DOI:10.16016/j.1000-5404.2000.05.024
第22卷第5期 第三军医大学学报 Vol. 22, No. 5
462 2000年5月 ACTA ACADEMIAE MEDICINAE MILITARIS TERTIAE May. 2000

论著

文章编号:1000-5404(2000)05-0462-03

慢传输型便秘手术治疗的评价

黄显凯,张胜本,张连阳,童 卫东 (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 探讨慢传输型便秘(STC)合理的手术治疗。方法 手术治疗慢传输型便秘32例,其中17例单纯STC患者14例行结肠次全切除或全结肠切除术,2例行左半结肠切除,1例行全结肠及部分回肠切除术。15例合并出口梗阻型便秘者12例行结肠次全切除或全结肠切除术,1例行全结肠及直肠切除、回肠贮袋肛管吻合术,2例行左半结肠切除术。15例合并出口梗阻型便秘者均加行改良式Orr's直肠悬吊、盆底抬高、子宫悬吊术;4例加盆底疝修复术;6例加直肠前膨出修补术。结果 17例单纯STC患者痊愈率100%(17/17),排便每日1~3次。15例并存出口梗阻型便秘的患者痊愈率66.7%(10/15),好转率20%(3/15),无效13.3%(2/15),2例半年后便秘复发,5例术后有明显腹胀、腹痛、排便不尽,肛部坠胀等症状。结论 单纯性STC患者手术治疗效果较好,而STC并存出口梗阻型便秘的患者疗效还有待提高。

关键词:慢传输型便秘;外科手术
中图法分类号:R574.620.5 文献标识码:A

Evaluation of surgical treatment for slow transit constipation

HUANG Xian-kai, ZHANG Sheng-ben, ZHANG Lian-yang, TONG Wei-dong (Department of General Surgery, Daping Hospital, Third Military Medical University, Chongqing 400042, China)

Abstract: **Objective** To evaluate the efficiency of surgical intervention on patients with slow transit constipation (STC). **Methods** 32 patients, who consisted of 17 cases of simple STC and 15 of STC complicated with outlet obstructive constipation (OOC) were selected in this study. Among the 17 cases of simple STC, 14 were treated with subtotal or total colectomy, 2 with left hemicolectomy and 1 with total colectomy and partial ileoectomy and among the 15 cases of STC complicated with OOC, 12 cases were treated with subtotal or total colectomy, 2 with left hemicolectomy and 1 with total colectomy and anastomosis between the ileal store bag and rectal tube. Moreover, modified Orr's rectopexy, elevation of pelvic floor and uteropexy wrer done in the latter 15 cases and pelvic herniorrhaphy was done in 1 case and repair of rectocele in 5 cases. **Results** All the 17 cases of simple STC were cured and they had bowel novement 1 to 3 times daily. 10 out of the 15 of STC complicated with OOC were cured, 3 showed an improvement of constipation and 2 remained invalid. Constipation relapsed in 2 cases 6 months after operation. 5 patients complained of obvious abdominal distension, abdominal pains, defective defication and tenesmus after operations. **Conclusion** The curative effect of surgical intervention on simple STC is satisfactory while that on STC complicated with OOC has to be improved with other measures.

Key words: slow transit constipation; surgery

慢传输型便秘(Slow transit constipation, STC)是指由于胃肠道传输功能减弱而致的便秘。其特点是便次减少,排便间期延长至数日乃至十数日,结肠传输试验结肠排空时间显著延长,症状顽固,严重者常需手术治疗。我们自1987年5月至1998年12月共手术治疗慢传输型便秘32例,现报告如下。

1 材料与方法

1.1 一般资料

本组男5例,女27例。年龄17~73岁,平均46.3岁。病程1~32年,大多在10年左右。17例为单纯STC,15例有出口梗阻型便秘的表现并存。临床表现为大便干燥,便次少,排便间隔时间3~10 d不等,排便困难,排便不全,肛部坠胀,里急后重,少数有腹胀、腹痛。

