

肛裂临床诊治指南(第三次修订)

美国结直肠外科医师协会

“美国结直肠外科医师协会 (American Society of Colon and Rectal Surgeons, ASCRS)” (协会) 致力于推进结直肠和肛门疾病的相关理论以及预防和诊疗水平的提高, 给患者提供优质的医疗服务。“标准委员会”由协会中在结直肠外科方面有显著专长的成员组成。该委员会的建立是为了引领国际结直肠和肛门疾病诊治的发展, 以建立具有循证医学证据的临床诊疗指南。指南是涵盖性的, 非指令性的, 目的是为临床决策提供信息, 而非具体的治疗方法。指南适用于所有相关的医护人员以及希望得到相应指南中疾病的相关诊治信息的患者。

应当指出的是, 指南并不能涵盖所有合适的方法, 也不能排除一些疗效相似的方法。医生最终需要根据患者的个体差异决定不同治疗方法。

一、概述

肛裂是指肛管齿状线以下皮肤的纵向椭圆形溃疡。几乎 90% 的患者裂口位于肛管后正中线上, 但超过 25% 的女性和 8% 的男性患者肛裂位于肛管前正中。对于发生在侧方的肛裂应警惕为其他疾病所致, 如克罗恩病、结核、梅毒、艾滋病、皮肤病 (如银屑病) 或肛管癌。早期或急性肛裂表现为肛管黏膜的单纯撕裂, 而慢性肛裂是指症状持续 8 至 12 周, 其特点表现为溃疡肿胀和纤维化。慢性肛裂典型的炎症表现为: 裂口远端的哨兵痔和裂口近端的肛乳头肥大。另外, 在裂口的基底部常可见内括约

肌纤维。排便时、尤其是排便后的肛门疼痛是肛裂典型的临床特征。病史中通常有粪便干硬或急性腹泻时肛门撕裂感。直肠出血不多见, 通常也只是在卫生纸上发现少量鲜红色血液。

二、方法

本次指南是在结直肠外科医师协会于 2004 年发布的《肛裂临床诊治指南》的基础上修订的。系统的文献检索是在 2009 年 6 月以 MEDLINE/PubMed (美国国家医学图书馆医学文献在线分析与检索系统)、EMBASE (医学文摘资料库) 和 Cochrane 系统评价与临床研究数据库 (世界循证医学数据库) 为平台进行的。检索关键词是以 “anal fissure” 或 “fissure-in-ano” 为基础进行组合构成的。直接检索的包括前一版指南中日期最近的参考文献到 2008 年 12 月之前发表的所有相关文献。评估这些最新的数据是为了评定推荐内容是否需要升级或降级。对于初级文献中包含的一些参考文献也进行了有选择性的检索。最终的推荐等级是参照推荐等级的评估、制定与评价体系 (Grades of Recommendation, Assessment, Development, and Evaluation (GRADE) system, 见表 1) 而评定的。

三、推荐

1. 非手术疗法安全、不良反应少, 仍应是肛裂治疗的首选方法 (1B); 将近半数的急性肛裂患者能够在非手术疗法的干预下愈合, 即坐浴、服用车前子纤维和容积性泻药、而

表 1 推荐等级的评估、制定与评价体系

推荐分级	内容	受益与风险比	证据质量	含义
1A	强烈推荐, 高级别证据	受益明显大于风险	无重大缺陷的随机对照研究; 或有确切证据的观察性研究	强烈推荐, 在大多数情况下可不受限制地应用于大多数患者
1B	强烈推荐, 中等级别证据	受益明显大于风险	有重大缺陷 (矛盾结果、方法学缺陷、不直观或不严密) 的随机对照研究; 或有确切证据的观察性研究	强烈推荐, 在大多数情况下可不受限制地应用于大多数患者
1C	强烈推荐, 低 (或很低) 级别证据	受益明显大于风险	观察性研究或案例分析	强烈推荐, 证据级别有待提高
2A	一般推荐, 高级别证据	受益与风险相当	无重大缺陷的随机对照研究; 或有确切证据的观察性研究	一般推荐, 根据患者或医疗条件等不同斟酌应用
2B	一般推荐, 中等级别证据	受益与风险相当	有重大缺陷 (矛盾结果、方法学缺陷、不直观或不严密) 的随机对照研究; 或有确切证据的观察性研究	一般推荐, 根据患者或医疗条件等不同斟酌应用
2C	一般推荐, 低 (或很低) 级别证据	受益与风险比不确定或相当	观察性研究或案例分析	低强度推荐, 可选其他类似方法

无需使用局部麻醉剂或抗炎药物。除了能使肛裂愈合,还能缓解疼痛和出血症状,几乎没有不良反应。

2. 尽管硝酸盐剂局部外用于肛裂愈合率略优于安慰剂,但其仍用于肛裂治疗(1A):50%的慢性肛裂能愈合与局部外用一氧化氮供体有关,而且在外用硝酸甘油过程中,疼痛明显减轻。但一项新的关于药物治疗肛裂的 Cochrane 系统评价显示,硝酸甘油治疗肛裂的治愈率仅略优于安慰剂,增加剂量并不能提高治愈率。

最主要的不良反应是头痛,20%~30%的用药患者出现此症状。这种不良反应与剂量相关,并导致 20%的患者终止治疗。虽然并发症较少,但外用一氧化氮供体的肛裂患者复发率显著高于手术患者。外用硝酸盐无明显效果的患者应考虑给予肉毒杆菌毒素注射或手术。

