



团 体 标 准

T/CACM 1554—2023

代替 ZYYXH/T 325-2012

肛漏中医诊疗指南

Guidelines on the diagnosis and treatment of anal fistula by traditional Chinese
medicine

2023 -12 - 20 发布

2023 - 12 - 20 实施

中 华 中 医 药 学 会 发 布

目 次

前言 II

引言 V

1 范围 1

2 规范性引用文件 1

3 术语和定义 1

4 诊断 1

 4.1 诊断要点 1

 4.2 鉴别诊断 3

5 辨证 3

 5.1 湿热下注证 4

 5.2 正虚邪恋证 4

 5.3 阴液亏虚证 4

 5.4 阳虚寒凝证 4

6 治疗原则 4

7 非手术治疗 4

 7.1 饮食宜忌 4

 7.2 内治法 4

 7.3 外治法 5

 7.4 西药治疗 5

8 手术治疗 6

 8.1 术前评估 6

 8.2 手术方式 6

 8.3 术后处理 8

附录 A（资料性）本文件起草负责人及有关专家 10

参考文献 11

前 言

本文件按照 GB/T 1.1—2020《标准化工作导则 第1部分：标准化文件的结构和起草规则》的规定起草。

本文件代替 ZYYXH/T 325—2012《肛瘘中医诊疗指南》，与 ZYYXH/T 325—2012 相比，除结构调整和编辑性改动外，主要技术变化如下：

- a) 更改了临床症状（见 4.1.1，2012 年版的 3.1.1）；
- b) 更改了体征（见 4.1.2，2012 年版的 3.1.2）；
- c) 增加了 Parks 分型（见 4.1.4）；
- d) 删除了瘘道造影（2012 年版的 3.1.4.3）；
- e) 更改了直肠腔内超声（见 4.1.5.3，2012 年版的 3.1.4.4）；
- f) 更改了辅助检查中 CT 或 MRI 部分（见 4.1.5.4，2012 年版的 3.1.4.5）；
- g) 增加了肠镜检查（见 4.1.5.5）；
- h) 增加了病理检查（见 4.1.5.6）；
- i) 更改了鉴别诊断（见 4.2，2012 年版的 3.2）；
- j) 增加了阳虚寒凝证及对应治法方药（见 5.4、7.2.4）；
- k) 更改了治疗原则（见 6，2012 年版的 5.1）；
- l) 删除了中成药（2012 年版的 5.3）；
- m) 增加了饮食宜忌（见 7.1）；
- n) 更改了熏洗法（见 7.3.1，2012 年版的 5.4.1）；
- o) 更改了外敷法（见 7.3.2，2012 年版的 5.4.2）；
- p) 增加了塞药法（见 7.3.3）；
- q) 更改了西药治疗（见 7.4，2012 年版的 5.5）；
- r) 增加了术前评估（见 8.1）；
- s) 更改了肛瘘切开（除）术（见 8.2.1，2012 年版的 5.6.1.2）；
- t) 更改了肛瘘挂线术（见 8.2.2，2012 年版的 5.6.1.1）；
- u) 增加了低切高挂法、切挂部分缝合术、同期多侧挂线法、切开挂线旷置术、切挂对口引流术、定向挂线术、虚实结合挂线术、短期挂线引流术、长期挂线引流术、半实挂法、拖线法（见 8.2.2.2—8.2.2.11）；
- v) 更改了肛瘘隧道术（见 8.2.3，2012 年版的 5.6.1.3）；
- w) 更改了肛瘘切开旷置术（见 8.2.4，2012 年版的 5.6.1.4）；
- x) 增加了其他手术（见 8.2.5）；
- y) 增加了术后创面管理（见 8.3.1）；
- z) 更改了术后尿潴留（见 8.3.2.1，2012 年版的 5.6.3.1）；
- aa) 更改了术后疼痛（见 8.3.2.2，2012 年版的 5.6.3.2）；

bb) 增加了术后肛门失禁（见 8.3.2.3）；

cc) 删除了特殊患者的处理（2012 年版的 5.6.4）。

请注意本文件的某些内容可能涉及专利。本文件的发布机构不承担识别专利的责任。

本文件由中华中医药学会肛肠分会提出。

本文件由中华中医药学会归口。

本文件起草单位：上海中医药大学附属曙光医院、西安市中医医院肛肠病医院、南京中医药大学第三附属医院、福建中医药大学附属人民医院、贵州中医药大学第一附属医院、辽宁中医药大学附属第三医院、北京中医药大学附属东方医院、北京中医药大学附属东直门医院、河北中医学院附属医院、川北医学院附属医院、上海市中医医院、上海中医药大学附属岳阳中西医结合医院、河南中医药大学第三附属医院、广州医科大学附属中医医院、湖北省中医院、中国中医科学院广安门医院、重庆市中医院、银川市中医医院、上海市同济医院、上海交通大学医学院附属新华医院、中山大学附属第六人民医院。

本文件主要起草人：杨巍、贺向东、樊志敏、石荣、曹波。

本文件参与起草人：张虹玺、刘仍海、张书信、路越、高记华、唐学贵、郭修田、王振宜、刘佃温、范小华、林爱珍、李峨、徐月、杨云、隋楠、郭颂铭、汪庆明、吕桦、黄鸿翔、林宏城、张磊、王小峰、薛雅红、陆宏、芦亚峰、董聿锟、张利新、王菁、黄娟、彭云花、瞿胤、梅祖兵、方臣阳。

