DOI:10.16016/j.1000-5404.2002.07.036
第24卷第7期 第三军医大学学报 Vol. 24, No. 7
830 2002年7月 ACTA ACADEMIAE MEDICINAE MILITARIS TERTIAE Jul. 2002

论著

文章编号:1000-5404(2002)07-0830-03

排粪造影结合盆腔膀胱造影对出口梗阻性便秘病因诊断的意义

方仕文[1],刘宝华[1],龚水根[2],张胜本[1] (第三军医大学附属大坪医院野战外科研究所:[1]普通外科;[2]放射科,重庆 400042)

提 要:目的 研究出口梗阻性便秘(OOC)病人盆腔器官及盆底形态结构变化。方法 对38例OOC病人及12例正常自愿受试者行排粪造影结合盆腔、膀胱造影,女性阴道内放置浸钡标志物(以下简称"多重造影")。测量肛直角、会阴位置、盆底腹膜位置、膀胱位置。结果 多重造影诊断直肠内脱垂37例,直肠前突5例,盆底痉挛综合征5例,物理检查拟诊分别为12例、4例、1例,均100%得到证实。多重造影检查还发现盆底及腹膜疝9例,膀胱脱出6例,会阴下降综合征3例,子宫后倒或脱垂10例。与对照组相比,OOC组力排相肛直角增大,静息相及力排相会阴异常下降,力排相Douglas陷凹加深;OOC组中有泌尿系症状者,静息相及力排相膀胱异常下降。结论 多重造影诊断直肠内脱垂和直肠前突的阳性率明显高于物理诊断;而且对临床隐匿、物理检查难以诊断的盆底及腹膜疝、膀胱及子宫、阴道脱出等提供了形象客观的诊断依据,提高了诊断的准确性,有助于选择正确合理的治疗方式。

关键词:出口梗阻性便秘;多重造影
中图法分类号:R574.62;R814.43 文献标识码:A

Significance of simultaneous pelvicography and colpocystodefecography for diagnosing causes of outlet obstructive constipation

FANG Shi-wen, LIU Bao-hua, GONG Shui-gen, ZHANG Shen-ben (Department of General Surgery, Daping Hospital, Third Military Medical University, Chongqing, 400042, China)

Abstract: Objective To investigate the morphological and structural changes of pelvic floor and corresponding viscera in patients with outlet obstructive constipation (OOC). Methods Simultaneous pelvicography and colpocystodefecography (PCCD), including pelvicography, vaginal opacification for females, voiding cystography and defecography were performed on 38 patients with OCC and 12 healthy volunteers. Anorectal angle, and levels of perineum, peritoneum and bladder were measured. Results PCCD diagnosed 37 internal rectal prolapse (IRP), 5 rectocele (RC) and 5 spastic pelvic floor syndrome (SPFS). Common physical examinations indicated 12 IRP, 4 RC and 1 SPFS, and all of these were confirmed by PCCD. Moreover, PCCD found 9 pelvic floor hernia or peritoneoceles, 6 cystoceles, 3 descending perineum syndromes, and 10 uterine prolapses. Compared with controls, OOC patients had a significantly large anorectal angle during defecation, abnormal descending of perineum at rest and defecation, and a deep pouch of Douglas during defecation. Some patients with urinary system symptoms had an abnormal descent of bladder during rest and defecation. Conclusion PCCD has a higher positive ratio than common physical examinations in diagnosis of IRP and RC, and provides some informations for diagnosis of pelvic floor hernia or peritoneocele, cystocele or uterine. PCCD is helpful in the selection of a proper surgical procedure. of pelvic floor.

Key words: outlet obstructive constipation; simultaneous pelvicography and colpcystodefecography

出口梗阻性便秘(Outlet obstructive constipation, OOC)病因繁杂,病程长短不一,临床症状复杂多样,除排便困难、费时费力、排便不尽、便意频繁等排便障碍症状外,常伴随有尿频、压力性尿失禁、排尿困难等排尿障碍症状,以及会阴部坠胀、白带增多、性交疼痛等妇科症状。而肛肠科、泌尿科及妇科医师常常将研究的重点放在本学科领域,使他们感到困惑的是,尽管解决了本学科的疾病以后,症状往往并不能得到全面的改善,疗效也不令人满意。如果我们将盆腔各器官看作一个有机的整体,了解它们之间的相互影响及依赖性,而不是人为地将其分为3个器官,或许能够有效地解决出口梗阻性便秘的诸多症状,避免术后并发症的发生。

作者简介:方仕文(1960—),男,安徽省桐城市人,主治医师,主要从事普外肛肠、便秘临床方面的研究,发表论文5篇。电话:(023)68757248
收稿日期:2001-04-27;修回日期:2001-09-23

