

本文引用:杨继闽.吻合器痔上黏膜环切术联合 Block 术治疗女性直肠前突出口梗阻型便秘疗效观察[J].新乡
医学院学报,2019,36(2):168-171. DOI:10.7683/xyxyxb.2019.02.017.

【临床研究】

吻合器痔上黏膜环切术联合 Block 术治疗女性直肠前突出口 梗阻型便秘疗效观察

杨继闽

(濮阳市油田总医院肛肠科,河南 濮阳 457000)

摘要: **目的** 探讨吻合器痔上黏膜环切术(PPH)联合 Block 术治疗女性直肠前突出口梗阻型便秘(OOC)的临床效果。**方法** 选择2015年6月至2017年6月濮阳市油田总医院收治的64例直肠前突OOC女性患者为研究对象,根据治疗方法将患者分为观察组和对照组,每组32例。对照组患者采用Block术治疗,观察组患者采用PPH联合Block术治疗。记录2组患者的手术时间、术中出血量、住院时间及恢复正常活动时间;2组患者分别于手术前及术后3、6个月进行便秘Wexner评分及疼痛视觉模拟评分法(VAS)评分;术后第7天评估患者治疗效果并记录术后并发症发生情况。**结果** 观察组患者手术时间、恢复正常活动时间及住院时间显著短于对照组,术中出血量显著少于对照组($P < 0.05$)。术前2组患者便秘Wexner评分及疼痛VAS评分比较差异无统计学意义($P > 0.05$);2组患者术后3、6个月便秘Wexner评分及疼痛VAS评分显著低于术前($P < 0.05$),2组患者术后6个月便秘Wexner评分及疼痛VAS评分显著低于术后3个月($P < 0.05$);术后3、6个月时,观察组患者便秘Wexner评分及疼痛VAS评分显著低于对照组($P < 0.05$)。对照组和观察组患者治疗总有效率分别为75.00%(24/32)、93.75%(30/32),观察组患者治疗总有效率高于对照组($\chi^2 = 4.273, P < 0.05$)。2组患者术后便急感或肛门下坠感、尿潴留、便血、排气性肛门失禁及肛裂发生率比较差异均无统计学意义($P > 0.05$)。**结论** PPH联合Block术治疗女性直肠前突OOC可有效改善患者便秘症状和肛门疼痛。

关键词: 出口梗阻型便秘;直肠前突;吻合器痔上黏膜环切术;Block术

中图分类号: R574.63 **文献标志码:** A **文章编号:** 1004-7239(2019)02-0168-04

Effect of procedure for prolapse and hemorrhoids combined with Block neoplasty in the treatment of outlet obstructive constipation caused by rectocele in female patients

YANG Ji-min

(Department of Anorectal Disease, Puyang Oilfield General Hospital, Puyang 457000, Henan Province, China)

Abstract: **Objective** To investigate clinical effect of procedure for prolapse and hemorrhoids(PPH) combined with Block neoplasty in the treatment of outlet obstructive constipation(OOC) caused by rectocele in female patients. **Methods** A total of 64 female patients with OOC caused by rectocele in Puyang Oilfield General Hospital from June 2015 to June 2017 were selected as the subjects. The patients were divided into observation group and control group according to the treatment method, 32 cases in each group. The patients in the control group were treated with Block neoplasty, while the patients in the observation group were treated with PPH combined with Block neoplasty. The operation time, intraoperative bleeding volume, hospitalization time and return to normal activity time of the patients in the two groups were recorded. The Wexner score of constipation and visual analogue scales (VAS) score of pain were performed before and 3, 6 months after operation in the two groups. The curative effect was evaluated on the 7th day after operation, and the complications were recorded. **Results** The operation time, return to normal activity time and hospitalization time of the patients in the observation group were significantly shorter than those in the control group, and the intraoperative bleeding volume in the observation group was significantly less than that in the control group ($P < 0.05$). There was no significant difference in Wexner score of constipation and VAS score of pain between the two groups before operation ($P > 0.05$). The Wexner score of constipation and VAS score of pain at 3 and 6 months after operation were significantly lower than those before operation in the two groups ($P < 0.05$). The Wexner score of constipation and VAS score of pain at 6 months after operation were significantly lower than those at 3 months after operation in the two groups ($P < 0.05$). The Wexner score of constipation and VAS score of pain in the observation group were significantly lower than those in the control group at 3 and 6 months after operation ($P < 0.05$). The total effective rate in the

