

· 共识与指南 ·

肠易激综合征诊断和治疗的共识意见(2007,长沙)

中华医学会消化病学分会胃肠动力学组

肠易激综合征的诊断

一、诊断标准与分型

(一) 诊断标准:推荐采用目前国际认同的罗马标准。表 1 是 2006 年修订的罗马 III IBS 诊断标准。

表 1 IBS 的罗马 III 诊断标准*

反复发作的腹痛或腹部不适 [#] ,最近 3 个月内每月发作至少 3 d, 伴有以下 2 项或 2 项以上: 1. 排便后症状改善 2. 发作时伴有排便频率的改变 3. 发作时伴有粪便性状(外观)改变

注: * 诊断前症状出现至少 6 个月,近 3 个月符合以下诊断标准; [#] 腹部不适是指不舒服的感觉,而非疼痛

以下症状未列入诊断标准,但对诊断有支持意义,包括排便频率异常(①每周排便少于 3 次,或②每日排便多于 3 次);粪便性状异常(③干球粪或硬粪,或④糊状粪/稀水粪);⑤排便费力;⑥排便紧迫感、排便不尽、排黏液以及腹胀。

罗马 III 标准中所使用的腹痛/腹部不适的频率阈值主要依据有关研究资料,有一定的随意性,可根据应用的目的作适当的调整。建议在病理生理研究及临床试验中,在筛选合格受试者时将腹痛或腹部不适的发作频率设定为每周至少 2 d。

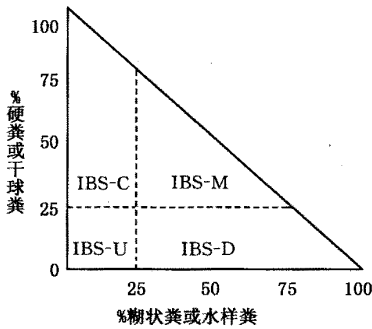
(二) 分型:以往使用的罗马 II IBS 亚型分型标准复杂且难以使用,罗马 III 简化为仅依据粪便性状作为分型的指标,具有一定的实用性和可操作性,推荐使用罗马 III 分型方法(图 1)。粪便性状可参考 Bristol 粪便性状量表(图 2),1~2 型为便秘;6~7 型为腹泻。

(三) 诊断注意事项:2006 年颁布的罗马 III IBS 诊断标准是以近年的流行病学以及临床研究为证据,基于症状学的诊断标准。在实际应用中应注意以下几个方面:①诊断应建立在排除器质性疾病的基础上。②IBS 的肠道症状具有一定的特点,如腹痛或腹部不适与排便的关系,这组症状有别于其他的功能性肠病(如功能性便秘、功能性腹泻、功能性腹痛)。③IBS 常与其他功能性胃肠病共存。

肠易激综合征(irritable bowel syndrome, IBS)是一种常见的功能性肠病,以腹痛或腹部不适为主要症状,排便后可改善,常伴有排便习惯改变,缺乏可解释症状的形态学和生化学异常。世界各地流行病学研究报道显示 IBS 是一种世界范围内的多发病。西方国家人群患病率达 10%~20%,我国的一项按罗马 II 标准的流行病学调查显示社区人群 IBS 患病率为 5.7%,其中 22% 曾因 IBS 症状而就诊。IBS 的症状常与其他功能性胃肠病,如功能性消化不良的症状有重叠。IBS 症状常影响患者的学习、生活和工作,对患者的生存质量产生不同程度的负面影响。与正常人相比,IBS 患者较易寻求各种医疗帮助,花费高额的医疗费用。同时患者因疾病而旷工、旷课也造成间接的经济损失。因此,IBS 是值得重视的临床与社会问题。

