

DOI: 10.3969/j.issn.1005-8982.2021.14.002
文章编号: 1005-8982 (2021) 14-0007-06

消化系统疾病专题·论著

手术联合自拟益气健脾润肠通便方治疗女性直肠前突所致出口梗阻型便秘的效果观察*

戢敏, 郭光丽, 王芳, 张迪, 刘凤玲, 魏少兴, 杨冬
(石家庄市中医医院 肛肠科, 河北 石家庄 050051)

摘要: **目的** 探讨手术联合自拟益气健脾润肠通便方治疗女性直肠前突所致出口梗阻型便秘的疗效及安全性。**方法** 选取2017年6月—2020年5月在石家庄市中医医院行手术治疗的80例女性直肠前突致出口梗阻型便秘患者为研究对象。采用随机数字表法将其分为对照组和观察组, 每组40例。两组均行经阴道修补术、痔上黏膜环形错位套扎吻合术(EPH), 观察组在此基础上术后2 d开始口服自拟益气健脾润肠通便中药方, 14 d为1个疗程, 连续服用2个疗程后评估疗效, 记录不良反应发生情况, 比较远期疗效。**结果** 观察组治疗前后排便频率、排便困难程度、粪便性状、排便时间、排便不尽感、头昏、乏力、口干口渴评分的差值大于对照组($P < 0.05$)。观察组患者临床有效率高于对照组(95.00% VS 80.00%, $P < 0.05$)。两组患者的腹胀/腹泻、恶心/呕吐、出血、疼痛、尿潴留发生率及不良反应总发生率比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$), 且上述不良反应均为轻度, 无重度不良反应。观察组治疗前后出口梗阻型便秘评分(ODS)的差值大于对照组($P < 0.05$), 复发率低于对照组($P < 0.05$)。**结论** 经阴道修补术、EPH术后口服自拟益气健脾润肠通便中药方, 可有效改善女性直肠前突所致出口梗阻型便秘临床症状, 提高近、远期疗效, 降低复发率, 且不增加不良反应发生风险。

关键词: 益气健脾润肠通便方; 经阴道修补术; 痔上黏膜环形错位套扎吻合术; 女性; 直肠前突; 出口梗阻型便秘

中图分类号: R574.63

文献标识码: A

Effect of operation combined with Decoction for Tonifying Qi, Invigorating Spleen and Relaxing Bowel in the treatment of female patients with outlet obstruction constipation caused by rectocele*

Min Ji, Guang-li Guo, Fang Wang, Di Zhang, Feng-ling Liu, Shao-xing Wei, Dong Yang
(Department of Anorectal Surgery, Shijiazhuang Hospital of Traditional Chinese Medicine,
Shijiazhuang, Hebei 050051, China)

Abstract: **Objective** To investigate the effect of operation combined with Decoction for Tonifying Qi, Invigorating Spleen and Relaxing Bowel in the treatment of female patients with outlet obstruction constipation caused by rectocele. **Methods** Eighty female patients with outlet obstruction constipation caused by rectocele were randomly divided into control group ($n = 40$) and observation group ($n = 40$). Both groups were treated with transvaginal repair and the eastern rubber band ligation and coincide of dislocation for prolapse and hemorrhoid (EPH). The observation group was additionally treated with self-made Decoction for Tonifying Qi, Invigorating Spleen and Relaxing Bowel from 2 days after operation, with 14 days as a course of treatment. After 2 courses of treatment, the therapeutic effect was evaluated, and the occurrence of adverse reactions was recorded. **Results** The

收稿日期: 2021-01-06

* 基金项目: 河北省中医药管理局科研计划项目(No:2018234)

[通信作者] 郭光丽, E-mail: hebeiguoguangli@163.com; Tel: 18033738629

differences of scores in the defecation frequency, degree of difficulty in defecation, stool characteristics, defecation time, feeling of incomplete defecation, dizziness, fatigue, dry mouth and thirst before and after the treatment of the observation group were higher than those of the control group ($P < 0.05$). After treatment, the clinical effective rate of the observation group was higher than that of the control group (95.00% VS 80.00%, $P < 0.05$). There was no significant difference in the incidence of abdominal distension or diarrhea, nausea or vomiting, bleeding, pain, urinary retention and the overall rate of adverse reactions between the two groups ($P > 0.05$), and all the adverse reactions were mild and no severe adverse reactions were observed. The difference of obstructive defecation syndrome (ODS) score before and after treatment in the observation group was greater than that in the control group ($P < 0.05$), and the recurrence rate was lower in the observation group than that in the control group ($P < 0.05$).

