

• 诊疗共识 •

肠易激综合征中西医结合诊疗共识意见

(中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会, 2010 苏州)

肠易激综合征 (irritable bowel syndrome, IBS) 是临床常见的功能性肠病, 2003年重庆第十五次全国中西医结合消化学术大会公布了“肠易激综合征中西医结合诊疗方案(草案)”^[1]。近年来, IBS的研究取得很多进展, 2006年罗马委员会公布了“IBS罗马 III诊断标准”^[2], 英国胃肠疾病临床服务协会于 2007年公布了“成人肠易激综合征诊治新指南”^[3], 中华医学会消化病学分会胃肠动力学组于 2007年公布了“肠易激综合征诊断和治疗的共识意见”^[4], 中华中医药学会也于 2008年公布了“肠易激综合征中医诊疗指南”^[5]。我会专家近 2年来对 IBS的中西医结合诊疗方案进行了反复修改, 于 2010年 8月全国中西医结合消化学术会议达成了专家共识意见, 现公布如下。

1 概念 肠易激综合征是一种以腹痛或腹部不适伴排便习惯改变为特征的功能性肠病, 该病缺乏可解释症状的形态学和生化学异常。其发病可能与肠动力及内脏感知异常有关。

2 临床表现 参照文献 [6]。

2.1 腹痛或腹部不适感 疼痛性质多样、程度各异, 多见于左下腹部, 可伴腹胀, 进餐后出现, 排便后缓解。

2.2 排便异常 排便次数每周 < 3次, 或每天 > 3次。性状为稀便、水样便或干硬便, 可带黏液, 排便费力或不尽感, 也可表现为便秘腹泻交替。

2.3 肠外症状 可有上消化道症状如烧心、早饱、恶心、呕吐等, 也可有其他系统症状如疲乏、背痛、心悸、呼吸不畅感、尿频、尿急、性功能障碍等。

2.4 症状特点 起病缓慢, 间歇性发作, 不具有特异性, 症状的出现或加重常与精神因素或应激状态有关, 白天明显, 夜间睡眠后减轻。

3 临床类型

3.1 西医分类 参照文献 [2]。

腹泻型 (IBS-D): 至少 25% 的排便为糊状粪或水样粪, 且硬粪或干球粪 < 25% 的排便。

便秘型 (IBS-C): 至少 25% 的排便为硬粪或干球粪, 且糊状粪或水样粪 < 25% 的排便。

混合型 (IBS-M): 至少 25% 的排便为硬粪或干球

粪, 且至少 25% 的排便为糊状粪或水样粪。

不定型 (IBS-U): 粪便性状不符合以上各型标准。

3.2 中医证型 参照文献 [1, 5, 7, 8]。

3.2.1 肝郁气滞证 主症: (1)便秘, 欲便不畅, 便下艰难; (2)胸胁或少腹胀满窜痛; (3)烦躁易怒; (4)脉弦。次症: (1)肠鸣矢气; (2)暖气呃逆, 食少纳差; (3)后重窘迫; (4)失眠多梦; (5)口苦咽干, 或咽部如有物梗阻感。证型确定: 具备主证 2项加次证 2项, 或主证第 1项加次证 3项。

3.2.2 肝气乘脾证 主症: (1)腹痛即泻, 泻后痛缓 (常因恼怒或精神紧张而发作或加重); (2)少腹拘急; (3)胸胁胀满窜痛; (4)脉弦或弦细。次症: (1)肠鸣矢气; (2)便下黏液; (3)情志抑郁, 善太息; (4)急躁易怒; (5)纳呆腹胀。证型确定: 具备主证 2项加次证 2项, 或主证第 1项加次证 3项。

3.2.3 脾胃虚弱证 主症: (1)经常餐后即泻, 大便时溏时泻, 夹有黏液; (2)食少纳差; (3)食后腹胀, 脘闷不舒; (4)舌质淡, 舌体胖有齿痕, 苔白; (5)脉细弱。次症: (1)腹部隐痛喜按; (2)腹胀肠鸣; (3)神疲懒言, 肢倦乏力; (4)面色萎黄。证型确定: 具备主证 2项加次证 2项, 或主证第 1项加次证 3项。

