

روشهای مختلف درمان شقاقهای تازه و مزمن مقعد

و مزیت اسفنکتروتومی طرفی عضله اسفنکتر داخلی در شقاقهای مزمن

مجله علمی نظام پزشکی

شماره ۲، صفحه ۱۳۴، ۱۳۴۹

دکتر محمد وفائی*

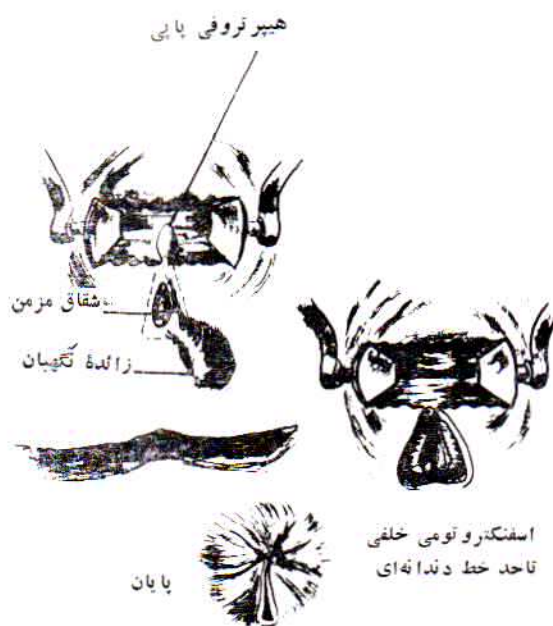
- کوتریزاسیون زخم شقاق با فتل
- استعمال دیلاتاتورهای مخصوص بمدت ۲ تا ۳ هفته روزانه ۳ بار
- استعمال پمادهای بیحس کننده
- و بالاخره تزریق اسکروزان در کف و بستر شقاق پس از بیحسی موضعی
- ۲- درمانهای جراحی برای شقاقهای مزمن و یا پیشرفته عبارتند از:

روشهای گوناگونی برای درمان شقاق مقعد ذکر شده است ولی بطور مسلم درمان کونسرواتیو فقط برای معالجه شقاقهای تازه ممکن است مفید باشد و در شقاقهای مزمن بجز اقدام بعمل جراحی راهی وجود ندارد.

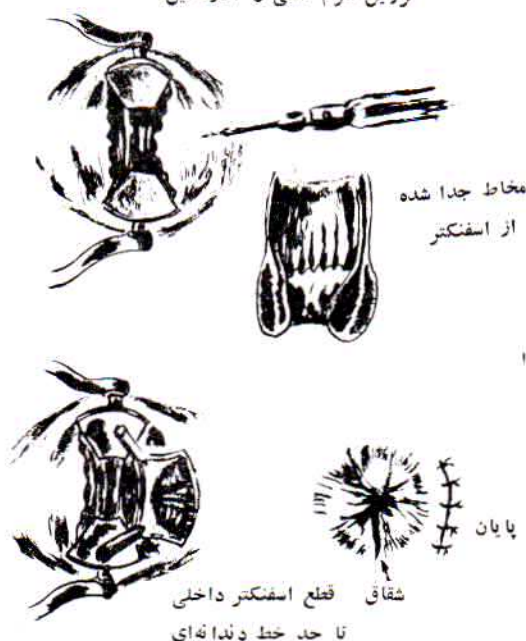
۱- درمانهای کونسرواتیو عبارتند از:

- تزریق نوکائین رتارد (Nupercaine in oil) در عضله اسفنکتر مقعد

تزریق سرم نمکی و آدرنالین



- شقاق مزمن باز آمده نگینان و هیبرترومی پای، تکنیک اسفنکتروتومی خلفی که از خط دندانهای تجاوز نمیکند



تکنیک اسفنکتروتومی طرفی؛ دیسکسیون مخاط با تزریق محلول سرم فیزیولوژی و آدرنالین و قطع اسفنکتر داخلی تا خط دندانهای

