

唐汉钧治疗慢性窦痿经验

代红雨¹ 李 巍¹ 马智勇²

主题词 痿/中医药疗法 名医经验 @ 唐汉钧

上海中医药大学附属龙华医院唐汉钧教授从事中医外科临床多年,治疗窦痿经验丰富,疗效显著,方法独特。现总结其经验如下。

1 审证察因

明了窦痿形成的原因是拟订治疗措施的前提条件。临床常见的原因有以下几种:(1)深部脓肿形成的窦痿,患者多有发热、疮周肿痛史,引流不畅是伤口难愈的主要原因。(2)手术切口感染形成的窦道,外口多在手术切口上或切口周围,其内可能有污染的线结,或通向脏腔。(3)外伤引起的窦痿则需要考虑管腔内异物存留的可能。(4)淋巴结结核窦道好发于颌下、颈部,皮色暗红,脓液稀薄,杂有败絮样物。(5)乳晕部窦痿,反复破溃,脓液杂有粉渣样物则考虑浆细胞乳腺炎的可能。(6)骨髓炎引起的窦道,在分泌物中有时可见小碎片排出,探针可触及粗糙骨面。(7)骨结核(以腰椎结核多见)引起的窦道,中医称为流痰,患者在窦痿形成前可以出现午后潮热、阴虚盗汗、形体消瘦等阴虚火旺的症状。溃口多位于少腹、腹股沟或大腿内侧,溃脓稀薄,杂有干酪样物。(8)先天性窦痿,如腮源性窦痿、甲状舌间窦痿,以儿童发病多见。除上述几种原因外,还有一些特殊原因引起的窦痿,如褥疮引起的窦痿、神经性溃疡窦痿、糖尿病合并感染引起的窦痿等。窦痿的类型一般可以通过病史和临床症状诊断,必要时可以配合CT、窦道造影、超声、病理、脓液培养等辅助检查以进一步了解窦痿的深浅(长度)、走行(弯曲或直行)、有无分支、有无脓腔、有无异物以及与邻近脏腔的关系。对于一些复杂性窦痿,即使通过辅助检查也难以一时探明者,唐师则诊断与治疗同步进行,边治疗边检查边分析,抓住主要矛盾先解决,根据窦痿情况的改善好转,再拟定相应的治疗措施。使窦痿情况由复杂到简单,逐级的诊断与治疗。

2 治疗原则

唐师将窦痿的治疗归纳为引流、蚀管、祛腐、生肌收口4个步骤。

2.1 改善引流:窦痿的形成多与引流不畅相关,引流通畅则毒随脓泻,不致深溃旁窜。唐师在治疗时也以改善引流、给邪出路为第一环节。窦痿多外口小、管腔长,或有分支,或有脓腔,或有异物线结,情况复杂。因此,改善引流的方法也不可拘泥,需要视窦痿的具体情况而定。如内有脓腔,则根据外口与脓腔的相对位置而采用扩创法或低位开口引流的方法;如管腔狭长者,则采用药捻腐蚀、挂线、拖线或置管冲洗等方法,防止管腔阻塞;如脓腔部位较深、外口位置偏上,则适当采用垫棉压迫,使无袋脓之弊。

2.2 拔毒蚀管:“创久不敛,则成漏症”,较深的感染伤口,引流不畅,日久则管腔内瘢痕组织增生,血液供应欠佳,兼以邪毒未尽,遂成窦痿。管腔内瘢痕组织形成和慢性炎症是窦痿迁延不愈的又一因素。唐师治疗病程较长的窦痿,在改善引流的基础上,应用五五丹、七三丹为拔毒蚀管的主药,结合搔扒、挂线、拖线等手术方法,清除管壁瘢痕组织,消除慢性炎症,为进一步治疗奠定基础。

2.3 提脓祛腐:腐肉不去,新肉不生,管腔内坏死组织残留,不仅使疮口难以闭合,而且是窦痿愈后复发的主要原因。唐师在此治疗阶段,则应用八二丹、九一丹等提脓祛腐药物,促使坏死组织液化、脱落。

2.4 祛瘀生肌:由于窦痿管腔内的情况不能直接观察到,所以生肌收口时机的掌握是窦痿治疗中的难点。如果生肌过早,则余毒未清、内有腐肉,即便强行收口,愈后也会复发,并且有向深部溃烂的可能。生肌收口较晚则贻误病情,增加患者的痛苦。唐师是通过细致地观察疮口分泌物的色、质、量、味,疮口周围及窦道走向处的皮肤的温度、色泽、触按感觉,结合患者自觉症状及脓液培养、探针探查等方法,综合断定生肌收口时间。窦痿日久不愈,“瘀血不去,新血不生”,故此阶段的治疗以“祛瘀养血生肌”为主。药物则选用复黄愈创生肌油(大黄、血竭、蛋黄油等),灌注入窦痿管腔内,促进肉芽生长。并在适当时机结合绑缚、垫棉等方法,由深及浅,压迫管腔,加速管腔闭合,直至外口闭合。

对于一些病程较久,局部反应不明显的窦痿,唐师则制订大致的治疗进程。通常拔毒蚀管2~4周;提脓祛腐1~3周;生肌收口3~4周。根据具体情况,个体化地制定治疗计划。

¹ 北京中医药大学东方医院肛肠科,北京市丰台区方庄(100078)

² 广西壮族自治区南宁市郊区医院

收稿日期:2002-11-22

3 外治方法

外科之法,最重外治,由于窦痿情况大多较为复杂,因此,唐师在治疗时采取的外治方法也非常丰富。如切开法、挂线法、拖线法、药捻法、灌注法、垫棉压迫法、箍围法等。下面就窦痿治疗中常用的几种分别论述。

