

明矾液注射疗法治疗成人完全性 直肠脱垂的研究

明矾液注射疗法治疗直肠脱垂协作组*

直肠脱垂在肛肠疾病中的发病率,据我国一些地区普查为 0.58%⁽¹⁾。本病以在大便、劳动或增加腹压时,直肠脱出肛门外为主要症状,给患者带来较大痛苦,影响工作和健康。国外对成人完全性直肠脱垂的治疗,过去曾用 95%酒精行直肠周围注射,因易引起坏死感染,已不主张使用,目前一般以手术治疗为主。但手术疗法存在手术操作复杂、并发症和后遗症较多等缺点,至今尚未找到一种较为理想的治疗方法^(2~5)。从 1958 年起,我们学习了中医文献中有关明矾治疗“脱肛”的经验,根据祖国医学“酸主收”、“涩固脱”和“下者举之”的理论,在研究直肠脱垂的病因、机理以及明矾药理作用的基础上,制成以中药明矾为主的明矾注射液,采用直肠周围高位注射,使直肠与直肠侧韧带粘连、直肠与骶骨前筋膜粘连的新方法,治疗成人完全性直肠脱垂 214 例,取得了基本上无合并症和后遗症,复发率也较低的满意效果。

临 床 资 料

本组 214 例中,男 188 例,女 26 例,男女比为 7.2:1。年龄 17~70 岁,以 17~30 岁为多,共 119 例,占 55.6%。病程最短 1 年,最长 50 年,平均病程 17 年。

全部病例均有大便时直肠全层脱出肛门的主症,其中合并粘液血便 48 例,腹泻 10 例,肛门部坠胀 63 例,肛门不全失禁 81 例,肛门完全失禁 1 例。同时伴神经衰弱 6 例,慢性气管炎、肺气肿 4 例,胃炎、胃溃疡等 22 例,高血压、心肌梗塞 3 例,子宫脱垂 1 例,其它

肛门疾患 15 例。因腹泻、痢疾后发生者 77 例,幼年病后发生者 18 例,长期便秘者 17 例,肛门术后发生者 15 例,妇女产后发生者 2 例,原因不明者 85 例。214 例中既往于行开腹直肠悬吊术后复发者 6 例,注射酒精治疗后复发者 21 例。本组病例中多数有内服中药和针灸等治疗史。

根据 Beahre⁽⁶⁾ 1972 年提出的直肠脱垂分型法,本组 214 例全部为第二型二度和三度患者,相当于我国 1975 年制定的直肠脱垂分类法⁽⁷⁾的第二度和第三度患者,即直肠全层脱出于肛门外,或合并有部分乙状结肠及肛管脱出于肛门外者。其中直肠脱出 3~5 厘米 81 例,6~10 厘米 106 例,11~19 厘米 27 例。

方法和结果

一、治疗方法

首先全面检查患者全身情况及直肠脱出的长度、大小及肛门括约肌功能。术前 3 小时用温盐水 1000 毫升清洁灌肠,肛门局部备皮。患者取截石位,肛门局部用碘酒、酒精消毒,直肠内用 0.1% 硫柳汞消毒。用 0.5~1% 普鲁卡因于截石位 3、6、9 点肛缘处作浸润麻醉,麻醉深度宜在提肛肌以下。每例患者术前服 3 日磺胺咪或黄连素以清洁肠道。

注射药液为 6% 明矾注射液, pH 为 2.5。内含 6% 医用明矾 $\text{AlK}(\text{SO}_4)_2 \cdot 12\text{H}_2\text{O}$ 和

* 本协作组由中医研究院广安门医院、贵阳中医学院附属医院、成都中医学院附属医院、山东中医学院附属医院、湖南中医学院第二附属医院、西安市中医院等单位的肛肠科组成。

1.5%枸橼酸钠,后者为明矾注射液的稳定剂。本组病例以直肠周围高位注射法为主,辅以直肠粘膜与肌层间注射法。

1. 直肠周围高位注射法:经直肠外将明矾液注入两侧骨盆直肠间隙及直肠后间隙,使直肠高位部分与周围组织(两侧直肠侧韧带及前筋膜),通过注射药液所致的无菌性炎症,产生纤维化,使直肠与周围组织粘连固定。具体操作分以下三步进行:

