老年大便失禁



謝嘉娟[1,2] 譚健民[3]

前言

大便失禁(fecal incontinence)在一般人口群中的盛行率1－18%，而在老年人中的某些特殊人口群，如老年住院患者，其大便失禁發病率亦相對較高。失禁亦為長者、身心障礙者及長期臥床者的重要健康指標，高居高齡照護需求的首位，更甚於進食照護需求。老年大便失禁，亦常伴隨尿失禁發生，雖然其盛行率不如尿失禁，但其相關之生理、心理及社交問題卻可能更為嚴重，在在影響病患的生活品質。臨床上，大便失禁的病患因為困窘、羞於啟齒而有低報的情形，老人大便失禁，亦造成家屬的照護上的困擾，是安置機構的重要原因之一，也是高齡照護的重要議題；吾等臨床醫師應主動察覺排便異常情形，熟悉大便失禁診治流程，並提供生理-心理-社會(bio-psycho-social)的全人照護。

大便失禁定義與分級

1 三軍總醫院澎湖分院家庭醫學科主治醫師
2 三軍總醫院澎湖分院體檢組組長
3 財團法人宏恩綜合醫院胃腸肝膽科主任
關鍵詞：fecal incontinence, encopresis, elderly incontinence

大便失禁定義不一，咸認為不能隨意控制於適宜的時間、地點排便者，依症狀時間長短，可分為暫時型與持續型。嚴重程度，可依頻率、護墊使用多寡、對生活的影響等分級，目前最廣泛使用的量表為克里夫蘭醫療機構失禁量表(Cleveland Clinic Incontinence Score, CCIS)（表一），優點是可單從病史詢問得知其嚴重度。

大便失禁之病因

造成大便失禁的可能原因眾多，大多是後天續發型，可分為四大類：構造異常、排便功能異常、糞便異常與其他異常（表二）。

目前，認為恥骨直腸肌功能障礙、陰部神經反射障礙、肛門括約肌張力的喪失、外傷、大便性狀改變、植物人之神經功能紊亂(vegetative nerve functional disturbance)、認知障礙等，導致肛門括約肌萎縮以及張力下降，都是老年大便失禁衍生的原因。一般而言，女性大便失禁多於男性，這是由於女性在分娩過程中可能會發生肛門括約肌撕裂損害，所以，經產老年女性更易患大便失禁。糞塊嵌塞也可引起骨盆底神經麻痺、感覺減退，引起

表一 克里夫蘭醫療機構失禁量表(CCIS)

頻率 / 種類	從不	偶爾	有時（≧每月一次）	經常（≧每週一次）	每天都會
氣態	0	1	2	3	4
液態	0	1	2	3	4
固態	0	1	2	3	4
護墊使用	0	1	2	3	4
生活影響	0	1	2	3	4
總分	0	1-7	8-14	15-19	20
肛門狀態	控制完全	控制尚可	中度失禁	重度失禁	完全失禁

表二 大便失禁的原因

構造異常	肛門括約肌	產傷、瘻管、痔瘡切除術後、肛門擴張、放射治療、炎症性腸道疾病(inflammatory bowel disease)
	直腸	先天異常、癌症、脫垂、會陰過度下降(甚至脫垂)
	恥骨直腸肌(puborectalis m.)	創傷、產傷
	陰部神經(pudendal n.)	手術傷害、會陰過度下降
	中樞神經系統、脊髓、自主神經系統	脊髓受傷、頭部外傷、中風、背部手術、糖尿病、多發性硬化症、神經性梅毒、馬尾症候群、脊髓腫瘤
排便功能異常	直腸肛門感覺	產傷、中樞神經系統受損、自主神經系統受損、糖尿病
	糞塊嵌塞	排便調控障礙
糞便異常	外觀(量與質)	炎症性腸道疾病、大腸激躁症(irritable bowel syndrome)、藥物、感染
	刺激物	膽鹽吸收不良、瀉劑
	糞便過硬、殘留	排便調控障礙、糞塊嵌塞、藥物、電解質異常(高血鈣、低血鉀)
其他異常	行動與認知功能	超高齡、失智、身心障礙、孱弱、鎮靜安眠
	精神疾病	心因性恣意解便
	藥物使用	瀉劑、抗膽鹼劑、抗憂鬱劑、咖啡因、肌肉鬆弛劑、減肥藥類(如orlistat)
	食物耐受不良	乳糖、果糖、山梨醣醇(sorbitol)

