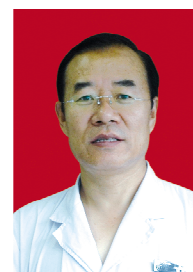


· 述评 ·

儿童功能性便秘诊疗过程的临床思维浅谈

王维林 张树成



王维林 教授

功能性便秘(functional constipation, FC)是指由非器质性原因引起的粪便干结、排便困难、排便次数减少等一组临床症候群。通常指慢性、不合并解剖结构或形态学异常的便秘。所谓功能性只是相对于器质性便秘而言,仅仅是没有或尚未发现其解剖结构或形态学异常而已。随着现代人饮食结构的改变及生活质量的提高,儿童便秘作为影响身心健康发育的重要因素之一日益受到重视。截止 2008 年,我国北方 5 市的一项多中心流行病学调查结果表明,儿童功能性便秘的群体患病率为 4.73%,成为儿童胃肠门诊最常见的病症之一。国际上关于儿童功能性便秘的诊断已相继推出罗马Ⅱ和罗马Ⅲ标准;由于儿童便秘机制复杂,影响因素众多,临床表现个体差异大,导致医生对便秘的病因学和影响因素的准确评估较为困难,临床上缺乏有效的治疗策略;因而在实际诊疗过程中,大多以缓解症状、排空粪便为目的,普遍存在着滥用泻药的治疗倾向;美国胃肠病学会一项调查显示,临床医生给便秘患者开出的处方中约 85%是泻剂。而事实上不是所有的便秘都能通过泻剂达到治疗目标的,滥用泻药极有可能导致对泻剂的依赖而使便秘的治疗更加困难。

随着现代分子生物学、影像学以及生物物理学的快速发展,人们对儿童便秘的病因病理以及临床治疗达成了较多共识:治疗便秘的目的是改善症状,消除病因,恢复正常肠道动力和排便生理功能。强调个体化综合治疗,包括科学的生活管理,培养良好的精神心理状态、合理的饮食结构和正确的排便习惯。由于我国幅员广阔,多数医疗资源集中在大中城市的医疗中心,但大多数便秘患者在基层医疗机构接受诊治,而不同医生对于便秘的认识程度也不一样。鉴于此种情况,2010 年 10 月中华小儿外科学会肛肠学组提出了关于我国儿童功能性便秘的诊治流程。如何理解并正确运用儿童功能性便秘的诊治流程,制定合理的个体化治疗方案,仍有几点需要说明。

一、重视客观检查在便秘分型中的综合运用

便秘的正确分型是有效治疗的中心环节,根据便秘的症状和检查分为结肠慢传输型便秘(slow transit constipation, STC)、出口梗阻型便秘(outlet obstructive constipation, OOC)和混合型便秘。慢传输型是功能性便秘的常见类型,约占 45.5%,与结肠运动障碍有关,应注意功能性便秘慢传输型与器质性便秘慢传输型的鉴别。根据曼谷胃肠动力疾病新分类,由肠神经病、肠肌病、帕金森病、内分泌疾病或脊髓损伤等导致结肠传输延迟引起的便秘为器质性慢传输型便秘。功能性便秘慢传输型的临床特点为排便次数减少(<3 次/周)、无便意、排便困难和粪质坚硬。出口梗阻型系肛门括约肌功能不协调或排便反射感阈值异常引起,患者常主诉排便费力、肛门下坠感、排便不尽感、排便量少、粪便质地较硬或呈成形软便;混合型具备上述两者特点。对于儿童便秘,由于语言表达能力差,医生只能凭借患儿父母对儿童的观察描述进行分析,恰当的客观检查是必须的,目前对于便秘分类有直接指导作用的专项检查包括:①结肠传输时间:全结肠传输时间、右半结肠传输时间、左半结肠传输时间和直肠乙状结肠传输时间;②X 线动态排便造影:直肠肛管角、肛管长度、肛尾间隙、直肠肛管交点移位和前突深度;③球囊逼出试验:检查排便动力改变,反映排便过程中肛门括约肌功能;④直肠肛管向量测压:直肠肛管静息压、收缩压、肛管高压区长度、直肠顺应性、排便感觉阈值、向量容积;⑤肛门括约肌肌电图:肛门括约肌在静止、自主收缩以及受刺激时肌电位时程和幅度;⑥肛管直肠感觉

检查:肛管、直肠的感觉阈值。

二、重视儿童便秘的基础治疗

基础治疗在儿童便秘的治疗中具有重要意义,但以往常被列入“一般”治疗范畴,被临床医师所忽略,在应用时经常被简化,从而达不到治疗效果。中华小儿外科学会肛肠学组提出的儿童功能性便秘规范化诊疗指南对儿童便秘的背景、思路和依据及诊治分流已有详细论述。强调了儿童功能性便秘的基础治疗:增加膳食纤维含量、增加饮水量以加强对结肠的刺激,训练排便习惯,使用正确方法排便,养成良好的排便规律,适当应用缓泻药物以及心理教育等,以恢复排便的生理功能。