Conclusions Oral administration of self-made Decoction for Tonifying Qi, Invigorating Spleen and Relaxing Bowel after transvaginal repair and EPH effectively ameliorates the clinical symptoms of outlet obstruction constipation caused by rectocele in female patients, improves the short-term and long-term treatment effects, reduces the recurrence rate, and does not increase the risk of adverse reactions.

Keywords: Decoction for Tonifying Qi, Invigorating Spleen and Relaxing Bowel; transvaginal repair; EPH; female; rectocele; outlet obstructive constipation

直肠前突所致出口梗阻型便秘是由于直肠解剖结构变异导致的一种常见肛肠疾病^[1]。受盆腔出口大、会阴体狭窄、直肠阴道隔薄弱,以及直肠前壁容易伸入阴道等因素的影响,直肠前突致出口梗阻型便秘好发于女性人群^[2]。直肠前突致出口梗阻型便秘的治疗方式取决于疾病严重程度,轻度患者可采用非手术方法,如改变饮食、口服药物、盆底功能锻炼、生物反馈治疗;对中、重度患者,保守治疗往往无效,应考虑手术治疗^[3]。手术治疗以多余直肠前壁黏膜切除及直肠阴道隔加固效果显著^[4]。但中医角度认为,出口梗阻型便秘的主要病因、病机与饮食不节、情志失调、禀赋不足、感受外邪等所致热结、气滞、寒凝、气血阴阳亏虚引起的肠道传导失常相关,而手术未从根本上纠正其脾气亏虚、中气不足状态,治疗效果受限^[5-6]。为此,本研究以行经阴道修补联合痔上黏膜环形错位套扎吻合术(the eastern rubber band ligation and coincide of dislocation for prolapse and hemorrhoid, EPH)治疗的女性直肠前突致出口梗阻型便秘患者为研究对象,从改善症状及安全性方面探讨术后口服自拟益气健脾润肠通便方的临床效果,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取2017年6月—2020年5月在石家庄市中医院行手术治疗的女性直肠前突致出口梗阻型便秘患者80例作为研究对象,均符合《便秘诊治暂行标准》^[7]《现代肛肠病学》^[8]中西医诊断标准及

《中医病证诊断疗效标准》^[9]中医诊断标准。采用随机数字表法,将患者分为对照组和观察组,各40例。本研究经医院医学伦理委员会批准,患者自愿参加实验并签署知情同意书。

1.2 纳入与排除标准

1.2.1 纳入标准 ①符合上述诊断标准,且辨证气阴两虚证;②女性,年龄30~70岁;③间断或持续保守治疗>3个月,无效;④对研究人员观察和治疗有良好的依从性。

1.2.2 排除标准 ①未婚、妊娠期及哺乳期妇女;②瘢痕体质;③1年内已接受手术治疗者;④合并有重度结肠慢传输型便秘患者,或经检查证实患有直肠、肛管占位性病变患者;⑤合并盆底疝、乙状结肠冗长、骶直分离、重度结直肠炎患者;⑥合并严重心、脑、肝、肾、造血系统原发性疾病及中枢神经疾病、精神疾病患者。

1.3 手术方案

两组患者均行经阴道修补术、EPH治疗:患者取截石位,采用蛛网膜下腔麻醉,给予心电监测及吸氧,常规消毒。再次阴道消毒,于阴道黏膜下层注射肾上腺素稀释液,于阴道黏膜与皮肤交界处,做一横行切口至阴道黏膜全层,游离阴道后壁黏膜至直肠前突顶端,纵行切开阴道后壁黏膜,于两侧分别游离阴道后壁黏膜至暴露出两侧的肛提肌和直肠阴道隔,手术医师左手示指进入直肠内引导,用7号丝线间断缝合肛提肌和直肠阴道隔,修剪阴道后壁黏膜,7号丝线间断缝合阴道后壁黏膜,4号丝线间断缝合阴道皮肤交界处的

