



· 临床研究 ·

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疗效对比

刘仁峰 (茶陵县高陇中心卫生院, 湖南株洲 412402)

摘要: **目的** 观察分析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疗效。**方法** 选取我院 2015 年 1 月—2016 年 1 月收治的 90 例直肠前突病例作为分析对象, 根据不同手术方法分为观察组 45 例, 对照组 45 例, 观察组实施经肛吻合器直肠黏膜切除术治疗, 对照组实施经直肠闭式修补术治疗, 观察手术效果。**结果** 观察组手术相关指标均优于对照组, 组间比较 ($p < 0.05$); 观察组总有效率为 95.57% (43/45) 显著高于对照组的 80.00% (36/45) ($p < 0.05$)。**结论** 对直肠前突患者采用经肛吻合器直肠黏膜切除术较经直肠闭式修补术更具优势, 能有效改善患者手术相关指标, 利于患者术后恢复, 且安全性高, 具有推广价值。

关键词: 经肛吻合器直肠黏膜切除术 经直肠闭式修补术 直肠前突 疗效

中图分类号: R657.18 **文献标识码:** A **文章编号:** 1009-5187 (2016) 10-120-01

直肠前突是普外科的常见疾病, 指直肠阴道以及直肠壁由于弹性降低, 在排便压力的作用下向阴道方向排除, 从而改变排便力线^[1]。直肠前突多因年龄、慢性便秘以及分娩所致, 常见症状有便不尽、排便困难、排便间隔时间长。针对直肠前突临床治疗方案有保守治疗和外科手术治疗, 保守治疗起效慢, 治疗效果欠佳, 尤其是针对病情严重的患者, 保守治疗难以取得满意治疗效果, 通常采用外科手术治疗。本研究旨在探讨经肛吻合器直肠黏膜切除术和经直肠闭式修补术治疗直肠前突的临床疗效, 情况如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组 90 例直肠前突患者为我院 2015 年 1 月—2016 年 1 月期间所收治, 结合患者临床症状、直肠指诊、排粪造影检查确诊。入选患者均为女性, 年龄 24—67 岁, 平均年龄 (45.5±2.6) 岁, 病程 4—13 年, 平均 (8.5±3.2) 年, 排便时间 20—53min, 平均 (36.5±2.7) min, 取得患者同意, 签署手术知情同意书, 按不同手术方法, 分为观察组和对照组各 45 例, 两组患者基线资料均衡性高可比 ($p > 0.05$)。

1.2 手术方法 观察组: 对患者实施经肛吻合器直肠黏膜切除术治疗, 完善术前检查, 做好术前准备。给予全身麻醉, 患者取截石位, 对阴道和手术区常规消毒, 选择直肠阴道隔膜最薄弱的部位, 置入肛镜缝合器, 与齿状线 2—5cm 处采用肠腺从 3, 9 点处顺黏膜做荷包缝合, 一共做 2 个, 且每个都需缝合 1 周, 两个荷包的距离为 1.5—2.0cm。然后缝合前部, 根据阴道指诊确定进针深度, 防止进针太深损伤直肠阴道。随后置入吻合器, 将缝线逐步收紧, 击发缝合器, 30s 后开始加压, 然后取出。观察患者直肠前臂是否出现凹陷、紧张、松弛脱垂, 若没有, 则消毒后在肛门填塞油纱条, 包扎手术切口并固定。对照组: 对患者实施经直肠闭式修补术治疗, 术前准备、麻醉方式、手术体位同观察组, 将直肠前壁暴露于术野, 牵开肛门直肠远端, 使用食指进入阴道, 并沿着肛管方向将直肠前壁顶起, 在直肠壁最薄弱的部位采用止血钳将其夹起, 采用肠腺沿齿状线 1cm 处进行缝合, 直至耻骨联合出。缝合标准以上窄下宽的原则为宜, 余下操作同观察组。术后处理: 所有患者术后需禁食 1 天, 1 天后可给予清淡流食, 术后 1 天拔出引流管, 同时给予消炎、止血、换药等治疗。

