

# 优化慢性便秘的诊断和处理

方秀才\*

中国医学科学院 北京协和医学院 北京协和医院消化内科(100730)

**摘要** 引起慢性便秘的病因复杂,详细了解患者的便秘症状和相关病史、全面的体格检查(包括肛门直肠指诊)、有针对性地对便秘的病因和功能性便秘可能的病理生理机制进行评估,在此基础上制订个体化的治疗方案,是优化慢性便秘诊治的可行举措。

**关键词** 慢性便秘; 功能性便秘; 诊断; 泻剂; 治疗

**Optimizing the Diagnosis and Treatment of Chronic Constipation** FANG Xiucui. Department of Gastroenterology, Peking Union Medical College Hospital, Chinese Academy of Medical Sciences & Peking Union Medical College, Beijing (100730)

**Abstract** The causes of chronic constipation are complex. The feasible measures to optimize the diagnosis and treatment of chronic constipation are as follows: inquiry of the details of constipated symptoms and the related histories; careful physical examinations (including anorectal digital examination); evaluation of pathophysiology of functional constipation; treatment with an individualized comprehensive regimen.

**Key words** Chronic Constipation; Functional Constipation; Diagnosis; Laxatives; Therapy

慢性便秘(chronic constipation)是一种常见病症,在我国普通人群中患病率为3.6%~12.9%,老年人群患病率更高。引起慢性便秘的病因复杂,详细了解患者的便秘症状和相关病史、全面的体格检查、有针对性地对便秘的病因和可能的病理生理机制进行评估,在此基础上制订个体化的治疗方案,是优化慢性便秘诊治的可行举措。

## 一、全面评估症状、详细体格检查

1. 慢性便秘的诊断标准:慢性便秘最常见的症状是排便次数减少、粪便干硬和排便费力。对慢性便秘的判断可以参考功能性便秘罗马IV诊断标准(表1)<sup>[1]</sup>。

2. 病史采集要全面、详细:对慢性便秘患者,应详细询问每周自发排便次数、粪便干硬程度(借鉴Bristol粪便性状量表)以及排便费力、排便时肛门直肠堵塞感、需要手法辅助排便和排便不尽感的频度和严重程度。自发排便是指在不服用补救性泻剂或手法辅助情况下的自主排便,相对于罗马III诊断标准中的排便次数,自发排便次数更能体现便秘患者肠道功能的真实情况<sup>[1]</sup>。对长期服用泻剂或依

赖开塞露、灌肠辅助排便的患者,可酌情建议停药后再评估症状严重程度。

表1 功能性便秘罗马IV诊断标准\*

1. 必须包括下列二项或二项以上:
  - a. 至少1/4(25%)的排便感到费力
  - b. 至少1/4(25%)的排便为干粪球或硬粪(Bristol粪便性状量表1~2型)
  - c. 至少1/4(25%)的排便有不尽感
  - d. 至少1/4(25%)的排便有肛门直肠梗阻/堵塞感
  - e. 至少1/4(25%)的排便需要手法辅助(如用手指协助排便、盆底支持)
  - f. 每周自发排便少于3次
2. 不用泻剂时很少出现稀便
3. 不符合肠易激综合症的诊断标准

\* 诊断前症状出现至少6个月,近3个月符合以上诊断标准

除上述6个便秘症状外,还应特别注意询问患者的便意、粪便量以及是否存在排便费时、排出困难、空排现象(想排便而排不出)等。缺乏便意是慢性便秘患者常见的症状,提示直肠感觉功能减退,导致难以启动有效的排便反射,粪便长时间存留在直肠内,水分被过度吸收,粪便变得更加干硬。一些特殊的排便现象对便秘病因的判断有提示作用,如需按压下腹部或需将手指深入阴道向后压迫直

肠方可排出粪便,提示可能存在直肠前突。

除便秘症状外,还应仔细了解患者是否存在警报症状,如便血、贫血、消瘦、发热、明显腹痛等。警报症状是分析判断患者是否需行进一步检查排除器质性疾病的主要线索。

患者的排便习惯和对排便的认知与便秘症状有密切联系。如厕条件、排便时不专注(如看书、玩手机)会影响排便;盲目追求不留“宿便”而在没有便意的情况下反复如厕、久蹲、用力排便,久而久之,可导致排便障碍。

对慢性便秘患者病史的了解还应包括患者的饮食习惯、运动、精神心理状态和睡眠情况,重度、难治性便秘患者易合并焦虑、抑郁,甚至强迫症状。对以排便障碍为主要表现的患者,还需常规了解分娩史(女性患者)、有无性虐待史等。此外,还应常规了解患者的基础疾病和相关药物使用情况。详细了解既往诊疗情况对分析难治性便秘患者治疗无效的原因以及进一步优化处理非常重要。

