

肛门测压指导男性排粪失禁患者临床特征及治疗情况分析

汪鸿涛 裘建明 傅超 梅婷婷 王东 杨关根

浙江中医药大学附属杭州市第三人民医院肛肠外科 310009

通信作者:杨关根,Email:yangguangen88@126.com,电话:0571-87827263



扫码阅读电子版

【摘要】 **目的** 探究男性排粪失禁患者的临床特征以及肛门直肠测压与治疗方式选择的关系。**方法** 采用回顾性队列研究的方法,分析2005年1月至2017年6月间杭州市第三人民医院肛肠科收治的58例男性排粪失禁患者的临床数据以及克利夫兰诊所排粪失禁评分系统(CCIS)等资料,总结治疗方式及其转归。**结果** 58例男性排粪失禁患者根据肛门直肠测压结果分为肛管压力正常组(43例)和肛管压力降低组(15例)。与肛管压力正常组相比,肛管压力降低组患者CCIS评分更高[(12.8±3.4)分比(10.5±1.8)分, $t=3.252$, $P=0.002$],既往肛门直肠手术史更多[34.9%(15/43)比10/15, $\chi^2=4.581$, $P=0.032$],差异均具有统计学意义(均 $P<0.05$),其

他临床特征两组差异无统计学意义($P>0.05$)。既往肛门直肠手术史的25例患者,在腔内B超下均可见肛门括约肌缺损,其中压力正常组中肛门内括约肌缺损5例,肛门外括约肌缺损6例,肛门内、外括约肌缺损4例,而在压力降低组中分别为2例、2例、6例。压力正常组所有患者的症状均通过调整生活方式(20.9%,9/43)或生物反馈治疗(79.1%,34/43)而改善。压力降低组9例追加了手术治疗(肛门括约肌成形术7例,骶神经刺激1例,股薄肌成形术1例)后好转。**结论** 男性排粪失禁患者可以在术前用肛门直肠测压进行评估,肛管压力正常者常多能通过非手术治疗缓解症状,而肛管压力降低者常伴有肛门括约肌功能的减退,往往需要手术干预。



【关键词】 排粪失禁; 肛门直肠手术; 肛门直肠测压; 男性

基金项目: 杭州市科技局重点专科专病项目(20160533B27、20150733Q28); 杭州市卫生科技计划重大项目(201763659)

DOI:10.3760/cma.j.issn.1671-0274.2019.06.014

排粪失禁被广泛认为是影响老年多产妇女的一种疾病,所以,男性排粪失禁较少受到关注。肛门直肠测压是一项重要的肛门直肠生理学检测技术,用来评估肛门括约肌功能和肛门直肠协调运动,尤其是对于排粪失禁和便秘患者,也可用于促进生物反馈训练、干预前评估、疗效评估^[1-2]。现将杭州市第三人民医院收治的58例男性排粪失禁患者的临床资料进行回顾性分析,以探究排粪失禁患者中肛管压力的特征及其对治疗方式选择的指导作用。

一、资料与方法

1. 研究对象:采用回顾性队列研究的方法。排粪失禁的诊断标准^[3]:反复发生的不能控制的粪质排出,症状至少持续3个月。根据此标准,回顾性收集2005年1月至2017年6月期间,杭州市第三人民医院肛肠科收治的58例男性排粪失禁患者的临床资料。所有患者均知情同意并签署知情同意书。

采用合肥奥源科技发展有限公司ZGJ-D3肛肠压力检测仪进行肛门测压,根据收缩压结果是否在正常范围内(80~180 mmHg, 1 mmHg=0.133 kPa),分为肛管压力正常组(43例)和肛管压力降低组(15例),两组均无严重精神疾病以及脊髓疾病或损伤。所有患者均从药物治疗和生活方式调整开始,包括饮食调节、容积性缓泻剂、直肠灌肠以及生物反馈治疗。

2. 收集指标:收集所有患者的一般资料、克利夫兰诊所排粪失禁评分系统(Cleveland clinic fecal incontinence scoring system, CCIS)^[4]、直肠指诊、乙状结肠镜、肛门直肠测压、直肠腔内B超、治疗方式等临床信息。

3. 统计学方法:采用SPSS 19.0统计软件进行统计分析,符合正态分布的计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,使用独立样本 t 检验进行比较;计数资料以例(%)或构成比表示,两组间比较采用Fisher精确概率法或 χ^2 检验进行比较, $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

