

直肠黏膜环切术治疗直肠前突 30 例疗效观察

梁 冲, 劳景茂, 何文海

基金项目: 广西钦州市科学技术局科技攻关课题(编号:20100914)

作者单位: 535400 广西, 灵山县人民医院胃肠外科

作者简介: 梁 冲(1971-), 男, 大学专科, 主治医师, 研究方向: 胃肠外科疾病诊治。E-mail: 812893192@qq.com

[摘要] 目的 观察直肠黏膜环切术(PPH)治疗直肠前突的临床疗效。方法 将 60 例直肠前突患者随机分为治疗组 30 例, 采用 PPH 术; 对照组 30 例, 采用经直肠切开修补术(Sehapayah 法)。观察两组患者治愈率及术后并发症。结果 治疗组与对照组治愈率分别为 70.0% 和 43.3%, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。术后排空困难、会阴膨出感的发生率治疗组低于对照组($P < 0.05$ 或 < 0.01)。结论 治疗直肠前突 PPH 术与传统经直肠切开前突修补术相比, 具有手术操作简单、术后并发症少、恢复时间短、安全性高等优点。

[关键词] 直肠黏膜环切术; 直肠前突

[中图分类号] R 574.63 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1674-3806(2012)01-0009-03

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2012.01.04

Clinical study of the procedure for prolapse and hemorrhoids in the treatment of 30 patients with rectocele

LIANG Chong, LAO Jing-mao, HE Wen-hai. Department of Gastrointestinal Surgery, the People's Hospital of Lingshan, Guangxi 535400, China

[Abstract] **Objective** To evaluate the efficacy of the procedure for prolapse and hemorrhoids (PPH) in the treatment of rectocele. **Methods** Sixty patients with rectocele were divided randomly into two groups. Thirty patients in the treatment group were treated by PPH and thirty patients in the control group by Sehapayah method. **Results** The cure rate was 70.0% in PPH group and, that was 43.3% in Sehapayah group. There was significant difference between the two groups ($P < 0.05$). The incidence of difficult emptying and perineal expanding sense in the treatment group were lower than those in the control group ($P < 0.05$ or < 0.01). **Conclusion** Compared with conventional Sehapayah method for rectocele, PPH is a simple, safe method with fewer complications and shorter healing time in the treatment of rectocele.

[Key words] Procedure for prolapse and hemorrhoids (PPH); Rectocele

直肠前突是指直肠前壁向前突出, 也称直肠前膨出, 是导致出口梗阻性便秘的一个常见病因之一, 实际是直肠前壁和阴道后壁的疝。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等^[1]。传统的治疗方法很多, 但手术条件要求很高, 不适合基层医院。近年来肛肠界学者开始用吻合器切除治疗直肠前突, 取得了一定疗效。为进一步探讨直肠黏膜环切术(PPH)的优缺点, 现对我院应用 PPH 术治疗直肠前突 30 例的临床疗效分析报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料 选取我科 2008-02 ~ 2011-05 住院

治疗的直肠前突患者 60 例, 均为经产妇女, 年龄 28 ~ 64 岁, 平均 46 岁; 病程 3 ~ 30 年, 平均 16 年。均有排便困难、排便不畅、排便不尽和肛门部有异物感等症状。直肠指诊发现直肠前壁薄弱区呈圆形或卵圆形袋状向阴道突出, 均发生于阴道中段。根据术前排粪造影显示前突分度(参考卢任华直肠前突分度法)^[2], I 度(深度在 0.6 ~ 1.5 cm)7 例, II 度(深度在 1.6 ~ 3.0 cm)37 例, III 度(深度 > 3.1 cm)16 例。60 例患者均经直肠指诊、排粪造影、结肠运输试验、肛门功能测试检查确诊。将 60 例患者按住院号单双分成两组, 治疗组(PPH 术)30 例, 对照组(直肠切开修补术)30 例。两组患者在年龄、病程、

分度方面差异无统计学意义(P 均 >0.05),具有可比性。见表1。

表1 两组患者一般资料比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	年龄(岁)	病程(年)	分度		
				I度	II度	III度
治疗组	30	46.1 $\pm$ 12.5	16.0 $\pm$ 12.1	4	18	8
对照组	30	45.9 $\pm$ 11.8	17.0 $\pm$ 11.8	3	19	8
t/Z	-	0.064	0.324	0.1798		
P	-	>0.05	>0.05	0.8573		

