

出口梗阻型便秘中医症候分布与手术治疗

杨会举, 周鹏飞, 刘佃温

摘要: 本文以出口梗阻型便秘的相关文献为研究对象, 总结其病因病机、中医证候分布和现阶段外科手术治疗对策, 分析出口梗阻型便秘的中医证候分布与手术治疗方法, 为临床治疗出口梗阻型便秘提供思路与方法。

关键词: 出口梗阻型便秘; 中医证候; 手术治疗

中图分类号: R657.1 **文献标识码:** A **文章编号:** 1007-6948(2019)02-0225-04

doi: 10.3969/j.issn.1007-6948.2019.02.027

出口梗阻型便秘 (out obstruction constipation, OOC) 临床中较为常见, 以排便费力、排便时间延长、肛门堵塞坠胀感为主要表现^[1]。流行病学显示, 本病发生率约为 8.2%, 发病率随着年龄增长而升高, 女性高于男性^[2]。其治疗方法多种多样, 包括饮食调整、药物治疗、生物反馈、骶神经电刺激和外科手术等。饮食调整、生物反馈和骶神经电刺激疗法受患者自身因素和对刺激的耐受度等影响, 临床疗效不佳^[3]。外科手术治疗仅改变肛门周围组织的形态学, 其近期疗效尚可, 远期疗效不佳。近年来, 经临床探索研究, 中医中药结合外科手术的治疗方式表现出较为优异的疗效。本文结合临床实践, 对 OCC 的中医证候分布、辨证论治和外科治疗方式进行归纳总结, 以冀为临床治疗出口梗阻型便秘提供思路。

1 病因和诊断

1.1 病因 OOC 的病因繁多, 其中盆底肌的不协调收缩、肛门内外括约肌的反向收缩或松弛不良引起盆底肌群运动失去协调, 肛门内括约肌抑制反射缺失引起的功能障碍和心理精神因素等, 均可导致本病的发生。

从形态学角度, OOC 是指由于肛门周围组织器官结构及功能的异常改变, 引起的排便不净感和肛门堵塞感为症状的一类疾病。本病的发生与盆腔结构和盆底形态的改变相关, 包括肛门直肠解剖结构异常引起的直肠内外括约肌失协调, 如直肠前突和直肠黏膜内套叠等, 二者又是 OOC 最常见的原因, 但造成直肠前突和直肠黏膜内套叠的病因尚不完全清楚, 可能与个人排便习惯、遗传因素和外界因素等相关。

从动力学角度, 以消化道的传输方式为例, 经消化吸收后的食物在结肠内储存约 10 h, 由于结肠的蠕动, 将形成的粪便推入直肠, 刺激直肠壁内的感受器, 经过神经通路的传输产生便意, 并引起排便反射; 又通过高级神经中枢传导兴奋, 引起降结肠、乙状结肠和肛门内括约肌等肌群的舒张, 将粪便排出; 以上任何一个环节的障碍, 都会引起便秘。脑肠轴通过 3 个层次对肠道神经产生作用, 通过肠局部神经、交感神经和脑中枢神经的传导及调控, 产生对肠道的影响^[4]。随着对神经系统的研究加深, 脑肠轴的研究受到广泛的关注, 脑肠轴为进一步研究精神心理因素对出口梗阻型便秘的影响提供理论依据。

1.2 诊断 OOC 的诊断手段主要包括直肠指诊、排粪造影检查、结肠传输实验、盆底肌电图检查、肛管直肠测压、仿真数字动态采集和球囊逼出实验等。具体见表 1。诸多方式可以综合运用, 使临床对 OOC 的诊断更为精确, 为临床诊断提供更为可靠的依据。

2 中医证候分布

中医对便秘的认识较早, 但并未记载出口梗阻型便秘的病名, 而是根据其病因病机统一归为便秘病。《黄帝内经》称本类病为“大便难”、“后不利”, 认为脾胃受寒、肠中有热、肠道气滞、中气不足等因素均与本病有关。《素问·灵兰秘典论》:“大肠者, 传导之官, 变化出焉”, 认为本病的病因是大肠功能的失常, 引起排便周期和便质的改变, 虽产生便意, 但有排出不畅的症状。其病位在大肠, 与肺、脾、肾等脏器均密切相关^[12]。出口梗阻型便秘病因病机归纳见表 2。

