

· 病例报告 ·

老年难治性便秘 1 例的诊治

张隆光¹, 康琳², 刘晓红²

(中国医学科学院北京协和医院: ¹内科; ²内科老年医学组, 北京 100730)

【关键词】老年人, 老年综合征, 难治性便秘

【中图分类号】R574

【文献标识码】B

【DOI】10.3724/SP.J.1264.2012.00218

1 临床资料

患者, 男, 67 岁, 退休公务员。因“便秘 9 年, 加重 3 年”于 2011 年 12 月入北京协和医院老年示范病房。

9 年前无明显诱因出现便秘, 硬便每周少于 3 次, 排便费力, 否认腹痛、腹胀, 无黏液血便, 未予特殊处理。3 年来排便 1 次/6~7d, 有便意但如厕蹲下后便意消失, 常需手法助排, 伴有烦躁、睡眠障碍。曾先后服用多种通便药物, 可排稀便 1 次/d, 但不能中断用药。数月后便次再度减少。随后间断使用开塞露及灌肠通便, 可排出颗粒状粪便, 表面有黏液。2 周前在外院检查, 结肠镜: 左半结肠黑变病, 直肠炎症; 排粪造影: 耻骨直肠肌失迟缓。体质量 9 年来缓慢下降 5 kg。感到生不如死, 来京求医, 要求手术治疗。既往史: 糖尿病 5 年, 自服“甘露消渴胶囊”, 空腹血糖 5~6 mmol/L, 餐后血糖不详。前列腺增生 4 年, 未治疗。饮酒 40 年, 酒精 40 g/d。家族史无特殊。

入院查体: 生命体征平稳, 体质量指数 29.3 kg/m², 双肺未闻啰音。心率 90 次/min, 早搏 2 次/min, 未闻及病理杂音。腹稍膨隆, 未见胃肠型及蠕动波, 腹软, 无压痛及反跳痛, 未触及明显包块, 肝脾未触及。肠鸣音活跃, 8 次/min, 调不高。双侧膝腱反射正常, Babinski 征(-)。肛门指诊: 2 枚外痔, 肛门紧, 未触及肿物, 力排无力, 无肛门括约肌矛盾运动, 指套无脓血。

对患者进行老年综合评估 (comprehensive geriatric assessment, CGA), 认知能力: 简易智力状态检查 (mini-mental state examination, MMSE) 28 分, 记忆力稍减退; 情绪状态: 抑郁自评量表 (self-rating depression scale, SDS) 50 分, 焦虑自评量表 (self-rating anxiety scale, SAS) 34 分; 睡眠: 入睡困难, 早醒; 视、听力: 听力正常; 视力下降但不影响生活; 功能状态: 日常生活活动能力 (activities of daily living, ADL) 评分 6 分; 工具性日常生活活动能力 (instrumental activities of daily living, IADL) 评分 8 分, 可上 6 层楼; 跌倒史: 无, 跌倒低风险; 营养状态: 能独立进食; 微型营养评估短表 (mini nutritional assessment- short form, MNA-SF) 11 分, 有营养不良风险; 失禁: 有尿频、尿急、尿不尽, 夜尿

3~4 次/晚, 小便失禁; 谵妄风险: 无。总体评价: 生活完全自理。

用药情况: 3 年来间断服用肠清茶、碧生源肠润茶、芦荟胶囊、今肠通乳果糖、聚乙二醇 4000; 间断用开塞露及水灌肠。甘露消渴丸 1 粒, 每日 2 次。

入院后检查: 血常规(-), 肝肾功能、电解质、甲状腺功能正常, 总胆固醇 5.91 mmol/L, 甘油三酯 2.05 mmol/L, 低密度脂蛋白胆固醇 4.42 mmol/L, 红细胞沉降率 5 mm/h, 糖化血红蛋白 6.4%; 大便常规(-), OB(+). 胸、腹部 CT: 双侧肾上腺钙化。

诊断: 慢性便秘, 混合型; 2 型糖尿病; 抑郁焦虑状态; 肥胖; 高脂血症; 肾上腺结核; 良性前列腺增生; 痔疮。

2 病情讨论及处理

患者老年男性, 长期便秘, 表现为便次减少、硬便, 并有排便费力, 心情差, 严重影响生活质量。根据病因与诱因, 便秘分为功能性便秘及继发性便秘, 后者指继发于肠道本身或全身器质性疾病引起的便秘, 该患者的肠镜检查已除外结肠器质性病变。在继发性便秘的因素中, 我们首先进行药物核查, 尽管患者未用引起便秘的药物, 但是在便秘发生后, 先后和同时用过多刺激性泻剂, 泻剂滥用可以引起肠炎, 加重慢性便秘; 糖尿病的内脏神经病变可以引起便秘, 但患者血糖控制满意, 因此糖尿病不是主要原因; 抑郁焦虑状态可引起便秘, 与摄入减少, 结肠通过时间延长有关, 焦虑引起肛门直肠感觉异常和收缩功能紊乱, 造成混合型便秘, 情绪与便秘可互为因果、增恶关系, 造成恶性循环。由于外院排粪造影考虑“耻骨直肠肌失迟缓”并建议手术, 有必要行直肠肛门测压进一步弄清出口问题。