1.2 治疗方法

1.2.1 治疗组 均采用双荷包缝合,在齿状线上方4 cm处缝合第一个荷包,根据直肠前膨出的位置在第一个荷包上或下方0.5~1 cm处缝合第二个荷包,然后在直肠前膨出的中心处加作一个半荷包,将吻合器张开伸入到荷包缝合线的上方,收紧荷包线并结扎,通过吻合器侧孔将缝线带出,适当牵拉结扎线,同时旋紧吻合器至安全刻度。关闭击发吻合器并维持加压30 s后取出吻合器,检查吻合口,若有出血给予“8”字缝合止血。

表2 两组患者手术治疗效果及复发率比较[n(%)]

组别	例数	治愈	显效	有效	无效	总有效率	复发率
治疗组	30	21(70.0)	6(20.0)	2(6.7)	1(3.3)	29(96.7)	4(13.3)
对照组	30	13(43.3)	6(20.0)	6(20.0)	5(16.7)	25(83.3)	11(36.7)
Z/χ^2	-	2.3947				1.67	4.36
P	-	<0.05				>0.05	<0.05

2.2 两组手术前后临床症状改善情况比较 两组术后全部肛门收缩良好,但术后2个月随访其排空困难、会阴膨出感等术后发生率,治疗组低于对照组

1.2.2 对照组 行直肠切开修补术,手术按该术式操作方法进行。

1.3 疗效判定标准^[3] (1)治愈:术后症状消失,排粪造影显示直肠前突消失及直肠黏膜内脱垂趋于消失。(2)显效:术后症状显著改善,排粪造影亦显著改善。(3)好转:术后症状体征有所改善。(4)无效:术后症状体征无改善。总有效=治愈+显效+有效。

1.4 统计学方法 应用SPSS11.0统计软件进行统计学处理,计量资料以均数 $\pm$ 标准差($\bar{x} \pm s$)表示,两组比较采用 t 检验,等级资料比较采用秩和检验,计数资料比较采用 χ^2 检验, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组治疗效果比较 治疗组治愈21例,显效6例,有效2例,无效1例;对照组治愈13例,显效6例,有效6例,无效5例;两组比较治疗组疗效优于对照组($P<0.05$),复发率也低于对照组($P<0.05$)。见表2。

($P<0.05$ 或 <0.01),但便秘、盆底疼痛的术后发生率差异无统计学意义($P>0.05$)。见表3。

表3 两组患者手术前后临床症状改善情况比较(n)

组别	例数	便秘		排空困难		盆底疼痛		会阴膨出感	
		术前	术后	术前	术后	术前	术后	术前	术后
治疗组	30	26(86.7)	6(20.0)	30(100.0)	4(13.3)	17(56.7)	3(10.0)	25(83.3)	2(6.7)
对照组	30	23(76.7)	13(43.3)	29(96.7)	12(40.0)	14(46.7)	8(26.7)	27(90.0)	13(43.3)
χ^2	-	1.0019	3.7741	0.0000	5.4545	0.6007	2.7829	0.1442	10.7556
P	-	0.3169	0.0521	1.0000	0.0195	0.4383	0.0953	0.7041	0.0010

3 讨论

3.1 直肠前突指直肠前壁向前突出,多见于中老年女性,手术目的是消除突出囊袋,修补缺损,消除薄弱区域,重建坚固的直肠阴道壁,进而恢复正常排便功能。直肠前突常用的治疗方法主要有以下三类:(1)经直肠手术,(2)经阴道手术,(3)经会阴手术。

该病常合并有其它的出口梗阻情况,术后疼痛较重,易发阴道狭窄而造成性功能障碍。由于阴道狭窄缩短、修补不完全、阴道口裂开、术后性交痛或阴道黏膜坏死等均可致术后感染而发生直肠阴道瘘等并发症。国外文献报道直肠阴道瘘的发生率为5.0%^[4]。

3.2 PPH治疗直肠前突方法简单、快捷,且术后恢

复快、并发症少。我们借助 PPH 医疗器械对直肠前突患者施行直肠下端黏膜、黏膜下肌层的环形切除手术效果良好。其治疗直肠前突的机制在于通过环形切除脱垂、冗长的直肠黏膜,可以悬吊、提拉松弛的直肠黏膜,消除囊袋的形成,使直肠前壁成为一个紧绷的界面,不再产生前突^[5]。另外 PPH 吻合口形成瘢痕及吻合钉形成的无菌性炎症增生可使直肠黏膜牢固地固定在直肠壁肌层,从而加强了直肠阴道隔的张力,使直肠恢复正常解剖位置,恢复肛管的通畅性,以达缓解排便障碍的目的^[6]。环形切除切除了松弛的下端肠壁的黏膜和黏膜下层,可使直肠黏膜牢固地固定在直肠壁肌层,加强了直肠前壁的张力。

