

中医挂线治疗直肠狭窄12例

李华山, 马树梅, 王晓锋

■背景资料

直肠狭窄是由于各种原因引起的直肠肠腔变窄, 从而出现排便困难, 大便变细等一系列临床症状的疾病, 为肛门直肠手术后一种严重的并发症, 本病多为医源性损伤, 近年来发病率呈上升趋势。

李华山, 马树梅, 王晓锋, 中国中医科学院广安门医院肛肠科北京市100053

作者贡献分布: 本文选题与临床研究由李华山完成; 临床资料搜集整理由马树梅与王晓锋共同完成; 本文写作由马树梅完成。

通讯作者: 李华山, 100053, 北京市宣武区北线阁5号, 中国中医科学院广安门医院肛肠科. lihuashan@263.net

电话: 010-88001025 传真: 010-88001025

收稿日期: 2008-09-04 修回日期: 2008-10-30

接受日期: 2008-11-03 在线出版日期: 2008-12-08

Treatment of rectal stenosis with TCM thread-drawing method: analysis of 12 cases

Hua-Shan Li, Shu-Mei Ma, Xiao-Feng Wang

Hua-Shan Li, Shu-Mei Ma, Xiao-Feng Wang, Department of Proctology, Guang'anmen Hospital Affiliated to China Academy of Chinese Medical Sciences, Beijing 100053, China

Correspondence to: Hua-Shan Li, Department of Proctology, Guang'anmen Hospital Affiliated to China Academy of Chinese Medical Sciences, Beijing 100053, China. lihuashan@263.net

Received: 2008-09-04 Revised: 2008-10-30

Accepted: 2008-11-03 Published online: 2008-12-08

Abstract

AIM: To search for a better treatment method for rectal stenosis.

METHODS: From Jul. 2004 to Oct. 2008, 12 cases with rectal stenosis were referred to the department of proctology in Guang'anmen hospital. All the patients were subjected to traditional Chinese medicine thread-drawing treatment to observe the curative effect.

RESULTS: All the patients were cured clinically. The outcome after thread-drawing treatment was classified in three categories: cured: $n = 9$; improved: $n = 3$; failure: $n = 0$. The total effective rate was 100%. The mean disease course was 21d (ranging from 7d to 33 d). No complications like major bleeding occurred and no recurrent stenosis occurred during a follow-up period of 1 month to 4 years.

CONCLUSION: Thread-drawing method is a safe, effective, convenient and inexpensive treatment method for rectal stenosis.

Key Words: Thread-drawing method; Rectal stenosis; Traditional Chinese Medicine

Li HS, Ma SM, Wang XF. Treatment of rectal stenosis with TCM thread-drawing method: analysis of 12 cases. *Shijie Huaren Xiaohua Zazhi* 2008; 16(34): 3928-3931

摘要

目的: 探索直肠狭窄的治疗方法。

方法: 收集2004-07/2008-10广安门医院肛肠科住院患者12例, 均采取中医挂线进行治疗, 观察其疗效。

结果: 12例患者均获得临床治愈, 其中痊愈9例, 有效3例, 无效0例, 总有效率100%。疗程7-33 d, 平均21 d。治疗期间未出现大出血等严重并发症。术后随访1mo-4年, 无狭窄发生。

结论: 中医挂线治疗直肠狭窄是一种安全、有效、简便、价廉的治疗方法。

关键词: 挂线; 直肠狭窄; 中医

李华山, 马树梅, 王晓锋. 中医挂线治疗直肠狭窄12例. 世界华人消化杂志 2008; 16(34): 3928-3931

<http://www.wjgnet.com/1009-3079/16/3928.asp>

0 引言

直肠狭窄(rectal stenosis)是指各种原因引起的直肠肠腔狭小缩窄, 轻则大便困难坠胀疼痛, 严重者可出现低位肠梗阻症状。我们收集了2004-07/2008-10我院肛肠科直肠狭窄患者12例, 均实施中医挂线治疗, 取得了较好的疗效, 现报道如下。

1 材料和方法

1.1 材料 广安门医院肛肠科2004-07/2008-10直肠狭窄患者12例。其中男8例, 女4例, 年龄36-76(平均 54.2 ± 0.6)岁, 病程最短2 mo, 最长6年。

