

改良闭式修补术并益气增液中药治疗重度直肠前突*

王爱磊, 陆庆萍, 白国民

(唐山市中医医院, 河北唐山 063000)

[摘要] 目的: 探讨重度直肠前突的最佳治疗方法。方法: 将90例重度直肠前突病人随机分成3组, A组(30例)采用经阴道切开修补术, B组(30例)采用改良闭式修补术, C组(30例)采用改良闭式修补术并口服益气增液中药治疗。对3组患者手术情况, 术后并发症及治疗效果进行观察分析。结果: B组、C组在手术时间、术中出血、术后坠胀等方面优于A组, A组、B组与C组在近期疗效方面无统计学差异。C组在远期疗效方面更优于A组及B组。结论: 改良闭式修补术治疗重度直肠前突操作简便, 疗效可靠; 加用口服益气增液中药疗效更佳。

[关键词] 直肠前突; 改良闭式修补术; 中药治疗; 对比

中图分类号: R266 文献标志码: A 文章编号: 1000-2723(2010)03-0047-04

直肠前突(RC)又称直肠前膨出, 主要临床表现为排便困难、排便时间延长、排便不尽感及会阴下坠感^[1]。严重患者常需在肛门周围加压, 或手指伸入阴道堵塞膨出口, 或伸入肛门挖出粪便才能排便, 其发病率日前有逐年上升趋势。为了寻找一种更简捷、有效的治疗方法, 我们对传统BLOCK术式进行改良并同时应用益气增液中药, 开展了此项前瞻性随机对照试验, 现报告如下。

1 临床资料

2005年8月—2008年8月, 我科收治重度直肠前突90例, 均为已婚已产女性, 随机分为A组30例(行经阴道切开修补术), B组30例(行改良闭式修补术)和C组30例(行改良闭式修补术+中药治疗)。年龄35岁~65岁之间, 病程2年~20年。诊断标准: 全部病例符合1992年第7次全国肛肠学术会议拟定的功能性出口梗阻性便秘的诊断标准^[2]。主要临床表现: 有较强的便意, 但排出困难, 排便时间延长, 有排便不尽感, 或需要用开塞露、灌肠、用手压迫会阴或阴道排便, 同时伴有肛门处坠胀不适。病例入选条件: 排粪造影示直肠前膨出直径 ≥ 3.1 cm; 排粪造影直肠前膨出有钡储留, 不能或只能部分排空; 直肠和/或阴道症

状长达12个月以上; 虽然膳食纤维量(35g/d)长达4w, 仍不能解除直肠或阴道症状。排除条件: 经全身检查发现内分泌及代谢性疾病、神经系统疾病等; 有结肠或小肠慢传输情况; 伴瘢痕体质、妊娠、哺乳妇女者。两种手术组在年龄、病程及病情等方面无明显统计学差异, 均具有可比性。

2 治疗方法

2.1 准备及麻醉

手术前常规行肠道准备, 手术采用腰麻或硬膜外麻醉、骶管麻醉均可。手术采用截石位。

2.2 手术方法

2.2.1 A组

用阴道拉钩向两侧拉开阴道, 用尖刀纵行切开阴道后壁粘膜, 切口上下均超过膨出范围0.5cm。游离切口两侧粘膜, 以手指插入肛门引导, 可吸收线横行缝合肌层。修整切除多余的粘膜, 间断纵行缝合粘膜切开处。

2.2.2 B及C组

取膀胱截石位, 在肛缘5点或7点处切开皮肤, 切断外括约肌皮下部, 左手食指确认括约肌间沟, 用蚊氏钳挑出内括约肌下缘并切断, 扩肛, 肛门可纳4指。用左手食指深入直肠, 明确直肠阴道

