

妊娠期便秘的研究进展

朱雨婷¹ 王新新¹ 孔祥^{2,3} 曹佳晨³ 徐金金³ 葛凡³

¹扬州大学护理学院 225001; ²扬州大学临床医学院产科 225001; ³扬州大学医学院 225001

通信作者: 孔祥, Email: yzcx@sina.com

【摘要】 便秘是妊娠期常见的症状, 大多数病例是由于激素和机械因素共同影响胃肠道功能而引起的, 部分女性孕前已发生便秘, 在孕期症状出现明显加重。单纯的功能性便秘可通过宣传教育、饮食调整、运动、如厕习惯等方面的干预来治疗, 严重者会出现腹痛、腹胀, 甚至产生心理负担, 生活质量严重受损, 需药物干预治疗, 但目前尚不完全清楚药物对胎儿的影响, 应尽量避免使用药物, 以免对胎儿造成不良影响。本文就妊娠期便秘的干预方法进行如下综述, 旨在探索治疗和护理妊娠期便秘的最佳方法, 同时为早期预防妊娠期便秘提供参考依据。

【关键词】 妊娠; 便秘; 干预; 护理

DOI: 10.3760/cma.j.issn.1007-1245.2019.11.048

Interventions of constipation during pregnancy

Zhu Yuting¹, Wang Xinxin¹, Kong Xiang^{2,3}, Cao Jiachen³, Xu Jinjin³, Ge Fan³

¹School of Nursing, Yangzhou University, Yangzhou 225001, China; ²Department of Obstetrics, Clinical Medical College, Yangzhou University, Yangzhou 225001, China; ³Medical School, Yangzhou University, Yangzhou 225001, China

Corresponding author: Kong Xiang, Email: yzcx@sina.com

【Abstract】 Constipation is a common symptom during pregnancy. Most cases are caused by hormonal and mechanical factors affecting gastrointestinal function. Some women have constipation before pregnancy, and the symptoms obviously aggravate during pregnancy. Simple functional constipation can be treated through interventions, such as publicity, and education, diet adjustment, exercise, and toilet habit adjustment. In severe cases, abdominal pain, bloating, and even psychological burden can occur, and the quality of life is seriously impaired. When this happens, drug intervention is needed, but the effect of drugs on the fetus is not fully understood now, and drugs should be avoided as much as possible to avoid adverse effects on the fetus. This article reviews the interventions for constipation during pregnancy to explore the best ways to treat and care constipation during pregnancy, and to provide some references for early prevention of constipation during pregnancy.

【Key Words】 Pregnancy; Constipation; Intervention; Nursing Care

DOI: 10.3760/cma.j.issn.1007-1245.2019.11.048

便秘是由于多种病因所引起的常见临床症状, 其中无明显器质性病变或继发于代谢病、系统性疾病或药物因素而以功能性改变为特征的便秘称为功能性便秘(FC)。临床表现为排便困难, 粪便干结坚硬, 排便不尽感, 排便次数减少, 甚至需要手法帮助等。便秘在男性和非孕女性中经常发生, 但由于妊娠相关的解剖和生理变化, 这一现象在妊娠期间更为常见, 且怀孕前便秘的女性往往在怀孕时症状加重。研究指出, 妊娠期便秘是仅次于恶心的最常见的妊娠期胃肠道疾病, 多达一半的女性在怀孕期间会发生便秘^[1], 二次妊娠的发生率高于初次妊娠。随着我国二胎政策的开放, 近几年来我国便秘孕妇的数量在迅速增加。便秘通常发生在怀孕的前两个阶段^[2], 其类型和严重程度往往因人而异, 虽然便秘很少会危及到母亲或胎儿的生命安全, 但会导致明显的不适和

痛苦, 降低孕妇的生活质量, 有时也可能导致早产、流产等不良事件。由于药物治疗可能会对发育中的胎儿造成不良影响, 因而治疗孕妇便秘是一个十分棘手的问题, 需高度重视。

