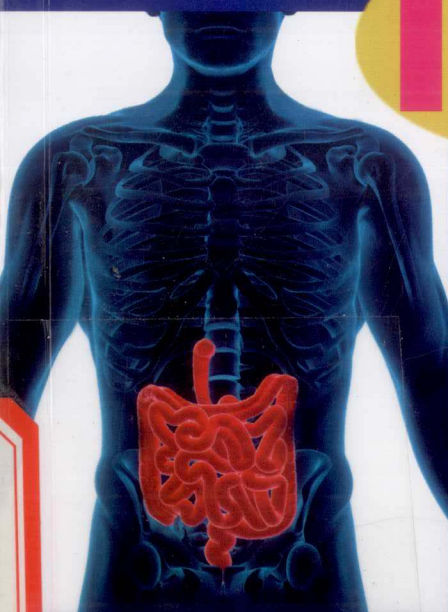


QIANGYI JIZONGHEZHENG 100 WEN

侯晓华 主编

肠易激综合征

100问



长江出版传媒



湖北科学技术出版社

肠

张其成 王坤

易激综合征

100问



北京中医药大学东方医院 北京中医药大学东方医院

CHANGYIJIZONGHEZHENG 100

肠

侯晓华 主编

易激综合征

100 问

长江出版传媒



湖北科学技术出版社

图书在版编目(CIP)数据

肠易激综合征 100 问/侯晓华主编. —武汉:湖北
科学技术出版社, 2012. 6
ISBN 978-7-5352-5034-6

I. ①肠… II. ①侯… III. ①肠疾病—功能性疾病—
诊疗—问题解答 IV. ①R574.4-44

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2012)第 090245 号

责任编辑:冯友仁

封面设计:王 梅

出版发行:湖北科学技术出版社

电话:027-87679468

地 址:武汉市雄楚大街 268 号

邮编:430070

(湖北出版文化城 B 座 13-14 层)

网 址:<http://www.hbstp.com.cn>

印 刷:武汉珞珈山学苑印刷有限公司

邮编:430072

850×1168 1/32

9 印张

215 千字

2012 年 6 月第 1 版

2012 年 6 月第 1 次印刷

定价:25.00 元

本书如有印装质量问题 可找本社市场部更换

《肠易激综合征 100 问》

编委会

主 编 侯晓华

编 委 (按姓氏笔画排序)

- | | |
|-----|-------------------|
| 刘劲松 | 华中科技大学同济医学院附属协和医院 |
| 刘 诗 | 华中科技大学同济医学院附属协和医院 |
| 李延青 | 山东大学齐鲁医院 |
| 李静惠 | 南京医科大学第一附属医院 |
| 李学良 | 南京医科大学第一附属医院 |
| 伍 洁 | 西安交通大学第二医院 |
| 许娟娟 | 华中科技大学同济医学院附属协和医院 |
| 陈胜良 | 上海交通大学医学院附属仁济医院 |
| 宋 军 | 华中科技大学同济医学院附属协和医院 |
| 杨云生 | 解放军总医院 |
| 余晓云 | 华中科技大学同济医学院附属协和医院 |
| 张 军 | 西安交通大学第二医院 |
| 张红杰 | 南京医科大学第一附属医院 |
| 林志辉 | 福建省立医院 |
| 林 琳 | 南京医科大学第一附属医院 |

姜柳琴	南京医科大学第一附属医院
侯晓华	华中科技大学同济医学院附属协和医院
梁列新	广西壮族自治区人民医院
蔺 荣	华中科技大学同济医学院附属协和医院
戴迟兵	华中科技大学同济医学院附属协和医院
秘 书 刘 诗	华中科技大学同济医学院附属协和医院

前 言

目前肠易激综合征(IBS) 是一种全球性疾病, 人群患病率较高, 且有逐年增加的趋势, IBS 虽然不是致死性疾病, 但由于其慢性复发性, 给患者工作、生活、娱乐等方面带来诸多影响, 大大降低了患者的生活质量, 因此 IBS 越来越受到胃肠病研究者的重视。由于 IBS 病因和发病机制尚未完全阐明, 且缺乏形态学和生化指标的异常, 给临床客观诊断带来一定困难, 目前主要依据特征性临床症状结合相关检查排除器质性疾病对 IBS 进行间接诊断, 并根据不同病因进行个体化治疗。