*收稿日期: 2009-01-27 修回日期: 2010-03-16

作者简介: 王爱磊(1975~), 男, 河北唐山人, 主治医师, 主要从事肛肠疾病的临床研究及科研教学工作。

膈薄弱部位,明确薄弱区宽度,用鼠齿钳夹住薄弱部位,行双柱状缝合。用 2~0 号可吸收线由齿线上 0.5cm 处向上连续锁边缝合直肠粘膜肌层至耻骨联合水平,缝合时缝针勿穿透阴道粘膜,缝合肌柱呈梭形,并与直肠纵轴平行。同样在其一侧再行连续锁边缝合,使薄弱区消除。若存在混合痔一并手术治疗。

2.3 术后处理

常规术后当天静卧,第 2 天进普食。3 组均选用适当、足量抗生素静脉滴注。A 组每日引导冲洗,雷夫诺尔沙条换药。B 组及 C 组每日肛门纳痔栓,雷夫诺尔沙条换药,C 组并于第 3 日开始辅以中药治疗,药用党参、黄芪、白术、当归、陈皮、升麻、柴胡、生地、麦冬、玄参、甘草。每日

1 剂,水煎取汁 400mL,分早晚两次服,坚持服用 2 月。同时嘱病人多进行促进肠功能的身体锻炼,引挽腰体,动诸关节;多饮水,多摄入含丰富纤维素食物。

2.4 统计学方法

本试验统计数据均输入 SPSS11.0 统计软件,其中计数资料采用 χ^2 检验,计量资料用 t 检验及方差分析 (Student - Newman - Keuls 法)。

3 结果

3.1 疗效标准

治疗前及治疗后 7d、治疗后 3 个月分别对患者的症状进行评分,根据得分评价疗效。评分标准见表 1。

表 1 评分标准

评分	主 证		评分	次 证		
	排便困难	排便不尽感		肛门会阴坠胀	食欲不振	肛门阻塞感
0	排便通畅	无	0	无	食欲正常	无
2	轻度困难用力努挣	便后出现持续时间短	1	便后出现持续时间短	食欲欠佳无饥饿感	不明显
4	有时需使用泻剂	长时间存在	2	长时间存在	食欲较差口味不香	明显
6	经常需使用泻剂	不尽感明显时时欲便	3	坠胀难以忍受	食欲很差食不知味	严重

3.2 3 组治疗前,治疗后 7d 及随访 3 个月的症状评分比较,见表 2

表 2 症状评分比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	治疗前	治疗后 7d	治疗后 3 个月
A 组	13.80 $\pm$ 2.83	4.53 $\pm$ 1.38	5.33 $\pm$ 0.99
B 组	13.07 $\pm$ 2.83	4.20 $\pm$ 1.03 *	4.50 $\pm$ 1.14 Δ
C 组	13.27 $\pm$ 2.63	4.30 $\pm$ 1.39 *	3.87 $\pm$ 1.20 Δ
P	0.571	0.587	0.000 **

治疗前及治疗后 7d 评分采用方差分析,差异无统计学意义。* * 治疗后 3 月评分, A 组、B 组、C 组两两比较 (Student - Newman - Keuls 法), 差异均有统计学意义。* Δ 与治疗前比较, 采用配对 t 检验, P 均 < 0.001 , 差异有统计学意义。

3.3 3 组手术情况比较, 见表 3

表 3 手术情况比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	手术时间 /min	术中出血 /mL	住院天数 /d
A 组	25.26 $\pm$ 3.66	45.30 $\pm$ 8.40	14.28 $\pm$ 1.64
B 组及 C 组	15.74 $\pm$ 2.31	19.50 $\pm$ 5.43	8.42 $\pm$ 1.53
P	0.000	0.000	0.000

3.4 3 组术后并发症比较, 见表 4

表 4 术后并发症比较 /n

组别	出血	疼痛	感染	肛门坠胀	直肠阴道瘘
A 组	2	20	3	14	0
B 组	0	3	1	7	0
C 组	0	3	1	3	0
P	0.129	0.000	0.429	0.005	N

