

肛瘘诊治中国专家共识(2020版)

中国医师协会肛肠医师分会临床指南工作委员会

通信作者:高峰,Email:gaofeng994512@163.com



扫码阅读电子版

【摘要】 肛瘘是结直肠肛门外科专业领域中最常见的疾病之一,多数为肛门直肠周围间隙脓肿破溃或引流后形成。由于其病理变化的复杂多样性,部分患者的临床疗效并不乐观,甚至可能出现严重的手术并发症,包括肛瘘迁延不愈或出现不同程度的排粪失禁等,明显影响患者生活质量,甚至导致残疾。中国医师协会肛肠医师分会临床指南工作委员会组织国内部分专家讨论编写本专家共识,建议在治疗前对肛瘘进行综合评估,包括详细询问病史、体格检查和必要的辅助检查。辅助检查包括瘘管造影、超声波检查、CT或MRI,目的在于准确判断肛瘘内口位置、瘘管走行方向及其与肛门括约肌的关系。腺源性肛瘘确诊后均需要手术治疗,手术方式可分为损伤括约肌的手术和保留括约肌功能的手术。前者包括肛瘘切开术、肛瘘切除术和肛瘘挂线术等;后者包括括约肌间瘘管结扎术、直肠黏膜肌瓣推进修补术、肛瘘激光闭合术和视频辅助肛瘘治疗术等。建议临床上根据患者具体病情选择或组合应用。生物可吸收材料包括肛瘘栓和纤维蛋白胶等,由于其具有保留括约肌功能和可重复应用等特点,亦推荐有条件和有经验的医生选择性应用。术后良好的伤口管理可以减轻患者痛苦,促进愈合,降低肛瘘复发率。由于肛瘘术后有一定的复发率和排粪失禁发生率,对部分病情复杂、反复手术和肛门功能已经受损的患者,在选择再次手术时一定要慎重,要权衡患者获益和排粪失禁风险。

【关键词】 肛瘘; 分类; 诊断; 手术; 共识

基金项目: 甘肃省自然科学基金(17JR5RA331); 甘肃省卫生行业科研计划(GSWSKY2018-03)

DOI:10.3760/cma.j.cn.441530-20200925-00537

Consensus of Chinese experts on the diagnosis and treatment of anal fistula (2020)

Clinical Guidelines Committee, Colorectal Surgeons Branch of Chinese Medical Doctor Association

Corresponding author: Gao Feng, Email: gaofeng994512@163.com

【Abstract】 Anal fistula is one of the most common diseases in colorectal and anal surgery. Most of them are formed after the abscess of perianal space ruptures. Due to the complexity and diversity of pathological changes, the clinical efficacy of some patients is not optimistic, and there may even be serious surgical complications, including delayed healing of anal fistula or varying degrees of fecal incontinence, which

significantly affect the quality of life of patients and even lead to disability. The Working Committee of Clinical Guidelines of Anorectal Physicians Branch of Chinese Medical Association organized some domestic experts to discuss and prepare this expert consensus. It is suggested that comprehensive evaluation of anal fistula, including detailed medical history, physical examination and necessary auxiliary examination should be conducted before treatment. Auxiliary examinations include fistulography, ultrasound, CT or MRI. The purpose of the auxiliary examination is to accurately determine the position of the internal orifice of the anal fistula, the direction of the fistula and its relationship with the anal sphincter. Adenogenic anal fistula needs surgical treatment after diagnosis. The operation methods can be divided into two types: operations breaching sphincter and operations preserving sphincter function. The former includes anal fistulectomy, anal fistulotomy and seton placement; the latter includes ligation of intersphincteric fistula (LIFT), rectal mucosal muscle flap advancement repair, anal fistula laser closure, video-assisted anal fistula treatment, etc. It is suggested to select or combine the application according to the specific condition of patients. Bioabsorbable materials include anal fistula plug and fibrin glue. Due to the characteristics of retaining sphincter function and reusability, it is recommended to be used selectively by qualified and experienced doctors. Proper wound management after anal fistula surgery can reduce the pain of patients, promote healing and reduce the recurrence of anal fistula. Because there is a certain risk of recurrence and fecal incontinence after anal fistula surgery, for some patients with complex condition, repeated operations or impaired anal function, we must be careful when choosing reoperation, and weigh the benefits of patients and the risk of fecal incontinence.

【Key words】 Anal fistula; Classification; Diagnosis; Surgery; Consensus

Fund program: National Science Foundation of Gansu Province (17JR5RA331); Research Plan of Health Industry in Gansu Province (GSWSKY2018-03)

DOI:10.3760/cma.j.cn.441530-20200925-00537

肛瘘是指肛管直肠与肛门周围皮肤的异常感染性瘘管,瘘管内壁为腺上皮组织或肉芽组织。80%~90%的肛瘘是由

于肛门的隐窝腺原发性或继发性感染形成肛门直肠周围间隙脓肿,脓肿破溃或切开引流后所遗留的上皮化瘘管或慢性感染性病灶^[1-3]。少部分肛瘘患者无明显的肛门直肠周围脓肿过程,应当注意特殊原因引起的肛瘘,如克罗恩病、特殊感染、创伤、恶性肿瘤等。肛瘘可发生于任何年龄,20~40 岁年龄段相对高发,男性发病率高于女性^[4-6]。

肛瘘是肛肠外科的常见病、多发病,多数肛瘘治疗效果较好,但部分患者愈后不佳,其原因可归结为术前评估不准确、手术方式选择不当或患者病情特殊等。中国医师协会肛肠医师分会临床指南工作委员会组织国内部分专家,基于国内外文献,就肛瘘的病理类型、诊断评估、手术治疗和术后伤口管理等进行反复讨论,形成本专家共识,以对肛瘘诊治提供临床指导意见。证据质量等级及推荐强度见表 1^[7]。

一、肛瘘的分类

肛瘘的分类方法较多,Parks 肛瘘分类法按照瘘管走行与肛门括约肌的关系进行分类,经过多年临床实践证明,该分类方法对肛瘘的临床诊治具有较好的指导意义。以此为依据,绝大多数肛瘘可以归入下列 4 型:(1) I 型:括约肌间瘘(inter-sphincteric fistula),主瘘管由内口穿过内括约肌,再经过内外括约肌间平面到肛周皮肤,部分支管可沿括约肌间平面延伸;(2) II 型:经括约肌瘘(trans-sphincteric fistula),主瘘管由内口穿过内括约肌和外括约肌,经坐骨直肠窝到达皮肤,瘘管高低决定其累及括约肌的程度;(3) III 型:括约肌上瘘(supra-sphincteric fistula),主瘘管经内口穿过内括约肌,再经括约肌间平面向上越过耻骨直肠肌,然后向下经坐骨直肠窝到皮肤;(4) IV 型:括约肌外瘘(extra-sphincteric fistula),内口位于肛提肌平面的上方,瘘管穿过肠壁及外括约肌深部,然后经坐骨直肠窝到达皮肤^[8]。

