

## OMGE 临床指南:便秘

**1 定义** 便秘是一组症状而不是一种疾病。

**患者的观点** 不同的患者对便秘有不同的症状感受。一些患者(52%)认为排便费力即为便秘,其他一些患者则认为便秘是硬球状便(44%)或想排便时排不出大便(34%)或排便频次少(33%)。

**临床医生观点:** 如果患者未服用泻剂,在过去 12 个月累积 12 周至少有下列两项症状(即罗马 II 标准):

- 每周排便少于 3 次
- 排硬便的次数超过 25%
- 排便不净感的次数超过 25%
- 过度用力排便的次数超过 25%
- 需要手指辅助排便

**2 发病机制** 便秘的原因很多,多数情况下难以了解。文献报道许多重叠,有时甚至是矛盾的病因。可能的病因总结见下。区别运动障碍和盆地障碍是有帮助的。最常见的原因是膳食纤维摄入不足

**(1) 运动障碍:** 运动障碍可能与以下因素有关:

- **精神因素**
  - 抑郁
  - 性创伤
  - 对食物和排便功能的不同寻常态度
- **营养不当**
  - 膳食纤维摄入不足
  - 饮水少而致的脱水
- **药物**
- **结肠无力症或慢通过性便秘**
- **肠易激综合征**
- **肠肌病**
- **假性肠梗阻**
- **神经病变 (少见)**
  - 脊髓损伤
  - Parkinson 病
  - 多发性硬化症

**(2) 盆地障碍:** 盆地和/或肛门外括约肌功能障碍(痉挛性盆地综合征、肛门痉挛、协同困难);盆地梗阻包括直肠脱垂、肠体腔(enterocele)、直肠膨出、直肠套叠。

应该注意的是,上述情况也可能是便秘和排便时反复性过分用力的结果。

### (3) 便秘最常见的原因是

- 功能性便秘或慢转运性便秘
- 肠易激综合征
- 出口梗阻。

如果能将这些疾病鉴别开,将有助于采取针对性的个体化治疗。

研究发现衰老对结直肠功能的影响并不明显。老年人的便秘常常不是衰老的结果,而可能与促进便秘的因素增多有关,如慢性疾病、不能运动、神经和精神疾患、药物和营养不当。

婴儿期和童年期时最常见的便秘是功能性的而不是器质性的。但如治疗失败,有胎粪排出延迟或其他警报征象,婴幼儿患 Hirschsprung 的危险性就高。

儿童便秘可与特殊的原因有关,如强制性如厕训练、性创伤、过分的父母干预和厕所恐怖症。

**3 危险因素** 危险环境、危险人群和危险因素包括:

- 婴幼儿和儿童
- 年龄 55 岁以上
- 最近腹部或肛周/盆腔手术
- 妊娠后期
- 活动受限
- 不适当膳食(饮料或纤维素)
- 药物(给药过多)尤其老年人
- 缓泻剂滥用
- 已知的共病(见表 1)
- 临终关怀的患者
- 旅行
- 慢性便秘病史。

