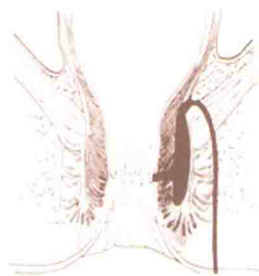
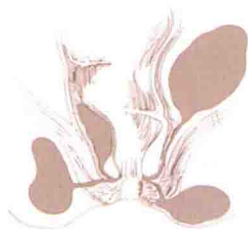
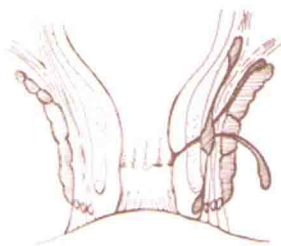




肛瘻诊治 新视点

主编 金黑鹰 章 蓓



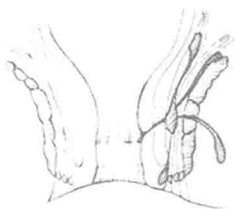
GANGLUO ZHENZHI
XINSHIDIAN

上海科学技术出版社
Shanghai Scientific & Technical Publishers



肛瘻诊治 新视点

主编 金黑鹰 章 蓓



GANGLUO ZHENZHI
XINSHIDIAN

上海科学技术出版社
Shanghai Scientific & Technical Publishers

图书在版编目(CIP)数据

肛瘘诊治新视点 / 金黑鹰, 章蓓主编. —上海:
上海科学技术出版社, 2015. 3

ISBN 978-7-5478-2469-6

I. ①肛… II. ①金… ②章… III. ①肛瘘-诊疗
IV. ①R657.1

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2014)第 267707 号

肛瘘诊治新视点

主编 金黑鹰 章 蓓

本书得到南京市医学科技发展
重点项目(编号ZKX13049)资助

上海世纪出版股份有限公司 出版
上海科学技术出版社

(上海钦州南路 71 号 邮政编码 200235)

上海世纪出版股份有限公司发行中心发行
200001 上海福建中路 193 号 www.ewen.co

上海中华商务联合印刷有限公司印刷

开本 787×1092 1/16 印张 9.5 插页 4

字数 200 千字

2015 年 3 月第 1 版 2015 年 3 月第 1 次印刷

ISBN 978-7-5478-2469-6/R·835

定价: 68.00 元

本书如有缺页、错装或损坏等严重质量问题, 请向工厂联系调换

内容提要

肛瘘是肛肠外科最常见的疾病之一,我国每年有数万例的新发肛瘘病例,其治疗已有几千年的历史。目前在国内肛肠外科中,肛瘘是住院治疗的疾病中最主要的病种,但在其诊治的临床实践中,由于不同医师诊断手段上的差异和治疗理念上的不同,肛瘘治疗的结果往往有较大差异。本书在总结前人肛瘘诊断和治疗经验的基础上,结合现代医学理论和肛瘘治疗领域的最新进展,尝试对传统肛瘘的治疗方法进行探索,并从临床医师的角度出发,对肛瘘诊治过程存在的问题、肛瘘诊治中的应用解剖、肛瘘诊断及治疗方法的合理使用、不同临床分类肛瘘的治疗策略、肛瘘术后创面的处理及特殊类型肛瘘的诊治等内容进行阐述,是一部既结合临床,又具重要学术研究价值的专著。

本书的临床资料来源于全国肛肠中心、英国圣马克肛肠医院等多家肛肠病中心及文献报道,并提供多国最新的肛瘘、肛周脓肿的治疗指南,能为各级医院的普外科和肛肠外科医师以及相关专业的研究生提供借鉴。

编者名单

主 编 金黑鹰 章 蓓

副主编 王小峰 杜永红

编 者 (以姓氏笔画为序)

马 炯	王小峰	王水明	邓 超
司中华	杜永红	杨柏林	吴崑岚
余苏萍	冷 强	张金浩	陆 琴
陈 豪	金黑鹰	姚 航	徐俊华
高 玲	章 蓓	薛雅红	

序

肛瘘是一个非常古老的疾病,不管是在中国古代文献还是在西方医学文献中,对于肛瘘治疗的记载都可以追溯到几千年前。而令人感到吃惊的是,目前我们使用的许多治疗手段竟然仍是几千年前古人所创造的方法,比如挂线疗法,在西方医学中可以追溯到希波克拉底时代,在我国的传统中医中,也可以追溯到宋代,其历史可谓悠久!但是对于这种古老的疾病的诊断和治疗问题,我们能很好地解决吗?其答案不十分令人满意。肛瘘的治愈率和肛门失禁之间的矛盾仍然没有解决,一些医生为了追求治愈率而置肛门功能损伤于不顾,因此尽管我们看到了高治愈率,但同时也看到了高失禁率。而在欧美一些国家,似乎又走到了另一个极端,为了减少失禁率而忍受仅仅 30%左右的治愈率。在这么一个看似简单的疾病中,其实存在着很多值得我们思考的问题,但是我们往往忙碌于临床工作而未能驻足探究!

