DOI:10.16016/j.1000-5404.2002.08.055
第24卷第8期 第三军医大学学报 Vol. 24, No. 8
2002年8月 ACTA ACADEMIAE MEDICINAE MILITARIS TERTIAE Aug. 2002

文章编号:1000-5404(2002)08-0987-02

论著

结肠慢传输性便秘的诊断及手术疗效评价

陈金萍,刘宝华 (第三军医大学附属大坪医院野战外科研究所普通外科,重庆 400042)

提 要:目的 探讨各种有关结肠慢传输性便秘的诊断及治疗方法。方法 回顾性分析我院1987—2001年治疗的结肠慢传输性便秘20例患者的临床资料。结果 7例单纯性结肠慢传输性便秘患者结肠切除术治愈率100%,术后排便每日1~3次,13例合并出口梗阻性便秘的患者治愈率84.6%(11/13),术后排便每日1~3次,无效7.7%(1/13)。结论 对单纯性结肠慢传输性便秘的患者和合并出口梗阻性便秘的结肠慢传输性便秘的患者,结肠切除术是一种理想的手术方式。

关键词:便秘;结肠;慢传输性便秘;结肠切除术
中图法分类号:R442.2;R574.62;R656.9 文献标识码:A

Diagnosis and operation of slow transit constipation

CHEN Jin-ping, LIU Bao-hua (Department of General Surgery, Daping Hospital, Third Military Medical University, Chongqing 400042, China)

Abstract: Objective To explore the diagnosis and efficacy of operative treatment of the slow transit constipation (STC). Methods Data of 20 cases of STC admitted from 1987 to 2001 of were retrospectively analyzed. Results All the 7 patients of simple STC were cured, with about 1 to 3 times of bowel movements daily. Among the 13 STC patients complicated with outlet obstructive constipation (OOC), 11 were cured, having about 1 to 3 times of bowel movements daily. But the other 2 patients (7.7%) remained invalid. Conclusion Colectomy is a good approach for the patients with simple STC or STC complicated with OOC.

Key words: constipation; colon slow transit; colectomy

便秘是一种很常见的症状,发生率高,分为结肠慢传输性便秘(Slow transit constipation, STC)和出口梗阻性便秘(Outlet obstructive constipation, OOC)[1]。随着生活水平的提高STC的发生率升高。STC是一类原因不明的或伴有OOC的便秘。我们回顾性分析1987—2001年我院收治的20例STC患者的临床资料,总结如下。

1 材料和方法

1.1 一般资料

本组资料20例,男性3例,平均年龄为(49.3±4.85)岁,平均病程(15±1.31)年,其中单纯性STC1例,STC合并OOC2例,患者中有用泻药史的1例。女性17例(均为已婚),年龄26~68岁,平均(45.6±4.76)岁,平均病程(7±1.22)年,其中单纯性STC占35.3%,STC合并OOC占64.7%,患者中有用泻药史的占82.3%。女性病人16例(94%)有生育史,平均生育2.4次。

临床表现:病程最短为1月,最长为30年,平均7年左右;排便次数平均为1次/2~10 d,每次排便时间平均为26 min;该类患者常服用泻药,剂量加倍而效果不佳。20例结肠结肠慢传输性便秘的临床症状主要有:①20例患者均表现为无便意和大便干燥;②8例(40%)患者有肛门坠胀;③6例(30%)患者有腹胀;④3例(15%)有腹痛的症状;⑤2例(10%)有便血;⑥15例(70%)有服用泻药的病史。

1.2 辅助检查

18例患者行结肠传输试验检查,本组以结肠通过时间大于72 h为STC的标准,其中全结肠传输障碍4例(22.2%),乙状结肠传输障碍3例(16.7%),右半结肠传输障碍5例(27.8%),左半结肠传输障碍6例(33.3%)。20例行排粪及盆底造影检查,其中肛直角排便前后增大9例(45%),直肠粘膜内脱垂14例(70%),直肠前突4例(20%),会阴下降综合征2例(10%)。9例行钡灌肠,其中乙状结肠冗长2例(22.3%),肛门松弛1例(11.1%)。2例行纤维结肠镜检查,均为乙状结肠冗长,未发现器质性疾病;10例病人行性激素检查(睾酮、泌乳素、促黄体素、孕酮、雌二醇、促卵泡素),其中7例雌二醇水平下降。