1.2 方法

1.2.1 诊断标准: 参考《中医病证诊疗标准与方

■同行评议者

许玲, 副教授, 中国人民解放军第二军医大学长征医院中医科

剂选用^[1]、李雨农《中华肛肠病学》^[2]的标准制定。有典型的症状和体征:大便排出困难,排便时间延长,便条变细,或稀便时便次频繁,每次排出粪量少,有排便未净感或会阴填塞下坠感,严重时有腹胀,下腹部阵发性绞痛,里急后重等。指诊可触及直肠腔内环状或半环状狭窄,质硬,不可移动,食指通过困难,狭窄部以上肠腔有粪便淤积不能通过,并有明显触痛。(1)狭窄形态:管状狭窄:直肠腔内狭窄环的上下长度超过2.5 cm;环状狭窄:狭窄环的上下长度不超过2.5 cm;镰状狭窄:狭窄呈半环形。(2)狭窄分度:轻度:狭窄环直径<2 cm,食指可通过,但麻醉下不能过2指,便次增多及便不尽感。中度:狭窄环直径<1.5 cm,食指通过困难,小指可过,有明显的排便不畅,或便次增加,会阴下坠填塞感,大便变细,指诊狭窄部阻力和固定感。重度:狭窄环直径<1.0 cm,小指不能通过,重者伴低位不全梗阻症状。

1.2.2 术前准备: (1)进行心电图、胸部透视、肝肾功能、血常规、凝血试验等常规检查,了解患者的一般状态及是否存在其他合并症。(2)肠道准备,术前3 d予少渣饮食,术前1 d,口服肠道消炎药,并给予开塞露灌肠,排空狭窄环近侧粪便,术晨给予清洁灌肠,至粪便排出干净为止。

1.2.3 挂线方法: 采取腰麻或局麻,麻醉满意后,患者侧卧位,碘伏常规消毒肛周皮肤,铺无菌巾单,碘伏消毒肛管及直肠下段。充分扩肛后,以肛门拉钩牵开肛门,充分暴露狭窄环,对于中重度直肠狭窄,先以食指扩张该环,或以电刀切开至食指能够通过,再根据狭窄的高度选择适宜的器械和方法。(1)弯钳挂线:狭窄高度距肛缘3-4.5 cm者,以7号丝线一端系橡皮筋,另一端缠于术者食指上。术者该食指扪及狭窄环近端,了解狭窄部位。另一手以小弯钳或蚊式血管钳经狭窄环远侧端下方沿直肠纵轴穿越,在带线食指的引导下,从近侧端基底部穿出,钳夹食指上的丝线,牵引橡皮筋从弯钳通道内双股拉出,向狭窄环挂紧橡皮筋,止血钳于基底部钳夹橡皮筋,钳下7号丝线双重结扎,于结扎根部0.5 cm处剪除多余橡皮筋,留单根丝线于肛外观察。狭窄位置较低者,橡皮筋可在直视下直接送入钳尖之间者,可不用丝线协助。(2)探针挂线:狭窄高度距肛缘4.5-6 cm者,如血管钳穿刺困难,可用尖头探针系以丝线再系橡皮筋,探针穿刺走行同弯钳,沿垂直于狭窄环的方向穿出后,直肠内术者食指勾住探针,并向外弯曲,钳夹或拉出,引

出橡皮筋,然后紧线。(3)锁穿针挂线:用于管状狭窄或狭窄高度距肛缘6 cm以上的环状、半环状狭窄。对于一些直肠癌术后吻合口狭窄者,因狭窄位置较高,狭窄区域与周围组织粘连较著,瘢痕化明显,弯钳难以穿越狭窄区域,而且手指不便于灵活操作,就可选锁穿针在术者食指的引导下,沿垂直于狭窄环的方向锐性穿透该环,注意勿穿破医者手指,撤出针心,以导丝穿入针体,从狭窄环上方穿出后,先退出针体,再以食指勾出导丝,系以橡皮筋,牵拉导丝引橡皮筋穿过狭窄部位,同前紧线。