3.3 PPH 手术操作应注意的事项:在麻醉后插入扩肛器前,应充分扩肛。手法要轻柔,可手法扩肛或用两叶肛门镜扩肛,既往有肛门手术病史者手术应小心谨慎。荷包缝合形式必须是双荷包,且缝针的始、终点最好分别位于 3 点与 9 点处。当两头荷包线同时拉紧时嵌入吻合器套管内的组织应宽度一致。荷包缝合的深度在黏膜下层,如果太浅容易引起黏膜撕脱,使吻合不全导致大出血;过深则易损伤肛门括约肌引起大便失禁。完成吻合前应常规检查阴道,避免将阴道后壁牵入,造成直肠阴道瘘。本组病例

按上述方法处理,全部肛门收缩良好,术后随访 2 个月,治疗组排空困难、会阴膨出感术后发生率低于对照组($P < 0.05$ 或 < 0.01)。

综上所述,PPH 治疗直肠前突能提高疗效,其操作方法简便、损伤小、痛苦小、疗程短、疗效确切、术后恢复快、并发症少、复发率低,可早期恢复活动和进食,是一种安全可靠的手术方法。

参考文献

- 1 王丽峰. PPH 技术在出口梗阻型排便障碍中的应用(附 48 例分析)[J]. 泰山医学院学报,2009,30(11):848-849.
- 2 卢任华. 排粪造影在肛肠外科的应用[J]. 中国实用外科杂志,2002,22(12):708-711.
- 3 韩松. PPH 加药物注射术治疗直肠前突并发直肠黏膜内脱垂疗效观察(附 68 例报告)[J]. 结直肠肛门外科,2011,17(1):52-53.
- 4 刘宝华,主编. 便秘的诊断与治疗[M]. 北京:军事医学科学出版社,2002:61-89.
- 5 贺平,曹吉勋,李东平,等. PPH 治疗直肠前突的临床运用及相关技术探讨(附 30 例报告)[J]. 大肠肛门病外科杂志,2003,9(21):42.
- 6 刘刚,沈祖强,吕发展,等. PPH 术在出口梗阻型便秘中的临床应用[J]. 天津医科大学学报,2009,15(2):324-325.

[收稿日期 2011-08-11][本文编辑 黄晓红 吕文娟]

博硕论坛·论著

盐酸依匹斯汀联合摩拉生物共振治疗慢性荨麻疹的临床疗效观察

梅册芳, 温景, 欧阳烈, 林宝珠

作者单位: 512026 广东,韶关市皮肤病医院(梅册芳,温景,欧阳烈); 510120 广东,广州中山大学附属第二医院(林宝珠)

作者简介: 梅册芳(1980-),女,硕士研究生,研究方向:老年性皮肤病。E-mail: mcf8025@sohu.com

【摘要】目的 采用摩拉生物共振物理治疗系统(MORA bioresonance therapy system, MORA)检测慢性荨麻疹患者的变应原,了解常见的引发荨麻疹的物质及评估盐酸依匹斯汀联合 MORA 治疗慢性荨麻疹的临床疗效及安全性。**方法** 将 65 例荨麻疹患者随机分为两组,治疗组采用盐酸依匹斯汀口服联合 MORA 治疗的方法;对照组单用盐酸依匹斯汀口服,疗程均为 4 周,于治疗前和治疗后分别对病情进行评分。**结果** (1) MORA 检测过敏原以尘螨(粉尘螨+屋尘螨)阳性率最高(39.3%~50.0%),其次依次为霉菌和食物添加剂(均为 35.7%),纺织洗涤剂染料(32.2%),鱼类和细菌类(均为 28.6%)。(2) 两组治疗前后临床评分比较,差异均具有统计学意义($P < 0.01$)。(3) 治疗组疗效优于对照组($P < 0.01$),有效率也高于对照组($P < 0.05$)。**结论** 盐酸依匹斯汀联合 MORA 治疗慢性荨麻疹疗效确切,安全性高,值得临床进一步推广和研究。

【关键词】 慢性荨麻疹; 盐酸依匹斯汀; 生物共振治疗