

肠易激综合征 诊断和治疗

主编 胡品津 方秀才



科学出版社
www.sciencep.com

肠易激综合征 诊断和治疗

主编 李树华 王军才



中国医药出版社
CHINA MEDICAL PUBLISHING HOUSE

肠易激综合征诊断和治疗

主 编 胡品津 方秀才

编 委 (以姓氏笔画为序)

方秀才 刘新光 许国铭 李延青

邹多武 陈旻湖 姒健敏 胡品津

侯晓华 袁耀宗

科 学 出 版 社

北 京

内 容 简 介

本书集中了国内研究功能性胃肠病和胃肠动力性疾病的顶级专家,从普及与提高的角度出发,既全面介绍肠易激综合征(IBS)的基础知识和临床问题,又反映了国内外最新研究成果,重点是临床诊断和治疗问题,强调实用性。

本书力求达到使读者能从不同的角度来认识 IBS 的诊断与治疗,既可作为低年资消化内科医师及研究人员的继续教育读物,又可供普通内科医师及全科医师日常临床工作参考。

图书在版编目(CIP)数据

肠易激综合征诊断和治疗 / 胡品津, 方秀才主编. —北京: 科学出版社, 2009

ISBN 978-7-03-024991-3

I. 肠… II. ①胡… ②方… III. 结肠-肠疾病-诊疗 IV. R574.62

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2009)第 117865 号

策划编辑: 黄 敏 / 责任编辑: 王 红 / 责任校对: 张怡君

责任印制: 刘士平 / 封面设计: 黄 超

版权所有, 违者必究。未经本社许可, 数字图书馆不得使用

科 学 出 版 社 出 版

北京东黄城根北街 16 号

邮政编码: 100717

<http://www.sciencep.com>

新 蕾 印 刷 厂 印 刷

科学出版社发行 各地新华书店经销

*

2009 年 7 月第 一 版 开本: 720×1000 1/16

2009 年 7 月第一次印刷 印张: 9 1/2

印数: 1—5 000 字数: 148 000

定价: 29.00 元

(如有印装质量问题, 我社负责调换)

《肠易激综合征诊断和治疗》编写人员

(以姓氏笔画为序)

- | | |
|-----|-----------------------|
| 方秀才 | 北京协和医院消化内科 |
| 左秀丽 | 山东大学齐鲁医院消化内科 |
| 朱良如 | 华中科技大学同济医学院附属协和医院消化内科 |
| 刘新光 | 北京大学第一医院消化内科 |
| 许 斌 | 上海交通大学医学院附属瑞金医院消化内科 |
| 许国铭 | 第二军医大学附属长海医院消化内科 |
| 李长青 | 山东大学齐鲁医院消化内科 |
| 李延青 | 山东大学齐鲁医院消化内科 |
| 余颖聪 | 浙江大学医学院附属邵逸夫医院消化内科 |
| 邹多武 | 第二军医大学附属长海医院消化内科 |
| 陈 卫 | 北京协和医院消化内科 |
| 陈旻湖 | 中山大学附属第一医院消化内科 |
| 姒健敏 | 浙江大学医学院附属邵逸夫医院消化内科 |
| 胡品津 | 中山大学附属第一医院消化内科 |
| 侯晓华 | 华中科技大学同济医学院附属协和医院消化内科 |
| 袁耀宗 | 上海交通大学医学院附属瑞金医院消化内科 |
| 常 敏 | 北京协和医院消化内科 |
| 熊理守 | 中山大学附属第一医院消化内科 |

序

肠易激综合征(IBS)虽不是绝症,但它旷日持久的腹痛、腹泻、便秘等症状严重地降低了患者的生活质量,可以说它是消化系统中一个不折不扣的顽症!据国内外流行病学资料统计,IBS患病率高达10%~20%,其受害面如此之广,对医疗资源浪费之多,使医务工作者认识到:对它绝不可等闲视之。至今,对IBS的诊断完全依靠症状学,一些影像与化验检查只能说明它不是某些疾病,而不能证明它就是IBS,因而充分掌握罗马Ⅲ的诊断标准、积累临床经验、合理用药是当前提高对IBS诊疗水平的重要环节。此外,出版《肠易激综合征诊断和治疗》的目的也是基于对基层医生和低年资的医生进行继续教学的需要。

