

doi:10.3969/j.issn.1671-038X.2018.01.03

# 功能性便秘中西医结合诊疗共识意见(2017 年)

中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会

关键词:功能性便秘;中西医结合;诊疗

中图分类号:R442.2

文献标志码:A

文章编号:1671-038X(2018)01-0018-09

随着饮食结构改变、生活节奏加快和社会心理因素影响,功能性便秘(functional constipation, FC)的患病率呈上升趋势。一项多地区大样本的调查显示,FC 患病率为 6%<sup>[1]</sup>。上海地区 FC 患病率为 2.9%<sup>[2]</sup>;台湾地区为 8.5%<sup>[3]</sup>;香港地区为 14.3%<sup>[4]</sup>。城市女性 FC 患病率为 15.2%,农村为 10.4%,城市高于农村<sup>[5]</sup>。功能性便秘女性患病率为 8%,明显高于男性的 4%<sup>[1]</sup>。目前国内有关功能性便秘发病率的报道患病率存在差异,除与地域有关外,抽样方法和所应用诊断标准的不统一亦有影响。

2003 年南昌全国便秘专题研讨会制定了我国“慢性便秘的诊治指南”,2007 年该指南在扬州被第 1 次修订。2013 年中华医学会再次对“指南”进行相关修订,对便秘的定义、诊断、治疗等进行了修改,增加了特殊人群便秘的治疗原则及便秘治疗药物的循证医学依据等。中医方面,2009 年中华中医药学会脾胃病分会公布了《慢性便秘中医诊疗共识意见》,2011 年中华中医药学会颁布了《功能性便秘诊疗指南》。但目前尚无功能性便秘中西医结合诊疗相关共识意见。因此,中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会组织全国中西医消化研究领域的专家,对功能性便秘中西医结合诊疗方面形成的主要观点进行总结,并以 Delphi 法征询意见,并将最终形成《功能性便秘中西医结合诊疗共识意见》,以提高临床疗效,规范临床过程,满足科研需要。

## 1 概念

功能性便秘属于功能性肠病的一种,主要表现为排便困难、排便次数减少或排便不尽感,且不符合便秘型肠易激综合征(irritable bowel syndrome with predominant constipation, IBS-C)的诊断标准<sup>[6]</sup>。属于中医学“便秘”、“后不利”、“大便难”、“脾约”、“秘结”等范畴。

## 2 西医诊断

### 2.1 诊断标准

功能性便秘的诊断参照罗马 IV 标准,需要排除

肠道及全身器质性因素、药物及其他原因导致的便秘并符合以下标准<sup>[6]</sup>。

(1)必须符合下列 2 个或 2 个以上的症状:①至少 25%的时间排便感到费力;②至少 25%的时间排便为块状便或硬便(参照布里斯托粪便量表 1-2 型);③至少 25%的时间排便有不尽感;④至少 25%的时间排便有肛门直肠梗阻或阻塞感;⑤至少 25%的时间排便需要手法辅助(如用手指协助排便、盆底支持);⑥每周自发性排便少于 3 次。

(2)不使用泻药时很少出现稀便。

(3)不符合 IBS-C 的诊断标准。

诊断之前症状出现至少 6 个月,且近 3 个月症状符合以上诊断标准。

如患者符合阿片引起的便秘(opioid-induced constipation, OIC)的诊断标准,就不应该诊断为 FC,但临床医生要注意 FC 和阿片引起的便秘二者可重叠。

2.2 依据罗马 IV 标准,FC 患者不应该符合 IBS-C 标准,虽然腹部疼痛和/或腹胀可能存在,但不是主要症状<sup>[6]</sup>。

### 2.3 FC 的诊断

需要进行以下 5 个循序渐进的步骤:①临床病史;②体格检查;③实验室检查;④结肠镜检查或其他检查;⑤特殊的检查用以评估便秘的病理生理机制(有必要且有条件时进行)<sup>[6]</sup>。

2.4 依据罗马 IV 标准,FC 根据病理生理机制分为 3 类

正常传输型便秘(normal transit constipation, NTC),慢传输型便秘(slow transit constipation, STC),排便障碍型便秘(defecatory disorder)。诊断这些病理生理学亚型需要相应的诊断技术和诊断设备<sup>[6]</sup>。

### 2.5 罗马 IV 标准中功能性排便障碍诊断标准

(1)必须符合功能性便秘的诊断标准。

(2)在反复试图排便过程中,在以下 3 项检查中有 2 项证实有特征性排出功能下降:①球囊逼出试验异常;②压力测定或肛周体表肌电图检查证实肛门直肠排便模式异常;③影像学检查显示直肠排空

能力下降。

(3)功能性排便障碍临床分2型:排便推进力不足和不协调性排便。

①排便推进力不足诊断标准:压力测定显示直肠推进力不足,伴或不伴肛门括约肌和/或盆底肌不协调性收缩。

②不协调性排便诊断标准:肛周体表肌电图或压力测定显示在试图排便过程中,盆底不协调性收缩,但有足够的推进力。

诊断前症状出现至少6个月,且近3个月症状符合以上诊断标准。

## 2.6 功能性便秘的鉴别诊断

对近期内出现便秘、或便秘伴随症状发生变化的患者,鉴别诊断尤为重要。对年龄 $>50$ 岁、有报警征象者,应进行必要的实验室、影像学 and 结肠镜检查,以明确便秘是否为器质性疾病所致、是否伴有结肠形态学改变。报警征象包括便血、粪隐血试验阳性、大便变细、贫血、消瘦、明显腹痛、腹部包块、有结肠息肉史和结肠肿瘤家族史等。

## 2.7 评估FC病理生理学的特殊检查

目前评估FC病理生理学的特殊检查有结肠传输试验、肛门直肠测压、球囊逼出试验、排粪造影、盆底肌电图等,借助这些检查可判断临床类型,对功能性便秘患者酌情选择上述检查。

2.7.1 结肠传输试验 随标准餐顿服不透X线的标记物(如直径1 mm、长10 mm的标记物20个),于48 h拍摄腹部X线片1张,若48 h大部分标记物在乙状结肠以上,可于72 h再摄片1张。根据标记物的分布计算结肠传输时间和排出率,判断是否存在结肠传输延缓、排便障碍。该方法简易、价廉、安全<sup>[7]</sup>。采用核素法可检测结肠各节段的传输时间,但因价格昂贵而难以普及<sup>[8]</sup>。