让我们感到欣慰的是,有两位具有独特视角的肛肠外科医师认真地思考了肛瘘的诊治问题,对于目前肛瘘治疗中存在的一些问题进行了探索,系统地总结了目前在肛瘘诊治领域的最新进展,从而集结成《肛瘘诊治新视点》一书。这本书可能是目前我国肛瘘诊治领域内最具有独特视角的专著。

金黑鹰医生和章蓓医生是南京市中医院全国肛肠专科治疗中心的优秀中青年学者,既有丰富的临床经验,又具有敏锐的洞察力。他们在全国名老中医李柏年教授的指导下,在继承中医传统治疗方法的基础上,结合现代医学最新理论和方法,编著成这样一部中西医结合、古今理论并举的专著,该书的出版对肛瘘诊治中存在的一些问题具有重要的指导意义。

我读了此书的书稿,觉得是一部关于肛瘘诊治的优秀专著,非常乐意向各位肛肠界同仁介绍这部新作。

第二军医大学附属长海医院肛肠外科



2014 年 8 月 30 日

前言

肛瘘是肛肠外科最常见的疾病之一,我国每年有数万例的新发病例。肛瘘治疗有几千年的历史,目前国内中医肛肠外科中,肛瘘是最主要的住院治疗病种。但是在肛瘘诊治的临床实践中,由于诊断手段上的差异、治疗理念上的不同,肛瘘治疗的结果往往有很大的差异。如在欧洲和美国的治疗中,由于过分强调肛门功能的保护,以致肛瘘的治疗效果非常差,在国外的文献报道中,高位复杂性肛瘘的治愈率在30%~60%,而且治疗时间长,治疗费用高;国内文献报道的高位肛瘘的治愈率可以达到80%~95%,但是手术损伤比较大,对肛门功能的影响非常大,以至于部分患者长期肛门失禁,严重影响了生活质量。如何在治愈肛瘘和保护肛门功能之间寻找一个平衡点,是一个值得探索的问题。

目前在国内外有数十部肛肠外科的专著,但是肛瘘作为其中的一个章节,其内容往往过于简单,难以解决和回答肛瘘诊治中的一些问题。我们在临床实践和对专科医生的培训过程中,发现了许多医生在肛瘘诊治过程中存在的问题和困惑,但是目前没有一部专著能很好地答疑解惑。

笔者为国家中医药管理局第四批全国老中医药专家学术经验继承人,师承我国著名的肛肠外科专家李柏年教授,在总结前人有关肛瘘诊断和治疗经验的基础上,结合肛瘘治疗领域内的最新进展,从临床医生的角度出发,对肛瘘的诊断、治疗及存在的一些问题和争议进行阐述,力争使本书成为一部既结合临床,又有重要学术研究价值的专著。

本书力求在结合现代医学理论的基础上对传统肛瘘的治疗方法进行探索并寻求突破,只是由于著者的水平有限,难免存在许多不足和瑕疵,但如果能够通过此书在肛肠界同仁中引发一些争论和思考,也不枉我们1年多以来的辛苦。

金黑鹰 章蓓

2014年10月29日

目 录

第一章 肛瘻诊治过程存在的问题	1
一、肛瘻的诊断和分类	2
二、肛瘻治疗目标的确定	3
三、合理选择手术方法和技巧	4
第二章 中医对肛瘻的认识和治法	8
一、肛瘻病因	9
二、肛瘻治疗	9
第三章 肛瘻的病因和发病学说	12
一、肛腺感染学说	12
二、肛瘻的其他发病学说	13
第四章 肛瘻诊治中的应用解剖	16
一、直肠和肛管的发生	16
二、直肠和肛管的形态	16
三、肛管直肠的毗邻	18
四、肛管直肠和盆底肌肉	19
五、肛管直肠神经支配	20
六、肛管直肠血供和淋巴回流	21
七、肛门控便功能的维持	21
第五章 肛瘻诊断方法	24
一、指检	24
二、探针检查	24

