

# 经腹手术治疗直肠脱垂的疗效分析

陈建华

(浙江省湖州市中医院 湖州 313000)

**摘要:**目的:探讨经腹手术治疗直肠脱垂的疗效。方法:从 1995 年 3 月~2001 年 2 月,对患有直肠脱垂疾病的 16 例进行了直肠前切除、悬吊固定术,术后配合中药治疗。结果:痊愈 13 例,好转 1 例,复发 2 例。结论:对中、重度直肠脱垂病人的便秘问题同时采用直肠部分切除、悬吊、陷凹闭合术,明显提高了疗效,减少复发,操作简便,便于基层医院开展;术后适时运用中药健脾益气、升阳固脱等辅助治疗是成功因素之一。

**关键词:**直肠脱垂;手术疗法;补中益气汤;疗效分析

中图分类号:R657.1<sup>9</sup> 文献标识码:B 文献编号: 1671-4040(2006)02-0058-02

## 1 临床资料

全组病例皆为中年女性,1995 年以来共手术 16 例;年龄最小的 28 岁,最大 36 岁;病程最长 3 年,最短 1 年;突出程度:最轻:前突 1.9~2.0cm,最重:3.2~3.5cm;病状特征:腹胀、腹痛 16 例,解便困难 16 例,便次数增加 6 例。

## 2 手术要点及方法

2.1 直肠前切除 与直肠癌前切除类似:在下腹旁正中切口,入腹后沿肠管游离乙状结肠及直肠上段,切除见长的乙状结肠与上段直肠并行乙状结肠与直肠端端吻合。采用间断、双层内翻缝合。

2.2 直肠悬吊 将直肠侧壁与骶骨骨膜及侧腹膜固定数针。

2.3 陷凹闭合 将吻合口近、远端肠管之前壁及陷凹前方腹膜缝合,消除直肠子宫陷凹或直肠膀胱陷凹。

## 3 疗效观察

3.1 疗效标准 痊愈:直肠黏膜恢复正常位置,在大便或腹压增加时,直肠不脱出肛门外;好转:大便时有轻度的直肠黏膜脱出肛门外,症状基本消失;无效:治疗前后无明显的变化。

3.2 治疗结果 本组治愈 13 例,好转 1 例,复发(无效)2 例。

## 4 讨论

4.1 便秘的手术治疗是一项较新的临床工作,其疗效的评价有待于进一步临床观察,对其手术适应症需严格掌握。而便秘多由于直肠脱垂引起,直肠脱垂则是直肠前壁和阴道后壁的疝,中老年多见,有的男性做前列腺切除后发生。由于直肠前壁进行性膨胀,使直肠下段环肌纤维分离,肌层变薄,直肠阴道松弛,引起直肠向前突出。排便时粪便进入突出内不能由肛门排出,停止用力时粪便又回到直肠,引起排便困难,使直肠突出加深加重。

4.2 临床表现和诊断 出口梗阻便秘,盆内沉重和疼痛,排便困难,有的需用指压迫阴道后壁帮助排便。如发生局部直肠炎则有出血、排出粘液、里急后重等症状,有的节制功能紊乱。指诊直肠前壁张力减弱和松弛,排便造影用力时可见直肠前壁经直肠阴道隔向前突出,包括一部分直肠壶腹突出,排出钡剂后直肠内残留钡剂;按突出深度分为轻度的是 0.6~1.5cm,中度 1.6~3.0cm,重度超过 3.1cm,本组属中度 3 例,重度 13 例;肛门功能检查常有括约肌紧张过度,并可鉴别巨结肠和肛门功能不良。总之手术前排粪造影是诊断的客观依据,又是分析手术疗效的重要参考资料。

4.3 治疗方法选择 无症状的直肠突出不需要治疗,有症状

的先便秘非手术治疗,中度和重度的手术治疗效果良好。如并有直肠内脱垂和会阴下降的应同时治疗。儿童和老年不完全和完全脱垂应先用非手术疗法,如不见效,用直肠内黏膜切除缝合术和线状烙法,很少需做腹内手术。成年不完全脱垂可用注射疗法,黏膜切除缝合术和纵横缝合术。成年完全脱垂可先用黏膜下点状注射疗法。手术方法很多近 100 种,腹内直肠固定术或悬吊术安全,并发症、死亡率低,效果好;但对于重度脱垂者,易复发是为缺陷,目前成人完全性直肠脱垂手术复发率为 0~46%,有些需一次完成几种手术。复发原因为:(1)单纯切断部分或切除一种肌纤维,不能改变或只能暂时改变产生的反常活动;(2)直肠提入下腹未加固定,易产生不完全性肠梗阻;(3)未切除过多的结肠,重新落入盆腔,症状复发。本组曾施行 2 例,由于单纯过多的结直肠上提入腹腔,固定困难,易致不全性梗阻,术后腹胀明显,解便困难,后经再次手术切除过多的结直肠组织,症状方才缓解。乙状结肠和直肠部分切除术效果好,但增加了手术危险性,我们的体会是只要肠道准备充分即采取直肠前切除术为主,辅以直肠悬吊固定及陷凹闭合的联合手术,安全可靠,取得满意的疗效,且不易复发,我们认为在积极的保守治疗无效情况下该术式应提倡。

