◇临床医学◇

# 克罗恩病肛瘘治疗方法的探讨

陈慧,马木提江·阿巴拜克热,刘学,路明
(新疆医科大学第一附属医院肛肠科,新疆 乌鲁木齐 830011)

**摘要:目的** 分析克罗恩病(CD)引起的复杂性肛瘘挂线的移除时间。**方法** 回顾性分析44例CD引起的复杂性肛瘘的患者,按是否3周内移除挂线分为A、B两组,根据患者术后的各项指标分析两组的预后。**结果** 两组在年龄($\chi^2=0.206\ 0,P=0.983\ 7$)、性别($\chi^2=0.796\ 9,P=0.372\ 0$)、民族($\chi^2=0.007\ 3,P=0.931\ 8$)、术前Wexner评分($\chi^2=0.138\ 1,P=0.890\ 8$)方面比较差异无统计学意义($P>0.05$)。两组术后出院时Wexner评分($t=2.815\ 9,P=0.007\ 4$)、肛瘘的愈合时间($t=4.360\ 5,P=0.000\ 1$)方面比较差异有统计学意义($P<0.05$)。在住院时间($t=1.584\ 3,P=0.120\ 6$)、治疗后完全愈合($t=0.384\ 9,P=0.535\ 0$)比较差异无统计学意义($P>0.05$)。**结论** 对于CD引起的复杂性肛瘘挂线时间可能与患者的预后有关联,然而具体移除时间仍不能确定,但对患者预后而言,术后3周之后移除挂线较3周之内移除挂线更有帮助。

**关键词:**克罗恩病;肛瘘;挂线
**doi:**10.3969/j.issn.1009-6469.2018.01.010

# Treatment of Crohn′s disease accompanied with anal fistula

CHEN Hui,Mamutijiang·Ababaikere,LIU Xue,LU Ming
(*Department of Proctology,The First Affiliated Hospital of Xinjiang Medical University,
Urumqi,Xinjiang* 830011,*China*)

**Abstract:Objective** To analyze the removal time of complex anal fistula caused by Crohn′s disease. **Methods** Forty-four patients with Crohn′s disease caused by complex anal fistula from January 2006 to June 2016 in The First Affiliated Hospital of Xinjiang Medical University were retrospectively analyzed. The prognosis of the two groups was analyzed according to a number of postoperative indexes. **Results** There were no statistically significant differences between two groups in the baseline data such as age($\chi^2=0.206\ 0,P=0.983\ 7$),gender($\chi^2=0.796\ 9,P=0.372\ 0$),nationality($\chi^2=0.007\ 3,P=0.931\ 8$). Differences in Wexner score($t=2.815\ 9,P=0.007\ 4$) at the time of postoperative discharge,the healing time of anal fistula ($t=4.360\ 5,P=0.000\ 1$) were statistically significant between the two groups. Hospitalization time ($t=1.584\ 3,P=0.120\ 6$),and complete healing after treatment ($t=0.384\ 9,P=0.535\ 0$) were not statistically different between the two groups. **Conclusions** There was correlation between prognosis and specific removal time of complex anal fistula caused by Crohn′s disease. However,the specific removal time of complex anal fistula is still uncertain. This study showed that the removal of the thread after three weeks,the prognosis effect is better than the removal of the thread within three weeks.

**Keywords:**Crohn′s disease;anal fistula;seton drainage

克罗恩病(CD)是一种慢性、透壁性炎症性疾病,可累及全胃肠道及肛周,疾病自身的炎症可导致肛门内、外括约肌的损害,累及直肠的炎症导致直肠顺应性降低,继而导致肛门括约肌的功能下降,也可因为结肠吸收水分障碍、直肠容积及顺应性下降而导致肛门功能失禁。肛瘘是CD最常见的肛周病变,且瘘管多为复杂性的,治疗困难且特别容易复发,患者的生活质量严重下降[1]。由于挂线引流可使瘘管始终处于开放状态,从而限制脓肿的反复发作。松弛挂线(非切割型挂线)是首选方式,可以保持肛门外括约肌的完整性。而切割型挂线由于在肛管形成瘢痕会带来较高的肛门功能失禁风险(54%)。但挂线的缺点是由于挂线的长期存在使瘘管无法“闭合”,所以需要在适当的时候移除挂线,但挂线移除的具体时间仍然不确定[2]。此类临床研究仍较少,本研究回顾性分析2006年1月—2016年6月就诊于新疆医科大学第一附属医院CD肛瘘患者的临床资料,探讨究竟何时移除挂线对患者术后恢复较好,为临床诊疗提供一定的参考价值。

