

2 种微创术治疗肛裂临床疗效观察

颜亨祥¹⁾, 姚越苏²⁾

(1) 昆明市五华区人民医院, 云南 昆明 650031; 2) 昆明医学院第一附属医院, 云南 昆明 650032)

[摘要] **目的** 探索肛裂更有效的治疗方法, 为临床手术选择提供依据. **方法** 将 263 例肛裂患者随机分为金属细导线侧后方内括约肌电切松解术 (I 组, 简称电扩切组) 和定位电扩切组 (II 组, 简称电扩切组) 并比较其疗效及并发症. **结果** 2 组近期均治愈, I 组在疼痛程度和疼痛时间及创面愈合方面优于 II 组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$). 但 II 组治愈率高, 复发率低 ($P < 0.05$). **结论** 两种肛裂微创术近期疗效确切, 操作简单安全. 值得临床推广应用, 但 2 种手术方法治疗肛裂各有优缺点, 应结合医院及病人情况应用.

[关键词] 肛裂; 微创; 疗效观察

[中图分类号] R657.14 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1003 - 4706 (2012) 04 - 0115 - 03

Therapeutic Results of Two Microsurgical Procedures in the Treatment of Anal Fissure

YAN Heng-xiang¹⁾, YAO Yue-su²⁾

(1) Dept. of Surgery, Wuhua District Hospital of Kunming, Kunming Yunnan 650032; 2) Dept. of Coloproctology, The 1st Affiliated Hospital of Kunming Medical University, Kunming Yunnan 650032, China)

[Abstract] **Objective** To explore a better method of treatment anal fissure so as to offer basis for selecting procedures clinically. **Methods** 263 cases of this disease were divided into two groups: I group's patients were subjected to posterior lateral with mental fine wire electric incision of internal sphincter. II group's patients were given electric incision and dilatation procedure at fissure point. Then we compare their curative effects and incidence of complications. **Results** In short-term patients in the two groups were all cured. For the pain degree and pain last time, healing time of wound, the I group was superior to II group ($P < 0.05$). But the curative rate in II group higher than I group ($P < 0.05$). **Conclusion** These two microsurgical procedures is of reliable effect, and safe recently, and is of the value of clinical popularization. But the two procedures should be adopted according to the specific conditions of patients

[Key words] Anal fissure; Micro surgical operation; Observation on curative effects

目前治疗肛裂仍以手术为主, 手术方法有向微创发展的趋势, 近年来昆明市五华区人民医院笔者对临床常用的 2 种微创式: 侧后方内括约肌切断术和直视下肛裂切除内括约肌切断术进行改进, 形成 2 种新型微创术, 即金属细导线侧后方内括约肌电切松解术和定位电扩切术治疗肛裂, 并对 2 种微创术疗效进行观察, 现报告如下.

1 资料与方法

1.1 临床资料

263 例肛裂均为门诊患者, 其中男 103 例, 女 160 例, 年龄 20~67 岁, 平均年龄 37.5 岁. 金属细导线侧后方内括约肌电切松解术 (I 组, 简称电扩切组) 90 例. 定位电扩切组 (II 组, 简称电扩切组) 173 例. 2 组年龄、性别、病程及临床症状具有可比性.

1.2 治疗方法

2 组患者均采用肛管长麻, 取右侧屈膝卧位,

[作者简介] 颜亨祥 (1958~), 男, 云南巧家人, 医学学士, 副主任医师, 主要从事普通外科临床工作.

