



大腸直腸肛門疾病病狀系列報導 (36) 大腸直腸外科醫師 熊維羅 大腸直腸肛門疾患簡介 (大便失禁)



它是由於控制盆底橫紋肌及肛門外括約肌的神經進行性損害及內括約肌功能減退所致。

肛門失禁 (Anal Incontinence) 另稱大便失禁 (Fecal Incontinence) 是指每天至少2次或2次以上不隨意控制的排便和排氣。它是各種原因引起的具有多種病理生理基礎的一種臨床症狀。大便失禁較多見於老年人，且通常發生於身體較虛弱的狀態下，同時常存在便秘或小便失禁。女性發生的大便失禁較男性多見，經產婦則更多。

或液體的大便不自主地從肛門漏出來，嚴重程度要看漏出的頻率及漏出量而定，可分為輕微、中等及重度大便失禁。

大便失禁常與尿失禁症狀合併發生，這可能與骨盆腔內臟池有很大關係，它會隨著年齡增長而增加，但年輕男性發生率比年輕女性高，而老年女性發生率則比老年男性高。這是否與生產及女性有關的狀態有關，目前尚不清楚。

另外，社經地位較低、失能的病人 (如中風)，健康情形較差的病人 (如糖尿病患)，時常有腹瀉或便秘，或手術後併發症如切除痔瘡，括約肌切開術，肛門瘻管手術，括約肌畸形，直腸脫垂等手術，都比較容易發生大便失禁。控制糞便或氣體排除的能力有問題則稱為失禁，從輕微的控制排氣困難到嚴重的失去對固體糞便的控制能力，程度不一。而這個問題常隨着年齡增長而增加，許多人卻因為不好意思而不欲就醫，所以確實的盛行率不易得知。在一份7000多人的調查報告中，約20%的人有重大失禁的問題，其中60%是對氣體失禁，50%對液體失禁，30%的人對固體糞便失禁。女性，年紀大，行動不便者，整體身體狀況差者都是常見的危險因素。所以在護理之家者；大便失禁的盛行率高達10%到17%，年紀大及重病者更高達47%。

事實上就某些狀況而言，只要針對病因處理，往往可獲得相當程度的改善。基本上排便幾乎是所有未經醫療過的人，從肛門括約肌，大便的質和量，腸道的蠕動速度，直腸的容受性 (compliance)，神經傳導皆會受到底層有影響。基本上大便失禁常常是非其他疾病或狀況的結果，而非原因，所以詳細的服用史，身體學瞭解，長期藥物與用藥等都需要深入瞭解，才能釐清是功能性失調引起，還是肛門結構異常所致，再決定進一步要做什麼樣的肛門功能檢查以確定病因。

大便失禁的程度：
輕微：會有液體大便漏出，或偶爾有無法控制的固體大便漏出，或有規則性大便失禁。
中等：每個月都有大便漏出或每半年有無法控制的固體大便漏出，或常有重大便失禁。
重度：每週或更多時候常有大便漏出，或每個月常有固體大便漏出。

要有正常的肛門功能取決於正常的肛門感覺，神經傳導，肌肉收縮及協調儲存功能，但其中一項遭到破壞，就會造成大便失禁。很少有大便失禁的原因造成大便失禁，大部分是後天造成，以女性而言，大部分是因為自然生產過程導致肛門外括約肌的裂傷，進而影響到肛門的收縮功能。根據統計，有35%的初產婦自然產後造成肛門括約肌的傷害，雖然大部分不會有明顯症狀，但為日後大便失禁的發生埋下了危險因素。對於生產過程中，需要應用器械引產，巨嬰或第二產程較長的孕婦，產後造成大便失禁的機會就增加很多。而研究指出，會陰切開術並無法減少對肛門括約肌的傷害。另外，外傷及手術併發症也是常見原因。嚴重外傷會造成盆底神經的神經內受損，而肛門手術後 (痔瘡或瘻管手術) 會導致肛門或直腸周圍的結構遭到破壞，這些都是造成肛門無力因素之一。

除了上述結構上直接的損傷外，神經肌肉方面的疾病也是主要的原因，肌肉方面的病變造成肛門收縮力減弱，無法將肛門口完全關閉導致大便滲漏出來；代表疾病則是肌肉萎縮症及重症肌無力。而神經方面的問題則導致肛門感覺功能降低，或無法覺察到放入直腸內的大便，無法將直腸內的壓力感受器，當腔內壓達到一定值時，交感神經興奮，直腸擴張，內括約肌收縮，肛門需受到刺激而產生反應。這一衝動沿內臟傳入神經節副交感神經傳入腰部的腸系中神經。當大腦皮質解除排便的抑制時，外括約肌和內括約肌鬆弛，即可出現排便活動。關於大便失禁的機制，目前尚不完全清楚。正常大便的自能有賴於許多因素：大腸的功能，糞便的容積和稠度，結腸蠕動，直腸的膨脹性，肛門括約肌的功能，肛門直腸的敏感性和肛門直腸反射等。這些因素中任何一個或多個因素的異常都可能导致大便失禁。正常的排便需要適當的肛門直腸感覺。盆底感受器在整個直腸中分布不均，其側面最為密集。大便失禁者均有直腸感覺的降低。外傷性系時性大便失禁 (Idiopathic Fecal Incontinence) 的患者可能有肛管直腸的異常、特發性大便失禁或神經源性大便失禁。

