

临床报道

切开挂线疗法治疗高位肛瘘的临床研究

中医研究院广安门医院肛肠科 周济民 史兆岐

肛门直肠瘘(简称肛瘘)是常见疾病,我国发病率占肛门直肠疾病1.6~3.6%^(1~3)。其中,瘘管贯穿外括约肌深层及耻骨直肠肌上方的高位肛瘘,治疗中存在问题较多^(4~9),国外学者称此类肛瘘为难治性肛瘘^(10~12),列为外科领域难治性疾病之一⁽¹³⁾。1958年起,我们在继承中医传统挂线疗法⁽¹⁴⁾基础上,汲取现代医学对肛瘘病因学和肛门括约肌解剖学研究成果,通过临床和实验研究,提出了中西医结合低位切开高位挂线疗法,治疗贯穿外括约肌深层及耻骨直肠肌上方肛瘘(简称切开挂线疗法治疗高位肛瘘)。实践证明,本疗法与国外手术方法比较,具有方法比较简单、治愈率高、复发率低、无肛门完全性失禁后遗症等优点^(15~19),基本解决了国外治疗高位肛瘘的难点。本疗法已在国内广泛采用^(20、21),引起了国外的重视⁽²²⁾。现将1963~1982年经住院系统观察治疗94例的近期疗效总结及1~20年随访结果报告如下。

临床资料

94例中男86例,女8例,男女之比为10.7:1。年龄最小10岁,最大67岁,21~50岁77例,占81.9%。病程最短1个月,最长30年,平均病程6年半,1年以上72例,占76.6%。本组中既往有手术治疗史者66例,占70.2%,其中,经1次手术未愈者47例,2次者10例,3次者6例,5次者1例,7次者2例。

本组94例经肛门直肠局部视诊、指诊、肛门镜检查、探针检查、美蓝着色定位和术中所见,其中37例经碘油造影X线摄片,证实均

为主管道贯穿外括约肌深层以上和耻骨直肠肌以上的高位肛瘘。其中贯穿外括约肌深层以上的高位坐骨直肠窝瘘43例,占45.7%;贯穿耻骨直肠肌以上的骨盆直肠窝、直肠后间隙瘘51例(其中4例在提肛肌平面以上的直肠壁上有继发内口),占54.3%。

治疗方法

一、适应症

本方法适用于瘘道主管贯穿外括约肌深层和耻骨直肠肌以上的高位肛瘘,包括骨盆直肠窝瘘、高位后马蹄形瘘、高位直肠后间隙瘘等。

二、术前准备

首先详细了解病史,进行全身及局部检查。通过视诊、指诊、探诊、肛门镜检查及碘油造影X线摄片,查清内口位置、管道走行及其与括约肌的关系,绘出瘘道走行及内、外口位置的肛门直肠额断面和矢断面图象,作出准确定位。术前3小时温盐水灌肠,肛门会阴部备皮。

三、麻醉方法

本组病例均采用腰俞穴麻醉(低位骶管麻醉)。麻醉药品为2%普鲁卡因或2%利多卡因,一般用量为20毫升。腰俞麻醉具有操作简便安全、麻醉平面仅局限于肛门会阴部、肛门括约肌松弛良好等优点。

四、操作方法

患者取截石位,局部碘酒、酒精消毒,用1%新洁尔灭棉球消毒直肠肛管。经指诊、探针、肛门镜检查,亚甲蓝着色,查清管道走行和内口位置后,将高位肛瘘的低位部分,即通过外括约肌皮下层、浅层和内括约肌的管道先

予切开,同时切开肛瘘支管和空腔,搔扒和清除腐肉。然后对贯穿外括约肌深层和耻骨直肠肌与内口相通的管道高位部分采用挂线方法,即先以探针从高位管道至内口穿出,在探针头结扎一粗丝线,再在粗线末端结扎一橡皮筋,然后将探针从管道退出,使橡皮筋留置在管道内,根据具体病变,决定拉紧橡皮筋的程度,用一把止血钳夹住橡皮筋两端根部,再在钳下方,用一条粗丝线将橡皮筋结扎。

在低位管道切开后和高位管道挂线前作内口(感染的肛隐窝)处理。切开内口以下肛管皮肤、内括约肌、外括约肌皮下层,搔扒和清除感染的肛门腺,修整创面。对创口两侧的粘膜部分,分别给予粗丝线结扎,以扩大切开内口部位的创面,有利于引流。对切开后创面,也可采用瘘管摘出后大部分缝合,留肛缘挂线处创面开放引流,这样可缩短治愈天数,减少肛门皮肤形成较大瘢痕。术毕,创面用化腐生肌散*或5%红粉油纱条**填充。