引 言

肛漏，现代医学称“肛瘘”，是肛门直肠瘘的简称，是发生在直肠、肛门周围的脓肿溃破或切开引流后的后遗症或自行生长的慢性炎性窦道，其发病率仅次于痔疮。由中华中医药学会肛肠分会牵头制定的《中医肛肠科常见病诊疗指南-肛瘘（ZYYXH/T 325—2012）》于2012年发布，肛瘘内容至今未曾修订过，由于中医诊疗手段、新技术、新疗法不断拓展和应用，亟待修订完善。本次修订围绕肛瘘的诊断要点、辨证论治、及中医传统内治、外治及手术法等，进行补充和完善，争取使之更加科学规范，以期为肛瘘的防治提供安全、规范、有效的中医药治疗，更好地指导临床工作。

本文件起草负责人、指导委员会专家和参与讨论专家见附录A。

肛漏中医诊疗指南

1 范围

本文件规定了肛漏的诊断、辨证、治疗原则、非手术治疗和手术治疗。

本文件适用于中医、中西医结合三级医院、二级医院以及基层医院初、中、高各级肛肠科临床医师对肛漏患者的中医诊断及治疗。

2 规范性引用文件

本文件没有规范性引用文件。

3 术语和定义

下列术语和定义适用于本文件。

3.1

肛漏 anal fistula

以直肠、肛管与周围皮肤之间形成相通的病理性管道为主要表现的疾病，常于肛门直肠周围脓肿破溃或切开引流后形成，主要与肛腺感染有关。

注：肛漏现代医学称“肛瘘”。

4 诊断

4.1 诊断要点

4.1.1 临床症状

4.1.1.1 流脓

流脓是肛瘘的主要症状。脓液的量、质、色、味等性状与病程、疾病的不同阶段和局部病灶的大小、深浅等情况有关。

4.1.1.2 肿痛

瘘管通畅无炎症时，常无肿痛，仅有局部发胀和不适，行走时加重。当瘘管感染急性发作时可出现局部肿痛，肿痛程度和性质与瘘管发作部位的大小、深浅有关。

4.1.1.3 瘙痒

因脓液不断刺激肛周皮肤所致，常感觉瘙痒，肛周潮湿不适，甚至继发肛周湿疹样改变。

4.1.1.4 全身症状

肛瘘一般无全身症状。在急性炎症期或继发深部脓肿时，可出现不同程度的发热，病程日久反复发作可伴有消瘦、贫血、体虚等慢性消耗症状。

4.1.2 体征

4.1.2.1 肛门视诊

肛门视诊可见肛瘘外口形态、位置或分泌物。

4.1.2.2 肛管直肠指诊

肛管直肠指诊是诊断肛瘘的重要的检查方法。浅部肛瘘肛门周围可触及条索状硬结及其行径，直肠指诊可触及内口、凹陷及结节。深部指检肛管直肠环僵硬或肛管直肠环上压痛性隆起，提示深部肛瘘形成。部分高位肛瘘可能不易触及，需结合辅助检查。

4.1.3 分类诊断

4.1.3.1 低位单纯性肛瘘

低位单纯性肛瘘内口在肛隐窝，仅有一个瘻道通过外括约肌皮下部或浅部，与皮肤相通。

4.1.3.2 低位复杂性肛瘘

低位复杂性肛瘘有两个以上内口或外口，肛瘘瘻道在外括约肌皮下部或浅部。

4.1.3.3 高位单纯性肛瘘

高位单纯性肛瘘内口在肛隐窝，仅有一个瘻道，走行在外括约肌深层以上。

4.1.3.4 高位复杂性肛瘘

高位复杂性肛瘘有两个以上外口，通过瘻管与内口相连或并有支管空腔，其主管通过外括约肌深层以上。

4.1.4 Parks 分型

注：根据瘻管走行与肛门括约肌的关系进行分型。

4.1.4.1 括约肌间肛瘘

主瘻管由内口穿过内括约肌，再经过内外括约肌间平面到肛周皮肤，部分支管可沿括约肌间平面延伸。

4.1.4.2 经括约肌肛瘘

主瘻管由内口穿过内括约肌和外括约肌，经坐骨直肠窝到达皮肤，瘻管高低决定其累及括约肌的程度。

4.1.4.3 括约肌上肛瘘

主瘻管经内口穿过内括约肌，再经括约肌间平面向上越过耻骨直肠肌，然后向下经坐骨直肠窝到皮肤。

4.1.4.4 括约肌外肛瘻

内口位于肛提肌平面的上方，瘻管穿过肠壁及外括约肌深部，然后经坐骨直肠窝到达皮肤。

4.1.5 辅助检查

4.1.5.1 探针检查

本方法可初步探查瘻道的形态和走向。不推荐硬质探针，避免误伤。

4.1.5.2 肛门直肠镜检查

本方法与亚甲蓝配合使用，可初步确定内口位置。

4.1.5.3 直肠腔内超声

本方法可观察肛瘻瘻道的走向、内口以及判断瘻管与括约肌的关系。三维肛内超声对大多数肛瘻的诊断准确率高，可作为肛瘻的一线诊断工具，但对于复杂性肛瘻诊断准确性不足，可以结合肛周磁共振成像（肛周 MRI）进行更准确地诊断。

4.1.5.4 肛周 MRI

肛周 MRI 用于复杂性肛瘻的诊断，能较好地显示瘻道与括约肌的关系。高位肛瘻术前 MRI、直肠腔内超声检查均能准确显示主管道，MRI 检查对支管及脓腔定位、肛瘻分型的判断准确率优于直肠腔内超声检查。采用直肠内水囊填塞方法进行 MRI 检查能更方便、准确地显示肛瘻的内口、分支、脓肿及瘻管与括约肌的关系。