直肠肛门测压提示: (1) 最大静息时肛门括约肌压 59.6 mmHg (1 mmHg=0.133 kPa; 正常 110~180 mmHg); (2) 肛门括约肌长度: 5.3 cm (正常 3~4 cm); (3) 肛门括约肌高压带有效长度: 5.3 cm (正常 2~3 cm); (4) 最大肛门括约肌主动收缩压 (maximum anal canal pressure, MSP) 252 mmHg (正常 ≥25 mmHg); (5) >50% MSP 的时间 4.9 s (正常 ≥4.0 s); (6) 对排便动作反应: 升高

(正常:下降);(7)直肠肛门抑制反射(rectal anal inhibitory reflex, RAIR):存在(正常:存在);(8)感觉阈值:最初感觉 130ml(正常 10),便意感 170ml(正常 80~150ml),最大耐受量 330ml(正常 200~350ml)。结论:(1)肛门指诊:力排无力;(2)肛门最大静息压低压;(3)肛门直肠动力存在明显的排便障碍;直肠最初感觉、持续便意感表现为敏感性明显降低。诊断:功能性便秘,混合型。

老年医学多学科团队查房后,予以综合治疗。

便秘的非药物治疗:(1)患者膳食纤维摄入不足,营养师开具富含膳食纤维的低盐低脂糖尿病膳食,每日主食 275 g(粗粮 1/2~1/3),瘦肉 150g,蛋清 1~2 个,酸奶 2 包,蔬菜 500g,水果 1 个(餐后 3h),油 30g,盐 5g;(2)多饮水,忌刺激性食物;(3)增加运动量;(4)嘱患者每日无论有无便意均应定时如厕,做排便动作 15~30min,每日 2 次;(5)行肛门括约肌训练;(6)去消化科行生物反馈治疗 2~3 次/周,协调排便肌功能。

便秘的药物治疗:停用刺激性泻剂;予聚乙二醇 4000(商品名:福松)20g,每日 2 次,乳果糖 15 ml,每日 1 次,莫沙比利 5mg,每日 3 次,餐前 30min,间断服用,增加粪容积、加快结肠通过时间;枯草杆菌二联活菌肠溶胶囊调整肠道菌群。

慢性病和老年综合征的治疗:(1)糖尿病:因患者肥胖,增加二甲双胍 0.5g,每日 3 次,停自用药。(2)抑郁焦虑状态:心理科医师进行认知治疗,理解患者感受,解释焦虑与便秘的关系;文拉法辛缓释胶囊 75mg,逐渐增至 150mg,每日 1 次。(3)良性前列腺增生:予非那雄胺 5mg,每晚 1 次,坦索罗辛缓释胶囊 0.2mg,每晚 1 次,改善尿频,提高睡眠质量。(4)肾上腺结核:感染科医师会诊后建议,患者目前虽无结核活动证据,但结核是肾上腺病变常见原因,且患者双侧均有钙化,予利福平 0.45g,每日 1 次、异烟肼 0.3g,每日 1 次及乙胺丁醇 0.75g,每日 1 次三联抗结核治疗。

患者生物反馈治疗 3 日后开始出现较明显便意,排便锻炼时排大便 2 次,条状软便 100~150g/次,无排便费力。以后患者排便情况逐渐改善,便意增加,有自主排便,大便 1~2 次/d,稀便 50~100g/次,排便顺畅。遂停用乳

果糖,聚乙二醇 4000 减至 10g,每日 2 次。睡眠和情绪改善。住院 3 周后患者出院,稀便 1~2 次/d,患者满意。

3 讨论

便秘是常见的老年问题之一,资料表明北京市成人便秘发病率约 6%,60 岁以上的老年人发病率约 15%~20%。但是不少医师对于便秘的重视程度较低,许多严重便秘的患者未能得到恰当的治疗,严重影响患者的生活质量。生物反馈治疗开始于 20 世纪 60 年代,利用电子仪器准确测定神经-肌肉和自主神经系统的正常和异常活动状态,并把这些信息有选择地放大成视觉和听觉信号,反馈至患者,使其学会自我调节功能状态。通过反复的反馈训练,逐步恢复排便反射功能^[1,2]。慢通过型便秘表现为便次减少,粪质干硬,容积性和渗透性通便药物可使粪量增加、水分增加,易于排出。长期滥用刺激性泻剂会加重便秘,在老年人中泻剂滥用并不少见,需要引起重视。对于出口梗阻型便秘则不能单靠通便药物,需要听取专科医师的意见,对于有创性的治疗要非常慎重。老年人特点为多种慢病共存,并有老年综合征以及功能的下降,彼此影响^[2]。所以,不能局限于单个器官疾病的诊治,而要从患者整体考虑,个体化处理。我们对该患者便秘的诊治同时,通过整合多学科团队的配合,对患者的各种慢病,特别是抑郁焦虑状态进行了干预,取得了良好的疗效,患者满意。

【参考文献】

- [1] Rao SS, Go JT. Update on the management of constipation in the elderly: new treatment options[J]. Clin Interv Aging, 2010, 9(5): 163-167.
- [2] 周晓娜,刘培茹,张莉.生物反馈治疗老年慢性功能性便秘的肛门直肠动力学改变[J].中国老年学杂志,2008, 28(3): 297-298.
- [3] 冷晓.美国老年医学理念与实践[J].中国实用内科杂志, 2011, 31(1): 31-33.

(编辑:任开环)