

## 全科临床诊疗思维系列:便秘

孙晨,马力\*

首都医科大学附属北京天坛医院 全科医疗科,北京 100070

**【摘要】**便秘是一种多因素导致的复杂性疾病,在全科门诊较为常见。本文通过对临床接诊病例进行分析,通过有针对性的病史采集、体格检查及辅助检查,寻找病因,对便秘患者进行合理的诊断及鉴别诊断,同时评价便秘对患者生活及精神心理等方面的影响,进一步阐述为便秘患者进行个体化评估、制定药物及非药物治疗等个体化诊疗策略的全科临床诊疗思路。

**【关键词】**便秘;慢性便秘;全科诊疗

**【中图分类号】** R256.35

**【文献标识码】** B

**【文章编号】** 1672-3384(2021)05-0072-05

**Doi:** 10.3969/j.issn.1672-3384.2021.05.015

### General clinical diagnosis and treatment thinking series: constipation

SUN Chen, MA Li\*

Department of General Practice, Beijing Tiantan Hospital, Capital Medical University, Beijing 100070, China

便秘(constipation)是一种多因素导致的复杂性疾病,指患者排便困难、排便量少、次数减少或排便不尽感及相关不适等为主要表现的一类疾病,可继发精神心理障碍<sup>[1]</sup>。便秘是全科门诊常见的疾病,老年人患病率为15%~20%<sup>[2]</sup>,女性高于男性。本文依据全科门诊接诊便秘患者的临床诊疗过程,逐步对病例资料进行补充,并对此过程中的临床思维进行介绍。

### 1 主观资料

患者,女,65岁,主因“排便费力8年,加重1个月”于社区卫生服务中心全科门诊就诊。

#### 1.1 接诊便秘患者时,全科医生的注意事项

**1.1.1 思路** 便秘是一种多因素导致的复杂性疾病,其临床治疗方案多取决于患者的感受,因此详细询问患者的病史、判断便秘的程度、鉴别导致便秘的病因以便对便秘患者进行个体化的评估非常重要。

**1.1.2 知识点** 根据《2017版便秘的分度与临床策略专家共识》<sup>[1]</sup>,便秘可分为轻、中、重3种程度。①轻度便秘:病程<6个月;病程虽>6个月,但排便困难的

相关症状较轻,对患者的生活工作影响不大;使用药物、生物反馈治疗及中医非药物治疗等保守治疗有效。根据是否伴有精神心理障碍,轻度便秘又可分为轻度Ⅰ型和Ⅱ型。②中度便秘:病程>6个月;病程虽<6个月但排便障碍的相关症状较重,患者自觉特别痛苦;精神心理专业评估无精神异常者;经保守治疗无效或效果很差,痛苦大,严重影响患者生活质量。③重度便秘:符合中度便秘诊断标准、伴有精神心理障碍。

#### 1.2 对于便秘患者全科医生的问诊方式

接诊便秘的患者需进行有针对性的病史采集,首先,应围绕便秘的具体表现展开问诊,包括粪便粘稠度、频率、排便时是否舒适、有无疼痛、是否存在便血或黏液等,准确了解便秘的特点、伴随症状及严重程度,并应详细询问患者如何定义便秘;第二,要注意寻找导致便秘的原因,一些简单的原因如饮食改变、运动改变、是否服用已知可引起便秘的药物等,此外还应注意寻找器质性疾病的相关表现;第三,应围绕便秘对患者的影响进行询问,如患者的生活质量、有无

\*通信作者:马力, E-mail: mali\_ttyy@126.com

焦虑抑郁情绪等。

便秘的问诊要点<sup>[3]</sup>包括①起病情况:发病时间、病程、诱因(生活环境改变、神经紧张、药物);②病情特点:便意、便次、排便时间、排便费力情况、粪便性状;③伴随症状:呕吐、腹胀、腹泻、食欲减退、乏力、头晕、烦躁、睡眠障碍等,注意询问报警征象如便血、贫血、腹部包块等;④一般情况:饮食、体质量变化;⑤诊治经过:已做检查、应用药物、剂量、疗效等;⑥既往病史:高血压、糖尿病、甲状腺疾病、胃肠相关疾病、用药史等;⑦个人史:尤其是生活方式和社会心理因素,仔细询问患者的饮食结构和运动习惯,包括进食量、饮食结构、饮水习惯等,是否有运动不足、烟酒嗜好,了解患者对便秘的看法及心情、生活质量,了解患者家庭关系、家庭支持度以及是否有突发事件影响;⑧肿瘤家族史:详细询问患者的肿瘤家族史,尤其是结直肠癌肿瘤家族史。

