

老中医经验

唐汉钧治疗复杂性窦痿临床经验

郭修田¹ 黄纲² 指导:唐汉钧¹

(1 上海中医药大学附属龙华医院,上海市宛平南路 725 号,200032; 2 上海交通大学医学院附属第九人民医院)

关键词 复杂性窦痿/中医药疗法; @ 唐汉钧

唐汉钧积 40 余年的临床实践,提出“虚瘀”是复杂性窦痿的基本病机,在“祛瘀补虚生肌”治疗大法的指导下,强调内外合治,辨证论治和辨病论治相结合,局部辨证和整体辨证相结合,灵活处理“虚、瘀、腐、毒”在不同病理阶段的轻重主次之不同,并形成了许多独具特色的治疗窦痿方法,从传统的药线脱管法,到今天的切开挂线术、滴灌法、拖线术等,将窦痿的治疗技术提高到一个新的水平。

1 内治法

唐师在复杂性窦痿的内治中尤为注重辨病与辨证的结合。日久不愈,则气血受损,气虚则托毒无力,血虚新肉不生,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;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;若窦痿继感,红肿热痛明显,多由余毒未尽,湿热毒邪蕴积所致,病情反复,治疗当以急则治标,以清热化湿解毒为主,以五神汤为主方加减。

面对临床诸证混杂,有气血不足与余毒瘀滞相叠的,唐师亦分别进行相应的辨证分类,根据主次病证选方用药。如气血亏虚兼余毒未尽者,则十之六七的用药针对扶正,十之三四的用药用于祛邪,由于用药灵

便,针对性强,临床疗效自然桴鼓相应。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瘰管,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,则酌加山药、生地黄、麦冬、沙参等养阴生津之品。在辨证分型的基础上,唐师亦赞赏高锦庭《疡科心得集》以温病三焦学说为鉴,按上中下三部治疮疡的学术思想,每多根据窦痿的部位加减用药。上部多为风温、风热,合五味消毒饮;中部多为气郁、火郁,合逍遥散或小柴胡汤;下部多为湿热、湿火,合草薢解毒汤或四妙丸。复杂性窦痿病程绵延,气血亏虚,余毒瘀滞,疮口难敛。故唐师临证喜用生黄芪、太子参、茯苓、白术、陈皮、姜半夏、白扁豆、淮山药、谷麦芽等,既健脾益气,托毒外出,使余毒由深居浅,又解除了苦寒之药伤脾胃之忧。

2 外治法

“外科之法,最重外治”。外治法的精当与否,常可决定病程的转归、预后。应用外治法既要重视局部辨证,如肿、痛、痒、脓的辨别,微观辨证还可根据局部脓液细菌培养的结果等;又要结合全身辨证,考虑患者的全身情况,如年龄的大小、体质的强弱、性别的差异等。正确掌握外治法祛腐与生肌的不同阶段,对窦痿的治疗有十分重要的意义。在脓水淋漓不尽、味臭秽者,或局部红肿热痛,则治当“祛腐”,如过早运用“生肌”治法,反而使毒邪留滞,脓腐难脱,延误病情。在无脓腐污秽,疮孔周围无红肿疼痛,疮孔分泌物减少且转纯清,据唐师经验,分泌物验证可用棉签清沾,可成

在严格的保守治疗无效的前提下,亦需要严格掌握手术适应症。对于确诊 IRMP 型便秘的患者也亦首先考虑严格的非手术治疗,包括体育锻炼、粗纤维饮食、适当应用缓泻剂或栓剂、中医学的中药、针灸、心理治疗,以及国际上流行的生物反馈疗法等都是有益的辅助手段。在严格把握适应症的情况下,选择直肠黏膜柱状

缝扎加耻直肌挂线术治疗 IRMP,往往能收到意想不到的效果。我们有明确的体会是当患者出口梗阻的症状、体征、排粪造影等指标越典型、手术操作越规范;临床疗效就越优。但术后绝不能忽视维持远期疗效的综合性保守治疗。

(2009-11-30 收稿) □

细丝状拉起时,当用“生肌”之法,如仍用“祛腐”治法,则延长病程。

在正确施行外治诸法之前,唐师认为准确的判断窦痿的走形及结构是治疗的前提,借助传统的手摸触诊和球头银丝探查以及现代的各种技术如 CT、窦道造影、超声等了解窦痿的深浅(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。手摸触诊可以通过挤压窦痿口观察被挤出脓液的性质,管壁的厚薄和被蚀的程度。运用球头银丝探查时,一方面注意探索管腔深浅、分支、方向。另一方面,注意银丝的直取和弯进,避免强力粗暴,形成假道。在造影时,主张每个窦痿口都要注射造影剂以求全面观察分支,注射时注意压力大小,根据部位采取加压或减压。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。在明确窦痿结构的基础上,根据不同时期选择不同外治方法,如外敷法、切开法、冲洗法、垫棉法、捆绑法等促使管腔愈合。

