

大便失禁的整合医学模式:东西方经验的思考

丁曙晴

美国西北健康科学大学针灸与中医系,明尼苏达 55431

Email: sding@nwhealth.edu

【摘要】 大便失禁已成为全球性健康问题,本文通过阐明其概念的内涵和外延,汲取国际上近 30 年系统研究形成的多学科共识及指南的经验和作者的思考,探讨大便失禁的整合医学模式,旨在提高大便失禁患者的整体康复质量。该整合医学模式以患者为中心,重视患者在治疗决策中的作用,并认识到患者报告结果的价值,引入包括盆底症状初步测量工具(IMPACT)在内的跨学科评估工具,有望提高临床实践和研究水平。此外,学习国际指南的经验,为整合包括针灸在内的不同学科力量,制定符合中国国情的共识指南提供参考。

【关键词】 大便失禁; 整合医学; 针灸

Integrative medicine for fecal incontinence: reflections on eastern and western experiences

Ding Shuqing

Department of Acupuncture and Traditional Chinese Medicine, Northwestern Health Science University, Minnesota 55431, USA

Email: sding@nwhealth.edu

【Abstract】 Fecal incontinence has emerged as a global health concern. This article explores an integrative medical model for fecal incontinence by illustrating its conceptual framework and scope, drawing from multidisciplinary consensus and guidelines developed over the past three decades, both internationally and through personal reflection. This integrative medical model is patient-centered, emphasizes the patient's role in treatment decision-making, and recognizes the value of patient-reported outcomes measure. The incorporation of multidisciplinary assessment tools such as the IMPACT scale promises to enhance the standards of clinical practice and research. Furthermore, learning from international guidelines provides insights into interdisciplinary forces, including acupuncture, to formulate consensus guidelines that align with the unique healthcare landscape in China.

【Key words】 Fecal incontinence; Integrative medicine; Acupuncture

大便失禁已成为全球性健康问题,尤以女性常见。由于其定义和研究方法的差异,发病率从 1.4%~18.0% 不等,老年人甚至可高达 50%^[1]。大便失禁病因复杂,症状重叠,国外近 30 年的系统研究已形成多学科合作的共识,其基础和临床研究成果汇集在国际失禁学会(International Continence Society, ICS)的专家咨询委员会(由 23 个学科

150 位专家组成)编写的《失禁》一书中,内容丰富^[2]。近年美国^[1]和欧洲^[3]均更新了大便失禁的临床指南。随着人口老龄化加剧和医疗需求的增长,我国临床医生对大便失禁的关注日益增加,中国专家共识^[4]随之发布。

我国在这一领域的研究尚不成体系,患者也因羞于提及而不愿就医,无法获得适当的治疗,严重

DOI: 10.3760/cma.j.cn441530-20231010-00123

收稿日期 2023-10-10

本文编辑 王静

引用本文:丁曙晴.大便失禁的整合医学模式:东西方经验的思考[J].中华胃肠外科杂志,2023,26(12):

1122-1125. DOI: 10.3760/cma.j.cn441530-20231010-00123.



影响其生活质量。多学科合作解决复杂盆底问题已成为共识,但是如何有效合作仍在不断探索中。在身心医学模式下,以患者为中心的整体照护已被证明,在改善患者预后和协调护理方面具有显著功效。本文通过学习汲取国际上近 30 年系统研究形成的多学科共识及指南进行总结和思考,探讨大便失禁的整合医学模式,旨在提高患者的整体康复质量。