本书虽为仅十余万字的小书,但以胡品津教授、方秀才教授为主编的编写团队却集中了国内研究胃肠动力障碍与功能性疾病的顶级专家,他们是中华医学会消化病学分会动力学组的主要人员,有的专家代表中国参加过罗马Ⅲ标准制定的讨论,并主译了《罗马Ⅲ:功能性胃肠病》,其中不少专家出版过动力与IBS方面的专著,主持过IBS等发病机制、诊断与治疗的研究。为了推动国内胃肠功能性疾病的研究,提高对IBS的诊疗水平,他们在百忙中以最快的速度完成书稿,并迅速付交出版。我对以胡品津教授为首的编委们的辛勤工作,表示崇高的敬意。

本书在编写上也有不少特色,除了包括IBS概论、流行病学、发病机制、诊断和治疗外,还添加了心理治疗、健康宣教的资料,使读者能从不同的角度来认识IBS的治疗,达到举一反三的目的,使本书更有实用性。它的出版必将有助于提高国内肠易激综合征的诊断和治疗水平。

许国铭

2009年劳动节于上海

前 言

肠易激综合征(IBS)是一种相当常见的消化系统疾病,然而医学界对该病认识的逐步深入只是近几十年的事。我国对 IBS 的研究起步虽然较晚,但近十多年来,无论在临床实践还是在科学研究方面已经取得了很大进展。半年多前,我国一群专门从事动力障碍性疾病和功能性胃肠病工作的专家在上海聚会,认为很有必要编写一部关于 IBS 的专著,将 IBS 的基本知识和最新研究成果进行系统介绍。本书应起到对 IBS 的认识普及与提高结合的作用,既全面介绍 IBS 的基础知识和临床问题,又能反映国内外最新研究成果,重点在临床诊断和治疗问题,强调实用性,使本书既可以作为低年资消化内科医师及研究人员继续教育的读物,又可供普通内科医师及全科医师日常临床工作参考,故取名为《肠易激综合征诊断和治疗》。

全书分八章。第一章概论是全书的导论,一方面,希望读者通过阅读本章,能对 IBS 有一个全面的基本认识;另一方面,希望能引导读者深入阅读本书各章关于 IBS 的专论,从而对 IBS 有更深入的认识。第二章至第五章分别就 IBS 的流行病学、发病机制、诊断和治疗进行详细论述。鉴于心理治疗和健康宣教在 IBS 治疗中的重要性,本书另立两章(第六、第八章)专门论述。目前,对 IBS 的认识尚有待深入,在研究展望一章(第七章)中作者发表了对今后研究方向的见解。

本书之编写虽经各方努力,但仍难免有错漏之处,敬请读者赐以批评指正。

胡品津 方秀才

2009 年 5 月

目 录

序

前言

第一章 肠易激综合征概论	(1)
第一节 如何理解 IBS 的定义	(1)
第二节 IBS 是一个需要高度重视的疾病	(1)
第三节 IBS 发病机制的研究进展	(2)
第四节 如何掌握 IBS 的诊断标准和临床应用	(4)
第五节 IBS 的诊断步骤	(6)
第六节 IBS 的治疗原则	(8)
第七节 IBS 的治疗措施	(8)
第二章 肠易激综合征的流行病学	(12)
第一节 IBS 的患病情况	(12)
第二节 IBS 的就诊情况	(18)
第三节 IBS 发病的危险因素分析	(19)
第四节 IBS 的疾病负担	(21)
第五节 小结	(23)
第三章 肠易激综合征的发病机制	(28)
第一节 胃肠动力异常	(28)
第二节 内脏感觉过敏	(33)
第三节 肠道炎症及免疫功能改变	(36)
第四节 心理-社会因素的影响	(37)
第五节 小结	(38)
第四章 肠易激综合征的诊断与鉴别诊断	(41)
第一节 临床表现特点	(41)
第二节 诊断标准与诊断	(45)
第三节 警报征象	(53)
第四节 诊断中有关辅助检查的选择与应用	(56)
第五节 鉴别诊断	(61)
第六节 小结	(70)

第五章 肠易激综合征的治疗	(74)
第一节 治疗原则	(74)
第二节 建立良好的医患关系	(75)
第三节 饮食治疗	(78)
第四节 治疗药物	(82)
第五节 小结	(102)
第六章 肠易激综合征的心理治疗	(107)
第七章 肠易激综合征研究展望	(121)
第八章 肠易激综合征患者的健康宣教	(126)
第一节 健康宣教的重要性	(126)
第二节 健康宣教的方式	(127)
第三节 健康宣教的内容	(130)
第四节 小结	(138)

