

功能性便秘的慢病管理

戴宁¹

戴宁,浙江大学医学院附属邵逸夫医院教授、主任医师;医学博士、博士研究生导师。中华医学会消化病学分会胃肠功能性疾病协作组副组长;中国研究型医院学会神经胃肠病学专业委员会副主任委员;浙江省医学会消化分会副主任委员;浙江省医师协会消化医师分会副会长;浙江省胃肠动力学组组长;浙江省消化心身联盟主任委员。主要进行功能性胃肠病、胃肠动力障碍性疾病和消化心身疾病的研究。

[摘要] 功能性便秘(functional constipation, FC)的患病率高,发病机制复杂,病程迁延,治疗棘手,严重影响患者的生活质量,其特征属于慢病的范畴,规范化的 FC 慢病管理具有重要价值。根据 FC 病情严重程度和可能的病理生理机制进行分级诊断及分层的个体化综合治疗是 FC 慢病管理的有效举措,可显著改善患者的便秘症状,提高生活质量,降低医疗费用。

[关键词] 功能性便秘;慢病管理

DOI:10.3969/j.issn.1671-038X.2023.11.03

[中图分类号] R256.35 **[文献标志码]** C

Chronic disease management of functional constipation

DAI Ning

(Department of Gastroenterology, Sir Run Run Shaw Hospital Affiliated to Zhejiang University School of Medicine, Hangzhou, 310016, China)

Corresponding author: DAI Ning, E-mail: 2267454962@qq.com

Abstract Functional constipation(FC) is highly prevalent with complex pathogenesis and prolonged course and is difficult to treat. FC seriously affects the quality of life of patients. It is characterized as a chronic disease. According to the severity of FC and the possible pathophysiological mechanism, hierarchical diagnosis and individualized comprehensive treatment are effective for FC, which can significantly improve the symptoms of FC patients, improve the quality of life, and reduce medical costs.

Key words functional constipation; chronic disease management

慢性便秘是一种常见病症,其病因包括功能性、器质性和药物性,其中以功能性便秘(functional constipation, FC)最为常见。由于饮食结构改变、生活节奏加快和社会心理因素影响,FC 的患病率呈上升趋势。最新的 meta 分析显示,我国 FC 的总患病率为 8.5%^[1],FC 患病率随年龄增长而升高,女性高于男性,严重影响患者的生命质量,造成巨大的经济和社会负担。

FC 起病隐匿,发病机制复杂,病程迁延,治疗

棘手,其特征属于慢病的范畴,规范化管理是非常重要的理念。但目前临床医师对 FC 慢病管理意识薄弱,诊疗方法不规范,亟待需要科学的管理模式来提升 FC 慢病管理的水平,提高诊治效率和医疗质量,长期有效缓解便秘症状。

1 FC 的规范化诊断

1.1 确定诊断

FC 表现为排便困难和(或)排便次数减少、粪便干硬。排便次数减少指每周自发排便少于 3 次。排便困难包括排便费力、排便不尽感、肛门直肠梗阻感及需辅助排便。FC 的诊断首先要排除器质性疾病和药物相关的原因,且符合罗马 IV 标准中关于

¹浙江大学医学院附属邵逸夫医院消化内科(杭州,310016)

通信作者:戴宁, E-mail: 2267454962@qq.com

FC 的诊断标准^[2]。

1.2 FC 分型

根据病理生理改变,FC 可分为慢传输型便秘 (slow transit constipation,STC)、排便障碍型便秘 (defecatory disorder constipation,DDC)、正常传输型便秘 (normal transit constipation,NTC) 和混合型便秘。研究发现,STC 患者结肠动力降低、结肠推进性蠕动收缩活动减少,导致粪便通过结肠时间延长,其机制可能与肠神经损伤、cajal 细胞减少等有关。DDC 主要是指患者在尝试排便的过程中盆底肌群存在矛盾收缩、松弛不全和(或)直肠推进力不足从而导致粪便排出障碍。NTC 患者的粪便以正常速率通过结肠,患者通常自我感觉便秘,往往同时存在精神心理困扰。研究发现,NTC 患者常存在直肠顺应性和直肠敏感性异常^[3]。

临床医生可以通过便秘的症状进行初步的分型诊断,粪便干硬、排便次数减少与结肠慢传输相关,粪便性状判断结肠慢传输的敏感性和特异性为 68%~82% 和 69.7%~83.0%。排便不尽感、排便费力、肛门直肠阻塞感、手法辅助排便在排便障碍中更常见。

