

肛肠疾病 诊断与治疗

GANGCHANG JIBING ZHENDUAN YU ZHILIAO

主编 胡建国 佟丽华 陈秀梅

中国人口出版社

肛肠疾病 诊断与治疗

GANGCHANG JIBING ZHENDUAN YU ZHILIAO

主编 胡建国 佟丽华 陈秀梅

中国人口出版社

图书在版编目 (C I P) 数据

肛肠疾病诊断与治疗/胡建国,佟丽华,陈秀梅主编.
— 北京:中国人口出版社,2010.8
ISBN 978 - 7 - 5101 - 0495 - 4

I. ①肛… II. ①胡… ②佟… ③陈… III. ①肛门疾病 - 诊疗
②肠疾病 - 诊疗 IV. ①R574

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2010)第 142843 号

肛肠疾病诊断与治疗

胡建国 佟丽华 陈秀梅 主编

出版发行	中国人口出版社
印 刷	涿州市京南印刷厂
开 本	880 × 1230 1/32
印 张	8
字 数	210 千字
版 次	2010 年 8 月第 1 版
印 次	2010 年 8 月第 1 次印刷
书 号	ISBN 978 - 7 - 5101 - 0495 - 4
定 价	23.00 元

社 长	陶庆军
网 址	www.rkcbs.net
电子邮箱	rkcbs@126.com
电 话	(010)83519390
传 真	(010)83519401
地 址	北京市宣武区广安门南街 80 号中加大厦
邮 编	100054

版权所有 侵权必究 质量问题 随时退换

前 言

肛肠科是普通外科的分支,近年来,国内外在这一学科领域的发展较快,尤其在疾病的检查、诊断和治疗方面,比以往有比较快的进展。在国内,很多医疗单位都建立了肛肠外科或肛肠专业小组,专业人员不断增加,但目前针对肛肠外科的著作并不多。本书编写的宗旨就是为肛肠外科和普通外科医师提供一本内容全面,实用性强的参考读物。

参与本书编写工作的人员均是从事肛肠外科多年的、具有丰富临床经验的专家,他们结合自己的工作经验,对常见肛肠疾病的病因、病理、临床表现、检查及治疗有着独特的见解,在巩固传统医学技术基础上,着重反映了本领域的最新进展。

本书详细介绍了肛管直肠解剖生理基础知识和临床诊断方法并对便秘、痔、肛裂、直肠脱垂、肛管直肠瘘(肛痿)、肛门直肠狭窄、肛门周围皮肤病、直肠结肠炎性疾病、肛门直肠肿瘤等常见肛肠疾病作出了系统阐述,重点突出了治疗肛肠疾病的常用术式,内容丰富、简明实用、语言通俗、易于掌握,对肛肠专科医师及普通外科医师具有重要的参考价值。

本书在编写过程中,参阅了许多医学资料和文献,在此,谨向提供参考资料的编著者致以诚挚的谢意。由于编者水平有限,书中难免有些差错和疏漏,敬请广大同仁批评指正。

白自跃

2010年7月

目 录

第一章 肛管直肠的解剖生理	1
第二章 肛肠病检查与诊断	8
第三章 便秘	17
第四章 痔	25
第一节 概述	25
第二节 内痔	29
第三节 外痔	41
第四节 痔的常用术式	45
第五节 痔疮治疗新技术	66
第五章 肛裂	71
第六章 直肠脱垂	82
第七章 肛管直肠瘘	97
第八章 肛门直肠狭窄	115
第一节 肛门与肛管狭窄	115
第二节 直肠狭窄	119
第九章 肛门周围皮肤病	123
第一节 肛门瘙痒症	123
第二节 肛周湿疹	126
第三节 肛门周围化脓性汗腺炎	129
第四节 肛周皮肤结核	131