1 资料和方法

1.1 病例选择及分组

OOC组:男性4例,女性34例,年龄28~72岁,平均47.5岁,病程最长达30余年,最短1个月,平均38个月,均有不同程度的排便困难、排便不尽、肛门坠胀、手法协助等排便障碍症状,伴随有尿频、压力性尿失禁或排尿困难13例,伴有白带增多、颜色发黄、性交疼痛等5例。既往有盆、腹腔手术史5例,分别为子宫全切、剖腹产、经腹直肠悬吊及直肠缝扎术。对照组:男性2例,女性10例,年龄30~65岁,平均45岁,无排便障碍及肛门直肠疾病,均为自愿受试者。

1.2 检查仪器

造影采用日本岛津VS-10 800 mA胃肠机,带电视遥控并可快速点片。

1.3 检查方法

受检者不作肠道准备,碘过敏试验阴性后,排空膀胱内尿液,取仰卧头高足低倾斜10°~15°,在电视透视下经右下腹或

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

左下腹腹腔注射欧乃派克(Omnipaque 300 mg/ml)20 ml。放置尿管并注入 25%泛影葡胺 120 ml 后拔除。改立位嘱受检者深呼吸数次, 使腹腔造影剂引流入盆腔及 Douglas 陷凹。受检者直立正位及标准侧位端坐于特制排粪桶上, 静息相及力排相各摄片一张, 观察膀胱及盆底腹膜的形态及下降程度。受检者左侧卧于检查床上, 头部抬高约 10°, 经肛管向直肠内注入稠钡 250~300 ml, 直至受检者有胀满感, 肛管及女性阴道内放置浸钡标志物, 受检者改标准侧位端坐于排粪桶上, 在电视透视下, 摄排便前静息相、力排过程中及排便终末相盆底侧位片, 观察排便及排尿形态动力学变化。

1.4　测量指标

1.4.1　肛直角　　肛管轴线与直肠下段轴线相交所形成的背侧夹角。

1.4.2　会阴位置　　以耻骨直肠肌压迹中点代表盆底会阴水平, 以坐骨结节下缘水平线为参照, 两点间的垂直距离表示会阴位置。

1.4.3　盆底腹膜位置　　以 Douglas 陷凹最低点代表盆底腹膜水平, 以坐骨结节下缘水平线为参照, 两点间的垂直距离表示盆底腹膜位置。

1.4.4　膀胱位置　　以膀胱颈最下缘代表膀胱水平, 以坐骨结节下缘水平线为参照, 两点间的垂直距离表示膀胱位置。

以上所测指标在参照线水平以上为正值, 以下为负值。各指标的变化程度均以力排相减去静息相所得差值表示。

1.5　统计学处理

数据以 $\bar{x}\pm s$ 表示, 采用 t 检验。

2　结果

2.1　多重造影诊断结果

38 例有梗阻性排便症状的病人多重造影检查中, 1 例未见明显的形态改变, 其它 37 例均表现异常。多重造影诊断直肠内脱垂 37 例, 直肠前突 5 例, 盆底痉挛综合征 2 例, 而临床物理检查拟诊分别为 12 例、4 例、1 例, 均得到多重造影证实。另外, 多重造影发现盆底腹膜疝 9 例, 膀胱脱出 6 例, 会阴下降综合征 3 例, 子宫后倒或脱垂 10 例。12 例对照者中, 多重造影诊断直肠内脱垂 5 例, 其中合并直肠前突 1 例, 7 例未见肛直肠及盆底形态改变。

2.2　测量指标结果

2.2.1　肛直角(°)　　OOC 组静息相、力排相及增大值分别为 121.53±12.29、138.64±10.68、19.06±12.25, 正常对照组分别为 117.42±12.04、127.94±14.09、10.50±12.37, 静息相差异无显著性意义($P>0.05$), 力排相及增大值相差有显著性意义($P<0.05$)。

2.2.2　会阴位置(cm)　　OOC 组静息相、力排相及下降值分别为 0.88±0.83、−2.15±0.79、2.91±0.82, 对照组分别为 1.55±1.28、−0.49±1.27、2.04±1.18, OOC 组与对照组相比差异均有显著性意义($P<0.05$, $P<0.01$)。

2.2.3　盆底腹膜位置(cm)　　OOC 组静息相为 5.84±2.90, 对照组为 5.97±1.24, 差异无显著性意义; OOC 组力排相及下降值分别为 2.54±2.25、3.30±0.70, 对照组分别为 4.68±1.13、1.29±0.84, 差异均有非常显著性意义($P<0.01$)。