4.1.5.5 肠镜检查

肠镜检查有助于排除肠道炎症性疾病和肿瘤。

4.1.5.6 病理检查

肛瘻术后病理检查可辅助早期诊断结核性肛瘻、肛瘻癌变、克罗恩病肛瘻、肛瘻伴鳞状上皮非典型增生等，有助于及时治疗。

4.2 鉴别诊断

肛瘻需与结核性肛瘻、克罗恩病肛瘻、化脓性汗腺炎、肛周皮下囊肿感染、直肠尿道瘻、直肠阴道瘻、骶尾部囊肿或畸胎瘤合并感染脓肿、藏毛窦感染、直肠子宫内膜异位症、巴氏腺囊肿感染、肛周恶性肿瘤等鉴别。另外，不常见的放线菌等感染亦可表现为特异性肛瘻，临床详细询问病史和相关检查有助于正确诊断。

5 辨证

5.1 湿热下注证

肛周有溃口，经常溢脓，脓质稠厚，色白或黄，局部红、肿、热、痛明显，按之有索状物通向肛内，可伴有纳呆，大便不爽，小便短赤，形体困重，舌红，苔黄腻，脉滑数。

5.2 正虚邪恋证

肛周瘻口流脓，脓质稀薄，肛门隐隐作痛，外口皮色暗淡，时溃时愈，按之较硬，多有索状物通向肛内，可伴有神疲乏力，面色无华，气短懒言，舌淡，苔薄，脉濡。

5.3 阴液亏虚证

肛周瘻口凹陷，周围皮肤颜色晦暗，脓水清稀，按之有索状物通向肛内，可伴有潮热盗汗，心烦不寐，口渴，食欲不振，舌红少津，少苔或无苔，脉细数无力。

5.4 阳虚寒凝证

肛周溃口不敛或反复发作，久久不愈，脓出清稀，局部漫肿，皮色不变，按之不痛或痛不甚，伴体倦乏力，面白肢冷，腰酸便溏，舌淡，苔白腻，脉细或脉沉。

6 治疗原则

手术是治疗肛瘻的主要手段和重要方法，基本原则是祛除病灶、消除肛瘻内口和上皮化的瘻管，保持引流通畅，最大限度减少对肛门括约肌的损伤，保护肛门功能。本病治疗的关键是清除感染的肛腺，将瘻管内感染的组织彻底清除。对于部分复杂性肛瘻可有计划地采取分期手术治疗，将切开、切除、挂线等多种方法组合应用，并在围手术期应用中医中药治疗，以提高治愈率，降低并发症的发生率。

非手术治疗主要是通过药物控制肛腺感染，减轻症状，但不能彻底治愈。对于部分术后多次复发、瘻管走向复杂、手术后出现肛门功能损伤可能性较大、症状相对较轻的患者，或患有严重的心、肝、肾脏疾病、重度贫血等患者，可以选择中医中药保守治疗及对症处理，保持引流通畅，保守治疗期间要严密观察患者病情变化，纠正不良情况后可再进行手术。

7 非手术治疗

7.1 饮食宜忌

肛瘻患者宜多食新鲜的蔬菜水果，补充膳食纤维，保持大便通畅，忌食辛辣刺激之品及发物，注意饮食卫生，少食生冷或不洁食物，防止腹泻。术后饮食应尽快恢复正常，以免影响排便。对于术后体质虚弱、创面愈合较缓慢者，应加强营养，增加高蛋白食物。（证据等级 C，强推荐。）

7.2 内治法

7.2.1 湿热下注证

治法：清热利湿。

主方：萆薢渗湿汤（《疡科心得集》）加减。

常用药：黄柏、苍术、金银花、蒲公英、紫花地丁、萆薢、茯苓、栀子、车前子、白术、茵陈等。

7.2.2 正虚邪恋证

治法：扶正祛邪。

主方：托里消毒饮（《医宗金鉴》）加减。

常用药：人参、当归、川芎、白芍、白术、金银花、茯苓、白芷、皂角刺、甘草、桔梗、黄芪等。

7.2.3 阴液亏虚证

治法：养阴托毒。

主方：青蒿鳖甲汤（《温病条辨》）加减。

常用药：青蒿、鳖甲、知母、地黄、牡丹皮等。

7.2.4 阳虚寒凝证

治法：和阳解凝。

主方：阳和汤（《外科全生集》）加减。

常用药：熟地黄、鹿角胶、炮姜炭、肉桂、麻黄、白芥子、生甘草等。

7.3 外治法

7.3.1 熏洗法

适用于肛瘘急性发作期及术后。将药物水煎或用开水浸冲后，利用蒸汽熏蒸，熏后在患部洗浴。可选用金玄痔科熏洗散、复方荆芥熏洗剂、复方黄柏液涂剂等中成药，也可自拟方剂，常用中药包括黄柏、苦参、芒硝、蒲公英、大黄、五倍子、白矾、苍术、金银花、地榆、冰片、赤芍等。熏药温度一般控制在 60℃~70℃，坐浴温度为 40℃左右，每日两次，熏蒸 5 min，坐浴 5 min~10 min。急性发作期熏洗能缓解括约肌痉挛，减轻疼痛，促进血液循环和炎症吸收。术后熏洗可以缓解患者疼痛、水肿、出血、渗出，降低术后感染发生率，缩短愈合时间，提高创面愈合率。（证据等级 B，弱推荐。）