* گروه جراحی دانشکده پزشکی - دانشگاه تهران

– دیلاتاسیون مقعد (Anal stretch)

– اسفنکتر وتومی خلفی عضله اسفنکتر داخلی مقعد (Posterior internal sphinctrotomy)

– اسفنکتر وتومی طرفی عضله اسفنکتر داخلی مقعد (Lateral internal sphinctrotomy)

چهار طریقه زیر توسط نگارنده در مدت ۲ سال گذشته در مورد ۳۱ بیمار انجام سعی شده است آماری از نتایج گرفته شده ارائه شود. در این بررسی نکات زیر مورد توجه و دقت بوده اند :

سن متوسط و جنس بیماران - مدت و سرعت بهبودی پس از عمل - وجود بیماریهای دیگر همراه با شقاق - مدت بستری بودن در بیمارستان - عوارض و ناراحتیهای بعد از عمل - عدم موفقیت و عود بیماری و بالاخره نتیجه گیری و ارزیابی هر روش بخصوص .

۱- تزریق اسکروزان :

این روش در بیماران انتخابی انجام شده است یعنی در شقاقهای تازه ای که زخم آنها عمیق نشده و زائده نگهبان (sentinal Pile) حجیمی بوجود نیامده و همچنین هیپرتروفی پایی ندارند. ابتدا از محلول ۱٪ نوکائین در زیر و طرفین شقاق در داخل عضلات اسفنکتر مقعد تزریق و آنرا بی حس نموده و سپس یکمک شخص دیگری کف شقاق را باز و مشخص مینمائیم و در آن حال ۱ سانتیمتر مکعب محلول اسکروزان در کف و طرفین شقاق تزریق میکنیم .

۲- دیلاتاسیون مقعد :

بیمار زیر بیهوشی عمومی کامل عمل میشود . در این روش با وجود اختلاف نظر مختصری که بین جراحان وجود دارد بطور کلی یک دیلاتاتور با اندازه متوسط را وارد مجرای مقعد نموده و پس از آنکه آنرا تا حد اکثر باز نمودیم مدت ۱۰-۱۵ دقیقه نگه میداریم و هر گاه زائده نگهبان حجیم و یا هیپرتروفی پایی وجود داشته باشد صلاح است که برداشته شوند. باروش دیلاتاسیون اکثر جراحان ایران آشنائی دارند و قطعاً این طریقه را ارزیابی نموده اند .

۳- اسفنکتر وتومی خلفی عضله اسفنکتر داخلی :

این روش مدت ها است بعنوان یک روش کلاسیک وارد کتب طبی شده است و هم اکنون نیز اکثر جراحان باین روش عمل میکنند بدین ترتیب که ابتدا زائده نگهبان برداشته میشود و در صورتیکه هیپرتروفی پایی وجود داشته باشد آنرا نیز برداشته لیه های مخاطی زخم را اگر زرد میکنیم، سپس بایک برش در بستر شقاق ، اسفنکتر داخلی را در نیمه پائین یعنی پائین تر از خط دندانهای می بریم و بخصوص باید سعی شود که برش از خط دندانهای تجاوز نکند و اسفنکتر داخلی بیشتر قطع نگردد . سپس با فشار

دادن يك تامپون آغشته با محلول ۱/۱۰۰۰ آدرنالین محیط را پاك و خشك میکنیم تا بهتر بتوان کار انجام شده را ارزیابی نمود .

۴- اسفنکتر وتومی طرفی عضله اسفنکتر داخلی :

ابتدا والو ۲ لتی را در کانال آنال گذاشته و در طرف چپ چند سانتی متر مکعب از محلول سرم فیزیولوژی با ۱/۴۰۰۰۰ آدرنالین در زیر مخاط محل عمل و همچنین بین عضله اسفنکتر داخلی و اسفنکتر خارجی تزریق میکنیم. انفیلتراسیون محلول فوق، هم دیسکسیون مخاط را آسان میکند و هم خونریزی را کنترل مینماید.

