

大便失禁的治疗经验

【关键词】 大便失禁； 非手术治疗； 产后； 心理干预

大便失禁非手术治疗的分阶段评估和全程管理

姚一博 董青军 王琛:上海中医药大学附属龙华医院肛肠科,上海 200032

通信作者:姚一博,Email: elevenzoe@163.com

基金项目:国家自然科学基金面上项目(82074441)

DOI: 10.3760/cma.j.cn441530-20231023-00143

收稿日期 2023-10-23 本文编辑 王静

引用本文:姚一博,董青军,王琛.大便失禁非手术治疗的分期评估和全程管理[J].中华胃肠外科杂志,2023,26(12):1143-1144. DOI: 10.3760/cma.j.cn441530-20231023-00143.



大便失禁的病因较多,与肛门括约肌和盆底肌肉组织、直肠贮存功能、粪便稠度和神经功能(例如,结肠传输和运动、心理认知和感觉运动功能)的改变有关^[1]。大便失禁治疗的重点主要为针对病因的治疗。非手术治疗被推荐作为大便失禁患者的一线治疗,20%~54%的患者通过饮食习惯和结构的管理或经药物治疗后,症状能够有所改善^[2]。目前,临床对于大便失禁的非手术治疗方法主要包括饮食、生活方式和排便习惯的改变、药物治疗、盆底肌肉训练、生物反馈治疗、肛门插入装置以及经肛门冲洗等^[3]。但对于治疗方案的选择大部分是基于医生的经验,往往缺少症状的记录和量表的评估,药物治疗的选择较为随意。而在治疗过程中又缺少对于非手术治疗患者治疗效果的分阶段评估和全过程管理以及跟踪随访,极大地影响了对于大便失禁患者非手术治疗效果的评价。

如何能够从规范的非手术治疗方案中获益,改善大便失禁患者的临床症状,或者为进一步手术治疗提供可靠的基线数据?笔者认为需要关注以下几个方面。

一、基于病史采集、体格检查和量表评估来确定个体化分阶段治疗方案

大便失禁患者的初次评估应该包含3个方面:病史采集、体格检查以及量表的评估。病史采集能够预测大便失禁发生因素,应尽可能详细完善,推荐采用结构化病史。可以根据患者的主诉对于大便失禁进行初步的分类,区分是被动性失禁(无意识排出)、急迫性失禁(尽管积极尝试保留直肠内容物,但仍排出)、充盈性大便渗漏(大便渗漏,但排出及控便功能正常)^[4]。关注大便失禁患者的肠道功能情

况,是否存在腹泻、便秘或者肠易激综合征,这对于大便失禁患者治疗非常重要。

体格检查是大便失禁患者评估的重要组成部分,能够有效地发现失禁病因,也可以识别一些导致失禁的病理因素。肛门直肠指检可评估肛管的张力、均匀性、对称性和长度,肛门直肠角度,肛门括约肌和耻骨直肠肌的收缩情况,并确认是否存在异常直肠内情况,如粪便嵌塞、残留粪便等。老年患者直肠敏感性下降,大量粪便滞留,可能发生粪便嵌塞,引起内括约肌反射性松弛,导致溢出性失禁^[5]。应通过施加腹压明确肌肉的放松情况。可使用数字直肠检查评分系统评分评估和记录肛门指检的相关数据^[6]。

量表的评估能够从不同维度反映大便失禁患者的失禁症状严重程度和生活质量以及心理状况。比如Wexner评分用于评估大便失禁的症状严重程度,而Vaizey评分补充了对于粪便紧迫性的评估。在研究中应该尽可能让患者完成多重量表的评估,针对不同程度的症状,才能采用更有针对性的方案。并且在治疗全过程,分阶段重复使用量表评估,能够从主观的数据中提取有效数据来指导临床治疗。

结合细化的病史采集、量化的肛门指检以及多个量表的综合评估,能够较为全面地明确大便失禁患者的可能发病因素、症状严重程度以及心理状态现状,为下一步分阶段非手术治疗方案的制定提供参考依据。