作者简介:黄显凯(1955—),男,湖北省恩施市人,博士,主任医师,教授,主要从事胃肠外科方面的研究,发表论文38篇。电话:(023)68757242

收稿日期:1999-06-03;修回日期:1999-12-22

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

1.2　辅助检查

结肠传输试验: 32 例 STC 患者中 19 例表现全结肠传输障碍, 4 例以乙状结肠传输障碍为主, 3 例以左半结肠传输障碍为主, 6 例以右半结肠传输障碍为主。放射性核素锝[99]扫描: 5 例合并空、回肠通过时间延长。排粪造影: 15 例显示直肠粘膜脱垂或直肠内脱垂, 13 例表现会阴下降综合征, 6 例直肠前膨出。盆腔造影显示盆底疝 4 例。钡灌肠检查发现 12 例乙状结肠冗长。纤维结肠镜检发现 3 例结肠多发性息肉。肛直肠压力测定: 24 例有肛门抑制反射, 16 例最大肛管收缩压下降, 15 例静息压也下降, 14 例直肠最大容量增加。肛肠肌电图: 7 例肛肠肌电波幅明显下降, 6 例出现异常多相电位, 提示支配盆底肌肉的神经及阴部神经损害。

1.3　手术方法

17 例单纯 STC 患者 7 例行结肠次全切除术, 5 例行全结肠切除、回直肠吻合术, 1 例行全结肠及 部分回肠切除术, 4 例行左半结肠切除术, 其中 2 例术后便秘复发者 3 个月后再行全结肠切除术。15 例合并出口梗阻型便秘者 6 例行结肠次全切除术, 7 例行全结肠切除、回直肠吻合术, 2 例行左半结肠切除术。15 例合并出口梗阻型便秘者均加行改良式 Ortes 直肠悬吊、盆底抬高、子宫悬吊术; 4 例加盆底疝修复术; 6 例加直肠前膨出修补术; 1 例行全结肠切除术加改良式 Ortes 直肠悬吊、盆底抬高者因盆底神经肌肉机能严重损害, 直肠无张力术后便秘无明显改善, 伴严重腹胀腹痛, 追加直肠切除、回肠贮袋肛管吻合术。

2　结果

2.1　手术效果

17 例单纯 STC 患者中 12 例手术 1 周后排便每日 1～3 次, 5 例每日 4～10 次, 用盐酸洛哌丁 2～4 周后大便保持 1～3 次。1 例术后仍有轻度肛部坠胀不适, 其余患者无何症状。总的痊愈率 100%(17/17)。15 例并存出口梗阻型便秘的患者中 11 例手术 1 周后排便每日 1～3 次, 2 例每日 5～10 次, 用盐酸洛派丁 2～4 周后大便保持 1～3 次。2 例半年后便秘复发。5 例术后有明显腹胀、腹痛、排便不尽, 肛部坠胀等症状。痊愈率 66.7%(10/15), 好转率 20%(3/15), 无效 13.3%(2/15)。

2.2　术后病理检查

嗜银染色显示 28 例结肠肌间丛细胞减少, 2 例消失, 神经纤维排列紊乱有缠结现象; 肌间神经丛超微结构变化; 神经元及其突起退行性改变, 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。

3　讨论

3.1　术前诊断必须准确全面

根据便次少、排便间期延长等临床表现, 结合结肠传输试验等检查对 STC 易于作出诊断。但不能满足于 STC 的诊断, 而应该合理选择各种检查方法, 全面了解胃肠道的运动功能情况, 了解是否并存出口梗阻型便秘, 并对盆底神经肌肉功能状态作出全面评价, 为采用合理的治疗方法提供准确依据。钡灌肠可了解结肠的形态变化, 如有无结肠下垂、结肠扭曲成角、乙状结肠冗长等。纤维结肠镜等检查排除结直肠及肛管的器质性病变。结肠传输试验应仔细观察了解整个结肠以及结肠各段的排空情况, 以帮助确定结肠切除范围。放射性核素扫描可较准确地了解全胃肠道的运动功能状况。排粪造影可为直肠粘膜脱垂、直肠内套叠、耻骨直肠肌痉挛等出口梗阻型便秘的诊断提供较可靠的依据。通过肛肠测压了解直肠肛管压力和生理反射可对神经肌肉活动状态作出评价。肌电图检查可帮助了解盆底肌肉神经的功能状态。盆腔造影对诊断盆底肠疝具有意义[1]。

