

老年人慢性便秘处理的若干问题

严 祥*

兰州大学第一医院老年科(730000)

摘要 慢性便秘是老年人群卫生保健的常见问题之一,分为原发性和继发性便秘。原发性便秘大多属于功能性便秘,而继发性便秘多与器质性疾病和药物有关。应正确认识老年人便秘的病因、危险因素、并发症,注意老年人便秘的临床评估和报警征象。慢性便秘的治疗包括非药物治疗、药物治疗和手术治疗。根据我国目前具体情况,试行慢性便秘三级诊治流程是必要的。

关键词 慢性便秘; 老年人; 危险因素; 并发症; 临床评估; 治疗

Management of Chronic Constipation in the Elderly YAN Xiang. Department of Geriatrics, the First Hospital of Lanzhou University, Lanzhou (730000)

Abstract Chronic constipation is one of the common health problems in the elderly and occurs in the form of primary and secondary constipation. The former is functional and the latter is related to organic diseases and drugs. To understand its etiology, risk factors and complications, the relevant clinical assessment and alarming signs should be attended. The treatment of chronic constipation includes non-pharmacologic, pharmacologic and surgical approaches. It is necessary to practice a three-stage treatment process of chronic constipation in accordance with the situation in China.

Key words Chronic Constipation; Aged; Risk Factors; Complications; Clinical Assessment; Therapy

便秘在人群各年龄段均可出现,目前较为公认的便秘定义为:排便次数减少,粪便干硬和(或)排便困难^[1]。一般人群便秘患病率约为 20%~30%,患病率随增龄而增加,据报道社区和养老院老年人群患病率分别高达 50% 和 70%^[2-3],便秘成为老年人群卫生保健的常见问题之一。

老年人便秘可分为原发性和继发性,原发性便秘大多属于功能性便秘,而继发性便秘多与器质性疾病和药物有关。按病理生理机制,功能性便秘可分为正常传输型便秘、慢传输型便秘和排便障碍型便秘。诊断可借鉴罗马Ⅳ功能性便秘诊断标准:诊断前症状出现至少 6 个月,其中至少近 3 个月有症状,至少四分之一的排便情况符合以下 2 项或 2 项以上:排便费力、粪便干硬、排便不尽感、肛门直肠梗阻感和(或)堵塞感、需手法辅助排便、每周自发排便少于 3 次;不使用泻药时很少出现稀便;不符合肠易激综合症的诊断标准。如患者符合阿片引起的便秘的诊断标准,就不应诊断为功能性便秘。近年来,随着国内外在便秘领域研究的深入,对便秘病因、发病机制的认识不断提高,诊断和治疗手段

进步显著,但一些临床医师对老年人便秘的处理仍缺乏规范,从而明显影响治疗效果。因此,有必要正确认识老年人便秘处理中的一些问题。

一、正确认识老年人便秘的病因特点和危险因素

老年人便秘的发生涉及多个环节和多种因素,明确其常见病因以及与增龄有关的病理生理改变是选择有效治疗方法的基础^[2]。老年人慢性便秘患病率高与其体能低、共病多、用药多等特点有关。

①生理因素:老年人牙齿脱落,食物和纤维素摄入不足,对肠道的刺激减弱,如饮水量不足,更易引起便秘;老年人体能普遍下降,躯体运动障碍和衰弱状态导致活动量减少;老年人尤其是高龄老人直肠敏感性降低,腹部、盆底肌和肛门内、外括约肌舒缩功能失调,加重排便困难;部分老年人的不良排便习惯可诱发或加重便秘。

②药物因素:包括抗癫痫药、抗胆碱能药、抗震颤麻痹药、抗惊厥药、抗组胺药、钙拮抗剂、利尿剂、阿片类药物、含铝或钙的抗酸药、钙剂、铁剂、止泻药、非甾体消炎药等。

③疾病因素:增龄引起器官功能退行性变,罹患多种疾病的可能性增加,共病可相互影响造成便秘。这些疾病包括肠道疾病如结肠肿瘤、憩室、直肠肛门运动障碍等,内分泌和代谢性疾病如糖尿病、甲状腺功

