

肠易激综合征 中西医诊断与治疗

主编 周福生 廖荣鑫

CHANGYIJI ZONGHEZHENG
ZHONGXIYI ZHENDUAN YU ZHILIAO

中国医药科技出版社

肠易激综合征中西 医诊断与治疗

主编 周福生 廖荣鑫

中国医药科技出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

肠易激综合征中西医诊断与治疗/周福生, 廖荣鑫主编. —北京:
中国医药科技出版社, 2007.5

ISBN 978 - 7 - 5067 - 3665 - 7

I. 肠… II. ①周…②廖… III. 结肠—肠疾病—综合征—中西医
结合—诊疗 IV. R574.62

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2007) 第 066194 号

美术编辑 陈君杞

责任校对 张学军

版式设计 程 明

出版 中国医药科技出版社

地址 北京市海淀区文慧园北路甲 22 号

邮编 100082

电话 010 - 62244206

网址 www.cspyp.cn www.mpsky.com.cn

规格 850 × 1168mm $\frac{1}{32}$

印张 8 $\frac{3}{4}$

字数 223 千字

彩插 2

印数 1—3000

版次 2007 年 6 月第 1 版

印次 2007 年 6 月第 1 次印刷

印刷 北京昌平百善印刷厂印刷

经销 全国各地新华书店

书号 ISBN 978 - 7 - 5067 - 3665 - 7

定价 19.00 元

本社图书如存在印装质量问题请与本社联系调换



主编简介

周福生 男，1950 年 7 月

出生，广东惠来人，广州中医药大学脾胃研究所副所长（主持全面工作），广州中医药大学第一附属医院内镜室主任、二内科副主任。中西医结合临床专业博士后合作导师、博士研究生导师，教授，主任医师。广州中医药大学国家级重点学科中医内科学脾胃方向学科带头人。兼任广东省中医药学会消化专业委员会副主任委员、广东省中西医结合学会脾胃消化病专业委员会常委、国家自然科学基金及教育部科技奖评审专家、广东省药品监督管理局新药评审专家。

长期从事教学、医疗、科研工作，30 多年的临床工作积累了丰富的经验，尤其擅长脾胃消化病证及老年性疾病的诊治，学术造诣高。主持和参加国家及省部级课题多项，科研课题“脾虚证辨证论治的基础研究”获广州中医药大学科学技术奖一等奖（1998 年），“胃炎消治疗胃癌癌前病变的临床与实验研究”获广州中医药大学科学技术奖一等奖（1999 年），“脾虚证辨证论治的系列研究”获国家科委科学技术奖二等奖（2000 年），“中药康泰治疗肠易激综合征的综合疗效评价及机理研究”获广州中医药大学科技进步一等奖（2004 年）。发表学术论文 90 余篇，主编参编论著 7 部，培养硕士、博士 30 余名。



廖荣鑫 男, 1975 年 9

月出生, 湖南邵阳人, 广州中医药大学博士后, 大学副教授、副研究员, 1999 年毕业于贵阳中医学院中医系, 同年考入贵阳中医学院攻读中西医结合临床专业

硕士研究生, 2005 年 7 月获得南方医科大学 (原中国人民解放军第一军医大学) 中西医结合临床博士学位, 师从吴仕九教授。研究方向是脾胃湿热证量化及证本质的研究。现为广州中医药大学脾胃研究所在站博士后, 师从脾胃研究所副所长、著名脾胃消化病学专家周福生教授, 研究方向是中医脾胃虚、实证候现代化的研究。本人自硕士开始一直致力于中西医结合消化病学的实验研究与临床实践。实验上熟练掌握免疫组化技术、组织芯片技术、电镜技术、流式细胞术、细胞培养、动物实验技术、生化免疫检测、抑制性消减杂交 (SSH)、微量 RNA 扩增 (SMART) 技术、基因克隆、蛋白纯化、二维 SDS-聚丙烯酰胺电凝胶电泳等分子生物学技术操作。曾在南方医院肿瘤中心、消化中心参加临床工作多年, 熟练掌握消化内镜的操作, 掌握了常见消化内科病的诊治以及各种消化急症的急救处理, 特别对消化肿瘤病的诊治有独特的见解和疗效。本人在多年临床实践中善于发挥中医药的优势, 熟练地运用经典理论, 采用中医药防治消化内科临床疾病, 颇有疗效。目前国内相关专业期刊上发表论文 20 余篇。主编参编论著 3 部。主持省级课题 2 项, 参与国家、省部级课题 8 项。

