

复发性肛瘘的诊疗体会

★ 王元钊 指导:王业皇 (南京中医药大学第三附属医院肛肠科七病区 南京 210001)

关键词:肛瘘;诊疗

中图分类号:R 657.1⁺6 文献标识码:B

肛瘘是肛肠科复发率较高的一类疾病,据统计,高位复杂性肛瘘术后复发率高达 50%,再次手术的失败率仍有 10%^[1],本科是全国中医肛肠诊疗中心,每年收治外院手术失败的肛瘘病人约 40~50 例,对复发性肛瘘的处置积累了丰富的经验,寻找肛瘘复发的原因、术前详尽的检查、选择合适的术式和术后正确处理是治疗这类疾病的关键,本文就从这几方面谈谈诊疗体会。

1 肛瘘复发的原因

1.1 术中内口处理不当 由于肉芽增生、腐败组织的残留和括约肌的收缩作用,大量的肛瘘内口被阻塞,导致内口寻找困难,术者可能因此对内口不处理或形成医源性内口,从而使真性内口得不到处理,也有术者将内口切开后忽视了邻近瘘管上皮的清除,残留的上皮可再次发展成内口,另外麻醉欠佳暴露不充分也是寻找不到正确内口的一个原因。有的肛瘘往往存在两个或两个以上内口,遗漏任何一个都有可能引起肛瘘的复发。

1.2 术中瘘管处理不彻底 高位肛瘘位置较深、管腔较窄,其主管顶端常有盲腔隐蔽,若术中疏忽未能发现和彻底扩创引流窦腔,术后往往在愈合后期又有分泌物排出;为了保护肛管功能,未切开或挂线主管,或有支管遗留;瘘管摘除不净而缝合不利于炎性坏死组织的引流,易长期不愈或复发;或缝合时残留死腔,腔内容物极易感染而致不愈;或旷置窦道引流不畅;或浅部切口太小导致术后切口过早封闭,影响深部创面引流;或拖线去除时机不当,过早则失去引流作用,过迟则组织上皮化不易愈合。

1.3 术后伤口换药不规范 引流物放置不到位,导致深部创面引流不畅,或使切开的瘘管有粘连,形成桥形愈合,或有异物残留,应该拆除的缝线或小块油砂均可导致创面长期不愈合。

1.4 误诊误治 特异性感染当作非特异性感染治疗,与肛瘘相关的疾病有结核、crohn 病、放线菌感染、骶前囊肿感染、溃疡性结肠炎、糖尿病、直肠肛管癌肛门瘘管、白血病、再障可血行感染成肛瘘、淋巴肉芽肿、梅毒、骶尾骨骨髓炎、直肠乙状结肠炎、坐骨结节囊肿、藏毛窦、异物感染、巴氏腺感染、尿道直肠瘘等,这些疾病没有针对性治疗是难以痊愈的。

2 重视复发性肛瘘的术前检查

复发性肛瘘病情多较复杂,加之既往手术创伤,肛管直肠的解剖结构破坏比较严重,所以只有详尽的检查才能对复发性肛瘘作出正确的评估,应围绕内口、瘘管、鉴别诊断三方面进行详细的检查:(1)内口:在利用 Goodsall 定律大致估计的基础上,肛门指诊可触及硬结或凹陷,压之可见外口有脓溢出,肛门镜可见内口处红肿,探针探索一定要轻柔,以防形成假道,美蓝染色,碘油造影均有利于内口的寻找。(2)瘘管:触诊可及条索样物,有时需要双合诊更有利于判断,碘油造影,肛管直肠腔内 B 超,对瘘管的分辨率都很好,螺旋 CT 三维重建能清晰显示瘘管行径,MRI 对肛瘘的诊断价值很高,准确率可达 85%^[2,3],且对占位性病变具很高的分辨率。

3 鉴别诊断

对怀疑有误诊误治的应行相关检查,皮肤慢性溃疡、窦道、瘘管等慢性炎症可能导致癌变^[4],因此对于慢性肛瘘必要时可行术前活检。

4 选择适当的术式

复发性肛瘘肛门部已有手术损伤,如何保证瘘管清除彻底和保护肛管功能这一矛盾就显得格外重要,有人将所有管道切开清除坏死组织,留置内括约肌,支管全层缝合^[5],然后行内括约肌挂线^[6],但该术式技术复杂,创面大,我们采用切开、挂线、旷置、缝合结合的方法取得良好效果。

4.1 切开挂线术 为高位肛瘘较常用的术式,适用于内口明确且高于肛管直肠环的肛瘘。挂线时应注意:认真查清内口,此为挂线术成功的关键;外口皮肤要切至肛窦处,避免将皮肤嵌入橡皮线内,造成紧线时剧烈疼痛;正确把握紧线时机,一般不主张术中紧线,应视创腔及外部切口的生长情况而定。若过早紧线,橡皮线提前脱落,形成局部凹陷、缺损,可导致肛门畸形、移位、失禁、肠粘膜下移、泄漏粘液等后遗症。