一、大便失禁的内涵和外延

大便失禁(fecal incontinence)通常被定义为原先能够控制排便的个体,在至少 3 个月内出现非自愿性排便失控的症状。当侧重强调与肛门直肠相关的病因时,也称为肛门失禁(anal incontinence)。由于病耻感,患者就诊时常使用和大便失禁相关的一些含糊词汇来描述症状,如“腹泻”“污粪”“偶尔失控”“便急”等。然而,此类患者通常不仅仅面临粪便失控的问题,还常伴随排便困难、尿失禁、盆腔器官脱垂等其他盆底结构和功能障碍,构成所谓的“冰山”症候群^[5]。由于这些症状涉及多个学科,常被患者和医生忽视,从而影响临床治疗的整体决策^[6]。笔者团队在 2015 年和 2017 年分别观察了以排便功能障碍^[7]和以慢性肛门直肠痛^[8]为主诉至肛肠科就诊的两组女性患者各 100 例,结果发现,两组中均有超过 80% 的患者同时出现两种或两种以上的盆底症状,其中大便失禁均占 10%。由此进一步证实了大便失禁与其他盆底症状之间的重叠性。

这一现象已经引起了临床专家的关注。而欧洲指南的制定由来自多个专业组织不同学科的专家共同完成,包括欧洲胃肠病联合会(United European Gastroenterology, UEG)、欧洲结直肠学会(European Society of Coloproctology, ESCP)、欧洲神经胃肠与动力学会(European Society of Neurogastroenterology and Motility, ESNM)以及欧洲基层医疗胃肠学会(European Society for Primary Care Gastroenterology, ESPCG)^[3]。需要强调的是,为了确保这一指南能够回答患者关注的重要问题,该指南制定工作组还成立了患者咨询委员会,旨在反映大便失禁概念的内涵、外延及患者的意愿在临床决策中的地位,突出以患者为中心的理念。欧洲指南适用于各学科临床工作者及患者参考,因此其侧重于大便失禁的广义概念,以症状为主^[3];而美国指南由美国结直肠外科医师协会制定,面向专科医生以手术为主的临床决策,因此其侧重于大便失禁的狭义概念,以疾病为主^[1]。

二、患者报告结果的量表是临床评估的工具

大便失禁的潜在病因复杂,症状重叠。通过患者报告结果的量表,可以最有效地获得患者症状严重程度的主观体验以及对健康相关生活质量影响的数据,有助于确定基线症状、指导临床决策并比较各种治疗方法,其对盆底疾病的实用性已得到证实^[9-10]。随着以疾病为中心的生物学模式向以患者为中心的整合医学模式的转变,将患者视为身体、精神心理和情感健康的整体,患者报告结果测量(patient reported outcome measure, PROM)工具的使用变得越来越重要。

患者报告结果的量表是医生根据患者提供的信息,获得标准化数据的高效工具,以分析可能的大便失禁风险因素,为诊断和治疗决策提供依据,也是疗效评估的工具。我们以常用的 Wexner 大便失禁评分为例,美国指南中提到,如果得分超过 9 分(总分 20 分),通常表示患者的生活质量明显受到影响,这是患者寻求医疗帮助的阈值^[1]。笔者团队曾对 122 例大便失禁患者采用 Wexner 大便失禁评分进行分析,治疗前的评分为(10.2±3.9)分,治疗后为(3.8±3.7)分,证实该评分可以作为不同国家患者临床评估的工具^[11]。

患者报告结果的量表也是多学科合作背景下全面收集临床数据的工具。美国结直肠外科医师协会盆底多学科联盟(Pelvic Floor Disorders Consortium, PFDC)、国际失禁协会(International Continence Society, ICS)、美国妇科泌尿学会(American Urogynecologic Society, AUGS)、尿动力学会以及女性盆底泌尿重建手术学会,因此共同开发并发布了患者报告的盆底症状初步测量工具(initial measurement of patient-reported pelvic floor complaints tool, IMPACT)系列量表,共包括 5 张量表^[12],排便功能评估量表是其中的一部分,共包含 12 个问题,整合了常用的 Wexner 大便失禁评分和 Vaizey 大便失禁评分的项目,同时也包括了与粪便性状和便秘相关的问题,补充了上述量表的不足,医生不仅可全面了解患者的大便失禁症状,还可了解大便失禁合并尿失禁、盆腔器官脱垂和性功能障碍等症状,有分有合,避免因为不同就诊科室而漏诊其他合并症状,从而获得全面评估。这一工具的设计融合了各种相关量表的关键条目,限制了问题数量,减轻了患者的填写负担,也为多学科从业人员的合作提供了有效的工具。

