

高位复杂性肛瘘诊治近况

唐学贵

(川北医学院附属医院 四川南充 637000)

关键词 :高位复杂性肛瘘 ;诊断 ;手术疗法 ;中西医结合疗法 ;综述

中图分类号 :R657.1*6

文献标识码 :A

文献编号 : 1671-4040(2004)04-0084-02

高位复杂性肛瘘是指多外口、多管道、管道走向复杂、内口位置穿过外括约肌深层的肛管直肠瘘,其中以高位马蹄型肛瘘最具代表性,另有高位坐骨直肠窝瘘、骨盆直肠窝瘘等。近年来,国内外专家在诊治方面进行了一系列研究,取得了可喜的成绩。现总结介绍如下:

1 术前诊断

正确寻找肛瘘内口及了解瘘管的走向对肛瘘的诊断和手术成功至关重要,尤其是高位复杂性肛瘘更是如此。高位复杂性肛瘘(医学界称难治性肛瘘)因其复杂性而治疗困难,复发率高或手术导致严重的术后并发症和后遗症。其检查诊断亦有一定的难度,目前的主要诊断方法有:(1)指检。肛门病的常规检查方法,又称“指征眼”。国内普遍采用,国外 Kuypers JH 曾在 Neth J Surg 报道通过指检诊断肛瘘准确率可达 98%,我们平时门诊检查诊断主要靠指检触诊。(2)探针检查。国外 Zimmerman DD 叙述探针可探明瘘道走向并根据索罗门氏定律推测内口位置,亦可在肛肠镜下从肛内通过带钩探针在挤压帮助下寻找可疑内口^[1]。国内应用较普遍,我们平时常用。(3)X 线检查。瘘道造影较常用,但准确率不高,国内南京邬斌在综述中报告仅 16%。(4)腔内超声检查诊断。腔内超声检查诊断肛瘘安全,准确率较高。国内王亮升在综述中报告诊断肛瘘准确率达 83.6%,Rattoc 等报道诊断马蹄型肛瘘的准确率可达 92.3%。同普通物理检查比较,在马蹄型肛瘘主管穿过括约肌的肛瘘以及括约肌间瘘和括约肌上瘘诊断准确率较高^[2]。肛内超声对提高复杂性肛瘘手术成功率,减少复发率有划时代意义。(5)磁共振成像检查。在世界上发达国家诊断高位复杂性肛瘘,甚至诊断普通肛瘘主张用磁共振成像仪,并把它作为一种常规检查方法来选择使用。大多数高位复杂性括约肌上瘘、直肠阴道瘘的诊断,磁共振检查有重要价值。HanckeQE 等系列报道检查 17 例病人,

发现肛瘘 6 例,骨盆脓肿 2 例^[3],这些都是临床医生当时未能发现的。伦敦 Mark'S 医院诊断 35 例,与腔内超声比较,能准确估计主管及支管走向,准确率相似。国内喻德洪认为,对复杂的继发性肛瘘、蹄形瘘、复发瘘等在临床上难以准确定位瘘管的病例,磁共振成像有其绝对的优越性和准确性,既可提高手术成功率又可用于监测复杂性肛瘘愈合情况。(6)亚甲蓝与过氧化氢混合液瘘道染色。这种检查往往是在术中进行,是临床上最常用的一种寻找内口和了解肛瘘走向的方法。我们行肛瘘手术首选此法染色,国外亦有用过氧化氢了解肛瘘走向及内口的报道。如 RattoC^[4]报道 Catholic 大学就用过氧化氢配合腔内超声检查诊断复杂性肛瘘。

2 手术方法

高位复杂性肛瘘之所以称为“难治性肛瘘”,其主要原因是高位复杂性肛瘘的诊断困难,治疗更难,复发率高,并发症、后遗症多。针对其复发率高、并发症多等,国内外纷纷开展针对性研究,手术改进方面取得了可喜的进展,归纳起来有以下几种方法:(1)旷置切开手术治疗。原则是切除或切开原发感染灶(内口),分别用旷置切开引流术、旷置挂线术、旷置套管引流术。南京李柏年、丁义江等以此法治疗 63 例,近期全愈,肛门括约肌功能良好,一次治愈 45 例,占 71.43%;二次手术治愈 15 例,占 23.80%;三次手术治愈 2 例,占 3.17%;四次手术治愈 1 例,占 1.59%。治愈时间平均 40.3d,并发疼痛和尿潴留多,有稀便及气体不能控制等并发症^[5]。此疗法损伤小,但如处理不好易导致切口久不愈合或者愈后复发。(2)肛瘘剔除挂线术治疗。本术式源于 60 年代英国学者 Parks 的“Coring-out”,即先切除内口后剔除齿线位置以下瘘管形成一隧道状创口,齿线以上高位肛瘘盲端用橡皮挂线,国内丁克等治疗 60 例,均为 1 期愈合,平均 30d^[6]。此法是括约肌保存手术的典范,并发症少。孙福庆等人治疗

