

· 临床研究 ·

直肠前突围手术期应用快速康复外科理念的治疗体会

刘持旺

菏泽家政职业学院外科教研室, 山东 单县 274300

摘要: **目的** 探讨快速康复外科理念(FTS)在直肠前突围手术期中的应用效果。**方法** 选取2013年2月至2014年3月收治的直肠前突患者60例,随机分为观察组($n=30$)与对照组($n=30$)。观察组围手术期处理应用FTS,对照组围手术期处理采用传统方法。术后1、3、6个月随访,比较两组间手术情况及术后康复情况。**结果** 观察组术后出血量小于对照组($t=4.899, P<0.01$),术后疼痛(PAS评分)和尿潴留、肛门坠胀、阴道不适(疼痛、异物感)、肛缘水肿发生率均低于对照组($t=4.745, \chi^2=4.706, 4.444, 9.317, 4.320, P<0.05$ 或 $P<0.01$);观察组未出现感染病例,对照组术后出现6例感染(20.0%);肛门坠胀发生率观察组(46.7%)与对照组(73.3%)均偏高,属术后最常见的并发症;两组间均未出现直肠阴道瘘与肛门失禁病例。观察组手术时间、术中出血量大于对照组($t=3.820, 2.521, P<0.01, P<0.05$),而住院时间、创面愈合时间、住院费用均小于对照组($t=6.020, 5.260, 29.897, P$ 均 <0.01)。术后随访表明,观察组治愈率为86.7%、好转率13.3%,对照组治愈率为76.7%、好转率23.3%,两组比较差异无统计学意义(P 均 >0.05)。所有病例肛门自制功能良好,未见复发患者。**结论** 在直肠前突围手术期应用FTS方案,治疗效果好,患者康复快。

关键词: 快速康复外科; 直肠前突; 围手术期; 应激反应; 并发症

中图分类号: R 657.1 **文献标识码:** B **文章编号:** 1674-8182(2015)08-1051-03

快速康复外科(fast track surgery, FTS)是在2001年以国外著名教授 Kehlet 等为主提出的一种新的手术治疗理念,其对传统的围手术期处理进行优化,并获得临床循证医学的支持^[1-3],其主要含义是在术前、术中、术后使用各种有效的方法来减少手术的应激反应及并发症,以加速患者的康复。15年来,该理论已得到我国临床医学界的认可和接受,并逐渐实施于临床各科室。本文就我院将FTS理念应用于治疗直肠前突性疾病的体会做一简要介绍。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取2013年2月至2014年3月收治的直肠前突病例60例(均为已育女性),按住院顺序随机分为观察组($n=30$)和对照组($n=30$)。观察组年龄33~54(42 ± 6.5)岁;孕育1~4(1.7 ± 0.6)次;有会阴侧切史16例;病程8~28(16 ± 7.5)年;伴有内痔9例,外痔8例,其中6例表现为混合痔。对照组36~58(40 ± 3.5)岁;孕育1~5(1.9 ± 0.5)次;曾行会阴侧切19例;病程5~25(18 ± 4.5)年;伴有内痔11例,外痔10例,其中8例表现为混合痔。两组患者年龄、孕育次数、有无会阴侧切史、是否合并痔及病程方面比较差异无统计学意义(P 均 >0.05)。

1.2 病例选择标准 (1)符合功能性便秘诊断标准^[4]; (2)有典型的症状; (3)直肠指诊:直肠前壁薄弱、松弛并向阴道突入; (4)排便造影,直肠前突 >3 cm,有造影剂存留^[5],该方法为诊断本病的可靠依据; (5)保守治疗6个月无明显效果; (6)患者主动要求住院手术治疗且能配合术后随访者。所选病例主要表现:(1)排便习惯,有排便不尽、肛门堵塞、便时疼痛或便血症状,排便时间偏长(>15 min); (2)排便方式,平时难以完成自然排便,需要协助排便,如服用泻药、手法按压会阴部或灌肠协助排便; (3)直肠指诊,直肠前壁可触及圆形或卵圆形薄弱区,并向前突入阴道方向; (4)排便造影,直肠呈囊袋状向前突出,边缘光滑,钡剂通过肛管困难。

