

谷云飞治疗克罗恩病肛瘘经验

王 浩 指导:谷云飞

(南京中医药大学第一附属医院江苏省中医院肛肠科,江苏省南京市汉中路 155 号,210029)

关键词 克罗恩病,肛瘘/中医药疗法; @ 谷云飞; 名医经验

谷云飞教授从事结直肠外科临床工作近 30 载,擅长诊治肛肠科疑难杂症,在中西医结合诊治克罗恩病(Crohn's Disease, CD)肛瘘方面有独到见解。笔者随师学习期间,亲聆教诲,受益良多,现将谷教授诊治克罗恩病肛瘘的临床经验介绍如下,以飨同道。

1 病机总属本虚标实

克罗恩病肛瘘的确切病因尚不明确,低位肛瘘可视为腺源性肛瘘,具有高位内口或复杂瘘管的高位复杂性肛瘘与腺源性肛瘘不同,可由肠内瘘引起。谷教授认为本病主要病机为脾胃虚弱,气血不足,全身一派虚象;局部湿热壅滞,瘀血阻络,局部“瘀象”明显。总属本虚标实,病位在肠,与脾胃密切相关。湿为阴邪,其性黏滞,重浊趋下,易损阳气,常起病缓,病程长,难速愈;热为阳邪,其性炎上,生风动血,易伤阴液,多发病急,传变快;热蒸湿动,可病涉三焦,上可达脑窍,下可至二阴、下肢;外可在肌表皮毛,内可壅五脏六腑;不但可滞气入血,而且耗阴损阳,可致多脏受损,病情缠绵难愈。

2 磁共振成像结合肠镜可明确诊断

谷教授提出磁共振成像(Magnetic Resonance Imaging, MRI)是复杂性肛瘘诊断的金标准,其可准确定位复杂性肛瘘的内口、瘘管及潜在脓腔的位置,同时排除其他肛管直肠周围病变(如骶前囊肿及肛周黏液腺癌等),在其引导下中医挂线治疗可大大提高该疗法的疗效。另外谷教授将水囊磁共振成像技术运用于复杂性肛瘘的术前诊断,使 MRI 对复杂性肛瘘内口检出率提高为 84%,原发主管、支管/脓腔检出准确率为 100% 和 94.7%^[1],其能准确定位复杂性肛瘘的内口与瘘管的走向及其与肛管直肠括约肌复合体之间的关系。对于复发性或经久不愈的肛瘘应行纤维结肠镜检查以明确诊断,排除肠道活动性炎症及新生物的可能。

3 内外并治为治疗之要

谷教授重视整体观念,以人为本,强调制定个体化治疗方案。其认为克罗恩病肛瘘为全身疾患的局部表现,治疗应内外同治,中西并用方能奏效。谷教授强调辨证施治,以扶正祛邪为总纲,每加用活血化瘀之品

(如赤芍、丹参、红花及当归等),临床取得满意疗效,但导师同时强调不宜选用破血逐瘀等峻猛之药以免伤正。另外,谷教授在辨治中重用黄芪,取其补气养血、托腐生肌之效,现代医学认为黄芪能增强机体的特异性免疫,而且能增强机体的非特异性免疫;既可增强正常机体的免疫功能,又可调节机体异常的免疫功能,具有免疫双向调节作用。谷教授对于克罗恩病肛瘘术后的患者重用黄芪,既可固护正气,又可改善局部炎症反应,促进创面愈合。同时,谷教授提倡克罗恩病的“下台阶”治疗方案,即首先使用英夫利昔单抗,因为克罗恩病前期使用英夫利昔单抗能达到黏膜愈合,即临床治愈,并可减少肛周脓肿的发生。谷教授同时强调外治应以引流为要,长期牢固而持续的引流是控制局部疾病发展的主要保证。在全身症状控制的情况下,可在磁共振引导下根治性手术,如切开挂线、对口引流术及保留括约肌挂线术等。

4 继承创新,古法今用

谷云飞教授将中医的“挂线”及“药捻”疗法与现代医学相结合并合理运用于 CD 肛瘘的手术治疗中,其设计的保留括约肌挂线术及药捻式置管引流术在克罗恩病肛瘘的外科治疗中屡获佳效,并采用黏膜瓣推移(直肠未受累)及袋型缝合技术以更好地保护功能,加速康复、减少复发及假性愈合。

4.1 保留括约肌挂线法 谷教授认为就 CD 肛瘘而言,激进的手术造成的问题可能比原发疾病有更大的危险性,故挂线引流是尝试进一步外科治疗前最行之有效的办法,能够有效限制和减轻局部症状,更好地保护肛门括约肌功能。挂线法首载于明代的《古今医统大全》,因该法能治愈高位肛瘘又不致完全性肛门失禁,而被临床医生沿用至今。但在应用该疗法治疗肛瘘时,都必须勒断肛门外括约肌等肛门自控肌层,这不可避免地会对肛门功能造成一定程度的损伤。谷教授在传统挂线疗法基础上提出保留括约肌挂线术^[2],此术式不仅清除了原发病灶,减少了复发的可能,并且使内口下移,即将部分内括约肌切断,使原内口从齿线处移至压力与大气压相近的肛缘附近,大大减低了内口处的压力,使因高压而进入瘘管的感染物质大为减少,避开肛门直肠高压区,减少感染机会,使脓腔闭合加快,

