

文章编号:1005-6947(2005)03-0215-03

· 综述 ·

顽固性慢性传输性便秘的诊断和外科治疗

陈志康 综述 陈子华 审校

(中南大学湘雅医院 普通外科, 湖南 长沙 410008)

摘要: 顽固性慢性传输性便秘是一种常见的慢性肠道疾病, 病因不明, 常规检查手段众多, 但易受到人们的忽视, 以往的治疗均为单纯的内科保守治疗, 对重症者治疗较为棘手且效果不佳。而近年来, 对内科处理失效后的病人采用外科手术的方法效果明显, 也越来越受到肯定。笔者着重对该病的诊断和外科治疗作一综述。

关键词: 便秘/诊断; 便秘/外科学; 综述文献

中图分类号: R442.2; R574.62

文献标识码: A

便秘包括排便困难、排便次数减少或两者兼有, 而排便困难可由于粪便的体积异常(体积过大或过小), 质地异常或排便过程异常, 包括出口梗阻等引起; 而排便次数减少往往由于结肠传输功能减弱所致^[1]。

便秘十分常见, 在西方国家发病率为2%~27%, 往往是女性多于男性^[2-4], 并可引起腹胀、腹痛、食欲下降等症状。在起始阶段大多数患者症状较为轻微且发作较少, 通过调整饮食和内科药物处理, 大多数患者可得到有效控制, 但也有一部分转变为慢性、难治性。一般将药物治疗不能控制症状或停药后症状反复发作且超过3~6个月者称为顽固性便秘或习惯性便秘。导致便秘产生的因素包括结肠的运动传输能力、排便反射弧的完整性、粪便的体积和质地、盆底的结构和功能、以及结直肠的器质性病变、神经内分泌功能状况和药物的干扰等。对于习惯性便秘而言, 放射学与内镜检查往往不能发现结、直肠和肛管有明显的器质性病变, 所以长期以来一

直以内科治疗为主。长期服用刺激性泻剂, 可使部分患者在停药后出现反弹, 症状加重, 药物治疗失效而需要外科手术治疗, 但外科手术往往由于疗效不佳而一直未能得到应有的发展。随着对该疾病认识的进一步加深, 以及肛管直肠生理学的进展和对肛管直肠检测手段的日益完善, 对结、直肠、肛管功能及慢性便秘的病理生理和发病机制有了进一步的了解, 也使得外科手术更具有针对性, 疗效更加确切。

慢传输型便秘(slow transit constipation, STC)是以结肠运动功能减弱为特征的一类顽固性便秘, 表现为粪便在结肠中的传输速率异常减慢、无便意、大便次数明显减少。患者常有典型的便秘, 伴或不伴腹胀, 常无直肠胀满感, 排便常是自发的。

1 病因和病理

病因尚未完全明确, 往往与多种因素有关, 一些全身性疾病、神经内分泌的异常和药物等均可引起便秘的发生。再者, 组织学的研究发现在STC患者的结肠中, 往往有肠壁肌间神经节细胞减少、缺如或神经丛萎缩变性等神经损害改变^[5]。而这类肠壁神经结构的损害, 可能是先天性的或与长期服用含萘醌类物质的泻剂刺激肠壁有关。也有作者^[6]认为由于血管活性肠肽、P物质和一氧化氮的异常改变

可能导致结肠出现过度的节段性蠕动, 而有效的推动性运动减弱, 从而导致慢性传输性便秘的发生。最近又有研究^[7]指出, STC患者结肠对以5-HT₃为递质的刺激缺乏收缩反应, 认为结肠运动的神经反射调节异常可能是其发病的机理。此外, 研究^[8]发现, 在STC患者结肠壁内, 结肠间质细胞(Cajal细胞)的数量明显较正常减少, 而Cajal细胞是维持正常结肠运动必需的。