3.2.4 寒热夹杂证 主症: (1)腹泻便秘交替; (2)便下黏冻, 或夹泡沫; (3)便前腹痛, 得便即宽; (4)舌暗红, 苔白腻; (5)脉弦细或弦滑。次症: (1)腹胀肠鸣; (2)口苦; (3)肛门下坠; (4)排便不爽。证型确定: 具备主证 2项加次证 2项, 或主证第 1项加次证 3项。

3.2.5 大肠燥热证 主症: (1)大便秘积, 数日一行; (2)粪如羊矢, 外裹黏液; (3)少腹结块, 按之胀痛; (4)舌质红, 苔黄少津; (5)脉细数。次症: (1)头晕头胀; (2)形体消瘦; (3)口干或口臭; (4)失眠、焦虑。证型确定: 具备主证 2项加次证 2项, 或主证第 1项加次证 3项。

4 诊断标准 参照文献 [2, 4]。

4.1 临床诊断 最近 3个月内, 每月至少 3天出现反复发作的腹痛或腹部不适, 并具有下述各项中的 2项或 2项以上: (1)排便后症状改善; (2)发作时伴排便频率的改变; (3)发作时伴粪便性状的变化。(注:

诊断前症状出现至少 6 个月;腹部不适是指不舒服的感觉,而非疼痛)

以下症状可支持诊断: (1)每周 < 3 次排便,或每天 > 3 次排便; (2)粪便为块状 硬便或糊状/稀水样; (3)排便费力; (4)排便紧迫感或不尽感; (5)排黏液; (6)腹胀。

4.2 检查指标 (用于排除器质性病变) (1)一般情况良好,系统检查仅发现腹部压痛; (2)血、尿、便常规及细菌培养,便潜血阴性; (3)肝、胆、胰腺、肾功能、血糖及 B 超正常; (4)甲状腺功能测定正常; (5) X 线钡餐灌肠及肠镜检查无阳性发现或结肠有激惹征象。

4.3 注意事项 既应避免轻率的诊断,又应避免盲目的检查,一般可按症状指标诊断并给予试验治疗,但对下列情况应注意排除器质性病变: (1)年龄 > 45 岁者; (2)症状在夜间重或影响睡眠者; (3)伴发热、贫血、便血、体重减轻明显、有肠梗阻症状者; (4)随访中有任何症状体征变异者,均应认真检查以排除器质性疾病,特别应注意排除乳糖酶缺乏症、甲状腺功能亢进症等疾病。

5 疗效判定标准

治愈:症状全部消失,肠道功能正常,随诊复查无异常。好转:症状好转,大便次数减少,粪便性状接近正常或便秘减轻。无效:症状无减轻,大便次数、大便性状及排便过程异常无改善。

6 治疗

6.1 心理治疗 参考文献 [1, 3, 4] 建立良好的医患关系,告知患者 IBS 是一种良性的功能性疾病,纠正其恐惧心理。部分伴有抑郁、焦虑等心理因素的患者,可通过心理测评给予评估,阻断心理因素与临床症状之间的恶性循环,调整患者的情绪和行为,建立合理规律的生活方式,以改善患者的临床症状和生活质量。

6.2 饮食治疗 参考文献 [1, 3, 4] 健康平衡的饮食有助于减轻患者胃肠功能紊乱的症状。建议患者对既往饮食种类进行认真回顾及评估,尽量避免产生胃肠不适的食物。一般应避免过量的脂肪及刺激性食物如咖啡、浓茶、酒精等及产气食物如豆制品、大豆等的摄取,对某些食物不耐受明显者,必须禁食该食物。关于饮食中纤维素含量问题,应根据病情需要和个体反应情况来确定。

6.3 西药治疗 参考文献 [3, 4, 6, 9-11]。

6.3.1 解痉剂 (1)钙离子通道阻滞剂:适用于治疗腹泻型或痉挛性便秘的 IBS 患者,常用:匹维溴

胺,每次 50 mg 每天 3 次,口服;奥替溴胺,每次 40 mg 每天 2~3 次,口服。(2)多离子通道调节剂:此类药物可直接作用于细胞膜多离子通道,对平滑肌运动具有双向调节作用,故适用于各型、特别是混合型和不定型 IBS 患者,马来酸曲美布汀(商品名瑞健、援生力维、诺为等),每次 100 mg 每天 3 次,口服。(3)抗胆碱能药:选择性毒蕈碱受体拮抗剂,适用于腹痛和肠鸣的患者。常用:山莨菪碱,每次 5~10 mg 每天 3 次,口服;东莨菪碱每次 10~20 mg 每天 3 次,口服。毒蕈碱 M₁ 受体拮抗剂哌吡氮平 (pirezepine),每次 50 mg 每天 2 次,口服。

