

直肠脱垂 PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文

[https://www.100test.com/kao\\_ti2020/304/2021\\_2022\\_\\_E7\\_9B\\_B4\\_E8\\_82\\_A0\\_E8\\_84\\_B1\\_E5\\_c22\\_304753.htm](https://www.100test.com/kao_ti2020/304/2021_2022__E7_9B_B4_E8_82_A0_E8_84_B1_E5_c22_304753.htm) 名称直肠脱垂所属科室普通外科病因引起直肠脱垂的因素有以下几种。（一）解剖因素小儿骶尾弯曲度较正常浅，直肠呈垂直状，当腹内压增高时直肠失去骶骨的支持，易于脱垂。某些成年人直肠前陷凹处腹膜较正常低，当腹内压增高时，肠襻直接压在直肠前壁将其向下推，易导致直肠脱垂。（二）盆底组织软弱老年人肌肉松弛，女性生育过多和分娩时会阴撕裂，幼儿发育不全均可致肛提肌及盆底筋膜发育不全、萎缩，不能支持直肠于正常位置。（三）长期腹内压力增加如长期便秘、慢性腹泻、前列腺肥大引起排尿困难、慢性支气管炎引起慢性咳嗽等因素，均可致直肠脱垂。病理目前对直肠脱垂的发生有两种学说。一是滑动性疝学说：认为直肠脱垂是直肠盆腔陷凹腹膜的滑动性疝，在腹腔内脏的压迫下，盆腔陷凹的腹膜皱壁逐渐下垂，将覆盖于腹膜部分之直肠前壁压于直肠壶腹内，最后经\*\*\*脱出。二是肠套叠学说：正常时直肠上端固定于骶骨岬四周，由于慢性咳嗽、便秘等引起腹内压增加，使此固定点受伤，就易在乙状结肠直肠交界处发生肠套叠，在腹内压增加等因素的持续作用下，套入直肠内的肠管逐渐增加，由于肠套叠及套叠复位的交替进行，致直肠侧韧带、肛提肌受伤，肠套叠逐渐加重，最后经\*\*\*脱出。也有人认为以上两种学说是一回事，只不过是程度的不同，滑动性疝也是一种肠套叠，只是没有影响到整圈\*\*\*。而后者是全层套叠。临床表现根据脱垂程度，分部分性和完全性两种。（一）部分脱垂（不完全脱垂）脱出部仅为直肠下端粘膜，故又称粘

膜脱垂。脱出长度为2~3cm，一般不超过7cm，粘膜皱壁呈放射状，脱垂部为两层粘膜组成。脱垂的粘膜和\*\*\*之间无沟状隙。（二）完全脱垂为直肠的全层脱出，严重者直肠、肛管均可翻出至\*\*\*外。脱出长度常超过10cm，甚至20cm，呈宝塔形、粘膜皱壁呈环状排列，脱垂部为两层折叠的\*\*\*组成，触之较厚，两层\*\*\*间有腹膜间隙。发病缓慢。早期仅在排便时有肿块自\*\*\*脱出，便后可自行缩回。随着病情的发展，因肛提肌及肛管括约肌缺乏收缩力，则需用手帮助回复。严重者在咳嗽、喷嚏、用力或行走时亦可脱出，且不易回复。如未能及时复位，脱垂肠段可发生水肿、绞窄，甚至有坏死的危险。此外常有大便排不尽与\*\*\*部下坠、酸胀感，有的可出现下腹胀痛，尿频等现象。嵌顿时疼痛剧烈。诊断直肠外脱垂诊断不难，病人蹲下做排便动作，腹肌用力，脱垂即可出现。部分脱垂可见圆形、红色、表面光滑的肿物，粘膜呈rdquo.皱襞、质软，排便后自行缩回。若为完全性，则脱出较长，脱出物呈宝塔样或球形，表面可见环状的直肠粘膜皱襞。直肠指诊感到括约肌松弛无力。如脱垂内有小肠，有时可听到肠鸣音。直肠粘膜脱垂需与环状内痔相鉴别。除病史不同外，环状内痔脱垂时，可见到充血肥大的痔块，呈梅花状，易出血，且在痔块之间出现凹陷的正常粘膜。直肠指诊，括约肌收缩有力，而直肠粘膜脱垂则松弛，这是一个重要的鉴别点。直肠内脱垂诊断较困难，需行排粪造影协助诊断，但当病人诉述直肠壶腹部有阻塞及排便不全感时应疑本病。治疗（一）非手术治疗 幼儿直肠脱垂多可自愈，故以非手术治疗为主。即随着小儿的生长发育，骶骨弯曲度的形成，直肠脱垂将逐渐消失。如纠正便秘，养成良好的排便习惯

