

现 代 中 西 医 结 合



A MODERN PRACTICAL
HANDBOOK OF COLOPROCTOLOGICAL SURGERY
OF THE INTEGRATION OF TRADITIONAL
CHINESE AND WESTERN MEDICINE

实用肛肠外科 手册

□ 主编·何永恒
□ 湖南科学技术出版社

HUNAN SCIENCE & TECHNOLOGY PRESS

现代中西医结合



《现代中西医结合实用肛肠外科》

实用 肛肠外科 手册

主编
主稿

平野 主编
藤立 主稿

委 员 会

委 员 会

□ 主编·何永恒
□ 湖南科学技术出版社

田 田 田 田

外 真 王

志 志 志

平 志 志

志 志 志

交 志 志

田 田 田 田

亮 亮 亮

文 亮 亮

志 志 志

川 志 志

田 田 田 田

现代中西医结合

实用肛肠外科手册

主 编：何永恒

责任编辑：梅志洁

出版发行：湖南科学技术出版社

社 址：长沙市湘雅路280号

<http://www.hnstp.com>

邮购联系：本社直销科 0731-4375808

印 刷：长沙化勘印刷有限公司

(印装质量问题请直接与本厂联系)

厂 址：长沙市青园路4号

邮 编：410004

出版日期：2004年7月第1版第1次

开 本：850mm×1168mm 1/32

印 张：14.125

插 页：5

字 数：493000

书 号：ISBN7-5357-4011-1/R·914

定 价：38.00元

(版权所有·翻印必究)

前 言

近年来，随着学科队伍的不断扩大，临床及基础研究工作的不断深入，中西医结合治疗肛肠外科疾病越来越受到重视，对反映现代肛肠疾病研究成果的专业书籍亦有了更广泛的需求。自2002年9月1日《医疗事故处理条例》施行以来，同行们不仅要熟悉医疗卫生管理法律、行政法规、部门规章，更重要的是要明确各专科疾病的诊疗护理规范或常规，按规范或常规进行检查、诊断和治疗，并以此为基础力求进一步突破创新。因此，我们组织全国部分肛肠外科专家和同行，在上级有关部门的领导下，编写了这本《现代中西医结合·实用肛肠外科手册》，以求在填补目前肛肠外科疾病诊疗规范这一方面的空白时略尽绵薄之力，并希望调整和规范我们的诊疗习惯和临床思维方式有所帮助。

本书共15章，分述约70余种肛肠疾病。每个疾病细分为概述、诊断（包括诊断要点、临床分期/分类/分型/分度、中医诊断及辨证分型、鉴别诊断）、治疗（包括治疗原则、保守治疗、手术治疗，其中手术治疗又分为手术适应证、禁忌证、术前准备、麻醉方法与手术体位、手术步骤、术后处理或注意事项）、疗效判断、预防，以使各种信息相对于每一种疾病而言，自成一体式地有机融合在一起，期进一步加深读者对本病的理解和认识。书后3个附录分别介绍与排粪障碍性疾病诊治有关的一些基本知识，目前尚需在肛肠外科临床大力推广普及的吻合器、腹腔镜与超声刀的一些基本知识，以及肛肠外科模式病历。希望通过广大肛肠外科同行的共同努力，与时俱进，开拓创新，把肛肠外科发展到一个诊断更加精确、手术治疗更加微创、疗效更好、记录电子病历化的新时代。

在本书的编写过程中，我们坚持以实用为原则。其中有些较为复杂的手术前后不止一位作者执笔，这并不是简单的重复，而

是使读者从不同的侧面和角度领会和分析问题，充分体现了临床诊疗方面灵活多变的治疗方法与相对固定不变的治疗原则的对立统一。

我们希望本书以简明扼要的文字，精练的图解，集继承与创新为一体，兼中西医各家之长，成为摆在每一位有志于朝肛肠外科方向钻研的医生案头上的一本好书，成为他们工作中的良师益友。