结果与分析

一、近期疗效

94例中痊愈(瘘管彻底愈合,症状消失)93例,占98.9%;未愈(术后创面不愈合,仍有流脓等症)1例,占1.1%。1次手术治愈者82例;因病变复杂,需分期手术,经2次以上手术治愈者12例。治愈天数最短28天,最长240天,平均69天。

术后肛门多数有坠胀和疼痛,一般3~5日可减轻,少数需7~15日挂线脱落后方可消失。本组病例术后合并局部感染化脓3例,经切开引流治愈;有尿潴留者4例;除2例不能控制稀便,定为肛门不完全失禁外,无肛门完全性失禁者。

二、远期疗效

1982年对本组94例患者进行了1~20年远期疗效随访和复查,获得结果者54例,占57.5%。随访时间1~3年11例,3~5年3例,5~10年8例,10~15年12例,15~20年20例。随访或复查结果:痊愈53例,占

98.1%;术后3年复发1例,占1.9%。随访病例均无肛门完全失禁或不完全失禁、移位、严重畸形、狭窄、粘膜外翻等后遗症者。

讨 论

一、国外治疗本病的现状及存在问题

对贯穿外括约肌深层及耻骨直肠肌以上的高位肛瘘,国外很长时间一直采用肛瘘切开开放术,该法会引起肛门不完全失禁或排便完全失禁。十八世纪以来,出现一些避免损伤括约肌的手术方法。Perolvalbott(1765)和Milligan、Morgan(1934)提出的方法,治愈率低或易引起排便失禁。Parks(1961)⁽⁷⁾根据肛瘘的肛门腺感染学说设计了一种不切断肛门括约肌的手术方法,副岛谦⁽²³⁾、隅越幸男⁽²⁴⁾等改进了这一方法,主张将原发内口的感染病灶彻底切除后加以坚固缝合,将瘘管污染组织充分搔扒后放置聚乙烯管引流,期望通过内口闭合使肛瘘愈合。但由于直肠内压比大气压力高,含有大量细菌的直肠内容物,加之高位肛瘘走行多弯曲复杂,常有支管、死腔,单靠外口搔扒或剔除,难以完全清除感染病灶,因此术后污染复发率很高^(24~26)。近年来,Goligher(1977)⁽²⁷⁾、高野正博(1980)⁽⁸⁾等都主张对高位复杂肛瘘应先作腹部人工肛门,再施以括约肌保护手术,这样手术则易获成功。但人工肛门给患者带来的麻烦多,痛苦大,多不易接受。因此,国外将高位肛瘘又称为难治性肛瘘,列为外科领域难治性疾病之一,认为是一个待解决的难题。为解决这一难题,近年来对如何避免术后肛门失禁进行了多方面研究,研究的重点是括约肌切断问题。

对于括约肌控制排便能力有过长期争论。80年前Goodsall、Miles(1900)及Allinghom

* 化腐生肌散:红升丹3克,朱砂9克,煅石膏15克,乳香9克,没药9克。共研细面,外敷创面或制成油纱条外用。功能化腐脱管,促进肉芽生长。

** 5%红粉玉红膏油纱条:红粉5克,朱砂15克,生肌玉红膏(《外科正宗》方)80克。制成油纱条,外敷创面。功能化腐生肌,促进创面愈合。

(1901)认为内括约肌是控制排便的最重要肌肉,将所有外括约肌切断不会损伤肛门自控功能;而 Tuttle(1903)和 Lockhonnrt-Mummery(1934)则与此相反,认为切断内括约肌无关紧要,切断外括约肌会引起肛门失禁。Milligan-Morgan(1934)提出肛管直肠环概念,认为只要不切断肛管直环,切断内括约肌和外括约肌浅层、皮下层不会引起肛门失禁。隅越幸男(1974)⁽⁶⁾提出:(1)切断外括约肌皮下部对排便无影响,但女性在肛门前方切断时可使肛门闭锁不严;(2)切断外括约肌浅层,不影响排便功能;(3)切断外括约肌深层,可导致肛门不完全失禁,失去对稀便和排气的控制,不得已切断时,一般在后正中中线切断影响小,前方及两侧影响大,纤维化后切断障碍轻,未纤维化时切断障碍重;(4)切断耻骨直肠肌,排便完全性失禁,对干、稀便都失去控制能力,并会使阴弯曲变直,肛门直肠移位变形,直肠脱垂。

