

著名中医肛肠病世家第七代传人倾情奉献

肛肠脱出性疾病 诊疗精要



GANGCHANG

TUOCHU XING

JIBING

ZHENLIAO

JINGYAO

主编 芮洪顺 勾振堂 芮冬

中国医药科技出版社

肛肠脱出性疾病诊疗精要

Gang Chang Tuo Chu Xing Ji Bing Zhen Liao Jing Yao

主编 芮洪顺 勾振堂 芮冬

中国医药科技出版社

内 容 提 要

本书从中西医两方面详细介绍了痔疮、肛管直肠脱垂、息肉等肛肠脱出性疾病的病因病理、临床表现、分类、诊断和鉴别诊断、治疗、调养护理，系作者多年临床经验的总结。全书图文并茂、清晰直观，实用性强，对临床有很好的指导意义。

图书在版编目 (CIP) 数据

肛肠脱出性疾病诊疗精要/芮洪顺，勾振堂，芮冬主编.
—北京：中国医药科技出版社，2011.1
ISBN 978 - 7 - 5067 - 4790 - 5

I. ①肛… II. ①芮…②勾…③芮… III. ①肛门疾病 - 中西医结合 - 诊疗②肠疾病 - 中西医结合 - 诊疗
IV. ①R574

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2010) 第 184148 号

美术编辑 陈君杞 张 璐

版式设计 郭小平

出版 中国医药科技出版社

地址 北京市海淀区文慧园北路甲 22 号

邮编 100082

电话 发行：010 - 62227427 邮购：010 - 62236938

网址 www.cmstp.com

规格 710 × 1020mm¹/₁₆

印张 18

字数 249 千字

版次 2011 年 1 月第 1 版

印次 2011 年 1 月第 1 次印刷

印刷 三河市腾飞印务有限公司

经销 全国各地新华书店

书号 ISBN 978 - 7 - 5067 - 4790 - 5

定价 35.00 元

本社图书如存在印装质量问题请与本社联系调换

编委会

主 编 芮洪顺 勾振堂 芮 冬
副主编 苏 云 刘会艳 化长青
王立柱

编 委 (按姓氏笔画排序)
化长青 勾振堂 勾凤钦
王立柱 刘会艳 芮 冬
芮洪顺 苏 云 李红艳
杨 军 张文龙 张丙贵
程国宏

作者简介

芮洪顺，中医著名肛肠病世家第七代传人。家父芮恒祥曾出席第一届全国科学大会和第一届全国医药科学大会。荣获全国科学大会奖，被授予“有突出贡献的肛肠病专家”称号，并与邓小平等党和国家领导人合影留念。为全国首批名老中医药专家；全国首批师承制导师；全国中医肛肠学会创始人之一。本人于1968年在武邑县人民医院创办肛肠科；1973年又从师史兆岐教授；1976年开始在河北省人民医院工作，主攻胃肠外科，其间先后拜西医肛肠病大师张庆荣、张殿文、张作兴、吴菲为师，在西医大肠肛门病方面深得其言传身教、受益匪浅。1989年因国家“七·五”攻关课题《FA867治疗中晚期大肠癌》需要调往中国中医研究院广安门医院。



科研、发明

1. “芮氏肛瘘探针刀”、“芮氏肛瘘鼠尾挂线刀”获河北省卫生科技进步一等奖；获国家发明专利。
2. 自吸连发痔核息肉套扎器。
3. 可变向瘘管脱离器。
4. 痔瘡消临床应用研究。
5. “芮氏截径术”治疗高复杂性肛瘘。
6. “养元扶正排毒胶囊”治疗大肠肿瘤。

