

论著·临床研究 doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2014.24.021

## 后位内括约肌节段式部分切开术治疗慢性肛裂的疗效观察

陈莹璐,徐月<sup>△</sup>

(重庆市中医院肛肠科 400021)

**摘要:**目的 探讨后位内括约肌节段式部分切开术与后位内括约肌切开术治疗慢性肛裂的临床疗效。方法 将 64 例Ⅱ、Ⅲ期肛裂患者随机分为治疗组和对照组,治疗组 31 例行后位内括约肌节段式部分切开术治疗,对照组 33 例行后位内括约肌切开术治疗,对两组患者术后 24 h 并发症、手术疗效、术后复发率、愈合时间、术后 3 个月并发症进行比较分析。结果 治疗组手术治愈率为 90.32%,对照组治愈率为 90.9%,两组比较差异无统计学意义( $P>0.05$ );两组均无复发病例;两组患者术后 24 h 并发症、愈合时间、术后 3 个月并发症等方面比较差异有统计学意义( $P<0.05$ )。结论 后位内括约肌节段式部分切开术治疗慢性肛裂具有术后恢复快、并发症少等优点。

**关键词:**慢性肛裂;后位内括约肌节段式部分切开术;临床疗效

**中图分类号:**R657.14

**文献标识码:**A

**文章编号:**1671-8348(2014)24-3180-02

## Therapeutic effect observation on subsection partial posterior internal sphincterotomy in treatment of chronic anal fissure

Chen Yinglu, Xu Yue<sup>△</sup>

(Department of Rectum Branch, Chongqing City Hospital of Traditional Chinese Medicine, Chongqing 400021, China)

**Abstract:** Objective To investigate the clinical efficacy of subsection partial posterior internal sphincterotomy and posterior internal sphincterotomy for chronic anal fissure. **Methods** 64 cases with stage II, III anal fissure were randomly divided into treatment group and control group, treatment group of 31 cases of subsection partial posterior internal sphincterotomy, 33 patients in the control group after posterior internal sphincterotomy, two groups of cases after 24 hours of operation, complications, curative effect of postoperative recurrence comparative analysis of rate, healing time, postoperative complications in 3 months. **Results** In the treatment group, the cure rate was 90.32%, in the control group, the cure rate was 90.9%, compared with no significant difference between the two groups; the two groups had no recurrence in two cases; 24 hours after operation complications, healing time, postoperative complications in 3 months, the difference was statistically significant ( $P<0.05$ ). **Conclusion** subsection partial posterior internal sphincterotomy in treatment of chronic anal fissure with faster postoperative recovery and fewer complications.

**Key words:** chronic anal fissure; subsection partial posterior internal sphincterotomy; clinical effect

肛裂是由多种原因造成的肛管皮肤破裂,形成慢性感染性溃疡,是一种常见的肛肠科疾病。临床上以肛门周期性疼痛、出血、便秘 3 大特征为其主要症状<sup>[1]</sup>。目前,专家认为肛裂的本质是缺血性溃疡,发病的主要原因是内括约肌痉挛诱发肛后供血严重不足,日久难以愈合而形成溃疡<sup>[2]</sup>。2011 年 9 月至 2013 年 1 月本院肛肠科共收治慢性肛裂患者 64 例,分别采用后位内括约肌节段式部分切开术和后位内括约肌切开术治疗,通过术后观察及随访,发现后位内括约肌节段式部分切开术治疗肛裂在愈合时间、术后并发症发生率方面优于后位内括约肌切开术,现报道如下。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 所有病例均为本科 2010 年 3 月至 2013 年 1 月期间住院的Ⅱ、Ⅲ期肛裂患者,共 64 例。将所纳入的 64 例病例按照平行、对照的方法随机分为治疗组和对照组。治疗组 31 例,其中,男 11 例,女 20 例;年龄 20~61 岁,平均(41.28±10.47)岁;病程 1.2~5.5 年,平均(4.28±1.35)年;Ⅱ期肛裂 14 例,Ⅲ期肛裂 17 例。对照组 33 例,其中,男 10 例,女 23 例;年龄 18~63 岁,平均(40.37±9.11)岁;病程 1.0~6.5 年,平均(4.15±1.37)年;Ⅱ期肛裂 17 例,Ⅲ期肛裂 16 例。治疗组行后位内括约肌节段式部分切开术,对照组行后位内括约肌切开术。两组患者在性别、年龄、病程及肛裂分期等方面比较,差异无统计学意义( $P>0.05$ ),具有可比性。