6.3.2 促动力剂 适用于腹胀、胀气和便秘型 IBS。常用:西沙比利或莫沙必利,均每次 5~10 mg 每天 3 次,口服;伊托必利每次 50 mg 每天 3 次,口服。

6.3.3 通便剂 对 IBS-C 可试用容积性泻剂,如聚卡波非钙,每次 1 g 每天 3 次;甲基纤维素、欧车前制剂亦可选用。渗透性轻泻剂,如聚乙二醇、乳果糖等。刺激性泻剂应慎用。

6.3.4 止泻剂 可用于 IBS-D,如洛哌丁胺,每次 2 mg 每天 3~4 次,口服;复方苯乙哌啶,每次 1~2 片,每天 2~3 次,口服;思密达,每次 3~6 g 每天 3 次。

6.3.5 抗抑郁药 对伴有抑郁等心理因素者,可试用抗抑郁药,现多用选择性 5-羟色胺 (5-HT) 再摄取抑制剂 (SSRIs)。

6.3.6 内脏止痛剂 以下各药均有降低内脏敏感性的作用。(1)生长抑素及其类似物如奥曲肽,100 μg/次,皮下注射。(2)5-HT₄ 受体阻滞剂:替加色罗,具有促动力和降低内脏感觉敏感性的双重作用,但应注意可引起心血管不良反应。(3)5-HT₃ 受体阻滞剂:阿洛司琼,每次 1 mg 每天 2 次,口服,应注意本品有引起缺血性结肠炎的不良反应。

6.3.7 胃肠微生态制剂 适用于伴有肠道菌群失调的 IBS 患者。常用药物有思连康、培菲康、金双歧、丽珠肠乐、整肠生等。

6.4 中医药治疗

6.4.1 辨证论治 参照文献 [1, 7, 8, 12]。

(1)肝郁气滞证。治则:疏肝理气。方药:六磨汤加味 [沉香(后下)、广木香(后下)、槟榔片、乌药、枳实、生大黄(后下)、郁金、厚朴]。加减:腹痛明显者加延胡索、白芍;肝郁化热见口苦咽干者加黄芩、菊花、夏枯草;大便硬结者加麻仁、杏仁、桃仁。

(2)肝气乘脾证。治则:抑肝扶脾。方药:痛泻要方加味(炒白术、生白芍、防风、炒陈皮、柴胡、煨木香、

炒枳壳、制香附、生甘草)。加减:腹痛甚者加延胡索、川楝子;暖气频繁者加沉香、白蔻仁;泻泄者加党参、乌梅、木瓜;腹胀明显者加槟榔片、枳实、大腹皮;烦躁易怒者加丹皮、栀子;夜寐差者加炒枣仁、夜交藤。

(3)脾胃虚弱证。治则:健脾益气。方药:参苓白术散加减(党参、炒白术、茯苓、白芍、山药、炒扁豆、莲子、薏苡仁、砂仁、炒陈皮、木香、甘草)。加减:久泻不止、中气不足者加升麻、柴胡、黄芪;脾虚及肾、清晨腹泻者加补骨脂、肉豆蔻;腹痛喜按、畏寒便溏者加干姜、肉桂;脾虚湿盛者加苍术、厚朴、藿香、泽泻。

(4)寒热夹杂证。治则:平调寒热,益气温中。方药:乌梅丸加减(乌梅、黄连、黄柏、川椒、制附片、炮姜、党参、白术、茯苓、当归、白芍、甘草)。加减:少腹冷痛者去黄连,加小茴香、荔枝核;胃脘灼热、口苦者去川椒、炮姜、附子,加栀子、吴茱萸;大便黏腻不爽、里急后重者加槟榔片、厚朴、山楂炭。

(5)大肠燥热证。治则:泄热清肠,润肠通便。方药:麻子仁丸加减[生大黄(后下)、火麻仁、杏仁、白芍、枳实、白蜜(冲服)、北沙参、麦冬、当归]。加减:便秘重者加玄参、生地、生首乌;腹痛明显者加延胡索,原方重用白芍。

