

本文引用:杨宗亮,彭天书,鲁海燕,徐胜艳,付肖冰,胡响当. 小儿肛周脓肿及肛瘘根治性手术的实践与思考[J]. 湖南中医药大学学报,2021,41(3): 412-415.

小儿肛周脓肿及肛瘘根治性手术的实践与思考

杨宗亮,彭天书,鲁海燕,徐胜艳,付肖冰,胡响当*

(湖南中医药大学第二附属医院肛肠四科,湖南 长沙 410005)

〔摘要〕 由于小儿特殊的生长发育阶段,小儿肛周脓肿及肛瘘的治疗及恢复过程与成人有较大差异。目前,学者对其治疗方式及根治时间存在分歧,且临床相关对比研究较少,临床治疗缺乏指导意见。对争议较大的关键问题,结合临床实践,进行系统梳理和总结分析;对小儿肛周脓肿及肛瘘的根治性手术的手术要点及技巧,进行有效的探索总结,为构建小儿肛周脓肿及肛瘘的诊疗规范,形成治疗共识做有益的尝试。

〔关键词〕 小儿肛周脓肿;小儿肛瘘;根治术手术;手术要点;手术技巧

〔中图分类号〕R726.1;R266 **〔文献标志码〕**A **〔文章编号〕**doi:10.3969/j.issn.1674-070X.2021.03.017

Practice and Consideration of Radical Operation for Perianal Abscess and Fistula in Children

YANG Zongliang, PENG Tianshu, LU Haiyan, XU Shengyan, FU Xiaobing, HU Xiangdang*

(The Fourth Department of Anorectal, Second Affiliated Hospital of Hunan University of Chinese Medicine, Changsha, Hunan 410005, China)

〔Abstract〕 Because of the special growth and development stage of children, the treatment and recovery process of perianal abscess and fistula in children is quite different from that of adults. At present, different scholars have a great deal of controversy on its treatment and time of radical cure, and there are few reports on clinical research. Clinical treatment is lack of guidance. Combined with clinical practice, the key issues of controversy were systematically sorted out and analyzed; the key points and skills of radical operation for perianal abscess and fistula in children were summarized in order to establish the diagnostic and therapeutic criteria of perianal abscess and fistula in children and to form a consensus on treatment.

〔Keywords〕 perianal abscess in children; anal fistula in children; radical operation; operative point; surgical technique

肛周脓肿及肛瘘是肛周慢性感染性疾病,是一个疾病过程的两个不同时期,是常见的肛门直肠疾病,临床上小儿患者并不少见,近年来发病率有逐年上升的趋势^[1],约占小儿肛肠疾病患者总数的10%^[2]。小儿肛周脓肿及肛瘘的发病有其特殊性,与成人肛瘘治疗有差别,随着实践的不断深入,一系列的争议问题困扰着临床工作者,特别在手术时机的选择、术

式的选择上争议较大,尚无定论。笔者结合临床实践,结合当前研究成果,对争议的问题进行了探索及思考,以期推动临床工作。

1 综合因素决定手术时机,非仅年龄因素

小儿肛周脓肿及肛瘘多发生在3岁以下,新生儿和3月以内婴儿最为多见,而婴儿期是肛周脓肿

〔收稿日期〕2020-06-12

〔基金项目〕湖南省教育厅科学研究项目(19C1394)。

〔作者简介〕杨宗亮,男,主治医师,硕士,研究方向:儿童肛肠疾病的临床研究。

〔通讯作者〕*胡响当,男,副教授,硕士研究生导师,E-mail:656714298@qq.com。

及肛瘘的高就诊年龄段,新生儿期未能行手术治疗的患儿,由于反复发作,大部分在此年龄段接受手术治疗,故新生儿期和婴儿期是小儿肛周脓肿及肛瘘根治性手术的集中阶段^[3]。幼儿期以后罹患肛周脓肿的机会大大减少,且身体发育更为成熟,治疗上可参考成人手术。

