

脱细胞异体真皮基质填塞治疗小儿肛瘘 31 例

马新生 赵贤峰 张风华 刘伟 张建安 李静涛 张丽永 连贵新

【摘要】 目的 研究脱细胞真皮基质材料治疗肛瘘的临床效果。**方法** 根据瘘道的长度和管腔内经修剪脱细胞异体真皮基质,将脱细胞异体真皮基质填塞至瘘道,多个外口的复杂瘘道分别填塞。**结果** 27 例一期愈合,4 例手术失败,肛瘘复发,一期治愈率 87%。术后随访 3~15 个月,一期治愈 27 例无肛瘘复发,肛周无红肿,肛门无畸形,无大便失禁。**结论** 脱细胞异体真皮基质填塞治疗肛瘘的微创方法具有创伤小,痛苦轻,术后无需镇痛,愈合快。

【关键词】 直肠瘘; 治疗; 儿童

肛瘘是肛周常见的慢性感染性疾病,多数由肛周脓肿迁延不愈或治疗不当形成,肛瘘不能自愈,必需手术治疗。传统手术方式的共同点是创面大,愈合时间长,并发症多。随着生物技术和各种医用生物材料的不断改进,脱细胞异体真皮基质(acellular dermal matrix ADM)逐渐应用到肛瘘的填塞治疗中,本院自 2011 年 4 月至今应用脱细胞异体真皮基质治疗小儿肛瘘 31 例,取得良好效果。

资料与方法

一、临床资料

本组 31 例均为住院患儿,男 18 例,女 13 例。年龄 3 个月至 13 岁,平均 53.3 个月。男性患儿均为肛周瘘管,女性患儿中,后天性直肠前庭瘘 7 例,直肠阴唇瘘 6 例。单纯性瘘 26 例,复杂性瘘 7 例,最多 3 个外口,2 个内口。瘘管外口距肛门 1.2~3.3 cm,病程 2 个月至 10 年。

二、脱细胞异体真皮基质

脱细胞异体真皮基质由北京清源生物有限公司生产提供,适应于组织缺损的修复。

三、诊断标准:

① 有会阴部或肛周脓肿病史;② 临床表现为会阴部或肛周流脓、疼痛、瘙痒等;③ 局部检查可见外口、瘘管(和内口)。

四、病例选择标准

年龄 > 3 个月;能明确诊断,遵医嘱定期复查

者,排除结核、肿瘤、放线菌病者。

五、治疗及观察

1. 围手术期处理:术前进行三大常规、肝功能、凝血五项、院感五项、胸片检查。急性感染期静脉滴注抗生素,结合会阴部理疗,待炎症消退或减轻后手术治疗。术前晚灌肠通便,术晨清洁灌肠。不需镇痛,禁食 48 h,常规使用广谱抗生素 3~5 d。

2. 手术方法:患儿全麻后取截石位,臀部垫高。使用探针确定内、外口及瘘管。双氧水及碘伏冲洗瘘道,干纱布反复擦洗瘘道,去除瘘道内水分及分泌物,露出新鲜创面。根据瘘道的长度和管腔内经修剪脱细胞异体真皮基质,将脱细胞异体真皮基质填塞至瘘道,多个外口的复杂瘘道分别填塞,用 5-0 可吸收线将脱细胞异体真皮基质固定在直肠黏膜下层,同时封闭内口,剪除外口多余的材料,外口开方不缝合。术后观察肛周疼痛、出血、愈合时间、肛门形态、肛门失禁及术后复发等。

结果

手术时间 13~50 min,平均 20 min。术后 2~3 d 瘘口有胶冻状淡黄色分泌物渗出,无出血。1 例肛周胀痛,术后第 4 天消失。瘘管内口愈合时间 7~16 d,平均 12.4 d,2~3 个月瘘外口自然愈合。27 例一期愈合,4 例手术失败,肛瘘复发,一期治愈率 87%。术后随访 3~15 个月,一期治愈 27 例无肛瘘复发,肛周无红肿,肛门无畸形,无大便失禁。

讨论

肛瘘的传统治疗方法是瘘管切开术,肛瘘挂线

术,肛瘘切除术,直肠内黏膜推移覆盖等手术方式。传统的肛瘘手术方法疗程长,痛苦大,有肛门功能受损的风险。脱细胞异体真皮基质是经脱细胞处理后去除了组织中含有的各种细胞而完整地保留了细胞外基质的三维框架结构,新生的自体组织逐渐替代降解的植入物,是一种能修复软组织的生物材料^[1],该生物材料已广泛应用到口腔外科、整形外科、妇科、泌尿外科、普通外科等软组织修复治疗中。临床资料表明脱细胞异体真皮基质具有良好的组织相容性,有显著的抗感染能力及足够的张力,无毒副作用及致敏性,安全系数高^[2-3]。

