

文章编号:1005-6947(2005)03-0203-03

· 临床研究 ·

外科治疗顽固性慢传输性便秘的疗效评价

王全晖, 高春芳, 魏东, 赵光

(解放军第一五〇医院 全军肛肠外科中心, 河南 洛阳 471031)

摘要: **目的** 研究顽固性慢传输性便秘(STC)外科治疗方法与结果。**方法** 回顾分析我院近几年来治疗STC 24例患者的临床资料。**结果** 18例患者接受全结肠切除术治疗,6例接受结肠次全切除术,其中14例合并有出口梗阻性便秘(OOC)的患者,术前都给予相关手术矫治,手术治愈率95.8%,术后大便次数平均为(3±1.9)次/d。腹胀由术前的75.0%降为12.5%。1例术后便秘症状复发。**结论** 结肠切除术是治疗STC的理想手术方式,为保证手术取得良好效果,对合并有OOC的患者术前应行积极矫治处理。

关键词: 便秘/外科学; 结肠切除术

中图分类号: R442.2; R656.9

文献标识码: A

Surgical treatment of refractory slow-transit constipation

WANG Quan-hui, GAO Chun-fang, WEI Dong, ZHAO Guang

(Department of Anorectal Surgery, 150th Hospital of PLA, Luoyang, Henan 471031, China)

Abstract: **Objective** To evaluate the method and outcome of surgical treatment for refractory slow-transit constipation (STC). **Methods** Clinicopathologic data of 24 patients with severe STC which underwent colectomy in recent years were retrospectively analyzed. **Results** 18 of the patients underwent pancolectomy, and 6 underwent subtotal colectomy. All of the 14 STC patients complicated with outlet obstructive constipation (OOC) were corrected preoperatively by related surgery. The curative rate of surgical treatment was 95.8%, with an average of (3±1.9) times of bowel motion per day. The incidence of abdominal distention decreased from 75% to 12.5%. One patient who underwent ileorectal anastomosis developed recurrent constipation. **Conclusions** Colectomy produces satisfactory results in the majority of patients with refractory slow-transit constipation. Patients complicated with OOC should undergo energetic preoperative correction therapy, in order to ensure a satisfactory surgical outcome.

Key words: CONSTIPATION/surg; COLECTOMY

CLC number: R442.2; R656.9

Document code: A

慢性便秘可以分为3类:(1)慢传输性便秘(slow transit constipation, STC);(2)出口梗阻性便秘(outlet obstruction constipation, OOC);(3)具有STC和OOC的混合性便秘^[1]。STC临床上多见于女性患者,是以结肠动力障碍为特征的一类顽固性便秘;表现为结肠传输减弱,大便次数明显减少,无便意,常伴有腹胀或腹痛。我科1990~2002年共治疗

STC患者24例,效果满意,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

本组男5例,女19例,男女比例为1:4.8,女性患者占79.2%。年龄为22~63岁,中位年龄为37岁,平均病程为(10±2.32)年。女性有生育史者17例,占女性患者的89.5%。

1.2 临床表现

24例患者均表现为无便意,大便次数明显减少,平均1~1.5次/周;且每次排便时间延长,大

收稿日期:2004-08-27; 修订日期:2005-01-29。

作者简介:王全晖(1976-),男,河南洛阳人,解放军第一五〇中心医院医师,博士研究生,主要从事胃肠疾病方面的研究。

通讯作者:王全晖 电话:0379-4181784-69305; E-mail: wangqh1016@sohu.com。

便量少、干结。18例(75.0%)。表现有腹胀、食欲不振,14例(58.3%)合并有OOC,表现为便意不尽感,骶尾部下坠感。19例(79.2%)有长期服用泻剂史,2例(8.3%)有长期灌肠辅助排便史。

1.3 特殊检查

全部病例均进行电子纤维结肠镜检查,以排除结肠器质性病变,其中2例发现有结肠黑变病。1例因腹胀明显,上腹部有烧灼感,经电子胃镜检查示:慢性浅表性胃炎。所有患者均行结肠传输试验,造影结果:结肠通过时间明显延长,平均为87.2h。均行排粪造影及盆底造影,造影结果:2例伴有盆疝,6例伴有不同程度的直肠前膨出,4例伴有直肠黏膜内套叠。均行气囊排出试验,与排粪造影综合判定:2例伴有耻骨直肠肌痉挛。

