

视频辅助治疗高位肛瘘 58 例报道

黄 斌, 张玉茹, 刘连成, 王 敏, 任春成, 赵团结, 张志亮, 韩 旭

摘要 **目的:** 探讨视频辅助治疗肛瘘技术在高位肛瘘手术中的临床应用价值。**方法:** 回顾性分析 58 例高位肛瘘患者的临床资料, 随访时间 16 个月 (7~36 个月), 探讨视频辅助治疗肛瘘的方法并分析其疗效。**结果:** 58 例手术时间 (32.6 ± 4.5) min、($24 \sim 80$) min, 术中出血量 (7.8 ± 3.9) mL、($3 \sim 15$) mL, 术后第 1 日和术后第 7 日疼痛评分分别为 (2.1 ± 0.5) 和 (0.7 ± 0.6)。住院时间和创面愈合时间分别为 (7.56 ± 1.45) 天和 (28.3 ± 6.9) 天。术后发生尿滞留 2 例, 发生率 3% (2/58), 无肛缘水肿、出血、肛周感染和肛门失禁等并发症发生。治愈 48 例, 治愈率 83%。复发 10 例, 复发率 17%, 均采用传统肛瘘切开挂线术治愈。术后 3 个月控便失禁严重程度指数评分为 (1.12 ± 1.35)。**结论:** 视频辅助治疗肛瘘, 具有创伤小、疼痛轻、恢复快、安全和不损伤肛门括约肌等优点, 是一种安全有效的治疗肛瘘的手术方法。

关键词: 肛瘘; 肛瘘镜; 视频辅助治疗肛瘘; 微创

中图分类号: R657.1+6 **文献标识码:** A **文章编号:** 1007-6948(2020)02-0371-03

doi: 10.3969/j.issn.1007-6948.2020.02.033

随着微创外科技术逐步应用于肛肠外科领域, 一种崭新的括约肌保留手术—视频辅助治疗肛瘘 (video-assisted anal fistula treatment, VAAFT) 的方法在国内外已有运用。本研究回顾性分析 2015 年 6 月—2017 年 10 月我院收治的 58 例高位肛瘘患者的临床资料, 探讨 VAAFT 的临床价值。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组 58 例, 男 35 例, 女 23 例; 年龄 20~76 岁, 平均 44.9 岁。病程 3 个月~6 年。均有反复发作的肛周肿痛、流脓病史, 直肠指诊可触及内口、凹陷或结节。直肠腔内彩超检查均提示高位肛瘘, 无严重心肺功能不全等内科疾病。

1.2 纳入标准和排除标准 (1) 纳入标准: 符合诊断标准的高位肛瘘; 腺源性感染的肛瘘; 肛门功能良好, 无肛门松弛、狭窄、感染、畸形; 签署知情同意书; 心脑血管疾病、代谢性疾病等全身疾病处于平稳期; 身体评估状况良好, 心肺功能能承受手术。(2) 排除标准: 克罗恩病、溃疡性结肠炎患者;

合并严重器官功能不全及严重糖尿病者; 凝血功能异常者; 妊娠期及哺乳期者; 自主活动受限制者。

1.3 手术方法 椎管内麻醉, 侧卧位。连接器械, 通过外口插入肛瘘镜, 肛瘘的走行会清晰地显示在屏幕上。轻柔、缓慢地推进肛瘘镜, 让肛瘘瘘管可以容纳肛瘘镜, 进而拉直瘘管。通过不断地喷射溶液, 确保管腔内最佳的视觉效果。确定内口, 在内口边缘缝合 2~3 针, 以作为标记。取出充填器, 更换电极, 在直视下连续破坏瘘管壁。沿着瘘管壁一点点地将瘘管壁烧灼为白色碎片, 注意不要忽略任何感染组织和瘘管分支。之后操作返回到直肠。为了移除内口, 助手需拉直标记线, 使内口呈火山口状, 再用吻合器完成内口的封闭。彻底止血。

1.4 疗效判定标准及观察项目 疗效判定根据国家行业标准制定。(1) 治愈: 症状及体征消失, 创口愈合;(2) 好转: 症状及体征改善, 创口未愈;(3) 未愈: 症状及体征均无变化。对疗效、复发率、手术时间、术中出血量、疼痛评分、住院时间、创面愈合时间、术后 3 个月控便失禁严重程度指数评分以及术后并发症等进行观察。

1.5 随访 随访时间 16 个月 (7~36 个月)。

2 结果

2.1 疗效 58 例中 48 例治愈, 治愈率 83%。复发 10 例, 复发率 17%。复发病例均采用传统肛瘘切开挂线术治愈。

基金项目: 北京市科技计划课题资助项目 (Z181100001618004); 北京市科技计划课题资助项目 (Z151100003915106); 北京市西城区优秀人才培养资助项目 (20180008); 北京市西城区卫计委青年科技人才培养项目 (XWKX2018-03); 北京市肛肠医院科研基金项目 (tg20180001)

北京市肛肠医院 (北京市二龙路医院) 肛肠外科 (北京 100011)

