

裂口剥扎合并肛门后侧位内括约肌切断术治疗 陈旧性肛裂的临床观察

叶志君¹ 洪中华¹ 胡晓阳² 方靖淞³

(1 江西中医学院 2010 级研究生 南昌 330006; 2 江西中医学院附属医院 南昌 330006;
3 江西中医学院 2009 级研究生 南昌 330006)

摘要:目的:观察裂口剥扎合并后侧位内括约肌切断术治疗陈旧性肛裂的临床疗效。方法:比较治疗组(采用裂口剥扎合并肛门后侧位内括约肌切断术)60 例与对照组(采用肛门后正中内括约肌切断术)60 例的治疗效果。结果:两组总有效率差异无显著统计学意义($P>0.05$),但治疗组在缩短创面愈合时间、减少术后肛门功能障碍、避免锁洞畸形的形成、降低复发率、防止术后出血以及防止术后感染上明显优于对照组($P<0.05$)。结论:裂口剥扎合并肛门后侧位内括约肌切断术治疗发生于截石位 6 点位(后位)的陈旧性肛裂疗效满意,值得临床推广。

关键词:后位陈旧性肛裂;裂口剥扎;后侧位内括约肌切断术;疗效比较

中图分类号:R 657.14 文献标识码:B doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2012.02.029

肛裂是指发生在齿线以下,肛管皮肤的全层裂开性溃疡,以局部皮肤溃疡、肛乳头肥大、哨兵痔为三大特征,多发于截石位 6 点及 12 点位,以后位多见,占 75%,前位占 15%,侧位占 2%,前后位同时发生 8%^[1]。近年来针对肛裂的手术方法多样,迄今为止尚无一种可通用的规范术式。笔者采用裂口剥扎合并肛门后侧位内括约肌切断术治疗裂口位于后位的陈旧性肛裂 60 例,效果满意。现介绍如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 陈旧性肛裂 120 例,裂口均位于截石位 6 点位。随机分治疗组和对照组,各 60 例。治

疗组男 27 例,女 33 例,年龄 19~56 岁,病程 6 个月~12 年,合并肛乳头肥大 48 例,合并哨兵痔 55 例,合并皮下瘻 12 例;对照组男 28 例,女 32 例,年龄 18~54 岁,病程 6 个月~10 年,合并肛乳头肥大 49 例,合并哨兵痔 54 例,合并皮下瘻 14 例。两组病例在性别、年龄、病程、病种、症状、切口大小上无明显差异,具有可比性。

1.2 手术方法

1.2.1 治疗组 取屈膝侧卧位,常规消毒铺巾,局部麻醉显效下,用双叶肛门镜扩开肛门,视裂口、肛乳头、哨兵痔、皮下瘻的位置,用手术刀沿裂口偏向

个别患者最迟 1 个月瘙痒症状消失;皮损一般 5~7 d 开始好转,完全好转需 15 d 左右。33 例中,痊愈 25 例,显效 5 例,有效 3 例,总有效率 100%。

3 讨论

肛门瘙痒症是临床常见的肛肠疾病,现代医学认为该病由如下因素引起:(1)过敏反应;(2)疾病因素:如糖尿病、消化不良、荨麻疹、霉菌、滴虫感染、痔、瘻、肛裂等疾病;(3)精神因素;(4)遗传;(5)肛门潮湿和分泌物刺激。瘙痒是一种自觉症状,机理不十分明确,一般认为表皮内及真皮浅层的游离神经末梢是瘙痒觉的感受器,感受器受物理、化学刺激后导致局部组胺、激肽和蛋白分解的化学介质释放,这些化学介质作用于神经末梢引起痒觉,日久而产生皮损改变^[2]。临床常用抗组胺药、镇静剂、中药内服外用和糖皮质激素类软膏等治疗,效果多不理想,而采用消痔灵肛周局部皮下注射配合术后外用综合治疗肛门瘙痒症,取得了良好的效果。利多卡因局部封闭能阻断皮肤感觉神经,使患者疼痛反射快速消失。消痔灵注射液是以五倍子、明矾等中药提取的有效成分制成含鞣酸 0.15%、明矾 4%