根据便秘病因病机, 历代医家根据其临证经验对便秘进行辨证分型。《圣汇总录·大便秘涩》初步对便秘进行了分类, 归为风秘、热秘、冷秘和虚秘四个类型。《济生方》:“夫五秘者, 风秘, 气秘, 湿秘, 寒秘, 热秘是也”, 根据病因对便秘进一步划分。金元医家张元素根据患者体质, 将便

基金项目: 河南中医药大学科研苗圃工程项目 (医药相关类科学研究专项基金) (MP2015-22)

河南中医药大学第三附属医院肛肠科 (郑州 450008)

通信作者: 周鹏飞, E-mail: zhouzzz2016@126.com

表 1 出口梗阻型便秘的临床诊断方式

诊断方式	特点	缺点
直肠指诊 ^[5]	最基础的检查方式，更主观的初步进行诊断，诊断准确率高	存在个体化诊断误差，不能提供临床可信服的数据
排粪造影检查 ^[6]	在X光下，患者结肠内注入钡剂后模拟排便动作，观察患者动态的排便过程以及直肠肛管的变化	受患者病情影响，较严重的患者不能正常的将注入的钡剂排出
结肠传输实验 ^[7]	患者口服装入标记物的胶囊后每24 h进行标记物的追踪，记录标记物的运输、分布和排出情况。OOC表现为表现为72 h内标记物>80%(16粒)位于左半结肠（降结肠和直肠）	对于合并存在慢传输便秘的患者不能较好的进行诊断
盆底肌电图检查 ^[8]	观察、记录患者肛门直肠静息状态、轻度、重度排便动作的肌电位变化	仅对因耻骨直肠肌痉挛引起OOC的患者进行诊断，对于其他病因的患者不能较好诊断
肛管直肠测压 ^[9]	通过仿生压力传感器将肛管直肠压力转换为电信号进行分析诊断	同盆底肌电图检查
仿真数字动态采集 ^[10]	在排粪造影基础上进行改进，结合数字动态成像系统，清楚的显示肠道的变化	同排粪造影检查
球囊逼出实验 ^[11]	观察球囊排出情况，可鉴别盆底肌、外括约肌反常收缩以及直肠感觉功能下降等	操作繁琐，受患者情绪、精神因素等影响

表 2 出口梗阻型便秘的病因病机与文献来源

病因病机	来源	经典条文	解读
脏腑不调	《素问·五脏别论》 ^[13] 《诸病源候论·大便难候》 ^[14]	“魄门亦为五脏使，水谷不得藏” “大便难者，由五脏不调”	脏腑功能是否正常运行，决定人体排便的正常与否:心主神明，为五脏六腑之主，心神无主则魄门功能失用；肺主肃降，肝主疏泄，肝与肺的功能正常调节着肠道气机；脾主运化，胃主腐熟，且脾升胃降，脾胃功能异常则推动无力，有便不得排，形成便秘；肾主水，开窍于二阴，主二便，肾阴、肾阳亏虚可致津液不足，粪便不能正常濡润而停留于肠道
血虚致秘	《兰室秘藏》 ^[15]	“如大便虚坐不得，或大便秘了而不了，腹中常常逼迫，皆是血虚血涩”	血虚则肛门筋脉失于濡养，肌肉张弛难以控制，粪便堆积于肠道，有便而不能排出
血瘀致秘	《血证论·便闭》 ^[16]	“有瘀血闭结之证，或失血之后，血积未去，或跌打损伤，内有瘀血停积不行，大便闭结”	血液运行不畅，瘀滞于肠中，精血亏虚则肠道失于濡润，粪便过于干燥，不能正常排出体外
气滞致秘	《奇效良方·秘结门》 ^[17]	“气秘者，因气滞而重迫疼，烦闷胀满，大便结燥不通”	气升降失常，清气不升，浊气不降，则粪便留滞于大肠，引起脘腹胀满，肛门坠胀感
气虚致秘	《周慎斋医学全书》 ^[18]	“大便欲去不去，或着而不去，气虚”	年老体衰，先天精气不足或饮食损伤致气虚，则肠道肛门不能正常推动，引起便秘

秘分为虚秘和实秘两种。明代医家龚延贤《万病回春》提出了“热闭”、“虚闭”、“津枯闭”、“风闭”、“气枯闭”、“血虚闭”。张景岳将便秘精简划分，“有火者便是阳结、无火者便是阴结”。

