

肛门失禁 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__E8_82_9B__E9_97_A8_E5_A4_B1_c22_306835.htm 名称肛门失禁所属科室肛肠科病因肛门功能的控制有复杂的、多方面的因素，通过协调，综合地来完成。任何一个环节的异常就可能导致肛门失禁。节制肛门排粪功能主要有五个因素： 肛管直肠粘膜的刺激反应；肛直肠粘膜下有压力感受器，当肛直肠被充盈时，这些感受器接受刺激后通过神经传送信息经脊髓和中枢神经，根据刺激的内涵和外在环境的适宜与否，来决定松弛或收缩括约肌，从而来调控排气和排便； 肛直肠的成角：正常人的肛直肠存在80~90角度，可阻止粪便因重力关系而向下脱出。生理和病理性因素使肛直肠角的改变也是排便失控的重要一环； 扑动瓣作用，***的节律性收缩，形成扑动瓣，使肠腔闭锁，从而达到调控排粪作用； 协调作用，排粪动作是一个复杂的生理过程，由中枢、脊髓、自主或不自主等多种神经作用，协调和协同地进行才能顺利地完 成，任何环节的不协调，就可能导致失调。当粪便进入直肠，刺激***压力感受器，引起冲动，有排便感。如条件适宜，大脑皮质对下级神经的抑制解除，随之结肠和直肠收缩，肛门括约肌舒张，膈肌和腹肌收缩，增高腹内压力，这些协调动作，帮助粪便排出。粪便通过肛管，反射性引起肛管舒张和直肠收缩，推挤粪便排出。协调动作，通过中枢、腰骶部脊髓内排粪中枢，交感神经和副交感神经等来完成； 肛门外括约肌的收缩：由于外括约肌的收缩张力较高，可以阻止内括约肌向下推动粪便的力量，在认为环境不适宜的情况下，通过自主性的强力收缩，并依靠随意性会阴和腹肌的收缩，把

粪块从肛管直肠挤回乙状结肠，也中止肛直肠粘膜的刺激反应，这样就取消一次排便活动。根据以上生理病理机制，很多神经系统疾患，结直肠疾患和对肛直肠的直接损伤等，均可造成肛门失禁。肛门失禁的主要和常见的病因有：神经系统疾患：脑血管意外，脑动脉硬化，脑外伤，脊髓损伤，脊髓瘤，脊柱裂等；结、直肠疾患：先天性巨结肠，溃疡性结肠炎，结、直肠癌，直肠脱垂，肛直肠畸形等；肛直肠直接损伤，其中手术损伤是常见原因，包括肛痿、肛裂和痔等手术以及硬化剂注射。此外，还有会阴撕裂，意外伤，枪弹伤和异物等病因。根据天津滨江医院报道95例肛门失禁，有69例是手术损伤所造成。老年人身体衰弱，大便嵌塞亦可引起失禁。临床表现肛门失禁有不同病因和不同程度，因此临床表现也各有不同。有些病例的表现为主要病变所掩盖，如脑外伤和脑血管意外病人，神志不清，粪便溺床，除护理中注重外，人们多集中注重对脑部情况的处理。先天性巨结肠病例，主要表现为大便秘结、腹胀和腹部极度膨隆等。由于大量粪便充塞结肠，使结、直肠协调作用失控，加以***神经缺如，硬粪箝压直肠等因素，出现肛门失禁，粪水从硬粪旁漏出。在常见的肛直肠手术后并发肛门失禁的病人中，有些病例症状较轻，诉腹泻时稀便不能控制。有些病人主诉会阴部常有粘液和粪便沾染。也有主诉粪便不能随意控制，或夜间不能控制。也有在排气时有漏粪等不同程度的失控表现。诊断本病的诊断通过病史分析，包括症状表现以及原发病因的临床分析，初步可以成立。视诊检查可见肛门处有原手术或外伤疤痕畸形，有粪便沾染现象。肛指检查见肛管松弛或括约肌收缩功能差等，临床诊断可以确立。原发病因在

神经系统和结肠者，要通过神经系检查钡剂灌肠和内窥镜检查等来确立。近年来对肛肠功能检查有一些新的进展，包括肌电描记可见到肌肉张力异常，肛门反射潜伏期加长，肛门皮肤反射和直肠膨胀正常反射消失等。肛直肠腔内气囊测压描记可见到压力图异常。排粪X线造影可见到肛管直肠角消失等，这些检查有助于区分病变、病因和制定合适的治疗方法。治疗肛门失禁的治疗首先应针对病因进行，如脑外伤、脑血管意外，在病情恢复后，肛门失禁亦多能恢复。脊椎裂患者要强调早期手术修补，才能保全肛门功能。脊髓瘤患者，原发病灶手术切除后，肛门失禁多较难恢复先天性巨结肠，作保留括约肌的结肠切除，可以有良好肛门功能。溃疡性结肠炎，切除病变结肠，保留肛直肠，多能保全肛门功能。临床上常见的肛门失禁，大多由肛直肠直接损伤所引起，如分娩时会阴撕裂、手术损伤以及意外伤等，应强调在损伤后立即或在6~12个月内进行修补。对那些不完全失禁病例，尤其在损伤后早期，可先试用姑息疗法进行观察，食物应调节，少吃纤维素类，多吃精细食品，使粪便少而干燥，必要时可服用便秘类药。练习括约肌，令病人在温水坐浴中收缩肛门。亦有人采用电刺激方法，电极放于哑铃形肛塞内，然后放入肛管，进行刺激练习。针刺治疗亦有改善症状的报道。对损伤较重的完全性肛门失禁，均需进行修补手术，手术方法按不同病因和失禁程度采用不同类型方法。常用的有：肛门括约肌修补术，适用于瘻管切除、括约肌切断治疗肛裂等手术损伤以及分娩伤等。手术将疤痕切除，找出原括约肌两侧断端，根据留存的括约肌的状况，进行括约肌对合、重叠缝合或折迭缝合等。Parks和McPartlin于1971年首先介绍用

重叠法缝合。Browning和Morson于1983年报道一组97例，其中36例由分娩伤和创伤引起，经修补后有92%可完全控制干、稀粪便，其余8%无效。手术创伤者44例，修补效果较差，其中66%病人可控制干、稀粪便，但不能控制排气；25%仅能控制干便；9%失败。 肛后修补术：适用于特发性或神经原性肛门失禁伴有肛直肠角增大和肛管缩短者。肛后修补术对伴有会阴下垂者有效。Browning等于1984年报道一组183例，术后有72%完全能控制干、稀便，12%能控制干便。 其他方法包括臀肌悬吊移植，会阴肌修补，股薄肌移植，阔筋膜移植和外用材料如钢丝，塑料等Thiersch移植法，适用于那些括约肌损伤较严重无法进行直接修补者。对括约肌修补术，某些病例需考虑暂时性结肠造瘘以保证手术成功。对那些多次手术修补失败，亦可以考虑采用永久性结肠造瘘术。修补术前预备同一般结肠手术。 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