2 治疗及结果

2.1 手术方式

所有的患者均为接受内科治疗1年至数年无效,严重影响了生活质量,迫切要求手术治疗者。对合并有OOC的患者,前期行相应手术矫治(耻骨直肠肌挑断术,直肠前突修补术等)。本组行结肠全切除、回肠-直肠吻合术18例,行结肠次全切除、盲肠-直肠吻合术5例,行结肠次全切除、升结肠-直肠吻合术1例。2例伴有盆疝的患者在术中同时行盆疝修补术或直肠悬吊术。

2.2 术后病理结果

大体标本所见:结肠色泽正常,结肠壁变薄,肠腔扩张6例(25.0%),结肠带变浅2例(8.3%)。24例均行常规苏木精-伊红染色,结果示:黏膜慢性炎症反应,部分肌层变薄。10例行嗜银染色,结果示:肌间神经丛细胞变性、减少;1例用神经原特异性烯醇化酶(NSE)作为一抗,行免疫组化检查,结果阴性。

2.3 治疗结果

2.3.1 近期疗效 本组无死亡病例,未发生肠痿、盆腔感染或吻合口狭窄等并发症。患者术后平均4.2d排气,3~7d开始排便,平均每天大便次数为5~8次,呈糊状。

2.3.2 随访 对所有患者采取了电话、问卷或来院复查等不同形式的随访,平均随访23(15~31)

个月。1例(4.2%)接受结肠全切除术、回肠-直肠吻合术的男性患者,术后便秘症状未得缓解,出院后给予中医中药长期治疗。有3例(12.5%)主诉腹胀。其余患者2个月后大便可以控制在2~4次/d。

3 讨论

STC多发生于中青年女性,病因还没有完全认识清楚,可能与激素代谢有关。STC患者多数都服用泻剂,尤其是长期服用刺激性泻剂,可导致肠肌间神经丛损伤,致使肠神经节、神经纤维、神经递质发生异常改变,至肠蠕动减弱。本组病例中长期服用泻剂者占79.2%,2例出现了结肠黑变病,说明长期滥用泻剂可加重STC的病情,形成恶性循环,最终导致服用泻剂无效^[2]。随着分子生物学的不断进步,Fanssone-Pellegrini^[3]等通过免疫组化及定量分析,发现STC患存在神经-肌肉结合区乙溴醋胺的含量异常,并进一步指出回肠末端、盲肠、部分结肠区域的血管活性肠肽(VIP)及可产生NO的神经元减少,可能是导致结肠传输减弱的重要原因。

对STC的患者施行手术治疗要慎重,把握好手术指征。手术治疗的指征为:(1)明确结肠慢传输的证据,应与盆底肌功能不良(PFD)及弥漫性肠道运动失调相鉴别;(2)排除OOC,若伴随有OOC者,则先期行矫治;(3)临床上无严重的精神心理障碍,如过度焦虑、忧郁及精神异常等表现。

目前,STC手术方式较多,总的原则是切除病变肠段,重建消化道,恢复排便反射,减少并发症。各种手术方式都有利弊,选择何种手术方式要依据术前对各肠段的检查结果及是否存在有OOC、盆疝等情况而定,同时要考虑到术后并发症的影响。本组18例患者术前检查证实全结肠传输缓慢,则选择结肠全切除、回肠-直肠吻合术;其中1例术后便秘复发,考虑其回肠亦存在病变,而造成小肠传输障碍,因此术前对小肠是否存在传输障碍的判断也是很有必要的。5例术前检查证实横结肠、降结肠及乙状结肠传输减慢为主,部分肠段有明显扩张,并有1例伴有横结肠下垂,手术方式则选择了结肠次全切除、盲肠-直肠吻合术。本组手术成功率为95.8%,与Nglund^[4]等报道和Chistiansen^[5]等报道相仿。

术后并发症仍是困惑外科治疗 STC 的一个待解决的难题。腹泻是 STC 术后较早出现的并发症, Aldulaymi 等^[6] 回顾分析了 273 例 STC 手术患者, 其中 15 例出现严重腹泻。严重腹泻尤以全结肠切除术后多见, 可能是因回盲瓣缺失, 结肠贮袋容积缩小, 结肠吸收功能丧失等因素有关。早期出现的并发症还有吻合口瘘、盆腔感染等, 随着手术学及手术技巧的不断提高, 该类并发症的发生率大大降低。本组术后早期也出现腹泻, 给予复方地芬诺酯片治疗, 术后 2~3 个月腹泻得以控制, 大便次数为 (3±1.9) 次/d。Aldulaymi^[6] 等报道了术后 10 例发生小肠梗阻, 其中 9 例行保守治疗, 仅 1 例行肠粘连松解术。本组病例未出现小肠梗阻, 笔者体会, 在手术过程中操作仔细, 保持大网膜完整, 确切封闭各段肠系膜, 消除粗糙面, 防止内疝发生, 是预防小肠梗阻发生的关键。