由于内口的存在,肠腔中的粪便、肠液和气体继续进入瘘管,形成持续性的感染源,瘘管增生纤维化,管腔闭合困难。由于括约肌的影响,脓腔引流不畅,炎症消退困难,容易形成新的支管或瘘道,病情趋向复杂。临床上小儿未行肛周脓肿切开排脓术者,几乎无自愈可能,对已行排脓术者,自愈倾向亦极低^[4],临床上循环出现肛周脓肿及肛瘘的“发作期-切开排脓期-静止期”,行根治性手术,能够有效地清除病灶,防止瘘管形成,避免第二次手术,同时阻断了该病循环发作,有利于新生儿及婴儿的生长发育^[5]。肛周脓肿及肛瘘反复发作,易导致病情复杂化,由于新生儿及婴儿肛窦个数较多,反复发作后易侵犯临近肛窦,形成多内口型复杂性肛瘘,早期手术能够截断病情的发展,有利于疾病的恢复。新生儿及婴儿期患儿神经系统发育尚不完善,对疼痛的敏感度较差,在换药及排便时哭闹较少,术后查看切口、换药较为配合,能减少术后换药不到位导致的假性愈合,且此阶段患儿术后肉芽组织及上皮覆盖迅速,恢复速度快,配合程度高、对疼痛的敏感度低,是良好的手术时间窗口。

有观点认为,小儿排便不规律,特别是肠道微生态失调性腹泻是小儿肛瘘发病并难以愈合的主要因素^[6],同时也是脓肿再发的直接因素。新生儿及婴儿期肛周脓肿及肛瘘患者常伴有大便次数多,在此阶段手术,由于粪便对切口的污染,术后创面冲洗换药次数增多,临床工作量增大,更为重要的是不排除再发脓肿,增加了手术次数的风险,加重了医疗负担。小儿肺泡发育不完善,肺容积较少,肺通气功能不够成熟^[7],对手术的耐受能力差,对麻醉要求高,医疗风险增加,而切开排脓术相对比较简单,可以在局麻甚至无麻醉下进行。虽然新生儿期及婴儿期的肛周脓肿及肛瘘,脓腔及瘘管多呈浅在、单纯、垂直,复杂而深的较少^[8],但仍对医疗团队及术者的经验、胆识要求较高,对小儿的肛周结构及内口的准确把握,具有较高的依赖性,如术中易损伤括约肌,存在术后肛

门失禁的风险。

医疗技术是开展根治性手术的核心因素,随着小儿外科、肛肠科医生经验的不断积累及麻醉技术的发展,根治婴幼儿肛周脓肿及肛瘘不是手术的禁区,低龄也非绝对手术禁忌,但应该注重术前整体评估。对于术前评估病变范围大,瘘管深且涉及括约肌多的患儿,一次性根治难以达到临床疗效,可暂时行切开排脓术,待炎症局限后再择期行根治手术;对病情反复发作,病情较为单纯的患儿,应尽快行根治性手术。对于患儿早产,发育较差,或病情稳定,先临床观察,可暂缓根治性手术。对于伴有咳嗽、肺部感染及严重腹泻等手术禁忌者,应暂缓根治性手术,可先行切开排脓术缓解症状。无论在新生儿期还是婴儿期,医疗风险处于可控状态时,均是手术的时间窗口,早期手术治疗将获得更多益处。

2 切除术与挂线术各有所长,挂线术适应面更广

根治性的手术方式以准确处理内口,去除感染源头为标志。目前,以切除术和挂线术为主要代表,近年亦有脱细胞异体真皮基质补片修补的报道^[9],但报道较少,根治效果不确切。内口的准确寻找及处理与切口引流通畅与否是肛周脓肿及肛瘘痊愈的两大因素,在这两个因素中,切除术及挂线术各有其适应面,但对位置较高或具有多发内口的复杂性脓肿及肛瘘,挂线术的适应面更宽广。

正确处理内口是根治肛周脓肿及肛瘘的关键,由于小儿与成人肛窦数目的差异,内口的寻找临床有异,加之临床上患儿手术时已多次反复发作,或经保守治疗而病情进一步进展,临床上出现多内口型复杂性肛瘘并不少见,故术中常需一并处理多处内口,方能达到根治目的。对于单个内口的处理,相对较为简单,无论采取挂线方法或者直接切除,均能达到根治目的;对于多发性内口,内口为相邻肛窦,采取挂线方法,能有效地保护两者之间的肛柱及直肠黏膜组织,可同时紧线或序贯紧线,如行切除术,两者之间肛柱及黏膜组织需切除,利于切口引流及预防假性愈合;内口为不相邻的肛瘘,一般为脓肿波及所致的继发性内口,婴幼儿肛门括约肌发育不完善,肛直环比成人窄而薄,肛管短,一次切除过多括约肌