笔者建议可以将这一工具翻译后进行效度和信度测试以及文化差异的调整后,用于我国大便失禁的临床和研究,将其电子化后易于分发填写,这将有助于评估我国患者的症状和需求,快速获得数据,提高我们临床和多学科合作研究的水平,也可作为我国治疗方案国际对照研究和跨学科合作时的“通用语言”。

三、大便失禁诊疗中的重要共识和启发

虽然美国和欧洲的指南适用范围各不相同,但是这两个指南所形成的共同点和需要强化的重点,给我带来了启发。美国指南主要针对结直肠外科医生的临床实践,为单一学科制定的共识意见^[1];欧洲指南虽然也是专家共识意见,但制定流程中考虑到欧洲医疗体系的分级诊疗流程,专家代表范围广,并重视患者在治疗决策中的意愿^[3]。我国的专家共识主要对标美国指南的形式^[4]。随着我国对大便失禁的重视,不仅需加强临床和基础研究水平,增加自主研究内容,学习制定形成共识意见的流程同样重要。

欧洲指南的制定过程中,先提出临床存在的问题及结果,患者咨询委员会全程参与,以此形成的临床问题作为文献检索的目的、专家共识的条目及证据级别,并在完成临床研究后不断修订补充证据,真正为临床服务^[3]。其诊断评估流程、一线和二线诊断工具的选择、二线非手术和手术治疗的划分及介入时机等,较美国指南更切合临床实际,强调不滥用检测工具和治疗,这些细节是注重患者意愿和成本效益考虑的综合体现。对于常规治疗无效的患者,可以根据推测的异常原因,分层次、有针对性地选择不同的检测方法,并指出由于盆底生理功能的复杂性,检测正常值和异常值间会出现重叠,应结合肛门直肠疾病的临床情况和多因素病因学全面分析,仔细解释检查的结果^[13]。例如,对于准备采用非手术治疗的患者,可选择针对功能学的评价方法,如肛肠测压、肌电检测和经会阴动态超声等;而对于准备采用手术治疗的患者,可选择针对形态学的评估,包括静态和动态的经肛超声或盆腔磁共振,帮助手术的解剖定位。

笔者曾于2011年翻译意大利 Ratto 主编的《大便失禁诊断与治疗》^[14]一书。十多年后,纵比我们的临床及科研现状,笔者以“大便失禁”和“肛门失禁”为关键词,检索中国知网近10年的中文文献,获得的400篇文献中仅有24篇具有参考价值。多

数文献集中在大便失禁的皮肤护理、排便管理方面;非手术治疗的文献以盆底肌康复和生物反馈训练为主;手术治疗的文献包括产伤肛门括约肌修复、骶神经调控和股薄肌移植术等。总体来看,前瞻性研究少,病例数量少,临床研究证据级别较低,与国外还有很大的差距。骶神经调控和括约肌成形术仍是国际大便失禁手术治疗的主要方法,但我国还未广泛开展。

通过对国外指南和文献的学习,笔者的体会是:治疗应以患者为中心,重视对患者的健康教育、与患者讨论其对治疗的需求和预期,制定个性化治疗方案;重视肛门指诊的价值、重视对患者饮食、药物和排便管理;不应过于依赖技术,而应根据患者的特点和需要,研究多种非手术方法的整合以及手术治疗的时机,非手术和手术方案的整合,提高整体康复效果。

除此以外,结合临床实践,笔者认为,在大便失禁的诊疗中应遵循“无伤害”原则,根据患者的能力和意愿,选择灵活多样的方法进行整合。对于指南中作为一线治疗的生物反馈,需要患者的主动配合,训练盆底肌耐力、肌力和感觉运动协调性,重建条件反射,这是一种主动康复方案;对于无法配合生物反馈或疗效不好的患者,可选择结合针灸和电(磁)等多种物理方法,治疗靶点多元,可针对中枢、交感神经和副交感神经及肠神经系统的调节,也可针对抗焦虑抑郁为目的,整合针灸领域的研究成果,亦可针对体质调整,整合中医药、运动康复等重建身心自愈,这是一种被动康复方案;主动和被动康复方案多种组合及选择。在非手术方案中,笔者团队以八髎精准深刺技术(针对骶2至骶4骶后孔至骶前孔)为核心,采用针刺联合生物反馈治疗大便失禁,将主动和被动康复方案相结合,可明显降低患者失禁频率,提高生活质量,疗效持久,患者主观疗效评价满意,获得有效随访的56例患者中,有47例有效,总有效率为83.9%;其中31例(65.9%)患者中位随访35个月,失禁症状改善超过50%^[11]。

