

引用:刘珊珊,熊之焰.熊之焰治疗高位复杂性肛瘘经验[J].湖南中医杂志,2020,36(5):44-45,48.

# 熊之焰治疗高位复杂性肛瘘经验

刘珊珊<sup>1</sup>,熊之焰<sup>2</sup>

(1. 湖南中医药大学,湖南 长沙,410208;

2. 湖南中医药大学第二附属医院,湖南 长沙,410005)

**[摘要]** 介绍熊之焰教授治疗高位复杂性肛瘘的经验。熊教授认为高位复杂性肛瘘治愈的关键在于术式的选择,术中根据不同情况灵活运用挂线疗法,同时注重术后换药看三期、脱线分阶段,创面治疗采用局部辨证为主、结合整体辨证的方法遣方用药,促进伤口愈合。

**[关键词]** 高位复杂性肛瘘;挂线疗法;名医经验;熊之焰

**[中图分类号]** R269.571+.6 **[文献标识码]** A **DOI:** 10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2020.05.018

肛瘘是直肠与肛门周围皮肤相通形成的异常管道,其由内口、瘘管、外口三个部分组成。高位复杂性肛瘘是指瘘管有2条及以上并位于肛管直肠环以上,同时伴有2个以上的内口或外口。据有关流行病学调查显示,肛瘘发病率逐年上升<sup>[1]</sup>,其临床表现越来越复杂。因此,如何进一步提高高位复杂性肛瘘治愈率、减轻术后痛苦、减少术后并发症,已成为该领域临床研究的重大课题之一。熊之焰

教授从事肛肠疾病临床教学、科研工作三十余年,临证术式灵活,对术后专科换药及创面的中医辨证治疗有独特的思维理念。现将其治疗高位复杂性肛瘘的经验整理如下。

## 1 对肛瘘治疗方法的认识

熊教授认为肛瘘的治疗以挂线疗法最为经典、实用。挂线疗法最早见于徐春甫的《古今医统大全》,作用原理为以线代刀,通过异物刺激、引流及

**第一作者:**刘珊珊,女,2012级本硕连读研究生,研究方向:肛肠疾病的中医药防治

**通讯作者:**熊之焰,女,主任医师,教授,硕士研究生导师,研究方向:肛肠疾病的中医药防治, E-mail: 759865545@qq.com

弱证者,其温散寒邪、益血复脉之用契合本病病机。基础方主药当归、桂枝、红枣、芍药,敛血用白芍,清血用赤芍,本案选用赤芍清热凉血、活血化瘀。患者颜面症状为重,配合川芎上行头目,下行血海;羌活解表散寒、祛风除湿、引药上行;胃纳欠佳,湿阻中焦,脾不升清,故加苍术、茯苓健脾利水,补而不峻,除中焦之湿,温而不燥;甘草调和诸药。二诊合陈皮理气健脾,温中而无燥热之患,与茯苓之用相辅相成,兼化寒湿痰壅;细辛辛香走窜,宣泄郁滞,取其解表散寒、祛邪外出之功。综观全方,向教授临证注重调理气血、重视脾胃养护。

《医宗必读·古今元气不同论》载:“气血者,以人赖以生存者,气血充盈则百邪外御,病安从来?”气血不和,百病乃生,皮肤病的发生与气血盛衰密切相关。皮肤病常病程漫长,久病夹瘀,久病易虚,气血不和,血瘀气滞,气血变化常合并交替,故不可从一而治、气血双调者疗效显著。脾为后天之本,气血生化之源,主运化水湿、升清降浊、转输精微水

液。向教授在该病临证中常配伍健脾类药物,脾气的推动、激发作用使药物更好地发挥功效,脾运化功能健全,脏腑、四肢、皮毛才能得到充足营养而发挥生理活动,通过恢复和加强正气,促进机体达到能自然祛邪防病之用。

## 参考文献

- [1] 赵辨.临床皮肤病学[M].3版.南京:江苏科学技术出版社,2001.
- [2] 韩秀琴,张璜峰,于海燕.中药治疗寒冷性多形红斑的疗效观察[J].亚太传统医药,2011,7(10):74-75.
- [3] 游国雄,罗树明.当归四逆汤防治偏头痛52例的疗效和机理研究[J].中华医学杂志,1981(1):57
- [4] 熊俊阁.当归四逆汤对硬皮病小鼠循环血中AECA、vWF、TXB<sub>2</sub>、6-keto-PGF<sub>1</sub>α含量的影响[D].郑州:河南中医药大学,2017.
- [5] 彭霞.当归四逆汤方证研究[D].广州:暨南大学,2013.
- [6] 张建军,李伟,王丽丽,等.赤芍和白芍品种、功效及临床应用述评[J].中国中药杂志,2013,38(20):3595-3601.