能减退、肾功能衰竭、低钾高钙血症等,神经系统疾病如脑血管疾病、痴呆、帕金森病、脊髓损伤等,肌肉疾病如淀粉样变性、皮炎、硬皮病等,精神心理因素如抑郁、焦虑等^[4-5]。国外一项针对疗养院老年人的前瞻性研究显示,便秘的独立危险因素有白色人种、液体摄入量减少、长期卧床、肺炎、帕金森病、变态反应、关节炎、痴呆、甲状腺功能减退、高血压、使用5种以上药物^[6]。国内一项研究^[7]显示,饮食因素、精神心理因素、久坐不动、排便动力学异常、药物因素和痔疮是老年人功能性便秘的危险因素。

二、老年人便秘的临床评估

老年人作为一类特殊人群,其便秘病因涉及多学科、多系统、多因素,是一种老年综合征。对于临床症状重、持续时间长、严重影响工作和生活质量的,需进行躯体、认知、心理和社会评估^[8]。通过仔细询问病史,包括进食、饮水、活动、情绪、排便次数、排便习惯和排便环境、粪便性状、手法辅助、药物使用、共病情况、全身状况、社会支持等,了解并判断便秘的原因、类型和严重程度。对于有报警征象如便血、粪隐血试验阳性、贫血、消瘦、明显腹痛、腹部包块、结直肠息肉、肿瘤家族史的患者,应注意避免误诊或遗漏重要疾病。

三、关注老年人便秘的并发症

1. 粪便嵌塞:粪便嵌塞是慢性便秘最常见的并发症,也是老年人住院和死亡风险增加的重要原因。对于体质较差的患者,粪便嵌塞可能是病情加重的非特异性表现。患者可出现厌食、呕吐和腹痛。坚硬的粪便变成光滑而坚硬的钙化物时称为粪石,可压迫肠黏膜造成粪性溃疡,可能导致肠壁局部缺血坏死甚至肠穿孔。

2. 大便失禁:长时间便秘可造成粪块阻塞,其上段肠道中不能继续运行的粪便发生液化流至直肠末端,由于老年人存在肛门内、外括约肌舒缩功能障碍,粪液从肛管流出形成大便失禁。因此,老年患者内衣粪便污染可能是由便秘而非腹泻引起,临床医师和护士有时可能会忽视此种情况。

3. 诱发心脑血管疾病发作:老年人排便时间过长或用力过度,易出现心悸、头晕、出汗等症状,甚至引起血压增高、短暂性脑缺血、晕厥、心肌梗死、脑卒中、猝死等严重事件。

4. 尿潴留/下泌尿道症状:直肠乙状结肠内的粪便对膀胱颈的压迫可造成尿潴留。针对老年女性和男性的研究显示,便秘与下泌尿道症状有明确

相关性。对于合并尿潴留的便秘患者,治疗便秘后下泌尿道症状可明显减轻,尿道感染发生率降低。

5. 乙状结肠扭转:体质较弱的老年人发生乙状结肠扭转的主要原因是便秘,乙状结肠扭转又是肠梗阻的常见原因。罹患帕金森病、神经源性结肠病变和低钾血症的老年便秘患者易发生此类问题。

6. 憩室病:发达国家30%~60%的60岁以上老年人会发生左半结肠憩室病,病因学研究将其归因于低纤维膳食致排便费力、肠腔内压增高,老年人结肠肌层变薄、张力降低等是该病发生的基础。

7. 直肠脱垂和肛周疾病:便秘患者排便时间延长可导致不同程度的直肠脱垂和肛周疾病,出现便血、肛门疼痛、肛周炎等。

8. 心理/生活质量降低:老年人便秘会明显影响其生活质量和对健康的认知度,症状持续对精神心理状态产生极大的负面影响。

四、非药物治疗

1. 健康教育:告知患者保持良好的生活习惯是预防和治疗便秘的基础。对于症状较轻者,应劝导其停服缓泻剂,简单规律的生活方式和每天坚持活动对于改善症状是有益的。

2. 膳食纤维和液体摄入:调查发现粗粮、蔬菜、水果、大米以及热量摄入减少等均可导致便秘发生,适当增加膳食纤维和热量摄入有助于排便。便秘患者因心理因素可出现厌食,而低热量摄入又会加重便秘。每日膳食纤维摄入量应为30~40g或更多,摄入量应逐渐增加。每日水摄入量应在1.5~2L,以增加肠内容物体积,软化粪便。对于心、肾疾病患者,需注意监测液体对疾病的影响。