4.2 切开旷置术 适用于瘻道不与直肠相通的高位肛瘘(内口在肛窦处与瘻管相通者)“切开”是将外括约肌浅部以下的瘻道、连同齿线附近感染的肛腺组织一并切除干净,旷置是对外括约肌深部以上的瘻道彻底扩创引流,潜行修剪部分管壁,用皮片、油纱条引流,使创面肉芽从内向外生长。旷置术应注意:肛管直肠环及其以上瘻道必须不与直肠相通;创面要呈外大内小的喇叭形,以利引流。

4.3 部分缝合术 适用于瘻管深且肛缘以外范围大的高位肛瘘,此类瘻管外口距肛缘较远,支管过深、过长,部分缝合术应注意:缝合的部分要彻底清创,缝合前再次以消毒液冲洗、消毒,缝合时更换手套及手术器械。缝合部分应全层缝合,不留死腔,尤其是与敞开的创腔相邻部分一定要严密缝合,以防创腔内的分泌物流入而导致感染。

5 规范的术后处理

5.1 防止假愈合 引流物要填塞到基底部,让肉芽从基底生长。当创面分泌物多,并附有坏死组织时,宜用抗菌纱布湿敷,待肉芽转新鲜即改用保护创面的凡士林纱布条;若伤口深需用双氧水冲洗,以防厌氧菌感染。注意填塞引流物松紧适当,以利引流。操作要轻柔,以免损伤肉芽组织。对线头等异物及时去除,以免被周围肉芽包埋。对已有粘连的创面

要及时分开;每日观察创面,如有异常要及时探查处理。

5.2 防止伤口感染 术后多选用有效抗菌素或服中药清热解毒之剂。特别是缝合伤口易受粪便污染而发生感染,因此需注意清洁消毒。将缝合伤口与开放伤口隔开。缝合伤口用酒精纱布换药,术后 24 小时拔除引流皮条,5~7 天拆线。若部分感染可提前将感染部分拆除。

5.3 紧线的技巧 采用挂线疗法时,我们主张术后紧线,使挂在直肠环上的橡皮筋既保持一定的紧张度,起到以线代刀的作用,又要防止紧线速度过快,使括约肌断端向两侧回缩,产生失禁后果。紧线宜“多次少紧”即 4~5 天紧一次线,缓慢切割,使肠肌随长,僻处即补,即肌肉剖开与组织修复同时进行。紧线时还需注意挂线部位的伤口与外侧伤口的比例,当外侧伤口很大时,暂不紧线,待伤口缩小到一定范围时紧线,使内外伤口生长协调。

另外,若合并或并发其他病症,当正确处理合并症或并发症。

参考文献

- [1] 胡伯虎,李可宁.实用痔瘘学[M].北京:科学技术出版社,1998. 278
- [2] Spencer JA, Ward J, Beckingham IJ, et al. Dynamic contrast enhanced MR imaging of perianal fistulas[J]. AJR, 1996, 167: 735
- [3] Myhr GE, Myrvold HE, Nilsen G, et al. Perianal fistulas: Use of MR imaging for diagnosis[J]. Radiology, 1994, 191: 545
- [4] 陈常召,张宪有,陶富山.疾病病理学[M].北京:中国医药科技出版社,1995. 881~884
- [5] HO YH, Tan M, Leong AF, et al. Marsupialization of fistulotomy wounds improves healing: a randomized controlled trial[J]. Br J surg, 1998, 85(1): 105~7
- [6] Tocchi A, Mazzoni G, Leper L, et al. Recurrent high analfistula: treatment with the use of seton[J]. G Chir. 1997, 18(6~7): 375

(收稿日期:2006-03-02)

《江西中医药》征订启事

《江西中医药》创刊于 1951 年,是新中国创办最早的中医药杂志,也是第一批进入中文核心期刊的中国医药类核心期刊,并被多家知名权威检索期刊及数据库确定为固定信息源。五十多年来,《江西中医药》发表了数以万计的优秀论文,一大批中医药学者就是从这里走向成功、走向成名的。21 世纪,《江西中医药》迎来了更大的发展机遇,2002 年评为华东地区优秀期刊、江西省优秀期刊,2004 年评为全国高校优秀期刊。2003 年成功改为月刊,赢得了更多读者的青睐。本着“面向临床,面向基层,坚持传统,注重实用”的办刊思路,我们进一步充实内容,调整栏目,使文章更具可读性、实用性、信息性,以满足读者的需要。

《江西中医药》(ISS 0411-9584, CN 36-1095/R)为月刊,国内外公开发行。国内邮发代号为 44-5,国外代号为 BM1012。每期定价:4.80 元。