7.3.2 外敷法

肛瘘急性期局部肿痛者，可选用金黄膏、黄柏膏等外敷，具有消肿止痛的作用。已形成溃口者，可予药线引流以提脓拔毒。对于肛瘘术后的患者，可选用肛泰软膏、龙珠软膏、肤痔清软膏等，具有促进伤口愈合，减少创口分泌物的作用。（证据等级 C，弱推荐。）

7.3.3 塞药法

肛瘘术后肛塞肛泰栓、麝香痔疮栓等辅助治疗可提高治愈率，缩短患者疼痛时间、创面愈合时间，提高预后质量。（证据等级 C，弱推荐。）

7.4 西药治疗

肛痿急性炎症期或局部肿痛明显时可适当内服或局部外用抗生素，起到减轻症状、控制感染、防止病情进一步发展的作用，应根据不同菌株选用敏感性抗生素。（证据等级 C，强推荐。）

8 手术治疗

8.1 术前评估

术前应详细了解病史和症状，并进行体检，了解术前化验指标和检查结果，如：血、尿、便常规，血型、肝肾功能、凝血功能和胸部 CT 平扫、心电图、直肠腔内超声或肛周 MRI，选择合适的麻醉方式和手术方式。对少部分没有明确肛周脓肿病史的患者，要注意了解其有无合并炎症性肠病、糖尿病、结核、获得性免疫缺陷综合征或肛门直肠恶性肿瘤等，以及痿管有无通向阴道、尿道等，以综合分析是否为特殊类型的肛痿，特殊类型肛痿应关注原发病，必要时联合相关专科共同评估治疗。心血管疾病、肝肾疾病、糖尿病、凝血功能障碍及服用活血药的患者应充分评估，提前干预。向患者做好病情沟通，交代手术治疗方案，对术中、术后可能出现的情况提前告知，消除患者顾虑，取得患者的同意及合作，使其更好地配合治疗。（证据等级 B，强推荐。）

8.2 手术方式

8.2.1 肛痿切开（除）术

肛痿切开（除）术适用于低位单纯性肛痿、低位复杂性肛痿、括约肌间肛痿，治愈率高。（证据等级 B，强推荐。）

8.2.2 中医传统肛痿挂线术

8.2.2.1 概述

挂线疗法是中医传统的经典疗法，主要用于高位肛痿、经括约肌肛痿、括约肌上肛痿、括约肌外肛痿，可有效地减少对肛门括约肌的损伤，避免肛门失禁，主要有四个作用机理：慢性勒割、异物刺激、标志、引流。其操作为探针自外口进入，仔细沿痿管伸入至内口，用探针引入丝线，再用丝线引入橡皮筋，收紧并结扎橡皮筋。紧线时机应视空腔及创面生长的情况确定，待组织空腔结构修复、肉芽基本充填后再紧线，可以更好的保护肛门形态。可分为松挂线和切割挂线，松挂线包括同期多侧挂线法、切挂对口引流术、长期非切割挂线引流术、拖线法等，切割挂线包括低位切开高位挂线法、切开挂线部分缝合术、切开挂线旷置术、定向挂线术、虚实结合挂线术、半实挂法等。

8.2.2.2 低位切开高位挂线法

适用于高位复杂性肛痿、括约肌上肛痿。该法在高位痿道进行挂线，在低位痿道采取切开的方法，既缩短了疗程又避免了单纯挂线切割全部痿管组织而产生的剧烈疼痛。（证据等级 B，强推荐。）

8.2.2.3 切开挂线部分缝合术

适用于高位肛痿、经括约肌肛痿。切挂部分缝合术在切开支管后，搔刮痿管内坏死组织，切除管壁，做全层缝合；切开内口后，半切开主管，后经肛管直肠环进行挂线术。该方法愈后疗程较短、肛

门的形态正常及功能较完整，但可能残留死腔，继发感染，复发率较高。（证据等级 B，强推荐。）

8.2.2.4 同期多侧挂线法

用于有两个或两个以上瘘管组织，主瘘管深且在肛管直肠环以上的高位复杂性肛瘘。该法将探针从外口探入肛管直肠环并由内口穿出，并用两根橡皮筋进行挂线。橡皮筋结扎紧度根据瘘管的深浅程度的不同而变化，挂线最松者可仅作橡皮筋旷置处理。（证据等级 B，强推荐。）

8.2.2.5 切开挂线旷置术

适用于高位肛瘘、经括约肌肛瘘或括约肌上肛瘘。将橡皮筋挂在位于齿线之上的瘘管组织的中下部，而非顶部，切割组织少，只清除原发病灶，即感染的肛腺和肛窦，并对其上端蔓延感染所形成的肛瘘采取潜行扩创，剥除管道壁并保持引流通畅。挂线在后期创面缩小后，起到引流的作用；该法的优点在于能够更大程度的保护肛门功能。（证据等级 B，强推荐。）

8.2.2.6 切挂对口引流术

适用于高位复杂性肛瘘。在确定主管道之后，于肛门正中后缘做人工切口与主管道相通，齿状线以下切开，以上结扎，去除支管坏死腐烂组织，放置引流条，保证各管道间引流通畅。（证据等级 B，强推荐。）

8.2.2.7 定向挂线术

适用于高位肛瘘。橡皮筋挂入肌肉内、下方置入韧质皮垫，使橡皮筋紧线后被切割组织的受力方向改变，即挂线对括约肌组织产生由深及浅、自上而下的单向作用力，使挂线术具有深部及基底部优先切割、优先生长的定向切割作用。（证据等级 B，强推荐。）

8.2.2.8 虚实结合挂线术

适用于高位肛瘘。该术式在处理内口的基础上在瘘管累及括约肌的最高处进行肠壁造瘘挂线并持续引流，直到瘘管内肉芽组织充分生长并填充后再行拆线处理，在充分引流的基础上无需紧线过程，患者痛苦较小。（证据等级 B，强推荐。）