对于非手术治疗无效,手术指征明确的患者,手术方案的设计也需要全面及个性化考虑。手术主要目的是针对断裂肌肉的直接修复或基于盆底整体论的针对松弛的耻骨尿道韧带和(或)子宫骶骨韧带的悬吊术^[15]或针对骶丛神经植入电极或因肛门直肠畸形无法修复的患者采用阑尾造口顺行灌洗排空改善症状^[16]等。虽然永久性造口提供了

最后一种选择,但是患者和医生总是避免这一方案,因为造口将产生新的护理负担。

四、整合医学模式的思考

复杂性大便失禁患者需要跨学科合作,传统的单一专科实践已不足以满足患者需求。患者可能有多种潜在原因导致大便失禁,如产伤伴痿及会阴缺损、直肠癌前切除术后综合征、炎症肠病、肠易激综合征、中风、多发性硬化症、帕金森病、脊髓损伤、先天性巨结肠病、肛门直肠畸形和严重焦虑症等。为了改善治疗效果和提高患者生活质量,需要不同学科的医疗专家协同合作。这些学科可能包括妇科、肛肠科、消化科、神经科、小儿外科、精神心理科、针灸科、中医科和护理康复师等。建立多学科或跨学科的“一站式”盆底中心可以促进知识共享,更有效地管理复杂病例。

20 多年来,多学科团队合作的概念已经发展到整合医学的阶段^[17]。为了实现最佳的健康,尊重不同医疗体系的优点和独特贡献,它代表了西医和中医的循证整合。整合医学将患者作为一个整体来考虑,包括身体、心理和情感健康,以及他们的环境和生活方式,其核心是以患者为中心,以提高“全人”生活质量为目的,提供个性化照护,包括医疗和非医疗方式,该模式对患者的预后显著改善。美国的斯坦福盆底健康中心是基于整合医学模式的一个实例,它汇聚了来自 7 个不同领域的专家,共同制定适合患者特定需求的医疗照护计划,其中包括了针刺、推拿、冥想等东方元素。这种模式不仅在美国获得认可,英国政府指南(NICE, 2021)^[18]也鼓励采用类似的模式加强基层医疗的盆底健康管理,患者为自己的健康责任人,优化费效比。整合医学模式为盆底疾病的多学科临床实践和研究提供了新的方向。

对于“盆底整合医学中心”来说,多学科或跨学科的医疗服务提供者还可以有效利用远程医疗平台、通过虚拟和实体的盆底中心相结合的形式,培训医疗团队成员,促进有效的医患沟通和患者教育,结合可穿戴设备的监测,实现数据共享,获得明智的临床决策。这一模式整合多种资源,对于提高大便失禁患者的整体康复质量潜力巨大。