依据肛瘘治疗的困难程度,可将肛瘘分为单纯性和复杂性肛瘘。(1)复杂性肛瘘:包括括约肌外瘘、括约肌上瘘、涉及 >30% 肛门括约肌范围的经括约肌瘘、马蹄型瘘、女性患者的前侧经会阴复合体的肛瘘以及合并炎性肠病、放射性肠

炎、恶性肿瘤、肛门节制功能不全、慢性腹泻等的肛瘘^[8-11]。

(2)单纯性肛瘘:包括低位经括约肌肛瘘和涉及 <30% 外括约肌范围的经括约肌肛瘘等,不包括上述危险因素。相对单纯性肛瘘,复杂性肛瘘治疗困难,容易造成副损伤,遗留肛门节制功能障碍,且复发率高。

二、肛瘘的诊断与评估

(一)术前评估

1. 病史和症状体征:详细了解病史和症状,并进行体检。依据患者肛周脓肿自行破溃、切开引流或愈合后反复破溃病史,并结合破口与肛门之间皮下触及硬条索、肛门括约肌纤维化等体征,对多数肛瘘可以做出明确诊断。对少部分没有明确肛周脓肿病史的患者,要注意了解其有无合并炎性肠病、糖尿病、结核、获得性免疫缺陷综合征或肛门直肠恶性肿瘤等,以综合分析是否为特殊类型的肛瘘。肛门镜检查可发现对应内口的肛隐窝基底部分有无脓性分泌物排出。对于诊断不明确或需要判断瘘管与肛门括约肌关系时,建议行进一步的辅助检查。**推荐等级 1B**

2. 辅助检查:对于瘘管不明显、特别是复杂性肛瘘者,建议采用 CT、超声、MRI 或瘘管造影等检查,以明确瘘管走向及其与括约肌的关系、有无残余脓腔及内口位置等,有利于指导手术方案的选择。**推荐等级 1B**

瘘管 X 线造影:该方法简单易行,可以显示瘘管走向、分支、内口部位等信息,瘘管造影的前提是瘘管和外口要通畅,而在临床实践中,瘘管 X 线造影的结果可能不太理想,无法准确显示瘘管与肛门括约肌之间的关系,有逐渐被 CT、MRI 替代的趋势^[12-13]。

超声检查:具有经济、方便、无创等优点,可以显示肛管内口及瘘管走行,判断准确率可达 90% 以上^[14-15]。联合使用不同的超声检查技术,如经直肠超声、双平面探头扫描、三维超声、超声造影等,可以提高诊断的准确性^[16-17]。超声检查的准确性与操作者的熟练程度有直接的关系,但在分辨瘘管与括约肌的关系方面还略显不足。

表 1 证据质量等级及推荐强度表^[7]

证据等级	推荐强度	获益和风险及其负担	证据来源和质量	延伸解读
1A	强烈推荐,证据质量高	获益明显大于风险和负担	从无重大缺陷的 RCT 研究或观察性研究中得到的明确证据	推荐程度强烈,在大多数情况下可以无保留地应用
1B	强烈推荐,证据质量中等	获益明显大于风险和负担	从有重大缺陷的 RCT 研究(设计不严谨、方法学有缺陷、间接证据或结果矛盾)或观察性研究中得到的强烈证据	推荐程度强烈,在多数情况下可以无保留地应用
1C	强烈推荐,证据质量低或极低	获益明显大于风险和负担	从观察性研究或病例系列研究得到的证据	推荐程度强烈,但如有更高质量的证据出现时可进行调整
2A	推荐程度弱,证据质量高	获益与风险、负担相当	从无重大缺陷的 RCT 研究或观察性研究中得到的明确证据	弱推荐,根据不同情况调整应用
2B	推荐程度弱,证据质量中等	获益与风险、负担相当	从有重大缺陷的 RCT 研究(设计不严谨、方法学有缺陷、间接证据或结果矛盾)或观察性研究中得到的强烈证据	弱推荐,根据不同情况调整应用
2C	推荐程度弱,证据质量低或极低	获益与风险、负担不确定,或可能相当	从观察性研究或病例系列研究得到的证据	弱推荐,其他选择可能得到同样效果

注:RCT 为随机对照试验

CT 瘘管成像:CT 扫描可了解肛周解剖结构,结合成像可立体显示瘘管轨迹、分支和内口等^[18];多层螺旋 CT 扫描联合三维重建技术可进一步提高诊断的准确性^[19]。

MRI: MRI 对软组织分辨率高,能较准确显示肛门内外括约肌、肛提肌和耻骨直肠肌的解剖结构,在显示残余脓腔、瘘管及其与肛提肌、内外括约肌及肛门周围组织的解剖关系等方面具有明显优势,可协助进行肛瘘的诊断分类,对指导手术具有较高的价值^[20-22];对于克罗恩病肛瘘、复杂性肛瘘等建议术前常规行 MRI 检查。

肠镜检查:对于已知或可疑有肠道疾病的患者,对合并无痛性肛裂、脓肿、溃疡、皮赘和多发性肛瘘及不断进展的肛周病变患者,建议行结肠镜和小肠镜检查,以协助鉴别克罗恩病肛瘘^[23-25]。

(二)术中评估

要特别重视肛瘘的术中检查评估,以权衡肛门功能损伤和治愈肛瘘之间的利弊关系,从而最终决定手术方式。在麻醉后、决定手术方式前,应用触诊、探针检查或染色等方法,进一步明确肛瘘内口位置、瘘管走向及其与肛门括约肌的关系等^[26];但一定要注意操作手法轻柔,以避免形成假道,误导诊断。探针可以从外口或内口放置,也可从内外口放置两条探针,若两个探针头相互触及,即可确定瘘管位置。术中经外口注入过氧化氢溶液,气体产生的压力可经瘘管从内口溢出,从而判断内口的位置,这是一个较简单适用的方法,过氧化氢溶液中加入亚甲蓝等染料,更容易判断内口位置。术中也可以用 B 超判断瘘管位置和走向等。**推荐等级 1C**

