

挂线加小针刀行内括约肌侧切治疗陈旧性肛裂

杨玉龙, 杨 韬

作者单位: 475003 开封, 河南省开封市陇海医院肛肠科

作者简介: 杨玉龙(1963-), 男, 副主任医师, 研究方向: 肛肠病的微创治疗。电话: 13938605716, E-mail: yybxinxiang@163.com

[摘要] 目的 寻找一种新的微创、有效治疗陈旧性肛裂的方法。方法 用挂线代刀, 分别将肛裂底部、两侧、上下两端缓慢切割; 小针刀于截石位3点切断部分内括约肌。结果 48例中45例治愈, 占94.0%, 3例未愈。结论 该法简便、安全可靠, 易于在基层医疗单位推广。

[关键词] 肛裂; 挂线; 小针刀; 内括约肌

[中图分类号] R 657.1 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1674-3806(2009)01-0069-02

Lateral internal sphincterotomy of hanging thread adding small needle knife in the treatment of old anal fissure

YANG Yu-long, YANG Tao. Anus-intestines Department, Longhai Hospital, Kaifeng, 475003, China

[Abstract] **Objective** To seek a new micro-invasive and effective therapeutic method for old anal fissure.

Methods Take the place of a knife with hanging thread, respectively, the anal fissure bottom and the two sides and from top to bottom both ends slowly were cut. The part of interior sphincter at 3 point of the lithotomy position were cut off by small knife. **Results** Forty-five patients were cured in 48 patients, account for 94%, 3 patients were not cured. **Conclusion** This method is simple, convenient, safe, reliable and is easy to popularizing in the basic medical department.

[Key words] Anal fissure; Hanging thread; The small needle knife; Interior sphincter

陈旧性肛裂指肛裂口反复发作不愈、局部潜行溃疡、肛乳头肥大、前哨痔及皮下瘻, 多位于肛管后正中线上, 肛管内括约肌为环形的不随意肌, 它的痉挛收缩是引起肛裂疼痛的主要原因。我们于2006-09~2008-06用挂线配合小针刀治疗48例, 现报告如下。

1 临床资料

48例中男15例, 女33例; 年龄15~81岁, 平均37岁; 病程4个月~19年。肛裂均位于肛门后方, 均有疼痛, 多数有便秘、大便困难、便后出血、不同程度的肛门瘙痒等表现。检查大多有不同程度的肛管缩窄。

2 方法

2.1 肛门及肛管常规消毒, 局麻后待肛门松弛(亦可扩肛), 充分暴露肛裂(如肛门不松弛者, 可在侧裂肛门镜下进行)。用一大皮针穿一足够长的10号线, 回拉成两条长的平行线, 从肛裂右下角进针→沿右侧→右上角→拉出外侧线→形成“U”形→后沿贴近右上角出针孔的左侧进针→沿其上端→左上角→拉出“U”形线→再紧贴该针孔下方进针→沿左侧→左下角→拉出“U”形线→最后贴近该针孔右侧进针→右下角出针, 剪断各个U形线底部, 先将内侧潜行的线用力拉紧打结(主要割裂肛裂底部), 再分别将割裂肛裂两侧壁和上下端的线打结, 术毕。挂线深度要比肛裂底部深, 中间的范围要大于肛裂区, 其中包括肥大的肛乳头、前哨痔、皮下瘻。如前哨痔较大及皮下瘻严重者可先行部分切除后再按上述

步骤操作。结扎区及周围注射长效止痛剂(1:1:1的2%利多卡因、0.75%布比卡因和1%美蓝原液)。

2.2 左手食指入肛摸清肌间沟上方之内括约肌, 右手持小针刀于肛门左侧进针(截石位3点), 切断部分内括约肌(肌间沟至齿线区), 用左食指轻揉该处, 使切断之肌肉分离, 手指按压该处有凹陷为准确有效。

3 结果

本组中45例于8~10天挂线自行脱落, 3例未脱落者, 人工剪除已坏死的组织。创面涂以九华膏, 有41例在10~20天内愈合, 无疼痛、便血, 随访半年无复发。4例1月后仍未愈, 但创面明显缩小, 症状减轻, 继续涂九华膏后愈合。3例裂口长期不愈, 症状无改善, 可能与其严重的便秘有关。

4 讨论

4.1 陈旧性肛裂保守治疗长期不愈的原因很多, 其中便秘→肛裂→感染→疼痛→内括约肌痉挛→肛管缩窄→裂口局部血运障碍→不愈。薛志强^[1]提出, 便秘不能解除, 溃疡愈合困难。安阿珩^[2]也认为, 陈旧性肛裂久不愈的根本原因是局部存在慢性感染和内括约肌痉挛, 反复发作形成恶性循环, 久之, 出现肛裂底深不整齐, 质硬、边缘增厚纤维化, 肉芽灰白、肛乳头肥大、前哨痔、皮下瘻等病理改变。故切除陈旧肛裂的病变组织和去除其主要病因是治愈的关键。

(下转 71 页)

0.001)。见表2。

2.3 冠心病不同临床情况下血糖水平比较 冠心病合并糖尿病组TG和空腹血糖水平明显高于心绞痛和心肌梗死组($P<0.001$)。见表3。

表2 两组FPG增高率比较

组别	n	FPG增高(%)
冠心病组	483	197(40.8)
对照组	132	33(25.0)
χ^2 值		11.04
P值		<0.001

表3 冠心病不同临床情况下血糖水平比较

组别	n	FPG(mmol/L)
心绞痛	300	5.0±0.8
心肌梗死	85	5.3±0.8
合并糖尿病	98	8.4±2.2
F值		277.2557
P值		<0.001