近年来，国内中医学者对便秘进行辨证论治，临床取得了较为满意的成效。樊志敏等^[19]根据便秘的病因病机，将其分为气虚下陷、气滞血瘀和血虚津亏 3 个类型，采用

补中益气汤、桃红四物汤和润肠丸治疗。乔莎等^[20]将便秘分为虚秘和实秘，实秘以小承气汤为主方，虚秘以济川煎为主方，根据患者症状临证加减治疗，在临床中均取得了满意疗效。

因此，依据以上文献，将 OOC 的病机归纳为脏腑不调、血虚、血瘀、气滞、气虚；中医证型归纳为胃肠积热、气虚下陷、脾肾阳虚、肠道气滞、气血两虚五个证型。

3 主要手术方式与适应证

近年来, OOC 的发病率逐年上升, 常见的治疗方式包括药物和手术治疗。药物治疗大部分以泻剂为主, 长期使用易引起结肠黑变病等不良并发症。目前, 手术治疗仍是临床最主要的治疗方式之一。

硬化剂注射疗法是将硬化剂注射于直肠黏膜下, 通过药物形成炎性瘢痕, 起到支撑固定松弛的直肠黏膜的作用。临床中以消痔灵为注射用药, 作用于直肠黏膜与肌层之间, 起到固脱升提的作用, 有效治疗因直肠黏膜内脱垂引起的 OOC, 疗效确切, 安全有效^[21]。

挂线疗法作为治疗耻骨直肠肌综合征引起的 OOC 方式之一, 近年来取得了较好的临床疗效。挂线疗法实质上是以线代刀, 通过橡皮筋的牵拉, 使紧张的肛门直肠肌肉边松解边愈合。同时避免了手术直接切断肛管肌肉引起肛门失禁的风险, 缓解了肛门周围耻骨直肠肌的痉挛现象^[22]。

吻合器痔上黏膜环切钉合术 (procedure for prolapsed and hemorrhoids, PPH), 是目前治疗因直肠黏膜内脱垂引起的 OOC 的常用术式。PPH 以肛垫学说为基础, 运用特制的吻合器, 经肛门环形切除松弛的直肠黏膜和部分黏膜下层组织, 并在切除的同时进行黏膜吻合, 同时恢复肛管的通畅性。本术式具有手术时间短、痛苦小等优点; 但经临床验证 PPH 存在较多的术后并发症和较高的复发率^[23]。

吻合器经肛门直肠切除术 (stapled transanal rectal resection, STARR) 是采用 2 把吻合器, 切除直肠中下段前后松弛的黏膜及黏膜下层, 修复直肠前突, 加固薄弱的直肠前壁组织, 恢复直肠容积性和顺应性, 适用于直肠前突和直肠内套叠引起的 OOC。本术式具有创伤小和恢复快等优点。但对于女性患者, 术中切除直肠全层有较高直肠阴道瘘风险^[24]。

经肛门直肠前突修补术 (Bresler 术) 是经肛门腔镜直线切割缝合器直肠前突修补, 在治疗因直肠前突引起的 OOC 的过程中疗效显著, 同时可恢复直肠解剖学异常。Bresler 术目前主要应用于直肠前突, 具有安全有效, 操作简单和创伤小等优点^[25]。

除此之外, 还有许多治疗方式被应用于临床, 但疗效有待进一步的验证。手术作为最直观的治疗方式, 治疗患者最主要的症状, 能起到立竿见影的效果。但是大多数患者在手术治疗后, 往往由于个人体质问题, 导致手术疗效持续时间短, 如 PPH 术后患者仍存在便质干的问题等, 此类因素是本术后复发的主要原因之一。因此, 在患者术后结合中医辨证论治, 以手术治标, 中医药治本, 二者相结合的治疗方式, 疗效则更为突出。

4 中医辨证论治结合手术治疗

OOC 病因复杂, 症状往往合并出现, 单纯的药物疗法

和单纯的手术治疗效果并不理想, 因此需要因人而异的优化治疗方案。在治疗出口梗阻型便秘中, 辨病与辨证相结合、外治与内治相结合、整体与局部相结合、手术与中药相结合的四结合治疗观点, 以及采用现代检查手段 (排粪造影、结肠传输试验、肛门功能检测等) 明确发病的原因, 根据中医辨证, 分别施以不同的中医外治法或手术 (急则治其标) 及内治法 (缓则治其本), 标本同治, 取得了近期和远期的满意疗效^[26]。

