

肛门失禁_整形外科疾病库 PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文

https://www.100test.com/kao_ti2020/611/2021_2022__E8_82_9B_E9_97_A8_E5_A4_B1_E7_c22_611675.htm

肛门失禁是排便功能紊乱的一种症状，患者失去控制排气、排便的能力。发病率不高，不直接威胁生命，但造成身体和精神上的痛苦，严格地干扰了正常生活和工作。【诊断】（一）病史需询问引起肛门失禁的原因，初起时症状，目前失禁的严重程度，肛直肠部有无手术史、放射史、受伤史。大便习惯，排便次数及粪便质地，有无神经系统、代谢方面的疾病及泌尿系统的疾病等病史。（二）视诊完全性失禁，视诊常见肛门张开呈圆形，或有畸形、缺损、瘢痕，肛门部排出粪便、肠液，肛门部皮肤可有湿疹样改变。用手牵开臀部，肛管完全松弛呈圆形，有时肛管部分缺损瘢痕形成从圆孔处常可看到直肠腔。不完全失禁肛门闭合不紧，腹泻时也可在肛门部有粪便污染。（三）直肠指诊肛门松弛，收缩肛管时括约肌及肛管直肠环收缩不明显和完全消失，如为损伤引起，则肛门部可扪及瘢痕组织，不完全失禁时指诊可扪及括约肌收缩力减弱。（四）内镜检查直肠镜检查可观察肛管部有无畸形，肛管皮肤粘膜状态，肛门闭合情况。纤维结肠镜检查可观察有无结肠炎、克隆病、息肉、癌肿等疾病。可用硬管结肠镜观察有无完全性直肠脱垂。（五）排粪造影检查可测定肛管括约肌、肛管、直肠部形态解剖结构，动力学功能状态的x线钡剂检查可观察有无失禁及其严重程度，不随意漏出大量钡剂是失禁的标志。（六）肛管测压可测定内，外括约肌及耻骨直肠肌有无异常。肛门直肠抑制反射，了解其基础压、收缩压和直肠

膨胀耐受容量。失禁患者肛管基础、收缩压降低，内括约肌反射松弛消失，直肠感觉膨胀耐受容量减少。（七）肌电图测定可测定括约肌功能范围，确定随意肌不随意肌及其神经损伤及恢复程度。（八）肛管超声（aus）检查近年来应用肛管超声检查，能清晰地显示出肛管直肠粘膜下层、内外括约肌及其周围组织结构，可协助诊断肛门失禁，观察有无括约肌受损。yang(1993)应用aus检查肛门失禁38例，23例中17例（74%）发现肛管括约肌有缺损，患者都有肛周肛门直肠或阴道手术史，15例中6例（40%）无外伤史，体检时常规检查也未发现肛管括约肌有缺损，应用aus检查后才确定括约肌有缺损病变，故此项检查对肛门失禁较有价值。【治疗措施】

肛门失禁的治疗应按发病原因及损伤范围选用不同的治疗方法。肛门失禁如是继发于某疾病，则需治疗原发病灶，如中枢神经系统疾病、代谢性疾病、肛管直肠疾病等，治疗原发疾病，肛门失禁有的可治愈，有的可改进。（一）非手术疗法

- 1.促进排便 治疗结直肠炎症，使有正常粪便，避免腹泻及便秘，避免服用刺激性食物，常用多纤维素食物。
- 2.肛管括约肌操练 改进外括约肌耻骨直肠肌、肛提肌随意收缩能力，增加肛门功能。
- 3.电刺激 常用于神经性肛门失禁。

caldwell(1963)将刺激电极置于外括约肌内。hopkinson (1966),macleod(1979)用塞和肌电计刺激括约肌和盆底肌，使之有规律收缩和感觉反馈，均可改善肛门功能。（二）手术疗法

由于手术损伤和产伤或外力暴力损伤括约肌致局部缺陷。先天性疾病，直肠癌肿术后肛管括约肌切除等则需进行手术治疗，可采用括约肌修补术，直肠阴道内括约肌修补术，括约肌折叠术，皮片移植管成形术，括约肌成形术等。

- 1.肛

管括约肌修补术 目的：将切断的括约肌两端瘢痕组织分离、缝合。多用于损伤不久的病例，括约肌有机能部分占1/2者。如伤口感染应在6~12月内修补，以免肌肉萎缩。若就诊时间晚，括约肌已萎缩变成纤维组织，则术中寻找及缝合都困难，影响疗效。方法：沿瘢痕外侧1~2cm处行半环行切口，切开皮肤和皮下组织，将括约肌断端由瘢痕组织处适当分离，切除瘢痕组织，但括约肌断端应留少量纤维组织，以便缝合。沿内外括约肌间隙，将内括约肌由外括约肌处分离，并向上分离肛提肌。分离时注意不要损伤粘膜，用两把组织钳夹住内、外括约肌的断端，交叉试拉括约肌的活动度及松紧度，合适后将直径1.5~2cm的肛门镜塞入肛内，再试拉括约肌。用丝线分别进行端端间断缝合或重叠缝合内、外括约肌，缝合后取出肛门镜，最后缝合皮下组织和皮肤，术后应该控制大便3~4d，便后坐浴换药，保持局部清洁。marti(1990)曾综合分析文献7位作者的401例括约肌修补的结果，成功率达90%。