三、腔内超声检查	24
四、CT 检查	30
五、磁共振成像检查	31
六、肛管直肠压力测定	36
七、盆底肌电图	40
第六章 肛瘘的鉴别诊断	44
一、克罗恩病肛管直肠周围感染	44
二、肛管、直肠及其周围恶性肿瘤	44
三、藏毛窦	45
四、骶尾部肿瘤	45
五、化脓性汗腺炎	45
六、直肠阴道瘘	46
七、会阴、直肠子宫内膜异位症	46
八、肛周放线菌病	46
九、坏死性筋膜炎	47
第七章 肛瘘治疗方法	49
一、肛瘘切开术	49
二、肛瘘切除术	50
三、挂线术	50
四、肛瘘栓的应用	55
五、推移瓣的应用	57
六、括约肌间瘘管结扎术	60
第八章 肛瘘的不同临床分类与相应治疗策略	67
一、肛瘘常用的临床分类方法	68
二、各型肛瘘的治疗策略和结果预测	73
第九章 肛瘘术后创面的处理	79
一、评估	79
二、具体处理	80
三、引流物的要求与选择	81
第十章 肛周脓肿的治疗策略	83
一、症状	84

二、体征	84
三、诊断	84
四、治疗	85
第十一章 特殊类型的肛瘘	91
一、克罗恩肛瘘的诊断与治疗	91
二、结核性肛瘘	97
三、肛瘘癌变	98
四、直肠阴道瘘	101
附录	110
附录一 肛周脓肿和肛瘘治疗指南(美国结直肠外科医师协会,2011 年)	110
附录二 英国肛瘘和肛周脓肿诊治指南	115
附录三 英国圣马克医院手术记录模版	142

第一章 肛瘘诊治过程存在的问题

肛瘘是肛肠外科中一个古老而常见的疾病。早在公元前4世纪希波克拉底时代就有对肛瘘治疗(图1-1)的详细记录,在我国古代出版的《古今医统大全》《外科正宗》中也有肛瘘治疗的记载。从病例数来讲,每年在国内有数万例临床诊治的病例,但由于诊治水平和理念上的差异,临床治疗结果的差异较大,而且并发症多见。在国内的文献报道中,高位复杂性肛瘘的治愈率为80%~90%,而国外报道高位复杂性肛瘘的治愈率仅有30%~70%;而且国内外对于肛瘘术后肛门失禁报道的差异更大,国内肛门失禁,特别是三度肛门失禁的发生率仅为5%~10%,而国外使用切割挂线(cutting seton)的患者肛门失禁发生率可以达到30%~40%。为什么会有这么明显的差异?笔者在美国、英国和德国进修期间,发现西方国家肛门失禁的病例数确实比较多,而在国内似乎比较少,其原因可能是国内部分患者对于一些轻度的肛门漏气、漏便并不是十分在乎,很少来就医。在欧美一些国家,对于任何损伤括约肌的手术均非常谨慎,欧美国家的肛肠外科医师不推荐使用切割挂线,而使用引流挂线(loose seton)、生物蛋白胶填充、肛瘘栓等一些不损伤括约肌的方法进行肛瘘治疗,因此在欧美患者中肛瘘治愈率较低,治疗时间比较长。而在国内一些肛肠中心,有的医师为了追求高的肛瘘治愈率,随意地破坏肛管括约肌、无限扩大手术损伤,对患者造成了不可挽回的损失。笔者在临床中曾碰到1例患者,在第1次进行肛周脓肿切开引流时就使用了切割挂线,但是术后出现了肛瘘的复发,因此进行了一次又一次的肛瘘切割挂线手术,共进行了12次之多,肛瘘仍没有治愈。待辗转到笔者医院肛肠中心治疗时,患者已发生三度肛门失禁,肛门已无法闭合,从肛门可直接看到直肠黏膜;而且更不幸的是在笔者医院进一步检查后发现,该患者并不是单纯的肛瘘,而是骶前囊性占位伴感染,进行了手术切除,术后病理为骶前畸胎瘤。虽然患者术后切口痊愈,但是肛门功能已造成了不可逆的损害。

肛瘘虽然是一个非常常见的疾病,但是肛瘘的诊治中有许多问题存在争议。首先,肛瘘的病因是



图1-1 西方古代治疗肛瘘的图

什么?虽然大部分人认为肛腺感染是肛瘘的发病原因,但是也有人对此提出很多质疑。其次,肛瘘的诊断标准和分类标准是什么,以什么作为金标准进行肛瘘的诊断?第三,肛瘘的治疗原则是什么,肛瘘治疗的目的与所导致的损伤之间应如何平衡?如果为了提高治愈率而无限度地增加创伤显然不可取,但是如果为了增加手术的安全性而无限制地减少手术治愈率是否也有医师不为之嫌。肛瘘的治疗是一把双刃剑,怎样平衡治愈率和肛门失禁率之间的矛盾是一个需要研究的问题。

