

# 重视功能性排便障碍的规范化治疗

桑温昌\*, 乔石, 王健, 莫龙腾

济南市槐荫人民医院普外科, 山东 济南  
Email: \*wenchangsang@126.com

收稿日期: 2020年9月30日; 录用日期: 2020年10月15日; 发布日期: 2020年10月22日

## 摘要

功能性排便障碍是一种常见的便秘类型, 该病发病机制不明, 症状复杂多样。随着生活方式和饮食习惯的改变, 其发病率有逐年升高的趋势。功能性排便障碍不仅严重影响患者的生活质量, 也增加了社会经济负担。因此提高对功能性排便障碍的规范化诊疗具有非常重要的意义。

## 关键词

便秘, 诊断, 治疗, 疗效评估

# Pay Attention to the Standardized Diagnosis and Treatment of Functional Defecation Disorder

Wenchang Sang\*, Shi Qiao, Jian Wang, Longteng Mo

Department of General Surgery, Huaiyin People's Hospital, Jinan Shandong  
Email: \*wenchangsang@126.com

Received: Sep. 30<sup>th</sup>, 2020; accepted: Oct. 15<sup>th</sup>, 2020; published: Oct. 22<sup>nd</sup>, 2020

## Abstract

Functional defecation disorder is a common type of constipation, its pathogenesis is unknown and symptoms are complex and diverse. With the change of lifestyle and dietary habits, the incidence of the disease is increasing. Functional defecation disorder not only greatly affects the quality of life of the patients, but also increases the social and economic burden. Therefore, it is very important to improve the standardized diagnosis and treatment of functional defecation disorders.

\*通讯作者。

## Keywords

### Constipation, Diagnosis, Treatment, Efficacy Evaluation

Copyright © 2020 by author(s) and Hans Publishers Inc.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License (CC BY 4.0).

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



Open Access

## 1. 引言

在已颁布的罗马IV标准中, 基于对功能性胃肠疾病中脑-肠轴神经系统、肠道生理生物调节及药物环境等因素认识的提高, 将便秘分为四种类型: 即功能性便秘、阿片类药物引起的便秘、便秘型肠易激综合征和功能性排便障碍。除阿片类药物引起的便秘有明确诱因, 余者大都具有相关联的病理生理机制以及容易混淆的临床症状, 给临床诊疗带来较大的难度, 因此要重视功能性排便障碍的诊疗[1], 提高对该病诊断的准确性和治疗的有效性, 最大限度的解除病人症状, 提高病人生活质量。

## 2. 功能性排便障碍的规范化诊断

### 2.1. 诊断标准和病史采集

罗马 VI 中规定功能性排便障碍的诊断必须符合功能性便秘的诊断标准(表 1~2) [2]和(或)便秘型肠易激综合征诊断标准(表 3) [3] [4]。

**Table 1.** Rome IV diagnostic criteria for functional constipation

**表 1.** 功能性便秘的罗马IV诊断标准

病史或症状
必须包括以下两项或两项以上:
>25%的排粪感到费力;
>25%的排粪为干球粪或硬粪;
>25%的排粪有不尽感;
>25%的排粪有肛门直肠梗阻(或堵塞)感;
>25%的排粪需要手法辅助; 每周自发排粪
不用泻药时很少出现稀粪。
不符合 IBS 的诊断标准。
所有功能性胃肠病必须符合诊断前症状出现至少 6 个月, 且近 3 个月内满足症状要求。

**Table 2.** Rome IV criteria for functional constipation

**表 2.** 功能性便秘的罗马IV标准

病史: 要排除警报症状
体格检查: 一般检查及腹部检查, 包括直肠指诊
尽量少的实验室检查;
结肠镜或其他检查;
特殊的检查用以评估便秘的病理生理学机制(必要且有条件时进行)。

**Table 3.** Rome IV criteria for constipation predominant irritable bowel syndrome  
**表 3.** 便秘型肠易激综合征的罗马 IV 标准

病史：腹痛反复发作，近 3 月来平均发作至少每周 1 日
包括以下 2 项或 2 项以上：
腹痛与排便相关；
伴有排便频率的改变；
伴有粪便性状(外观)改变；
以上症状至少出现 6 月。