本书可供各个层次的中医、西医院校教师、学生，以及各级中医、西医医院肛肠外科、普通外科、胃肠外科、消化内科的医务人员和从事肛肠病科研的人员学习和参考。

在本书编写过程中，不仅得到了上级有关部门领导们的大力支持，而且承蒙湖南中医学院第二附属医院卫生部国家中医药管理局“十·五”重点肛肠专科、中南大学附属湘雅二医院、上海同济大学附属同济医院、南京中医药大学附属江苏省中医院、浙江中医学院附属浙江省中医院、河南中医学院第一附属医院、中国人民解放军第163中心医院、中南大学附属海口医院、吉林鹏程胃肠病医院、湖南省人民医院等有关单位领导们和专家们的大力支持，在此深表谢意！

由于我们编写的经验和水平有限，书中难免有错误和疏漏，敬请广大读者批评指正。

编者

2004年1月于长沙

目 录

| | |
|----------------------------|-------|
| 第一章 排粪障碍性疾病 | (1) |
| 直肠前突综合征..... | (1) |
| 直肠内脱垂..... | (8) |
| 盆底失弛缓综合征..... | (17) |
| 会阴下降综合征..... | (22) |
| 结肠慢传输型便秘..... | (25) |
| 第二章 大肠良性上皮瘤 | (42) |
| 腺瘤..... | (42) |
| 绒毛状腺瘤..... | (46) |
| 幼年息肉..... | (53) |
| 增生性息肉..... | (56) |
| 炎性息肉..... | (62) |
| 黑色素斑胃肠息肉综合征..... | (66) |
| Gardner 综合征..... | (70) |
| Zanca 综合征..... | (78) |
| Turcot 综合征..... | (82) |
| Gronkhite-Canada 综合征..... | (84) |
| 家族性多发性息肉病..... | (88) |
| 第三章 大肠良性非上皮瘤 | (95) |
| 脂肪瘤..... | (95) |
| 血管瘤..... | (100) |
| 纤维瘤..... | (105) |
| 平滑肌瘤..... | (109) |
| 第四章 大肠肛门恶性肿瘤 | (112) |
| 结肠癌..... | (112) |
| 直肠癌..... | (131) |
| 肛管癌及肛门周围癌..... | (157) |
| 阑尾恶性肿瘤..... | (163) |
| 第五章 先天性大肠肛门疾病 | (165) |

| | |
|----------------------------|-------|
| 先天性巨结肠····· | (165) |
| 肛门直肠狭窄····· | (177) |
| 肛门闭锁····· | (181) |
| 肛门会阴瘻····· | (184) |
| 第六章 非特异性炎症性肠病 ····· | (188) |
| 溃疡性结肠炎····· | (188) |
| 克罗恩病····· | (198) |
| 孤立性非特异性直肠溃疡····· | (205) |
| 第七章 特殊性大肠炎 ····· | (208) |
| 放射性肠炎····· | (208) |
| 假膜性肠炎····· | (213) |
| 第八章 大肠综合征 ····· | (220) |
| 肠易激综合征····· | (220) |
| 肝脾曲综合征····· | (225) |
| 巨结肠综合征····· | (226) |
| 回盲瓣综合征····· | (231) |
| 第九章 大肠肛门急症 ····· | (237) |
| 肠套叠····· | (237) |
| 结肠扭转····· | (241) |
| 结肠梗阻····· | (245) |
| 结肠穿孔····· | (250) |
| 大肠肛门急性大出血····· | (256) |
| 坏死性结肠炎····· | (260) |
| 大肠内异物····· | (267) |
| 大肠粪石症····· | (270) |
| 第十章 大肠肛门损伤 ····· | (275) |
| 结肠损伤····· | (275) |
| 直肠肛管损伤····· | (280) |
| 第十一章 其他大肠疾病 ····· | (285) |
| 缺血性结肠炎····· | (285) |
| 大肠黑变病····· | (290) |
| 肠道菌群失调症····· | (292) |
| 结肠憩室····· | (296) |
| 大肠子宫内膜异位症····· | (305) |
| 第十二章 肛门直肠疾病 ····· | (311) |

