

中国医师协会中西医结合医师分会肛肠病学专业委员会第七届学术论坛在郑州召开

求创新 谋发展 推动肛肠疑难疾病诊治

“中西互融求创新，团结协作谋发展”，近日，中国医师协会中西医结合医师分会肛肠病学专业委员会第七届肛肠学术论坛暨第六届肛肠疑难疾病高层论坛、第七届中医微创技术治疗肛肠疾病培训班于郑州召开。会议由中国医师协会中西医结合分会肛肠专业委员会主办，河南中医药大学第三附属医院承办，中国中医科学院西苑医院等协办。大会全面总结和展示了我国中西医结合肛肠病学的新理论、新技术、新成果，探讨肛肠疑难疾病诊治。

大会主席、肛肠专业委员会主任委员贾小强教授表示，专委会成立以来始终坚持以开展学术活动为中心，以服务会员为己任，以促进学术发展为目标，坚定地走中西医结合道路，发挥中医、西医、中西医结合三支力量的协同作用，为推动肛肠领域的学术进步，促进我国肛肠事业的繁荣和发展作出应有贡献。

中西医结合
专栏编委会

栏目总编辑：陈可冀

本期轮值主编：贾小强

执行主编：

陈香美 唐旭东 黄光英
张允岭 刘献祥 蔡定芳
张敏州 吴宗贵 吴永健
王 阶 凌昌全 王文健
崔乃强 梁晓春 彭 军
郭 军 徐丹苹 杨传华
李 浩 徐凤芹 陈志强
方敬爱 刘勤社 陆付耳
张学智 付长庚 林 谦
王肖龙 陆 峰 施海明

主编助理：刘龙涛



贾小强 教授



张燕生 教授



赵宝明 教授



李华山 教授



黄忠诚 教授

基于中医传统结扎法
的高悬低切术式治疗混合痔

▲中国中医科学院西苑医院 贾小强

高悬低切术是在中医“下者举之”原则指导下提出保留中痔的新混合痔手术方式。该术式针对混合痔上、中、下三部分的特点和差异，分别采用高位悬吊结扎、低位切除、保留中痔的治疗方法，简称为高悬、低切、保中。

上提悬吊并固定是治疗的核心

高悬低切术式是对中医结扎法的传承和创新，具有“先内后外”“高位悬吊上痔”“低位切除下痔”“环形保留中痔”四大特点，将混合痔上提悬吊并固定是治疗的核心。一般认为，混合痔由内、外痔两部分组成。我们通过长期的临床观察和实践，发现混合痔应由三部分组成，即齿线以上的“上痔”、齿线与肛白线之间的“中痔”和肛白线以下的“下痔”，此三部分在组织病理、生理功能等方面有明显不同，由此提出混合痔三分法。混合痔的上部位于齿线上方直肠，组织疏松，气血不充，排便时易受外力作用向下移位，故治疗上应以“下者举之”为原则，采用高位悬吊结扎技术；中痔位于肛管，组织致密，为肌肉所紧密包裹，气血旺盛，在肛门自制功能方面具有重要的作用，其临床症状较轻微，应尽量保留；下痔位于肛缘皮肤皱褶区域，藏污纳垢，湿热之毒蕴结，突起显著，且容易出现瘙痒、肿痛等症状，宜予以切除修复，采用低位切除的技术。

高悬低切术式三大成果

“高悬低切术式”为本项课题负责人的原创技术，高悬低切术式研究，从临床探索到现在走过10余年历程，得到了长期大量的临床实践的检验和完善，取得了预想的满意疗效。2006年完成第一台高悬低切术，2011年进

行了初步的临床随机对照研究，2017年为高悬低切术式设计的高悬痔结扎钳申报国家发明专利，2018年课题结题，完成两个相关多中心课题的临床研究，发表相关学术论文10篇。

大量多中心临床观察和研究证实高悬低切术式可有效减轻术后疼痛、缩短愈合时间、改善肛门功能等，并形成了三大成果，理论成果——提出混合痔三分法理论，技术成果——建立高悬低切术式操作规范，专利成果——获得国家实用新型专利证书（内痔高悬结扎钳）。

