

耻骨直肠肌综合征的临床及 X 线诊断

周巧龙

【摘要】 目的: 探讨耻骨直肠肌综合征的排便造影检查及诊断方法。方法: 收集 50 例正常人和 62 例不同程度便秘患者, 采用静坐相与力排相造影检查。测量肛直角大小, 耻骨直肠肌压迹的深度和长度。结果: 对照组 50 例力排相肛直角增大, 病变组 62 例力排相肛直角不增大, 两组间有统计学意义 ($P < 0.01$)。病变组中 43 例还表现有耻骨直肠肌压迹加深。结论: 排便造影检查是诊断耻骨直肠肌综合征的简便而可靠的方法。

【关键词】 耻骨直肠肌综合征 便秘 排粪造影

【中图分类号】 R574.63, R814.43 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 1000-0313(2000)05-0323-02

The clinical and x-ray of puborectalis syndrome. Zhou Qiaolong. The Fifth Hospital of Shaoxing, Zhejiang Province 312000

【Abstract】 Objective: To study the value of defecography for diagnosis of puborectalis syndrome in patient with constipation. **Methods:** 62 patients with constipation and 50 patients without constipation as a control underwent defecography with and without effort. The anorectal angle (ANA) and the depth and length of puborectal muscle compression were measured. **Results:** The anorectal angle increased in the 62 patients with constipation and was normal in the control group on defecography with effort. Moreover, the deep compression of the puborectal muscle was deepened in the 43 patients with constipation. **Conclusion:** Puborectalis syndrome is one of the cause of constipation. The defecography is a simple and effective method for diagnosis of the syndrome.

【Key words】 Puborectalis syndrome Constipation Defecography

材料与方 法

本组共 62 例, 其中男 42 例, 女 20 例, 年龄范围异在 21~ 68 岁, 平均 41.6 岁。所有病例都有不同程度的便秘史, 排粪不适或疼痛, 排粪无规律, 最长病史 1 周左右排粪 1 次, 病程 2~ 5 年不等。其中有 5 例患者平时排粪时需人工协助或用自制的温盐开水灌肠才能排粪, 并且大部分成人排手指粗细的大便或颗粒状大便。

50 例排粪造影检查未见异常者作为正常对照组。

检查前 1 日晚 8 时后口服番泻叶泡茶进行清洁肠道准备, 次日早餐禁食, 上午进行排粪造影检查, 分别拍摄静坐、提肛、力排侧位相及正侧位粘膜相。分别测量肛直角的大小变化及粘膜改变情况, 测量耻骨直肠肌压迹的深度和长度, 及肛上距等等。

肛直角(ARA)采用肛管轴线与近似直肠轴线形成的夹角, 肛上距为肛管上部中点至耻骨联合下缘与尾骨尖连线的垂直间距。

结 果

病变组 62 例肛直角静坐相与力排相比较, 力排时肛直角不增大, 其中 15 例力排相时肛直角甚至有不同程度地缩小, 分别为 $96.5^{\circ} \pm 10.5^{\circ}$ 和 $90^{\circ} \pm 17^{\circ}$; 而对照组 50 例排粪造影检查肛直角静坐相与力排相分别为 $99.5^{\circ} \pm 12.5^{\circ}$ 和 $110.5^{\circ} \pm 13.5^{\circ}$, 即力排相肛直角均增大(表 1)。

力排时肛直角不变或变小, 钡剂排出很少, 直肠呈搁板状改变, 出现搁架征有 26 例; 耻骨直肠肌压迹加深, 其中 43 例深度压迹超过 0.5cm 以上, 最严重的压

表 1 耻骨直肠肌综合症与对照组 肛直角, 肛上距及耻骨直肠肌压迹统计对照表

测量部位	病变组(62 例)	X	对照组(50 例)	X	P 值
肛直角(度)	静坐 96.5 ± 10.5	103.7	静坐 99.5 ± 12.5	105.5	< 0.01
	力排 90 ± 17		力排 110 ± 13.5		
肛上距(cm)	静坐 2.5 ± 1.2	3.1	静坐 2.06 ± 1.3	3.0	
	力排 3.2 ± 1.5		力排 3.0 ± 0.8		
耻骨直肠肌压迹(cm)	AB 1.23 ± 0.86	1.35	AB 无压迹		
	CD 3.5 ± 0.47		CD 无压迹		

