

(上接第20版)

缩小肛门直径的同时加强了括约肌的功能，从而有效的阻止了直肠脱垂的发生。

经过近十年200例立体内四重术式的临床应用，总结其优势有四点：疗效确切，术后复发率低；不用开腹，减轻了手术对患者

者的创伤，避免了经腹手术所致的副损伤的可能性，减少了其它严重并发症；对患者身体素质要求低，有良好的耐受性，扩大了诊疗范围；本术式操作相对简单易行，便于在基层医院开展。

肛瘘专题

挂线疗法治疗高位肛瘘

▲河南省中医院肛肠科 席作武

复杂性肛瘘是指有两个以上瘘管，临床依据其有两个以上外口，或瘘管较长并弯曲的肛瘘，如通常说的马蹄或半马蹄型肛瘘即是这种类型。

手术时借助亚甲蓝染色可以引导术者沿染色方向切开或挂线引流，应该说借助亚甲蓝染色依然是临床手术治疗复杂性肛瘘的一种简便易行的方法，当然，探针或血管钳的探查在手术治疗的过程中应该是贯穿始终的。

挂线疗法是中医治疗肛瘘的传统方法，我们在前人的基础上，灵活应用并多方面改进，形成了治疗复杂性肛瘘独有的一整套方法，治疗复杂性低位肛瘘，我们采用切开引流加虚线引流相结合。

低位复杂性肛瘘瘘管管道跨过肛门括约肌较少者可以直接切开引流，跨过肛门括约肌较厚较多者可以部分切开引流和挂虚线相结合，挂虚线引流也一定要保持引流通畅。

高位复杂性肛瘘是高位肛瘘顶端直肠壁较薄者直接穿透挂橡皮筋线；高位肛瘘顶端直肠壁较厚者不挂线，直接旷置引流。外口及齿线以下部分应尽量扩大切口，也就是外口及齿线以下部分切口要足够大并要保持引流通畅，内口以上部分旷置引流，可以达到旷置的高位肛管直肠环以上部分和内口及齿线以下部分同步愈合。这样既能彻底治疗复杂性肛瘘，充分保护肛门括约肌，最大限度保护了肛门功能，降低了复发率。

治疗高位复杂性肛瘘应

精准评估、内外兼治、顺势而为

▲上海中医药大学附属曙光医院肛肠科 杨巍

高位复杂性肛瘘作为世界公认的难治性疾病，一旦患病，将严重影响患者的身心健康和生活质量。

提倡“内外兼治”的中医整体观念

笔者发现肛周脓肿和肛瘘术后的患者，多以热毒壅盛、湿热下注为主，故治则多用清热解毒，利湿排脓。创制肛痈方内服加外洗“箍围护场”治疗肛周脓肿及肛瘘继发感染，替代抗生素，防止遗留僵块，缩短病程。

术后服用此方，减轻疼痛，软化创口周围硬结，加快炎症吸收。且部分患者术前小便不畅问题也得以解决。

遵循“常中有变、顺势而为、顺藤摸瓜、步步为营”治则

肛瘘虽为肛肠疾病中较为常见的一种，有一定的规律可循，但不同患者肛瘘走行及瘘管形态却千

变万化，此谓“常中有变”；在制定手术方案的时候应根据患者肛瘘是高位或低位、单纯或复杂来进行个体化手术创面设计，更要顺应疾病发展规律，顺应局部解剖结构，顺应病情预后转归，创造最佳手术时机，此乃“顺势而为”。

而“顺藤摸瓜”即是指在手术过程中应顺着肛瘘瘘管的走向一步步剥离瘘管（藤）直至找寻到内口（瓜）的位置，连“藤”带“瓜”一并切除才可治愈。最后，也是最重要的一点，在手术过程中对组织的每一次分离、每一次切割均应小心谨慎。

需要注意有无支管及残腔的残留，注意要尽可能减少损伤，在清除病灶与保护功能之间找到平衡，使患者的利益得到最大化，特别是高位复杂性肛瘘不应强求一次根治，充分体现“步步为营”手术策略。