(1) 右侧骨盆直肠间隙注射:于截石位9点肛门皮缘外1.5厘米处,先用7.5厘米腰穿针作皮下穿刺,经肛门外括约肌至提肛肌,当通过提肛肌有落空感时,示针尖已进入骨盆直肠间隙。此时,用左手食指伸入直肠壶腹,触摸针尖部位,待证实针尖位于直肠壁外侧未穿通直肠时,再将腰穿针全部刺入,并用手紧压针柄,针全长7.5厘米,加压后可再深入1厘米,约进入8.5厘米。在准确定位后,将明矾液注入骨盆直肠间隙。注药时应边退针边注药,使药液呈扇形均匀分布。一侧注药总量为10~18毫升。

(2) 左侧骨盆直肠间隙注射:上步操作完毕后,更换腰穿针头及手套,于左侧截石位3点处定位并注药,操作步骤、注药方法和剂量与右侧骨盆直肠间隙者相同。

(3) 直肠后间隙注射:再更换腰针头及手套。于肛门与尾骨间皮肤中点穿刺,针尖沿骶骨曲深入。为使穿刺部位准确,用另一手食指伸入直肠壶腹引导,针约进入6~7厘米。待证实针未穿通直肠壁、未穿入骶骨前筋膜,针可活动于直肠壁后,即表示针已达到直肠后间隙,即可边退针边注药。注药量为5~7毫升。

以上三个部位注药总量约为25~45毫升。在明矾液注入骶骨直肠间隙和直肠后间隙时,如药液误注到骨盆神经丛或骶神经则会出现腿痛、骶骨痛、下腹部痛,此时应立即更换注射部位。

2. 直肠粘膜与肌层间注射法:在肛门镜下将明矾液注射于直肠粘膜下层,以使粘膜与

肌层间发生粘连固定。方法是在直肠粘膜下多点注射,每点1~2毫升,注药总量为5~10毫升。

术后以庆大霉素8万单位,1日2次肌肉注射,共3~5天;并控制2~3日排便。

二、治疗后反应

患者一般无明显不良反应。在214例中,1~3日内有肛门、下腹部坠胀或轻度疼痛者94例(43.9%),排尿困难者17例(7.9%),体温稍有升高者81例(37.9%),一般在2~5日内恢复正常。有3例(1.4%)发生直肠周围感染,其中2例轻度感染患者经肛门部切开引流治愈,另1例暂作横结肠造瘘,肛门部切开排脓治愈后,再行结肠还纳。本组病例无一例死亡,无肠梗阻、排便困难、肛门不完全或完全失禁、直肠狭窄和性功能减退等并发症及后遗症者。

三、治疗结果

214例全行直肠周围高位注射,其中23例(10.8%)并用直肠粘膜与肌层间注射。在82例原有肛门不完全或完全失禁者中,在明矾液注射治疗的同时,有25例(30.5%)并行肛门紧缩术。

本组病例行一次注射者165例(77.1%),二次注射者49例(22.9%)。治疗后痊愈(直肠恢复正常位置,大便时或增加腹压时直肠不脱出肛门外)者213例,好转(大便时直肠粘膜或全层轻度脱出肛门外)者1例,治愈率为99.5%,治疗天数最长49天,最短5天,平均13天。

为了了解和观察本疗法对直肠脱垂的确切疗效,我们对214例患者作了1~20年的远期随访,随访方法为信访和门诊复查。获得随访结果者137例(64.0%),其中随访1~4年者49例,5~8年者35例,9~12年者23例,13年以上者30例。随访结果,痊愈96例(70.1%),好转18例(13.1%),复发23例(16.8%)。全部随访病例均无直肠狭窄、结肠功能紊乱、排便障碍、性功能减退等后遗症。

