

浅谈肛瘻手术方式的研究进展

王泉伟

平湖市第二人民医院 浙江 平湖 314201

【摘要】: 肛瘻是肛肠外科常见的肛周疾病, 绝大部分发生在肛门直肠脓肿直接破溃或者手术切开引流以后, 因其常表现为肛门口反复流脓流液, 导致肛周潮湿, 严重影响日常生活, 需要积极及时的治疗, 肛瘻治疗主要一般选择手术为主, 随着时代进步, 因肛瘻瘻管的特殊性, 各个专家学者创造了各种手术方案, 总体包括两类: 括约肌保留术式和括约肌离断术式, 今天我们就进行两类术式的各个手术方式的介绍, 综述肛瘻手术方式的研究进展。

【关键词】: 肛瘻; 手术方式; 研究进展; 综述

An Research Progress on Surgical Methods for Anal Fistula

Quanwei Wang

The No.2 People's Hospital of Pinghu, Zhejiang pinghu 314201

Abstract: Anal fistula is a common perianal disease in anorectal surgery and mostly occurs after direct rupture of anorectal abscess or surgical incision and drainage. Its symptoms often shown as repeated discharge of pus and fluid from the anal fistula opening, causing dampness around the anus and seriously affecting daily life. It requires active and timely treatment. The main treatment for anal fistula is usually surgery. With the progress of the times, due to the special nature of anal fistula, Various experts and scholars have created various surgical schemes, which generally include two types: sphincter retention and sphincter disconnection. This paper will introduce each of the two types of surgical methods, and review the research progress of anal fistula surgery.

Keywords: Anal fistula, Surgery, Research progress, Review

肛瘻是肛管直肠瘻的简称, 是指肛管或直肠因病理原因形成的与肛门周围皮肤相通的一种异常管道。一般由原发性内口、管道、继发性外口3部分组成, 但也有仅具有内口或外口者。根据国际 Parks 分类法, 可分为4类: 1. 括约肌间肛瘻; 2. 经括约肌肛瘻; 3. 括约肌上肛瘻; 4. 括约肌外肛瘻。肛瘻一旦形成, 手术即是首选治疗。国内李春雨提出手术成败的关键在于: 1 准确寻找和处理内口; 2 切除和清除全部瘻管; 3 合理处置肛门括约肌; 4 创口引流通畅^[1]。目前国内肛瘻手术的方案很多, 因肛瘻瘻管走向的不确定性和多样性, 造成并非一种手术方案适合每一种肛瘻的局势, 故而产生了多种多样肛瘻手术方案, 帮助患者解决疾病的困扰, 接下来简单阐述肛瘻手术方案。

1 切断括约肌的肛瘻手术

1.1 肛瘻切开引流术

术前根据肛周彩超或直肠磁共振以及查体结果, 确定大致瘻管走向及内口, 术中将探针由外口插入, 沿着瘻管方向缓缓探入, 结合针指走向, 找到内口并穿出, 沿探针走向, 由外向内口, 全层切开瘻管, 搔刮瘻管内腐肉及坏死组织, 扩大外口, 修剪创缘皮肤, 创面凡士林纱布填塞引流。此法适用于低位单纯性肛瘻, 或者是复杂性肛瘻的部分辅助手术方式。司海波^[2]在对128例低位单纯性肛瘻患者进行随机分组手术, 得出结论: 肛瘻切开术较切除术所用手术时间更短、创口愈合时间较快。

1.2 肛瘻挂线术

作为古代中医治疗肛瘻的传统而有效的术式, 分为实挂线及虚挂线, 目前在切断括约肌的肛瘻手术中以实挂线为主, 判断内外口及瘻管走向, 由探针引导, 将内外口均

穿出, 在一端绑缚一橡皮筋, 由另一端引出, 使橡皮筋贯通整个瘻管, 适当拉紧结扎橡皮筋, 根据具体情况可切开一部分瘻管表面皮肤及内外口, 后期如橡皮筋松弛可适当紧线处理。不可结扎皮筋过紧, 防止皮筋过早完成对瘻管的整体切割, 避免括约肌急剧切断影响肛门排便, 也不利于引流的作用。此法主要适用于高位肛瘻或复杂性肛瘻, 避免一次性切开或切除容易损伤括约肌。陶琦等^[3]在综述肛瘻挂线技术的研究进展中表明与低位肛瘻直接切开术不同, 高位肛瘻目前仍旧缺乏公认、简单和有效的有效方法, 挂线术在高位肛瘻手术中仍占有重要地位。

