

## بررسی کاربرد پماد لیدوکائین در درمان فیشر مزمن آنوس

دکتر اکبر بهداد\*، دکتر مهرداد حسین پور\*\*، دکتر لیلا غفور\*\*\*

\*استاد گروه جراحی - دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، \*\*استادیار گروه جراحی - دانشگاه علوم پزشکی کاشان، \*\*\*دستیار گروه جراحی - دانشگاه علوم پزشکی کاشان.

تاریخ دریافت: ۱۳۸۷/۶ تاریخ تایید: ۱۳۸۷/۲۴

### چکیده:

زمینه و هدف: تا چند سال اخیر درمان اصلی فیشر مزمن آنال، روشهای جراحی جهت اسفنکترتومی لترال به روش باز یا بسته بود. در طی سال های اخیر استفاده از درمان طبی در درمان این بیماری مطرح شده است که هر یک دارای محدودیت هایی می باشد. این مطالعه با هدف مقایسه دو روش جراحی و درمان طبی لیدوکائین در درمان فیشر مزمن آنال انجام شده است.

روش بررسی: در این مطالعه نیمه تجربی ۱۸۰ بیمار مبتلا به فیشر مزمن آنال که با علائم بیش از ۶ هفته به درمانگاه جراحی بیمارستان الزهرا<sup>(س)</sup> اصفهان مراجعه کرده بودند به روش در دسترس انتخاب شدند. پس از اخذ شرح حال از بیماران و معاینه و تایید فیشر مزمن دو روش درمان جهت بیماران توضیح داده می شد و بر اساس انتخاب ایشان بیمار در گروه یک (جراحی) و یا دو (درمان طبی با لیدوکائین) قرار می گرفت. روش درمان جراحی شامل اسفنکترتومی لترال اسفنکتر داخلی به روش بسته بود. روش درمان طبی شامل رژیم پر فیبر، طشت آب گرم، قرص سی لاکس هر شب، قرص ناپروکسن ۲۵۰ میلی گرم هر ۱۲ ساعت و استعمال پماد لیدوکائین ۵ درصد قبل از اجابت مزاج و شستشوی مداوم ناحیه مقعد در حین اجابت مزاج بود. در هر دو گروه بیماران به مدت ۸ هفته پی گیری شدند. داده ها به کمک آزمون های آماری کای دو، فیشر و من ویتنی تجزیه و تحلیل گردید.

یافته ها: تعداد بیمارانی که مورد عمل جراحی قرار گرفتند ۱۰۰ نفر و تعداد بیماران گروه درمان طبی ۸۰ نفر بود. مدت علائم بیماری در گروه جراحی  $8/1 \pm 2/5$  هفته و در گروه درمان طبی  $7/9 \pm 3/1$  هفته بود ( $P > 0/05$ ). در گروه جراحی عوارض پس از عمل شامل ۱۰ مورد اکیموز پوستی (۱۰٪)، ۲ مورد هماتوم بزرگ (۲٪) و ۱۰ مورد بی اختیاری خفیف نسبت به باد بود. در گروه دوم هیچ عارضه ای دیده نشد. میزان بروز ترمیم زخم در گروه اول ۹۳٪ و در گروه دوم ۷۵٪ بود ( $P < 0/05$ ). نتیجه گیری: استفاده از درمان طبی با لیدوکائین ۵ درصد می تواند به عنوان یک روش موثر و بدون عارضه در درمان خط اول فیشر مزمن آنال مورد استفاده قرار گیرد.

واژه های کلیدی: اسفنکترتومی، فیشر مزمن آنال، لیدوکائین.

### مقدمه:

دپلتیازم (۴) در جهت درمان یبوست و کاهش اسپاسم اسفنکتر آنال در فیشر حاد مورد توجه می باشد لیکن تا چند سال اخیر درمان اصلی فیشر مزمن آنال روش های جراحی جهت اسفنکترتومی لترال به روش باز یا بسته بوده است (۵). استفاده از روش های جراحی هر چند در کتب مرجع به عنوان درمان استاندارد فیشر مزمن مطرح می باشند لیکن محدودیت های مهمی از جمله

