

肛瘻 PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文

https://www.100test.com/kao_ti2020/304/2021_2022__E8_82_9B_E7_98_98_c22_304903.htm 名称肛瘻所属科室普通外科病因肛管直肠四周脓肿有两大类：一类与肛腺及肛瘻有关，称为“肛腺源性”，较多见；一类与肛腺及肛瘻无关，称为“非肛腺源性”，简称“非肛腺源性”，较少见。肛瘻多为一般化脓性感染所致，少数为特异性感染，如结核、克隆病，溃疡性结肠炎更少见。直肠肛管外伤继发感染也可形成肛瘻，直肠肛管恶性肿瘤也可溃破成瘻管，但都少见，与一般化脓性肛瘻有明显区别。有人推测性激素的影响是肛瘻发生的主要原因。在青春期，人体自身的性激素开始活跃，随即一部分皮脂腺，非凡是肛腺开始发育增殖，男青年较女性增生明显。由于肛腺分泌旺盛，若加上肛腺排泄不畅或肛腺管阻滞，则易感染引起肛腺炎，这可解释男性青壮年为何肛瘻发病率较高。而女性肛管导管较直，不如男性弯曲，分泌物不易淤积，所以女性肛瘻发病率较低。人到老年，与其他皮脂腺普通萎缩的同时，肛腺也随之萎缩，故老年人肛瘻少见。病理肛瘻有原发性内口、瘻管、支管和继发性外口。内口即感染源的入口，多在肛窦内及其四周，后正中线的两侧多见，但也可在直肠下部或肛管的任何部位。瘻管有直有弯，少数有分支。外口即脓肿溃破处或切开引流的部位，多位于肛管四周皮肤外，由于原发病灶不断经内口进入管道，加之管道迂曲行走于内、外括约肌四周，管壁由纤维组织构成，管内有肉芽组织，故经久不愈。一般单纯性肛瘻只有一个内口和一个外口，这类最多见。若外口暂时封闭，局部引流不畅，则又逐渐发生红肿，再将形成脓肿，封闭的外口可再穿破或在其他处形成另

一外口。如此反复发作，使病变范围扩大或有时造成几个外口，与内口相通，这种肛瘘称为复杂性肛瘘，即有一个内口与多个外口。但有人认为，复杂性肛瘘不应以外口的多少划分，而是指主要管道累及肛管直肠环或环以上者。虽然这种肛瘘只有一个外口及一个内口，但治疗比较复杂，故称为复杂性肛瘘。相反，有时肛瘘虽有多个外口，但治疗并不复杂。临床表现肛瘘常有肛周脓肿自行溃破或切开排脓的病史，此后伤口经久不愈，成为肛瘘外口。主要症状是反复自外口流出少量脓液，污染内裤；有时脓液刺激肛周皮肤，有瘙痒感。若外口暂时封闭，脓液积存，局部呈红肿，则有胀痛，封闭的外口可再穿破，或在四周穿破形成另一新外口，如此反复发作，可形成多个外口，相互沟通。如瘘管引流通畅，则局部无疼痛，仅有稍微发胀不适，病人常不介意。检查：外口呈乳头状突起或肉芽组织的隆起，压之有少量脓液流出，低位肛瘘常只有一个外口，若瘘管位置较浅，可在皮下摸到一硬索条，自外口通向肛管。高位肛瘘位置常较深，不易摸到瘘管，但外口常有多。由于分泌物的刺激，肛周皮肤常增厚及发红。诊断目前多按肛管与括约肌的关系将肛瘘分为4类。1.括约肌间肛瘘 多为低位肛瘘，最常见，约占70%，为肛管四周脓肿的后果。瘘管只穿过内括约肌，外口常只有一个，距肛缘较近，约3~5cm。少数瘘管向上，在直肠环肌和纵肌之间形成盲端或穿入直肠形成高位括约肌间瘘。2.经括约肌肛瘘 可以为低位或高位肛瘘，约占25%，为坐骨直肠窝脓肿的后果。瘘管穿过内括约肌、外括约肌浅部和深部之间，外口常有数个，并有支管互相沟通。外口距肛缘较近，约5cm左右，少数瘘管向上穿过肛提肌到直肠旁结缔组织内

