

引用:周彬,赵高斯,黄生辉,孙璐. 肛瘘的中西医诊疗研究进展[J]. 湖南中医杂志,2021,37(1):170-172.

肛瘘的中西医诊疗研究进展

周彬¹,赵高斯²,黄生辉²,孙璐³

(1. 兰州市西固区人民医院,甘肃 兰州,730060;

2. 甘肃中医药大学附属医院,甘肃 兰州,730000;

3. 甘肃宝石花医院,甘肃 兰州,730060)

[关键词] 肛瘘;诊断;治疗;综述;学术性

[中图分类号]R269.571+.6 [文献标识码]A DOI:10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2021.01.058

肛瘘是由于肛管直肠周围间隙感染、损伤等因素造成的直肠或肛管与肛门周围皮肤相通所形成的病理通道,亦称肛管直肠瘘。临床以局部反复流脓、疼痛、瘙痒为主要症状,并可触及或探及瘘管通向肛门或直肠,一经发现,则必须进行手术治疗,若长期不治疗可能会发生肛周肛管癌性病变^[1]。本病年发病率为 1228/10 万,且男性高于女性。手术目的是实现最大化愈合,并尽量减少肛门括约肌功能的障碍,临床上针对肛瘘的手术方法多达上百种^[2]。虽然大多数病例可以通过各种手术方式治愈,但术后愈合时间、肛门失禁及高复发率等情况仍有待改善,因此肛瘘的管理仍然具有挑战性^[3]。本文通过查阅国内外相关文献,对肛瘘的中西医诊治进行了总结,以期对肛瘘的中西医诊断与治疗提供参考。

1 中西医认识

肛瘘多由肛腺感染引起,由内口、瘘管、外口三部分组成。术中遗漏瘘管是其高复发率的原因之一,最终可致单纯肛瘘进展成难治性复杂性肛瘘,形成多发瘘管、内口和外口^[4]。肛瘘和肛门直肠周围脓肿为肛周间隙化脓性感染的 2 个病理阶段,急性期为肛门直肠周围脓肿,慢性期为肛瘘。

中医学对“瘰”病最早的记载见于《山海经·中山经》:“食者不痛,可以为瘰。”根据脓血污水、淋漓而下,似破顶之屋,雨水时漏等特点,古代医家将其称之为“漏(瘰)”或者“痔瘰”。本病的主要病因病机为:余毒未尽,疮口不敛,久则成漏;因湿热下注,流注肛门,久则穿肠透穴为漏。

2 西医诊断

肛瘘根据外括约肌深部划线,分为低位单纯性肛瘘、低位复杂性肛瘘、高位单纯性肛瘘、高位复杂性肛瘘。依据肛门视诊及指诊、肛门镜检查、探针检查及瘘管染色等传统手

段,单纯性肛瘘的诊断并不难。随着直肠腔内超声、CT 及 MRI 等现代影像技术的进步,可以精确显示病变与周围组织的解剖关系,也为复杂性肛瘘的诊断提供了重要依据^[5]。MRI 是检查高位复杂性肛瘘的首选成像方式,核磁增强检查能够更好地、多平面地显示肛瘘、肛门括约肌的解剖结构以及瘘管与括约肌的关系,可为诊断和手术治疗提供重要的影像证据^[6]。肛周瘘管 ADC 值变化与病灶炎症活动度相关,MR-DWI 及 ADC 值测量可以较准确地判断 Crohn's 肛瘘的炎症活动度^[7]。核磁钆剂瘘管造影和动态对比增强 MRI 联合使用,可以清晰地显示瘘管与肛门周围肌肉、肛周间隙、肛管周围组织结构的关系及这些解剖结构的表现,能更为准确、直观、全面地显示瘘管的走行^[8]。经直肠联合体表超声可对临床多见的肛周疾病做出精确诊断,对治疗方案的制定、疗效评估有较高的应用价值^[9]。经瘘管超声造影对肛瘘 Parks 分类的诊断及内口的判断具有较高的准确性,可弥补常规超声的不足,为临床治疗决策提供依据^[10]。

