

指南与解读

文章编号:1005-2208(2013)11-0940-03

《2013 年中国慢性便秘诊治指南》重点解读

向雪莲,侯晓华

中图分类号:R6 文献标志码:A

【关键词】便秘;慢传输型便秘

Keywords constipation; slow-transit constipation

2013 年 5 月中华医学会消化病学分会胃肠动力组、中华医学会外科学分会结直肠肛门外科学组发布了《2013 年中国慢性便秘诊治指南》。为了进一步帮助广大临床医师理解和合理应用,本文对该指南的重点,特别是修订调整的内容进行解读。

1 便秘的定义

谈到“便秘”,很多人理解为排便次数减少、排便量减少和排便费力。流行病学调查资料显示,便秘相关的症状其实不只上述三项^[1-3]。总的来说,便秘表现为排便次数减少、粪便干硬和(或)排便困难。排便次数减少指每周排便<3 次。排便困难包括排便费力、排出困难、排便不尽感、排便费时和需手法辅助排便。慢性便秘则是指便秘的病程至少为 6 个月。

2 报警征象

根据以前的共识,在便秘的诊断中,对于年龄>45 岁、有报警征象包括便血、粪潜血试验阳性、贫血、消瘦、明显腹痛、腹部包块、有结肠息肉史和结肠直肠癌家族史的病人应该进行必要的实验室及影像学 and 结肠镜检查,以排除器质性疾病。但是,根据中国抗癌协会结肠直肠癌专业委员会的一项对于 30 000 余例结肠直肠癌病人的临床研究,2005-2008 年结肠直肠癌病人中 45 岁以下者所占比例高达 18.4%。我国结肠直肠癌的发病年龄明显早于西方国家,年轻结肠直肠癌病人在诊断时大多数属于进展期癌,手术治疗预后较差,因此,很有必要将结肠直肠癌的筛查年龄界限放宽至年龄>40 岁^[4]。

3 全面询问病史

慢性便秘的诊断主要基于症状,询问病史在慢性便秘诊断中非常重要。应注意全面询问便秘的症状、严重程度、对便秘症状的感受及对生活质量的影响。不同的症候群提示可能的病理生理机制,伴随症状可为鉴别诊断提供线索。病人合并的慢性基础疾病和用药史可能是导致或

加重便秘的主要原因。除了上述信息外还应了解病人饮食结构、对疾病的认知程度和精神心理等情况,以取得对病情的全面了解而进行合理的诊断和治疗。

4 临床症状特点对便秘分型的指导意义

目前按病理生理学机制,功能性疾病所致的便秘可分为慢传输型便秘(slow transit constipation,STC)、排便障碍型便秘、混合型便秘、正常传输型便秘(normal transit constipation,NTC)。可以根据临床症状特点对这 4 种类型进行初步判断。基于临床症状特点进行功能性疾病所致便秘的初步分型,一方面有助于选择经验性治疗方案,另一方面对于缺乏功能性便秘相关特异性检查(如直肠肛门测压、结肠传输试验等)的基层医院诊治功能性便秘具有提示意义。一般而言,STC 主要症状为排便次数减少、粪便干结、排便费力。排便障碍型便秘主要表现为排便费力、排便不尽感、排便时肛门直肠堵塞感、排便费时、需要手法辅助排便等。混合型便秘病人上述症状都存在。便秘型肠道易激综合征(IBS)多属于 NTC,病人的腹痛、腹部不适与便秘相关。

5 肛门直肠指检的重要性

外科医生较重视肛门直肠指检,用于初步了解肛门直肠的器质性疾病,如直肠息肉、直肠癌、肛瘘等。肛门直肠指检简便、易行,通过指检可以了解有无肛门直肠肿物等器质性疾病、了解肛门括约肌和耻骨直肠肌功能,对于肛门括约肌不协调收缩、肛提肌综合征和非特异性功能性肛门直肠疼痛等的诊断有提示意义。Tantiphachiva 等^[5]对 209 例根据罗马 III 诊断的慢性便秘病人进行了肛门直肠指诊、结肠传输试验、球囊逼出试验、直肠肛管测压,评估肛门直肠指诊对于盆底肌痉挛诊断的敏感度和特异度分别达 75% 和 87%,阳性预测值可达 97%。可见在慢性便秘的诊断中直肠肛门指检意义重大。

6 肠道动力检测手段

除了结肠传输试验和肛门直肠测压外,球囊逼出试验和排粪造影对于诊断便秘也很重要。球囊逼出试验简单、易行,反映排便时直肠、肛管等结构的协调性,与直肠肛管

作者单位:华中科技大学同济医学院附属协和医院消化内科,湖北武汉 430022

通讯作者:侯晓华, E-mail:houxh@medmail.com.cn

测压的结果一致性较高^[6],可作为功能性排便障碍的筛查方法。

排粪造影将一定剂量的钡糊注入直肠,在X线下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。主要用于与便秘相关的肛门直肠疾病诊断,如直肠黏膜脱垂、内套叠、直肠前突等。核磁共振排粪造影则能同时对观察盆腔软组织结构、多平面成像。对于难治性排便障碍型便秘,排粪造影是外科决定手术治疗方式的重要依据。