当今科学技术日新月异, 广大消化专业医师们对医学科学的发展也进行了不懈努力, 在理论和实践的不断结合中使 IBS 的研究不断深入, 尤其在病因病理、发病机制和临床治疗上取得了令人欣慰的成绩。但是医学无止境, 对 IBS 认识尚不完全, 为进一步提高临床医师对 IBS 的认识, 提高临床诊断和治疗水平, 以便更好地缓解广大患者的痛苦, 来自全国各地的资深消化内科医生就患者最关心的关于 IBS 的 100 个问题进行了热烈讨论和详细解答, 经整理修改, 编成该书。

全书共分为 13 部分, 分别从 IBS 的流行病学、病因、发病机制、诊断、感觉异常及动力异常与 IBS 的关系、IBS 与 ICC 的关系、IBS 与 IBD 的联系和区别、IBS 与感染和免疫、各种相关检查方法及其意义、药物非药物治疗及精神心理治疗等方面对 IBS 进行了

系统的阐述,提供了很多可贵的专业知识。全书以一问一答的形式编写,内容集中详细、真实可靠,查阅方便;语言简洁,思路清晰,逻辑严谨;信息量大,涉及面广,可读性强。有助于读者进一步理解和认识 IBS,提高理论知识水平。

本书适合于普通内科医生、消化内科医生、胃肠功能性疾病研究者及对 IBS 感兴趣的广大非医务工作者学习翻阅,希望以此提高全社会对 IBS 的认识,提高医务工作者的诊断和治疗水平,同时为新药、新疗法的研究提供新思路、新方法,也希望广大医师通过该平台共同学习交流,取得共同进步。

参与此书编写的诸位编者,均为临床经验丰富、学术造诣深厚的资深专家,他们在大量阅读国内外权威文献的基础上,做了大量临床病例研究,并加以总结,共同协作,最终完成了该书的编写,在此对他们表示由衷感谢!此外,鉴于编者水平有限,书中难免存在缺点和不足之处,恳请各位专家、医师和广大读者给予批评指正,多提宝贵意见,以便今后不断完善,使其更符合大家的期望!

侯晓华

华中科技大学同济医学院

附属协和医院

2012 年 5 月

目 录

一、IBS的流行病学

1. IBS 的人群患病率是多少? 东西方的差异在哪里? (1)
2. 不同的诊断标准 IBS 的患病率有区别吗? (2)
3. 不同的 IBS 亚型患病率有何区别? (5)
4. IBS 人群的特点有哪些? 年龄和性别有差异吗? (7)
5. IBS 是遗传性疾病吗? 目前的研究结果如何? (10)
6. IBS 患者生活质量如何? 影响因素有哪些? (12)
7. IBS 的危险因素有哪些? (14)
8. 应激是否与 IBS 发病有关? (16)
9. IBS 患者每年花费诊疗费多吗? (19)

二、IBS的发病机制

10. 不同亚型 IBS 的发病机制有不同吗? (22)
11. IBS 患者存在中枢神经系统异常吗? (24)
12. IBS 患者自主神经系统存在哪些异常? (27)
13. IBS 患者 ENS 存在哪些异常? (28)
14. 脑-肠轴失调在 IBS 发病中起何作用? (31)

三、IBS与ICC

15. IBS 是否存在 ICC 的异常? (35)
16. IBS 是否存在 EGC(肠胶质细胞)的异常? (37)
17. 肥大细胞与 IBS 的关系如何? (40)

- 18.5-HT 及受体与 IBS 的关系如何? (42)
19. 哪些胃肠激素可能与 IBS 的发病有关? (45)

四、IBS 的病因

20. 肠道气体含量异常是 IBS 发病的原因吗? (49)
21. IBS 患者肠黏膜通透性存在哪些异常? (55)
22. 食物不耐受是 IBS 的发病原因吗? 有哪些
食物因素与 IBS 发病有关? (58)
23. 吸收功能异常是 IBS 的发病原因吗? (61)
24. 基因多态性与 IBS 的关系如何? (63)
25. 是否有公认的 IBS 的动物模型? (66)
26. 离子通道在 IBS 发病中的可能作用是什么? (68)
27. 气体分子(如 H_2S 、 NO)是否参与 IBS 的发病? (71)
- 补充问题 (74)

