

直肠前突 PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文

https://www.100test.com/kao_ti2020/306/2021_2022__E7_9B_B4_E8_82_A0_E5_89_8D_E7_c22_306781.htm 名称直肠前突所属科室肛肠科病因直肠前壁由直肠***隔支撑，该隔主要由骨盆内筋膜组成，内有肛提肌的中线交叉纤维组织及会阴体。若直肠***隔松弛，则直肠前壁易向前膨出，类似疝突出。多见于慢性便秘致腹内压长期增高的女性、多产妇、排便习惯不良者、老年女性会阴松弛等。国内通过对45例直肠前突患者进行常规检查、肛肠动力学、盆底肌电图、排粪造影及肛肠转动功能等项检查，对直肠前突的病因及发生机理提出以下见解，认为直肠前突系排便时直肠前壁过度突入***的一种病理状态。正常排便时腹压升高，盆底肌松弛，肛管直肠角度变钝，盆底呈漏斗状，肛管成为最低点，粪便在排便压驱动下排出。由于骶曲的影响，下行粪块的垂直分力成为排便动力，而水平分力则作用于直肠前壁使向前突出。在男性，由于前方坚实，直肠不易前突；而女性则由于前方较空虚，该水平分力则作用于直肠前壁使其向前突出。在男性，由于前方坚实，直肠不易前突；而女性则由于前方较空虚，该水平力作用于直肠***隔。直肠***隔中有腹会阴筋膜通过，并有在中线交织的提肛肌纤维，二者可大大加强直肠***隔的强度，以反抗上述水平分力，使直肠前壁在排便时不致过度前突而改变粪块运动的方向。分娩、发育不良、筋膜退变及长期腹压增高均可使盆底受损而松弛。尤其是分娩时，可使肛提肌裂隙中的交织纤维撕裂，腹会阴筋膜极度伸展或撕裂，从而损伤直肠***隔的强度，影响其反抗排便的水平分力而逐渐向前突出。本组患者多在产后发病，提示本病发生与经***生产有

关；本病多发生于中年，提示可能与结缔组织的退变有关。前突发生后，其顶部便突破盆膈而成为排便时的最低点，且其纵轴与粪便下行方向一致，沿骶曲下行的粪块首先进入前突，如此时大便干硬不易变形或盆底不能同步松弛，则排便压力将主要作用于前突顶部，患者虽感会阴部胀满，但粪便却难以排出。由于排便压力作用方向改变且被部分耗散，直肠后壁受压减少，主要位于此区的排便感受器得不到充分刺激，以致盆底肌不能充分松弛而开通肛管上口，粪便难以导入肛管。会阴胀满迫使患者更加用力，形成恶性循环，使前突不断加深，盆底不断下降。盆底痉挛综合征患者困难排便时盆底肌反常收缩，对直肠前壁和盆底提供了主动保护，因此该组患者盆底下降较少，直肠前突也较浅。由此提示，直肠前突与盆底松弛有十分密切关系，盆底受损很可能是始发因素，其导致的直肠前突又反过来加重盆底下降，二者可互为因果。盆底下降时，支配盆底肌的阴部神经必然受到牵拉。该神经末端长约90mm，受拉伸展不超过12%。本组患者安静时神经受牵拉为19.4%，而排便时受牵拉则为31.3%。如此反复过度牵拉将导致神经功能或器质性损害，使受其支配的肛提肌、外括约肌逐渐变弱，表现为收缩压下降。Read认为，阴部神经损伤可使直肠感觉功能下降，直肠张力降低，直肠收缩反射迟钝。文献证实，肛提肌的直肠附着部及耻骨直肠肌均有大量内脏神经纤维分布，因此，便意产生及直肠的反射性收缩可能也与此有关。盆底异常下降对上述内脏神经也难免造成损伤。54例患者中肛管收缩压、便意感觉容量、直肠收缩波及收缩率均下降，提示有盆底神经损伤。神经损害可加重盆底功能失调，进一步损害非排便功能，互为因果