1.3 病例排除标准 (1)肠道占位性病变、肠易激综合征,结肠慢传输症; (2)全身代谢与内分泌性、精神障碍性、重要传染性疾病,重要脏器器质性疾病; (3)合并盆底肌痉挛综合征、耻骨直肠肌痉挛症、直肠黏膜内脱垂、肛裂、肛瘘、肛管狭窄等疾患; (4)有肛门手术病史,术后不能随时来院接受检查、随访者。

1.4 围手术期处理方法 观察组:(1)增进医患互信,消除患者顾虑,术前3 d开始饮食调节,鼓励患者以饮用奶粉为主,术前8 h禁饮食,术前温水灌肠、阴道冲洗。(2)手术方法为硬膜外麻醉,选择经会阴横切横缝肛提肌的方法^[6],取阴道后方会阴部皮肤横行切口,钝性分离阴道后壁,显露直肠前壁囊状薄弱

区及两侧的肛提肌,自囊状薄弱区上方用丝线间断横行缝合两侧肛提肌、最后缝合皮肤切口,切口皮下放置橡皮引流条。肛门内再次消毒,内痔区行消痔灵注射,外痔核选择性皮下清理,内、外痔区创面不连续,术后留置导尿管。(3)术后执行硬膜外麻醉后护理,禁饮食 6 h,静脉滴注林可霉素、甲硝唑 4 d;36 h 拔除导尿管,48 h 拔除引流条;患者下床活动要有专人陪护,以防止患者晕厥;密切观察体温变化及肛门部表现,及时处理异常情况;术后饮食以易消化、富含粗纤维食物为主,勿食辛辣,保持排便畅通,2 周内勿肛门坐浴,排便后用纱布温水擦浴;改变不良生活方式及排便习惯^[7],术后 1、3、6 个月来院复查。对照组:(1)术前流质饮食,术前灌肠、阴道冲洗。(2)手术方法选择经阴道修补法,麻醉同上,在阴道后壁做一纵行切口,长度超过直肠前壁薄弱区范围,左右分离阴道后壁显露两侧的肛提肌,用普通丝线横行缝合两侧肛提肌,再间断纵行缝合阴道黏膜,痔疮处理采用消痔灵注射+外剥内扎术。(3)术后处理,术后麻醉处理同观察组,普通饮食,勿食辛辣,静脉滴注林可霉素、甲硝唑 7 d,观察体温及肛门部切口情况,及时发现感染并处理,随访要求同观察组。

1.5 疗效判定^[6] 两组均于术后 1、3、6 个月随访。

(1)疗效判断:治愈,每日排便 1~2 次,顺利;肛诊直肠前壁袋状凹陷消失,无粪便存积;排便造影,钡剂完全排空。好转,2~3 d 排便 1 次,排便时间较术前缩短,偶尔用开塞露助排;肛诊直肠前壁袋状凹陷消失,有少量粪便存积;排便造影,钡剂基本排空。无效,症状无改善;肛诊直肠前壁袋状凹陷变浅,有多量粪便存积;排便造影,钡剂不能完全排空。(2)疼痛判断:采用视觉模拟评分法(VAS)^[8],0 分为无痛,10 分为最痛,由患者根据感觉进行自我评定,数值越高,表明疼痛程度越严重。