2.7.2 肛门直肠测压 肛门直肠测压能评估肛门直肠动力、感觉、及直肠顺应性,监测用力排便时盆底肌有无不协调收缩、是否存在直肠压力上升不足、是否缺乏肛门直肠抑制反射、直肠感觉阈值有无变化、直肠顺应性有无变化等<sup>[9-12]</sup>。

肛门直肠压力测定正常类型是以用力排便时直肠内压力升高、同时肛门松弛为特征。根据肛门直肠压力测定排便推进力不足有2个亚型,即II型和IV型,II型表现为推进力不足(直肠内压力 $<45$  mmHg),伴有肛门括约肌松弛不充分或甚至肛门括约肌收缩;IV型表现为推进力不足(直肠内压力 $<45$  mmHg),肛门括约肌足够松弛( $>20\%$ )。不协调性排便有2个亚型,即I型和III型,I型表现为直肠内压力升高( $\geq 45$  mmHg),同时肛门括约肌收缩

引起肛管压力升高;III型表现为直肠内压力升高( $\geq 45$  mmHg),而肛门括约肌不松弛或松弛不充分( $<20\%$ )<sup>[6]</sup>。

2.7.3 球囊逼出试验 球囊逼出试验是功能性排便障碍的筛查方法,可根据患者排出直肠内的充水或充气的球囊所需的时间来评估直肠的排出功能。排出球囊所需的时间取决于使用的方法,排出50 ml充水球囊的时间1~2 min不等<sup>[6]</sup>。球囊逼出试验作为功能性排便障碍的筛查方法简单、易行,但结果正常并不能完全排除盆底肌不协调收缩的可能<sup>[13-14]</sup>。

2.7.4 排粪造影 通常采用X线法,即将一定剂量的钡糊或钡液注入直肠,模拟生理性排便活动,动态观察肛门直肠的功能和解剖结构变化<sup>[15]</sup>。主要用于与便秘相关肛门直肠疾病的诊断,如直肠黏膜脱垂、内套叠、直肠前突、肠疝(小肠或乙状结肠疝)、盆底下降综合征等。磁共振排粪造影具有能同时对观察盆腔软组织结构、多平面成像、分辨率高、无辐射等优点<sup>[16-17]</sup>。对难治性排便障碍型便秘,排粪造影结果是外科决定手术方式的重要依据<sup>[16]</sup>。

2.7.5 盆底肌电图 盆底肌电图检查能明确是否为肌源性病变,盆底肌肉众多,但盆底肌电图可精细检测到每块肌肉的活动情况<sup>[18-19]</sup>。传统的针式盆底肌电图是诊断盆底肌不协调的重要方法,可作为肉毒素注射引导定位肌肉的方法。目前临床采用的盆底表面肌电为经过信号处理后的信息,可作为盆底生物反馈治疗前后监测肌肉训练的工具<sup>[20-21]</sup>。

2.8 此外,功能性便秘患者常伴睡眠障碍、焦虑和/或抑郁情绪<sup>[22-23]</sup>,建议早期了解患者心理状态,调整生活方式和经验治疗后仍不能缓解便秘症状时,应特别注意对精神心理、睡眠状态和社会支持情况的评估,利用焦虑他评量表(HAMA)、抑郁他评量表(HAMD)等分析判断心理异常与便秘的因果关系。

## 3 中医分型

功能性便秘的中医传统分型方法较多,本共识拟采用病因病机结合的分型方法将FC分为热积秘、寒积秘、气滞秘、气虚秘、血虚秘、阴虚秘、阳虚秘,七个证型进行辨证论治。临床上亦可见各种兼夹证型。

### (1)热积秘

主症:①大便干结;②大便臭秽和(或)口干口臭和(或)小便短赤。

次症:①腹胀或腹痛;②面红心烦;③或有身热。舌脉:舌红,苔黄,脉滑数。

证型确定:主症必备,加次症1-2项即可诊断,

## 参考舌脉象和理化检查。

### (2)寒积秘

主症:①大便艰涩;②腹痛拘急、得温痛减,或腹满拒按。

次症:①手足不温;②畏寒。

舌脉:舌质淡暗,苔薄白腻,脉弦紧。

证型确定:主症必备,加次症1~2项即可诊断,参考舌脉象和理化检查。

### (3)气滞秘

主症:①大便干结或不甚干结,排便不爽;②腹胀或伴腹痛。

次症:①肠鸣矢气;②情绪不畅时加重;③胸胁痞满,暖气频作。

舌脉:舌红,苔薄,脉弦。

证型确定:主症必备,加次症1~2项即可诊断,参考舌脉象和理化检查。

### (4)气虚秘

主症:①大便不硬,虽有便意,但排便费力;②用力努挣则汗出短气。

次症:①便后乏力;②神疲懒言。

舌脉:舌淡,苔白,脉弱。

证型确定:主症必备,加次症1~2项即可诊断,参考舌脉象和理化检查。

### (5)血虚秘

主症:①大便干结;②面色少华,头晕目眩。

次症:①心悸气短;②口唇色淡。

舌脉:舌质淡,脉细弱。

证型确定:主症必备,加次症1~2项即可诊断,参考舌脉象和理化检查。

### (6)阴虚秘

主症:①大便干结如羊屎状;②潮热盗汗和(或)手足心热和(或)两颧红赤

次症:①口干少津;②形体消瘦,头晕耳鸣;③心烦少眠;④腰膝酸软。

舌脉:舌质红,有裂纹,少苔,脉细数。

证型确定:主症必备,加次症1~2项即可诊断,参考舌脉象和理化检查。

### (7)阳虚秘

主症:①大便干或不干,排出困难;②面色㿔白,小便清长。

次症:①腹中冷痛;②腰膝酸冷;③四肢不温或畏寒怕冷。

舌脉:舌淡,苔白,脉沉迟。

证型确定:主症必备,加次症1~2项即可诊断,参考舌脉象和理化检查。

## 4 治疗

### 4.1 一般治疗

4.1.1 功能性便秘患者应保证摄入充足水分以及足够的膳食纤维。推荐成人每天1.5~2.0 L的液体摄入<sup>[24]</sup>。成人膳食纤维的推荐量是每天至少20~30 g<sup>[25]</sup>,指导患者“小剂量开始和缓慢增加”的策略。适量食用能润肠通便的食物,如芝麻、蜂蜜、甜杏仁<sup>[26]</sup>等。