3 中西医治疗

中医学对肛瘘的治疗已经有数千年的历史,并形成了较为完善的理论体系和独特的治疗技术。不同时期有不同的医家,从不同角度论述了肛瘘的病因,并阐述了治疗方法,主要有“消、托、补”三法,具体又可分为内治法和外治法。口服中草药以达到消除炎症、溃孔愈合等疗效的内治法,众多医家均有论述,如《丹溪心法》载:“瘰者,先须服补药生气血,用参、术、芪、归为主,大剂服之。”中医外治法分为外用药物治疗和外科手术治疗,外用药物治疗主要有中药冲洗法、中药敷药法、中药熏洗法等;外科手术治疗有脱管法、挂线法和切开等方法。明代首创的“挂线疗法”沿用至今,仍是肛瘘手术的常用术式。“高位挂线、低位切开”原

基金项目:甘肃省科技厅科技支撑计划项目(1304FKCA109);全国中医临床特色技术传承人才项目

第一作者:周彬,男,主治医师,研究方向:中医肛肠学

通讯作者:孙璐,女,主治医师,研究方向:中医临床,E-mail:41589086@qq.com

则体现了肛瘘的辨证论治思维,而针刀切开法、药捻脱管法与挂线疗法基本构建了肛瘘的辨证论治体系^[11]。

当代医家对肛瘘的中医内治、外治、术后防治等方法及机制进行了积极的探索,取得了较多成果。陈爱霞等^[12]应用八正散加减治疗湿热下注型痔瘘术后尿潴留,可以迅速缓解患者的临床症状体征、恢复自主排尿功能,临床疗效优于新斯的明。李志等^[13]认为湿润生肌膏可通过促进创面肉芽组织血管内皮生长因子(VEGF)、碱性成纤维细胞生长因子(bFGF) mRNA 表达及促进肉芽组织毛细血管生成,从而加快创面修复进程,对肛瘘术后患者有重要的应用价值。张利新等^[14]使用加味补气生肌汤联合生肌玉红膏治疗高位复杂肛瘘术后患者,具有术后创面愈合时间较短、降低疼痛程度显著的优势,提高了并发症的防治效果。李文等^[15]发现手术联合双花黄芪汤治疗低位单纯性湿热下注型肛瘘患者,可以明显减少术后并发症的发生,是防治湿热下注型肛瘘术后并发症的有效治疗方法。苏莉等^[16]使用乌莓膏膏结合负压辅助愈合系统应用于高位复杂性肛瘘术后创面,发现其可以加快创面愈合速度,减少创面细菌生长,改善创面微环境,缓解创面疼痛,降低复发率。中医煨脓长肉法对肛瘘术后创面愈合具有明显的促进作用,显示了良好的临床疗效^[17]。徐利等^[18]基于中医“护场”理论探讨了清热化脓法促进肛肠术后感染切口愈合的影响,结果显示清热凉血软膏具有抗炎、止痛、促愈合的治疗作用。肛门洗剂是江西中医药大学附属医院自主开发的中药外用复方,具有清热解毒、活血化脓的功效,可促进肛瘘术后创面恢复,其作用可能与上调转化生长因子(TGF)- β 1、VEGF 表达有关^[19]。仙方消毒汤联合温和灸治疗肛瘘术后方面,可减轻创面疼痛,减少创面渗出和水肿,促进创面愈合,其作用可能与升高血清表皮细胞生长因子(EGF)和分泌型免疫球蛋白(SIgA)水平有关^[20]。硝硼散联合生肌玉红膏能显著提高肛肠术后治疗效果,且能显著性降低术后感染率^[21]。苦参汤熏洗结合八髎穴灸能有效减轻高位复杂性肛瘘患者术后疼痛,并可降低尿潴留的发生率^[22]。