三、肛瘘的治疗

肛瘘手术治疗的目的是消除肛瘘内口和上皮化的瘘管,最大限度减少对肛门括约肌的损伤。没有一种治疗技术适用于所有肛瘘,可选择的手术方式分为损伤括约肌的手术(包括肛瘘切开术、肛瘘切除术和肛瘘挂线术等)与保留括约肌功能的手术(主要包括括约肌间瘘管结扎术、直肠黏膜肌瓣推进修补术、肛瘘激光闭合术、视频辅助肛瘘治疗术、肛瘘栓技术、纤维蛋白胶技术、脂肪源性干细胞移植技术等)。保留括约肌功能的手术是近年来逐渐在临床上试用的手术方式,虽然在临床上应用时间较短,但已经显示了一定的优点,建议根据具体病情选择使用。对于部分复杂性肛瘘可采取有计划地进行分期手术治疗,将切开、切除、挂线或生物制剂等多种办法组合应用,以提高治愈率,降低并发症的发生率。

(一)损伤括约肌的手术

1. 肛瘘切开术:肛瘘切开术对于括约肌间瘘和低位经括约肌瘘是安全有效的,其治疗成功率可达 90%^[27-28]。手术方法为在明确肛瘘内外口及瘘管走向后,用探针经外口进入瘘管,循瘘管经内口穿出,切开探针上方的皮肤、皮下及肌肉组织,并切开支管和残腔,刮除瘘管壁肉芽组织,必要时对瘘管壁组织进行病理检查。对于肛门括约肌功能正常、瘘管明确、累及外括约肌量<30%且切断后不会影响肛门节制功能的简单肛瘘,可以采用肛瘘切开术进行治疗。要注意准确判

断肛瘘诊断分型、瘘管走向及受累外括约肌的程度,否则可能造成排便失禁、肛瘘复发等^[29]。**推荐等级 1B**

2. 肛瘘切除术:沿瘘管壁外侧彻底切除肛瘘瘘管,可切开或保留瘘管表面的正常皮肤、皮下组织。一项针对前瞻性随机对照研究的 Meta 分析结果显示,肛瘘切除术与肛瘘切开术治疗低位肛瘘的疗效相同^[30];但肛瘘切除术损伤相对较大,愈合时间较长,有一定的肛门失禁率,文献报道预期失禁率在 10% 以下^[28]。对肛瘘表浅但瘘管通畅不良的患者,恐瘘管探查不可靠,可选择行肛瘘切除术。**推荐等级 1B**

3. 肛瘘切开袋形缝合术:肛瘘切开后,搔刮瘘管壁肉芽组织,将肛管皮肤黏膜和瘘管壁纤维组织缝合,可以减少手术出血,减轻术后疼痛,并降低术后愈合时间,适应症与肛瘘切开术相同^[31-32]。**推荐等级 1B**

4. 肛瘘挂线术:探针自外口进入,仔细沿瘘管伸入至内口,用探针引入丝线,再用丝线引入橡皮筋,收紧并结扎橡皮筋。这是最早用于治疗肛瘘的手术方式,它在切割肛门括约肌的同时,使其在原位形成炎性改变、粘连,从而减少因肛门括约肌离断、退缩而导致排便失禁的风险^[33]。对于累及括约肌较多(30%~50%的肛门外括约肌受累)的肛瘘和部分复杂性肛瘘,如直接离断受累括约肌可能会影响肛门节制功能,可行挂线治疗^[34-36]。**推荐等级 1B**

对高位复杂性肛瘘,挂线治疗的有效率可达 90%,但也有 4%~12% 不同程度的肛门失禁风险^[37-38]。根据累及括约肌的多少、瘘管部位和形态以及有无残腔等,可对挂线治疗进行不同的修正。如残腔较大、局部炎性病变更重,可采取挂浮线的方式以利于引流^[39-40];如累及括约肌较多,挂线的力度可稍松;累及括约肌较少,挂线力度可较紧。亦可先将瘘管表面的皮肤、皮下组织、和(或)部分瘘管切开,对受累的部分肌肉组织行挂线治疗,即所谓的切开挂线(部分挂线)治疗,具有缩短挂线时间、减轻疼痛的优点^[41-42]。

(二)保留括约肌功能的手术

1. 括约肌间瘘管结扎术(ligation of the intersphincteric fistula tract, LIFT):是泰国学者 Rojanasakul 等^[43]于 2007 年首次报道,在肛门括约肌间结扎和切断瘘管,然后剔除远侧瘘管。该术式具有创伤小、保留括约肌功能、无需特殊器材等优点,主要适用于瘘管管道清晰、通畅的经括约肌型肛瘘。**推荐等级 1B**

文献报道,经典 LIFT 治疗肛瘘的治愈率可达 61%~94%^[44-48]。瘘管的长度、弯曲度、既往手术次数和肥胖等可能是影响 LIFT 的成功率因素^[46,49]。先行虚挂线引流,促进瘘管壁纤维化,二期行 LIFT,可减低手术难度。

2. 直肠黏膜肌瓣推进修补术(anorectal advancement flap, AAF):其操作要点为完整切除内口及其周围的瘢痕组织,清理瘘管感染病灶,于内口近端游离一片正常的肛管直肠黏膜肌瓣(包括肛管直肠黏膜、黏膜下层和肌层),下拉覆盖瘘管内口,在无张力情况下用可吸收缝线缝合固定黏膜肌瓣。该术式可用于治疗简单、复杂和复发型肛瘘,具有保护括约肌功能的优点。**推荐等级 1B**

AAF 对肛瘘的治愈率可达 66%~87%^[50-52]或更高^[53-54]。尽管该术式为保留括约肌功能的术式,但文献报道,其术后肛门失禁的发生率可高达 35%^[55-56]。影响 AAF 对肛瘘治愈的相关因素有曾行放射治疗、克罗恩病、活动性直肠炎、恶性肿瘤、反复多次修补手术等^[56-57]。建议具有一定经验的医生开展此手术。

3. 肛瘘激光闭合术:是 Wilhelm^[58]于 2011 年首次报道。其原理是通过发射激光的探针破坏瘘管上皮,同时清除瘘管管壁组织。该术式具有保留括约肌功能的优点,但需要较昂贵的特殊设备。**推荐等级 1C**

较早期的小样本病例报告显示,该术式对肛瘘的治疗显示了良好的效果,治愈率可达 71%~82%^[58-60];但最近的研究报道显示,其治愈率大约 40%,瘘管长度可能是影响其疗效的因素之一^[61-62]。尽管此技术报道的疗效差异较大,但在肛瘘处置中具有安全和保留肛门节制功能的优点,建议作为治疗肛瘘的可选手段。