4.1.2 适度运动可改善便秘。有规律的有氧运动可以帮助缓解便秘,有利于肠道气体排出,改善腹胀<sup>[27]</sup>。可适当进行如揉腹、提肛运动、步行、慢跑、太极、八段锦等<sup>[28-30]</sup>。尤其对久病卧床、运动量少的老年患者更有益<sup>[31]</sup>。

4.1.3 建立良好的排便习惯。结肠活动在晨醒和餐后时最为活跃,建议患者在晨起或餐后2 h内尝试排便,排便时集中注意力,减少外界因素的干扰<sup>[32]</sup>。

### 4.2 药物治疗

4.2.1 容积性泻药(膨松药) 通过滞留粪便中的水分,增加粪便含水量和粪便体积,促进肠道蠕动,从而起通便作用;主要用于轻度FC患者<sup>[33]</sup>,服药时应补充足够的液体。常用容积性药物包括欧车前、聚卡波非钙、非比麸等<sup>[6,34-35]</sup>。

4.2.2 渗透性泻药 渗透性泻剂产生的肠腔内渗透压梯度可促进水和电解质分泌,从而降低粪便的硬度、增加粪便体积,继而促进肠道蠕动。药物包括聚乙二醇、不被吸收的糖类(如乳果糖、拉克替醇、甘露醇)和盐类泻药(如硫酸镁、柠檬酸镁、磷酸钠和磷酸氢二钠)<sup>[6,36-37]</sup>。乳果糖15~30 ml/次,2次/d,能够改善轻度至中度FC患者的症状,不良反应包括剂量依赖的腹部绞痛和腹胀<sup>[38]</sup>。过量应用盐类泻药可引起电解质紊乱,老年人和肾功能减退者应慎用<sup>[6,39]</sup>。

4.2.3 刺激性泻药 刺激性泻剂是一类通过刺激结肠黏膜中的感觉神经末梢,增强肠道蠕动和肠道分泌的泻剂。包括二苯基甲烷类(如比沙可啶,匹可硫酸钠,酚酞类),蒽醌类(如鼠李皮,芦荟,番泻叶,大黄等)、蓖麻油等。短期按需服用比沙可啶安全有效<sup>[40]</sup>。因在动物实验中发现酚酞可能有致癌作用<sup>[41]</sup>,该药已被撤出市场。目前对长期使用蒽醌类泻剂能导致肠道结构性或者功能性的不良反应尚有争议。临床上应继续观察刺激性泻药的不良反应,尤其要注意长期应用刺激性泻剂可能引起的肠神经损害、结肠黑变病等问题<sup>[42]</sup>。

4.2.4 促动力药 作用于肠神经末梢,释放运动性神经递质、拮抗抑制性神经递质或直接作用于平滑

肌,增加肠道动力,对慢传输型便秘有较好的效果<sup>[43-44]</sup>。研究表明,高选择性5-羟色胺4受体激动剂普芦卡必利能缩短结肠传输时间,安全性和耐受性良好<sup>[45]</sup>。

4.2.5 氯离子通道激活剂 鲁比前列酮能激活2型氯离子通道,致大量液体进入肠腔,其常见的不良反应为恶心、腹泻。但鲁比前列酮在我国尚未被用于临床治疗<sup>[46]</sup>。

4.2.6 鸟苷酸环化酶C(guanylate cyclase C,GC-C)激动剂 利那洛肽作用机制为激活GC-C,促进肠腔内液体分泌,加快肠传输。利那洛肽主要用于消化道,口服生物利用度低,全身不良反应较小,常见不良反应为腹泻<sup>[47]</sup>。

4.2.7 回肠胆汁酸转运抑制剂 Elobixibat 是一类高选择性回肠胆汁酸转运抑制剂,常见不良反应为剂量依赖型腹部绞痛和腹泻。目前在北美进行elobixibat III期临床试验来验证其对慢性便秘和IBS-C患者的疗效<sup>[6]</sup>。

4.2.8 灌肠药和栓剂 通过肛内给药,润滑并刺激肠壁,软化粪便,使其易于排出,适用于粪便干结、粪便嵌塞患者临时使用。便秘合并痔者可用复方角菜酸酯制剂。

4.2.9 微生态制剂 多项荟萃分析显示益生菌能够改善FC患者的临床症状<sup>[48-50]</sup>。

4.2.10 A型肉毒素注射治疗 A型肉毒素注射可以在肌电图或超声引导下注射于耻骨直肠肌环处,分别在截石位3、6、9点注射。可以暂时阻断错误的条件反射,降低肛管压力。适用于肌张力较高,肌肉弹性好,不伴有直肠感觉功能减退者<sup>[51-52]</sup>。常与生物反馈联合使用,可缩短疗程及提高远期疗效。

#### 4.3 精神心理治疗

可给予合并精神心理障碍、睡眠障碍的慢性便秘患者心理指导和认知治疗等<sup>[53-54]</sup>,使患者充分认识到良好的心理状态和睡眠对缓解便秘症状的重要性;可予合并明显心理障碍的患者抗抑郁焦虑药物治疗<sup>[54]</sup>;存在严重精神心理异常的患者应转至精神心理科接受专科治疗<sup>[55]</sup>。注意避免选择多靶点作用的抗抑郁焦虑药物<sup>[56]</sup>,注意个体敏感性和耐受性的差异。

#### 4.4 非药物治疗

4.4.1 生物反馈治疗 循证医学证实生物反馈是盆底肌功能障碍所致便秘的有效治疗方法<sup>[57]</sup>,可用于短期和长期治疗不协调排便,但尚不推荐将其用于无排便障碍型便秘患者<sup>[58]</sup>。生物反馈治疗能持续改善患者的便秘症状、心理状况和生活质量<sup>[59]</sup>,且远期疗效稳定<sup>[60]</sup>。

4.4.2 骶神经刺激治疗 骶神经刺激(sacral nerve stimulation,SNS)治疗功能性便秘的疗效尚有争议<sup>[61-62]</sup>,欧洲共识认为,SNS治疗慢性便秘的证据尚不充分,仍需进一步研究证实。当慢传输型便秘和(或)功能性排便障碍患者(排除器质性梗阻)的便秘症状持续超过1年且其他治疗无效时,可考虑行SNS<sup>[63]</sup>。