挂线疗法对高位肛瘘的治疗效果确切,是目前治疗高位肛瘘的主要方法之一^[23]。对于简单且最远端的瘘管,常规手术选择打开瘘管道或许相对安全,因此在临床实践中被广泛接受。直肠推进瓣修补术可用于治疗肛瘘,该术式治疗肛瘘的治愈率在66%~87%之间,复发的患者行此手术仍可能被治愈^[24]。有研究显示,内口切闭联合瘘道潜行创削术治疗肛瘘疗效显著,减轻了患者痛苦,保护了患者的肛门功能,并且可以缩短疗程^[25]。于锦利等^[26]采用括约肌外侧切开肛瘘栓填塞治疗括约肌上型肛瘘,对肛门括约肌和肛门外形无损伤。括约肌间瘘管结扎术、括约肌间瘘道结扎联合肛瘘栓临床手术也在进行着临床实践探索。括约肌间瘘管与生物假体肛瘘塞的结扎是治疗经括约肌肛周瘘的

新方法,具有高愈合率、微创、快速愈合,并且不会对肛门功能造成干扰的优势^[27]。大约有1/3的克罗恩病患者会出现肛瘘,临床上通常通过多模式方法进行治疗。臭氧是治疗肛门脓肿、溃疡性结肠炎和克罗恩病的一种疗法,它也被研究作为肠外瘘的治疗。臭氧吹入可能是一个简单、未感染、短瘘管患者的替代治疗方法,无毒副作用,但肛门直肠瘘闭合的成功率较低^[28]。

肛门外、内有3个或以上的开口,或有2条以上管道的肛瘘称为复杂性肛瘘,其治疗一直是肛肠科医师面临的难点之一。由于其侵犯括约肌范围广,术后易出现肛门失禁,而传统手术会出现不同程度的肛门括约肌损伤,失禁发生率高,还会因切开引流创面大,而致疼痛剧烈、恢复慢,患者生活质量明显下降。目前肛瘘治疗的临床共识是保护肛门功能,清除感染瘘管、处理内口,而清除瘘管,处理内口也就是中医学中的“拔根塞源”,拔根塞源法结合微创技术治疗高位复杂性肛瘘,能够保护肛门功能,减少愈合时间^[29]。生物材料的使用、视频辅助肛瘘治疗技术、激光融合技术的运用及自体注射等新技术实现了对传统技术的改良并展示出其优势性^[30]。视频辅助性肛瘘治疗是一种安全、微创的技术,该技术的主要特征是瘘管道和内部开口的直接可视化,用于治疗复杂性肛瘘,保留肛门括约肌功能,其报道的成功率为66.7%~87.5%^[31]。纤维蛋白胶注射治疗复杂性肛瘘是一种可以选择的治疗方法,但其不良结果可能是因为其液体稠度形成胶凝块而无法较好地密封管道,导致成功率低而不作为一线治疗方案^[32]。随着干细胞移植和组织工程技术的发展,脂肪干细胞移植在复杂性肛瘘中的治疗报道逐渐增多,其机制主要是通过分泌各种生长因子和细胞因子,调节机体免疫系统,抑制局部和全身炎症反应,促进局部血管生成,激活成纤维细胞等^[33]。由于干细胞具有抗炎和免疫调节能力,基于干细胞的疗法可能会对克罗恩瘘的治疗产生革命性的影响。除了治疗难治性克罗恩瘘外,在一项随机研究中,研究者在复杂的肛周瘘中测试了基于干细胞的疗法,结果表明扩大的脂肪组织来源干细胞与纤维蛋白胶一起应用,是一种有效且安全的治疗方法^[34]。