病史采集时要注意是否有警报征象，如大便潜血、便血、消瘦、结直肠息肉病史及结直肠癌家族史，体格检查注意是否存在贫血、腹部肿块等，以排除器质性病变。

在对功能性排便障碍进行评估前，建议患者停用治疗便秘和导致便秘的药物，还原其自发排便状态。

## 2.2. 一般检查

一般需要做大便常规检查，注意是否有大便潜血阳性，如果大便潜血试验血阳性且有警报征象者应行结肠镜检查。对疑有器质性疾病者应进行相应的实验室检查。功能性排便障碍患者在排便时存在盆底肌肉矛盾收缩、收缩不协调或不能充分松弛以及排便推进不足等[5]，因此对功能性排便障碍还要进行直肠指检，通过直肠指检可以了解肛管直肠有无器质性病变，评估肛管括约肌功能和耻骨直肠肌功能。

## 2.3. 肛门直肠功能检查

罗马 IV 中强调尽量精简实验室检查，但要进行必要的肛管直肠功能检查，这便于确定病理生理分型，对选择合理的药物和治疗方法及效果评估具有指导意义。

球囊逼出试验，对于排便障碍患者具有高度的特异性，方法是将球囊(含有 50 ml 温水或 30 ml 凝胶)置入患者直肠，1 分钟内排出球囊为正常，无法排出可证实便秘障碍存在[6]。该试验操作简便，但灵敏度低，还需结合其他辅助检查。

排粪造影是功能性排便障碍重要、常规的检测指标，对评估排便过程中盆底肌肉功能及解剖异常有很高的诊断价值，可以发现乙状结肠疝、直肠前突、直肠粘膜脱垂及直肠内套叠等解剖结构异常。

肛管直肠测压用于测定肛管直肠动力学的变化情况，能反应肛管静息压、肛管收缩压、直肠感觉阈值、模拟排便时直肠和肛管压力等。正常情况下排便时直肠压力增加和肛管括约肌降低，如果两者动作不协调导致排便障碍[7]。

盆地肌电图检测可以了解盆地肌肉在静息状态、收缩状态及排便状态时电生理变化及神经支配功能，对盆底疾患的诊断有较高价值。

## 2.4. 鉴别诊断

功能性便秘的诊断首先应排除器质性疾病及药物因素，然后根据罗马 IV 诊断标准判断是否符和功能性便秘的诊断，并与结肠慢传输型便秘及便秘型肠易激症进行鉴别诊断。

## 3. 功能性排便障碍的非手术治疗

功能性排便障碍生物学行为上大多是良性疾病，本身没有生命危险，治疗目的在于缓解症状和恢复规律排便，因此首选非手术治疗。

首先要改变生活方式，调整饮食结构，增加摄入膳食纤维，建立规律排便，同时该类患者不同程度

的伴有情绪和情感的异常,因此对这类患者应当给予适当的生物反馈训练,心里干预治疗,缓解、消除患者的生理和心理的恶性循环模式[8]。

药物治疗可能已经成为应用最广泛的治疗手段,导泻药物品种多样,药物选择时要统筹考虑其药效特征、安全性及疗效费用比等。常用的主要药物有以下几类:

1) 纤维素和容积性泻剂,代表药物有欧车前、甲基纤维素、麦麸等。能增加粪便中的水分含量和固形物,加速肠道传输,调节肠道微生态,激活肠粘膜免疫应答,保持肠道通透,不良反应是有患者表现腹胀。

2) 渗透性泻剂,这类药物有复方聚乙二醇、甘油、乳果糖等。能水电解质分泌,增加粪便体积,促进肠蠕动,改变大便性状。不良反应为腹胀[9]。聚乙二醇不被吸收和代谢,通过直接增加肠腔内渗透压有效治疗便秘。

3) 促动力剂,代表药物普芦卡必利、维斯曲格等,是高选择性 5-HT 手提激动剂,通过激活受体促进全消化道蠕动和收缩,能有效缓解排便费力,提高自发排便频率[10]。

4) 刺激性泻剂,包括比沙可啶和匹可硫酸钠,可减少肠道对水分的吸收促进肠道蠕动,副反应是偶有腹痛、电解质紊乱等。长时间服用易至药物依赖及结肠黑变病[11]。

此外近年来开展的电刺激穴位(如足三里)治疗、骶神经调节治疗[11]及中医辨证施治[12]等取得积极的疗效,值得期待和推广。

#### 4. 功能性排便障碍的手术治疗

规范化的非手术治疗无效,而胃肠传输功能正常者,才可考虑手术治疗,但要严格掌握手术适应症,术前进行严格的筛选和评估,内容包括正规的非手术治疗无效(3 月以上),严重影响病人生活和工作,有强烈的手术意愿,直肠前突深度超过 3 cm,排粪造影发现前突的囊袋有钡剂残留,需要用手指协助排便,除外结肠慢传输型便秘,盆底肌肉痉挛,重度抑郁等[13]。