内 容 提 要

肠易激综合征是胃肠功能性疾病之一。本书共 13 章，全面介绍了该病的流行病学、发病原因、病理机制、动物模型、临床表现、诊断及鉴别诊断、中西医治疗、历代医家临床验方验案。汇集了本病近年来国内外在基础与临床上的最新研究成果，并融入了作者多年来丰富的临床经验。

全书内容丰富，理论联系实际，为临床大夫提供了诊治本病的最新诊治方法和研究思路，为广大患者及其家属提供了更多的认识和防治本病的方法和渠道。

本书编委会

主 编	周福生	廖荣鑫	
副主编	陈冠林	许仕杰	陶双友
编 委	(按姓名笔画为序)		
	王晓燕	陈晓敏	李娟娟
	周颖瑜	胡丽娟	姜洪华
	黄文伟	黄志新	黄绍刚
	梁雪芬	程宏辉	

— 序 —

肠易激综合征 (IBS) 是一组临床常见症候群, 主要表现为持续或间歇发作的腹痛和腹部不适, 伴排便频率改变及粪便性状异常等, 该病的病因及发病机制较为复杂, 目前尚无定论。然而, 得益于现代医学科学技术的进步以及广大消化界同仁的不懈努力, 近年来关于 IBS 病因及发病机制的研究取得了可喜成绩, 许多模糊认识逐渐变得清晰, 很多方面取得了显著进展。在治疗上, 近年来涌现出一批有效的新药投放临床, 显示出良好的应用前景。对于广大临床工作者以及医学生来说, 希望有一本从中、西医角度全面系统介绍 IBS 的专著, 以满足本专业知识更新的需要。

在这种背景下, 《肠易激综合征中西医诊断与治疗》一书问世了。本书主编周福生教授长期从事消化系统疾病的临床与基础研究工作, 特别是对 IBS 的研究积累了丰富的经验, 在 IBS 研究方面具有了相当高的学术造诣, 他主持的治疗 IBS 的中成药康泰胶囊已申请了专利。廖荣鑫博士作为我们脾胃研究所培养的第一位博士后, 治学严谨, 在消化系统方面有着扎实的理论基础和丰富的临床经验。本书全面系统反映了当前 IBS 中、西医研究的最新进展。

编著者广泛阅读 IBS 的中、西医相关文献, 并结合本单位近年来所做的大量临床与实验研究工作, 详细阐述了 IBS 的流行病学、发病原因、病理机制、动物模型、临床表现、诊断及鉴别诊断、中西医治疗、历代医家治疗验方验案、研究思路与方法等。力求从基础到临床, 从症状到机制, 从西医到中医, 对 IBS 进行了全面系统的论述。内容丰富, 理论联系实际, 具有一定的实用性与前瞻性, 可供广大消化系统疾病科研人员、临床医生及医学生参考学习。

在此，祝贺本书出版的同时，欣然为之作序，并推荐给广大读者。

原中国中西医结合学会常务理事
广州中医药大学终身教授、博士生导师

王建华

2007 年 1 月

● 前 言 ●

肠易激综合征是一常见的功能性肠道疾病,属于心身性疾病范畴,涉及神经、内分泌、免疫多个系统。该病发病率高,病情易迁延反复,治疗较困难,耗费大量的医疗资源,且严重影响患者的生存质量。然而,目前对本病的病因及发病机制认识尚不完全明了,临床诊断也存在标准不统一等问题。治疗多从阻断某一局部病理环节入手,疗效尚不能令人满意,对患者生活质量的改善也有限。自从1946年Dolhart首先提出肠易激综合征这一术语至今,IBS一直是一种倍受关注的疾病。近10年来,随着现代医学科学技术日新月异的蓬勃发展,IBS是目前国内外消化界研究最热门的课题之一。在国内外同仁的共同努力下,IBS领域的研究日趋深入,取得了显著进展,国内应用中医药治疗IBS的报道也日益增多。及时总结IBS的最新研究进展和治疗现状,将有助于提高今后的临床与科研工作,因此我们觉得很有必要编写一本有关IBS基础与临床相结合的中西医结合专著,详细论述本病,使读者及时全面系统地认识和防治本病。