，形成骨盆直肠瘘。3.括约肌上肛瘘为高位肛瘘，少见，占5%。瘘管向上穿过肛提肌，然后向下至坐骨直肠窝穿透皮肤。由于瘘管常累及肛管直肠环，故治疗较困难，常需分期手术。4.括约肌外肛瘘最少见，占1%，为骨盆直肠脓肿合并坐骨直肠窝脓肿的后果。瘘管穿过肛提肌直接与直肠相通。这种肛瘘常由于克隆病、肠癌或外伤所致，治疗要注重其原发病灶。以上分类在高低位方面较细致，有利于手术方法的选择。如肛管左右侧均有外口，应考虑为“肛瘘。这是一种非凡型的贯通括约肌肛瘘，也是一种高位弯型肛瘘，瘘管围绕肛管，由一侧坐骨直肠窝通到对侧，成为半环型，如蹄铁状故名。在齿线四周有一内口，而外口数目可多个，分散在**左右两侧，其中有许多支管，向四周蔓延。蹄铁型肛瘘又分为前蹄铁型和后蹄铁型两种。后者多见，因肛管后部组织比前部疏松，感染轻易蔓延。肛瘘的外口与内口的部位有何规律性？Goodsall(1900)曾提出：在**中点划一横线，若肛瘘外口在此线前方，瘘管常呈直线走向肛管，且内口位于外口的相应位置；若外口在横线后方，瘘管常呈弯型，且内口多在肛管后正中处，一般称此为Goodsall规律。多数肛瘘符合以上规律，但也有例外，如前方高位蹄铁型肛瘘可能是弯型，后方低位肛周脓肿可能是直型。临床上观察到，肛瘘的直与弯，除与肛管的前、后有关系外，与肛瘘的高位及低位，与外口距肛缘的远近，都有一定关系。Cirocco(1992)曾对一组肛瘘病例进行回顾性分析，以检验Goodsall规律猜测肛瘘走行的准确性，认为该规律对猜测后方外口的肛瘘走行相当准确，非凡是女病人，有97%内口位于后正中肛隐窝，但对前方外口的肛瘘猜测不准，仅49%有放射状瘘管符合该规

律，因Goodsall未熟悉到前方肛瘘也有9%起源于前正中肛隐窝。直肠指诊：在内口处有轻度压痛，少数可扪到硬结。探针检查，只在治疗中应用，一般不能作为诊断用，防止穿破瘘管壁，造成假内口。X线造影，自外口注入30%~40%碘油，照相可见瘘管分布，多用于高位肛瘘及蹄铁形肛瘘。影像学检查：Yang(1993)对临床疑有肛管直肠脓肿或瘘管17例，6例临床上疑有脓肿，肛管超声AUS检查也有脓肿表现；另外82% (9/11) AUS查出有瘘管，而临床常规检查未能发现。Lunniss(1994)对比了AUS及磁共振成像检查，认为前者对括约肌间瘘有时有确诊价值，而无法确诊括约肌外瘘及经括约肌瘘，而后者对复杂性高位肛瘘，蹄铁型肛瘘及临床难以确诊的疑难病例有绝对的优越性和准确率。治疗肛瘘不能自愈，必须手术治疗。手术治疗原则是将瘘管全部切开，必要时将瘘管四周瘢痕组织同时切除，使伤口自基底向上逐渐愈合。根据瘘管深浅、曲直，可选用挂线疗法、肛瘘切开或切除术。少数可行肛瘘切除后一期缝合或游离植皮。（一）挂线疗法这是一种瘘管缓慢切开法。系利用橡皮筋或药线的机械作用（药线尚有药物腐蚀作用），使结扎处组织发生血运障碍，逐渐压迫坏死，煞费苦心；同时结扎线可作为瘘管引流物，使瘘道内渗液排出，防止急性感染发生。在表面组织切割的过程中，基底创面同时开始逐渐愈合。此种逐渐切割瘘道的方法最大优点是肛管括约肌虽被切断，但不致因括约肌收缩过多而改变位置，一般不会造成***失禁。本法适用于距离***3~5cm以内，有内外口低位或高位单纯性直瘘，或作为复杂性肛瘘切开或切除的辅助方法：1.方法 侧卧位，先在探针尾端缚一橡皮筋，再将探针头自瘘管外口轻轻向内探入