1 妊娠期便秘高发的原因分析

1.1 解剖和生理因素 随着怀孕的进展, 胎儿不断生长, 增大的子宫向上进入腹腔对腹腔器官造成压迫, 同时对乙状结肠施加压力造成机械障碍, 减慢肠道蠕动导致便秘发生^[3]。妊娠晚期, 胎头入盆后, 直肠受到的机械性压力越来越明显, 粪便运转速度减慢, 导致不能正常排便。除了解剖学改变外, 怀孕期间的性激素水平变化也对便秘也产生了重要作用。正常妊娠期间, 雌孕激素水平平均升高, 尤其是黄体酮的升高对于维持正常妊娠起到至关重要的作用。但是黄体酮通过对细胞内钙的剂量的依赖性调节引起肠道平滑肌松弛, 抑制胃、

小肠和结肠收缩,使肠道蠕动减少^[4]。此外,结肠平滑肌收缩力的降低延长了结肠转运粪便的时间;雌孕激素水平的升高引起醛固酮分泌增加,导致对结肠内水的重吸收增加,致使大便干结加重便秘。

1.2 生活方式因素 基于这些解剖和生理变化,妊娠期间生活方式的改变也会导致便秘的发生。孕期由于体循环血容量增加,出现生理性血液稀释现象,这时为了避免孕妇发生缺血性贫血保证胎儿的正常生长发育需要补充铁剂。铁剂会刺激胃肠道黏膜,引起肠胃内火重,导致大便水分减少,形成便秘。另外,如果孕妇进食大量的高蛋白、高脂肪的食物,忽略了粗粮、蔬菜、水果等膳食纤维的摄入,就会导致肠道内纤维素不够,不利于食糜和大便的下滑,同时缺乏对肠壁刺激的推动作用,容易导致便秘。国外学者在研究饮食习惯对孕产妇便秘发生率的影响时发现,与未发生便秘的孕妇相比,便秘的孕妇在孕早期的饮水量明显低于未发生便秘者,而孕中期进食量远高于未便秘者,差异均有统计学意义。孕期减少或停止体力活动和体育锻炼,卧床休息时间延长、久坐不动也是导致便秘的高危因素^[5]。

2 妊娠期便秘的影响

有证据表明,排便紧张会损害会阴部神经,损害盆底肌肉组织的支持功能^[6]。便秘也是子宫-阴道脱垂发展的一个重要因素^[7]。妊娠期便秘的影响可大可小,严重的便秘表现为经常几天没有大便,甚至是1~2周都不能顺利排便,从而导致孕妇腹痛、腹胀发生。严重的便秘会导致肠道梗阻,以致发生早产,危及母婴健康^[8]。虽然妊娠期便秘很少危及孕妇和胎儿的生命安全,但排便困难、疼痛会给孕妇在心理上造成严重的负担,增加焦虑、紧张的不良情绪,而孕期的这些负性情绪是导致产后抑郁的重要因素,甚至可引发心理、生理应激,增加不良妊娠结局的发生风险^[9]。妊娠晚期,便秘可能会影响分娩过程,分娩时,堆积在肠管中的粪便妨碍胎儿下降,引起产程延长,甚至难产和产后大出血,还可导致生殖系统疾病。

3 妊娠期便秘的干预治疗

由于妊娠期便秘的高发病率和特殊性,近年来,越来越多的学者开始重视这一疾病的治疗和管理,虽然十分常见,但其护理和治疗目前仍未达到理想水平。对于已诊断为便秘的孕妇,护理和治疗的主要目的是减轻症状和便秘程度,增加舒适,提高生活质量,减少不良妊娠结局的发生率^[10]。妊娠期便秘的治疗主要包括非药物干预和药物干预。非药物干预主要指增加液体和高纤维食物的摄入、适度运动以及宣传教育^[11],另外合理调整铁剂的使用和指导如厕行为也包括在内。对于症状较轻的孕妇来说,改变生活方式基本能控制便秘的进展,但当生活方式和饮食的改变不能有效缓解症状时,有时需要药物治疗,和所有的妊娠用药一样,药物治疗便秘需要谨慎进行。