手术治疗配合中医辨证施治在出口梗阻性便秘的治疗中显现出了良好的应用前景, 将手术结合中医中药应用于临床, 在手术治标的基础上, 根据辨证给予相对应的中医中药治疗, 从根本上解决问题。如周鹏飞等^[27]研究发现采用补中益气汤联合 PPH、挂线和注射疗法相结合治疗因耻骨直肠肌痉挛合并直肠黏膜内脱垂引起的 OOC, 疗效显著, 不易复发。因此, 中医辨证论治结合外科手术干预的治疗对策, 是治疗出口梗阻型便秘的有效方法之一。

随着时代的发展, OOC 的治疗理念和治疗方式也在不断改进。通过手术方式直达病所, 解决形态学问题; 再根据患者体质进行中医辨证论治, 二者相结合, 起到标本同治的作用。由此设想, 手术治标结合中医药治本的辨证治疗对策, 或许是今后临床治疗慢性难治性疾病的发展方向之一。

参考文献:

- [1] 辛世勇, 田昕. 耻骨直肠肌部分切除挂线加中药口服治疗耻骨直肠肌综合征型便秘 [J]. 辽宁中医药大学学报, 2012, 14(5): 182-184.
- [2] Suares NC, Ford AC. Prevalence of and risk factors for chronic idiopathic constipation in the community: systematic review and meta-analysis [J]. Am J Gastroenterol, 2011, 116(9): 1582-1591.
- [3] Jiang C, Xu Q, Wen X, et al. Current developments in pharmacological therapeutics for chronic constipation [J]. Acta Pharm Sin B, 2015, 35(4): 300-309.
- [4] 谢慧臣, 刘芬, 杨强, 等. 加味四逆散对慢性身心应激模型大鼠胃黏膜超微结构及脑肠轴的影响 [J]. 南方医科大学学报, 2013, 33(1): 103-107.
- [5] 沈道敏. 浅谈肛门指诊在筛查直肠癌中的临床价值 [J]. 当代医药论丛, 2015, 13(5): 240-241.
- [6] 练延帮, 苏丹, 曹务腾, 等. 出口梗阻型便秘: 动态磁共振排粪造影和 X 线排粪造影对比研究 [J]. 影像诊断与介入放射学, 2015, 24(1): 40-46.
- [7] 燕宏军, 张廷翠, 袁玉厚. 结肠传输实验在便秘诊断的临床价值 [J]. 甘肃医药, 2014, 33(12): 927-928.
- [8] 潘冬, 孙尚颖, 杨光. 生物反馈治疗盆底失弛缓型便秘的效果观察 [J]. 实用临床医药杂志, 2014, 18(23): 183-184.
- [9] 方秀才. 肠道动力和肛门直肠功能检测在慢性便秘诊治中的应用 [J]. 临床消化病杂志, 2013, 25(4): 243-244.
- [10] 吴晓伟, 李华, 王春芹, 等. 数字胃肠机下结肠钡灌肠和

- 仿真排粪造影对便秘的临床诊断效果研究[J]. 陕西医学杂志, 2017, 46(4): 423-425.
- [11] 连娟, 李俊达, 白倩茹, 等. 高分辨率肛门直肠测压法用于功能性排便障碍的表型鉴定和分类[J]. 河北医药, 2017, 39(8): 1172-1175.
- [12] 周仲璞. 中医内科学[M]. 第2版. 北京: 中国中医药出版社, 2007: 249-256.
- [13] 田代华. 黄帝内经[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2005: 20-22.
- [14] 巢元方. 诸病源候论[M]. 新校本. 北京: 人民军医出版社, 2010: 147-150.
- [15] 李东垣. 兰室秘藏[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2015: 72-73.
- [16] 唐宗海. 血证论[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2005: 24-25.
- [17] 董宿. 奇效良方[M]. 天津: 天津科技出版社, 2012: 6-8.
- [18] 周之千. 周慎斋医学全书[M]. 海口: 海南出版社, 2010: 6-9.
- [19] 樊志敏, 郭毅. 出口梗阻性便秘的辨证治疗[J]. 中医药通报, 2002(6): 15-16.
- [20] 乔莎, 王建民, 侯勇. 中医辨证治疗出口梗阻型便秘 30 例[J]. 安徽中医药大学学报, 2014, 33(6): 16-18.
- [21] 张永安, 巫益珍, 翟敏, 等. 直肠黏膜柱状缝扎固定术结合硬化剂注射治疗直肠内脱垂疗效观察[J]. 新中医, 2015, 47(1): 105-

106.

