

大便失禁的外科治疗现状

岳军忠 编译 高庆云 审校

[关键词] 大便失禁;治疗;手术

中图分类号:R657.1 文献标识码:B 文章编号:1006-9771(2005)01-0070-02

[本文著录格式] 岳军忠,高庆云.大便失禁的外科治疗现状[J].中国康复理论与实践,2005,11(1):70-71.

肛门失禁患者或肛门括约肌成型术后患者应用生物反馈治疗有效已有报道。目前对大便失禁治疗的方法还有外科手术治疗,包括肌肉转移术、人工肛门括约肌置入、骶神经刺激等方法。但外科治疗大便失禁的疗效仍然难以判断。这是因为许多文献是回顾性报道,且研究的病例数小,随机实验更少,文献中收集的数据不标准。尽管最近大便失禁症状的生活质量评定是非常有效,且获得广泛的使用,但大量的文献报道缺乏生活质量评定数据。

1 肛门括约肌成型术

目前普遍认为,肛门括约肌成型术是治疗肛门括约肌障碍引起大便失禁的首选治疗方案。但没有比较肛门括约肌成型术与非外科手术治疗(如生物反馈治疗)的随机研究实验。自1984年以来,病例数至少30例的文献报道了肛门括约肌成型术的效果,尽管各有不同,但接近2/3接受肛门括约肌成型术患者从中得到益处。Fang等1984年报道治疗76例,58%病例有效;Engel等1994年报道治疗55例,有效率为79%;Bule等2001年报道治疗158例,有效率为62%。

尽管行肛门括约肌成型术的患者的生活质量评定已有报道,但是,在这些报道中,患者的疗效评估大多来自患者的自诉,缺乏每日的数据。肛门括约肌成型术对大便失禁的患者被认为是可接受的标准手术,但这些缺点亦也是非常明显的。

最近一些报道已经怀疑肛门括约肌成型术的长期的疗效。Halverson和Hull追踪调查肛门括约肌成型术后患者71例中的49例,平均调查69个月,发现24例(54%)复发大便完全失禁,只有6例(14%)完全控制。另有4例行大便改道。Karoui等通过对比完成肛门括约肌成型术的患者在3个月($n=86$)和40个月($n=74$)后的疗效,发现能控制大便的患者从49%减低到28%;相反,出现大便失禁的从19%上升到49%。Malouf等研究一组因产伤引起肛门失禁5年以上,行肛门括约肌成型术的妇女,发现在平均调查77个月的47例中,38例没有造瘘和不需要因失禁行辅助的外科手术治疗;但没有1例患者能完全控制大便和胃肠胀气,约20例(42%)需要带衬垫;32例(79%)经常被弄脏裤子,32例(89%)常常有里急后重症状。Baxter等注意到,在行肛门括约肌成型术后3年、10年时,对成型大便的失禁从36%上升到58%。

肛门括约肌成型术后后期功能衰退的原因仍不确定。修补的功能衰退是早期失败最常见的原因,但对初期成功但在后

期功能衰退的,这不是唯一的机制。还包括年龄的增长、瘢痕及与早期损伤和后期修补相关的阴部神经疾病的原因。

目前,有关阴部神经功能和肛门括约肌成型术预后的关系存在明显的争论。研究人员证实,术后长期预后与阴部神经的功能相关,阴部神经的功能评估主要是测定阴部神经运动元的潜伏期。但Malouf等认为,阴部神经的状态与肛门括约肌成型术后的后期效果无相关。

作者认为,对那些行肛门括约肌成型术失败的患者或那些不能行其手术的患者,最佳抢救治疗方案仍然不能确定。

2 肌肉转移术

早在1952年,Pickrell描述了股薄肌移位形成新的括约肌。Corman在1985年利用股薄肌套叠治疗肛门失禁取得成功。最近,Faucheron等证实,许多单独利用股薄肌套叠治疗肛门失禁患者取得了不错的疗效。目前用来形成新的肛门括约肌的肌肉包括股薄肌和臀肌。

