

侧位与原位切断内括约肌治疗陈旧性肛裂术后肛门功能评估研究

王真权 王世霞

(湖南中医药大学附属二医院, 长沙市蔡锷北路 233 号, 410005)

摘要 研究侧位与原位切断内括约肌治疗陈旧性肛裂术后肛门功能的变化。将 160 例陈旧性肛裂患者随机分为 2 组采用侧位与原位内括约肌切断术治疗, 并于术前术后进行肛管直肠压力、直肠感觉功能和肛门液体节制功能的测定, 较客观的进行术后肛门功能评估。结果原位切断内括约肌对肛门功能影响较侧位切断内括约肌大。

关键词 陈旧性肛裂术式; 肛管功能测定

Evaluation of Effect of Lateral vs. in Situ Incision of Internal Sphincter on Anal Function for Treating Chronic Anal Cleft

Wang Zhenquan, Wang Shixia

(Second Affiliated Hospital of Hunan University of Chinese Medicine, Add.: No. 233, Cai'e North Road, Changsha, Hu'nan Province, Post code: 410005)

Abstract Incision of internal sphincter is often used for the treatment of chronic anal cleft. This study was to compare two approaches-lateral position incision vs. in-situ incision for their effect on anal function. The 160 patients were randomly divided to two groups and received operation accordingly. Patients' rectal pressures, rectal sensation functions, governing of anal fluid were monitored before and after operation. Results showed that in-situ incision has greater adversary impact on anal function than lateral position incision.

Key Words chronic anal cleft; anal function assessment

目前对陈旧性肛裂的手术治疗, 内括约肌部分切断以缓解痉挛, 同时原发肛裂病灶必须切除扩创以使引流通畅为基本原则, 而具体切断内括约肌的位置以侧位和原位居多。本研究立足临床, 将 160 例陈旧性肛裂患者随机分 2 组采用侧位与原位内括约肌切断术治疗, 并于术前术后进行肛管直肠压力、直肠感觉功能和肛门液体节制功能的测定, 加以对比研究, 较客观的进行术后肛门功能评估, 更具科学性和说服力。

1 资料与方法

1.1 临床资料 160 例患者均来自湖南中医药大学附属二医院肛肠科, 经 2 名副主任以上级别肛肠医师参照 1994 年国家中医药管理局颁布的《中医病证诊断疗效标准》确诊为陈旧性肛裂单病种, 排除并发糖尿病、结核病、严重的低蛋白血症、血液系统疾病、严重心血管、肝、肾功能损害、伴有腹泻者及孕妇、精神病患者、过敏体质、瘢痕体质、不按规定配合完成疗程和观察过程者。男 63 例, 女 97 例; 年龄 18~65 岁, 平均 32 岁; 病史最短 1 年, 最长 13 年; 肛裂位于截石位 6 点 89 例, 12 点 17 例, 6 点 12 点均有裂伤者 51 例, 侧位 3 例。入院后按随机数字表法同时兼顾均衡分为 A、B 2 组, 每组 80 例, 其性别、年龄、病程、肛裂原发部位分层等经统计学处理差异均无显著性 ($P > 0.05$)。

1.2 方法 A 组行侧位括约肌切断 + 肛裂切扩术、B 组行病灶原位括约肌切断 + 肛裂切扩术。2 组患者均于术前和伤口愈合出院后 1 个月行肛管直肠压力、直肠感觉功能和肛门液体节制功能的测定。