基金项目:国家自然科学基金(81460133);新疆维吾尔自治区科技协同创新项目(2016E02063)

通信作者:马木提江·阿巴拜克热,男,教授,硕士生导师,研究方向:结直肠病治疗,E-mail:834140633@qq.com

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 收集2006年1月—2016年6月就诊于新疆医科大学第一附属医院CD复杂性肛瘘患者44例,分A、B两组,A组是术后3周之内移除挂线组,B组是术后3周之后移除挂线组,已排除了单纯性肛瘘及伴有心、肝、肾功能严重不良的患者。其中男性23例,女性21例,男女比例1.1∶1,发病年龄13~56岁,平均41.2岁,汉族28例,少数民族共16例,包括维吾尔族7例,哈萨克族4例,回族3例,柯尔克孜族2例。

**1.2 诊断方法** CD:依据世界卫生组织提出的诊断标准进行诊断:(1)节段性病变;(2)纵行溃疡;(3)全壁性炎症病变;(4)非干酪性肉芽肿;(5)瘘管或裂沟;(6)肛门部位病变;经X线或内镜检查,发现有(1)(2)(3)为疑诊,(1)(2)(3)合并(4)(5)(6)任一项可确诊,症状(4)合并(1)(2)(3)任两项也可确诊[2]。肛瘘:根据美国胃肠病学会(AGA)提出的,即"单纯性瘘管/复杂性瘘管"[3]。单纯性肛瘘是指低位肛瘘,包括表浅的、齿状线以下的括约肌间型、经括约肌型;仅有一个外口或没有脓肿形成的肛瘘;没有直肠阴道瘘或肛门直肠狭窄的依据。复杂型肛瘘则是齿状线上方的括约肌间型、经括约肌型、括约肌上方型或括约肌外方型;有多个外口以及有波动感的脓肿形成。肛门的专科检查(直肠指诊)、肛周B超及MRI诊断肛瘘及是否伴有肛周脓肿。

**1.3 治疗方法** 所有患者均为择期手术,根据AGA克罗恩病专家共识,所有纳入的患者手术方式均为非切割性挂线。方法:骶管麻醉生效后,协助患者取右或左侧卧位,1%的碘伏消毒术区3遍,铺无菌巾,扩肛,以直肠指诊先查清内口的数量,瘘管的走向和位置。术者左手食指在肛管内引导,右手持探针从外口沿瘘管走向的方向缓慢向肛内探入,探针通过瘘管至内口无阻力穿出,切开肛管皮肤,向上至齿状线处黏膜,向下深至肌肉,然后予以挂线。如患者伴有齿状线以下的瘘管,直接行瘘管切除术。术后处理:术后两组患者均流质饮食控制排便24 h,应用抗生素5~7 d,术后第2天起,每天根据大便情况口服芪蓉润肠口服液,软化并促进排便,切开挂线处每日给予油纱条填塞换药,便后中药坐浴清洗,碘伏棉球消毒切口创面,直至伤口完全愈合。按患者术后挂线的移除时间将患者分为两组,A组21例(术后3周之内移除挂线),B组23例(术后3周之后移除挂线)。

