、生肌玉红膏或四黄膏、氧化锌膏或抗生素纱条等；必要时可给予抗生素治疗。

（2）术后合并症的处理：肛门疼痛、尿潴留、排尿困难参考“痔术后并发症的处理”。

【护理调摄】

1. 经常保持肛门清洁，养成良好的卫生习惯。
2. 发现肛痈，宜早期治疗，可以防止后遗肛漏。
3. 肛漏患者应及早治疗，避免外口堵塞而引起脓液积聚，排泄不畅，引发新的支管。

【随访计划】

术后随访 3~6 个月，注意观察伤口的愈合情况和肛门功能有无受损或受损的程度，及时防治各种并发症。

【临床疗效评价】

一、评价标准：

参照 1994 年国家中医药管理局颁布的《中医病证诊断疗效标准》

1. 治愈：肛痿瘻管小时，肿痛流脓症状消失，手术创口基本愈合，排便功能正常；
2. 好转：肛痿肿痛流脓症状减轻，手术创口基本愈合，排便功能正常；
3. 未愈：肛痿肿痛流脓症状依然如故。

二、评价方法

1. 症状评价指标：参照 2004 年国家卫生部颁布的《中药新药临床研究指导原则》。

疗效指数计算公式（尼莫地平法）：

$$[(\text{治疗前积分} - \text{治疗后积分}) / \text{治疗前积分}] \times 100\%。$$

2. 症状分级量化评分标准：

（1）出血

- 0 级：正常 0 分
- 1 级：轻度 2 分带血
- 2 级：中度 4 分滴血
- 3 级：重度 6 分射血

（2）疼痛

- 0 级：正常 0 分
- 1 级：轻度 2 分轻度疼痛，可以忍受
- 2 级：中度 4 分明显疼痛，用药缓解

3 级：重度 6 分剧烈疼痛，难以忍受

(3) 分泌物

0 级：无 0 分

1 级：有 1 分

3. 证候评价指标：

参照 2004 年国家卫生部颁布的《中药新药临床研究指导原则》。

(1) 舌象：舌红，苔黄

0 级：无

1 级：有

(2) 脉象：脉数或滑数

0 级：无

1 级：有

【中医治疗难点及应对措施】

1. 术前合并便秘的患者术后排便的调控具有一定的难度，往往需要频繁应用开塞露、清洁灌肠的办法，增加了对伤口的刺激，延缓了患者的术后康复。术前合并便秘的患者人群主要分为青年女性患者和中老年女性患者两大类。两类人群的便秘特点、舌脉象均有显著的差异，中医证型也有所区分。青年女性多因工作压力大、休息睡眠少所致，受情志因素的影响较大，以“肝郁脾虚”为主要辨证特点，部分也兼有“少气少血”的特点，治疗应着重疏肝健脾、益气养血为法，标本兼治。中老年女性多因激素水平改变、更年期前后、多育多产的原因所致，受脏腑气血功能衰退的影响较大，以“肝肾亏虚，肠燥津

亏，升降无力”为主要辨证特点，治疗应着重滋补肝肾、润肠生津、调和脾胃为法，重在固本。针对上述难点及辨证分析，我科结合李一兵院长个人经验对 2021 年混合痔中医诊疗方案的优化给予指导意见。

2. 肛门病术后排便时疼痛是公认的围手术期治疗难题。我科自 2015 年建科以来一直努力探索有效的中西医镇痛方案，坚持“中医为主、中医为首”的镇痛原则，除了应用解热镇痛类药物镇痛之外，科室的医护团队通过工作之余的认真学习，掌握了腕踝针以及穴位埋针的镇痛手段，故在 2020 年开始应用于临床，此后一直沿用治疗方案至今。