老年人群发生便秘的可能性是成年人的 5 倍。这主要是由于饮食习惯、缺乏运动、服用药物和不良排便习惯等原因。便秘可导致过多的幻想和症状感觉改变。

婴幼儿便秘是个特殊的临床问题。通常是

表 1:便秘的病因

<p><b>肠外</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 膳食纤维和引水不足</li> <li>● 忽视便意</li> </ul> <p><b>结构性</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 结直肠：肿瘤、狭窄、缺血，肠扭转，憩室病</li> <li>● 肛门直肠：炎症、脱垂，直肠膨出，肛裂，狭窄</li> </ul> <p><b>全身性</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 低钾血症</li> <li>● 高钙血症</li> <li>● 甲状旁腺功能亢进症</li> <li>● 甲状腺功能减退症</li> <li>● 甲状腺功能亢进</li> <li>● 糖尿病</li> <li>● 全垂体功能减退症</li> <li>● Addison 病</li> <li>● 嗜铬细胞瘤</li> <li>● 卟啉病</li> <li>● 尿毒症</li> <li>● 淀粉样变</li> <li>● 硬皮病</li> <li>● 多肌炎</li> <li>● 妊娠</li> </ul> <p><b>神经性</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 中枢神经系统: Parkinson 病, 多发性硬化症, 创伤, 缺血, 肿瘤</li> <li>● 骶神经: 创伤, 肿瘤</li> <li>● 自主神经病变</li> <li>● 神经节细胞缺失症(Hirschsprung 病)</li> </ul> <p><b>药物</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 止痛剂</li> <li>● 鸦片制剂、非甾体消炎药</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 抗胆碱能药</li> <li>● 阿托品</li> <li>● 抗抑郁药</li> <li>● 精神安定剂</li> <li>● 抗精神病药</li> <li>● Parkinson 病治疗药物</li> <li>● 抗惊厥药</li> <li>● 抗组胺剂</li> <li>● 抗高血压药</li> <li>● 钙通道拮抗剂</li> <li>● 可乐定</li> <li>● 胍屈嗪</li> <li>● 神经节阻滞剂</li> <li>● 单胺氧化酶抑制剂</li> <li>● 甲基多巴</li> <li>● 化学疗法药物</li> <li>● 长春新碱</li> <li>● 利尿剂</li> <li>● 金属离子</li> <li>● 铝(制酸剂、硫酸铝)</li> <li>● 硫酸钡</li> <li>● 铋</li> <li>● 钙</li> <li>● 铁</li> <li>● 重金属(砷, 铅, 汞)</li> <li>● 树脂</li> <li>● 考来烯胺</li> <li>● 聚苯乙烯</li> </ul> <p><b>病理生理学不确定</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 肠易激综合征</li> <li>● 慢通过性便秘</li> <li>● 盆底机能障碍</li> </ul>
---	---

功能性而不是器质性，大多数是由于不良排便习惯造成。

特发性 STC 或结肠无力症基本上只发生于青年女性，妊娠晚期的女性也可发生便秘。

**4 诊断和鉴别诊断**

便秘的原因有多种，一些患者没有明确原因，他们常被诊断为肠易激综合征(IBS) 或特发性慢性便秘 (包括 STC 和 PFD)。

由于无金标准，自我叙述的症状是诊断必

需的，但不可靠。

对正常排便的概念尚无共识。目前仍根据粪便性状积分作为有用的肠转运时间的指标。

系统地进行诊断是重要的，包括：病史采取、体格检查、诊断检查。

**(1) 病史采取**

- 与罗马 II 标准对照
- 询问是否神经病变

脊髓损伤

Parkinson 病

多发性硬化症

- 询问精神疾患  
性侵害、暴力、创伤  
对排便不寻常的态度和行为  
抑郁/ 躯体化  
进食障碍
- 询问发病年龄 (突发还是慢性)  
突发可提示出口梗阻  
询问是否存在排便急迫感  
    有急迫: 出口梗阻?  
    无急迫: 结肠无力症 ?
- 询问便秘家族史?

## (2) 体格检查

- 叩诊(检查肠气)
- 可触知粪块 (“负载”的结肠)
- 直肠触诊  
    粪便的性状/嵌塞  
    有无直肠异物/或异常 (肿瘤、痔疮、出血、肛裂、肛痿, 新生物)  
    是否有出血  
    括约肌张力

## (3) 诊断检查

- 粪便分析(认真评估)  
    连续称量 3 天内排出的粪便; 平均少于 100g 提示是便秘
- 腹部 X 线 (认真评价)  
    放射学或内镜检查(评价或排除/阻塞):  
    巨结肠  
    乙状结肠冗长  
    结肠袋皱襞型 (pattern of haustral fold)  
    肠易激综合征患者 (结肠袋皱襞长度正常)  
    结肠无力 (长度较长, 但短于结肠袋皱襞)
- 肛门直肠功能检测(只适用于特定病例)  
    测压 (Hirschsprung'病患者无直肠肛门抑制性反射)  
    肌电描记法 (痉挛性 PFD ?)
- 直肠黏膜活组织检查  
    酰胆碱酯酶染色可排除 Hirschsprung 和结肠黏膜黑色素沉着
- 结肠转运时间 (不透射线的标记物)  
    器质性、代谢性和内分泌性疾病可通过嗜血实验、血细胞记数、甲状腺功能分析和血钙

