

肠易激综合征

Irritable Bowel Syndrome

主编 袁耀宗



62

上海科学技术文献出版社

肠易激综合征

主编 袁耀宗

上海科学技术文献出版社

图书在版编目(CIP)数据

肠易激综合征/袁耀宗编著. —上海:上海科学技术文献出版社, 2002. 4

ISBN 7-5439-1836-6

I. 肠… II. 袁… III. 结肠-肠疾病-诊疗
IV. R574. 62

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2002)第 011526 号

责任编辑: 何 蓉

封面设计: 石亦义

肠易激综合征

主编 袁耀宗

*

上海科学技术文献出版社出版发行

(上海市武康路 2 号 邮政编码 200031)

全国新华书店经销

江苏昆山亭林印刷总厂印刷

*

开本 850×1168 1/32 印张 5.125 插页 1 字数 145 000

2002 年 4 月第 1 版 2002 年 4 月第 1 次印刷

印数: 1-3 100

ISBN 7-5439-1836-6/R·510

定价: 16.80 元

内 容 提 要

本书从肠易激综合征的流行病学、发病机制、国内外最新的诊断标准、临床治疗等方面较全面地介绍了国内外肠易激综合征研究的新观点、新成果。同时,本书还介绍了有关国外对肠易激综合征动物模型研究现状及肠易激综合征诊断治疗的指导原则。本书适用于内科医生和消化科医生及研究生参考。

编 写 者

(以姓氏笔画为序)

刘雁冰 上海第二医科大学附属瑞金医院消化科

许 斌 上海第二医科大学附属瑞金医院消化科

孙 菁 上海第二医科大学附属瑞金医院消化科

邹多武 第二军医大学附属长海医院消化科

张忠兵 第二军医大学附属长征医院消化科

陈世耀 复旦大学附属中山医院消化科

袁耀宗 上海第二医科大学附属瑞金医院消化科

陶然君 上海第二医科大学附属瑞金医院消化科

前 言

肠易激综合征(IBS)是一种常见的功能性疾病。据流行病学调查,世界范围内普通人群中具有典型肠易激综合征症状的患病率高达5%~25%。部分患者由于症状严重,反复发作,严重影响生活质量及工作效率。尽管国内外众多学者、临床医生几十年来不断努力探索,试图阐明IBS的发病机制及病理生理,同时期望建立一套行之有效的治疗方案,但迄今尚无一种单一的发病机制能够完全解释所有的IBS临床表现,亦无一套治疗方案可以解除所有患者的痛苦。因此,继续努力工作,不断总结前人的经验、教训,希望若干年后能在IBS的发病机制、诊断、治疗中取得一些新进展是我们这一代人责无旁贷的使命。

鉴于国内匮乏有关IBS的专著,特邀请对IBS颇有研究的有关临床医生参与本书的编写工作,试图能使国内的医生看到一本中国人写的IBS专著,共同提高IBS诊治水平。尽管在整个编写过程中,各位作者都尽力将IBS的有关新知识、新观点介绍给对IBS研究感兴趣的临床医生,但仍难免会有不少欠缺之处,敬请各位同道批评指正。

在本书的编写出版过程中,我的同事许斌医生做了大量的工作,北京诺华制药有限公司亦给了很大帮助,在此一并表示衷心的感谢!

上海第二医科大学附属瑞金医院消化科

袁耀宗

2002年2月

目 录

第一章 肠易激综合症的流行病学	1
第一节 概述	1
第二节 社区人群中肠易激综合症典型症状的发病情况 ..	1
第三节 医院就诊人群中肠易激综合症的发生率	5
第二章 肠易激综合症的发病机制及病理生理	8
第一节 结肠动力紊乱	9
第二节 小肠动力紊乱	15
第三节 食管、胃、胆囊动力紊乱	21
第四节 内脏感觉异常	21
第五节 炎症和免疫机制	29
第六节 自主神经功能紊乱	34
第七节 胃肠激素	37
第八节 心理社会因素	48
第三章 肠易激综合症的诊断标准	57
第一节 肠易激综合症诊断标准的发展历程	57
第二节 主要诊断标准	59
第三节 对罗马标准的认识	69
第四节 对罗马标准的争议	72
第五节 国内相关研究	74
第六节 肠易激综合症诊断策略	74