著作

主编《实用中西医结合诊断治疗学》、《实用直肠肛门病治疗学》、《外科疾病诊疗常规》、《便血》、《发热》。

副主编《肛门直肠性病》、《胃肠病》、《癌症》、《关节病》、《肾病》、《高血压病》、《前列腺疾病》、《神经衰弱》、《中风》、《哮喘病》等20余种。

论文

先后发表《中西医结合诊断治疗下消化道出血》、《大肠平滑肌肉瘤》、《痔瘡消治疗肛肠疾病及术后创面的临床研究》、《大肠类癌》等学术论文20余篇。

目前，致力于中医大肠肿瘤及溃疡性结肠炎的治疗与研究。

作者简介

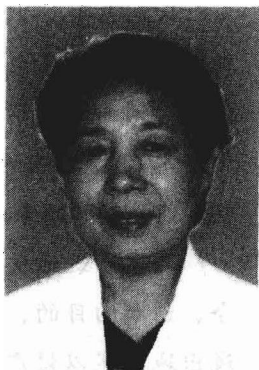
勾振堂，男，汉族，1945年12月出生于河北省易县，教授，硕士生导师，全国中医肛肠学科名专家。中华中医药学会医院管理分会常务理事，卫生部《中国卫生杂志社》理事，河北省中医药学会肛肠分会主任委员，省中医肿瘤分会常务理事，省肿瘤学会理事，省科技成果评审专家，省医疗事故鉴定专家，省高级职称评委；保定市医学会副会长，市中医药学会副会长及市政协七、八、九届委员，文教体卫委员会副主任，市劳动模范。曾先后在河北医学院附属二院、天津总医院、北京协和医院研修普外、腹部外科、病理学、肿瘤学等专业，并脱产学习中医中药1年，并多次赴欧、亚及港澳地区考察学习。



主要科研成果：①“低位直肠癌麦氏切除、四联术会阴肛门成形术”临床应用研究获保定市科技进行一等奖，河北省科技进步三等奖（第一主研人）。②“国人肛肠压力测定及其临床应用研究”获保定市科技进步二等奖（第一主研人）。③“钳夹疗法治疗内外痔的疗效观察”获保定市科委三等奖（第二主研人）。撰写学术论文20多篇，在国家级专业核心期刊发表论文10余篇，著有专著《息肉与息肉病》。

作者简介

芮冬，女，主任医师，中医著名肛肠病世家第七代传人。家父芮恒祥曾出席第一届全国科学大会和第一届全国医药科学大会，荣获全国科学大会奖，被授予“有突出贡献的肛肠病专家”称号，并与邓小平等党和国家领导人合影留念。为全国首批名老中医药专家、全国首批师承制导师、全国中医肛肠学会创始人之一。本人历任河北省中医院肛肠科主任、河北省重点学科带头人、河北省中医学会肛肠分会秘书长、河北省中医学会肛肠分会常务副主任、中华中医药学会肛肠分会副会长、河北省大肠肛门病中心主任、河北省中西医结合专家诊疗中心医院院长等职。2007年荣获首批全国肛肠学术界“名专家”称号。



科研发明

1. “芮氏肛瘻探针刀”、“芮氏肛瘻鼠尾挂线刀”获河北省卫生科技进步一等奖，获国家发明专利。
2. 自吸连发痔核息肉套扎器。
3. 可变向瘻管脱离器。
4. 痔瘡消临床应用研究。
5. “芮氏截经术”治疗高位复杂性肛瘻。
- 6 “养元扶正泄毒胶囊”治疗大肠肿瘤。

著作及论文

编写著作《实用中西医结合诊断治疗学》、《中国肛肠病学》、《便血诊断治疗》，发表论文20余篇。

目录 Contents

第一章 脱肛	(1)
第一节 概述	(1)
第二节 脱肛的病因	(4)
第三节 脱肛的病理	(6)
第四节 脱肛的分类	(8)
第五节 脱肛的症状	(11)
第六节 脱肛的诊断与鉴别诊断	(12)
第七节 脱肛的辨证论治	(14)
第八节 脱肛的注射疗法	(26)
第九节 脱肛的手术治疗	(36)
第十节 其他疗法	(52)
第十一节 脱肛的预防	(78)
 第二章 痔疮	(80)
第一节 概述	(80)
第二节 痔疮的病因	(83)
第三节 痔疮的分类	(89)
第四节 痔疮的症状	(93)
第五节 痔疮的检查	(94)
第六节 痔疮的诊断与鉴别诊断	(95)
第七节 痔疮的治疗	(96)