اسفنکتر وتومی طرفی بدو طریقه انجام میشود :

الف - در روش اول يك برش ۲ سانتی متری روی پوست حاشیه طرفی مخرج بطور هلالی داده و مخاط را جدا و بلند میکنیم در این حال اسفنکتر داخلی و اسفنکتر خارجی بوضوح دیده میشود. عضله اسفنکتر داخلی قرمز تر و در داخل، و عضله اسفنکتر خارجی کمی روشن تر و در خارج دیده میشود (بطوریکه آنها را به گوشت سینه و گوشت ران مرغ تشبیه نموده اند) در این جا عضله اسفنکتر داخلی را بانوك يك قیچی سر پخ تا خط دندانهای جدا و سپس قطع میکنیم و پس از هموستاز پوست را با چند بخیه کاتکوت می بندیم .

ب - طریقه دوم عبارت از جستجو و جدا کردن اسفنکتر داخلی از يك انسیزیون خیلی کوچک به راهنمائی يك تیغه باریک شبیه دکولور و سپس قطع آن می باشد و فایده این طریقه در عدم احتیاج آن به بخیه پوستی میباشد (Moraras ۱۹۶۶) ولی باید اضافه کرد که این طریقه توسط اشخاصی که مهارت بیشتری داشته باشند باید انجام میشود .

البته جای بحث نیست که در هر ۲ طریقه اسفنکتر وتومی طرفی حتماً باید زائده نگهبان (Sentinal Pile) در قطب تحتانی و هیپرتروفی پایی (Hypertrophied Papilla)، در صورت وجود، در قطب فوقانی شقاق برداشته شوند .

نتایج

نتیجه عمل در ۳۱ بیمار طبق آماری که تهیه شده است بدین قرار است : این بیماران اکثراً بیشتر از ۲ روز بستری نشدند در حالیکه بهتر بود تا طبیعی شدن وضع اجابت مزاج در بیمارستان نگهداری میشدند و در آن صورت بهتر میشد روشهای گوناگون عمل را مقایسه نمود ولی پس از عمل برای دیدن وضع زخم مکرر مراجعه نموده اند و اکثراً تا بهبود کامل یا اقلاً تا نزدیک به بهبود کامل تحت کنترل بوده اند و تا حد امکان از عوارض و پیش-آمدهای بعد از عمل مطلع شده ایم ، در این بیماران پس از عمل

نتیجه	تعداد بهبودی	نسبت بهبودی	مدت بستری	بهرترونی باپی	بهرترونی	زائده نگهبان	مدت بستری	جنس	تعداد بیمار	نوع عمل
+	۲	۲	تقریب	سربانی	-	-	-	زن ۱ مرد ۶	۲۹	تذریق اسکلروزان
+++	۱	۹	۱ روز	-	۲	۸	۳ ماه	زن ۳ مرد ۵	۳۵	دیلاتاسیون مقعد
++	۱	بیش از ۲۵ روز	۳-۲ روز	۴	۳	۱۲	۳ ماه	زن ۱ مرد ۱۱	۳۹	اسفنکترتومی خلفی
++++	-	بیش از ۱۴ روز	۲ روز	۲	۱	۴	۲/۵ ماه	زن ۲ مرد ۲	۳۷	اسفنکترتومی طرفی

نتیجه روشهای گوناگون درمان شقاقهای تازه و مزمن در ۳۱ بیمار

مراجعه نداشتند بطوریکه دوران بهبودی نسبتی آنها مشخص نشد اسفنکترتومی خلفی:

۱۲ بیمار بطریقه اسفنکترتومی خلفی عمل شدند که ۴ نفر از آنها در ضمن مبتلا به بواسیر نیز بودند و عمل Ligature and Excision برایشان انجام شد و بین ۲ - ۳ روز نیز بستری شدند و پس از عمل فیز جهت شستشو و پانسمان و کنترل زخم تا حد اکثر ۲۵ روز بعد از عمل مراجعه نمودند و احتمالاً عدم مراجعات بعدی بیمار را بحساب بهبودی او میگذاریم از این بیماران یک نفر که عمل مشترك بواسیر و فیسور برایش انجام شده بود بهبود نیافت و با وجود اینکه فیسور در شیار خلفی بهبود یافته بود یک فیسور دیگر در ناحیه Left Lateral (ساعت ۳) یعنی درست در همان محلی که تکه بواسیری برداشته شده بود بوجود آمد و بیمار برای بار دوم تحت عمل جراحی اسفنکترتومی طرفی (منتها در طرف راست) قرار گرفت. و یک بیمار دیگر نیز یکماه پس از عمل، آبسه کوچکی شبیه کریپتیت با هیپرتروفی پایی درست در بالای محل شقاق قبلی پیدا کرد در حالیکه زخم شقاق کاملاً بهبود پیدا کرده بود و برای درمان این آبسه نیز اقدام مجدد جراحی بعمل آمد.

رویه مرفته ناراحتیهای بعد از عمل در این طبقه از بیماران بیشتر بود بدین معنی که تا یکماه پس از عمل کوتینانس و کنترل کافی در موقع اجابت مزاج نداشتند و در بعضی مواقع مختصری مواد مدفوعی و گاز خود بخود دفع شده و جامه زیرین بیمار را کثیف میکرد که البته پس از مدتی بهبود کامل پیدا کردند.

اسفنکترتومی طرفی:

در این طریقه که مدت کوتاهی است با قنطاس از بیمارستان سنت مارک لندن (مرکز جراحی بیمارهای آنوس-رکتوم-کولون) انجام میشود

هیچگونه رژیم خاص غذایی داده نشده و فقط برای سهولت اجابت مزاج ۲۴ ساعت پس از عمل یک یا دو قاشق روغن پارافین برای یک یا چند روز تجویز شده است، اکثراً از مسکنهای معمولی استفاده شده است فقط در موارد استثنائی از داروهای شبیه پیتیدین و دولانتین استفاده کرده ایم و نتایج در روشهای گوناگون بشرح زیر بوده است:

تذریق اسکلروزان:

در مرحله شقاق تازه: از هفت بیمار که بطور سرپائی درمان شدند ۲ بیمار پس از اولین تذریق و ۲ بیمار پس از دومین تذریق که بفاصله ۵ روز انجام شد بهبود کامل پیدا کردند، ۱ بیمار پس از اولین تذریق دچار التهاب شدید ناحیه فیسور شد که احتمالاً آبسه ای در آن نواحی در شرف تشکیل بود و چون بیمار بعداً مراجعه نمود از پیشرفت بیماری اطلاعی حاصل نشد و ۲ بیمار دیگر پس از دومین تذریق هم بهبود پیدا نکردند و تحت عمل اسفنکترتومی قرار گرفتند، ماحصل کلام اینکه اگر شقاقی در مرحله تازه و ساده باشد یعنی منجر به تشکیل زائده نگهبان و هیپرتروفی پایی نشده باشد و بیمار نیز به هیچوجه راضی به عمل جراحی نباشد، انجام و امتحان این روش کنسرواتیبو درمانی مفید میباشد.

دیلاتاسیون مقعد:

از ۸ بیمار که با این اسلوب عمل شدند بلافاصله بعد از عمل درد از بین رفت بجز یک مورد که اجابت مزاج کم و بیش دردناک باقی ماند و پس از دوماه فیسور عود نمود و دوباره عمل شد این بیماران فقط یکروز بستری شدند و قابل توجه اینکه دفعات محدود و کمی پس از عمل مراجعه نمودند و شاید هم احتیاجی به

