

手术治疗获得性免疫缺陷综合征合并III度直肠脱垂一例

徐国林¹ 蒋心怡² 褚宏飞¹ 卿勇¹ 陈竹³

【摘要】目的 探讨手术治疗获得性免疫缺陷综合征(AIDS)合并直肠脱垂的价值,以提高临床对人类免疫缺陷病毒(HIV)感染合并直肠脱垂的认知及诊疗水平。**方法** 回顾性分析2023年11月29日成都肛肠专科医院收治的1例AIDS合并III度直肠脱垂患者的临床资料及诊疗经过。**结果** 该患者因直肠脱垂入院,查体可见肛内肿物脱出肛门外,呈环状,约10 cm,可见有层次的黏膜皱襞,无法手动复位。入院后在骶管麻醉联合静脉全身麻醉下,行“经肛直肠部分切除吻合、经肛盆底重建术”,患者术后恢复原有肛门的正常外观、结构及功能。术后3 d,患者开始排便,成形、质软,且通畅。术后1周,伤口基本愈合,无明显疼痛、出血及水肿,肛门指检及肛门镜检均无异常,肛门直肠测压正常。随访1年未出现直肠脱垂复发。**结论** 针对AIDS合并直肠脱垂患者,需重视早期诊断及综合评估,选择个性化手术方式是改善患者预后以及生活质量的关键。

【关键词】 直肠脱垂; 获得性免疫缺陷综合征; 手术

A case of surgical treatment for acquired immune deficiency syndrome complicated with rectal prolapse of grade III

Xu Guolin¹, Jiang Xinyi², Chu Hongfei¹, Qing Yong¹, Chen Zhu³. ¹Department of Anorectal Surgery, Chengdu Anorectal Hospital, Chengdu 610017, China; ²School of Clinical Medicine, Chengdu University Chengdu 610106, China; ³Department of Scientific Research and Teaching, Public Health Clinical Center of Chengdu, Chengdu 610066, China

Corresponding author: Qing Yong, Email: 925922614@qq.com

【Abstract】Objective To investigate the value of surgical treatment for patients of acquired immune deficiency syndrome (AIDS) complicated with rectal prolapse, and to improve the diagnostic and therapeutic understanding of rectal prolapse. **Methods** The clinical records, diagnosis and treatment of a patient with AIDS complicated with rectal prolapse of grade III admitted to Chengdu Anorectal Hospital on November 29th, 2023 were reviewed, retrospectively. **Results** The patient was admitted to hospital presenting with rectal prolapse. Physical examination showed that the anal mass protruded from the anus, in a ring shape, about 10 cm and hierarchical mucosal folds could be seen, which could not be manually reduced. After admission, transanal rectal partial resection and anastomosis and transanal pelvic floor reconstruction were performed under sacral canal anesthesia plus intravenous general anesthesia. The patient's anus regained its normal appearance, structure and function after operation. Three days after the operation, the patient began to defecate, with formed, soft and unobstructed stools. One week after the operation, the wound was basically healed, with no obvious pain, bleeding or edema. Both digital rectal examination and anoscopy showed no abnormalities, and anorectal manometry was normal. There was no recurrence of rectal prolapse during the 1-year follow-up. **Conclusions** Early diagnosis and comprehensive evaluation is important for the patients with AIDS and rectal prolapse. Appropriate surgical procedure is crucial for improving the prognosis and life quality of these patients.