一、肛瘘的诊断和分类

肛瘘的分类似乎是一件非常容易的事,许多肛瘘单纯凭医师的经验就可以得到诊断,如果配合探针和腔内超声检查,90%以上的肛瘘可以得到一个相对准确的诊断,许多有经验的医师凭借直肠指检就可以做出比较准确的诊断。但是,问题也由此产生。肛瘘是肛肠外科最为常见的疾病之一,而且在全国的上至三级甲等医院、下至村医院和个体诊所均能治疗,许多医院条件非常简陋,仅靠医师的直肠指检就对肛瘘进行分类,就造成医师凭主观判断患者是否为高位复杂性肛瘘,没有任何可供客观判定的依据。一旦有人对该诊断提出质疑时,医院方也没有任何证据说明其复杂程度,如果出现医疗纠纷,那医院就会陷入被动的境地。另外,单凭主观的检查,不排除个别医师为了强调疾病的复杂性或因为经验不足,将一些本来不是高位复杂性肛瘘的患者也划入高位复杂性肛瘘之列。笔者认为,由于肛瘘治疗的复杂性和治疗时潜在的肛门失禁的风险,对于怀疑为高位复杂性肛瘘的患者,建议常规进行腔内超声检查或(和)磁共振检查,以明确瘘管的范围、深度及与括约肌之间的关系。

另外,肛瘘如何进行分类是另一个值得深思的问题。在国内的教科书或专著上,一般认为,复杂性肛瘘指有2个或2个以上外口的肛瘘(见《黄家驷外科学》第7版)。当然,肛瘘的外口和瘘管多,处理会较为困难,但是不是所有的2个以上外口的肛瘘治疗均非常复杂呢?肛瘘治疗的难点在于瘘管与括约肌之间的关系而非外口及瘘管的多少。在国内的分类中,高位肛瘘指瘘管在肛管直肠环以上的肛瘘,而瘘管在肛管直肠环以下的肛瘘属于低位肛瘘(见《黄家驷外科学》第7版)。如大家所知,肛管直肠环以下的括约肌包括了外括约肌皮下部、浅部和深部以及大部分内括约肌,如果在手术时切断了这么多的括约肌,患者就可能面临很大的失禁风险。因此在国内的肛瘘位置高低的判断中,对于低位肛瘘的范围过大,如果将这些“低位肛瘘”进行无论何种括约肌切断手术,均可能有较大的肛门失禁的风险。然而,在国内的很多医院中,仍然使用我国经典的高位肛瘘、复杂肛瘘的诊断标准,这样的诊断在肛瘘治疗中指导意义受到限制。在国外的文献和书籍中,主要使用Parks分类,将瘘管根据其和括约肌之间的关系分为4类,即括约肌间肛瘘、经括约肌肛瘘、括约肌外肛瘘和括约肌上肛瘘。该分类最重要的意义在于将肛瘘依据瘘管和括约肌关系进行分类,在治疗时能了解括约肌的损伤程度,不过该分类忽视了肛瘘治疗中伴随的“空腔”与瘘管的关系。Keighley在其专著《结直肠外科》中将Parks分类细化,有比较重要的指导意义,但是在进行术前诊断时又比较困难。总的来讲,在肛瘘诊断时充分考虑内口、外口、瘘管与括约肌之间关系及瘘管与空腔之间关系的诊断和分类才是一个有临床指导意义的分类方法。

谈肛瘘的分类方法,就不能不提肛周脓肿的诊断和分类方法。传统上肛周脓肿根据脓

肿所存在的潜在间隙分为皮下脓肿、括约肌间脓肿、坐骨直肠窝脓肿、直肠后间隙脓肿和骨盆直肠间隙脓肿。该分类方法至今仍具有很重要的意义,而且有重要的临床指导价值。但是,肛周脓肿往往起病比较急,需要做急诊切开引流手术,得到客观指标的可能性更小。因此,笔者建议对于位置较高的脓肿,最好先做脓肿切开引流,等待以后再行二期手术,不要试图一次治愈而导致严重的并发症发生。目前一些医院和医师对患者强调“脓肿根治手术”,其实是不可取的。