总体来说,IBS 的病因和发病机制尚不十分清楚。现有研究结果显示 IBS 的发病与下列因素有关:①胃肠道动力异常。部分腹泻型 IBS 表现为胃肠通过时间缩短、结肠收缩增强等肠道动力亢进,而部分便秘型 IBS 则可存在肠道动力不足表现。②内脏敏感性增高。直肠气囊扩张试验表明 IBS 患者痛阈下降,对直肠扩张等机械性刺激敏感性增高。③中枢神经系统感知异常。功能性磁共振(fMRI)研究表明,IBS 患者对直肠气囊扩张刺激所引起大脑反应区与正常人有所不同,且腹泻型 IBS 与便秘型 IBS 之间的大脑反应区也有所不同。④脑-肠轴调节异常:中枢神经系统对肠道传入信号的处理及对肠神经系统的调节异常可能与 IBS 的症状有关。⑤肠道感染与炎症反应。有研究表明肠道急性细菌感染后部分患者发展为 IBS,肠道感染引起的黏膜炎症反应、通透性增加及免疫功能激活与 IBS 发病的关系值得进一步研究。⑥精神心理异常。部分 IBS 患者存在焦虑、紧张、抑郁、失眠等精神心理异常,精神心理应激也可诱发或加重 IBS 症状,说明精神心理因素与 IBS 有密切的关系。

通信作者:胡品津,510080 广州,中山大学附属第一医院消化科



注：二维图显示根据粪便性状将 IBS 分为 4 种亚型。IBS-D=IBS 腹泻型：至少 25% 的排便为松散（糊状）粪或水样粪，且硬粪或干球粪 < 25% 的排便*；IBS-C=IBS 便秘型：至少 25% 的排便为硬粪或干球粪，且松散（糊状）粪或水样粪 < 25% 的排便*；IBS-M=IBS 混合型：至少 25% 的排便为硬粪或干球粪，且至少 25% 的排便为松散（糊状）粪或水样粪*；IBS-U=IBS 不定型：粪便性状异常不符合上述 IBS-C、D 或 M 中的任一标准*（* 在未用止泻剂或者轻泻药的情况下）

图 1 IBS 罗马 III 分型方法

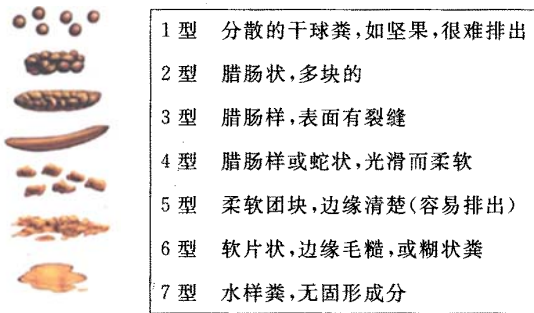


图 2 Bristol 粪便性状量表

从对罗马 III 就 IBS 分型标准阐述的理解，考虑到汉语的表达特点，我们建议将 IBS 亚型命名的汉语翻译为：IBS 腹泻型 (IBS-D)、IBS 便秘型 (IBS-C)、IBS 混合型 (IBS-M)[与 IBS 交替型 (IBS-A) 在某种程度上属同意词] 和 IBS 不定型 (IBS-U)。

罗马 III 标准的修改依据主要来源于西方的研究资料，我国 IBS 的临床特点可能与西方有所不同，文化和社会生活习惯的差异也可能会影响对 IBS 的认识，建议在使用以上诊断标准的同时注意比较国人 IBS 的特点，以求为今后制订更适合我国应用的诊断和分型标准。

二、诊断步骤

在严格遵循上述诊断标准并排除器质性疾病的基础上作出 IBS 诊断。对检查方法的选择，要求既不漏诊器质性疾病，又尽可能减少不必要的检查，以免增加患者的经济和精神负担。

(一) 详细的病史询问和细致的系统体格检查：对 IBS 的诊断和鉴别诊断至关重要，当发现警报征

象，如发热、体重下降、便血或黑粪、贫血、腹部包块以及其他不能用功能性疾病来解释的症状和体征时，应进行相关的检查以明确排除器质性疾病。对新近出现症状的患者或症状逐步加重、近期症状与以往发作形式有不同、有结直肠癌家族史、年龄 ≥ 40 岁者，建议将结肠镜或钡剂灌肠 X 线检查列为常规检查。如无上述情况、年龄在 40 岁以下、一般情况良好、具有典型的 IBS 症状者，可常规行粪便常规（红、白细胞和隐血试验、寄生虫）检查，根据结果决定是否需要进行进一步检查。也可以先予治疗，根据治疗反应，必要时再选择进一步检查。