3.2　正确掌握手术指征及时机

STC 的发病机制尚不完全明了, 但近年来的研究表明 STC 具有结肠神经肌肉病变, 如结直肠肌肉有灶性肌纤维空泡形成或肌纤维消失[2]; 内括约肌间神经丛退行性变[3]。本组 STC 患者术后组织学检查亦发现结肠肌间丛细胞减少或消失; 肌间神经丛神经元及其突起退行性改变, 胞质空泡样变, 轴突末端膨体及触突前区触突小泡明显减少及空化等改变, 从而为手术切除结肠治疗 STC 提供了理论基础。对 STC 诊断明确, 症状顽固, 饮食调节及药物治疗效果不佳者可考虑手术治疗。值得注意的是部分 STC 合并出口梗阻型便秘的患者长期依赖药物治疗, 致使盆底神经肌肉严重损害, 虽经手术治疗但效果很差。因此我们认为对 STC 合并出口梗阻型便秘的患者不应持消极态度, 过分依赖药物治疗, 直至药物失效, 病变非常严重时再手术, 此时手术效果也较差。而应根据病情适时采用合理的手术治疗。

3.3　合理选择手术方式

STC 患者主要采用肠切除治疗, 但应准确掌握切除范围, 切除过少便秘易复发, 本组 2 例左半结肠切除术后便秘复发, 进一步检查证实肠切除不够, 再行全结肠切除术后痊愈。肠切除过多则可产生严重腹泻。因此术前对结肠的病损范围一定要了解清楚, 必要时可反复进行结肠传输试验及胃肠道放射性核素扫描检查, 为手术提供帮助。小肠有严重传输障碍者应同时行小肠部分切除。部分 STC 患者合并出口梗阻的症状、体征及检查依据, 二者的因果关系尚不清楚。对合并出口梗阻的患者一定要同时处理出口梗阻性病变, 如直肠内套叠采用直肠固定术; 直肠前膨出采用直肠前膨出修补术; 耻骨直肠肌痉挛可采用耻骨直肠肌部

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

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。

参考文献：

[1] 张胜本, 张连阳, 黄显凯, 等. 结肠慢通过便秘的外科治疗[J]. 大肠肛门病外科杂志, 1995, 1(1): 37－39.

[2] Murray R D, Qualman S J, Powers P, *et al*. Rectal myopathy in chronically constipated children[J]. Pediatr pathol, 1992, 12(6): 787－798.

[3] Shafik A. Idiopathic oligofecorrhea: a clinicopathologic entity pathogenesis and treatment[J]. Digestion, 1991, 48(1): 51－58.

（编辑 冯崇英）

经验与短篇

文章编号：1000-5404(2000)05-0464-01

选择性支气管动脉栓塞治疗大咯血疗效观察

The effect of bronchial artery embolization on hemoptysis

李 羲[1], 钱桂生[1], 陈正堂[1], 刘士辰[2] （第三军医大学附属新桥医院：[1] 全军呼吸内科研究所；[2] 放射科，重庆 400037）

我们应用选择性支气管动脉栓塞治疗大咯血 10 例，现报道如下。

1 临床资料与方法

选择 1996 年 1 月至 1999 年 6 月在呼吸内科住院治疗的大咯血患者 10 例，其中男 8 例，女 2 例，平均(53±9.72)岁(39～66 岁)。原发疾病为支气管扩张 4 例，肺结核 2 例，肺脓肿 1 例，原发性支气管鳞癌 3 例(伴空洞 2 例)，其中 6 例咯血量600 ml/24 h 以上，4 例咯血量 400 ml/24 h 左右。入院后均经内科综合治疗包括垂体后叶素、其他止血药静滴，休息、镇静、止咳等措施。治疗无效，选入本组病例，行选择性支气管动脉栓塞治疗。