手术主要针对直肠前突、直肠内套叠、直肠粘膜内脱垂及盆底疝等。手术方式多样,疗效相近,传统手术有经阴道、经直肠行直肠前突修补术、吻合器痔上粘膜环切钉合术(PPH)等。近年来开展了经肛门、腔镜切割器直肠前突修补术(Brsler 手术),经肛门吻合器直肠部分切除术(STARR),治疗直肠前突、直肠内套叠、粘膜脱垂,纠正会阴下降肠疝等[14][15][16],手术操作简单,疗效可靠。

#### 5. 功能性排便障碍疗效评估

无论保守治疗还是手术治疗,目前尚无权威性标准来评价其对功能性排便障碍的治疗效果。一般是通过随访或复诊对比患者在治疗前后的主观感受及相关症状的改善程度(如排便次数、用力程度、大便性状等)来评估,常用的评价量表有以下几种评价粪便形状的 Bristol 表,出口梗阻综合征评分表(ODS),便秘评估量表(CAS),便秘症状评分系统(CCS),便秘相关生活质量评分(CRQOL)等。根据量表评分值,评估便秘患者的治疗效果。

功能性排便障碍发病机制复杂多样,临床表现千差万别,在临床工作中要重视规范化诊疗,同时避免过度医疗,减少并发症的发生,以期使每位患者都能得到有效治疗,争取早日康复。

#### 参考文献

- [1] Forootan, M., Bagheri, N. and Darvishi, M. (2018) Chronic Constipation A Review of Literature. *Medicine*, **97**, e10631.
- [2] 俞汀, 姜柳琴, 林琳, 等. 功能性便秘的新认识——罗马IV标准更新点解读[J]. 中华胃肠外科杂志, 2017, 20(12): 1334-1338.

- [3] 方秀才, 罗马IV诊断标准在慢性便秘诊断中的应用[J]. 中华胃肠外科杂志, 2016, 19(12): 1321-1323. <https://doi.org/10.3760/cma.j.issn.1671-0274.2016.12.001>
- [4] Schmulson, M.J. and Drossman, D.A. (2017) What Is New in Rome IV. *Journal of Neurogastroenterology and Motility*, **23**, 151-163. <https://doi.org/10.5056/jnm16214>
- [5] Mukhtar, K., Nawaz, H. and Abid, S. (2019) Functional Gastrointestinal Disorders and Gut-Brain Axis: What Does the Future Hold? *World Journal of Gastroenterology*, **25**, 552-566.
- [6] Soh, J.S., Lee, H.J., Jung, K.W., et al. (2015) The Diagnostic Value of a Digital Rectal Examination Compared with High-Resolution Anorectal Manometry in Patients with Chronic Constipation and Fecal Incontinence. *Journal of Gastroenterology*, **110**, 1197-204. <https://doi.org/10.1038/ajg.2015.153>
- [7] 秦兵芬, 陈俊, 马丽明. 球囊逼出试验诊断耻骨直肠肌综合征价值研究[J]. 华夏医学 2008, 21(1): 115-117.
- [8] 黄智慧, 戴宁, 等. 排便障碍检测方法的评价[J]. 中华胃肠外科杂志, 2016, 19(12): 1345-1347.
- [9] 史丽丽, 方秀才, 等. 关注功能性胃肠病患者的疾病观念和疾病行为[J]. 中华消化杂志, 2018, 38(9): 590-592.
- [10] 徐飞, 戴宁, 等. 功能性肠病的远期症状发展和限制乳糖饮食对症状的影响[J]. 中华消化杂志, 2017, 37(10): 673-678.
- [11] 丁曙晴, 袁庆延, 周惠芬, 等. 普芦卡必利治疗难治性便秘的临床疗效[J]. 中华消化外科杂志, 2015, 14(10): 844-847.
- [12] Prichard, D.O. and Bharucha, A.E. (2018) Recent Advances in Understanding and Managing Chronic Constipation. *F1000Research*, **7**, F1000 Faculty Rev-1640.
- [13] 柯美云, 杨云生, 魏玮, 等. 第六届胃肠功能及动力疾病中西医整合医学论坛会议纪要. 中华消化杂志, 2017, 37(12): 854-855.
- [14] 童卫东, 王李. 提高慢性便秘的手术疗效——从临床到基础研究[J]. 中华胃肠外科杂志, 2016, 19(12): 1335-1337.
- [15] 刘宝华. 《便秘外科诊疗指南》(2017年版)解读[J]. 中华胃肠外科杂志, 2017, 20(12): 1331-1333.
- [16] 杨新庆. 出口梗阻型便秘的外科治疗[J]. 中华胃肠外科杂志, 2016, 19(12): 1442-1443.