大便失禁的治療主要分為飲食藥物治療，物理治療及手術治療。

1. 飲食藥物治療
適合較輕微的大便失禁。飲食上應儘量增加纖維的攝取，減少刺激的食物及容易在腸內產生氣體的食物，例如豆類、蛋或麵粉類。藥物方面可服用止瀉劑，三環抗憂鬱劑，改變大便的濃稠度及減低腸蠕動速度。

2. 物理治療
教育病人練習放鬆腹部肌肉同時收縮肛門括約肌，也就是所謂的提肛運動，可以將水灌塞入肛門口，讓病人感覺便意及練習肛門括約肌收縮能力的控制。適合肛門部分感覺缺失及括約肌鬆弛的病人。

3. 手術治療
最主要的針對骨盆內型型異常的病人，適合嚴重大便失禁的患者。若由於肛門外括約肌損傷或斷裂所導致的失禁，外括約肌直接修補或是缝合性手術。但是患者若合併有神經方面的損傷，則成功機會會稍低。此時可運用轉輸大腸或雙腔的肌肉來協助肛門括約肌收縮，對於神經受傷的患者，可以不斷刺激激發神經以促進局部肌肉的功能，文獻報告也沒有錯處。除此之外目前最先进的方案則是植入人工括約肌，但是價格十分昂貴。倘若上述的方法都無法改善失禁的狀況，最後只得選擇腸造口手術。這是醫師最不願意見到的結果，而且患者的接受意願也相當的低。

4. 其他
對於長期臥床的患者可以建議使用「肛門栓塞」 (Anal Plug)，就像水瓶的蓋子一樣，它可以將肛門口塞住，讓大便不會漏出。

預後
大便失禁採用內科保守的治療方法對40%病人有效，外科治療60%-90%病人得到改善。但僅有24%-58%病人在術後6-12個月能節制大便。

預防
1. 肛門直腸損傷的處理 肛門直腸損傷所造成肛門損傷，與其損傷的原因和程度有關，因此，及時正確地處理損傷，常常是保存排便功能的重要關鍵。

2. 直腸肛門疾病的治療 肛門先天性在修復成形的利用，必須重視原有直腸肛門的利用，特別是肛管直腸環的重建，是術後恢復排便功能的關鍵。

3. 實驗室檢查肛門直腸的功能具有包括任何時候自排與維持自控能力的多種不同因素互相作用的複雜機制。因此，某種特殊檢查可檢驗這種機制的一個方面，臨床評價必須根據各種檢查結果綜合考慮。評價盆底和括約肌功能的常用診斷性實驗包括：

1) 肛管直腸測壓：包括肛門內括約肌測壓，肛門外括約肌測壓，肛管測壓，肛門直腸測壓，肛門直腸測壓。肛門直腸測壓在肛門直腸測壓時最大壓力，肛門直腸測壓的知覺觸覺。在大便失禁時肛門測壓和肛門直腸測壓均下降。

2) 肌電圖：是反映盆底肌肉及括約肌的生理活動，瞭解神經和肌肉損傷部位與程度的客觀依據。

3) 排糞造影：可記錄排糞時的動態變化，通過直腸充盈，能推測肛管直腸直腸的狀態和損傷程度。

4) 生理鹽水灌腸試驗：通過坐位時向直腸內注入1500ml的生理鹽水，記錄漏出量和最大保留量，瞭解排便的自控制力。大便失禁時保留量下降或為零。

5) 肛管超聲圖：可準確判斷肛門括約肌損傷部位和不對稱性，測量內括約肌的厚度。

鑑別診斷：大便失禁的原因如何相互差別？
大便失禁的主要和常見病因有：

1. 神經系統疾患：腦血管意外、腦動脈硬化、腦外傷、脊髓損傷、脊髓、脊神經等。
2. 結腸、直腸疾患：先天性結腸、潰瘍性結腸炎、結、直腸癌、直腸脫垂、直腸畸形等。
3. 肛門直腸直接損傷，其中手術損害時常見原因。包括肛脫、肛裂和痔等手術以及硬化劑注射。

