

## · 专题笔谈 ·

## 中西医结合治疗慢性顽固性便秘的体会

杨向东<sup>1</sup> 蓝海波<sup>2</sup> 魏 雨<sup>1</sup>

便秘是一种常见病和慢性病,表现为持续排便困难、排便不尽感或排便次数减少<sup>[1]</sup>。慢性便秘的病程至少为 6 个月<sup>[2]</sup>。顽固性是指经一般药物及非手术治疗很难奏效,常需手术治疗<sup>[3]</sup>。

手术是治疗慢性顽固性便秘的重要方法之一,但术前应注意完善症状学、心理学、结直肠形态学及功能学检查,仔细分析引起便秘的病因,掌握手术适应症,如有多种病变同时存在,应手术解决引起便秘的主要病变,但也同时解决次要的续发病变,术后务必重视非手术治疗的措施,以巩固治疗效果,防止便秘症状复发<sup>[1]</sup>。

对于需要手术治疗的患者,应在一个专科的有经验的三级医疗中心治疗,避免可能出现令人失望的结果。因此,本院在 2011 年成立便秘专科,基于多学科模式组建便秘团队,配备相应的辅助科室及专职人员、设备,进行全方位的基础及临床研究,总结出了一套中西医结合综合诊疗模式“内外结合、中西合璧、身心同治、上下兼顾、分度论治”,有效地规范了慢性顽固性便秘的临床诊疗路径,收到良好的临床疗效<sup>[4]</sup>。

**1 顽固性便秘再评估** 患病初期,患者不良的排便行为、不良的饮食生活习惯、不规范用药等均可导致病情加重;医生对于便秘的认知有局限;便秘的诊疗涉及多个学科,但学科间缺乏沟通和交流。基于此,笔者提出了便秘临床“四能四不”原则:能不用药的,决不用药;能用中药的,决不用西药;能药物的,决不手术;能小手术的,决不大手术。就是对患者的整个诊疗过程再次梳理,仔细分析评估,优先选择简单、方便、低毒、无创、微创的治疗方法。

**2 便秘规范化检查** 中西医结合诊疗便秘的基础是中医学检查方法与现代医学检查方法并举<sup>[5]</sup>。当便秘已对患者的生活质量产生严重影响时,可考虑手术治疗。手术前需全面的检查结肠传输试验、电子肠镜、钡灌肠、排粪造影、盆腔动态多重造影(核磁共振排粪造影)、肛管直肠测压、心理评估、球囊逼出试

验及性激素、甲状腺激素测定,必要时行盆底肌电图、全消化道造影、电子胃镜、结肠压力测试检查。检查最好由专职人员操作,尤其是放射科和心理科参与。在检查结肠传输试验前,必须让患者注意检查前 2 天以上停止口服有助于通便的药物及食物等治疗,确保检查期间患者的排便状态与未治疗期间的便秘状态一致;行肠镜检查当天,不宜同时进行钡灌肠、排粪造影,检查前不予泻剂肠道准备,最大程度地减轻对结直肠的刺激,客观反映结直肠真实的形态学改变。心理评估由专业的精神科医生通过专科问诊结合量表出诊断报告。在此基础上还要详细收集病史资料,明确便秘引起的相关症状,如腹胀、肛门坠胀、失眠、进食差、情绪焦虑等,评估这些症状与便秘的相关性<sup>[6]</sup>。

### 3 中西医综合治疗方案的制定与实施

**3.1 便秘的分度** 参考《便秘外科诊治指南》<sup>[1]</sup>中便秘分度进行了量化,拟定以下分度标准。轻度便秘:非手术治疗有效的便秘,不管病程长短与年龄大小;中度便秘:非手术治疗无效的便秘,病程通常 > 0.5 年或病程虽然短但排便困难所致的痛苦程度严重;重度便秘:非手术治疗无效,同时伴有不同程度的心理障碍者。中度以上便秘常有结直肠肛门结构的改变,应以手术为主,重度便秘的手术则需极慎重,因合并有心理障碍,术后不仅并发症发生率高,甚至可能引发严重的医疗纠纷。

