

· 专题笔谈 ·

李华山教授注射治疗直肠脱垂经验

李华山¹ 崔国策²

直肠脱垂为肛肠科治疗难度较高的疾病,国外发病率为 0.4% ~ 2.1%,国内发病率为 0.4% ~ 1.9%^[1]。长期的完全性直肠脱垂将会导致阴部神经损伤而产生肛门失禁、溃疡、出血、狭窄以及坏死的危险。国外多以手术治疗为主,手术方法多达 200 多种,常用的也有数 10 种^[2,3],如经腹直肠前悬吊固定(Ripstein)术、经腹直肠后悬吊固定(Wells)术、阔筋膜直肠固定(Orr)术、耻骨直肠肌悬吊(Nigro)术、经会阴直肠黏膜切除及肠壁肌层折叠缝合(Delorme)术、经会阴直肠乙状结肠部分切除(Altemeier)术、肛管环缩(Thiersch)术等,但尚无一种十分理想的手术方法^[4]。直肠脱垂的发病机制一般认为是由于盆底支持系统的紊乱,如肌群及韧带的松弛、或直肠与骶骨的分离,导致直肠失去盆底支持系统强有力的固定而出现滑脱下移。Bishawi M 等^[5]认为直肠脱垂的远期复发与直肠的活动度相关,而直肠的固定方式和手术入路对直肠脱垂的复发没有影响,而手术治疗的目的是纠正解剖异常和治疗伴随症状,减少便秘和疼痛等并发症,达到一个可接受的复发率^[6]。

李华山教授认为注射疗法尚存在以下问题有待解决。一是缺少完美的注射药物,常用的注射药物有酒精、50%葡萄糖、石碳酸杏仁油、5%鱼肝油酸钠、明矾注射液、芍倍注射液、消痔灵注射液等。目前国内能够使用且效果较好的就只有消痔灵注射液,但硬化效果更好、并发症少的药物则有待开发;二是注射方法尚不完善,目前的注射方法主要包括两大部分,即黏膜下层注射与直肠周围间隙注射,有些患者注射部位或仅限于黏膜下,或仅限于直肠周围间隙的两侧与后侧,对于直肠前方的注射男性因有前列腺与精囊腺,女性因有直肠阴道隔,怕误伤这些组织而不敢注射;三是现有的直肠脱垂分类与分度标准,对指导直肠脱垂的治疗针

对性不强,因为直肠脱垂往往合并盆腔其他功能障碍性疾病,如子宫阴道脱垂、膀胱脱垂、便秘与大便失禁等。四是现有的临床研究样本量偏少,随访时间偏短,尚缺少大样本、前瞻性、长期的随机对照或队列研究;五是注射疗法治疗直肠脱垂的作用机制尚不明,导致医师对注射方法、注射部位、药物浓度与用量及其与疗效的关系把握不准,从而影响了临床疗效,甚至会出现一些并发症;六是复发,尤其是对于女性合并子宫脱垂的患者;七是注射后的后遗症问题,如大便失禁,肛门直肠坠胀与疼痛,便秘等。

李华山教授采用消痔灵注射液,其是由五倍子的主要成分鞣酸和明矾(硫酸铝钾)为主组成,中医学认为“酸可收敛,涩可固脱”,而明矾中的有效成分硫酸铝钾水溶液中的铝离子,能对注射部位局部产生较强的致炎作用,并可促使直肠周围组织纤维化,与五倍子的另一主要成分鞣酸相配合可使有效成分延缓组织吸收,能促使铝离子的致炎作用得到最大程度的发挥。通过药物的刺激作用,在直肠周围可以形成无菌炎症反应,促进直肠周围肌群的功能恢复,并能使直肠周围组织纤维化得以粘连固定,从而得以对抗腹压、恢复盆底支持系统的力平衡。

以往多采取双层四步注射疗法^[7],直肠前方是不予注射的。但是临床中,我们观察到直肠前壁不注射而使脱出物呈水牛角样弯向直肠后方。如何解决此问题,临床中我们首先选择年老的男性患者,于直肠与前列腺之间仔细穿针,首先少量注射 1:1 的消痔灵稀释液,观察患者术后反应不明显后,再逐步增加注射剂量,注射浓度也由 1:1 稀释液变成消痔灵原液,取得了较好的效果。一般认为在用药量不变的情况下,注射方法与疗效亦密切相关。上述直肠周围四点注射法强化了直肠前壁的注射。在此基础上,进一步发展演化的直肠周围间隙八点注射法与原双层四步注射法相比,全方位地增加了直肠周围的注射量,增强了直肠与周围组织的粘连效果。况且,直肠周围注射法与双层四步注射法相比,由于减少了黏膜下层注射,减少了感染的机会,因不会阻断黏膜下层血液循环,相反有可能保证了黏膜下层的血液供应,以避免直肠的完全坏死,则有可能减少了并发症的发生。

基金项目:国家自然科学基金资助项目(No. 81173275, No. 81673988)