，在肛管齿线四周处找到内口；然后将食指伸入肛管，摸查探针头，将探针头弯曲，从***口拉出。注重在插入探针时不能用暴力，以防造成假道。将探针头从瘻管内口完全拉出，使橡皮筋经过瘻管外口进入瘻管。提起橡皮筋，切开瘻管内外口之间的皮肤层，拉紧橡皮筋，紧贴皮下组织用止血钳将其夹住；在止血钳下方用粗丝线收紧橡皮筋并做双重结扎，然后松开止血钳。切口敷以凡士林纱布，术后天天用热15000高锰酸钾溶液坐浴，并更换敷料，一般在术后10d左右，肛瘻组织被橡皮筋切开，2~3周后创口即能愈合。

2. 本法优点是 手术简单，操作快，出血少。在橡皮筋未能脱落时，皮肤切口一般不会发生rdquo。换药方便。

3. 保持挂线成功的要点 要准确地找到内口，一般在探针穿出内口时，如不出血，证实内口位置多正确。伤口必须从基底部开始，使肛管内伤口先行愈合，防止表面皮肤过早粘连封口。一般橡皮筋在7~10d可以脱落。若10d后还不脱落，说明结扎橡皮筋的丝线较松，需要再紧一次。

(二) 肛瘻切开术手术原则是将瘻管全部切开，并将切口两侧边缘的瘢痕组织充分切除，使引流通畅，切口逐渐愈合。本法仅适用于低位直型或弯型肛瘻。操作方法如下。

1. 正确探查内口 寻找内口的操作与挂线疗法相同，探得内口后，将探针拉出***外，如瘻管弯曲或有分支，探针不能探入内口，则由外口注入1%美蓝色素溶液少许，以确定内口部位，再由外口以有槽探针探查，将管道逐步切开，探查，直至探到内口为止。如仔细探查仍不能找到内口，可将疑有病变的肛窦作为内口处理。

2. 切开瘻管并充分切除边缘组织 切开瘻管的全部表浅组织，由外口到内口及相应的肛管括约肌纤维。瘻管切开后应检查有无支管，

如发现也应切开。瘻管全部切开后即将腐烂肉芽组织搔刮干净，一般不需要将整个瘻管切除，以免创面过大。最后修剪伤口边缘，使伤口呈底小口大的“U”字形，便于伤口深部先行愈合。

3. 肛管括约肌切断 术中应仔细摸清探针位置与肛管直肠环的关系，如探针在肛管直肠环下方进入，虽全部切开瘻管及大部外括约肌及相应内括约肌，由于保存了耻骨直肠肌，不致引起***失禁，如探针在肛管直肠环上方进入直肠（如括约肌上肛瘻，括约肌外肛瘻），则不可做瘻管切开术，应做挂线疗法或挂线分期手术。第一期将环下方的瘻管切开或切除，环上方瘻管挂上粗丝线，并扎紧。第二期手术俟大部分外部伤口愈合后，肛管直肠环已有粘连固定，再沿挂线处切开肛管直肠环。瘻管切开后，其后壁肉芽组织可用刮匙刮去，一般不必切除，以减少出血和避免损伤后壁的括约肌。切除瘻管组织应送病理检查。

4. 伤口处理 术后伤口的处理往往关系到手术的成败，要害在于保持伤口由基底部逐渐向表面愈合。每日更换敷料一次，最好在排便后进行，伤口内填充敷料逐渐减少，直到肛管内创口愈合为止。每隔数日做直肠指检可以扩张肛管，更可防止桥形粘连，避免假愈合。

（三）肛瘻切除术与切开术不同之处在于将瘻管全部切除直至健康组织。本法又适用于管道较纤维化的低位肛瘻。方法：先从瘻管外口注入1%美蓝，继用探针从外口轻轻插入，经内口穿出。用组织钳夹住外口的皮肤，切开瘻管外口四周的皮肤和皮下组织，再沿探针方向用电刀或剪刀剪除皮肤、皮下组织、染有美蓝的管壁、内口和瘻管四周的所有瘢痕组织，使创口完全敞开。仔细止血后，创口内填以碘仿纱条或凡士林纱布。

（四）肛瘻切除一期缝合 本法始于Tuttle(1903)