第五节	肛周皮炎·····	133
第六节	肛周神经性皮炎·····	134
第七节	肛门癣·····	134
第八节	肛门念珠菌病·····	135
第九节	肛门花斑癣·····	136
第十节	肛门直肠放线菌病·····	137
第十一节	肛门直肠性传播疾病·····	138
第十章	直肠、结肠炎性疾病 ·····	145
第一节	慢性溃疡性结肠炎·····	145
第二节	克隆病·····	149
第三节	放射性结肠炎·····	155
第四节	直肠炎·····	159
第五节	缺血性结肠炎·····	161
第六节	特异性、炎症性直肠、结肠病·····	164
第七节	肛窦炎及肛乳头炎·····	166
第十一章	肛门直肠良性肿瘤 ·····	168
第一节	肿瘤性息肉·····	168
第二节	非肿瘤性息肉·····	180
第三节	息肉综合征·····	185
第四节	其他良性肿瘤·····	188
第十二章	肛门直肠恶性肿瘤 ·····	195
第一节	直肠癌·····	195
第二节	肛门部癌·····	228
第三节	类癌·····	232
第四节	结肠癌·····	234
参考文献	·····	247

第一章 肛管直肠的解剖生理

一、肛管的解剖概念

1. 肛管 肛管位于消化道末端,长约3cm,上界为齿状线,下界为肛缘,又称解剖学肛管。如果包括齿状线至耻骨直肠肌上缘,则称为外科学肛管。

外科肛管的上端由外括约肌深部和耻骨直肠肌构成,呈“U”字形开口并附着耻骨,与直肠下端形成 $90^{\circ} \sim 130^{\circ}$ 角,又被称为“直肠架”,对测定直肠内各部分病变具有重要的意义。

2. 肛门 即安静时处于关闭状态的肛管最下端。在处理肛管内病变时,应考虑对肛门周围皮肤的治疗,因此肛管的下端在某种程度上应包括肛门周围皮肤。

3. 齿状线 为直肠与肛管的交界线,上为复层柱状上皮及移行上皮,下为复层扁平上皮及鳞状上皮,缺乏毛囊及皮脂腺。齿线以上的黏膜,由于括约肌收缩,出现6~10个纵形皱襞,称为肛柱,长约1~2cm,在直肠扩张的时候肛柱可消失。与肛柱之间相连的皱襞称为肛瓣。肛瓣与肛柱之间的直肠黏膜形成的袋状小窝,称为肛隐窝,也叫做肛窦,肛窦在正常情况下约3~9个,深约3~5mm,底部有肛腺开口。肛瓣下方约有2~8个乳头状凸起称为肛乳头。正常情况下每人约有4~8个肛腺,大多集中在肛管后壁,每个肛腺都开口于肛窦。

以齿状线为界,由于上、下组织结构,血管神经及淋巴来源不同,故临床上发病情况也各异。肛瓣撕裂可致肛裂、肛窦炎、肛乳头炎等。齿线上为内痔区,下为外痔区。肛腺约 $2/3$ 向下向外伸展到内括约肌层,少数可穿过内括约肌到联合纵肌,极少数可进入外括约肌,甚至到坐骨直肠窝以及提肛肌上。

4. 肛白线 肛白线位于齿状线与肛缘之间,临床指诊时可扪及一

沟状感,为内括约肌下缘和外括约肌皮下部交界处,一般临床标记不清。

5. 肛门括约肌 肛门括约肌主要由功能不同的两组肌肉组成:一组为随意肌,位于肛管之外,即肛门外括约肌与提肛肌;另一组为不随意肌,位于内外括约肌之间的联合纵肌纤维,联合纵肌中主要以不随意肌为主,即肛门外括约肌。上述两种肌肉具有维持肛门闭合开放的功能,现分述如下:

(1) 内括约肌:内括约肌为直肠下端增厚的环肌层;直肠肌层可分为外纵肌层和内环肌层,内环肌层逐渐增厚而形成肛管内括约肌。主要功能有:①平时处于不自主的持续收缩状态,从而关闭肛门避免粪便泄漏;②在主动闭合肛门时,有补充随意肌功能的作用。