第三章 息肉与息肉病	(141)
第一节 概述	(141)
第二节 息肉与息肉病的病因病理	(141)
第三节 息肉与息肉病的分类	(148)
第四节 息肉与息肉病的症状	(149)
第五节 特殊检查	(152)
第六节 息肉与息肉病的诊断及鉴别诊断	(160)
第七节 息肉与息肉病的治疗	(161)
第八节 各型息肉的治疗	(209)
第九节 息肉与息肉病的预防与调养	(253)
附：肛肠疾病常用方剂	(256)

第一章 脱 肛

第一节 概 述

脱肛又称肛管直肠脱出、肛管直肠脱垂，系直肠黏膜、肛管、直肠全层甚至部分乙状结肠向远侧移位后脱出肛门的一种临床表现。多见于体质虚弱的小儿和老年人。《疡科心得集》说：“老人气血已衰，小儿气血未旺，皆易脱肛。”

一、肛脱的局部解剖学

肛管直肠是消化道的末端，是通向体外的出口。主司排泄大便。直肠生发于内胚层，肛管生发于外胚层。齿线为其分界，是临床的重要标志。

直肠上端在第三骶椎水平面，为乙状结肠的延续部分，下端在尾骨尖稍下方，与肛管相连接，全长约 14 厘米。直肠在盆腔内的位置与骶椎腹面的关系很密切，因而也具有与骶椎同样的曲度。肠腔大小在上端与乙状结肠同，下端则扩大为直肠壶腹，肠管上 1/3 前面与两侧为腹膜所盖，中 1/3 前面腹膜向前反折成为直肠膀胱或直肠子宫陷凹（道格拉窝），直肠下 1/3 完全在腹膜以外。肠壁肌层与结肠相同，但在下部肥厚形成肛门内括约肌。直肠黏膜层较厚。黏膜层与肌层分离则成为黏膜脱垂的病因。直肠内有三个半月形的皱襞，称为直肠瓣。

肛管长约 3 厘米，其外端为肛门，上端与直肠相连接，周围有内、外括约肌环绕。肛管的表层，上部为移行上皮，下部为鳞状上皮，在直肠黏膜与肛管皮肤交界处黏膜呈 6~10 个纵行皱褶，称为直肠柱或肛柱。两个直肠柱下端之间有半月形黏膜皱襞，称为肛门瓣；肛门瓣与直肠柱之间的肠壁黏膜形成向上开口的袋状间隙，称为隐窝或窦。隐窝底部有腺体的导管开口。由于这些解剖结构，直肠黏膜与肛管皮肤之间形成一条不整齐的分界线，称为齿线。齿线上有 2~6 个三角形的乳头状突起，称为肛乳头。

肛门括约肌分为外括约肌与内括约肌。外括约肌有三部分：皮下部、

浅部和深部。皮下部是环状肌束，不附着于尾骨，围绕肛管下端，位于内括约肌的外下方，两括约肌间有一沟，称为括约肌间沟。外括约肌皮下部常在手术时切断，不致引起大便失禁。浅部外括肌起源于尾骨，在内括约肌水平面分为两束，围绕肛管再合而为一止于会阴部。深部外括约肌位于浅部的上侧，也是环状肌束，不附着于尾骨。内括约肌为不随意肌，实际上是肥厚的直肠环肌，围绕肛管的上部。外括约肌深、浅两部围绕直肠纵肌及肛管内括约肌，并联合提肛肌的耻骨直肠肌，组成一肌环，称为肛管直肠环。如此环在手术时切断，即可引起大便失禁。

