

·指南与共识·

肛周脓肿临床诊治中国专家共识

中国医师协会肛肠医师分会指南工作委员会

中国医师协会肛肠医师分会指南工作委员会, 致力于推动结肠直肠肛门疾病的研究、预防和治疗, 由学会经验丰富的结直肠盆底外科专家组成, 根据可获得的最佳证据制定临床实践指南, 为患者提供优质医疗。该指南就疾病概述、研究方法和具体建议等方面依次阐述, 对专科医师、医务人员和希望了解指南中所包含的相关疾病治疗的患者具有重要指导意义。

一、疾病概述

肛周脓肿和肛瘘形成的机制是肛腺阻塞感染形成脓肿, 慢性感染和引流管道的上皮化形成肛瘘。肛周脓肿的定义取决于脓肿发生的解剖间隙, 其中肛周皮下和坐骨直肠窝脓肿较为常见, 而括约肌间、肛提肌上及直肠黏膜下的脓肿相对较少。肛周脓肿的发病率男性多于女性, 且在任何年龄段均可发病, 发病的高峰年龄通常在 20 ~ 40 岁。原则上, 肛周脓肿的处理是及时切开和引流。30% ~ 70% 的肛周脓肿患者会伴发肛瘘, 即使没有伴发肛瘘, 仍有 1/3 会在脓肿引流数月或数年内诊断为肛瘘^[1-2]。

二、肛周脓肿和肛瘘的初步评估

1. 询问病史和体格检查, 了解症状、危险因素、病变部位、继发性感染蜂窝织炎和肛瘘的存在。

肛周脓肿的诊断通常基于病史和体格检查。浅表脓肿往往表现为肛周疼痛和肿胀, 但很少发热。深部脓肿如坐骨直肠窝或者骨盆直肠间隙的脓肿可伴有会阴或腰骶部疼痛。其诊断有时需要借助指诊检查或者肛门镜进行确诊。当清醒因疼痛或压痛检查受限时, 需要在镇静或麻醉下完成。肛周脓肿的鉴别诊断包括肛裂、血栓痔、藏毛窦、汗腺炎、肛管癌和癌前病变、克罗恩病以及性传播疾病。患者的病史采集上需要包括肛门括约肌功能、肛门直肠部手术史以及相关胃肠道、泌尿道、妇科病史等信息, 会阴部检查应包括探查手术瘢痕、肛门直肠畸形、克罗恩病肛周表现和外口的部位。瘘管探查有助于确定瘘道的位置, 但需注意动作轻柔, 避免造成假道。Goodsall's 定律在判断肛门前方瘘管走行上较肛后方的准确率高^[1-2]。

2. 肛管直肠周围肿胀疼痛, 伴有发热或不适, 疑似为肛管直肠周围脓肿。浅表脓肿表现局部红肿, 可触及肿块, 或有波动感; 深部脓肿直肠指检有触痛, 可触及有波动感的肿块, 盆腔 CT、MRI 或盆腔超声检查可作出鉴别诊断。

电子计算机断层扫描(CT)、超声、磁共振成像(MRI)或瘘管造影对于诊断隐匿性脓肿、复发性肛瘘以及克罗恩病

肛周病变是有效的。MRI 对于肛周脓肿及其瘘管的诊断优于 CT。经直肠超声(EUS), 无论是否使用过氧化氢增强, 对肛周脓肿和肛瘘的诊断和分类都是有效的。经会阴超声(TPUS) 作为非侵袭性的检查方式与 EUS 诊断肛周脓肿的价值相似。肛瘘瘘管造影术也是判断瘘管的有效办法。以上诊断方法联合使用可提高诊断肛瘘的准确性, EUS、MRI 和麻醉下检查的准确率分别为 91%、87% 和 91%, 而两种技术联合使用的准确率可达 100%^[1-2]。

三、肛周脓肿的治疗

1. 肛管直肠周围脓肿的治疗就是切开引流, 一旦诊断为肛管直肠周围脓肿应及时切开引流, 不管有没有成脓(有无波动感), 脓肿没有及时引流会播散引起周围间隙的感染和全身感染。