3. 行为疗法:慢性便秘患者已形成不正确的排便周期和习惯,应让他们认识到每天定时排便的重要性,训练并建立良好的排便习惯。一般在晨起活动或餐后胃结肠反射时间排便为宜,排便时应集中注意力,减少干扰,逐步建立正常的排便反射。

4. 适度活动:老年人应根据自身身体状况进行必要的活动和锻炼,特别需加强腹肌锻炼。对于卧床的老年人,需指导其采用腹式呼吸,予腹部按摩,锻炼腹肌、提肛肌,练习排便动作。

五、药物治疗

1. 容积性泻剂:此类药物主要由纤维素和纤维素衍生物组成,包括麦麸、欧车前、甲基纤维素、聚卡波非钙等,具有吸水膨胀的特点,可增加粪便水分和体积,促进肠蠕动,且可在结肠内被细菌酵解,

增加肠内渗透压,发挥导泻作用。此类药物不被肠道吸收,作用温和且耐受性好,是老年慢性便秘患者理想的治疗药物之一,特别适用于平时膳食纤维摄入不足的老年人。服用此类药物时需注意多喝水,部分患者服药后可有腹胀、腹部不适感。

2. 渗透性泻剂:此类药物主要有聚乙二醇、乳果糖,疗效可靠,不良反应较少。聚乙二醇不被胃肠道吸收降解,不产生有机酸和气体,不改变肠道正常菌群组分,安全性和耐受性较好。乳果糖在结肠内被肠道细菌转化为有机酸,使肠腔内 pH 值下降,因保留水分可使肠内容物体积增加,促进排便。主要不良反应为时有轻微腹胀、恶心、腹痛、腹泻。盐类泻剂如硫酸镁、磷酸钠服用吸收后,肠道呈现高渗状态吸收水分,导泻作用迅速而强烈,因可引起电解质紊乱而不宜长期使用。

3. 刺激性泻剂:此类药物包括比沙可啶、酚酞、蒽醌类药物、大黄苏打、蓖麻油等。蒽醌类药物可刺激结肠蠕动,服用后 6~12 h 即有排便作用,但有便前腹痛、水电解质紊乱等不良反应。长期服用刺激性泻剂如酚酞、蒽醌类药物等易出现泻剂依赖性结肠、电解质紊乱等不良反应,并可导致结肠黏膜下黑色素沉积(结肠黑变病),停药后可恢复。

4. 促动力药:5-羟色胺(5-HT)受体激动剂通过刺激胃肠道肌间神经丛 5-HT 受体,增加肌间神经丛节后末梢乙酰胆碱释放,产生胃肠道促动力作用,适用于慢传输型便秘,代表药物为莫沙必利。5-HT₄ 受体激动剂普芦卡必利(prucalopride)可缩短结肠传输时间,安全性和耐受性较好,但可能有头痛、恶心、腹泻等不良反应^[4]。多巴胺受体拮抗剂和胆碱酯酶抑制剂伊托必利(itopride)可促进结肠运动,对老年慢性便秘有一定疗效^[5]。

5. 润滑性泻剂:此类药物多含有油脂,可软化粪便,加快肠道通过时间。无机矿物油类如甘油、液体石蜡可口服或灌肠,但对于增加排便频率、改善症状疗效有限。长期服用此类药物可影响脂溶性维生素 A、D、E、K 的吸收;应避免睡前服用,以防吸入肺内引起脂质肺炎。灌肠治疗可作为临时性措施用于治疗排出道阻滞性便秘。

6. 其他药物:鲁比前列酮(lubiprostone)是一种氯离子通道激活剂,通过激活肠上皮细胞表面的 2 型氯离子通道,刺激肠液分泌、软化粪便而促使排便,但部分患者有恶心不良反应,随食物服用可减轻不良反应^[2]。利那洛肽(linaclotide)是鸟苷酸环

