

经肛门治疗直肠脱垂的临床观察与体会

韩宝 徐慧岩

直肠脱垂的治疗方法较多,学者们根据自己的经验使用不同的方法,但不同治疗方法的治疗效果差异较大,争议较多。寻找一种安全、有效、易操作、副作用少、可推广的治疗手段一直是我们业界同仁不断寻找的目标。

我院“消痔灵经肛门直肠内外注射方法治疗完全性直肠脱垂 360 例”的科研工作^[2-3],于 2003 年通过了国家科委专家的鉴定,并在 2004 年获中华中医药学会科学技术成果三等奖。在此基础上,2005~2009 年我们又采用改进的肛门内外注射法(注射固脱法)及选择性黏膜结扎加肛门紧缩术治疗直肠脱垂获得了较好的效果,我们认为达到了上述的要求。现将新的治疗结果报道如下。

一、临床资料

本组病例诊断治疗系依据 2002 年中医、西医、中西医结合学会共同制定的“二型三度”分类标准^[1]。其中纳入观察的 84 例患者,均为确诊的“二型”住院病例。

1. 一般情况:(1)性别:男 52 例,占 61.9%;女 32 例,占 38.1%。(2)年龄:20 岁以下 11 例,占 13.10%;20~60 岁 51 例,占 60.71%;60 岁以上 22 例,占 26.19%。其中最小年龄 1 岁,最大 92 岁。(3)病程:1~5 年 35 例,占 41.67%;6~10 年 25 例,占 29.76%;11 年以上 24 例,占 28.57%;其中最短半年,最长 54 年。(4)分度:I 度 28 例,占 33.33%;II 度 30 例,占 35.72%;III 度 26 例,占 30.95%。

2. 治疗方法的选择:(1)单纯直肠内注射:6 例,占 7.14%,均为 10 岁以下儿童。(2)直肠内外注射:35 例,占 41.67%,为 I、II 度病例。(3)直肠内外注射加黏膜结扎术:33 例,占 39.29%,I、II、III 度均有。(4)直肠内外注射加黏膜结扎加肛门紧缩术:10 例,占 11.90%,均为 III 度病例。

3. 住院天数:3~6 d 12 例,平均住院 5 d,占住院总天数 7.05%;7~10 d 45 例,平均住院 9 d,占住院总天数 47.53%;11~14 d 23 例,平均住院 13 d,占住院总天数 35.1%;15 d 以上 4 例,平均住院 22 d,占住院总天数的 10.32%。平均住院日为 10.14 d。

4. 出院时治疗效果:痊愈:83 例,占 98.81%;好转:1 例,占 1.19%;无效:无。其中 I 度 28 例,治愈率 100%;II 度 30 例,治愈率占 100%;III 度 25 例,治愈率 96.15%。

5. 随访情况:一年随访 84 例,痊愈 78 例,占 92.86%;好转 5 例,占 5.95%;无效 1 例,占 1.19%。二年随访 80

例,痊愈 72 例,占 90%;好转 6 例,占 7.5%;无效 2 例,占 2.5%。三年随访 76 例,痊愈 67 例,占 88.16%;好转 6 例,占 7.89%;无效 3 例,占 3.95%。随访不到的病例原因主要有:①自然死亡 2 例;②信息中断联系不上 6 例。

6. 治疗后的不良反应:(1)发热:37.5~38℃ 7 例,占总数的 8.3%,体温持续 1~3 d,简单对症处理;38.1~39℃ 4 例,占总数的 4.76%,持续 1~3 d,给予对症处理,加用消炎药,预防感染。(2)下坠胀痛:胀痛明显,难以忍受,多发生在术后 2~8 h 内,给予硫酸吗啡控释片强止痛药口服的 17 例,占 20.24%;轻度胀痛、下坠,多发生在术后 1~3 d 内,给一般止痛药如强痛定片、芬必得等可以缓解的 67 例,占 79.76%。(3)排尿情况:术后顺利排尿的 66 例,占 78.57%;排尿困难 18 例,其中排尿困难经诱导排尿成功的 11 例,占 13.10%;排尿困难出现尿潴留需导尿的 7 例,占 8.33%。(4)排便情况:24 h 内(控制排便期)自行排便的 4 例,占 4.76%;48~72 h 顺利排便的 55 例,占 65.48%;72 h 后需要协助排便的(盐水灌肠)25 例,占 29.76%。(5)化验检查:术后一周内白细胞偏高的 8 例,占 9.52%,其中白细胞 $10 \times 10^9/L$ 6 例占 7.14%,2 例 $12 \times 10^9/L$ 占 2.38%。经静脉滴注抗炎药 3~4 d 复查血象全部正常;GPT 偏高的 4 例,占 4.76%,均为术前检查偏高,术后 7 d、15 d 复查和术前无明显差异。肾功能检查,未见异常。(6)并发症:出血、感染、坏死、狭窄均无。