- [22] 刘佃温, 柳越冬, 吉强, 等. 挂线疗法治疗耻骨直肠肌综合征所致慢性便秘 160 例[J]. 河南中医, 2011, 31(8): 878-879.
- [23] 张平. 中药熏洗方联合通理汤治疗痔疮 PPH 术后并发症临床疗效观察[J]. 四川中医, 2017, 35(2): 108-110.
- [24] Gagliardi G, Pescatori M, Altomare DF, et al. Result, outcome predictors, and complications after stapled transanal rectal resection for obstructed defecation[J]. Dis Colon Rectum, 2008, 51(2): 186-195.
- [25] 邓群, 刘智勇, 任华, 等. 改良 Bresler 术治疗直肠前突合并直肠黏膜松弛的疗效评估[J]. 中华结直肠疾病电子杂志, 2017, 6(1): 28-31.
- [26] 杨会举, 刘佃温, 刘世举. “切、注、挂”三联术治疗出口梗阻型便秘临床研究[J]. 亚太传统医药, 2016, 12(6): 119-121.
- [27] 周鹏飞, 刘佃温, 曹颀, 等. 补中益气汤联合中医外治法治疗脾虚气陷型出口梗阻型便秘疗效的对比研究[J]. 中医临床研究, 2017, 9(18): 125-127.

(收稿: 2018-05-25 修回: 2019-03-01)

(审理专家: 任东林)

文献综述

氨甲环酸在初次单侧全膝关节置换术中的应用进展

方 敏

摘要: 近年来, 全膝关节置换手术和麻醉技术得到很大的改进, 但术后大量失血和贫血仍是被关心的主要问题。氨甲环酸是目前减少围手术期失血的最有效药物之一, 但临床上对其最佳给药途径、剂量的看法尚未达成一致, 对其血栓风险仍存疑虑。本文查阅近年来研究氨甲环酸在初次单侧全膝关节置换术中应用的随机对照试验, 对其进行回顾与分析, 对不同途径在初次单侧全膝关节置换术中使用氨甲环酸的有效性与安全性研究进展做一综述。

关键词: 氨甲环酸; 全膝关节置换; 失血; 输血; 深静脉血栓

中图分类号: R687.4 **文献标识码:** A **文章编号:** 1007-6948(2019)02-0228-09

doi: 10.3969/j.issn.1007-6948.2019.02.028

全膝关节置换 (total knee arthroplasty, TKA) 是最常见的骨科手术, 到 2030 年, 仅美国预计每年将达到 348 万例^[1]。但是, 在未使用抗纤溶剂情况下, 单侧 TKA 围手术期失血量在 500~2000 mL^[2-3], 术后输血量高达 10%~62%^[3-4]。输血会增加切口及假体周围关节感染、传播疾病、溶血反应、免疫反应等风险^[5-6]。各种减少 TKA 患者异体输血需求的自体血保留措施已得到发展^[7], 氨甲环酸 (tranexamic

acid, TXA) 是其中最有效措施之一^[8]。Evangelista 等^[9]发现, 静脉滴注 TXA, 比没有使用的患者输血量从 19.4% 降至 7.0%, 平均直接住院费用减少 2582 美元。TXA 是一种人工合成赖氨酸类似物, 可竞争性结合纤溶酶原并阻断纤溶酶原与纤维蛋白亲合, 最终导致血凝块不被纤溶酶降解^[10]。自上世纪 80 年代后期, 在欧洲首次在 TKA 中应用 TXA 以来^[11-12], 大量的应用研究报道涌现, 使用途径主要有静脉滴注、关节腔局部用药、口服 3 种, 但最佳剂量、途径仍存争议。本文就目前 TXA 在初次 TKA 中 3 种给药途径的前瞻性随机对照研究进行综述, 探讨 TXA 在初次 TKA 中的有效性及安全性。

天津医科大学代谢病医院骨科, 卫生部激素与发育重点实验室, 天津市代谢性疾病重点实验室 (天津 300070)

通信作者: 方 敏, E-mail: 43824802@qq.com