4. 视频辅助肛瘘治疗术(video-assisted anal fistula treatment, VAAFT):是用“肛瘘镜”从外口进入瘘管腔,在视频监视下识别瘘管解剖,包括主管、支管、脓腔及内口,用电灼法在腔内破坏瘘管内壁,清理感染组织后,关闭内口,引流管腔。VAAFT 具有创伤小、直视下操作、不损伤括约肌等优点,但需要特殊的肛瘘镜设备,对复杂性、复发性肛瘘显示了较好的疗效。**推荐等级 1C**

Cheung 等^[63]报道,应用 VAAFT 治疗 78 例肛瘘患者,中位随访 14 个月,60 例(81%)治愈,其中包括 5 例克罗恩病患者,无并发症发生。Jiang 等^[64]报道,对 52 例肛瘘患者采用 VAAFT,随访 9 个月,44 例(84.6%)治愈,无肛门失禁发生。Romaniszyn 和 Walega^[65]对 68 例肛瘘患者进行治疗,总体治愈率为 54.41%,单纯性瘘管治愈率为 73.3%,复杂瘘管的成功率仅为 39.47%,而且发现女性患者的成功率更高,未发生严重并发症。综合分析显示,VAAFT 成功率为 76.01%~82.3%,并发症发生率为 16.2%,复发率为 17.7%^[66-68]。

(三)生物可吸收材料

1. 肛瘘栓(anal fistula plug):肛瘘栓是源于猪小肠黏膜下层的脱细胞胶原蛋白,插入瘘管后可以起到封闭内口的作用,并给宿主成纤维细胞的生长提供天然支架以促进组织修复愈合。操作要点是切除内口及外口组织,彻底清理瘘管壁坏死及感染组织,用双氧水及生理盐水冲洗干净并拭干;依据瘘管长度及直径选择合适的肛瘘栓材料,经外口拉入至内口黏膜下层处,用可吸收缝线缝合内口,同时将肛瘘栓材料内侧端固定于内口黏膜下层处,修剪外口处多余的肛瘘栓,外口开放,以利引流。早期报道显示了较好的疗效(70%~100%的治愈率)^[69-71]。但后期研究及其改进的方法均未能重复出以上结果。多中心研究及 Meta 分析提示,其成功率不足 50%^[72-73]。**推荐等级 2B**

2. 纤维蛋白胶(fibrin glue):治疗肛瘘的疗效报道相差较大,从 14%~74%不等,而且随着随访时间的延长,治愈率明显下降^[74-75]。**推荐等级 2B**

尽管国内外文献对肛瘘栓和生物蛋白胶封堵技术治疗肛瘘报道的临床治愈率相差较大,治疗效果与 LIFT、AAF 等相比明显较差,但是此技术可以保留肛门括约肌功能,没有肛门失禁之虞,对复发的病例可以重复使用,并对部分患者有效^[76-78]。建议有条件和有经验的医生选择性应用,或进行临床试验。

(四)保守对症治疗

对于部分术后多次复发、瘘管走向复杂、手术后出现排便失禁可能性较大、症状相对较轻的患者,可以选择保守对症治疗,保持引流通畅,保守治疗期间要严密观察患者病情变化。**推荐等级 1C**

四、克罗恩病肛瘘的处理

克罗恩病肛瘘是克罗恩病在直肠肛门部的表现之一,与肛瘘瘘管是由肛窦腺感染造成内覆腺上皮的管道不同,它是克罗恩病的侵袭性感染所致,瘘管壁为肉芽组织^[79]。克罗恩病肛瘘占有肛瘘的 10%~20%^[79]。基于其病因、病理、预后等的特殊性,治疗原则建议在多学科诊疗模式下施行以内科保守治疗为主、外科治疗为辅的个体化治疗,外科治疗的主要目标是治疗并发症^[80-83]。

1. 内科治疗:包括生物治疗,可用英夫利昔单抗(infliximab)、阿达木单抗(adalimumab)^[81,84-85];免疫抑制剂治疗,可用硫唑嘌呤、环孢素、6-巯嘌呤等^[79,86-87];抗生素治疗,可用甲硝唑、氟喹诺酮类等^[88]。**推荐等级 1C**

2. 外科干预:外科干预的主要目标是引流脓肿,可以切开引流或挂线引流,外科引流结合药物治疗可以促进克罗恩病肛瘘的愈合^[82,87-88]。对于克罗恩病所致的严重肛周感染、顽固性败血症者,可考虑行转流性肠造口;反复感染、手术等所致直肠狭窄、肛门失禁者也可考虑行直肠切除手术^[79,89-90]。

推荐等级 1C

五、肛瘘术后管理

肛瘘患者术后伤口管理非常重要,其目的是保持引流通畅,及时祛除异物和坏死组织,减少局部污染,促进肉芽组织正常生长,保证创面从深部开始愈合不留残腔,避免浅层创面和皮肤组织提前愈合。良好的术后伤口管理包括完善止痛,可以降低肛瘘的复发率、减轻患者痛苦、缩短住院时间^[91-93]。在换药前对患者的病情及术式要有全面的认识,根据不同的创面和术式进行有效的处理,换药时动作当轻柔,避免再次对创面的损伤,降低患者对换药的不适感^[94]。肛瘘术后伤口换药在首次排便后或术后 48 h 开始,患者在排便后给予坐浴^[95]。术后 4~6 周内,伤口分泌物较多,建议每天检查清洗创面,祛除异物及坏死组织,更换引流材料,保持引流通畅。挂实线患者要注意观察“挂线”的张力,2~4 周后如线还未脱落,可适度牵拉,必要时可重新扎紧或直接切开;对挂虚线的患者,可进行冲洗瘘管,根据目的适时去除或收紧挂线^[96-98]。术后 6 周,伤口基本愈合,应该减少对创面的刺激,注意观察伤口有无创缘皮肤内翻、粘连、假性愈合等,及时处理以减少复发^[96-98]。**推荐等级 1C**

参与本共识讨论和撰写的专家组成员(按姓氏的拼音首字母排序):高峰(联勤保障部队第九四〇医院)、李凡(陆军军医大学大坪医院)、李海(宁夏医科大学总医院)、刘宝华(陆军军医大学大坪医院)、钱群(武汉大学中南医院)、邵万金(江苏省中医院)、童卫东(陆军军医大学大坪医院)、屠世良(浙江省人民医院)、王振军(首都医科大学北京朝阳医院)、王忠诚(成都肛肠病专科医院)、魏东(联勤保障部队第九八九医院)、杨向东(成都肛肠病专科医院)、张小元(甘肃中医药大学附属医院)、张妍生(甘肃省妇幼保健院)、赵克(火箭军总医院)