二、治疗方法

1. 直肠黏膜下高位点状注射:目的是使松弛分离的直肠黏膜与肌层粘连固定复位,分为脱出直接暴露注射与肛门镜下注射。(1)脱出暴露下高位点状注射:①适应证:多用于 III 度脱垂伴肛门功能不全患者,脱出物长达 12 cm 以上。②操作方法:骶麻或局麻下,患者用力排便,使肠管全部脱出,置入喇叭状肛镜,向未脱出的肠腔高位多点黏膜下层注射,边退镜边注射,环绕一周,当注射到已暴露的肠管时,可以在直视下注射。黏膜下层注入 1:1 消痔灵,每点 2~3 mL,每点区之间相隔 1.5 cm,必须用 5 号细长针注射,直肠内一般注射总量 40~60 mL,最后将脱出肛管缓慢复位,再消毒肛周皮肤,进行直肠周围注射。(2)肛门直肠镜下点状注射:①适应证:多用于 I、II 度,脱出物在 12 cm 以下。②操作方法:骶麻或局麻后,将直肠镜进入 12 cm 以上的较高位置,从镜口前方最高位进行点状黏膜下注射,每点约注 2~3 mL,每点相距 1.5 cm,注射药量 40~60 mL。

2. 直肠周围注射:①适应证:II、III 度直肠脱垂,在直

肠内注射后同时进行直肠周围注射。②操作方法:黏膜注射后再次消毒皮肤,截石位 3、6、9 点,肛缘外 1.5~2 cm 进针,选用 9 号心内注射针,20 mL 注射器,1:1 消痔灵液,进入 3 cm 后,左手示指进入肛内,于齿线上方,摸到针并于肠壁外可活动,指尖与手指相距约 0.5 cm,不穿破直肠壁,进针深度 8~9 cm,边推药边退针,缓慢退至距肛缘 3 cm 处,相当于肛提肌部位,此时应该推入药 6~7 mL,然后不推药退针至皮下,再向左右两个方向进针,构成扇形状态,分别注入药 3~4 mL,每点区域注射 1:1 消痔灵液 10~15 mL,直肠外注射总量 40~60 mL。直肠内和直肠外注射 1:1 消痔灵液总量大约 80~120 mL。

3. 直肠黏膜结扎:①适应证:该结扎法与其他点状或柱状结扎法的区别是,在直肠黏膜下高位多点注射消痔灵后,根据直肠下段黏膜堆积明显或伴有混合痔情况选择的多点结扎法。②操作方法:在直肠末端,齿线上方,在截石位 3、7、11 点位,用组织钳提起松弛黏膜,在基底部夹上大弯血管钳,用 7 号丝线或可吸收线在钳下进行缝合结扎。结扎点多少根据黏膜松弛情况定,一般在一个区域上结扎点不超过三处,结扎后用手指扩肛,直肠必须顺利通过两横指(直径 4 cm),以避免术后发生因肠管狭窄而出现的排便困难。

4. 肛门紧缩:①适应证:Ⅲ度脱垂伴肛门松弛的患者,在经过直肠内和直肠周围注射治疗,或经过直肠黏膜结扎术后,同时进行肛门紧缩术。②操作方法:在肛门后正中齿线向外做菱形切口,切开皮肤、皮下组织,不切断括约肌,用组织钳提起齿线上方黏膜及黏膜下组织,在组织钳下方用大弯血管钳夹住,此时注意保持肛门口顺利通过两指(直径 4 cm),再用可吸收线贯穿缝合结扎。齿线外伤口暴露的外括约肌用可吸收线进行括约肌重叠“U”字缝合,一般缝合 2~3 针,最后用丝线缝合皮肤切口,7~8 d 后拆线。如果感到肛门紧缩不满意,还可以在肛门前方以同样方法进行前位肛门紧缩。

三、讨论

1. 注射固脱法的机理探讨:所谓固脱法,就是将脱垂的黏膜或肠壁通过药物注射或其他的治疗方法使其回复到原位,达到“固定止脱”的目的。常采用的方法有直肠黏膜下注射、直肠周围注射,并根据黏膜及肛门的松弛情况进行黏膜部分结扎和肛门括约肌紧缩。