外科引流依然是肛周脓肿最基本的治疗, 原则上切口应紧靠肛缘, 以缩短潜在瘘管的长度并确保引流通畅。坐骨直肠窝脓肿, 或向上蔓延引起提肛肌上方脓肿, 在肛周尽量靠近括约肌复合体外缘作引流切口。括约肌间脓肿, 或向上蔓延引起提肛肌上方脓肿, 或是盆腔脓肿向下蔓延, 应经肛从直肠腔内引流, 也可以置管引流或挂线引流, 避免形成经括约肌瘘或括约肌外瘘^[3]。

外科引流后, 约有 44% ~ 50% 的患者出现复发, 且大多发生在初始治疗后的 1 年内。引流不畅、形成分隔马蹄形脓肿以及初次瘘管切开失败均是肛周脓肿复发的危险因素。马蹄形脓肿多来源于括约肌间和肛后深间隙的感染, 但可蔓延到肛前深间隙, 也可以蔓延至单侧或双侧的坐骨直肠窝。1965 年首次介绍的 Hanley 手术治疗马蹄形脓肿是有效的, 在后正中作放射状切口, 通过主管切开引流肛后深间隙脓肿, 如果需要再加两侧坐骨直肠窝切开完全引流, 但该术式损伤大, 大宗的病例报道还缺乏对肛门括约肌功能长期影响的综合评估。改良 Hanley 手术是通过切开部分括约肌结合分次紧线的方法治疗马蹄形脓肿, 在两侧坐骨直肠窝作对口引流, 创伤小, 显示出与 Hanley 手术相似的疗效, 且保护了肛门括约肌的功能^[1,3,4]。

2. 对内口明确伴有瘘管形成的患者, 如果是单纯性肛瘘, 或复发风险较高的马蹄形脓肿, 可以考虑行肛瘘切开术(一期手术); 对高位复杂性脓肿、女性前侧脓肿, 即使有瘘管形成, 还是以切开引流或挂线引流为主, 不推荐作一期手术。

肛周脓肿患者中约有 30% ~ 70% 会伴发肛瘘。脓肿切开引流的同时行瘘管切开术仍存在争议。尽管瘘管切开术可能处理感染的肛腺隐窝, 但炎症和组织水肿使得内口难以辨别, 盲目探查可能造成假道或更大创伤。因此, 脓肿切

开引流术时面对单纯性瘘管, 是否行瘘管切开术需要权衡潜在的获益(治愈)和风险(肛门失禁), 在这种情况下, 挂线引流可作为瘘管切开术的安全替代, 待瘘管形成或瘘管成熟后再行确定性手术或保留括约肌手术, 如松弛挂线技术、推移瓣、LIFT 手术^[1,3-4]。

3. 对于肛周和会阴局部感染严重的肛管直肠周围脓肿, 可考虑使用抗生素, 伴全身感染、心脏瓣膜疾病、糖尿病和免疫抑制的患者需要应用抗生素。

原则上, 身体状况良好的非复杂性肛周脓肿患者行脓肿切开引流术后不推荐常规使用抗生素, 因其并不能改善治愈率和减少复发。然而, 对于伴有蜂窝组织炎、系统性疾病以及免疫抑制的肛周脓肿患者, 仍推荐使用抗生素治疗。对于难愈性和复发感染创面者, 可行创面分泌物培养。对于艾滋病潜伏感染和非特异性细菌感染(如结核), 可从微生物培养中获益并选择敏感抗生素。推荐以下患者在脓腔切开引流前使用抗生素: 心脏人工瓣膜、先天性心脏病和心脏瓣膜移植患者^[1]。

4. 大多数肛管直肠周围脓肿切开引流的患者, 创面的细菌培养是不必要的, 当对选择抗生素治疗有影响或高危耐药的免疫抑制患者, 可以作创面的细菌培养。

四、其他特殊类型肛周脓肿的治疗

1. 克罗恩病肛周脓肿: 药物治疗仍是克罗恩病脓肿和肛瘘的首选。而手术往往作为控制感染或药物治疗的辅助手段。抗生素治疗克罗恩肛瘘有效, 特别是甲硝唑及氧氟沙星治疗瘘管性病变可使 90% 的患者症状改善。然而, 生物制剂是现代克罗恩病的主要治疗方式, 英夫利昔单抗可作为一线用药。1 级证据显示, 英夫利昔单抗治疗克罗恩病肛瘘的初始治愈率为 38% ~ 55%, 远期治愈率达 39%^[1-2]。