2 诊断

罗马II诊断标准^[9]: 在1年内(不服用药物的情况下)只要有12周的时间出现下述2种或2种以上的表现即可诊断便秘: (1)每周排便少于3次; (2)超过25%的排便为硬便; (3)超过25%的排便有排便不尽感; (4)超过15%的排便有过度用力; (5)需要用手帮助排便。

3 检查

3.1 结肠传输功能检查

3.1.1 不透X线的标志物传输试验

该法用来测定结肠传输时间, 具有操作简单、无创、可重复, 对客观条件要求不高, 在各级医院均可开展等优点。包括一次口服、多次摄片法和分次口服、一次摄片法。试验结果可有正常, 局限于某段结肠延迟, 全结肠延

收稿日期: 2004-11-12;

修订日期: 2004-12-20。

作者简介: 陈志康(1974-), 男, 浙江上虞人, 中南大学湘雅医院主治医师, 硕士, 主要从事胃肠疾病方面的研究。

通讯作者: 陈志康 电话: 13973114538;

E-mail: chenzk1974@Yahoo.com.cn。

迟3种情况。在正常人群中,结肠传输时间一般不超过72h,但在实验前,应给病人予高纤维饮食,而不能灌肠或服用泻剂及可影响肠道蠕动的药物。一般而言,服用标志物120h后仍有20%以上的标志物滞留体内即说明有延迟^[10,11]。

3.1.2 闪烁扫描传输试验^[12,13]

Tc⁹⁹标记颗粒可用以检测从胃到小肠的传输时间,而In¹¹¹则可以检测从回盲部至直肠的传输时间,两者合用可了解整个消化道传输时间,亦可了解某一段肠管的传输情况。缺点为操作较为复杂,客观操作条件要求较为苛刻,且该两种元素均具有放射性,需要一定的设备和条件方能开展。

3.2 盆底生理学检查

3.2.1 肛管直肠测压

肛管静息压(指内括约肌平时静息状态下所测得的压力)、收缩压(外括约肌最大限度收缩时的压力)、肛管直肠抑制反射(在直肠内放置气囊进行扩张时的肛门外括约肌松弛情况)和直肠顺应性检查^[14]。肛管静息压的升高往往说明有肛门括约肌的不协调收缩或有肛裂的存在。

3.2.2 排粪造影

这种检查可观察到静息状态和排便状态下的肛管解剖结构,可以发现隐匿的直肠内脱垂、直肠前突、乙状结肠膨出、耻骨前肌综合征^[14]。

4 治疗

4.1 基础治疗

本病属于功能性疾病,大部分患者可通过内科治疗而得到永久性缓解。包括:(1)调整饮食,多喝水,多吃高纤维性食物。一般要求在疾病初始阶段就进行,每天摄入的纤维素应在原有基础上增加20~25g/d^[15];(2)停止使用刺激性泻剂,如含有大黄、番泻叶、酚酞等制剂的药物,必要时可改用溶剂性泻剂如含有纤维素的制剂和硫酸镁等,也可以给予灌肠处理;(3)可适当应用含双歧杆菌的制剂及胃肠动力药物等治疗;(4)如

伴出口梗阻性便秘时应做盆底训练、生物反馈治疗等^[16,17];(5)改变不良生活方式,增加活动;(6)心理辅导,避免焦虑和精神紧张。

4.2 外科治疗

4.2.1 手术适应证

(1)证实结肠无张力;(2)无出口梗阻的证据;(3)肛管有足够的张力;(4)无明显的焦虑、抑郁等精神症状;(5)无胃肠道其他运动失调的征象^[18]。(6)系统药物治疗和其他综合治疗无效,患者有强烈的手术要求;(7)无明显解剖的和器质的病变。一般而言,如病例选择得当,有效率可达80%~90%^[19,20]。

4.2.2 手术方式的选择

(1)全结肠切除、回-直肠吻合,适用于结肠无张力的患者;(2)结肠次全切除、盲肠-直肠吻合术,适用于局限性结肠无力症患者,也是目前较为常用的一种手术方式;(3)结肠部分切除术,如左半结肠和乙状结肠切除等,但往往达不到理想的效果,现已基本摒弃不用。