作者单位:1. 中国中医科学院广安门医院肛肠科(北京 100053);
2. 中国中医科学院广安门医院南区肛肠科(北京 102618)

通讯作者:李华山, Tel: 13501224125, E-mail: lihuashan@263.net

DOI: 10. 7661/j. cjm. 20171020. 258

而在注射方法不变的情况下,用量越大疗效越好,治愈率越高,复发率越低。我们为了不增加注射总量,故将四步注射法中的黏膜下层注射的药量改在直肠周围注射之中,从而增加了直肠与周围组织粘连的效果。

并发症的发生多数与消痔灵引发的炎症反应有关,炎症反应的严重程度则与消痔灵注射液的使用剂量、浓度、部位有关。我们以亚甲蓝注射做引导,高位注射见腹膜外蓝染,亦未发现注射液体进入腹腔。我们以注射 5 mL 消痔灵为例,第一次注射,穿刺到顶端不退针的时候,即使注射部位比较高,穿透了盆底的腹膜层进入腹腔,加之盆腔液体的稀释,亦未见严重并发症。我们认为消痔灵注射治疗成人完全性直肠脱垂是安全的,但注射剂量增大、局部浓度过高、手术技术不熟练、患者一般状况不佳及病情严重等因素可导致术后风险增加。故严格掌握手术适应症、熟练手术技巧、严格控制注射剂量是避免风险的重要手段。

尤其是在国内外首先将全消化道小肠造影与排粪造影相结合(称为直肠脱垂的双重造影),用于直肠脱垂的诊断及治疗。对于男性患者,二重造影即可显示直肠脱垂是否伴有小肠脱垂,以此判断直肠脱垂的类型;临床上对直肠脱垂患者进行了全消化道双重造影,待小肠全部显影后,令患者侧坐行排粪动作,此时结肠和直肠不显影,可见脱出于肛门外的即为小肠,结果显示有部分病例伴有小肠脱垂。

对于女性患者,双重造影与阴道造影相结合(称为三重造影),克服了单一盆腔器官造影术在诊断上的一些缺陷,特别是对女性盆腔多器官脱垂的诊断帮助更大。女性伴有子宫脱垂者,仅注射直肠周围会显著影响疗效,必须加用阴道周围及子宫侧韧带内的注射^[8]。

若直肠脱垂不伴小肠脱出者,根据引起直肠脱垂的病因主要有滑动性疝学说和肠套叠学说,我们考虑此类型患者为肠套叠型,予以常规的注射治疗,伴有小肠脱出者考虑为滑动性疝型,可以考虑给与相应的辅助治疗,如在直肠前壁给与消痔灵稀释液注射,或采取结扎治疗,或采取手术治疗,以提高疗效。

注射法临床应用的关键因素是复发,复发后虽可

以重新注射,但时间点难以把握,我们的经验是磁共振扩散加权成像的平均表观弥散系数 ADC 值可作为复发预警系统的主要观察指标。通过 MRI 工作站将 DWI 信息转化为可测量的 ADC 值,用来区分直肠周围各种组织,对预测注射后直肠脱垂的复发,确定再次注射时机有着重要的意义。

李华山教授通过数 10 年的临床经验总结,创造性地提出了消痔灵直肠周围间隙八点注射法治疗完全性直肠脱垂,对于女性伴有子宫脱垂者,亦首次提出加用阴道周围注射。在以往疗法的注射部位、注射量、注射方法上有较大改进,显著提高了治疗效果,降低了复发率。

参 考 文 献

- [1] 田振国,韩宝.中国肛肠病研究心得集[M].北京:中医古籍出版社,2011:292-296.
- [2] 马树梅,王晓锋,李华山.直肠脱垂常见的经会阴术式选择[J].世界华人消化杂志,2010,18(32):3391-3395.
- [3] 马树梅,王晓锋,李华山.直肠脱垂常见的经腹术式选择[J].世界华人消化杂志,2010,18(31):3281-3286.
- [4] Marchal F, Bresler L, Ayav A, et al. Long-term results of Delorme's procedure and Orr-Loygue rectopexy to treat complete rectal prolapse[J]. Dis Colon Rectum, 2005, 48(9): 1785-1790.
- [5] Bishawi M, Foppa C, Tou S, et al. Recurrence of rectal prolapse following rectopexy: A pooled analysis of 532 patients[J]. Colorectal Dis, 2016, 18(8): 779-784.
- [6] Reche F, Faucheron JL. Laparoscopic ventral rectopexy is the gold standard treatment for rectal prolapse[J]. Tech Coloproctol, 2015, 19(10): 565-566.
- [7] 崔国策,李嘉俊,贝绍生,等.消痔灵双层四步注射法治疗成人完全性直肠脱垂的疗效分析[J].结直肠肛门外科,2017,23(2):260-263.
- [8] 崔国策.消痔灵注射治疗盆腔器官脱垂动态 MRI 及三重造影的影像学评价[D].北京:中国中医科学院,2012.

(收稿:2017-05-08 修回:2017-10-20)

责任编辑:段碧芳

英文责编:张晶晶