3.1 非药物干预

3.1.1 增加液体摄入 液体对于缓解便秘的功效很多学者都

有证实,通过水的作用,粪便变得更松软,同时液体对肠道的润滑也能够加速排便过程,因此,饮水量较少的孕妇可能会因结肠脱水而导致便秘^[12]。研究发现,高液体摄入量对于缓解妊娠早期便秘有较好的效果,而对晚期妊娠影响不大^[13]。因此孕早期可通过补充大量的液体来预防便秘或减轻便秘症状。通过对比,发现在妊娠中期饮食量过多的孕妇出现便秘的几率更高,妊娠中期受激素影响结肠运输缓慢,摄入过多的食物加重结肠的负担,导致“结肠充血”、肠道内水分的吸收增加、便秘加重。

3.1.2 增加膳食纤维摄入 膳食纤维最明显的好处是减少便秘的发生和缓解便秘,是一类不可消化的食品成分,有益于健康。含有粗麦麸或未加工麦麸的膳食纤维(每天3次,每次2茶匙)可以缓解腹胀,还可以减轻孕妇排便时向腹部施加压力的需要,可用于治疗妊娠期女性的便秘^[14]。一般来说,便秘的人应该增加谷物、水果、蔬菜的摄入以保证足够的纤维素维持正常肠道功能,但是任何纤维摄入量的增加都应循序渐进,以免造成肠胃胀气。报道指出,成年人的目标应该是每天摄入18~30g纤维^[15],增加膳食纤维可能在短时间内无法改善便秘的症状,需要长达4周的时间。一项数据分析显示,膳食纤维的摄入可明显增加便秘患者的大便频率,但它并不能有效改善大便的粘稠度,对排便困难和排便疼痛等症状的缓解作用也不明显。膳食纤维对严重便秘可能没有那么有效,只能用于轻度至中度便秘,因此,膳食纤维对不同程度妊娠期便秘的影响还有待进一步研究。

3.1.3 运动 剧烈运动可能加重便秘,但轻度的体力活动可以促进正常的肠道功能^[13]。研究指出,在妊娠早、中期,适当的运动能够减轻便秘的症状,但妊娠晚期参加运动的孕妇反而容易出现便秘,这可能与晚期结肠受到来自子宫的压力增加,个体的运动导致结肠脱水有关^[2]。在体力活动水平方面,虽然便秘孕妇与非便秘孕妇之间虽然没有统计学上的显著差异,美国运动医学学院(American College of Sports Medicine)建议,在没有并发症的情况下,孕妇每天应该进行30min的适度运动,如散步、抬腿等活动方式已被证明能够改善肠道功能^[16]。然而,目前还没有证据表明哪一种活动方式的效果更好。

3.1.4 宣传教育 对患者的教育是治疗原发性便秘的重要组成部分,当患者了解自己的情况并学习相关的管理策略时,便秘症状能得到缓解,生活质量得到提高。便秘的管理和治疗应该因人而异,通过制定个体化的教育计划确定便秘的危险因素和特征,对于降低便秘严重程度,提高生活质量具有重要意义。教育的内容主要包括便秘的原因、发生机制、危险因素、预防的建议以及患者目前存在的主要问题等方面^[10]。

3.1.5 如厕习惯调整 一份指南中指出了正确干预如厕习惯对于减轻便秘症状的积极影响,主要包括以下几个方面。(1)迅速回应排便的冲动:引起排便冲动的排便反射会在几分钟后减弱,可能会保持几个小时的安静^[17]。(2)提供一个固定的排便时间,通常是饭后排便,早晨排便比晚上排便好,在餐后的第1个小时内,粪便的大规模运动最强烈,约15min^[17]。(4)选择适宜的隐蔽性好的如厕环境。(4)选择