## 1.2 病例选择

**1.2.1 纳入标准** 参照中华中医药学会肛肠分会《痔、肛瘘、肛裂、直肠脱垂的诊断标准》<sup>[3]</sup>确诊。

**1.2.2 排除标准** (1)合并混合痔、肛瘘、肛周脓肿患者;(2)严重心、脑、肺疾病患者;(3)严重肝、肾疾病或血液病患者;(4)直肠、结肠恶性肿瘤患者;(5)孕妇;(6)不能配合手术的精神病患者。

**1.3 方法** 术前准备、麻醉与体位参照《大肠肛门局部解剖与手术学》的方法<sup>[4]</sup>。

**1.3.1 治疗组** 采用后位内括约肌节段式部分切开术。具体操作如下:骶管麻醉生效后,患者取右侧卧位,常规消毒铺巾,于截石位 6 点位肛缘处做一长约 2 cm 放射状切口,用食指确定括约肌间沟后,将蚊式血管钳由切口插入,至括约肌间沟达内括约肌下缘,钝性完成内括约肌分离,将内括约肌下缘部分挑出切口外,厚度约 0.3~0.5 cm、宽度约 1.0 cm,用剪刀在游离的内括约肌下缘相距 0.5 cm 处分别作 3 段切开,切断宽度为 0.5 cm,将游离的内括约肌回纳至切口内。伴哨兵痔和肛乳头肥大者均予以结扎切除,修剪创面使伤口引流通畅。

**1.3.2 对照组** 采用后位肛门内括约肌切开术。参照《大肠肛门局部解剖与手术学》的方法<sup>[4]</sup>,具体操作如下:骶管麻醉生效后,患者取右侧卧位,常规消毒铺巾,于截石位 6 点位肛缘处做一长约 3 cm 放射状切口,以组织钳提起切口的皮肤,向上锐性分离皮下坚硬的纤维化组织,将已暴露的外括约肌皮下部及内括约肌下缘切断 1 cm,修剪创面使伤口引流通畅。

作者简介:陈莹璐(1980—),主治中医师,硕士,主要从事肛肠病的临床(研究)工作。△ 通讯作者, Tel:15310330416; E-mail:827093411@qq.com。

两组患者术后处理方法相同,均常规预防性使用抗菌药物 3 d 预防感染。手术当日进流质饮食,第 2 天起进普食。便后用中药熏洗剂坐浴,伤口每日换药。

**1.4 观察项目** (1)手术操作时间、术中出血量情况;(2)术后 24 h 伤口疼痛<sup>[5]</sup>、水肿及尿潴留<sup>[6]</sup>情况;(3)愈合时间及术后 3 个月复发情况;(4)术后 3 个月污染内裤、肛门畸形及大便失禁情况。

**1.5 疗效评价标准** 参照《中华人民共和国中医药行业标准·中医肛肠科病证诊断疗效标准》<sup>[7]</sup>,并结合临床制订。治愈:症状、体征消失或基本消失,创面上皮完全覆盖,疤痕坚实。有效:症状、体征均有好转,创面肉芽组织较新鲜,色红。无效:症状、体征改善不明显,创面肉芽组织色暗,生长很少,无明显缩小趋势。

**1.6 统计学处理** 采用 SPSS17.0 软件对数据进行分析处理。计量资料以  $\bar{x} \pm s$  表示,组间比较采用  $t$  检验,计数资料采用  $\chi^2$  检验,以  $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

## 2 结果

**2.1 两组患者临床疗效比较** 治疗组 31 例,治愈 28 例(90.32%),好转 3 例(9.68%),总有效率 100.00%;对照组 33 例,治愈 30 例(90.91%),好转 3 例(9.09%),总有效率 100.00%。两组患者治愈率比较差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。两组患者临床疗效比较差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。3 个月后复查无 1 例复发,两组比较差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。

**2.2 两组患者手术操作时间、术中出血量比较** 治疗组手术操作时间为(25.74±9.41)min,对照组手术操作时间为(22.89±7.26)min,两组比较差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。治疗组术中出血量为(30.24±6.86)mL,对照组术中出血量为(33.97±9.52)mL,两组比较差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。

**2.3 两组患者愈合时间比较** 治疗组愈合时间为(10.46±2.12)d,对照组愈合时间为(15.84±3.91)d,两组比较差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。治疗组切口创面愈合时间明显短于对照组。

**2.4 两组患者并发症比较** 治疗组术后当日视觉模拟评分法(visual analogue scale/score, VAS)疼痛评分大于或等于 7 分者 2 例,尿潴留 1 例(采用导尿),无水肿;术后 3 个月无污染内裤、锁眼畸形及大便失禁病例。对照组术后当日 VAS 疼痛评分大于或等于 7 分者 9 例,尿潴留 8 例(采用导尿),无水肿;术后 3 个月污染内裤 6 例、锁眼畸形 2 例,无大便失禁病例。两组患者术后疼痛、尿潴留方面比较,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。两组患者术后污染内裤方面比较,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。