6.4.2 中成药治疗 参考文献[13]。

(1)参苓白术颗粒:每次 3~6g 每天 3次,适于 IBS-D,脾胃虚弱泄泻。

(2)补脾益肠丸:每次 6g 每天 3次,适于 IBS-D,脾虚或脾肾两虚型泄泻。

(3)四神丸:每次 9g 每天 3次,适于 IBS-D,脾肾虚寒型泄泻。

(4)麻仁润肠丸:每次 6g 每天 3次,适于 IBS-C,阴虚肠胃燥热型便秘。

(5)便秘通:每次 1支,每天 2次,适用于 IBS-C,脾肾虚弱型便秘。

(6)六味能消胶囊:每次 2粒,每天 2~3次,适用于 IBS-C,气滞肠燥型便秘。

(7)乌梅丸:每次 2丸,每天 2~3次,适用于 IBS-M,寒热夹杂,腹泻便秘交替型。

6.4.3 针灸治疗 参考文献[1,7,8]。泻泄取足三里、天枢、三阴交,实证用泻法,虚证用补法。脾胃虚弱加脾腧、章门;脾肾阳虚加肾腧、命门、关元,也可用灸法;脘痞加公孙;肝郁加肝腧、行间。便秘取背腧穴和腹部募穴及下合穴为主,一般取大肠腧、天枢、支沟、丰隆,实证宜泻,虚证宜补,寒证加灸。热秘加合谷、曲池;气滞加中脘、行间,用泻法;阳虚加灸神阙。

(共识意见起草执笔者:陈治水,李岩,张万岱,危北海。共

识意见讨论专家委员会成员(按姓氏笔画排序):毛水龙、王长洪、王新月、王立春、王晓素、甘淳、冯五金、吕宾、吕冠华、危北海、任光荣、刘成海、刘凤斌、林寿宁、孙玉凤、肖冰、沈洪、张万岱、吴云林、李岩、李勇、李春雷、李道本、李家邦、李军昌、李军祥、李天望、李茁然、何晓辉、陈諳、陈治水、劳绍贤、时昭红、杨强、杨春波、杨胜兰、柯晓、胡玲、赵文霞、高月球、姚希贤、姚树坤、姚永莉、姜春萌、唐旭东、唐志鹏、唐文富、徐克成、龚梅、梁健、琚坚、黄国美、谢晶日、雷正荣、潘阳、魏品康等 106位专家)

参 考 文 献

- [1] 陈治水,张万岱,危北海.肠易激综合征中西医结合诊治方案(草案)[J].中国中西医结合杂志,2005,25(3):282-284
Chen ZS, Zhang WD, Wei BH. Program for diagnosis and treatment of irritable bowel syndrome with integrative Chinese and Western medicine (Draft) [J]. Chin J Integr Tradit West Med, 2005, 25(3): 282-284
- [2] Drossman DA. The functional gastrointestinal disorders and the Rome III process [J]. Gastroenterology, 2006, 130(5): 1377-1390
- [3] 英国胃肠病临床服务协会.成人肠易激综合征诊治新指南[J].现代消化及介入诊疗,2007,12(2):141.
British Clinical Services Association of Gastroenterology Guidelines for the diagnosis and treatment of irritable bowel syndrome in adults [J]. Modern Dig Interv, 2007, 12(2): 141.
- [4] 中华医学会消化病学分会胃肠动力学组.肠易激综合征诊断和治疗的共识意见(2007,长沙)[J].中华消化杂志,2008,28(1):38-40
Study group of gastrointestinal motility, Chinese Society of Digestive Diseases, Chinese Medical Association. Consensus on the diagnosis and treatment of irritable bowel syndrome (2007, Changsha) [J]. Chin J Dig, 2008, 28(1): 38-40
- [5] 中华中医药学会主编.中医内科常见病诊疗指南-西医疾病部分[M].北京:中国中医药出版社,2008:103-106
China Association of Chinese Medicine editor Guidelines for diagnosis and treatment of common diseases of Chinese internal medicine- Part of Western medicine diseases [M]. Beijing: China Medical Science Press, 2008: 103-106
- [6] 刘谦民,令狐恩强,刘运祥,等主编.功能性胃肠病学[M].北京:人民军医出版社,2003:269-309.
Liu QM, Linghu EQ, Liu YX, editors. Functional gastroenterology [M]. Beijing: People's Military Medical Press, 2003: 269-309.
- [7] 危北海,张万岱,陈治水主编.中西医结合消化病学[M].北京:人民卫生出版社,2003:790-804.
Wei BH, Zhang WD, Chen ZS, editors. Digestive diseases

