王业皇基于创面引流治疗复发性肛瘘经验*

王婕[1]，王业皇[2]✉

1. 榆林市星元医院，陕西 榆林 719000；2. 南京市中医院，江苏 南京 210000

摘要：王业皇教授基于创面引流，总结肛瘘复发因素，充分考虑手术对肛门功能造成的损害，秉持引流与保护共行的原则，不断探讨术式选择与创面管理的方法，实现内口处理彻底、不可逆转的持续引流、肉芽健康有序生长的管理目标。在临床实践中，王教授提出将被动引流变主动引流，设计了“负压引流海绵”护创包，通过促进循环、诱导细胞再生，达到减轻创面水肿、促进创面愈合的目的，将传统单一变综合创新，不同阶段不同方法，同一阶段灵活配合。

关键词：复发性肛瘘；创面引流；王业皇
DOI：10.16368/j.issn.1674－8999.2026.08.263
中图分类号：R249.27　　**文献标志码**：A　　**文章编号**：1674－8999(2026)08－1754－04

Professor Wang Yehuang's Experience in Managing Recurrent Anal Fistulas Based on Wound Drainage

WANG Jie[1], WANG Yehuang[2]

1. Xingyuan Hospital of Yulin City, Yulin Shaanxi China 719000; 2. Nanjing Hospital of Traditional Chinese Medicine, Nanjing Jiangsu China 210000

Abstract: Professor Wang Yehuang, based on wound drainage, summarizes the factors that lead to the recurrence of anal fistulas, fully considers the damage surgery can cause to anal function, and adheres to the principle of combining drainage with protection. He continuously explores surgical options and wound management methods to achieve goals such as thorough treatment of the internal opening, irreversible continuous drainage, and healthy, orderly granulation growth. In clinical practice, Professor Wang suggests turning passive drainage into active drainage and designed a “negative pressure drainage sponge” wound care pack. By promoting circulation and inducing cell regeneration, it helps reduce wound edema and promotes healing. This approach transforms traditional single methods into an integrated, innovative approach, adapting different methods at different stages flexibly.

Key words: recurrent anal fistula; wound drainage; Wang Yehuang

肛瘘包括高位肛瘘和低位肛瘘，其中高位肛瘘约占 40%[1]。临床中高位肛瘘因治愈困难常易形成复发性肛瘘，给患者带来巨大的困扰，患者往往进行多次手术以期治愈。目前国内外学者提出了多种手术治疗方法，但肛瘘患者的管理却不仅限于此。

王业皇教授，江苏省名中医，主任医师，教授，师从中医肛肠泰斗丁泽民先生，曾赴日本帝京大学研修。王教授从事医疗、教学、科研工作 40 余年，编写专著 12 部，主持国家级、省级课题 10 余项，获得江苏省科技进步奖三等奖 2 项，南京市科技进步奖二

* **基金项目**：第二批江苏省名老中医药专家传承工作室建设项目(WYH2016JS)；全国名老中医药专家传承工作室建设项目(WYH－2022－GJ)

作者简介：王婕（1995－），女，陕西府谷人，医学硕士，主治医师，研究方向：中西医结合治疗肛肠疾病。
✉ **通信作者**：王业皇，教授，主任医师，研究方向：中西医结合治疗肛肠疾病。E－mail：1476234096@qq.com

等奖5项，南京市科技进步奖三等奖5项，发表核心论文50余篇。王教授擅长运用中医及中西医结合方法诊治肛肠科常见疾病及疑难病，特别是对环状混合痔、高位复杂性肛瘘、顽固性便秘、直肠脱垂、溃疡性结肠炎、克罗恩病、结直肠肿瘤等的治疗，有独到之处，创立了中西医结合痔病微创治疗的诊疗体系。现将王业皇教授关于复发性肛瘘的管理体会总结如下。

1 追根溯源

临床中多数肛瘘由肛腺感染引起，但仍需注意鉴别诊断。而引起术后肛瘘复发的危险因素主要有两方面：一方面与瘘管相关，另一方面与手术相关。既往手术方式选择不当、术后创面管理不善对肛瘘复发有直接影响。

1.1 术前诊断不明确 据统计，内部开口不明、高位经括约肌瘘、马蹄形瘘、多发瘘管是与瘘管相关的主要危险复发因素[2]。因此，完整的术前评估是手术开展的保障。首先，要辨别瘘管性质[3-4]，一般分为腺源性和非腺源性感染两种。腺源性感染包括特异性及结核等非特异性感染；非腺源性感染多与炎症性肠病、继发性感染（女性前庭大腺感染、男性海绵体感染、骶前囊肿、直肠肛管肿瘤）等因素相关。其次，要明确瘘管特征，清楚内口区域位置、数量及瘘管走行。诊疗过程中详问病史、肛门指诊、辅助检查缺一不可。实验室检查注意炎症指标，相关病史的肠镜检查警惕炎症性肠病，腔内超声诊断联合盆腔MRI判断内口位置、瘘管走行及其与肛周肌肉间的关系，肛管直肠测压[5]、表面肌电[6]等可评估手术前后肛门功能。