(2) 外括约肌:外括约肌属横纹肌,为随意肌,被联合纵肌纤维分隔为皮下部、浅部和深部。①皮下部:是环形肌束,位于肛管下端皮下层内括约肌的下方。手术时在皮下层可见粉红色肌束,可随意关闭肛门外口,但作用较弱。②浅部:是椭圆形肌束,起于尾骨,由左右包绕肛管,向前止于会阴中心腱,与尾骨相连的部分形成坚强的韧带,即肛尾韧带。前方左右肌束交叉部分肌纤维附着于球海绵体肌和会阴浅横肌。③深部:位于浅部上方,是环状肌束,与耻骨直肠肌纤维融合,具有很强的关闭肛管上部的作用。近年来有人提出“三肌祥”学说,认为肛门括约肌由三个“U”形肌环组成:顶环是外括约肌深部和耻骨直肠肌,中间环是外括约肌浅部,底环是外括约肌皮下部。当外括约肌收缩时,顶环及底环同时牵拉肛管后壁,中间环向后牵拉肛管前壁,使肛管紧闭。在排便时三肌环反复收缩,使粪便顺利排出体外。手术时切断任何一祥肛门功能不受影响。

(3) 肛提肌:肛提肌是直肠周围在盆底形成的盆底肌群的总称,主要由耻骨直肠肌,耻骨尾骨肌及髂骨尾骨肌3部分组成。由骨盆两侧壁,斜行向下止于直肠下部两侧,形成漏斗状,对于承托盆腔内脏器、协助排便,括约肛管起着重要的作用。尤其耻骨直肠肌,收缩时将肠管向耻骨联合方向牵拉,形成“肛直角”,对于肛门排便功能具有重要意义。

(4) 联合纵肌:联合纵肌网状穿插分布在内外括约肌之间,具有固

定痔血管丛和肌肉、肛管和皮肤的重要作用。联合纵肌主要由平滑肌纤维、横纹肌纤维以及筋膜纤维融合而成,在肛门内外括约肌之间及其周围呈筒状构造,在肛门部是一种特异组织成分。联合纵肌的内层主要来自直肠纵肌,中层来自提肛肌悬带,外层是外括约肌肌顶环的延长。3层肌纤维在下方形成中心腱,由该腱分出很多纤维隔。

联合纵肌在内外括约肌之间纵行向下主要有3个方向:①向内侧,穿过内括约肌层,分布在肛管上皮形成非常薄的纤维肌束而固定栉膜也称做 Treitz 韧带,另外分布在内痔血管丛的纤维也有人称为支持纤维;②在内外括约肌之间纵行向下分布在外括约肌的皮下部和浅部,形成结缔组织性纤维隔膜,将坐骨直肠窝分隔为坐骨直肠窝间隙和肛门周围间隙;③穿过外括约肌皮下部形成终末纤维与肛门周围的皮肤相固定,也叫做肛门皱皮肤,纵肌收缩可使肛门呈放射状态收拢。

(5) 肛管直肠环:肛管直肠环是由耻骨直肠肌、外括约肌深部、内括约肌和联合纵肌纤维组成的肌环,指诊可扪及,是临床上测定结、直肠炎性及肿物发病位置的重要标志。

肛管直肠环有重要的括约功能,如术中完全离断,肛门功能可受一定影响。但在临床上根据“三肌祥”学说,只要保留任何一祥,都不会引起完全失禁。

(6) 肛门尾骨韧带:于肛管后联结尾骨与肛管之间的结缔组织腱膜性板状体称为肛门尾骨韧带,主要由外括约肌的深部和浅部肌纤维组成,临床上将其分隔为肛门后深、浅间隙。

二、直肠的解剖概念

在系统解剖学上通常把大肠划分为盲肠、结肠、直肠,结肠又划分为升结肠、横结肠、降结肠和乙状结肠。在临床上往往把结肠和直肠划分开来,盲肠为结肠的一部分,肛门位于直肠的最下端。

1. 直肠上端 相当于第三骶椎平面,上接乙状结肠下至齿线处与肛管相连,长约12~15cm。下端扩大的部分为直肠壶腹,具有储存粪便的生理功能。直肠与骶前关系密切,与骶骨有相同的曲度。直肠在额面有向左、右方向凸出的弯曲,行乙状结肠镜检查时,须注意这些生理弯曲,以免造成肠壁的损伤。直肠上1/3前面和两侧面有腹膜覆盖