1.6 统计学方法 采用 SPSS 13.0 软件进行数据分析。计量资料正态分布用 $\bar{x} \pm s$ 表示,两组比较采用

成组 t 检验;计数资料两组比较采用 χ^2 检验和校正 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 术后并发症比较 观察组术后出血量小于对照组($P < 0.01$),术后疼痛 VAS 评分及尿潴留、肛门坠胀、阴道不适(疼痛、异物感)、肛缘水肿发生率均低于对照组($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$);观察组未出现感染病例,对照组术后出现 6 例感染(20.0%);肛门坠胀发生率在观察组(46.7%)和对照组(73.3%)均偏高,属术后最常见的并发症;两组间均未出现直肠阴道瘘与肛门失禁病例。见表 1。

2.2 手术及术后康复指标比较 观察组手术时间、术中出血量大于对照组($P < 0.01$ 或 $P < 0.05$),而住院时间、创面愈合时间、住院费用均小于对照组(P 均 < 0.01)。所有病例肛门自制功能良好,未见复发患者。见表 2。术后随访表明,观察组治愈 26 例(86.7%),好转 4 例(13.3%);对照组治愈 23 例(76.7%),好转 7 例(23.3%),两组比较差异无统计学意义($P > 0.05$)。

3 讨论

直肠前突是引起中老年女性功能性便秘的最常见病因,其发生与多种因素有关^[6,9],本病与便秘之间何者为起始病因目前尚无临床资料考证,但在患者就诊时二者多已构成互为因果的关系,此时,直肠前突已发展成为不可逆的机械性病变,保守治疗难以奏效,应选择手术治疗^[10]。目前本病的手术方法较多,术后并发症也较多^[11-12],选择创伤小、恢复快、疗效好的治疗方法一直为临床追寻的目标。

FTS 又称快通道外科,是指为了加快择期手术患者术后恢复而采取的一系列围手术期多学科技术综合运用措施^[13-15],是近年来兴起的一种新的治疗理念,其在临床上已经开展并已获得可喜的成就,但

表 1 两组术后并发症比较 [$n = 30$, 例(%)]

组别	术后出血 (ml, $\bar{x} \pm s$)	VAS 评分 (分, $\bar{x} \pm s$)	尿潴留	肛门坠胀	感染	阴道不适	肛缘水肿
观察组	1.5 ± 0.5	3.3 ± 1.6	1 (3.3)	14 (46.7)	0	2 (6.7)	2 (6.7)
对照组	2.5 ± 1.0	5.2 ± 1.5	8 (26.7)	22 (73.3)	6 (20.0)	12 (40.0)	8 (26.7)
t/χ^2 值	4.899	4.745	4.706	4.444	4.630	9.317	4.320
P 值	<0.01	<0.01	<0.05	<0.05	<0.05	<0.01	<0.05

表 2 手术及术后康复指标比较 ($n = 30$, $\bar{x} \pm s$)

组别	手术时间 (min)	术中出血量 (ml)	住院时间 (d)	创面愈合 (d)	住院费用 (元)
观察组	20.5 ± 3.5	10.5 ± 5.5	7.5 ± 1.3	6.7 ± 1.5	5550 ± 230
对照组	17.5 ± 2.5	7.5 ± 3.5	10.5 ± 2.4	9.5 ± 2.5	7250 ± 210
t 值	3.820	2.521	6.020	5.260	29.897
P 值	<0.01	<0.05	<0.01	<0.01	<0.01

