

直肠黏膜柱状缝扎加耻直肌挂线术治疗直肠黏膜内脱垂型便秘的临床研究

王 坚 林康泉 王美容 赖江龙 侯东旭 谢翔宇 吴荣发

(福建中医学院附属泉州市中医院,福建省泉州市鲤城区温南路215号,362000)

摘要 目的:探讨直肠黏膜柱状缝扎加耻直肌挂线术治疗直肠黏膜内脱垂型便秘的治疗效果和应用价值。方法:选择直肠黏膜内脱垂型便秘患者36例,分为2组,以直肠黏膜柱状缝扎加耻直肌挂线术为治疗组,直肠黏膜点状结扎法为对照组,各18例。观察治疗前后主要症状、体征和辅助检查结果的变化情况并评定治疗效果。结果:治疗组术后及随访都有显效,术后积分与对照组有显著性差异($P < 0.01$),3个月后随访积分治疗组与对照组有差异($P < 0.05$)。结论:该疗法临床疗效良好,相比传统术式具有疗效好的优点,在严格掌握手术适应症的前提下,可作为直肠黏膜内脱垂所致出口梗阻型便秘较优的手术治疗方案。

关键词 直肠黏膜内脱垂;柱状缝扎;挂线;临床研究

Columnar Suturing Plus Shame Rectum Seton for Constipation Induced by Internal Rectal Mucosa Prolapse

Wang Jian, Lin Kangquan, Wang Meirong

(Quanzhou Hospital of Traditional Chinese Medicine, Fujian College of Traditional Chinese Medicine, Add.: No. 215, Wennan Road, Licheng District, Quanzhou, Fujian Province, Post code: 362000)

Abstract Objective: To discuss the efficacy and application prospect of columnar suturing plus shame rectum seton for constipation induced by internal rectal mucosa prolapsed. **Methods:** Thirty six patients were randomized to receive present operation, or punctate ligation as control, put under symptoms and physical signs observation, and other auxiliary examinations before and after treatment. **Results:** The treatment group had significantly better therapeutic effect than the control group right after the operation and in 3-month follow-up ($P < 0.01$, $P < 0.05$ respectively). **Conclusion:** The present operation has better efficacy than the traditional operation, thus is preferable for outlet obstructive constipation induced by internal rectal prolapsed.

Key Words Internal rectal mucosa prolapsed; Columnar suturing; Seton; Clinical observation

直肠内脱垂(Internal Rectal Prolapse, IRP)所致出口梗阻型便秘(Outlet Obstructive Constipation, OOC)是指在排便时近侧直肠黏膜层或全层折入远侧肠腔或肛管内,不超过肛门缘从而产生了排便不顺利的状态,又称隐性直肠脱垂、远端直肠内套叠。其中又分为直肠黏膜内脱垂和直肠全层内套叠。本研究取其中占绝大多数的直肠黏膜内脱垂(Internal Rectal Mucosa Prolapse, IRMP)为研究对象。患者临床表现为排便困难,排便时间延长,大便变细如挤残留牙膏状,排便梗阻感,余便不尽感,便意频数,肛门下坠等,传统术式不同程度地存在操作复杂,创伤大,后遗症多,远期疗效不确切,术后复发率高等缺点。探索一种微创、高效且又经济易操作的新术式目前成为临床研究的重点。我们采用直肠黏膜柱状缝扎加耻直肌挂线术治疗 IRMP 型便秘,并与对照组进行了比较,取得了较好的效果。现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选用福建中医学院附属泉州市中医

院肛肠科符合直肠黏膜内脱垂患者36例,随机分为2组,治疗组、对照组各18例。本资料中患者年龄最小的28岁,最大的54岁,平均为 40.29 ± 6.41 岁,治疗组平均年龄 41.75 ± 5.06 岁,对照组平均年龄 39.20 ± 7.65 岁,经方差分析,各组间无明显差异。本资料中治疗组男性6例,女性12例;对照组男性5例,女性13例。用四格表卡方检验,各组间男女性别比较无明显差异。本资料中最短者3月,最长者20年,治疗组平均病程 78.25 ± 72.27 月;对照组平均病程 76.85 ± 81.52 月。经方差分析,各组间无明显差异。