二、肛瘘治疗目标的确定

疾病治疗的终极目标是消除该疾病,恢复患者的正常生理功能,但是在外科治疗中,很少有人能达到这样的要求。比如进行胃切除术后,就会有消化、营养和代谢方面的问题,进行直肠切除后会出现排便障碍问题,即使进行了美容手术,对患者也会遗留一定的损伤,也就是说“外科是一门有缺陷的治疗学”,任何外科的治疗都会给患者带来一定的问题。外科在治疗疾病的同时会损伤患者身体的结构和功能,所以说外科治疗是一把“双刃剑”,外科医师必须为患者选择合适的治疗方法和治疗手段,尽量减少对患者的损伤而最大限度地增加对患者的益处。许多外科医师都欣喜于“外科是艺术”的评价,但是笔者认为“外科是有缺陷的艺术”。

在肛瘘治疗中,同样存在着如何平衡功能损伤和疾病治愈之间关系的问题。肛瘘治疗过程中最常见的并发症为肛门缺损和肛门失禁。如果功能存在但肛门有一点缺损,患者往往还能接受,毕竟对于肛门来讲,功能的正常先于结构的完美。对肛瘘治疗来讲,保护肛门功能应该放在所有治疗目标的第一位,肛门失禁对生活的影响远远超过肛瘘本身对患者生活质量的影响。对于括约肌间肛瘘,由于切开部分内括约肌对于肛门功能影响较小,其治疗目的就是应该让患者完全治愈而且肛门功能不受任何损伤,更为完美的目标是使肛门部瘢痕尽量减少;对于经括约肌肛瘘,如果是切开不超过 $1/2$ 外括约肌的肛瘘,术后发生肛门失禁的可能性较小,但是由于切开了外括约肌,这些肌肉就会回缩,肛门部就形成较大的手术缺损,称为“锁眼样畸形”,大部分患者没有不适,但是也有部分患者常有肛门部异物感,严重者可有粪便溢出或难以清除干净,对于这样的患者,使用切割挂线可能比较适合,手术后肛门缺损不是很大,肛门功能基本能保持完整;对于切开外括约肌超过 $1/2$ 的经括约肌肛瘘,直接切开大多数会发生肛门失禁,即使使用切割挂线,也可能造成较大的畸形,对于这种肛瘘的治疗目标要在尽量保留肛门功能的情况下争取治愈肛瘘,可以选用分期切割挂线、引流挂线结合推移瓣或生物蛋白胶、肛瘘栓等进行治疗,治愈率较好而且能最大限度地保留肛门功能;对于括约肌上肛瘘,任何试图切断整个括约肌的治疗均可能导致严重的后果,可采用不损伤括约肌的方法进行治疗,治疗的目的是尽量减少因为肛瘘造成的反复感染,治愈肛瘘不作为最主要的目标;括约肌外肛瘘常继发于肛管直肠损伤、克罗恩病、盆腔结核、盆腔脓肿等疾病,虽然比较少见,但是治疗损伤大、治愈率低,常以引流为主要目标,需根据具体情况设定具体治疗方案。

以往认为克罗恩病合并肛瘘在国内比较少见,但是临床实践证明,克罗恩病合并肛瘘其实并不少见。笔者在临床中发现数十例进行了肛瘘切除后切口生长缓慢或反复复发的患

者,进行肠镜检查确诊为克罗恩病。克罗恩病合并肛瘘治疗的目的是以切开引流、预防形成感染和肛周脓肿为主,任何单纯应用手术方法试图治愈克罗恩病的尝试往往带来严重的后果。所以对于克罗恩病合并肛瘘的患者,治疗原发疾病是重点,肛瘘推荐使用引流挂线,治疗的目的是预防感染。

结核合并肛瘘、性病合并肛瘘虽然少见,但是在国内也可以见到,对于这样的患者治疗的目标是预防感染,而不是治愈肛瘘。

肛周脓肿的治疗目标应与肛瘘有所不同,肛周脓肿以控制感染为目的,而将预防肛瘘的发生作为第二位考虑的因素,越复杂的脓肿,急诊手术时越应选择简单、损伤最小的手术;在脓肿治疗时,如果没有百分之百的把握,不要进行切割挂线,因为脓肿切开引流常在准备不十分充分的条件下完成,对于一个复杂的脓肿,如果处理不当,可能对患者造成严重的损害。就像前面提到的那位进行了12次手术的患者,如果初次手术时仅做切开引流,待感染控制后再行充分检查,然后再进行确定性手术,患者最后的结果可能就会是另外一番情形。因此,对于脓肿的手术目标就是引流、控制感染,外科常用的“创伤控制性手术”的概念,在肛周脓肿的治疗中同样适用,急诊手术时选择最为简单的手术方式,控制感染,然后进行充分准备后进行确定性手术,减少手术创伤。