1.3 肛瘻切除术

术前仍然通过仔细查体结合彩色超声检查或直肠磁共振检查, 明确瘻管内外口及瘻管, 术中仍选择在探针引导下, 高频电刀沿外口圆形整体切开皮肤, 提前外口沿探针瘻管方向, 逐步分离括约肌, 整体切除瘻管直至内口。此法适用于低位单纯性肛瘻或在高位复杂性肛瘻情况下联合挂线手术方案进行。邓军辉^[4]在肛瘻切除术与切开挂线术对肛瘻患者炎指标的影响比较得出结论与传统的切开挂线术比较, 肛瘻切除术利于促进创口愈合, 减轻术后疼痛, 促进肛门功能改善, 且引发的炎症反应较轻, 值得临床推广应用。李津等在对99例低位单纯性肛瘻患者进行肛瘻切除术I期缝合术的临床研究中患者大部分为甲级愈合, 所有患者无括约肌损伤等并发症的出现, 提示疗效显著, 可广泛推广。

2 保留括约肌的肛瘻手术方案

2.1 括约肌间瘻管结扎术 (LIFT)

2007年, 泰国医生 Rojanasakul^[1]介绍了一种新的保留括约肌手术, 即 LIFT 手术 (ligation of the intersphincteric

fistula tract,LIFT)。2010年,Neal Ellis C提出了Bio LIFT术式,在LIFT的基础上,采用生物补片对外瘘管进行填塞,利用生物材料在两瘘管断端间形成一个物理屏。相同的术前检查方法及查体,明确肛瘘内外口及瘘管走向。术中麻醉成功后取俯卧位,在探针引导下于括约肌间瘘管位置在体表肛周投影点入路进行括约肌间隙,找到瘘管用血管钳挑起,靠近内口处的括约肌间瘘管予以外科结扎并切断,远端送病检。相应缝合内口,远端瘘管予以切除或切开搔刮腐肉。该法的适应证:经括约肌肌肛瘘及肛瘘形成明显者。赵云^[6]等在对80例复杂性肛瘘患者进行随机分组手术中,发现改良LIFT较传统切开挂线术治愈率高,术后复发率低。但是LIFT手术因切口小而深,括约肌间隙容易造成积血积液积存,粪便及污染物无法及时排出,容易引起括约肌间隙感染引起括约肌间隙瘘等情况的发生。文科等对80例复杂性肛瘘随机进行改良LIFT手术和常规LIFT手术,与常规LIFT手术相比,改良LIFT术治疗复杂性肛瘘能够有效减少常规LIFT术失败和复发率,且与常规LIFT术一样,能够有效保护肛门括约肌和肛门功能,减少术后疼痛。

2.2 纤维蛋白胶封闭术

Hjortrup等,于1992年首次应用纤维蛋白胶治疗会阴瘘获得成功^[9]。手术操作步骤常规消毒铺巾后,在探针引导下明确内外口及瘘管,刮匙搔刮瘘管,清除瘘管内壁腐肉,保证内壁新鲜清洁,双氧水及生理盐水冲洗干净,缝合内口,将头皮针连接注射器,由外口插入,缓慢注射,直到外口看到胶水流出,明胶海绵封闭外口。适应证:高低位肛瘘、复杂性肛瘘。Abel^[7]和Cintron^[8]应用人体自身纤维组织粘剂填充瘘管治疗低位肛瘘总的有效率达82%。

2.3 脱细胞真皮基质填塞术

肛瘘栓由美国Cook Medical Incorporated开发,用以治疗肛瘘,Lynn和Johnson等于2006年用猪胶原网塞填塞治疗肛瘘,是使用来自于猪小肠黏膜组织的可吸收生物材料,能作为支架刺激植入者损伤部位的组织修复和重建^[10]。适应证:经肛管括约肌型肛瘘、肛管括约肌间型肛瘘、肛瘘括约肌外形肛瘘。腰椎麻醉后消毒铺巾,探针明确肛瘘内口和外口。搔刮瘘管内壁双氧水冲洗瘘道。将肛瘘栓从外口拉入至内口,封闭内口,固定肛瘘栓防止脱出,无菌纱布覆盖外口。贾彤等^[12]在发表肛瘘栓与传统切开挂线术治疗高位肛瘘的疗效比较中表明,肛瘘栓的治疗对于肛瘘患者而言创面小、疼痛轻,更具有微创性,对肛门功能的保护功能更优。秦澎湃等^[13]研究肛瘘栓治疗高位复杂性肛瘘时治愈率为82.3%。

