

肛肠脱垂 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_E8_82_A0_E8_84_B1_E5_c22_306909.htm 名称肛肠脱垂所属科室肛肠科病理直肠脱垂的病因迄今未能肯定，从广泛应用的X线电影照相术中提示脱垂机制是由于开始在***缘以上6~7cm处直肠环状套叠所致。大量病例资料提示本病与发育缺陷有关：如小儿骶骨发育不全，直肠正常平面位消失，直肠前陷凹腹膜返折过低，老年性肌肉松弛，生育过多或分娩致肛提肌分离或会阴撕裂等。故本病多见于小儿、老年及多产妇女。此外，长期腹泻或便秘、排尿困难、慢性咳嗽、重体力劳动等引起腹内压增加，也常为本病的诱因。近年来国外有人研究，直肠脱垂常伴有精神或神经系统疾患，如Goligher报告100例成人完全性直肠脱垂，3%肯定有精神疾患，33%可能有精神疾患。Wyllie报告100例小儿直肠脱垂，4%有智力障碍。Thomas认为有神经系统病变时，排便的控制力与调节功能障碍，直肠慢性扩张，对粪便等刺激的敏感度减弱，因而产生便秘与自制力的下降，有利于直肠脱垂的发生。长期以来，对直肠脱垂的形成机制存在着滑动疝和肠套叠两种主要学说的争论，而Goldberg认为两者基本上是一回事只不过是程度上的不同，滑动性疝型也可以说是一种肠套叠，只是未影响到整圈***。临床表现直肠脱垂可以发生在任何年龄，以小几和老年多见，高峰发生率在60~70岁。女性较多，男女比例为1:5。病程发展缓慢，多数病人早期常有稍微症状，如***直肠痛、排便时不适、排便开始时困难、排便不净感和不同程度的***失禁。脱出肿块在便后可自行缩回。随着病情发展，脱出肿块须用手帮助回纳。长期或晚期病

例，大小便均可失禁。在少数病例，脱垂肠段未能及时复位可发生水肿、绞窄，甚至坏死。诊断检查时可先发现病人内衣沾有粘液或粪渍，直肠指诊常可发现括约肌松弛，粘膜光滑。令病人取蹲位，往下用力作排便动作，可使直肠脱出而便于诊断。如粘膜脱垂见到约长4~5cm呈淡红色皱纹或放射状粘膜，指检扪诊为双层折叠粘膜，质软。如完全性脱垂，则见到长在5cm以上的粘膜皱襞，呈环状沟，手指扪之甚厚，直肠腔位于脱垂端中心。脱垂复位后，以手指压迫前壁，令病人增加腹压，脱垂多不致发生；但如压迫后壁，病人用力排便摒气，脱垂即可重演。内脱垂病人常有便秘、排便不畅、排便未尽感，有时并有带血粘液，检查时见不到直肠脱出，因此使诊断发生困难。应用X线电影照相技术作排便造影，可显示脱垂和套叠部份得以确立诊断。儿童直肠脱垂大多为部份粘膜型，在积极改善体质，治疗诱发因素后，多能自愈，故不必手术。如非手术治疗失败，可考虑硬化剂注射疗法，即用5%酚甘油注入直肠粘膜下起到固定松弛的粘膜下层组织的作用。亦可注入95%酒精。Gabriel倡用肛周皮下金属线埋入，3周后拆除，亦可用羊肠线埋入肛周皮下。只有极少数需作类似成人直肠脱垂的较大手术。成人直肠脱垂以完全性全层脱出为主，故多需手术治疗，手术方法较多，有人统计自1912年Moschowitz以后共有54种，大致可分下列几类：
： 脱垂肠管切除术； 脱垂粘膜切除或折迭术； ***环缩小术； 骨盆底修补或加强术； 直肠悬吊和固定术； 提高或封闭直肠膀胱或直肠子宫陷凹手术； 肠管或肠系膜缩短术； 修补会阴部滑动性疝。手术的途径有经腹部、经会阴部、经腹会阴及经骶部。以上这些手术各有其优缺点及复

