

大便失禁诊治的临床策略

余承锦

昆明理工大学医学院临床医学专业 141 班

摘要:大便失禁是肛肠科的难治病诊断相对简单,但其治疗较为困难,尚缺乏规范化的诊治标准。本文针对大便失禁的诊断和治疗策略进行阐述,倡导多学科联合诊治,供临床医生参考。

关键词:大便失禁;诊治;临床策略

大便失禁是一种肛肠科的常见病和难治病,通常指机体对直肠内液态、固态内容物以及气体的蓄控能力减弱或丧失,导致大便次数增多。根据其临床表现可分为被动型、急迫型和漏粪型。大便失禁患者直肠内容物经常在无意识状态下溢出,严重者不时地散发着难闻的异味,令患者有羞辱感,给患者带来了极大的精神负担,严重影响患者的生活质量。

1 大便失禁的诊断

大便失禁的诊断相对较为简单,大部分患者可以通过询问病史、肛门指检、肛门直肠压力测定、腔内超声及排粪造影等检查进行确诊,必要时可行神经电生理和 MRI 等检查辅助佐证。

结合患者病史,常规采用肛门指检即可诊断。有研究主张肛门直肠压力测定是检测肛门直肠压力和直肠感觉功能首选手段^[2],大便失禁患者测压表现出肛门直肠的静息压、收缩压降低,直肠肛门抑制反射消失或直肠顺应性明显减弱等^[3]。通过腔内超声可以直观判断肛门括约肌的完整程度,有助于判断是否需要外科干预^[4]。排粪造影可以通过肛直角和直肠黏膜像的变化判断是否因直肠脱垂、耻骨直肠肌功能紊乱或盆底结构变化引起的大便失禁^[5]。

2 大便失禁的治疗

目前,大便失禁是全世界肛肠医生公认的疑难病、难治病,临床治疗较为困难。笔者认为大便失禁的治疗具有阶梯性和循序渐进,一般多以对症保守治疗为主^[6],只有当内科治疗无效时,考虑外科手术干预。

2.1 保守治疗

首先,祛除病因,寻找分析大便失禁的原因,排除其他疾病引起的大便失禁,积极治疗原发病;其次,调整生活方式,恢复正常的排便习惯和排便规律,调整饮食结构,增加膳食纤维的日常摄入量,必要时进行心理干预,消除心理负担。

2.1.1 药物

阿洛司琼等五羟色胺受体拮抗剂能降低内脏的高敏感性,减慢结肠蠕动,控制大便次数。洛哌丁胺类止泻药通过抑制肠道蠕动,能安全有效控制急、慢性腹泻,减少排便体积和次数。此外,雌激素替代疗法能改善经产妇的便失禁症状。

2.1.2 康复锻炼

大便失禁的自我锻炼和康复治疗非常重要,没有明显的外伤史的患者,医生的首要建议是自我康复,提肛锻炼,可以每天反复多次、间断进行收缩和放松肛门的练习。另外,电刺激通过提高患者肛门的敏感度治疗大便失禁,取得了一定的临床效果。

2.1.3 生物反馈

国际公认非侵入性干预治疗大便失禁的一线疗法。此疗法通过借助电子设备将肛周一些不易被感知的生理和病理信号,以视听觉形式反馈给患者,有意识地进行控制,通过“动作—反馈—学习—再动作”的模式,逐步纠正自身的功能障碍至恢复正常。

2.2 手术治疗

当内科干预无效时,通过影像学检查证实肛门括约肌确实存在缺损的病例,充分评估手术风险后,可以采用有效的手术方法缩短愈合时间,改善患者失禁症状,提高生活质量。常用的外科手术治疗有以下三种:(1)肛门括约肌修补术被认为是括约肌缺损的首选治疗方案;(2)肛门括约肌成型术又称肌肉转移术;(3)骶神经刺激本疗法

此外,大便失禁的患者行手术治疗后,多数的专科医师建议患者配合生物反馈训练,通过协调术后肌群的顺应性,增强括约肌的收缩力量,提高近期和远期疗效,降低复发率。

3. 展望

大便失禁是一种盆底功能障碍性疾病,多呈现进行性加重,常令患者具有羞辱感,保守或手术干预的疗效持续性较差,复发率较高,严重影响着患者的生活质量。临床常见的大便失禁更多的是盆底多器官和肌群的结构和功能紊乱,对临床医生提出更大的挑战。而临床医生常具有不同的治疗观点,治疗现状相对无序,缺乏规范化的诊治流程,急需制订完善的阶梯式治疗链以确保治疗效果。总之,大便失禁的诊治面临着巨大的考验,还有很长的路要走,需要大量深入的实验和临床研究,明晰病因病机,创新技术水平,提高临床疗效。

参考文献

- [1]Ditah I, Devaki P, Luma HN, et al. Prevalence, trends, and risk factors for fecal incontinence in United States adults, 2005–2010 [J]. Clin Gastroenterol Hepatol, 2014,12(4): 636–643.
- [2]Rao SS. Diagnosis and Management of Fecal Incontinence [J]. Am J Gastroenterol, 2004,99(8): 1585–1604.
- [3]Rao SS, Singh S. Clinical Utility of Colonic and Anorectal Manometry in Chronic Constipation [J]. J Clin Gastroenterol, 2010,44(9): 597–609.
- [4]Rao SS. Diagnosis and Management of Fecal Incontinence [J]. Am J Gastroenterol, 2004,99(8): 1585–1604.
- [5]Lam TJ, Kuik DJ, Feltbersma RJ. Anorectal function evaluation and predictive factors for faecal incontinence in 600 patients [J]. Colorectal Dis, 2012,14(2): 214–223.
- [6]Bharucha AE, Wald A, Enck P, et al. Functional anorectal disorders [J]. Gastroenterol, 2006,130(5): 1510–1518.