| | |
|--------------------------------|--------------|
| 痔 | (311) |
| 肛窦炎及肛乳头炎 | (317) |
| 肛裂 | (322) |
| 肛门直肠周围脓肿 | (326) |
| 肛瘘 | (333) |
| 直肠脱垂 | (344) |
| 肛门直肠狭窄(后天获得性) | (352) |
| 肛门失禁 | (356) |
| 肛门直肠神经症 | (360) |
| 直肠阴道瘘 | (361) |
| 第十三章 肛门周围皮肤病 | (368) |
| 肛门周围化脓性汗腺炎 | (368) |
| 肛门湿疹 | (371) |
| 原发性肛门瘙痒症 | (375) |
| 第十四章 大肠肛门及肛门周围性传播疾病 | (379) |
| 梅毒 | (379) |
| 直肠淋病 | (383) |
| 性病性淋巴肉芽肿 | (385) |
| 尖锐湿疣 | (389) |
| 第十五章 骶尾部疾病 | (394) |
| 骶尾部畸胎瘤 | (394) |
| 骶尾部藏毛窦 | (400) |
| 附录一 与排粪障碍性疾病诊治有关的一些基本知识 | (404) |
| 附录二 腹腔镜、吻合器、超声刀在肛肠外科的应用 | (420) |
| 附录三 肛肠外科模式病历 | (435) |

第一章 排粪障碍性疾病

直肠前突综合征

直肠前突综合征系指患者排便时，由于直肠阴道隔松弛，直肠腔中高压的作用方向改变，压力不向肛门口，而朝向阴道，形成囊袋状，致使部分粪块陷入其内不能排出，由于排粪不全致使患者作更大用力，导致前突逐渐加深，便秘更加严重，从而形成恶性循环(图1-1)。本病属于中医“脾约”或“便秘”范畴。

【诊断】

(一) 诊断要点

1. 症状 排粪困难，会阴、肛门下坠，排便不尽感，便次增多，便柱变细如挤牙膏，少数患者需在肛周、阴道内加压协助排粪，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。

2. 体征 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阴道的薄弱区。用力排粪时突出更明显。

3. 辅助检查

(1) 排粪造影 可见到直肠前壁向前突出，钡剂通过肛管困难。前突的形态多为囊袋状、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；如合并耻骨直肠肌病变，则多呈鹅颈征。

(2) 球囊排出试验 将一头连接气囊的导管插入肛门至直肠壶腹部，注入50mL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；气囊排出超过5分钟者为排出延迟。

(3) 大肠传输试验 用于鉴别是否并发有大肠慢传输型便秘。

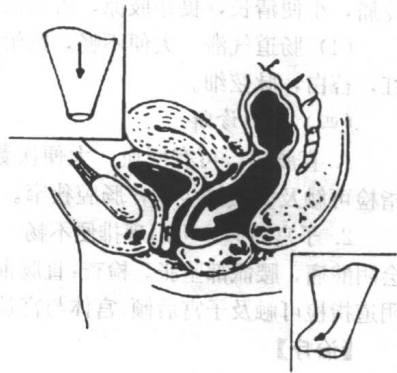


图1-1 直肠前突示意图

(二) 前突分度

1. 根据排粪造影检查, 将直肠前突深度分为3度 轻度为6~15mm, 中度为16~30mm, 重度大于31mm。深度在20mm以下的直肠前突常见于健康无症状者。

2. 按突出部位高低将直肠前突分为低位(阴道下1/3)、中位(阴道中1/3)和高位(阴道上1/3)3种。

(三) 中医诊断及辨证分型

1. 中医诊断 脾约或便秘。

2. 辨证分型

(1) 脾虚气弱 大便秘结如栗, 临厕努责乏力, 挣则汗出气短, 面色晄白, 神疲气怯, 舌淡, 苔薄白, 脉弱。

(2) 中气下陷 大便不干, 排出困难, 临厕努责乏力, 挣则汗出气短, 肛门及小腹坠胀, 时有便意, 欲解不得, 甚者需用手或它物伸入阴道向后抵大便始能排出, 舌淡, 苔白, 脉弱。