**3.2 手术方案制定** 结肠切除手术治疗慢性顽固性便秘始于 1908 年<sup>[7]</sup>,经过 100 余年的发展,先后有部分肠段切除、全结肠切除<sup>[8,9]</sup>、次全结肠切除(顺蠕动、逆蠕动、金陵术)<sup>[10-12]</sup>、结肠旷置术<sup>[13]</sup>等,对于如何选择切除的肠段及吻合方式一直备受争议<sup>[14]</sup>。笔者发现慢性顽固性便秘以混合型为主,结肠动力的缺失主要从远段到近段,升结肠部分功能大部分良好,因此手术方式主要以次全结肠切除术为主,术中应尽可能多的切除病理性肠段,同时又尽可能多的保留功能性肠段,对于升结肠及直肠段的保留及吻合方式则需要进行慎重选择,务必在同期手术内解决慢传输和出口梗阻的问题,采取个体化的综合手术方案<sup>[15,16]</sup>。手术尽量选择腹腔镜辅助,具有疼痛轻、创伤小、恢复快、腹部美容效果佳等优势,术中完整保留大网膜,注意保留回结肠动

作者单位:1. 成都肛肠专科医院(成都 610015);2. 四川洲际胃肠肛门病医院(成都 610045)

通讯作者:蓝海波, Tel: 15902820940, E-mail: 306857612@qq.com

DOI: 10. 7661/j. cjim. 20171016. 257

脉及相应动脉弓完整,保证预吻合肠段血供良好,预测吻合肠段的长度,保证吻合口无张力<sup>[17]</sup>。

**3.3 术前中西医结合治疗** 术前至少治疗 7 天以上,肠道准备:采取促动力药+渗透性泻剂+高温水灌肠<sup>[18]</sup>;营养支持:肠内+肠外营养支持治疗;心理治疗:根据患者的病情选择抗抑郁、焦虑药物口服,常用的有盐酸舍曲林片、富马酸喹硫平片、草酸艾司西酞普兰片、氟哌噻吨美利曲辛片等,助眠药物有艾司唑仑、阿普唑仑片等,必要时进行心理治疗;盆底功能康复:生物反馈治疗等;中医治疗以补虚为主,常用的中药基础方为:济川煎、补中益气汤、十全大补汤、参苓白术散,具体随症加减,伴失眠可加合欢皮、首乌藤;伴纳差可加鸡内金、神曲、炒麦芽、炒谷芽,再配合足三里雀啄灸,早晚锻炼导引术——济川捩阖术<sup>[19]</sup> 30 min,畅通气血经络、调节情志,必要时辅以针刺治疗。

**3.4 术后中西医结合治疗** 术后需预防感染、营养支持、化痰等对症治疗,不用止血药,术后 2 周内不控制排便,2 周后根据病情酌情使用止泻药。主张早期中医药介入,从术后 24 h 开始口服中药,早期以通腑为主,给予中药增液承气汤加减为主,小茴香烫熨腹部,艾灸涌泉及百会穴,腑气通后以健脾开胃为主,给予中药香砂六君子汤加减口服,消肿止痛汤坐浴(杨向东经验方:芒硝 30 g 滑石 20 g 蒲公英 20 g 野菊花 20 g 紫花地丁 15 g 苦参 15 g 龙胆草 15 g 连翘 15 g 桃仁 15 g 红花 15 g 明矾 15 g 冰片 10 g 硼砂 10 g 水蛭 10 g 地龙 10 g),石膏冰片散与香油调制后涂抹肛门处皮肤,预防粪性皮炎,患者逐步从流质饮食到半流质饮食再过渡至普通饮食,少量多餐(每天 6 次以上)<sup>[16]</sup>,中焦脾胃健运后,以温补肝肾为主,给予肠胃康口服(杨向东经验方:天台乌药 30 g 枸杞子 30 g 当归 20 g 茯苓 20 g 小茴香 15 g 香附 15 g 陈艾 15 g 肉桂 6 g)。具体视病情随证加减,针刺足三里、三阴交、气海、中脘等穴,耳穴压豆取神门、交感为主,以调畅经络,镇静安眠。后期中医药仍以补虚为主,具体辨证施治。术后 20 天开始生物反馈联合济川捩阖术治疗,训练新的排便功能及习惯。