DOI:10.7683/xyxyxb.2019.02.017

收稿日期:2018-05-29

作者简介:杨继闽(1977-),男,福建莆田人,学士,副主任医师,研究方向:肛肠疾病。

control group and the observation group was 75.00% (24/32) and 93.75% (30/32), respectively. The total effective rate in the observation group was higher than that in the control group ($\chi^2 = 4.273, P < 0.05$). There was no significant difference in the incidence of postoperative anus bearing down, urinary retention, hematochezia, anal exhaust incontinence and anal fissure between the two groups ($P > 0.05$). **Conclusion** PPH combined with Block neoplasty in the treatment of OOC caused by rectocele can effectively improve constipation symptoms and anal pain in female patients.

Key words: outlet obstructive constipation; rectocele; procedure for prolapse and hemorrhoids; Block neoplasty

出口梗阻型便秘(outlet obstructive constipation, OOC)是指由于排便出口附近的器官、组织发生改变而引起的排便困难或羁留性便秘的一种综合征,占顽固性便秘的30.6%~62.0%,绝大多数患者为女性^[1-2]。目前,OOC的发病机制尚未明确,直肠内套叠和直肠前突是其主要解剖组织学改变。既往针对中度以上直肠前突引起的OOC常采用Block术进行修补,其手术入路主要分为经腹、经会阴、经阴道、经直肠4种^[3],每种手术入路各有特点,但仍存在并发症多、复发率高、临床疗效不稳定等缺陷。近年来,有学者采用吻合器痔上黏膜环切术(procedure for prolapse and hemorrhoids, PPH)治疗直肠前突OOC,且取得较好的疗效,但是,由于PPH-01吻合器的订舱容量与直肠黏膜宽度吻合度欠佳,对于病情程度较为严重的直肠前突型OOC患者,其未能完全纠正直肠前突,术后容易复发。本研究旨在探讨PPH和Block术联合治疗直肠前突OOC的临床效果,以期为直肠前突OOC的临床治疗提供参考。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择2015年6月至2017年6月濮阳市油田总医院收治的直肠前突OOC女性患者为研究对象,病例纳入标准^[4]:(1)根据排便造影、体征及症状确诊为直肠前突型OOC,排便造影显示直肠前突 > 2.5 cm;(2)经3个月保守治疗无效;(3)患者均为女性,且有生育史;(4)患者自愿参加本研究并签署知情同意书。排除标准:患有肠道肿瘤、肛门狭窄、结肠炎者。本研究共纳入直肠前突OOC女性患者64例,根据治疗方法分为观察组和对照组,每组32例。对照组:患者年龄35~70(52.5 ± 13.5)岁,病程2~20(9.38 ± 4.34)a。观察组:患者年龄35~70(52.5 ± 13.5)岁,病程2~20(8.92 ± 3.28)a。2组患者的年龄、病程比较差异均无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。本研究经医院伦理委员会批准。

1.2 手术方法 对照组患者给予Block术治疗,具体操作:患者取俯卧位,常规消毒术区,铺巾。行肛管扩张后采用拉钩将肛门牵开。根据排便造影确定直肠前突部位,施术者用左食指将前突部分的直肠

从阴道往肛管方向顶回,使用3-0可吸收缝线从前突的囊袋下缘至直肠前壁行连续性缝合(自下而上),缝合时保持上窄下宽,勿穿透阴道黏膜。折叠组织应呈现塔形,避免上端形成黏膜瓣,于肛门截石位5点钟方向松解肛门外括约肌下部及小部分肛管内括约肌,术毕。观察组患者给予PPH联合Block术治疗,具体操作:患者取俯卧位,常规消毒术区,铺巾。行肛管扩张后将内栓取出,先缝合固定肛镜,经肛管扩张器内置入肛镜缝合器。先用3-0可吸收线以荷包缝合的方式缝合齿状线上3 cm处,荷包缝线上方插入吻合器头端,收紧缝线进行打结;经吻合器侧孔使用持线器将缝线拉出,用力向手柄方向牵引结扎线,将吻合器旋紧后击发,黏膜及黏膜下层组织切除和缝合完成,缝合口与齿状线应保持约1.5 cm。

1.3 术后处理 2组患者术后6 h给予流质饮食,1 d后给予半流质饮食,24 h内禁止排便;术后3 d给予抗生素预防感染,每日排便后采用自制中药制剂坐浴;多食富含纤维素及维生素类食物,保持排便通畅。