横行切口,置导尿管并保留,阴道内填塞新洁尔灭纱布。再次消毒肛周及肛管直肠中下段,扩肛后插入一次性肛门镜。将负压吸引接头与外源负压抽吸系统相接,右手拇指堵住气孔,使枪管处于负压抽吸状态;经肛门镜置入枪管并对准目标组织,在负压抽吸下松弛直肠黏膜组织即被吸入枪管内;当负压值达0.08~0.10 kPa时,即可转动齿轮释放胶圈将目标组织套住,松开拇指下气孔,释放负压,释放被套扎的组织。套扎的位置分别选择在截石位12点距齿线约3 cm,以及距齿线上约2 cm直肠前突边缘两侧,其余2个胶圈可选择倒三角法以第一个胶圈为下点套扎在每一套扎组织中,可注射1:1利多卡因液0.5~1.0 ml;探查肛内及直肠下段,肛管上端直肠前壁凹陷改善,探查肛门,3指可顺利通过;查无活动出血,肛内填入2粒消炎止痛栓,油纱条填塞伤口,无菌敷料加压固定,手术完毕后送入病房。两组患者术后禁食、禁水6 h后改流质饮食,控制大便24 h。24 h后拔出肛门内纱条,48 h后拔出阴道内填塞纱布,坚持肛门换药2次/d,阴道换药1次/d,并给予常规抗炎、止血、补液支持治疗。

1.4 治疗方案

观察组患者术后第2天开始口服益气健脾润肠通便中药。主方:黄芪20 g、党参15 g、白术15 g、茯苓12 g、陈皮10 g、火麻仁15 g、郁李仁15 g、甘草6 g。加减方:气虚乏力甚者重用黄芪、党参;阴虚肠燥者加玄参、生地黄、麦冬;血虚者加白芍、川芎、熟地黄;腹胀者加木香、厚朴、莱菔子;情志抑郁、肝火旺盛者加柴胡、郁金、川楝子;内热蕴结者加黄芩、栀子。每日1剂,水煎取汁300 ml分早晚口服。14 d为1个疗程,连续服用2个疗程,对照组不用中药。

1.5 观察指标

1.5.1 基线资料 患者年龄、病程、排便造影、直肠前突深度、手术时间及术中出血量。

1.5.2 症状评分 分别于治疗前、治疗后14 d,参照《中药新药临床研究指导原则》^[10]慢性功能性便秘症状评分标准,评估两组患者症状评分,其中主症主要包括排便频率、排便困难、粪便性状、排便时间、排便不尽感等;次症主要包括头昏、乏力、口干口渴等。0分表示无症状,2分

表示轻度症状,4分表示中度症状,6分表示重度症状。

1.5.3 疗效评估 治疗后14 d评估两组治疗效果,疗效评估标准结合《中药新药临床研究指导原则》^[10]慢性功能性便秘症状评分及《中医病证诊断疗效标准》^[9](ZY/T001.1-94)直肠前突疗效判定标准。具体评估标准:①治愈为主要症状、体征基本消失,疗效指数>90%,排便造影正常;②显效为主要症状、体征大部分消失,疗效指数>70%~90%,排便造影减少11~15 mm;③有效为主要症状、体征部分消失,疗效指数为30%~70%,排便造影减少6~<11 mm;④无效为症状均未改善,疗效指数<30%,排便造影减少<6 mm。其中疗效指数(尼莫地平法)=治疗前后积分的差值/治疗前积分×100%。

1.5.4 不良反应 主要包括腹胀/腹泻、恶心/呕吐、出血、疼痛、尿潴留等。

1.5.5 远期疗效 治疗后12个月,采用出口梗阻型便秘评分(ODS)及复发率评估患者远期疗效。ODS分数越高表示症状越严重,复发指经排便造影复查证实直肠前突依然存在。

1.6 统计学方法

数据分析采用SPSS 23.0统计软件。计量资料以均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,比较用 t 检验;计数资料以率(%)表示,比较用 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者基线资料比较

两组年龄、病程、排便造影、直肠前突深度、手术时间及术中出血量比较,经 t 或 χ^2 检验,差异无统计学意义($P > 0.05$)。见表1。

2.2 两组患者治疗前后症状评分的变化

两组治疗前后排便频率、排便困难、粪便性状、排便时间、排便不尽感、头昏、乏力、口干口渴评分的差值比较,经 t 检验,差异有统计学意义($P < 0.05$),观察组大于对照组,见表2。