讨 论

一、直肠脱垂治疗的现状及问题

近百年来,国外对完全性直肠脱垂进行了较深入的研究,并取得一定进展。在病因学的研究方面,1912年Mosoncowitz^[3]提出滑动疝学说,认为由于直肠膀胱(子宫)陷凹太深,在腹压持续增高时,直肠前壁较后壁受压力为重,故易被压于直肠壶腹内,使直肠逐渐脱出肛门外,因而在治疗上,重点放在修复盆底、修复直肠膀胱(子宫)陷凹、切除肠管和紧缩肛门括约肌等方面;1968年Broden及Snellman^[3]又提出肠套迭学说,认为本病之所以发生,是直肠本身在乙状结肠与直肠交界处的固定点组织松弛,使直肠侧韧带固定直肠作用减弱,而致直肠由乙状结肠与直肠交界处向下套迭于直肠内,或脱出于肛门外。根据这一学说,医生把治疗重点放在固定直肠(直肠和骶骨窝固定)上。1970年Theuerkauf等^[9]采用X线连续摄影技术证实肠套迭确是开始于乙状结肠与直肠交界处的正常固定点,从而使肠套迭学说得到比较广泛的支持。在治疗方面,目前国外对成人完全性直肠脱垂系以手术为主,其常用术式有直肠悬吊固定术、直肠骶骨缝合固定术、骨盆底缝缩成形术等,手术途径有经腹、经会阴部、经腹会阴及尾骶部等。但无论采用何种手术方式,均存在手术操作复杂、死亡率不能完全避免、术后并发症和后遗症较多,以及复发率较高等缺点。据报道,各种手术的死亡率在0.4~3.7%之间^[9],术后并发症(如骶前出血、狭窄、盆腔脓肿、小肠梗阻、痿等)为16.5%^[10],术后后遗症(主要有肛门不全失禁或失禁、便秘及排便困难、腹痛、性功能减退等)为0.4~10.5%^[4],复发率在3~70%之间^[11]。因此,探索疗效好、无严重并发症和后遗症的非手术疗法已成为今后的努力方向。

二、本疗法的形成和探讨

近年来我们对48例完全性直肠脱垂患者脱出的直肠形态进行了观察记录,发现其中有

40例直肠呈圆筒状脱出,这表明多数病例直肠系以套迭形式脱出。我们还发现2例直肠高位息肉患者(在距肛缘9和12厘米处分别有2和2.5厘米大的息肉),同时伴有完全性脱垂,当息肉摘除后就不发生直肠脱出。这提示直肠高位受牵拉是引起直肠脱出的原因。我们仿照Theuerkauf方法^[9],对1例直肠全层脱出12厘米的患者,用7个铅圈固定在直肠粘膜距肛缘12、8、3厘米处,在X线下观察脱出过程并摄片,结果证明脱出发生于直肠与乙状结肠的交界处。因此我们认为,还纳脱出的直肠并使其与周围组织固定、回复到正常状态而不发生合并症和后遗症、减低复发率,是治疗的基本原则。

直肠脱垂中医称为“脱肛”,早在我国古代医籍《神农本草经》和《针灸甲乙经》(215~282年)中就已有了记载。在后世许多医籍中,如《三因极一病证方论》(1174年)、《景岳全书》(1624年)等,均载有明矾(或以明矾为主)治疗脱肛的经验。但古人用明矾均以外洗、外敷为主,对直肠粘膜脱出和轻度直肠脱出有一定效果,但对直肠全层脱出则不能根治。我们在继承祖国医学的基础上,经反复的临床和实验观察^[12],依据对直肠脱垂病因和发病机理的研究,提出用明矾液注射治疗成人完全性直肠脱垂,目前这一方法已被我国许多地区所采用^[13]。

我们的实验研究证明,明矾液可使组织产生较强的无菌性炎症,形成较强的胶原纤维化,局部不易引起坏死、感染,且对主要脏器亦无损害,是促进组织产生纤维化改变比较理想的一种药物。我们的治疗方法是将直肠还纳后,在其高位注射明矾液。注入明矾液的部位有二:一是注射到两侧骨盆直肠窝,使直肠与直肠侧韧带粘连;二是注射到直肠后间隙,使直肠与骶前筋膜粘连固定。这样就使直肠与周围组织得到固定,回复原位。此方法由于不破坏组织解剖结构,不影响结肠和直肠功能,因此基本上不引起合并症和后遗症。

我们曾先后选用过4~8%浓度的明矾液,注射结果表明,虽然随着浓度和剂量的增加,

疗效有所提高,但治疗后反应(如体温升高、白细胞增高等)也随之增强。我们的经验,明矾液的浓度以6%为妥,一次注射总量以25~45毫升为宜。另外应掌握正确的操作方法,熟悉局部的解剖结构,绝对不能将药液误注入直肠壁和骶前筋膜,或刺穿肠壁,这是防止感染的关键。本组中3例术后感染患者就与操作失误及无菌要求不严有关。

明矾液注射疗法与目前手术疗法相比,优点较多,因此我们认为,本疗法可以作为成人完全性直肠脱垂的首选疗法。(史兆岐执笔)

参 考 文 献

(1) 全国中西医结合防治肛肠疾病协作组: 中西医结合防治

肛门直肠疾病。江苏科技出版社, 1980。

(2) Hawley PR: Scan J Gastroent, Suppl 17, 1972.