利益冲突 所有作者均声明不存在利益冲突

参 考 文 献

- [1] Sugrue J, Nordenstam J, Abcarian H, et al. Pathogenesis and persistence of cryptoglandular anal fistula: a systematic review [J]. *Tech Coloproctol*, 2017, 21(6): 425-432. DOI: 10.1007/s10151-017-1645-5.
- [2] Abcarian H. Anorectal infection: abscess-fistula [J]. *Clin Colon Rectal Surg*, 2011, 24(1): 14-21. DOI: 10.1055/s-0031-1272819.
- [3] Sözen U, Gedik E, Kessaf AA, et al. Dose adjuvant antibiotic treatment after drainage of anorectal abscess prevent development of anal fistula? A randomized, placebo-controlled, double-blind, multicenter study [J]. *Dis Colon Rectum*, 2011, 54(8): 923-929. DOI: 10.1097/DCR.0b013e31821cc1f9.
- [4] Mazier WP. The treatment and care of anal fistulas: a study of 1,000 patients [J]. *Dis Colon Rectum*, 1971, 14(2): 134-144. DOI: 10.1007/BF02560060.
- [5] Ramanujam PS, Prasad ML, Abcarian H, et al. Perianal abscesses and fistulas. A study of 1023 patients [J]. *Dis Colon Rectum*, 1984, 27(9): 593-597. DOI: 10.1007/BF02553848.
- [6] Wang D, Yang G, Qiu J, et al. Risk factors for anal fistula: a case-control study [J]. *Tech Coloproctol*, 2014, 18(7): 635-639. DOI: 10.1007/s10151-013-1111-y.
- [7] Guyatt G, Gutterman D, Baumann MH, et al. Grading strength of recommendations and quality of evidence in clinical guidelines: report from an American college of chest physicians task force [J]. *Chest*, 2006, 129(1): 174-181. DOI: 10.1378/chest.129.1.174.
- [8] Parks AG, Gordon PH, Hardcastle JD. A classification of fistula-in-ano [J]. *Br J Surg*, 1976, 63(1): 1-12. DOI: 10.1002/bjs.1800630102.
- [9] Dudukgian H, Abcarian H. Why do we have so much trouble treating anal fistula? [J]. *World J Gastroenterol*, 2011, 17(28): 3292-3296. DOI: 10.3748/wjg.v17.i28.3292.
- [10] Garcia-Aguilar J, Belmonte C, Wong WD, et al. Anal fistula surgery. Factors associated with recurrence and incontinence [J]. *Dis Colon Rectum*, 1996, 39(7): 723-729. DOI: 10.1007/BF02054434.
- [11] Fazio VW. Complex anal fistulae [J]. *Gastroenterol Clin North Am*, 1987, 16(1): 93-114.
- [12] Pomerrri F, Dodi G, Pintacuda G, et al. Anal endosonography and fistulography for fistula-in-ano [J]. *Radiol Med*, 2010, 115(5): 771-783. DOI: 10.1007/s11547-010-0524-1.
- [13] 肖铁臣, 邢伟. 磁共振成像在肛瘘诊断中的作用 [J]. *医学前沿*, 2015, 5(8): 132-133. DOI: 10.3969/j.issn.2095-1752.2015.08.090.
- [14] Maconi G, Tonolini M, Monteleone M, et al. Transperineal perineal ultrasound versus magnetic resonance imaging in the assessment of perianal Crohn's disease [J]. *Inflamm Bowel Dis*, 2013, 19(13): 2737-2743. DOI: 10.1097/01.MIB.0000436274.95722.e5.
- [15] Siddiqui MR, Ashrafian H, Tozer P, et al. A diagnostic accuracy meta-analysis of endoanal ultrasound and MRI for perianal fistula assessment [J]. *Dis Colon Rectum*, 2012, 55(5): 576-585. DOI: 10.1097/DCR.0b013e318249d26c.
- [16] Visscher AP, Schuur D, Slooff RA, et al. Predictive factors for recurrence of cryptoglandular fistulae characterized by preoperative three-dimensional endoanal ultrasound [J]. *Colorectal Dis*, 2016, 18(5): 503-509. DOI: 10.1111/codi.13211.
- [17] 高荣青, 王志民, 张辉, 等. H₂O₂造影下三维直肠腔内超声在复杂性肛瘘诊治中的应用 [J]. *中国肛肠病杂志*, 2019, 39(2): 15-17. DOI: 10.3969/j.issn.1000-1174.2019.02.007.
- [18] Liang C, Jiang W, Zhao B, et al. CT imaging with fistulography or perianal fistula: does it really help the surgeon? [J]. *Clin Imaging*, 2013, 37(6): 1069-1076. DOI: 10.1016/j.clinimag.2013.04.014.
- [19] 陈玺. 用多层螺旋CT联合三维重建技术诊断复杂性肛瘘的效果探讨 [J]. *当代医药论丛*, 2019, 17(3): 174-175.
- [20] Soker G, Gulek B, Yilmaz C, et al. The comparison of CT fistulography and MR imaging of perianal fistulae with surgical findings: a case-control study [J]. *Abdom Radiol (NY)*, 2016, 41(8): 1474-1483. DOI: 10.1007/s00261-016-0722-y.
- [21] 张莲, 朱慧媛, 孙金芳, 等. 磁共振三种不同序列对肛瘘瘘管形态特征评价的比较研究 [J]. *临床放射学杂志*, 2018, 37(2): 289-293. DOI: 10.13437/J.CNKI.JCR.2018.02.026.
- [22] 王文轩, 张铎. MRI对肛周瘘管诊断及分类的价值 [J]. *中国实验诊断学*, 2019, 23(3): 463-464. DOI: 10.3969/j.issn.1007-4287.2019.03.033.
- [23] 丁义江, 杨伯林. 肛周克罗恩病的诊断与治疗 [J]. *中华胃肠外科杂志*, 2005, 8(4): 376-378. DOI: 10.3760/cma.j.issn.1671-0674.2005.04.036.
- [24] 杨柏霖, 竺平, 孔桂东. 克罗恩病肛瘘的诊断与治疗 [J]. *世界华人消化杂志*, 2009, 17(20): 2058-2063. DOI: 10.3969/j.issn.1009-3079.2009.20.009.
- [25] 刘芳. 结肠镜检查在肛瘘患者中排查克罗恩病的适用性分析 [J]. *中外医学研究*, 2019, 17(5): 79-80. DOI: 10.14033/j.cnki.cfmr.2019.05.037.
- [26] Schwartz DA, Wiersema MJ, Dudiak KM, et al. A comparison of endoscopic ultrasound, magnetic resonance imaging, and exam under anesthesia for evaluation of Crohn's perianal fistulas [J]. *Gastroenterology*, 2001, 121(5): 1064-1072. DOI: 10.1053/gast.2001.28676.
- [27] Hall JF, Bordeianou L, Hyman N, et al. Outcomes after operations for anal fistula: results of a prospective, multicenter,