二、中西医结合多模式、分阶段治疗有助于提高临床疗效

大便失禁患者的临床治疗在不同的国家地区,甚至不同的医院,都具有较大的差异。非手术治疗方案的确定主要是依据患者的发病因素,结合前期病史采集、局部查体评估、量表的评价为前提,开展分阶段的综合治疗。治疗方式除了指南推荐的方式外,中医药及针灸治疗也在大便失禁的临床治疗中发挥重要的作用。

药物疗法可作为轻、中度大便失禁患者的初期治疗。基于患者的肠道功能,给予肠蠕动抑制剂、肠黏膜保护剂以及微生物制剂改善临床症状。例如,采用阿片受体激动剂洛哌丁胺减少肠道蠕动,缓解腹泻症状,改善失禁程度;或者通过补充膳食纤维改善粪便质地;但是止泻药物的使用可能会引便秘,而导致直肠段粪便的滞留,出现粪便嵌塞的情况。中医药在治疗肠道疾病中具有辨病与辨证结合,“以证统病,异病同治”的优势”。在大便失禁患者肠道功能的治疗中,能够“脑肠同调”,同时改善胃肠道症状和情绪问题。

在基础治疗和药物治疗效果不佳时,主张开展多模式联合治疗,包括盆底训练、生物反馈疗法、针灸治疗等单独

或者联合使用。有证据证实,盆底肌自主训练能为患者肛门功能的改善带来获益^[7]。生物反馈治疗作为行为疗法会受到主观因素的影响。一项基于亚洲人群生物反馈治疗大便失禁的临床数据显示,137例患者中68.6%在生物反馈治疗后Wexner评分有所改善,平均评分从基线7.95分下降到治疗后5.35分,差异具有统计学意义^[8]。与单独进行盆底肌肉训练相比,盆底肌肉训练和生物反馈的组合显示出更好的治疗结果,同时肛门直肠电刺激可以增加患者生物反馈的获益^[9]。针灸治疗大便失禁能有效改善大便失禁评分及生活质量评分,文献报道临床有效率在80.0%~98.8%^[10];是独具中国特色的非手术治疗方法。近年来,针刺联合盆底功能训练以及生物反馈治疗各类型大便失禁的文献报道较多,但证据级别不高。

目前笔者所在的中心开展大便失禁的分阶段综合治疗,第一阶段以基础治疗和中西结合药物治疗为主,一般治疗3~6个月,进行第一阶段评估;第二阶段在基础治疗和药物治疗的前提下,开展针灸联合或者不联合生物反馈治疗,4周为一疗程,进行全面评估。

三、重视大便失禁非手术治疗的全过程管理和评估

大便失禁的发病因素多样,治疗目标在于缓解症状的同时,改善患者的生活质量。治疗的全程需要重复多次进行治疗效果的评价。需要根据患者的临床症状及体征的变化进行治疗模式的调整。需要具有结构化病史采集、专科医生、专科护士的团队进行患者个体化的管理和评估^[11]。

综上,非手术疗法在大便失禁的治疗中占据重要的地位。规范的分阶段的治疗方案的制定以及治疗全过程的评估和管理有助于提高非手术治疗的临床疗效。中西医结合的治疗方法能够为患者提供更多的选择和机会。

利益冲突 所有作者均声明不存在利益冲突

参 考 文 献

- [1] Maeda K, Yamana T, Takao Y, et al. Japanese practice guidelines for fecal incontinence part 1-definition, epidemiology, etiology, pathophysiology and causes, risk factors, clinical evaluations, and symptomatic scores and qol questionnaire for clinical evaluations-english version[J]. J Anus Rectum Colon, 2021, 5(1): 52-66. DOI: 10.23922/jarc.2020-057.
- [2] Bliss DZ, Savik K, Jung HJ, et al. Dietary fiber supplementation for fecal incontinence: a randomized clinical trial[J]. Res Nurs Health, 2014, 37(5): 367-378. DOI: 10.1002/nur.21616.
- [3] Maeda K, Mimura T, Yoshioka K, et al. Japanese practice guidelines for fecal incontinence part 2-examination and conservative treatment for fecal incontinence-english version[J]. J Anus Rectum Colon, 2021, 5(1): 67-83. DOI: 10.23922/jarc.2020-079.
- [4] Jiang AC, Panara A, Yan Y, et al. Assessing anorectal function in constipation and fecal incontinence[J]. Gastroenterol Clin North Am, 2020, 49(3): 589-606. DOI: 10.1016/j.gtc.2020.04.011.
- [5] Muñoz-Yagüe T, Solís-Muñoz P, Ciriza de los Ríos C, et al.