3. 体格检查要全面、有重点:对慢性便秘患者的体格检查强调全身检查、重点检查腹部和肛门直肠。通过常规肛门指诊可获得排除肛门直肠器质性病变的第一手资料。肛门指诊时要常规了解患者肛门括约肌的紧张度,嘱患者做缩紧肛门的动作,此时括约肌的紧张度相当于肛门直肠测压时的缩榨压,肛门括约肌紧张度降低是患者合并大便失禁的原因,紧张度过高则导致排便障碍。存在肛门直肠疼痛的患者,向后牵拉耻骨直肠肌时出现触痛,提示可能为肛提肌综合征;有经验的医师可通过触诊耻骨直肠肌、直肠前突的囊袋、直肠内黏膜堆积等体征对引起便秘的形态结构性疾病(耻骨直肠肌肥厚、直肠前突、直肠黏膜脱垂等)作出初步判断<sup>[2]</sup>。肛门指诊时嘱患者做用力排便的动作,如指诊的手指反而被夹紧,提示患者可能存在不协调性排便。对存在大便失禁、不协调性排便的患者,还可通过肛门指诊指导患者训练肛门直肠功能。对失禁患者,嘱其重复做提肛动作使指诊的手指能被夹紧,通过该动作的练习增强括约肌紧张度;对不协调性排便患者,嘱其在力排时做“鼓腹”并放松肛门括约肌的动作以使指诊手指不再被夹紧并被向外推。指导患者在掌握要点后回家坚持训练,达到生物反馈训练治疗的目的。

二、有针对性地选择辅助检查

1. 排查器质性疾病:慢性便秘的病因包括功能性疾病(功能性便秘、功能性排便障碍、便秘型肠易激综合征、阿片引起的便秘)、动力性疾病(如假性肠梗阻、巨结肠)、形态结构改变(如结肠冗长、直肠前突)、器质性疾病(如肿瘤、炎症性肠病)、药物引起的便秘等,其中以功能性疾病最为常见。对症状较轻、无警报征象的患者,可根据罗马IV标准作出功能性便秘的诊断,并治疗随诊。对年龄>40岁的初诊慢性便秘患者,特别是伴有警报征象或在随诊中出现警报征象的患者,需选择辅助检查以明确排除器质性疾病<sup>[3]</sup>。警报征象包括:便血、粪便隐血试验阳性、发热、贫血和乏力、消瘦、明显腹痛、腹部包块、血CEA升高、有结肠腺瘤史或结肠肿瘤家族史等。

在辅助检查中,可将粪便常规和隐血试验、血CEA作为初筛检查,再根据患者具体情况选择其他检查项目。如对怀疑炎症性肠病的患者选择检测ESR、CRP和相应抗体谱,对怀疑甲状腺功能低下的患者增加甲状腺功能检查。在美国,单纯便秘患者结肠镜检查发现较大息肉和可疑癌的风险并不高于常规接受结直肠癌筛查的人群,因此作者并不推荐单纯便秘患者行结肠镜检查<sup>[4]</sup>。《中国慢性便秘诊治指南》充分考虑到我国的实际情况,提出对年龄>40岁和有警报征象者,需考虑进一步检查<sup>[3]</sup>。对需检查结直肠的患者,可参考表2建议选择检查手段以排除器质性疾病,读者可参阅“慢性便秘诊治中辅助检查优化选择流程图”<sup>[5]</sup>。

表2 慢性便秘患者结直肠检查的建议

患者情况	结肠镜	钡灌肠	CT	仿真结肠镜
粪便隐血试验阳性	+++	+		++
血CEA升高	+++	+		++
结直肠癌家族史	+++	+		++
儿童、青少年发病,慢传输症状为主	++	+++		+
年老体弱	+	++		+++
结肠镜检查耐受差	+	++		+++
腹盆腔肿瘤累及结直肠	+	++		+++
结肠扩张、狭窄	+	++		+++

+ ~ + + + 表示推荐强度, + + + 为首选推荐

2. 评估结直肠形态和功能:对排除了器质性疾病的慢性便秘患者,如临床症状较重、常规治疗效果不佳,需进一步了解其是否存在结直肠形态改变和结直肠功能异常。对多数患者而言,根据便秘症状本身难以区分是结直肠形态改变还是功能异常,抑或二者同时存在,也难以判断形态结构和功能改