肛门直肠的血液供应来自四支动脉，即直肠上动脉、直肠下动脉、肛门动脉及骶中动脉。

直肠上动脉是肠系膜下动脉的末端，在直肠上端后面分为两支，沿直肠两侧下行，在齿线上分出许多小支与直肠下动脉、肛门动脉吻合。

直肠下动脉为髂内动脉的分支，其大小与分布没有一定规律。

肛门动脉由阴部内动脉分出，在肛管分为数小支。

骶中动脉是腹主动脉的连接分支，一般很小，与直肠上动脉、直肠下动脉吻合。

肛门直肠有两个静脉丛，一为直肠上静脉丛，在齿线以上，直肠黏膜下层内；一为直肠下静脉丛，在齿线以下，围绕于肛门皮下。直肠上静脉丛汇集成数支静脉，穿过直肠壁成为直肠上静脉，经肠系膜下静脉入脾静脉和门静脉。在齿线以下围绕肛管皮下的静脉组成直肠下静脉丛，汇集直肠下静脉、肛门静脉注入髂内静脉。

肛门直肠的淋巴组织分为上下两组。上组在齿线以上包括直肠黏膜下层、肌层、浆膜下以及肠壁外淋巴网。从肠壁外淋巴网的淋巴液可流向三个方向：向上至直肠后骶骨前淋巴结，再至乙状结肠系膜根部淋巴结，最后至主动脉周围淋巴结；向旁至肛提肌上淋巴结，再至闭孔淋巴结，最后至髂内淋巴结；向下至坐骨直肠窝淋巴结，然后穿过肛提肌至髂内淋巴结。下组包括外括约肌、肛管及肛门周围下淋巴网，经会阴部汇流至腹股沟淋巴结。上下组淋巴网经过吻合支可以相通。

直肠的神经支配与结肠相同，属于自主神经系统。肛门的神经支配为体神经系统的阴部内神经的分支，分布至肛提肌、外括约肌、肛管及肛门周围皮肤。所以齿线以上黏膜无痛感，而肛管和肛门周围皮肤感觉异常敏锐，而且肛门部刺激可以引起反射性肛提肌和外括约肌痉挛。

肛管和直肠周围有五个间隙：两个盆腔直肠间隙位于肛提肌以上，腹膜反折以下，直肠的两旁。这是直肠周围注射的重要部位。一个直肠后间隙位于直肠后方，骶骨前面，两侧骨盆直肠间隙的后中间，间隙内有骶神经丛和交感神经支以及直肠下动脉和骶中动脉。两个坐骨直肠间隙在肛管的两旁，在肛提肌以下，坐骨、闭孔内肌的内侧。间隙内有肛门动脉和神经。

二、脱肛的中医病名及源流

我国是最早论述脱肛的国家之一，1973年长沙马王堆汉墓出土的《五十二病方》中就有“人州出不可入者……倒县（悬）其人，以寒水澆（澆）其心腹，入矣”的论述。“人州出”就是指脱肛，这是世界上最早对直肠脱垂及其还纳方法的记载。

在《内经》、《伤寒论》等早期医著中对脱肛的记述不详，似包括在“疝”中。古文“疝”字从山，大意为艮止高起之象，脱出的直肠因此可以认为是“疝”。

“脱肛”之病名，首见于《神农本草经》，晋·皇甫谧所著《针灸甲乙经》亦有“脱肛者，肛门脱出也”，“脱肛，气街主之”的论述。以后中医书籍中多采用“脱肛”来命名该疾病。

明、清时期是中医外科发展的成熟时期，出现了很多不同的流派。窦汉卿的《疮疡经验全书》即提出“脱肛痔”的病名，包括痔脱出及肛肠脱垂，症状描述有大便时肛肠努出、疼痛下血或溢流黄水等，治宜清化湿热，益气升陷。祁坤的《外科大成》则提出：“截肠者，脱肛症也。”“截肠”则成为脱肛的另一别名，书中描述了脱肛的症状及治疗方法。