2 治疗

本组患者20例,其中2例非手术治疗,18例手术治疗。

2.1 手术方式

对结肠慢传输性便秘患者外科治疗的目的是切除病变的肠段,恢复盆底解剖。可采取的手术方式有:全结肠切除术和部分结肠切除术,部分加行改良式Orr's直肠悬吊、盆底抬高、子宫悬吊术,或加行盆底疝修补术。7例单纯性患者中5例行全结肠切除及回直肠吻合术,其中2例加行改良式Orr's悬吊术,2例加行子宫后倒矫正术,1例加行盆底抬高术;13例合并OOC的患者中6例行全结肠切除及回直肠吻合术,4例行结肠部分切除术,2例行乙状结肠切除术,1例行全结肠切除及部分回肠切除术,其中有10例加行改良式Orr's悬吊术,7例加行子宫后倒矫正术,8例加行盆底抬高术,3例加行盆底疝修补术。

2.2 术后随访结果

18例手术治疗的患者从术后3~9 d开始排便,其中11例在术后5 d内排便;平均每天大便次数5~7次,恢复到每天排便3~5次平均需要3个月。1例回直肠吻合术后排便仍困难。1年后17例患者每天大便<3次,1例回直肠吻合术大便每天

作者简介:陈金萍(1972—),女,四川省武胜县人,硕士,医师,主要从事乳腺和胃肠外科方面的研究。电话:(023)68757248
收稿日期:2001-11-20;修回日期:2002-06-25

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

仍 10 余次。3 例术后发生并发症，并发症发生时间为术后 13 天至 1 年，2 例发生肠粘连肠梗阻（其中 1 例为不全性肠梗阻，经内科治疗后好转；1 例为完全性肠梗阻，经肠粘连松解、坏死灶清除术后治愈），1 例发生切口感染；全组无肠瘘、吻合口狭窄发生。

2.3 术后病理报告

18 例手术治疗的患者中 15 例术后病理报告为结肠粘膜呈慢性炎症反应（3 例无病理报告），13 例嗜银染色显示结肠肌间丛细胞变性减少，肌间神经丛有超微结构变化；1 例消失，神经纤维排列紊乱有缠结现象神经元及其突起退行性改变；1 例神经细胞胞质出现空泡，轴突末端膨体及触突前区触突小泡明显减少，并出现空化；1 例肌间神经节增大形成大的神经节；1 例有回肠末端升结肠多发良性淋巴组织增生性息肉。

3 讨论

国外报道结肠慢传输性便秘发病男女之比为 1∶3，我们的资料表明男女之比为 1∶6，男女发病年龄、STC 与 STC 合并 OOC 的发病率经 χ^2 检验无显著性差异（$P>0.05$）。

结肠慢传输性便秘分为原发性和继发性两类。原发性的病因不明，从小发病，可能是在短型巨结肠的基础上长期给予结肠刺激泻药而发生的，也可能与内分泌失调有关；继发性者多数是在出口梗阻型便秘的基础上，长期用泻药，该类药物引起肠肌间神经丛变性，肠蠕动减少，还可能引起结肠黑变病，并损害肠神经系统，所以长期使用泻剂亦是导致慢性便秘的一个原因[1]。显示用泻药的有 75%，合并 OOC 的明显多于单纯性 STC。国外学者 He 等[2]用激光扫描共焦显微镜对比正常的与 STC 的结肠平滑肌的 Cajal 间质细胞数量，发现 STC 患者的间质细胞明显减少。本组 87%的病例病理报告有肠肌间神经丛变性。童卫东等[3]认为 STC 结肠神经系统 NOS 和 P 物质免疫反应性异常变化，可能是其结肠传输减慢的神经病理基础。也有认为性激素水平紊乱也影响肠道蠕动功能，本组 10 例行激素检查中 7 例患者雌二醇水平下降。