通信作者: 张玉茹, E-mail: zhyr_11@163.com

2.2 观察指标 手术时间 (32.6 ± 4.5) min、($24 \sim 80$) min, 术中出血量 (7.8 ± 3.9) mL、($3 \sim 15$) mL。术后第 1、7 天疼痛评分分别为 (2.1 ± 0.5) 和 (0.7 ± 0.6)。住院时间和创面愈合时间分别为 (7.56 ± 1.45) 天和 (28.3 ± 6.9) 天。

2.3 并发症 术后发生尿潴留 2 例, 发生率 3% ($2/58$)。无肛缘水肿、出血、肛周感染和肛门失禁等并发症发生。术后 3 个月控便失禁严重度指数评分为 (1.12 ± 1.35) 分。

3 讨论

肛瘘是肛肠外科的常见病, 治疗肛瘘的手术方式很多, 但没有标准的手术方式。肛瘘的治疗必须在确定肛瘘分型的基础上, 周密细致地制订治疗方案。肛瘘切开术和肛瘘切除术是常用手术方式, 具有良好的愈合率, 但肛门失禁是该两类手术不可忽视的风险因素。对于高位肛瘘, 则必须采用切开挂线术。挂线可以降低肛门失禁风险, 更好地保护肛门括约肌。但是, 这样有可能在切断处创面愈合后遗留沟槽样瘢痕, 部分患者可能出现肛门气液失禁。

既能降低肛瘘复发率又能更好地保护肛门括约肌功能, 成为治疗肛瘘中亟待解决的问题。VAAFT 技术的应用, 为我们提供了一种可供选择的方法。VAAFT 手术通过内镜处理瘘管, 无需瘘管切开或者瘘管切除, 保留了肛门括约肌, 可以有效地避免肛门括约肌损伤。Meinero 等^[1]于 2011 年首先报道, 采用 VAAFT 技术治疗 136 例复杂性肛瘘, 其中 98 例随访 6 个月, 无严重并发症发生, 术后 2 ~ 3 个月内 72 例 (74%) 获得一期愈合; 62 例随访 1 年以上, 一期治愈率为 87%。通过 VAAFT 能够探查和准确闭合肛瘘内口, 同时能够彻底破坏肛瘘瘘管及其分支, 清理干净瘘管内的坏死组织, 进而促进伤口的愈合^[1]。准确识别瘘管和内口、瘘管切除以及保护肛门括约肌功能, 是手术治疗肛瘘的三个主要原则, VAAFT 技术可以满足以上肛瘘手术原则。

国外不少学者采用 VAAFT 治疗肛瘘, 认为该保留肛门括约肌的手术方法安全有效, 已经成为肛瘘治疗的一种有效选择^[2-3]。VAAFT 不仅可以诊断性探查, 还可以进行有效的治疗^[4-5]。Watega 等^[6]对 20 例肛瘘患者施行了 VAAFT, 其中 2 例仅用肛瘘镜进行了诊断性探查, 其余 18 例则接受了 VAAFT 治疗。结果提示, 一期治愈率为 67%, 未发现明显并发症。国外大部分研究认为,

VAAFT 的最大优点在于对肛门括约肌功能的保护, 术后均无严重并发症发生, 无大便失禁的报道^[7-8]。而关于 VAAFT 治疗肛瘘的治愈率和复发率的报道则差别较大, 治愈率在 70% ~ 93%, 复发率在 4% ~ 30%^[9-10]。Amato 等^[11]则认为, 尽管 VAAFT 的初步研究结果令人满意, 但是, 目前仍然需要多中心的随机对照试验, 进一步确定 VAAFT 在复杂性肛瘘治疗中的作用。

本研究结果提示, VAAFT 治疗效果满意。本组 58 例高位肛瘘患者, 治愈 48 例, 治愈率 83%。术后平均随访时间为 16 个月, 结果复发 10 例。复发率为 17%, 复发率与 Emile 等^[12]的报道相似。术后疼痛较轻, 术后第 1、7 天疼痛评分分别为 (2.1 ± 0.5) 分和 (0.7 ± 0.6) 分。住院时间和创面愈合时间均较短, 分别为 (7.56 ± 1.45) 天和 (28.3 ± 6.9) 天。术后发生尿潴留 2 例, 发生率为 3% ($2/58$)。无肛缘水肿、出血、肛周感染和肛门失禁等并发症发生。并且术后 3 个月控便失禁严重度指数评分仅为 (1.12 ± 1.35) 分, 说明该手术方法非常安全, 对肛门括约肌损伤较小, 可以更好地保护肛门括约肌功能。

VAAFT 的操作注意事项: (1) 瘘管的探查。仔细探查所有可能的分支瘘管和脓腔, 区分真性瘘管和假性瘘管。真性瘘管可见红色水肿的肉芽组织, 而假性瘘管里的组织发白, 且没有水肿。(2) 瘘管的处理。瘘管壁烧灼应充分, 由内向外烧灼, 或用刮勺清理干净。(3) 内口的处理。内口的处理一定要确切, 吻合器闭合内口的效果优于直接缝合内口或者皮瓣转移封闭内口。(4) 术后处理。术后禁食 3 天, 以推迟首次排便时间, 从而降低感染发生率, 提高手术成功率。本研究证明, VAAFT 具有安全、有效、微创、减少括约肌损伤和疼痛轻等优点。