三、脱肛的西医病名及源流

欧州各国对脱肛的记载亦很久远，但病名混乱，认识、治疗进展缓慢。

早在公元前1500年古埃及的纸草书中曾记载有关直肠脱垂的治疗方法。希波克拉底治疗直肠脱垂的方法是捆绑患者双手，倒悬高处，促使肛门收缩，以便使脱出的直肠还纳。

17世纪，英王查理二世的御医 Richard Wisemcm 在所著《外科的各种治疗方法》一书中报道5例肠脱垂，是西方医学史上治疗直肠脱垂比较系

统的早期文献。

1749年,法兰西产科医生 Levret 则认为临床上还会发生完全性直肠脱垂,并将直肠脱垂和阴道脱垂等同进行比较,认为两者完全相似,他认为阴道脱垂的病变只是阴道黏膜的外翻脱出,因此直肠脱垂同样也只能是直肠黏膜脱出,用现代观点看,他的认识肯定是错误的。1805年,Hey报道用烧灼的方法离断脱出的黏膜部分,是近代治疗方法的进步。1814~1826年间,西方学者认为完全性直肠脱垂只发生于结肠部,而不发生于直肠。直至1843年才将直肠脱垂分为四种,即直肠部分脱垂、完全性脱垂、肠凹入和肠套叠。这和现代的分类基本相似。之后,在治疗方面也取得明显进步。

1888年 Mikwlicz 报道了他的6例患者,采用会阴部切除脱出部分肠管,并行端对端吻合术取得良好的效果。与此同时,Thiersch用会阴锁线方法治疗直肠脱垂,此法至今仍在沿用。1902年 Eiselsberg 和 Miles 首先介绍经会阴行乙状结肠直肠切除术,Miles于1933年报道了31个病例,标志着现代对直肠脱垂疗法的进一步成熟。1924年 Lynch 采用缩短侧韧带法治疗直肠脱垂,1957年 Well 用 ivalon 海绵薄片法固定直肠于骶骨凹内,均是治疗直肠脱垂方法的明显进步。

第二节 脱肛的病因

一、先天禀赋不足

多由于小儿先天不足,气血未旺,不能固摄而致肛肠脱出。西医学认为,儿童时期骨盆内脏器官发育不完全,骶骨曲尚未形成,骨盆和直肠几乎平直,不能对直肠承担充分的支持作用。膀胱及子宫位置较高,直肠肛管在骨盆内尚未固定坚强,如果病久体弱营养不良或久痢久泻,使坐骨直肠窝的脂肪被吸收,失去支持直肠的作用,均可造成直肠脱垂,即脱肛。

二、气血衰退

老年患者气血逐渐衰退,肺、脾、肾三脏亦均虚弱。历代医家认为,脱肛一症,多属虚寒。肺虚则肠下,脾胃虚则气陷,肾气不足,固摄无力,皆可使大肠外脱,出而不入。其中《景岳全书》论述最详:“大肠与

肺为表里，肺热则大肠燥结，肺虚则大肠滑脱，此其要也。故有因久泻、久痢、脾肾气陷而脱者；有因中气虚寒，不能收摄而脱者；……有因肾气本虚，关闭不固而脱者……。”英国肛肠学者 Parks 指出：由于老年人体弱无力，括约肌松弛，骨盆直肠窝、坐骨直肠窝脂肪量减少，所以老年人易发生直肠脱垂。

三、妇女产育过多

《疮疡经验全书》说：“……又有妇人产育过多，力尽血枯，气虚不陷……皆能使肛门突出。”妇女多次妊娠和分娩使骨盆的肌肉和韧带过度松弛，组织弛缓，因而使直肠容易脱出肛外。

四、腹压增加

慢性泄痢、习惯性便秘、前列腺肥大、膀胱结石、慢性咳嗽等持续性增加腹压的疾病，使直肠黏膜下层组织松弛，黏膜与肌层分离，并使肛门括约肌松弛而致脱肛。而《景岳全书》则把上述因素解释为“湿热下堕而脱”。大凡胃肠燥热，津枯便结及湿热之邪下注日久者，皆可耗伤气血，虚不收摄，因此肛肠脱出。