。排便时间应缩短，便后立即复位。如脱出时间长，脱垂充血、水肿，应取俯卧位或侧卧位，立即手法复位，将脱垂推入\*\*\*，回复后应做直肠指诊，将脱垂肠管推到括约肌上方。手法复位后，用纱布卷堵住\*\*\*部，再将两臀部用胶布固定，暂时封闭\*\*\*，可防止因啼哭或因腹压增高而于短期内再发。若患病时间较长，使用上述方法仍不见效，可用注射疗法。方法：将5%石炭酸植物油注射于直肠粘膜下或直肠四周一圈，分4~5处注射，每处注射2ml，总量10ml。注射途径可经\*\*\*镜在直视下将药物注射到粘膜下层，使粘膜与肌层粘连；或经肛周皮肤，在直肠指诊下做直肠四周注射，使直肠与四周粘连固定。（二）手术治疗成人不完全脱垂或轻度完全脱垂，若括约肌张力正常或稍弱，可行类似三个母痔切除术或胶圈套扎治疗，也可使用硬化剂注射治疗。若括约肌松弛，可考虑做\*\*\*环缩小术或括约肌成形术。成人完全型直肠脱垂的治疗以手术为主，手术途径有经腹部、经会阴、经腹会阴及骶部4种。手术方法较我，但各有其优缺点及复发率，没有哪一种手术方法可用于所有的患者，有时对同一患者需要用几种手术方法。过去手术只注重修补盆底缺损，复发率较高，近年来对直肠脱垂的肠套叠学说进行研究，手术注重治疗直肠本身，现多使用下列手术。1.直肠悬吊及固定术 Ripstein手术：经腹切开直肠两侧腹膜，将直肠后壁游离到尾骨尖，提高直肠。用宽5cm Teflon网悬带围绕上部直肠，并固定于骶骨隆凸下的骶前筋膜和骨膜，将悬带边缘缝于直肠前壁及其侧壁，不修补盆底。最后缝合直肠两侧腹膜切口及腹壁各层。该手术要点是提高盆腔陷凹，手术简单，不需切除肠管，复发率及死亡率均较低，目前美、澳等国多使用此手术。但

仍有一定的并发症，如粪嵌塞梗阻、骶前出血、狭窄、粘连性小肠梗阻、感染和悬带滑脱等并发症。Gorden综合文献1111例直肠脱垂用Ripstein手术结果，复发率为2.3%，并发症为16.6%。Tjandra(1993)在27年内治疗169例直肠脱垂，共行手术185例次，其中Ripstein术142例次，术后发生便秘42例，其中27例术前已有便秘，15例为术后所致，7例术后发生粪便梗阻。35%的病人行Ripstein术后疗效不满足，因肠功能不良的症状（便秘、腹泻或便秘、腹泻交替）仍持续存在。因此他指出，对有便秘的直肠脱垂病人，肠切除加或不加固定术优于Ripstein术式。

**Ivalon海绵植入术：**此术由Well首创，故又称Well手术，也称直肠后方悬吊固定术。目前英国多采用此法治疗成人完全性直肠脱垂。方法：经腹游离直肠至\*\*直肠环的后壁，有时切断直肠侧韧带上半，用不吸收缝线将半圆形Ivalon海绵薄片缝合在骶骨凹内，将直肠向上拉，并放于Ivalon薄片前面，或仅与游离的直肠缝合包绕，不与骶骨缝合，避免骶前出血。将Ivalon海绵与直肠侧壁缝合，直肠前壁保持开放约2~3cm宽间隙，避免肠腔狭窄。最后以盆腔腹膜遮盖海绵片和直肠。本法优点在于直肠与骶骨的固定，直肠变硬，防止肠套叠形成，死亡率及复发率均较低。若有感染，海绵片成为异物，将形成瘘管。本术式最主要的并发症是由植入海绵薄片引起的盆腔化脓。预防要求：术前要作充分的结肠预备；植入薄片时，其内放置抗生素粉剂；术中用大剂量广谱抗生素；止血彻底；术中如不慎将结膜弄破，则不宜植入。倘若发生盆腔感染，需取出悬吊薄片。有报告取出后并无直肠脱垂的复发。Marti(1990)收集文献报告688例Well手术，感染率2.3%，手术死亡率1.2%，复发