大便失禁。此外，不合理使用藥物、衛生習慣差、心理障礙、衰弱及失智症等，都是老年性大便失禁的危險因子。

大便失禁之評估與診斷

完整而詳實的病史詢問及身體檢查，有利於診治流程的進行。病史詢問須涵蓋：確認是否真有失禁，抑或只是排便頻繁或急促感？發生排便失禁的時間長短？嚴重程度如何？為排氣時漏糞、滲出稀糞，或大便過硬嵌塞於直腸？有否惡化？是否合併尿失禁、腹瀉、排便急促感或糞便嵌塞的情形？有否糖尿病、神經障礙等問題？先前是否接受過骨盆放射治療或肛門直腸手術？用藥史回顧，應留意藥物副作用，及近期藥物調整紀錄。是否曾記錄排便日記，可供參考？女性病患，需特別詢問是否曾自然產(經陰道分娩)，以及是否造成產傷？身體檢查應特別著重於會陰、肛門、直腸部位及神經學檢查，視診患部有無化學性皮膚炎、壓瘡，並確實地執行肛門指診；至於女性病患，最好能在女性護士陪同下，進行內診。

依據病史詢問與身體檢查作初步臆斷，針對症狀嚴重者，可依病情個別需要，考慮進一步安排相關檢查，如：糞便檢查(較常用)、大腸內視鏡檢(較常用)、直腸內超音波檢查(endoanal sonography)、肛門直腸壓力檢查(anorectal manometry)、肛門肌電圖檢查、氣球排出檢查(balloon expulsion test)、食鹽水灌注檢查(saline infusion test)、排便攝影(defecography)、陰部神經末端電氣學檢測(pudendal nerve terminal latency)等，有利於大便失禁之鑑別診斷；不過在臨床實際操作上，似乎很少執行，其實用價值待定。

大便失禁之處置

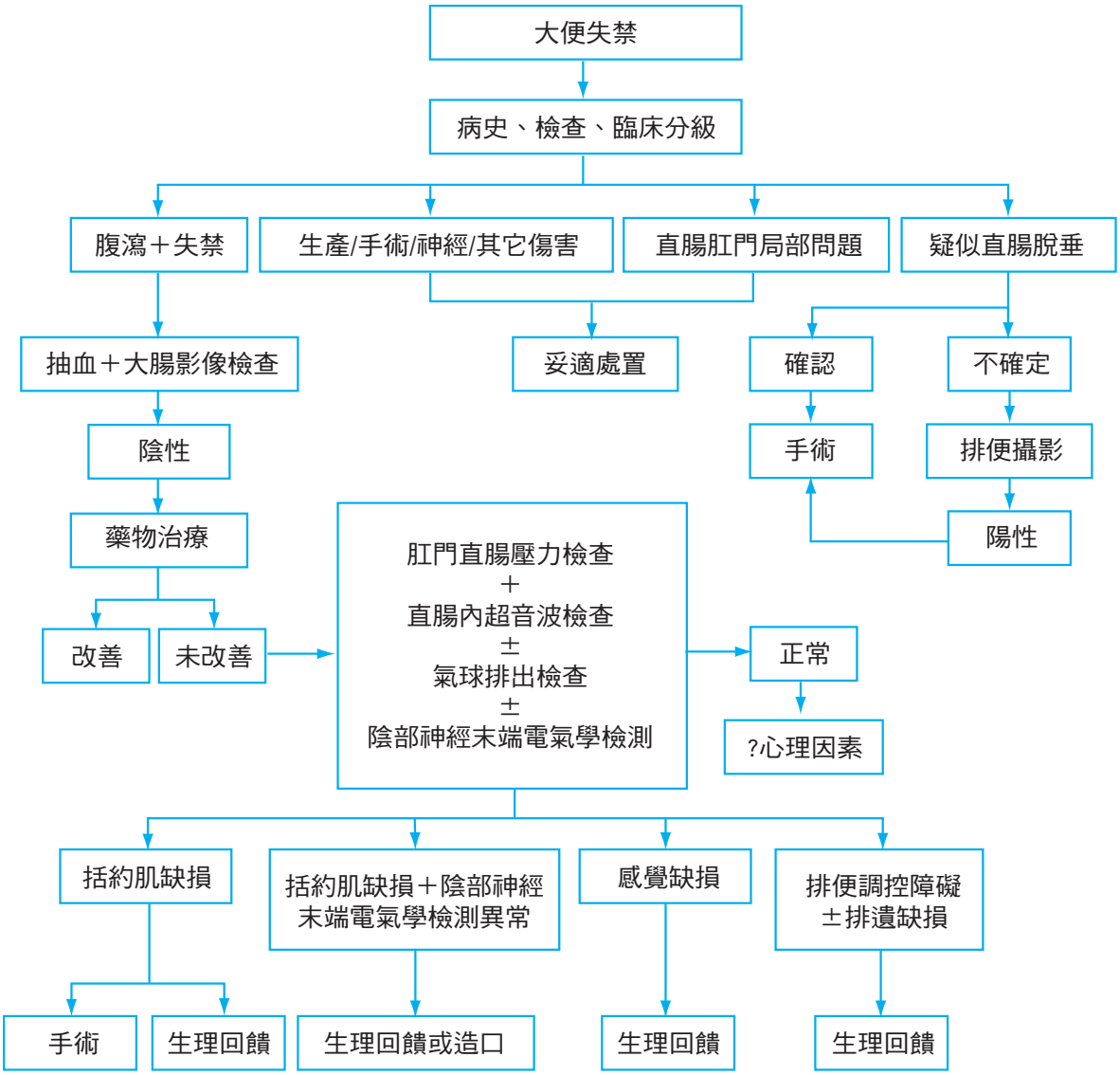
首先，表達同理心，給予心理支持，並同時給予飲食控制及個人衛生的衛教；鼓勵多攝取高纖食物，每日飲水至少1,500至2,000毫升，限制刺激性或致脹氣食物攝取，如菸、酒、咖啡、茶、人工糖精、豆漿、牛奶、地瓜、薑絲、蔥、洋蔥、香蕉、芹菜、梅子等，勤作骨盆底肌肉運動(pelvic floor exercise)，並研擬可行的排便訓練計畫，如每日三餐後半小時如廁，如廁後最好以溫水沖洗，否則以濕紙巾清潔，可視情況再塗抹一層凡士林或氧化鋅保護患部。長期臥床的大便失禁病患，需經常更換尿布，若合併有壓瘡，有些學者建議可考慮使用肛門栓塞(anal plug devices)或肛門袋(anal bag)。

