

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\\_ti2020/304/2021\\_2022\\_\\_E7\\_9B\\_B4\\_E8\\_82\\_A0\\_E5\\_89\\_8D\\_E7\\_c22\\_304620.htm](https://www.100test.com/kao_ti2020/304/2021_2022__E7_9B_B4_E8_82_A0_E5_89_8D_E7_c22_304620.htm) 名称直肠前突所属科室普通外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、老年女性会阴检弛等。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，下行粪块的垂直分为成为排便动力，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。临床表现排便困难是直肠前突的主要症状。用力排便时腹压增高，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，造成排便困难。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，排便困难越来越重，少数患者需在肛周、内加压协助排便，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。辅助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。用力排便时突出更明显（图4）。图4 直肠前突

(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。正常人用力排便时

，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，重度约1.5cm左右，下腹及耻骨联合部略垫高。可采用腰麻或骶麻。用宽胶布粘贴双侧臀部，向两侧牵开，显露部。常规消毒臀部，用手指轻轻扩张，以容纳4~6指为宜。将直角拉钩或S形拉钩伸入\*\*内，助手协助暴露直肠前壁。具体手术方法分2种。1. Sehapayah法（图1）：在直肠下端，齿线上方0.5cm处作纵形切口，长约7cm，深达粘膜下层，显露肌层，根据前突的宽度，游离两侧粘膜瓣，为1~2cm。左食指插入\*\*内，将\*\*后壁向直肠方向顶起，以便于协助压迫止血及防止损伤\*\*，然后用2/0铬制肠线缝合，进针点距中线的距离可根据前突程度而定，一般进针点选择在前突的边缘正常组织处可从右侧肛提肌边缘自外向内进针，再从左侧肛提肌边缘毕，用右手食指能触摸出一条垂直而坚固的肌柱。缝合时针尖切勿穿过\*\*后壁粘膜，以防发生\*\*直肠瘘。最后修正两侧膜瓣，用铬制肠线间断缝合粘膜切口。直肠内置凡士林纱条，从\*\*引出。图1 直肠前突修补法（Sehapayah法）左图：在齿线上作纵行切口右图：间断缝合修补凹陷区2. Khubchandani法（图2）：在齿线处作横切口，长为1.5~2cm，在切口两端向上各作纵行切口，每侧长约7cm，成“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。在齿线上作粘膜肌瓣切口 松弛的直肠\*\*\*隔经3或4针横行折叠缝合 横行折叠后再作垂直缝合加强图2 直肠前突直肠内修补法

(Khubchandani法) (二)经直肠闭式修补(Block)法(图3): 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。图3 直肠前突闭式修补法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