二、结果

1. 两组临床特征的比较:与肛管压力正常组相比,肛管压力降低组患者CCIS评分更高,既往肛门直肠手术史更多,差异具有统计学意义(均 $P < 0.05$),两组其他临床特征差异无统计学意义(均 $P > 0.05$)。所有患者行肛门腔内B超,既往肛门直肠手术史的25例患者,在腔内B超下均可见肛门括约肌缺损,其余患者无明显括约肌损伤。具体见表1。

2. 两组治疗情况分析:在肛管压力正常组中,所有43例患者经非手术治疗后症状缓解。而在肛管压力降低组中,6例患者经保守治疗后好转,9例患者因效果不理想追加了

外科治疗,其中7例患者行肛门括约肌成形术,1例患者行骶神经刺激术,1例患者行股薄肌成形术;术后24周后随访评估,患者症状均好转。两组治疗方式的选择,差异有统计学意义($P < 0.001$),见表1。

三、讨论

肛门控制排粪是一个复杂的机制,它依赖完整的肛门括约肌屏障,足够的直肠储藏功能和正常的直肠感觉。直肠肛门角由耻骨直肠吊带的张力收缩维持,有研究认为,这是控制排粪的基石^[3]。肛管形成的高压区能有效防止直肠内压力升高,内、外括约肌的紧张活动是肛管静息压力的主要构成,其中内括约肌产生约55%,外括约肌产生20%~30%,其余15%~20%肛垫产生^[5]。目前肛管测压缺乏固定标准,不同单位、不同仪器之间的结果不好对比,每个研究机构应该为自己的患者设立正常值范围,而且男女之间有差异^[6]。

在本研究中,我们根据回顾性收集患者的临床资料,将排粪失禁患者根据肛门直肠测压的结果分为肛管压力正常组和肛管压力降低组后发现,两组患者对治疗的反应存在差异,所有肛管压力正常组患者均经药物治疗和生物反馈治疗好转,而肛管压力降低组有9例患者对非手术治疗无效,最后进行了手术治疗。目前CCIS、Wexner评分等是国际上使用比较广泛的评估排粪失禁症状以及肛门功能的评分系统^[7-8],对于排粪失禁治疗方案的选择具有一定指导意义,但是对于评分值在控制良好及中度失禁等截点值附近的患者,临床医生很难确定最佳的治疗方案。在本研究中,虽然两组的CCIS评分有差异,但所有患者根据CCIS评分都处于中度失禁之间(8~14分),仅仅依据CCIS评分选择治疗方案是不现实的,而且患者的年龄、性别、心理状态都是评分系统的影响因素^[9],更加对指导治疗增加了难度。

对于排粪失禁的原因,既往有过肛门直肠手术史是排粪失禁最常见的原因^[10-12]。Sentovich等^[13]回顾性分析26例男性患者,并将20名健康男性作为对照组进行比较,认为男性排粪失禁是由于肛门括约肌的缺损造成,且患者的肛管静息压相比对照组降低,差异具有统计学意义。Titu等^[14]对59例男性排粪失禁患者的肛门直肠测压和肛门内超声检查结果进行分析,发现所有排粪失禁患者都有不同程度的肛门括约肌缺损,而对于仅是排气及液性粪便污染内裤的患者,括约肌则无形态学或生理学改变,肛管静息压和肛管收缩压无明显降低。本研究结果显示,既往有肛门直肠手术史患者的比例,肛管压力降低组比肛管压力正常组更高,差异有统计学意义($P < 0.05$)。在本研究中,所有有肛门直肠手术史的患者在肛门内超声都有不同程度的括约肌缺损,然而,笔者在肛管压力正常组患者中发现,部分患者即使有明显括约肌缺损,但是肛管压力仍在正常范围内,说明剩余括约肌可能具有代偿作用来弥补缺损肌肉造成的肌力下降。而对于括约肌缺损伴有肛管压力下降的患者,肛管形成的高压区不能有效防止直肠内压力升高,造成了排粪失禁,所以非手术治疗很难达到满意的疗效。因此,仅凭括约肌损伤与否来决定