1975~1980年 Shafik⁽²⁸⁾连续发表文章,认为肛门括约肌是由一个顶攀、中间攀和底攀组成的“三攀系统”。三攀中任何一攀受损,不会引起肛门失禁,以往认为切断耻骨直肠肌和外括约肌深部不可避免会引起肛门失禁,是因误将三个肌攀一起切断的缘故。但 Ayoub(1979)⁽²⁹⁾和张东铭(1982)⁽³⁰⁾的研究未能证实“三攀系统”的存在。他们的结论是:外括约肌是一块不易分清的整体肌群,耻骨直肠肌和外括约肌是可分的。因此,如何防止和减少对外括约肌深层和耻骨直肠肌的损伤,成了高位肛瘘治疗中的关键,而祖国医学挂线疗法巧妙地解决了这一难题。

二、切开挂线疗法的优点

祖国医学对肛瘘治疗有悠久历史和丰富经验。《山海经》即有“瘰”命名。《五十二病方》载有“巢塞直(膈)者(肛瘘),杀狗,取其脬,穿签入直中,炊(吹)之,引出,徐以刀去其巢”⁽³¹⁾的肛瘘牵引切除术。宋《太平圣惠方》载有将砒溶于黄蜡中,捻为条,纳痔瘰疮窍中的肛瘘脱管术。明·徐春甫《古今医统大全》

(1556)⁽³²⁾引《永类铃方》肛瘘挂线术时说:“予患此疾一十七年,遍览群书,悉遵古法,治疗无功,几中砒毒,寝食忧惧。后遇江右李春山,只用荒根煮线,挂破大肠,七十余日,方获全功。病间熟思,天启斯理,后用治数人,不拘数疮,上用草探一孔,引线系肠外,坠铅锤悬,取速效。药线日下,肠肌随长。僻处既补,水逐线流。未穿疮孔,鹅管内消。七日间肤全如旧。譬筑堤防决,水既归槽,众流俱涸,有何泛滥。线落日期,在疮远近,或旬日半月,不出二旬。线既过肛,如锤脱落,以药生肌,百治百中。”当时对线的慢性勒割,可使组织边分离、边修复生长的作用和“水逐线流”的良好引流作用已有了深入认识。《外科大成》⁽³³⁾说:“凡用挂线,孔多者先治一孔,隔几日再治一孔,如线落口开着,敷生肌散。”进一步完善了挂线方法。

中医传统使用的线有“荒根煮丝线”、“苎麻线”等,挂线法是将线从肛瘘管外口穿入,顺管道由内口引出,再将线勒紧,或用铅锤牵引线,将管道勒割开,通过缓慢勒割,使组织分离。清《外科图说》⁽³⁴⁾创制“探肛筒”、“过肛针”、“镰状刀”等富有民族特色的手术器械,使挂线法更为完善。

中医挂线方法与西方手术切开方法比较,有不易引起肛门失禁的优点。但由于历史条件限制,中医传统挂线方法对感染的肛门腺缺乏正确认识,对肛瘘与括约肌关系不明确,不分瘘管位置高低,一律采用挂线处理,这样就会延长疗程,给病人带来不必要的痛苦。切开挂线疗法系在继承祖国医学传统挂线术的基础上,汲取现代医学研究成果,通过长期临床和实验研究,总结出的一种治疗高位肛瘘的新疗法。本疗法优点主要表现在以下几个方面:

(一)从理论和实践上阐明了挂线疗法治疗高位肛瘘不易引起肛门失禁的原理,基本解决了国外治疗高位肛瘘难点。

通过长期临床观察和实验研究,我们认为挂线疗法不易引起肛门失禁的疗效原理是:药线或橡皮筋的异物刺激作用,可引起括约肌周

围轻度炎性反应,致局部纤维化,将肌断端与周围组织粘连固定,当肌肉7~14天被橡皮筋缓慢勒断时,组织经一边分离,一边修复,剖开与生长的同时进行,可获得附着的固定支点,分离后肌断端距离就小,不会如一次切断那样,使肌肉从紧张状态突然分离,形成大豁口而发生肛门失禁。挂线虽可引起肛门管静止压的轻度下降,对肛门功能有轻度障碍,但由于损伤不大,不致引起排便失禁。同时线具有良好引流作用,挂线后不易发生感染。从本组94例高位肛瘘切开挂线后,只有2例不能控制稀便外,无一例完全性肛门失禁,说明挂线方法处理高位肛瘘的疗效是满意的,基本解决了国外治疗高位肛瘘的难题。

