

# 安阿玥中西医结合治疗术后肛门直肠狭窄经验介绍

李坤, 廖婧云, 安阿玥

中国中医科学院望京医院, 北京 100102

[关键词] 肛门直肠狭窄; 术后; 中西医结合

[中图分类号] R657.1+7 [文献标志码] A [文章编号] 0256-7415 (2019) 03-0308-02

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2019.03.098

肛门直肠狭窄是由于先天缺陷或后天炎症、手术损伤等因素导致肛管或直肠内径缩小、腔道变窄、粪便通过受阻排出困难的一种疾病,且多伴有排便时肛门疼痛、便形细窄等情况发生。肛门直肠狭窄可分为先天性与后天性两大类,先天性肛门直肠狭窄属于先天性肛门直肠畸形的一种,后天性肛门直肠狭窄多由于炎症、手术不当、肿瘤压迫所致。肛门直肠狭窄是多种肛肠疾病或肛肠损伤的结果和临床表现,不是独立存在的,依据狭窄部位的不同还可以将其再分为肛门狭窄和直肠狭窄<sup>[1]</sup>。安阿玥教授是肛肠病安氏疗法发明人,全国名老中医药专家学术经验继承工作指导老师,第十一、十二、十三届政协委员,中央保健会诊专家,中国中医科学院首席研究员,从事肛肠科研、临床、教学已40余年,有大量丰富的临床经验,笔者有幸侍诊左右,但所学不足百分之一,还望继续努力追随恩师脚步,现将安老师诊治肛肠术后引发的肛门直肠狭窄经验总结如下,供同道参考。

## 1 辨证施术

笔者陪同安师出诊时发现近年来后天获得性肛门直肠狭窄的发生正呈上升趋势,此现象的出现与不合理手术方法有密切关系,它们主要包括外涂腐蚀性药物或激光烧灼祛除痔疮,还包括痔核内注射硬化剂、坏死剂,最后还有肛肠领域“微创术”的代表—吻合器痔上黏膜环切术(PPH)等。上述手术方式可大面积破坏肛周皮肤,抑或过多损伤直肠黏膜,然而损伤的肛周皮肤和直肠黏膜会通过自身修复,最终形成瘢痕组织,大范围瘢痕挛缩,致使肛管或直肠部位狭窄发生。肛门直肠狭窄患者的生活质量常受到严重影响,由于大便排出不畅,患者往往通过减少进食量来控制排便次数,结果易引起贫血、便秘等并发症,严重干扰患者正常的工作和生活,甚至造成精神障碍。对于肛肠术后引发肛管或直肠部位狭窄问题,安教授采取多点位瘢痕松解芍倍加糜蛋白酶注射术,该治疗方法临床观察具有治愈率高、术后痛苦小、不引起并发症等优点,可以从最

根本上解除狭窄,达到治愈疾病的目的。

## 2 临证诊疗

本病早期最主要的临床表现为大便排出困难,伴有便形变细、变扁等表现,或便时及便后有肛门疼痛和牵缩感觉。后期由于患者对排便已产生恐惧心理,故意拖延排便时间则引发习惯性便秘,大便长期停留于肠道则水份被逐渐吸收,大便变得更加干燥,更加不易排出,同时加之患者用力排便很有可能并发肛裂,严重者最后可出现腹胀、腹痛、恶心等慢性肠梗阻症状。

安老师对于主诉或现病史有排便困难或便形突然变细的患者会格外引起重视,问诊中着重询问患者肛门部是否发生过感染,是否曾行肛肠手术,尤其是PPH术、外用腐蚀性药物以及注射硬化剂和坏死剂等。通过视诊观察肛周皮肤是否存在大面积瘢痕组织,通过肛门指诊或肛门镜检查肛内直肠是否有狭窄存在,当狭窄存在时,则肛门镜甚至食指难以通过狭窄处。有的患者可摸到环状狭窄或管状狭窄,并出现疼痛反应。如若患者既往曾行PPH手术,此时其直肠内很有可能还存有未脱落的吻合钉,这时指诊时要小心防止吻合钉划破手指,可先在肛门镜下明确吻合钉位置,然后再进行触摸。临床中可发现狭窄最严重者,小拇指尖都不能通过狭窄部位。也可以通过纤维结肠镜检查以及钡剂灌肠X线检查诊断,当确有狭窄的存在时结肠镜进镜困难,钡剂灌肠X线检查可见管状狭窄呈漏斗状,部分狭窄显示残缺不规则的影像。

安教授经过长期大量临床经验的积累,对肛门直肠狭窄有深入独到理解,在基于手术风险小,患者疼痛轻,损伤小,术后愈合快,治愈高,无其它并发症,以及手术方法精简等基础上,总结提炼出多点位瘢痕松解配合芍倍加糜蛋白酶注射术治疗该疾病。此手术过程可简单分为两个步骤,即切开和注射。因为人体消化道呈管状分布,肛管直肠部位狭窄以狭窄环多见,狭窄环导致消化道内径突然变小,从而引起排便不畅。根