فیشر آنال عبارت است از ایجاد یک پارگی در ناحیه مخاط آنوس که معمولاً تا رینگ حلقوی عضله (اسفنکتر داخلی آنوس) امتداد می یابد. در صورتی که مدت زمان بروز فیشر بالای ۶ هفته باشد، به بیماری فیشر مزمن گفته می شود (۱). هر چند درمان های طبی شامل رژیم پر فیبر، طشت آب گرم و داروهای مختلفی از جمله نیتروگلیسرین (۲)، نیفدپین (۳) و

یا دو (درمان طبی با لیدوکائین H) قرار می گرفت. بیماران مبتلا به چندین فیشر و یا فیشرهای در محل غیر معمول از مطالعه خارج گردیدند. روش درمان جراحی شامل اسفنکترتومی لترال اسفنکتر داخلی به روش بسته بود. پس از عمل بیماران با دستور رژیم پر فیبر، طشت آب گرم، قرص سی لاکس (شبی یک عدد) و قرص ناپروکسن ۲۵۰ میلی گرمی هر ۱۲ ساعت مرخص می شدند. در گروه دوم درمان طبی شامل رژیم پر فیبر، طشت آب گرم، قرص سی لاکس هر شب، قرص ناپروکسن ۲۵۰ میلی گرم هر ۱۲ ساعت و استعمال پماد لیدوکائین H ۵ درصد، دو تا سه بار در روز (قبل از اجابت مزاج) و شستشوی مداوم ناحیه مقعد در حین اجابت مزاج به مدت سه هفته بود. اولین ویزیت بیماران یک هفته پس از مداخله انجام شده و میزان بهبودی بر اساس میزان رفع علائم بر اساس شرح حال از بیمار و معاینه صورت می گرفت. در ویزیت هفته سوم میزان ترمیم مجدداً چک می گردید. معیار ترمیم بهبودی زخم ناحیه فیشر بود. در هر دو گروه بیماران به مدت ۸ هفته پی گیری شدند. متغیرهای مورد مطالعه شامل جنس، سن، مدت علائم بیماری، عوارض درمان و میزان بروز ترمیم به کمک چک لیست بودند. جهت مقایسه متغیرهای کیفی از آزمون کای اسکور و آزمون دقیق فیشر و جهت مقایسه متغیرهای کمی از آزمون من ویتنی استفاده شد.

### یافته ها:

از ۱۸۰ بیمار بررسی شده ۱۰۰ بیمار تحت عمل جراحی (گروه ۱) و ۸۰ بیمار تحت درمان طبی (گروه ۲) قرار گرفتند. میانگین سنی بیماران گروه اول  $36/2 \pm 4/3$  سال و گروه دوم  $38/3 \pm 3/1$  سال بود ( $P > 0/05$ ). از نظر جنسی ۵۰ نفر از بیماران گروه دوم ( $62/5\%$ ) و ۷۰ نفر از بیماران گروه اول ( $70\%$ ) زن بودند. مدت علائم بیماری در گروه اول  $8/1 \pm 2/5$  هفته و در گروه دوم  $7/9 \pm 3/1$  هفته بود ( $P > 0/05$ ). علائم

عوارض بیهوشی و عوارض ناشی از اعمال جراحی شامل همتوم آسیب اسفنکتر خارجی و بی اختیاری در این اعمال وجود دارند. در فیزیوپاتولوژی فیشر مزمن در حقیقت ایجاد یک سیکل معیوب باعث عدم بهبودی بیماری می گردد و استفاده از هر دارویی که بتواند این سیکل را بشکند می تواند بدون استفاده از اعمال جراحی باعث بهبود فیشر مزمن شود (۶). به همین دلیل در طی سال های اخیر استفاده از درمان طبی شامل نیتروگلیسرین، توکسین بوتولینوم و سایر داروها در درمان فیشر مزمن آنال با مکانیسم افزایش خونرسانی ناحیه و شکستن سیکل معیوب مطرح شده است که هر یک از این داروها نیز دارای محدودیت هایی هستند. از طرف دیگر به نظر می رسد که در صورت کاهش درد موضعی نیز بتوان سیکل معیوب فیزیوپاتولوژی فیشر را شکست و امر بهبودی را تسریع نمود. به همین جهت در مطالعه حاضر روش درمان طبی با پماد لیدوکائین با روش جراحی در ۱۸۰ بیمار مبتلا به فیشر مزمن آنال مورد مقایسه و بررسی قرار گرفت.