此外還有會陰部裂、意外傷、槍傷和藥物等病因。老年人身體衰弱，大便嵌塞亦可引起失禁。

大便失禁容易與那些疾病混淆
主要與急性菌痢及急性腸炎等腹瀉患者偶爾出現的大便失控相鑑別。但這些患者的大便多數情況下能隨意控制，並且患者多有腹痛及膿血便或水樣便，經對症治療後，隨著腹瀉症狀的緩解，大便成形，而偶發的大便失禁消失。大便失禁主要是病因之間的差別，包括神經障礙和損傷、肌肉功能障礙和受損、先天性疾病等。

治療
大便失禁的治療主要分為飲食藥物治療，物理治療及手術治療。

1. 飲食藥物治療
適合較輕微的大便失禁。飲食上應儘量增加纖維的攝取，減少刺激的食物及容易在腸內產生氣體的食物，例如豆類、蛋或麵粉類。藥物方面可服用止瀉劑，三環抗憂鬱劑，改變大便的濃稠度及減低腸蠕動速度。

2. 物理治療
教育病人練習放鬆腹部肌肉同時收縮肛門括約肌，也就是所謂的提肛運動，可以將水灌塞入肛門口，讓病人感覺便意及練習肛門括約肌收縮能力的控制。適合肛門部分感覺缺失及括約肌鬆弛的病人。

3. 手術治療
最主要的針對骨盆內型型異常的病人，適合嚴重大便失禁的患者。若由於肛門外括約肌損傷或斷裂所導致的失禁，外括約肌直接修補或是缝合性手術。但是患者若合併有神經方面的損傷，則成功機會會稍低。此時可運用轉輸大腸或雙腔的肌肉來協助肛門括約肌收縮，對於神經受傷的患者，可以不斷刺激激發神經以促進局部肌肉的功能，文獻報告也沒有錯處。除此之外目前最先进的方案則是植入人工括約肌，但是價格十分昂貴。倘若上述的方法都無法改善失禁的狀況，最後只得選擇腸造口手術。這是醫師最不願意見到的結果，而且患者的接受意願也相當的低。

4. 其他
對於長期臥床的患者可以建議使用「肛門栓塞」 (Anal Plug)，就像水瓶的蓋子一樣，它可以將肛門口塞住，讓大便不會漏出。

預後
大便失禁採用內科保守的治療方法對40%病人有效，外科治療60%-90%病人得到改善。但僅有24%-58%病人在術後6-12個月能節制大便。

預防
1. 肛門直腸損傷的處理 肛門直腸損傷所造成肛門損傷，與其損傷的原因和程度有關，因此，及時正確地處理損傷，常常是保存排便功能的重要關鍵。

2. 直腸肛門疾病的治療 肛門先天性在修復成形的利用，必須重視原有直腸肛門的利用，特別是肛管直腸環的重建，是術後恢復排便功能的關鍵。

3. 實驗室檢查肛門直腸的功能具有包括任何時候自排與維持自控能力的多種不同因素互相作用的複雜機制。因此，某種特殊檢查可檢驗這種機制的一個方面，臨床評價必須根據各種檢查結果綜合考慮。評價盆底和括約肌功能的常用診斷性實驗包括：

1) 肛管直腸測壓：包括肛門內括約肌測壓，肛門外括約肌測壓，肛管測壓，肛門直腸測壓，肛門直腸測壓。肛門直腸測壓在肛門直腸測壓時最大壓力，肛門直腸測壓的知覺觸覺。在大便失禁時肛門測壓和肛門直腸測壓均下降。

2) 肌電圖：是反映盆底肌肉及括約肌的生理活動，瞭解神經和肌肉損傷部位與程度的客觀依據。

3) 排糞造影：可記錄排糞時的動態變化，通過直腸充盈，能推測肛管直腸直腸的狀態和損傷程度。

4) 生理鹽水灌腸試驗：通過坐位時向直腸內注入1500ml的生理鹽水，記錄漏出量和最大保留量，瞭解排便的自控制力。大便失禁時保留量下降或為零。

5) 肛管超聲圖：可準確判斷肛門括約肌損傷部位和不對稱性，測量內括約肌的厚度。

鑑別診斷：大便失禁的原因如何相互差別？
大便失禁的主要和常見病因有：

1. 神經系統疾患：腦血管意外、腦動脈硬化、腦外傷、脊髓損傷、脊髓、脊神經等。
2. 結腸、直腸疾患：先天性結腸、潰瘍性結腸炎、結、直腸癌、直腸脫垂、直腸畸形等。
3. 肛門直腸直接損傷，其中手術損害時常見原因。包括肛脫、肛裂和痔等手術以及硬化劑注射。



大腸直腸診所

熊維羅 醫學博士

電話: 702-586-6688 (粵語、英、西、國語) 傳真: 702-586-9988
6080 S. Durango Dr., #105, Las Vegas, NV 89113