本书共13章,分别详细阐述了IBS的流行病学、发病原因、病理机制、动物模型、临床表现、诊断及鉴别诊断、中西医治疗、历代医家治疗验方验案、研究思路与方法等。力求从基础到临床,从症状到机制,从宏观到微观,从西医到中医,对IBS进行系统全面的论述。本书融入了作者多年来丰富的临床经验,理论联系实际,做到既实用又有前瞻性。

本书可供从事胃肠疾病诊治的中、西医医务人员参考,也可供医学院校的胃肠疾病相关工作者作为参考读物,并为广大患者及其家属提供了更多的认识和防治本病的途径和渠道。希望本书的出版能对胃肠道功能性疾病的研究、教学和培训工作做出微薄贡

献。

本书承蒙原中国中西医结合学会常务理事，广州中医药大学终身教授、博士生导师王建华教授作序，并对本书的编写、校订提出了诸多指导性意见，在此表示衷心感谢。

由于 IBS 涉及的学科较多，限于水平和编写能力，缺点和错误在所难免，殷切恳请批评指正。

编者

2007 年 1 月 广州

目 录

第一章 概述	(1)
第二章 肠易激综合征流行病学	(27)
第三章 肠易激综合征的病因及发病机制	(40)
第一节 中医学对肠易激综合征病因病机的认识	(40)
第二节 西医学对肠易激综合征病因与发病机制的认识	(49)
第四章 肠易激综合征的动物模型	(81)
第五章 肠易激综合征生存质量量表的研究	(95)
第一节 生存质量研究概况	(95)
第二节 肠易激综合征与生存质量量表	(100)
第六章 肠易激综合征的临床表现	(111)
第一节 临床症状	(112)
第二节 临床体征	(119)
第七章 肠易激综合征的辅助检查	(121)
第一节 实验室检查	(121)
第二节 影像学检查	(122)
第三节 内脏感觉测定	(123)
第四节 结肠肌电图	(125)
第五节 测压检查	(128)
第八章 肠易激综合征的诊断与鉴别诊断	(133)
第一节 肠易激综合征的诊断标准	(133)
第二节 肠易激综合征亚型的分型标准	(136)
第三节 肠易激综合征的诊断步骤	(137)
第四节 肠易激综合征的鉴别诊断	(139)

第九章 肠易激综合征的西医治疗	(144)
第一节 概述.....	(144)
第二节 饮食治疗.....	(147)
第三节 健康教育.....	(152)
第四节 药物治疗.....	(154)
第五节 微生态治疗.....	(164)
第六节 IBS 的分型治疗	(172)
第七节 肠易激综合征的分级治疗.....	(176)
第八节 注意事项.....	(178)
第九节 预后.....	(178)
第十章 肠易激综合征的中医药治疗	(187)
第一节 辨证分型治疗.....	(187)
第二节 心胃相关理论及安神和胃治法.....	(198)
第三节 专方专病治疗.....	(202)
第四节 针灸推拿治疗.....	(205)
第五节 中西医结合治疗.....	(215)
第六节 其他治疗.....	(217)
第十一章 古代名老中医治疗腹痛、泄泻、便秘验案录	(223)
第十二章 现代名老中医治疗肠易激综合征医案选	(231)
第十三章 肠易激综合征的预防、康复及调护	(244)
附录 肠易激综合征中西医结合诊治方案	(252)
后记	(260)