8.2.2.9 长期非切割挂线引流术

主要适用于克罗恩病肛瘘、结核性肛瘘、艾滋病伴发肛瘘等难愈性特殊类型肛瘘，一般皮筋放置周期为 3 个月~6 个月，也可终生带皮筋，如橡皮筋老化可更换。其主要作用是控制症状发展和保护肛门的功能，不易引起肛门失禁，安全性高。（证据等级 C，强推荐。）

8.2.2.10 半实挂法

适用于高位单纯性肛瘘、经括约肌肛瘘。先通过实线的慢性切割作用切割至齿线以下，使内口避开了齿线高压区，能够闭合，该法对肛门括约肌功能的保护较好。（证据等级 C，强推荐。）

8.2.2.11 拖线法

适用于高位肛瘘、括约肌外肛瘘。将多股医用丝线引入瘘管组织内，将其两端进行打结使之呈圆

环状。术后换药时在丝线上掺入祛腐生肌药并拖入瘘管，待引流创面无明显脓性分泌物后，采用分批撤线的方法撤除丝线并配合垫棉压迫法进行治疗。（证据等级 C，强推荐。）

8.2.3 肛瘘隧道术

适用于单纯性高、低位肛瘘，病程长，瘘管与周围组织界限分明者。对于肛缘外的瘘道不完全切开覆盖的皮肤而潜行剥切炎变组织，尽可能保存皮肤组织，从而有效保护肛门的正常形态和功能完整。（证据等级 B，强推荐。）

8.2.4 肛瘘切开旷置术

该方法为在切开挂线术的基础上改良，尤其适用于马蹄形肛瘘，应用时需结合挂线术，也可采用切开、旷置、挂线、缝合等方法有机结合，减小创伤。针对高位复杂性肛瘘，可以采用对口切开旷置垫棉法，缩小手术创面，可较好地保护肛门功能，缩短住院时间和治愈时间。（证据等级 B，强推荐。）

8.2.5 其他手术

其他手术包括：

- 直肠推进瓣修补术：搔刮瘘道，游离一段正常的近端黏膜瓣（包括肛管直肠黏膜、黏膜下层和肌层）来覆盖缝合的瘘管内口。可用于单纯、复杂性肛瘘或复发型肛瘘。治愈率在 66%~87%之间，复发的病人行此手术仍可能治愈。本术式操作相对比较复杂，需要医生有一定的经验。（证据等级 B，强推荐。）
- 括约肌间瘘管结扎术（LIFT）：主要适用于瘘管管道清晰、通畅的经括约肌型肛瘘，在肛管括约肌间结扎和切断瘘管。LIFT 术前应先挂线引流，以促进瘘管的纤维化。传统的 LIFT 手术肛瘘治愈率在 61%~94%之间，并发症较少，愈合时间 4 周~8 周。（证据等级 B，强推荐。）
- 瘘管激光闭合术（FiLaC）：采用脉冲技术，在瞬间蓄积能量，并用环状（360°）光纤头发射激光，使能量均匀作用于靶组织，破坏瘘道上皮组织并使组织变性、收缩闭合，同时也减轻了正常括约肌组织的热损伤。该术式具有创伤小、手术时间短、术后并发症少的优点，适用于单纯性肛瘘或结合其他术式用于高位复杂性肛瘘。（证据等级 C，弱推荐。）
- 视频辅助肛瘘治疗术（VAAFT）：用肛瘘镜从外口进入瘘管腔，在视频监视下识别瘘管解剖，包括主管、支管、脓腔及内口，用电灼法在腔内破坏瘘管内壁，清理感染组织后，关闭内口，引流管腔。VAAFT 具有创伤小、直视下操作、不损伤括约肌等优点，但需要特殊的肛瘘镜设备，对复杂性、复发性肛瘘具有较好的疗效。（证据等级 B，弱推荐。）
- 经肛括约肌间切开术（TROPIS）：从直肠腔内切开肛瘘内口及内括约肌，开放括约肌间间隙，保持引流通畅，通过二期愈合达到肛瘘的治愈。TROPIS 适用于各种括约肌间型肛瘘，可取得较理想的疗效，具有对肛门功能的影响较小、治愈率高、术后患者生活质量较优等优点。（证据等级 C，强推荐。）

8.3 术后处理

8.3.1 术后创面管理

术后根据创面情况控制排便 24 小时，缝合创面应消毒换药，开放式创面可熏洗坐浴，检查清洗创面，去除异物及坏死组织，更换引流材料，保持引流通畅，促进肉芽组织正常生长，保证创面从深部开始愈合不留残腔，避免浅层创面和皮肤组织提前愈合，可酌情使用抗生素预防感染，合理选用红油膏、三石散等促进创面愈合。在换药前对患者的病情及术式要有全面的认识，根据不同的创面和术式进行有效的处理，换药时动作应轻柔，避免再次对创面的损伤，降低患者对换药的不适感。对于引流不畅的创面，应及时修整创面，使用纱条等引流材料充分引流，如出现继发感染，应及时清除感染灶，积极抗感染治疗。术后伤口基本愈合时，应该减少对创面的刺激，注意观察伤口有无创缘皮肤内翻、粘连、假性愈合等，及时处理以减少复发。（证据等级 C，强推荐。）

