

肠易激综合征中西医结合诊治方案

陈治水, 张万岱, 危北海

中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会

陈治水, 张万岱, 危北海. 肠易激综合征中西医结合诊治方案. 世界华人消化杂志 2004;12(11):2704-2706

<http://www.wjgnet.com/1009-3079/12/2704.asp>

0 引言

肠易激综合征(irritable bowel syndrom, IBS)是一种以长期或反复发作的腹痛、腹胀, 伴排便习惯和大便性状异常而目前尚缺乏形态学、细菌学和生化学指标异常的肠功能障碍性综合征。

1 临床表现

- 1.1 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。
- 1.2 排便异常 排便次数>3次/d或<3次/wk。性状为稀便、水样便或干硬便, 可带黏液, 排便费力或不尽感, 也可表现为秘泻交替。
- 1.3 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。
- 1.4 症状特点 起病缓慢, 间歇性发作, 不具特异性, 症状的出现或加重常与精神心理因素或应激状态有关, 白天明显, 夜间睡眠后减轻。

2 临床类型

2.1 西医分类

2.1.1 腹泻为主型

2.1.2 便秘为主型

2.1.3 混合型 腹泻便秘无规则交替发作为主。

2.2 中医证型

2.2.1 肝郁气滞证

2.2.1.1 主要症候 (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。

2.2.1.2 次要症候 (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。

2.2.1.3 证型确定 具备主证2项加次证2项, 或主证第一项加次证3项。

2.2.2 肝气乘脾证

2.2.2.1 主要症候 (1)腹痛即泻, 泻后痛减(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。

2.2.2.2 次要症候 (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。

2.2.2.3 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。

2.2.3 脾胃虚弱证

2.2.3.1 主要症候 (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。

2.2.3.2 次要症候 (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。

2.2.3.3 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。

2.2.4 寒热夹杂证

2.2.4.1 主要症候 (1)腹泻便秘交替发作。(2)便下粘冻或夹泡沫。(3)便前腹痛, 解便即缓而停便发作。(4)舌暗红, 苔白腻。(5)脉弦细或弦滑。

2.2.4.2 次要症候 (1)腹胀肠鸣。(2)口苦。(3)肛门下坠。(4)排便不爽。

2.2.4.3 证型确定 主证2项加次证2项, 或主证3项可确诊。

2.2.5 大肠燥热证

2.2.5.1 主要症候 (1)大便秘积, 数日1行。(2)粪如羊矢, 外裹黏液。(3)少腹结块, 按之胀痛。(4)舌质红, 少津苔黄或黄燥苔。(5)脉细数。

2.2.5.2 次要症候 (1)头晕头胀。(2)形体消瘦。(3)口干或口臭。(4)失眠、焦虑。

2.2.5.3 证型确定 主证2项加次证2项。

3 诊断标准

3.1 症状指标 过去1a中至少12wk连续或间断的腹部不适或疼痛, 并符合以下其中两点可诊断为IBS: (1)排便后缓解;(2)发作时伴大便次数改变(>3次/d或<3次/wk); (3)发作时伴大便性状改变。

此外辅助指标有: (1)大便<3次/wk; (2)大便>3次/d; (3)羊粪样或块状便; (4)糊样便或水样便; (5)排便费力; (6)排便紧迫感; (7)排便不尽感; (8)大便中有黏液; (9)腹部胀满、胀气; (10)全身神经官能症状。

腹泻为主型: 符合第(2)(4)(6)项中的1项或多项而不伴(1)(3)(5)项。

便秘为主型: 符合第(1)(3)(5)项中的1项或多项而不伴(2)(4)(6)项。

混合型: 上述两型症状混杂者。

3.2 检查指标(用于排除器质性病变)

3.2.1 一般情况良好, 系统检查仅发现腹部压痛;