，但未能推广，原因可能是，理论上不太充足；手术结果不满足；许多肛肠外科专家反对。至1949年，Starr又再次提出此法，并提出一些有效措施，效果较满足，才得以推广。本法仅适用于单纯性或复杂性低位直型肛瘘，如触到瘘管呈硬索状，则效果更好。手术要点：术前肠道要预备，手术前后应用抗生素，手术后大便要控制5~6d。瘘管要全部切除，留下新鲜创面，保证无任何肉芽组织及疤痕组织遗留。皮肤及皮下脂肪不能切除过多，便于伤口缝合。因此，高位弯型肛瘘不宜缝合，因其分支较多，常需切除过多的组织才能切净其分支。各层伤口要完全缝合对齐，不留死腔。术中严格无菌操作，防止污染，如切破瘘管等。综合国内文献报道的肛瘘切除缝合术1064例，一期愈合率为73.4%~97.6%，伤口愈合时间为20~22d，一期愈合较低的多为复杂性高位肛瘘。（五）肛瘘切除后植皮肛瘘切除后，若创面过大、表浅而又无非凡并发症者，可考虑游离植皮。手术前后要求同肛瘘切除一期缝合术。手术要点：创面应平坦，止血要完全。游离植皮区皮肤缝合要完全，并要加压固定包扎，防止创面下存留气体或血液，这是手术成功的重要措施之一。若创面渗血较多，则需延迟植皮，即先在创面敷以凡士林纱布，2~3d后再做游离植皮。Hughes（1953）报道40例，有30例植皮完全成功，其余大部成活。Goligher（1975）报告22例，均为低位肛瘘，效果较差，仅13例完全成活。（六）蹄铁型肛瘘的治疗应采用瘘管切开加挂线疗法。如后蹄铁型肛瘘，先用有槽探针从两侧外口插入，逐步切开瘘管，直到两侧管道在接近后中线相遇时，再用有槽探针仔细地探查内口。内口多在肛管后中线四周的齿线处

，如瘻管在肛管直肠环下方通过，可一次全部切开瘻管和外括约肌皮下部和浅部。如内口过高，瘻管通过肛管直肠环的上方，须采用挂线疗法。即切开外括约肌皮下部、浅部及其下方的瘻管，然后用橡皮筋由剩余的管道口插入，经内口引出，缚在肛管直肠环上，这可避免因一次切断肛管直肠环而造成***失禁。然后剪除切口边缘的皮肤和皮下组织，使创面敞开，并刮除瘻管壁的肉芽组织。创面填以碘仿或凡士林纱条。（七）滑动性粘膜瓣前移闭合内口完整切除瘻管和内口后，应用粘膜瓣移位修补直肠处缺损，该瓣实际上包括部分厚度的直***以增加其强度。本法优点：保留了大部分括约肌，适用直肠***瘻及高位经括约肌肛瘻；瘢痕形成少；避免了解剖畸形；不需要做保护性肠造分流。Aquilar等（1985）曾用此法治疗189例高位经括约肌肛瘻，效果良好，复发率仅2%，但污染内裤及狭窄为8%，轻度排气失禁为7%，液便失禁为6%。Wedell等（1987）报告30例，29例有良好效果。Jones等（1987）应用此法治疗因克隆病所致肛瘻成功率仅为57%，而无克隆病者成功率较高。但也有作者采用直接缝合内口的方法。手术后护理肛瘻术后伤口敷料更换的好坏，是手术成功与否的一个要害问题。即使手术成功，若忽视了伤口的敷料更换，手术也常易失败。因此，经治医生必须亲自更换敷料，或至少要定期检查伤口。敷料更换注重事项：坐浴及冲洗：术后天天应行坐浴，尤其是便后坐浴不能忽视。要保证伤口清洁，加速愈合。对大的伤口应进行伤口冲洗，先用过氧化氢溶液，然后用温生理盐水或抗生素溶液进行伤口冲洗。冲洗时应保持一定压力，以便使清洗液达到伤口的每一个角落。敷料：伤口内敷料可防止伤口表面

粘连（皮肤架桥），因此创面应底小口大，能自下而上地愈合。若取出敷料时，发现伤口内有脓液，提示有残余脓腔，应即时扩大引流，否则伤口不会愈合。 直肠指诊：可发现伤口内有无死腔及脓液存留，此外也可发现有无***狭窄倾向，如有则应定期扩肛治疗。因此要定期行直肠指诊。 100Test 下载频道开通，各类考试题目直接下载。详细请访问 www.100test.com