

固脱法对盆腔脏器脱垂的整合研究

▲北京中医药大学东直门医院 赵宝明

固脱一词常出现在中医内科治法中急症方面，临床治法有摄血固脱、收敛固脱、收涩固脱、益气固脱等。我们根据中医“酸可收敛，涩可固脱”理论，运用收敛固涩药剂，治疗肛门直肠脱出性疾病（直肠脱垂、内痔脱出、直肠前突、直肠黏膜内脱垂等），取得了较好的疗效，并提出了中医外科固脱法。

中医外科固脱法是运用具有收敛固涩作用的药物，配合手术、物理方法或一定的器械等，直接作用于病变部位而达到治疗目的的一种治疗方法，是中医辨证施治的一种体现。其可细分为塞药固脱法、注射固脱法、器械固脱法。根据具体疾病，发病部位的不同及病程发展变化所需，选择相应外科固脱法。

塞药固脱法 将痔疮栓塞入肛管内，具有收敛消肿、止痛、止血等作用。此法将药物直接作用于痔局部，较口服药物疗效更好，主要用于早期肛门直肠疾病和围手术期。

四步注射固脱法 主要用于脱出性内痔。应用消毒灵注射液，第1步分别在左侧、右前、右后三个

主痔核上极正常黏膜下层动脉搏动处进针，进针偏向黏膜下层斜上方1~2 cm，注药3 ml，然后退针过程中注药1 ml，使药液分布在动脉附近。第2步注射先在主痔核中心处向斜上方3~4 cm进针，入黏膜→黏膜固有层→黏膜基板→黏膜下层最深部位，当针尖有肌性抵抗感，稍抬起针尖开始注药，注药量大于内痔核体积，使药液充盈痔的黏膜下层，即完成第2步注射。然后缓慢退针，边退针边注药，多数患者有落空感，可作为针尖退到黏膜固有层的标志。一般注射2~3 ml，以注药后痔黏膜表面突起状为合适标志，再缓慢退回肠腔，完成第3步注射。第2、3步注射后行子痔核注射。第4步注射为洞状静脉区注射，分别在左侧、右前、右后主痔核下极的齿线上0.1~0.2 cm处进针，针尖进入黏膜下层最深部位后，注药2~3 ml，注射完毕后用手指反复揉压使药液均匀散开。

高位点状黏膜下注射固脱法 分为脱出直接暴露下注射和肛门镜下注射法。前一种方法用于Ⅲ度直肠脱垂，后一种适用于Ⅰ度及Ⅱ度直肠脱垂和直肠黏膜内脱垂。

直肠周围扇形三点注射固脱法 用于Ⅲ度直肠脱垂，继黏膜下注射后，再次消毒肛周皮肤，分别于截石位3、6、9点，肛缘外1.5~2 cm以内定位。选用腰穿针，20 ml针管，并更换手套，严防感染发生。药物选用1:1或1:2浓度的消毒灵注射液夜药15~45 ml，每点区域内5~15 ml。

PPH术微创固脱法 主要用于环状混合痔、直肠黏膜内脱垂和部分直肠前突的治疗。PPH微创手术是通过吻合器，将直肠下段2 cm的黏膜及黏膜下组织环形切除，然后将两侧断端吻合，使脱出的肛垫向上悬吊、固定，让肛垫组织恢复到正常的解剖位置。同时，切断供应痔体的动脉分支，使痔内的血流量减少，逐渐痔核萎缩，从而消除出血症状。PPH手术看似简单，但术中操作一定要细致，不可一味追求速度，避免并发症。PPH手术过程中一定要注意荷包缝合的问题，旋紧吻合器时，要注意吻合器纵轴与直肠保持一致。

腹腔镜下直肠脱垂悬吊术

▲中国中医科学院广安门医院 李华山

本病在各年龄段均可发病，但好发于小儿、老人、妊娠妇女及体弱营养不良的重体力劳动青壮年。女性多因分娩产伤等因素，发病率高于男性。

目前，对于直肠黏膜内脱垂及Ⅰ度直肠完全脱垂主要以口服中药汤剂治疗为主。Ⅱ~Ⅲ度直肠脱垂以手术为主。手术治疗的目的是消除Douglas窝的凹陷，恢复盆底的正常解剖结构，纠正脱垂的肠管，改善排便功能，避免其发。不同的手术方式各有优缺点，术者应根据患者的病情及基础情况，选择合适的手术方法。

腹腔镜手术主要操作步骤

近年来，越来越多的临床医生将腹腔镜技术应用于直肠脱垂的治疗，其优势在于，手术视野较传统开腹手术有数倍放大效应，并且创伤小、康复快、外表美观、住院时间短等，符合现代外科学的ERAS的理念。