有肛门失禁、肛门畸形的风险,影响肛门的正常排便反射,挂线疗法可把该类脓肿及肛瘘当成两个单独的单纯型脓肿或肛瘘,采取虚紧结合然后序贯紧线,一处挂线脱落后再收紧另一处,达到根治目的。对于高位的脓肿及肛瘘,切开增加了肛门失禁的风险,而挂线方法能有效降低肛门失禁,保护括约肌功能。

切口引流通畅是肛周脓肿及肛瘘术后愈合的首要因素,术后切口经历炎症期、肉芽组织期及上皮覆盖期,小儿恢复周期短,肉芽组织生长快,与成人稍有差异。行切除术者,切口在炎症期及肉芽组织期,由于切口常较小,坏死组织、渗出物及肉芽组织等易粘连,导致切口引流不畅,形成假性愈合;挂线术由于橡皮筋的引流作用,在炎症期可促进渗液及粪液的引流,在肉芽组织生长期由于橡皮筋的“隔断”作用,可有效降低假性愈合的发生。切除术患儿为防止假性愈合,一方面需将切口设计成稍大稍长,坡度缓的创面,减少粘连的机会,利于引流;另一方面可在换药的时候切口放置引流纱条,起到协助引流、“分隔”创面的作用,减少假性愈合的机会。从切口的大小而言,挂线疗法具有“微创”的优势;挂线术在橡皮筋脱落后才需放置引流纱条,减少了操作,但同时橡皮筋未脱落时,橡皮筋本身作为异物刺激括约肌,疼痛增加,而切除术由于括约肌被切断,疼痛程度较轻。

3 临床案例

向某,男,7月,以“肛周反复红肿流脓1月”入院,既往有“吸入性肺炎”病史,足月顺产,出生体质质量3.4 kg,6个月时添加辅食。体格检查:心肺腹未见明显异常;肛周9、11点位距肛缘约1 cm可见破溃口;自上述破溃口肛门指诊可扪及条索状物通向肛内,按压哭闹。入院诊断为肛瘘。术前常规检查未见明显异常。择期在吸入麻醉联合骶管阻滞麻醉下行高位肛瘘挂线术:右侧卧位,在9点肛周皮肤溃口处做约1 cm弧形切口,进入管腔,腔隙自9点位向6点位延伸,在7点位距肛缘1 cm做一放射状切口,小探针自7点切口探入,可自6点内口探出,剥离9点位至7点位瘘管,用探针引一橡皮筋,自瘘管6点内口穿入,自剩余段瘘管外端7点位切口穿出,放射状切开内口齿线以下皮肤,将橡皮筋两端并拢,结扎橡皮筋挂浮线,待日后紧线,电灼内口。改为左

侧卧位,自11点肛缘处做放射状切口,探针自11点切口探入,可自12点内口探出,引入橡皮筋后收紧橡皮筋挂线,电灼内口。术后抗感染、复方苕柏颗粒冲洗切口,湿润烧伤膏纱条切口换药,5 d后将7点橡皮筋紧线,1周后11点位橡皮筋脱落,出院后当地医院换药至痊愈。本例为多发性肛瘘,且6点内口较深,涉及肌肉多,采取挂线疗法并序贯紧线,待前方橡皮筋脱落后,再将后方橡皮筋紧线,保护了肛门功能,避免了两次手术。

4 结语

小儿肛周脓肿及肛瘘良好的手术结局要素,包括准确寻找内口、减少创伤、减少手术时间、预防便秘及腹泻、重视切口换药。小儿肛门较小,特别是新生儿,肛窦细小,指诊对内口的判断模糊,小型探针是准确寻找内口的有利武器,探查应遵循其自然原则,避免盲目暴力,造成假性内口;对反复发作或局部范围较大的患儿,需警惕继发性内口的遗漏,仔细探查,能有效的降低复发率^[9]。小儿皮肤娇嫩,瘘管纤细,脂肪组织薄弱,括约肌细小,在术中容易误伤,使用针式电刀能够减少损伤,有利于瘘管的剥除,减低热量对括约肌的损害。小儿组织娇嫩,容易被切割断,挂线的松紧度应适当调整,减少张力,控制在3~5 d脱落,能够降低手术对肛门功能的损伤。术前常规禁食禁饮,充分准备,尽快完成手术以减少手术时间,能够尽快恢复机体内环境的平衡,并减少麻醉意外的出现。小儿肛管局部的免疫主要由IgA承担,有研究^[10]证实新生儿肠道局部免疫的主要成分为分泌型免疫球蛋白A(secretory immunoglobulin A, SIgA),腹泻可导致直肠黏膜SIgA减少,其次肛周局部的机械损伤亦可继发感染出现肛周脓肿。术后预防腹泻及便秘,是防止再发的重要举措,一般可给予益生菌调节肠道菌群,便秘严重口服乳果糖,腹泻严重口服蒙脱石散。肛瘘术后切口敷料更换是否到位,是术后顺利恢复的关键,术后炎症期,渗出物较多,需注重切口的冲洗,冲洗液可为生理盐水或者肛肠科传统中药复方坐浴制剂;同时需注意切口旁皮肤的情况,发生肛周湿疹时可使用氧化锌软膏涂抹^[12]。肉芽组织生长及上皮覆盖期,渗出物减少,肉芽组织生长迅速,需注意切口引流条的放置,避免假性愈合。