此外还有报道结、直肠电刺激、体表电刺激等新方法<sup>[64]</sup>。

#### 4.5 中医药治疗

##### 4.5.1 中医辨证治疗

###### (1)热积秘

治则:清热润肠。

方药:麻子仁丸加减<sup>[65]</sup>(《伤寒论》);药用火麻仁、芍药、杏仁、大黄、厚朴、枳实等。

###### (2)寒积秘

治则:温通散积。

方药:温脾汤加减<sup>[66]</sup>(《备急千金要方》);药用附子、大黄、芒硝、当归、干姜、人参、甘草等。

###### (3)气滞秘

治则:顺气导滞。

方药:六磨汤(《世医得效方》)<sup>[67-68]</sup>、四逆散(《伤寒论》)加减;药用柴胡、白芍、炒枳壳、沉香粉、木香、乌药、瓜蒌仁等。

###### (4)气虚秘

治则:益气润肠。

方药:黄芪汤(《金匱翼》)加减<sup>[69]</sup>;药用黄芪、生白术、火麻仁、陈皮、白蜜等。

###### (5)血虚秘

治则:滋阴养血,润燥通便。

方药:润肠丸(《沈氏尊生书》)加减<sup>[67]</sup>;药用当归、生地、火麻仁、桃仁、枳壳等。

###### (6)阴虚秘

治则:滋阴润燥。

方药:增液汤(《温病条辨》)加减<sup>[68]</sup>;药用玄参、麦冬、生地、火麻仁、当归、沙参、石斛等。

###### (7)阳虚秘

治则:温润通便。

方药:济川煎(《景岳全书》)加减<sup>[70]</sup>;药用:当归、牛膝、附子、肉苁蓉、泽泻、升麻、枳壳等。

针对主症可适当加减,兼便后下血者,加槐花、地榆、仙鹤草、白及、白茅根;大便干结,触及粪块,腹痛难下者,加大黄、芒硝、番泻叶、火麻仁、柏子仁;食滞胃肠者加莱菔子、焦槟榔、焦神曲、厚朴等消食导滞;咳喘便秘者,加苏子、瓜蒌仁、杏仁;忧郁寡言者,加柴胡、白芍、合欢花;素体肝旺,气郁化火者,加桅

子、龙胆草；气虚下陷脱肛者，加升麻、柴胡、黄芪、白术、人参、桔梗。

#### 4.5.2 中成药治疗

(1)麻仁润肠丸<sup>[67-68]</sup>：火麻仁，苦杏仁，大黄，木香，陈皮，白芍；具有润肠通便作用；用于肠胃积热，胸腹胀满，大便秘结；口服，1~2丸/次，2次/d。规格：每丸重6g。

(2)黄连上清丸<sup>[67]</sup>：黄连，栀子，连翘，蔓荆子，防风，荆芥穗，白芷，黄芩，菊花，薄荷，酒大黄，黄柏，桔梗，川芎，石膏，旋覆花，甘草；具有清热通便，散风止痛作用；用于上焦内热，症见头晕脑胀，牙龈肿痛，口舌生疮，咽喉红肿，耳痛耳鸣，暴发火眼，大便干燥，小便黄赤；口服，水丸或水蜜丸3~6g/次，小蜜丸6~12g(30~60丸)，大蜜丸1~2丸，2次/d。规格：水丸每袋装6g；水蜜丸每40丸重3g；小蜜丸每100丸重20g；大蜜丸每丸重6g。

(3)麻仁丸<sup>[65]</sup>：火麻仁，苦杏仁，大黄，枳实(炒)，厚朴(姜制)，白芍(炒)；具有润肠通便作用；用于肠燥便秘；口服，水蜜丸6g/次，小蜜丸9g/次，大蜜丸1丸/次，1~2次/d。规格：大蜜丸每丸重9g。

(4)枳实导滞丸<sup>[67]</sup>：枳实(炒)，大黄，黄连(姜汁炙)，黄芩，六神曲(炒)，白术(炒)，茯苓，泽泻；具有消积导滞，清利湿热作用；用于饮食积滞、湿热内阻所致的脘腹胀痛、不思饮食、大便秘结、痢疾里急后重；口服，6~9g/次，2次/d。

(5)木香槟榔丸<sup>[67]</sup>：木香、槟榔、青皮、陈皮、广茂、枳壳、黄连、黄柏、大黄、香附子、牵牛；具有行气导滞，攻积泄热作用；用于积滞内停，湿蕴生热证；口服，3~6g/次，2~3次/d。

(6)四磨汤<sup>[71]</sup>：乌药、人参、沉香、槟榔；具有破滞降逆，补气扶正作用；用于七情伤感，上气喘息，胸膈满闷，不思饮食；口服，成人20ml/次，3次/d。

(7)通乐颗粒<sup>[72]</sup>：何首乌，地黄，当归，麦冬，玄参，麸炒枳壳；具有滋阴补肾，润肠通便作用；用于阴虚便秘，症见大便秘结，口干，咽燥，烦热，以及习惯性、功能性便秘；开水冲服。2袋/次，2次/d。2周为1疗程，或遵医嘱。规格：每袋装6g。

4.5.3 单方单药 大剂量生白术治疗功能便秘有一定的临床疗效<sup>[73-75]</sup>。在枳术汤的基础上进行化裁，以大剂量生白术为君药配伍臣药枳实治疗FC中辨证属虚证者，有一定的临床疗效<sup>[76]</sup>(证据级别：Ib级)。

4.5.4 中医特色治疗 ①针灸治疗：针灸是治疗FC的可选择治法。FC的针灸取穴，常采用主穴加辨证取穴的思路。治疗FC的针刺常用取穴有：天枢、大肠俞、足三里、支沟、上巨虚、腹结穴、八髎

穴<sup>[77-81]</sup>；②穴位埋线：穴位埋线是治疗FC的可选择治法。常用取穴为：天枢、大肠俞、足三里、气海、关元、八髎穴等，羊肠线埋线，每15日1次<sup>[82-89]</sup>；③穴位贴敷：穴位贴敷是治疗FC的可选择治法<sup>[89]</sup>。穴位敷贴就是将药物研末，用一定的溶媒调成膏状或者糊状，或将药物煎煮取汁浓缩后，加入赋形剂，制成糊状药膏，敷贴固定于选定穴位或脐部。同时可根据证酌情考虑中药熨烫、摩腹等外治方法。临床上可在辨证基础上选择具有通便或理气作用的中药复方制剂；④中药灌肠：中药灌肠疗法为是治疗FC的可选择治法，可在辨证基础上选用中药复方煎剂灌肠<sup>[90-91]</sup>。