肛门直肠指诊可初步评估肛门括约肌和耻骨直肠肌功能,方法简便、易行。临床研究显示,肛门直肠指诊对诊断不协调性排便的敏感性为 75%,特异性达 87%^[4]。我们强调肛门直肠指诊的规范化检查,嘱患者左侧卧位,放松心情。首先“视诊”:观察模拟排便时是否会阴下降,收缩肛门时会阴是否提升;观察模拟排便时肛门边缘是否向外展开、有无直肠黏膜脱垂;轻按肛周或针刺肛周可出现肛门“瞬目”反射(肛门收缩)。其次“触诊”:感受肛门括约肌静息时张力和缩紧时收缩力;触诊耻骨直肠肌是否有局部触痛。最后“排诊”:嘱咐患者做用力排便动作,正常情况下肛门口松弛,医生手指轻易被推出,如手指被夹紧,提示可能存在肛门括约肌不协调收缩。

混合型便秘患者可同时存在上述诸多便秘症状和体征。

对于经验性泻剂治疗无效的难治性 FC 患者,结肠动力和肛门直肠功能检测可对便秘准确分型,有助于治疗方法选择和疗效评估。尤其当症状提示排便障碍时,应尽早进行球囊逼出试验和肛门直肠测压。球囊逼出试验作为功能性排便障碍的筛查方法,简单、易行。肛门直肠压力测定能评估肛门直肠的动力和感觉功能,可了解用力排便时肛门括约肌或盆底肌有无不协调性收缩,是否存在直肠推进力不足和直肠感觉功能异常。但值得注意的是,由于球囊逼出试验和肛门直肠测压提示的一些异常(如在阈值时间内无法排出球囊、模拟排便时直肠肛管失协调等)也可见于无症状者^[5],因此,不

能单独依靠一项检查来诊断排便障碍,只有当两项均提示异常,才可作出 DDC 的诊断,当只有其中一项检查异常或检查结果与临床诊断不一致,可行排粪造影协助诊断。由于 DDC 患者中超过 50% 伴有结肠传输时间延长,而这种结肠慢传输可能是继发于排便障碍,因此,在进行结肠传输试验之前应先排除排便障碍,即球囊逼出试验和肛门直肠测压正常情况下才考虑结肠传输试验。

1.3 严重程度的判断

根据便秘和相关症状轻重及其对生活影响的程度分为轻度、中度、重度。轻度指症状较轻,不影响日常生活,通过整体调整、短时间用药即可恢复正常排便;重度指便秘症状重且持续,严重影响工作、生活,需用药物治疗,不能停药或药物治疗无效;中度则介于轻度和重度之间^[3]。

2 FC 的规范化治疗

治疗的目的是缓解症状,恢复正常肠道动力和排便生理功能。针对 FC 可能的病理生理机制,制订个体化的治疗方案。

2.1 患者教育、调整生活方式是 FC 治疗的基石

许多患者对排便生理知识有误解,对便秘过多担心,过度强调每日排便、苛求排便量、过度依赖药物和使用开塞露。另外,粗粮、蔬菜、水果摄入过少,饮水量过少,运动和活动减少,习惯憋便,都是易于引起、加重便秘的因素。

通过教育可以让患者了解产生便秘的原因,消除顾虑,并提供正确的生活方式指导。

充足的膳食纤维和水分的摄入是保证足够的粪便体积的前提,多项研究证实,增加膳食纤维可改善排便频率、粪便性状和结肠转运时间等。我国慢性便秘的专家共识意见推荐膳食纤维的摄入量为 20~35 g/d,并推荐使用可溶性膳食纤维,应用时注意缓慢添加以减少腹胀。推荐水的摄入量为 1.5~2.0 L/d。规律的体育运动可缩短肠道传输时间、利于通便,有氧运动如步行、骑车等对改善便秘有效。一般推荐运动量为 30~60 min/d,至少 2 次/周^[3]。

排便训练是生活方式调整中的重要环节。每日最佳的排便时间通常为晨起和餐后 2 h 内^[6],应教育患者进行晨起或餐后 30 min 的排便尝试,每次排便 5~10 min,用力时间不超过 5 min,把排便力度掌握在最大力度的 50%~70%^[6]。排便时需集中注意力,避免受到与排便无关的因素干扰,采用蹲位排便或坐便器排便时添加脚凳有利于排便^[7]。

2.2 合理用药

常用药物包括容积性泻剂、渗透性泻剂、刺激性泻剂、润滑性泻剂、促动力剂、促分泌剂、微生物制剂。每类药物的主要作用机制不同,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、安全性选择泻剂。对临床疑似 STC 患者,首选容积性泻剂、渗透性泻剂,症状较重者联合使用促动力剂和促分泌剂可以提高疗效。对疑似 DDC 患者,通常进行排便训练和生物反馈治疗,如合并粪便干硬,可选择使用容积性泻剂或渗透性泻剂。