### روش بررسی:

در یک مطالعه نیمه تجربی در سال ۱۳۸۷ تعداد ۱۸۰ بیمار مبتلا به فیشر مزمن آنال که با علائم بیش از ۶ هفته به درمانگاه جراحی عمومی بیمارستان الزهرا وابسته به دانشگاه علوم پزشکی اصفهان مراجعه کرده بودند به عنوان نمونه آماری مورد بررسی، انتخاب شدند. روش نمونه گیری به صورت غیر احتمالی (آسان) بود. علائم اصلی در بیماران شامل درد در موقع اجابت مزاج خونریزی قطره ای و وجود تگ پوستی بود. معیار خروج مطالعه نیز فیشر حاد و وجود هموروئید همزمان در نظر گرفته شد. پس از اخذ شرح حال از بیماران و معاینه و تایید فیشر مزمن دو روش درمان جهت بیماران توضیح داده می شد و بر اساس انتخاب ایشان بیمار در گروه یک (جراحی) و

لیدوکائین بوده است. در مطالعه Mustafa و همکاران (۸) نیز در ترکیه میزان موفقیت در درمان با پماد نیتروگلیسرین ۷۰ درصد بوده است لیکن در ۳۳ درصد از بیماران سردرد گزارش شده بود و این در حالی است که در مطالعه حاضر هیچ عارضه ای از لیدوکائین گزارش نگردید. در مطالعه Fenton و همکاران (۹) نیز سردرد ناشی از نیتروگلیسرین ۰/۴ درصد در اکثر بیماران گزارش شده بود و ۲۵-۲۰ درصد از موارد سردرد بسیار شدید بوده است. با توجه به موارد فوق به نظر می رسد که هر چند کارایی لیدوکائین و نیتروگلیسرین در ترمیم فیشر مزمن آنال در یک حد است لیکن با توجه به عوارض کمتر لیدوکائین این دارو مناسب تر باشد. به نظر می رسد که لیدوکائین با اثر ضد دردی باعث ریلکس شدن اسفنکتر در هنگام اجابت مزاج و کمک به بهبودی فیشر نماید.

استفاده از سم بوتولینوم نیز در درمان فیشر مزمن آنال نه تنها با بهبودی کمتری همراه بوده است [۲۴ درصد در مطالعه Fruehauf و همکاران (۱۰) و ۴۵ درصد در مطالعه Sebastian و همکاران (۱۱)]. بلکه گران بودن دارو، نیاز به تزریق مکرر و در دسترس نبودن آن در تمام مناطق کشور از کارایی این روش در مقایسه با روش های دارویی می کاهد.

در مطالعه Gosselink و همکاران (۱۲) نیز استفاده از ژل آرژینین در درمان فیشر مزمن آنال موفقیت آمیز بوده است ولی استفاده از این ژل در کشور ما متداول نمی باشد.

استفاده از روش های جراحی باز و بسته جهت درمان فیشر مزمن هر چند نسبت به سایر روش ها از درصد موفقیت بالاتری برخوردار بوده است لیکن محدودیت های مهمی در این زمینه وجود دارد. بیهوش کردن بیمار هر چند به مدت کم می تواند با عوارض ناخواسته این روش درمانی همراه گردد. عوارض ناشی از عمل جراحی در بیماران عمل شده به مراتب نسبت به روش های طبی بیشتر می باشد و هر چند در برخی مطالعات (۱۳) این عوارض کوتاه مدت

اصلی در هر دو گروه شامل درد در موقع اجابت مزاج، خونریزی روشن و تگک پوستی بود. در گروه اول عوارض پس از عمل شامل ۱۰ مورد اکیموز پوستی (۱۰٪)، ۲ مورد هماتوم بزرگ (۲٪) و ۱۰ مورد (۱۰٪) بی اختیاری خفیف نسبت به باد بود. در گروه دوم هیچ عارضه ای دیده نشد. در مقایسه آماری جهت تفاوت بروز عوارض در دو روش آماره آزمون ۲۰/۰۹ محاسبه گردید که با توجه به درجه آزادی یک در سطح تشخیصی ۰/۰۵ این آماره در ناحیه بحرانی قرار می گیرد و بدین ترتیب مشخص می شود که بین بروز عوارض ناشی از درمان و روش درمان رابطه معنی داری وجود دارد ( $P < 0/05$ ).