表1 肛管压力正常组与肛管降低组患者的临床特征及治疗情况比较

临床资料	肛管压力正常组(43例)	肛管压力降低组(15例)	统计值	P值
年龄(岁, $\bar{x} \pm s$)	50.6±9.7	52.3±11.9	$t=0.576$	0.567
CCIS评分(分, $\bar{x} \pm s$) ^a	10.5±1.8	12.8±3.4	$t=3.252$	0.002
既往肛门直肠手术史[例(%)]	15(34.9)	10(10/15)	$\chi^2=4.581$	0.032
痔切除术	7(16.3)	6(6/15)	$\chi^2=2.364$	0.124
肛瘘切除术	2(4.7)	3(3/15)	$\chi^2=1.663$	0.197
肛裂手术	2(4.7)	1(1/15)	$\chi^2=0.000$	1.000
肛门括约肌松解术	2(4.7)	0	-	1.000 ^b
肛周脓肿切开引流术	1(2.3)	0	-	1.000 ^b
直肠脱垂手术	1(2.3)	0	-	1.000 ^b
腔内B超[例(%)]				
肛门内括约肌缺损	5(11.6)	2(2/15)	$\chi^2=0.000$	1.000
肛门外括约肌缺损	6(14.0)	2(2/15)	$\chi^2=0.000$	1.000
肛门内、外括约肌缺损	4(9.3)	6(6/15)	$\chi^2=5.351$	0.021
糖尿病[例(%)]	6(14.0)	2(2/15)	$\chi^2=0.000$	1.000
肛门指检[例(%)]				
肛门直肠肿物	1(2.3)	0	-	1.000 ^b
肛门皮肤瘢痕	6(14.0)	3(3/15)	$\chi^2=0.020$	0.886
肛门黏膜瘢痕	6(14.0)	3(3/15)	$\chi^2=0.020$	0.886
肛裂	0	2(2/15)	-	0.064 ^b
肛瘘	3(7.0)	1(1/15)	$\chi^2=0.000$	1.000
痔疮	8(18.6)	3(3/15)	$\chi^2=0.000$	1.000
直肠息肉	2(4.7)	0	-	1.000 ^b
肛周脓肿	4(9.3)	2(2/15)	$\chi^2=0.000$	1.000
乙状结肠镜检查[例(%)]				
痔疮	8(18.6)	3(3/15)	$\chi^2=0.000$	1.000
息肉	5(11.6)	1(1/15)	$\chi^2=0.003$	0.959
直肠炎	9(20.9)	1(1/15)	$\chi^2=0.744$	0.389
炎性肠病	4(9.3)	3(3/15)	$\chi^2=0.403$	0.526
直肠肛门抑制反射阳性[例(%)]	41(95.3)	13(13/15)	$\chi^2=0.303$	0.582
治疗方式选择[例(%)]			$\chi^2=26.133$	<0.001
非手术治疗	43(100)	6(6/15)		
生活方式和饮食调整	9(20.9)	2(2/6)		
生物反馈疗法	34(79.1)	4(4/6)		
手术治疗	0	9(9/15)		

注:^a为克利夫兰诊所排便失禁评分系统;^b采用 Fisher 的精确检验;“-”表示无数据

否进行手术干预也是武断的,所以对排便失禁患者进行肛门直肠压力测压是很重要的,因为我们可以根据肛门直肠压力的高低来选择不同的治疗方案,避免过多疗效不佳的诊治,有利于减轻患者痛苦和经济压力。

综上所述,肛门直肠测压是男性排便失禁患者治疗前的一项重要评估手段,它可能具有指导治疗的作用。部分男性排便失禁患者有着正常的肛门压力,多能通过药物和生活方式的管理,生物反馈治疗的好转,相比较而言,肛管压力降低的排便失禁患者通常伴有较严重的肛门括约肌缺损和括约肌生理改变,常常需要手术干预。

利益冲突 所有作者均声明不存在利益冲突

参 考 文 献

- [1] 孙雅亭,马师洋,董蕾. 测压技术在胃肠道中的应用进展[J]. 胃肠病学, 2018, 23(8): 502-505. DOI: 10.3969/j.issn.1008-7125.2018.08.012.
- [2] 郑永娉,俞汀,林琳. 高分辨率肛门直肠测压在肛门直肠动力障碍性疾病中的应用[J]. 中华消化杂志, 2016, 36(5): 355-357. DOI: 10.3760/cma.j.issn.0254-1432.2016.05.015.
- [3] Duthie HL. Progress report. Anal continence[J]. Gut, 1971, 12(10): 844-852.
- [4] Jorge JMN, Wexner SD. Etiology and management of fecal

