

陈旧性肛裂 250 例治疗体会

周来法¹, 陆静娣²

(1. 南京军区杭州疗养院肛肠科, 浙江杭州 310007; 2. 杭州市肖山区城厢医院, 浙江杭州 311200)

[摘要] 目的 分析肛管松解加病变组织切除治疗陈旧性肛裂的疗效。方法 对 250 例陈旧性肛裂患者采用裂口内直视下切断外括约肌皮下部和齿状线下部分内括约肌并修剪、切除病变组织。结果 有效率为 100%, 治愈 246 例 (98.4%), 好转 4 例 (1.6%)。结论 肛管松解加病变组织切除治疗陈旧性肛裂是一种安全可靠的治疗方法。

[关键词] 肛裂; 肛管松解; 病变组织

中图分类号: R 657.1⁺4 文献标识码: A 文章编号: 1672-271X (2009)01-0031-02

Experience in treatment of 250 cases of chronic anal fissure

ZHOU Lai-fa¹, LU Jing-di² (1 Department of Coloproctical Surgery, Hangzhou Sanatorium of Nanjing Military Command, Hangzhou 310007 Zhejiang, China; 2 Xiaoshan Hospital of Hangzhou, Hangzhou 311200 Zhejiang, China)

[Abstract] Objective To analyze the effects of treatment for chronic anal fissure with anal relaxation in fissure combining with resection of diseased tissues. Methods The subcutaneous part of the external sphincter in the fissure and the internal sphincter under the dentate line were incised under direct vision in 250 patients. Results The overall response rate was 100%. 246 cases were cured (98.4%) and 4 cases were improved (1.6%). Conclusion Combining anal relaxation in fissure with resection of diseased tissues is a safe and useful procedure for chronic anal fissure.

[Key words] Anal fissure; Anal relaxation; Diseased tissue

陈旧性肛裂是指肛裂口反复发作不愈, 伴局部潜行溃疡、肛乳头肥大、哨兵痔及皮下瘻等病理改变的肛裂。1993~2007 年笔者采用修剪、切除病变组织, 并在裂口内直视下切断外括约肌皮下部及齿状线下部分内括约肌, 共治疗 250 例, 取得了较好的疗效, 现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 诊断分类依据 1975 年全国肛肠学术会议制定的标准, 本组 250 例, 男 135 例, 女 115 例。年龄 14~75 岁, 平均 37 岁, 其中 18 岁以下 27 例, 18~40 岁 183 例, 40 岁以上 40 例。病程 3 个月~8 年, 平均 7 个月。裂口数量: 1 个 165 例, 2 个 67 例, 3 个及以上 18 例。裂口位置: 截石位 6 点 139 例, 12 点 94 例, 其他位置 17 例; 1 个裂口病例中 126 例位于 6 点, 39 例位于 12 点; 2 个裂口都位于 6、12 点, 其余裂

口分布在其他位置。临床症状: 全部病例均有肛门疼痛, 疼痛时间从便后开始持续 1~24 h, 245 例伴便后出血, 225 例伴便秘, 35 例伴肛门瘙痒, 246 例伴有哨兵痔。235 例伴肛乳头肥大, 35 例合并皮下瘻。

1.2 手术方法 患者取左侧卧位, 常规消毒, 局部麻醉。视裂口深浅, 用剪刀将肛裂口向肛缘外延长约 1~1.5 cm, 裂口越深, 延长越长, 剪除延长口两侧皮缘, 剥离皮下结缔组织或静脉曲张组织, 哨兵痔也一并剪除, 若伴皮下瘻要切开, 同时修剪肛裂口两侧瘢痕组织, 使修剪后的创面呈一向肛缘外放射状的梭形切口。对肛乳头肥大, 小者予以直接切除, 大者予以结扎, 防止术后出血。同法处理其它部位的裂口。根据裂口部位, 选择截石位 6 或 12 点, 直视下剪刀剪断切口内暴露的外括约肌皮下部和齿状线下部分内括约肌。内括约肌剪断长度 1.5~2 cm, 厚度 0.3~0.5 cm, 结扎动脉出血点, 括约肌松解后肛门在麻醉

作者简介: 周来法 (1954-), 男, 浙江肖山人, 本科, 主任医师, 从事肛肠外科工作。

状态下应能顺利纳入3~4指。创面用明胶海绵加利多卡因凝胶填塞,纱布加压包扎。

1.3 术后处理 正常饮食和排便,便后用中药熏洗剂坐浴3~5 min,创口用京万红膏外涂,口服或静脉滴注抗生素3~5 d,伴大便干燥、便秘者给予牛黄解毒片等药物口服。