位于腹膜之间,中1/3前面有腹膜,向前反折成直肠膀胱陷窝或直肠子宫陷窝。下1/3全部位于腹膜外。直肠为腹腔内外各半的肠道。直肠无肠系膜,但在其上端背侧面,腹膜常包绕直肠上血管和蜂窝组织,因此,也有人将其称为直肠系膜。两侧有侧韧带将直肠固定于骨盆侧壁。直肠壶腹部黏膜有上、中、下3个皱襞,内含环肌纤维,称直肠瓣。中瓣常对应于腹膜反折平面。但直肠瓣的数目往往有变异,多者有4~5个。直肠瓣有阻止粪便排出的作用,直肠膨胀时直肠瓣消失。

2. 直肠乙状部 直肠乙状部为乙状结肠下端移行为直肠的交界部,约3cm。起始位置相当于第一骶椎的上缘即骶骨岬的位置。前面及两侧有腹膜,后面无腹膜直接附着于骶骨前面,相当于第一骶骨下缘的高度。该部位无结肠袋、结肠带和肠脂垂,肠腔直径明显变小,黏膜皱襞较明显地改变为平滑的黏膜。

直肠乙状部是癌肿的好发部位,镜检时常可看到溃疡性结肠炎和息肉病的明显改变。在仰卧位手术时,乙状结肠由盆腔上移,直、乙结肠消失,不易辨清,此时确定肿瘤位置常以骶骨岬作标志:肿瘤发生在骶岬以下为直肠肿瘤,如在骶岬以上为乙状结肠肿瘤。

3. 直肠的毗邻 直肠后面为直肠固有筋膜或骨盆脏侧筋膜,是肾脏前后筋膜向骨盆内延伸部分,直肠借疏松的结缔组织与骶骨、尾骨、肛提肌和肛尾韧带相连。在骶前疏松的结缔组织内有骶丛、交感神经干、骶中血管、直肠上血管和骶淋巴结等。直肠下部纵肌向后连于尾骨前韧带,作用为排便时使直肠相对固定。直肠后壁与骶骨间的距离,正常为0.2~1.6cm,多数在1.0cm以下,平均0.7cm。直肠两侧的上部为腹膜形成的直肠旁窝,窝内常有回肠祥或子宫附件伸入,左侧有乙状结肠。直肠两侧的下部,与交感神经丛、直肠上动脉的分支,直肠侧韧带、尾骨肌及肛提肌相接。在进行直肠切除术时,于骶前筋膜前,尽量靠近直肠壁进行剥离,避免损伤骶前静脉丛,引起大出血,也避免过多的损伤盆神经导致膀胱及性功能障碍。

直肠的前面与全部盆腔脏器相邻,直肠肿瘤时可侵及邻近器官或腹膜腔。腹膜反折以下,在男性,由下向上依次为前列腺、精囊腺、输尿管和膀胱后壁。腹膜反折以上的直肠前面,隔着直肠膀胱的凹陷与膀

胱底的上部和精囊腺相邻。在女性,腹膜反折以下,主要与阴道壁的后部相邻,腹膜反折以上直肠隔着直肠子宫陷凹与阴道后穹隆及子宫颈相邻,陷凹内也常有回肠袢和乙状结肠充入。

直肠下端的前方由纵肌层分出两条肌束,为直肠尿道肌(尿道缩肌),水平向前附着于尿道膜部,前列腺尖或阴道的后面、两侧耻骨直肠肌的内侧缘之间。经会阴作直肠切除术时,在离断耻骨直肠肌后需将其分离钳夹切断,防止撕拉引起难以止住的出血。

三、肛管、直肠周围间隙

肛管、直肠外科解剖间隙中含有脂肪结缔组织,任何原因引起的肛隐窝感染和炎症都可能波及到邻近组织,即黏膜下、皮下及会阴骨盆腔等,尤其肛周脓肿及肛瘘大多发生在肛门周围定型的组织间隙内。但也有发生在非定型的组织内,所以在临床上必须了解这些间隙的解剖构造。