2.4 肛瘘旷置引流术

肛瘘旷置引流术适用于复杂性肛瘘,北京胡伯虎于1982年首先应用此法^[11]。适应证:复杂肛瘘。手术步骤:同理在麻醉消毒后,探针明确内外口,切除并扩大外口创面,置入皮筋后不紧线,仅做引流处理。王磊^[14]采用高位挂线旷置引流术治疗高位复杂肛瘘36例,得出结论:保证了肛门功能不受影响,具有复发率低、一次性治愈率高、痛苦轻、损伤小等特点。

2.5 视频辅助下肛瘘镜手术(VAAFT)

通过类似腹腔镜镜头一样的由外口进入,沿着瘘管走向达到内口,进行瘘管壁搔刮清洗,关闭内口,引流通畅。

茹新宇等^[15]应用视频辅助下肛瘘治疗技术的肛瘘微创治疗一期治愈率80%。

3 小结与展望

根据肛瘘的诊治专家共识2020版^[5],专家普遍的共识是肛瘘和肛周脓肿是共同发病机制下的不同阶段,并且肛瘘往往继发于肛周脓肿,是肛周脓肿破溃后的后遗症。肛瘘的临床分类取决于瘘管与肛门括约肌的关系,是以外括约肌深部为界,分为高位肛瘘和低位肛瘘。在高位肛瘘的手术操作中,对于肛门括约肌的保护尤为重要。无论我们行何种手术方案治疗肛瘘,无论肛瘘的位置是高位还是低位,我们都需要保护肛门括约肌,及时离断括约肌的手术方案也并非一次性立即离断,而且通过挂线橡皮筋的边切割括约肌边愈合的过程,或是在切除或切开瘘管的过程中部分剥离离断了括约肌皮下部而已。综上手术方案只是部分目前常见手术方式,还存在其他的手术方案。肛瘘的分类多种多样,没有一种手术方案适用于所有的肛瘘,在保护肛门功能的前提下,选择最优的手术方案。

参考文献:

- [1] 李春雨,汪建平.肛肠外科手术学[M].北京:人民卫生出版社,2015:668-669.
- [2] 司海波.肛瘘切开术与切除术在低位单纯性肛瘘治疗中的临床效果比较[J].中国实用医药,2023,18(5):61-63.
- [3] 陶琦,陈利民.肛瘘挂线技术的研究进展[J].中国医学创新,2021,18(13):175-179.
- [4] 邓军辉.肛瘘切除术与切开挂线术对肛瘘患者炎指标的影响比较[J].当代医学,2021,27(18):169-170.
- [5] 陈希琳等.肛瘘的诊治专家共识2020版[J].实用临床医药杂志,2020,17(1):1-7.
- [6] 赵云,肖维,高哲.改良LIFT治疗复杂性肛瘘的临床疗效研究[J].中国现代医学杂志,2018,28(2):78-81.
- [7] Abel M E,Chiu Y S,Russell T R,etal.Autologous fibrin glue in the treatment to frectovaginal and complex fistu las.Dis Colon Rectum,1993,36:447-449.607-613.
- [8] Cintron JR,Park JJ,Orsay CP,etal.Repair of fistulas in-ano using autologous fibrin tissue adhesive.Dis colon Rectum,1999,42.
- [9] 李春雨,汪建平.肛肠外科手术学[M].北京:人民卫生出版社,2015:697-698.
- [10] 李春雨,汪建平.肛肠外科手术学[M].北京:人民卫生出版社,2015:699-700.
- [11] 李春雨,汪建平.肛肠外科手术学[M].北京:人民卫生出版社,2015:691-692.
- [12] 贾彤,陈娇,胡加伟.肛瘘栓与传统切开挂线术治疗高位肛瘘的疗效比较[J].结直肠肛门外科,2019,25(6):701-704.
- [13] 秦澎湃,银德滨,王彦芳,于洪顺.肛瘘栓应用于高位复杂肛瘘盲端填塞[J].北京医学,2012,34(10):928-929.
- [14] 王磊.高位挂线旷置引流术治疗高位复杂肛瘘的疗效分析[J].山西职工医学院学报,2018,28(3):60-61.
- [15] 茹新宇,柯梦等.应用视频辅助下肛瘘治疗技术的肛瘘微创治疗[J].临床外科杂志,2017,25(12):898-901.