#### 4.6 手术治疗

对极少数便秘症状严重的、对药物治疗无效的结肠无力患者来说，次全结肠切除术并回肠-结肠吻合术是一种治疗选择。然而，这些患者不能归为功能性便秘的范畴。此外，手术前需要证明胃排空正常、小肠运动功能和肛门直肠功能正常。手术治疗后50%~90%患者临床症状改善，但并发症也较常见，包括小肠梗阻(约1/3患者出现)、腹泻、大便失禁和便秘复发。尽管排便频率能够获得改善，但其他症状包括腹胀、腹痛症状没有明显改善<sup>[92-93]</sup>，因此结肠切除术+回肠-结肠吻合术，仅仅适用于那些其他非手术治疗方法均无效、且胃和小肠运动功能正常的患者<sup>[6]</sup>。

#### 4.7 中西医结合治疗要点

功能性便秘的治疗除了合理的膳食，多饮水、运动，建立良好的排便习惯等基础治疗措施，同时在辨证论治的基础上可服用中药汤剂，或中成药，或采用针灸、推拿、穴位埋线、耳穴贴压、中药贴敷、中药灌肠等中医特色治疗；结合西药、生物反馈、心理等治疗可取得较好疗效。慢传输型便秘可在中药辨证施治的同时配合针灸、推拿、中药贴敷，以增强腹肌力量，促进肠道蠕动，加快粪便排出；西药可选用莫沙必利、普芦卡必利等促肠动力药；或聚乙二醇、乳果糖等渗透性泻药，或番泻叶等刺激性泻药，或金双歧、整肠生等调节肠道菌群等药物。排便障碍型便秘可在中药辨证施治的同时配合生物反馈及针灸治疗，使盆底肌肉及肛门括约肌协调运动；西药可选用开塞露栓剂纳肛，或聚乙二醇、乳果糖等渗透性泻药。对于顽固性便秘患者若伴有焦虑、抑郁等精神心理障碍可加用抗焦虑抑郁等药物治疗，必要时可手术治疗。

#### 5 疗效评价

FC的疗效评价包括中医证候疗效评价、主要症状及单项症状的评价、肠动力及肛门直肠功能评

价、生活质量评价等<sup>[94]</sup>。

### 5.1 中医证候疗效评定标准

所有症状都分为无、轻、中、重四级,在主症分别记0、2、4、6分,在次症则分别记0、1、2、3分。对于舌脉则分为正常和非正常两级,在主症分别记0、2分,在次症分别记0、1分。

①临床痊愈:主要症状、体征消失或基本消失,疗效指数 $\geq 95\%$ ;②显效:主要症状、体征明显改善,70% $\leq$ 疗效指数 $< 95\%$ ;③有效:主要症状、体征明显好转,30% $\leq$ 疗效指数 $< 70\%$ ;④无效:主要症状、体征无明显改善,甚或加重,疗效指数 $< 30\%$ 。疗效指数=[(治疗前积分-治疗后积分)/治疗前积分] $\times 100\%$ 。

### 5.2 主要症状、单项症状的记录与评价<sup>[95]</sup>

①粪便性状:参考 Bristol 粪便分型标准,I型,坚果状硬球;II型,硬结状腊肠样;III型,腊肠样,表面有裂缝;IV型,表面光滑,柔软腊肠样;V型,软团状;VI型,糊状便;VII型,水样便。IV~VII型,计0分;III型,计1分;II型,计2分;I型,计3分。②排便频率(天/次):1~2,计0分;3,计1分;4~5,计2分; $> 5$ ,计3分。③排便时间(min/次): $< 10$ ,计0分;10~15,计1分;15~25,计2分; $> 25$ ,计3分。④排便困难、过度用力排便评分标准:无,计0分;偶尔,计1分;时有,计2分;经常,计3分。⑤腹胀评分标准:无,计0分;偶尔,计1分;时有,计2分;经常,计3分。

### 5.3 肠道动力、肛门直肠功能评价

目前针对 FC 的主要检查方法有结肠传输试验、肛门直肠测压、球囊逼出试验、排粪造影、盆底肌电图、直肠内超声等,临床可针对异常的检查项目进行复查,并评估疗效。

### 5.4 生存质量评价

目前与 FC 患者生存质量相关的特异性测定量表有 CAS(constipation assessment scale)<sup>[96]</sup>,NBD-score(neurogenic bowel dysfunction score)<sup>[97]</sup>,PAC-QOL(patient assessment of constipation quality of life questionnaire)<sup>[98]</sup>和 PAC-SYM(patient assessment of constipation symptoms)<sup>[99-100]</sup>,其中 PAC-QOL 应用较广<sup>[101-102]</sup>。

便秘患者生存质量自评量表(PAC-QOL)已由 Mapi Research Trust<sup>[101]</sup>开发为中文版,量表共 28 个条目,涉及患者生理、社会心理、担忧、满意度等方面内容。可供选择的答案采用 5 点 Likert 法:①关于程度:没有、有一点、一般、比较严重、非常严重;②关于频率:没有、偶尔、有时、经常、一直是。评分方法各个条目 5 点 Likert 法对应的分数分别为 0、1、

2、3、4 分。

项目负责人:李军祥、陈 谔

共识意见执笔人:柯 晓

参与本共识意见专家如下(按姓氏笔画排名):

丁曙晴、王长洪、王彦刚、王 敏、卞兆祥、甘 淳、叶 玲、白文元、冯五金、冯培民、吕 宾、危北海、刘成海、劳绍贤、李天望、李军祥、李 岩、李道本、杨春波、杨胜兰、肖 冰、肖国辉、时昭红、吴云林、何永恒、何晓晖、沈 洪、张万岱、张 烁、陈治水、陈 谔、周正华、郑立升、赵洪川、胡 玲、柯 晓、查安生、姚一博、姚希贤、姚树坤、徐克成、唐旭东、唐志鹏、唐艳萍、梁 健、谢 胜、谢晶日、窦永起、魏 玮、魏品康