### 1.3 问诊后补充的主观资料

患者8年前无明显诱因逐渐出现便意减少,大便干硬呈球状,排便费力,每周排便1~2次,无便血,无明显腹痛、腹胀,无恶心、呕吐,间断服用通便药(具体不详)。1个月前开始无明显诱因出现排便费力较前加重,每周仍可排便1~2次,伴腹胀,有排气,自行服用通便药后可排干硬球状粪便。患者自发病以来精神、饮食正常,体质量无明显下降,小便正常。

既往2型糖尿病病史10年,坚持服用格列美脲2 mg,每日1次,血糖控制好。2年前发现骨质疏松,间断补碳酸钙,近1个月未服用。无高血压、冠心病等病史,无手术、外伤史。喜肉食、进食蔬菜水果少,不吸烟,不饮酒,运动少,长期久坐。近期因便秘自觉增加绿色蔬菜和粗粮的摄入,睡眠略差,心情和生活质量较前比无明显下降。家庭收入稳定,夫妻关系和睦。无肿瘤家族史。

## 2 客观资料

### 2.1 根据问诊初步病情评估结果

该患者慢性便秘,病程虽>6个月,但排便困难的相关症状较轻,对患者的生活工作影响不大,经病史评估初步评为轻度便秘。目前未发现存在如便血、便隐血试验阳性、贫血、消瘦等可能威胁生命的严重疾

病的征象,无肿瘤家族史,患者喜肉食,因糖尿病原因进食蔬菜水果少,运动少,长期久坐,均与便秘相关。患者近1个月便秘有加重,睡眠略差,但心情和生活质量较前无明显下降,应进一步对患者的精神心理状况进行评估。

### 2.2 病史采集结束后体格检查的关注重点

便秘患者的体格检查应重点关注腹部触诊和直肠检查。腹部检查时应注意有无腹部包块,部分功能性便秘患者可在左下腹乙状结肠部位触及条索状块物。检查肛周除外局限性疾病,如有无肛门下坠、痔疮或粘膜脱垂等。检查肛周感觉和肛门反射,必须进行直肠指诊,可能发现直肠肿瘤和阻塞的粪块,同时检查直肠大小和紧张性。另外,还应注意寻找贫血体征、消瘦、淋巴结肿大等器质性疾病的证据。

### 2.3 该患者体格检查结果

该患者体温36.2℃,脉搏84次,呼吸18次,血压130/78 mm Hg(1 mm Hg=0.133 kPa),身高160 cm,体质量70 kg,体质指数(body mass index, BMI)23.4 kg/m<sup>2</sup>。神清,精神好,查体合作,皮肤巩膜无黄染,结膜无苍白,浅表淋巴结未触及肿大,甲状腺无肿大。双肺呼吸音清,未闻及干湿啰音,心率84次,律齐,各瓣膜听诊区未闻及杂音。腹软,无压痛、反跳痛及肌紧张,未触及包块,肠鸣音每分钟4次,肝脾未触及,双下肢无水肿。肛门指诊:直肠粘膜光滑,未触及肿物及直肠脱垂,可触及粪块。

### 2.4 为明确诊断在社区卫生服务中心应进行的辅助检查

**2.4.1 思路** 根据《慢性便秘基层诊疗指南(2019年)<sup>[4]</sup>,便秘的患者需完善以下检查:①便常规+隐血试验;②不能除外肠梗阻的患者需行腹部X线检查,此项检查对诊断巨结肠有一定的价值;③血液学检查(血红蛋白、血沉);④甲状腺功能、血清钙、血钾、肿瘤标志物如癌胚抗原。