总之,挂线方式的选择,需依据狭窄的形态、程度选择挂线部位,决定是采取单处挂线还是多处挂线或者切开挂线。如环状狭窄,可分别于截石位3、7、11点三处挂线;管状狭窄可以部分切开狭窄环再挂线。同时,还要考虑术者手指的长度,选择挂线治疗的方法,具体情况具体分析。

1.2.4 术后处置: 常规抗炎治疗,大便后每日温水坐浴。第4天起医者以食指扩肛,逐后酌情使用两指扩肛,以食指纳入无明显不适感为度。术后一周若挂线未脱落应作紧线处理,通常在1-2 wk内橡皮筋脱落后再用肛镜扩肛1 wk,每日1-2次。扩肛要进行至狭窄完全解除,以防止伤口愈合后收缩。

1.2.5 疗效评价标准: 参考《中医病证诊疗标准与方剂选用》^[1]制定:痊愈:排便通畅,无肛门疼痛,直肠指诊食指能顺利通过;有效:排便较术前通畅,排便时肛门轻度疼痛,食指通过较术前顺利;无效:排便无好转,不通畅,指诊与术前无变化。

统计学处理 应用SAS8.2进行统计学处理,计量资料用mean±SD表示,治疗前后排便情况采用t检验,以 $P<0.05$ 为差异有显著性。

2 结果

2.1 一般情况 本组12例患者均有肛直肠手术史,其中痔切除术后2例,消痔灵注射术后5例,直肠癌低位前切除术后5例,均为医源性损伤。主要症状:11例患者主诉排便困难,需开塞露协助排便;1例主诉大便频数,里急后重;腹胀者4例;肛门坠胀2例。从狭窄形态看,1例镰状狭窄,余11例均为环状狭窄。从分度论,轻度狭窄4例,中度狭窄5例,重度狭窄3例。从狭窄高度而言,本组12例狭窄高度范围距肛缘3-7 cm。

2.2 疗效观察 本组12例患者,痊愈9例,有效3例,

■研究前沿

随着研究的不断深入,直肠狭窄的诊断、预防等方面已经形成诸多共识,但是是一些有关本病的治疗方案仍有争议。

■应用要点

本文根据狭窄环的高度选择了三种挂线法,分别是应用弯钳、探针、锁穿针挂线,特别是第三种以锁穿针辅助挂线十分巧妙新颖,给同行以启示,有一定的代表性,对临床实践有一定的借鉴意义。

■名词解释

挂线疗法: 原为肛瘻治法。《古今医统》云: “……指用芫根煮线, 挂破大肠, 药线日下, 肠肌日长”。是用药线(或普通丝线)或橡皮筋等挂断肛门瘻管的方法。其原理是利用线的张力, 促使局部气血阻断, 肌肉坏死, 以达到切开瘻管的目的。

表 1 治疗前后排便情况对比观察

	排便平均时间(min/次) ^a	排便平均频次(d/次) ^b
治疗前	21.7 ± 9.1	3.8 ± 1.2
治疗后	10.1 ± 3.4	1.4 ± 0.5

^a $P < 0.05$, ^b $P < 0.01$ vs 治疗前。

无效0例, 总有效率100%。疗程7-33 d, 平均21 d。一般术后7-14 d所挂之橡皮筋脱落, 未脱落者予以再次紧线。本组病例中, 一次紧线者8例, 需要二次乃至多次紧线者4例。

2.3 排便情况 治疗前后排便情况对比观察见表1, 所有患者术后排便均较术前通畅, 排便时间明显缩短($P < 0.05$)。其中有4例伴有腹痛腹胀患者, 术后腹痛腹胀症状消失。所有患者治疗期间未出现大出血等严重并发症。

2.4 狭窄口径 治疗前后狭窄口径通过指节的变化情况见表2, 术前轻中度狭窄的9例患者术后直肠指诊均可顺利通过1-2指, 余3例重度狭窄患者指诊亦可通过食指末端指节, 且疼痛不甚, 挂线断端无异常出血、糜烂。术后随访1 mo-4年, 无狭窄发生。

