

· 专题笔谈 ·

慢性便秘中西医结合诊治策略

贾小强

便秘是一类以排便困难为特征的病证,排便困难包括排便费力、排便不尽感、排便费时、排便间隔时间延长及需手法协助排便等^[1,2]。慢性便秘(chronic constipation, CC)是指便秘的病程超过 6 个月。慢性便秘是一种临床常见的病证,据流行病学调查研究统计,世界各地报道的成年人慢性便秘的患病率约为 2.5%~79%^[3]。我国成年人慢性便秘的患病率为 3.19%~11.6%^[4-8]。随年龄增长而升高,60 岁以上人群慢性便秘患病率可高达 22%^[9]。女性患病率高于男性,男女患病率之比为 1:1.22~1:4.59^[6,7]。中西医结合治疗 CC 具有一定的特色和优势,并在临床和实验研究中取得了令人瞩目的成就。本文以近十年有关中西医结合治疗 CC 的研究为背景,探寻 CC 临床研究的方向与道路。

1 中西医学的认识

中医学对 CC 的认识由来已久,《内经》称便秘为“后不利”、“大便难”,汉代张仲景则称便秘为“脾约”、“闭”、“阴结”、“阳结”,清代《杂病源流犀烛》首见“便秘”病名。依据患者症候群及舌脉,中医学将便秘分为肠胃积热、气机郁滞、阴寒积滞、气虚、血虚、阴虚、阳虚等 6 个辨证分型^[10],在临床实践中证型组合变化又可形成更多的不同辨证分型。

现代医学有关便秘的诊断标准,目前国际上通用罗马 III 诊断标准。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于 2013 年共同制定了《中国 CC 诊治指南》^[11],认为 CC 可由多种疾病引起,包括功能性疾病和器质性疾病,不少药物亦可引起便秘。在 CC 的病因中,大部分为功能性疾病。功能性疾病导致的 CC 可分为慢传输型便秘(slow transit constipation, STC)、排便障碍型便秘(defecatory disorder)、混合型便秘及正常传输型便秘(normal transit constipation, NTC)。

2 全面检查, 明细诊断

便秘临床表现各异,致病因素很多,无论中医学还

是西医学对便秘的分型分类都较为复杂,而不同分型分类的治疗原则和方法差异较大,这些决定了便秘临床分型分类诊断的重要性,只有对便秘患者的诊断做到准确明细,才有可能选择适宜的治疗方案。

中西医结合诊疗便秘的基础是中医检查方法与现代医学检查方法并举。既重视中医四诊合参,也重视现代医学检查全面系统。全面系统的检查对准确评估结直肠肛门功能、形态学异常的严重程度、明确便秘分型诊断具有重要意义。询问病史应注意以下要点,排便困难的表现形式、病程、是否存在便意缺乏、有无腹胀或(和)腹痛等伴发症状、有无手助排便、既往使用泻剂情况、存在哪些合并疾病等。肠道动力检查常用的是结肠传输试验,根据吞服标记物后的不同时间点标记物在结肠中的分布情况,了解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。对考虑手术治疗的 STC 患者,建议术前重复此检查,并延长检查时间至第 5 天。

肛门直肠功能检查常用的是肛门直肠测压、球囊逼出试验、排粪造影检查等。肛门直肠测压能评估肛门直肠动力和感觉功能,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等。对难治性便秘患者,可行 24 h 结肠压力监测,如结肠缺乏特异性推进性收缩波、结肠对睡醒和进餐缺乏反应,则有助于结肠无力的诊断。球囊逼出试验可反映肛门直肠对球囊(可用水囊或气囊)的排出能力。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。当肛门直肠测压和球囊排出试验不能诊断排便障碍时应做排粪造影。排粪造影检查通常采用 X 线法,即将一定剂量的钡糊注入直肠,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。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比观察盆腔软组织结构、多平面成像、分辨率高、无辐射等优点。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。

3 保守为重, 中西合参

导致 CC 的病因病理错综复杂, 涉及多器官、多系统, 因此并非某一种药物或疗法可以彻底解决 CC。CC 的治疗应该是保守为重, 中西结合, 个体化、综合性、全方位。保守为重是因为多数 CC 患者在经过规范系统的保守治疗后可得到有效缓解, 而 CC 中真正需外科手术治疗的 CC 患者属少数^[12,13], 而手术的疗效和安全性尚存争议。

保守治疗包括非药物治疗和药物治疗两类。非药物治疗首先是要纠正患者存在的不良饮食习惯和排便习惯, 鼓励患者多参加户外体能锻炼, 调适心态, 保持舒畅心情。不良饮食习惯主要是指饮食过于精细及不当控制进食量。增加粗纤维食物摄入, 保证足够量水分补充, 可有效改善便秘症状。不良排便习惯主要是指忽视大便, 只有在有便意时才大便, 甚至有便意时强忍不大便, 或大便时三心二意, 兼做他事, 久蹲不起。虽然尚无足够实验证据表明饮食和生活方式的调整可以改善 CC, 但其仍被临床工作者接受并推荐为一线治疗^[14,15]。非药物保守治疗中的生物反馈治疗、针灸、耳穴贴敷、腹部按摩、气功导引、脐疗、精神心理治疗等治疗方法, 对便秘均有不同程度的疗效。药物治疗, 无论是西药还是中药, 都应注意避免单品种药物长期服用, 应间断服药, 适当变化用药种类, 注意慎用或避免使用含酚酞、蒽醌类的刺激性泻药。动物实验显示, 长期使用刺激性泻药可能导致不可逆的肠神经损害^[16], 进而加重便秘。保守为重, 意在保守为先, 保守治疗贯穿 CC 的始终, 在保守治疗下多数 CC 患者可以得到缓解。