**3.5 术后心理专科治疗** 手术是慢性顽固性便秘的终极治疗手段,当便秘处于中度时,应为最佳手术时期,重度便秘时,则为手术的高危期,故当慎重手术。但慎重手术并不是不能手术,而是要在具备多学科的综合技术实力的前提下才能开展手术,心理专科的辅助治疗应是必备条件。

## 参 考 文 献

- [1] 中国医师协会肛肠分会. 便秘外科诊治指南(2016)[J]. 中华胃肠外科杂志, 2017, 20(3): 241-246.
- [2] 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[J]. 中华消化杂志, 2013, 33(5): 291-297.
- [3] 喻德洪. 慢性非特异性便秘诊治的若干问题[J]. 中华胃肠外科杂志, 2002, 5(4): 301-303.
- [4] 杨向东, 魏雨. 便秘的分度标准与临床策略[J]. 中华结直肠疾病电子杂志, 2015, 4(2): 62-64.
- [5] 贾小强. 慢性便秘中西医结合诊治策略[J]. 中国中西医结合杂志, 2015, 35(4): 497-499.
- [6] 龚文敬, 蓝海波, 杨向东, 等. 结肠传输试验、钡灌肠及便秘症状学研究进展[J]. 结直肠肛门外科, 2012, 18(4): 272-276.
- [7] Marvin L. Corman(美)主编, 杜如昱等主译. 结肠与直肠外科学[M]. 第 5 版. 北京: 人民卫生出版社, 2009: 424.
- [8] Fam WC, Huang CC, Sung A, et al. Laparoscopic total colectomy with transretal specimen extraction and intraabdominal ileorectal anastomosis for slow-transit constipation (with video) [J]. J Visc Surg, 2016, 153(4): 309-310.
- [9] 刘宝华. 慢传输型便秘手术方式及其对疗效影响[J]. 中国实用外科杂志, 2013, 33(11): 986-989.
- [10] 高峰, 徐明, 吴伟强, 等. 结肠次全切除及盲肠直肠端侧吻合治疗慢传输型便秘[J]. 中华胃肠外科杂志, 2014, 17(7): 680-682.
- [11] Li N, Jiang J, Feng X, et al. Long-term follow up of the Jinling procedure for combined slow-transit constipation and obstructive defecation [J]. Dis Colon Rectum, 2013, 56(1): 103-120.
- [12] 杨向东, 岳朝驰, 陈小朝, 等. 慢传输型便秘结肠次全切除治疗[J]. 结直肠肛门外科, 2008, 14(4): 297-300.
- [13] 杨向东, 曹哲剑, 张琦, 等. 选择性结肠切断旷置术治疗重度结肠慢传输性便秘的探讨[J]. 大肠肛门病外科杂志, 2005, 11(1): 16-17.
- [14] 傅传刚, 高显华. 便秘外科治疗的争议和共识[J]. 中国实用外科杂志, 2012, 32(1): 60-62.
- [15] 屈景辉, 杨向东, 张琦. 选择性结肠切除升-直肠吻合术治疗结肠慢传输型便秘的临床研究[J]. 结直肠肛门外科, 2012, 18(6): 375-378.
- [16] 曹吉勋主编. 新编中国痔瘕学[M]. 成都: 四川科学技术出版社, 2015: 303-318.
- [17] 中华医学会外科学分会. 结直肠切除术后消化道重建技术专家共识[J]. 中国实用外科杂志, 2014, 34(3): 217-221.
- [18] 张楨, 乔峰妮. 杨向东教授治疗慢性顽固性便秘临证撷菁[J]. 四川中医, 2012, 30(4): 10-12.
- [19] 辛华, 杨向东, 任叔阳. 浅论济川捩阖术治疗便秘的特色[J]. 云南中医药杂志, 2013, 34(1): 83-84.

(收稿: 2017-05-08 修回: 2017-10-11)

责任编辑: 段碧芳  
英文责编: 张晶晶