(1) 松弛挂线可以作为复杂性克罗恩病脓肿和肛瘘的综合性治疗和长期姑息性治疗: 对于复杂性克罗恩病肛瘘, 长期挂线引流可以有效地改善炎症和避免外口闭合。对于使用英夫利昔单抗治疗的患者, 何时拆除挂线存在争议。一项随机 ACCENT 2 试验显示, 英夫利昔单抗使用 2 周后拆除挂线, 结果有 15% 的患者再发脓肿。由此, 有学者建议保

留挂线直到英夫利昔单抗治疗结束^[1-2]。

(2) 粪便转流术对控制克罗恩病肛周脓肿是有效的: 对于复杂性克罗恩病肛周病变, 约有 31% ~ 49% 的患者需要行粪便转流手术。证据显示, 行粪便转流术后, 约有 81% 的患者症状得到改善。尽管肛周克罗恩病最佳的治疗方式为药物治疗, 但仍有 68% 的患者最终需要行直肠切除术来控制难治性症状。

2. 伴 HIV 感染的肛周脓肿: 艾滋病肛周脓肿的表现类似于克罗恩病肛周脓肿, 研究显示, 切开引流有效, 脓肿切开应充分, 如果伴有肛瘘形成, 可作松弛挂线引流, 因此伴有肛周脓肿时不建议保守治疗^[5]。

3. 伴结核感染的肛周脓肿: 治疗原则与肛周脓肿相同, 同时结合规范的抗结核治疗。

参与共识讨论及修改的专家: 魏东、钱群、邵万金、高峰、王绍臣、陈朝文、杨晓东、张春霞、邹贤军、张玉茹、王琛、王振宜、林宏城、许晨

参 考 文 献

- [1] Vogel JD, Johnson EK, Morris AM, et al. Clinical Practice Guideline for the Management of Anorectal Abscess, Fistula-in-Ano, and Rectovaginal Fistula [J]. Dis Colon Rectum, 2016, 59(12):1117-1133. DOI:10.1097/DCR.0000000000000733.
- [2] Malik AI, Nelson RL, Tou S. Incision and drainage of perianal abscess with or without treatment of anal fistula [J]. Cochrane Database Syst Rev, 2010,(7):CD006827. DOI:10.1002/14651858.
- [3] Breen E, Bleday R. Perianal and perirectal abscess, 2018 Up To Date[DB/OL]. <https://www.uptodate.com>.
- [4] Ruffo BE. Anorectal Abscess//Corman ML, ed. Corman's Colon and Rectal Surgery [M]. 6th ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins, 2013:367.
- [5] Davis BR, Kasten KR. Anorectal Abscess and Fistula//Steele SR, Hull TL, Read TE, et al. The ASCRS Textbook of Colon and Rectal Surgery [M]. 3rd ed. New York, NY: Springer, 2016:215.

(收稿日期:2018-04-03)

(本文编辑:卜建红 王静)

第十一届中国医师协会外科医师年会(2018CCS)会议通知

由中国医师协会、中国医师协会外科医师分会(Chinese College of Surgeons, CCS)主办,北京医师协会、北京医师协会外科医师分会联合主办,北京大学人民医院承办的第十一届中国医师协会外科医师年会将于 2018 年 5 月 17 日—20 日在北京国际会议中心召开。

本届年会将继续秉承历届年会的优秀传统,理论与实践相结合,力求加强医务工作者的综合能力培养、提高临床实践能力、促进外科科学的发展和进步,为全体外科同仁提供一个国际性高水平的交流平台。

如希望了解会议详细信息可登陆 www.ccs2007.net.cn,或请致电 010-57208630。

中国医师协会外科医师分会