该患者有糖尿病病史10年,由于糖尿病自主神经病变可导致肠动力学改变、肠蠕动减慢,分泌物通过小肠时间延长,可能出现便秘,多见于血糖控制不良的患者,因此需完善糖化血红蛋白、空腹血糖、餐后2 h血糖了解患者血糖控制情况。

**2.4.2 知识点** 对于便秘患者,需引起警惕的报警征象包括:>40岁且新近发生的便秘<sup>[5]</sup>;便血、粪便隐

血试验阳性、贫血、消瘦、腹痛持续加剧、有腹部包块等;有结、直肠息肉史和结、直肠肿瘤家族史等<sup>[4]</sup>。对于年龄>40岁、有报警征象的患者应进行必要的实验室、影像学 and 结肠镜检查,以明确便秘是否为器质性疾病所致。

根据我国国情和结直肠癌的流行病学特征,中华医学会消化内镜学分会建议符合以下①和②、③中任一项者均应列为高危人群,均应进行筛查:①年龄50~75岁;②粪便隐血试验阳性;③既往有结直肠腺瘤性息肉,或溃疡性结肠炎、克罗恩病等癌前疾病<sup>[6]</sup>。而《中国结直肠癌早诊筛查策略专家共识》<sup>[7]</sup>进一步建议将40~74岁一般人群列入早诊筛查对象。可使用易于接受的问卷评估和便隐血试验进行初筛,找出高危人群进行肠镜检查。

## 2.5 在基层医疗卫生机构对便秘患者的心理精神状态应做的评估

《中国慢性便秘诊疗指南(2013年版)》<sup>[8]</sup>指出,慢性便秘患者常伴睡眠障碍、焦虑抑郁情绪,建议早期了解患者心理状态,在经调整生活方式和经验治疗仍不能缓解便秘症状时,应特别注意对精神心理、睡眠状态和社会支持情况的评估,分析判断心理异常和便秘的因果关系。《2017版便秘的分度与临床策略专家共识》<sup>[1]</sup>建议,便秘患者的精神心理评估标准应参考由中华医学会精神医学分会推出的精神心理评估与诊断标准《中国精神疾病分类及诊断标准第三版(CCMD-3)》。《慢性便秘基层诊疗指南(2019年)》<sup>[4]</sup>也建议在基层医疗卫生机构可对便秘患者进行初步心理评估。

## 2.6 便秘患者如上述综合医院可开展的辅助检查

为明确便秘是否为器质性疾病所致、是否伴有结直肠形态学改变,对年龄>40岁、有报警征象者应进行必要的实验室、影像学 and 结肠镜检查<sup>[4]</sup>,包括结肠传输试验、排粪造影检查、肛管直肠压力测定、球囊逼出试验、肛门肌电图检查。肛门直肠生理学检查和结肠传输试验有助于找出顽固性便秘患者的潜在病因,排粪造影或经会阴超声排粪造影有助于发现与排便梗阻有关的解剖异常。根据患者病情必要时还需进行肿瘤标志物、甲状腺功能等实验室检查。

## 2.7 在基层医疗卫生机构完成的辅助检查与评估结果

辅助检查显示,血常规:白细胞计数(WBC)

$6.9 \times 10^9/L$ , 血红蛋白(Hb)132 g/L;X线腹平片:可见肠管胀气,未见气液平面;空腹血糖 6.4 mmol/L;糖化血红蛋白6.2%。

精神心理状态评估:匹兹堡睡眠质量指数(pittsburgh sleep quality index, PSQI) 5分、广泛性焦虑障碍量表(generalized anxiety disorder-7, GAD-7) 3分、患者健康问卷(patient health questionnaire)4分。

## 3 评估

临床诊断:慢性功能性便秘、2型糖尿病、骨质疏松。

目前存在的健康问题及评价:①老年女性,有糖尿病、骨质疏松史;②饮食热量高,进食蔬菜水果少,运动少;③间断服用钙剂;④退休人员,经济收入稳定,家庭和睦,依从性良好;⑤近期因便秘睡眠略差。