【Key words】 Rectal prolapse; Acquired immune deficiency syndrome; Surgical treatment

DOI: 10.3877/cma.j.issn.1674-1358.2025.02.008

基金项目: 四川省科技厅杰出青年科技人才项目 (No. 2020JDJQ0064)

作者单位: 610017 成都市, 成都肛肠专科医院肛肠外科¹; 610106 成都市, 成都大学临床医学院²; 610066 成都市, 成都市公共卫生临床医疗中心科研教学部³

通信作者: 卿勇, Email: 925922614@qq.com

直肠脱垂 (rectal prolapse, RP) 是指肛管、直肠黏膜或直肠全层、部分乙状结肠位置下移甚至脱出肛门外的疾病^[1], 发病率较低, 多见于婴幼儿、老年人及经产妇^[2], 通常表现为直肠壁从肛门突出, 引起肛门异物脱出、排便不尽感、便血以及肛门失禁等症状^[3], 严重影响患者生活质量。RP保守治疗疗效较差, 故以手术治疗为主^[4-5]。近年来, 获得性免疫缺陷综合征 (acquired immune deficiency syndrome, AIDS) 患者数量呈增多趋势^[6], 由于高效抗逆转录病毒治疗 (highly active anti-retroviral therapy, HAART) 的规范推行, AIDS 患者的存活率和存活年限均明显提高^[7], AIDS 并发症时有报道, 但 AIDS 合并 RP 的报道较为罕见。本文报告 1 例 AIDS 合并 III 度直肠脱垂病例, 经肛直肠部分切除吻合及经肛盆底重建术后, 患者恢复原有肛门结构及功能。

一、病例资料

1. 病例摘要: 患者, 男性、26岁, 因“反复肛门直肠肿物脱出20余年, 反复便血3月”于2023年11月29日至成都肛肠专科医院住院。患者自述20余年前出现“大便时有肛门直肠肿物脱出, 无法自行回纳, 可手法复位”, 因其患有 AIDS, 未到医院规范治疗, 肿物脱出症状逐渐加重。3个月前, 患者出现便血, 滴血为主, 色鲜红, 量多, 大便质软、成形, 排便通畅, 但有大便不尽感, 未治疗。既往否认糖尿病、高血压和心脏病等病史, 有男男性行为 (肛交史)。患者自诉于2020年开始行 HAART 治疗, 方案为口服依非韦伦 600 mg/次、1次/d, 联合齐多拉米夫定 150 mg/次、

2次/d, 但未规范服药、时有漏服。

2. 入院查体: 生命体征: 体温 37 °C, 脉搏 79次/min, 呼吸 19次/min, 血压 128/78 mmHg (1 mmHg = 0.133 kPa)。专科检查 (截石位): 视诊: 嘱患者下蹲排便, 肛内肿物脱出、并嵌顿于外 (图1), 见肛外脱出物呈环状, 可见有层次的黏膜皱襞, 呈柱状, 约 10 cm, 黏膜糜烂, 无明显出血。触诊: 肛周皮肤温度正常, 脱出肿物触之韧、有弹性, 无法手动复位。指诊: 直肠内温度正常, 直肠下段黏膜松弛, 嘱其收缩肛门, 肛门肌肉张力稍差, 指套退出少许血染。肛门镜检: 直肠壅堵肠腔, 黏膜充血水肿明显。

实验室指标和影像学检查: 血常规: 白细胞计数: $4.86 \times 10^9/L$, 中性粒细胞计数: $1.20 \times 10^9/L$, 淋巴细胞计数: $0.80 \times 10^9/L$, 血红蛋白: 146.0 g/L, 血小板: $329 \times 10^9/L$, C-反应蛋白: 0.50 mg/L, 肝肾功能均正常。CD4⁺T 淋巴细胞计数: $260 \times 10^6/L$ [参考值: (455.7~1 261.0) $\times 10^6/L$], 提示患者细胞免疫功能低下。人类免疫缺陷病毒 (human immunodeficiency virus, HIV) -1 RNA 载量: $3.0 \times 10^3/L$ (参考值范围: 未检测到), 提示仍有病毒复制及传染性, 需追踪 HAART 服药依从性。

钡灌肠与排粪造影: 乙状结肠盘曲, 直肠黏膜脱垂, 会阴下降, 骶直分离。肠镜: 直肠炎, 直肠增生?