4.4 手术优点 (1)切除冗长或已有病变的肠管,可有效防止内套叠和直肠脱垂的发生,避免手术后乙状结肠扭转的可能,同时可缓解便秘及改善肛门括约肌功能;(2)不需移植人造织品,减少感染的机会;(3)操作简便;(4)联合运用陷凹闭合术及直肠悬吊术,有利于吻合口愈合;(5)不必做直肠的广泛游离,减少或避免了输尿管、直肠、盆腔神经的损伤及阳痿的发生;(6)复发率低。

手术后需保持排便通畅,防止复发,复发多发生在 1 年以内,很少在 2 年后复发。因此应在 2 年后评价复发。为了减少术后复发率,我们采取直肠前切除加直肠悬吊术避免复发。

为了使手术成功,防止肠痿、复发等并发症的发生,应注意以下几点:(1)做好术前准备,特别是肠道准备,是防止吻合口痿的重要保障,肠道准备应包括饮食控制,肠道抗菌药物、泻药的应用及灌肠等,并补充维生素 K,以防止术中出血。(2)靠近肠管游离,防止损伤输尿管及周围脏器。(3)为防止吻合口狭窄及痿的发生,应保证肠管的通畅,精心设计肠管切除长度确保无张力吻合,严格无菌操作,并采用双层间断内翻缝合。为防复发应肠切除、悬吊、闭合三种方法综合运

# 股骨头缺血性坏死介入治疗的临床应用

杜海泉 孔艺 骆林凤 楼骏  
(浙江省义乌市第三人民医院 义乌 322000)

关键词:股骨头缺血性坏死;介入治疗;罂粟碱;尿激酶;复方丹参注射液;中药制剂

中图分类号:R 681.8

文献标识码:B

文献编号: 1671-4040(2006)02-0059-02

股骨头缺血性坏死是临床上常见病,以往以内科保守治疗及晚期外科手术为主。我们从 1995 年 8 月至今采用经皮超选择性插管对 130 例患者进行了股骨头血管扩张溶栓介入治疗,取得了满意的疗效。现对其方法、疗效作一回顾性分析:

### 1 资料与方法

1.1 临床资料 本组 130 例患者,男性 74 例,女性 56 例;年龄 10~72 岁;双侧病变 43 例,单侧病变 87 例;病程 6 个月~4 年;所有患者临床表现以髋关节疼痛伴肢体运动障碍为主要症状,6 例儿童患者患侧肢体轻度短缩。所有患者均经 X 线片检查,其中 74 例做过 CT 检查确诊。130 例中有皮质激素使用史者 78 例,占 60.0%;有明显长期过量饮酒史者 13 例,占 10.0%;有外病史者 16 例,占 12.3%;余 23 例无明显诱因,占 17.7%。

1.2 方法 采用改良 seldinger 技术,经皮穿刺对侧股动脉插管,将 4F 或 5F cobra 导管进入腹主动脉后注入 40%泛影葡胺 2mL,3~5min 后若无过敏反应,则将导管超选择性插入患侧旋股内动脉、旋股外动脉或闭孔动脉,经冒烟证实后注入造影剂,每次剂量 10mL,速率 1~2mL/s 行 DSA 血管造影,观察股骨头血供情况。造影后将导管插入靶血管内,45min 内经导管缓慢注入罂粟碱 30mg,尿激酶 30~40 万 U,低分子右旋糖酐 50mL,复方丹参注射液 40mL 和自制的促骨质生长的中药制剂 30~40mL。最后造影了解股骨头供血血管的扩张情况。

1.3 术后辅助治疗 患肢静脉点滴尿激酶 5 万 U/d,5d;口服鱼肝油和钙片 3~4 周;术后患肢 1 月内不持重。

### 2 结果

2.1 疼痛变化 疼痛缓解和改善是本组病例最快、最有效的反应。130 例患者共 173 只缺血性股骨头,经血管扩张溶栓介入治疗后疼痛缓解占 100%。疼痛消失 104 只股骨头,占 60.1%。