8.3.2 术后并发症处理

8.3.2.1 术后尿潴留

术前排空膀胱，控制输液量和输液速度，选择合适的麻醉方式，可预防尿潴留的发生。如发生尿潴留，可进行以下处理：在下腹部放置热水袋热敷缓解膀胱括约肌痉挛，促进排尿；排尿时站立、放松、听流水声、冲淋浴；服止痛药，或适当松解包扎；针刺关元、水道、阴陵泉、三阴交等；艾灸气海、关元、中极等；推拿按摩两大腿内侧，自下而上按摩数次至尿意迫切为止。或指压中极穴 2 min~5 min；新斯的明 1 mg 肌注以及中药治疗等，采用上述措施无效者可行留置导尿。（证据等级 C，强推荐。）

8.3.2.2 术后疼痛

应用清热解毒、活血化瘀、消肿镇痛类中药熏洗坐浴缓解创面疼痛。针刺镇痛：取承山、大横、长强、八髎等采用强刺激法，至疼痛减轻或消失再留针 10 min~15 min。根据术后疼痛的程度可口服或注射镇痛类药物，可同时使用两种或者以上不同药理机制的药物来控制疼痛，能起到协同止痛的作用，同时减少单一药物的不良反应。（证据等级 C，强推荐。）

8.3.2.3 术后肛门失禁

手术对肛管括约肌及周围组织损伤过多，影响肛门功能，可能导致术后不同程度的肛门失禁。

不完全性失禁的患者应勤做提肛运动，增强肛门括约功能。可予益气升提的中药汤剂，方用补中益气汤加减。也可以通过针刺八髎、肾俞、承山等穴位治疗。还可以采用生物反馈治疗仪或磁治疗仪进行治疗。完全性失禁则需要手术治疗。（证据等级 C，强推荐。）

附 录 A

(资料性)

本文件起草负责人及有关专家

本文件起草负责人、指导委员会专家和参与讨论专家如下。

本文件起草负责人：杨巍（上海中医药大学附属曙光医院）。

本文件指导委员会专家：田振国（辽宁中医药大学附属第三医院）、韩宝（北京马应龙长青肛肠医院）、于永铎（辽宁中医药大学附属第二医院）。

本文件参与讨论专家（按姓氏笔划排序）：王吉候（曲靖市中医医院）、王建民（安徽中医药大学第一附属医院）、王绍臣（杭州师范大学附属医院）、毛红（四川省第二中医医院）、尹和宅（嘉兴市中医医院）、叶玲（福建中医药大学附属第二人民医院）、令狐庆（南京中医药大学附属徐州医院）、曲牟文（中国中医科学院广安门医院）、任东林（中山大学附属第六医院）、刘飞（南京市中医院）、孙化中（山西省人民医院）、孙平良（广西中医药大学第一附属医院）、李国栋（中国中医科学院广安门医院）、李国峰（长春中医药大学附属医院）、李荷英（长治市中医医院）、李华山（中国中医科学院广安门医院）、李悦（上海交通大学附属瑞金医院）、杨向东（成都肛肠专科医院）、杨关根（杭州市第三人民医院）、杨晓东（深圳市人民医院龙华分院）、肖慧荣（江西中医药大学附属医院）、何永恒（湖南省中西医结合医院）、沙静涛（西安市中医医院）、张卫（海军军医大学第一附属医院）、张相安（河南中医药大学第一附属医院）、陈希琳（北京市肛肠医院）、陈朝文（北京大学第三医院）、邵万金（江苏省中医院）、林林（烟台白石肛肠医院）、罗湛滨（广东省中医院）、郑丽华（中日友好医院）、郑德（上海中医药大学附属曙光医院）、柳越冬（辽宁中医药大学附属第三医院）、钟鸣（上海交通大学附属仁济医院）、钱群（武汉大学中南医院）、殷志韬（沈阳市肛肠医院）、曹永清（上海中医药大学附属龙华医院）、梁靖华（深圳市中医肛肠医院）、彭作英（黑龙江省中医药科学院）、傅传刚（上海市东方医院）。

参 考 文 献

- [1] Parks A G, Gordon P H, Hardcastle J D. A classification of fistula-in-ano[J]. The British Journal of Surgery, 1976, 63(1): 1-12.
- [2] 王永刚, 孙源. 术前三维肛管直肠腔内超声检查对肛瘘手术的疗效分析[J]. 中国普外基础与临床杂志, 2021, 28(01): 85-88.
- [3] Li J, Chen S-N, Lin Y-Y, et al. Diagnostic Accuracy of Three-Dimensional Endoanal Ultrasound for Anal Fistula: A Systematic Review and Meta-analysis. [J]. The Turkish Journal of Gastroenterology: The Official Journal of Turkish Society of Gastroenterology, 2021, 32(11): 913-922.
- [4] 刘琳, 魏春燕, 张桂芳, 等. 肛瘘患者术前磁共振成像诊断与术后病理分型一致性研究[J]. 山西医药杂志, 2022, 51(01): 28-30.
- [5] 姚琼, 汪庆明, 詹松华, 等. MRI、直肠腔内超声检查在高位肛瘘术前诊断中的应用比较[J]. 山东医药, 2015, 55(12): 84-85.
- [6] 朱琼, 杨烁慧, 詹松华, 等. 直肠内水囊填塞 MRI 对肛瘘术前诊断的价值研究[J]. 临床放射学杂志, 2010, 29(01): 114-117.
- [7] Schaefer O, Lohrmann C, Langer M. Assessment of anal fistulas with high-resolution subtraction MR-fistulography: comparison with surgical findings[J]. Journal of Magnetic Resonance Imaging: JMRI, 2004, 19(1): 91-98.
- [8] Beets-Tan R G, Beets G L, Van Der Hoop A G, et al. Preoperative MR imaging of anal fistulas: Does it really help the surgeon?[J]. Radiology, 2001, 218(1): 75-84.
- [9] 丁义江, 杨伯林. 肛周克罗恩病的诊断与治疗[J]. 中华胃肠外科杂志, 2005(04): 376-378.
- [10] 刘芳. 结肠镜检查在肛瘘患者中排查克罗恩病的适用性分析[J]. 中外医学研究, 2019, 17(05): 79-80.
- [11] 齐顺利, 陈希琳, 于晓倩, 等. 1554 例肛瘘患者临床病理特征及术后复发危险因素分析[J]. 结直肠肛门外科, 2021, 27(3): 254-257.
- [12] 韩红梅, 袁建平, 唐卫华. 阳和汤加减治疗肛周脓肿、肛瘘临证体悟[J]. 中国民族民间医药, 2020, 29(09): 86-88.
- [13] 武传慧. 肛瘘术后的饮食指导与护理[J]. 内蒙古中医药, 2013, 32(24): 177.
- [14] 朱粟意, 张相安, 黄芳芳, 等. 基于网络药理学研究阳和汤促进肛瘘术后创面组织修复的作用机制[J]. 现代中西医结合杂志, 2021, 30(31): 3477-3482.
- [15] 郭振林. 痔科熏洗散治疗肛瘘术后的疗效观察[J]. 中国社区医师, 2016, 32(24): 104-105.
- [16] 杨红霞. 金玄痔科熏洗散联合龙珠软膏在肛瘘术后应用的疗效观察[J]. 实用中西医结合临床, 2013, 13(08): 57-58.
- [17] 黄传华. 复方荆芥熏洗剂熏洗坐浴在肛瘘术后的疗效观察[J]. 中国肛肠病杂志, 2019, 39(03): 59-60.