第一章 概述

一、肠易激综合征的概念

肠易激综合征 (irritable bowel syndrome, IBS) 是临床常见的胃肠功能性疾病, 是一组包括腹痛、腹胀伴排便习惯改变 (腹泻/便秘), 粪便性状异常 (稀便、黏液便/便秘) 等临床表现的症候群, 持续存在或间歇发作, 但无器质性疾病 (形态学、细菌学及生化代谢指标等异常) 的证据。1946 年 Dolhart 首先提出 IBS 这一术语, 此前有过敏性大肠炎、过敏性结肠炎、过敏性大肠症候群等病名。虽然医学界目前将其确定为一个疾病, 但仍有人认为随着科学技术的发展, IBS 可能会排除很多目前尚未发现的器质性胃肠疾病, 甚至有可能 IBS 本身即为一种器质性疾病。IBS 虽不危及生命但不同程度地影响人们心身、工作和生活质量, 占用了大量有限的医疗资源。

中医学没有肠易激综合征这一病名, 目前科研及临床多根据临床表现将其可归属于泄泻、腹痛、便秘、郁证等病症范畴。对于腹泻型肠易激综合征, 其痛泻相伴的症状与中医古方痛泻要方治疗的症状相似, 临床中用痛泻要方加减治疗腹泻型 IBS 效果亦较佳, 因此有人提出“痛泻”中医病名。根据 IBS 病位在肠, 与情志因素密切相关, 也有人提出“肠郁”这一病名。总之, 为了使中医对 IBS 的诊断治疗及科研标准化, 中医应制定与 IBS 相对应的中医病名或直接将其引入中医病名。

二、肠道的解剖结构

(一) 小肠

小肠是消化管中最长的一段, 也是食物消化吸收最重要的场

所。上自胃的幽门，下接盲肠，全长约 5~7m，可分为十二指肠、空肠和回肠三部分。

1. 十二指肠

十二指肠为小肠的起始段，长约 25cm，约相当于十二手指并列的距离，因此得名。此肠上起自幽门，下续于空肠，呈“C”字形包绕胰头，可分为上部、降部、水平部和升部。

(1) 上部 长约 5cm，在第 1 腰椎右侧起于幽门，水平向右，至肝门下方胆囊颈附近急转向下，续于降部。上部左侧与幽门相连接的一段肠壁较薄，黏膜面光滑无环状皱襞，称十二指肠球部，是十二指肠溃疡的好发部位。

(2) 降部 长约 7~8cm，起自十二指肠上部，沿第 1 至第 3 腰椎的右侧和右肾前面内侧缘垂直下行，达第 3 腰椎体下缘处又急转向左，移行于水平部。在降部中段肠腔后内侧壁上有一纵行的黏膜皱襞，称十二指肠纵襞，是由斜穿肠壁的胆总管使黏膜隆起而形成的。此襞下端有一乳头状隆起，称十二指肠大乳头，有胆总管与胰管的共同开口，它距中切牙约 75cm。

(3) 水平部 又称下部，长约 10cm，起自十二指肠降部向左，横过下腔静脉至腹主动脉的前面，移行于升部。在第 3 腰椎平面向左，横过下腔静脉至腹主动脉的前面，移行于升部。

(4) 升部 最短，长约 2~3cm，起自水平部的末端，斜向左上方，至第 2 腰椎体左侧转向下，移行为空肠。转折处形成的弯曲称十二指肠空肠曲。十二指肠空肠曲被一条由少量平滑肌纤维和结缔组织共同构成的十二指肠悬韧带固定于腹后壁，该韧带临床上又称 Treitz 韧带，是腹部手术中确认空肠起始的重要标志。

2. 空肠和回肠

空肠和回肠全长约为身长的 3.5~4 倍，两者之间无明显界限。位于腹腔的中部和下部，周围为大肠所环抱。空肠于第 2 腰椎左侧起自十二指肠空肠曲，约占空、回肠全长的上 $2/5$ ，主要占据腹腔的左上部（左腹外侧区和脐区）；回肠约占全长的下 $3/5$ ，主要占