1.2 诊断标准 参考1999年(潍坊)中华医学会中华医学杂志编辑委员会和中华医学会外科学分会肛肠外科学组拟定的《便秘诊治暂行标准》,喻德洪《现代肛肠外科学》(人民军医出版社·北京·1997:480)相关内容及功能性肠病便秘诊断罗马II标准,拟定直肠黏膜内脱垂诊断标准如下。典型症状:1)排便困难,反复持久的摒气加大腹压。2)排便时肛门直肠部的梗阻感。3)大便变细,如竹筷状、或如挤残留牙膏状。4)起始排便时间延长,大于5min以上。5)便意频数,便次增多,余便不尽感。6)肛门下坠。7)或有手法协助排

基金项目:2009年泉州市第一批科技重点项目,项目编号(2009Z43)

便史。典型体征：1) 直肠指诊：直肠下段黏膜聚积，无空隙感，紧抵直肠侧壁上抵如触“阴道侧弯隆样感”，轻触脱垂的远端直肠黏膜如“子宫颈样感”。2) 在直肠指诊时嘱患者加大腹压做排便样动作，“阴道侧弯隆样感”及“宫颈感”更加明显。3) 直肠指诊时可触及直肠内有残余大便，嘱患者再次排便后复查仍不能完全排空。4) 直肠镜检查：直肠黏膜积满镜腔无空隙，加大腹压直肠黏膜脱至镜腔内更加明显。典型的排粪造影同步盆腔造影影像：1) 排粪造影时，充盈力排像直肠壶腹部钡剂排出时间延长，大于5min，或可见“中央溪流征”。2) 排粪造影正侧位力排黏膜像可见“漏斗征”“叠瓦征”“团块征”等。3) 盆底腹膜返折不伴随直肠前壁有异常下降。肛管直肠压力测定表现：肛管静息压及收缩压均有不同程度降低。

1.3 病例纳入标准 1) 符合诊断标准，有典型的症状、体征和排粪造影同步盆腔造影像。2) 持续或间断保守治疗累计时间大于3个月无效。3) 无严重心、肺、肝、肾等疾病，能耐受手术者。4) 知情同意。

1.4 病例排除标准 1) 不符合诊断标准。2) 直肠内占位性病变。3) 合并结肠慢传输者。4) 合并盆底疝，乙状结肠冗长，重度会阴下降(合并子宫、膀胱脱垂)，骶直分离，重度结直肠炎者。5) 严重心、肺、肝、肾等功能障碍者，不能耐受手术者。6) 妊娠或哺乳期妇女。

2 治疗方法

所有患者予完善术前肠道准备；麻醉予鞍区麻醉或局部麻醉；体位取曲膝侧卧位或膀胱截石位。治疗组(直肠黏膜柱状缝扎加耻直肌挂线术)：1) 先以组织钳夹持直肠齿线以上松弛黏膜的最上端，提拉黏膜。继以大弯止血钳夹持于松弛多余的肠黏膜底部，稍向外拉，从脱垂黏膜的近心端自上而下用3-0可吸收带针线呈纵行排列锁边缝扎黏膜，并部分肌层，使结扎黏膜组织呈直线形排列，上窄下宽以免形成黏膜瓣。2) 纵行缝扎黏膜，间距视黏膜脱垂或套叠程度而定。一般留有0.5cm的黏膜桥，结扎高度尽量至松弛脱垂黏膜的上端。3) 缝扎点选择截石位3, 7, 11点位。4) 在肛门后正中作一矢状切口约4cm(上达肛缘上2cm)，左手食指在肛内引导，用中弯血管钳从切口中点处钝性分离，从耻骨直肠肌后缘挑出部分肌束，穿至直肠黏膜下层，引入橡皮筋，并紧线至半虚挂状。术后每5天紧线1次，直至橡胶线脱落，创面换药至愈合。对照组(直肠黏膜点状结扎术)：用allis钳夹起齿线以上1cm左右直肠黏膜后用3-0可吸收带针线于黏膜下缝合结扎，视黏膜脱垂或套叠程度选择2-4点，必须保持各点在不同水平面。