利益冲突 作者声明不存在利益冲突

参 考 文 献

- [1] Bordeianou LG, Thorsen AJ, Keller DS, et al. The American Society of Colon and rectal surgeons clinical practice guidelines for the management of fecal incontinence[J]. Dis Colon Rectum, 2023, 66(5): 647-661. DOI: 10.1097/dcr.0000000000002776.
- [2] Cardozo E, Rovner A, Wagg A, et al. Incontinence 6th edition[M]. Bristol: ICS & ICUD: 2017.
- [3] Assmann SL, Keszthelyi D, Kleijnen J, et al. Guideline for the diagnosis and treatment of Faecal Incontinence-A UEG/ESCP/ESNM/ESPCG collaboration[J]. United European Gastroenterol J, 2022, 10(3): 251-286. DOI: 10.1002/ueg2.12213.
- [4] 中国医师协会肛肠医师分会, 中国医师协会肛肠医师分会肛肠疾病专家委员会, 中国医师协会肛肠医师分会临床指南工作委员会. 排便失禁临床诊治中国专家共识(2022 版)[J]. 中华胃肠外科杂志, 2022, 25(12): 1065-1072. DOI: 10.3760/cma.j.cn441530-20221012-00409.
- [5] Goeschen K, Gold DM. Surgical cure of chronic pelvic pain, associated bladder & bowel symptoms by posterior sling in 198 patients validates the Pescatori Iceberg principle of pelvic symptom co-occurrence[J]. Pelviperineology, 2017, 36(3): 84-87.
- [6] Bordeianou L, Hicks CW, Olariu A, et al. Effect of coexisting pelvic floor disorders on fecal incontinence quality of life scores: a prospective, survey-based study[J]. Dis Colon Rectum, 2015, 58(11): 1091-1097. DOI: 10.1097/DCR.0000000000000459.
- [7] 高丽洁. 以便秘为主诉的女性盆底功能障碍患者症状分布及中医证型[D]. 南京: 南京中医药大学, 2018.
- [8] 张娇娇. 女性功能性肛门直肠痛的盆底功能障碍症状特点及中医证型研究[D]. 南京: 南京中医药大学, 2018.
- [9] Hunt CW, Cavallaro PM, Bordeianou LG. Metrics used to quantify fecal incontinence and constipation[J]. Clin Colon Rectal Surg, 2021, 34(1): 5-14. DOI: 10.1055/s00401714245.
- [10] Habashy E, Mahdy AE. Patient-Reported Outcome Measures (PROMs) in Pelvic Floor Disorders[J]. Curr Urol Rep, 2019, 20(5): 22. DOI: 10.1007/s11934-019-0888-2.
- [11] 周芳玲. 针刺联合生物反馈治疗功能性大便失禁的临床疗效及分析[D]. 南京: 南京中医药大学, 2020.
- [12] Bordeianou LG, Anger JT, Boutros M, et al. Measuring pelvic floor disorder symptoms using patient-reported instruments: proceedings of the consensus meeting of the pelvic floor consortium of the American Society of Colon and Rectal Surgeons, the International Continence Society, the American Urogynecologic Society, and the Society of Urodynamics, Female Pelvic Medicine and Urogenital Reconstruction[J]. Dis Colon Rectum, 2020, 63(1): 6-23. DOI: 10.1097/DCR.0000000000001529.
- [13] Carrington EV, Scott SM, Bharucha A, et al. Expert consensus document: advances in the evaluation of anorectal function[J]. Nat Rev Gastroenterol Hepatol, 2018, 15(5): 309-323. DOI: 10.1038/nrgastro.2018.27.
- [14] Ratto 等著. 丁义江, 丁曙晴, 等译. 大便失禁诊断与治疗[M]. 南京: 江苏科学技术出版社, 2011.
- [15] Papa Petros PE. Cure of urinary and fecal incontinence by pelvic ligament reconstruction suggests a connective tissue etiology for both[J]. Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct, 1999, 10(6): 356-360. DOI: 10.1007/s001920050059.
- [16] 李帅, 汤绍涛, 史雯嘉, 等. 腹腔镜辅助 Malone 手术治疗儿童完全性大便失禁的初步观察[J]. 中国微创外科杂志, 2019, 19(12): 1103-1106. DOI: 10.3969/j.issn.1009-6604.2019.12.012.
- [17] Ding SQ. Integrative medicine for pelvic floor disorders: a conceptual framework. gynecology and obstetrics clinical medicine[J]. 2023, 3(3): 140-146. DOI: 10.1016/j.gocm.2023.07.004.
- [18] NICE. Evidence: pelvic floor dysfunction: prevention and non-surgical management: Guidance[EB/OL]. [2021-12-09] [2023-10-10]. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng210/evidence>.