- incontinence[J]. Dis Colon Rectum, 1993, 36(1): 77-97. DOI: 10.1007/bf02050307.
- [5] 宿慧,王巍峰,彭丽华,等. 肛门直肠测压在功能性便秘和排便障碍诊治中的应用[J]. 中华消化杂志, 2015, (7): 492-494. DOI: 10.3760/cma.j.issn.0254-1432.2015.07.020.
- [6] 丁曙晴. 肛管直肠测压在排便障碍性疾病中的价值及临床解读[J]. 中华胃肠外科杂志, 2016, 19(12): 1342. DOI: 10.3760/cma.j.issn.1671-0274.2016.12.006.
- [7] 高雪晓,朱兰,於四军,等. 简体中文版粪失禁生活质量问卷信度和效度分析[J]. 中华医学杂志, 2018, 98(11): 813-817. DOI: 10.3760/cma.j.issn.0376-2491.2018.11.004.
- [8] 赵晓堂,戴雷,卢云,等. 4种量表对低位直肠癌保肛患者的肛门功能的评价[J]. 临床研究与实践, 2016, (1): 1-3, 15.
- [9] 龚国杰,牛伟亚,孟源,等. 不同性别的肛门失禁患者生活质量差异[J]. 检验医学与临床, 2018, 15(9): 1259-1262, 1265. DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2018.09.013.
- [10] Kalantar JS, Howell S, Talley NJ. Prevalence of faecal incontinence and associated risk factors; an underdiagnosed problem in the Australian community? [J]. Med J Aust, 2002, 176(2): 54-57.
- [11] Jorge JM, Wexner SD. Etiology and management of fecal incontinence[J]. Dis Colon Rectum, 1993, 36(1): 77-97.
- [12] Kamm MA. Faecal incontinence [J]. BMJ, 1998, 316(7130): 528-532.
- [13] Sentovich SM, Rivela IJ, Blatchford GJ, et al. Patterns of male fecal incontinence [J]. Dis Colon Rectum, 1995, 38(3): 281-285.
- [14] Titi M, Jenkins JT, Urie A, et al. Prospective study of the diagnostic evaluation of faecal incontinence and leakage in male patients [J]. Colorectal Dis, 2007, 9(7): 647-652. DOI: 10.1111/j.1463-1318.2006.01196.x.

(收稿日期:2018-05-01)

(本文编辑:王静)

· 医学信息 ·

四项关于高危Ⅱ期结肠癌接受不同时长的基于奥沙利铂辅助化疗随机临床研究的前瞻性荟萃分析

背景:高危Ⅱ期(合并T₄、淋巴结清扫数目不足、低分化、肠梗阻、穿孔或脉管及周围神经浸润)的直肠癌患者可选择6个月基于奥沙利铂的辅助化疗方案。IDEA研究提示,对于大部分Ⅲ期结肠癌患者,接受短程的辅助化疗是合适的。这里将汇报4项IDEA研究中Ⅱ期患者的疗效。方法:本研究为前瞻性、预先计划的荟萃分析,针对4项同时进行的随机三期临床研究(SCOT、TOSCA、ACHIEVE-2、HORG)中的高危Ⅱ期患者进行分析,评估对比3个月(3M)和6个月(6M)的FOLFOX或CapOX辅助化疗方案(提前选定方案,非随机)的非劣效性(NI)。主要的研究终点是无病生存(DFS),假如通过一个分层Cox模型预估的DFS风险比(HR:3M比6M)的双侧80%CI<1.2,则达到非劣效性。为达80%的效力,共需要542个DFS事件来判定非劣效性。同时在不同的方案间,T₄(是或否)和淋巴结清扫数目不足(是或否)等预设的亚组间也会检验非劣效性。结果:初始分析共纳入了3 273例的随机化患者,其中1 254例接受了FOLFOX方案,2 019例接受了CAPOX方案化疗。研究中共有552个DFS事件,中位随访事件为60.2个月。3M组的3~5级毒性反应显著较少(P=0.000 1)。3M组和6M组的5年DFS分别为80.7%和84%,估计DFS HR值为1.18(80%CI:1.05~1.31, P_{非劣效性}=0.404)。对于CapOX方案,估计HR值为1.02(80%CI:0.88~1.17, P_{非劣效性}=0.087);对于FOLFOX方案,估计HR值为1.42(80%CI:1.19~1.70, P_{非劣效性}=0.894)。化疗时长和化疗方案间的交互检验结果差异并无统计学意义(P=0.174,已作多方检验校正),但比其他亚组检验的结果要强。

结论:在总体高危Ⅱ期结肠癌患者中,3个月的非劣效性未达到。在Ⅲ期患者中,若辅助化疗方案为CAPOX,6个月化疗时长患者的DFS大于3个月者,虽然差异未达到统计学意义,但提示在这类患者中,辅助化疗方案的选择很重要。

[Timothy Iveson, et al. ASCO2019, Abstract 3501 (ISRCTN59757862). 中山大学附属第六医院李珊珊翻译 邓艳红审校]