三、合理选择手术方法和技巧

肛瘘手术方法的选择与手术目标是一致的,关键是对合适的患者选择适合的方法。肛瘘最基本的手术是肛瘘切开手术和肛瘘切除手术。肛瘘切除手术常应用于简单的皮下肛瘘或括约肌间肛瘘,手术切除后对于创面条件较好者甚至可以缝合切口,创面愈合时间缩短,但是肛瘘切除术需要切除所有的瘘管组织,损伤相对较大,不适宜于较为复杂的肛瘘。肛瘘切开手术是将瘘管切开达到治愈肛瘘的目的,对于位置较低、切除括约肌范围较小的肛瘘,可以直接进行切开;对于切开范围较大的肛瘘,采用切割挂线以减少切开后肛门失禁的发生。尽管使用切割挂线后严重的肛门失禁发生率明显下降,但是轻度的肛门失禁还是有一定的发生率,特别是切开外括约肌超过1/2的病例,术后肛门功能都有一定的影响。

全括约肌保留手术是肛瘘治疗新的方向,全括约肌保留术式可以降低术后肛门功能损伤,但是其临床疗效报道差异较大。目前常用的方法有生物蛋白胶封堵、肛瘘栓充填、引流挂线、推移黏膜瓣或推移皮瓣、经括约肌间瘘管结扎术(LIFT)等。生物蛋白胶封堵是一种对括约肌完全没有损伤的手术,但是其手术成功率仅仅10%~30%,最近长期随访研究可能其成功率更低,有被逐渐放弃的可能。肛瘘栓是近年来报道的一种新的治疗肛瘘的方法,早期报道短期疗效较好,治愈率可以达80%以上,但是较大样本长时间随访,其治愈率为13%~50%,效果不是十分理想。不过这个手术同样对括约肌损伤较小,即使失败也可以再次手术,其结果怎么样尚没有权威的报道,期待英国500例临床研究结果。美国COOK公司生产的肛瘘栓已经“登陆”中国大陆,希望不要因为种种原因“风靡”。引流挂线常用于一些难以治愈的肛瘘比如克罗恩病肛瘘、结核性肛瘘等治疗,其目的主要保持肛瘘引流通畅,不发生感染。推移黏膜瓣和推移皮瓣在肛瘘治疗中效果较为肯定,其治愈率可以达到50%~60%,而且发生肛门失禁可能性也较低,但是在部分患者中推移黏膜瓣或推移皮瓣制

作困难,存在发生推移瓣坏死、严重感染的可能,在手术中仅仅适用于一部分患者。

括约肌间瘘管结扎术(ligation of the intersphincteric fistula tract, LIFT)是 2007 年 Rojanasakul 报道的一种新的完全保留括约肌手术治疗复杂性肛瘻。该术式通过在内外括约肌之间的间隙内结扎并切断瘘管,从而闭合内口,阻止直肠内感染来源,搔刮清除外部残余瘘管内坏死组织,经引流达到愈合。由于手术从正常解剖间隙入路,不损伤内外括约肌,避免了术后肛门功能下降的发生;手术操作方法相对较简单,完全不影响再次手术,手术时间与住院时间较推移皮瓣/黏膜瓣等其他术式明显缩短。Rojanasakul 等用 LIFT 治疗经括约肌肛瘻 18 例,治愈率 94.4%,平均治愈时间 4 周,无肛门失禁;Shanwani A 等报道用 LIFT 治疗复杂性肛瘻 45 例,治愈率 82.2%,无肛门失禁,术后 3~8 个月复发率为 17.7%;Aboulain 等报道应用 LIFT 治疗复杂性肛瘻成功率为 68%。这些手术提示 LIFT 手术似乎是一种非常理想的手术。国内王振军报道 36 例 LIFT 手术患者,3 个月随访时间,复发率为 3.6%,但是随访时间较短,也没有进行对照研究。总的来讲 LIFT 与其他治疗复杂性肛瘻的手术方法相比有明显优势:保护了肛门括约肌、减少了组织损伤、缩短了治愈时间、创面小、操作简单、费用低等,二期对复发后二次手术治疗无任何障碍。纵观国内外关于 LIFT 手术的报道,随访时间较短,没有随机对照组研究,缺乏足够的说服力,需要进行大样本的随机对照研究以确认其价值,探索出适应于全括约肌保留手术的方法和诊疗方案。