1.2 清创引流不彻底 复杂肛瘘患者往往可能有多个内口，且肛周解剖特殊、瘘管走行复杂。因此，术中内口处理不当、瘘管走行复杂遗留隐藏感染灶、担心肛门功能受损提前抽掉内口处挂线等，为肛瘘复发埋下了极大隐患。若切口选择不当致感染灶或内口不能充分暴露，或者创面大小设计与实际瘘管深度不成正比，随着创面生长而无法达到理想的持续引流状态时，都将直接影响术后创面愈合，感染复发。归根结底，清创引流不彻底、引流生长不协调是瘘管复发的重要因素。

1.3 术后管理不到位 中医认为，“腐肉不去，新肉难生”[7]，在创面生长过程中需要定期监测，及时发现并处理不健康的肉芽。反复出血、肉芽水肿、周围上皮生长过快、引流不畅、异物残留、桥形愈合等是创面愈合不良的主要表现形式[8]，直接影响肛瘘的复发。对于挂线患者，挂线紧线的时机选择、线圈周围腐肉的清理、线圈后侧与新生肉芽之间腔隙大小，都是影响伤口愈合的关键因素。

2 治疗方式

2.1 切口入路与术式 徐灵胎《医学源流论》云：“外科之法最重外治。”《外科大成》指出：“针锋宜随经络之横竖……欲大开口，则将针斜出。欲小其口，则将针直出。所谓迎而夺之，顺而取之也。”恰当的术式及切口入路选择是手术成功的第一步，亦是术后创面监测的前提[9]。在选择切口入路时，王教授认为要做到以下3点：（1）肉眼可视，方便操作：可将病变部位的结构尽收眼底，方便各种器械的深入与操作。（2）充分暴露，彻底清创：盆底、肛周空间狭小，切口要利于腐肉、管壁、空腔的清创，以达“开户逐贼”[10]之功。（3）维持形态，保护功能。因此，术者要严格把握不同术式适应证，选择恰当手术入路。对括约肌外/上的肛瘘，括约肌间入路空间较小，暴露、清创、引流困难，而真正的括约肌在后侧最丰厚，延伸至两侧会逐渐薄弱，术中剖开或术后紧线打开肛门两侧/前侧时，易导致缺损及肛门精细功能下降，因此可选择括约肌外作为手术切口入路，可以在保证肛门功能的同时尽可能维护肛门形态。对经括约肌型肛瘘，低位者切开只会致外括约肌下部断裂，对肛门功能影响较小；当内口明确且高于肛管直肠环水平时，可选择切开挂线术，外口皮肤要切至肛窦处；伴高位盲瘘时，可选择切开旷置术[11]，一定要结合辅助检查小心探查内口，切除齿线水平以下的原发感染灶，旷置外括约肌深部以上的继发性瘘管，可选择括约肌外入路彻底扩创引流。对括约肌间型肛瘘，低位者可在探针指示下完整切除瘘管，避免遗留。单纯高位括约肌间肛瘘直接切开可能会导致肛管静息压下降、出血或向肛管后侧突破性感染等，可采用挂线或部分切开锁边缝合，减少损伤。

2.2 澄源引流模型 明代医家陈实功言：“如脓深欲其口大，直针进而斜针出，划开外肉，口则大矣。”在切开引流的基础上特别强调扩大创口引流[12]。

为确保术中充分暴露脓腔病灶顶部，去除腐肉及上皮化组织，术后创面引流与生长相协调，王教授设计了“喇叭样”棱锥式创面形态，外部切口大小需与创面深度成正比，外为底，内为尖，同时外部切口作“V字形”引流切口，与臀部纵轴相垂直，结合患者的体型、创面的形态，减轻脂肪与皮肤组织的张力，形成自然引流，防止皮缘内卷、肛门畸形，实现“一眼望到底”，形成不可逆的持续引流，便于术后全程观察创面生长情况。肠壁外的上皮化组织需彻底剔除，直至暴露脂肪组织，包括管壁及纤维化束带。当病灶较深或贴近直肠壁时，上皮化组织难以切除，可先用电刀烧灼，再用刮匙搔刮，也可用射频消融术破坏病灶。在术中完整清除病灶固然重要，但也要将功能保护放在首位。肛门周围组织前侧及两侧肌肉薄弱，挂线易造成损伤，要保护前侧后尿道（男性）/会阴（女性），以防直肠尿道/直肠会阴瘘。

