

肛漏（婴幼儿）优势病种诊疗方案

【概 况】

婴幼儿肛漏是指0-3岁直肠或肛管与肛门周围皮肤相通所形成的异常通道，也称为肛管直肠瘘，简称肛瘘。古代文献又称痔漏、漏疮、穿肠漏等。一般由原发性内口、瘘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。

【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：第一诊断为肛瘘（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，穿越肛管直肠环位于其上方。

B. 复杂性肛瘻

① 低位复杂性肛瘘：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) 肛周超声：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，食指络脉沉、紫。

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，食指络脉淡红、偏沉。

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，食指络脉偏沉、紫。

【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。

2. 中成药：

（1）栓剂纳肛：可选用马应龙麝香痔疮栓、肛泰栓、普济痔疮栓等。

（2）中药膏剂外用：可辨证选用特色院内制剂：九华膏、拔毒膏、消肿膏等，或用马应龙麝香痔疮膏、龙珠软膏、肛泰软膏等。

三、中药外治法：

1. 中药冲洗：梁靖华教授经验方小儿肛周洗剂（黄连5g、黄芩5g、黄柏5g、金银花5g、连翘5g、蒲公英5g、紫花地丁5g、甘草片5g）。术后配合外用小儿肛周洗剂清热利湿、消肿止痛，对湿热下注证肛痿患者效果明显。对正虚邪恋、阴虚毒恋证患者亦可起到清热解毒、预防感染的作用。

2. 中药热奄包治疗：热奄包是由我院中药房购置的中药熬制（盐黄柏、苦参、花椒、艾叶、冰片）成药液，在换药时加热并浸透于药棉上，外敷于伤口处，具有清热解毒、活血消肿止痛的功效。该方组成药物均为临床常用药物，无明显毒副作用，操作简单，使用安全可靠。

四、西医疗法：

（一）治疗原则

肛痿一经诊断，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：红霉素软膏、莫匹罗星软膏等外用预防感染。（2）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，拖线疗法等。

4. 手术疗法

(1) 适应证：6个月-3岁确诊为肛瘘而无手术禁忌者。(2) 禁忌证：伴有严重心、肺、肝、肾疾患及血液病者。

(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、术前传染病筛查、CRP、ESR、PCT、肛周B超等。

②根据病情需要行盆腔磁共振、脓液细菌培养+药敏、组织活检等检查。

③肠道准备：术前禁食(奶)4-8小时，禁水2-3小时。

④体位：截石位。

⑤麻醉：静脉加骶管麻醉或局部浸润麻醉。

⑥手术术式：

肛瘘剔除并肛腺切除术（本院自主研创）患儿取截石位，首先常规消毒铺巾，对于简单低位肛瘘而言，自外口用探针探入，外翻肛门，用小手指在肛内引导探查，或在直视下寻找感染的肛腺，探查其瘘管走形，并于对应的内口探出；当从外口探入困难时，可从内口处向外探寻；沿着探针走向切开瘘管，搔刮瘘管，剔除坏死的组织，切开内口，用丝线结扎两侧肛窦及部分周围组织，以彻底清除感染的肛腺以及防治纯粹切除引起的粘膜出血，修剪切口，确保引流通畅。若低位肛瘘伴多个内口的，则可按照上述方法完全切开瘘管，清理坏死组织，彻底清理感染肛腺，保持引流通畅；对于高位肛瘘伴多个瘘管，用探针

探查所有可能的瘘管，先用橡皮筋将括约肌组织挂断，橡皮筋结扎松紧适度，然后剔除所有位置较低的支管及其感染组织；对于多个瘘管且外口距离较远时，则可用切开行对口引流的方法，术中彻底清除坏死组织，确保感染的肛腺切除干净，最后用双氧水、生理盐水反复冲洗干净，内置油纱条引流，塔型纱布固定。

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

a 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。

b 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) 术后一般处理：每天或每次大便后用生理盐水冲洗干净后碘伏消毒；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、排便困难参考“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）：
$$\left[\frac{\text{治疗前积分} - \text{治疗后积分}}{\text{治疗前积分}} \right] \times 100\%。$$

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：食指络脉偏沉、紫

0 级：无

1 级：有

【中医治疗难点及应对措施】

术后便秘时肛肠科常见并发症，由于小儿有其独有的生理、病理特点，因而治疗小儿便秘不能完全等同于成人，一味清热泻下往往适得其反。便秘的原因虽多，但其主要病机为腑行不畅，浊气不降，大肠传导功能失常，从而导致便秘。传统辨证主要分热秘、气秘、虚秘，治疗主要以清热泻下药物为主配合益气、养阴等治法，却忽视了小儿“脾常不足”的生理特点。因小儿服用汤药的依从性较差，而目前又无专门用于治疗小儿便秘的中成药，临床常用小儿化食丸、四磨汤、王氏保赤丸、一捻金、当归芦荟丸等，虽能暂时缓解症状，但停药后容易复发，往往效果不理想。其主要原因是由于组方不符合小儿便

秘的病因病机规律和生理病理特点，治疗时需根据小儿“脾常不足”“肝常有余”“肺脏娇嫩”的生理、病理特点，故小儿便秘的治疗应补其不足、泻其有余，临床采取攻补兼施法，以健脾行气通便为治疗总则组方，取得了满意效果。