变孰因孰果。医师可根据患者的主要症状群判断便秘可能的病理生理机制。以排便次数减少、粪便干硬为主要表现提示结肠传输延缓(慢传输型便秘),以排便费力、排便时肛门直肠堵塞感、需要手法辅助排便等为主要表现的患者可能存在出口梗阻(包括形态改变和功能异常,后者即功能性排便障碍)。表3列出了对非器质性慢性便秘患者选择结直肠肛门形态和功能评估的建议。需指出的是,这些检查并非慢性便秘患者必须进行的检查,临床上可根据各医疗机构的资源有针对性地选择使用。对难治性便秘患者,特别是考虑手术治疗者,应对其结直肠和肛门形态、功能进行全面、精细的评估(如有条件的单位可选择磁共振排粪造影),为外科选择最佳手术方式提供参考。

钡灌肠、CT 仿真结肠镜可检出结肠冗长,肛门直肠超声检查可检出肛门括约肌缺损,未在表3中列出。现阶段不推荐胶囊内镜作为慢性便秘患者评估结肠传输功能的常规检查,主要是基于经济和胶囊嵌顿风险的考虑。结肠压力测定是诊断结肠无力的有力佐证,是难治性便秘患者接受次全结肠切除术的指征,目前尚未作为常规检查方法。

此外,在慢性便秘患者的评估中要特别注意对心理状态的评估,必要时请心理精神专科医师会诊。

### 三、个体化的综合治疗方案

对继发性便秘患者的治疗主要是积极治疗原发病,同时采取有效药物对症处理便秘。对功能性便秘患者,治疗目标是缓解症状,恢复正常肠道动力和排便生理功能。

1. 选择治疗方案的原则:在具体治疗方案中,强调一般治疗的重要性。帮助患者充分认识导致便秘的因素、去除诱因;推荐合理的膳食结构,增加

膳食纤维摄入量 and 饮水量,增加体力活动量;培养良好的排便习惯,调整精神心理状态;合理选择通便药,避免滥用泻剂;掌握生物反馈治疗的指征;严格掌握手术适应证。

2. 药物治疗的优化策略:药物治疗是慢性便秘患者的主要治疗手段,常用药物可分为膳食纤维制剂、容积性轻泻剂、渗透性泻剂、刺激性泻剂、促动力剂、促分泌剂和中成药,每类药物的主要作用机制不同,患者对每种药物的反应可能有差异,临床医师应根据患者便秘症状的严重程度、可能的病理生理机制、药效、安全性、药物依赖性以及性价比选择通便药,同时应考虑每位患者的特殊性<sup>[1,6]</sup>。

对以排便次数减少、粪便干硬为主要表现,GITT 检查提示存在结肠传输延缓的患者,首选膳食纤维制剂、容积性轻泻剂、渗透性泻剂,症状较重者合并使用促动力剂可提高疗效、减少单药加量带来的不良反应。对以排便费力、排便时肛门直肠堵塞感、需要手法辅助排便为主要表现,ARM 提示存在排便障碍(包括不协调性排便、直肠推进力不足)的患者,如粪便干硬,可选择使用膳食纤维制剂、容积性轻泻剂或渗透性泻剂。

药物治疗中需注意几种特殊情况<sup>[2]</sup>:①轻度便秘、老年患者首选膳食纤维制剂或容积性轻泻剂或渗透性泻剂,安全性好;从小剂量开始使用,逐渐加量,避免引起严重腹泻等不良反应。②对有粪便嵌塞的患者,使用泻剂和促动力剂前应有效解除嵌塞。③孕产妇、哺乳期患者首选膳食纤维制剂和乳果糖。④刺激性泻剂限于短期使用;开塞露、灌肠等主要作为临时性解救措施,但对长期卧床和终末期患者可作为主要治疗手段。

近年上市的促动力剂普芦卡必利是一种选择性

表3 对非器质性慢性便秘患者选择结直肠肛门形态和功能评估的建议

检查项目	功能异常			形态改变	
	传输延缓	排便障碍	感觉异常	结肠冗长等疾病	直肠前突等疾病
胃肠传输时间(GITT)	+++	+	-	-	-
肛门直肠测压(ARM)	-/+	+++	+++	-	-
三维高分辨 ARM	-	+++	+++	-	耻骨直肠肌痉挛
球囊逼出试验	-	+(初筛)	±	-	±
排粪造影	-	++	±	±	+++
磁共振排粪造影	-	+++	±	+	+++
肛周肌电图	-	++	-	-	-
阴部神经终末电位潜伏期	-	+	±	-	盆神经损伤

+ ~ +++ 表示推荐强度,+++ 为首选推荐

5-羟色胺<sub>4</sub>(5-HT<sub>4</sub>)受体激动剂,对以排便次数减少、粪便干硬为主要表现的女性患者有效,已有在老年慢性便秘患者中使用的报道<sup>[7-8]</sup>。选择性 2 型氯离子通道激动剂鲁比前列酮和鸟苷酸环化酶 C 受体激动剂利那洛肽通过不同机制促进肠道分泌,对慢传输型便秘疗效肯定<sup>[9-10]</sup>,其中鲁比前列酮对吗啡引起的难治性便秘有效。