（1）麻醉成功后，患者取仰卧改良截石位，常规的5孔法置入相应大小戳卡。（2）使用超声刀分离肠管间粘连，充分暴露手术视野，观察盆底腹膜的松弛程度及直肠脱垂的严

重程度。（3）提起乙状结肠由黄白交界处开始用超声刀切开后腹膜，沿左髂总动脉表面游离，显露腹主动脉，同时辨认清楚右侧输尿管，进入Toldt间隙，找到左侧输尿管，游离松解左侧输尿管，在外侧充分游离乙状结肠粘连，沿黄白交界线平面进入后腹膜，与从内测游离出的Toldt间隙相贯通。从骶前间隙向下游离，分别从左右两侧沿直肠系膜与盆壁间的间隙向前分离。在直肠膀胱凹之间切开盆底腹膜，分离直肠前壁。（4）将游离的直肠尽可能向上牵拉，使用倒刺线将直肠后壁开始将直肠的左右两侧缝合固定于盆腔两侧的腹膜上，左右两侧共同汇合于直肠前壁，紧缩并提高盆底。同时将部分乙状结肠固定于侧腹壁上。（5）从右侧的主戳卡置入引流管，缝合各个戳卡孔，手术完成。

手术过程需注意：（1）避免输尿管损伤；（2）注意肛管的方向，不能扭转肠管，避免肠梗阻；（3）悬吊直肠时要保持肠管的松紧适度，悬吊过松可导致脱垂复发，而悬吊过紧则可导致便秘。

ERAS在肛肠外科围手术期管理应用

▲湖南省人民医院结直肠肛门外科 黄兴 黄忠诚

1997年，丹麦Kehlet教授报道改进系列手术措施，减轻机体生理病理的反应，以取得结直肠手术后加速康复的效果，被称之为快速通道外科（FTS）。2010年后，多数学者达成共识，改称为加速康复外科（ERAS）。

ERAS的概念即采用有循证医学证据的围手术期处理的一系列优化措施，以减少手术患者生理及心理的创伤应激，达到快速康复。ERAS优点几乎与微创/腹腔镜结直肠手术优点重合。ERAS着眼的是整个围手术期，减少并发症，缩短康复时间。目前在临床上ERAS以在结直肠手术中的应用最为成功。

ERAS围手术期应用流程

术前评估及宣教、术前肠道准备、营养支持提升患者体质、呼吸道管理、术前禁食禁饮、术前麻醉用药、预防性抗生素的使用、抗血栓、血糖、血压

管理；术中麻醉方案、手术方式、放置引流管、避免术中低温、液体控制，精细操作；术后限制性输液、术后恶心、呕吐的治疗、预防肠麻痹以及促进胃肠蠕动、术后止痛、术后营养治疗、术后早期下床活动、呼吸道管理、抗血栓、血糖、血压管理、随访评估。

创伤较小的腹腔镜手术联合ERAS处理方案的患者，与单独施行腹腔镜手术或施行开腹手术联合ERAS处理方案的患者比较，前者的免疫功能保护最佳，免疫功能的保护可能有利于患者长期生存，特别是术后早期对循环中肿瘤细胞的处理。这可能对恶性肿瘤患者有潜在优势。

肛肠外科围手术管理

术前予以戒烟、进行呼吸功能锻炼，卫生宣教；口服营养补充（肠内营养）改善患者营养状态（存在肠道并发症情况下改

为肠外营养）；非直肠手术不做肠道准备，术前2 h患者口服5%~10%氯化钠葡萄糖液250 ml（或专用术前口服液）；术前肠道手术不放胃管；麻醉方式及麻醉用药；手术切口中长效局麻药封闭微创手术；肛门手术中西医结合；优化手术流程和改进手术方式；术后第1天早上查房，鼓励患者下床活动；术后第1天咀嚼口香糖促进消化液分泌，进食肠内营养制剂；除低位直肠癌外，术后第1天即可拔出导尿管；尽早拔出引流管；肛门手术后处理简单化（换药、超声清洗、清创、理疗、引流方式）。

ERAS贯穿在肛肠外科整个围手术期：（1）规范的围手术期处理和卫生宣教；（2）微创外科，优化手术流程、改进手术，精准手术；（3）正确的围手术期的麻醉与镇痛；（4）术后尽早实施肠内营养；（5）改进术后处理方式。

中国医师协会中西医结合医师分会肛肠病学专业委员会第七届肛肠学术论坛暨第六届肛肠疑难疾病高层论坛-第七届中医微创技术治疗肛肠疾病培训班合影留念