(收稿日期:2019-06-18)

以线带药的方式,达到治疗目的<sup>[2]</sup>。经过后世医家的不断补充、总结、实践,结合现代的医疗检查方式,该方法已被广泛运用于临床。熊教授在前人经验的基础上总结肛瘘根治需历经肛肠专科手术、专科换药及术后创面的中医治疗3个阶段。通过了解患者病史及伴随疾病有利于评估术后创面恢复情况及痊愈时间。通过专科检查、直肠三维彩超、肛周核磁、术中探针探查、美蓝染色等检查手段拟定具体术式。熊教授认为恢复期患者采用排便-坐浴-换药的治疗方式有利于伤口愈合,此期应注重创面疼痛、渗血、渗液、肛周不适感等症状变化,形成以局部辨证为主、结合整体辨证的诊疗思维,予中药处方坐浴、口服以缓解上述症状,促进伤口愈合。换药时注意伤口变化的3个时期与2个阶段,即脱腐期、肉芽填充期、爬皮期,橡皮筋脱落前后的2个阶段。

## 2 熊氏经验术式

### 2.1 分段挂线术

2.1.1 时间上分段挂线(“B”型挂线术) 对于括约肌间的高位瘘管性脓肿,在探明内口后,自外口处切开皮肤沿瘘管剥离至外括约肌下,沿探针自内口引入橡皮筋至瘘管外口,将瘘管内、外口间的皮肤及黏膜层组织切开,收紧橡皮筋,丝线固定。此时内口上仍有脓腔向近心端延伸,若自外口探入脓腔顶点挂线对肛门肌肉损伤较大,熊教授认为可自内口处探至脓腔顶点,自顶点直肠黏膜薄弱处探出,引入橡皮筋行挂线术。此法称“B”型挂线术。术中通过控制挂线松紧把握橡皮筋脱落时间,以上段松、下段稍紧为宜,以确保术后所挂线在脱落时间上有4~5 d时差,从而保护肛门功能。

2.1.2 空间上分段挂线(“环”型挂线术) 对于存在多个内口、外口且瘘管深浅不一的高位复杂性肛瘘。橡皮筋收紧原则为低位收紧,较高位置适当收紧,最高位置可浮挂。此法称“环”型挂线术。熊教授认为待术后低位挂线脱落后可在局麻下逐步收紧高位挂线。如此既可避免多次手术,又能避免多根橡皮筋同时脱落致肛门功能受损,可能造成大便控制欠佳甚至失禁。

2.2 肛瘘切扩挂线疗法联合高位瘘管旷置术 对于括约肌上肛瘘,一般经内口或稍高于内口的直肠黏膜壁薄弱处挂线,电灼内口,此时挂线仅适当收紧,换药期可逐步紧线。外口处电切一外宽内窄的创面通向脓腔盲端,放入一根橡皮管,管尾用缝线

固定在创缘,自管口注入双氧水、0.9%氯化钠注射液反复冲洗脓腔,确保引流通畅,术后1周左右拆管。熊教授认为盲端脓腔虽仅行置管引流术,但因感染内口已作处理(挂线或点灼),脓腔亦有闭合可能。如未痊愈,建议3个月后待脓腔经肉芽填封盲端大幅度靠近肛缘后,再行二次挂线根治术治疗。

2.3 浮线隧道术 高位马蹄形肛瘘或脓腔较大的女性或年老体弱括约肌较薄弱者,考虑肛门括约肌挂断后发生失禁可能性极大,熊教授一般电灼内口后自外口至内口处挂一浮线。此挂线法仅起到引流作用,内外口间形成一隧道。待挂线处脓腔坏死组织脱落干净、创面基本被新鲜肉芽组织填充后则抽线。