7 判断便秘严重程度

判断便秘病人的病情严重程度,有助于正确认识病情及合理选择治疗方案。根据便秘和相关症状轻重及对生活影响的程度分为轻度、中度、重度便秘。程度轻者症状较轻,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。重度则为便秘症状重且持续,严重影响生活、工作,需药物治疗,不能停药或者对药物治疗无效。中度则介于两者之间。

8 慢性便秘的治疗原则

总的来说,慢性便秘的治疗原则是进行个体综合化治疗,具体包括合理的膳食结构,建立正确的排便习惯;对明确病因者行病因治疗;需长期使用通便药维持治疗者应避免滥用泻药;应严格掌握外科手术适应证,并对手术疗效作出客观预测。除此之外,调整病人的精神心理状态非常重要。合理膳食应增加纤维素和水分的摄入,每日摄入膳食纤维25~35 g^[7];每日至少饮水1.5~2.0 L^[8]。因在晨起和餐后结肠活动最活跃,建议病人在晨起或餐后2 h内尝试排便,排便时要集中精力,减少外界因素的干扰^[9],逐渐建立良好的排便习惯。对于久病卧床、运动少的老年病人,适度运动也对排便有利。

9 治疗药物选择

选用通便药时应考虑药物应用的循证医学证据(表1)^[8]、安全性、药物依赖性以及效价比。容积性泻药中欧车前,渗透性泻药中聚乙二醇、乳果糖,刺激性泻药中比沙可啶均得到B级以上水平的推荐。除了目前临床所熟悉的泻药、促动力药外,还有一些新的促分泌药如鲁比前列酮、利那洛肽,这些药已被证明有确切疗效,在国外已上市,将来也会在中国上市。

10 睡眠质量及心理状态评估与治疗

慢性便秘病人往往存在精神心理异常和睡眠障碍,这两个因素也在慢性便秘的病理生理过程中发挥了重要作用^[10]。在诊治早期就应了解慢性便秘病人的精神心理状态、睡眠状态和社会支持情况,分析判断上述情况与便秘的因果关系,从而在调整生活方式和经验治疗的同时能对上述情况进行调整。对于有睡眠障碍和精神心理异常的

表1 便秘药物应用的循证医学等级水平

容积性泻药	
欧车前	Ⅱ类,B级
聚卡波非钙	Ⅲ类,C级
麦麸	Ⅲ类,C级
甲基纤维素	Ⅲ类,C级
渗透性泻药	
聚乙二醇	I类,A级
乳果糖	Ⅱ类,B级
刺激性泻药	
比沙可啶	Ⅱ类,B级
番泻叶	Ⅲ类,C级
促动力药	
普芦卡必利	I类,A级

便秘病人,应该给予心理指导和认知治疗。合并明显心理障碍的病人可给予抗焦虑抑郁药物治疗。严重精神心理异常者应转诊至精神心理专科接受专科治疗。

11 注意特殊人群的特色治疗

老年人、儿童、孕妇、糖尿病病人和终末期病人属于特殊人群,对于不同特殊人群的处理也有区别。

老年人一般由于缺乏运动、因慢性疾病服用多种药物而导致慢性便秘,应注意调整生活方式,在与相应专科医生沟通后,对于可以停用且导致便秘的药物应尽量停用。药物选择上首选容积性泻药和渗透性泻药,对于严重便秘者,也可短期适量地使用刺激性泻药^[11]。

孕妇需调整生活方式,如增加膳食纤维、多饮水和适当运动,可以选用安全性好的容积性泻药、乳果糖、聚乙二醇^[12-13]。应避免使用比沙可啶、蒽醌类泻药和蓖麻油^[14]。

儿童处于学习阶段,应注意家庭教育、合理饮食和排便习惯训练。容积性泻药、乳果糖、聚乙二醇被证明有效。

虽然控制血糖可能对糖尿病病人的便秘治疗有益,但糖尿病便秘仍少有特异性治疗措施。可尝试使用容积性泻药、渗透性泻药和刺激性泻药^[15]。

终末期病人便秘发生的原因往往是运动和进食减少,可使用阿片类药物等。要注意预防性使用泻药。推荐刺激性泻药或联合渗透性泻药或润滑性泻药。阿片受体拮抗剂甲基纳曲酮被证明对此类便秘安全有效。

12 分级诊治策略

针对慢性便秘应有分级诊治的意识,在降低不必要的检查费用的基础上使便秘病人得到合理有效的治疗。

简单来说,一级诊治的核心为经验性治疗。对于年龄>40岁,有报警征象的病人行相应的检查以排除器质性病变,若存在器质性病变,则进行相应的治疗。对于≤40岁,怀疑功能性疾病所致轻中度便秘的病人可直接进行经验性治疗,方法为调整生活习惯、认知疗法及选用合理药物。