3.1 切开法:切开窦道痿管,祛除脓腐,以加速生肌收口。对于表浅的窦痿,如粉刺性乳痈痿管、低位肛痿可以采用一次性完全切开的方法;窦痿外口小、走行深的窦痿可以采用外口切开扩创的方法;有袋脓现象者,可以采用低位切开引流法。

3.2 挂线法:本法是采用丝线挂断痿管或窦道的一种方法。现在临床常用的为橡皮筋挂线法和药线挂线法。一些复杂性的痿管或较深的窦道,不宜直接切开,或切开损伤过大,则可以采用挂线法。如高位肛痿,一次性切开有可能切断肛管直肠环,有肛门失禁的危险。应用挂线法则可利用胶圈的缓慢紧缩可以产生对组织的勒割。部分括约肌在被割裂时,肌组织边断离,边粘附固定,边修复,断离过程与修复过程同时进行,两侧断端不致形成较大的割口。另外胶圈或药线的异物刺激作用,可引起括约肌周围轻度炎症,纤维增生可以有粘连固定的作用,故不会形成肛门失禁的后遗症。

3.3 拖线法:拖线法适用于较长较深的窦道,有两个外口,用药线或纱布贯通两口,换药时拖动药线,一则利于引流,二则使药物直达窦道深部。

3.4 药捻法:用绞形纸捻内裹或外粘药物,插入窦痿外口。其一,依藉药线的绞形防止因组织张力挤压、闭塞引流口,避免外口过早闭合。其二,引流药线上所含升丹等药物不仅可以杀菌,而且可促进坏死组织溶解,防止脱落坏死组织造成引流口阻塞。

3.5 灌注法:深部脓肿及手术后形成的窦痿,大多部位深,情况复杂,应用手术方法如切开、挂线、拖线、药捻等方法都难以使药物直达病所。中药灌注(水煎剂或油煎剂)法则可以利用其液体的流动性起到携药物达病所的作用。灌注药物大致可以分为两种:一种以清热解毒消肿为主;一种以养血活血生肌为主。根据不同时机适当选用。

3.6 箍围法:如上所说,痿管内的慢性炎症是痿管迁延难愈的主要原因。尤其大量应用抗生素后,炎性僵块既难以消散,又难以液化排出。此时选用适当的箍围药物,可以通过透皮吸收,调动机体防御系统,促进局部炎症反应,使僵块消散吸收或液化成脓,使窦痿由复杂到简单,逐步治愈。箍围药物也需根据窦痿的具体情况而辨证选用。在窦痿形成初期,疮口红肿明显,脓液尚

稠,则应用有清热解毒消肿作用的金黄膏箍围,以控制感染的进一步发展。窦痿形成时日较久,疮周色素沉着、肿硬压痛,分泌物稀薄,则选用有行气活血消肿作用的冲和膏箍围,以改善管腔内壁的血液供应,控制慢性炎症。

3.7 垫棉法:如窦痿内有脓腔,而具体情况又不适合做切开时,在适当位置应用垫棉法,借助其压力,可以起到改善引流,防止袋脓的作用。当窦痿脓腐已尽,生肌收口时,采用本法,可以使窦痿中的新肉得以粘合,而起到加速窦痿闭合的作用。

4 内治法

唐师在窦痿的内治中尤为注重辨病与辨证的结合。在窦痿形成初期红肿热痛明显,多由湿热毒邪蕴积,热盛则肉腐为脓,湿蕴则缠绵反复。治疗以清热化湿解毒为主,以五神汤为主方加减。如日久不愈,则气血受损,气虚则托毒无力,血虚则新肉不生,故以益气养血为主,化湿解毒为辅,方以托毒散化裁。如出现畏寒肢冷者,则属虚寒,治以散寒化痰,温经通络,以阳和汤加减;如出现形体消瘦、潮热盗汗等症状,则属阴虚火旺,治疗以滋阴清热为主,方以秦艽鳖甲汤加减;如出现面色萎黄、倦怠无力、脓水稀薄,则属气血亏虚,以益气养血为主,辅以补益肝肾,以十全大补汤加减;如出现肌肤甲错,疮周色素沉着,肉芽颜色晦暗,腐肉难脱,新肉不生,则属血瘀,治以活血养血,方以补阳还五汤化裁。在辨证的基础上,唐师还根据疾病的性质酌加药物。如治疗浆细胞乳腺炎引起的痿管,唐师则在辨证的基础上酌加陈皮、姜半夏、苏梗等行气化痰药以及白花蛇舌草、侧柏叶、虎杖等减少腺体分泌的药物。如治疗结核性窦道则配合服用小金丹及抗痨药物。如治疗糖尿病合并窦痿形成的则酌加山药、熟地黄、麦冬、沙参等养阴生津之品。

5 典型病例

王某,男,37岁,住院号125767。因主动脉瓣置换术后创口7年不愈,于1997年3月18日入院。患者于1997年因风湿性心脏病主动脉瓣狭窄于某医院行主动脉瓣置换术后,胸骨切开创口感染,后又行胸骨切开刮骨术,仍未愈。7年来多方求治未效。入院后脓液培养示:绿脓杆菌生长。窦道造影检查示:窦道开口位于胸骨柄右侧,第3胸椎椎体中部水平略斜下右下后,向左横行于胸骨柄后缘,总长7cm,宽0.5cm,窦道壁不规则。治疗采用内服益气托毒之中药,外用中药冲洗,先以五五丹拔毒蚀管2周,后以七三丹提脓祛腐,3周后脓腐祛尽,脓水减少,以生肌散外用,复黄愈创油滴注。共治疗3个月,外口闭合,随访18个月未复发。