

振興醫院大腸直腸外科資訊

【 肛 裂 】

肛裂是一種常見的疾病，可發生於任何年齡層。最常見的症狀是排便時發生異常的疼痛，也可合併肛門的出血。急性的肛裂在改善排便習慣及局部塗抹藥物後可自然癒合；但如果一旦形成慢性肛裂則可能須要借助手術的治療。因此肛裂可以說是一種可大可小的疾病。

1. 好發年齡層及頻率：

肛裂可發生於任何年齡層，但以 20~40 歲最好發，平均年齡為 36~39 歲；學者統計發生於男性的機率略高於女性；肛裂約佔所有大腸直腸外科門診病患約 9%~11%。

2. 病因學：

對於肛裂的病因並未完全的了解，但大多數的一般學者認為肛裂是一種當因便秘形成大而硬的糞便，經過肛門而過度擠壓造成肛門上皮的創傷性撕裂。有一些病患亦主訴在連續腹瀉之後發生，其原因亦可能是突發而猛烈的肛門擠壓造成。

3. 臨床症狀：

肛裂的主要症狀包括肛門疼痛、肛門出血、肛門旁腫大及偶而有黏液分泌物等等(表一)。疼痛是急性的且發生於解便中及解便後，解便時有撕裂感，疼痛感可持續 3~4 小時；即使發生肛裂前病患並未有便秘的情況，產生肛裂後便可能會造成便秘，因為內括約肌的活動力會因肛裂而增加，進而造成惡性循環。出血的特點是血量小，呈現鮮紅色，很少有大量出血的情況。因肛裂上的黏液刺激周圍皮膚亦可造成肛門搔癢。

4. 診斷：大多數的肛裂可經由視診做成診斷(圖一)，由於肛門疼痛，病患害怕受檢，我們可以發現病患的外括約肌及臀部緊縮，另外亦可看見肛裂的外緣有一皮膚下垂物(skin tag)，又叫前哨痔(sentinel pil)；有時也可在會陰部發現有少量的血跡或分泌物。

由於肛門疼痛會造成肛門緊縮，所以一般不建議做肛門指診，除非視診無法發現肛裂的情況下可進行指診的檢查，指診時可發現括約肌較強烈的收縮，在肛裂處可發現有一不規則且有壓痛的凹陷在肛門邊緣，在肛裂的內緣有時可發現一增生性乳頭。

直腸鏡或乙狀直腸鏡不建議在門診實施，希望在麻醉之下實施，因為有些肛裂是次發於大腸炎、克隆氏病、結核病、濕疣等等，所以有時必須做直腸鏡或乙狀結腸鏡的檢查。

5. 病理學發現：

原發性肛裂:原發性肛裂是發生在肛門的一種良性表淺性潰瘍，典型的肛裂是呈現船形且在底部可發現內括約肌的橫向纖維。肛裂發生的位置通常在前方或後方，而發生於後方的機率多於前方。原發的肛裂只發生於齒狀線以外的肛門上皮，如果它影響的範圍較大，則必須考慮是其它疾病引起的次發性肛裂。

肛裂通常有 1 公分長，在它的外緣有皮膚下垂物，可以是急性或慢性，急性較表淺，不見得有皮膚下垂物或肛門乳頭，如未痊癒經數週後會形成慢性的潰瘍，其範圍較急性肛裂為廣且深，且前哨痔及肛門乳頭為其特點，少數的慢性肛裂會發生局部膿瘍並向下侵犯而形成表淺性肛門瘻管。

6. 次發性肛裂：

因其它疾病而造成之肛裂稱次發性肛裂，如克隆氏病、肛門結核、或梅毒等。克隆氏病及結核病造成的肛裂通常是無痛性的，但較易形成肛門膿瘍或瘻管，其形成潰瘍造成局部破壞較大，即使手術治療後亦難癒合。

7. 鑑別診斷：

有一小部份的肛裂是因為其它的疾病所引起，稱次發性肛裂，例如克隆氏病、潰瘍性大腸炎、肛門結核病、梅毒性肛裂、肛門惡性疾病等等。

因克隆氏病所引起的肛裂通常是無痛性的，在肛裂週圍會有局部的發炎現象併有明顯的皮膚下垂物，其範圍較寬且深，可能侵犯到括約肌造成一空洞，發生的位置多在外側且數目不止一個，也可能合併有瘻管、膿瘍或狹窄，很少合併有直腸炎，即使經由手術治療亦很難癒合。

一般而言，在潰瘍性大腸炎發生肛裂的機率遠比克隆氏病來得少。如果潰瘍性大腸炎發生肛裂時，當大腸炎惡化時肛裂亦會加劇，其肛裂通常會非常疼痛且合併感染，當大腸炎改善時肛裂亦會癒合。另外它不像克隆氏病，很少併有皮膚下垂物。