五、感觉异常与 ICC

28. IBS 肛门直肠存在哪些感觉异常?
与症状间的关系如何? (84)
29. 除肛门直肠外,IBS 患者还存在哪些感觉异常?
与症状间的关系如何? (87)
30. IBS 患者存在哪些躯体感觉异常? 其机制是什么? (90)
31. IBS 患者有中枢神经系统敏感性增加吗? (93)
32. 如何知道 IBS 患者存在内脏高敏? (97)
33. 不同类型的 IBS 感觉异常是否不一样? (99)
34. 为什么有的 IBS 患者存在感觉异常,有的患者不存在?
其可能的原因是什么? (102)

六、动力异常与IBS

- 35. IBS 患者肛门直肠存在哪些运动功能异常?
与症状间的关系如何? (105)
- 36. IBS 患者存在结肠运动异常吗?
与症状间的关系如何? (107)
- 37. IBS 患者存在小肠运动异常吗?
与症状间的关系如何? (109)
- 38. IBS 患者存在食管和胃运动异常吗?
与症状间的关系如何? (112)
- 39. IBS 动力异常是中枢的原因还是肠道本身的原因? ... (114)
- 40. IBS 动力异常有肠道免疫因素参与吗? (118)
- 41. IBS 动力异常与肠道菌群有关吗? (120)

七、IBS与感染和免疫

- 42. 胃肠道感染是 IBS 发病的原因吗? (123)
- 43. IBS 与急性胃肠炎的关系如何?
有两者相关性的统计资料吗? (127)
- 44. 不同病原微生物引起的急性胃肠炎发生 IBS
是否不一样? (130)
- 45. 感染后 IBS 有哪些高危因素? (137)
- 46. 肠道菌群失调是 IBS 发病的原因吗? (143)
- 47. 肠道感染导致 IBS 的机制是什么? (151)

八、IBS与IBD

- 48. IBS 是否存在肠局部免疫的紊乱?

- 如果存在,存在何种免疫紊乱? (158)
49. IBS 存在哪些免疫功能异常? (160)
50. T 细胞和 B 细胞免疫在 IBS 发病中究竟有何作用?
..... (161)
51. IBD 患者治愈后可以转化为 IBS 吗? (163)
52. IBD 与 IBS 是否肠道炎症的不同阶段? (164)
53. ENS 与肠道免疫之间的 crosstalk 是否参与 IBS 的发病?
其研究进展如何? (165)

九、IBS 的诊断标准

54. IBS 患者的肠道症状有哪些? (167)
55. IBS 患者的肠外症状有哪些? (168)
56. IBS 患者有哪些报警症状? (170)
57. IBS 是排他性诊断吗? (172)
58. 通过症状可以区分 IBS 与其他功能性肠病吗? (174)
59. Rome III 将 IBS 分几个亚型? 各亚型的诊断标准是什么?
分型的意义如何? (175)
60. IBSRome III 和 Rome II 的诊断标准有什么不同?
目前临床实践的结果如何? (177)
61. IBS 容易与哪些疾病混淆? 需要鉴别的疾病有哪些?
..... (179)
62. IBS 的诊断流程是什么? 国内外的流程有不同吗? ... (180)

十、IBS 的检查方法

63. 血生化检查对 IBS 诊断有何价值? (183)
64. 结肠镜检查在 IBS 诊断中的意义是什么?
是否作为临床常规的检查? (186)

65. 放射学和核素检查对 IBS 的诊断有作用吗?	(188)
66. 直肠超声检查对 IBS 的诊断有意义吗?	(190)
67. 胶囊内镜对 IBS 的诊断有何意义?	(192)
68. 功能性磁共振成像和 IBS 诊断关系如何?	(194)
69. 氢呼吸试验对 IBS 的诊断有何意义?	(197)
70. 哪些 IBS 患者需进行临床辅助检查?	(201)