2 结果

1个月内裂口完全愈合,半年内未见复发者246例,占98.4%;另4例1个月内裂口未完全愈合,但疼痛,便血大大减轻,再次行裂口修剪,括约肌松解后治愈,术后随访1年,未见复发。有8例偶有肛门潮湿,瘙痒,用清水外洗,派瑞松软膏外涂后好转。

3 讨论

肛裂的发生,目前比较一致的看法是由于肛管缩窄,扩展功能受限,粪便排出不畅,过度用力,肛管上皮撕裂,创口反复感染形成的慢性溃疡。翁天然等^[1]指出,几乎所有的肛裂均存在不同程度的肛管缩窄,这是肛裂发生、发展的前期病理基础。肛管缩窄是因局部的损伤导致慢性无菌性炎症,引起组织粘连、增生肥厚所致。张东铭^[2]认为,内括约肌具有肠管环形肌收缩特性,容易发生挛缩,这种挛缩以游离缘甚,由于局部炎症的刺激致使内括约肌痉挛,反复发作使局部产生纤维化,最终导致肛管缩窄。安阿玥^[3]也认为,陈旧性肛裂久不愈合的根本原因是局部存在慢性感染和内括约肌痉挛。

对慢性肛裂的治疗目前主要采用以扩大肛门为目的的手术方法^[4-5],具体方法是以3、9点侧位闭式切断肛门内括约肌为多见^[6]。贺执茂^[7]更直接指出,切断括约肌是彻底根治肛裂必不可少的条件。笔者基于以上的肛裂发病过程认识,选择在截石位6或12点的裂口内直接切断部分内括约肌及外括约肌皮下部,并对裂口周围的瘢痕组织、肛乳头肥大、外痔及瘘管等病理组织彻底切除或切开治疗肛裂。切断内括约肌可消除其痉挛及肛管缩窄,切断外括约肌皮下部位有利于裂口和创面引流,切除病变组织可促进创面愈合。这一方法与侧位闭式挑切相比,虽然创面稍大但不会增加新的创面;同时直视下对括约肌的分辨,切断较闭式的盲目挑出切断要准确、方便。此外这种方式的切口还可避免闭式侧切后可能产生的局部出血、感染。孔繁广等^[8]报道用闭式侧切

法治疗肛裂,3例发生术后出血,他认为这是由于肛门动脉主要分布于内括约肌,手术时血管也一并被引出,结果与括约肌一道被切断。

既往较少采用这种直视下松解肛管主要是顾忌术后发生肛门失禁。笔者认为,肛门闭合是呈前后纵裂,闭合的松紧主要依靠是肛管两侧的肌群,此外肛管的闭合功能还有赖于肛直角、肛垫及肛提肌,肛门外括约肌深浅部,所以在前后位松解肛管较其它部位对肛管的闭合功能影响最小。本组仅有8例术后出现肛门潮湿、瘙痒,无一例出现大便失禁。这8例可能与裂口过深,内括约肌切断位置过高有关。

本术式在具体操作中应注意:切断括约肌应尽量选择在肛门6点位,若肛裂口只有前正中一处可选择在12点位。有多个裂口,一般只在一处松解括约肌;松解肛管时必须同时切断外括约肌皮下部和部分内括约肌,内括约肌一般只限齿状线以下部位,防止切断过高过深影响肛门闭合功能;松解肛管的裂口应尽量向肛外延长,这样不仅使裂口引流通畅,还能减少肛管处裂口的张力,促进整个切口愈合。对其他裂口不做过多延长,只切除周围的病变组织;在辨认内外括约肌时应考虑麻醉状态下肛门内括约肌下移的因素,在肛管充分麻醉状态下,内括约肌的下缘接近肛缘,而外括约肌皮下部则在肛缘外;术后不再用4指扩肛。

参考文献

- [1] 翁天然,许明享.小针刀松解术治疗肛裂及其机理探讨[J].中国肛肠病杂志,1999,19(9):13.
- [2] 张东铭.肛肠外科解剖生理学[M].西安:陕西科学技术出版社,1989:45.
- [3] 安阿玥.肛肠病学[M].北京:人民卫生出版社,1998:138.
- [4] 梁林江.改进扩创术治疗陈旧性肛裂560例临床观察[J].中国肛肠病杂志,1999,19(9):11.
- [5] 孟荣贵,喻德洪.现代肛肠外科手术图谱[M].郑州:河南科学技术出版社,2003:74-83.
- [6] 杜红.内括约肌部分切除治疗陈旧性肛裂310例临床观察[J].大肠肛门病外科杂志,2003,9(4):266.
- [7] 贺执茂.肛裂的治疗研究评述[J].中国肛肠病杂志,1995,15(5):33.
- [8] 孔繁广,尹元.肛裂侧切术后切口出血原因及其处理[J].中国肛肠病杂志,1995,15(5):48.

(收稿日期:2008-03-14)

(本文编辑:黄攸生;英文编辑:王建东)