总之,在肛瘻诊治中,要充分考虑内口、外口、瘘管与括约肌之间关系及瘘管与空腔之间关系,平衡功能损伤和疾病治愈之间的关系,能尽量不损伤括约肌或少损伤括约肌的手术是首选的手术方法,对于任何要损伤大范围括约肌的手术方法都需要慎重考虑。全括约肌保留手术是肛瘻治疗新的趋势,但临床仍缺乏大样本的随机对照研究,这需要更进一步的探索和推广。目前笔者使用的肛瘻诊断流程如图 1-2 所示。

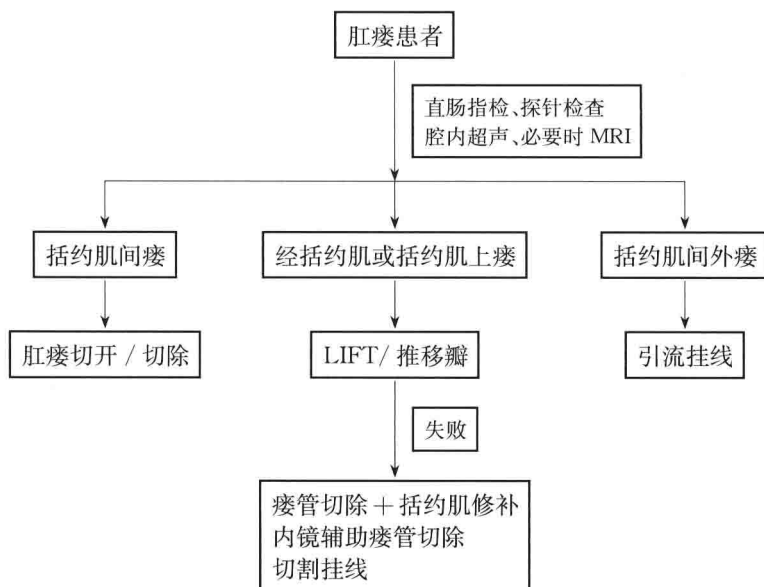


图 1-2 肛瘻的治疗流程

(金黑鹰 章 蓓 王水明 马 炯)

- [1] 喻德洪. 现代肛肠外科学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2001.
- [2] 孟荣贵. 现代肛肠外科手术图谱[M]. 郑州: 河南科技出版社, 2003.
- [3] Bartram C, Buchanan G. Imaging anal fistula [J]. Radiol Clin North Am, 2003, 41(2): 443 - 457.
- [4] Deeba S, Aziz O, Sains P S, et al. Fistula-in-ano: advances in treatment [J]. Am J Surg, 2008, 196: 95 - 99.
- [5] Felt-Bersma R J, Cazemier M. Endosonography in anorectal disease: an overview [J]. Scand J Gastroenterol Suppl, 2006, 243: 165 - 174.
- [6] Gupta P J. Ano-perianal tuberculosis—solving a clinical dilemma [J]. Afr Health Sci, 2005, 5(4): 345 - 347.
- [7] Holzheimer R G, Siebeck M. Treatment procedures for anal fistulous cryptoglandular abscess—how to get the best results [J]. Eur J Med Res, 2006, 11(12): 501 - 515.
- [8] Jones J, Tremaine W. Evaluation of perianal fistulas in patients with Crohn's disease [J]. Med Gen Med, 2005, 18, 7(2): 16.
- [9] Kamm M A, Ng S C. Perianal fistulizing Crohn's disease: a call to action [J]. Clin Gastroenterol Hepatol, 2008, 6(1): 7 - 10.
- [10] Lentner A, Wienert V. Long-term, indwelling setons for low transsphincteric and intersphincteric anal fistulas. Experience with 108 cases [J]. Dis Colon Rectum, 1996, 39(10): 1097 - 1101.
- [11] Malik A I, Nelson R L. Surgical management of anal fistulae: a systematic review [J]. Colorectal Dis, 2008, 10: 420 - 430.
- [12] Nelson R. Anorectal abscess fistula: what do we know? [J]. Surg Clin North Am, 2002, 82(6): 1139 - 1151.
- [13] Parks A. Pathogenesis and treatment of fistula-in-ano [J]. BMJ 1961, 1: 463 - 469.
- [14] Quah H M, Tang C L, Eu K W, et al. Meta-analysis of randomized clinical trials comparing drainage alone vs primary sphincter-cutting procedures for anorectal abscess-fistula [J]. Int J Colorectal Dis, 2006, 21(6): 602 - 609.
- [15] Ramanujam P S, Prasad M L, Abcarian H, et al. Perianal abscesses and fistulas. A study of 1023 patients [J]. Dis Colon Rectum, 1984, 27: 593 - 597.
- [16] Rickard M J. Anal abscesses and fistulas [J]. ANZ J Surg, 2005, 75(1 - 2): 64 - 72.
- [17] Sahni V A, Ahmad R, Burling D. Which method is best for imaging of perianal fistula? [J]. Abdom Imaging, 2008, 33(1): 26 - 30.
- [18] Strong S A. Perianal Crohn's disease [J]. Semin Pediatr Surg, 2007, 16(3): 185 - 193.
- [19] Williams J G, Farrands P A, Williams A B, et al. The treatment of anal fistula: ACPGBI position statement [J]. Colorectal Dis, 2007, 9 (Suppl 4): 18 - 50.
- [20] Zbar A P, Ramesh J, Beer-Gabel M, et al. Conventional cutting vs. internal anal sphincter-preserving seton for high trans-sphincteric fistula: a prospective randomized manometric and clinical trial [J]. Tech Coloproctol, 2003, 7: 89 - 94.
- [21] Mishra A, Shah S, Nar A S, et al. The role of fibrin glue in the treatment of high and low fistulas in ano [J]. J Clin Diagn Res, 2013, 7: 876 - 879.
- [22] Maralcan G, Başkonuş I, Gökalp A, et al. Long-term results in the treatment of fistula-in-ano with fibrin glue: a prospective study [J]. J Korean Surg Soc, 2011, 81: 169 - 175.
- [23] O'Connor L, Champagne B J, Ferguson M A, et al. Efficacy of anal fistula plug in closure of Crohn's anorectal fistulas [J]. Dis Colon Rectum, 2006, 49: 1569 - 1573.