1. 黏膜下间隙 位于肛管上皮或直肠黏膜与内括约肌或直肠环肌之间。

2. 括约肌间间隙 为内、外括约肌之间的间隙。

3. 坐骨直肠间隙 在坐骨直肠窝内,在外括约肌的外侧提肌下,坐骨肛管横隔上,左右各一,可在肛管后相通。

4. 肛门周围间隙 位于坐骨肛管横隔及肛门周围皮肤之间,左右可在肛后相通。

5. 骨盆直肠间隙 在直肠外侧壁、提肌上、腹膜下之间的间隙,直肠后壁与骶前筋膜之间为直肠后间隙,可与两侧骨盆直肠间隙相通。

6. 肛后深间隙 位于提肛肌之下,肛尾韧带之上。

7. 肛后浅间隙 为肛尾韧带之下与肛周皮肤之间,可与肛周围间隙相通。

四、肛门直肠的血管、神经及淋巴

1. 直肠肛门动脉 来自直肠上动脉、直肠下动脉、肛门动脉和骶中动脉。直肠上动脉来自肠系膜下动脉,于直肠后下行,相当于第3骶椎的高度分为左、右两支,左支呈螺旋状分布在直肠的前侧,右支主要分布在右后外侧,但往往再分出一支分布在直肠后。直肠上动脉的血流

支配非常广泛而丰富,在其他动脉缺如时,可以代偿其血供。直肠下动脉和肛门动脉来自髂内动脉,直肠下动脉主要分布在直肠下端的前面和侧面,肛门动脉主要分布在以肛管为主的前面和侧面。骶中动脉,由腹主动脉分支部的后壁发出,紧靠骶骨前面下行,供应直肠后壁下端。这些动脉有着广泛而丰富的吻合支,血供可以相互代偿。

2. 直肠肛门静脉 由上、中、下直肠静脉组成,分别与同名动脉伴行。直肠、肛管是门静脉与下腔静脉的交通要道,在直肠黏膜下和壁外形成丰富的静脉丛,黏膜下静脉丛即直肠静脉一丛痔静脉丛。通过直肠上静脉,进入门静脉。壁外静脉丛即直肠外静脉丛,汇集到直肠中、下静脉,经髂内静脉注入到下腔静脉。

直肠血管变异很大,直肠上动脉的分支可有一干2支,一千3支,一千多支。有少数患者直肠中动脉缺如。

3. 神经肛管周围的神经分布 主要来自阴部神经的痔下神经支,前括约肌神经、肛尾神经和 S_4 发出的神经腹会阴支。

直肠主要由交感神经和副交感神经所支配。交感神经主要来自骶前腹下神经丛,该丛位于主动脉分叉的地方,在直肠固有筋膜之外分成左右两支,各向下与骶部副交感神经会合,在直肠侧韧带及两侧形成坐骨神经丛。骶前神经损伤时,可使精囊腺与前列腺不能收缩,引起射精障碍。骶部副交感神经主要由 S_2-4 骶神经分出,是支配排尿和阴茎勃起的主要神经。

4. 淋巴 肛门直肠部的淋巴引流以齿线为界分上、下两组,主要流经3个方向:①沿着直肠上动脉上行,流向肠系膜下动脉的起始部;②沿着髂内动脉的分支即直肠中动脉上行,由髂内动脉周围流向髂总动脉;③由坐骨直肠窝下部,通过臀部皮下流向腹股沟淋巴结。流经三个方向的淋巴网,有许多吻合支互相交通,因此发生癌变时易转移。

五、肛门直肠的排便生理

肛门在排便的过程中具有重要的生理功能。排便时是盆底肌群紧张性收缩,作用于直肠壁内感觉受体,引起直肠肛门反射。

1. 参与排便的肛门肌群 ①肛门内括约肌:为不随意的平滑肌,在肌电图检测时可持续收缩,平时保持肛管内一定的压力而处于关闭状

态,具有控制粪便的“瓣”的功能。肛管内大部分压力是该肌维持的;
②肛提肌和肛门外括约肌:为随意肌群,属横纹肌,但与通常的骨骼横纹肌不同,在静态时也有活动电位,是保持一定紧张度的特殊肌群。