水平来排除。X 平片检查提示巨结肠, 钡灌肠有助排除巨结肠、巨直肠和其他结肠直肠梗阻, 乙状结肠镜检查 and 结肠镜检查可排除结构性疾病 (裂隙, 狭窄和肿瘤)

哪种实验诊断便秘最可能有效以及按什么顺序对便秘患者进行诊断检查仍无一致意见。例如, 由于病理生理不明和缺乏诊断性实验方法, IBS 仍是临床上的难题。肛门直肠压力测量、排便过程摄像、肌电描记法, 象不透射线物质通过时间的研究一样, 是复杂、费时的, 并且需要一般医疗单位并不配备的的专门设备。

## (4) 主要警惕症状(尤其 50 岁以上患者)

- 新出现的便秘
- 贫血
- 体重丧失
- 便血
- 大便潜血实验阳性
- 排便习惯和粪便形状的突然变化

## 5 治疗方法

便秘治疗是对症处理。目前研究集中在纤维素补充和不同的缓泻剂上。同时这些治疗在改善排便的频次和质量上有些作用, 但尚无明确的证据应选择哪种泻剂。治疗应按分级原则, 从调整生活方式和饮食指导入手。如有可能, 应停用所有致便秘药物。如无效, 下一步可选用容积性药物 (bulk-forming agent)、渗透性泻剂, 如果可能可根据, 可行盆底物理治疗 (physiotherapy)。如果这些措施都无效, 随后可选择接触性泻剂、灌肠和促动力药。手术仅限于所有保守治疗无效的患者或存在直肠穿孔的危险性时, 如 Ogilvy 综合征。

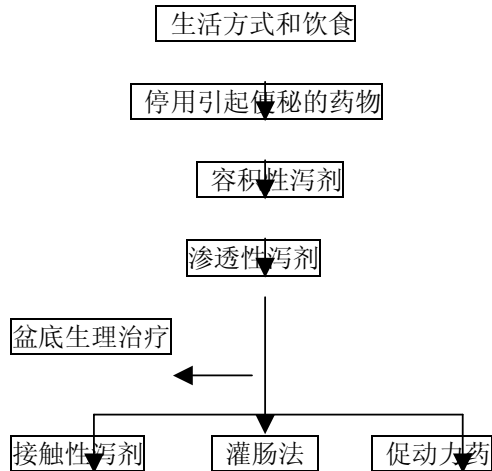


图 1 便秘的分级治疗

### 纤维素和泻剂

(1) 容积性缓泻剂 只用于膳食纤维补充治疗无效病例。通过滞留粪便中的水分和增

加粪便体积而起效。服用时可能会出现腹胀，但长期应用是安全的。治疗期间补充足量的水分是必需的。

(2) **刺激性缓泻剂** 通过直接刺激肠道神经而起效。通常在服用 8-12 小时内起效，栓剂起效快，约 20-60 分钟。由于服用丹蒽醌有潜在的致癌性，因此不鼓励常规服用。

(3) **刺激性泻剂** 通过渗透压将水分潴留在肠道内、改变粪便含水量而起效。

**表 2 常用泻剂**

<b>容积性泻剂</b>	<b>蓖麻油酸</b>
欧车前	蓖麻油
聚卡波非	<b>蒽醌</b>
甲基纤维素	番泻叶
<b>润滑剂</b>	波希鼠李皮
矿物油	芦荟
<b>刺激性泻剂</b>	大黄
表面作用药物	<b>渗透性泻剂</b>
Docusate	镁和磷酸盐
胆汁酸	乳果糖
二苯甲烷衍生物	山梨糖醇
Phenolphthalein	聚乙二醇
比沙可啶	甘油栓剂
匹可硫酸钠	