功能性便秘患者病程长,药物治疗疗程要足够。一般而言,重度患者药物起效后至少需巩固 4 周,然后逐渐减量至停用。对顽固性便秘、老年患者,维持治疗和减量过程要适当延长,以减量后能维持正常的自发排便为原则;对于停药有困难者,尽量选择安全性好的药物,以最小剂量维持治疗。

3. 提高生物反馈治疗的疗效:生物反馈治疗功能性排便障碍的疗效肯定<sup>[11]</sup>,主要用于纠正不协调性排便动作,对直肠推进力不足、感觉功能的恢复也有一定帮助,疗效与疗程和是否坚持训练有关。粪便干硬的患者同时选择泻剂软化粪便,合并心理障碍的患者同时给予抗焦虑抑郁治疗,能提高生物反馈治疗的疗效。

4. 改善心理状态:对合并心理障碍的患者,在使用通便药的同时,应指导患者调整情绪,必要时加用抗抑郁焦虑药(如盐酸舍曲林),或请心理精神专科医师会诊。有条件的单位可采取消化内科与心理医学科联合治疗模式,可能更有利于患者接受治疗,提高疗效。

5. 手术治疗的原则:真正需要手术治疗的慢性便秘患者只是少数。当症状严重影响工作和生活,且经至少 6 个月严格的非手术治疗无效时,可考虑手术治疗。强调术前全面评估结肠形态和功能,尽量纠正功能异常,并调整好患者的心理状态;如存在多种形态学改变,手术在治疗主要病变的同时还应治疗合并的病变。手术存在并发症和复发风险<sup>[2-3]</sup>。术后采用适当药物维持治疗非常重要。

6. 分级诊疗:《中国慢性便秘诊治指南》提倡对慢性便秘患者实行分级诊疗<sup>[6]</sup>。第一级诊治适用于多数轻、中度患者,且无警报征象,可经验性治疗 2~4 周,即在一般治疗的基础上,根据患者具体情况选用膳食纤维制剂、容积性轻泻剂、渗透性泻剂或促动力剂。第二级诊治的对象是经验性治疗无效、经进一步检查未发现器质性疾病的患者,可通过结肠镜和肛门形态、功能检查了解可能病理生理

机制后调整治疗方案,增加泻剂剂量或联合用药,同时加强心理认知治疗。第三级诊治主要针对第二级诊治无效的患者,需进一步检查明确肠道形态和功能异常的部位,必要时组织多学科会诊,决定优化治疗方案,包括精神心理治疗和手术治疗。

### 参考文献

- 1 Drossman DA. 罗马 IV: 功能性胃肠病—肠-脑互动异常(中文翻译版,原书第 4 版)(第 2 卷). 方秀才,侯晓华,主译[M]. 北京:科学出版社,2016.
- 2 方秀才,刘宝华. 慢性便秘[M]. 北京:人民卫生出版社,2015.
- 3 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.
- 4 Gupta M, Holub J, Knigge K, et al. Constipation is not associated with an increased rate of findings on colonoscopy: results from a national endoscopy consortium [J]. Endoscopy, 2010, 42(3):208-212.
- 5 方秀才. 慢性便秘诊治中辅助检查的选择原则[J]. 中华内科杂志,2015,54(7):587-589.
- 6 方秀才. 慢性便秘的诊断和分型对治疗的指导意义[J]. 胃肠病学,2013,18(10):577-579.
- 7 Ke M, Zou D, Yuan Y, et al. Prucalopride in the treatment of chronic constipation in patients from the Asia-Pacific region: a randomized, double-blind, placebo-controlled study[J]. Neurogastroenterol Motil, 2012, 24(11):999-e541.
- 8 Müller-Lissner S, Ryck A, Kerstens R, et al. A double-blind, placebo-controlled study of prucalopride in elderly patients with chronic constipation[J]. Neurogastroenterol Motil, 2010, 22(9):991-998, e255.
- 9 Johanson JF, Morton D, Geenen J, et al. Multicenter, 4-week, double-blind, randomized, placebo-controlled trial of lubiprostone, a locally-acting type-2 chloride channel activator, in patients with chronic constipation[J]. Am J Gastroenterol, 2008, 103(1):170-177.
- 10 Lembo AJ, Schneier HA, Shiff SJ, et al. Two randomized trials of linaclotide for chronic constipation[J]. N Engl J Med, 2011, 365(6):527-536.
- 11 刘芳宜,方秀才,王智凤. 生物反馈治疗慢性便秘的疗效评价[J]. 胃肠病学和肝病学杂志,2011,20(9):874-877.

(2018-05-04 收稿;2018-08-27 修回)