(3) 脾肾阳虚 大便秘结, 面色萎黄无华, 时作眩晕, 心悸, 甚则少腹冷痛, 小便清长, 畏寒肢凉, 舌质淡, 苔白润, 脉沉迟。

(4) 肠道气滞 大便不畅, 欲解不得, 甚则少腹胀, 噎气频作, 舌淡红, 苔白, 脉弦细。

(四) 鉴别诊断

1. 直肠癌 可有便血, 大便次数增多, 粪柱变细带脓血等症状, 直肠指检可触及实质增生, 肠腔狭窄。组织病理检查可明确诊断。

2. 子宫后倾 可出现排便不畅, 粪柱变细, 便后有排便不尽感, 下腹及会阴酸痛, 腰骶部坠胀。检查: 直肠前壁外可触及光滑柔韧物压迫直肠前壁, 阴道指检可触及子宫后倾, 宫体与宫颈间成弯曲钝角。排粪造影有助于诊断。

【治疗】

(一) 治疗原则

先采用保守治疗, 但不主张采用峻泻剂和灌肠, 而强调“三多”, 即多食粗粮主食或富含食物纤维的水果蔬菜, 多喝水, 每天总量达2000~3000mL, 多活动。经过6个月以上正规非手术治疗, 症状无好转、疗效不明显者可考虑手术治疗。

(二) 保守治疗

1. 中医辨证论治

(1) 脾虚气弱 治宜健脾益气, 润肠通便, 方用黄芪汤加减。

(2) 中气下陷 治宜益气升陷, 方用补中益气汤加减。

(3) 脾肾阳虚 治宜温补脾肾, 润肠通便, 方用济川煎加减。

(4) 肠道气滞 治宜理气导滞，方用六磨汤加减。

2. 西医治疗 可选用胃肠道功能调节剂如活菌制剂丽珠乐、整肠生等，及酌情选用缓泻剂短时间使用，但要注意避免长期应用，以免损伤肠肌间神经丛，导致结肠慢传输型便秘。

3. 针灸治疗 可用电针或毫针刺支沟、丰隆、足三里、阳陵泉、天枢及双侧提肛穴；虚秘用补法；冷秘用温针灸；气滞加刺中脘、行间；脾肾阳虚加灸神阙、气海。

(三) 手术治疗

【直肠前突闭式(Block)修补术】(图1-2)

(1) 适应证 轻度、中度的中低位直肠前突。

(2) 禁忌证

1) 临床上有明显的焦虑、抑郁及其他精神异常者，不宜手术。

2) 弥漫性肠道运动功能失调者，如肠易激综合征。

(3) 术前准备

1) 术前2天进软食，手术当天禁食。

2) 术早晚洗肠1次，术晨清洁灌肠，并用棉球清除直肠前突囊袋内粪便。

3) 术早晚及术晨分别用0.1%苯扎溴铵(新洁尔灭)冲洗阴道1次。

4) 术晨予地西洋(安定)5mg口服。

5) 术晨予阿托品0.5mg、苯巴比妥钠0.1g肌内注射。

6) 术前3天口服肠道抗生素，如甲硝唑、妥布霉素等。

7) 术前留置导尿。

(4) 麻醉方法和手术体位 蛛网膜下腔阻滞或骶管阻滞。俯卧折刀位，双下肢下垂45°左右，下腹及耻骨联合部略垫高。用宽胶布粘贴双侧臀部，向两侧牵开，显露肛门部。

(5) 手术步骤

1) 常规消毒臀部、肛门及阴道，用手指轻轻扩张肛门，以容纳4~6指为宜。

2) 显露直肠前壁 将直角拉钩或“S”形拉钩伸入肛门内，助手协助暴露直肠前壁。

3) 修补直肠阴道隔 根据前突大小，用弯血管钳纵行钳夹直肠黏膜层，

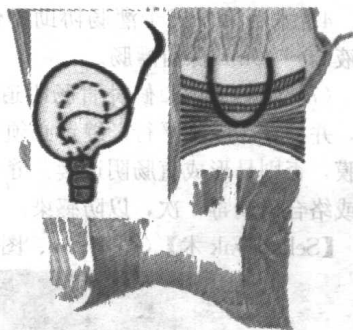


图1-2 直肠前突闭式(Block)修补术

再用 2-0 铬制肠线自下而上连续缝合黏膜、黏膜下层及部分肌层组织，直到耻骨联合处。缝合时应下宽上窄，以免在上端形成黏膜瓣影响排粪，同时术者左手示指应伸入阴道内作引导，以防缝针穿透阴道黏膜。