- regional study[J]. *Dis Colon Rectum*, 2014, 57(11):1304-1308. DOI:10.1097/DCR.0000000000000216.
- [28] Abramowitz L, Soudan D, Souffran M, et al. The outcome of fistulotomy for anal fistula at 1 year: a prospective multicentre French study[J]. *Colorectal Dis*, 2016, 18(3):279-285. DOI:10.1111/codi.13121.
- [29] 汪建平. 中华结直肠肛门外科学[M]. 北京:人民卫生出版社, 2014:782-783.
- [30] Xu Y, Liang S, Tang W. Meta-analysis of randomized clinical trials comparing fistulectomy versus fistulotomy for low anal fistula[J]. *SpringerPlus*, 2016, 5:1722. DOI:10.1186/s40064-016-3406-8.
- [31] Wang Q, He Y, Shen J. The best surgical strategy for anal fistula based on a network meta-analysis[J]. *Oncotarget*, 2017, 8(58):99075-99084. DOI:10.18632/oncotarget.21836.
- [32] Chalya PL, Mabula JB. Fistulectomy versus fistulotomy with marsupialisation in the treatment of low fistula - in - ano: a prospective randomized controlled trial[J]. *Tanzan J Health Res*, 2013, 15(3):193-198. DOI:10.4314/thrb.v15i3.7.
- [33] McCourtney JS, Finlay IG. Setons in the surgical management of fistula in ano[J]. *Br J Surg*, 1995, 82(4):448-452. DOI:10.1002/bjs.1800820406.
- [34] Patton V, Chen CM, Lubowski D. Long - term results of the cutting seton for high anal fistula[J]. *ANZ J Surg*, 2015, 85(10):720-727. DOI:10.1111/ans.13156.
- [35] Quah HM, Tang CL, Eu KW, et al. Meta-analysis of randomized clinical trials comparing drainage alone vs primary sphincter-cutting procedures for anorectal abscess - fistula [J]. *Int J Colorectal Dis*, 2006, 21(6):602-609. DOI:10.1007/s00384-005-0060-y.
- [36] 杜海鹏, 白景珍. 切除术与挂线术治疗肛瘘的疗效分析[J]. *中国现代医学杂志*, 2019, 29(2):108-111. DOI:10.3969/j.issn.1005-8982.2019.02.022.
- [37] Rosen DR, Kaiser AM. Definitive seton management for transsphincteric fistula-in-ano: harm or charm?[J]. *Colorectal Dis*, 2016, 18(5):488-495. DOI:10.1111/codi.13120.
- [38] Ritchie RD, Sackier JM, Hodde JP. Incontinence rates after cutting seton treatment for anal fistula[J]. *Colorectal Dis*, 2009, 11(6):564-571. DOI:10.1111/j.1463-1318.2008.01713.x.
- [39] Kelly ME, Heneghan HM, Mc Dermott FD, et al. The role of loose seton in the management of anal fistula: a multicenter study of 200 patients[J]. *Tech Coloproctol*, 2014, 18(10):915-919. DOI:10.1007/s10151-014-1186-0.
- [40] 范建明, 罗志渊, 乔俊. 虚挂治疗高位肛瘘临床研究[J]. *河南中医*, 2018, 38(12):1873-1875. DOI:10.16367/j.issn.1003-5028.2018.12.0498.
- [41] Tokunaga Y, Sasaki H, Saito T. Clinical role of a modified seton technique for the treatment of trans - sphincteric and supra - sphincteric anal fistulas[J]. *Surg Today*, 2013, 43(3):245-248. DOI:10.1007/s00595-012-0211-z.
- [42] 何玉峰, 王洪保, 张恩华, 等. 虚实挂线法治疗高位复杂性肛瘘的效果观察[J]. *白求恩医学杂志*, 2018, 16(6):52-53. DOI:10.16485/j.issn.2095-7858.2018.06.023.
- [43] Rojanasakul A, Pattanaarun J, Sahakitrungruang C, et al. Total anal sphincter saving technique for fistula-in-ano; the ligation of intersphincteric fistula tract [J]. *J Med Assoc Thai*, 2007, 90(3):581-586. DOI:10.1007/JHEP04(2015)064.
- [44] Alasari S, Kim NK. Overview of anal fistula and systematic review of ligation of the intersphincteric fistula tract (LIFT) [J]. *Tech Coloproctol*, 2014, 18(1):13-22. DOI:10.1007/s10151-013-1050-7.
- [45] Hong KD, Kang S, Kalaskar S, et al. Ligation of intersphincteric fistula tract (LIFT) to treat anal fistula: systematic review and meta-analysis[J]. *Tech Coloproctol*, 2014, 18(8):685-691. DOI:10.1007/s10151-014-1183-3.
- [46] Liu WY, Aboulian A, Kaji AH, et al. Long - term results of ligation of intersphincteric fistula tract (LIFT) for fistula-in-ano [J]. *Dis Colon Rectum*, 2013, 56(3):343-347. DOI:10.1097/DCR.0b013e318278164c.
- [47] 潘冬, 徐为, 孙尚颖. 经括约肌间瘻管结扎术治疗肛瘘的疗效及对肛门功能的影响[J]. *解放军预防医学杂志*, 2019, 37(7):116-117. DOI:10.13704/j.cnki.jyyx.2019.07.054.
- [48] 张磊, 孙昱, 黄熠. 经括约肌间瘻管结扎术与切开挂线治疗经括约肌间肛瘘的临床效果比较[J]. *临床外科杂志*, 2019, 27(6):495-497. DOI:10.3969/j.issn.1005-6483.2019.06.016.
- [49] Sirany AM, Nygaard RM, Morken JJ. The ligation of the intersphincteric fistula tract procedure for anal fistula: a mixed bag of results [J]. *Dis Colon Rectum*, 2015, 58(6):604-612. DOI:10.1097/DCR.0000000000000374.
- [50] Jarrar A, Church J. Advancement flap repair: a good option for complex anorectal fistulas [J]. *Dis Colon Rectum*, 2011, 54(12):1537-1541. DOI:10.1097/DCR.0b013e31822d7ddd.
- [51] Göttgens KW, Smeets RR, Stassen LP, et al. Systematic review and meta - analysis of surgical interventions for high cryptoglandular perianal fistula [J]. *Int J Colorectal Dis*, 2015, 30(5):583-593. DOI:10.1007/s00384-014-2091-8.
- [52] Madbouly KM, El SW, Abbas KS, et al. Ligation of intersphincteric fistula tract versus mucosal advancement flap in patients with high transsphincteric fistula-in-ano: a prospective randomized trial [J]. *Dis Colon Rectum*, 2014, 57(10):1202-1208. DOI:10.1097/DCR.0000000000000194.
- [53] 李镇伟. 直肠内推移瓣修补治疗高位肛瘘的临床效果[J]. *中国当代医药*, 2019, 26(2):46-48.
- [54] 杨建华, 王晓鹏, 张一辉, 等. 黏膜下移袋形缝合术治疗低位肛瘘[J]. *中国中西医结合外科杂志*, 2019, 25(2):154-157. DOI:10.3969/j.issn.1007-6948.2019.02.008.
- [55] Uribe N, Balciscueta Z, Mínguez M, et al. "Core out" or "curettage" in rectal advancement flap for cryptoglandular anal fistula [J]. *Int J Colorectal Dis*, 2015, 30(5):613-619. DOI:10.1007/s00384-015-2133-x.
- [56] Soltani A, Kaiser AM. Endorectal advancement flap for cryptoglandular or Crohn's fistula-in-ano [J]. *Dis Colon Rectum*, 2010, 53(4):486-495. DOI:10.1007/DCR.0b013e3181ce8b01.
- [57] Goos M, Manegold P, Grüneberger M, et al. Long-term results after endoanal advancement flap repair for fistulas-in-ano. How important is the aetiology? [J]. *Int J Colorectal Dis*, 2015, 30(3):