局麻行右侧股动脉穿刺，将导管送至降主动脉平气管隆突水平附近，轻轻旋转和推拉，探索支气管动脉开口，导管进入血管开口后，注射造影剂 2 ml，在 DSA 屏幕上观察血管显示情况，进入要选择的支气管动脉后，注入造影剂 2 ml，当观察到造影剂从血管渗透出进入肺组织间隙或支气管腔内，即可确定出血部位。于该支气管动脉注入 3 mm×3 mm 大小明胶海绵栓塞，确认栓塞满意后，拔除导管，穿刺部位局部加压包扎 24 h。

2 结果

经选择性支气管动脉栓塞后，10 例中，咯血立即停止，痊愈 5 例(支气管扩张 3 例、肺结核 2 例)，咯血明显减少 2 例(支气管扩张、支气管鳞癌各 1 例)，均为痰中带血，有效率为 70%。术后咯血曾一度停止，但 2～10 d 内再次大咯血死亡 3 例(支气管鳞癌伴空洞 2 例，肺脓肿 1 例)。本组病例无异位栓塞、胸痛、发热等并发症发生。

3 讨论

大咯血是呼吸内科危重病急症之一，主要救治原则有止血、止咳、休息、镇静及原发病治疗。临床上，大部分大咯血患者经内科治疗均能达到止血目的，然而，亦有部分患者内科治疗无效，出血来自支气管动脉者尤其如此。选择性支气管动脉栓塞治疗大咯血，是近年用于临床的介入治疗方法。有报道其疗效确切、较安全且并发症较少[1]。本结果显示，10 例大咯血患者经选择性支气管动脉栓塞后，痊愈 5 例，好转 2 例，提示选择性支气管动脉栓塞治疗大咯血，对大部分病例有效。与文献报道结果一致[2]，本研究还观察到，有 3 例患者术后咯血曾一度停止，但 2～10 d 内发生致命大咯血而死亡。因此，临床对于大咯血患者，即使经支气管动脉栓塞后，仍应密切观察病情变化。支气管鳞癌伴空洞及肺脓肿者，术后有再次大咯血可能，其机制可能是支气管动脉栓塞后，局部组织发生缺血、坏死，组织脱落入空洞，使坏死组织和未坏死组织交界部位的血管暴露，从而导致再次出血。肺脓肿引起的大咯血有可能不是支气管动脉系统出血，因此效果不佳。我们认为，选择性支气管动脉栓塞治疗大咯血疗效迅速，确切，并发症少，对内科治疗无效的大咯血患者，应积极应用，但对于支气管鳞癌伴有空洞及肺脓肿者，应警惕术后发生再次大咯血。

关键词：支气管动脉栓塞；大咯血
中图法分类号：R441.7 文献标识码：B

参考文献：

[1] 冯耀良, 李麟荪, 王 杰, 等. 选择性支气管动脉造影和栓塞治疗大咯血[J]. 中华内科杂志, 1992, 31(4): 216.

[2] 郭季寅, 程 钢. 肺结核大咯血支气管动脉造影术及支气管动脉栓塞术疗效分析[J]. 中华结核和呼吸杂志, 1992, 15(2): 77－78.

作者简介：李 羲(1955－)，男，江西省宜春市人，博士，副主任医师，副教授，主要从事肺癌的发病机制以及综合治疗方面的研究，发表论文 20 篇。电话：(023)68755603

收稿日期：2000-01-15；修回日期：2000-03-20

（编辑 刘 鹏）

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