(6) 术后处理

- 1) 术后禁食 3 天，第 4 天开始进流质饮食，以后逐渐恢复普通饮食。
- 2) 术后 5 天给予抗生素治疗。
- 3) 留置导尿 24 小时。
- 4) 术后第 5 天予灌肠协助排便，排便后用 0.1% 依沙吖啶（利凡诺）溶液 20~40mL 保留灌肠。

(7) 注意事项 修补直肠阴道隔时应保持所缝合的直肠黏膜肌层呈柱状，并与直肠纵轴平行。缝针必须穿过直肠黏膜下层和肌层，但勿穿透阴道黏膜，否则易形成直肠阴道瘘。缝合时应做到每缝合一针前用 0.1% 苯扎溴铵或络合碘消毒 1 次，以防感染。

【Sehapayak 术】(图 1-3a、图 1-3b、图 1-3c)

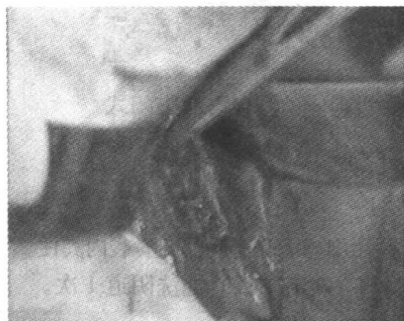


图 1-3a 纵行切开并分离齿线上 1~7cm 直肠黏膜



图 1-3b 间断缝合直肠黏膜下组织



图 1-3c 缝合完毕

(1) 适应证 中度、重度直肠前突合并直肠远端黏膜脱垂者。

(2) 禁忌证 同 Block 术。

(3) 术前准备 同 Block 术。

(4) 麻醉方法和手术体位 同 Block 术。

(5) 手术步骤

1) ~2) 同 Block 术。

3) 直肠前突部位切口 先用 1:20 万去甲肾上腺素生理盐水 50mL 注入直肠前突部位的直肠黏膜下层。在直肠下端、齿线上方 0.5cm 处作纵形切口，长约 7cm，深达黏膜下层。显露肌层，根据前突的宽度，游离两侧黏膜瓣，为 1~2cm。左手示指插入阴道内，将阴道后壁向直肠方向顶起，以便于协助压迫止血及防止损伤阴道。

4) 缝合两侧肛提肌、加强直肠阴道隔、修补直肠前突 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出针，间断缝合 4~6 针后一起打结，此时用右手示指能触摸出一条垂直而坚固的肌柱。缝合时针尖切勿穿过阴道后壁黏膜，以防发生直肠阴道瘘。最后修整两侧黏膜瓣，用铬制肠线间断缝合黏膜切口。直肠内置用凡士林纱布包裹的橡胶管，从肛门引出。

(6) 术后处理

1) ~4) 同 Block 术。

5) 术后 1~2 天留置包裹油纱条的橡胶管，观察有无渗血，并可帮助排除肠道气体。

6) 若有肠道渗血，可将橡胶管多留 1~2 天，并自管内注入凝血酶 2000U/d。

(7) 注意事项 术前一定要行排粪造影检查，对无直肠远端黏膜内脱垂者不必行左右黏膜切除。在切除直肠黏膜时注意勿使局部黏膜紧张，以防术后黏膜缺血坏死。因直肠远端有多处手术切口，故术前最好使用甘露醇等将结肠内容物清除干净，以延迟术后粪便排出，防止手术切口感染。一旦发现手术切口感染，应积极采取措施处理。

【Khubchandani 术】(图 1-4a、图 1-4b、图 1-4c)