本研究在临床中采用以中医辨证施治汤药为基础, 加用中医耳穴贴敷、脐疗等综合治疗, 同时辅助以容积性泻药如聚乙二醇 4 000 散, 治疗期间, 容积性泻药仅作为对症用药, 大便通畅即停用, 而中药选用以调理脏腑气血功能为法, 尽量不用具有泻下功效的中药。如此中西医结合方案, 标本同治, 最大限度地减少药物不良反应, 提高有效率和远期疗效, 收到满意效果。

4 手术治疗, 严格甄选

CC 患者中约 5% ~ 10% 的患者最终需要手术治疗^[17]。近年来 CC 的治疗又更多地恢复到以非手术治疗为主, 对是否应当手术以及采用何种手术方式的争议也越来越引起临床外科医生的关注^[18]。

经过近 30 年的实践, 对手术治疗便秘形成一些共识, 如在严格把握适应证, 采用合理的手术方式的前提下, 手术可以提高便秘患者的生活质量; 继发性便秘和伴有精神心理异常的患者不宜行手术治疗等^[17]。所

以, 如何选择适合手术治疗的患者成为临床中至关重要的一个环节。外科手术治疗便秘应严格把握手术指征, 全面完善各项检查, 慎重选择手术病例。术前检查包括结肠传输试验、排粪造影、钡剂灌肠造影、肛门直肠压力测定、球囊逼出试验、结肠镜检查, 必要时可行盆底肌电图或盆腔多重造影等特殊检查。上述检查为便秘手术适应症的选择提供了重要的依据, 但其可靠性仍然存在争议。通过全面检查, 对经检查明确显示存在形态和(或)功能异常者, 有针对性地选择手术方式^[19]。

STC 的手术方式, 包括结肠全切除术、结肠次全切除术、结肠部分切除术, 在切除全部或部分结肠的同时, 切除部分直肠并对盆底进行重建, 较好地解决 STC 结肠蠕动无力及盆底功能障碍的问题, 临床疗效较好。但存在手术创伤大, 并发症较多等问题。尤其是在把握结肠切除长度方面缺乏可靠的预测手段。此外, 也可行结肠旷置术或末端回肠造口术。出口梗阻型便秘的手术方式很多, 盆底痉挛综合征手术方式包括耻骨直肠肌松解术、中医挂线疗法等, 但由于临床有效率较低, 多建议慎重选择手术治疗^[17]。目前国内外文献报道生物反馈疗法用于治疗便秘, 其中主要适应证就是耻骨直肠肌痉挛和盆底失弛缓综合征, 疗效优于药物和手术治疗, 应为首选^[20]。盆底松弛性便秘, 常选用直肠黏膜纵行折叠术、硬化剂注射、经直肠或阴道修补术、吻合器痔上黏膜环切钉合术、经肛吻合器直肠切除术、直肠悬吊术、直肠悬吊加乙状结肠切除术等^[18], 但手术效果, 尤其是远期效果文献报道差异性很大。

5 明辨分型, 章法有据

CC 的中西医结合治疗方案制定要根据中医望、闻、问、切四诊所得, 及各项肛肠功能检测结果来综合分析判断。总体治疗思路是, 在西医辨病的基础上中医辨证, 以西医辨病为依据制定方案, 以中医辨证为依据制定治则。一般可将 CC 分为出口梗阻型、结肠慢传输型和混合型 3 型, 每一类型又可分为轻、中、重度。

对于出口梗阻型, 轻度者予以中西医结合保守治疗, 以中医辨证施治汤药为主体的治法, 配合中医非药物治疗, 辅助以西药对症处理; 中度者则应先予中医综合治疗, 如效果不明显者, 采用经肛手术; 重度者予以手术治疗为主, 辅以中医综合治疗及心理治疗。出口梗阻型便秘中医辨证可分为气机郁滞型、痰湿阻滞型、阴虚肠燥型和脾虚气陷型。气机郁滞型者治以行气开郁, 宽肠通腑, 代表方如六磨汤加减; 痰湿阻滞型者治以利湿化痰, 升清降浊, 代表方如蚕矢汤加减; 阴虚肠燥型者治以养阴润燥, 行气通便, 代表方如麻子仁丸加减; 脾虚气陷型者治以健脾益气, 宽肠润便, 代表方如黄芪汤加减。