- of integrative medicine [M]. Beijing: People's Medical Publishing House, 2003: 790-804.
- [8] 罗云坚, 余绍源主编. 消化科专病中医临床诊治 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2000: 186-211.
Luo YJ, Yu SY, editors. Clinical diagnosis and treatment of Chinese medicine on special digestive diseases [M]. Beijing: People's Medical Publishing House, 2000: 186-211.
- [9] 聚卡波非钙协作组. 聚卡波非钙治疗便秘型肠易激综合征的随机、双盲、安慰剂对照多中心临床试验 [J]. 中华消化杂志, 2007, 27(10): 685-688.
Collaborative group of calcium polycarboxylate. Treatment of constipation predominant irritable bowel syndrome with calcium polycarboxylate: a randomized, double-blind, placebo-controlled multicenter study [J]. Chin J Dig, 2007, 27(10): 685-688.
- [10] 黄宣, 吕宾. 肠易激综合征诊治进展和面临的挑战 [J]. 世界华人消化杂志, 2010, 18(21): 2234-2239.
Huang X, Lu B. Diagnosis and treatment of irritable bowel syndrome: advances and challenges [J]. World Chin J Digestol, 2010, 18(21): 2234-2239.
- [11] 刘新光. 肠易激综合征的药物治疗 [J]. 现代消化及介入诊疗, 2007, 12(2): 102-105.
Liu XG. The drug treatment of irritable bowel syndrome [J]. Modern Dig Interv, 2007, 12(2): 102-105.
- [12] 李德锋, 周晓虹, 徐陆周. 肠易激综合征中医治疗近况 [J]. 辽宁中医药大学学报, 2010, 12(12): 216-218.
Li DF, Zhou XH, Xu LZ. Treatment of irritable bowel syndrome by Chinese medicine [J]. J Liaoning Univ Tradit Chin Med, 2010, 12(12): 216-218.
- [13] 宋民宪, 郭维加主编. 新编国家中成药 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2002: 55, 61, 491, 508, 704, 781, 858.
Song MX, Guo WJ, editors. The new edition of national Chinese patent medicine [M]. Beijing: People's Medical Publishing House, 2002: 55, 61, 491, 508, 704, 781, 858.

(收稿: 2011-01-27)

欢迎订阅 2011年《Chinese Journal of Integrative Medicine》(中国结合医学杂志)

《Chinese Journal of Integrative Medicine》(中国结合医学杂志)是由中国中西医结合学会、中国中医科学院主办的国际性学术期刊,旨在促进结合医学及替代医学的国际交流,及时发表结合医学或替代医学领域的最新进展、趋势以及临床实践、科学研究、教育、保健方面经验和成果的科学论文。1995年创刊,由中国科学院院士陈可冀担任主编。设有述评、专题笔谈、论著、临床经验、短篇交流、病例报告、综述、中西药相互作用、政策法规、学术探讨、思路与方法、跨学科知识、会议纪要、书评、读者来信等栏目。本刊被多种国际知名检索系统收录,如: Science Citation Index Expanded (SCIE)、Index Medicus/MEDLINE、Chemical Abstracts (CA)、Abstract Journal (AJ)、CAB Abstracts、CAB International Excerpta Medica (EMBASE)、Expanded Academic Global Health Google Scholar Index Copernicus (IC)、Online Computer Library Center (OCLC)、SCOPUS等。本刊于2008年被SCIE收录。根据2010年6月19日汤姆森公司公布的2009年期刊引证报告,本刊影响因子为0.42。2010年10月1日与汤森路透集团签约,正式采用 ScholarOne Manuscripts 在线投审稿系统。

《Chinese Journal of Integrative Medicine》为大16开本,铜版纸印刷,彩色插图,2011年改为月刊,80页,国内定价为40.00元/期,全年定价:480.00元。国际标准刊号:ISSN 1672-0415,国内统一刊号:CN 11-4928/R,国内邮发代号:82-825,海外发行由Springer公司代理。国内订户在各地邮局均可订阅,也可直接汇款至本社邮购。

地址:北京海淀区西苑操场1号,中国中西医结合杂志社,邮政编码:100091;电话:010-62886827,62876547,62876548;传真:010-62874291;E-mail: cjm@ cjm. cn; 网址: http://www. cjm. cn/english/index. asp