- [18] 戴亭亭. 复方黄柏液涂剂在低位肛管直肠周围脓肿与肛瘘术后熏洗的疗效观察[D]. 北京中医药大学, 2021.
- [19] 王凤飞, 黎帅, 李莹, 等. 中药坐浴促进肛瘘术后创面愈合的用药规律数据挖掘研究[J]. 亚太传统医药, 2021, 17(04): 152-155.
- [20] 瞿胤, 杨巍, 郑德, 等. 不同浓度及熏洗时间的促愈熏洗方对肛瘘术后并发症的影响[J]. 世界中医药, 2013, 8(12): 1417-1419.
- [21] 马燕玲, 陆宏, 韩晔. 中药熏洗治疗肛瘘围手术期并发症的疗效观察[J]. 现代医学, 2017, 45(12): 1772-1775.
- [22] Zhu L, Ma S, Jia C, et al. Chinese herbal fumigant and lotion for postoperative complication in surgical wound of anal fistula: A protocol for a systematic review and meta-analysis. [J]. Medicine, 2020, 99(36): e22095.
- [23] 傅金兰. 肛泰制剂促进肛肠病术后快速康复 60 例[J]. 中国中西医结合外科杂志, 2014, 20(03): 313.
- [24] 余壮, 文云波. 龙珠软膏换药治疗肛瘘、混合痔电灼术后创面的疗效观察[J]. 深圳中西医结合杂志, 2021, 31(19): 127-129.
- [25] 李蕊慧, 李勇冠. 肤痔清软膏用于混合痔、肛瘘、肛周脓肿患者术后治疗的临床效果研究[J]. 北方药学, 2021, 18(03): 63-64.
- [26] 司中华. 中药外敷对括约肌间型肛瘘术后伤口愈合的疗效观察[J]. 中医外治杂志, 2021, 30(05): 34-35.
- [27] 彭军良. 切开扩创术联合藻酸钙伤口敷料麝香痔疮栓换药治疗肛瘘 372 例[J]. 世界中西医结合杂志, 2009, 4(10): 740-741+744.
- [28] 金虎. 现代肛肠病学[M]. 人民军医出版社, 2009.
- [29] 杨巍, 仇菲. 肛瘘的中西医结合治疗[M]. 科学出版社, 2019.
- [30] Abramowitz L, Soudan D, Souffran M, et al. The outcome of fistulotomy for anal fistula at 1 year: a prospective multicentre French study[J]. Colorectal Disease: The Official Journal of the Association of Coloproctology of Great Britain and Ireland, 2016, 18(3): 279-285.
- [31] 伍登科, 王荣. 挂线疗法在肛肠疾病治疗中的应用[J]. 河南外科学杂志, 2014, 20(01): 46-48.
- [32] 张昶, 樊志敏. 樊志敏教授手术治疗肛瘘经验浅析[J]. 临床医药文献电子杂志, 2020, 7(22): 4-5.
- [33] 朱传想, 王业皇. 挂线疗法治疗高位肛瘘的研究进展[J]. 中华中医药杂志, 2016, 31(09): 3669-3671.
- [34] 许惠勇. 切开挂线选择性缝合术与切开挂线治疗高位复杂性肛瘘的临床效果分析[J]. 吉林医学, 2019, 40(12): 2868-2869.
- [35] 林晖. 同期多侧挂线治疗高位复杂性肛瘘的临床对比观察[J]. 大肠肛门病外科杂志, 2005(03): 194-196.