3.2.2 血、尿、便常规及培养(至少3次)正常, 便潜血阴性。

3.2.3 肝、胆、胰腺功能及B超正常。

3.2.4 甲状腺功能测定正常。

3.2.5 X线钡餐灌肠检查无阳性发现或结肠有激惹征象;

3.2.6 肠镜检查示部分患者肠运动亢进, 无明显黏膜异常, 组织学检查基本正常。

3.3 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予以试验治疗, 但对下列情况应注意排除器质性病变: (1)年龄在45岁以上者; (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, 特别注意排除乳糖酶缺乏症、甲状腺功能亢进症等疾病。

4 疗效判定标准

4.1 治愈 症状全部消失, 肠道功能正常, 舌脉正常, 随诊复查无异常。

4.2 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。

4.3 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。

5 治疗

5.1 心理治疗 首先告诉患者通过检查分析已排除器质性疾病, 而确诊为IBS, 科学准确说明疾病的性质和预后, 是一种良性的功能性疾病, 经过治疗调理是完全可以治愈的, 纠正患者曲解的认知, 达到正确认知自己的病情, 树立战胜信心。

通过与患者的交流, 分析暴露其与IBS发病有关的心理机制, 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。

5.2 饮食治疗 由于个体对进餐所产生的复杂反应存在差异, 患者大脑皮质对食物的色、香、味等都能诱发胃肠道反应, 因此, 应建议患者对饮食种类进行认真评估, 尽量避免能使自己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。

5.3 西药治疗

5.3.1 解痉剂

5.3.1.1 钙离子通道阻滞剂 适用于治疗腹泻为主型或痉挛性便秘的IBS患者, 常用的有匹维溴胺, 50 mg, 3次/d, 饭后口服; 还有奥替溴胺, 40 mg/次, 2-3次/d, 口服。

5.3.1.2 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, 故适用于腹泻型和便秘型IBS患者, 马来酸曲美布汀(商品名援生力维、诺为等), 100 mg, 3次/d, 口服。

5.3.1.3 抗胆碱能药 选择性毒蕈碱受体拮抗剂, 常用的有颠茄片, 10 mg; 普鲁本辛片, 15-30 mg; 阿托品片, 0.3-0.6 mg, 均3次/d, 口服。毒蕈碱M₁受体拮抗剂哌吡氮平(pirezepine), 50 mg, 2次/d, 口服, M₃受体拮抗剂扎非那新已试用于临床。

5.3.2 促动力剂 适用于腹胀、胀气和慢通过型便秘的IBS患者。常用有西沙比利和莫沙比利, 均5-10 mg, 3次/d, 口服; 最近推荐的新药有普卡比利、替加色罗(Tegaserod, 泽马可), 均能促进结肠运动, 治疗便秘。

5.3.3 通便剂 对便秘主导型者可试用容积性泻剂, 如纤维素、康肠尔等。慎用刺激性泻剂和高渗性泻剂。

5.3.4 止泻剂 可用于腹泻主导型IBS患者。洛哌丁胺, 2 mg, 3-4次/d, 口服; 复方苯乙哌啶, 2.5-5.0 mg, 3-4次/d, 口服。

5.3.5 抗抑郁药 对伴有精神症状或反复发作者, 可试用小剂量抗抑郁药, 以三环类较为常用, 阿米替林, 10-25 mg, 2-4次/d, 口服; 氟西汀(百忧解), 20 mg, 2-4次/d, 口服。

5.3.6 内脏止痛剂 以下各药均有降低内脏敏感性的作用。

5.3.6.1 生长抑素及其类似物如奥曲肽, 100 μg, 皮下注射。

5.3.6.2 5-HT₄受体阻滞剂 恩丹司琼(ondansetron)和格尼司琼(granisetron)。

5.3.6.3 5-HT₃受体阻滞剂 阿洛司琼, 1 mg, 2次/d, 口服。

5.3.6.4 阿片样受体拮抗剂 如非多托索。

5.3.7 胃肠微生态制剂 适用于伴有肠道菌群失调的IBS患者。常用药物有培菲康、普乐拜尔、金双歧、丽珠肠乐、整肠生、肠泰口服液、谷参肠安等。

5.4 中医药治疗

5.4.1 辨证论治

5.4.1.1 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; 大便硬结者加火麻仁、杏仁。

5.4.1.2 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; 泄泻者加党参、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。