近年来国内外不少学者用脱细胞异体真皮基质填塞治疗肛瘘,手术方法简单易行,不损伤肛门括约肌,术后肛门外观无变形。脱细胞异体真皮基质填塞治疗肛瘘的成功率 75%~100%^[3-4],本组 31 例肛瘘治愈率为 87%。分析本组 4 例未能一期愈合的原因有以下几点:1 例治疗初期经验不足,瘘道内肉芽组织清理不彻底;脱细胞异体真皮基质材料修剪直径过小,未能使材料与瘘道内壁紧密贴合。移植材料能以接近伤口愈合的方式与受植区组织结合,更易于细胞的爬行替代和血管化,更利于创面的修复^[5]。术前清洁灌肠及术后禁食的目的是防止术中、术后排便污染或排便后护理不当,误将脱细胞异体真皮基质拉扯断裂。1 例术后第 2 天不慎将脱细胞异体真皮基质脱落。1 例家长误将脱细胞异体真皮基质材料当做粪便,将其拉扯断裂。术后 2~3 d 瘘口有胶冻状淡黄色分泌物渗出,系脱细胞异体真皮基质降解物或瘘管分泌物,应用棉签将分泌物擦去,防止分泌物干燥后堵塞瘘口至引流不畅。1 例系复杂瘘,术前炎症控制不彻底、术后引流不通畅手术失败。

女性直肠前庭瘘、直肠阴唇瘘如果治疗方法选

择不正确,会导致肛门括约肌、阴唇后联合或会阴体断裂,肛门失禁,应用脱细胞异体真皮基质修补女性患儿肛前瘘简便、安全、微创,效果满意^[6]。本组 1 例女性 3 岁时因直肠前庭瘘行经肛门瘘管切除、修补术,术后复发,瘘管反复感染。本次术前检查 3 个外口,1 个内口,应用脱细胞异体真皮基质分别填塞瘘管,2 个瘘管一期愈合,另一个瘘管术后 1 个月随访时愈合。

脱细胞异体真皮基质填塞治疗肛瘘的微创方法,创伤小,痛苦轻,术后无需镇痛,愈合快。对于一次治疗失败的患儿,该方法可重复操作,多个瘘管的复杂瘘可同时治疗,肛门功能、外观不受影响。本组病例有限,术后随访时间短,仍需继续收集病例,追踪随访。

参考文献

- 1 史瑞霞,王业皇,吴金萍. 生物补片内口封闭瘘道填塞术治疗肛瘘临床观察[J]. 中医学报,2012,27(169):764-765.
- 2 曾华,江金祥. 脱细胞异体真皮基质肛瘘填塞术的疗效观察[J]. 实用中西医结合临床,2012,12(5):79-80.
- 3 王丽亚,董彦清,张鹏举,等. 脱细胞异体生物材料治疗男性小儿肛瘘[J]. 中华小儿外科杂志,2011,32(3):236-237.
- 4 安少雄,黄斌. 脱细胞异体真皮基质填塞治疗肛瘘的临床体会[J]. 北京医学,2012,34(2):122-124.
- 5 于洪波,魏奉才,赵华强. T-1 型脱细胞异体组织补片修复颊黏膜缺损的临床研究[J]. 口腔颌面外科杂志,2006,16(1):42-44.
- 6 王丽亚,董彦清,张鹏举,等. 应用脱细胞异体真皮基质补片治疗女性婴幼儿直肠前庭瘘 19 例报告[J]. 中国微创外科杂志,2011,11(7):636-637.

(上接第 513 页)

患者脓液培养结果提示链球菌等口咽部常见革兰氏阳性菌,可选用头孢唑啉及阿莫西林克拉维酸钾为首选药物。新生儿鳃裂囊肿巨大,伴有感染,可早期切开引流,减轻感染和局部压迫症状,经过减压,内口可自行闭塞。切开引流是急诊处理手段,但本组治疗结果不同于其它年龄患者,可能与早期囊肿上皮为呼吸道上皮,因炎症及食物刺激,上皮转化为鳞状上皮,管壁纤维瘢痕组织增生则很难自愈。对迁延不愈合者,可 2 岁后行囊肿或瘘切除术。近年来亦有行囊肿内注射 OK-432 治疗成功的报道。

参考文献

- 1 邱蔚六. 口腔颌面外科理论与实践[M]. 第 1 版,北京:人民卫生出版社,2000:603-604.
- 2 孙利芳,邵剑波. 新生儿鳃裂囊肿的 CT 与 MR I 表现[J]. 临床放射学杂志,2007,26:717-719.
- 3 Kim MG, Lee NH, Ban JH, et, al. Sclerotherapy of branchial cleft cysts using OK-432[J]. Laryngol Head Neck Surg, 2009,141(3):329-334.