五、手术损伤

肛门直肠手术损伤了局部正常的生理结构及骶尾部神经，均可使直肠及直肠黏膜脱出。如痔环切术后易引起直肠黏膜脱垂等后遗症。肛瘘手术破坏了肛管直肠环也会导致直肠黏膜甚至直肠脱垂。直肠癌及骶前囊肿等手术易导致骶尾神经损伤，从而使提肛肌麻痹，也可造成直肠脱垂。近年来随着肛肠手术的改进，由此而引起的脱肛已逐渐减少。

六、肿物牵引

Ⅲ期内痔、直肠息肉、直肠肿瘤等疾病，肿物组织经常脱出，使肛门括约肌松弛，并将直肠黏膜向下牵引而导致脱肛。如《诸病源侯论》中的“又有气痔，大便难而血出，肛亦出外，良久不肯入”即所谓的痔脱出。而《疮疡经验全书》也做了类似的描述。症状有直肠脱出二、三寸，痔核如棉子大，环聚而生，肿痛溃脓，甚或阴部赤肿，过劳易发等。总之古人虽没有明确指出肿物脱出和痔脱出的各自特点，但均属于脱肛的范畴之

内。现代临床中真正由痔疮、肿物而导致的直肠脱垂并不多见。

七、精神障碍

据有关临床报道,精神疾病如痴呆、精神分裂症的患者脱肛的发生占有一定的比例。如鸣海报道的32例脱肛患者中有8例合并精神衰弱、精神分裂等。Gollghor报道的98例脱肛患者中有精神衰弱者32例,确诊为精神病患者3例。Shafik认为提肛肌功能不良而引起排便机制紊乱是脱垂的原因。

第三节 脱肛的病理

《医学入门》说:“脱肛全是气下陷。”明·《医方考》则说:“盖泻久则伤气,下多则亡阳,是气血皆亏矣。故令广肠虚脱。”明确指出脱出的广肠(直肠)是由全身气血亏损引起。综合脱肛的发病原因,我们不难看出脱肛是全身虚弱的一种表现。“虚”是致病的主要原因,病变脏腑主要责之于肺、脾、肾三脏。肺与大肠相表里,肺虚则肠下;脾胃虚则气陷;肾气不足,元气不实则固摄无力,皆可使大肠外脱,出而不入。另外,凡胃肠燥热,湿热下迫皆可伤气耗血,久而迫使大肠脱出。

现代医学认为直肠脱垂是一种不很常见的疾病。如英国的圣·马克医院每年发现20~30人,约占肛肠病发病率的0.4%。一般认为,不完全性直肠脱垂(直肠黏膜脱垂)多见于小儿,完全性直肠脱垂(直肠全层脱垂)多见于壮、老年。直肠黏膜脱垂发病的高峰为6个月~2岁的婴儿。直肠全层脱垂发病的高峰为40~70岁的成人。男女略有差别,男性为40~50岁,女性为50~70岁。从发病年龄可看到两个高峰,即2岁前和40岁以后。成人的发病率以妇女为高,约占发患者数的85%。对于上述现象综合病因主要是幼儿发育过程中,骶骨弧度较直,肛门括约肌肌力较弱,啼哭和腹泻常诱发脱垂,以不完全性脱垂较多见。在成人则多为完全性脱垂,若因内痔(Ⅲ期)经常脱出诱发者多为直肠黏膜脱垂。女性因骨盆出口较大,多次分娩,可使盆底筋膜和肌肉松弛,故而发病率高于男性。

脱肛的病理机制主要有以下两种学说。

一、滑动性疝学说

西方医学早在20世纪末及21世纪初关于直肠脱垂即提出了滑动性疝

的观点，以 Jeannel (1896 年) 和 Moshcowitz (1912 年) 为代表。认为直肠膀胱或直肠子宫陷凹太深，成为疝囊，腹内压力增高和肠袢压迫使直肠前壁突入直肠壶腹，然后向下经肛管脱出肛门外 (图 1-1)。

此观点在 20 世纪 50 年代占主导地位，根据该学说，人们采取了经会阴部封闭直肠膀胱或直肠子宫陷凹的方法治疗直肠脱垂，但手术的复发率较高，同时有继发性出血、直肠瘘和骶尾部脓肿等合并症，因此后来很少被人们采用。