目前对直肠脱垂病因比较公认的是“滑动疝说和肠套叠说”,基本病理改变包括两大类:直肠黏膜脱垂和直肠全层脱垂。黏膜脱垂是直肠下部黏膜与肌层固涩不牢,分离下移,而直肠全层脱出是由于直肠周围的上提肌松弛无力,失去上提固定作用,引起直肠与周围组织分离,脱垂的起始部位是在直乙交界处,脱垂首先在黏膜松弛处形成内脱垂性肠套叠,套叠尖端进入直肠中下段,最后经肛门口脱出。

治疗选用的中药制剂消痔灵液^[3,7],是国家中药二级保护品种,临床应用多年,具有明显的中等硬化剂作用。我们曾对个别的Ⅲ度脱垂的患者使用 1:1 消痔灵液 160

mL 注射后,未发现出血、坏死等副作用^[4,6],消痔灵注射液和注射方法为中国人独创。直肠黏膜下层注射,能使松弛的直肠黏膜与肌层产生粘连固定。直肠两侧骨盆直肠间隙注射,能使直肠与盆壁粘连固定,直肠后间隙注射能使直肠与骶前筋膜粘连固定,这一点我们通过直肠癌直肠周围注射消痔灵液后,再进行腹会阴联合切除手术的病理证实,注射后的直肠与三个间隙形成纤维化组织明显,粘连固定坚实。

2. 如何选择治疗方案:直肠脱垂的治疗无外乎保守与手术两种方法,每种可以有若干项的具体方法,如经腹手术、经会阴手术、经骶前手术的方式就多达 200 多种。可以肯定的是目前还没有那一种治疗方式适合所有的脱垂患者,更没有发现那一种治疗方案有百分之百的成功率^[8]。即使近年出现的一些现代化仪器、设备治疗如腹腔镜、各种吻合器等也有并发症或不成功的报道;只是多与少的比较而已。因此,各种方法虽有各自适应证,但要让患者和医生首选哪一种方案治疗,却是个不小的难题。

根据我们多年经验总结,直肠脱垂应分成三级治疗:

一级治疗:适用于儿童及年老体衰多病患者。此时主要是控制诱因、改善症状,选择中药辨证论治,还可用中药外敷、熏洗、针灸等。

二级治疗:主要以会阴部微创治疗为主。适用于一型的黏膜脱垂;二型的 I、II 度脱垂和单纯Ⅲ度脱垂的患者。常用的方法有:注射固脱法如直肠黏膜下高位多点注射、直肠周围注射以及黏膜结扎、肛门紧缩等。上述方法可以单独使用也可以联合应用。但单纯Ⅲ度脱垂的患者,上述几种方法应联合应用。

三级治疗:主要以手术为主。包括经腹、会阴、骶前等切除或修补固定的方法。适用于二级治疗失败的病例,或Ⅲ度脱垂脱出物过长并伴有内脏如小肠、乙状结肠、子宫、膀胱等一并脱出的病例。

参 考 文 献

- [1] 中华中医药学会肛肠分会. 痔、肛瘘、直肠脱垂的诊断标准[J]. 中国肛肠病杂志, 2004, 24(1): 42.
- [2] 韩宝, 史兆岐, 刘光亮, 等. 直肠内外注射法治疗直肠脱垂的临床研究[J]. 中国医药学报, 2004, 19 增刊: 91-93.
- [3] 韩宝, 聂广军. 消痔灵注射治疗直肠脱垂 266 例[J]. 人民军医, 2008, 51(3): 165.
- [4] 吕成国, 徐志刚, 侯绪春. 注射疗法治疗直肠脱垂临床观察[J]. 黑龙江医学, 2000(2): 54.
- [5] 余瑛. 注射疗法治疗直肠脱垂 46 例临床体会[J]. 宁夏医学杂志, 2000, 22(8): 483.
- [6] 张翠云. 消痔灵治疗小儿直肠黏膜脱垂 37 例观察[J]. 实用中医药杂志, 1996, 12(2): 5.
- [7] 李华山, 李国栋. 消痔灵双层四步注射治疗成人完全性直肠脱垂 117 例[J]. 大肠肛门病外科杂志, 2003, 9(3): 183-184.
- [8] 殷立新, 潘一滨, 刘艳. 消痔灵双层注射治疗成人完全性直肠脱垂临床疗效评价[J]. 江西医药, 2007, 42(12): 1128-1130.