2.括约肌折叠术 适用于括约肌松弛病例。 肛管前括约肌折叠术：在肛门前方1~2cm，沿肛缘做一半圆形切口，将皮肤和皮下组织向后翻转，覆盖肛门，牵起皮片，在两侧外括约肌和内括约肌之间可见一三角间隙，用丝线缝合两侧外括约肌，闭合间隙，使肛管紧缩，最后缝合皮肤。 阴道内括约肌折叠术：因切口离肛门较远，故感染机会少。在阴道后壁做一环形切口，将阴道后壁向上分离，显露外括约肌前部，将括约肌牵起，用丝线折叠缝合，使括约肌缩紧。将食指伸入肛管，测试紧张度，伤口上端提肛肌亦予以缝合，最后缝合阴道后壁。

parks肛管后方盆底修补术：适用于直肠脱垂固定术后仍有失禁及自发性失禁患者。在肛缘后方做

一弧形切口，皮下分离，将肛管直肠后内、外括约肌之间分离，将内括约肌和肛管牵向前方，并向上分离到耻骨直肠肌上方，尽可能显露两侧髂尾肌及耻尾肌。将两侧肌肉间断缝合，特别是耻骨直肠肌要缝合牢固，以缩短耻骨直肠肌，使肛管肛直角前移，恢复正常角度，外括约肌亦缝合缩短，伤口缝合，放置引流。由于此手术已造成出口处狭窄，若用力排便将使修补处破裂，故术后排便不能用力，必要时腹泻剂，parks等（1971）曾报告183例，术后肛管自制能力完全恢复达72%，有进步12%，无进步16%。

3.皮片移植肛管成形术

适用肛管皮肤缺损和粘膜外翻引起肛门失禁者。将带蒂皮片移植于肛管内，例如s形皮片肛管成形术。手术方法：取膀胱截石位，沿外翻粘膜边缘作一环形切口，与周围组织分离，切除多余粘膜，以肛管为中心作s形切口，形成上下二处皮片，上方皮片移向肛管右侧，下方皮片移向肛管左侧，皮片内侧边缘与粘膜相缝合，粘膜缘与皮片可全部缝合。

4.括约肌成形术

目前多用股薄肌或臀大肌移植于肛管周围，代替或加强括约肌功能。适用于括约肌完全破坏或先天性无括约肌，以及不能用括约肌修补术治疗者。

股薄肌移植括约肌成形术

：先取平卧位，沿大腿内上股薄肌处行5~8cm纵行切口，切开筋膜，露出股薄肌，向上游离至神经血管束处。在膝内上行3~4cm纵切口，找到肌薄肌向上游离与上切口相通，在胫骨结节行3~4cm斜切口，找到股薄肌的止点，在肌腱止点的骨膜处切断，再将股薄肌由股上部切口牵出，用盐水纱布包裹备用。改截石位，在肛门前、后正中，距肛缘2cm处行一切口，用长钳在皮下围绕肛门两侧分离做两个隧道，使肛门前、后两个切口相通，再在对侧耻骨结节相对处行2~3cm切口

，与肛门前切口做一个皮下隧道。将股薄肌由股上部切口牵出，向上分离，再将肌束通过隧道拉至肛门前切口，围绕肛门一侧到肛门后方，再绕过对侧到肛门前，由耻骨结节处切口牵出，把股薄肌围绕肛门一周，拉紧肌腱，使肛门尽量缩紧，将肌腱固定于耻骨结节膜上，最后缝合各切口。一般在站立时两腿内收可控制大便，下蹲时肛门松弛，但个体差异较大，需要有一段时间去摸索控制排便的方法。天津滨江医院（1982）报告57例成人术后结果：优24例，排便机能与正常人相同；良25例，干粪能完全控制，但不能控制稀粪，不用带垫，较好5例，常有粪便污染衣裤，或必需带垫，无效3例，无排便感觉，粪便随时外流，必需经常带垫。近来有人倡用肛管动力性肌股薄肌成形术治疗排便失禁，即股薄肌成形术后，再植入一电极以刺激股薄肌，使基于长期收缩。电刺激导致的阻力增加，使其肌纤维由 型（疲劳占优势）逐渐变为 型（耐疲劳）。刺激器的开关由体外磁铁控制，以利排便。近期临床证实长期电刺激可使移位的股薄肌长期保持张力而恢复排便自制。cavina报告47例结直肠腹会阴联合切除会阴部结肠造口用电刺激新肛管括约肌。40例随访4年余，65%自制好，22%较好，13%失禁。但刺激器价值昂贵，在体内易感染，长期效果需随访。 臀大肌移植括约肌成形术：应用带蒂臀大肌束围绕肛管代括约肌，如chestwood(1903)手术，将两侧臀大肌各分离出一条宽3cm肌片，远端切断，近端仍和骶尾部相连，将肌片在肛管后方交叉，围绕肛管后，在肛管前方缝合，效果不甚满意。chittendon(1930),mclanahan(1941)von rapport(1952)dittertow,grim(1983)schmidt(1986)相继曾应用此项