سپس اسپاسم همیشگی اسفنکتر داخلی سبب عدم خروج ترشحات چرکی زخم شقاق و تجمع آن در قطب تحتانی و فوقانی شده و ایجاد تکه یا زائده نگهبان درپائین و هیپر تروفی پاپی در بالای سر شقاق را مینماید و در این حال شقاق را مزمن یا پیشرفته مینامند و اصولاً معالجات کنسرواتیو برای چنین شقاقی مطرح نیست . فقط معالجات جراحی و برداشتن زائده فوق الذکر باعث رهایی بیمار خواهد شد و هرگاه در اعمال جراحی زوائد فوق باقی بمانند باعث عدم بهبود و عود بیماری میگرددند. اصولاً شاخص ارزیابی و مقایسه روشهای گوناگون در معالجه جراحی شقاق مقعد عبارتند از :

بهبود سریع درد - بهبود شقاق و عدم عود آن - از دست رفتن کوئنتینانس و کنترل طبیعی اسفنکتر - مدت زمانی که تا بهبود کامل طول میکشد - تعداد دفعاتی که بیمار مجبور است بعد از عمل جراحی خود مراجعه بنماید .

دیلاتاسیون مقعد :

دیلاتاسیون مقعد اولین شکل درمان است که از ۱۸۲۹ پیشنهاد و عملی شده است. در این طریق در شقاق بلافاصله از بین رفته و در مدت ۳ هفته بطور متوسط زخم بکلی بهبود میابد و هیچگونه ترشح مدفوع که موجب کثیف شدن جامه زیرین بشود دیده نشده است و روشی هم که برای دیلاتاسیون بکار میرود خیلی ملایم بوده و موجب پارگی شدید الیاف عضلانی و اکیموز حاشیه مخرج نمیشود و تنها عیب دیلاتاسیون مقعد در این است که بعضی از بیماران (۳۰٪ آمار بیمارستان سنت مارک) با این طریق بهبود نمی یابند و یا شقاق آنها تا مدت حداکثر ۶ ماه عود میکند . البته باید اضافه کنیم که آقای پرفسور عدل باتجارب خود هیچگاه با این تعداد عود شقاق موافق نیستند و نتیجه بهبود کامل باطریق دیلاتاسیون را خیلی زیاد میدانند .

اسفنکتر و تومی خلفی :

امروزه بطور معمول توسط بسیاری از جراحان انجام میشود و پس از بررسی تشریحی شقاق مقعد پیشنهاد شده ولی جالب این است که از همان ابتداء این مطلب ذکر شد که قطع اسفنکتر الزاماً نباید در خلف یعنی در کف شقاق انجام شود. در بررسی نتایج این روش جراحی باید اذعان کرد که با وجود اینکه عود در این طریق خیلی کم و نادر است مع هذا عوارض ناراحت کننده وجود دارد بدین معنی که زخم تا چند روز پس از عمل دردناک میماند و بعلت وجود این درد گاهی لازمه است که بیمار مدتی در بیمارستان بستری بماند تا اجابت مزاج بطور عادی انجام گیرد . بعلاوه بدون تردید در این روش جراحی نقص کنترل اسفنکتر کم و بیش دیده میشود بخصوص اگر قطع اسفنکتر داخلی بیالای خط دندانهای امتداد

نتیجه فوق العاده رضایت بخش گرفته شده است بدین معنی که پس از برداشتن زائده نگهبان و هیپر تروفی پاپی و لبه های مخاطی شقاق، به زخم و اسفنکتر انقباض و آزردهی کف شقاق اجازه و امکان کافی و سریع برای بهبود داده میشود ، در حالیکه اسفنکتر داخلی در جای دیگر قطع شده است .