2. 排便的生理过程 这些肌群在排便过程中,均参与排便反射,随意收缩。在正常情况下直肠内是空虚的。排便的生理过程如下:①进食后由于胃-结肠反射,引起结肠过快蠕动,使肠内容物输送到直肠内,直肠壁伸展、扩张,同时直肠内压升高;②直肠内压作用于直肠壁内或周围肛提肌群内的感受器,从而使排便感加强。直肠内压是直肠肛门反射,内括约肌松弛,外括约肌代偿性收缩所致,如果长时间抑制排便,这种感觉就会减弱或消失,长此以往就会形成习惯性便秘;③进入厕所所以习惯的排便姿势,开始排便动作;④直肠肛门角开大,盆底肌群张力下降,使肛门直肠角呈直线状;⑤肠道粪便刺激肛管上部,即肛直环,使其压力下降;⑥由于增加腹压,进一步使直肠内压上升,肛管内括约肌松弛;⑦肛门外括约肌随意松弛;⑧最后肛管开大排出粪便。

(胡建国 孟建民 孙仲英)

第二章 肛肠病检查与诊断

一、一般检查

肛门直肠病一般常按问诊→视诊→指检的步骤进行,必要时行肛门镜或纤维结肠镜检查,其中指检是很重要的检查方法,

1. 问诊 详细询问患者的既往史、现病史、治疗史和症状,病史应记录患者年龄、性别、主诉、发生时间、既往史。注意了解疼痛、便血、分泌物的性状与排便及其他症状的相互关系。

(1) 便血与年龄的关系:不同年龄的患者便血的原因常不同。儿童无痛性便血且呈鲜红,可能是直肠息肉,而反复大量的出血,有时伴有腹痛,可考虑麦克耳憩室;青年人所述大便干燥,排便时疼痛或剧疼并有鲜血附着,可能是肛裂所致;中年人陈述大便带血,滴血或喷射性出血,有时伴有肿物脱出肛外,可能是内痔;老年人出血,首先要考虑患大肠癌的可能。

不分年龄的脓血便或暗红血便,应首先除外癌肿的可能性。

(2) 排便的次数和性状:往往与其他疾病的鉴别诊断有很大关系,肛管及直肠有病变时除了大便次数多量少、脓血或粘液样便外,症状数以下坠感明显为主,在甲亢或糖尿病等代谢性疾病的患者中,大便次数多量多,往往不伴下坠感。

(3) 疼痛与排便:疼痛与排便有关的常见病有肛裂、嵌顿痔、肛窦炎等;与排便无关的疼痛有肛周脓肿、血栓痔、肛管部肿瘤、肛管内异物及尾骨骨折等。对肛门突发疼痛者,若无感染性疾病、痔及肛裂,首先应考虑肛门异物的可能性,此时要向病人详细询问饮食情况。

(4) 脱出物与分泌物:肛门外如果有分泌物或粪便样分泌物,常见于内痔脱出过大的混合痔、肛窦炎、括约肌功能障碍,根据病人情况要除外肛门直肠性病的可能性;脓性分泌物常见于肛痿,外观明显改变

时,要行涂片检查,除外淋病的可能性;肛门潮湿多为湿疹;脱出物常见于Ⅲ期内痔,有时要与肛门直肠息肉、肛乳头肥大、直肠黏膜脱出等相鉴别。

2. 视诊 一般检查体位多采用左侧卧位、膝胸位、截石位、蹲位等,要根据病人病情而采取不同的体位。

首先要观察整个臀部和肛门及周围情况,然后以双手拇指或示指、中指等分单侧或双侧分开臀沟,观察肛门及周围有无血、脓液、粪渣、粘液、凸起物,手术瘢痕,肛瘘外口,色素沉着等,以便判断病变的性质。如肛裂在后正中处常见有溃疡或哨痔赘皮,有时并发皮下瘻;肛瘘可见外口有脓性分泌物,同时注意与肛缘的距离;血栓外痔可见暗紫色团块,与周围皮肤界限清楚;混合痔时可见内痔区脱出的部分;肛门失禁及直肠脱出可见黏膜或粪便在肛门口周围,同时肛门闭合不紧;肛门赘生物常见尖锐湿疣等。