化酶 C 受体激动剂,可刺激肠液分泌,软化粪便,但可能引起剂量依赖性腹泻。维司曲格(velusetrag)、elobixibat(A3309)可增加肠道蠕动和传输,促进排便^[3]。甲基纳曲酮(methylnaltrexone)属外周 μ 阿片受体拮抗剂,不易通过血脑屏障,不会干扰阿片类药物的中枢镇痛效果,也不会引起阿片类药物戒断综合征,可用于治疗阿片引起的便秘^[9]。益生菌制剂可改善肠道微生态,对各种原因导致肠道菌群紊乱的患者有益,安全性和耐受性较好,可作为慢性便秘的辅助用药。据报道国外一些治疗慢性便秘的新药在成人中使用安全有效,但在老年患者中使用的经验尚少^[3],疗效和不良反应有待观察。

六、精神心理治疗

对于合并精神心理障碍的老年便秘患者,临床医师需注意加强医患间交流,缓解患者的压力和紧张,控制不良情绪,减少或避免一些重大生活事件的不良影响。可对患者进行心理指导、认知治疗等综合干预,酌情使用抗焦虑、抑郁药。严重精神心理障碍患者可请专科医师会诊或转入专科治疗。

七、生物反馈治疗

生物反馈治疗是盆底肌功能障碍所致便秘的有效治疗方法,其原理是将排便过程中直肠内、肛门括约肌压力和放电信号以视觉图形、听觉信号等形式传递给患者,在治疗师的指导下,让患者学会正确的排便动作,逐渐使盆底肌群建立正确的协调性。排便障碍型便秘是生物反馈治疗明确的适应证,混合型便秘也可采用生物反馈治疗。

八、中医中药治疗

慢性便秘属于中医“便秘”范畴,功能性便秘的中医传统分型方法较多,我国功能性便秘中西医结合诊疗共识意见采用病因病机相结合的分型方法,将之分为热积秘、寒积秘、气滞秘、气虚秘、血虚秘、阴虚秘、阳虚秘七个证型辩证论治^[10]。一些中成药、针刺疗法、中药灌肠、敷贴疗法有较好疗效。

九、外科手术治疗

经非手术治疗效果不佳,便秘特殊检查显示有明确病理解剖和功能异常,症状严重且持续的便秘患者,可考虑手术治疗^[11]。慢传输型便秘的手术方式包括:①全结肠切除回直肠吻合术;②结肠次全切除术;③结肠旷置术;④回肠造口术。腹腔镜手术因创伤小、术后恢复快而被广泛应用。排便障碍型便秘的手术治疗主要针对直肠内脱垂和直肠前突。对于耻骨直肠肌痉挛综合征(亦称盆底肌痉挛

综合征)患者建议以生物反馈结合扩肛治疗为主,也可采用肉毒毒素 A 注射。老年人全身各系统疾病多、症状复杂、手术风险大,应全面权衡手术治疗的利弊得失,严格掌握手术指征和手术方式。

十、老年人便秘的诊治流程

美国胃肠病学会(AGA)提出的慢性便秘诊治流程强调通过病史询问、体格检查结合相应临床评估进行初步诊断,随后予纤维素和缓泻剂试验性治疗,对慢传输型便秘和正常传输型便秘考虑调整药物,排便障碍型便秘患者进行盆底肌训练、饮食调整和心理治疗,并予生物反馈治疗,整体疗效不佳且提示结构和功能异常者可考虑手术治疗^[12]。

最近关于老年人便秘的欧洲专家组共识指出,很多关于便秘治疗的指南建议增加膳食纤维、液体摄入量、运动等治疗方式,但对于一些罹患特殊疾病和处于虚弱状态的老年患者,这些方法缓解慢性便秘的作用有限,渗透性泻剂可能是最适合老年人使用的泻药。该专家组推荐的针对老年便秘患者的治疗流程包括增加膳食纤维、液体和运动量,药物依次选用渗透性泻剂、刺激性泻剂、栓剂/灌肠。当使用两种药物治疗 6~8 周效果不佳时,可考虑使用普芦卡必利或鲁比前列酮^[13]。

