

减张切口纵切横缝皮瓣移动术治疗陈旧性肛裂 50 例临床报告

梁伟成 陈祖彦 黄锦辉
(广东省开平市中医院 开平 529300)

关键词:减张切口;纵切横缝皮瓣移动术;陈旧肛裂切除;手术疗法
中图分类号:R 657.1⁴ 文献标识码:B 文献编号: 1671-4040(2006)02-0026-01

2001~2004 年,笔者采用肛缘皮肤减张切口、纵切横缝皮瓣移动术治疗狭窄型陈旧性肛裂 50 例,疗效满意。现报告如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 100 例狭窄型陈旧性肛裂病人分以下 2 组,见表 1。

表 1 2 组病人一般资料对比 例						
组别	n	男	女	年龄 / 岁	病程 / 年	合并混合痔
治疗组	20	30	20	17~63	≥2	6
对照组	50	26	24	18~59	≥2	7

1.2 诊断 100 例均符合 1994 年国家中医药管理局发布的《中医病症诊断疗效标准》^[1]。III 期肛裂:溃疡边缘发硬,基底色紫红,有脓性分泌物,上端临近肛窦处肛乳头肥大,创缘下端有哨兵痔或皮下痿管形成。同时合并肛管狭窄,局部麻醉下仅能通过直径小于或等于 1.5cm 的扩肛条。

1.3 治疗方法 治疗组采用减张切口、纵切横缝皮瓣移动术:(1)病人取俯卧折刀位,常规消毒铺巾,局麻,扩肛:可纳四指;(2)以肛管后正中为中心,沿 KC 位对应点肛裂正中“Y”型切口上至齿线纵行切开肛管皮肤溃疡瘢痕,切断韧硬栉膜带,下端向下适度延长,切断部分外括约肌皮下组织肌纤维形成 V 型切口,止血彻底,分离出内括约肌下缘并切断一段长约 1cm 内括约肌组织,双示指扩肛充分松解肛管,清除干净肛裂病理组织,切除肥大肛乳头及哨兵痔;(3)于切口下端距肛缘外 3cm 作一沿肛门 U 型切口,深达皮下组织,宽约 3cm;用 0/3 可吸收线将肛管黏膜及肛管皮肤间断缝合,针距 0.5cm;(4)凡士林纱布条 1 条填塞肛内引流,外覆纱布,胶布固定包扎。对照组:(1)(2)步同治疗组,纵行切口上自齿线,下至肛裂裂口 0.5cm;(3)修剪创缘呈 V 型开放,引流通畅;(4)同治疗组。

若合并混合痔则行混合痔外剥内扎术。术后禁便,次日可排便,普食,每次便后坐浴,换药,一般不用拆线。

1.4 疗效评定标准^[2] 治愈:裂口愈合,症状消失;好转:裂口或创面缩小,症状改善;未愈:术后 1 个月症状无改善,裂口无变化。

1.5 治疗结果 治疗组:50 例全部治愈,治愈率 100%。裂口被皮瓣覆盖愈合,不存在瘢痕,皮瓣存活,切口 1 期愈合,II/甲。肛门的收缩伸展功能正常,外形美观。术口疼痛少,无便血,住院 5~7d,愈合期 12~14d。术后 1 个月 50 例均能通过直径 3cm 扩肛条。

对照组:40 例治愈,治愈率 80%,裂口为内芽组织填充愈合,创面有瘢痕形成,切口 1 期愈合,II/乙;8 例为好转,有肉芽组织填充增生突出裂口,需修剪裂口切除肉芽组织并行扩肛治疗,切口延期愈合,II/乙;有 2 例因裂口瘢痕愈合,影响肛门收缩弹性功能,需行扩肛及瘢痕软化治疗(强的松龙+利多卡因注射到瘢痕组织内);术口疼痛较重,需用止痛药;有便血,裂口渗液多,住院 7~10d;愈合期 21~30d。术后 1 个

月 40 例可通过直径 3cm 扩肛条,余下 10 例仅可通过 2cm 扩肛条。2 组治疗结果见表 2。

表 2 2 种疗效结果比较 例									
组别	n	疼痛	便血	住院 / d	创面愈合 / d	外观形态	肛门功能	治愈率 / %	复发
治疗组	50	轻度	0	5~7	12~14	美观平整 II/甲	50 例正常	100	0
对照组	50	中度	50	7~10	21~30	瘢痕形成 II/乙	40 例正常	80	2

1.6 随诊 6 月~1 年者,治疗组、对照组各 50 例,治疗组无复发及后遗症;对照组有 2 例因瘢痕组织形成影响肛门收缩弹性功能,需行扩肛及瘢痕软化治疗(强的松龙+利多卡因注射到瘢痕组织内)。随诊 1~2.5 年者,治疗组 46 例(占 92%),对照组 45 例(占 90%),治疗组无复发及后遗症;对照组 50 例均肛门少许变形,切口+痕形成,复发 2 例。

2 讨论

2.1 术式选择 狭窄型陈旧性肛裂是肛裂发展严重阶段,治疗比较棘手,手术疗法是比较彻底而疗效肯定的方法。临床上常用的肛裂切除术有:(1)单纯肛裂切除术;(2)内括约肌切断术(含直接切断或挂线切断);(3)肛管松解术;(4)单纯纵切横缝皮瓣移动术;(5)减张切口、纵切横缝皮瓣移动术。经临床观察,笔者认为前 3 种术式存在着远期疗效低、复发率高、术后疼痛大、出血多、术后创面瘢痕形成大、恢复时间长及肛门外形功能恢复不良等缺点;单纯纵切横缝皮瓣移动术将纵型切口横行缝合,将肛裂创面覆盖,防止以上并发症发生,但若肛裂切口较大时,缝合后两端皮肤张力大,易引起坏死,愈合不良;减张切口、纵切横缝皮瓣移动术,在肛裂切口相应肛缘外作一 U 型减张切口,在纵切口横行缝合同时减少张力,并将 U 型皮瓣在无张力状态下移入肛管,覆盖创面,从而清除了陈旧性肛裂,扩大了肛管皮肤周径,大大减少了术后并发症及后遗症。通过临床观察,减张切口,纵切横缝皮瓣移动术治疗狭窄型陈旧性肛裂具有理想的疗效。

2.2 术式比较 通过治疗结果对比,治疗组疗效明显优于对照组,(1)减张切口、纵切横缝皮瓣移动术,切口完全缝闭,创面被肛缘皮肤覆盖,扩大了肛管皮肤周径,又因皮瓣为肛缘皮肤比正常皮肤弹性好,伸展性好,并在减张切口无张力状态下,术后伤口愈合佳,肛门形态不改变,利于肛管功能恢复;(2)减张切口状态下肛缘皮肤及皮下组织一起移植入肛内,皮瓣无张力,血运好,防止皮肤坏死,从而防止了皮瓣坏死及术后创面裸露所致的疼痛,出血及瘢痕形成;(3)手术操作简便,创口少,痛苦少,愈合佳,II/甲,无并发症及后遗症,远期效果佳等。可见,减张切口、纵切横缝皮瓣移动术是目前治疗狭窄型陈旧性肛裂理想术式,值得临床推广及应用。

参考文献

[1]任建国.中医肛肠病学[M].北京:科学出版社,2002.129
[2]国家中医药管理局.中医病症诊断疗效标准[S].南京:南京大学出版社,1994.132

(收稿日期: 2005-08-23)