1.3 仪器与方法

1.3.1 肛管直肠压力检测试验 1) 仪器: 采用安徽合肥科学试验厂生产的 ZGJ-D2 型肛肠压力检测仪(中医附二院肛肠实验室), 检测时通过图文和数据显示, 记录下所需试验数据, 该仪器由主机、传感器、大小囊球、测压杆、注水管、胶管等共同组成操作和显示系统。2) 检测方法: 患者排空大便后休息 12h。检测前 2h 内勿行肛门常规指检或镜检, 取左侧屈膝卧位, 静息数分钟, 使躯体和肛管放松, 配合以下各项操作。a. 肛管舒张压: 大囊球用石蜡油润滑后插入直肠, 将测压杆套进囊球后, 在三通注水口注入 0.5~1mL 水, 使水囊鼓起, 将水囊插入肛管内, 水囊中心距肛门约 1.5cm, 将主机零点调至 10kpa, 用 A 键记录 5s 后, 用 50mL 注射器向注气管注气 50mL, 记录 1min, 观察显示屏显示的压力反射曲线、图形, 并记下图形下降至最低点的压力值, 即为肛管舒张压。b. 肛管最大收缩压: 以上装置不动, 零点下调至 3kpa, 记录 5s 后, 嘱患者以最大力量收缩肛门, 然后放松, 所得最大压力值为肛管最大收缩压。c. 肛管最长收缩时间: 以上装置不动, 零点调至 3kpa, 记录 5s 后, 嘱患者以最大力量收缩肛门, 坚持不要放松, 尽力延续时间, 然后放松, 记下肛管最长收缩

时间值。d. 直肠静息压:用小囊球杆抽负压吸水后插入测压管,由注水口注入 0.5~1mL 水,使水囊充水后插入直肠内,零点下调至 10kpa,用 B 键检测 5s 后,缓慢将小囊球抽出体外,并和肛门保持同一水平高度,停留 5s,所得数据即直肠静息压。e. 肛管静息压:以上装置不动,零点调至 10kpa,水囊插入距肛门 2cm,用 B 键检测 5s 后,记录下显示屏上显示的数值,即为肛管静息压。

1.3.2 直肠感觉功能与肛门液体节制功能试验 1) 仪器:采用北京晟威医疗电子设备有限公司生产的 IMW-100A 结肠途径治疗机(湖南中医药大学第二附属医院肛肠科肠道水疗室)。2) 检测方法:患者取左侧卧位,髋膝关节屈曲,将肛管插入肛门至直肠壶腹部(距肛缘 10cm 左右),按 10mL/s 的灌注速度将等渗盐水灌入,然后交待患者,医患合作,并作记录。a. 引起直肠短暂感觉(30s)的最小容量,即直肠阈值感觉容量,简称阈值量。b. 受试者尽力控制肛门,直到液体漏出量达 10mL 时的容量,即首次漏出量,简称首漏量。c. 1500mL 等渗盐水灌完后,总量减去漏出量,即是直肠保留量,简称保留量。

1.4 统计学方法 计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,两样本皆符合正态分布时用 t 检验,不符合时用秩和检验;计数资料用 χ^2 检验;等级资料用秩和检验。数据结果采用 SPSS15.0 统计软件进行处理分析。

2 结果与分析

表 1 随机分配患者术前肛管直肠压力检测试验比较

组别	肛管舒张压	肛管最大收缩压	肛管最长收缩时间	直肠静息压	肛管静息压
A 组	3.78 ± 0.59	21.56 ± 2.59	34.32 ± 2.61	3.77 ± 0.46	17.50 ± 1.14
B 组	3.80 ± 0.54	22.24 ± 2.80	34.90 ± 2.47	3.69 ± 0.45	17.55 ± 1.23

注:经统计学处理,2 组各项指标术前比较无统计学差异 $P > 0.05$ 。

表 2 随机分配患者术前直肠感觉功能与肛门液体节制功能试验比较

组别	阈值量	首漏量	保留量
A 组	70.77 ± 10.75	272.35 ± 19.00	208.11 ± 10.31
B 组	71.44 ± 9.92	271.93 ± 17.09	209.96 ± 11.57