### 3.1 患者慢性功能性便秘的诊断依据

**3.1.1 思路** 慢性便秘的诊断主要基于症状。该患者有排便困难、排便次数减少(每周<3次)、粪便干结症状,病程>6个月,不用泻药时很少出现稀便,不符合肠易激综合征的诊断标准,考虑慢性功能性便秘可能性大。患者排便困难对患者的生活工作影响不大,自行服用通便药后可排干硬球状粪便,因此评估为轻度便秘。

**3.1.2 知识点** 功能性便秘指排除器质性病变因素及药物因素所致便秘后,由于多种病理生理机制作用所导致的便秘,目前主要采用罗马IV诊断标准<sup>[4,9]</sup>,即诊断前症状出现≥6个月,且近3个月符合以下诊断标准:①必须包括以下2项或2项以上:至少25%的排便感到费力;至少25%的排便为干球粪或硬粪;至少25%的排便有不尽感;至少25%的排便有肛门直肠梗阻感和/或堵塞感;至少25%的排便需手法辅助,每周自发排便<3次;②不用泻药很少出现稀便;③不符合肠易激综合征的诊断标准。肠易激综合征诊断标准<sup>[10]</sup>:反复发作腹痛、腹胀、腹部不适,诊断前症状出现至少6个月,近3个月具备以下任意2项或2项以上:①与排便相关;②伴有排便频率改变;③伴有粪便性状或外观改变。

### 3.2 常见引起便秘的原因及鉴别方式

**3.2.1 思路**<sup>[3]</sup> 常见引起便秘的原因主要包括①器



质性疾病引起的便秘:肠道疾病、内分泌和代谢疾病、神经系统疾病、肌肉疾病等多种因素均可引起便秘。年龄>40岁,有报警征象者应进行必要的检查明确有无器质性病变。报警征象包括便血、便隐血试验阳性、贫血、消瘦、明显腹痛、腹部包块、有直肠腺瘤病史及结直肠癌家族史。②药物相关的便秘:如抗抑郁药、抗组胺药、解痉药、阿片类药物、钙离子拮抗剂、利尿剂、钙剂、铁剂、止泻药等多种药物均可引起便秘,应详细询问。该患者2年前发现骨质疏松,间断补钙,但近1个月未服用,未服用其他与便秘相关的药物,因此不考虑药物相关的便秘。

**3.2.2 知识点** 碳酸钙水溶性差,吸收时需消耗胃酸,引起胃肠刺激而出现腹泻、便秘、腹胀等胃肠道反应。在胃酸的作用下,部分碳酸钙会变成氯化钙,进入肠道后形成磷酸钙,难以被吸收的同时会抑制肠道蠕动引起便秘。在服用碳酸钙时应多喝水,睡前服用、间歇式补钙。根据中国《原发性骨质疏松症诊疗指南(2017)》<sup>[11]</sup>,建议骨质疏松患者尽可能通过饮食摄入充足的钙,只有当饮食中钙摄入不足时可给予适量的钙剂补充,同时应与其他药物联合使用。该患者有糖尿病不宜服用葡萄糖酸钙,建议可改用枸橼酸钙或氨基酸螯合钙等胃肠道不良反应较少的钙制剂。

### 3.3 在社区卫生服务中心应对患者进行的初步评估

本例患者为老年女性,长期便秘,无明显精神心理障碍,便秘程度初步评定为轻度便秘。近期便秘略有加重,无报警征象,体格检查未见明显异常,目前无威胁生命的严重疾病证据,根据罗马IV诊断标准,便秘原因首先应考虑临床上常见的功能性便秘。患者存在导致便秘的可调整的因素,如饮食、运动因素、既往间断服用钙剂。

## 4 处理计划

### 4.1 非药物治疗

功能性便秘为良性疾病,治疗方案多取决于患者的感受<sup>[1]</sup>。功能性便秘患者基础治疗包括调整生活方式和认知治疗<sup>[4]</sup>。规律的锻炼、高纤维饮食、多饮水以及偶尔使用缓泻药是预防和治理便秘最好的方法<sup>[12]</sup>。当患者服用可能导致便秘的药物时,可增加摄入膳食纤维以及水分的同时使用缓泻药以预防便秘。

