

肛裂 PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文

[https://www.100test.com/kao\\_ti2020/304/2021\\_2022\\_\\_E8\\_82\\_9B\\_E8\\_A3\\_82\\_c22\\_304893.htm](https://www.100test.com/kao_ti2020/304/2021_2022__E8_82_9B_E8_A3_82_c22_304893.htm) 名称肛裂所属科室普通外科病因肛裂的病因与下列因素有关：（一）解剖因素肛管外括约肌浅部在\*\*后方形成肛尾韧带，较坚硬，伸缩性差，且\*\*后方承受压力较大，故后正中处易受损伤。（二）外伤慢性便秘患者，由于大便干硬，排便时用力过猛，易损伤肛管皮肤，反复损伤使裂伤深及全层皮肤，形成慢性感染性溃疡。有人报告，便秘致肛裂占14%~24%，但是便秘也可能是肛裂的后果，由于病人惧怕排便所致。此外，产后也可致肛裂，约占3%~9%。（三）感染齿线四周的慢性炎症，如后正中处的肛窦炎，向下蔓延而致皮下脓肿、破溃而成为慢性溃疡。急性肛裂发病时期较短，色红、底浅、裂口新鲜、整洁、无瘢痕形成。慢性肛裂病程较长，反复发作，底深不整洁，上端常有肥大乳头，下端常有前哨痔，一般称为肛裂rdquo。前哨痔是因淋巴瘀积于皮下所致，似外痔，由于在检查时因先看到此痔而后看到裂口，对诊断有帮助，故称为前哨痔或裂痔。在晚期还可并发肛周脓肿及皮下肛痿。临床表现肛裂病人的典型临床表现是疼痛、便秘和便血。（一）疼痛肛裂可因排便引起周期性疼痛，这是肛裂的主要症状。排便时，粪块刺激溃疡面的神经末梢，马上感到\*\*灼痛，但便后数分钟疼痛缓解，此期称疼痛间歇期。以后因内括约肌痉挛，又产生剧痛，此期可持续半到数小时，使病员坐立不安，很难忍受，直至括约肌疲惫后，肌肉松弛，疼痛缓解。但再次排便，又发生疼痛。以上临床称为肛裂疼痛周期。疼痛时还可放射到会阴部、臀部、大腿内侧或骶尾部。（二）便秘因\*\*疼痛不

愿排便，久而久之引起便秘，粪便更为干硬，便秘又可使肛裂加重，形成恶性循环。（三）便血排便时常在粪便表面或便纸上见有少量新鲜血迹，或滴鲜血。大出血少见。（四）其它如瘙痒、分泌物、腹泻等。诊断询问排粪疼痛史，有典型的疼痛间歇期和疼痛周期，即不难诊断。局部检查发现肛管后正中部位的肛裂，则诊断明确。但在肛裂早期，需与肛管皮肤探伤相鉴别已确诊肛裂时，一般不宜做直肠指诊及\*\*镜检查，以免引起剧痛。对侧位的慢性溃疡，要想到有否结核、癌、克隆病及溃疡性结肠炎等罕见病变，必要时应行活组织病理检查。治疗原则是软化大便，保持大便通畅，制止疼痛，解除括约肌痉挛，中断恶性循环，促使创面愈合。具体措施如下：（一）保持大便通畅口服缓泻剂或石蜡油，使大便松软、润滑，增加多纤维食物和改变大便习惯，逐步纠正便秘的发生。（二）局部坐浴排便前后用1 5000温高锰酸钾涂液坐浴，保持局部清洁。（三）肛管扩张适用于急性或慢性肛裂并不并发乳头肥大及前哨痔者。优点是操作简便，不需要非凡器械，疗效迅速，术后只需每日坐浴即可。方法：局麻后，病人取侧卧位，先以二食指用力扩张肛管，以后逐渐伸入二中指，维持扩张5min。在男性应向前后方向扩张避免手指与坐骨结节接触而影响扩张，女性骨盆宽，不存在此问题。肛管扩张后，可去除肛管括约肌痉挛，故术后能立即止痛。扩张后，肛裂创面扩大并开放，引流通畅，浅表创面能很快愈合。但此法可并发出血、肛周脓肿、痔脱垂及短时间大便失禁，复发率较高是其不足。对经久不愈，非手术治疗无效的慢性肛裂可采用以下的手术治疗。1.肛裂切除术 即切除肛裂及其四周的三角状皮肤，在局麻或腰麻下

行梭形或扇形切口，全部切除前哨痔、肥大肛乳头、肛裂、必要时垂直切断部分内括约肌。该法优点是病变全部切除，创面宽大，引流通畅，便于肉芽组织从基底生长，但其缺点是留下创面较大，伤口愈合缓慢。

### 2.内括约肌切断术

内括约肌具有消化道不随意环形肌的特性，易发生痉挛及收缩，这是造成肛裂疼痛的主要原因，故可用内括约肌切断术治愈肛裂。一般部分内括约肌切断术很少引起大便失禁。方法有以下3种。

#### 后位内括约肌切断术（图1）：

截石位或俯卧位，在局麻或全麻下，用双叶张开或\*\*镜显示后正中肛裂，直接经肛裂处切断内括约肌下缘，自肛缘到齿线，长约1.5cm，内、外括约肌间之组织也应分离，有时也切开外括约肌下部，以利引流。如有炎症肛窦、肥大乳头或外痔，可同时切除。伤口开放，自行愈合。但伤口愈合缓慢，偶有畸形，影响\*\*功能不良者，不宜行此手术。

#### 图1 后位内括约肌切断术

#### 侧位开放性内括约肌切断术（图2）：

摸到括约肌间沟后，在\*\*缘外侧皮肤做2cm弧形切口，用弯血管钳由切口伸到括约肌间沟，显露内括约肌后，用两把弯血管钳夹住内括约肌下缘，并向上分离到齿线，在直视下用剪刀将内括约肌剪除一部分送活检，证实是否为括约肌，两断端结扎止血，用丝线缝合皮肤。该法优点：手术在直视下进行，切断肌肉完全，止血彻底，并能取组织做活检。

#### 图2 侧位内括约肌切断术

#### 侧位皮下内括约肌切断术（图3）：

局麻后，摸到括约肌间沟，用眼科白内障刀刺入到内、外括约肌之间，由外向内将内括约肌切断，避免穿透肛管皮肤。该法优点：避免了开放性的伤口，减轻痛苦。伤口愈合快。缺点：切断肌肉不够完全，有时易出血。因此该手术只适合于有经验的医生

。 Marti(1994)主张在侧位皮下内括约肌切断术中将B超旋转探头插入肛管直肠内，在切断肌肉后立即用B超旋转探头检查内括约肌是否已剪断，并能查出其范围，此探头可免除术者手指插入直肠，而帮助手术操作。以上两法都可同时切除外痔和肥大乳头。 图3 侧位皮下内括约肌切断术注：左.局麻后，用小刀刺入内，外括约肌之间；右.由外向内将内括约肌切断，手指插入直肠内作保护。 100Test 下载频道开通，各类考试题目直接下载。详细请访问 [www.100test.com](http://www.100test.com)