病理检查: 直肠送检肠管黏膜脱垂, 黏膜慢性炎症, 炎症性纤维性息肉, 黏膜层、黏膜下层、肌层及外膜层血管扩张充血, 见图2。

二、诊疗经过及随访

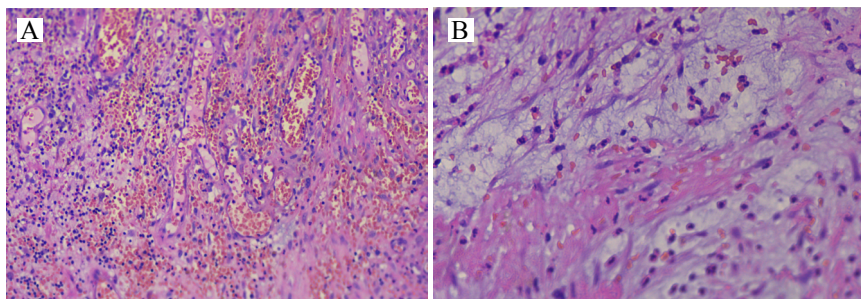
患者于2023年12月5日在骶管麻醉联合静脉全身麻醉下行“经肛直肠部分切除吻合、经肛盆底重建术”, 麻醉后直肠脱垂更为明显 (图3), 术后完整切除直肠脱垂部位及部分肠管组织 (图4), 肛门恢复原有结构及正常外观 (图5)。患者术后恢复良好, 术后恢复患者原有肛门的正常外观及结构。术后 3 d, 患者开始排便, 成形, 质软, 排便通畅。术后 1周, 伤口基本愈合, 无明显疼痛、出血及水肿, 肛门指检及肛门镜检均无异常, 肛门直肠测压正常, 予以出院。

随访至2024年12月, 患者未出现直肠脱垂复发, 排便通畅。



注: 专科检查见直肠明显脱出, 并嵌顿于外

图1 患者肛肠专科检查



注: A: HE染色, $\times 40$; B: HE染色, $\times 100$

图2 患者直肠病理学检查



注: 直肠脱垂较就诊时更为明显

图3 术前麻醉后患者直肠脱垂状态

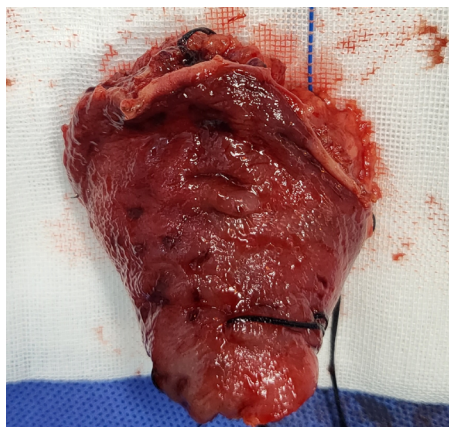


图4 手术切除的直肠黏膜及部分肠管组织



注: 直肠脱垂部位完整切除, 肛门恢复原结构

图5 患者术后肛门外观

讨论 已有研究表明, 直肠脱垂发病原因大多是由于肛门松弛, 长期腹压增加, 最终破坏了直肠的稳定性^[8-9]。多发于经产妇或者体质较弱的患者, 肛交亦可导致, 其发病率约为0.03%^[10]。直肠脱垂的分级标准较多, 现主要采用牛津脱垂分级标准及国内3度分类标准^[11-12], 国内分类标准如下^[13-14]: I度脱垂: 排便时, 直肠脱垂长度约3 cm, 便后能自行回纳; II度脱垂: 排便时, 直肠全层脱出, 长度4~8 cm, 必须手法复位; III度脱垂: 排便时, 肛管、直