[收稿日期] 2018-06-20

[作者简介] 李坤(1992-),男,在读研究生,研究方向:肛肠疾病。

[通信作者] 安阿玥, E-mail: wangxistar@126.com。

据狭窄环纵行长度大小,可分为线状狭窄和管状狭窄。多点位瘢痕松解是将肛管或直肠部位狭窄环沿截石位3、6、9、12点纵行切开,松解狭窄环,从而达到扩肛的目的。如前所述,狭窄的发生是瘢痕组织挛缩引起,而瘢痕组织是肉芽组织经改建成熟而形成的老化纤维结缔组织,组织由大量平行或交错分布的胶原纤维束组成<sup>[2]</sup>,胶原纤维主要由胶原蛋白组成,胶原蛋白是生物高分子,动物结缔组织中的主要成分,也是哺乳动物体内含量最多、分布最广的功能性蛋白,占蛋白质总量的25%~30%,某些生物体甚至高达80%以上<sup>[3-4]</sup>。综上所述,瘢痕组织主要成分为蛋白质。芍倍注射液是安教授总结前人成功与失败治疗痔经验,经过大量临床实验研究后,从赤芍、五倍子、乌梅3味中药中提取有效成分后制得的一种中药制剂,方中重用乌梅为君药,起收敛固涩功效,五倍子涩肠止血为臣药,佐以赤芍,功在凉血散瘀,使敛而不滞,三药联合可产生“收敛化瘀”的功效,主要用于注射疗法治疗I~III度内痔及静脉曲张型混合痔。经过大量临床实验总结,芍倍注射液作用于组织,可在短时间内引起血管收缩,不发生明显的炎症、出血、坏死等改变,其直接作用是引起组织发生一种非炎症性的蛋白变性,且这种变性可逆,无瘢痕形成<sup>[5]</sup>。糜蛋白酶为胰腺分泌的一种蛋白水解酶,能迅速分解变性蛋白质。芍倍注射液加糜蛋白酶混合液具有分解蛋白质的功效,注射于狭窄处可以起到软化瘢痕组织的作用,再配合瘢痕松解术,以及后期换药时通过肛门镜与绑有纱布的乳胶管扩肛,可以更加充分消除狭窄,恢复肛管和直肠功能。

### 3 病案举例

刘某,男,37岁,主因“排便困难2周”以肛门直肠狭窄收入院。入院时患者诉排干便困难,日2行,无肛门疼痛,有时大便带血,血色鲜红,量不多,无黏液便,大便可,日一行,自觉排便不净感,无肛门下坠,无发热,无腹痛,饮食可,睡眠可,小便可,近期体重无明显变化。既往体健,3月前曾于外院行PPH手术及肛瘘挂线术。患者截石位肛门外形大致正常,多处皮肤损伤,并有瘢痕组织形成,指诊食指指尖不能通过肛门5cm以上位置。

患者入院后首先完善相关术前检查,并向患者及家属交代治疗方案,患者及家属表示赞同。术前检查回报后,无明显手术禁忌指征,决定于手术室局麻下行多点位瘢痕松解芍倍加糜蛋白酶注射及PPH术后吻合钉取出术。具体手术过程如下:患者右侧卧于手术台,常规肛周消毒铺巾后,以0.5%的利多卡因行肛周局部浸润麻醉,待麻醉生效,肛门松弛后,以碘伏

棉球消毒肛管及直肠肠腔。用手术刀于肛门口3、6、9、12点,做松解切口,切口长度大约为3cm,以芍倍注射液加糜蛋白酶混合液多次注入肛门狭窄处,直至手指及肛门镜可以顺利通过肛门口。指诊直肠内可触及PPH术后吻合环及吻合钉,以尖刀松解吻合环,并于吻合环周围取出6枚吻合钉,于狭窄环周围多次注射芍倍加糜蛋白酶混合液,当肛门镜能够完全顺畅通过狭窄环时,注射完毕。结扎出血点,以胶原蛋白海绵填塞创面止血,最后将包裹有高渗盐水纱布的乳胶管置于肛内,协助引流与扩张肛管直肠,自带固定压迫止血,术毕。

术后当日嘱患者少量进食半流质食物,1日以后排便,静脉给予消炎、止痛药物。消炎止痛药物共用5日。术后嘱患者便后将肛周清洗干净,每日早晚用中药坐浴。术后每日换药2次,换药时以肛门镜均匀扩肛,将纱布连同乳胶管一起卷起,再用结扎线固定,后将纱布浸入高渗盐水加庆大霉素混合溶液中,最后将乳胶管与纱布在肛门镜下置入肛内。随着换药次数的增加,以及肛管和直肠内径不断扩大,可以将纱布逐渐卷细,直到最后停用。住院期间嘱患者适当注意饮食,适当活动,保持大便湿润通畅,如感排便费力时,可口服润肠通便药物或外用甘油灌肠剂协助排便,以大便排出顺畅为宜,不可过稀。经每日创面换药扩肛,以及随症处理后,患者已能顺畅排出成形软便,且无其它不适症状,经过几天观察后出院。出院后3月,随访患者目前排便通畅每日一次,无排便困难等其它不适症状。

### [参考文献]

- [1] 安阿玥. 肛肠病学[M]. 北京:人民卫生出版社,2015:179-184.
- [2] 李玉林,文继舫,唐建武,等. 肛肠病学[M]. 北京:人民卫生出版社,2016:37.
- [3] Hulmes DJ. Building collagen molecules, fibrils, and suprafibrillar structures [J]. J Struct Biol, 2002, 37(1-2): 2-10.
- [4] Donald LW. Biomaterials and bioengineering handbook[M]. New York: Marcel Dekker. Inc, 2000: 739-772.
- [5] 安阿玥,王晏美,范学顺,等. 芍倍注射液治疗痔的临床疗效和病理学观察[J]. 中国临床医生, 2007, 35(10): 41-43.

(责任编辑:吴凌,李海霞)