هر ۴ بیماریکه بدین روش عمل شدند پس از عمل دردشان بهبود پیدا کرد . جای برش اسفنکتر و تومی طرفی طبق معمول روز ۶ - ۷ خوب شد و بیماران تا ۱۴ روز پس از عمل گاهگاه برای کنترل و پانسمان زخم شقاق مراجعه نمودند و احتمالاً پس از آن بعلت بهبود احتیاج به مراجعه دیگر نداشته اند. شکایت و ناراحتی نیز پس از عمل وجود نداشت . گوا اینکه هنوز خیلی زود است که بتوان بطور دقیق در مورد نتایج حاصله از این روش قضاوت قطعی نمود ولی پیش درآمد آن نشان دهنده این است که این روش رضایت بیماران را فراهم نموده و بیشتر از پیش گسترش خواهد یافت . برای نتیجه گیری قطعی همانطور که در جدول ذکر شده است در شقاق ساده برای تزریق اسکلو وزان یک باضافه و در شقاقهای مزمن برای دیلاتاسیون مقعد سه باضافه و اسفنکتر و تومی خلفی دو باضافه و اسفنکتر و تومی طرفی چهار باضافه تعیین و ارزیابی شده است و البته این موضوع صرفاً نظر نگارنده است.

بحث

شقاق معمولاً در اثر اتساع بیش از حد مقعد بهنگام بیوست شدید و بصورت یک ترک ناگهانی در شیار خلفی مقعد شروع میشود. سبب ایجاد آن در شیار خلفی وجود زاویه ای در مجرای مقعد نسبت به آمپول رکتال و در نتیجه فشار مواد مدفوعی باین شیار میباشد مضافاً اینکه اسفنکتر داخلی در شیار خلفی بوسیله الیاف عضلانی دیگر حمایت و تقویت نشده و نقطه ضعف حلقه آنوس بشمار میآید درست همین قضیه در شیار قدامی نزد زنها وجود دارد و بنا بر این شقاق در خانها اکثرأ در شیار قدامی است .

در آغاز شقاق، تا وقتی که مخاط مبتلاست ولی الیاف عضلانی طولی متقاطع آسیب ندیده اند شقاق را ساده یا تازه مینامیم و لازم به توضیح نیست که در چنین مرحله ای زائده نگهبان و هیپر تروفی پاپی وجود ندارد ، در این حال معالجات کنسرواتیو از قبیل :

- تزریق اسکلو وزان - کوتریزاسیون با فنل - استعمال پمادهای بی حسی - استعمال دیلاتاتور و تزریق نوکائین رتارد در عضلات اسفنکتر ممکن است مفید و موثر واقع بشود .

در صورت عدم معالجه یا عدم موفقیت در معالجه، الیاف طولی فوق الذکر زخمی شده و الیاف قسمت تحتانی اسفنکتر داخلی در معرض تهدید قرار میگیرند و زخم وسعت یافته بزیر مخاط حاشیه شقاق گسترش مییابد و لبه های مخاط دکوله و جدا میگردد

یابد ولذا کثیف شدن جامه زیرین از ترشح مواد مدفوعی در ۲۲٪ تا ۲۸٪ موارد دیده میشود. بموازات آن باید دفع خود بخود گاز را نیز اضافه نمود، از طرف دیگر مدت بهبود پس از عمل نیز در این طریق طولانی تر میباشد (آمار بیمارستان سنت مارک ۷ هفته میباشد، که ظاهراً قدری اغراق آمیز است) و در نتیجه تعداد دفعات مراجعه بیمار پس از عمل زیاد میباشد. به جهات فوق در مقایسه بین اسفنکتر وتومی خلفی و دیلاتاسیون مقعد گالگر (Goligher ۱۹۶۵) معتقد است که دیلاتاسیون مقعد يك معالجه اولیه ولی موثر و انتخابی فیسورهای مزمن میباشد و آقای پرفسور عدل نیز پس از معالجه جراحی بیش از ۳۰۰۰ بیمار مبتلا بشقاق مقعد دیلاتاسیون را يك معالجه انتخابی میدانند.
اسفنکتر وتومی طرفی:

این روش ظاهراً امتیازات زیادی دارد که عبارتند از:

