

张书信教授治疗直肠狭窄经验介绍

李红

北京老年医院, 北京 100095

[关键词] 直肠狭窄; 临床经验; 张书信

[中图分类号] R240 [文献标志码] A [文章编号] 0256-7415(2016)06-0210-02

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2016.06.092

直肠狭窄是肛门直肠手术后的一种较为严重的并发症, 主要发生在术后3月内, 术后1年后很少出现。直肠狭窄的程度轻重不一, 轻者仅排便不畅, 重者大便形状变细、排便困难。随着社会的发展, 肛门手术量的增加, 直肠狭窄有逐年上升趋势, 严重影响患者术后生活质量。张书信教授为北京中医药大学东直门医院肛肠科主任医师, 博士研究生导师, 长期致力于肛肠病的临床与科研, 对于肛门直肠狭窄经验颇丰。笔者有幸侍诊左右, 受益匪浅, 现将其方法和经验简介如下。

1 直肠狭窄的病因病机

直肠狭窄给患者术后带来很大的痛苦, 究其根源, 狭窄的出现主要是术后局部瘢痕所导致。古人云: “皮肤创伤, 正气虚弱, 邪毒外入, 壅滞气血……邪毒与体内浊气、瘀血、痰湿搏结于愈合之处, 久成瘢痕”, 鉴于此, 现代不少医家对于瘢痕的治疗主要是从行气、活血、化痰等方面着手。张教授主要从活血化瘀、通络散结、通便止痛、清热解毒方面辨证治疗。直肠狭窄的发生主要包括以下因素: ①混合痔的传统手术式——外剥内扎术切除过多的肛管或肛缘皮肤, 比如损害肛缘皮肤大于1/2, 愈合后形成大量瘢痕、组织挛缩; ②内痔注射后并发: 环状注射、大片注射或注射深达直肠肌层时, 形成局部的无菌性炎症或坏死, 继而组织增生形成包块; ③痔上黏膜环切吻合术(PPH)后并发吻合口狭窄, 术中缝扎组织过多, 荷包缝合过深, 术后吻合口感染等均可引起。

2 临床治疗经验

2.1 以活血化瘀, 通络散结为主 瘢痕体质是导致术后直肠狭窄的重要因素, 气血雍滞、经络痹阻、痰湿搏结是瘢痕体质的症结之所在, 因此瘢痕的治疗多采用活血化瘀、攻毒散结、通络止痛之品^[1]。直肠狭窄是术后伤口恢复过程中出现的, 刀刃伤后局部气血运行不畅, 导致瘢痕体质患者的痰湿搏结加重, 出现狭窄。临床上张教授常治以养血活血、通络散结, 方用消瘰丸合桃红四物汤加减, 取消瘰丸的化痰软坚之功, 借桃

红四物汤活血化瘀之力达到软化、消散瘢痕的目的。处方: 浙贝母、玄参各15g, 当归、赤芍、白芍、丹参、桃仁各10g, 川芎9g。方中浙贝母能祛痰散结, 使瘢痕内基质的生成减少, 胶原的组织结构和形态得到改变, 最终能缓解瘢痕增生和挛缩; 四物汤中的川芎、赤芍、当归三药合用能行气活血祛瘀, 一方面抑制纤维组织增生, 另一方面能增加瘢痕组织的血氧供应, 改善微血管及周围神经末梢的缺氧状况, 软化、消散瘢痕组织; 加丹参发挥其行风散结之效, 共奏祛瘀生新之功, 改变增生性瘢痕成纤维细胞形态, 阻断瘢痕的进程; 白芍为佐使之药, 此物阴柔, 能抑制川芎、赤芍燥烈之性, 避免耗伤阴血; 诸药合用能有效的抑制成纤维细胞增生, 减少胶原的过度沉积, 从而抑制瘢痕增生, 促进瘢痕消散。

2.2 通便止痛, 止痛如神汤为基本方 肛门手术后最显著的并发症当属于疼痛, 疼痛本身会导致伤口周围的肌肉出现保护性痉挛, 使肛管黏膜或肛缘皮肤紧缩变性、弹性下降, 出现肛管直肠狭窄; 另外, 患者因惧怕排便疼痛, 术后不进食或仅进食少量纤维素类食物, 不能规律排便, 从而丧失手术初期自身排便对肛门及PPH吻合口的机械扩张作用。术后疼痛的患者其直肠狭窄的发生率明显高于其他患者, 对于疼痛患者, 张教授以止痛如神汤加减处理, 止痛如神汤能驱风清热、行气利湿、润肠通便。处方: 当归、白芍各20g, 桃仁、威灵仙、炒杏仁各15g, 浙贝母、秦艽、泽泻、焦槟榔、姜厚朴各10g, 熟大黄6g, 每天1剂, 水煎服, 早晚各1次。本方中桃仁、槟榔、当归、熟大黄共为君药以行气活血止痛, 泽泻为臣药以清利湿热, 佐以秦艽搜除局部经络之邪, 浙贝母化痰散结, 再加用能消痰涎、散瘀积、治诸骨鲠咽的威灵仙, 此物对于瘢痕有推墙倒壁之功。另外, 现代研究发现威灵仙能松弛平滑肌, 减轻伤口疼痛, 有助于瘢痕的软化^[2]。对于平素便秘的患者, 加用麻子仁、枳壳等; 伴有便血者, 加用槐花、地榆。

[收稿日期] 2015-11-25

[基金项目] 北京市中医管理局“十二五”重点专科建设项目 [京中医政字(2014)59号]