評估用藥史若發覺大便失禁乃某藥物之副作用，應妥適調整，減量或改藥，避免陷入處方串(prescribing cascade)的惡性循環。而便祕病患，應適量使用軟便劑、瀉劑。近年來，生理回饋療法也應用於排便失禁。另類或輔助療法方面，可採針灸長強、提肛穴等主穴，搭配百會、承山、足三里等穴位效果更佳。

大便失禁嚴重，或對內科治療無效者，應轉介大腸直腸外科，評估手術介入的可能性，包括：括約肌修補術(sphincteroplasty)、肛門括約肌置換術(sphincter replacement)、重建提肛肌、排便改道(fecal diversion)等。

總之，臨床醫護人員應熟悉大便失禁診治流程（圖一），主動覺察失禁病患並儘快診療，必要時應轉介大腸直腸外科醫師。

圖一 大便失禁病患的評估與處置流程圖



參考自Am J Gastroenterol 2004; 99: 1585-1604.

結語

基本上，大便失禁是指肛門括約肌不受意識控制而不自主地排便。隨著人口老化，老年臥床病人愈來愈多，大便失禁的護理愈顯重要。在臨床上，應主動注意觀察患者病情、分析、尋找失禁相關因素。對老年人大便失禁的處理，應高度重視個別化治療原則，對不同原因所引起的大便失禁，採取不同的衛教及治療措施；而有為數不少的病患是由於糞便成分異常、直腸容量及順應性下降而造成暫時大便失禁，因此解除誘發因素後可望逐漸獲得改善。老年人通常表現為輕度的大便失禁，大多數透過內科保守治療可得到滿意的療效，其中包括調節飲食、加強局部衛生、去除糞塊嵌塞以及使用止瀉劑等。近年來，生物回饋治療及手術治療也愈來愈多應用於大便失禁的個案治療。

參考資料

1. Landefeld CS, Bowers BJ, Feld AD, et al: National Institutes of Health state-of-the-science conference statement: prevention of fecal and urinary incontinence in adults. Ann Intern Med 2008; 148: 449-58.
2. Akhtar AJ, Padda M: Fecal incontinence in older patients. J Am Med Dir Assoc 2005; 6: 54-60.
3. Lazarescu A, Turnbull GK, Vanner S: Investigating and treating fecal incontinence: When and how. Can J Gastroenterol 2008; 23: 301-8.
4. MacArthur C, Glazener C, Lancashire R, et al: Exclusive caesarean section delivery and subsequent urinary and faecal incontinence: a 12-year longitudinal study. Brit J Obs Gyn 2011; 118: 1001-7.
5. Rao SS: Diagnosis and management of fecal incontinence. Am J Gastroenterol 2004; 99: 1585-604.
6. Byrne CM, Solomon MJ, Young JM, et al: Biofeedback for fecal incontinence: short-term outcomes of 513 consecutive patients and predictors of successful treatment. Dis Colon Rectum 2007; 50: 417-27.
7. Graf W, Mellgren A, Matzel KE, et al: Efficacy of dextranomer in stabilised hyaluronic acid for treatment of faecal incontinence: a randomised, sham-controlled trial. Lancet 2011; 377: 997-1003.