3 讨论

众所周知, 直肠狭窄有良恶性之别, 中医挂线主要针对直肠良性狭窄。本组12例直肠狭窄患者, 均有肛直肠手术病史。其中痔手术引起的狭窄主要是结扎了过多的直肠下段黏膜, 创面瘢痕挛缩而致。消炎灵注射引起的狭窄, 往往是技术操作不当所致, 如无菌操作不严格, 注射部位过深过于集中、或范围过广、注药量过多、浓度过高等, 导致直肠壁肌层坏死、内纤维组织增生、肥厚、失去弹性, 管腔狭小^[3-4]。而对于直肠癌术后的吻合口狭窄, 则主要是由于吻合口缺血、吻合口处夹杂过多的脂肪组织、吻合口瘘二期愈合、吻合口处钛钉脱落不全或感染等^[5-9], 此时宜排除吻合口复发的情况。对于直肠狭窄的治疗, 临床报道有扩肛(食指、扩肛器^[6]、球囊^[10])、狭窄环切开、内镜下激光^[11]或电烙切除狭窄环、经肛门吻合器环切狭窄环^[12-14], 以及皮质类固醇注射^[15]等。但是, 单纯扩肛, 适应范围窄, 作用有限, 且疗程过长。狭窄环切开, 患者要面临出血的危险, 电刀虽可减少出血, 但对于一些基层医院, 甚至未必具备, 况且对于位置较高的直肠狭窄, 难以暴露狭窄部位, 手术操作困难。术后创面新鲜, 亦容易重新粘连形成狭窄环或感染。激

表 2 治疗前后狭窄口径变化情况

狭窄口径	疗前病例数(n)	疗后病例数(n)
可顺利通过1-2指	0	9
食指末节可通过	4	3
食指末节通过较困难, 伴疼痛	5	0
食指指尖亦难通过, 疼痛甚	3	0

光或电烙切除狭窄环临床可操作性差。经肛门吻合器环切狭窄环, 费用较高, 手术风险较大。注射激素类应用范围较窄, 疗效有限。我们采用单纯挂线法使狭窄环缓慢切开, 避免了直接切开造成的出血, 患者基本无痛苦, 可于出院后紧线, 缩短了住院时间, 实施方便, 无论从患者的心理上还是经济上都比较容易接受, 疗效上也得到肯定, 值得临床推广应用。

挂线是中国医药学宝库的珍贵遗产, 早在汉朝长沙马王堆出土文物已有记载, 最早是用于肛瘻的治疗。中医挂线治疗肛瘻主要是通过线(橡皮筋)的缓慢勒割作用, 压迫肌肉, 引起缺血坏死而缓慢分离, 断端肌肉由于线的异物刺激作用, 与周围产生粘连固定, 离断时不会导致断端肌肉快速回缩而形成肛门失禁。我们采用挂线治疗直肠狭窄, 取其以线代刀, 缓慢切开瘢痕组织, 达到松解狭窄环的目的, 可有效防止直接切开导致出血的并发症。在缓慢切分开离过程中, 黏膜不断向切开端生长, 防止断端组织粘连, 从而达到扩大肠腔、消除狭窄梗阻症状的目的。特别是对于狭窄环位置较高的病例, 在直肠内直接切开手术暴露非常困难, 挂线就更加显示了其优越性。

挂线治疗过程中及术后注意事项: (1)依据狭窄程度选择是否多处挂线, 手术时挂线可挂1-3处, 保证充分切断狭窄环: 对轻度狭窄者只在狭窄最明显处作单根挂线, 对中度狭窄则在截石位3、9点作双根挂线, 对重度狭窄需在3、7、11点处挂线三根。当然, 在实际临床操作中, 还应根据狭窄的形态、部位与程度进行选择, 不必拘泥于右前、右后及左中。(2)一般直肠前壁不予挂线, 因女性可能损伤阴道后壁, 男性可能损伤前列腺、精囊腺或尿道。(3)术后早期扩肛, 并尽早恢复饮食, 促进胃肠功能的恢复, 恢复排便对狭窄处的机械性扩张作用, 对于提高挂线疗效, 防止狭窄复发均具有积极意义。

4 参考文献

- 戴慎, 薛建国, 岳沛平. 中医病证诊疗标准与方剂选用.