2.2 血管造影变化 本组病例在注药前后血管造影片上分别计数动脉血管数目,结果见表 1。计数方法为:(1)从股外旋动脉开口至股骨大粗隆下缘划连线;(2)从股骨头下缘至大粗隆下缘划连线;(3)从股外旋动脉开口处划一水平线,在上述三线上分别计算通过该线上的血管数目<sup>[1]</sup>。

| 表 1 治疗前后血管计数结果 ( $\bar{X} \pm S$ ) |            |            |       |
|------------------------------------|------------|------------|-------|
|                                    | 治疗前        | 治疗后        | P 值   |
| 1 线                                | 3.13± 0.48 | 4.43± 0.38 | <0.05 |
| 2 线                                | 2.45± 0.23 | 3.89± 0.45 | <0.05 |
| 3 线                                | 2.64± 0.42 | 3.62± 0.64 | <0.05 |

从表 1 可以看出:治疗前后血管在三条线上计数增多

用。(4)手术后多数病人近期仍诉稍有排便不畅,少腹胀满,中医认为脾湿气弱,中气下陷,治则健脾益气,升阳固脱,方药当选补中益气汤加减,对于肠功能的恢复,早期恢复排便

( $P<0.05$ ),说明治疗后股骨头的血供情况有所改善。

2.3 功能变化 髋关节运动包括前屈、后伸、外展、内收、外旋、内旋及环转运动,各方面运动总和正常为 260°~320°,低于 260°为运动功能受限。260°~190°功能稍受限为 I 度病变,190°~160°功能部分受限为 II 度病变,160°~130°功能明显受限为 III 度病变,130°以下功能严重受限为 IV 度病变。本组病例 173 只股骨头治疗后功能恢复情况见表 2。

| 表 2 股骨头缺血性坏死治疗后功能恢复情况 只 |    |        |     |      |       |      |
|-------------------------|----|--------|-----|------|-------|------|
|                         | n  | 功能恢复情况 |     |      |       |      |
|                         |    | 正常     | I 度 | II 度 | III 度 | IV 度 |
| I 度                     | 77 | 77     | 0   | 0    | 0     | 0    |
| II 度                    | 43 | 38     | 5   | 0    | 0     | 0    |
| III 度                   | 31 | 12     | 7   | 8    | 4     | 0    |
| IV 度                    | 22 | 0      | 0   | 2    | 8     | 12   |

2.4 影像学变化 DSA 血管造影,股骨头供血小动脉增粗,细小动脉增多,显影时间缩短。骨坏死囊变区染色变浅。血流加速,X 线片可见新骨形成及坏死区缩小。

### 3 讨论

正常股骨头滋养动脉主要有旋股内动脉,旋股外动脉、闭孔动脉和园韧带动脉,以前两者供血为主<sup>[2]</sup>。股骨头缺血性坏死的发病机理主要是由于外伤、长期应用皮质激素、过度长期饮酒等多种原因所致,使股骨头的小血管内脂肪栓塞及受压等导致营养股骨头的动脉血流受限使其坏死。介入溶栓治疗股骨头缺血性坏死是直接扩血管溶栓剂、低渗及营养血管的药物注入靶血管,使闭塞的血管重新开放,疏通关节区微血管和股骨头营养血管,使缺血股骨头及部分坏死骨质重新恢复血液循环,逐渐修复至正常<sup>[3]</sup>,从而达到治疗的目的。我们认为溶栓药物可以直接溶解脂肪栓子及血液内中性类脂质球联合栓子,对激素性、酒精性微血管栓塞疗效最佳,同时对外伤性微血管闭塞疏通及增强侧支循环也有较好作用。

通过本组 130 例共 173 只股骨头坏死介入治疗后的临床随访观察,术后患者在短时间内疼痛消失或明显缓解,下肢功能恢复较快,且该方法创伤性小,易被患者接受。影响疗效的因素主要与股骨头坏死的程度、患者的年龄、治疗后的全身用药情况以及术后患肢持重时间等有关。从表 2 可以看出:I 度病变术后功能全部恢复正常,而 II 度以上病变部分恢复正常,大部分病情明显好转。说明坏死程度越重,血管阻塞时间越长,骨质破坏越多,则恢复慢。IV 度患者由于软骨下塌陷或股骨头变平,功能恢复时间相对较长。部分 IV 度患者由于髋关节间隙变窄及继发退行性骨关节病,经治疗后疼痛减轻,但远期疗效欠佳。总之,经皮动脉穿刺插管溶栓治疗股骨头缺血性坏死疗效肯定,值得临床推广。

起到了重要作用。(5)该类病人由于长期排便不畅,精神极度紧张,失眠,纳差,故镇静安神、补充营养亦是必不可少的措施。

(收稿日期: 2005-08-21)