肠和部分乙状结肠脱出, 长度达8 cm以上, 较难经手法复位。本例患者排便见肛内肿物脱出、嵌顿于外, 约10 cm, 已达到III度脱垂。

根据《直肠脱垂外科诊治中国专家共识(2022版)》, 外科手术是目前可能治愈直肠脱垂的唯一治疗手段^[15]。根据手术路径不同, 主要分为两类: 一类是经肛手术, 如直肠黏膜点状注射结扎术、Delorme术和Altemeier术^[16]、吻合器痔上黏膜环切术联合括约肌折叠术等^[17]。此类手术优点在于麻醉方式简单, 采用骶管麻醉或者硬膜外麻醉即可; 手术易操作、难度较小, 且术后便于观察伤口及换药, 费用也相对低廉, 尤以Delorme术和Altemeier术在临床中应用最为广泛, 而直肠黏膜点状注射结扎术因其术后复发率高而逐渐减少。另一类为腔镜手术, 包括腹腔镜下直肠脱垂悬吊固定并乙状结肠折叠术^[18]、腹腔镜下直肠乙状结肠部分切除术等。此类手术具有疗效确切、复发率低和伤口小等优点, 但因其需要对患者施行全身麻醉, 对手术医生技术操作能力的要求较高, 费用亦相对增加, 在临床应用上受到一定限制。各种术式各有优势及不足, 需根据患者具体情况进行综合评估, 选择个体化手术方式, 甚至采用不同术式联合, 以期在获得最佳疗效的同时, 降低复发率。对于AIDS及男男性接触患者, 手术方式还要充分考虑到患者全身状况及免疫功能, 甚至肛交史等, 需警惕术后潜在感染风险。同时, 应尽量避免采用器械吻合, 从而减少直肠吻合钉造成的异物感。该患者采用骶管麻醉联合静脉全麻下行经肛直肠部分切除人工吻合、经肛盆底重建术, 术后预防感染、对症及营养支持治疗。患者术后恢复原有肛门正常外观、结构及功能, 排便通畅、成形, 肛门指检及镜检均无异常, 极大提高了患者生活质量。

目前, 在AIDS合并外科手术的报道中, 因感染而导致手术者数量较多, 而AIDS合并直肠脱垂的手术报道极少^[19]。研究发现, AIDS患者发生直肠脱垂, 可能与免疫功能受损和肠道炎症有关^[20]。免疫系统损伤主要表现在CD4⁺ T淋巴细胞数量变化。HIV感染后CD4⁺ T淋巴细胞数量逐渐降低, 显著影响免疫功能^[21]。CD4⁺ T淋巴细胞水平越高, 患者免疫功能越强, 生存时间越长^[22]。HIV感染者胃肠道组织活检显示, 涉及细胞周期调节、脂质代谢、上皮细胞屏障和消化功能的基因表达在HIV感染者中均有所下降^[23]。有研究发现, 合并HIV感染者CD4⁺ T淋巴细胞水平越高, 发生术后机会性感染风险则越小^[24]。本例患者在接受抗逆转录病毒治疗时, 未规范服用抗病毒药物, 在其因直肠脱垂症状进行性加重而入院时, 检测HIV-1 RNA仍为阳性, 且CD4⁺ T淋巴细胞水平较低。提示在临床诊疗过程中, 一旦接诊到合并直肠脱垂的AIDS患者, 需重视HIV RNA及CD4⁺ T淋巴细胞水平检测, 并加强抗逆转录病毒治疗的依从性教育^[25-26]。但本研究仅为个案报道, 拟进一步收集此类病例

并延长随访期限,总结诊疗经验及长期预后情况,以期为临床诊疗提供参考。

综上,临床医生需重视AIDS合并直肠脱垂患者的早期诊断,结合患者的具体情况进行综合评估,采用个体化手术方式,同时加强对患者进行抗逆转录病毒治疗宣教及依从性管理,从而更好地提高患者生活质量,改善长期预后。