- 北京: 人民卫生出版社, 2001: 790-793
- 2 李雨农. 中华肛肠病学. 第1版. 重庆: 科学技术文献出版社重庆分社, 1990: 452-457
- 3 吴冰. 挂线治疗肛管直肠狭窄8例. 安徽中医学院学报 1993; 12: 29
- 4 陈凯, 王素贞, 裴锡玉. 医源性肛管直肠狭窄19例分析. 实用外科杂志 1990; 10: 604
- 5 叶一泉, 贾平, 肖坚, 黄崇民. 吻合器与直肠吻合口狭窄. 大肠肛门病外科杂志 1997; 3: 30-31
- 6 陈贤贵, 李德川, 陈万源. 直肠癌保肛手术吻合口狭窄的预防和治疗. 大肠肛门病外科杂志 1997; 3: 22-24
- 7 任东林, 罗湛滨, 范小华. 直肠癌超低位双吻合器吻合口狭窄原因分析及预防. 外科理论与实践 1998; 3: 153-155
- 8 王夫景, 杨茂鹏, 于洪亮, 杨维良. 低位直肠癌Dixon术后吻合口狭窄的原因. 中国普通外科杂志 2007; 16: 370-372
- 9 郁宝铭, 李东华, 郑民华, 王灏. 双吻合器低位前切除术治疗低位直肠癌. 现代手术学杂志 1997; 2: 79-81
- 10 Kan H, Furukawa K, Suzuki H, Tsuruta H, Matsumoto S, Akiya Y, Teranishi N, Sasaki J, Tajiri T. An improvement in the quality of life after performing endoscopic balloon dilation for postoperative anastomotic stricture of the rectum. *J Nippon Med Sch* 2007; 74: 418-423
- 11 Kato K, Saito T, Matsuda M, Imai M, Kasai S, Mito M. Successful treatment of a rectal anastomotic stenosis by transanal endoscopic microsurgery (TEM) using the contact Nd:YAG laser. *Surg Endosc* 1997; 11: 485-487
- 12 Pabst M, Giger U, Senn M, Gauer JM, Boldog B, Schweizer W. Transanal treatment of strictured rectal anastomosis with a circular stapler device: simple and safe. *Dig Surg* 2007; 24: 12-14
- 13 Shimada S, Matsuda M, Uno K, Matsuzaki H, Murakami S, Ogawa M. A new device for the treatment of coloproctostomic stricture after double stapling anastomoses. *Ann Surg* 1996; 224: 603-608
- 14 Schlegel RD, Dehni N, Parc R, Caplin S, Tiet E. Results of reoperations in colorectal anastomotic strictures. *Dis Colon Rectum* 2001; 44: 1464-1468
- 15 Lucha PA Jr, Fticasar JE, Francis MJ. The strictured anastomosis: successful treatment by corticosteroid injections--report of three cases and review of the literature. *Dis Colon Rectum* 2005; 48: 862-865

■同行评价

本文就医源性损伤造成直肠狭窄这一难题进行探讨, 具有较广泛的应用价值。

编辑 史景红 电编 吴鹏朕

ISSN 1009-3079 CN 14-1260/R 2008年版权归世界华人消化杂志

• 消息 •

世界华人消化杂志标点符号用法

本刊讯 遵照国家标准GB/T 15834-1995标点符号用法的要求, 本刊论文中的句号都采用黑圆点; 数字间的起止号采用“-”字线, 并列的汉语词间用顿号分开, 而并列的外文词、阿拉伯数字、外文缩略词及汉语拼音字母拼写词间改用逗号分开, 参考文献中作者间一律用逗号分开; 表示终了的标点符号, 如句号、逗号、顿号、分号、括号及书名号的后一半, 通常不用于一行之首; 而表示开头的标点符号, 如括号及书名号的前一半, 不宜用于一行之末. 标点符号通常占一格, 如顿号、逗号、分号、句号等; 破折号应占两格; 英文连字符只占一个英文字符的宽度, 不宜过长, 如5-FU. 外文字符下划一横线表示用斜体, 两横线表示用小写, 三横线表示用大写, 波纹线表示用黑体. (常务副总编辑: 张海宁 2008-12-08)