### 参考文献

- [1] Zhao YF, Ma XQ, Wang R, et al. Epidemiology of functional constipation and comparison with constipation-predominant irritable bowel syndrome: the Systematic Investigation of Gastrointestinal Diseases in China(SILC)[J]. Aliment Pharmacol Ther, 2011, 34(8):1020-1029.
- [2] 沈峰,周惠清,陈光榆,等.上海市社区成年居民功能性便秘的流行病学调查[J].中华流行病学杂志,2012,33(3):296-300.
- [3] Lu CL, Chang FY, Chen CY, et al. Significance of Rome II-defined functional constipation in Taiwan and comparison with constipationpredominant irritable bowel syndrome[J]. Aliment Pharmacol Ther, 2006, 24(2):429-438.
- [4] Cheng C, Chan AO, Hui WM, et al. Coping strategies, illness perception, anxiety and depression of patients with idiopathic constipation: a population-based study[J]. Aliment Pharmacol Ther, 2003, 18(3):319-326.
- [5] 朱兰,郎景和,王静怡,等.七省(市)城乡成年女性功能性便秘的流行病学调查[J].中华医学杂志,2009,89(35):2513-2515.
- [6] 柯美云,方秀才,侯晓华.功能性胃肠病:肠-脑互动异常[M].科学出版社,2016:642-653.
- [7] 罗金燕,王学勤,戴菲,等.慢传输型便秘结肠动力学研究[J].中华消化杂志,2002,22(2):117-119.
- [8] Southwell BR, Clarke MC, Sutcliffe J, et al. Colonic transit studies: normal values for adults and children with comparison of radiological and scintigraphic methods[J]. Pediatr Surg Int, 2009, 25(7):559-572.
- [9] Drossman DA. The functional gastrointestinal disorders and the Rome III process[J]. Gastroenterology, 2006, 130(5):1377-1390.

- [10] 王智凤,柯美云,孙晓红,等.功能性便秘患者肛门直肠动力学和感觉功能测定及其临床意义[J].中华消化杂志,2004,24(9):526-529.
- [11] 韩煦,张玲,林寒,等.三维高分辨率肛门直肠测压在成人功能性便秘中的应用[J].胃肠病学和肝病杂志,2013,22(10):1017-1020.
- [12] 邬斌,丁义江,余苏萍.盆底失弛缓所致便秘患者肛直肠动力和感觉功能改变[J].基础医学与临床,2001,21(5):93-94.
- [13] Bordeianou L, Savitt L, Dursun A. Measurements of pelvic floor dyssynergia: which test result matters[J]. Dis Colon Rectum, 2011, 54(1):60-65.
- [14] 秦兵芬,汤献忠,陈俊.球囊逼出试验对功能性出口梗阻型便秘的诊断价值[J].中国肛肠病杂志,2006,26(1):23-24.
- [15] 芦中庆.排粪造影 X 线测量在功能性便秘诊断中的应用价值[J].临床军医杂志,2015,43(10):1071-1073.
- [16] Elshazly WG, El Nekady Ael A, Hassan H. Role of dynamic magnetic resonance imaging in management of obstructed defecation case series[J]. Int J Surg, 2010, 8(4):274-282.
- [17] 丁俞江,王永兵,谢禹昌,等.动态 MR 排粪造影在出口梗阻型便秘影像学评价中的价值[J].结直肠肛门外科,2015,21(3):165-170.
- [18] 张波,王凡.盆底肌电图在出口梗阻性便秘中的诊断价值[J].结直肠肛门外科,2007,13(2):68-70.
- [19] 杨新庆,刘宝华.便秘外科诊治指南草案[J].中华胃肠外科杂志,2008,11(4):391-394.
- [20] 薛雅红,丁曙晴,丁义江,等.盆底失弛缓综合征患者盆底表面肌电的改变及临床意义[J].世界华人消化杂志,2012,20(12):1025-1029.
- [21] 薛雅红,丁曙晴,丁义江,等.应用受试者工作曲线盆底表面肌电对盆底失弛缓综合征的诊断价值[J].实用医学杂志,2014,30(22):3586-3588.
- [22] 吴嘉媛,刘晓红,刘巍.慢性便秘患者精神心理状况及生活质量调查—多中心临床调查[J].中国实用内科杂志,2009,29(3):237-239.
- [23] 朱丽明,方秀才,刘诗,等.全国多中心慢性便秘患者情绪和睡眠状况的调查[J].中华医学杂志,2012,92(32):2243-2246.
- [24] Lindberg G, Hamid SS, Malfertheiner P, et al. World Gastroenterology Organisation. World Gastroenterology Organisation global guideline: Constipation a global perspective[J]. J Clin Gastroenterol, 2011, 45(6):483-487.
- [25] Brian E Lacy, Fermín Mearin, Lin Chang, et al. Bowel Disorders[J]. Gastroenterology, 2016, 150:1393-1407.
- [26] 顾娇.便秘的形成及饮食治疗[A].中华中医药学会.中华中医药学会肛肠分会换届会议暨便秘专题研讨会论文专刊[C].中华中医药学会,2007:2.
- [27] Saha L. Irritable bowel syndrome: Pathogenesis, diagnosis, treatment, and evidence-based medicine[J]. World J Gastroenterol, 2014, 20(22):6759-6773.
- [28] 曹艳伟.功能性便秘的相关理论及护理[J].内蒙古中医药,2008,18(1):81-81.
- [29] 刘东杰.80例功能性便秘的临床护理分析[J].中国现代药物应用,2014,8(4):213-213.
- [30] 陈苇菁,宁瑶.便秘的预防与调理述略[J].中医药学刊,2004,22(2):330-330.
- [31] Martinez Gagliardo K, Clebis NK, Stabile SR, et al. Exercise reduces inhibitory neuroactivity and protects myenteric neurons from age-related neurodegeneration[J]. Auton Neurosci, 2008, 141(1-2):31-37.
- [32] Rao SS. Constipation: evaluation and treatment of colonic and anorectal motility disorders[J]. Gastroenterol Clin North Am, 2007, 36(3):687-711.
- [33] American College of Gastroenterology Chronic Constipation Task Force. An evidence-based approach to the management of chronic constipation in North America[J]. Am J Gastroenterol, 2005(100 Suppl 1):S1-S4.
- [34] 聚卡波非钙协作组.聚卡波非钙治疗便秘型肠易激综合征的随机、双盲、安慰剂对照多中心临床试验[J].中华消化杂志,2007,27(10):685-688.
- [35] 非比麸临床协作组.小麦纤维素颗粒治疗功能性便秘的多中心临床试验[J].中华消化杂志,2009,29(4):271-272.
- [36] Lederle FA, Busch DL, Mattox KM, et al. Cost-effective treatment of constipation in the elderly: a randomized double-blind comparison of sorbitol and lactulose[J]. Am J Med 1990, 89:597-601.
- [37] Passmore AP, Wilson-Davies K, Stoker C, et al. Chronic constipation in long stay elderly patients: a comparison of lactulose and a senna-fibre combination[J]. BMJ 1993, 307(6907):769-771.
- [38] Chey WD. The role of food in the functional gastrointestinal disorders: introduction to a manuscript series[J]. Am J Gastroenterol, 2013, 108(5):694-697.
- [39] Xing JH, Soffer EE. Adverse effects of laxatives[J]. Dis Colon Rectum, 2001, 44(8):1201-1209.
- [40] Kamm MA, Mueller-Lissner S, Wald A, et al. Oral bisacodyl is effective and well-tolerated in patients with chronic constipation[J]. Clin Gastroenterol Hepatol, 2011, 9(7):577-583.
- [41] Dunnick JK, Hailey JR. Phenolphthalein exposure causes multiple carcinogenic effects in experimental model systems[J]. Cancer Res, 1996, 56(2):4922-4926.
- [42] 戴宁,侯晓华,袁耀宗,等.合理使用刺激性泻剂专家研讨会纪要[J].中华消化杂志,2013,33(10):708-709.
- [43] Tack J, Müller-Lissner S, Stanghellini V, et al. Diag-