3. 外用钙通道阻滞剂比硝酸盐并发症少,可用于治疗肛裂,没有足够的证据证明它们的治愈率优于安慰剂(1B):65%~95%的慢性肛裂的愈合与外用钙通道阻滞剂有关,不良反应包括头痛,发生于 25%的患者,发生率低于外用硝酸盐。外用钙通道阻滞剂相关的随机对照试验比一氧化氮供体要少。

口服钙通道阻滞剂也可以治疗肛裂,但治愈率较外用低,不良反应发生率较高。很少有直接将口服和外用钙通道阻滞剂相对照的试验。

4. 注射 A 型肉毒毒素治疗肛裂愈合率优于安慰剂,但在剂量、注射部位、注射次数和疗效方面尚未达成充分共识(1C):注射肉毒杆菌毒素治疗肛裂的治愈率为 60%~80%,优于安慰剂。最常见的不良反应是暂时性的排气失禁(发生率为 18%)和排便失禁(发生率为 5%)。复发率约为 42%,但再次注射的治愈率高。较大的剂量可提高治愈率,但小剂量更加安全。对于难治性肛裂,外用硝酸盐可增强肉毒杆菌毒素注射后的疗效。关于剂量与注射次数,尚未达成共识。注射肉毒杆菌毒素治疗无效的肛裂患者应选择手术。

尽管有少量使用膝沟藻毒素治疗肛裂的报道,但由于缺乏这一药物的相关数据,且不能广泛使用,我们不将此方法包括在治疗方案内。

5. 侧方内括约肌切开术可用于顽固性肛裂(1A):侧方内括约肌切开术(LIS)仍是外科治疗顽固性肛裂的一种方法,多项研究和最近的荟萃分析显示,LIS 与随意的手法扩肛相比,前者治愈率高,失禁发生率低。一项小样本研究,采用可控充气气囊扩肛也有一定疗效。LIS 与肛裂切除单纯后方括约肌切开术相比,前者治愈率高,失禁发生率低。一些非随机研究结果显示,肛裂切除联合外用硝酸盐或注射肉毒杆菌毒素疗效更佳。

6. 开放式与闭合式侧方内括约肌切开术(LIS)的疗效

相似(1A):更多的高质量研究证实了之前的断言,操作得当的开放式与闭合式 LIS 疗效无明显差异。

7. 与肛裂特征相对应的定量 LIS 与传统 LIS 相比,愈合率相当或稍差,但失禁发生率更低(2B):“定量 LIS”的目的是为了降低 LIS 后轻微失禁发生率。通常采用两种方法——括约肌切开至肛裂顶端或根据肛门口径。三项关于传统 LIS 与肛裂切开至裂口顶端的“定量 LIS”的研究显示,传统 LIS 组愈合率较高,但其中两项研究报告其术后肛门控制功能较差,1 项未提示。为了提高临床综合疗效,有关于“定量 LIS”的报道,在这些研究中,将括约肌切开至肛裂顶端的手术与根据肛管口径及肛管狭窄程度决定切开括约肌数量的括约肌切开术进行了对比。在 3 项小样本的试验显示,两者治愈率相当,但前者失禁发生率下降。

8. 除侧方内括约肌切开术之外,肛门推移皮瓣术和皮下切开术也可用于治疗肛裂(2C):从理论上讲,既不切断内括约肌又能使裂口愈合的方法是非常有吸引力的,特别是对于那些肛门控粪功能已存在问题或括约肌张力不高的患者。肛门推移皮瓣术的一些小样本研究取得了疗效。一项研究仅切开肛裂皮下窦道,也有很好的裂口愈合率且未改变肛门控制功能。这一方法的大样本研究尚待进行。

9. 手术一直是药物治疗无效的进一步选择,而未经药物治疗的患者也可以直接选择手术(1A):多项研究证实,侧方内括约肌切开术比外用或注射药物疗效好,但失禁发生率稍高。很多调查研究显示,长期用药的依从性仍然是一个问题。循证医学数据库中关于手术或非手术治疗肛裂的分析证实了以上结论。长期慢性肛裂的患者生活质量差,而侧方内括约肌切开术能改善患者生活质量。大多数患者 LIS 术后还专门接受了排便失禁生活质量问卷调查。

上述指南是在可靠的原始资料基础上制订的。美国结直肠外科医师协会对本文中任何一条推荐意见的绝对可靠性和充分性不作保证,对所涉及材料的使用不承担任何责任。

美国结直肠外科医师协会标准化委员会参与本指南制订者名单: Farshid Araghizadeh, Robin Boushey, Sridhar Chalasani, George Chang, Robert Cima, Gary Dunn, Daniel Feingold, Philip Fleshner, Daniel Geisler, Jill Genua, Sharon Gregorcyk, Daniel Herzig, Andreas Kaiser, Ravin Kumar, David Larson, Steven Mills, John Monson, P. Terry Phang, Feza Remzi, David Rivadeneira, Howard Ross, Peter Senatore, Elin Sigurdson, Thomas Stahl, Scott Steele, Scott Strong, Charles Tement, Judith Trudel, Madhulika Varma, Martin Weiser.

(丁义江、皇甫少华、丁曙晴 译)

(收稿日期:2012-10-10)