据腹腔的右下部（脐区和右腹股沟区），其末端连接盲肠。

空、回肠在结构上的变化也是逐渐移行的。一般说来，空肠管径较粗，管壁较厚，血管较丰富，颜色较红润，黏膜环状皱襞密而高，黏膜内有许多散在的孤立淋巴滤泡；而回肠则管径较细，管壁较薄，血管较少，颜色较淡，黏膜环状皱襞疏而低，黏膜内除有孤立淋巴滤泡以外，还有集合淋巴滤泡，集合淋巴滤泡是由孤立淋巴滤泡汇集而成。这些淋巴滤泡具有防御功能，肠伤寒时细菌常侵犯回肠集合淋巴滤泡，从而导致肠出血或肠穿孔。

（二）大肠

大肠全长约 1.5m，略成方框形，围绕在空、回肠的周围。起自右髂窝内回肠末端，终于肛门。可分为盲肠、阑尾、结肠、直肠和肛管。大肠的主要功能为吸收水分、维生素和无机盐，并将食物残渣形成粪便，排出体外。

大肠在外形上与小肠有明显不同，大肠口径较粗，肠壁较薄，而盲肠和结肠还具有 3 个特征性结构：一是沿肠的表面排列有三条纵行的结肠带，是由纵行平滑肌增厚而成；二是由肠壁上的许多横沟隔开而成的环形囊状突起，称结肠袋；三是在结肠带附近由于浆膜下脂肪聚集，形成了许多大小不等的脂肪突起，称肠脂垂。这 3 个特征可作为识别结肠和盲肠的标志。

1. 盲肠

盲肠是大肠的起始部，长约 6~8cm，下端是膨大的盲端，上续升结肠，一般位于右髂窝内，其左后上方有回肠末端的开口，此口称回盲口。口的上、下缘各有一半月形的黏膜皱襞，称回盲瓣，此瓣的作用为阻止小肠内容物过快地流入大肠，以便食物在小肠内充分消化吸收，并可防止大肠内容物逆流入小肠。在回盲口的下方约 2cm 处，有阑尾的开口。

2. 阑尾

阑尾是一条细长盲管，形如蚯蚓，又称蚓突。上端连通盲肠后内侧壁；下端游离，一般长 7~9cm。

阑尾伸展的位置较不恒定，以盆位者多见，其次为盲肠后位及盲肠下位，回肠前位和后位较罕见。因为三条结肠带最后都汇集于阑尾根部，故沿结肠带向下追踪，是寻找阑尾的可靠方法。

阑尾根部的体表投影：通常在脐与右髂前上棘连线的中、外1/3交界处，此点称麦克伯尼（McBurney）点。急性阑尾炎时，此点可有压痛。

3. 结肠

结肠是位于盲肠和直肠之间的一段大肠，围绕在小肠周围，按其位置和形态，可分为升结肠、横结肠、降结肠和乙状结肠四部分。

(1) 升结肠 长约15cm，起自盲肠上端，沿腹后壁右侧上升，至肝右叶下面转向左移行于横结肠，转折处的弯曲称结肠右曲。升结肠无系膜，借结缔组织贴附于腹后壁，因此活动性甚小。

(2) 横结肠 长约50cm，始于结肠右曲，向左至脾的下端折转向下，移行于降结肠，折转处称结肠左曲。横结肠由横结肠系膜连于腹后壁，活动度较大，其中间部可下垂至脐或低于脐平面。

(3) 降结肠 长约20cm，始于结肠左曲，沿腹后壁左侧下降，至左髂嵴处移行于乙状结肠。降结肠也没有系膜，借结缔组织贴附于腹后壁，活动性很小。

(4) 乙状结肠 长约45cm，平左髂嵴处接续降结肠，呈乙字形弯曲，向下进入盆腔，至第3骶椎平面续于直肠。空虚时其前面常被小肠襻遮盖，充盈时在左髂窝可触及。

4. 直肠

(1) 直肠的位置 直肠位于盆腔，全长10~14cm，上端平第3骶椎处接乙状结肠，下端至盆膈处续于肛管。直肠的后面是骶骨和尾骨；直肠的前面男、女有所不同。在男性直肠的前面有膀胱、前