- 413-419. DOI:10.1007/s00384-015-2144-7.
- [58] Wilhelm A. A new technique for sphincter-preserving anal fistula repair using a novel radial emitting laser probe [J]. *Tech Coloproctol*, 2011, 15(4):445-449. DOI: 10.1007/s10151-011-0726-0.
- [59] Giamundo P, Geraci M, Tibaldi L, et al. Closure of fistula-in-ano with laser - FiLaC™: an effective novel sphincter-saving procedure for complex disease [J]. *Colorectal Dis*, 2014, 16(2): 110-115. DOI: 10.1111/codi.12440.
- [60] Oztürk E, Gülcü B. Laser ablation of fistula tract: a sphincter-preserving method for treating fistula - in - ano [J]. *Dis Colon Rectum*, 2014, 57(3): 360-364. DOI: 10.1097/DCR.0000000000000067.
- [61] Terzi MC, Agalar C, Habip S, et al. Closing perianal fistula using a laser: long-term results in 103 patients [J]. *Dis Colon Rectum*, 2018, 61(5): 599-603. DOI: 10.1097/DCR.0000000000001038.
- [62] Laurretta A, Falco N, Stocco E, et al. Anal fistula laser closure: the length of fistula is the Achilles' heel [J]. *Tech Coloproctol*, 2018, 22(12):933-939. DOI: 10.1007/s10151-018-1885-z.
- [63] Cheung FY, Appleton ND, Rout S, et al. Video-assisted anal fistula treatment: a high volume unit initial experience [J]. *Ann R Coll Surg Engl*, 2018, 100(1): 37-41. DOI: 10.1308/rcsann.2017.0187.
- [64] Jiang HH, Liu HL, Li Z, et al. Video-assisted anal fistula treatment (VAAFT) for complex anal fistula: a preliminary evaluation in China [J]. *Med Sci Monit*, 2017, 30(23): 2065-2071. DOI: 10.12659/msm.904055.
- [65] Romaniszyn M, Walega P. Video-assisted anal fistula treatment: Pros and cons of this minimally invasive method for treatment of perianal fistulas [J]. *Gastroenterol Res Pract*, 2017, 2017: 1-7. DOI: 10.1155/2017/9518310.
- [66] Garg P, Singh P. Video-assisted anal fistula treatment (VAAFT) in cryptoglandular fistula - in - ano: a systematic review and proportional meta-analysis [J]. *Int J Surg*, 2017, 46: 85-91. DOI: 10.1016/j.ijssu.2017.08.582.
- [67] 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. DOI: 10.1007/s00464-017-5905-2.
- [68] 司中华, 王业皇, 刘飞, 等. 视频辅助瘻管刨削治疗高位复杂性肛瘻临床疗效分析 [J]. *中华胃肠外科杂志*, 2017, 20(8): 949-950. DOI: 10.3760/cma.j.issn.1671-0274.2017.08.031.
- [69] Champagne BJ, O'Connor LM, Ferguson M, et al. Efficacy of anal fistula plug in closure of cryptoglandular fistulas: long-term follow-up [J]. *Dis Colon Rectum*, 2006, 49(12): 1817-1821. DOI: 10.1007/s10350-006-0755-3.
- [70] Ellis CN. Bioprosthetic plugs for complex anal fistulas: an early experience [J]. *J Surg Educ*, 2007, 64(1): 36-40. DOI: 10.1016/j.cursur.2006.07.005.
- [71] Johnson EK, Gaw JU, Armstrong DN. Efficacy of anal fistula plug vs. fibrin glue in closure of anorectal fistulas [J]. *Dis Colon Rectum*, 2006, 49(3): 371-376. DOI: 10.1007/s10350-005-0288-1.
- [72] Narang SK, Jones C, Alam NN, et al. Delayed absorbable synthetic plug (GORE® BIO-A®) for the treatment of fistula-in-ano: a systematic review [J]. *Colorectal Dis*, 2016, 18(1): 37-44. DOI: 10.1111/codi.13208.
- [73] Stamos MJ, Snyder M, Robb BW, et al. Prospective multicenter study of a synthetic bioabsorbable anal fistula plug to treat cryptoglandular transsphincteric anal fistulas [J]. *Dis Colon Rectum*, 2015, 58(3): 344-351. DOI: 10.1097/DCR.0000000000000288.
- [74] Adams T, Yang J, Kondylis LA, et al. Long-term outlook after successful fibrin glue ablation of cryptoglandular transsphincteric fistula-in-ano [J]. *Dis Colon Rectum*, 2008, 51(10): 1488-1490. DOI: 10.1007/s10350-008-9405-2.
- [75] Patrlj L, Kocman B, Martinac M, et al. Fibrin glue-antibiotic mixture in the treatment of anal fistulae: experience with 69 cases [J]. *Dig Surg*, 2000, 17(1): 77-80. DOI: 10.1159/000018804.
- [76] Sugrue J, Mantilla N, Abcarian A, et al. Sphincter-sparing anal fistula repair: are we getting better? [J]. *Dis Colon Rectum*, 2017, 60(10): 1071-1077. DOI: 10.1097/DCR.0000000000000885.
- [77] Nasser Y, Cassella L, Berns M, et al. The anal fistula plug in Crohn's disease patients with fistula-in-ano: a systematic review [J]. *Colorectal Dis*, 2016, 18(4): 351-356. DOI: 10.1111/codi.13268.
- [78] Pu YW, Xing CG, Khan I, et al. Fistula plug versus conventional surgical treatment for anal fistula. A system review and meta-analysis [J]. *Saudi Med J*, 2012, 33(9): 962-966. DOI: 10.3810/pgm.2012.09.2601.
- [79] 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.
- [80] Sordo-Mejia R, Gaertner WB. Multidisciplinary and evidence-based management of fistulizing perianal Crohn's disease [J]. *World J Gastrointest Pathophysiol*, 2014, 5(3): 239-251. DOI: 10.4291/wjgp.v5.i3.239.
- [81] Yarur AJ, Kanagala V, Stein DJ, et al. Higher infliximab trough levels are associated with perianal fistula healing in patients with Crohn's disease [J]. *Aliment Pharmacol Ther*, 2017, 45(7): 933-940. DOI: 10.1111/apt.13970.
- [82] Bouchard D, Abramowitz L, Bouguen G, et al. Anoperineal lesions in Crohn's disease: French recommendations for clinical practice [J]. *Tech Coloproctol*, 2017, 21(9): 683-691. DOI: 10.1007/s10151-017-1684-y.
- [83] 姚玲. 我国克罗恩病合并肛瘻临床治疗系统综述 [J]. *中医临床杂志*, 2016, 28(10): 1429-1431. DOI: 10.16448/j.cjcm.2016.0503.
- [84] 刘玥, 张梦慈, 乔立超, 等. 英夫利昔单抗联合挂线治疗克罗恩病肛瘻的长期疗效 [J]. *中国普外基础与临床杂志*, 2019, 26(4): 412-417. DOI: 10.7507/1007-9424.201812078.
- [85] deGroof EJ, Sahami S, Lucas C, et al. Treatment of perianal fistula in Crohn's disease: a systematic review and meta-analysis comparing seton drainage and anti-tumour necrosis factor