第四章 肠易激综合征的肠外表现	78
第一节 头痛	78
第二节 非心源性胸痛	79
第三节 纤维肌痛综合征	80
第四节 功能性消化不良	82
第五节 腰背痛	82
第六节 排尿困难	83
第七节 性交疼痛	84
第八节 阳痿	84
第九节 慢性疲劳综合征	85
第十节 小结	86
 第五章 肠易激综合征的治疗	88
第一节 基本治疗	88
第二节 非药物治疗	99
第三节 药物治疗进展	101
 第六章 肠易激综合征的动物模型研究	110
第一节 当前对肠易激综合征的认识	110
第二节 有关肠易激综合征动物模型的评价	110
第三节 各种肠易激综合征模型简介	113
第四节 小结	121
 附 英国胃肠病学会关于肠易激综合征的诊治规范	124

第1

章 肠易激综合征的流行病学

第一节 概 述

肠易激综合征(irritable bowel syndrome, IBS)是一种原因不明的,以腹痛或腹部不适及大便习惯改变为特征的慢性功能性肠道病变。目前认为其病因以心理和精神因素为主,是胃肠道心身疾病中常见的一种。近年来随着人们生活水平的提高和健康知识的增加,IBS 与胃食管反流病、功能性消化不良等胃肠道功能性疾病一样,越来越受到患者和临床医生的重视。

IBS 临床特征的复杂多变,且缺乏统一的客观指标,给诊断该病或进行疾病的流行病学调查带来了很大的不一致性。IBS 的定义经历了 Manning 标准、Kruis 标准、罗马标准和现行的罗马Ⅱ标准,因此在比较不同地区、不同人群中 IBS 的发病率或患病率时,需要同时注意所采用的不同诊断标准。

第二节 社区人群中肠易激综合征典型症状的发病情况

以社区为基础的人口 IBS 患病率情况调查资料能反映 IBS 在人群中的流行情况,通常采用以症状为主要诊断措施的问卷调查方法。在工业化国家中,普通人群中 IBS 症状的发生率很高,在英国和美国所进行的较大规模的调查显示,人群的 IBS 患病率为 5%~25%,其他如法国、新西兰、荷兰、丹麦以及发展中国家的资

料较少,但发表的资料也显示,IBS 的患病率大致如此(图 1-1)。

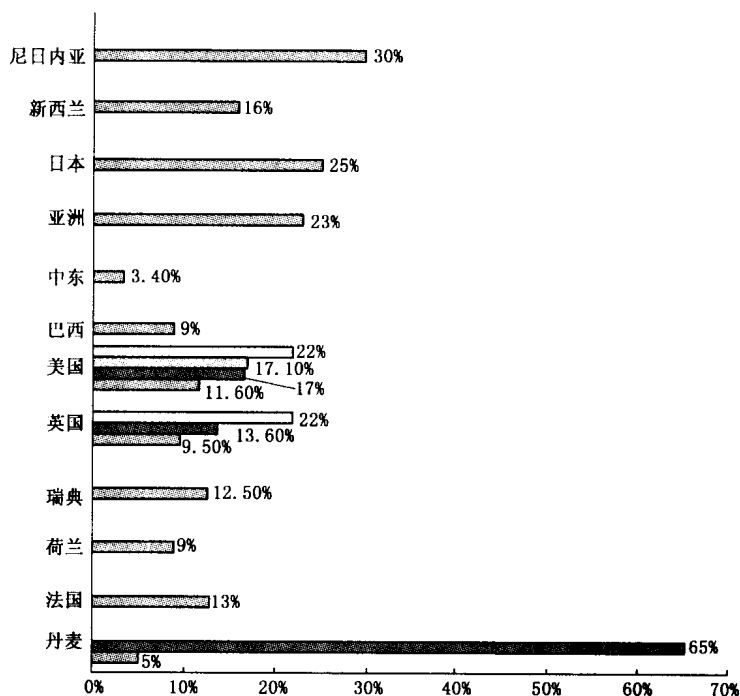


图 1-1 以社区为基础的人口 IBS 患病率

IBS 是一种慢性功能性肠道病变,但在不同时期或阶段,患者的表现不一,这给流行病学调查带来了极大的困难。如在一项研究中采用 Manning 和罗马标准,有 38% 的人患 IBS,但随访 1 年后再调查并无此病,却有 9% 的人原先无此病而后却发生了 IBS。随访时间越长,这种变化率越大,如随访 5 年以上,95% 的患者曾有 IBS 的一些症状。因此有人估计,几乎所有的人在其一生中曾患 IBS。