[作者简介] 李红(1987-), 女, 主治医师, 主要从事中医临床工作。

2.3 注重清热解毒的运用 张教授认为直肠狭窄的出现,绝大多数与局部的炎症有关,术前肠道准备不充分,术中未能遵循严格的无菌操作,或者术后未能合理的应用抗生素,这些均可导致感染的发生。临床症状方面,此类患者表现为黏液脓血便,或伴舌苔厚腻。术后伤口周围组织受到刺激,出现炎症反应,局部炎性肉芽组织增生水肿致肛管直肠狭窄,如处理不及时,日后瘢痕挛缩将有可能导致不可逆的肠腔狭窄。另外,此类炎症的发生亦与患者体内蕴有湿热、痰湿等密切相关,也印证了中医的“素有湿毒内蕴,或肺胃湿热,复有金刀、火毒和毒虫外伤,伤及肌肤,气滞血瘀,瘢痕增生,日久而形成瘢痕疙瘩”之说。湿热下注,毒留局部是此病的另一病机,此类患者常用白头翁汤加减,以达清热解毒之功。处方:白头翁、炒白术、土茯苓、连翘各 15 g,黄柏、秦皮、贯众、荆芥、防风、紫草、萹藤各 10 g,生薏米、马齿苋各 30 g,败酱草 20 g。每天 1 剂,水煎服,早晚各 1 次。同时给予青黛 10 g,贯众 12 g,白头翁 30 g,马齿苋 20 g,水煎,每晚睡前保留灌肠。

2.4 内、外治相结合 对于病程短,狭窄形成的初期,合理的内治法能达到较为理想的疗效;对于病程较长,指诊狭窄处瘢痕质地偏硬,仅内治法恐疗效欠佳,张教授常配合使用手指或肛门镜扩肛处理。扩肛法^[9]是指在术后早期伤口瘢痕组织尚未硬化时,能松解瘢痕组织、扩大肛管口径、解除肌肉痉挛,使血液循环得到改善,供给组织充足的营养,促进伤口愈合,能较好地阻止肛门狭窄的发生。张教授对剥离结扎痔核在 3 组以上者,估计术后有可能发生狭窄,在截石位 6 点处外括约肌皮下部和部分内括约肌下方挂皮线一根,对防止术后肛门狭窄有很好的作用^[4]。挂线本是用于肛瘘手术时,为避免括约肌的损害而出现肛门失禁等并发症,它的优势在于能充分利用皮筋缓慢切割的物理作用,可有效的避免被切断的肛管直肠环回缩出现肛门失禁。对于近年推广的 PPH,如未能严格遵循手术适应症,或术中荷包缝合位置过高、缝扎组织过多时,出现吻合口狭窄者亦可予吻合口挂线。麻醉下于狭窄明显处缝扎,避免缝扎过深损伤肠壁,贯穿狭窄环最为适宜。

2.5 注重辨证论治 直肠狭窄非短时而成,血瘀、痰凝、湿浊、络损等均为其病机。临床上张教授强调应尽量避免术后狭

窄的发生,一旦出现狭窄,应将各法联合,促进已成之瘢痕软化、消散。但同时也强调在瘢痕的形成中,不同患者其病机有所侧重,治疗过程中应根据患者的症状、体征以及舌脉辨证论治。

病案举例:陈某,女,44岁,PPH术后1月,主因“排便不畅伴吻合口酸胀不适”就诊。诊室外候诊时情绪焦虑,就诊时双腿不时抖动,肛门指诊可触及瘢痕,肛门镜下可见吻合口肉芽增生明显,舌苔厚腻,脉略弦。处方:清半夏、厚朴、茯苓、紫苏子、浙贝母、丹参、白芷、仙鹤草、紫草、北柴胡、炒枳壳、生甘草各 10 g,威灵仙 15 g。水煎服,早晚各 1 次,每天 1 剂。辨证分析:此患者情绪焦虑伴有不安,属于肝郁气滞,气滞加重肛门术后局部的血瘀、痰湿等。“急则治其标,缓则治其本”,气滞是痰凝血瘀的加重因素,此处先以半夏厚朴汤加减以舒畅气机,最终达到化痰软坚之效而缓解瘢痕,有四两拨千斤之效果。

张教授认为肛门狭窄是一种可以预防的术后并发症。必须严格掌握手术适应症,遵循手术操作要点,术前适当肠道准备,术中严格的无菌操作,术后建立良好的饮食排便习惯。一般而言,肛门直肠术后的狭窄,随着疼痛的缓解、炎症的消失、缝扎线的脱落、瘢痕组织的软化、粪便的机械性扩张作用,狭窄症状能逐渐消失。张教授强调狭窄一旦发生,必须辨病辨证相结合,内治外治并用,各显其能,才能最大限度的解决病痛。

[参考文献]

- [1] 刘达恩. 瘢痕的基础研究与中医治疗进展[J]. 广西中医药, 2004, 27(2): 1-3.
- [2] 刘自力, 赵荣. 威灵仙临床应用研究进展[J]. 现代中西医结合杂志, 2009, 18(14): 1695.
- [3] 赖旂, 邱剑锋, 寇玉明. 中医扩肛加激素注射治疗痔术后瘢痕性肛管狭窄 40 例[J]. 陕西中医, 2010, 31(1): 50-52.
- [4] 张书信, 赵宝明, 张燕生. 肛肠外科并发症防范与处理[M]. 北京:人民军医出版社, 2012: 139.

(责任编辑:骆欢欢,郑锋玲)