2.3 两组患者治疗效果比较

两组患者临床总有效率比较,经 χ^2 检验,差异有统计学意义($\chi^2 = 4.114$, $P = 0.043$),观察组高于对照组。见表3。

表 1 两组患者基线资料比较 ($n=40$)

组别	年龄/(岁, $\bar{x} \pm s$)	病程/(年, $\bar{x} \pm s$)	排便造影/例		直肠前突深度/ (mm, $\bar{x} \pm s$)	手术时间/(min, $\bar{x} \pm s$)	术中出血量/(ml, $\bar{x} \pm s$)
			中度	重度			
对照组	44.80 ± 11.98	5.65 ± 2.33	22	18	35.78 ± 7.20	68.19 ± 20.33	33.91 ± 14.50
观察组	45.23 ± 10.71	5.82 ± 2.10	23	17	36.17 ± 6.89	70.01 ± 22.17	32.18 ± 13.22
t/χ^2 值	0.169	0.343	0.051		0.248	0.383	0.558
P 值	0.866	0.733	0.822		0.805	0.703	0.579

表 2 两组患者治疗前后症状评分的差值比较 ($n=40, \bar{x} \pm s$)

组别	排便频率	排便困难	粪便性状	排便时间	排便不尽感	头昏	乏力	口干口渴
对照组	2.43 ± 0.75	2.23 ± 1.15	2.20 ± 1.01	2.65 ± 0.87	3.02 ± 0.98	2.68 ± 1.27	1.96 ± 0.95	1.59 ± 0.92
观察组	3.12 ± 0.80	3.39 ± 1.42	2.78 ± 1.15	3.55 ± 1.13	3.44 ± 0.85	3.21 ± 1.08	2.60 ± 1.21	3.17 ± 1.79
t 值	3.980	4.015	2.397	3.991	2.048	2.011	2.631	4.965
P 值	0.000	0.000	0.019	0.000	0.044	0.048	0.010	0.000

表 3 两组患者治疗效果比较 [$n=40$, 例(%)]

组别	治愈	显效	有效	无效	有效率
对照组	9(22.50)	10(25.00)	13(32.50)	8(20.00)	32(80.00)
观察组	16(40.00)	12(30.00)	10(25.00)	2(5.00)	38(95.00)

2.4 两组患者不良反应发生情况比较

两组患者不良反应发生率比较, 经 χ^2 检验, 差异无统计学意义 ($P>0.05$)。两组患者均为轻度不良反应, 无重度不良反应。见表 4。

表 4 两组患者不良反应发生情况比较 [$n=40$, 例(%)]

组别	腹胀/腹泻	恶心/呕吐	出血	疼痛	尿潴留	总发生率
对照组	3(7.50)	1(2.50)	4(10.00)	5(12.50)	1(2.50)	12(30.00)
观察组	2(5.00)	0(0.00)	3(7.50)	3(7.50)	1(2.50)	11(27.50)
χ^2 值	0.213	1.013	0.157	0.556	0.000	0.061
P 值	0.644	0.314	0.692	0.456	1.000	0.805

2.5 两组患者远期疗效比较

观察组与对照组患者治疗前与治疗后 12 个月 ODS 评分的差值比较, 经 t 检验, 差异有统计学意义 ($P<0.05$), 观察组大于对照组; 两组复发率比较, 经 χ^2 检验, 差异有统计学意义 ($P<0.05$), 观察组低于对照组, 见表 5。

表 5 两组患者治疗前后 ODS 评分的差值及复发率比较 ($n=40$)

组别	ODS 评分 ($\bar{x} \pm s$)	复发率 例(%)
对照组	0.90 ± 0.41	6(15.00)
观察组	1.35 ± 0.36	1(2.50)
t/χ^2 值	5.216	3.914
P 值	0.000	0.048