的灭菌注射液。该药物局部注射后可使局部产生无菌性炎症,导致局部组织纤维化而达到治疗目的。消痔灵注入肛周皮内、皮下,产生无菌性粘连,从而破坏皮肤感觉神经末梢的传导,阻断病区瘙痒中枢神经的刺激,以治疗肛门瘙痒症,且毒性较小。利多卡因可以减轻消痔灵对组织刺激而产生的疼痛不适感。外用药皮炎平具有抗炎、止痒及抗过敏的作用外,还具有抗表皮癣菌、酵母菌和霉菌活性,对革兰氏阳性细菌也有效,是治疗因肛门湿疹及肛门浅部真菌病引起肛门瘙痒症的一种理想外用药。初始时我院用于治疗痔疮效果较好,在临床中发现其对肛周瘙痒的治疗起效较好,故用于配合肛周封闭治疗肛门瘙痒症,且疗效好,经济适用,患者耐受性好,再辅以熏洗、坐浴、理疗等效果更佳。本法的优点在于疗效迅速且方便,不良反应少,门诊及住院均可治疗,易于临床推广。

参考文献

[1]李雨农.中华肛肠病学[M].重庆:科学技术出版社重庆分社,1990. 436
[2]龚光辉,叶茂.消痔灵局封合药熏法治疗肛门瘙痒症 78 例[J].实用中西医结合临床,2010,10(2):38

(收稿日期:2011-12-26)

截石位 5 点位或 7 点位方向，向下划一放射性切口。用组织钳适当钳夹带有肥大肛乳头、哨兵痔一侧的创缘组织，用剪刀修剪并剥离至齿线上 0.3 cm，用 10 号线结扎其基底部，切除多余组织，若有皮下痿者，在探针引导下一并切除，刮除溃疡组织，适当延长切口至距肛缘 1.5~2.0 cm 处，将左手食指纳入肛内，右手持纹式组织钳，用钳尖在左手食指引导下挑出部分齿线以下内括约肌，并用止血钳反复钳夹所挑出的内括约肌数次后，在直视下切断，手指纳入肛内做肛门松紧度的评估，一般以能容纳约 2 指为度，注意首次挑起括约肌束不宜过多，若认为切断的肌束过少，可再次挑出并切断。适当扩大创面，修剪切口，使切口呈“v”字形，以利引流，充分止血后，凡士林纱条填塞创面，塔形敷料压迫，丁字带包扎固定。

1.2.2 对照组 取屈膝侧卧位，常规消毒铺巾，局部麻醉显效下，双叶肛门镜扩张肛门，显露裂口，沿裂口由齿线至肛缘做一纵切口，切口长度约 1.5 cm，分离内外括约肌之间的组织，如并发哨兵痔及肛乳头肥大者也一并切除，并于后正中中线经裂口直接切断括约肌下缘。修剪创面皮缘，使创面呈“v”字形，伤口开放，充分止血后，凡士林纱条填塞创面，塔形敷料压迫，丁字带包扎固定。

1.3 术后处理 两组均术后 24 h 禁排大便，以后每日保持大便通畅，清淡饮食，暂忌辛辣，抗生素静脉点滴 3~5 d，每日中药洗剂(本院自制)熏洗后，常规清创换药，红油膏(凡士林 300 g、九一丹 30 g、铅丹 4.5 g)纱条贴敷创面至创面愈合，出院后随诊 1 年。

2 疗效观察

2.1 疗效标准 参照国家中医药管理局颁布实施的《中医病证诊断疗效标准》拟定^[2]。治愈：临床症状和体征全部消失，裂口愈合。好转：肛门疼痛、大便出血、排便困难等症状明显改善，裂口或创面缩小。未愈：肛门疼痛、大便出血、排便困难等症状未改善，裂口无变化。

2.2 观察指标 (1)创面愈合时间：以皮肤切口愈合时间为准。(2)术后出血：术后 24 h 内出现原发性搏动性出血和术后 24 h 以后出现继发性渗血。(3)肛门功能障碍：创面痊愈后肛门不能正常控制稀便、肠液、肠气。(4)锁洞畸形：术后肛门功能正常，但外观畸形，其形如锁洞。(5)复发：随诊 1 年，再次出现肛裂临床症状和体征。