1.4 观察指标 (1)记录2组患者的手术时间、术中出血量、住院时间及恢复正常活动时间。(2)便秘Wexner评分^[5]及疼痛视觉模拟评分法(visual analogue scales, VAS)评分^[6];2组患者分别于术前及术后3、6个月进行便秘Wexner评分及疼痛VAS评分,Wexner评分越高说明患者便秘越严重,VAS评分越高说明疼痛越严重。(3)临床疗效:2组患者于术后第7天进行疗效评定。治愈:患者可顺利排便,排便时间 < 5 min,无小腹下坠感和肛门梗阻感,肛门指诊无直肠前壁前突,排便造影显示正常;显效:患者排便正常,排便时间6~10 min,有轻微小腹下坠感和肛门梗阻感,排便造影显示直肠前突缩小12~15 mm;有效:患者排便时小腹下坠感和肛门梗阻感明显,排便时间6~10 min,排便造影显示直肠前突缩小8~11 mm;无效:患者便秘、小腹下坠感和肛门梗阻感无明显改善或加重,排便时间 > 10 min,排便造影显示直肠前突无改善或加重^[7]。总有效率=痊愈率+显效率+有效率。(4)术后并发症。

1.5 统计学处理 应用SPSS 21.0软件进行统计学分析。计量资料以均数 \pm 标准差($\bar{x} \pm s$)表示,两

两比较采用 t 检验;计数资料以百分率表示,组间比较采用 χ^2 检验; $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 2 组患者手术时间、术中出血量、住院时间及恢复正常活动时间比较 结果见表 1。观察组患者手术时间、恢复正常活动时间及住院时间显著短于对照组,术中出血量显著少于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。

表 1 2 组患者手术时间、术中出血量、住院时间及恢复正常活动时间比较

Tab.1 Comparison of the operation time, intraoperative bleeding volume, hospitalization time and return to normal activity time of patients between the two groups ($\bar{x} \pm s$)

组别	n	手术时间/min	术中出血量/mL	恢复正常活动时间/d	住院时间/d
对照组	32	43.13 ± 5.01	39.59 ± 3.95	18.13 ± 2.29	10.01 ± 2.01
观察组	32	30.35 ± 4.49	30.06 ± 7.65	15.38 ± 1.35	7.04 ± 1.15
t		10.753	6.262	5.583	7.266
P		<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

2.2 2 组患者便秘 Wexner 评分及疼痛 VAS 评分比较 结果见表 2。术前 2 组患者便秘 Wexner 评分及疼痛 VAS 评分比较差异无统计学意义($P > 0.05$);2 组患者术后 3、6 个月便秘 Wexner 评分及疼痛 VAS 评分显著低于术前,差异有统计学意义($P < 0.05$);2 组患者术后 6 个月便秘 Wexner 评分及疼痛 VAS 评分显著低于术后 3 个月,差异有统计学意义。

表 2 2 组患者术后并发症比较

Tab.3 Comparison of the postoperative complications of patients between the two groups

组别	n	便急感或肛门下坠感/例(%)	尿潴留/例(%)	便血/例(%)	排气性肛门失禁/例(%)	肛裂/例(%)
对照组	32	14(43.75)	6(18.75)	3(9.38)	4(12.50)	6(18.75)
观察组	32	9(28.13)	4(12.50)	1(3.13)	3(9.38)	3(9.38)
χ^2		1.702	0.473	1.106	0.161	0.782
P		>0.05	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05

3 讨论

直肠前突又称直肠膨出,是 OOC 的常见病因之一。OOC 的主要临床表现为排便困难、排便时间长、小腹下坠感及肛门梗阻感等。直肠前突 OOC 发病率较高,大部分患者为女性,且随着居民生活方式和饮食习惯的改变,其发病率呈逐年增长的趋势,其发病率占顽固性便秘的 30.6% ~ 62.0%,严重影响患者的身体健康和生活质量^[8]。

传统的 Block 术创伤较大,术后易发生创口感染等并发症,且复发率高,治疗效果及预后较差^[9]。PPH 是集肛管扩张、黏膜切除、组织收紧为一体的综合疗法,其在齿状线上方环形切除直肠黏膜和黏膜下组织,在切除过程中吻合远端和近端黏膜^[10]。

学意义($P < 0.05$);术后 3、6 个月,观察组患者便秘 Wexner 评分及疼痛 VAS 评分显著低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。

表 2 2 组患者便秘 Wexner 评分及疼痛 VAS 评分比较

Tab.2 Comparison of the Wexner score of constipation and VAS score of pain between the two groups ($\bar{x} \pm s$)