(1) 适应证 中度、重度直肠前突合并直肠远端黏膜脱垂者。

(2) 禁忌证 同 Block 术。

(3) 术前准备 同 Block 术。

(4) 麻醉方法和手术体位 同 Block 术。

(5) 手术步骤



图 1-4a 在齿线上做“U”形黏膜肌瓣切口

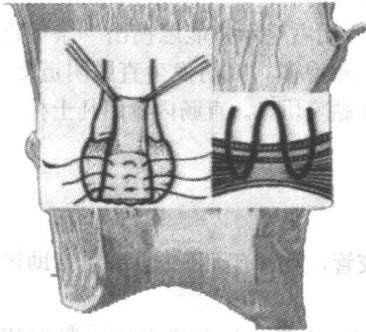


图 1-4b 松弛的直肠阴道隔
横行折叠缝合

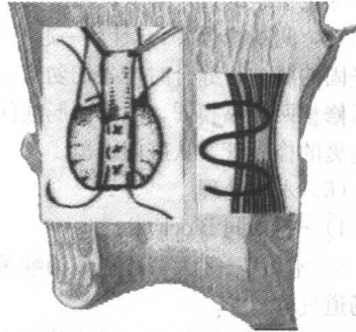


图 1-4c 横行折叠后再做垂直缝合加强

1) ~2) 同 Block 术。

3) 直肠前突部位切口 在齿线处做横切口，长为 1.5~2cm，在切口两端向上各做纵行切口，每侧长约 7cm，成“U”形。

4) 修补加强缝合直肠阴道隔薄弱区 游离基底较宽的黏膜肌层瓣（瓣内必须有肌层），黏膜肌层瓣向上分离须超过直肠阴道隔的薄弱处。先做 3~4 针间断横行缝合，横行缝合松弛的直肠阴道隔；再做 2~3 针间断垂直缝合，缩短直肠前壁，降低缝合黏膜肌层瓣的张力，促进愈合。

5) 缝合切口 切除过多的黏膜，将黏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。

(6) 术后处理 同 Sehpayak 术。

(7) 注意事项 同 Shepayak 术。

【经阴道切开阴道后壁黏膜修补术】

(1) 适应证 重度中、高位直肠前突合并阴道后壁松弛或脱垂者。

(2) 禁忌证 同 Block 术。

(3) 术前准备 同 Block 术。

(4) 麻醉方法和手术体位 麻醉方法同 Block 术。截石位。

(5) 手术步骤

1) 会阴切口 用组织钳夹持两侧小阴唇下端并向两侧牵拉,用尖刀或剪刀于两钳中间的会阴黏膜与皮肤交界处做一横行切口,以阴道口宽为度,再于切口 midpoint 向阴道后壁作纵行切口,形成“⊥”形切口。

2) 分离阴道黏膜 在切口中部用弯组织剪尖部贴阴道壁自下向上分离阴道直肠间隙,达直肠前突部位以上,并向会阴切口两侧分离阴道壁,达横切口边缘处。

3) 分离直肠前突部位的直肠 用组织钳向外上方牵拉阴道瓣,用刀刃或刀柄剥离阴道壁与直肠间组织,使突出的直肠两侧游离。分离时术者以一手拇指、示指把握牵引用的组织钳以中指垫于阴道瓣之上,使剥离处紧张而容易分离。

4) 分离两侧肛提肌 直肠充分游离后,即可显露左右两侧肛提肌。

5) 修补直肠前突 前突呈球状突出者,用 1 号细丝线或 2-0 铬制肠线作荷包缝合突出的直肠,可做多个同心圆荷包。如系高位突出成筒状时,可采用平行点状缝合,完毕后从上而下顺序打结。注意仅缝合至直肠黏膜下层,缝针切忌穿透直肠黏膜。

6) 缝合肛提肌加强直肠阴道隔 用 4 号丝线或 1-0 铬制肠线间断缝合肛提肌 4~5 针。

7) 切除多余阴道黏膜 根据会阴松弛情况和直肠前突深度,决定切除黏膜的多少。一般自会阴切口端斜向阴道后壁切缘顶点,剪除约 1cm 宽阴道黏膜,越向顶端切除越少。注意勿切除过多,阴道宽度应能容纳两指以上,谨防术后阴道及阴道外口狭窄。