形成恶性循环。盆底神经肌肉受损伤位置异常下降，其所支托的组织器官亦随之松弛下降而造成多种病变。检查结果表明直肠前突几乎均合并其他类型的松弛性病变，这提示直肠前突是某种复杂的病理过程中的一环。综上所述，作者认为直肠前突不是一个独立的病变，可能是盆底松弛综合征的一种表现。临床表现排粪困难是直肠前突的主要症状。用力排粪时腹压增高，粪块在压力的作用下冲向前突内，停止用力后粪块又被挤回直肠，造成排粪困难。由于粪块积存在直肠内，患者即感下坠，排便不尽而用力努挣，结果腹压进而增加，使已松弛的直肠***膈承受更大的压力，从而加深前突，如此形成恶性循环，排粪困难越来越重，少数患者需在肛周、***内加压协助排粪，甚至将手指伸入直肠内挖出粪块。部分患者有便血及肛管疼痛。检查直肠指诊及排粪造影等是诊断直肠前突的主要检查方法。

(一)指诊检查：直肠指诊可触及肛管上端的直肠前壁有一圆形或卵圆形突向***的薄弱区。用力排粪时突出更明显。

(二)排粪造影：可见到直肠前壁向前突出，钡剂通过肛管困难。前突的形态多为事袋状，鹅头角状或土丘状，边缘光滑，如前突深度超过2cm，其囊袋内多有钡剂嵌留；如合并耻骨直肠前肌病变，则多呈鹅征。

(三)所隔排出试验：将一头连接气囊的导管插入***壶腹部，注入100ml气体。让患者用力作排便动作，从中了解直肠的排泄功能。正常者5分钟内可将气囊排出，超过5分钟者为排出延迟。作者检查39例，其中有2例排出正常；16例排出时间>5分钟，8例>7分钟，5例>10分钟，6例在15分钟左右，2例>15分钟仍未排出，阳性率达94.9%。诊断根据上述典型病史、症状及体征，直肠前突诊断并不困难。正常人用力排粪时

，在肛管直肠交界处前上方有时可见向前膨出，长度较长，但深度一般不超过5cm。国内医学界提出直肠前突排粪造影检查，可分为三度：即轻度，前突深度为0.6~1.5cm；中度为1.6~3cm，重度“U”字形。游离基底较宽的粘膜肌层瓣（瓣内必须有肌层），粘膜肌层瓣向上分离须超过直肠**隔的薄弱处。先做3~4间断横行缝合，横行缝叠松弛的直肠**隔；再做2~3针间断垂直缝合，缩短直前壁，降低缝合粘膜肌层瓣的张力，促进愈合。切除过多的粘膜，将粘膜肌层瓣边缘与齿线间断缝合，最后间断或连续缝合两侧纵形切口。

(二)经直肠闭式修补（Block）法：根据前突大小，用弯血管钳纵行钳夹直肠粘膜层，再用2/0铬制肠线自下而上连续缝合粘膜肌层，直到耻骨联合处。缝合时应下宽下窄，以免在上端形成粘膜瓣影响排粪。该法仅适用于较小的（1~2cm）直肠前突。经直肠入路修补直肠前突的优点：方法简便；可同时治疗其他伴随的肛管直肠疾病；可用局麻完成手术；更直接接近括约肌上区，能向前折叠耻骨直肠肌，重建肛管直肠角。该法缺点是不同是纠正膀胱突出或**后疝，有肛管狭窄者亦不是经**修补，合并以上情况者以**修补为宜。

(三)直肠内封闭缝合法修补直肠前突：其手术要点是，在直肠前突处行双重连续交锁缝合，将该处直肠粘膜、粘膜下组织和肌层缝合一起，消灭直肠前壁囊袋。连续交锁缝合要勒紧，以达到绞窄效果，从而引起粘膜坏死脱落，靠该处粘膜下和肌层组织使创面快速愈合。该类手术适用于中间位直肠前突，特点是快速、简单易行、出血少，不足之处是有时前突封闭不完全，术后可复发。必须注重，单纯直肠前突较少，多合并有直肠前壁粘膜脱垂、直肠内套叠、会阴下降、

肠疝等。治疗时应同时治疗合并疾患，否则将影响疗效。另外，需认真做好术前预备和术后护理。术前3日口服肠道抗生素，术前2日进软食，手术当日禁食，并清洁灌肠、冲洗***。术后继续用抗生素或甲硝唑等预防感染，进流食，保持5~7天不大便。100Test 下载频道开通，各类考试题目直接下载。详细请访问 www.100test.com