3. 指诊 指诊在肛门直肠检查中,具备其他任何仪器设备不可替代的重要临床价值。对于肛管直肠癌、直肠息肉、内痔、肛瘘、肛周脓肿、直肠脱垂、直肠类癌、直肠良性占位性病变以及溃疡性结肠炎,有着决定的诊断意义;其他对于泌尿系疾病如前列腺增生,前列腺癌,急、慢性前列腺炎有重要的诊断价值;普通外科利用指诊有时可对急性阑尾炎、肠套叠、盆腔脓肿、外伤后的后腹膜血肿等做出正确的诊断;妇科对卵巢滤泡或黄体破裂、慢性附件炎、子宫内膜异位症等诊断也有着重要的参考价值。具体方法:右手戴手套或示指指套,外涂适量的石蜡油、软皂水或软膏类等润滑剂,避免指检时引起病人疼痛或不快感。首先按压触摸肛门周围皮肤,有无压痛区、包块及索条状物,如后正中有压痛,常见于肛裂;如有压痛或波动感常提示肛周有感染性疾病;皮下有索条状物并与外口相通,在触诊的同时有脓血性物流出,常提示肛瘘的存在。示指进入肛管直肠时,由前向两侧向后仔细体察指感肛管括约肌的松紧程度,如过于松弛说明有肛门失禁。与拇指合诊可除外肛管下端肿物,肛管直肠环肌肉较发达,富有弹性,在治疗肛瘘或肛周脓肿时不可完全切断,否则可致肛门失禁。有高位肛瘘或坐骨直肠窝脓肿时,此环触痛明显且有纤维化感。在直肠侧壁和后壁顺势触摸是否光

滑,有否凸凹物,与拇指合诊可发现肛后和坐骨直肠窝深部小脓肿。直肠前壁距肛缘约4~5cm处,在男性可触摸到双叶前列腺或中间沟;女性可触及子宫颈。在检查前列腺时要注意其大小、硬度,有无压痛区及结节,中间沟是否明显。

肛管直肠指诊结束后要观察指套有无脓血污染,必要时可进一步行涂片检查或纤维结肠镜检查。

二、肛门镜检查

1. 病人取左侧卧位,以左手持肛门镜并用拇指顶住镜芯,肛门镜顶端涂以润滑剂,用右手拇、示指将患者右半臀部分开,显示肛缘,用肛门镜头轻轻按摩肛口,使肛管括约肌松弛。

2. 先朝脐孔方向缓慢插入,进入3~4cm后,再向骶前凹陷方向进入直肠壶腹。

3. 拨出镜芯,同时注意镜芯的便色、有无脓血,由上到下仔细观察。可反复操作2~3次,每次都从不同角度观察黏膜的颜色,注意有无肿物、溃疡、息肉及异物等。如果直肠内有分泌物或脓血可用直血管钳夹棉球擦净,然后详细检查。在肛镜退至齿状线处时要注意内痔、肛乳头,肛窦、肛瘘内口等。

三、纤维结肠镜检查

可对直肠了解黏膜病变侵犯肠壁的深度。对于大肠癌,还可观察到有无肠系膜淋巴结转移,进而观察到大肠附近脏器如肝脏、膀胱等与肿瘤粘连、转移的变化,可作为鉴别诊断癌肿的辅助方法。

(一) 临床应用

1. 大肠非特异性炎性疾病

(1) 直、结肠克罗恩(Crohn)病:可作为本病的辅助手段,需病检才能确诊。内镜下形态主要表现:①全壁炎性变;②呈裂隙状溃疡,可深达黏膜下;③非干酪坏死结节肉芽肿;④黏膜下高度增厚,为水肿、淋巴腺扩张、血管扩张、淋巴细胞聚集、纤维组织增生等所致。

(2) 溃疡性结肠炎:主要表现为由直肠向近端结肠发展:①黏膜充血、水肿、质脆、接触性出血;②黏膜表现颗粒感;③溃疡大多浅表、多发、呈大小不等片状,无规则,溃疡表面附有脓苔、有血性渗出,黏膜呈