2.2.4　膀胱位置(cm)　　OOC 组静息相、力排相及下降值分别为 5.08±2.11、3.80±2.35、1.28±1.03, 对照组分别为 5.91±1.03、5.23±1.43、0.68±0.45, OOC 组与对照组差异均无显著性意义; OOC 组中有泌尿系症状者静息相、力排相及下降值分别为 4.73±1.51、2.75±1.55、1.98±1.54, 与对照组相比, 静息相差异有显著性意义($P<0.05$), 力排相及下降值差异均有非常显著性意义($P<0.01$)。

3　讨论

出口梗阻性便秘是指直肠远端或肛管处由于某种原因造成阻塞、狭窄或肌肉痉挛等引起排便过程的不顺利。病因目前尚不完全清楚。以往的研究多集中在肛直肠方面, 而对膀胱、女性子宫、阴道及盆底腹膜的形态及功能变化研究较少, 这很难解释临床实践中部分病人实际存在的泌尿系及妇科症状。本研究结果显示: OOC 可引起盆腔各器官位置、形态的改变, 这些变化可以单独存在, 也可以多个同时并存, 这可能与病人长期不良的排便习惯(如长时间用力挣便)、排便中反复的异常会阴下降、盆腹部手术或女性分娩造成的盆底神经、肌肉损伤导致盆底松弛、支持减弱等危险因素有关。而这些形态、位置变化反过来又影响了排便功能, 加重便秘症状。

多重造影通过全盆腔脏器显影, 在研究排便过程中肛直肠形态的同时, 观察膀胱、女性生殖器官及盆底腹膜的变化及其影响, 全面反映了梗阻性排便过程中盆腔各器官之间相互支撑或外压的作用[1], 如盆底及腹膜疝压迫直肠前壁或直肠前突的颈部, 膀胱脱出压迫阴道前壁, 后倒的子宫将直肠压向骶骨岬等。通过病史及直肠指诊仅能诊断 30%~40%的直肠内脱垂或直肠前突[2], 多重造影的诊断阳性率高, 尤其对于盆底及腹膜疝、膀胱脱出、子宫后倒等临床物理检查难以发现的隐匿的盆底疾病, 多重造影诊断的阳性率及准确性更高, 意义更大[1,3~5]。多重造影对上述临床隐匿的疾病提供了形象直观的诊断依据。我们认为多重造影是对 OOC 盆腔器官及盆底形态的一种动静态结合的较为形象、客观、有效、易行的影像学检查方法。

本组病人多重造影诊断盆底及腹膜疝 9 例, 其中 3 例行手术治疗, 术前多重造影的诊断全部得到手术的证实。术中均发现 Douglas 陷凹异常加深或增宽, 提示了盆底及腹膜疝的存在, 其中 2 例女性病人术中可见后倒的子宫压迫直肠前壁。我们采用经腹功能性直肠悬吊术[6,7], 有子宫后倒者相应地行子宫固定, 术后病人排便障碍症状明显改善, 疗效满意。所以多重造影提供的准确的术前诊断有助于临床选择正确合理的治疗方式, 决定是否手术及其类型, 并对手术纠正的范围和程度提供了客观依据, 避免了对不需手术者误施手术, 或对仅需经肛门手术者误施剖腹手术, 但对伴有潜在的诸如盆底及腹膜疝、膀胱突出、子宫后倒等并发症者, 非手术治疗无效时, 应考虑经腹手术, 只有这样才能有效地提高治愈率。

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved.　http://www.cnki.net

参考文献：

[1] Hock D, Lombard R, Jehaes C, *et al*. Colpocystodefecography[J]. Dis Colon Rectum, 1993, 36(11): 1 015—1 021.

[2] Iberman H, Hughes C H, Dippolito A. Evaluation and outcome of the delorme procedure in the treatment of rectal obstruction[J]. Dis Colon Rectum, 2000, 43(2): 188—192.

[3] Willam E, Theodore J, Jose M, *et al*. Four-constrast defecography pelvic "Floor-Oscopy"[J]. Dis Colon Rectum, 1995, 38(7): 695—699.

[4] Bremmer S, Mellgren A, Holmstrom B, *et al*. Peritoneocele: visualization with defecography and peritoneography performed simultaneously[J]. Radiology, 1997, 202(2): 373—377.

[5] Agachan F, Pfeifer J, Steven P, *et al*. Defecography and Proctography [J]. Dis Colon Rectum, 1996, 39(8): 899—905.

[6] 张连阳，张胜本，黄显凯. 功能性直肠悬吊术-改良Orr's直肠悬吊术治疗直肠内脱垂[J]. 中国普通外科杂志，1995，4(1)：4—6.

[7] 黄显凯，张胜本，张连阳，等. 特发性便秘197例临床分析[J]. 中华普通外科杂志，1999，14(4)：254—256.