临床上大部分便秘患儿经过基础治疗,便秘的症状会缓解甚至消失,既简单方便,又经济实惠;只要临床医师正确应用,并持之以恒,基础治疗不仅有“治疗”作用,还可预防儿童功能性便秘及防止停药后复发。

作为基础治疗的一部分,正确的肠道管理是所有便秘治疗的前提。长期大便干燥,导致肠管扩张严重,粪便堆积,甚至巨大粪石形成,肠道内菌群环境严重失调,无论结肠、直肠还是肛管都不在正常的生理状态,即使在外施加各种治疗措施进行调节,但相对于肠道内的巨大恶性刺激而言,无法唤醒潜在的生理功能。结肠水疗(即洗肠)对于各种类型的便秘均具有良好的治疗效果,通过对结肠循环灌注灭菌水,使长期滞留在结、直肠的粪便软化、稀释,最终排出,同时可清除结、直肠的有害物质,限制细菌繁殖,保持肠内正常菌群的平衡,增加对营养物质的吸收。而且通过灌注一定量的水,可使结、直肠机械地收缩和扩张,训练结、直肠的肌肉张力,改善肠道肌肉蠕动状况。

正确的肠道管理分 3 个阶段:第一阶段主要清除肠道潴留粪便,使用灌肠和较大剂量的缓泻药物,使肠道内潴留粪便完全排空,达到减少肠道潴留的目的。第二阶段是维持治疗,停止灌肠和逐渐减少药物剂量,调整饮食结构,维持排便,防止再次出现肠道内粪便潴留。第三阶段是停药观察,继续进行饮食调整,巩固疗效。对已经发生大量粪便潴留的患者必须进行洗肠治疗;或者在麻醉下先行手法助排便,然后再进行常规洗肠以确保规律排便。

此外,肠道管理还包括肠道微环境的平衡调节,可应用微生态制剂及肠道菌群等生物制剂调节肠内微环境,促进肠蠕动,平衡肠道菌群,改善肠道功能紊乱。

三、以分级分层诊治为基础,建立个体化治疗方案

在我国,绝大多数便秘患者在基层医疗机构接受诊治,基层医生对于便秘的认识理解程度和治疗效果差异很大。所谓分级分层治疗,是根据医院自身的能力和便秘轻重程度选择不同层次的治疗措施,根据中华医学会消化病学分会胃肠动力学组制定的《我国慢性便秘的诊治指南(草案)》,分层次治疗具体内容如下:

第一级诊治:适用于基层医院初诊的轻、中度慢性便秘患者。首先应详细了解病史、体检,必要时作肛门直肠指检,应作常规粪检(包括潜血检查),以决定采取经验性治疗或进一步检查。可根据便秘特点,进行为期 2~4 周的基础治疗,选用饮食调整、排便训练和肠道管理,如治疗无效,适当选择膨松剂或渗透性通便药,必要时加大剂量或联合用药。

第二级诊治:主要对象是经过进一步检查未发现器质性疾病以及经过经验性治疗无效的便秘患者。可进行胃肠传输试验和(或)肛门直肠测压,确定便秘类型后进一步治疗,对于慢传输型便秘,选择药物调理,中医辨证,视情况选择心理行为疏导,如果效果不明显,需进一步行肠道病理活检,以除外肠神经元性便秘;对出口梗阻型便秘,选用生物反馈治疗以及扩肛,必要时手术治疗。适合在规模较大的综合医院或者专科医院进行。

第三级诊治:主要对象是对第二级诊治无效的患者。应对慢性便秘重新评估,注意有无特殊原因引起的便秘,尤其是和便秘密切相关的结肠或肛门直肠结构异常,有无精神心理问题,有无不合理的治疗,是否已经改变不合理的生活方式等,进行定性和定位诊断。这些患者多半经过多种治疗后疗效不满意,需要进一步安排特殊动力学检查,甚至需要多学科包括心理学科的会诊,以决定合理的治疗方案。

综上所述,儿童功能性便秘诊疗过程中正确的临床思维应包括以下几点:对于初诊的轻中度患者,强调基础治疗和肠道管理的重要性;对初诊无效的中重度患者进行便秘的专项检查,根据检查结果和临床表现对患者进行分型,选择适当的专科治疗措施;对治疗效果进行随访追踪,对效果不佳的患者随时进行重新评估,修改治疗方案,达到以分层次诊治为基础,个体化治疗的目的。