میزان بروز ترمیم زخم در گروه اول ۹۳ درصد و در گروه دوم ۷۵ درصد (۶۰ بیمار) بود. در این مقایسه نیز آماره آزمون ۱۱/۲۵ محاسبه گردید که با توجه به درجه آزادی یک در سطح تشخیصی ۰/۰۵ معنی دار بود و به عبارت دیگر میزان موفقیت در ترمیم زخم در روش جراحی بیشتر است ( $P < 0/05$ ).

## بحث:

فیشر مزمن آنال شایع ترین بیماری خوش خیم ناحیه آنورکتال محسوب می گردد که در سال های گذشته درمان اصلی آن جراحی محسوب می گردید. لیکن در سال های اخیر استفاده از روش های دارویی به عنوان خط اول درمان در این بیماران مورد استفاده قرار گرفته است.

در این مطالعه استفاده از لیدوکائین ۵ درصد باعث بهبود زخم در ۷۵ درصد بیماران شد. در مطالعه Schiano و همکاران (۷) استفاده از پماد نیتروگلیسرین ۰/۲۵ درصد به همراه دیلاتورهای کرایوترمال آنوس مورد بررسی قرار گرفته است. طبق نتایج این مطالعه استفاده توام از دو روش فوق ۹۳/۷ درصد و استفاده از پماد نیتروگلیسرین ۷۵ درصد موفقیت داشته است که مورد اخیر مشابه نتایج مطالعه حاضر با استفاده از پماد

استفاده از درمان طبی با لیدوکائین ۵ درصد می تواند به عنوان یک روش موثر و بدون عارضه در درمان خط اول فیشر مزمن آنان مورد استفاده قرار گیرد.

### تشکر و قدردانی:

بدینوسیله نویسندگان این مقاله از مسئول اتاق عمل بیمارستان شهید بهشتی سرکار خانم تسلیمی و پرستار سرکار خانم حاتمی تشکر می نماید.

معرفی شده اند ولی وجود آنها هم برای بیمار و هم برای پزشک آزار دهنده است. نکته سوم در استفاده از اعمال جراحی بحث هزینه های بیمارستانی است. با توجه به درصد موفقیت درمان طبی با لیدوکائین تنها ۲۵ درصد بیماران نیازمند عمل جراحی و هزینه های آن می شوند. این بهبود هزینه در مطالعه Essani و همکاران نیز گزارش شده است (۱۴).

### نتیجه گیری:

در مجموع مطالعه حاضر نشان می دهد که

---

### منابع:

1. Breen E, Bleday R. Patient information: anal fissure [monograph on the internet], 2007[cited 2007 June]. Available from: <http://www.utdol.com/utd/content/topic.do-topickey=digestive/11250>
2. Maan MS, Mishra R, Thomas S, Hadke NS. Randomized, double-blind trial comparing topical nitroglycerin with xylocaine and proctosedyl in idiopathic chronic anal fissure. *Indian J Gastroenterol*. 2004; 23(3): 91-3.
3. Tranqui P, Trottier DC, Victor C, Freeman JB. Nonsurgical treatment of chronic anal fissure: nitroglycerin and dilation versus nifedipine and botulinum toxin. *Can J Surg*. 2006; 49(1): 41-5.
4. Acheson AG, Scholefield JH. Pharmacological advancement in the treatment of chronic anal fissure. *Expert Opin Pharmacother*. 2005; 6(14): 2475-81.
5. Ticmeanu F, Berevoescu NI. Treatment of chronic anal fissure using closed internal and lateral sphincterotomy. *Chirurgia*. 2005; 100(2): 133-7.
6. Oehn T. Fissure-in-ano. In: Morris P. *Oxford textbook of surgery*. Oxford: Oxford University Press; 1994. p: 1139-40.
7. Schiano DI, Visconte M, Di Bella R, Munegato G. Randomized, prospective trial comparing 0.25 percent glycerin trinitrate ointment and anal cryothermal dilators in the treatment of chronic anal fissure: a two-year follow-up. *Dis Colon Rectum*. 2006; 49(12): 1822-30.
8. Mustafa NA, Cengiz S, Turkyilmaz S, Yucel Y. Comparison of topical glyceryl trinitrate ointment and oral nifedipine in the treatment of chronic anal fissure. *Acta Chir Belg*. 2006; 166(1): 55-8.
9. Fenton C, Welling K, Easthope SE. 0.4% nitroglycerine ointment: in the treatment of chronic anal fissure pain. *Drugs*. 2006; 66(13): 343-9.
10. Fruehauf H, Fried M, Wegmueller B, Baurfeind P, Thumshirn M. Efficacy and safety of botulinum toxin A injection compared with topical nitroglycerin ointment for the treatment of chronic anal fissure: a prospective randomized study. *Am J Gastroenterol*. 2006; 101(9): 2107-12.