组别	n	Wexner 评分	VAS 评分
对照组	32		
术前		17.80 ± 2.34	5.65 ± 2.10
术后 3 个月		8.44 ± 2.03 ^a	4.53 ± 1.09 ^a
术后 6 个月		7.32 ± 1.63 ^{ab}	3.46 ± 1.07 ^{ab}
观察组	32		
术前		17.34 ± 2.42	5.40 ± 2.12
术后 3 个月		7.02 ± 1.45 ^{ac}	2.81 ± 1.17 ^{ac}
术后 6 个月		6.15 ± 1.04 ^{abc}	2.06 ± 0.95 ^{abc}

注:与术前比较^a $P < 0.05$;与术后 3 个月时比较^b $P < 0.05$;与对照组比较^c $P < 0.05$ 。

2.3 2 组患者临床疗效比较 对照组患者治愈 15 例,显效 5 例,有效 4 例,无效 8 例,总有效率为 75.00% (24/32);观察组患者治愈 18 例,显效 9 例,有效 3 例,无效 2 例,总有效率为 93.75% (30/32);观察组患者治疗总有效率高于对照组,差异有统计学意义($\chi^2 = 4.273, P < 0.05$)。

2.4 2 组患者术后并发症比较 结果见表 3。2 组患者术后便急感或肛门下坠感、尿潴留、便血、排气性肛门失禁及肛裂发生率比较差异均无统计学意义($P > 0.05$)。

PPH 治疗直肠前突 OCC 具有以下优点:(1)通过环形切除脱垂的直肠黏膜可缓解直肠黏膜松弛;(2)切除直肠前壁的黏膜可有效消除囊袋,从而形成紧绷的直肠前壁,以阻断前突再次发生^[11];(3)直肠黏膜组织受到吻合钉的异物刺激而产生炎症反应,导致直肠黏膜组织出现瘢痕,进而起到固定作用,使直肠前壁的力量增强^[12]。但是,PPH 术治疗直肠前突 OCC 仍存在缺陷,由于 PPH-01 吻合器的订舱容量较小,对于病情严重的患者仍无法完全纠正直肠前突。Block 术可有效固定、上提、紧缩松弛的脱垂黏膜,具有缩短脱垂直肠黏膜、加厚直肠阴道隔及缩小直肠前突等作用^[13]。本研究采用 PPH 联合 Block 术治疗直肠前突 OCC,可避免单一采用 PPH 所致的脱垂黏膜残余或前突囊袋,克服 PPH-01 吻合器较

小的订舱容积,尽可能消除脱垂的黏膜与突出的囊袋,以解剖学的角度治疗直肠前突 OOC^[14];术后直肠黏膜组织产生的炎症反应使直肠前壁出现瘢痕,进一步提拉和悬吊直肠黏膜,使直肠前壁紧绷,并恢复肛直角,从而有效提高治愈率,降低复发率^[15]。本研究结果显示,观察组患者手术时间、恢复正常活动时间及住院时间显著短于对照组,且术中出血量少;2组患者术后3、6个月时便秘 Wexner 评分及疼痛 VAS 评分均显著低于术前,且术后3、6个月时观察组患者便秘 Wexner 评分及疼痛 VAS 评分显著低于对照组;观察组患者治疗总有效率高于对照组,但2组患者术后并发症发生率比较差异均无统计学意义。

综上所述,PPH 联合 Block 术治疗女性直肠前突 OOC 效果良好,可有效缩短患者手术时间和住院时间,减少术中出血量,有效改善患者便秘症状和肛门疼痛。

参考文献:

- [1] 杨新庆. 出口梗阻型便秘的外科治疗[J]. 中华胃肠外科杂志, 2016, 19(12): 932-935.
- [2] 李小成, 龚建平, 涂经楷. 出口梗阻型便秘的治疗进展[J]. 重庆医学, 2018, 47(10): 1384-1386.
- [3] 钱群. 出口梗阻型便秘手术治疗风险控制[J]. 临床外科杂志, 2016, 24(6): 413-415.
- [4] 尹淑慧, 赵克. 出口梗阻型便秘的诊治现状[J]. 临床外科杂志, 2018, 26(4): 262-264.
- [5] 邹劲林, 彭培建, 莫湘琼. 经阴道修补和痔上黏膜环切术治疗

直肠前突性便秘临床疗效的比较[J]. 实用医学杂志, 2018, 34(6): 995-997, 1002.