5.4.1.3 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: 久泄不止、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、怯寒便溏者加干姜、肉桂;脾虚湿盛者加苍术、厚朴、藿香、泽泻。

5.4.1.4 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、炙附片、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;大便粘腻不爽、里急后重者加槟榔片、厚朴、山楂炭。

5.4.1.5 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。

5.4.2 中成药治疗

5.4.2.1 补脾益肠丸 6-9 g, 3次/d, 适于脾肾两虚所致的慢性泄泻。

5.4.2.2 麻仁丸 6-9 g, 2次/d, 适于肠胃燥热,脾约便秘之实证。

5.4.2.3 麻仁润肠丸 6 g, 3次/d, 适用于虚人便秘。

5.4.2.4 四神丸 9 g, 1-2次/d, 适用于脾肾虚寒之久泻、五更泄泻。

5.4.2.5 便秘通 1支, 2次/d, 适用于虚人便秘。

5.4.2.6 肠胃适 4-6粒, 4次/d, 适用于以湿热型腹泻为主者。

5.4.2.7 谷参肠安 2-4粒, 3次/d, 适用于以脾虚腹泻为主者。

5.4.2.8 六味安消或六味能消胶囊 2粒, 2-3次/d, 适用于便秘主导型。

5.4.3 针灸治疗 泄泻取足三里、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。

ISSN 1009-3079 CN 14-1260/R 2004年版权归世界胃肠病学杂志社

• 消息 •

吴官正电贺裘法祖院士从医65周年暨90寿辰 裘老拿出140万元奖金设立普通外科医学青年基金

健康报报道(通讯员柯育萍 记者周前进) 华中科技大学同济医学院花团簇簇, 喜气洋洋。湖北省人民政府在这里主办座谈会, 庆祝我国著名医学专家、中科院院士、华中科技大学同济医学院外科学教授裘法祖从医65周年暨90寿辰, 并授予裘院士“人民医学家”荣誉称号。

中共中央政治局常委吴官正、全国人大常委会副委员长路甬祥、德国驻华大使史丹泽、卫生部常务副部长高强、卫生部副部长朱庆生、教育部副部长吴启迪等分别发来贺信或题词表示祝贺。吴官正在贺信中称赞裘老“热爱祖国, 敬业奉献, 学识渊博, 医术精湛, 医德高尚, 做的许多工作都是开拓性的, 为我国的医学教育和医疗事业作出了杰出贡献, 不愧‘人民医学家’的称号”。

裘法祖院士1939年毕业于德国慕尼黑大学医学院, 获医学博士学位, 开始了从医生涯。1947年初, 他放弃在德国优越的工作和生活条件, 带着德国籍妻子和儿子回到祖国。为了祖国的医学事业, 他数十年如一日地辛勤耕作, 对我国外科各专业的创建和发展作出了杰出贡献, 培养了大批包括中国科学院院士、工程院院士在内的杰出医学人才。

又讯(记者雷志勇 通讯员蔡敏)中科院院士、武汉同济医院教授裘法祖在90华诞之际出资140万元, 设立裘法祖普通外科医学青年基金, 以奖励在普通外科领域取得突出成绩的45岁以下(含45岁)的青年人。当天, 武汉同济医院还现场为此项奖金捐赠10万元。

这140万元是裘法祖获得的4项大奖奖金的总和, 分别是“体外培育牛黄”技术获得的奖金100万元、何梁何利奖20万元、中国医学科学院奖和教材建设特殊奖各10万元。(2004-12-08)