中医在结扎治疗混合痔时总是将内痔与外痔分别进行处理，其优点在于针对性强、手术创面小、最大限度地保留了肛管皮肤、对肛门的的功能影响小。高悬低切法是在探索如何减少混合痔手术对肛管的损伤、保护肛门功能这一重要临床难点问题的背景下，在中医传统结扎术的智慧启迪下产生的一种新的混合痔治疗方法。

未来，我们的工作重点将放在对高悬低切术式的理论基础、混合痔三分法的基础研究证据的揭示上。在今后的研究中逐步明确混合痔的中痔部分在组织病理学（上皮类型、组织血管数目、血栓情况、受损程度、炎症因子数目；Treitz肌排列、弹性纤维、胶原纤维的排列）、平均血流灌注量（PU）等方面的特征，为阐述混合痔三分法，提供组织学和血流形态学的依据。

关联
阅读
原文
扫一扫中药附子在
“溃疡性结肠炎”中的运用▲北京中医药大学东方医院肛肠科 张燕生
北京马应龙长青肛肠医院 刘芳

溃疡性结肠炎（UC）又称“慢性非特异性溃疡性结肠炎”，是一种影响因素较多、病程缠绵难愈、复发率较高的以大肠黏膜溃疡（包括结肠、直肠）为主要病理改变的疾病。本病早在1973年就被WHO确定为难治性疾病之一。

属“肠痈”“内痈”范畴

既往中医多将其归属于“肠癖”“泄泻”“休息痢”“久痢”等范畴，治疗上多采用“温中散寒”“抑肝扶脾”“健脾益胃”“温肾健脾、固肠止泻”等方法来治疗。但实践中患者治疗周期长、依从性差、复发率高。

我们通过文献复习，明确了该病应属“肠痈”范畴。“肠痈”首见于《素问·厥论》：“少阳厥逆，机关不利，机关不利者，腰不可以行，项不可以顾，发肠痈，不可治，惊者死。”张仲景《金匮要略·疮痈肠痈浸淫病脉证并治第十八》指出：“肠痈之为病，其身甲错，腹皮急，按之濡如肿状，腹无积聚，身无热。脉数，此为肠内有痈脓，薏苡附子败酱散主之。”明确了肠痈的具体部位、临床体征与治疗方法。以后的历代医家如刘涓子、巢元方、张锡纯等又将“肠痈”的病因、病机、治疗方法、方药施治原则等给予了充实。这与既往“肠痈”就是“阑尾炎”的概念截然不同。认真“学习经典”才能全面了解中医药精髓。

UC属中医外科“肠痈”范畴，也即属“疮疡”中的“内痈”。治疗遵循中医外科的初起、成脓、溃后的辨证分期及相应的消、托、补法治疗原则。实践证明，采用这一概念辨治UC，临床操作性强，消除症状较快，缓解期限延长。

“成脓期”后期重用附子

临床治疗的200余例UC患者中，近90%属于“成脓期”的后期。此期患者大多存在神疲乏力、畏寒肢冷、四末不温、便频腹痛，黏液清白，便血色浅，舌苔薄白、脉沉细数等邪气尚存，而阳气不足之证。需用“托法”中的“补托”进行治疗。过去“附子”的用量为9g左右，患者病情虽有控制，但病情改善周期长，缓解周期短的局面没有彻底改变。

30例“附子”加量的临床研究中，当将“附子”逐步加量至70~80g时，患者的安全性检测指标均正常，常规检查的CRP、血常规、血沉、便常规+潜血等异常表现也很快恢复，初步达到了“消除症状快，缓解期延长，复发率下降”的目标。原因何在？寒湿内蕴、肠络瘀滞是此阶段的主要原因，临床遣方用药时需重用附子以温中散寒、温通血脉、温经止痛。

附子大辛大热，为纯阳燥烈之品，走而不守，通行十二经脉。现代药理研究表明，附子有镇痛、抗炎、抗溃疡、抗腹泻等作用。现代医学基础研究也发现“UC患者无论何种证型，都存在结肠的中小动脉的微血栓形成，导致远端黏膜缺血形成溃疡”。这与中医“寒主收引，温则流畅”的观点不谋而合。附子有大毒，用药时可先煎30min左右（颗粒剂不用煎），或与适量干姜、白芍同煎降低毒副作用。

UC常因情志不畅、饮食不节、气候变化等因素诱发，治疗时需指导患者进行自身调护，活动期患者需定期肠镜检查，以防癌变。