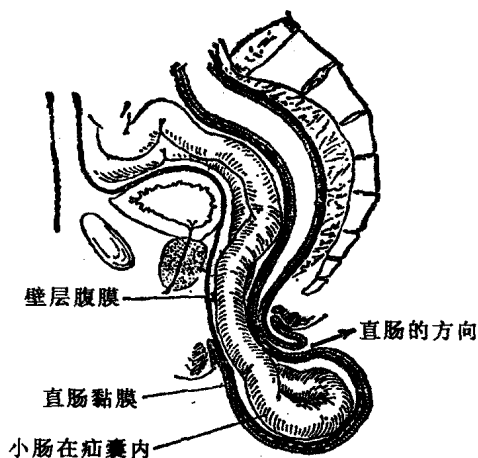


图 1-1 直肠脱入疝囊

二、肠套迭学说

1959 年 Shann 提出了肠套迭的观点。1968 年 Broden 及 Snellmen 也认为直肠脱垂并不是滑动性疝，而是乙状结肠、直肠套迭。脱垂开始于乙状结肠、直肠交界处，套迭发生时，乙状结肠、直肠的附着点（固定点）将下移，由于反复下移，直肠被逐渐拉向远端，当套迭向下进行到两侧神经血管蒂部时（直肠侧韧带处），由于此处有较强的筋膜附着，要通过较为困难，需要一定时间，由于反复的腹内压增加，及排便时用力使侧韧带变弱，套迭通过此处，从肛门口脱出，即形成完全性直肠脱垂 (图 1-2)。

近年来多数学者支持这一学说。Theuerkoaf (1970 年) 采用特殊的 X 线活动摄影术，证实套迭发生于直肠正常固定点最高处的近端。他用 4 个金属夹子，按次固定在脱垂的直肠及肛管处的黏膜上，然后将脱垂的直肠

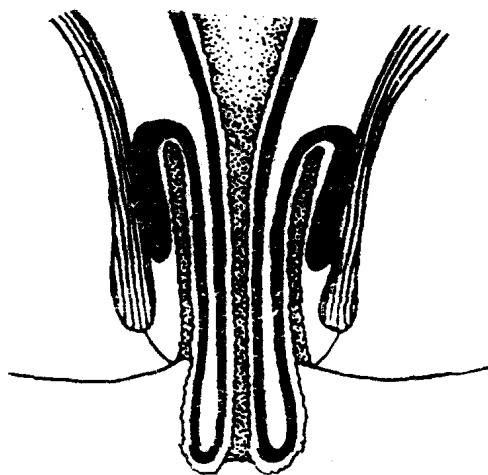


图 1-2 直肠因套迭脱出

复位，以后再在 X 线下观察脱垂时夹子的次序。他观察了 2 个病例，一例是直肠完全性脱垂，伴有肛管脱垂者。一例是直肠脱垂但肛管不脱垂（又称肠套迭型），证实了肠套迭学说是正确的。

近年来，中国中医研究院广安门医院对 48 例完全性直肠脱垂的患者进行了观察记录，发现仅有 8 例属于滑动性疝样的脱出，40 例则属于肠套迭性脱出，反映出套迭性脱出的普遍性。

第四节 脱肛的分类

我国古代医书对于脱肛只在症状上进行了描述并记述了治疗的各种方法，但未做过具体的分类及分型，而西方医学以及我国现代医学对于直肠脱垂做了比较细致的分类及分型。现将具有代表性的分类法叙述如下。

一、Tuttle（1903 年）的二型三度法

Tuttle 将直肠脱垂分为两类：①仅为直肠黏膜脱出的不完全直肠脱垂。②直肠全层全周脱出的完全性直肠脱垂两类。在完全性直肠脱垂中又分为三度：Ⅰ度为直肠脱垂时伴肛管外翻者。Ⅱ度为仅有直肠脱出而肛管位置正常者。Ⅲ度为仅有直肠内发生隐蔽性套迭下垂，不脱出于肛门外者。