- nosis and treatment of chronic constipation—a European perspective[J]. *Neurogastroenterol Motil*, 2011, 23(8):697–710.
- [44] Sajid MS, Hebbar M, Baig MK, et al. Use of Prucalopride for Chronic Constipation: A Systematic Review and Meta-analysis of Published Randomized, Controlled Trials[J]. *J Neurogastroenterol Motil*, 2016, 22(3):412–422.
- [45] 侯毅, 谷云飞, 朱秉宜. 普芦卡必利治疗慢性便秘的系统评价[J]. *世界华人消化杂志*, 2014, 22(4):588–595.
- [46] Wilson N, Schey R. Iubiprostone in constipation: clinical evidence and place in therapy[J]. *Ther Adv chronic Dis*, 2015, 6(2):40–50.
- [47] Chang L, Lembo AJ, Lavins BJ, et al. The impact of abdominal pain on global measures in patients with chronic idiopathic constipation, before and after treatment with linaclotide: a pooled analysis of two randomised, double-blind, placebo-controlled, phase 3 trials[J]. *Aliment Pharmacol Ther*, 2014, 40(11–12):1302–1312.
- [48] Dimidi E, Christodoulides S, Fragkos KC, et al. The effect of probiotics on functional constipation in adults: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials[J]. *Am J Clin Nutr*, 2014, 100(4):1075–1084.
- [49] 赵先平, 肖新云, 尹抗抗, 等. 微生物制剂对功能性便秘疗效的 Meta 分析[J]. *中国当代医药*, 2015, 22(9):22–25.
- [50] 李豪, 杨永志, 袁耀宗, 等. 双歧杆菌三联活菌制剂治疗功能性便秘临床疗效 Meta 分析[J]. *中国实用内科杂志*, 2016, 36(8):724–728.
- [51] 王社论, 刘昌叶, 常万巧, 等. 出口梗阻型便秘及其肉毒毒素治疗[J]. *世界华人消化杂志*, 2002, 10(7):827–829.
- [52] 王静, 丁曙晴. 肌电图引导下 A 型肉毒毒素注射治疗盆底失弛缓综合征的护理[J]. *结直肠肛门外科*, 2011, 17(2):123–124.
- [53] Zhou L, Lin Z, Lin L, et al. Functional constipation: implications for nursing interventions[J]. *J Clin Nurs*, 2010, 19(13–14):1838–1843.
- [54] 朱芬芬, 林征, 林琳. 功能性便秘患者生活质量的研究[J]. *中华消化杂志*, 2007, 27(5):356–358.
- [55] 胡薇, 喻德洪. 便秘心理因素的评估和治疗[J]. *大肠肛门病外科杂志*, 2004, 10(2):150–153.
- [56] Preskorn SH, Flockhart D. 2010 Guide to Psychiatric Drug Interactions[J]. *Primary Psychiatry*, 2009, 16(12):45–74.
- [57] Lindberg G, Hamid SS, Malfertheiner P, et al. World Gastroenterology Organisation World Gastroenterology Organisation global guideline: Constipation global perspective[J]. *J Clin Gastroenterol*, 2011, 45(6):483–487.
- [58] Rao SS, Benninga MA, Bharucha AE, et al. ANMs-ESNM position paper and consensus guidelines on biofeedback therapy for anorectal disorders[J]. *Neurogastroenterol Motil*, 2015, 27(5):594–609.
- [59] Rao SS, Seaton K, Miller M, et al. Randomized controlled trial of biofeedback, sham feedback, and standard therapy for dyssynergic defecation[J]. *Clin Gastroenterol Hepatol*, 2007, 5(3):331–338.
- [60] Chinarioni G, Whitehead WE, Pezza V, et al. Biofeedback is superior to laxatives in transit constipation due to pelvic floor dyssynergia[J]. *Gastroenterology*, 2006, 130(3):657–664.
- [61] Ratto C, Ganio E, Naldini G. Long-term results following sacral nerve stimulation for chronic constipation[J]. *Colorectal Dis*, 2015, 17(4):320–328.
- [62] Graf W, Sonesson AC, Lindberg B, et al. Results after sacral nerve stimulation for chronic constipation[J]. *Neurogastroenterol Motil*, 2015, 27(5):734–739.
- [63] Maeda Y, O Connell PR, Lehur PA, et al. Sacral nerve stimulation for faecal incontinence and constipation: a European consensus statement [J]. *Colorectal Dis*, 2015, 17(4):74–87.
- [64] 谢忱, 汤玉蓉, 林琳. 慢性便秘新疗法[J]. *中华消化杂志*, 2016, 36(8):574–576.
- [65] Bian ZX, Cheng CW, Zhu LZ. Chinese herbal medicine for functional constipation: a randomised controlled trial[J]. *Hong Kong Med J*, 2013, 19 Suppl 9(supplement 9):44–46.
- [66] 周仲英. 普通高等教育“十二五”国家级规划教材. 中医内科学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2007:252–252.
- [67] 中华中医药学会脾胃病分会. 慢性便秘中医诊疗共识意见[J]. *中国中西医结合消化杂志*, 2010, 18(2):136–138.
- [68] 中华中医药学会. 功能性便秘诊疗指南[J]. *中国中医药现代远程教育*, 2011, 17(9):127–128.
- [69] 何丰华, 刘玉姿, 吴晔, 等. 加减黄芪汤治疗气虚型老年功能性便秘的临床研究[J]. *中药材*, 2015, 38(2):410–412.
- [70] 郭毅, 黄卫平, 任伟涛. 济川煎加味治疗脾肾阳虚型便秘 120 例[J]. *光明中医*, 2012, 27(9):1795–1796.
- [71] 刘春强. 四磨汤治疗慢传输型便秘临床及实验研究[D]. 广西医科大学, 2015.
- [72] 王北辰, 康斐. 通乐颗粒治疗慢性功能性便秘阴虚肠燥证临床研究[J]. *中医学报*, 2015, 30(9):1354–1356.
- [73] 魏龙骧. 白术通便秘[J]. *新医药学杂志*, 1978, 11(4):9–9.
- [74] 孟景春. 白术为补气虚便秘专药[J]. *江苏中医*, 1994,