全国中西医结合临床学术研讨会征文

由《实用中西医结合临床》杂志编辑部主办的“全国中西医结合临床学术研讨会”定于 9 月 19~21 日在世界自然文化遗产庐山举办,会务费 600 元。征文内容及具体要求如下。

征文内容:中西医结合、现代医药、中医药内、妇、儿、骨伤、针灸、肿瘤、五官、口腔各科临床研究、临床报道、经验总结、报告与分析、方药研究、文献综述等;中西医结合、医药、中医药实验研究、理论研究探讨;中西医结合策略、发展思路与科研方法探讨等。有关事项:论文必须未公开发表过,字数以 1 000~3 000 为宜;邮寄信封及论文首页右上角标注“会议

征文”字样,以与其他稿件区别,同时汇出审稿费 20 元;论文经评审入选,发给会议正式通知,入选论文均参加大会交流,参会论文将评选出优秀论文并由本刊正刊分期刊出(按规定收取版面费)。截稿日期为 8 月 30 日(以当地邮戳为准)。来稿应写清地址、邮编,附联系电话;欢迎用电子邮件、软盘投稿。

收稿地址:南昌市文教路 221 号《实用中西医结合临床》编辑部。联系人:刘丹。邮编:330077,电话:0791-8525621,8525626,传真:0791-8511921。E-mail:szxl@chinajournal.net.cn,chenr@mail.cintcm.ac.cn

45 例复发率为 11.1%,虽然很好地保护了肛门括约肌,但复发率高。(3) 切开挂线对口引流治疗。李春雨等人用此法治疗 118 例,一次性治愈 91 例,二次治愈 27 例,治愈率 100%,平均为 28.1d^[6]。但本法换药较繁琐,对口引流管道可长期存在形成硬条索状,亦可导致复发。(4) 内口闭锁药捻脱管法治疗。本法源于 Reznick Rketal 提出的封闭内口而肛痿瘘管及外口引流治疗的手术方法^[7]。在国内充分利用传统脱管疗法,凌朝坤等用此法治疗 61 例,全愈,平均治疗 23 d,随访 41 例,无复发。本法手术暴露不完全,操作难度大,闭锁内口感染可能性大,复发多。(5) 内口剝出、直肠粘膜移前治疗。在确定的内口上方 0.5cm 处沿内口周围向下到肛管上皮作椭圆形切口,清除所有感染坏死组织,闭合内口。然后游离内口上方粘膜拉下覆盖内口作无张力缝合,外口及瘘管引流。Lewis WG 等治疗 11 例,1 例感染成脓肿失败。经肛门直肠测压,肛门节制功能完好,随访无复发^[8]。国内周建华、张庆怀治疗 38 例,一次性治愈 36 例,1 例感染切开引流,另 1 例复发行再次手术成功。这种方法可能导致直肠粘膜外翻。(6) 切缝引流术治疗。通过亚甲蓝与过氧化氢混合染色液寻找内口,探针自外口穿入作指引,边切边探直到肛痿主管,同法切开其他支管,并祛除腐朽染色组织,主管行半切开,肛管直肠环挂线,内口切开,针对支管作全层缝合。赵自星等用此法治疗 81 例,一次治愈 74 例,二次治愈 7 例,治愈率 100%,无手术后遗症^[9]。此疗法为中西医结合的一种方法,其优点是手术彻底,痛苦小,疗程短,复发率低,术后不影响肛门形态和功能。

3 手术对肛门节制功能影响的研究

正因为高位复杂性肛痿为“难治性肛痿”,其诊断难,手术难,手术中损伤不可避免,对肛门功能有一定影响,尤其是肛门节制功能。如控制气体、肠液、稀便和成形大便,对大便的忍受情况。为此进行实验监测,对手术的改进,控制复发率,减少术后并发症,保护肛门节制功能有重要意义。国内外医生纷纷开展这方面的研究。(1) Pescatori M 等曾在术前、术后对 96 例病人作盆底肌电图、肛直肠测压指导临床手术,全部采用了挂线疗法治疗 96 例,结果肛门节制功能良好,有 14%术后不同程度存在污染内裤,无复发者;对照组 36 例未行测压检查又采用内括约肌切断等手术方式的术后复发 13%,污染内裤发生率 31%^[10]。(2) 国内余苏萍等报道 93 例分 4 组进行实验观察,结果正常组、术前组均无明显肌电图