手术。上海仁济医院自1986 ~ 1991年收治8例因不同原因而引起肛管失禁病例，应用带蒂臀大肌重建肛管括约肌手术治疗，随访结果效果良好。手术方法为一期，分二步进行。第一步：持续硬膜外麻醉下，取左侧或右侧卧位，常规作同侧臀部及下肢消毒，铺巾，在同侧大腿及臀部外侧作“1”形切口，切开皮下及筋膜，暴露臀大肌肌腹，分离带蒂臀大肌肌束宽4cm，连同股外侧肌肌束上半部，以便保持其肌束长度（在解剖过程须避免损伤坐骨神经及重要血管），并保留其带蒂肌束的神经支配及血供。通过同侧坐骨结节部皮肤隧道，将游离的臀大肌肌束拖到会阴部，缝合大腿及臀部皮肤。第二步：取膀胱截石位，常规冲洗肠腔，消毒皮肤，在两侧坐骨结节内侧各作半月形切口暴露坐骨结节部滑膜，通过两个切口向前至会阴部，向后在尾骨坐骨尖水平作皮下潜行性隧道，在作皮下隧道时切忌戳破直肠肠壁及肛管。将游离的带蒂臀大肌通过皮下隧道围直肠下端管一周，并保持其一定的紧张度。将游离臀大肌肌束固定缝合于双侧坐骨结节滑膜上。缝合皮肤，必需置引流。治疗先天或外伤等原因造成肛管不能控制大便的多种手术方法均得不到较为满意的效果，许多学者主张作腹壁结肠造口术。早在1952年，pickrell曾报道利用带蒂神经血管的肌薄肌移植，肛管括约肌成形术治疗肛门失禁，其主要优点是肌力较强，收缩大腿时可产生收缩肛管作用。1982年proshian提出用臀大肌重建肛管括约肌，其肌力优于股薄肌，仁济医院自1983年开始采用带蒂神经血管臀大肌重建肛管括约肌，应用于直肠癌根治术（miles），后用同样方法试用于肛管失禁病例。均得到良好的效果，无严重感染，转移的带蒂血管神经的臀大肌肌束未因感染而引起纤

维化，是保证转移肌束起到收缩括约肌功能的重要因素，所以预防感染是手术成功的关键。为了有效预防感染，获得手术成功，除了在手术时必须严格遵循无菌操作外，充分的术前准备亦是十分重要的，术前增加营养，增强病员体质，同时必须充分作好肠道准备，包括清洁肠道及肠道抗生素的应用。【病因学】影响正常排便功能的因素很多，包括粪便的质地，直肠的容积，肛直肠部的感觉、反射，肛管的张力及耻骨直肠肌和肛管外括约肌之神经系统的健全程度等，凡影响上述机制的平衡，即能引起肛门失禁，临床上可因括约肌损伤、结肠疾病、神经系统疾病、先天性疾病和其他疾病引起肛门失禁。（一）创伤主要是括约肌损伤，最多见的原因是肛管直肠部手术和产伤，尤其是高位肛瘘手术破坏肛管直肠和括约肌，产伤中第三度会阴撕裂。国内有报道成人肛门失禁72.5%（65/95）是因手术或治疗方法不当所致。birningham(1978~1990)，统计肛门失禁334例，其中外科创伤57例（肛瘘占24例），产伤占122例。此外，内痔、肛裂、直肠脱垂、直肠肿瘤等手术处理不当，或肛管部组织遭受外来暴力、药物注射、灼伤、冻伤等均可引起肛门失禁。（二）肛管直肠结肠疾病最多见为直肠肿瘤及炎症性疾病，birningham（1975~1980）统计肛门失禁341例中直肠癌104例，炎症性肠病70例，直肠脱垂40例。直肠肿瘤浸润破坏括约肌，溃疡性结肠炎，克隆病引起直肠炎症长期腹泻，完全性直肠脱垂引起肛门松弛，阴部神经牵拉受损等127例。（三）神经系统疾病如中枢神经系统疾病，脊柱裂，脊髓脊膜膨出，脊髓及骶神经损伤、感染和脊髓瘤；肛门直肠先天畸形和肛门直肠神经障碍均可导致肛门失禁。【临床表现】根据

失禁的程度不同，可分为完全性失禁和不完全失禁两种：
完全性失禁：肛门不能控制干便、稀便及气体的排出；
不完全性失禁：仅能控制干便，而不能控制稀便和气体的排出。
按失禁的严重程度可分为3度。一度：粪便偶然污染内裤。
二度：不能控制粪便漏出经常污染内裤，并伴有气体失禁。
三度：完全失禁。患者不能随意控制排便和排气：完全失禁时，粪便自然流出，污染内裤，睡眠时粪便排出污染被褥。肛门、会阴部经常潮湿，肛周皮肤糜烂、疼痛瘙痒、湿疹样改变。不完全失禁时，粪便干时无失禁，粪便稀时和腹泻时则不能控制。 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