- [6] 黄梅, 贾雄, 任叔阳, 等. PPH 术联合穴位注射在直肠前突型便秘治疗中的临床疗效[J]. 世界中西医结合杂志, 2016, 11(8): 1126-1129.
- [7] 中国医师协会肛肠医师分会. 便秘外科诊治指南: 2017[J]. 中华胃肠外科杂志, 2017, 20(3): 241-243.
- [8] 高杨. 直肠前突修补联合 PPH 术对直肠前突患者预后的改善作用[J]. 结直肠肛门外科, 2017, 23(1): 9-12.
- [9] 黄云. 经肛吻合器直肠黏膜切除术与经直肠闭式修补术治疗直肠前突的临床对比[J]. 临床和实验医学杂志, 2016, 15(4): 386-389.
- [10] 张忠伟, 刘扬, 路明. 痔上黏膜环切术治疗直肠前突所致出口梗阻型便秘的疗效观察[J]. 临床外科杂志, 2016, 24(10): 774-776.
- [11] 梁冲, 黄莹莹, 朱福清, 等. 直肠黏膜环切术治疗直肠前突的临床研究[J]. 结直肠肛门外科, 2017, 23(3): 295-300.
- [12] 王宇光, 夏凤蓉, 刘海东. 缝扎直肠瓣结合聚桂醇注射治疗出口梗阻型便秘的效果[J]. 中国继续医学教育, 2017, 9(18): 154-156.
- [13] 陈智颖, 王朝晖, 尹凡. 出口梗阻型便秘肛直肠动力及直肠感知功能的特点[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2017, 25(10): 764-767, 771.
- [14] 吴延德. 直肠黏膜多点结扎吻合器痔上黏膜环切术治疗女性直肠前突合并直肠黏膜内脱垂: 附 40 例报告[J]. 外科理论与实践, 2016, 21(6): 535-536.
- [15] 刘智勇, 杨关根, 邓群, 等. 部分吻合器经肛门直肠切除术联合 Bresler 术治疗直肠前突合并直肠内套叠疗效观察[J]. 中华胃肠外科杂志, 2016, 19(5): 566-570.

(本文编辑:徐自超 英文编辑:徐自超)

(上接第 167 页)

- [7] HAREEZ N B, SHAW J, LOCHNAN H. The impact of 2016 ATA guideline for diagnosis and management of hyperthyroidism on the frequency of TRAb measurement[J]. *Can J Diabetes*, 2017, 41(5): S41.
- [8] 何珂, 胡源, 朱丽华, 等. 甲状腺功能亢进症患者中桥本甲状腺炎的比例及其生化和病理特征[J]. 中国全科医学, 2017, 20(2): 214-218.
- [9] 郑慧娟, 魏璠, 柏力荷, 等. 基于中医传承辅助系统治疗桥本甲状腺炎的组方规律[J]. 世界中医药, 2018, 13(9): 2346-2351.
- [10] 赵新宇, 苗凤玲, 王俊青, 等. 甲状腺毗邻结构的高频超声研究[J]. 中国医学计算机成像杂志, 2016, 22(4): 361-367.
- [11] 王娜. 超声在鉴别甲状腺功能亢进与桥本氏甲状腺炎中的价值分析[J]. 中国现代药物应用, 2016, 10(16): 28-29.
- [12] GOICHOT B, CARON P, LANDRON F, et al. Clinical presentation

of hyperthyroidism in a large representative sample of outpatients in France: relationships with age, aetiology and hormonal parameters[J]. *Clin Endocrinol*, 2016, 84(3): 445-451.

- [13] 潘霞霞, 何小莲, 张瑾, 等. 甲状腺功能亢进症中医辨证与彩色多普勒超声影像特征的相关性研究[J]. 四川中医, 2017, 35(8): 35-37.
- [14] 刘海波. 弹性超声成像技术对桥本氏甲状腺炎合并结节的诊断观察[J]. 北京医学, 2017, 39(4): 440-441.
- [15] RAKOV H, ENGELS K, HÖNES G S, et al. Sex-specific phenotypes of hyperthyroidism and hypothyroidism in aged mice[J]. *Biol Sex Differ*, 2016, 8(1): 38-48.
- [16] 许瑞霞, 王正辉, 郭俊敏. 超声对桥本氏甲状腺炎的诊断及误诊分析[J]. 山西医药杂志, 2016, 45(14): 1649-1650.

(本文编辑:徐自超 英文编辑:徐自超)