鉴于单纯性便秘和不适当饮食、忽视排便信号、不适当的生活和工作状态、缺乏锻炼等<sup>[5]</sup>,所有便秘患者均需调整生活方式,包括增加膳食中纤维素和水分的摄入、适度运动,同时应建立良好的排便习惯,建议患者在晨起或餐后2h内尝试排便,每次大便时间不宜过长(<10min)。研究证实,对便秘患者进行认知治疗可使71%患者的主观症状和心理评分得到改善,因此加强患者的自身认知对慢性便秘患者的治疗有重要帮助<sup>[13]</sup>。

便秘患者的健康教育具体应包括便秘的危险因素和危害、自我预防技巧、病情的自我监测与管理3个方面的内容,可让患者记录10d的日记,记录粪便的频率、性质以及排便时是否困难。该患者有糖尿病病史,应加强患者饮食调理的健康教育。

### 4.2 药物治疗<sup>[3-4,12]</sup>

经4~8周基础治疗无效的便秘患者可酌情选用相应的药物治疗,其中轻度便秘患者可选用容积性或渗透性泻药,必要时可联合应用。该患者为慢性功能性便秘且为轻度,既往有糖尿病病史,故可酌情使用聚乙二醇4000散,必要时可联合双歧杆菌、乳杆菌、枯草杆菌等益生菌制剂等。便秘的常用药物见表1。另应注意,因刺激性泻药对肠壁内神经元的损伤作用,部分学者认为需慎用,至少不应该长期、反复应用<sup>[14]</sup>。其中,酚酞片为刺激性泻药的代表药物之一,鉴于对酚酞片和酚酞含片进行了上市后评价,评价认为这2种药物存在严重不良反应,在中国使用风险大于获益,国家药品监督管理局于2021年1月12日发布了《国家药监局关于注销酚酞片和酚酞含片药品注册证书的公告(2021年第6号)》<sup>[15]</sup>,决定自即日起停止酚酞片和酚酞含片在我国的生产、销售和使用,并注销药品注册证书(药品批准文号)。

### 4.3 其他治疗

伴有抑郁、焦虑障碍和睡眠障碍的患者需进行精神心理治疗,必要时可应用抗抑郁、焦虑药物,盆底肌功能障碍导致的便秘患者可进行生物反馈治疗。经保守治疗无效或有明确器质性疾病时可考虑手术治疗,术前应全面评估患者的肠道功能和形态学异常。

### 4.4 便秘患者需及时转诊的指征

便秘患者转诊指征包括<sup>[3-4]</sup>:①经验治疗2~4周无效或难治性便秘;②重度便秘;③有报警征象;④器

表1 便秘的常用药物

药物种类	常用药物	应用建议	注意事项
容积性泻药	麦麸、欧车前、聚卡波非钙	作用轻且缓,主要用于轻度便秘	小剂量起始,逐渐增加直至恢复正常;同时饮用足够的水分
刺激性泻药	比沙可啶、酚酞*、蓖麻油、蒽醌类药物等	可短期作为二线药物,建议短期、间断使用	有成瘾性而导致大肠逐渐药物依赖,长期蒽醌类药物致结肠黑变病(与肿瘤关系存争议),通常只建议短时间使用
渗透性泻药	盐类(如硫酸镁)、不被吸收的糖类(如乳果糖)等	应用于轻、中度便秘	肾病或心力衰竭的患者可引起液体潴留;过量应用盐类泻药可引起电解质紊乱
粪便软化剂	液状石蜡、甘油栓	尤其适用于不能用力排便的患者,如痔疮、近期手术患者	-
促动力药	普芦卡必利	用于治疗成年女性患者通过轻泻剂难以充分缓解的慢性便秘症状	每日剂量超过2 mg后疗效不会增加,治疗4周无效者应重新进行评估
促分泌药	利那洛肽、鲁比前列酮	刺激肠液分泌,促进排便	利那洛肽不建议18岁以下儿童应用
灌肠剂和栓剂	甘油、复方角菜酸酯制剂	粪便干结、粪便嵌塞患者临时使用	-
益生菌/益生元	双歧杆菌、乳杆菌、枯草杆菌等	推荐作为慢性便秘的长期辅助用药	-
中药	中成药制剂、汤剂等	可改善便秘症状	需进一步循证医学证据支持