1.3 疗效判定 参照视觉模拟评分^[2] (VAS) 评估患者术后疼痛, 分值为 0—10 分, 分值越高, 疼痛越明显。评价手术治疗效果: 显效: 患者症状、体征全部消失, 造影检查结果提示, 前突深度低于 5mm, 有效: 患者症状、体征明显改善, 造影检查结果提示, 前突深度比治疗前减少 8—11mm, 无效: 不符合以上任一条件。记录患者手术时间、术中出血量、住院时间。

1.4 统计学处理 收集整理本组研究所得数据, 建立数据库, 在统计学软件 SPSS17.0 中作计数资料和计量资料处理分析, 计数资料应用 (n%) 进行描述, 组间或组内数据经卡方检验; 采用 ($\bar{x} \pm s$) 对计量资料进行表示, 独立样本采用 t 检验, 如果检验结果为差异 $P < 0.05$, 说明差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 手术效果 观察组总有效率为 95.57% (43/45) 显著高于对照组的 80.00% (36/45) ($p < 0.05$), 组间比较 ($p < 0.05$), 见表 1。

表 1: 两组患者手术效果比较 (n, %)

组别	n	显效	有效	无效	总有效率
观察组	45	30 (66.67)	13 (28.89)	2 (4.44)	43 (95.56)
对照组	45	25 (55.56)	11 (24.44)	9 (20.00)	36 (80.00)
χ^2	-	2.5970	0.5063	11.2855	11.2855
P	-	>0.05	>0.05	<0.05	<0.05

2.2 手术指标 观察组手术相关指标均优于对照组, 组间比较 ($p < 0.05$), 见表 2。

表 2: 两组患者手术相关指标 ($\bar{x} \pm s$)

组别	n	手术时间 (min)	术中出血量 (ml)	VAS 评分 (分)	住院时间 (d)
观察组	45	18.33±4.93	6.35±3.29	3.74±0.42	5.83±3.11
对照组	45	35.84±7.73	17.73±6.47	6.56±0.75	7.89±4.39
t	-	12.8116	10.5173	24.1141	2.5686
P	-	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

3 讨论

直肠前突是临床常见病, 患者多有强烈便意, 但有排便时间长、排便困难、排便不尽等临床症状, 需要采用开塞露辅助排便。该病在女性群体中较常见, 由于女性盆骨出口大, 而会阴体狭窄, 直肠前壁仅依靠薄弱的阴道隔支撑, 且肌肉筋膜不坚强的生理特点。加之女性在经历分娩时, 会增强阴道后壁的扩张以及压迫作用, 从而导致阴道隔更薄弱。针对直肠前突, 传统治疗难以达到满意疗效, 因此多采用外科手术治疗, 其治疗目的是修复直肠缺损部位、切除突出囊袋, 消除薄弱区域, 建立坚固的直肠阴道壁, 从而达到治疗目的, 恢复患者排便功能^[3]。

本研究结果提示, 观察组治疗总有效率比对照组高, 手术时间以及住院时间均短于对照组, 术中出血量少于对照组, VAS 评分低于对照组, 说明经肛吻合器直肠黏膜切除术可取得满意治疗效果。经肛吻合器直肠黏膜切除术将部分直肠黏膜切除, 增加直肠黏膜的张力, 从而使直肠前突的宽度缩小, 将吻合口设置在阴道前臂的薄弱区, 手术切口愈合后的疤痕会与黏膜下层及肌肉层疤痕粘连, 从而加强直肠前壁力量, 减轻前突程度, 从而达到治疗目的。

综上, 对直肠前突患者采用经肛吻合器直肠黏膜切除术较经直肠闭式修补术更具优势, 能有效改善患者手术相关指标, 利于患者术后恢复, 且安全性高, 可在临床大力推广。

参考文献

- [1] 袁鹿, 郭剑波, 林树森等. 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对比研究 [J]. 中国普外基础与临床杂志, 2012, 19(2):151-156.
- [2] 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, 32(4):386-389.
- [3] 李波. 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]. 大家健康, 2015, 9(9):138-138.