8) 缝合阴道黏膜 用 1-0 铬制肠线自内向外间断缝合阴道黏膜。

9) 缝合会阴部皮下组织及皮肤 用 1 号丝线间断缝合会阴部皮下组织和皮肤。

(6) 术后处理

1) 术后禁食 3 天,第 4 天开始进流质饮食,以后逐渐恢复普通饮食。

2) 术后 5 天给予抗生素治疗。

3) 留置导尿 72 小时。

4) 术后每天用苯扎溴铵或络合碘抹洗阴道。

5) 术后第5天予灌肠协助排便，排便后用1%依沙吖啶溶液20~40mL保留灌肠。

6) 手术创面若有渗血，可用凝血酶1000U溶于生理盐水纱布上覆盖创面。

(7) 注意事项 本术式对重度直肠前突合并阴道后壁黏膜松弛或脱垂者治疗效果较好，合并有直肠远端黏膜脱垂者不宜选用此术式。切除阴道黏膜时注意勿切除过多，以免缝合过紧，造成局部缺血坏死。缝合时要认真止血，谨防局部血肿形成。缝合直肠黏膜下层时，宜用左手示指插入直肠引导，严防穿透直肠黏膜。一旦局部感染形成直肠阴道瘘，除使用抗生素外，应加强局部换药，并控制饮食，减少粪便排出，有助于自愈。如不能自愈，则需3个月后再行直肠阴道瘘修补术。

必须注意，单纯直肠前突较少，多合并有直肠前壁黏膜脱垂、直肠内套叠、会阴下降、肠疝等。因此治疗时应同时治疗合并疾患，否则将影响疗效。

【疗效判断】

1. 治愈 症状消失，排粪造影正常。
2. 显效 症状消失，排粪造影明显改善。
3. 有效 症状及排粪造影有改善。
4. 无效 症状及排粪造影无改善。

【预防】

1. 多食高纤维饮食，多饮水，避免过多进食辛辣刺激性食物。
2. 养成定时排便的良好习惯，解大便时注意力要集中，避免过分努责排便。
3. 适当参加体育运动，避免久坐。
4. 妇女产后要充分休息，避免过早负重劳动。节制生育，防止过多流产。

(胡捷 何永恒 赵亮)

直肠内脱垂

直肠内脱垂，包括了直肠内套叠(图1-5)，是指在排便过程中近侧直肠壁全层或单纯黏膜层折入远侧肠腔或肛管内，不超出肛门外缘，并在粪块排出后持续存在者。本病为外脱垂的3~10倍，以女性多发，男女之比为1:6.53，50~70岁多发。本病属于中医“脾约”或“便秘”的范畴。

【诊断】

(一) 诊断要点

1. 症状 排便不尽及梗阻感，肛门坠胀有异物感，便次增多，粪柱变细如挤牙膏状，可伴有骶尾部及直肠胀痛，黏液血便，腹胀，需用手或其他物帮助排便等。

2. 体征 直肠指检可发现直肠下端黏膜松弛或肠腔内有黏膜堆积。

3. 辅助检查

(1) 乙状结肠镜 可见直肠前壁黏膜松弛下垂，黏膜可有充血、糜烂或溃疡。

(2) 排粪造影 可见黏膜脱垂堆积于肛管上缘呈漏斗状，部分患者有骶骨直肠分离现象。

(3) 盆腔、阴道、膀胱及排粪同步造影 可明确除直肠内脱垂外是否还并发有盆腔其他脏器下垂。

(4) 大肠传输试验 用于鉴别是否并发有大肠慢传输型便秘。

(二) 中医诊断及辨证分型

1. 中医诊断 脾约或便秘。

2. 辨证分型 同直肠前突综合征。

(三) 鉴别诊断

1. 直肠脱垂 系肛管、直肠甚至乙状结肠下端的肠壁黏膜或全层脱出于肛门外，常伴肛门括约肌损伤，肛门松弛，可有大便失禁表现。

2. 盆底疝 指发生于盆腔的内疝，包括盆底腹膜疝、闭孔疝、子宫切除后会阴疝等，因疝囊内有小肠、乙状结肠或子宫等疝内容物，主要靠盆腔、阴道、膀胱及排粪同步造影检查明确诊断。

3. 盆腔肿瘤 当肿瘤压迫直肠时可有肛门及小腹坠胀，大便排出困难，直肠指检可在直肠壁外触及实质性肿物。盆腔CT或MRI有助于诊断。

【治疗】

(一) 治疗原则

先行保守治疗，包括指导饮食，多饮水，多食高纤维素饮食，养成定时排便习惯，必要时短时间酌予缓泻剂或灌肠治疗。经6个月以上正规非手术治疗无效者，可考虑手术治疗。

(二) 保守治疗

1. 中医辨证论治 同直肠前突综合征。



图 1-5 直肠内脱垂示意图