小儿处于生长发育的动态变化过程中,不同年龄有不同的特征,临床治疗应遵循小儿的生理特点。小儿肛周脓肿及肛瘘的非根治性治疗,流脓、红、肿、热、痛往往反复发作,在一定程度上影响了小儿的生长发育,并影响预防接种时间,实施根治性手术,从另外一种意义上助力了小儿的生长发育,也缓解了家属焦虑情绪。手术方式无绝对好坏之分,但有无是否适用之别,如何选择切除术及挂线术,需具体到患儿的局部病情,精准施术,同时也需考虑医生本身对术式的掌握程度。在全面评估患儿病情,分析获益与风险后,再确定根治性手术的时机,不能以年龄小而延迟手术。

小儿肛周脓肿及肛瘘,一般归属于肛肠外科或小儿外科,致力于该病研究及临床的学者及医生极少,专门开设儿童肛肠病房的医院全国仅寥寥数家。对于非专科医生而言,更倾向保守治疗或行切开引流术,解除当时红肿疼痛的症状,待后续再行根治性手术,故专业的治疗显得更为重要。开展根治性手术,需要医师具有良好的儿科综合实力、医疗团队长时间肛肠疾病的经验技术积累、对医疗执业环境的认可及繁琐临床工作的热忱,非仅仅考虑年龄因素。

参考文献

[1] 张强,陆金根,梁宏涛.婴幼儿肛周脓肿及肛瘘诊治进展[J].中国

医药导报,2018,15(16):34-37.

- [2] 肖兰福,胡家珍,李俊忠.小儿肛周脓肿 33 例治疗体会[J].中华小儿外科杂志,2008,29(12):766-767.
- [3] 张东铭.盆底肛直肠外科理论与临床[M].2 版.北京:人民军医出版社,2011:187-189.
- [4] EZER S S, OZUZKURT P, INCE E, et al. Perianal abscess and fistula-in-ano in children: Aetiology, management and outcome[J]. Journal of Paediatrics and Child Health, 2010, 46(3): 92-95.
- [5] CIOLI V M, GAGLIARDI G, PESCATORI M. Psychological stress in patients with anal fistula[J]. International Journal of Colorectal Disease, 2015, 30(8): 1123-1129.
- [6] 黄乃健.中国肛肠病学[M].济南:山东科学技术出版社,1996:69-70.
- [7] 罗惠玲,白波,龚湛潮,等.不同日龄新生儿肺功能变化的研究[J].华夏医学,2018,31(4):105-109.
- [8] 周守芝,王强.150 例小儿肛瘘的手术治疗[J].重庆医学,2009,38(9):1141-1142.
- [9] 杨运霞,郭颖媛,荣雪静,等.脱细胞异体真皮基质填塞治疗小儿肛瘘临床体会[C]//国际数字医学会数字中医药分会成立大会暨首届数字中医药学术交流会论文集.珠海,2016:588-589.
- [10] JUTH KARLSSON A, SALÖ M, STENSTRÖM P. Outcomes of various interventions for first-time perianal abscesses in children [J/OL]. BioMed Research International, 2016, 2016: 9712854.
- [11] 陆新瑜.浅谈婴幼儿肛痛的病理及治疗[J].实用中医药杂志,2003,19(10):545.
- [12] 刘军艳,张胜茹.中西医结合护理在肛瘘术后疼痛程度及便秘预防中的应用效果[J].湖南中医药大学学报,2019,39(9):1157-1161.

(本文编辑 贺慧斌 黎志清)