在肛肠外科的运用仍不多,运用该项技术,我们对直肠前突患者的围手术期进行了优化:(1)改变传统的门诊检查无手术禁忌证就可以住院手术的做法,先进行健康指导、医患沟通工作,以建立医患互信。术前 3 d 鼓励患者饮用奶粉(价格低、营养全面、无渣)、术前 8 h 禁饮食,以减少术后早期排便次数,便于患者卧床休息;用温水灌肠、冲洗,让患者感到舒适。(2)纳入微创外科、顾全大局的理念,采用经会阴横切口横缝肛提肌方法,确保阴道完整性,使术后感染、阴道不适(疼痛、异物感)发生率明显低于对照组^[16];用钝性法分离直肠阴道隔、内外痔核分别处理确保了肛垫的完整性^[17],使手术创伤小、术后出血少、疼痛轻,也降低了发生尿潴留及肛缘水肿的机会;微创术式创伤小,利于术后创面愈合,利于缩短住院观察时间;但该术式操作因暴露不佳致使手术时间、术中出血量长于对照组,普通丝线持续牵拉与留置既加强了直肠前壁,也导致了术后较高的肛门坠胀率^[6],两组间相仿。(3)术后限制饮食、短期导尿、早期勿坐浴可减少污染切口创面的机会,进而减少抗生素的使用量;合理的健康指导有利于缩短恢复时间、增强远期疗效。虽然两组治愈率相近,但观察组术后并发症轻、康复快、住院费用低,已彰显出 FTS 理念的优势。

直肠前突为临床上常见、患者痛苦且难以治愈的一类疾病,应用 FTS 理念虽然不能明显提高其治愈率,但有利于帮助患者安全度过围手术期,减轻患者的经济负担,让广大患者受益。

参考文献

- [1] 江志伟,黎介寿.快速康复外科-优化的临床路径[J].中华胃肠外科杂志,2012,15(1):12-13.
- [2] 蒋林哲,王月华,王爱光,等.加速康复外科疗法在胃癌病人围

手术期中的实践[J].中国临床研究,2013,26(11):1192-1194.

- [3] 赵青川,丰帆.解剖学微创向功能学微创的转变[J].中华消化外科杂志,2012,11(1):35-37.
- [4] 中华医学会消化病学分会胃肠动力学组,中华医学会外科学分会结直肠肛门外科学组.中国慢性便秘诊治指南(2013年,武汉)[J].中华消化杂志,2013,33(5):291-297.
- [5] 刘宝华.慢性便秘外科手术治疗原则[J].中华结直肠疾病电子杂志,2013,2(1):10-13.
- [6] 刘持旺,刘爱荣.经会阴横切口横缝肛提肌治疗直肠前突性功能便秘[J].中国微创外科杂志,2014,14(5):410-412.
- [7] 王仙锐,李镇.中西医结合治疗重度中高位直肠前突 30 例[J].中国中医药现代远程教育,2013,11(2):31-32.
- [8] 陈少明,于庆环,顾培德,等.痔上黏膜环形错位套扎术与环切钉合术疗效比较[J].中国中西医结合外科杂志,2014,20(3):304-305.
- [9] 王留珍,刘浏荣,袁勋伶.经阴道入路联合 PPH 治疗重度直肠前突 13 例[J].中国实用医刊,2013,40(21):125-126.
- [10] 朱兰.女性盆腔支持缺陷性疾病与便秘[J].中华胃肠外科杂志,2011,14(2):923-924.
- [11] 石洋.直肠前突外科治疗现状[J].中国中西医结合外科杂志,2012,18(6):638-640.
- [12] 王文贵.直肠前突所致出口处梗阻型便秘的手术方式及治疗效果观察[J].河北医学,2013,19(3):332-334.
- [13] 姜洪池,孙备,王刚.快速康复外科的新理念值得重视[J].中华外科杂志,2007,45(9):577-579.
- [14] 陈锋伟.快速康复外科技术在上消化道穿孔急诊修补术中的应用[J].中国基层医药,2015,22(3):416-418.
- [15] 马亮.快速康复外科理念联合针对性护理在行胃癌切除术患者护理中的应用效果评价[J].中国煤炭工业医学杂志,2015,18(5):830-833.
- [16] 孙文平,李东平,雷彪.直肠前突治疗现状[J].实用中医药杂志,2013,29(11):974-975,976.
- [17] 肖华德,黄伟超,陈河清.吻合器痔上黏膜环切钉合术治疗环形混合痔的疗效[J].实用临床医学,2013,14(5):39-41.

收稿日期:2015-02-28 修回日期:2015-03-11 编辑:王宇