十一、IBS 的药物治

71. 什么情况下采用经验性治疗? 意义大吗? 经验性治疗可否作为 IBS 的诊断手段?	(204)
72. IBS 治疗的整个疗程是多长? 可以治愈吗?	(206)
73. IBS 治疗停止的标准是什么? 需要维持治疗吗?	(210)
74. 治疗方案的选择与 IBS 的症状分型有关吗?	(214)
75. 腹泻型 IBS 患者的药物选择有哪些?	(217)
76. 治疗便秘型 IBS 患者的药物有哪些?	(221)
77. 便秘型 IBS 患者如何选择泻药?	(224)
78. 哪些药物可缓解 IBS 患者的腹痛?	(225)
79. 促动力药物在 IBS 治疗中的作用如何?	(228)
80. 微生物制剂对 IBS 患者有效吗?	(232)
81. 安慰剂在 IBS 治疗中的作用有多大? 说明什么?	(234)
82. 中药在 IBS 治疗中的价值如何?	(237)
83. IBS 药物治疗的发展的前景如何?	(240)

十二、IBS 的精神心理治

84. 精神异常是 IBS 的发病原因吗?	(243)
85. IBS 患者肠道感觉/运动异常与精神异常间的关系如何?	(244)



一、IBS的流行病学



1. IBS 的人群患病率是多少？东西方的差异在哪里？

IBS 是以腹痛或腹部不适伴排便习惯改变为特征的一组肠功能障碍性疾病,缺乏形态学和生化指标的异常,为胃肠道最常见的功能性疾病之一。目前 IBS 是一种全球性疾病,人群患病率较高,且有逐年增加的趋势,对患者生活质量产生很大影响,并且会给患者带来较高的医疗费用,因此 IBS 越来越受到胃肠病研究者的重视。

以往研究认为,亚洲人群 IBS 患病率较白种人低,亚洲国家患病率大多在 5% 左右(Manning 标准和 Rome 标准)。欧洲和北美发病率为 10%~15%(Rome 标准),大洋洲为 11%~17%(Manning 标准和 Rome 标准)^[1],非洲国家为 10% 左右(改良的 Manning 标准)^[2]。

早期有研究采用相同的调查表对亚洲及欧美地区 IBS 患病率进行调查,发现泰国人群发病率为 4.4%,英国为 13.6%,美国为 22.3%^[3]。近期有研究采用 Rome II 标准诊断 IBS,发现日本和新加坡人群 IBS 患病率为 9.8% 和 8.6%,与欧洲(9.6%)和澳大利亚(6.9%)的患病率相似,但明显低于加拿大和英国(12%)^[4]。

在我国,不同地区 IBS 患病率也存在差异,如广东省 IBS 患病率为 5.67%^[5],武汉地区消化内科就诊患者中 IBS 患病率为 10.7%^[6],与多数亚洲国家的调查结果相似,而北京地区患病率为 0.82%^[7]。

各国各地区间 IBS 患病率差异较大的原因,除与各国的社会、

文化、环境等因素不同有关外,也可能与采用了不同的调查问卷和诊断标准有关。

参 考 文 献

- [1] Saito YA, Schoenfeld P, Locke GR 3rd. The epidemiology of irritable bowel syndrome in North America: a systematic review[J]. Am J Gastroenterol, 2002 Aug, 97(8): 1910-5.
- [2] Lule GN, Amayo EO. Irritable bowel syndrome in Kenyans[J]. East Afr Med J, 2002 Jul, 79(7): 360-3.
- [3] Danivat D, Tankeyoon M, Sriratanaban A. Prevalence of irritable bowel syndrome in a non-Western population[J]. Br. Med. J. (Clin. Res. Ed.), 1988, 296: 1710.
- [4] Gwee KA, Lu CL, Ghoshal UC. Epidemiology of irritable bowel syndrome in Asia: something old, something new, something borrowed. J. Gastroenterol. Hepatol, 2009, 24: 1601-7.
- [5] 熊理守, 陈旻湖, 陈惠新, 等. 广东省社区人群肠易激综合征的流行病学研究[J]. 中华医学杂志, 2004, 84(4): 278-281.
- [6] 周建宁, 侯晓华, 刘南植, 等. 武汉地区消化内科就诊患者肠易激综合征的发病情况[J]. 胃肠病学, 2006, 11(6): 356-358.
- [7] 潘国宗, 鲁素彩, 柯美云, 等. 北京地区肠易激综合征的流行病学研究: 一个整群、分层、随机的调查[J]. 中华流行病学杂志, 2000, 21: 26-29.