## 6 几种特殊情况的处理

- 老年人
- 孕妇
- 儿童
- 糖尿病患者
- 临终关怀患者
- 旅游者
- 子宫切除术后便秘患者

(1) **老年人** 主要问题是缺乏运动，同时服用药物过多。治疗同成年人，注意改变生活方式和饮食习惯。对于动力不足乳果糖更有效。对那些缺乏活动的患者渗透性缓泻剂或刺激缓泻剂比容积性泻剂更有效。番泻叶-纤维素联合应用比乳果糖单独应用效果好。尽量停用致便秘药物是重要的。

(2) **妊娠** 增加膳食纤维、饮水及运动是这类患者主要的治疗措施。无效时可服用缓泻剂，但只能短期采用药物治疗。药物安全性是选择泻剂

时必须考虑的。容积性缓泻剂比刺激性缓泻剂安全。正常剂量的番泻叶是安全的，但妊娠晚期或妊娠不稳定时要慎重服用。容积性缓泻剂不会进入乳汁。大剂量番泻叶可进入乳汁引起婴儿腹泻和幼儿肠绞痛。

(3) **儿童** 高纤维饮食和足量饮水是第一位的。避免过量奶制品。如增加纤维素和饮水无效，可给予缓泻剂(最好口服)。没有哪一类药物最好的证据。尽早开始治疗是重要的，因为慢性便秘可导致巨直肠、嵌塞和粪便溢出而弄脏内裤。为预防粪便嵌塞复发，可长期使用大便软化剂。规律用药是重要的，因为奸邪间断用药可引起复发。

(4) **糖尿病患者** 对那些不能或不愿意增加膳食纤维的患者，容积性泻剂是安全有效的。糖尿病患者应避免缓泻剂如乳果糖和山梨糖醇，因为其代谢产物可影响血糖水平，尤其在 1 型糖尿病患者。

(5) **临终关怀** 在疾病晚期，预防便秘是极为重要的。预防脱水和预防性使用缓泻剂是重要的。如果粪便硬，直肠充盈，推荐饮水基础上用丹蒽醌、甘油栓剂或多库酯钠导泻。如果粪便较软，可用刺激性泻剂如番泻叶或比沙可啶。如果结肠充盈并有肠绞痛，可用大便软化剂如多库酯钠。如无肠绞痛，推荐用丹蒽醌，也可用聚乙二醇。乳果糖可代替多库酯钠，但可能可引起浮肿和体位性低血压(液体转移至肠道)。

(6) **旅行** 许多人，尤其是女性，由于旅游打乱了正常的饮食和排便习惯会出现便秘。提早规律饮食和增加蔬菜和水果(额外增加)的食用有助于预防便秘，如果可能，同时服用渗透性缓泻剂(乳果糖，聚乙二醇等)。

(7) **子宫切除术后便秘** 骨盆手术后可出现便秘。子宫切除术引起的骨盆底粘连和骨盆神经的损伤可能是子宫切除术后便秘的原因。有必要进

行前瞻性观察来研究新的神经保留技术能否明显减少便秘的产生。

## 结 论

目前便秘治疗措施有效性的证据是有限的，容积性泻剂并非总是有效的，甚至可引起一些患者出现粪便阻塞。聚乙二醇溶剂应用越来越广泛。粪便软化剂常有效。刺激性泻剂如番泻叶、芦荟和丹蒽醌的安全性目前仍有争议。新型药物治疗选择主要集中在刺激巨大移行性收缩波的 5-羟色胺 4 受体激动剂上。主要的治疗方法是，在开始服用泻剂治疗前，改

变生活方式和饮食习惯。

## 预 防

- 知道什么样的情况排便是正常的，不要滥用泻剂
- 食用平衡膳食包括麦麸、全麦、新鲜水果和蔬菜。
- 足量饮水
- 规律运动
- 留出充裕的时间，保证排便时不受干扰
- 及时排便

（王伟岸, 胡品津 译）

注：本指南是由世界胃肠组织（World Organisation of Gastroenterology ， OMGE）指南和出版委员会制订和认可的。英文原文见 OMGE 网站 [www.worldgastroenterology.org](http://www.worldgastroenterology.org)。