4 小 结

肛瘘一直是肛肠科治疗中的难点和热点,尤其是复杂性肛瘘,如何解决根治肛瘘与保护肛门功能之间的矛盾仍是目前高位复杂性肛瘘手术中比较棘手的问题之一。传统手术方式难以有效降低复发率并同时减少对肛门功能的损害。随着微创外科的发展,各种生物材料的使用、视频辅助肛瘘治疗技术、激光融合技术的运用及自体注射等,在很大程度上提高了肛瘘尤其是复杂性肛瘘的治愈率,改善了术后肛门的功能,但其高昂的费用同时也限制了其广泛的应用。如何选择合适的治疗方式、提高患者的生活质量是肛肠科医师一直以来不懈追求的目标,随着社会经济的发展,

人们生活水平的提高,肛瘘手术成功的关键不再只是肛瘘本身的治愈,更关键的是术后肛门形态和肛门功能的保护。相信随着微创治疗和个性化治疗的不断实践,传统与新技术相结合不断发展,中西医结合的理念与实践的不断探索,肛瘘患者的治疗将会有更多的选择并取得更好的疗效。

参考文献

- [1] 石玉迎,郑丽华,刘仍海. 建立肛瘘模型的动物选择与常用造模方法分析[J]. 中华中医药杂志,2019,34(6):2480-2482.
- [2] TANTIPHLACHIVA K, SAHAKITRUNGRUANG C, PATTANARUN J, et al. Effects of preoperative endoanal ultrasound on functional outcome after anal fistula surgery [J]. *BMJ Open Gastroenterol*, 2019, 6(1):e000279.
- [3] WANG Q, HE Y, SHEN J. The best surgical strategy for anal fistula based on a network meta-analysis [J]. *Oncotarget*, 2017, 8(58):99075-99084.
- [4] 袁芬,李泽然,于淼淼,等. MRI在复杂性肛瘘 Parks分型与Morris分型的临床价值比较[J]. 临床放射学杂志,2019,38(4):659-663.
- [5] 于永铎. 肛瘘中西医结合诊疗进展[J]. 中国中西医结合杂志,2017,37(12):1423-1424.
- [6] 张莲,朱慧媛,孙金芳,等. 磁共振三种不同序列对肛瘘瘘管形态特征评价的比较研究[J]. 临床放射学杂志,2018,37(2):289-293.
- [7] 王绍娟,唐晓雯,王中秋,等. 磁共振弥散加权成像在评估Crohn's肛瘘炎症活动度中的价值[J]. 中南大学学报:医学版,2019,44(2):63-69.
- [8] 王军大,崔渺,李艳艳,等. MRI钆剂瘘管造影与DCE-MRI联合使用对高位复杂性肛瘘细小分支瘘管及瘘口的诊断价值[J]. 重庆医科大学学报,2018,43(1):60-65.
- [9] 葛士骝,杜联芳,马静. 经直肠联合体表超声在肛周疾病的诊断价值[J]. 中国超声医学杂志,2016,32(10):937-941.
- [10] 殷骅,胡晶晶,魏秀芝,等. 经瘘管超声造影在肛瘘诊断中的应用[J]. 中华医学超声杂志:电子版,2018,15(11):51-56.
- [11] 周策,黄黎宸,黄德铨,等. 中医“微创观”与肛瘘微创手术等离子刀的应用[J]. 时珍国医国药,2017,28(4):159-161.
- [12] 陈爱霞,王欣,吴春晓,等. 八正散加减对湿热下注型痔瘘术后尿潴留疗效及对恢复排尿时间的影响[J]. 中国实验方剂学杂志,2018,24(2):170-174.
- [13] 李志,冷羽,曹波,等. 湿润生肌膏对肛瘘术后患者的临床疗效[J]. 中成药,2019,41(1):84-88.
- [14] 张利新,梁宛伶. 加味补气生肌汤联合生肌玉红膏对高位复杂肛瘘患者术后创面愈合时间及VAS评分的影响[J]. 中国地方病防治杂志,2017,32(12):1415-1416.
- [15] 李文,侯宗华,于庆生. 手术联合双花黄芪汤治疗肛瘘临床研究[J]. 中国中医基础医学杂志,2018,24(4):93-95.
- [16] 苏莉,郑雪平. 乌莓膏结合负压辅助愈合系统在高位复杂性肛瘘术后的应用研究[J]. 时珍国医国药,2018,29(2):368-371.