(二) 实验室检查和器械检查：除以上提及的检查项目外，还可根据患者的具体情况以及需要鉴别的器质性疾病来选择相关的检查。在科研和临床治疗试验中，应进行全面的检查，包括：①血、尿、粪常规，粪便细菌培养；②血生化学检查：肝肾功能、血糖、血沉；③结肠镜或钡剂灌肠 X 线检查；④腹部超声检查。

(三) 鉴别诊断：需要与 IBS 鉴别诊断的疾病主要有炎症性肠病、结直肠肿瘤，还要注意 IBS-D 与乳糖不耐受、小肠细菌过度生长、寄生虫感染等鉴别。

(四) 随诊：特别强调随诊的重要性。随诊有助于发现隐匿的器质性疾病，特别是对没有经过检查的患者。

肠易激综合征的治疗

治疗目的是消除患者顾虑，改善症状，提高生活质量。治疗原则是在建立良好医患关系基础上，根据主要症状类型进行对症治疗和根据症状严重程度进行分级治疗(图 3)。注意治疗措施的个体化和综合运用。

一、建立良好的医患关系

对患者进行健康宣教、安慰和建立良好的医患关系是有效、经济的治疗方法，也是所有治疗方法得以有效实施的基础。

二、饮食治疗

不良的饮食习惯和膳食结构可以加剧 IBS 的症状。因此，健康、平衡的饮食可有助于减轻患者的胃肠功能紊乱症状。IBS 患者宜避免：①过度饮食。②大量饮酒。③咖啡因。④高脂饮食。⑤某些具有“产气”作用的蔬菜、豆类等。⑥精加工食粮和人工食品（便秘者），山梨醇及果糖（腹泻者）。⑦不耐受的食物（因不同个体而异）。增加膳食纤维主要用于便秘为主的 IBS 患者，增加纤维摄入量的方法应个体化。

三、药物治疗

尽管现在尚无一种药物能完全有效地治疗各种类型的 IBS，但已证实有不少药物可以不同程度、有

针对性地改善 IBS 症状。常用药物包括①解痉剂:抗胆碱能药如阿托品、普鲁苯辛、东莨菪碱等能改善腹痛等症状,但应注意不良反应。目前使用较普遍的为选择性肠道平滑肌钙离子通道拮抗剂如匹维溴铵、奥替溴铵等,或离子通道调节剂马来酸曲美布汀,均具有较好的安全性。②止泻药:轻症者可选用吸附剂,如双八面体蒙脱石等。洛哌丁胺或复方地芬诺酯等可改善腹泻,但需注意便秘、腹胀等不良反应。③导泻药:便秘可使用导泻药,一般主张使用温和的轻泻药以减少不良反应和药物依赖性。常用的有容积性泻药如欧车前制剂或甲基纤维素,渗透性轻泻剂如聚乙二醇(PEG4000)、乳果糖或山梨醇。④肠道动力感觉调节药:5-HT₃受体拮抗剂阿洛司琼可改善严重 IBS-D 患者的腹痛及减少大便次数,但可引起缺血性结肠炎等严重不良反应,临床应用时应注意。5-HT₄受体部分激动剂替加色罗因心血管不良反应目前已暂停使用。⑤益生菌:益生菌是一类具有调整宿主肠道微生物群生态平衡而发挥生理作用的微生物制剂,对改善 IBS 多种症状具有一定疗效。⑥抗抑郁药:对腹痛症状重而上述治疗无效,尤其对伴有较明显精神症状者可试用。⑦中医药治疗:中药、针灸等治疗对 IBS 具有一定疗效,但缺乏设计良好的随机平行对照的研究结果,有待今后进一步研究。

四、心理和行为治疗

症状严重而顽固,经一般治疗和药物治疗无效者应考虑予心理行为治疗。包括心理治疗、认知治疗、催眠疗法、生物反馈等。

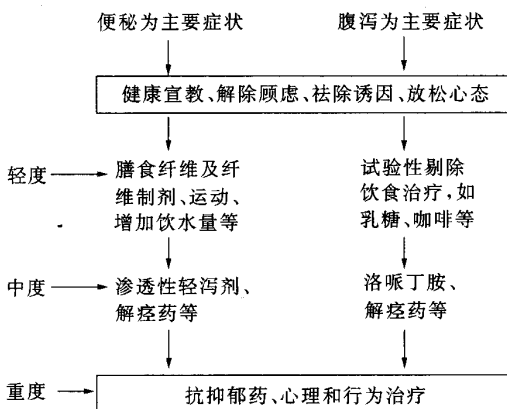


图 3 IBS 的治疗流程

参加讨论专家:方秀才、王承党、刘新光、许国铭、张军、李定国、杨云生、邹多武、陈旻湖、林琳、侯晓华、胡品津、徐肇敏、袁耀宗、游苏宁、谢鹏雁、戴宁

(执笔:胡品津、方秀才、袁耀宗、陈旻湖)