2013 年我国慢性便秘诊治指南提出了慢性便秘的三级诊治流程,即根据病情严重程度进行分级诊断、分层治疗^[14]。一级诊治:适用于多数轻、中度慢性便秘患者。接诊时应仔细进行病史询问和体格检查,包括肛门直肠指诊,并进行常规实验室检查和一般辅助检查,主要判断有无药物因素或器质性疾病引起的便秘。如发现报警征象,需认真进行相应处理。治疗上注重改变生活方式和行为调整,药物治疗一般选择容积性泻剂或渗透性泻剂。二级诊治:主要对象为一级治疗无效的患者。可酌情选择特殊检查,并评估患者心理状况,确定便秘类型后选择治疗方案。三级诊治:主要对象是二级治疗无效的难治性患者。应对患者重新进行评估,系统了解病史、治疗反应、精神心理状况等,同时进行针对性的结肠、直肠肛门形态学、功能学检查,应严格掌握手术适应证,慎重选择手术治疗。

总之,老年人慢性便秘既可以是单独存在的功能性疾病,也可能是由全身器质性疾病或药物因素所致,甚至是多器官功能紊乱的结果。临床处理时需注意鉴别,根据便秘病因、类型、严重程度采取个体化综合治疗,对于需长期用药维持治疗者,制订

治疗方案时应充分考虑循证医学证据。

参考文献

- Gallegos-Orozco JF, Foxx-Orenstein AE, Sterler SM, et al. Chronic constipation in the elderly [J]. *Am J Gastroenterol*, 2012, 107 (1): 18-25; quiz 26.
- Vazquez Roque M, Bouras EP. Epidemiology and management of chronic constipation in elderly patients [J]. *Clin Interv Aging*, 2015, 10: 919-930.
- De Giorgio R, Ruggeri E, Stanghellini V, et al. Chronic constipation in the elderly: a primer for the gastroenterologist [J]. *BMC Gastroenterol*, 2015, 15: 130.
- Bharucha AE, Pemberton JH, Locke GR 3rd. American Gastroenterological Association technical review on constipation [J]. *Gastroenterology*, 2013, 144 (1): 218-238.
- 中华医学会老年医学分会;中华老年医学杂志编辑委员会. 老年人慢性便秘的评估与处理专家共识 [J]. *中华老年医学杂志*, 2017, 36 (4): 371-381.
- Halter JB, Ouslander JG, Tinetti ME, et al. *Hazzard's Geriatric Medicine and Gerontology* [M]. 6th ed. McGraw-Hill Medical, 2009: 1103-1122.
- 刘彦琦,苏秉忠. 老年人功能性便秘的动力学及危险因素分析 [J/CD]. *中华胃肠内镜电子杂志*, 2015, 2 (2): 29-32.
- 严祥,许婷. 关注老年人便秘的一些问题 [J/CD]. *中华老年病研究电子杂志*, 2015, 2 (3): 10-13.
- Bader S1, Dürk T, Becker G. Methylnaltrexone for the treatment of opioid-induced constipation [J]. *Expert Rev Gastroenterol Hepatol*, 2013, 7 (1): 13-26.
- 中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会. 功能性便秘中西医结合诊疗共识意见(2017年) [J]. *中国中西医结合消化杂志*, 2018, 26 (1): 18-26.
- 中国医师协会肛肠医师分会. 便秘外科诊治指南(2017) [J]. *中华胃肠外科杂志*, 2017, 20 (3): 241-243.
- American Gastroenterological Association, Bharucha AE, Dorn SD, Lembo A, et al. American Gastroenterological Association medical position statement on constipation [J]. *Gastroenterology*, 2013, 144 (1): 211-217.
- Emmanuel A, Mattace-Raso F, Neri MC, et al. Constipation in older people: A consensus statement [J]. *Int J Clin Pract*, 2017, 71 (1).
- 中华医学会消化病学分会胃肠动力学组;中华医学会外科学分会结直肠肛门外科学组. 中国慢性便秘诊治指南(2013,武汉) [J]. *胃肠病学*, 2013, 18 (10): 605-612.

(2018-02-05 收稿;2018-02-25 修回)