4.2.3 术后并发症及处理

(1)粘连性肠梗阻:是手术后最常见的并发症,发生率约为7%~50%^[20,21],大多数可通过保守治疗而得到缓解,术中尽可能多的保留大网膜对预防粘连性肠梗阻有一定的意义,此外,术中彻底止血,减少创面分离结扎次数,保留反折以上直肠均有一定的预防意义。(2)术后腹泻:其发生率在30%左右^[19]。易在全结肠切除的患者中和术后开始数天内发生,腹泻可较为严重,但通过应用易蒙停可得到有效控制,术后1~2个月内大便可控制在1~3次/d,并可逐渐停药^[22]。(3)便秘复发:其发生率为10%~21%^[20,23],多见于结肠部分切除和次全切除术患者,将术式改为全结肠切除加回-直肠吻合后症状可缓解,对于少部分做了全结肠切除术后仍复发便秘的患者,如保守治疗无效,可选择直肠切除、回肠造口或回肠肛管吻合术,效果满意。(4)巨结肠症,较为少见。

4.2.4 手术失败的原因

多为手术适应证把握不严,术前未做盆腔检查,没有发现盆底功能异常,将伴有出口梗阻的患者仅做全结肠切除而未解决梗阻,以及未能正确评估患者全肠道动力情况等。

便秘是一个十分复杂的问题,其病因多样,应根据不同的病因选择合适的治疗方案。绝大多数慢性便秘患者不需要手术治疗^[20],虽然部分顽固性便秘的患者适合手术治疗,且常可获得较为满意的疗效,但术后腹泻、便秘复发、粘连性肠梗阻等的发生依然是外科治疗面临的主要问题^[24]。且术后腹痛、腹胀情况也可能依然存在,尤其是那些术前主诉为腹痛的患者,术后症状可能依然存在。对精神负担较重,期望值较高的患者术前更应加以说明。另外,在决定手术前,必须首先了解患者有无解剖性的、器质性、及结肠外病因所致的慢性便秘,如有应一并在手术中予以纠正。

参考文献:

- [1] Mellgren A. Diagnosis and treatment of constipation [J]. *Eur J Surg*, 1995, 161(9): 623-634.
- [2] 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.
- [3] 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.
- [4] Vicente Garrigues, Consuelo Gálvez, Vicente Ortiz, *et al.* Prevalence of constipation: agreement among several criteria and evaluation of the diagnostic accuracy of qualifying symptoms and self-reported definition in a popula-