## 3 讨论

肛裂是肛肠科常见疾病之一,在肛门直肠专科疾病中,肛裂患者约占 14%。肛裂的位置是相当恒定的,总是位于肛管后正中中线附近<sup>[8]</sup>。肛裂分为急性期和慢性期,急性期肛裂绝大多数采用保守治疗,慢性肛裂则多采用手术治疗。

目前,治疗慢性肛裂的手术方法较多,不同的手术方式各有其优缺点<sup>[9]</sup>。闭式内括约肌切断术、化学性内括约肌切开术损伤组织少、疼痛小,但存在着病因无法去除、易感染、复发率高的问题<sup>[10]</sup>;侧方内括约肌切开术要先切除后正中线的肛裂溃疡面,然后重新在 3 点位或 9 点位肛缘作切口进行松解括约肌,疗效尚可,但较之其他方法扩大了创面,易出现感染等并发症<sup>[11]</sup>。后位内括约肌切开术选择切断肛管后位括约肌及周围病变组织,解除了因内括约肌痉挛导致的便时肛门疼痛,消除

了肛裂引起的便血和便秘,是目前治疗肛裂的首选术式<sup>[12]</sup>。但后位内括约肌切开术创面大,恢复时间长且术后可能伴“钥匙孔”样肛门畸形并发症,或引起肛管闭合不全而残留粪渣污染内裤,甚至出现不同程度的短期大便失禁,给患者的生活带来影响<sup>[13-14]</sup>。

后位内括约肌节段式部分切开术以内括约肌可切但不可多切为手术治疗的指导方向。在直视下操作,术野清晰,便于术者准确掌握所需切断的括约肌厚度,节段式部分切开避免了过多损伤肛管后正中位的正常组织,有效地缩小了创面。通过与后位内括约肌切开术对照,在治疗组中无 1 例发生不同程度的肛门失禁,亦可见该术式的安全性。在临床观察中,治疗组的治愈率(90.32%)与对照组的治愈率(90.91%)相当,均是有效的手术方式,但治疗组切口创面愈合时间明显短于对照组,后位内括约肌节段式部分切开术优于后位内括约肌切开术。

总之,后位肛管内括约肌节段式部分切开术能安全、有效地治疗慢性肛裂,同时又能缩短伤口愈合时间,最大限度地保护肛门功能,为治疗慢性肛裂提供了一种有效、安全的手术方式。

## 参考文献:

- [1] 赵宝明,张书信.大肠肛肠学[M].上海:第二军医大学出版社,2004:565-575.
- [2] 张东铭.肛裂的现代概念[J].中国肛肠病杂志,2001,21(7):29-31.
- [3] 中华中医药学会肛肠分会.痔、肛瘘、肛裂、直肠脱垂的诊断标准[J].中国肛肠病杂志,2004,24(4):42-43.
- [4] 张东铭.大肠肛门局部解剖与手术学[M].合肥:安徽科学技术出版社,2009:66-121.
- [5] Langley GB, Sheppard H. The visual analogue scale: Its use in pain measurement[J]. Rheumatol Int, 1984, 5(4): 145-148.
- [6] 傅传刚,杨巍,孙建华,等.草木犀流浸液片剂减轻肛管直肠术后水肿疼痛出血的临床研究[J].中华胃肠外科杂志,2004,7(1):45-48.
- [7] 国家中医药管理局.中华人民共和国中医药行业标准·中医肛肠科病证诊断疗效标准[M].南京:南京大学出版社,1995:1-17.
- [8] 张东铭.盆底肛直肠外科理论与临床[M].北京:人民军医出版社,2011:85-86.
- [9] 叶志君,洪中华,胡晓阳,等.裂口剥扎合并肛管后侧位内括约肌切断术治疗陈旧性肛裂的临床观察[J].实用中西医结合临床,2012,12(2):42-44.
- [10] Argov S, Levandovsky O. Open lateral sphincterotomy is still the best treatment for chronic anal fissure[J]. Am J Surg, 2000, 179(3): 201-202.
- [11] 孙栋森,于群,卢培东.肛管内括约肌部分切断术治疗肛裂的临床观察[J].当代医学,2012,18(26):63-64.
- [12] 梁学敏,简丽丝,林爽.不同术式治疗肛裂 184 例临床分析[J].实用医学杂志,2012,28(13):2244-2245.
- [13] 胡方宽.侧方切开括约肌在肛裂治疗中的应用[J].中国医药指南,2012,10(32):536-537.
- [14] 施捷,金杰.侧位内括约肌切除术治疗陈旧性肛裂 187 例临床观察[J].河北中医,2012,34(10):1588-1590.