AB 为耻骨直肠肌压迹深度, CD 为长度。列表数值以平均数 $X \pm SD$ 进行统计学处理, P 值 < 0.01 有显著统计学价值。

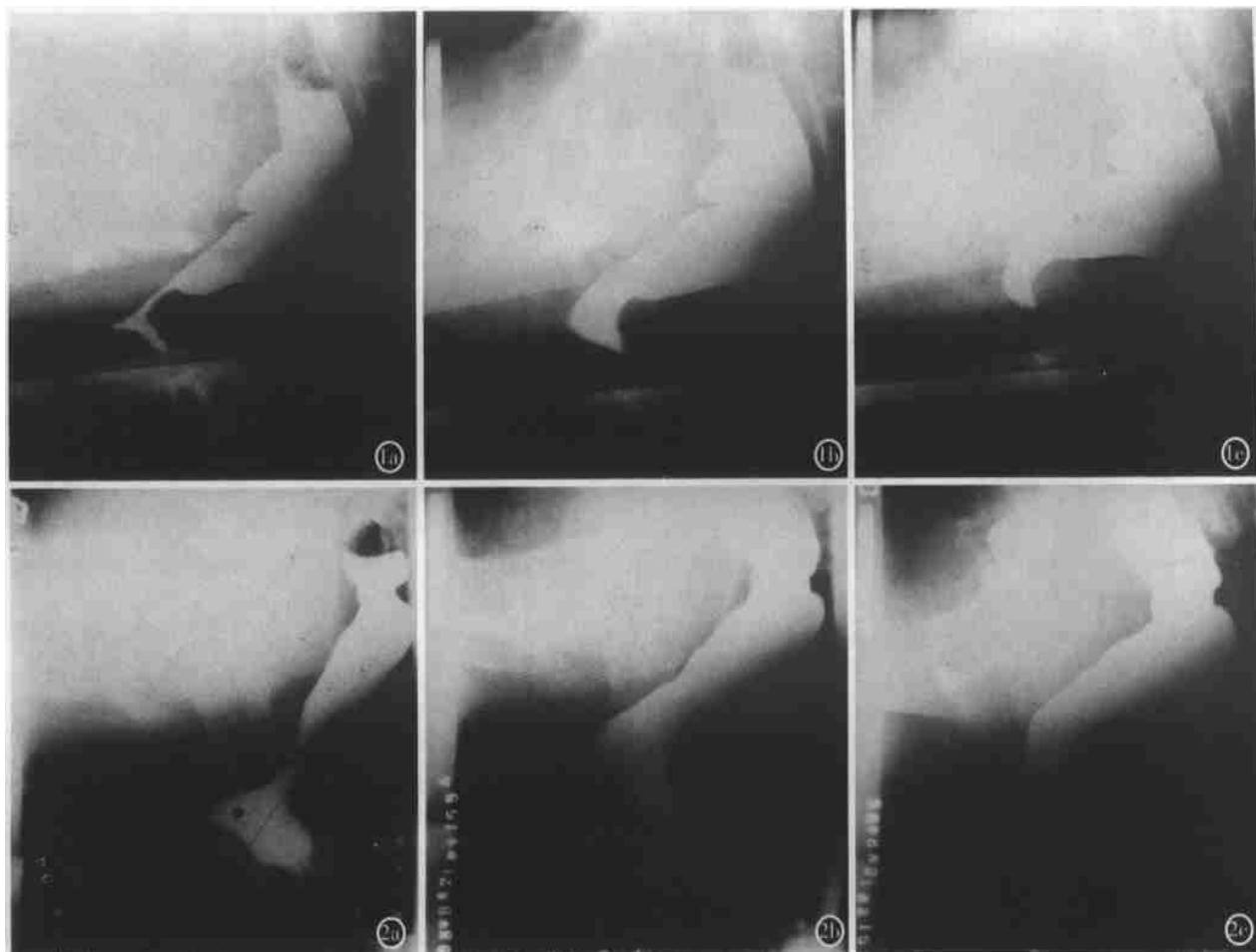


图1 a) 女, 35岁。便秘5年, 力排相AB深1.5cm, CD长3.5cm, 肛直角 72° , 耻骨直肠肌肥厚; b) 女, 35岁。便秘5年, 长期排便不畅, 提肛相; c) 静坐相, 肛直角 85° 。

图2 a) 女, 40岁。大便1周1次, 力排相, 呈一倒置的“鹅头”, 耻骨直肠肌痉挛; b) 女, 40岁。大便1周1次, 静坐相; c) 提肛相, 耻骨直肠肌痉挛。

迹深1~2cm, 长1~3.5cm(图1)。

并发直肠前突38例, 直肠粘膜套叠或脱垂有32例, 盆底痉挛综合征12例(图2)。

讨论

肛直角(ARA)代表盆底肌群主要是耻骨直肠肌的活动度, 正常平时静态呈收缩状态, 肛直角约 92° , 力排时(用力排便时)耻骨直肠肌松弛, 肛直角(ARA)增大可达 130° 左右。如果各种原因导致耻骨直肠肌在力排(即排便)时不松弛或者反而加强收缩, 甚至持续痉挛, 影响正常排便而造成直肠动力学的改变, 影响排便功能造成便秘。

耻骨联合下缘与尾骨尖连线恰恰位于盆底位置, 测量肛上距可以间接观察盆底位置和活动度及内脏下垂的情况。

长期排便困难, 用力排便时腹内压增高, 均可导致盆底肌群张力降低, 阴部神经经多次反复长时间的异常刺激而受到损害; 或炎症性病变, 或滥用泻剂, 或先天性异常发育障碍等, 均可导致耻骨直肠肌痉挛与肥厚。

功能位时即排便造影检查力排相才能明确显示耻骨直肠肌综合征, 力排时耻骨直肠肌压迹深度在0.5cm以上至1cm内大多数为痉挛所致, 深度压迹大于1cm则多为肥厚所致。

耻骨直肠肌痉挛采用理疗多数症状缓解较明显, 而肥厚则为病理性大都采用手术切开的方法治疗, 少数不宜手术的患者也可采用支架植入方法缓解病情。

参考文献

- 1 卢任华. 排便造影检查方法和正常测量. 二军大学报, 1990, 11: 224.
- 2 Ekbery O. Defecography Radiology, 1985, 155: 45.

(1999-11-08 收稿)