采用问卷调查,依据的是患者的回忆,因此会出现一些回忆偏差。为避免或减少这种偏差,在流行病学调查中通常采用现况调查的方法,了解调查对象目前胃肠道症状的有无以及最近一段时间的

持续状况,文献报道的 IBS 的资料多数是用现患病率来描述的。

采用不同的诊断标准,患病率变化较大。如在一项研究中,应用不同的 IBS 定义发现,患病率为 5%~65%。因此采用统一的症状诊断标准,比较在不同种族、社会经济状况、国家发展水平以及不同生活环境等亚人群中 IBS 的发病率有助于揭示 IBS 的病因或危险因素,更好地控制或减少 IBS 对人群健康的危害。

一、性别和年龄与肠易激综合征

多数研究显示,IBS 的典型症状的发生率在女性多于男性,其比例为 1.3~2.6:1(表 1-1),且与 IBS 所采用的标准无关。有人认为女性多见可能是由于男性对与疼痛无关的症状很少到医院就诊的缘故,但这一观点缺乏有力证据,因为女性患者多于男性的现象不仅出现在前来医院就诊的患者比例中,在基于人群进行的调查中也存在。尽管如此,这一比例在印度和斯里兰卡刚好相反,男性多于女性,这种差异的主要原因可能是文化因素的影响。

表 1-1 不同国家人群中 IBS 患者的性别差异比较

国 家	女性:男性
加 拿 大	1.23:1
印 度	1:4.2
爱 尔 兰	1.27:1
意 大 利	2.85:1
日 本	2:1
尼日利亚	2:1
荷 兰	2:1
英 国*	1.86:1
	1.38:1
美 国*	2.06:1
	1.88:1
	1.33:1
	1.32:1

注:* 不同研究(基于相同国家的人口样本)。

以社区为基础的人口调查显示 IBS 典型症状可发生于所有年龄组,以中青年发病率较高,大约 50% 的 IBS 患者始发年龄为 25~30 岁,另有 40% 的 IBS 患者初发年龄为 36~50 岁。在美国进行的一项人群 IBS 调查显示,IBS 典型症状的发生率在中年以后似乎下降(图 1-2),某些尚不清楚的因素可能在其中起作用。

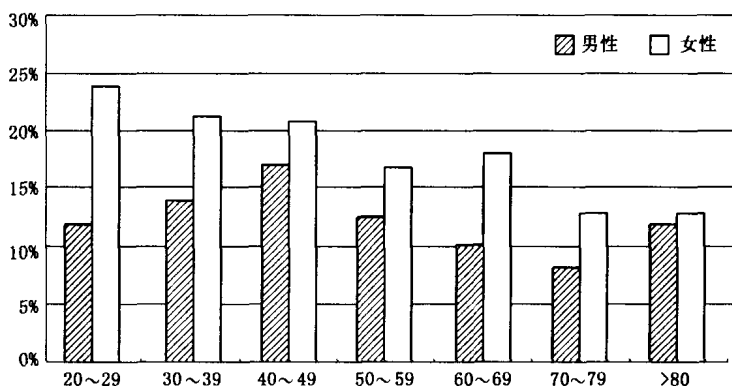


图 1-2 不同年龄和性别 IBS 患者的构成情况

二、IBS 亚群

与普通人群自己报告排便习惯相关的 IBS 亚群发病情况的资料很少。美国 Olmsted 县的调查显示 IBS 的 4 种亚群(以便秘为主、以腹泻为主、腹泻和便秘交替、无频繁的便秘或腹泻)的患病率相似,均在 5% 左右。

在一组健康人群调查中发现,13.6% 的人有腹痛而便后缓解,且每年发作 6 次以上,7% 的人有腹痛而便后不缓解,3.7% 的人有稀便或水样便,6% 的人排便费力、排干结粪便或有排便不尽感。

三、国内 IBS 患病率调查

国内对 IBS 的流行病学研究近年逐渐重视。文碧珍等调查了北京地区 233 例非患者人群,发现具有腹痛而便后缓解者占

22.8%,有腹痛而便后不缓解者占6%,经常排稀便者占6.4%,有排便费力、粪便干结者占16.3%,初步显示了国人中IBS与西方国家具有同样高的流行率。符合Manning标准和罗马标准校正后的IBS人群患病率分别为7.01%和0.82%。潘国宗等对北京市的2486人进行问卷调查后发现,北京城区IBS的患病率为10.5%,郊区为6.14%,差异有显著性。