非刺激性的股薄肌移位术的缺点包括:患者不能随意控制移位的肌肉;移位肌肉没有维持长期肌肉收缩的生理能力。为了提高疗效,设计出了动力性股薄肌移位术(附加电子刺激)。考虑到这些问题,附加电子刺激的股薄肌移位首先将II型肌纤维转变为I型肌纤维,然后提供持续的肌肉刺激,而对患者其他部位不产生有意识的作用。当患者需排便时,可以通过传导脉冲装置复员,停止对持续肌肉的刺激,从而使移植的肌肉松弛。

动力性股薄肌移位术已经在许多小的单个医疗中心和2个中心进行。Geerdes等报道了最大的单个医疗中心的实验研究,共67例,通过动力性股薄肌移位术成功率为78%;其中继发性大便失禁54例,成功率为83%;先天性大便失禁13例,成功率为54%。但随机控制试验没有进行。

有研究发现,动力性股薄肌移位术后有约74%的患者出现并发症,其中感染是最严重的并发症,发生率约37%,经常引起手术失败;其次是疼痛,发生率为28%。感染发生率与手术范围和外科医师经验有关。

3 人工肛门括约肌

和动力性股薄肌移位术一样,人工肛门括约肌也是通过隧道将人工括约肌放置在原来的括约肌周围,这种装置持续维持一定的压力。患者需要排便时,通过位于阴囊或阴唇手动泵进行复原。目前流行的装置(MN)和先前的装置(AMS8000)均为原用于小便失禁的装置的改进。

早期研究结果表明,使用AMS8000型装置是可行的,其作用在约75%的患者可延续到术后20~58个月。Christiansen等报道17个患者中的8个(47%)患者在手术后5年仍有作用。尽

管对一些患者来说,对控制液体性大便和胃肠胀气不是很好,但对大多数患者有不错的疗效。

最近许多文献报道,那些成功置入人工括约肌的患者,生活质量都取得了一定的提高。Lehur 报道,20 例进行人工括约肌置入手术患者,大便失禁评分从术前平均为 106,降到术后 25;Ortiz 等报道 15 例,大便失禁评分从术前平均为 18,降到术后 4。事实上,在所有的报道中,感染、腐蚀和装置故障仍是目前手术所面临的问题。一些患者在术后出现排便阻塞的问题。通过大量、多中心的研究,人工括约肌置入术总的成功率为 53%,其中 85% 的患者取得满意的效果。

4 骶神经刺激术

骶神经刺激用来治疗大便失禁来源于尿道排泄障碍治疗,并已经取得不错的疗效。Matzel 等在 1995 年首次报道该项技术,Vaizey 等评估 12 例用经皮和外用的脉冲装置治疗 1 周的患者,其中 7 例大便失禁完全控制,1 人明显改善。

对长期使用骶神经刺激的疗效报道较少,但依据 Matzel、

Leroi 等研究报道,长期进行骶神经刺激亦有显著的作用,并且患者的生活质量评定也有提高。

通过对用骶神经刺激的患者的生理研究,发现骶神经刺激后,患者的肛门在静止和收缩期的压力提高,就象提高了直肠的敏感性。骶神经刺激的作用机制仍然不明确,可能是通过刺激提高神经传入、传出的敏感性、调节神经的反射,并加强这些作用的联系。

5 小结

对患有大便失禁的患者,现在有几种外科治疗手段。但所谓“最直接的、疗效最好”的肛门括约肌成型术,目前遭受很大的怀疑。目前,包括每日的记录和生活质量的评定在内的对照研究正在进行。在制定治疗大便失禁的原则之前,新的治疗方法必须谨慎使用并需要进一步研究。

(收稿日期:2004-10-27)

原文见:Robert D. Surgical treatment options for fecal incontinence. Gastroenterology, 2004, 126(1).