3 疗效评定

3.1 评分方法 为使临床疗效判断更客观准确，将主要症状、体征等检查结果分8项进行量化评分，所得分值相加分别作为治疗前后积分，最后根据治疗前后每项和每位患者的积分改善情况换算成疗效指数统计判断疗效，每一观察项目按病情轻重分为0级(正常0分)，I级(轻度1分)，II级(中度2分)，III级(重度3分)。拟定评分标准如下表。

表1 主要症状体征评分标准

检查项目	0分	1分	2分	3分
排便困难(梗阻感)	无	轻(轻度憋气)	中(明显憋气)	重(反复持久憋气)
肛门坠胀	无	轻度	中度	重度
余便不尽感	无	轻度	中度	重度
每日大便次数	1次	2次	3次	3次以上
起始排便时间	3min以内	3~5min	6~10min	10min以上
大便形状	香蕉状粗细	火腿肠状粗细	食指状粗细	竹筷状粗细
服用泻剂	无服用	<5次/月	6~10次/月	>10次/月
直肠指诊	未触及脱垂	脱垂1cm以内	脱垂1~2cm	脱垂>2cm

3.2 疗效指数 疗效指数(n) = (治疗前积分 - 治疗后积分) / 治疗前积分 × 100%。

3.3 量化判定标准 临床疗效统计8项，随访3个月疗效统计前7项。临床疗效判定标准：良好：临床症状体征消失或显著改善，n ≥ 75%。显著：临床症状体征改善，25% ≤ n < 75%。无效：临床症状体征改善不明显，n < 25%。

3.4 统计学方法 所有数据用SPSS11.5软件处理，计数用卡方检验，计量用t检验或方差分析。

4 结果

疗效及症状积分分析：2组患者术后临床疗效除治疗组1例良好，对照组有2例无效外，余均有显著。2组患者术前症状积分无明显差异；术后症状积分组间有明显差异，平均积分治疗组 < 对照组；3个月后随访治疗组增加1例良好。术后症状积分治疗组和对照组相比有差异，平均积分治疗组 < 对照组。直肠黏膜柱状缝扎加耻直肌挂线术治疗IRMP型出口梗阻性便秘可明显改善患者的症状，临床疗效优于直肠黏膜点状结扎术。该术式可作为IRMP型出口梗阻性便秘较优的手术治疗方案。

5 讨论

IRMP虽是引起便秘的一个重要原因，但必须充分认识到便秘的病因极其复杂性，术前需详细询问病史及做必要的辅助检查，以排除合并有结肠慢传输性便秘、溃疡性结肠炎、直肠孤立性溃疡和某些器质性病变。出口梗阻型便秘中，往往也不是单种解剖异常存在，直肠黏膜内脱垂常伴有直肠前突，会阴下降等等，

老中医经验

唐汉钧治疗复杂性窦痿临床经验

郭修田¹ 黄纲² 指导:唐汉钧¹

(1 上海中医药大学附属龙华医院,上海市宛平南路 725 号,200032; 2 上海交通大学医学院附属第九人民医院)

关键词 复杂性窦痿/中医药疗法; @ 唐汉钧

唐汉钧积 40 余年的临床实践,提出“虚瘀”是复杂性窦痿的基本病机,在“祛瘀补虚生肌”治疗大法的指导下,强调内外合治,辨证论治和辨病论治相结合,局部辨证和整体辨证相结合,灵活处理“虚、瘀、腐、毒”在不同病理阶段的轻重主次之不同,并形成了许多独具特色的治疗窦痿方法,从传统的药线脱管法,到今天的切开挂线术、滴灌法、拖线术等,将窦痿的治疗技术提高到一个新的水平。