参考文献:

- [1] Soffer EE. Constipation: an approach to diagnosis, treatment, referral [J]. Cleve Clin J Med, 1999, 66(1): 41-46.
- [2] 张胜本, 黄显凯, 张连阳, 等. 17 例传输性便秘外科治疗分析 [J]. 中华外科杂志, 1999, 37(2): 91-92.
- [3] Faussone-Pellegrini MS, Infantino A, Matini P, et al. Neuronal anomalies and normal muscle morphology at the hypomotile ileoceocolonic region of patients affected by idiopathic chronic constipation [J]. Histol Histopathol, 1999, 14(4): 1119-1134.
- [4] Nglund G, Oresland T, Fasth S, et al. Long-term outcome after colectomy in severe idiopathic constipation [J]. Colorectal Dis, 2001, 3(4): 253-258.
- [5] Christiansen J, Rasmussen OO. Colectomy for severe slow-transit constipation in strictly selected patients [J]. Scand J Gastroenterol, 1996, 31(8): 770-773.
- [6] Aldulaymi BH, Rasmussen OO, Christiansen J. Long-term results of subtotal colectomy for severe slow-transit constipation in patients with normal rectal function [J]. Colorectal Dis, 2001, 3(6): 392-395.

文章编号:1005-6947(2005)03-0205-01

· 病例报告 ·

腹膜后神经节细胞瘤局部恶变 1 例

蔡建, 沈东海, 魏东

(解放军第一五〇中心医院 全军肛肠外科中心, 河南 洛阳 471031)

关键词:腹膜后肿瘤; 神经节瘤; 病例报告

中图分类号:R656.4

文献标识码:D

患者 女性, 50 岁。以发现腹部肿块 3 个月余入院。体查: 右中、下腹膨隆, 无胃肠型及胃肠蠕动波, 腹软、无压痛反跳痛, 右中、下腹可触及一 20 cm × 15 cm × 10 cm 球型肿块, 质硬、活动可、无压痛, 肝脾肋下未及, 移动性浊音(-), 肠鸣音正常。CT 示: 右侧中腹

部见一巨大团块影, 边缘清楚, 大小约 12.0 cm × 15.0 cm, 涉及 12 个层面(层厚 10 mm), 其密度不甚均匀, CT 值 36~44 Hu, 内见絮状略高密度影; 肠管被推移向前向左移位。扫描野未见肿大淋巴结。诊断为腹膜后肿瘤。行剖腹探查术, 术中见腹膜后肿瘤位于盲肠、升结肠后方, 肿瘤包膜完整, 大小 18 cm × 18 cm × 11 cm, 表面有稀疏血管网; 未探及肿大淋巴结。完整切除肿瘤, 剖开肿瘤, 切面呈灰白色、纤维交织状, 未见有出血坏死表现。病理报告: (腹膜后) 神经节细胞瘤局部恶变。

讨论 神经节细胞瘤是由神经鞘细胞和节细胞组成的少见的良性肿瘤, 起源于交感神经节, 少有恶变的报道。肿瘤常位于后纵隔、腹膜后、颈部, 少数发生于肾上腺, 女性多见。该肿瘤早期多无自觉症状, 随瘤体增大可出现压迫症状。术前诊断该肿瘤相当困难, 影像学检查可以辅助定位, 定性诊断需依靠病理检查。神经节细胞瘤手术切除常可治愈。极少数情况下, 神经节瘤转变为恶性外周神经鞘瘤(回允中译. 诊断外科病理学[M]. 北京: 北京大学医学出版社, 2003.)。

收稿日期:2003-10-13。

作者简介:蔡建(1981-)男, 黑龙江佳木斯人, 解放军第一五〇中心医院住院医师, 主要从事肛肠疾病方面的研究。

通讯作者:蔡建 电话:0371-4181784-69305; E-mail:caijian001@hotmail.com。