参考文献:

- [1] Meinero P, Mori L. Video-assisted anal fistula treatment (VAAFT): a novel sphincter-saving procedure for treating complex anal fistulas [J]. Tech Coloproctol, 2011, 15(4):417-422.
- [2] Kochhar G, Saha S, Andley M, et al. Video-assisted anal fistula treatment[J]. JSLS, 2014, 18(3):1-5.
- [3] Liaqat N, Iqbal A, Dar SH, et al. Video Assisted Anal Fistula Treatment in a Child with Perianal Fistula [J]. APSP J Case Rep, 2016, 7(1):3.
- [4] Adegbola SO, Sahnan K, Pellino G, et al. Short-term efficacy and safety of three novel sphincter-sparing techniques for anal fistulae:

- a systematic review [J]. Tech Coloproctol, 2017, 21(10):775-782.
- [5] Rios HP, Goulart A, Rolanda C, et al. Enterocutaneous fistula: a novel video-assisted approach [J]. Wideochir Inne Tech Maloinwazyjne, 2017, 12(3):297-300.
- [6] Watega P, Romaniszyn M, Nowak W. VAAFT: a new minimally invasive method in the diagnostics and treatment of anal fistulas--initial results [J]. Pol Przegl Chir, 2014, 86(1):7-10.
- [7] Adegbola SO, Sahnan K, Tozer PJ, et al. Symptom amelioration in Crohn's perianal fistulas using video assisted anal fistula treatment (VAAFT) [J]. J Crohn's Colitis, 2018, 12(9):1067-1072.
- [8] Stazi A, Izzo P, D' Angelo F, et al. Video-assisted anal fistula treatment in the management of complex anal fistula: a single-center experience [J]. Minerva Chir, 2018, 73(2):142-150.
- [9] Adegbola SO, Sahnan K, Pellino G, et al. Short-term efficacy and safety of three novel sphincter-sparing techniques for anal fistulae: a systematic review [J]. Tech Coloproctol, 2017, 21(10):775-782.
- [10] Zarin M, Khan MI, Ahmad M, et al. VAAFT: Video assisted anal fistula treatment; bringing revolution in fistula treatment [J]. Pak J Med Sci, 2015, 31(5):1233-1235.
- [11] Amato A, Bottini C, De Nardi P, et al. Evaluation and management of perianal abscess and anal fistula: a consensus statement developed by the Italian Society of Colorectal Surgery (SICCR)[J]. Tech Coloproctol, 2015, 19(10):595-606.
- [12] Emile SH, Elfeki H, Shalaby M, et al. A Systematic review and meta-analysis of the efficacy and safety of video-assisted anal fistula treatment (VAAFT) [J]. Surg Endosc, 2018, 32(4):2084-2093.
- (收稿: 2019-04-17 发表: 2020-04-10)

•作者须知•

数字的具体要求

表示特定起点与终点定界的时间段时,起点与终点之间以一字线即“—”为分隔符,而不再用波纹线即“~”表示,如2008—2011年(不再用2008~2011年)。除上述时间段之外的其他计数、计量范围的表示,仍然用波纹线“~”,如2~6 kg。表示百分数的范围和偏差时,前一个数字的百分符号不能省略,如:5%~95%不能写成5-95%, $(50.2 \pm 0.6)\%$ 不能写成 $50.2 \pm 0.6\%$, $37\text{ }^{\circ}\text{C} \pm 1\text{ }^{\circ}\text{C}$ 不能写成 $37 \pm 1\text{ }^{\circ}\text{C}$ 。附带尺寸单位的数值相乘,按下列方式书写: $4\text{ cm} \times 3\text{ cm} \times 5\text{ cm}$,不能写成 $4 \times 3 \times 5\text{ cm}^3$ 。幂次相同的参数范围,前一个参数的幂次不能省略,如 $3 \times 10^9 \sim 5 \times 10^9$ 不能写成 $3 \sim 5 \times 10^9$,但可写成 $(3 \sim 5) \times 10^9$ 。数字的有效位数一般按标准差的1/3来确定,如 $(3.6 \pm 0.42)\text{ kg}$,标准差的1/3为0.14,有效位数在小数点后1位,故应取小数点后1位,即 $(3.6 \pm 0.4)\text{ kg}$;又如 $(8.61 \pm 0.27)\text{ cm}$,标准差的1/3为0.09,有效位数在小数点后2位,故应取小数点后2位,即 $(8.61 \pm 0.27)\text{ cm}$ 。百分数的有效位数要以分母确定:分母<10,不用百分数表示,宜用分数表示,如5/7;分母10~99,百分数到个位,如57%;分母100~999,百分数到数点后1位,如57.0%,其余以此类推。