4 讨论

RC 是引起女性排便困难的重要原因之一。女性直肠前壁由直肠阴道隔支持,该隔主要由骨盆内筋膜组成,内有肛提肌中线交叉纤维体和会阴体,若直肠阴道隔松弛,直肠前壁向前膨出,则形成类似疝突出的表现,即形成所谓 RC。女性骨盆出口大,会阴体窄小,直肠前壁只有较薄弱的阴道隔支持,三角区尿生殖三角的肌肉筋膜不够坚强等生理解剖的特点,决定了女性容易患 RC。RC 可由以下多种因素所致:(1)从解剖学上看,女性直肠前方较空虚,无支撑。在男性因直肠前壁有前列腺及尿道支撑故少发生直肠前突。(2)分隔组织发育缺损。(3)中老年妇女可能由于雌激素水平下降导致全身组织松弛^[3]。(4)不良排便习惯导致长期腹压增高。(5)阴道分娩所致的直肠阴道隔的撕裂和分离也是 RC 发病的主要病因^[4]。以上均可使薄弱的分隔组织扩张形成 RC。前突的存在使即将排出的粪条改变了力的方向^[5],挤向前突内,出现了大便排出困难,排空不全,直肠会阴坠胀及肛门阻塞感等一系列梗阻症状。此排便梗阻状况又迫使病人不断用力排便,其结果是进一步加重 RC,形成恶性循环。近年有些学者认为 RC 形成是由于直肠下段相对狭窄如内括约肌迟缓等诸多因素导致肛管上方阻塞引起。因此治疗直肠前突应以疏通直肠排出通道为主,解决内括约肌迟缓、肛管狭窄,减轻前突,达到恢复正常排便目的^[6]。改良闭式修补术根据以上理论,实行直肠前壁的“堵”,与直肠排出通道的“输”相结合的方法,而且在直肠前壁缝合时采用了双柱状缝合,这样可以使重度直肠前突的膨出部分均匀缝合,避免了单柱过大而致的肛门下坠。在缝合时,改变了闭式修补术的上窄下宽的缝合方法,应用梭形缝合法,避免肛门狭窄发生。

同时,中医理论认为直肠前突与中气不足有关,《素问·痿论》说“脾主身之肌肉”。直肠前突患者脾气亏虚,肌肉失养,肌肉承受水谷精微无由,摄纳不利,升举无能,固有肛门下坠,排便不畅等症。《温病条辨》讲“水不足以行舟,粪结不下者,当增水行舟”。我们在患者术后应用益气增液中药(党参、黄芪、白术、当归、陈皮、升麻、

柴胡、生地、麦冬、玄参、甘草)以达到升提中气,益气增液之功,方中黄芪补中益气,升阳固表;白术、甘草甘温益气,补益脾胃;陈皮调理气机;当归补血合营;玄参增液软便。综合本方,一则补气健脾;二则恢复中焦升降之功;三则增水行舟,启肾水以滋肠润燥。中西结合,标本兼治。以达到改善患者症状,减少复发之功效。

经3组对比分析,B组及C组在治疗前后症状评分比较,在统计学上有显著差异($P < 0.01$),说明改良闭式修补术治疗重度直肠前突能有效的缓解症状。3组治疗后7d的症状评分比较无统计学意义($P > 0.05$),说明3组在近期疗效上无显著差异。随访术后3个月症状评分,我们发现改良闭式修补术组优于经阴道切开修补术组,并且改良闭式修补术组加用中药后效果更佳($P < 0.05$),我们比较手术情况发现,改良闭式修补术比较阴道切开术式手术时间短,出血少,住院时间短,术式更有优势。改良闭式修补术术后疼痛较轻,大大减小了患者的痛苦;并且患者术后肛门坠胀感发生率明显少于经阴道切开术式($P < 0.05$),加用中药后,肛门坠胀感比例进一步减低。

综合分析我们的数据,说明通过改良闭式修补术并益气增液中药治疗重度直肠前突,创伤小,恢复快,患者有更好的远期疗效。

[参考文献]