药物治疗中需注意以下几点:①轻度便秘、老年患者、儿童、孕产妇、哺乳期患者首选容积性泻剂或渗透性泻剂,如聚乙二醇、乳果糖,安全性好,可长期应用,服用时应摄入足够水分,从小量开始,逐渐增加剂量,以减少过多产气带来的不适;②对有粪便嵌塞的患者,使用泻剂前应有效解除嵌塞;③刺激性泻剂限于短期、间断使用,开塞露、灌肠等主要作为临时性补救措施;④FC 患者病程长,药物治疗疗程要足够,部分顽固性便秘患者停药困难,应尽量选择安全性好的药物,如容积性泻剂、渗透性泻剂(聚乙二醇、乳果糖),以最低有效剂量维持排便。

微生态制剂临床目前可作为 FC 的辅助用药调节菌群失衡,改善肠道功能。

2.3 中医中药

多项随机、双盲、安慰剂对照研究发现,中药(包括中成药制剂和汤剂)能有效缓解 FC 的症状,增加患者每周完全自发性排便次数,安全性与安慰剂相似。另外,多项研究表明,针灸也可有效治疗 FC,经皮穴位电刺激(transcutaneous electrical acustimulation, TEA)通过皮肤表面的电极定位于外周神经周围的针灸穴位上,应用小型可穿戴刺激器刺激周围神经,调控自主神经功能,从而改善胃肠道动力。近年的临床研究显示,TEA 可以改善便秘的症状,提高生活质量^[8]。

按摩推拿可促进胃肠蠕动,刺激迷走神经,促进局部血液循环等,有助于改善便秘症状。虽然中药、针灸和按摩推拿对治疗 FC 在临床上表现出一定的疗效,但是仍需要大样本和更高质量的研究进一步证实。

2.4 生物反馈治疗

多项国内外便秘指南或共识均推荐将生物反馈作为 DDC 患者的首选治疗方法,生物反馈也可作为混合型便秘的联合治疗方法之一。生物反馈治疗是将排便过程的生理信息以简单的信号形式反馈给患者,患者借此自我调节并纠正不协调排便的用力方式,训练患者协调腹部和盆底肌肉,从而恢复正常的排便模式。中国便秘患者的研究显示:DDC 患者经生物反馈治疗后 1~6 年的有效率为 70.7%^[9]。

生物反馈可以在医疗机构训练和家庭训练。在医疗机构训练时,患者在医院特定的治疗场所、

在医务人员指导下完成每次训练。患者在医院接受正规的治疗训练后,回家应用便携式生物反馈治疗仪进行自我训练。近期研究显示,家庭训练对患者肠道症状和生理功能恢复与医院训练疗效相似,但家庭训练扩大了生物反馈治疗的可获得性和使用范围。

2.5 精神心理治疗

一项回顾性研究表明,慢性便秘患者焦虑和抑郁的发病率分别为 34.6% 和 23.5%,显著高于健康人群^[10]。伴有精神心理问题的便秘患者很难获得满意的疗效。对于以便秘症状为主、精神心理症状较轻的患者可采用一般心理治疗,以健康教育和心理疏导为主。合并明显心理障碍的患者,往往需要心理科参与的联合治疗,酌情给予中枢神经调节剂或进行认知行为疗法,有严重精神心理异常的便秘患者应接受精神心理专科治疗^[3]。

2.6 骶神经刺激

指南推荐骶神经刺激作为所有非手术治疗失败后手术前的治疗手段,但证据等级和推荐水平都较低^[11]。

2.7 外科手术治疗

非手术治疗疗效差和经便秘特殊检查显示有明显异常的 STC 的患者,或有明显解剖异常的 DDC 患者经内科保守治疗无效,可考虑手术治疗。需要注意的是,真正需要外科手术的慢性便秘患者尚属少数,必须严格掌握手术适应证^[3]。

3 FC 的慢病管理

FC 的慢病管理的核心是分级管理,分级管理主要基于我国慢性便秘诊治指南^[12],根据病情严重程度进行分级诊断、分层治疗,建立医院与基层医疗卫生机构之间的分工协作机制,逐步实现基层首诊、双向转诊、上下联动,使 FC 患者得到及时、合理有效的治疗,提高疾病诊疗效率,节省医疗资源。

3.1 一级管理

适用于初治和轻度 FC 患者,在基层医疗卫生机构进行诊疗,由社区全科医生、健康管理师和护理人员首先对 FC 患者的危险因素进行全面评估,包括饮食结构、生活习惯、精神心理状态等,进行疾病知识的宣教、心理疏导,帮助其建立正确的疾病认知,通过指导患者科学增加膳食纤维和水的摄入、科学运动等帮助患者建立良好的生活习惯,宣教正确的排便姿势,提高患者的自我管理能力和。

根据患者的症状和排便情况初步区分为 STC 和 DDC,对临床疑似 STC 患者可进行初始的经验性泻剂治疗,建议首选容积性泻剂和渗透性泻剂,对疑似 DDC 患者可进行排便训练,也可联合泻剂+排便训练治疗。