- [36] 唐武, 陆路, 阳光, 等. 传统切开挂线治疗术与切开挂线对口引流术治疗高位复杂性肛瘘的疗效对比[J]. 中国社区医师, 2019, 35(34): 54-55.
- [37] 熊远辉. 定向挂线法治疗 36 例高位复杂性肛瘘的疗效分析[J]. 中国医药指南, 2016, 14(24): 84.
- [38] 周青, 王艳花, 陈玉根. 切割挂线在高位肛瘘使用中的不足与定向挂线的提出[J]. 结直肠肛门外科, 2011, 17(06): 397-398.
- [39] 刘墩, 刘宁远, 郭红鑫, 等. 虚实结合挂线术与传统切开挂线术治疗高位肛瘘的疗效比较[J]. 中国临床医生杂志, 2023, 51(2): 222-224.
- [40] [40] 程凯, 郑丽华. 虚实结合挂线术联合改良经肛括约肌间切开术治疗高位复杂性肛瘘的临床疗效及预后分析[J]. 中国临床医生杂志, 2023, 51(6): 720-723.
- [41] 王玉燕, 李明. 长期非切割挂线引流术治疗克罗恩病肛瘘的回顾性分析[J]. 世界最新医学信息文摘, 2019, 19(78): 124-125.
- [42] 郑雪平. 丁义江教授治疗高位复杂性肛瘘的经验[J]. 江苏中医药, 2009, 41(06): 13-14.
- [43] 文宏博, 崔亚萍. 传统切开挂线、置管拖线引流在高位复杂性肛瘘中的临床观察[J]. 世界最新医学信息文摘, 2018(A2 vo 18): 206+208.
- [44] 雷超, 王业皇. 挂线疗法对高位肛瘘的治疗进展[J]. 结直肠肛门外科, 2011, 17(02): 125-127.
- [45] 曾进, 姜小帆, 李群涛, 等. 隧道法治疗高位肛瘘 60 例[J]. 陕西中医, 2014, 35(09): 1141-1143.
- [46] 郑德, 汪庆明, 何铮, 等. 对口切开旷置结合垫棉法治疗高位复杂性肛瘘的疗效评价[J]. 上海中医药杂志, 2012, 46(05): 65-67.
- [47] Jarrar A, Church J. Advancement flap repair: a good option for complex anorectal fistulas[J]. Diseases of the Colon and Rectum, 2011, 54(12): 1537-1541.
- [48] Borreman P, De Gheldere C, Fierens J, et al. Can a flap help the plug? Or vice versa? Proposing a combined sphincter-sparing anal fistula repair.[J]. Acta Chirurgica Belgica, 2014, 114(6): 376-380.
- [49] Sirany A-M E, Nygaard R M, Morken J J. The ligation of the intersphincteric fistula tract procedure for anal fistula: a mixed bag of results[J]. Diseases of the Colon and Rectum, 2015, 58(6): 604-612.
- [50] Yassin N A, Hammond T M, Lunniss P J, et al. Ligation of the intersphincteric fistula tract in the management of anal fistula. A systematic review.[J]. Colorectal Disease: The Official Journal of the Association of Coloproctology of Great Britain and Ireland, 2013, 15(5): 527-535.
- [51] Shanwani A, Nor A M, Amri N. Ligation of the intersphincteric fistula tract (LIFT): a sphincter-saving technique for fistula-in-ano.[J]. Diseases of the Colon and Rectum, 2010, 53(1): 39-42.
- [52] 张国兴, 石荣. 肛瘘微创手术研究进展[J]. 中国中西医结合外科杂志, 2019, 25(01):

105-108.

[53] Emile S H, Elfeki H, Shalaby M, et al. A Systematic review and meta-analysis of the efficacy and safety of video-assisted anal fistula treatment (VAAFT).[J]. Surgical Endoscopy, 2018, 32(4): 2084-2093.

[54] Meinero P, Mori L. Video-assisted anal fistula treatment (VAAFT): a novel sphincter-saving procedure for treating complex anal fistulas[J]. Techniques in Coloproctology, 2011, 15(4): 417-422.

[55] Cheung F Y, Appleton N D, Rout S, et al. Video-assisted anal fistula treatment: a high volume unit initial experience[J]. Annals of The Royal College of Surgeons of England, 2018, 100(1): 37.

[56] Garg P, Kaur B, Menon G R. Transanal opening of the intersphincteric space: a novel sphincter-sparing procedure to treat 325 high complex anal fistulas with long-term follow-up[J]. Colorectal Disease: The Official Journal of the Association of Coloproctology of Great Britain and Ireland, 2021, 23(5): 1213-1224.

[57] 张志云, 高爽, 朱云婴, 等. 经肛括约肌间切开术治疗高位复杂性肛瘘的临床观察[J]. 川北医学院学报, 2020, 35(6): 1013-1016.

[58] 李春耕, 陈子豪, 李文浩, 等. 中医药促进痔瘘术后创面愈合临床研究进展[J]. 中成药, 2020, 42(11): 2979-2981.

[59] 庞宇龙, 毛宽荣. 肛肠病术后尿潴留的原因分析及防治浅谈[C]//中国肛肠病研究心得集. 中华中医药学会, 2011: 647-648.

[60] 杨向东, 李远志. 针灸治疗肛肠病术后尿潴留概况[C]//中国肛肠病研究心得集. 中华中医药学会, 2011: 613-614.

[61] 李祯祥, 张春霞, 姜涛, 等. 中药熏洗坐浴改善肛瘘术后疼痛及伤口愈合疗效分析[J]. 四川中医, 2020, 38(07): 140-142.

[62] 杨伟勋, 曹荣芳, 郑晓婷, 等. 针刺疗法对缩短肛瘘术后疼痛镇痛泵使用时间的观察[J]. 名医, 2020(12): 84-85.

[63] 叶俊华, 黄明华, 赵海生. 生物刺激反馈仪在肛瘘手术中的应用价值研究[J]. 中国实用医药, 2016, 11(04): 276-277.