بر خلاف روش های فوق ممکن است بیمار را بدون بیهوشی عمومی یعنی فقط بایبجسی موضعی عمل نمود. در این روش هیچگاه عود دیده نمیشود. درد بلافاصله پس از عمل تسکین می یابد. مدت بستری شدن در بیمارستان کوتاه است. مدت بهبود آنسیر یون طرفی يك هفته است. حداکثر مدت بهبودی زخم شقاق ۳۵ هفته است. عارضه نقص کنترل اسفنکتر و کثیف شدن جامه زیرین از ترشحات مدفوعی و همچنین دفع خود بخود گاز دیده نمیشود و تمام این مزایای فوق الذکر، اسفنکتر وتومی طرفی را بشکل يك عمل ایده آل معرفی میکند و تنها موارد غیر مجاز اسفنکتر وتومی در اینست که گاه يك فیستول انترا اسفنکترین در محل شقاق یعنی در شیار خلفی دیده میشود و آنهم باتورم بیش از معمول اطراف شقاق و زائده نگهبان و همچنین وجود درد همیشگی (در غیر مواقع اجابت مزاج) روشن و مشخص میشود. پرواضح است که در چنین حالتی حتماً صلاح است اسفنکتر وتومی خلفی انجام داده شود تا آبسه

و فیستول بخوبی باز و بخارج راه پیدا کند. ولی آنچه که فکر شخص را بخود معطوف میدارد این است که چطور بین ۲ عمل اسفنکتر وتومی که یکی در خلف و دیگری بطور طرفی انجام میشود از نظر نتیجه این قدر تفاوت هست باید توضیح داد که در اسفنکتر وتومی خلفی شکاف روی اسفنکتر در محلی ملتهب و آزرده داده میشود و بدین جهت ترمیم آن شکاف نیز دیرتر انجام میشود (عقیده نگارنده) و بعلاوه در اسفنکتر وتومی خلفی شکاف روی اسفنکتر در محلی داده میشود که عضله اسفنکتر آن با الیاف عضلانی دیگر حمایت و تقویت نمیشود و بالاخره در اسفنکتر وتومی طرفی مخاط سالمی روی اسفنکتر قطع شده وجود دارد در حالیکه در اسفنکتر وتومی خلفی چون مخاط روی آن به علت زخم شقاق از بین رفته است شکاف این ناحیه تبدیل به يك جوی یا يك مجرائی میشود که بخصوص قرار گرفتن آن در شیار خلفی نیز مزید بر علت شده و مدفوع شل و گاز از آن جوی بخارج تراوش (Leak) میکند و عوارض و نادراحتیهای مذکور در بحث اسفنکتر وتومی خلفی را بوجود می آورد. هیوز (Hughes ۱۹۵۳) سعی کرده است با گذاردن پیوند پوستی در ناحیه شکاف اسفنکتر وتومی خلفی بلافاصله پس از عمل این تأخیر جوش خوردن و اپی تلیالیزاسیون را جبران نماید ولی موفقیت چندانی نصیبش نشده است.

خلاصه

در فیسورهای تازه در صورتیکه بیمار حاضر بعمل جراحی نباشد میتوان به طریق تزریق اسکروزان فیسور را بهبود بخشید. در فیسورهای مزمن اسفنکتر وتومی طرفی بهترین روش است چون: بایبجسی موضعی انجام میشود. عود وجود ندارد. بهبودی سریعتر است. درد بلافاصله پس از عمل خوب میشود. عوارض از قبیل نقص کار اسفنکتر و دفع نسبی و خود بخود مدفوع و گاز دیده نمیشود.

References :

1- Hawley. December 1969, The British journal of surgery. The treatment of chronic Fissure-in-anus Vol 56. No 12, p. 915 London

2- Goligher. J.C. Surgery of the Anus, Rectum and Colon 1961, p. 144 - 160, Cassell London

۳ - دکتر محمد وفائی، ۱۳۴۸، کتاب بیماریهای مقعد، صفحه ۷۵ - دانشگاه تهران - تهران