3 讨论

本组冠心病患者中平均空腹血糖水平高达5.7 mmol/L,显著高于对照组;冠心病组空腹高血糖检出率(40.8%)显著高于对照组(25.0%), $P<0.001$,且冠心病组合并糖尿病98例(20.29%),说明冠心病易合并糖代谢异常。Bartnik^[2]等在欧洲25个国家,110家医疗中心,对4961例冠心病患者进行了糖代谢的研究,结果表明,高达2/3的冠心病患者合并高血糖(包括糖调节受损或糖尿病),如果单检测空腹血糖,会漏诊2/3的高血糖人群。胡大一等^[3]对来自国内7城市、52家医院3513例冠心病患者进行糖代谢研究,发现80%的冠心病患者存在高血糖,其中糖尿病占52.9%,糖调节受损占20.36%。如果单纯检测空腹血糖,将漏诊80%的糖尿病患者和70%的糖调节受损个体。中华医学会糖尿病分会的建议中^[4],要求所有FPG ≥ 5.6 mmol/L的个体均应

接受葡萄糖耐量试验(OGTT)检测以提高糖尿病或糖尿病前期检出率,减少漏诊。本组冠心病患者只检测了空腹血糖,而未行OGTT检测,势必会漏诊一部分糖代谢异常患者,这是今后值得注意的问题。美国胆固醇成人教育计划^[3]早已将糖尿病列为冠心病的重危症。DECODE研究^[6]结果表明,OGTT 2小时血糖较之空腹血糖水平是总体死亡率更好的预测指标。因此,临床上应重视对冠心病患者负荷后糖耐量受损或糖尿病的早期检出和干预,以改善患者的预后。

参考文献

- 1 The expert committee on the diagnosis and classification of diabetes mellitus. Follow-up report on the diagnosis of diabetes mellitus [J]. Diabetes Care, 2003, 26(11): 3160-3167.
- 2 Bartnik M, Rydén L, Ferrarri R, et al. The prevalence of abnormal glucose regulation in patients with coronary artery disease across europe: The euro heart survey on diabetes and the heart [J]. Eur Heart J, 2004, 25(21): 1880-1890.
- 3 中国心脏调查组. 中国住院冠心病患者糖代谢异常研究——中国心脏调查 [J]. 中华内分泌代谢杂志, 2006, 22: 7-10.
- 4 中华医学会糖尿病学分会. 空腹血糖受损下限诊断切点点的建议 [J]. 中华医学杂志, 2005, 85(28): 1947-1950.
- 5 Yusuf S, Hawken S, Ounpuu S, et al. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study [J]. The Lancet, 2004, 364: 937-952.
- 6 The DECODE study group on behalf of the european diabetes epidemiology group. Glucose tolerance and cardiovascular mortality: comparison of fasting and 2-hour diagnostic criteria [J]. Arch Intern Med, 2001, 161(3): 397-405.

[收稿日期 2008-11-05][本文编辑 韦挥德 覃柯滔]

(上接69页)

4.2 笔者认为,挂线前应检查肛裂深度,有无皮下瘘,对于肥大的肛乳头应用挂线切割,勿直接切除,以防止出血。对较大的前哨痔和皮下瘘可先行部分切除,敞开创面,明确病变范围和深度后再挂线,确保病变组织完整切割。一般肛裂与肛管纵轴平行,长在0.5~1 cm时,挂线易于割切断;如肛裂大、底部宽,可将割切肛裂底部的长线在其右下角拉紧打第一死结,第二结打活结,5天左右再拉紧打结一次。挂线深者可能割切断部分外括约肌皮下部,不会引起大便失禁。如有直肠内脱垂及较重内痔者可用硬化剂注射治疗,以解除肛门出口梗阻,利于肛裂愈合。

4.3 对老年、肛门松弛者,或肛裂小、靠近肛门外者,挂线前可直接在病变区注射长效止痛剂代替麻醉,因长效止痛剂(主要是美蓝)与该区神经具有最大限度的亲和力,止痛更持久(10~15天)。如先用一般局麻药麻醉,使病变区神经已被亲和,术后再用长效止痛剂时亲和力就会下降,止痛不持久。

4.4 选择3点内括约肌切断的理由主要是该处解剖清楚、操作方便、无合并症。王正康^[3]认为若在后方切断,术后易发生钥匙洞畸形,造成沟状瘢痕化;若在前方切断,则术后括约肌机能降低,易发生肛门失禁。

4.5 笔者经摸索,创新了该疗法并用于临床,经查阅文献未见有此法报道。其优点:(1)以线代刀缓慢切割,边切割边愈合,术后肛管内疤痕小。(2)小针刀属于眼外科用刀,与传统的开放性括约肌切断相比,具有创伤小、不易感染的特点。(3)安全不出血、方法简便、手术时间短、不住院,社区等基层医院均可开展,具有推广应用价值。

参考文献

- 1 薛志强,高标.经皮侧方内括约肌部分切断术治疗陈旧性肛裂 [J]. 大肠肛门病外科杂志, 2002, 8(4): 229.
- 2 安阿玥. 肛肠病学 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 1998: 138.
- 3 王正康. 肛裂的外科治疗 [M]. 中国实用外科杂志, 2001, 21(11): 647.

[收稿日期 2008-10-10][本文编辑 韦挥德 覃柯滔]