(二) 提出了切开与挂线原则。

我们主张对高位肛瘘的瘘道,位于外括约肌深层以下部分,即瘘道及其分支、死腔贯穿的外括约肌浅层、皮下层及内括约肌部分予以切开;同时对瘘管在肛门后间隙、坐骨直肠窝、内外括约肌间隙内的支管和死腔也应予以切开,搔扒,清除污染组织;对侵入骨盆直肠间隙的支管及形成的死腔,在不切断耻骨直肠肌前提下,均可切开扩创,进行引流。这样就避免了单纯挂线剖开全部组织的痛苦,缩短了疗程。对位于肛门后正中处,贯穿外括约肌深层并已完全纤维化的瘘管,有经验的医师也可采用切开方法处理,一般对肛门功能影响不大。

对瘘管贯穿外括约肌深层和耻骨直肠肌与内口相通的主管道则必须采用挂线方法处理,以防止肛门失禁。低位管道切开创面,在清除瘘管后可以采用大部分缝合,在肛缘挂线处开放创面,予以引流,这样可缩短疗程,防止较大面积瘢痕形成。

(三) 总结出处理内口原则。

近百年国外对肛瘘病因学有较深入的研究。Chiari (1878) 发现了肛门腺, Eisenhammer (1956)、Parks (1961) 阐明了肛门腺感染是肛瘘形成的主要原因, Eisenhammer (1966)⁽³⁵⁾指出肛瘘主要是“肌间瘘性脓肿”,富

士原彰 (1970)⁽³⁶⁾报告肛门腺导管分布走行,66%在齿状线下方,28%在齿状线上方,4%在齿状线上方及下方。他们均强调彻底清除感染的肛隐窝、肛门腺导管和肛门腺是肛瘘根治手术成功的关键。正常的肛隐窝呈漏斗状,下方是肛门腺导管和房状结构的肛门腺。肛门腺导管和肛门腺位于齿状线和肛门白线之间,其位置多在内括约肌外侧。治疗中切开瘘管或在瘘道挂线,不等于就彻底清除了感染的肛门腺。据此,我们强调在挂线前必须切开原发感染病灶内口处感染的肛隐窝及下面的内括约肌,搔扒、扩创,彻底清除肛门腺导管和肛门腺,这对保证手法成功和防止复发有关键作用。本组近期和远期疗效较好,说明重视对感染肛门腺处理,对提高疗效有积极意义。

(四) 应用中医“化腐生肌”换药原则,加速了创口愈合。

由于挂线术不切除管壁,尤其结核性管壁给组织修复带来了不利影响。单纯使用凡士林纱条,创面愈合较慢。我们通过实验研究,发现化腐生肌散、红粉玉红膏等具有抑制大肠杆菌、变形杆菌、结核杆菌、葡萄球菌和链球菌生长的作用。术后1周内用上述药物纱条换药,有化腐生肌、加速伤口愈合作用。当肉芽生长正常时改用玉红膏纱条;如肉芽生长不良、水肿时改用50%芒硝或50%高渗盐水纱条,有消除水肿、促进陈旧肉芽变为新鲜肉芽的作用。

结 语

一、本疗法是在继承祖国医学传统肛瘘挂线术基础上,借鉴现代科学方法,经长期临床和实验研究,总结出一种治疗高位肛瘘疗效较好的疗法。

二、与国外手术方法比较,本疗法简便安全,具有疗效高、疗程较短、复发率低、远期疗效好、无完全性肛门失禁后遗症等优点。

三、本研究阐明了肛瘘挂线术不易引起肛门失禁的疗效原理,改进和发展了肛瘘挂线术,基本解决了国外高位肛瘘治疗中难题,为

高位肛瘻治疗提供了一种比较理想的疗法。

(史兆岐执笔)