2.3　创面与挂线管理　中医认为：“大凡痈疽疮肿溃后，若有腐肉凝滞者，必取之，乃推陈致新之意[13]。”因此，在创面恢复全程管理中要做到三审：一审肉芽健康与否，局部指导用药。在创面恢复过程中肉芽健康、有序的生长，应从顶端到底端、从里到外生长，且肉芽组织应新鲜、紧实，无水肿、软烂。医者应仔细观察创面，定期清除创面腐肉。无菌纱布擦拭不仅去除表面分泌物还可判断肉芽是否紧实；局部生肌敛疮中药坐浴（如枯矾、冰片、硼砂、玄明粉等）可促进创面愈合；肉芽水肿者可外用高渗盐水湿敷使创面脱水。

二审挂线周围情况，判断紧线时机，以达“僻处即补、肠肌随长”[14]。术中在合适部位挂线不仅可以促进引流、单向缓慢切割、保护肛门功能，还可以在愈合过程中刺激周围组织纤维化、刺激肛直角形成，稳固肛管直肠解剖位置[15]。瘘管走向经括约肌间向上蔓延至直肠后深间隙及骨盆直肠间隙时，术中切开内括约肌及外括约肌皮下部、浅部，挂线组织为外括约肌深部。经多次手术仍复发的肛瘘患者，其管道往往迂回曲折，病灶与瘢痕组织间隙不清，内口不明显，可选择组织最薄弱处挂线处理区域化内口。术后挂线管理时须关注皮筋上下有无藏污纳垢、肉芽粘连或皮筋内陷，要及时处理否则会形成新的窦道，还要关注皮筋与肉芽顶部腔隙大小。王教授认为肉芽健康生长要有空间，“多次少紧”[16]的及时紧线可以保留基底空间且引流通畅，做到从基底生长，外面填塞到位防止周围上皮生长过快，真正做到单向切割，挂线从里收紧至肛管外，而左右不内陷。为此，王教授团队设计了“铅锤”式自锁硅胶线，可减轻紧线痛苦、加强引流、实现单向缓慢切割[17]。

三审情志与饮食，辅以整体调和。明代医家陈实功认为“外之症必根于内”。现代医学研究发现，精神心理活动、胃肠蠕动和大肠传导之间可相互影响，这是由于消化道与中枢神经系统之间存在双向调节通路，即脑－肠轴[18]。自主神经紊乱可引起肛门括约肌紧张，而肛门括约肌失弛缓易导致便秘、肛门坠胀疼痛等，造成患者精神心理负担，二者形成恶性循环，影响伤口愈合。复发性肛瘘患者饱受病痛折磨，病情反复、多次手术、伤口疼痛、担忧预后，故就诊时往往表现为焦虑状态。王教授在临床诊疗中发挥整体观念，提出肾－心－肠轴理论[19]，审查详细，言语开导，顺情解郁，指导饮食，改变患者的认知和行为方式。再通过四诊合参对患者制定个体化方案，令脏腑气血阴阳调和，在临床中往往取得相得益彰的结果。如口服煅龙骨、茯神、远志以镇心安神，玫瑰花、柴胡、合欢皮可疏肝解郁，知母、黄柏、功劳叶滋阴泻热，生白术、黄芪、党参等补气健脾，苍术、陈皮健脾清热燥湿，血余炭、地榆炭、五倍子、赤石脂生肌敛疮，蜈蚣、僵蚕等虫类药破血祛瘀，推陈出新。

3　结语

王教授基于创面引流，总结肛瘘复发因素，充分考虑手术对肛门功能造成的损害，秉持引流与保护共行的原则，不断探讨术式选择与创面管理的方法，实现内口处理彻底、不可逆转的持续引流、肉芽健康有序生长的管理目标。在临床实践中，王教授提出将被动引流变主动引流，设计了“负压引流海绵”护创包，通过促进循环、诱导细胞再生，达到减轻创面水肿，促进创面愈合的目的[20－21]。将传统单一变综合创新，不同阶段不同方法，同一阶段灵活配合。比如清创期可采用视频辅助肛瘘治疗技术处理内口、管壁并封闭引流；OTSC（Over－the－Scope－Clip）夹闭合术处理内口[22]；射频消融术处理管壁[23－24]等。引流期可采用 VSD 负压封闭引流或“铅锤”式自锁硅胶线。修复期有干细胞、脂肪移植、脱细胞异