## 3 术后创面治疗以局部辨证为主,结合整体辨证

中医学称此病为“肛漏”,病位于“魄(粕)门”,即肛管直肠下段。虽经金刃治疗,但其后创面可见渗液淋漓不止,局部湿邪为患,湿性重浊、黏滞,久则浸淫肌肤,表现为创缘瘙痒、湿疹;湿邪局部蕴久可化热,湿热熏蒸则创缘持续红肿,创面难愈;津血同源,渗液较多,损津耗血,创面失于血的荣润则出现疼痛,甚至肌肉抽痛。熊教授认为本病属局部病证,一般少见引起全身症状,故治疗创面局部应以清热利湿为主,必要时兼口服中药,临证喜用止痛如神汤(方药组成:防风、桃仁、当归、槟榔、秦艽、黄芩、黄柏、泽泻、苍术)坐浴,每天1次。久病者脓水淋漓不止,气血不断外泄,导致正气虚衰,熊教授常以扶正为主、兼以驱邪,方选托里消毒散合四物汤加减。兼见便血者则合用槐花散;兼见创面渗出物较多者则合用草薢渗湿汤。

## 4 换药看三期,脱线分阶段

4.1 脱腐期-肉芽填充期-爬皮期 熊教授认为此三期贯穿创面痊愈过程始终。术后创面留有电切后焦痂,此为腐肉。宜使用化腐生肌药促进其脱落,一般3~5 d可完全脱腐。期间肉芽萌发,新生肉芽组织以新鲜、红润、质地坚实为最佳。受肛门功能、创面愈合方式及大小、深浅等因素影响,肉芽组织填满创面一般需30~40 d。肉芽生长后期创缘处可见乳白色组织向创缘中心缓慢爬行,形成纤维化的皮肤,此为爬皮期。一般2周后皮肤对接完整,形成瘢痕,此时需注意修剪肉芽组织,以防创面愈合后瘢痕过于凸出,或因修剪过度导致瘢痕凹陷。

4.2 橡皮筋脱落前后 橡皮筋主要起缓慢切割、创面引流作用。熊教授认为其脱落是形似“秋叶飘落”的自然行为。切割过程中橡皮筋(下转第48页)

是气与水液代谢的主要通道。王强等<sup>[6]</sup>认为,三焦壅塞为心衰的病理基础,治疗心衰当以通利三焦为主。杜武勋教授认为,恢复三焦功能当以通利水道为用<sup>[7]</sup>。

笔者(第一作者)导师睦湘宜主任医师认为,本病病机为本虚标实,标实常掩盖本虚之症状,故其采用温补宣导三焦法治疗,所用方药重在温阳、补气以治本,同时宣导三焦以治标,标本兼治,加强活血化瘀、化痰利水功效。所用方是根据杨祥坤等<sup>[8]</sup>宣导泻肺饮加桂枝、黄芪而成。方用桑白皮、葶苈子以泻肺平喘、行水消肿,杏仁宣肺平喘,三者合用以开宣上焦,通调水道;厚朴燥湿消痰,陈皮健脾化湿,莱菔子行气导滞以助宣畅中焦;泽泻、猪苓利水渗湿,川木通利尿以渗利下焦;桂枝既可开宣肺气以助行水,温扶脾阳以助运水,又可温肾阳以助膀胱气化利水;黄芪善升,既补益脾肺之气,补气行血,又可利水消肿;当归活血化瘀。诸药合用,宣上、畅中、利下,三焦兼顾,加以桂枝、黄芪,既可助三焦宣导之力,又能益气助阳。脾胃为气机升降枢