- [1] 张东铭. 直肠前突的解剖生理学 [J]. 中国肛肠病杂志, 2003, 23 (1): 35-37.
- [2] 喻德洪. 现代肛肠外科学 [M]. 北京: 人民军医出版社, 1997: 477-478.
- [3] 张东铭. 盆底与肛门病学 [M]. 贵阳: 贵州科技出版社, 2000: 300-305.
- [4] Zimmerlan CW. Posterior vaginal reconstruction using uterosacral colpopexy: The new posterior repair [M]. The First Sino-American Meeting of Pelvic Reconstructive and Gynecologic Surgeries, 2005: 196.
- [5] 黄乃健. 中国肛肠病学 [M]. 济南: 山东科学技术出版社, 1996: 1002.
- [6] 李恒爽. 痔病、出口梗阻型便秘的解剖学因素及对策 [R]. 上海: 浙江省肛肠学科前沿技术继续教育学习班, 2004: 48-51.

(编辑: 李 平)

Modified Block's Repair and Traditional Chinese Drug Therapy in the Treatment of Heavy Rectocele

WANG Ai-lei, LU Qing-ping, BAI Guo-min

(Tang Shan Traditional Chinese Medical Hospital, Tangshan Hebei 063000)

[**ABSTRACT**] Objective: To evaluate the clinical efficacy of modified Block's repair and Traditional Chinese drug therapy in the treatment of heavy rectocele. Methods: 90 patients with heavy rectocele were allocated randomizedly to the A group, B group and C group. A groups (30 cases) received the operation otransvaginal incision and repair. B group (30 cases) received modified Block's repair. C group (30 cases) received modified Block's repair and Traditional Chinese drug therapy The treatment effect and complications were compared between the groups. Results: The recently effect was similar in the three groups. The B and C group had significant less operative time, operative bleeding and postoperative pain, and so on. C group has the best symptom improvement. Conclusion: Modified Block's repair is a simple and effective method for the treatment of heavy rectocele. the late result is better besides adding traditional Chinese drug therapy.

[**KEY WORDS**] rectocele; modified block's repair; controlled-trial; traditional Chinese drug therapy

(上接第 34 页)

- [3] 赵庆, 郝小江, 陈耀祖, 等. 圆瓣姜花的二萜化合物及其细胞毒活性研究 [J], 药学学报, 1995, 30 (2): 119-122.
- [4] 赵庆, 郝小江, 陈耀祖, 等. 滇姜花抗肿瘤活性二萜及其光敏氧化反应的研究 [J], 植物学报, 1999, 41 (5): 528-530.

- [5] 赵庆, 郝小江, 邹澄, 等. 滇姜花中的两个新成分 [J], 天然产物研究与开发, 2008, 20 (5): 761-764.
- [6] Zhao Q, Qing C, Hao X. J, et al. Cytotoxicity of labdane-type diterpenoids from *Hedychium forrestii* [J], Chem. Pharm. Bull., 2008, 56 (2): 210-212.

(编辑: 迟 越)

Studies on Anticancer Effect of Three Diterpenes

ZHIAO Sheng-ding¹, MA Sha¹, ZHIAO Qing^{1△}, ZOU Cheng², HIE Xiao-qiong²

(1. Yunnan University of TCM, Kunming Yunnan 650500, China;

2. Kunming Medical University, Kunming Yunnan 650500, China)

[**ABSTRACT**] The *in vivo* anticancer activity of yunnancoronarin C (1), 7-hydroxy-hecychenone (2), and coronarin E isolated from *Hedychium yunnanense* was tested here. Result revealed that yunnancoronarin C and 7-hydroxy-hecychenone showed inhibitory effect on H22 tumor in ICR mice. Coronarin E showed no inhibitory effect.

[**KEY WORDS**] *Hedychium yunnanense*; yunnancoronarin C; 7-hydroxy-hedychenone; antitumor activity