**1.4 疗效评估** 疗效标准:根据出院时Wexner评分、住院时间、肛瘘的愈合时间、治疗完全愈合率来评价患者的预后。

**1.5 随访** 所有患者均填写研究知情同意书,治疗后采用门诊或电话随访半年。

**1.6 统计学方法** 所有数据均用SPSS 17.0统计软件进行计算。本组计数资料采用相对数描述,组间比较采用$\chi^2$检验(样本量较小时采用Fisher确切概率法);计量资料采用$t$检验。$P<0.05$为差异有统计学意义。

## 2 结果

两组在年龄($\chi^2=0.2060$, $P=0.9837$)、性别($\chi^2=0.7969$, $P=0.3720$)、民族($\chi^2=0.0073$, $P=0.9318$)、术前Wexner评分($t=0.1381$, $P=0.8908$)上均差异无统计意义($P>0.05$),见表1。A、B两组在术后出院时Wexner评分($t=2.8159$, $P=0.0074$)、肛瘘的愈合时间($t=4.3605$, $P=0.0001$)方面,差异有统计学意义($P<0.05$),在住院时间($t=1.5843$, $P=0.1206$)、治疗后完全愈合($t=0.3849$, $P=0.5350$)方面,差异无统计学意义($P>0.05$)。

**表1 CD患者的一般资料**

| 组别 | 例数 | 年龄/(岁,$\bar{x}\pm s$) | 性别/例 | | 民族/例 | | 术前Wexner评分/(分,$\bar{x}\pm s$) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | 男 | 女 | 汉族 | 少数民族 | |
| A组 | 21 | 42.32±3.21 | 9 | 12 | 13 | 8 | 13.57±3.87 |
| B组 | 23 | 42.34±3.32 | 14 | 9 | 15 | 8 | 13.41±3.81 |
| $t(\chi^2)$值 | | 0.2060 | (0.7969) | | (0.0073) | | 0.1381 |
| $P$值 | | 0.9837 | 0.3720 | | 0.9318 | | 0.8908 |

**表2 术后两组各指标的比较**

| 组别 | 例数 | 出院时Wexner评分/(分,$\bar{x}\pm s$) | 肛瘘的愈合时间/(d,$\bar{x}\pm s$) | 住院时间/(d,$\bar{x}\pm s$) | 治疗后愈合例数 |
|---|---|---|---|---|---|
| A组 | 21 | 3.26±0.54 | 25.04±3.26 | 5.30±4.70 | 18 |
| B组 | 23 | 2.87±0.37 | 20.04±4.23 | 7.50±4.03 | 22 |
| $t(\chi^2)$值 | | 2.8159 | 4.3605 | 1.5843 | (0.3849) |
| $P$值 | | 0.0074 | 0.0001 | 0.1206 | 0.5350 |

## 3 讨论

CD 是一种以慢性肉芽肿性炎症为主要病变的非特异性肠炎。此病具体病因尚不明确,目前大多数学者认为 CD 与自身免疫缺陷、遗传、感染等因素有关。其病变可累及全胃肠道、全壁层炎症,并呈节段性分布[4]。据 Sangwan 等研究,肛周 CD 的发病率从 3.8% ~80.0% 不等[5-6]。肛瘘是 CD 肛周的主要病变,发生率高达 43%[7]。肛周丰富的淋巴组织解释了肛周 CD 发病的主要原因。

目前 CD 引起的肛瘘根据肠道有无炎性病变及 CD 的活动程度等因素采用不同的治疗方法,部分学者认为甲硝唑和环丙沙星是治疗肛周 CD 的一线用药,特别是 CD 伴有瘘管化脓性并发症时[8-9]。根据 Stringer 等[10]学者的研究,肛周 CD 患者使用甲硝唑有 80% 临床症状缓解。目前临床上大多认为,表浅的齿状线以下的肛瘘选择瘘管的切开,复杂性肛瘘宜选择行长期的挂线引流。决定肛瘘手术是否成功的关键因素有 4 点:(1)是否准确找到正确的内口并给予针对性的处理;(2)是否将瘘管彻底切除;(3)是否正确处理肛门括约肌;(4)是否将创口彻底通畅引流[11-12]。要想使瘘管根治,传统上认为要彻底清除病灶,并要充分引流,这样就会在一定程度上造成括约肌的损伤,会引起肛门功能失禁。怎样才能既能尽可能的保护肛门的功能,又能使瘘管完全愈合,是我们一直研究的重点。对于有症状的复杂性肛瘘主张多学科联合治疗,例如外科手术联合内科药物治疗,包括非切割型挂线、抗生素及生物制剂等治疗方式的联合治疗[13]。CD 引起的肛瘘多为复杂性肛瘘,宜采用长期挂线引流(非切割型挂线)。长期挂线引流能使瘘管始终处于开放状态,从而限制和减轻症状,并预防脓肿出现及反复发作,最大程度上保护肛门括约肌的功能,降低肛门功能失禁的发生率[14-15],是目前最好的治疗方法。挂线属于异物会刺激局部产生炎性反应引起纤维化,而使瘘管形成时或者术中损伤的括约肌断端与周围组织粘连固定,利于保护肛门的功能。