第三节 医院就诊人群中肠易激综合征的发生率

研究显示,美国人群中IBS患者前去医院或家庭医生处就诊的比例仅占全部IBS患者的20%~29%,荷兰等国家的报道相似,英国和亚洲国家的比例可能达到50%,而去消化专科就诊的比例在1%左右(在我国,由于医疗制度和收费的缘故,患者因胃肠道症状可以直接找消化科医生而不需要由家庭医生或自普通门诊转诊,该比例在城镇病人中可能有所不同)。绝大部分患者(71%~80%)并未到医院就诊。即便如此,在普通门诊中,IBS患者仍占较高的比例。Thompson等最近对英国Bristol地区6个普通诊所中36位普通内科医生处理的311例患者进行了问卷调查,并筛选出255例主诉为胃肠道症状的患者(女性66%,平均年龄53岁),在6个月的随访病历记录中,根据功能性肠道疾病罗马诊断标准,最终确定255例中30%被诊断为IBS,14%诊断为其他功能性肠病,可见在普通门诊中IBS患者占有就诊患者数的比例达到2.46%。这一比例在消化专科门诊中更高,达30%。尚有部分患者由于胃肠道外的症状,前去泌尿科或妇科就诊。

总之,普通人群中具有典型IBS症状者患病率很高(5%~25%),在以社区为基础的人群中具有典型IBS症状者的患病率在各年龄组均较高,但在中年以后有下降趋势。绝大多数国家女性IBS的患病率高于男性(1.3~2.6:1)。IBS患者中仅一小部分(20%~30%)前去医院就诊。普通门诊中IBS患者约占2.5%,

消化专科门诊中 IBS 患者比例高达 30%, 部分 IBS 患者也可能就诊于泌尿科和妇科门诊。

(复旦大学附属中山医院 陈世耀)

参 考 文 献

1. Schmulson MW, Chang L. Diagnostic approach to the patient with irritable bowel syndrome. *Am J Med*, 1999; 107:20S~26S
2. Thompson WG. Irritable bowel syndrome: prevalence, prognosis and consequences. *Can Med Assoc J*, 1986; 134:111~113
3. Jones R, Lyderad S. Irritable bowel syndrome in the general population. *BMJ*, 1992; 304:87~90
4. Talley NY, Zinsmeister AR, Melton LJ. Irritable bowel syndrome in a community: symptom subgroups, risk factors and health care utilization. *Am J Epidemiol*, 1995; 142:76~83
5. Drossman DA, Sandler RS, McKee DC, et al. Bowel patterns among subjects not seeking health care: use of a questionnaire to identify a population with bowel dysfunction. *Gastroenterology*, 1982; 83:529~534
6. Longstreth GF, Wolde-Tsadiq G. Irritable bowel-type symptoms in HMO examinees: prevalence, demographics and clinical correlates. *Dig Dis Sci*, 1993; 38:1581~1589
7. Drossman DA, Li Z, Andruzzi E, et al. US householder survey of functional gastrointestinal disorders: prevalence, sociodemography and health impact. *Dig Dis Sci*, 1993; 28:1569~1580
8. Bommelaer G, Rouch M, Dapoigny M, et al. Epidemiology of intestinal functional disorders in an apparently healthy population. *Gastroenterol Clin Biol*, 1986; 10:7~12
9. Welch GW, Pomare EW. Functional gastrointestinal symptoms in a Wellington community sample. *N Z Med J*, 1990; 103:418~420
10. Schlemper RJ, van der Werf SD, Vandenbroucke JP, et al. Peptic ulcer, non ulcer dyspepsia and irritable bowel syndrome in the Netherlands and Japan. *Scand J Gastroenterol*, 1993; 200:33~41
11. Kay L, Jorgensen T, Jensen KH. The epidemiology of irritable bowel syndrome in