(余晓云 侯晓华)

2. 不同的诊断标准 IBS 的患病率有区别吗?

由于病因和发病机制尚未完全阐明, IBS 的诊断标准从最初

的 Manning 标准和 Kruis 标准,直至 Rome II、Rome III 标准的制订,几经修改,如何正确诊断 IBS 成为临床医师面临的难题。

Manning 标准的建立使以症状为基础的 IBS 诊断方法成为可能。但 Manning 标准源于流行病学,相对宽松。而 Rome 标准则在 Manning 标准的基础上加上了时间条件,因此, Manning 标准估计的患病率比 Rome 标准要高。

Kang 等^[1]比较了亚洲与西方人群 IBS 患病率的差别,按照 Manning 标准,亚洲与西方国家患病率中位值分别为 12% 和 17%,按 Rome I 标准为 9.2% 与 10.4%,按 Rome II 标准为 7.6% 和 6%。

国内也有研究同时采用 Manning 标准和 Rome II 标准进行 IBS 诊断。北京地区符合 Manning 标准的 IBS 人群患病率为 7.26%,符合 Rome II 标准的患病率为 0.82%^[2]。而广东省 IBS 患病率为 5.67% (Rome II 标准) 和 11.5% (Manning 标准)^[3],稍低于国外水平,但高于北京地区。

Rome III 标准相对 Rome II 标准将病程减为 6 个月,发病时间短,便于患者记忆,使更多的 IBS 患者可以得到早期诊断。在西方国家,按照 Rome III 诊断标准,IBS 的患病率为 10%~18%^[4-5],亚洲国家的结果为 1%~9%^[6-8]。

国内有研究对消化科门诊就诊患者进行问卷调查,被调查患者中符合 Rome II 标准的 IBS 患者占 8.41%,符合 Rome III 标准的占 10.15%^[9]。姚欣等^[10]研究发现,按照 IBS Rome III 诊断标准,有近 1/7 Rome II 标准不能诊断的 IBS 患者被早期诊断,这对于及时有效地进行 IBS 的诊治等具有积极的意义。

参 考 文 献

- [1] Kang JY. Systematic review: the influence of geography and ethnicity in irritable bowel syndrome. *Aliment Pharmacol Ther* [J].

2005,21:663-76.

- [2] 潘国宗,鲁素彩,柯美云,等. 北京地区肠易激综合征的流行病学研究:一个整群、分层、随机的调查[J]. 中华流行病学杂志,2000,21:26-29.
- [3] 熊理守,陈旻湖,陈惠新,等. 广东省社区人群肠易激综合征的流行病学研究[J]. 中华医学杂志,2004,84(4):278-281.
- [4] Jung HK, Halder S, McNally M, et al. Overlap of gastro-oesophageal reflux disease and irritable bowel syndrome: prevalence and risk factors in the general population. *Aliment Pharmacol Ther* [J]. 2007,26(3):453-61.
- [5] Olafsdottir LB, Gudjonsson H, Jonsdottir HH, et al. Stability of the irritable bowel syndrome and subgroups as measured by three diagnostic criteria-a 10-year follow-up study. *Aliment Pharmacol Ther*[J]. 2010,32(5):670-80.
- [6] Sorouri M, Pourhoseingholi MA, Vahedi M, et al. Functional bowel disorders in Iranian population using Rome III criteria. *Saudi J Gastroenterol*[J]. 2010,16(3):154-60.
- [7] Park DW, Lee OY, Shim SG, et al. The differences in prevalence and sociodemographic characteristics of irritable bowel syndrome according to Rome II and Rome III. *J Neurogastroenterol Motil* [J]. 2010,16(2):186-93.
- [8] Dong YY, Zuo XL, Li CQ, et al. Prevalence of irritable bowel syndrome in Chinese college and university students assessed using Rome III criteria. *World J Gastroenterol* 2010; 16(33): 4221-6.
- [9] 陈志君,高福音. 肠易激综合征 Rome II 与 Rome III 标准在临床应用中的比较研究. *中国药物与临床* [J]. 2010,11(10): 1270-1271.