发率，应该根据病情决定手术方式，有时对同一患者用上几种手术方法才能治愈，如Goligher对152例完全性直肠脱垂病例使用了10种手术方法，进行了173次手术。过去不少手术只注重修补盆底缺损，复发率较高；近年来注重到肠套叠是直肠脱垂的主要发病机制，手术方法也以针对直肠本身为主，常用的手术有下列几种：（一）直肠悬吊及固定术 常用的有以下几种手术方法：1．Ripstein倡用Teflon悬吊术Ripstein认为完全性直肠脱垂是一种肠套叠，直肠失去其固定处，变成直型管道，就能发生肠套叠。因此，1969年他倡用Teflon悬吊术，经腹将直肠后壁游离到尾骨尖，提高直肠，然后用阔Teflon带子，包绕直肠上部，并固定在骶骨隆凸下的骶前筋膜上，手术简单，不需切开肠管，复发率及死亡率较低。1972年Ripstein报告289例，仅1例死于肺栓塞。Gorden综合文献报道1111例，复发率2.3%，并发症为16.5%，目前美、澳、加拿大等国多使用此手术。2．Ivalon海绵植入手术1957年Well倡用Ivalon海绵植入，包绕直肠。方法是经腹游离直肠至***直肠环的后壁，分开侧韧带部份，然后用不吸收缝线将半圆形的Ivalon海绵薄片缝合在骶骨凹内，将直肠向上拉，并置于Ivalon薄片前面，缝合直肠侧壁于薄片上，盲肠前壁保持拉开约2~3cm宽，以避免肠腔狭窄。盆底腹膜缝合于固定的直肠上，此法死亡率及复发率均较低。Hawley报道101例，无死亡，术后并发症为6%，复发率约4%左右。术前结肠应作充份预备，海绵薄片内放置抗生素粉剂，术后用预防性大剂量广谱抗生素，术中止血彻底，以防止感染。术中如不慎将结肠弄破，就不宜植入。Penfold认为本手术的成功不在于直肠与骶骨的固定，而是由于直肠手术后变硬，防止了肠套叠

形成。3. Nigro手术 Nigro认为由于耻骨直肠肌失去收缩作用，不能将直肠拉向前方，盆底缺陷处加大，肛管直肠角消失，直肠呈垂直位，以致直肠脱出。因此他主张重建直肠吊带，倡用Teflon带与下端直肠之后方及侧方缝合固定，并将直肠拉向前方，最后将Teflon带缝合于耻骨上，建立quot。作者报告60余例，经10年以上随访，均无复发。此手术难度较大，需较有经验的医师进行。4. 直肠骶骨上悬吊术 Orr倡用阔筋膜直肠固定在骶骨上的方法治疗直肠脱垂。术时从大腿取阔筋膜两条，每条宽约2cm，长约10cm，经腹将直肠作适当游离后，两条阔筋膜带的一端分别缝于抬高后的直肠前外侧壁，另一端缝合固定于骶骨岬上，达到悬吊的目的。（二）切除脱垂肠管 常用的方法有：1. 直肠前切除 切除将脱垂的直肠段，不必广泛剥离，靠近**操作，避免损伤盆腔神经、切除至乙状结肠直肠交界处即可。肠吻合时注重不要有张力，下端切除至腹膜反折处即够，因此处是肠套叠的起始点。Goldberg主张同时切除冗长的乙状结肠，效果较好。他报告84例，无死亡，随访结果8例有粘膜脱垂，经酚甘油注射治疗后，效果良好。2. 经会阴直肠乙状结肠切除 对年老体弱患者尚能耐受经会阴切除脱垂肠管手术者，可在区域或局部麻醉下进行，能看清解剖变异，切除过长的直肠，修补滑动性疝，手术死亡率低，复发率约为5%。（三）**圈缩小术 一般可在局麻下进行，手术简单，损伤小，适用于老年衰弱患者。但只是一种姑息性手术，缝合材料可用银丝，亦可用硅橡胶。治疗儿童直肠脱垂大多为部份粘膜型，在积极改善体质，治疗诱发因素后，多能自愈，故不必手术。如非手术治疗失败，可考虑硬化剂注射疗法，即用5%酚甘油注入直肠