席作武 教授



杨巍 教授



史仁杰 教授



毛宽荣 教授

藏毛窦专题

藏毛窦的手术治疗应遵循个体化原则

▲江苏省中医院 史仁杰

藏毛窦以骶尾部正中附近有窦口，病程缓慢，囊腔内藏有毛发为特征。目前把骶尾部臀间裂的软组织内形成的一种慢性窦道或囊肿或瘘管统称为藏毛窦。

手术是治愈藏毛窦的最有效手段。手术的基本目的是将藏毛窦的窦道或瘘道或囊壁切除，根据对切除病灶后创面处理方式的不同，而分为开放引流术、袋形缝合术、创面直接缝合术、转移皮瓣缝合

术等不同的术式。

藏毛窦应采用个性化的手术方案进行治疗，由不同的术式有各自的优缺点和适应证决定的。

病灶切除创面开放引流术是治疗藏毛窦最简单、有效的术式，几乎适用于所用病例，特别是病灶范围广、分支多、窦道深、多次手术后易复发的患者。

袋形缝合术是在切除藏毛窦的病灶后，根据创面深浅用3号可吸收缝线

将创缘皮肤与创面底部缝合，以缩小创面。病灶切除创面直接缝合术后适合于病灶较小，切口张力小者。

病灶切除转移皮瓣缝合术适用于切除病灶后切口张力大的患者。最近两项随机对照研究对Limberg和Karydakis两种皮瓣技术进行了比较，发现两者临床效果相当，其中一项研究中Karydakis皮瓣技术的感染率更高，但更易掌握、

疗效更好。

此外，目前文献还有报告用病灶切除敞开创面联合邮票植皮术、病灶切除臀大肌转移皮瓣缝合术、病灶切除+封闭负压引流术等术式治疗藏毛窦的，但都是个案报道，还有待进一步观察。

总之，藏毛窦手术术式的选择不应局限于某一术式，选择适合患者、损伤小、治愈率高、痛苦小的术式很有必要，也十分重要。

学科建设

整合盆底医学须组建多学科诊疗团队

▲西安马应龙肛肠医院院长 毛宽荣

盆底是一系统控制的功能整体，在医学整体观和盆底整体理论指导下，分成前盆腔尿道膀胱、中盆腔阴道子宫、后盆腔肛管直肠。这一跨时代的整合盆底创新理念，使原有的三个学科紧密合作又各有侧重，并不断吸纳不同专业背景，使盆底疾病的内涵不断充实。随着对盆底疾病的深入研究和对人体整体观的细致把握，因盆底功能障碍而出现的便

秘、大便失禁、盆底痛等疾病的病因及解决方法也会在盆底以外找到突破口。因此，多学科、多专业合作共建一整套标准化盆底病诊疗体系是肛肠专业需要研究和解决的课题。

贾小强会长特别强调，通过学会不断研究、探索、总结，对盆底病诊疗治疗要形成一套完整的思想认识体系。号召各医院组建多学科团队(MDT)，整合肛肠、妇科、

泌尿、针灸、医技、心理等多学科技术力量和知名专家，积极组建盆底病诊疗中心，即便秘治疗中西医结合康复团队。实现专业检查系统化，便秘诊断标准化、手术治疗微创化，综合治疗科学化，全面建立从预防到治疗，从非手术到微创手术的诊疗体系，加大对盆底功能障碍性疾病的研究和治疗。

可以预言，随着盆底疾病临床研究的深入，国

际间的合作日益频繁，各领域的专家逐渐达成共识，许多原发性或原因不明的肛管直肠疑难疾病的诊断和治疗，必将获得突破性进展。以盆底病患者为中心，以患者的治疗结果为导向，以多学科合作为基础，为患者提供连续的综合诊治过程，这就是我们中国医师协会中西医结合医师分会肛肠病学专业委员会最专业优势。

颁奖典礼

中国科学院陈可冀院士、四川省中医院曹吉勋教授和河南中医学院第一附属医院张东岳教授荣膺“特殊贡献奖”。同时，大会颁发了“2017手术视频大赛奖”和“2017学术论文大赛奖”。