3.2 二级管理

适用于上述经验性治疗无效者、中度以上 FC 患者应转诊上级医疗机构,进行结直肠功能学评估来确定便秘的类型,选择不同的治疗方式。对于 STC 患者,可选用容积性泻剂或渗透性泻剂联合促动力剂和促分泌剂,短期间断使用刺激性泻剂。对于 NTC 患者,可选用容积性泻剂或渗透性泻剂联合促分泌剂,必要时加用中枢神经调节剂(如舍曲林等)。对于 DDC 患者,进行生物反馈治疗,需要强调的是,在 DDC 患者中 65% 存在心理障碍,而这些心理障碍会影响生物反馈的疗效^[10]。因此,在生物反馈治疗之前,需评估一下患者的精神心理状态,对于存在心理障碍的患者,应先进行心理治疗。在医疗机构完成生物反馈训练的患者,后续可以家庭训练,由社区全科医生或护理人员进行监督指导。

3.3 三级管理

对于上述治疗无效的患者,则需进行全面重新评估,注意患者是否已经改变不合理的生活方式和排便习惯,注意服药的依从性、治疗是否规范、药物剂量是否足够、有无特殊原因引起的便秘,尤其是和便秘密切相关的结肠、肛门直肠形态异常,有无精神心理障碍等。需要进一步进行结肠和肛门直肠形态学、功能学检查,消化科、肛肠外科、精神心理科、营养科、康复理疗科等多学科联合会诊,以确定合理的个体化综合治疗方案,中医中药、TEA 和骶神经刺激等方式可作为补充治疗手段。对于仍无效的患者,可评估风险和获益,严格掌握适应证,慎重选择手术治疗。

4 结束语

FC 患病率高,病程迁延,严重影响患者的生活质量,规范化 FC 慢病管理具有重要价值。根据 FC 病情严重程度和可能的病理生理机制进行分级诊断和分层的个体化综合治疗是 FC 慢病管理的有效举措,可显著改善患者的便秘症状,提高生活质量,降低医疗费用。

利益冲突 作者声明不存在利益冲突

参考文献

[1] Chen Z, Peng YY, Shi QY, et al. Prevalence and risk factors of functional constipation according to the

Rome criteria in China: a systematic review and meta-analysis[J]. *Front Med(Lausanne)*, 2022, 9: 815156.

- [2] Mearin F, Lacy BE, Chang L, et al. Bowel disorders [J]. *Gastroenterology*, 2016; S0016-S5085 (16) 00222-5.
- [3] 中华医学会消化病学分会胃肠动力学组, 中华医学会消化病学分会功能性胃肠病协作组. 中国慢性便秘专家共识意见(2019, 广州)[J]. *中华消化杂志*, 2019, 39(9): 577-598.
- [4] Tantiplachiva K, Rao P, Attaluri A, et al. Digital rectal examination is a useful tool for identifying patients with dyssynergia [J]. *Clin Gastroenterol Hepatol*, 2010, 8(11): 955-960.
- [5] Oblizajek NR, Gandhi S, Sharma M, et al. Anorectal pressures measured with high-resolution manometry in healthy people-Normal values and asymptomatic pelvic floor dysfunction[J]. *Neurogastroenterol Motil*, 2019, 31(7): e13597.
- [6] Rao SS. Constipation: evaluation and treatment[J]. *Gastroenterol Clin North Am*, 2003, 32(2): 659-683.
- [7] Sikirov D. Comparison of straining during defecation in three positions: results and implications for human health[J]. *Dig Dis Sci*, 2003, 48(7): 1201-1205.
- [8] Xiao Y, Xu F, Lin L, et al. Transcutaneous electrical acustimulation improves constipation by enhancing rectal sensation in patients with functional constipation and lack of rectal sensation[J]. *Clin Transl Gastroenterol*, 2022, 13(5): e00485.
- [9] 宋玉磊, 林征, 林琳, 等. 生物反馈治疗联合综合护理干预对功能性便秘患者临床症状及生活质量的影响[J]. *中华护理杂志*, 2012, 47(6): 485-487.
- [10] Hosseinzadeh ST, Poorsaadati S, Radkani B, et al. Psychological disorders in patients with chronic constipation[J]. *Gastroenterol Hepatol Bed Bench*, 2011, 4(3): 159-163.
- [11] Bassotti G, Usai Satta P, Bellini M. Chronic idiopathic constipation in adults: a review on current guidelines and emerging treatment options[J]. *Clin Exp Gastroenterol*, 2021, 14: 413-428.
- [12] 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年, 武汉)[J]. *中华消化杂志*, 2013, 33(5): 291-297.

(收稿日期: 2023-07-15)