肛門結核病引起的肛裂通常很難和原發的肛裂做區分，如果只有傳統的治療它很難癒合，它可能向下侵犯進而破壞了括約肌而造成多個肛門瘻管，乙狀結腸鏡檢多為正常，正確的診斷必須做培養及特殊染色。

梅毒性肛裂與原發的下疳非常相似，但通常是無痛的且很快變硬，且併有鼠蹊淋巴結腫大，在兩外側各有一對稱的肛裂，因此臨床上如發現此異常且不痛之肛裂，則須在黑視野鏡檢下找螺旋體。

任何惡性腫瘤侵犯至肛門都會在排便時產生劇烈疼痛，腫瘤如突出於肛門外則可能會被誤認為皮膚下垂物，因此直腸肛門指診及切片檢查是必要的，常見的腫瘤包括淋巴瘤、鱗狀上皮癌、腺癌等。

8. 生理學變化：

生理學的檢查主要是做肛門壓力的測定。

在學者的研究中發現肛裂患者的靜態肛門壓力遠高於對造組，且急性肛裂的靜態壓力(resting pressure)亦高於慢性肛裂，歸究其原因認為是內括約肌的過度活動，因為在肛裂癒合後其壓力便回復正常，有學者發現肛裂的靜態壓力增加，但其動態壓力(squeeze pressure)卻是正常的；

另外也有學者發現肛裂不僅其肛門壓力增高且有較長的肛門高壓力區間(high pressure zone)·且這些異常在接受內括約肌切開術後都恢復正常了。

9. 治療：

(1) 非手術治療：

約有 40%的慢性肛裂經由保守治療會自然癒合。

其治療方針有以下幾點原則，首先在解便時必須避免過度的用力擠壓造成持續的創傷及出血，不要過度的使用衛生紙擦拭，可用水予以沖洗；不可使用會造成過敏的任何藥物擦拭，不要穿著不吸汗的衣物如尼龍製品，建議食用高纖的食物，如有便秘則可給予輕瀉劑或軟便劑，局部塗用止痛劑或非固醇類對於疼痛症狀的緩解及傷口的癒合有著某種程度的幫忙，但要注意引起過敏的問題。一般而言，對於較輕微的肛裂可選擇保守治療，但對於經保守治療後症狀仍反覆發作或持續的肛裂則建議手術治療。

(2) 治療手術：

治療手術的主要目標是要減低內括約肌的活動力，進而減少糞便通過肛門的阻力。

目前手術治療有肛門擴張術(圖二)及內括約肌切開術兩大主流，多數學者都觀察發現治療後異常的內括約肌活動力都恢復正常。

肛門擴張術已經被採用超過一個世紀，它雖只是一個簡單的步驟，但須要短而深的靜脈麻醉，須住院一日，但肛門擴張術並未被廣泛運用，其原因是過度的肛門擴張會造成肛門失禁，但也有學者認為小心的肛門擴張可達到 93%~94%的癒合率。

內括約肌切開術被採用也超過有 150 年，首先被提出的是後方內括約肌切開術，但因它須要較長時間才會癒合起且可能造成鑰匙孔狀的變形(key-hole deformity)合併對於黏液及排氣的失禁。

現今，後方內括約肌切開術幾乎已完全被外側內括約肌切開術所取代，不論是開放式(圖三)或封閉式(圖四)的外側內括約肌切開術都可避免產生鑰匙孔狀變形且可迅速癒合。

以肛門擴張術治療肛裂其復發率為 16%，在開放式外側內括約肌切開術是 8%，封閉式外側內括約肌切開術是 0~3%，總括而言，外側皮下內括約肌切開術有著較低的復發率，且較不會造成肛門失禁，因此多數學者都以皮下外側內括約肌切開術為主要的手術治療方式。

10. 主要參考文獻:

Kuypers HC. Is there really sphincter spasm in anal fissure ?

Dis Colon Rectum 1983;26:493-4

Abcaroam H, Lashman S, Read D, et al. The role of internal sphincter in chronic anal fissures. Dis Colon Rectum 1982;25:31-6

Duthie HL, Bennett RC. Anal sphincter pressure in fissure in ano. Surg Gynecol Obstet 1964;119:19-21

Buchmann P, Keighley MRB, Allan RN, et al. Natural history of perianal Crohn's disease.

Am J Surg 1980;140:642-4

Chowcat NL, Arango JGC, Boulos PB, et al. Internal sphincterotomy for chronic anal fissure: long term results on anal pressure. Br J Surg 1986;73:915-6.

McDonald P, Driscoll AM, Nicholls RJ, et al. The anal dilator in the conservative management of acute anal fissures. Br J Surg 1983;70:25-6.

Tzu CH, Mackeigan JM. Surgical treatment of chronic anal fissure: a retrospective study of 1753 cases. Dis Colon Rectum 1984;27:474-8.

Lock MR, Thomson JPS. Fissure-in-ano: the initial management and prognosis. Br J Surg 1977;64:355-8.

～振興醫院外科部大腸直腸外科 製作～