一级诊治中经验性治疗无效的病人,进入二级诊治。需对病人行相应的便秘相关检查如直肠肛管测压、结肠传输试验、球囊逼出试验等,了解便秘类型及病人精神心理状况,不同的便秘类型选择相应的方法。混合型便秘优先选择生物反馈治疗,无效时加用泻药。

三级诊治主要针对二级治疗无效的病人。此时需要对病人的生活习惯、精神心理状态、直肠肛管结构和功能进行再评估,往往需要多个学科如心理科、外科等的综合治疗。外科治疗一定要仔细评估手术风险及病人获益,严格掌握手术适应证。

广大临床医师在使用新指南的过程中会积累一些心得体会并反馈一些建议和疑问,今后我们会重视这些反馈,结合慢性便秘的研究进展,进一步作出修订,以期得出更加准确、合理和更有指导意义的指南供临床使用。

参考文献

- [1] Stewart WF, Liberman JN, Sandler RS, et al. Epidemiology of constipation (EPOC) study in the United States: relation of clinical subtypes to sociodemographic features[J]. Am J Gastroenterol, 1999, 94(12): 3530-3540.
- [2] Pare P, Ferrazzi S, Thompson WG, et al. An epidemiological survey of constipation in Canada: definitions, rates, demographics, and predictors of health care seeking[J]. Am J Gastroenterol, 2001, 96(11): 3130-3137.
- [3] Gwee KA, Ghoshal UC, Gonalachanvit S, et al. Primary care Management of chronic constipation in Asia: the ANMA chronic constipation tool[J]. J Neurog Motil, 2013, 19(2): 149-160.
- [4] 中国抗癌学会结直肠癌专业委员会.中国结直肠癌住院病例临床病理特点及变化趋势——18 家医院 31246 例初步分析[C]. 天津:第十三届中国科协年会第 18 分会场-癌症流行病趋势和防控策略研讨会, 2011:1-10.
- [5] Tantiphlachiva 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.
- [6] Belkind GJ, Goldstein AM, Kuo B. Balloon expulsion test as a screen for outlet obstruction in children with chronic constipation[J]. J Pediatr Gastroenterol Nutr, 2013, 56(1): 23-26.
- [7] Anson WL, Richard H. American Gastroenterological Association medical position statement on constipation[J]. Gastroenterology, 2013, 144(1): 211-217.
- [8] Lindberg G, Hamid SS, Malfertheiner P, et al. World Gastroenterology Organisation global guideline: Constipation—a global perspective[J]. J Clin Gastroenterol, 2011, 45(6): 483-487.
- [9] Rao SS. Constipation: evaluation and treatment of colonic and anorectal motility disorders[J]. Gastroenterol Clin North Am, 2007, 36(3): 687-711.
- [10] Zhu LM. Multi-centered stratified clinical studies for psychological and sleeping status in patients with chronic constipation in China[J]. Zhonghua Yi Xue Za Zhi, 2012, 92(32): 2243-2246.
- [11] Gallegos-Orozco JF. Chronic constipation in the elderly[J]. Am J Gastroenterol, 2012, 107(1): 18-25.
- [12] Muller M, Jaquenoud E. Treatment of constipation in pregnant women. A multicenter study in a gynecological practice[J]. Schweiz Med Wochenschr, 1995, 125(36): 1689-1693.
- [13] Neri I, Blasi I, Castro P, et al. Polyethylene glycol electrolyte solution (Isocolan) for constipation during pregnancy: an observational open-label study[J]. J Midwifery Womens Health, 2004, 49(4): 355-358.
- [14] Trottier M, Erebara A, Bozzo P. Treating constipation during pregnancy[J]. Can Fam Physician, 2012, 58(8): 836-838.
- [15] Sellin JH, Chang EB. Therapy Insight: gastrointestinal complications of diabetes—pathophysiology and management[J]. Nat Clin Pract Gastroenterol Hepatol, 2008, 5(3): 162-171.

(2013-08-19 收稿)

《中国实用外科杂志》2013 年第 12 期重点内容介绍

重点选题:肠系膜血管相关疾病

应重视急性肠系膜缺血疾病的诊断(王深明,李梓伦)
 急诊情况下肠系膜血管疾病的识别与处理(孙备,黄任平)
 肠系膜血管缺血所致肠坏死的 CT 诊断(任克,柴瑞梅)
 肠系膜动脉疾病 CT 血管成像诊断(肖亮,牟肖霖)
 肠系膜缺血性疾病的营养支持(傅麒宁,赵渝)
 非阻塞性肠系膜缺血诊断和治疗(张健)
 急性肠系膜动脉栓塞外科治疗的必要性(辛世杰,王磊)
 急性肠系膜静脉血栓形成的治疗方式选择(张纪蔚)
 孤立性肠系膜上动脉夹层的治疗(郭伟,熊江)
 急性肠系膜动脉缺血的介入治疗(刘冰,王海君)
 急性肠系膜动脉缺血的药物治疗(陈忠,翟梦瑶)
 肠系膜血管疾病术后肠道并发症的防治(朱维铭,顾立立)