参 考 文 献

- (1) 全国中西医结合防治肛肠疾病协作组: 中西医结合防治肛门直肠疾病。第8页, 江苏科技出版社, 1980。
- (2) 中医研究院广安门医院肛肠科等: 稷山地区肛门直肠病调查。内部资料, 1977。
- (3) 成都中医学院附属医院痔瘻科: 四川部分地区肛肠疾病普查情况。内部资料, 1977。
- (4) 横山敏: 外科治疗 41:304, 1979。
- (5) 隅越幸男: 痔核、痔瘻诊疗の实际。2版, 第52页, 金原出版社, 1979。
- (6) 隅越幸男: 临床外科 29:885, 1974。
- (7) Parks AG: Brit Med J p1224, 1961。
- (8) 高野正博·他: 大肠肛门志 33:471, 1980。
- (9) 土屋周二: 临床外科 29:877, 1974。
- (10) 守谷孝夫: 消化器外科 2:423, 1979。
- (11) 佐藤昭二·他: 手术 30:513, 1976。
- (12) 荒川広太郎: 临床外科 29:869, 1974。
- (13) 隅越幸男: 外科 40(11):1240, 1978。
- (14) 胡伯虎: 中华医史杂志 11(3):163, 1981。
- (15) 中医研究院广安门医院肛肠科: 中西医结合防治肛门直肠疾病。第115页, 江苏科技出版社, 1980。
- (16) 中医研究院广安门医院等: 中西医结合治疗肛门直肠疾病。第70页, 人民卫生出版社, 1972。
- (17) 黄家驷主编: 外科学。764页, 人民卫生出版社, 1979。
- (18) 周济民等: 中医杂志 (6):18, 1963。
- (19) 史兆岐: 痔、肛瘻讲义。内部资料, 1967。
- (20) 曹吉勋等: 实用外科杂志(6):303, 1981。
- (21) 林之夏等: 肛肠杂志 2(1):6, 1980。
- (22) 高野正博·他: 手术 30:417, 1976。
- (23) 副岛谦: 大肠肛门杂志 25:271, 1972。
- (24) 隅越幸男: 最近の肛門外科, 现代外科学大系(年刊追加补)。中山书店, 1979。
- (25) 宇井丰: 大肠肛门志 35:305, 1982。
- (26) 鸣海裕行: 大肠肛门志 33:477, 1980。
- (27) Goligher JC: Surgery of the Anal Rectum and Colon. 3 Ed, p 205, Baillere Tindall Cassell London, 1977。
- (28) Shafik A: Dis Col Rect 23:37, 1980。
- (29) Ayoub SF: Acta Anal 105:25, 1979。
- (30) 张东铭: 肛肠杂志 (2):9, 1982。
- (31) «五十二病方»: 第85页, 文物出版社, 1979。
- (32) 徐春甫: 古今医统大全(线装本)。卷七十三, 痔漏门, 中医研究院图书馆藏。
- (33) 祁坤: 外科大成。卷二, 下部后, 上海科学技术出版社, 1965。
- (34) 高文晋: 外科图说。卷一, 上海锦章书局印行, 1954。
- (35) Eisenhammer S: Surg Gynecol Obstet 106:595, 1958。
- (36) 富士原彰·他: 大肠肛门志 22:7, 1970。

破 潰 療 疔 方

江西省吉安地区医院中医科 宋 麒

方药配制: 鲜紫皮大蒜、鲜生姜各半, 用冷开水洗净, 切片, 混和入便于封盖的消毒容器中捣烂, 加95%酒精适量, 搅拌使呈稀糊状, 密封, 置阴凉处浸渍3~5小时, 以单层消毒纱布滤取汁, 即可使用。若溃烂面分泌物多而臭秽, 提示杂菌感染较严重, 可加入少许呋喃西林粉末, 混匀, 使药液呈淡黄色。

用法: 先用生理盐水清洗疮面, 将二层消毒纱布浸透药液, 拧挤半干后平贴其上(覆盖面应稍大于疮面), 外加消毒纱布棉垫, 最后以胶布固定。开始每日换药1次, 2~3次后视疮面情况可隔1~2日换药。

疗效: 笔者用本方经治10余例, 除1例枕后淋巴结结核性溃疡, 因已形成瘻管, 深达颅骨, 未能治愈外, 其余病例多在初次换药后, 疮面分泌物即见明显减少, 臭气消除, 经2~3次换药后, 疮面肉芽组织色泽转红。大致在敷药1周后, 疮面开始结痂疤痕化而迅速痊愈。

典型案例: 刘××, 女, 6岁。在2岁时颈部起一黄豆大肿块, 不痛不红, 以后逐渐增多, 状如串珠。且渐增大, 当地县医院拟诊颈淋巴结结核, 并予抗痨治疗, 如是数月, 肿块未消, 反益增大破溃, 流出豆渣样“脓”和清稀液体, 县医院确诊为左颈前淋巴结结核性溃疡。X线胸透(一), 全身检查未见异常。继续加强抗结核治疗(注射、内服和外敷)并用过多种中药、单方, 病无起色, 且溃瘍面积扩大, 自颈延及胸部, 此处稍愈, 彼处又溃, 众医束手, 乃延余诊治。揭开敷料, 奇臭难闻, 溃瘍面积约5×8平方厘米, 自左颈前方越过锁骨至胸上部, 大致呈长条状, 表面不规则隆起, 分泌物秽浊, 间有黄绿色脓液, 用生理盐水洗净疮面, 底色暗褐, 边缘苍白。乃用本方湿敷, 次日疮面已无臭味, 并且洁净干燥。第三次换药时, 患部色泽转红。共换药4次, 疮面已完全结疤告愈, 迄未复发。