改变,肛直肠压无改变,而治疗组及对照组均有反常电活动,对照组反常电活动较治疗组大。术前组、治疗组与对照组肛直肠压有显著性差异^[11]。

高位复杂性肛痿诊治长期以来公认的肛肠外科的难题。近年传统中医与现代医学结合采用挂线、旷置、内口修补、脱管、皮瓣移植、切缝挂线引流等综合方法,抗生素的广泛应用,术中注意肛门括约肌的保护,在维持肛门节制功能,减少复发和术后并发症方面取得了长足的进展。但仍存在各种后遗症和多次手术等问题。所以如何从真正意义上减少复发,提高疗效,保护肛门节制功能,保持肛门形态和功能的完整性有待进一步研究。我们认为中西医结合切开缝合挂线引流术是目前治疗高位复杂性肛痿的有效方法。

参考文献

[1]Zimmerman DD,Briel JW,Schoutten Wr.Anocutaneous advancement flap repair of transsphincteric fistulas[J].Dis Colon Rectum,2001 ,44 (10): 1 474~80
[2]Ratto C,Gentile E,Merico M,et al.How can the assessment of fistula-in-ano be improved[J].Dis Colon Rectum, 2000, 43(10): 1 375
[3]Hancke E,Heintz A,Just M.Diagnosis of anorectal fistula using magnetic resonance tomography[J].Chirurg,1993, 64(9): 720
[4]王业皇,李柏年,丁义江,等.肛痿旷置切开会与切开挂线术对肛门括约功能影响的对比研究[J].中国肛肠病杂志,1999,19(5): 9
[5]丁克,姜春英,梅笑玲.肛痿剔除挂线术治疗高位肛痿[J].中国中西医结合外科杂志,1998,4(5): 306
[6]李春雨,聂敏,黄闻,等.切开挂线对口引流治疗高位复杂性肛痿 118 例[J].中国肛肠病杂志,2001,21(5): 18
[7]Reznick RK,Bailey HR.Closure of the internal opening for treatment of complex fistula-in-ano[J].DisColon Rectum, 1998,31(2): 116
[8]Lemis WG,Finan PjHoldsworth PJ,et al.Clinical results and manometric studies after rectal flap advancement for infra-levator trans-sphincteric fistula-in-ano [J].Int J Colorectal Dis, 1995, 10(4): 189
[9]陆一,赵自星,安敏.改进肛痿切缝内口(挂线)引流术治疗马蹄形肛痿的临床观察[J].成都中医药大学学报,2000,23(2): 24
[10]Pescatori M,Maria G,Anastasio,et al.Anal manometry improves the out come of surgery for fistula-in-ano[J].Dis Colon Rectum, 1989, 32 (7): 588
[11]余苏萍.高位复杂性肛痿手术前后盆底肌电图与肛管直肠压力测定的研究[J].中国肛肠病杂志,1998,18(5): 3

(收稿日期: 2004 - 03- 03)

(上接第 32 页)能量定向发送,深入机体,改善局部血液循环和代谢,提高组织的防御能力,增强白细胞的吞噬作用和杀菌力,促进组织的再生和修复^[1]。微波凝固组织无碳化,无烟味,视野观察清楚,但有术后阴道浆液性分泌物排出和焦痂脱落引起的宫颈局部出血,且持续时间长短不一等不良后果^[2]。治糜灵栓对病变组织能选择性地发挥作用而正常地鳞状上皮不受影响,能杀灭阴道内各种病原菌,还能收缩血管,有较快止血作用,改善局部的血液循环,促进肉芽组织的增生,使病变组织及阴道脱落细胞凝结成膜状物覆盖于创面上,起到压迫止血和保护创面的作用,具有清热解毒,燥湿收

敛,祛腐生肌功效,从而减少了微波治疗术后焦痂脱落引起的宫颈局部出血。采用微波联合治糜灵栓治疗宫颈糜烂方法,能提高治愈率,缩短疗程和减少微波治疗的不良反应,起到了相互协同作用。

参考文献

[1] 金有惠.微波凝固技术在妇产科临床的应用 [J]. 世界医疗器械, 1996, 2(1):9
[2]程敏,艾继辉,闻良珍.中药保妇康泡沫剂联合微波组织凝固疗法治疗宫颈糜烂的临床疗效观察 [J]. 中国中西医结合杂志,2002,7 (22): 507

(收稿日期:2004 - 05 -12)