1 内治法

唐师在复杂性窦痿的内治中尤为注重辨病与辨证的结合。日久不愈,则气血受损,气虚则托毒无力,血虚新肉不生,故以益气养血为主,化湿解毒为辅,方以托毒散化裁。如出现面色萎黄、倦怠无力、脓水稀薄,则属气血亏虚,以益气养血为主,辅以补益肝肾,以十全大补汤加减;如出现肌肤甲错,疮周色素沉着,肉芽颜色晦暗,腐肉难脱,新肉不生,则属血瘀,治以活血养血,方以补阳还五汤化裁;如出现形体消瘦、潮热盗汗等症状,则属阴虚火旺,治疗以滋阴清热为主,方以秦艽鳖甲汤加减;如出现畏寒肢冷者,则属虚寒,治以散寒化痰,温经通络,以阳和汤加减;若窦痿继发,红肿热痛明显,多由余毒未尽,湿热毒邪蕴积所致,病情反复,治疗当以急则治标,以清热化湿解毒为主,以五神汤为主方加减。

面对临床诸证混杂,有气血不足与余毒瘀滞相叠的,唐师亦分别进行相应的辨证分类,根据主次病证选方用药。如气血亏虚兼余毒未尽者,则十之六七的用药针对扶正,十之三四的用药用于祛邪,由于用药灵

便,针对性强,临床疗效自然桴鼓相应。在辨证的基础上,唐师还根据疾病的性质酌加药物。如治疗浆细胞乳腺炎引起的瘰管,唐师则在辨证的基础上酌加陈皮、姜半夏、苏梗等行气化痰药以及白花蛇舌草、侧柏叶、虎杖等减少腺体分泌的药物。如治疗结核性窦道则配合服用小金丹及抗痨药物。如治疗糖尿病合并窦痿形成,则酌加山药、生地黄、麦冬、沙参等养阴生津之品。在辨证分型的基础上,唐师亦赞赏高锦庭《疡科心得集》以温病三焦学说为鉴,按上中下三部治疮疡的学术思想,每多根据窦痿的部位加减用药。上部多为风温、风热,合五味消毒饮;中部多为气郁、火郁,合逍遥散或小柴胡汤;下部多为湿热、湿火,合草薢解毒汤或四妙丸。复杂性窦痿病程绵延,气血亏虚,余毒瘀滞,疮口难敛。故唐师临证喜用生黄芪、太子参、茯苓、白术、陈皮、姜半夏、白扁豆、淮山药、谷麦芽等,既健脾益气,托毒外出,使余毒由深居浅,又解除了苦寒之药伤脾胃之忧。

2 外治法

“外科之法,最重外治”。外治法的精当与否,常可决定病程的转归、预后。应用外治法既要重视局部辨证,如肿、痛、痒、脓的辨别,微观辨证还可根据局部脓液细菌培养的结果等;又要结合全身辨证,考虑患者的全身情况,如年龄的大小、体质的强弱、性别的差异等。正确掌握外治法祛腐与生肌的不同阶段,对窦痿的治疗有十分重要的意义。在脓水淋漓不尽、味臭秽者,或局部红肿热痛,则治当“祛腐”,如过早运用“生肌”治法,反而使毒邪留滞,脓腐难脱,延误病情。在无脓腐污秽,疮孔周围无红肿疼痛,疮孔分泌物减少且转纯清,据唐师经验,分泌物验证可用棉签清沾,可成

在严格的保守治疗无效的前提下,亦需要严格掌握手术适应症。对于确诊 IRMP 型便秘的患者也亦首先考虑严格的非手术治疗,包括体育锻炼、粗纤维饮食、适当应用缓泻剂或栓剂、中医学的中药、针灸、心理治疗,以及国际上流行的生物反馈疗法等都是有益的辅助手段。在严格把握适应症的情况下,选择直肠黏膜柱状

缝扎加耻直肌挂线术治疗 IRMP,往往能收到意想不到的效果。我们有明确的体会是当患者出口梗阻的症状、体征、排粪造影等指标越典型、手术操作越规范;临床疗效就越优。但术后绝不能忽视维持远期疗效的综合性保守治疗。

(2009-11-30 收稿) □