单纯性 STC 患者的症状主要为长期便次减少，可 1 次/ 5 ~ 10 d，无排便欲望、无肛门坠胀，依靠泻剂排便，用量愈来愈大，最后无效，但合并 OOC 的则有肛门坠胀、腹胀、腹痛、便血等症状，故临床上除病史外，应做结肠通过试验检查结肠通过时间以确定哪段结肠传输障碍。本组 20 例 STC 中合并 OOC 的为 65%，故 STC 的患者应同时做排粪和盆底造影检查看是否合并 OOC；纤维结肠镜检查排除结肠器质性疾病如肿瘤、息肉等。肛肠测压了解直肠肛管压力和生理反射，并可对神经肌肉活动状态做出评价。肌电图检查可帮助了解盆底肌肉神经的功能状态。

在治疗上，要选择合适的手术对象及合适的手术时机。STC 的手术适应证：①对 STC 诊断明确，症状顽固，饮食调节及药物治疗效果不佳者；②对 STC 合并 OOC 的患者，应早期手术，不应等长期药物治疗使盆底肌和神经严重损害后再手术；③非全消化道传输减慢。同时手术前应了解清楚结肠的病变范围，结肠传输试验及胃肠道放射性核素扫描检查有助于了解病变范围。

STC 的外科治疗主要是结肠传输缓慢的肠段切除术，但必须准确掌握切除范围，以防止切除过少便秘复发，切除过多致严重腹泻[4]。手术方式主要有：全结肠切除术，部分结肠切除术。合并 OOC 的要按 OOC 的手术处理，合并直肠内套叠者采用 Orr' s 直肠悬吊术；直肠前膨出采用经阴道直肠前膨出修补术；耻骨直肠肌痉挛可采用耻骨直肠肌部分切除术；对合并盆底功能严重障碍、直肠无张力者可行全直结肠切除、回肠贮袋肛管吻合术。我们的资料显示结肠切除术对单纯性 STC 和合并 OCC 的均有良好效果。

参考文献：

[1] 张胜本，黄显凯. 顽固性便秘的外科治疗[J]. 中国普外基础与临床杂志，1999，6(1)：43－44.

[2] He C L，Burgart L，Wang L，*et al*. Decreased interstitial cell of cajal volume in patients with slow-transit constipation[J]. Gastroenterology，2000，118(1)：14－21.

[3] 童卫东，张胜本，张连阳. 结肠慢传输性便秘型便秘肠神经系统一氧化氮氧合酶和 P 物质的分布意义[J]. 世界华人消化杂志，1998，6(5)：380－382.

[4] 黄显凯，张胜本，张连阳，等. 结肠慢传输性便秘型便秘手术治疗的评价[J]. 第三军医大学学报，2000，22(5)：462－464.

（编辑 张大春）

（上接 986 页）

再取印模最为理想。

为了使烤瓷冠桥有良好固位，应尽可能制备沟槽，同时应在龈边缘以下 0.3 ~ 0.5 mm 处制备台阶，合理制备出共同就位道。

烤瓷冠桥制作好后，需调整好咬合关系，防止对邻牙或对颌牙的牙体组织造成过度磨损[1]，烤瓷冠桥修复减少了牙龈边缘发炎的机会，确保了基牙的稳固性，不但提高了咀嚼效果，而且在生理、心理上提高了咀嚼质量[2]。有益于健康，且经久耐用。

关键词：烤瓷冠桥；基牙制备
中图法分类号：R783.3 文献标识码：B

参考文献：

[1] 马轩祥 主编. 口腔修复学[M]. 沈阳：辽宁科学技术出版社. 1999. 369－372.

[2] 徐君任 主编. 口腔修复学[M]. 第 3 版. 北京：人民卫生出版社，1996. 293－310.

（编辑 汪勤俭）

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