[作者简介] 姚越苏. E-mail: ynkmyys@sina.com

手术部位电导切组选择在截石位 4 点或 8 点处, 电扩切组则选择于肛裂所在部位. 电导切组: 常规消毒后, 先切除肛裂部位肥大之肛乳头、哨兵痔等, 肛裂溃疡面浅表电灼, 出血点电凝止血. 于 4 点或 8 点位左手食指由肛缘处探入肛内触摸两环形肌肉间有一间隙即括约肌间沟, 摸清内括约肌位置及与体表皮肤对应关系后, 用带有 0.05 mm 直径细软金属丝之中号胖圆针从肛缘处 1 cm 处刺入顺内括约肌外侧缘直达肌间沟并弯转沿皮下于原刺入点剝出, 此时整个金属丝已套住内括约肌, 血管钳夹住金属丝轻轻拉紧, 用山东中杰公司 LC-200 电脑肛肠治疗仪之电刀以 40 mA 电流量轻触一侧细金属丝, 内括约肌立即被导电切断, 肛门环出现松弛, 双侧食指轻扩肛门并检查肛管紧张程度后抽出金属细丝. 加压包扎术毕. 定位电扩切组: 相同麻醉后充分暴露好肛裂溃疡面, 用组织钳在裂面中部夹牢, 再用 2 把同号直血管夹钳分别在组织钳 2 侧夹牢肛缘两侧, 并使 2 血管钳尖在齿线下约 0.2 cm 处相抵, 以组织钳为高点使 2 血管钳术成为等腰三角形的两个边排列, 松开双侧血管钳术, 在 2 血管钳压迹处先用中杰电脑肛肠治疗仪之电镊, 并用 20 mA 电流电镊组织钳双侧压迹, 并用电刀切除血管钳压迹之间电镊过的干性组织, 使手术切口成一个 V 型. 手法扩张肛门至感觉肛管缩窄环消失, 然后同样切除肥大增生的肛乳头, 结缔组织外痔, 哨兵痔等, 加压包扎术毕. 两术式均于术后口服抗

炎药. 便后次日换药, 共 1~4 d, 1 周后复查. 正常饮食排便, 门诊治疗无需住院及输液.

1.3 统计学分析

采用 SPSS 统计软件包进行统计学分析, 计数资料采用 χ^2 检验. $P < 0.05$ 为差异有统计学意义.

2 结果

2.1 观察指标

术中出血量、术后患者疼痛程度与持续时间、创口愈合时间、创口感染、排便情况改善等. 术后 3 个月复诊, 随防 1 a 了解患者复发情况及肛门控制功能及舒适度.

2.2 疗效判定

依据国家中医药管理局制定的《中医病症》诊断标准.

2.3 疗效比较

术后疼痛强度与时间: 观察术后 6~48 h I 组微痛 2 例 (2.22%), 疼痛时间 < 6 h. II 组疼痛 18 例 (10.4%), 疼痛时间 < 48 h. 2 组差异有统计学意义 ($P < 0.05$).

术后创面愈合时间: I 组均于 7 d 内愈合, II 组于 14 d 内愈合, 2 组差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 1. 2 组手术时间均为 10 min, 近期 2 组患者均治愈.

表 1 2 组症状改善情况比较 (n)

Tab. 1 Comparison of clinical symptoms between two groups (n)

组别	n	微痛	疼痛时间 (h)	少量出血	皮下血肿	轻微感染	创面愈合 (d)	复发	肛门控制功能减弱
I 组	90	2*	6*	0	1	1	7*	7*	0
II 组	173	18	48	2	0	0	14	0	1

与 II 组比较, * $P < 0.05$.

3 讨论

内括约肌痉挛为是肛裂不愈合的主要原因^[1,4,7]. 尽管目前治疗肛裂术式较多, 但其机理都是通过术中将肛管内括约肌下缘切断, 使其达到松弛状态, 缓解排便后括约肌痉挛、改善局部血供、消除肛裂疼痛周期, 使排便通畅, 从而达到治愈肛裂的目的^[2,5]. 手术方式有向微创发展趋势^[3,6]. 为探索肛裂更有效, 损伤更小的治疗方法, 特介绍近年来笔者开展的 2 种微创术式. 本次临床观察中, 2 组在手术时间, 近期治愈率方面无显著差异, 都简

便易行, 痛苦少创口愈合快.

电导切术式更为微创简单便捷, 术后出现病痛机率更低, 疼痛持续时间更短, 创面愈合时间优于电扩切组 ($P < 0.05$) 且出血量少, 由于安全性高、恢复快, 更适宜基层门诊及老年、小儿开展手术. 但 I 组出现皮下血肿, 及皮下感染机率增高. 由于仅线切了内括约肌, 加之切除宽度, 深度, 范围要求术者有一定临时经验, 操作中有一定盲目性, 所以复发率尤其是远期复发率尚待观察及进一步研究.

定位电扩切术则采用血管钳和组织钳准确定位切除范围. 一次性电切肛裂组织及部分内括约

肌,去除了肛裂炎性组织,完全解除了括约肌痉挛,扩大了肛管直径,使术后排便通畅,同时手术操作过程清晰直观,同样也简便易行.其缺点是与I组比较术后疼痛持续时间长,伤口愈合慢,发生创口出血机会大于电导切组($P < 0.05$).