参 考 文 献

- [1] Saito YA, Schoenfeld, Locke GRI 3rd. The epidemiology of irritable bowel syndrome in North America: a systemic review. *Am J Gastroenterol*, 2002, 97:1910-1915.
- [2] Xiong LS, Chen MH, Chen HX, et al. A population-based epidemiologic study of irritable bowel syndrome in South China: stratified randomized study by cluster sampling. *Aliment Pharmacol Ther*, 2004, 19:1217-1224.
- [3] Drossman DA, Camilleri M, Mayer EA, et al. AGA technical review on irritable bowel syndrome. *Gastroenterology*, 2002, 123: 2108-2131.
- [4] Devaux M. Role of visceral sensitivity in the pathophysiology of irritable bowel syndrome. *Gut*, 2002, 51(Suppl 1): i67-i71.
- [5] Drossman DA, Ringel Y, Vogt BA, et al. Alterations of brain activity associated with resolution of emotional distress and pain in a case of severe irritable bowel syndrome. *Gastroenterology*, 2003, 124:754-761.
- [6] Wang LH, Fang XC, Pan GZ. Bacillary dysentery as a causative factor of irritable bowel syndrome and its pathogenesis. *Gut*, 2004, 53:1096-1101.
- [7] Longstreth GF, Thompson WG, Chey WD. Functional bowel disorders// Drossman DA. Rome III: the functional gastrointestinal disorders. 2006:487-555.
- [8] 中华医学会消化病学分会. 肠易激综合征诊治共识意见. *中华消化杂志*, 2003, 23:427.
- [9] 潘国宗, 鲁素彩, 韩少梅. 肠易激综合征症状学诊断标准的研究. *中华内科杂志*, 1999, 38:81-84.
- [10] Hahn BA, Kirchoerfer LJ, Fullerton S, et al. Patient-perceived severity of irritable bowel syndrome in relation to symptoms, health resource utilization and quality of life. *Aliment Pharmacol Ther*, 1997, 11:553-559.
- [11] Drossman DA, Morris CB, Hu Y, et al. A prospective assessment of bowel habit in irritable bowel syndrome in women: defining an alternator. *Gastroenterology*, 2005, 128:580-589.
- [12] Longstreth GF. Definition and classification of irritable bowel syndrome: current consensus and controversies. *Gastroenterol Clin North Am*, 2005, 34:173-187.
- [13] Mertz HR. Irritable bowel syndrome. *N Engl J Med*, 2003, 349:2136-2146.
- [14] 袁耀宗, 许斌, 莫剑忠, 等. 马来酸曲美布汀治疗肠易激综合征的疗效和安全性研究. *胃肠病学*, 2005, 10:143-147.
- [15] 袁耀宗, 许斌, 柯美云, 等. 奥替溴铵治疗肠易激综合征有效性和安全性的研究. *胃肠病学*, 2003, 8:279-282.
- [16] 替加色罗临床研究协作组. 替加色罗治疗便秘型肠易激综合征的多中心临床研究. *中华内科杂志*, 2003, 44:88-90.
- [17] 杨欣艳, 李世荣. 微生态制剂在肠易激综合征治疗中的作用. *中华医学杂志*, 2005, 85:2802-2804.
- [18] 王文栋, 郭惠学. 聚乙二醇 4000 治疗便秘型肠易激综合征的临床研究. *新医学*, 2004, 35:281-282.
- [19] 王伟岸, 钱家鸣, 潘国宗. 小剂量抗抑郁药治疗难治性肠易激综合征. *中国医学科学院学报*, 2003, 25:74-78.

(收稿日期:2007-11-28)

(本文编辑:侯虹鲁)