对于 STC,轻度者采用以中医辨证施治汤药为主的综合治疗;中度者采用以中医辨证施治汤药为主的综合治疗,辅助西药治疗;重度者在明确手术指征,排除手术禁忌症,并且经过规范保守治疗而无效者,可选择应用手术治疗,在应用手术治疗的同时,仍应配合应用以中医辨证施治汤药为主的综合治疗以及心理治疗。STC 中医辨证可分为气阴两虚型、脾肾阳虚型。气阴两虚型治以益气养阴,润肠通便,代表方如黄芪汤合增液汤加减;脾肾阳虚型治以温补脾肾,润肠通便,代表方如济川煎加减。混合型便秘的治疗策略可遵循上述原则。

综上所述,CC 是一种多因素、复杂性病症,治疗难度大,不同个体的病因、病理差异性较大,除疾病本身的复杂性外,患者自身的精神心理状态等对治疗结果也有较大的影响;需要综合病因、临床表现、症状严重程度、治疗方案的疗效和风险等多方面的因素选择恰当的治疗方案,才有可能取得较好的临床效果。便秘首选治疗应是非手术治疗,无论是否手术都应注重综合治疗。在严格把握适应证,采用合理的手术方式的前提下,手术可以提高便秘患者的生活质量。中西医结合是我国医务工作者长期临床实践的重要经验,是我国治疗 CC 的主要特色和优势。中西医结合不仅可以减少长期服用药物带来的副作用,而且可以获得更好的临床疗效。目前对 CC 诊治方法仍存在较大争议,进一步规范检查手段和诊断标准,开展大样本多中心的前瞻性研究,是 CC 临床研究的当务之急。

参 考 文 献

[1] Gallegos-Orozco JF, Foxx-Orenstein AE, Sterler SM, et al. Chronic constipation in the elderly [J]. *Am J Gastroenterol*, 2012, 107(1): 18-25.

[2] Drossman DA. The functional gastrointestinal disorders and the Rome III process [J]. *Gastroenterology*, 2006, 13(5): 1377-1390.

[3] Mugie SM, Benninga MA, Di Lorenzo C. Epidemiology of constipation in children and adults: a systematic review [J]. *Best Pract Res Clin Gastroenterol*, 2011, 25(1): 3-18.

[4] 向国春, 龙庆林, 刘利, 等. 重庆市人群便秘患病率流行病学研究 [J]. *重庆医学*, 2004, 33(10): 1541-1541.

[5] 唐伟, 王巧民, 李明忠, 等. 六安市慢性便秘流行病学调查 [J]. *安徽医药*, 2008, 12(5): 426-429.

[6] 熊理守, 陈曼湖, 陈惠新. 广东省社区人群慢性便秘的流行病学研究 [J]. *中华消化杂志*, 2004, 20(6): 488-491.

[7] 郭晓峰, 柯美云, 潘国宗, 等. 北京地区成人慢性便秘整群、分层、随机流行病学调查及其相关因素分析 [J]. *中华消化杂志*, 2002, 22(10): 637-638.

[8] 阚志超, 姚宏昌, 龙治平, 等. 天津市成年人慢性便秘调查及相关因素分析 [J]. *中华消化杂志*, 2004, 24(10): 612-614.

[9] 刘智勇, 杨关根, 沈忠, 等. 杭州市城区便秘流行病学调查 [J]. *中华消化杂志*, 2004, 24(7): 435-436.

[10] 王永炎主编. 中医内科学 [M]. 上海: 上海科学技术出版社, 1997: 203-204.

[11] 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]. *胃肠病学*, 2013, 18(10): 605-612.

[12] Drossman DA. The functional gastrointestinal disorders and the Rome III process [J]. *Gastroenterology*, 2006, 130(5): 1377-1390.

[13] Riss S, Herbst F, Birsan T, et al. Postoperative course and long term follow up after colectomy for slow transit constipation - is surgery an appropriate approach [J]. *Colorectal Dis*, 2009, 11(3): 302-307.

[14] Camilleri M, Bharucha AE. Behavioral and new pharmacological treatments for constipation: getting the balance right [J]. *Gut*, 2010, 59(9): 1288-1296.

[15] Paré P, Bridges R, Champion MC, et al. Recommendations on chronic constipation (including constipation associated with irritable bowel syndrome) treatment [J]. *Can J Gastroenterol*, 2007, 21(Suppl B): B3-B22.

[16] 童卫东, 张胜本, 刘宝华, 等. 酚酞对大鼠结肠动力及神经系统的影响研究 [J]. *中华消化杂志*, 2003, 23(12): 723-726.

[17] 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): 61-62.

[18] 傅传刚. 便秘的手术治疗指征和手术方式选择 [J]. *中华胃肠外科杂志*, 2007, 10(2): 109.

[19] 中华医学会外科学分会结直肠肛门外科学组. 便秘外科诊治指南(草案) [J]. *中华胃肠外科杂志*, 2008, 11(4): 391-393.

[20] 刘宝华. 便秘外科手术 [J]. *临床消化病杂志*, 2013, 25(4): 218-221.

(收稿:2014-11-12 修回:2015-01-04)