参 考 文 献

- [1] 肖玉娇,罗敏. 肛门环缩术联合消痔灵注射术治疗 II, III度直肠脱垂的临床治疗效果[J]. 中国现代医生,2022,60(12):94-96, 103.
- [2] 傅琳然,曹晖. 补中益气汤联合针灸治疗直肠脱垂的疗效及安全性分析[J]. 中国现代医生,2023,61(13):31-35.
- [3] 王力源,于海泓. 直肠脱垂的临床外科诊疗进展综述[J]. 中国实用医药,2023,18(4):172-174.
- [4] 江俊林,兰开雄,张志谦,等. 直肠脱垂25例临床诊治分析[J]. 河南外科学杂志,2024,30(4):19-21.
- [5] 吴庭伦,袁喜红. 直肠脱垂的诊疗进展[J]. 江西医药,2021,56(6):881-885.
- [6] 叶荣,顾菁. HIV/AIDS患者常见慢性病患病情况[J]. 中国艾滋病性病,2023,29(12):1371-1375.
- [7] 沈银忠,李太生. 《中国艾滋病诊疗指南(2024版)》解读[J]. 中国预防医学杂志,2025,26(2):129-132.
- [8] 杨新庆. 直肠脱垂的诊断治疗[J]. 大肠肛门病外科杂志,2005,11(3):174-175.
- [9] 刘领柱,尹龙怀. 直肠脱垂的发病机制[J]. 中国肛肠病杂志,1996,16(5):5-6.
- [10] 鲜振宇,邹齐,胡邦,等. 经会阴手术与经腹手术治疗直肠脱垂的疗效分析:一项单中心回顾性研究[J]. 结直肠肛门外科,2022,28(5):456-459.
- [11] Brenchley JM, Douek DC. The mucosal barrier and immune activation in HIV pathogenesis [J]. Curr Opin HIV AIDS,2008,3(3):356-361.
- [12] Sankaran S, Guadalupe M, Reay E, et al. Gut mucosal T cell responses and gene expression correlate with protection against disease in long-term HIV-1-infected nonprogressors[J]. Proc Natl Acad Sci USA,2005,102(28):9860-9865.
- [13] 刁统伟,李承龙. 腹腔镜下直肠乙状结肠部分切除术对 II-III度直肠脱垂治疗价值[J]. 世界复合医学,2024,10(3):160-163.
- [14] 吴庭伦,袁喜红. 直肠脱垂的诊疗进展[J]. 江西医药,2021,56(6):881-885.
- [15] 中国医师协会肛肠医师分会,中国医师协会肛肠医师分会盆底外科专业委员会,中国医师协会肛肠医师分会临床指南工作委员会. 直肠脱垂外科诊治中国专家共识(2022版)[J]. 中华胃肠外科杂志,2022,25(12):1081-1088.
- [16] 邝永龙,陈卡尔,林丽卿. Delorme术和Altemeier术治疗直肠脱垂的效果[J]. 智慧健康,2024,10(26):82-84.
- [17] 林良远. 吻合器痔上黏膜环切术联合括约肌折叠术治疗轻度直肠脱垂的效果[J]. 智慧健康,2024,10(14):58-60.
- [18] 刘容,肖天保,陈江,等. 腹腔镜下直肠脱垂悬吊固定并乙状结肠折叠术治疗完全性直肠脱垂患者的临床效果[J]. 重庆医科大学学报,2024,49(3):346-350.
- [19] 王利,段月勋,余小丰,等. 云南省某医院HIV感染者合并外科疾病谱与治疗情况[J]. 中国艾滋病性病,2022,28(12):1419-1423.
- [20] 饶佳,张石则,张兵,等. 凉山彝族自治州HIV/AIDS合并肛肠疾病的流行病学调查分析[J]. 中国性科学,2020,29(11):124-127.
- [21] 余敏睿,焦艳梅,王福生. 调节性T细胞在人类免疫缺陷病毒感染过程中机制的研究进展[J]. 广西医科大学学报,2024,41(10):1325-1330.
- [22] 田飞,高颂,李铮,等. 1989至2020年北京市东城区1076例人类免疫缺陷病毒感染/获得性免疫缺陷综合征患者生存时间及影响因素[J/CD]. 中华实验和临床感染病杂志(电子版),2022,16(2):100-107.
- [23] 邓忠芸,崔凡. 人类免疫缺陷病毒感染肠道微生物及代谢物和肠黏膜屏障损伤的相关性[J]. 实用医院临床杂志,2024,21(4):168-172.
- [24] 王正力,吴德利,吴晓明,等. HIV合并外科疾病手术相关感染危险因素研究[J]. 现代医药卫生,2023,39(14):2412-2416.
- [25] 中国性病艾滋病防治协会学术委员会外科学组,中华医学会热带病与寄生虫学分会外科学组,国家传染病医学中心(北京). 中国人类免疫缺陷病毒感染围手术期抗病毒治疗专家共识(第二版)[J/CD]. 中华实验和临床感染病杂志(电子版),2021,15(5):289-294.
- [26] 岳腾,程朝御,鲜伊丹,等. 男男同性性行为学生HIV感染者抗病毒治疗现状及影响因素[J]. 中国学校卫生,2024,45(12):1798-1801, 1806.