体真皮肛瘘补片[25]等不同方法。未来可在中医挂线的基础上变人为经验为智能自动化，结合 MRI 等影像学资料 3D 建模，精准定位内口及瘘管，根据体型、瘘管走行智能设计测算切口入路、长度、创面深度，术后通过感应反射装置智能化实时监控创面并控制紧线，自动刺激肛周神经和肌肉，促进创面恢复。

参考文献：

[1]王业皇，郑雪平. 实用肛瘘治疗学[M]. 南京：东南大学出版社，2014.
[2]Mei Z B，Wang Q M，Zhang Y，et al. Risk Factors for Recurrence after anal fistula surgery：a meta－analysis[J]. Int J Surg，2019，69：153－164.
[3]史仁杰，郑丽华. 肛瘘诊疗进展[M]. 北京：化学工业出版社，2019.
[4]李春雨，徐国成. 肛肠病学[M]. 2 版. 北京：高等教育出版社，2021.
[5]中国医师协会肛肠医师分会，中国医师协会肛肠医师分会临床指南工作委员会，中国医师协会肛肠医师分会肛肠动力异常性疾病学组，等. 结直肠肛门测压中国专家共识(2023 版)[J]. 中华胃肠外科杂志，2023，26(12)：1095－1102.
[6]李丽，任东林. 肛门盆底功能评估与康复[M]. 北京：科学出版社，2021：89－115.
[7]易鹏飞. 中药去腐生肌法促进肛周脓肿、肛瘘术后创面愈合临床研究[J]. 亚太传统医药，2017，13(16)：116－117.
[8]中华医学会伤口学组. 慢性难愈创面诊疗指南(2022)[J]. 中华烧伤杂志，2022，38 (8)：705－715.
[9]丁曙晴，丁义江. 肛周脓肿引流口大小选择与盆底功能、瘘管形成的关系[J]. 中华胃肠外科杂志，2022，25 (8)：721－725.
[10]汪玉，和中浚. 明清“开户逐贼、闭门留寇”引流理论沿革[J]. 中华医史杂志，2011，41 (2)：112－115.
[11]中国医师协会肛肠医师分会临床指南工作委员会. 肛裂临床诊治中国专家共识(2021 版)[J]. 中华胃肠外科杂志，2021，24(12)：1041－1047.
[12]江玉. 古代中医外科外治方法发明创造价值的研究[D]. 成都：成都中医药大学，2011.
[13]吴谦. 医宗金鉴[M]. 张年顺，张弛，主校. 北京：中国医药科技出版社，2011：112.
[14]何永恒，王东宏. 分段开窗旷置术与《外科大成》“僻补肌长”理论同源研究[J]. 中国中西医结合外科杂志，2015，21 (3)：312－314.
[15]杨凯昕. 虚挂实切法治疗高位复杂性肛瘘的临床研究[D]. 南京：南京中医药大学，2019.
[16]何颖，唐乾利.《外科大成》挂线三原则：慢割、控紧、留肌考辨[J]. 中国中医基础医学杂志，2018，24 (5)：681－683.
[17]吴燕兰，王业皇. “铅锤”式自锁硅胶线在高位后马蹄形肛瘘中的临床应用研究[J]. 时珍国医国药，2017，28 (10)：2455－2457.
[18]Greenwood－Van Meerveld B，Johnson A C，Grundy D. Gastrointestinal physiology and function[M]. Gastrointestinal Pharmacology Cham：Springer International Publishing，2017：1－16.
[19]吴桑嗓，王业皇，倪敏. 王业皇基于肾－心－肠轴理论诊治围绝经期便秘经验[J]. 湖北中医杂志，2022，44 (7)：21－23.
[20]王业皇，郑雪平，王亚群. 扇形负压引流海绵护创包在高位复杂肛瘘开窗旷置术后的应用研究[J]. 中国中西医结合外科杂志，2023，29 (2)：201－205.
[21]Normandin S. Mechanism of NPWT in tunneling wounds[J]. Semin Plast Surg，2021，35(3)：164－170.
[22]张恒，杨柏霖，王业皇. OTSC 肛肠科专用夹治疗高位复杂性肛瘘临床观察[J]. 中华结直肠疾病电子杂志，2021，10 (3)：295－298.
[23]朱慧婷，章阳，张昊悦，等. 采用 4 MHz 射频消融系统治疗肛瘘的临床疗效观察[J]. 结直肠肛门外科，2024，30 (6)：713－718.
[24]章阳，王业皇，朱慧婷. 射频热凝消融在高位复杂性肛瘘保括约肌手术中的应用[J]. 中华结直肠疾病电子杂志，2024，13(5)：412－416.
[25]王振军，宋维亮，郑毅，等. 脱细胞异体真皮基质治疗肛瘘临床研究[J]. 中国实用外科杂志，2008，28(5)：370－372.

收稿日期：2026－03－12
编辑：纪彬