- tion-based Survey in Spain [J]. *Am J Epidemiol*, 2004, 159 (3): 520 - 526.
- [5] 高峰,张胜本,张连阳,等.慢性传输型便秘乙状结肠壁内神经肽能神经递质变化及意义[J].第三军医大学学报,1997,6(5):451-453.
- [6] Cortesini C, Cianchi F, Infantino A, *et al.* Nitric oxide synthase and VIP distribution in enteric nervous system in idiopathic chronic constipation [J]. *Dig Dis Sci*, 1995, 40 (11): 2450 - 2455.
- [7] Bjornsson ES, Chey WD, Hooper F, *et al.* Impaired gastrocolonic response and peristaltic reflex in slow-transit constipation: role of 5-HT₃ pathways [J]. *Am J Physiol Gastrointest Liver Physiol*, 2002, 283(2): G400 - 407.
- [8] Lyford GL, He CL, Soffer E, *et al.* Pan-colonic decrease in interstitial cells of Cajal in patients with slow transit constipation [J]. *Gut*, 2002, 51(4): 496 - 501.
- [9] Locke GR, Pemberton JH, Philips SF. American gastroenterological association medical position statement: guidelines on constipation [J]. *Gastroenterology*, 2000, 119(6): 1761 - 1766.
- [10] Metcalf AM, Philips SF, Zinsmeister AR, *et al.* Simplified assessment of segmental colonic transit [J]. *Gastroenterology*, 1987, 92 (1): 40 - 47.
- [11] Pelsang RE, Rao SS, Welcher K. FECOM: a new artificial stool for evaluating defecation [J]. *Am J Gastroenterol*, 1999, 94 (1): 183 - 186.
- [12] Stivland T, Camilleri M, Vassallo M, *et al.* Scintigraphic measurement of regional gut transit in idiopathic constipation [J]. *Gastroenterology*, 1991, 101(1): 107 - 115.
- [13] Eising EG, von der Ohe MR. Differentiation of prolonged colonic transit using scintigraphy with indium-111-labeled polystyrene pellets [J]. *J Nucl Med*, 1998, 39 (6): 1062 - 1066.
- [14] Lembo A, Camilleri M. Chronic constipation [J]. *N Engl J Med*, 2003, 349 (14): 1360 - 1368.
- [15] NJ Talley. Management of chronic constipation [J]. *Rev Gastroenterol Disord*, 2004, 4(1): 18 - 24.
- [16] Chiotakou F, Faliakou E, Kamm MA, Roy AJ, *et al.* Biofeedback provide long-term benefit for patients with intractable slow and normal transit constipation [J]. *Gut*, 1998, 42 (4): 517 - 521.
- [17] Bassotti G, Chistolini F, Sietchiping-Nzepa F, *et al.* Biofeedback for pelvic floor dysfunction in constipation [J]. *BMJ*, 2004, 328 (7436): 393 - 396.
- [18] Rex DK, Lappas JC, Goulet RC, *et al.* Selection of constipated patients as subtotal colectomy candidates [J]. *J Clin Gastroenterol*, 1992, 15 (3): 212 - 217.
- [19] Lubowski DZ, Chen FC, Kennedy ML, *et al.* Results of colectomy for severe slow transit constipation [R]. *Dis Colon Rectum*, 1996, 39 (1): 23 - 29.
- [20] Alves A, Coffin B, Panis Y. Surgical management for slow-transit constipation [R]. *Ann Chir*, 2004, 129 (8): 400 - 404.
- [21] Pikarsky AJ, Singh JJ, Weiss EG, *et al.* Long-term follow-up of patients undergoing colectomy for colonic inertia [J]. *Dis Colon Rectum*, 2001, 44 (2): 179 - 183.
- [22] 童卫东,刘宝华,张胜本,等.顽固性慢传输性便秘的外科治疗及病因研究[J].中华胃肠外科杂志,2002,5(4):266-268.
- [23] Lahr SJ, Lahr CJ, Srinivasan A, *et al.* Operative management of severe constipation [J]. *The American Surgeon*, 1999, 65 (12): 1117 - 1123.
- [24] Pfeifer J, Agachan F, Wexner SD. Surgery for constipation [J]. *Dis Colon Rectum*, 1996, 39(4): 444 - 460.

第十六届全国普通外科新进展学习班暨学术研讨会征文通知

由中国普通外科杂志社,湖南省医学会普通外科专业委员会,中南大学湘雅医院,广西柳州市人民医院联合举办的第十六届全国普通外科新进展学习班暨学术研讨会定于2005年6月1日~4日在广西省柳州市召开。会上有国内著名专家作专题报告,参加者可获国家继续教育学分,欢迎参加及投稿。现将有关事宜通知如下:

1. 征文范围:(1)普外基础与临床研究;(2)普外临床新技术、新进展;(3)普外临床实践总结及技术改进;(4)作者认为有必要提供大会讨论的内容
2. 征文要求:未正式发表过的论文,另附摘要500~800字,打印或抄写整洁并加盖公章或附单位证明
3. 论文待遇:(1)录用的论文用于会议大会发言或书面交流;(2)优秀论文将在《中国普通外科杂志》优先发表
4. 截稿日期:2005年5月15日
5. 来稿地址:湖南省长沙市湘雅路87号中国普通外科杂志编辑部 信封上请注明“会议征文”字样