(收稿日期: 2024-12-25)
(本文编辑: 孙荣华)

徐国林,蒋心怡,褚宏飞,等. 手术治疗获得性免疫缺陷综合征合并III度直肠脱垂一例[J/CD]. 中华实验和临床感染病杂志(电子版),2025,19(2):124-127.

《登革热诊疗方案（2024年版）》解读

蒋荣猛



专家简介：感染性疾病教授、主任医师、博士生导师，首都医科大学附属北京地坛医院副院长，国家/北京感染质控中心主任，国家医院感染质控中心专家组成员，国家疾病预防控制中心标准委员会传染病标准专业委员会副主任委员，中华预防医学会医疗机构分会常委，中华预防医学会医疗机构公共卫生管理分会第三届委员会常务委员，中华预防医学会细菌性传染病监测与防治工作委员会副主任，北京医学会病毒学分会第九届副主任委员。

【内容简介】本视频主要从以下几个方面对国家卫生健康委办公厅和国家中医药局综合司联合印发的《登革热诊疗方案（2024年版）》进行解读。

一、登革热流行形势

登革热是一种虫媒性传染病，由登革病毒引起，通过伊蚊传播，在我国主要由埃及伊蚊和白纹伊蚊传播。世界上约有一半人口面临登革病毒感染风险，估计每年有1亿至4亿人感染。约50万登革热病例（其中大部分为儿童）需要住院治疗，至少2.5%的登革热病例死亡。20世纪90年代以来，我国登革热则主要局限在广东、福建等地，其他多个省份都有输入性病例报告。

二、登革热发病机制研究进展

尽管登革热发病机制尚未完全明确，2024版诊疗方案仍对登革热的发病机制做了详细阐述。

三、诊断标准更新、重症登革热、重症高危人群及重症预警指标

1. 2024版诊疗方案中更新了疑似病例、临床诊断病例、确诊病例、重症登革热、重症高危人群的诊断标准。

2. 重症预警指标：增加了临床预警指标，如高热时间超过1周。实验室预警指标则明确定义了发病早期血小板快速下降的具体数值（ $< 50 \times 10^9/L$ ）及低蛋白血症的具体数值（ $< 30 g/L$ ）。

3. 并发症：2024版诊疗方案在重症登革热并发症部分进行了较大篇幅描述。

四、早期发现重症病例及早救治是降低病死率的关键

治疗原则是早发现、早诊断、早治疗。重症病例的早期识别和及时救治是降低病死率的关键。以对症支持治疗为主，目前尚无有效抗病毒治疗药物。病例应采取防蚊隔离治疗，病程超过5d且体温自然下降至正常超过24h及以上可解除隔离。

登革热是由登革病毒I~IV型引起的急性传染病，主要通过白纹伊蚊或埃及伊蚊叮咬后传播；临床表现以高热、头痛、肌肉和关节痛、疲乏为主，可伴有皮疹、出血倾向、白细胞及血小板减少等。临床应关注重症高危人群，早期识别重症，对症支持，减少重症病例死亡。



扫描二维码
观看讲座视频

蒋荣猛. 《登革热诊疗方案（2024年版）》解读 [J/CD]. 中华实验和临床感染病杂志(电子版), 2025, 19(2): 128.