3 讨论

手术是治疗中、重度直肠前突的主要方式, 其中较常见的术式为经阴道修补术和直肠肛门修补术, 其中经阴道修补术旨在解决向阴道后壁突出的囊袋, 重建坚固的直肠阴道隔, 并且可同时处理合并的阴道后壁黏膜脱垂^[11]。经直肠下端黏膜环切术 (procedure for prolapse and hemorrhoids, PPH) 是一种直肠肛门修补术, 作为微创手术方式, 其具有创伤小、疼痛轻、术后易恢复等优点^[12]。邹劲林等^[13]研究指出, 两者在治疗直肠前突方面均可取得良好的治疗效果。董蒙蒙^[14]以重度直肠前突患者为研究对象, 指出经阴道后壁修补术与改良 PPH 均有利于改善患者临床症状, 且术后并发症发生

率低。但也有研究指出,单纯应用经阴道修补术无法处理松弛的直肠前壁黏膜及肛门伴随疾病^[15];此外,PPH同样存在缺点,该术式单纯切除多余直肠前壁黏膜,并未对直肠前壁与阴道后壁的薄弱区进行纠正^[16],因此两者在临床单独使用受限。EPH又被称为东方PPH^[17],PPH是在一个平面进行的完整的环状切口,一旦操作不当,可能导致术后肛管狭窄,而EPH是在不同平面进行的不连续切口,避免了术后形成肛管狭窄的问题。为此,本研究将经阴道修补术与EPH相结合,发现两组患者治疗有效率均 $\geq 80\%$,提示两者联合治疗出口梗阻型便秘效果显著。

结合目前中医对直肠前突的认识,直肠前突的主要发病机理为气虚所致脏器下垂,其所致的出口梗阻型便秘是由于患者的肺脾气虚、运化失职,导致大肠传导无力而引发的一种便秘,患者多伴有气短、乏力、多汗等症状^[18-19]。为进一步提高疗效,本研究予以气阴两虚型患者术后口服自拟益气健脾润肠通便方药治疗,发现相对于对照组,观察组患者临床症状改善更明显,近、远期疗效进一步提高。分析原因可能为气虚所致便秘的治疗应以补气润肠、健脾升阳为主,本方中包含了经典方中黄芪、党参、茯苓、白术、陈皮、甘草等成分,其中黄芪味甘性微温,有补气益气及扶正固表、利水消肿的作用,有利于改善气虚乏力、血虚萎黄;党参味甘,性平,归脾、肺经,具有补中益气、止渴、健脾益肺、养血生津的功效;茯苓既能健脾,又能渗湿;白术同样具有燥湿健脾的效果;党参、白术、茯苓等配伍,可作为补肺脾,治气虚的辅佐药,适用于脾胃弱人群。赵长胜等^[20]研究指出,直肠前突患者行经肛门吻合器直肠部分切除术后,予以口服补中益气方(方中黄芪、党参、白术、陈皮、甘草与本研究相同)治疗,患者排便造影情况即中医证候评分均优于常规对照组。此外,本方优势在于在上述经典成分的基础上添加的火麻仁、郁李仁均具有润肠通便的功效,主要用于治疗血虚津亏、肠燥便秘等。李寒冰等^[21]研究指出,火麻仁油可通过改善大鼠肠道菌群水平,发挥治疗便秘的效果;胡占起等^[22]以重度直肠前突患者为研究对象,发现术后口服自拟助阳通便膏方有利于改善患者便秘相关症状评分,提高疗效,分析原因与方中郁李

仁等组分发挥生津通便效果有关,与本研究结果基本一致。此外,两组患者不良反应发生率无明显差异,证实术后口服自拟益气健脾润肠通便中药方是安全可行的。本研究存在不足之处为研究对象均为气阴两虚证患者,对其他证候类型患者的疗效还需进一步探讨。

综上所述,经阴道修补术、EPH术后患者口服自拟益气健脾润肠通便中药方,可有效改善女性直肠前突所致出口梗阻型便秘临床症状,提高治疗效果,且不增加不良反应发生风险;此外,自拟益气健脾润肠通便中药方具有易携带、易存贮等优点,值得临床推广应用。

参考文献:

- [1] 张冰,刘筠,甄雨声,等.直肠前突与功能性便秘的关系[J].天津医科大学学报,2017,23(2):141-142.
- [2] 臧亮,霍黎生,韩珊珊,等.改良TST术联合温经汤加减治疗女性出口梗阻型便秘临床研究[J].陕西中医药大学学报,2020,43(5):80-84.
- [3] 张艳,杨现彩,苏忠庭.吻合器痔上黏膜环切术治疗直肠黏膜脱垂所致出口梗阻型便秘的近远期疗效观察[J].成都医学院学报,2020,15(3):380-382.
- [4] 杨会举,周鹏飞,刘佃温.出口梗阻型便秘中医证候分布与手术治疗[J].中国中西医结合外科杂志,2019,25(2):225-228.
- [5] 刘世举,刘佃温,杨会举,等.三联术联合中医外治法治疗出口梗阻型便秘232例[J].河南中医,2018,38(8):1210-1213.
- [6] 崔竹,吴政政,张敬华,等.吴茱萸热敷联合耳穴压豆护理对老年脑卒中便秘患者腹胀及胃肠功能的影响[J].川北医学院学报,2019,34(3):466-469.
- [7] 中华医学会外科学分会肛肠外科学组.便秘诊治暂行标准[J].中华医学杂志,2000,80(7):491.
- [8] 金虎.现代肛肠病学[M].北京:人民军医出版社,2009.
- [9] 国家中医药管理局.中医病证诊断疗效标准[M].南京:南京大学出版社,1994.
- [10] 郑筱萸.中药新药临床研究指导原则[M].北京:中国医药科技出版社,2002.
- [11] 豆红丽,张沁光.经阴道修补加固术治疗中重度直肠前突37例疗效观察[J].中国肛肠病杂志,2019,39(9):32-33.
- [12] IIDA Y, SAITO H, TAKASHIMA Y, et al. Procedure for prolapse and hemorrhoids (PPH) with low rectal anastomosis using a PPH 03 stapler: low rate of recurrence and postoperative complications[J]. Int J Colorectal Dis, 2017, 32(12): 1687-1692.
- [13] 邹劲林,彭培建,莫湘琼.经阴道修补和痔上黏膜环切术治疗直肠前突性便秘临床疗效的比较[J].实用医学杂志,2018,34(6):995-997,1002.
- [14] 董蒙蒙.经阴道后壁修补术与改良PPH术治疗重度直肠前突的对比观察[D].石家庄:河北医科大学,2018.

- [15] 刘浏荣, 王留珍, 孙洁慧. PPH术结合经阴道修补直肠前突术临床应用及探讨[J]. 医学信息, 2015, 28(46): 217.
- [16] 赵卫红, 吴晓伟, 郭明海, 等. 直肠黏膜塔状缝合术联合改良PPH治疗伴直肠前突的出口梗阻型便秘[J]. 中国现代普通外科进展, 2019, 22(10): 803-804.
- [17] 贾晓静, 贾玉良. 痔上黏膜环形错位套扎术与PPH治疗痔的效果比较[J]. 中国肛肠病杂志, 2017, 37(7): 34-35.
- [18] 李玲. 中医药联合手术治疗直肠前突型便秘临床研究进展[J]. 国际中医中药杂志, 2020, 42(8): 813-816.
- [19] 董峻峰, 叶燕芬, 宋君仙, 等. 中药脐疗干预前列腺电切术后便秘的效果观察[J]. 健康研究, 2018, 38(4): 459-461.
- [20] 赵长胜, 魏永辉, 吕立群, 等. 益气养阴法联合STARR手术治疗直肠前突的临床疗效观察[J]. 世界中西医结合杂志, 2018, 13(1): 112-115.
- [21] 李寒冰, 吴宿慧, 李根林, 等. 火麻仁油对便秘大鼠肠道微生态的改善作用[J]. 中华中医药学刊, 2018, 36(8): 1878-1881.
- [22] 胡占起, 隋楠. 经肛闭式修补术联合自拟助阳通便膏方口服治疗重度直肠前突的临床研究[J]. 结直肠肛门外科, 2020, 26(2): 213-216.

(童颖丹 编辑)

本文引用格式: 戢敏, 郭光丽, 王芳, 等. 手术联合自拟益气健脾润肠通便方治疗女性直肠前突所致出口梗阻型便秘的效果观察[J]. 中国现代医学杂志, 2021, 31(14): 7-12.

Cite this article as: JI M, GUO G L, WANG F, et al. Effect of operation combined with Decoction for Tonifying Qi, Invigorating Spleen and Relaxing Bowel in the treatment of female patients with outlet obstruction constipation caused by rectocele[J]. China Journal of Modern Medicine, 2021, 31(14): 7-12.