纽,畅中更利于宣上、利下,三焦得利,气运阳温,则痰瘀水停之症可自除。

### 参考文献

- [1] 胡盛寿,高润霖,刘力生,等.《中国心血管病报告2018》概要[J].中国循环杂志,2019,34(3):209-220.
- [2] 中华医学会心血管病分会,中华心血管病杂志编辑委员会.中国心力衰竭诊断和治疗指南2018[J].中华心血管病杂志,2018,46(10):769-789.
- [3] 郑筱萸.中药新药临床研究指导原则[M].北京:中国医药科技出版社,2002:68-72.
- [4] 陈可冀,吴宗贵,朱明军,等.慢性心力衰竭中西医结合诊疗专家共识[J].心脑血管病防治,2016,16(5):340-347.
- [5] 华新宇.慢性心力衰竭中医病机的三焦观[J].光明中医,2010,25(11):1963-1964.
- [6] 王强,孟云辉,高慧,等.论三焦壅塞与慢性心力衰竭[J].中西医结合心脑血管病杂志,2011,9(12):1505,1526.
- [7] 张少强,杜武勋,魏聪聪,等.杜武勋教授治疗慢性心力衰竭学术经验总结[J].四川中医,2012,30(9):1-3.
- [8] 杨祥坤,华新宇.慢性心力衰竭三焦壅塞痰瘀水停证的探讨[J].中医药学刊,2006,24(11):2013-2014.

(收稿日期:2019-06-18)

(上接第45页)不断刺激创面引起断端纤维化与周围组织粘连固定,可预防肌肉回缩,避免肛门失禁。换药时需先用0.9%氯化钠注射液冲洗干净创面分泌物及粪便残渣,再用络合碘局部清创,最后放入药条,促进伤口愈合。一般脱落期为7~10d。橡皮筋脱落后整个瘻管形成的创面全部打开,创面极为通畅,换药时注意将药纱塞至稍盖过内口处,放置平整。

### 5 典型病案

李某,男,42岁,因“反复肛周破溃流脓2年,再发3d”于2018年3月12日于熊教授处就诊。入院症见:肛周皮肤破溃、流脓,脓液色淡黄,味腥臭,无便血、脱出,肛周无潮湿、瘙痒,大便规律、排出顺利,每天1次,质软,成形,小便正常。既往体健,无药物过敏史。专科检查(截石位)肛门外观:3点、6点距肛缘约2cm处均可见破溃口;指诊:挤压破溃口可见少许淡黄色脓液,自破溃口处可触及条索状物通向肛门,肛内指诊直肠空虚,未触及异常肿物,6点位肛窦处凹陷明显,轻压痛;镜检:6点肛窦处黏膜稍暗红,余未见异常。辅助检查:实验室检查无手术禁忌证、血液传染类疾病;心电图、腹部彩超、胸片:无手术禁忌;三维直肠彩超:高位瘻管性脓肿,复杂性肛瘻。诊断为高位复杂性肛瘻。完善术前准备,拟定在腰麻下行复杂性肛瘻切扩挂线疗法联合高位瘻管旷置术。术后经抗感染、止痛、中药坐浴、专科换药等治疗,患者48d后痊愈出院。恢复期间排便正常,无失禁。3个月后复查直肠三维彩超,除瘢痕组织外,未见其

他异常。

**按语:**在本案中,根据患者症状、专科检查、三维直肠彩超诊断为高位复杂性肛瘻,采用切扩挂线疗法联合高位瘻管旷置术治疗,术中注意内口的处理、橡皮筋松紧、引流管放置深度等细节,手术顺利。术后肉芽生长良好,恢复期对橡皮筋脱落、橡皮管退管时间把控良好,换药细致、到位,创面愈合后瘢痕平整,无明显不适。整个恢复过程中患者排便情况良好,复查结果正常,随访至今未复发。

### 6 小结

灵活的挂线疗法治疗高位复杂性肛瘻是根据熊教授多年临床经验总结而来。治疗总则为在避免肛门失禁的前提下尽量行一次性根治手术,同时注重保护肛门功能及外形的完整性。采用术后创面局部治疗及换药时三期两阶段的治疗理念,既可减轻患者恢复期痛苦,又可降低复发率,临床疗效满意,值得推广学习。

### 参考文献

- [1] 丁婷.辽宁省成人常见肛肠疾病流行病学研究报道[D].沈阳:辽宁中医药大学,2014.
- [2] 郝秀艳,文丽娟,谢祥银.肛漏古籍挂线疗法探析[J].山东中医药大学学报,2011,35(1):56-57.

(收稿日期:2019-06-18)