（编辑 张大春）

个案与短篇

文章编号：1000-5404(2002)07-0832-02

1例项背部巨大溃疡患者的护理

Nursing of a patient suffering from a huge ulcer in nuchal region

赵媛莉 （第三军医大学附属西南医院普通外科，重庆 400038）

我科2000年11月30日收治1例项背部巨大溃疡并有"绿脓杆菌"感染患者，经局部创面多次清创、换药、全身有效抗生素抗感染，支持治疗，创面得到有效控制，自体邮票植皮后，恢复好，成活皮片覆盖整个溃疡面，治愈出院。现将护理体会介绍如下。

1 病例介绍

患者女，35岁，因"颈椎骨质增生"于2000年10月13日在当地诊所行局部封闭。1周后，后颈部（局部封闭处）皮下可触及一指头大小肿块，局部按摩理疗后迅速增大，并出现寒颤高热，11月14日行切口引流、抗炎治疗后，无好转，创面大面积溃烂坏死，大量黄绿色脓性液分泌，急送县人民医院，血液细菌培养及脓液培养均为"绿脓杆菌"感染。又经抗感染、扩创、多次输血等治疗后，溃疡进一步恶化，组织变黑坏死仍有大量黄绿色脓性液分泌，患者持续高热、口渴、疼痛难忍，于11月30日急诊收入本科。查体：后颈部一巨大溃疡，长20 cm，宽15 cm，深5 cm，皮下组织、肌肉及筋膜缺损，棘上韧带等清晰可见，创面覆盖一层较厚的黄绿色脓苔，试之不去，脓液有特殊腥臭味，创缘及周围约4 cm皮肤变黑坏死，有散在的破溃及脓苔。疼觉消失，周围上达枕骨凸隆及胸锁乳突肌两侧，下达肩胛骨下角水平皮肤红肿明显，皮温增高。经局部创面多次清创，换药，全身有效抗生素抗感染，支持对症等治疗，创面感染得到有效控制，脓性分泌物逐渐减少，创底肉芽组织新鲜，于12月26日在全麻下行项背部自体邮票植皮术（供皮区：左大腿），手术顺利，术后恢复好，成活皮片蔓延生长较快，已覆盖整个溃疡面，无红肿，皮下无积液积脓，住院42 d，痊愈出院。

2 方法

患者曾在院外反复不规则抗感染治疗，为明确致病菌，局部多次取脓液作细菌培养及脓液染色培养、血液培养，补充血容量，防止酸碱失衡、低蛋白血症、低钾血症和肺部感染，局部清创换药，尽量清除坏死筋膜及组织以减少毒素的吸收。缘皮肤涂"百多邦"软膏；静脉用"泰能"、"舒敌"高档大剂量抗生素，"3L袋"营养支持疗法等，创面感染逐渐基本控制，肉芽组织新鲜，植皮术后10 d痊愈。

3 护理

3.1 心理护理

抑郁是一种消极的情绪反应，常与病人的可能丧失和实际丧失有关联。此病人突然经受疾病痛苦折磨，久治不愈且加以恶化趋势，由于病人暴露在外的溃疡面巨大、深，渗出多且散发特殊腥臭味，常引起周围异样的眼光，精神压力和经济负担已经很重，如果来到大医院治疗仍不能立竿见影的治疗，病人和家属易产生恐惧、焦虑、悲观和丧失信心。我们与家属谈话得知，为了来此地就诊，一大家人已将房屋抵押。我们一方面与病人家属交待病情的危重程度，同时随时可能出现生命危险，又帮助他们树立信心，只要有一线希望都应尽最大努力去争取。目前病人最需要的是得到亲人的关爱，我们将与家属一起努力，以满腔热情的服务态度和高度的责任心去温暖病人的心，使她走出低谷，积极配合。

3.2 饮食护理

营养不足，缺乏蛋白质、能量及各种维生素的供应，可延迟创面愈合，降低免疫力、肌张力等而发生各种并发症。其影响营养状况的常见因素有：食物摄入不足、饮食消化吸收障碍、蛋白质丢失或消耗增多、能量消耗和分解代谢增加。根据病人的具体情况制定出比例合理的膳食、静脉营养等，保证蛋白质、糖、脂肪、维生素及微量元素的合理供给。

3.3 预防肺部感染

病人患病以来一直半坐侧位呈低头状，巨大溃疡使她无力也无法抬头，影响了深呼吸及有效咳嗽，痰液不能排除可引起呼吸道感染，尤其是下呼吸道感染。我们采取的措施有：①每

（下转835页）

作者简介：赵媛莉（1964—），女，重庆市人，主管护师，主要从事普外护理方面的研究，发表论文5篇。电话：(023)68754000-73074

收稿日期：2001-05-09；修回日期：2001-09-10

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net