2.1 外敷法 局部红肿热痛,外用金黄膏或青代膏外敷;脓腐已尽,外用冲和膏、红油膏、白玉膏。

2.2 切开法 切开窦痿,祛除脓腐,以加速生肌收口。对于表浅的窦痿,如粉刺性乳痈瘻管、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。

2.3 传统药捻法 操作要点在于选择药线的粗细和长短以不堵塞管腔,影响引流为度。在放置药线时,要求药线尾部的方向始终朝下,并用橡皮膏固定,使脓液趋势而出,而不是停滞于内。药线插入底部后要稍稍提出少许,以免损伤新生肉芽;根据肉芽生长的情况,药线要逐步打短;生肌阶段,打药线不盲目深探,以促进肉芽组织生长。

2.4 拖线疗法 较为浅层的软组织窦痿应用药线祛腐引流。对于深层的脓灶或是复杂支管、弯曲的窦痿,传统的药线疗法不能使深部的脓灶引流到位,若用挂线或手术将多处脓腔挂开或切开,恐对组织的破坏较大。唐师运用拖线疗法结合冲洗和药线疗法,加强了拔毒蚀管,提脓祛腐。方法是:以 4 到 6 股粗丝线(7 号~10 号)贯穿于窦痿中,通过牵拉引流,每日换药时,将祛腐提脓药粉掺于丝线上,来回拖动后,使药物留于管腔中,并使脓腐得以排除,7~14 天后,待脓净腐脱,剪断拖线。接着用置管冲洗法,冲洗 3~5 天。

2.5 中药灌注法 由于管道、窦腔复杂,药捻不能到位,唐师创用中药煎剂注入,使不规则窦腔的隐蔽处也能滴入药液。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。脓腐不清,余毒未尽阶段用九一丹药液灌注祛腐拔毒;生肌长肉阶段则将唐师自创的复黄生肌愈创油(大黄、鸡子黄、紫草、血竭、龙骨、珍珠母等)注入管腔,以达到活血祛瘀生肌的目的。

2.6 置管冲洗疗法 使用适当粗细的塑料管套于注射针筒上,用中药煎剂、生理盐水、甲硝唑等对窦痿进行冲洗,促使脓腐外出。对于臀部、大腿等无重要脏器,活动度大的部位加压冲洗;对于胸、腹腔等部手术后遗留的闭合性窦腔,采用减压冲洗,避免引起发热等炎症反应。通过冲洗,使得脓腐积滞引起的引流不畅几率大大降低。

2.7 垫棉压迫法 垫棉压迫疗法是将棉花或纱布折叠成块,以衬垫疮部,借助加压之力使脓液不致坠留袋脓,或使溃疡空腔皮肤与鲜肉得以粘合而达到愈合目的的一种治疗方法。即用棉花或棉垫,衬垫在窦痿的皮肤表面投影处,借助加压之力,使空腔闭合,局部胶原纤维增多后,管腔壁一一粘合,最终得以愈合。当窦痿内有脓腔,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,可以使窦痿中的鲜肉得以粘合,而起到加速窦痿闭合的作用。垫棉压迫疗法,操作简便,疗效显著,可减免患者经受较大手术之痛苦,用之得当,可收事半功倍之效。传囊乳痈、浆细胞性乳腺炎瘻管期、胸腹部、会阴肛门部慢性窦痿可应用本法。传囊乳痈因溃口位置较高,脓液排出不畅而致袋脓,可用垫棉压迫法防止传囊,消除袋脓空腔。又如胸腹部、会阴部慢性窦痿经用七三丹提脓祛腐,化除窦痿周围管壁结缔组织和坏死肉芽组织,排净线头等异物,待脓液由混浊转成清稠时,停用药线,改用垫棉压迫疗法,使窦道壁粘合封闭,促进疮口愈合。收口后尚需继续用垫棉压迫法半月,巩固疗效,避免复发。注意事项:在急性炎症红肿热痛尚未消退时,不宜应用本疗法,否则有促使炎症扩散之弊。如应用本疗法未能获得预期效果时,应停用之,改扩创引流手术,使脓液排出畅达。

(2009-11-30 收稿)