粘膜下起到固定松弛的粘膜下层组织的作用。亦可注入95%酒精。Gabriel倡用肛周皮下金属线埋入，3周后拆除，亦可用羊肠线埋入肛周皮下。只有极少数需作类似成人直肠脱垂的较大手术。成人直肠脱垂以完全性全层脱出为主，故多需手术治疗，手术方法较多，有人统计自1912年Moschowitz以后共有54种，大致可分下列几类：脱垂肠管切除术；脱垂粘膜切除或折迭术；***环缩小术；骨盆底修补或加强术；直肠悬吊和固定术；提高或封闭直肠膀胱或直肠子宫陷凹手术；肠管或肠系膜缩短术；修补会阴部滑动性疝。手术的途径有经腹部、经会阴部、经腹会阴及经骶部。以上这些手术各有其优缺点及复发率，应该根据病情决定手术方式，有时对同一患者用上几种手术方法才能治愈，如Goligher对152例完全性直肠脱垂病例使用了10种手术方法，进行了173次手术。过去不少手术只注重修补盆底缺损，复发率较高；近年来注重到肠套叠是直肠脱垂的主要发病机制，手术方法也以针对直肠本身为主，常用的手术有下列几种：

（一）直肠悬吊及固定术 常用的有以下几种手术方法：

1. Ripstein倡用Teflon悬吊术 Ripstein认为完全性直肠脱垂是一种肠套叠，直肠失去其固定处，变成直型管道，就能发生肠套叠。因此，1969年他倡用Teflon悬吊术，经腹将直肠后壁游离到尾骨尖，提高直肠，然后用阔Teflon带子，包绕直肠上部，并固定在骶骨隆凸下的骶前筋膜上，手术简单，不需切开肠管，复发率及死亡率较低。1972年Ripstein报告289例，仅1例死于肺栓塞。Gorden综合文献报道1111例，复发率2.3%，并发症为16.5%，目前美、澳、加拿大等国多使用此手术。
2. Ivalon海绵植入手术 1957年Well倡用Ivalon海绵植入，包

绕直肠。方法是经腹游离直肠至***直肠环的后壁，分开侧韧带部份，然后用不吸收缝线将半圆形的Ivalon海绵薄片缝合在骶骨凹内，将直肠向上拉，并置于Ivalon薄片前面，缝合直肠侧壁于薄片上，盲肠前壁保持拉开约2~3cm宽，以避免肠腔狭窄。盆底腹膜缝合于固定的直肠上，此法死亡率及复发率均较低。Hawley报道101例，无死亡，术后并发症为6%，复发率约4%左右。术前结肠应作充份预备，海绵薄片内放置抗生素粉剂，术后用预防性大剂量广谱抗生素，术中止血彻底，以防止感染。术中如不慎将结肠弄破，就不宜植入。

Penfold认为本手术的成功不在于直肠与骶骨的固定，而是由于直肠手术后变硬，防止了肠套叠形成。

3. Nigro手术

Nigro认为由于耻骨直肠肌失去收缩作用，不能将直肠拉向前方，盆底缺陷处加大，肛管直肠角消失，直肠呈垂直位，以致直肠脱出。因此他主张重建直肠吊带，倡用Teflon带与下端直肠之后方及侧方缝合固定，并将直肠拉向前方，最后将Teflon带缝合于耻骨上，建立quot。作者报告60余例，经10年以上随访，均无复发。此手术难度较大，需较有经验的医师进行。

4. 直肠骶骨上悬吊术

Orr倡用阔筋膜直肠固定在骶骨上的方法治疗直肠脱垂。术时从大腿取阔筋膜两条，每条宽约2cm，长约10cm，经腹将直肠作适当游离后，两条阔筋膜带的一端分别缝于抬高后的直肠前外侧壁，另一端缝合固定于骶骨岬上，达到悬吊的目的。

(二) 切除脱垂肠管

常用的方法有：

1. 直肠前切除

切除将脱垂的直肠段，不必广泛剥离，靠近***操作，避免损伤盆腔神经、切除至乙状结肠直肠交界处即可。肠吻合时注重不要有张力，下端切除至腹膜反折处即够，因此处是肠套叠的起始点。Goldbcrg主张同时

切除冗长的乙状结肠，效果较好。他报告84例，无死亡，随访结果8例有粘膜脱垂，经酚甘油注射治疗后，效果良好。2

· 经会阴直肠乙状结肠切除 对年老体弱患者尚能耐受经会阴切除脱垂肠管手术者，可在区域或局部麻醉下进行，能看清解剖变异，切除过长的直肠，修补滑动性疝，手术死亡率低，复发率约为5%。（三）***圈缩小术 一般可在局麻下进行，手术简单，损伤小，适用于老年衰弱患者。但只是一种姑息性手术，缝合材料可用银丝，亦可用硅橡胶。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