- [17] 杨建华,吴本升,张一辉. 根脓长肉法治疗肛瘘术后创面的临床疗效观察及安全性分析[J]. 时珍国医国药,2018,29(1):127-128.
- [18] 徐利,葛琼翔,林国强. 基于“护场”理论探讨清热化痰法促进肛肠术后感染切口愈合的机制[J]. 中成药,2017,39(5):1106-1108.
- [19] 谢昌营,肖慧荣. 肛门洗剂对肛瘘术后创面恢复的影响[J]. 中国中西医结合杂志,2017,37(6):45-48.
- [20] 韩柯,向前. 仙方消毒汤联合温和灸对肛瘘术后创面恢复的影响[J]. 中国实验方剂学杂志,2015,21(21):177-180.
- [21] 武文静,谢雅,杨关根,等. 生肌玉红膏联合硝硼散防治肛肠术后伤口感染的临床研究[J]. 中华医院感染学杂志,2015,25(10):2323-2325.
- [22] 程跃,周晋,侯艳梅,等. 基于倾向性匹配法评价苦参汤熏洗结合八髻穴灸治疗高位复杂性肛瘘患者术后并发症的临床疗效研究[J]. 中国全科医学,2017,20(3):97-101.
- [23] 朱传想,王业皇. 挂线疗法治疗高位肛瘘的研究进展[J]. 中华中医药杂志,2016,31(9):3669-3671.
- [24] 王猛,王贵玉. 2016年版美国结直肠外科医师学会《肛周脓肿、肛瘘和直肠阴道瘘治疗指南》解读[J]. 中国实用外科杂志,2017,37(2):71-74.
- [25] 韩宁,王业皇. 内口闭锁联合瘘道潜行刨削术治疗肛瘘临床研究[J]. 中华中医药杂志,2017,32(1):391-394.
- [26] 于锦利,鹿雅镜,段宏岩,等. 括约肌外侧切开肛瘘栓填塞——一种改良的肛瘘栓技术[J]. 中国微创外科杂志,2015,15(12):1113-1116.
- [27] ZHAO B, WANG Z, HAN J, et al. Long-Term outcomes of ligation of the inter-sphincteric fistula tract plus bioprosthesis anal fistula plug (LIFT-Plug) in the treatment of trans-sphincteric perianal fistula [J]. *Med Sci Monit*, 2019(25):1350-1354.
- [28] OZTURK A, ATALAY T, CIPE G, et al. Ozone treatment for chronic anal fistula; It is not promising [J]. *Indian J Surg*, 2017, 79(4):308-311.
- [29] 司中华,王业皇,刘飞,等. 拔根塞源法结合微创技术治疗高位复杂性肛瘘的临床疗效分析[J]. 时珍国医国药,2018,29(4):157-158.
- [30] 樊文彬,侯艳梅,赵安琪,等. 肛瘘诊疗新进展及实用性探讨[J]. 中国普通外科杂志,2018,27(12):115-120.
- [31] JIANG HH, LIU HL, LI Z, et al. Video-assisted anal fistula treatment (VAAFT) for complex anal fistula: A preliminary evaluation in China [J]. *Med Sci Monit*, 2017(23):2065-2071.
- [32] ELSA L. Modern management of anal fistula [J]. *World Journal of Gastroenterology*, 2015, 21(1):12-20.
- [33] 刘艳妮,倪敏,张睿,等. 脂肪干细胞治疗复杂性肛瘘:作用与机制[J]. 中国组织工程研究,2018,22(33):157-165.
- [34] LOBASCIO P, BALDUCCI G, MINAFRA M, et al. Adipose-derived stem cells (MYSTEM EVO Technology) as a treatment for complex transsphincteric anal fistula [J]. *Tech Coloproctol*, 2018, 22(5):373-377.