舒适的体位排便, 孕妇多建议使用坐便的姿势: 坐姿能降低肛门直肠角的敏锐度, 促进粪便进入肛管^[18]。

3.1.6 其他 相关研究证实, 经常使用益生菌可能有助于预防便秘, 使排便频率增加, 而排便紧张、腹痛和肛肠梗阻感则减少^[19]。关于妊娠期如何补充铁剂的争论有很多, 有学者认为间歇性补充铁与每日补充铁在治疗贫血时可能同样有效, 同时减少便秘症状的增加。但也有研究指出, 每日定量用铁能够在治疗贫血的同时控制便秘。通过增加食物中铁的含量来补充铁剂来治疗贫血预防便秘的发生和进展也是治疗妊娠期便秘的一种方法^[20]。

3.2 药物干预 妊娠便秘的药物干预通常用于治疗顽固性便秘者, 当仅改变生活方式和饮食不能缓解症状时, 通常会考虑药物干预, 有些药物在孕期使用认为较安全, 如膨化剂、润滑剂、粪便软化剂、渗透性缓泻剂等^[21]; 刺激性泻药在改善便秘方面比膨大型泻药更有效, 但同时也会显著加剧腹部不适和腹泻, 应该避免长期使用^[22]。研究证实, 部分药物应避免在怀孕期间, 如蓖麻油与引起宫缩和早产有关, 高渗性盐溶液会导致母体液体储溜^[23]; 矿物油理论上可以影响母体对脂溶性维生素的吸收, 而一旦维生素 K 含量不足会导致低凝血酶血症和出血^[23]。

便秘对于妊娠期妇女而言是一种常见的症状, 大多数病例是由于激素和机械因素影响了正常胃肠道功能的单纯性功能便秘。对于这一特殊群体的便秘治疗, 多数情况下可以通过饮食调节、运动和生活方式的改变来治疗, 最好避免使用药物, 必要时应在监督下使用, 选择最合适的药物制剂。