- a random population: prevalence, incidence, natural history and risk factors. *J Intern Med*, 1994; 236:23~30
12. 文碧珍,潘其英. 健康人肠功能紊乱症状调查. *中华流行病学杂志*, 1988; 9: 345~349
 13. Massarrat S, Saberi-Firoozi M, Soleimani A, et al. Peptic ulcer disease, irritable bowel syndrome and constipation in two populations in Iran. *Eur J Gastroenterol Hepatol*, 1995; 7:427~433
 14. Olubuyide IO, Olawuyi F, Fasanmade AA. A study of irritable bowel syndrome diagnosed by Manning criteria in an African population. *Dig Dis Sci*, 1995; 40:983~985
 15. Talley NJ, Weaver AL, Zinsmeister AR, et al. Onset and disappearance of gastrointestinal symptoms and functional gastrointestinal disorders. *Am J Epidemiol*, 1992; 136:165~177
 16. Taub E, Cuevas JL, Cook EW, et al. Irritable bowel syndrome defined by factor analysis, gender and race comparisons. *Dig Dis Sci*, 1995; 40: 2647~2655
 17. Thompson WG. Gender differences in irritable bowel symptoms. *Eur J Gastroenterol Hepatol*, 1997; 9: 299~302
 18. Mendis BLJ, Wijesiriwardena BC, Sheriff MHR, et al. Irritable bowel syndrome. *Ceylon Med J*, 1982; 27:171~181
 19. Mathur AK, Tandon BN, Prakash OM. Irritable bowel syndrome. *J Indian Med Assoc*, 1966; 46: 651~655
 20. Thompson WG, Heaton KW. Functional bowel disorders in apparently healthy people. *Gastroenterology*, 1980; 79:283
 21. Sandler RS, Drossman DA, Nathan HP, et al. Symptom complaints and health-care seeking behaviour in subjects with bowel dysfunction. *Gastroenterology*, 1984; 87:314~318
 22. Kang JY, Yap I, Gwee KA. The pattern of functional and organic disorders in an Asian gastroenterological clinic. *J Gastroenterol Hepatol*, 1994; 9:124~127
 23. Harvey RF, Mauad EC, Brown AM. Prognosis in the irritable bowel syndrome: a 5-year prospective study. *Lancet*, 1987;i:963~965
 24. Thompson WG, Heaton KW, Smyth GT, et al. Irritable bowel syndrome in general practice: prevalence, characteristics and referral. *Gut*, 2000; 46:78~82
 25. 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. *中华流行病学杂志*, 2000; 21: 26~29

图 2-1 IBS 的发病机制示意图

几十年来,对 IBS 动力、感觉、炎症、免疫、激素、心理等方面的研究不断深入,每一个研究者都希望通过自己的研究为 IBS 的发病找到最合理的解释,但面对 IBS 这样复杂的问题,每一项研究都必然有其局限性。人们越来越认识到 IBS 的发病机制决非单一的,各种可能的机制间又有着千丝万缕的联系。图 2-1 中概括了 IBS 的发病机制。本章中将就这些问题作详细讨论。

第一节 结肠动力紊乱

在所有 IBS 症状中最常见的是腹痛,这种腹痛往往可在便后缓解,伴解松软大便,排便次数增多等症状。这些症状的出现似乎均提示与结肠功能紊乱有关。通过对社区大样本人群的调查发现,在大量 IBS 症状中,其他临床特征较上述特征少见。尽管腹胀也是 IBS 的常见症状,但这与其他症状的相关性较差,并且缺乏特异性。有 25% 女性人群每月至少出现一次腹胀,但其中仅 1/3 者为 IBS 患者。因此,“结肠动力紊乱”是各种 IBS 病理机制假说中最早被提出的,以此为中心开展的研究工作也最多。

本节重点讨论 IBS 的结肠动力紊乱,但值得一提的是不能就此忽略小肠动力紊乱,后者显著影响结肠功能。人体平均每天有超过 2 000 ml 的回肠食糜进入结肠,而最终粪便的排出则与多种因素相关,如食糜流入的形式、胆盐的浓度、未被吸收的营养物含量、结肠的固有动力等等。不仅结肠的固有动力可导致结肠功能紊乱,而且小肠功能或饮食变化等均可影响结肠功能。比如乳糖吸收不良患者由于小肠绒毛刷状缘病变,而表现为特征性的腹部绞痛和爆发性腹泻。

一、结肠肌电活动

应用粘膜接触电极或浆膜植入电极可作结肠肌电活动记录。结肠肌电活动可以表现为持续数秒钟的短峰突发波(short spike