11. Sebastian A, Vicente P, Tauler M, Romero S, Paz S, Calpena R. Surgical (close lateral internal sphincterotomy) versus chemical (botulinum toxin) sphincterotomy as treatment of chronic anal fissure. *Med Clin*. 2005; 124(15): 573-5.
12. Gosselink MP, Darby M, Zimmerman DD, Gruss HJ, Schouten WR. Treatment of chronic anal fissure by application of L-arginine gel: a phase II study in 15 patients. *Dis Colon Rectum*. 2005; 48(4): 832-7.
13. Liratzopoulos N, Efremidou EI, Papageorgiou Ms, Kouklakis G. Lateral subcutaneous internal sphincterotomy in the treatment of chronic anal fissure. *J Gastrointestin Liver Dis*. 2006; 15(2): 143-7.
14. Essani R, Sarkisian G, Beart RW. Cost-saving effect of treatment algorithm for chronic anal fissure. *J Gastrointest Surg*. 2005; 9(9): 1237-43.

Received: 27/May/2009

Accepted: 15/Nov/2009

## Evaluation of lidocaine ointment in treatment of chronic anal fissure

Behdad A (MD)\*, Hosseinpour M (MD)\*\*<sup>1</sup>, Ghafoor L (MD)\*\*\*

\*Professor, Surgery Dept., Isfahan Univ. of Med. Sci, Isfahan, Iran,

\*\*Assistant professor, Surgery Dept., Kashan Univ. of Med. Sci, Kashan, Iran,

\*\*\*Resident, Surgery Dept., Kashan Univ. of Med. Sci, Kashan, Iran.

**Background and aim:** Surgical procedures including open and close lateral sphincterotomy were the main treatment of chronic anal fissure in past years. Nowadays, medical treatments are the standard therapy for this disease, but there are some limitations for this method of treatment. This study aimed to compare the efficacy and complication of surgical and medical treatments by lidocaine ointment for patients with chronic anal fissure

**Methods:** A clinical trial study was conducted on 180 patients with chronic anal fissure who had symptoms for more than 6 weeks. The main symptoms of patients were pain during defecation, anal bleeding and skin tag. After history taking and physical examination, method of treatment was explained for patients to choose one group: Group 1 (surgery) or group 2 (medical treatment with lidocaine H). Surgery was performed by closed method. Medical treatment was consisted of high fiber regimen, sits baths, lax tablet nightly, Naproxen tablet 250 mg twice daily and 5% lidocaine anal application before defecation and anal washing during defecation. Patients were followed for 8 weeks. Data were analyzed using chi-square, Fisher and Mann-Whitney tests.

**Results:** one hundred of patients in group 1 and 80 patients in group 2 completed the study. Duration of symptoms was  $8.1 \pm 2.5$  weeks in group 1 and  $7.9 \pm 3.1$  weeks in group 2. Post operative complications in group 1 were skin ecchymosis (10%), large hematoma (2%) and 10 cases (10%) complained from mild incontinency to flatus. There was no complication in group 2. Healing rate was 93% in group 1 and 75% in group 2 ( $P < 0.05$ ).

**Conclusion:** Medical treatment with lidocaine is a safe and effective treatment for chronic anal fissure.

**Keywords:** Chronic anal fissure, Lidocaine, Sphincterotomy.

<sup>1</sup>Corresponding author:  
Trauma association  
Research Center, Shahid  
Beheshti Hospital, Kashan,  
Iran.  
Tel:  
0361-5550026  
E-mail:  
meh\_hosseinpour@yahoo.com