参考文献

- Zielinski R, Searing K, Deibel M. Gastrointestinal distress in pregnancy: prevalence, assessment, and treatment of 5 common minor discomforts [J]. *J Perinat Neonatal Nurs*, 2015, 29(1): 23-31. DOI: 10.1097/JPN.000000000000078.
- Verghese TS, Futaba K, Latthe P. Constipation in pregnancy [J]. *Obstetrician & Gynaecologist*, 2015, 17(2): 111-115.
- Shin GH, Toto EL, Schey R. Pregnancy and postpartum bowel changes: constipation and fecal incontinence [J]. *Am J Gastroenterol*, 2015, 110(4): 521-529. DOI: 10.1038/ajg.2015.76.
- Oh JE, Kim YW, Park SY, et al. Estrogen rather than progesterone cause constipation in both female and male mice [J]. *Korean J Physiol Pharmacol*, 2013, 17(5): 423-426. DOI: 10.4196/kjpp.2013.17.5.423.
- Shi W, Xu X, Zhang Y, et al. Epidemiology and Risk Factors of Functional Constipation in Pregnant Women [J]. *PloS One*, 2015, 10(7): e0133521. DOI: 10.1371/journal.pone.0133521.
- Aapkes RR, van Die A, Samlal R. A pregnant woman with increasing constipation [J]. *Nederlands Tijdschrift Voor Geneeskunde*, 2017, 161: D1480.
- Wang HL. Understanding the Pathogenesis of Slow-Transit Constipation: One Step Forward [J]. *Dig Dis Sci*, 2015, 60(8): 2216-2218. DOI: 10.1007/s10620-015-3754-1.
- 陈海亮, 庄华章, 陈晓燕. 孕产妇便秘发病影响因素及预防措施 [J]. *中国医药导报*, 2010, 7(24): 140-141. DOI: 10.3969/j.issn.1673-7210.2010.24.078.
- 于洪洁, 杨丽萍. 孕期心理应激对子代的影响及作用机制的研究进展 [J]. *中国妇幼保健*, 2013, 28(36): 6071-6073. DOI: 10.7620/zgfybj.j.issn.1001-4411.2013.36.63.
- Rao SSC, Rattanakit K, Patcharatrakul T. Diagnosis and management of chronic constipation in adults [J]. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol*, 2016, 13(5): 295-305. DOI: 10.1038/nrgastro.2016.53.
- Gharehbaghi K, Gharehbaghi DR, Wierrani F, et al. Treatment of Chronic Functional Constipation during Pregnancy and Lactation [J]. *Z Geburtshilfe Neonatol*, 2016, 220(1): 9-15. DOI: 10.1055/s-0035-1554626.
- García Duarte S, Ruiz Carmona M, Camacho Ávila M. Prevention of constipation during pregnancy with the hydration [J]. *Nutr Hosp*, 2015, 32(Suppl 2): 10298. DOI: 10.3305/nh.2015.32.sup2.10298.
- Body C, Christie JA. Gastrointestinal Diseases in Pregnancy: Nausea, Vomiting, Hyperemesis Gravidarum, Gastroesophageal Reflux Disease, Constipation, and Diarrhea [J]. *Gastroenterol Clin North Am*, 2016, 45(2): 267-283. DOI: 10.1016/j.gtc.2016.02.005.
- Turawa EB, Musekiwa A, Rohwer AC. Interventions for treating postpartum constipation [J]. *Cochrane Database Syst Rev*, 2014, 9(9): CD010273. DOI: 10.1002/14651858.CD010273.pub2.
- Bardsley A. Assessment and treatment options for patients with constipation [J]. *Br J Nurs*, 2017, 26(6): 312-318. DOI: 10.12968/bjon.2017.26.6.312.
- Mazlyn MM, Nagarajah LH, Fatimah A, et al. Stool patterns of Malaysian adults with functional constipation: association with diet and physical activity [J]. *Malays J Nutr*, 2013, 19(1): 53-64.
- Basilisco G, Coletta M. Chronic constipation: a critical review [J]. *Dig Liver Dis*, 2013, 45(11): 886-893. DOI: 10.1016/j.dld.2013.03.016.
- American Gastroenterological Association, Bharucha AE, Dorn SD, et al. American Gastroenterological Association Medical Position Statement on Constipation [J]. *Gastroenterology*, 2013, 144(1): 211-217. DOI: 10.1053/j.gastro.2012.10.029.
- Griffin C. Probiotics in obstetrics and gynaecology [J]. *Aust N Z J Obstet Gynaecol*, 2015, 55(3): 201-209. DOI: 10.1111/ajo.12303.
- Shinar S, Skornick-Rapaport A, Maslovitz S. Iron supplementation in singleton pregnancy: Is there a benefit to doubling the dose of elemental iron in iron-deficient pregnant women? a randomized controlled trial [J]. *J Perinatol*, 2017, 37(7): 782-786. DOI: 10.1038/jp.2017.43.
- Gomes CF, Sousa M, Lourenço I, et al. Gastrointestinal diseases during pregnancy: what does the gastroenterologist need to know? [J]. *Ann Gastroenterol*, 2018, 31(4): 385-394. DOI: 10.20524/aog.2018.0264.
- Sharma A, Rao S. Constipation: Pathophysiology and Current Therapeutic Approaches [J]. *Handb Exp Pharmacol*, 2017, 239: 59-74. DOI: 10.1007/164_2016_111.
- Trottier M, Erebara A, Bozzo P. Treating constipation during pregnancy [J]. *Can Fam Physician*, 2012, 58(8): 836-838.

(收稿日期: 2019-02-20)
(责任校对: 成观星)