- 15(10):20-20.
- [75] 李宝金,宗文汇,李桃花.重用生白术组方防治便秘的临床研究进展[J].北京中医药,2009,28(11):899-903.
- [76] 侯毅,李悠然,王浩.大剂量生白术配伍枳实治疗成人功能性便秘疗效及安全性评价[J].世界华人消化杂志,2015,23(4):694-700.
- [77] 王成伟,李宁,毛兵.针灸治疗慢性功能性便秘文献计量学研究及评价[J].华西医学,2010,25(3):484-486.
- [78] Liu Z, Yan S, Wu J, et al. Acupuncture for chronic severe functional constipation: a randomized trial[J]. *Ann Intern Med*, 2015, 165(11):761-769.
- [79] 王琳,彭唯娜,郭郡,等.电针深刺天枢穴改善结肠慢传输型便秘患者临床症状及满意度的疗效观察[J].针灸临床杂志,2013,29(2):1-5.
- [80] 张智龙,吉学群,赵淑华,等.电针支沟穴治疗便秘之气秘多中心随机对照研究[J].中国针灸,2007,27(7):475-478.
- [81] 徐修竹,张建斌,丁曙晴,等.功能性排便障碍的针灸治疗现状思考[J].中国针灸,2015,35(5):483-486.
- [82] 李红,高鹏程,董庆志,等.穴位埋线治疗功能性便秘的Meta分析[J].河北中医,2014,36(7):1078-1081.
- [83] 方庆霞,王少松,谢有良.穴位埋线治疗功能性便秘患者72例临床观察[J].中医杂志,2011,52(21):1849-1851.
- [84] 舒雁,龚秀杭,季聪华,等.简易穴位埋线法治疗习惯性便秘疗效观察[C].浙江省针灸学会年会论文集.131-136.
- [85] 曲牟文,李国栋,洪子夫.八髎穴埋线治疗慢传输型便秘30例临床观察[J].中医杂志,2013,54(19):1663-1665.
- [86] 曲牟文.八髎穴强化埋线治疗慢传输性便秘的临床和实验研究[D].中国中医科学院,2014.
- [87] 高树中,杨骏.《针灸治疗学》[M].3版.北京:中国中医药出版社,2012:33-33.
- [88] 王麟鹏,房敏.《针灸推拿学》[M].北京.人民卫生出版社,2015:264-264.
- [89] 俞婷婷,赵若华,俞晓莲,等.中药穴位贴敷疗法治疗慢性功能性便秘疗效的Meta分析[J].中国全科医学,2014,17(26):3109-3112.
- [90] 周倩妹,孟繁洁,靳英辉.中药灌肠治疗便秘的Meta分析[J].华西医学,2013,28(5):669-674.
- [91] 李剑,徐霞,许晓.健胃清肠合剂保留灌肠治疗便秘临床观察[J].西部中医药,2014,37(5):88-89.
- [92] Glia A, Akerlund JE, Lindberg G. Outcome of colectomy for slow-transit constipation in relation to presence of small-bowel dysmotility[J]. *Dis Colon Rectum*, 2004, 47(1):96-102.
- [93] Mollen RM, Kuijpers HC, Claassen AT. Colectomy for slow-transit constipation: preoperative functional evaluation is important but not a guarantee for a successful outcome[J]. *Dis Colon Rectum*, 2001, 44(4):557-580.
- [94] 袁庆延,丁曙晴,谭妍妍.慢性便秘临床疗效评价的现状[J].世界华人消化杂志,2015,23(34):5566-5572.
- [95] 中华医学会外科学分会肛肠外科学组.便秘症状及疗效评估[J].中华胃肠外科杂志,2005,8(4):355-355.
- [96] McMillan SC, Williams FA. Validity and reliability of the Constipation Assessment Scale[J]. *Cancer Nurs*, 1989, 12(3):183-188.
- [97] Krogh K, Christensen P, Sabroe S, et al. Neurogenic bowel dysfunction score[J]. *Spinal Cord*, 2006, 44(10):625-631.
- [98] Marquis P, De La Loge C, Dubois D, et al. Development and validation of the Patient Assessment of Constipation Quality of Life questionnaire[J]. *Scand J Gastroenterol*, 2005, 40(5):540-551.
- [99] Slappendel R, Simpson K, Dubois D, et al. Validation of the PAC-SYM questionnaire for opioid-induced constipation in patients with chronic low back pain[J]. *Eur J Pain*, 2006, 10(3):209-217.
- [100] Frank L, Kleinman L, Farup C, et al. Psychometric validation of a constipation symptom assessment questionnaire[J]. *Scand J Gastroenterol*, 1999, 34(9):870-877.
- [101] Valérie K, Julie M. Mapi Research Trust. Patient-Assessment of Constipation Quality of Life questionnaire, 2009:6-31.
- [102] 金洵,丁义江,丁曙晴,等.便秘患者生存质量自评量表PAC-QOL中文版的信度、效度及反应度[J].世界华人消化杂志,2011,19(2):209-213.