注:经统计学处理,术前 2 组各项指标比较 $P > 0.05$ 。

由表 1、2 可知肛管直肠压力检测与肛门液体节制功能在术前 2 组没有差别,由表 3、4、5、6 可知术后:1) 肛管舒张压术后整体较术前为高,2 组术后测得值无统计学差异,组间升高差值亦无统计学差异;肛管最大收缩压、肛管最长收缩时间、直肠静息压、肛管静息压术后测得值较术前有不同程度减小,尤以肛管静息压减小明显。2 组术后测得值及差值之间均有统计学意义。结合实际数据,可知 B 组术后肛管最长收缩时间、直肠静息压、肛管最长收缩时间、直肠静息压下降

较 A 组明显。2) 直肠感觉功能与肛门液体节制功能实验中阈值量测得值较术前增大,首漏量及保留量皆比术前减小,且 2 组术后测得值与差值均有统计学意义。

表 3 随机分配患者出院时肛管直肠压力检测试验比较

组别	肛管舒张压	肛管最大收缩压	肛管最长收缩时间	直肠静息压	肛管静息压
A 组	5.85 ± 0.55	20.38 ± 2.63	32.62 ± 2.35	2.94 ± 0.31	11.53 ± 0.93
B 组	5.94 ± 0.55	18.98 ± 1.35*	31.13 ± 2.04**	2.62 ± 0.20**	10.94 ± 0.92*

注:经统计学处理,* $P < 0.05$,** $P < 0.01$ 。

表 4 随机分配患者出院时肛管直肠压力检测与手术前测定值之差比较

组别	肛管舒张压	肛管最大收缩压	肛管最长收缩时间	直肠静息压	肛管静息压
A 组	2.07 ± 0.85	-1.17 ± 1.80	-1.70 ± 1.44	-0.83 ± 0.56	-5.97 ± 1.26
B 组	2.14 ± 0.72	-3.26 ± 2.62**	-3.76 ± 1.87**	-1.07 ± 0.49*	-6.61 ± 1.50*

注:经统计学处理,* $P < 0.05$,** $P < 0.01$ 。

表 5 随机分配患者出院时直肠感觉功能与肛门液体节制功能试验比较

组别	阈值量	首漏量	保留量
A 组	74.08 ± 10.10	265.75 ± 18.92	202.85 ± 8.52
B 组	79.37 ± 6.80*	258.01 ± 16.73*	198.87 ± 6.23*

注:经统计学处理,* $P < 0.05$ 。

表 6 出院时直肠感觉功能与肛门液体节制功能试验与手术前测定值之差比较

组别	阈值量	首漏量	保留量
A 组	3.31 ± 2.45	-6.60 ± 1.75	-5.26 ± 10.83
B 组	7.93 ± 5.48**	-13.92 ± 2.20**	-11.09 ± 8.44**

注:经统计学处理,** $P < 0.01$ 。

3 讨论

肛裂为缺血性溃疡,是因内括约肌痉挛诱发肛后血供严重不足导致,由此内括约肌部分切断以缓解痉挛成为治疗陈旧性肛裂的公认方法。但内括约肌切断起到治疗作用的同时,可以引起肛门缺损、失禁等一系列并发症。肛门内括约肌损伤引起的肛门失禁在直肠肛门动力学检查的变化主要以肛管静息压降低、肛管高压带缩短、直肠肛门抑制反射减弱为主,肛管最大收缩压也可以有不同程度的降低。手术对肛门神经肌肉有损伤,使得肛管对直肠内容物的敏感性下降,阈值量增高,肛门括约肌较前松弛,首漏量和保留量有所下降,同时括约肌从痉挛状态转为放松,肛管最大收缩压、肛管最长收缩时间、直肠静息压、肛管静息压均有不同程度降低。B 组降低量多于 A 组,证明 B 组术式对肛门功能影响较 A 组明显,此与临床观察结果 B 组术式后肛门括约功能下降,肛门对稀便、肠液、肠气不能控制甚至失禁比率较 A 组大致符合^[1]。

参考文献

- [1] 王真权,王世霞.不同位置切断内括约肌治疗陈旧性肛裂的临床研究.中国肛肠病杂志,2008,28(2):32.

(2008-07-18 收稿)