2.3 治疗结果 见表 1、表 2。

表 1 两组疗效比较 例

组别	n	治愈	好转	未愈	总有效率(%)
治疗组	60	55	4	1	98.33
对照组	60	49	6	5	91.67

注：两组总有效率对比， $P=0.094>0.05$ ，无明显统计学意义。

表 2 两组术后情况比较 ($\bar{X} \pm S$) 例

组别	n	创面愈合时间(d)	术后出血	感染	肛门功能障碍	锁洞畸形	复发
治疗组	60	9.3±2.6	4	2	1	0	0
对照组	60	15.4±4.6	12	8	7	5	4

注：经 t 检验，两组术后创面愈合时间比较， $P<0.05$ ，有显著统计学意义。经卡方检验，两组术后出血、术后并发感染、肛门功能障碍、锁洞畸形及复发情况比较， $P<0.05$ ，有显著统计学意义，即治疗组术后并发症情况明显优于对照组。

3 讨论

中医将肛裂归为痔科范畴，有“钩肠痔、裂痔”之称，认为阴虚津乏或热结肠燥而致大便秘结，排便努挣，可使肛门皮肤裂伤，然后染毒形成慢性溃疡即为肛裂^[3]。其主要症状包括：便血、周期性疼痛、便秘以及瘙痒。因便秘时粪便摩擦裂口，引起便时疼痛，加之慢性炎症反复刺激裂口，使内括约肌长期处于痉挛状态，从而导致内括约肌纤维化，进一步引起肛管狭窄，剧烈的疼痛引起排便的恐慌，致便秘症状加重，形成恶性循环，最终导致溃疡经久不愈，是现代医学对肛裂形成原因的观点之一^{〔4-5〕}。

有效缓解括约肌痉挛、去除病灶、避免恶性循环是治疗陈旧性肛裂的关键所在。目前国内采用的肛裂手术术式较多，切断部分内括约肌以缓解括约肌的痉挛，是大多术式的共同特点，代表术式有肛门后正中内括约肌切断术和肛门侧位内括约肌切断术。这两种手术方式各有其优缺点：前者能有效地切断内括约肌，损伤外括约肌的机会相对较少，能够一次性切除肥大肛乳头、哨兵痔等并发症，缺点是因过多损伤肛门后正中位供血缺乏区，从而导致创面愈合时间较长，且术后常留有锁洞变形、溢液、排气失禁、排便失禁等现象；后者损伤小，愈合较快，痛苦较轻，但因其非直视下切断内括约肌，不易于掌握应切断的肌束厚度，带有一定盲目性，适合有经验的操作者，对于无经验者操作难度较大，若首次未能充分解除括约肌痉挛，常需进行第二次手术，且术后因未充分止血，常有血肿现象发生，不能有效解决并发症。

裂口剥扎合并肛门侧位内括约肌切断术，其优点有：(1) 避免过多损伤肛门后正中位供血缺乏区的正常组织，避免锁洞畸形的形成，缩短创面愈合的时间；(2) 在后侧位直视下切断内括约肌视野清晰，避免盲目操作，便于术者准确掌握所需切断的括约肌厚度，术后不致漏液、漏气，降低肛门功能障碍的机率，止血充分，手术成功率高；(3) 肛门侧位开放式创面避开了臀沟，引流较为通畅，可减

中西医结合治疗肛瘘528 例疗效分析

雷雨 王才刚 李凌琳
(四川省攀枝花学院附属医院 攀枝花 617000)

关键词:肛瘘;辨证论治;中西医结合疗法
中图分类号:R 657.16 文献标识码:B doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2012.02.030

肛瘘的治疗方法颇多,手术方式也各异,特别是复杂性高位肛瘘手术在肛瘘手术中难度较大,如操作不当,在术后可出现创面延迟愈合、肛门狭窄、肛门不同程度的失禁、肛缘皮瓣外翻、瘘管复发等一系列并发症和后遗症。为了提高肛瘘的治疗效果,减轻病人痛苦,缩短疗程,减少术后并发症及后遗症的发生,我科于 2002 年以来应用中西医结合治疗肛瘘 528 例,临床疗效满意。现报告如下:

1 临床资料

1.1 诊断标准 参照中华人民共和国中医药行业标准《中医病证诊断疗效标准》^[1]。合并有严重心脏疾病、高血压、糖尿病、凝血机制障碍、肝肾功能不全的肛瘘患者除外。