率3.3%。 将直肠悬吊在骶骨上；早期Orr用大腿阔筋膜两条将直肠固定在骶骨般为脱垂两倍（一般折叠以不超过5层为宜）。\*\*\*折叠的凹陷必须是向下，缝针不得上，每条宽约2cm，长约10cm。直肠适当游离后，将阔筋膜带的一端缝于抬高后的直肠前外侧壁，另一端缝合固定骶骨岬上，达到悬吊目的。近年来主张用尼龙或丝绸带或由腹直肌前鞘取下两条筋膜代替阔筋膜，效果良好。国内曾有两篇Orr手术报告，共31例，复发率为19.3%。上海长海医院曾用纺绸悬吊固定直肠治疗20余例成年人完全直肠脱垂，脱垂长度为8~26cm，其方法是将两条纺绸带（1cm<sup>2</sup>直角<sup>2</sup>直角<sup>2</sup>）。手术后直肠指诊可触及此吊带，但此吊带无收缩作用。此手术胜于骶骨固定之优点是：盆腔固定较好，由于间接支持了膀胱，尚可改善膀胱功能。Nigro报道了60多例，经10年以上随访，无1例复发。此手术难度较大，主要并发症为出血及感染，需较有经验的医生进行。

### 2.脱垂肠管切除术 Altemeir手术

：经会阴部切除直肠乙状结肠。Altemeir主张经会阴部一期切除脱垂肠管。此手术非凡适用于老年人不宜经腹手术者，脱垂时间长，不能复位或肠管发生坏死者。优点是：从会阴部进入，可看清解剖变异，便于修补。麻醉不需过深，老年人易忍受深入。同时修补滑动性疝，并切除冗长的肠管。不需移植人造织品，减少感染机会。死亡率及复发率低。但本法仍有一定的并发症，如会阴部及盆腔脓肿，直肠狭窄等。Altemeir（1977）曾报告159例，有8例复发（5.03%）。死亡1例。早期并发症47例，如会阴部脓肿（6例），膀胱炎（14例），肾盂肾炎（7例），肺不张（7例），心脏代偿不全（6例），肝炎（4例），腹水（3例）。晚期并发症6例

：盆腔脓肿（4例），直肠狭窄（2例）。Goldberg手术，经腹切除乙状结肠固定术：由于经会阴部将脱垂肠管切除有一定的并发症，Goldberg主张经腹部游离直肠后，提高直肠，将直肠侧壁与骶骨骨膜固定，同时切除冗长的乙状结肠，效果良好。1980年他总结20年（1952～1977）来103例，仅1例死亡。随访中9例有粘膜脱垂，复发病例用石炭酸植物油注射治疗或胶圈套扎治疗，效果佳。并发症12例（12%）：计结肠梗阻及小肠梗阻各3例，吻合口瘘、伤口裂开、严重骶前出血、粪瘘、急性胰腺炎及食管裂孔疝急性闭塞各1例。

3.\*\*\*圈缩小术：将宽1.5cm筋膜式尼龙网带或硅橡胶网带置于肛管四周，使\*\*\*缩小制止直肠脱垂。仅适用于老年和身体衰弱者。方法：在\*\*\*前后各切一小口，用弯血管钳在皮下缘经\*\*\*潜行分离，使二切口相通。由切口将尼龙网带绕肛管上部四周，结成环状使\*\*\*容一食指通过。术后易发生感染和粪便嵌塞，复发率较高。

（三）治疗选择直肠脱垂有很多治疗方法，应按年龄、脱垂种类和全身情况选择不同治疗。每一种手术都有其优缺点及复发率，没有任何一种手术方法可用于所有需手术的病人，有时对同一患者需用几种手术方法。如Goligher对152例完全性直肠脱垂使用了10种（153次）手术方法；上海长海医院78例直肠脱垂在1981年以前也用了11种治疗方法。不论采用何种手术，术后都应尽可能去除引起直肠脱垂的各种因素，使手术固定的直肠及乙状结肠与四周组织产生牢固的粘连。儿童和老年不完全和完全肛管直肠脱垂都应先用非手术疗法，如不见效，可采用直肠内粘膜下注射疗法，很少需要腹内手术。成人不完全脱垂可用注射疗法、粘膜纵切横缝术。成年人完全脱垂以腹内直肠固定或悬吊术安全，并

发症、发病率及死亡率都较低，效果良好。乙状结肠和直肠部分切除术效果也较好，但术后并发症较多。不能复回的脱垂或有肠坏死的可经会阴行直肠乙状结肠部分切除术。

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](http://www.100test.com)