- [24] van Koperen P J, D'Hoore A, Wolthuis A M, et al. Anal fistula plug for closure of difficult anorectal fistula; a prospective study [J]. *Dis Colon Rectum*, 2007, 50: 2168 - 2172.
- [25] Heydari A, Attinà G M, Merolla E, et al. Bioabsorbable synthetic plug in the treatment of anal fistulas [J]. *Dis Colon Rectum*, 2013, 56: 774 - 779.
- [26] Leng Q, Jin H Y. Anal fistula plug vs mucosa advancement flap in complex fistula-in-ano; A meta-analysis [J]. *World J Gastrointest Surg*, 2012, 27, 4: 256 - 261.
- [27] Galis-Rozen E, Tulchinsky H, Rosen A, et al. Long-term outcome of loose seton for complex anal fistula; a two-centre study of patients with and without Crohn's disease [J]. *Colorectal Dis*, 2010, 12: 358 - 362.
- [28] Jarrar A, Church J. Advancement flap repair; a good option for complex anorectal fistulas [J]. *Dis Colon Rectum*, 2011, 54: 1537 - 1541.
- [29] Mitalas L E, van Wijk J J, Gosselink M P, et al. Seton drainage prior to transanal advancement flap repair; useful or not? [J]. *Int J Colorectal Dis*, 2010, 25: 1499 - 1502.
- [30] Rojanasakul A. LIFT procedure; a simplified technique for fistula-in-ano [J]. *Tech Coloproctol*, 2009, 13(3): 237 - 240.
- [31] Bleier J I, Moloo H, Goldberg S M. Ligation of the intersphincteric fistula tract; an effective new technique for complex fistulas [J]. *Dis Colon Rectum*, 2010, 53(1): 43 - 46.
- [32] Rojanasakul A, Pattanaarun J, Sahakitrungruang C, et al. Total anal sphincter saving technique for fistula-in-ano; the ligation of intersphincteric fistula tract [J]. *Med Assoc Thai*, 2007, 90(3): 581 - 586.
- [33] Shanwani A, Nor A M, Amri N. Ligation of the intersphincteric fistula tract(LIFT); a sphincter-saving technique for fistula-in-ano [J]. *Dis Colon Rectum*, 2010, 53(1): 39 - 42.
- [34] Aboulian A, Kaji A H, Kumar R R. Early result of ligation of the intersphincteric fistula tract for fistula-in-ano [J]. *Dis Colon Rectum*, 2011, 54(3): 289 - 292.
- [35] 崔金杰,王振军,郑毅,等. 改良括约肌间瘻管结扎术治疗经括约肌型肛瘻[J]. *中华胃肠外科杂志*, 2012, 15(12): 1232 - 1235.