注:\*表示国家药品监督管理局已于2021年1月14日停止该药在中国的生产、销售和使用,并注销药品注册证书;-表示无

质性疾病导致的便秘且病情严重;⑤出现并发症如肠梗阻、直肠脱垂、粪便嵌顿等;⑥需进一步检查除外器质性疾病者;⑦其他需转诊情况。

综上所述,在全科门诊接诊便秘患者时,应注意对其进行有针对性的问诊、查体及辅助检查,给出合理的诊断及鉴别诊断,并进行个体化评估,从而制定药物及非药物治疗等个体化诊疗策略。

## 【参考文献】

- [1] 中国便秘联谊会,中国医师协会肛肠分会,中国民族医药学会肛肠分会,等.2017版便秘的分度与临床策略专家共识[J].中华胃肠外科杂志,2018,21(3):345-346.
- [2] Chu H, Zhong L, Li H, et al. Epidemiology characteristics of constipation for general population, pediatric population, and elderly population in china[J]. Gastroenterol Res Pract, 2014, 2014:532734.
- [3] 任菁菁.全科常见未分化疾病诊疗手册[M].2版.北京:人民卫生出版社,2020:11.
- [4] 中华医学会,中华医学杂志社,中华医学会消化病分会,等.慢性便秘基层诊疗指南(2019年)[J].中华全科医师杂志,2020,19(12):1100-1107.
- [5] Murtagh J. Murtagh's general practice [M]. 6th edition. Australia: McGraw Hill Education, 2015.
- [6] 中华医学会消化内镜学分会,中国抗癌协会肿瘤内镜专业委员会.中国早期结直肠癌筛查及内镜诊治指南(2014年,北京)
- [7] 中国抗癌协会大肠癌专业委员会中国结直肠肿瘤早诊筛查策略制订专家组.中国结直肠肿瘤早诊筛查策略专家共识[J].中华胃肠外科杂志,2018,21(10):1081-1086.
- [8] 中华医学会外科学分会结直肠肛门外科学组,中华医学会消化病分会胃肠动力组.中国慢性便秘诊治指南(2013版)[J].中国实用乡村医生杂志,2014,(4):4-8.
- [9] 方秀才.罗马IV功能性肠病诊断标准的修改对我国的影响[J].胃肠病学和肝病学杂志,2017,26(5):481-483.
- [10] 中华医学会消化病分会胃肠功能性疾病协作组,中华医学会消化病分会胃肠动力组.2020年中国肠易激综合征专家共识意见[J].中华消化杂志,2020,40(12):803-818.
- [11] 中华医学会骨质疏松和骨矿盐疾病分会.原发性骨质疏松症诊疗指南(2017)[J].中国骨质疏松杂志,2019,25(3):281-309.
- [12] 胡大一主译.默克家庭医学手册[M].3版.北京:人民卫生出版社,2014.
- [13] Yang L S, Khera A, Kamm M A. Outcome of behavioural treatment for idiopathic chronic constipation[J]. Intern Med J, 2014, 44(9):858-864.
- [14] 郑恢超,田跃,王李,等.对ASCRS2016版《便秘评估与管理临床实践指南》的理解与思考[J].中国实用外科杂志,2018,38(8):898-901.
- [15] 国家药品监督管理局.《国家药监局关于注销酚酞片和酚酞含片药品注册证书的公告(2021年第6号)》[EB/OL].(2021-01-12)[2021-01-18].<https://www.nmpa.gov.cn/xxgk/ggtg/qtg-gtg/20210114081322118.html>.

收稿日期:2021-01-29

本文编辑:蒋少薇