(3) Parks AG, et al: Proc Roy Soc Med 59:477, 1966.

(4) 荒川广太郎: 日本大肠肛门病学会杂志 32(3):224, 1979.

(5) 过田和纪: 日本大肠肛门病学会杂志 33(2):122, 1980.

(6) Beuhre OH, et al: Dis Colon Rectum 15:331, 1972.

(7) 全国中西医结合肛肠学术会议: 关于直肠脱垂的分类法及观察标准, 1975.

(8) Broden B, et al: Dis Colon Rectum 11:330, 1968.

(9) Theuerkauf FS Jr, et al: Am Surg 17:1819, 1970.

(10) Gordon PH, et al: Dis Colon Rectum 21:277, 1978.

(11) Moore HD: Dis Colon Rectum 20:566, 1977.

(12) 中医研究院广安门医院外科肛肠组等: 新医学杂志 (3):25, 1975.

(13) 张东岳: 直肠脱垂概述——附 2182 例分析。内部资料, 1980.

中医中药治疗踝关节扭伤42例临床分析

上海市伤骨科研究所 上海第二医学院附属瑞金医院伤骨科

吕裕生 过邦辅 李国衡

踝关节扭伤为一常见的关节损伤,以往采取抽液、局部固定、抬高患肢等措施,疗程一般较长,自用中医手法加外敷药以来,据临床观察,有消肿快,功能恢复早,从而缩短疗程等优点,现介绍如下。

一、一般资料: 本组42例中,男性20例,女性22例。年龄最小为11岁,最大63岁。发生在左足者18例,右足者24例。

二、损伤机理与损伤类型: 本病往往发生于行走不慎,踏于凹陷不平之地面,或下楼时突然踏空,或跳跃时足部着地不稳,致使足部突然发生内翻或跖屈内翻,或轻度背伸外翻发生跪跌姿势等。本组42例中,内翻位有38例(其中含并跖屈者16例),外翻位1例,背伸损伤2例,余1例不详。由于踝关节极度扭曲,导致韧带牵扯、移位,甚至断裂。软组织撕裂或嵌顿,从而发生局部渗液与血肿形成。

三、肿胀情况: 本组以足容量测定法观察患足肿胀情况,42例中损伤较严重者共16例,肿胀均较剧,容量均超过健侧100毫升以上,其中5例比健侧多108~209毫升。另16例容量增加在50~100毫升之间。余10例肿胀略轻,不超过50毫升,属轻扭伤。

四、治疗方法与疗效: 本组用手法加外敷消肿散治疗者27例,单用外敷消肿散治疗者15例。前者痊愈

21例(77.8%),基本痊愈5例(18.5%),好转1例(3.7%);后者痊愈6例(40%),基本痊愈8例(53.3%),好转1例(6.7%)。以手法加外敷药治疗的疗效较好。

附:一、手法操作:(1)以患者左足为例,术者立于患者足侧。左手握住足前部,右手拇指徐徐按揉患处来回顺筋数次。(2)左手将足作极度内翻以拔拉筋络,右手仍轻揉患处。(3)再将足部恢复至直角位,端正足部。(4)将足极度背伸,右手仍按定伤处,左手握住前足部。(5)紧接上步,突然用力使足跖屈,此一动作应迅速而正确。此时可闻轻微“咯啦”声,将足回复至中立位后准备敷药。手法完毕后,踝关节中立位,伤处外敷消肿散,绷带包扎。

二、消肿散:芙蓉叶、赤小豆、麦酵粉,按10:3:1比例,共为末,饴糖调之。

三、测肿方法:踝关节的周径是通过内、外踝尖及跟骨结节三点的连线为测量的标准。足容量测定法是用特制玻璃缸盛水一定量,先以健足置入容器内,开放固定部位龙头使因足置入后外溢之水流出,计其量,表明健足容量。同法,同量水,再置入患足依法使水外溢计量,为患足之容量,两者即可获差额,即示增加之容量,也即是肿胀的程度。