根据最新的世界胃肠组织 CD 肛瘘专家共识,CD 肛瘘长期挂线引流过程中挂线的移除时间仍不能确定。根据本次研究结果,出院时肛瘘的 Wexner 评分($t=2.815\ 9$, $P=0.007\ 4$)、肛瘘的愈合时间($t=4.360\ 5$, $P=0.000\ 1$)差异有统计学意义,术后 3 周后移除挂线,术后肛门发生失禁的概率较小,肛瘘的平均愈合时间缩短,即术后 3 周后移除挂线患者愈合较快,有利于术后恢复。而住院时间($t=1.584\ 3$, $P=0.120\ 6$)、治疗后完全愈合($t=0.384\ 9$, $P=0.535\ 0$)差异无统计学意义。即患者术后 3 周之内移除挂线和 3 周后移除挂线对住院时间长短及术后完全愈合率没有影响,挂线移除的具体时间仍然不是特别明确,但是根据本次研究数据的统计分析术后 3 周后移除挂线的患者肛瘘的平均愈合时间缩短,Wexner 评分降低,即肛门失禁的发生率降低。但是由于统计的患者数量有限,并可能有地域和民族的差异,所以此项回顾性研究的广泛适用性仍待于进一步的探究,我们纳入的研究中并非所有的患者都进行全肠道的检查,另外对于比较粗心的患者也不能准确的去判断 CD 和肛瘘的发病顺序,所以并不能排除有 CD 合并肛瘘的患者,这可能会影响此研究的结果。随着生物制剂在临床的推广应用,CD 的治疗目标由单纯临床症状的缓解转变为肠道黏膜的愈合[16-17]。生物制剂能够使约 30% 的患者达到肠道黏膜愈合[18-19]。对于 CD 肛瘘的患者生物制剂联合外科手术是否会达到治愈的另一个高度,还需要我们进一步的研究,需要更多的临床随机对照试验去证实,这也是我们下一步的目标。

综上所述,CD 引起的肛瘘因 CD 自身的病因不明确,目前也无明确的治疗方案,又因 CD 引起的肛瘘多为复杂性肛瘘,又使 CD 肛瘘的治疗提高到了更高的难度,但是本次研究表明术后 3 周后移除挂线较 3 周之内移除挂线,患者预后较好。

## 参考文献


[1] 沈小斌. 克罗恩病引起的肛瘘治疗体会[J]. 内蒙古中医药, 2011,30(22):26.

[2] 李悠然(译),谷云飞,练磊(审校). 世界胃肠病组织克罗恩病肛瘘专家共识[J]. 中华胃肠外科杂志,2015,18(7):726-729.

[3] American Gastroenterological Association Clinical Practice Committee. American gastroenterological association medical position statement: perianal crohn's disease [J]. Gastroenterology, 2003 (5):1503-1507.

[4] 魏慧. 克罗恩病发病机制的研究进展[J]. 临床消化病杂志, 2014,26(4):249-251.

[5] SANGWAN YP, JRSCHOETZ DJ, MARRY JJ, et al. Perianal Crohn's disease: result of local surgical treatment[J]. Dis Colon Rectum, 1996,39:529-535.

[6] MCCLANE SJ, ROMBEAU JL. Anorectal Crohn's disease[J]. Surg Clin North Am, 2001,81(1):169-183.

[7] SCHWARTZD A, PEMBERTON JH, SANDBORN WJ. Diagnosis and treatment of perianal fistulas in Crohn disease[J]. Ann Intern Med, 2001,135(10):906-918.

[8] CAPRILLI R. European evidence based consensus on the diagnosis and management of Crohn's disease: special situations[J]. Gut, 2006,55(1):i36-i58.

[9] 中华医学会消化病学分会. 对炎症性肠病诊断治疗规范的建议[J]. 中华内科杂志,2001,40(2):138-141.