1.2 一般资料 本组 528 例,男 392 例,女 136 例;年龄 6~78 岁,其中 <20 岁 7 例,20~29 岁 109 例,30~39 岁 197 例,40~49 岁 148 例,50~59 岁 44 例,60~69 岁 12 例,≥70 岁者 11 例;病程 103 d~27 年,其中 <1 年者 34 例,1~5 年 289 例,6~10 年 67 例,11~15 年 96 例,16~20 年 23 例,21~25 年 13 例,≥26 年 6 例。低位单纯性肛瘘 267 例,低位复杂性肛瘘 96 例,高位单纯性肛瘘 119 例,高位复杂性肛瘘 46 例。其中伴有急性化脓者 58 例。中医辨证分型^[1]:湿热下注型 402 例,正虚邪恋型 118 例,阴液亏虚型 8 例。

2 治疗方法

患者入院后常规作心电图、X 线胸片、B 超、血常规、凝血二项及肝肾功能化验检查,排除手术禁忌证。术前根据中医辨证分型给予相应中药口服 3~5 d,尔后再根据肛瘘的不同类型分别行切开引流、切除缝合、低切高挂等手术治疗。术后常规给予头孢类加喹诺酮类药物或甲硝唑静滴,口服中药至少术后并发感染;(4)术中挑出部分内括约肌后,先用组织钳反复钳夹数次,意在钝性切割以松解部分肌纤维,并可压迫部分血管,防止出血。本术式治疗发生于后位的陈旧性肛裂疗效满意,操作简便,创面愈合时间短,并发症少,复发率低,远期效果显著,能够较好地解决肛裂患者的病痛,值得临床推广。

血合剂(本文所有中药均系我科协定处方且生产为制剂)及消肿合剂,采用枯朴促愈汤坐浴(该坐浴制剂已获我市科研成果奖),中药纱条引流换药及对症治疗。

2.1 术前中医辨证论治

2.1.1 湿热下注型 症见肛周经常流脓,脓质稠厚,肛门胀痛,局部灼热,肛周有溃口,按之有条索状物通向肛内,舌红,苔黄,脉弦或滑。治法:清利湿热。方药(肛瘘 1 号方):萆薢、黄柏、苍术、茯苓、泽泻、赤芍、槐角、银花、连翘、白及各 15 g,丹皮、当归各 12 g,黄芪、车前草各 30 g,甘草 6 g。

2.1.2 正虚邪恋型 症见肛周流脓,质地稀薄,肛门隐隐作痛,外口皮色暗淡,瘘口时溃时愈,肛周有溃口,按之较硬,或有脓液从溃口流出,且多有条索状物通向肛内,可伴有神疲乏力,舌质淡,苔薄,脉濡。治法:益气养血。方药(肛瘘 2 号方):党参、黄芪各 30 g,白术、茯苓、丹参、蒲公英各 20 g,黄柏、肉苁蓉各 15 g,当归、熟地、赤芍各 12 g,川芎、陈皮、甘草各 10 g。

2.1.3 阴液亏虚型 症见肛周有溃口,颜色淡红,按之有条索状物通入肛内,可伴有潮热、盗汗、心烦口干,舌红,少苔,脉细数。治法:滋阴清热。方药(肛瘘 3 号方):山药、黄芪、鳖甲各 30 g,青蒿、生地、熟地、麦冬各 15 g,山萸肉、丹皮、玉竹、知母、阿胶(烊化)、甘草各 10 g。

2.2 手术方法 腰俞麻醉成功后,患者取截石位卧于手术台上,用碘伏常规消毒术野后铺巾,生理盐水棉球反复擦拭直肠肛管,然后术者用双食指轻柔扩肛,再用细球头探针由外口进入肛瘘纤维管道,仔细寻找各条支管,支管的处理采取常规切开。在处理主管和内口时,术者需将左手食指伸入肛内,

参考文献

[1]张友生,李春雨.实用肛肠外科学[M].北京:人民军医出版社,2009.7
[2]国家中医药管理局.中医病证诊断疗效标准[S].南京:南京大学出版社,1995.54
[3]寇玉明.中医肛肠科临床手册[M].上海:上海科技出版社,2000.3
[4]荣文舟.肛肠病手术技巧[M].北京:科学技术文献出版社,2008.10
[5]何德才,赵自星.侧位内括约肌切断扩肛缝合术治疗陈旧性肛裂疗效观察[J].实用中西医结合临床,2004,4(4):27

(收稿日期:2011-12-22)