Fecal incontinence in men: causes and clinical and manometric features[J]. World J Gastroenterol, 2014, 20(24):7933-7940. DOI: 10.3748/wjg.v20.i24.7933.

- [6] Orkin BA, Sinykin SB, Lloyd PC. The digital rectal examination scoring system (DRESS) [J]. Dis Colon Rectum, 2010, 53(12): 1656-1660. DOI: 10.1007/DCR.0b013e3181f23c85.
- [7] Norton C, Chelvanayagam S, Wilson-Barnett J, et al. Randomized controlled trial of biofeedback for fecal incontinence[J]. Gastroenterology, 2003, 125(5): 1320-1329. DOI: 10.1016/j.gastro.2003.09.039.
- [8] Ng W, Chok AY, Ng YY, et al. Efficacy of biofeedback therapy for faecal incontinence in an Asian population[J]. ANZ J Surg, 2023, 93(5): 1262-1266. DOI: 10.1111/ans.18131.
- [9] Arnouk A, De E, Rehfuß A, et al. Physical, complementary, and alternative medicine in the treatment of pelvic floor disorders[J]. Curr Urol Rep, 2017, 18(6):47. DOI: 10.1007/s11934-017-0694-7.
- [10] 赵雨, 罗云婷, 闫江华等. 针灸治疗功能性大便失禁: 随机对照研究[J]. 中国针灸, 2015, 35(7): 665-669. DOI: 10.13703/j.0255-2930.2015.07.008.
- [11] 美国结直肠外科医师协会临床实践指南委员会, 丁曙晴, 周惠芬, 等. 美国结直肠外科医师协会临床实践指南: 大便失禁的治疗[J]. 中华消化外科杂志, 2015, 14(10): 800-805. DOI: 10.3760/cma.j.issn.1673-9752.2015.10.002.

产后肛门失禁的评估和治疗

竺平: 南京中医药大学附属医院(江苏省中医院)肛肠科, 南京 210029

Email: zhuping1978@163.com

DOI: 10.3760/cma.j.cn441530-20231122-00189.

收稿日期 2023-11-22 本文编辑 王静

引用本文: 竺平. 产后肛门失禁的评估和治疗[J]. 中华胃肠外科杂志, 2023, 26(12): 1144-1145. DOI: 10.3760/cma.j.cn441530-20231122-00189.

手术阴道分娩和肛门括约肌裂伤是育龄妇女肛门失禁的重要危险因素。阴道分娩后肛门失禁的发病率为11%~25%^[1]。出于尴尬等原因,患者往往不会主动向医生描述这些症状,因此肛门失禁的真实发生率很可能被严重低估。与肛门失禁伴发的大便急迫和尿失禁,会使妇女无法正常参与工作和社交。幸运的是,多数产后肛门失禁会随着时间的推移而缓解或改善。肛门失禁涉及肛门括约肌张力与阴部神经功能之间复杂的交互作用。产后肛门失禁的危险因素包括手术分娩史(产钳或真空吸引器)和肛门括约肌裂伤。娩出巨大儿和会阴正中切开更容易发生Ⅲ度和Ⅳ度会阴裂伤。即使会阴外观完整,产后6周的初产妇中,有35%的患者存在肛门内、外括约肌的隐匿性损伤^[2]。本文分享产后肛门失禁评估和治疗中的一些经验,以供临床参考。