较完整地保留了肛门自控肌层,最大限度地保护了肛门功能。尤其适用于因克罗恩病累及肛门括约肌而功能受损的患者,在保护功能的同时,充分引流,控制局部炎症,配合规范的内科治疗,可使其临床治愈。

4.2 药捻式置管引流法 《证治准绳》治漏疮方后载:“看疮孔大小,用隔年麻黄根,刮去粗皮,捶软,搓成绳子,捻入孔中,至不可入而止,日浅一日。”谷云飞教授在临床实践中发现 CD 肛瘘即使处理了内口,其复发及迁延不愈的病例仍然很多,一是由于疾病本身所致局部炎症刺激,二是由于在深部间隙内留有死腔,积存了粪渣、坏死组织等感染物质,得不到通畅引流而反复感染所致。为了进一步提高治愈率,在保证原始感染灶获得彻底清除的前提下,谷教授根据中医药捻疗法治疗窦道的原理设计了半管引流这一具有中医特色的引流术^[3]。本法是在彻底清除内口和瘘管的坏死组织后,再在主引流切口内置入橡胶半管引流。该导管可起两种作用:1)持续引流作用,保证了瘘管的引流通畅,杜绝复发隐患;2)异物刺激作用,可促进肉芽组织生长,加速创面闭合。对于复杂性肛瘘,谷云飞教授主张“清源”同时还须“浚流”,他认为支管支腔若不做彻底清创、引流,虽然也能暂时闭合,但管腔内遗留的坏死感染物质是以后导致复发的主要原因之一。故其采用了“对口引流法”,根据引流需要,在支管的不同部位作数个放射状小切口,通过切口用刮匙将支管内的坏死感染物质清除干净,再置入橡皮筋作松弛的挂线,每日冲洗,充分引流,待主切口变浅,支管、支腔口径缩小至与橡皮筋相近时,拆除挂线。

5 验案举例

患者某,男,15岁,因“肛旁流脓间作半年”初诊。2009年6月出现肛旁肿痛,于外院行“肛瘘切开引流术”,术后创面不愈合,反复流脓,半年后查小肠镜及小肠 CT 诊断为克罗恩病。口服彼得斯安 1g,3次/日。2010年3月于南京中医药大学附属医院肛肠科拟“克罗恩病肛瘘”收住入院,入院时体温正常,无腹痛,无

腹泻,大便 1 次/日,质软成形,自患病以来无腹痛及发热症状,无明显体重减轻。小肠镜:越过回盲瓣见多发阿夫他样浅溃疡,周边组织呈结节样增生,距回盲瓣 80cm 处见两处环状溃疡,两处病变区黏膜组织正常。小肠 CT:大部分回肠肠管壁增厚伴明显强化,病变区肠系膜血管聚集增厚,肠系膜走行区见多个增大淋巴结影;直肠局部管壁增厚毛糙,周围间隙显示欠清。C 反应蛋白:22.2mg/L;PPD 试验(-);全胸片:双肺未见异常,胸腰椎轻度侧弯;干扰素测定 + TB - ab + LAM:均无异常;磁共振水囊成像示高位复杂性肛瘘,瘘管走行复杂,位置较高,内口明确。该患者克罗恩病活动指数(CDAI)110分;该患者肛周克罗恩病活动指数(PCDAI)7分。治疗上予以口服 5-ASA(彼得斯安)3g/日,口服甲硝唑 1.2g/日,维持治疗及中药方剂口服,全身情况控制后,在磁共振成像引导下肛瘘切开挂线+对口引流术,术后予以局部甲硝唑冲洗及外敷创面,术后 2 周开始静脉滴注英夫利昔,诱导方案为第 0、2、6 周分次滴注,后固定间隔(每 8 周)维持治疗。术后随访 6 个月未见复发,肛门形态及功能基本恢复正常。

以上仅介绍谷云飞教授辨治克罗恩病肛瘘临床经验之点滴,本病临床病情多变,易漏诊误治,谷教授临证强调整体观念,结合全身及局部,准确评估病情,辨证施治,制定适合不同患者的个体化治疗方案,内外同治,中西并用,将中医特色疗法与现代医学技术相结合,取得满意疗效。

参考文献

- [1] 谷云飞,竺平,杨伯林. 磁共振成像在挂线治疗复发性肛瘘中的应用. 南京中医药大学学报,2009,25(5):355-358.
- [2] 谷云飞,陈红锦,史仁杰,等. 保留括约肌挂线法治疗复杂性肛瘘的临床研究. 南京中医药大学学报,2007,23(1):20-23.
- [3] 谷云飞,潘良富,杨伯林. 一次性切开药捻式置管引流法治疗肛周脓肿 26 例. 中国中西医结合外科杂志,2000,6(6):419-420.

(2010-09-13 收稿)

投稿须知:关于作者署名和单位

作者署名和单位,置于题目下方。作者姓名要全部依次列出。作者单位需写全称(包括具体科室、部门),并注明省份、城市、路名、门牌号和邮政编码。在每篇文章的作者中,视第一作者为通讯作者,在论文首面脚注第一作者姓名以及联系电话、E-mail 地址或传真号。

各类文稿均须附英文题目和全部作者姓名汉语拼音,以便编制目次。汉语拼音姓在前,名在后。姓和名的第 1 个汉字汉语拼音的首字母大写,其余均小写。

文稿若有英文摘要,需将全部作者姓名的汉语拼音、单位的英文名、单位的英文地址,置于英文题目的下方。