- treatment[J]. *Colorectal Dis*, 2016, 18(7):667-675. DOI: 10.1111/codi.13311.
- [86] Marzo M, Felice C, Pugliese D, et al. Management of perianal fistulas in Crohn's disease: an up-to-date review [J]. *World J Gastroenterol*, 2015, 21(5):1394-1403. DOI: 10.3748/wjg.v21.i5.1394.
- [87] Juncadella AC, Alame AM, Sands LR, et al. Perianal Crohn's disease: a review [J]. *Postgrad Med*, 2015, 127(3):266-272. DOI: 10.1080/00325481.2015.1023160.
- [88] 蔡彬,李春伟,张森. 克罗恩病肛瘘的外科诊疗现状[J]. *结直肠肛门外科*, 2018, 24(4):426-428. DOI: 10.19668/j.cnki.issn.1674-0491.2018.04.08.
- [89] Chang J, Li CC, Ahtari M, et al. Crohn's disease initiated with extraintestinal features [J]. *BMJ Case Rep*, 2019, 12(4):e229916. DOI: 10.1136/bcr-2019-229916.
- [90] Lee MJ, Heywood N, Sagar PM, et al. Surgical management of fistulating perianal Crohn's disease: a UK survey [J]. *Colorectal Dis*, 2017, 19(3):266-273. DOI: 10.1111/codi.13462.
- [91] Bakhtawar N, Usman M. Factors increasing the risk of recurrence in fistula-in-ano [J]. *Cureus*, 2019, 11(3):e4200. DOI: 10.7759/cureus.4200.
- [92] 尹和宅,陈会林,王启,等. 中西医结合快速康复外科对复杂性肛瘘患者术后恢复及舒适状况的影响[J]. *中国中医急症*, 2019, 28(7):1205-1207. DOI: 10.3969/j.issn.1004-745X.2019.07.020.
- [93] 高影. 优质护理在减轻肛瘘术后疼痛的效果及对护理满意度的影响[J]. *世界最新医学信息文摘*, 2019, 19(47):275-276. DOI: 10.19613/j.cnki.1671-3141.2019.47.181.
- [94] 任东林,张恒. 复杂性肛瘘诊治中需要注意的几个关键问题 [J]. *中华胃肠外科杂志*, 2015, 18(12):1186-1192. DOI: 10.3760/cma.j.issn.1671-0274.2015.12.002.
- [95] 陈朝文,彭勃. 肛瘘手术方式的选择和术后切口管理 [J]. *中华胃肠外科杂志*, 2015, 18(12):1197-1199. DOI: 10.3760/cma.j.issn.1671-0274.2015.12.004.
- [96] Kolodziejczak M, Sudol-Szopinska I. Causes of recurrences of anal fistulae [J]. *New Medicine*, 2005, 8(4):54-56.
- [97] Tabry H, Farrands PA. Update on anal fistulae: surgical perspectives for the gastroenterologist [J]. *Can J Gastroenterol*, 2011, 25(12):675-680. DOI: 10.1155/2011/931316.
- [98] Rickard MJ. Anal abscesses and fistulas [J]. *ANZ J Surg*, 2005, 75(1-2):64-72. DOI: 10.1111/j.1445-2197.2005.03280.x.
- (收稿日期:2020-09-25)
(本文编辑:卜建红)

本文引用格式

中国医师协会肛肠医师分会临床指南工作委员会. 肛瘘诊治中国专家共识(2020版)[J]. *中华胃肠外科杂志*, 2020, 23(12):1123-1130. DOI: 10.3760/cma.j.cn.441530-20200925-00537.

·读者·作者·编者·

本刊“胃肠新视野”栏目征稿启事

“胃肠新视野”栏目为本刊特设的视频栏目。视频内容通过“e-Surgery 伊索云®/医路有伴®平台”为我刊设置的“专区”呈现,大家可通过手机进行观看。同时,视频内容的相关文字内容(包括手术方式的介绍、新技术的创新背景、病例介绍、手术相关并发症的处理要点等)会在相应的杂志上刊登并附二维码。诚挚欢迎各位同道积极投稿,具体投稿要求如下。

1. 内容:主要为手术视频,侧重展示胃肠新技术、新术式以及术中并发症的处理等;并附相应的文字介绍(1000字左右)。

2. 视频:视频时长不超过9 min,视频附带解说,大小< 350 MB,格式:MPEG、MOV、MP4、AVI 或 WMV。请注明解剖部位;无背景音乐,避免“花俏”转场。已发行的具有著作权的视频资料DVD不宜。

3. 本栏目的视频及文字内容请以“胃肠新视野栏目投稿”为主题,发至我刊Email:china_gisj@vip.163.com。