综上所述,2种微创术式疗效确切,操作简单,术中术后无大出血,痛苦少,无直肠肛门狭窄等并发症,费用低,值得临床推广应用.但2种方法,均有优缺点,在临床选择应用上,应根据医院条件,患者的具体情况,个体化制定手术方案,使患者早日康复.

[参考文献]

- [1] 曾晓峰. 滑动皮瓣移植法治疗重度肛裂的临床分析[J]. 中国肛肠病杂志,2012,32(1):50-51.
[2] 韩玲玲,程卫东. 侧位内括约肌切断术治疗肛裂前后

肛肠动力学变化的临床观察[J]. 中国肛肠病杂志,2011,31(6):48-49.

- [3] 莫洁清. 肛裂的非手术治疗[J]. 中国肛肠病杂志,2011,31(6):74-75.
[4] 李建立. 侧位内括约肌切断术治疗陈旧性肛裂120例病疗效观察[J]. 中国医疗前沿,2007,(1):72-73.
[5] MEMON A S, SIDDIQUI F G, HAMAD A. Fissurectomy with posterior midline sphincterotomy for management of chronic anal fissure [J]. Coll Physicians Surg Psk,2010,20(4):229-231.
[6] RATHER S A, DAR T I, MALIK A A, et al. Subcutaneous internal lateral sphincterotomy(SILS) versus nitroglycerine ointment in anal fissure: a prospective study [J]. Surg,2010,8(3):248-251.
[7] NELSON R L. Operative procedures for fissure in ano [J]. Co-chrane Database Syst Rev,2010,20(1):2199.
(2012-02-05 收稿)

(上接第111页)

[参考文献]

- [1] 那彦群. 中国泌尿外科疾病诊断治疗指南(2011版)[M]. 北京:人民卫生出版社,2009:254-255.
[2] 吴阶平. 吴阶平泌尿外科学[M]. 济南:山东科学技术出版社,2003:784-786.
[3] 张若愚,王炜,米其武,等. 输尿管上段结石微创手术方法的比较[J/CD]. 中华腔镜泌尿外科杂志(电子版),2010,4(4):311-315.
[4] 陈兴屹,温晓飞,仇广明,等. 嵌顿性输尿管上段结石三种微创术式的疗效比较[J/CD]. 中华腔镜泌尿外科杂志(电子版),2010,4(1):26-31.
[5] 李逊,雷鸣,袁坚,等. 微创经皮肾穿刺取石和经尿道输尿管镜碎石治疗嵌顿性输尿管上段结石的疗效比较[J]. 临床泌尿外科杂志,2004,19(7):388-390.
[6] LEE Y H, TSAI J Y, JIAAN B P, et al. Prospective randomized trial comparing shock wave lithotripsy and ureteroscopic lithotripsy for management of large upper third ureteral stones[J]. J Urol,2006,67(3):480-484.
[7] 陆佳荪,温机灵,温晓飞,等. 经输尿管镜治疗输尿管

上段结石失败原因的分析及对策[J]. 中华腔镜泌尿外科杂志(电子版),2010,2(4):24-26.

- [8] DRETLER S P. Ureterscopy for proximal ureteral calculi: Prevention of stone migrationl [J]. J Endourol,2000,14(7):565-567.
[9] 黄旭光,潘晓明,李发根. 结石拦截网在输尿管镜气压弹道碎石术中的应用[J]. 中华腔镜泌尿外科杂志(电子版),2008,2(3):236-238.
[10] 张力,常保东,郑涛,等. 经输尿管镜联合拦截网钬激光碎石治疗输尿管中上段结石[J]. 河南外科学杂志,2010,16(6):84-86.
[11] 陈奇,王立鹤,潘家骅,等. 一种新型输尿管管路封堵器在输尿管镜钬激光碎石术中的应用初探[J]. 临床泌尿外科杂志,2011,26(5):358-360.
[12] AHMED M, PEDRO R N, KIELEY S, et al. Systematic evaluation of ureteral occlusion devices: insertion, deployment, stone migration, and extractionl [J]. Urology,2009,73(5):976-980.
[13] 苏劲强,成阳,张凤林. 结石拦截网在输尿管镜气压弹道碎石术中应用体会 [J]. 国际医药卫生导报,2006,12(17):51-52.
(2012-02-02 收稿)