第一章

肠易激综合征概论

功能性胃肠病(functional gastrointestinal disorders, FGIDs)指的是表现为持续或反复发作的胃肠道症状,而无法找到形态学或生化异常解释的一类消化系统疾病。这些症状因发生的主要部位和症状特征而有不同命名,涉及部位包括食管、胃和十二指肠、肠道、胰胆、肛门等。肠易激综合征(irritable bowel syndrome, IBS)即为功能性胃肠病中的一种功能性肠病。

第一节 如何理解 IBS 的定义

IBS 被定义为一种以腹痛或腹部不适伴排便习惯改变和(或)粪便性状改变的功能性肠病,该病缺乏可解释症状的形态学改变和生化异常^[1,2]。该定义指出 IBS 属于肠道功能性疾病,而强调腹痛或腹部不适与排便的关系则体现了 IBS 作为一种特定的综合征有别于其他功能性疾病(如功能性便秘、功能性腹泻、功能性腹胀、功能性腹痛等)。这是一个沿用已久、为国内外学者普遍认同的定义。只有从一个明确的定义出发,才有可能深入认识和研究该病。

第二节 IBS 是一个需要高度重视的疾病

IBS 以下的几个特点决定了我们必须对其予以高度重视:

一、IBS 是一种世界性的常见病

总的来说,IBS 在世界各国人群中患病率为 5%~25%。近年,我国几项设计较为严谨的、以社区人群为基础的流行病学调查显示,我国 IBS 患病率在 5%左右。在有 IBS 症状的患者中约有 30%去就医,从绝对人数来计,这已经是一个相当大的就医群体。多数流行病学调查显示,具有 IBS 症状的患者中女性多于男性(男女比例为 1:1.2~1:2)。

二、IBS 显著影响患者的生活质量

虽然 IBS 既不危及生命又不影响寿命,但却给患者带来生活和工作的不便及精神压力,因而对患者生活质量产生不同程度的影响。研究显示,IBS 患者生活质量不但低于普通人群,甚至在生活质量的某些参数(如生理功能等)方面差于不少器质性疾病(如糖尿病、胃食管反流病等)^[3]的人群。

三、IBS 患者花费高额费用、占用大量医疗资源

IBS 本来是一种预后良好的良性疾病,并不需要太多检查便可作出诊断,多数患者不需要特殊治疗或只需要简单的治疗。然而事实却是,不少 IBS 患者为此花费很高的直接费用(就诊、检查和治疗费)和间接费用(因就诊或住院而误工、工作能力下降)。据美国统计,每年约有 240 万~350 万 IBS 就诊人次;直接医疗费用在 100 亿美元左右,间接医疗费用在 192 亿美元左右。我国虽无这方面统计,但所耗费用之高亦不难想象。

面对这些现实,各级医务人员必须掌握好对该病的诊断和治疗,并通过对该病的不断深入认识,进一步提高对它的诊疗和预防水平。

第三节 IBS 发病机制的研究进展

功能性胃肠病(FGIDs)之所以被称为功能性疾病是因为它不存在目前已知的形态学或生化异常(即结构性的异常)的证据。但是,作为一类客观存在的疾病,又必定存在可以解释症状发生机制的生理学异常,乃至导致这些异常发生的起始病因。对 FGIDs 机制的认识,人们经历了非常漫长的过程。早年,人们把这类疾病称之为“胃肠神经官能症”,全归咎于心理因素,认为是令人费解的“生活难题”,而不是一种独立的疾病。对 FGIDs 认识的进步大体经历了三个重要阶段。

一、从生物-心理-社会疾病模式认识 IBS 的发病机制

生物-心理-社会模式最早的变更始于 30 年前对疾病模式认识的转变,即由长达 300 年之久的单纯生物模式转变为综合的生物-心理-社会

模式。采用这一疾病模式就能比较容易地理解 FGIDs 的发病机制。第三章图 3-1 显示生物-心理-社会因素与胃肠功能性症状和临床转归之间的关系。脑-肠轴在胃肠功能的调节中发挥重要作用。大脑可以根据机体的不同状态(如睡眠与觉醒、应激与放松等)调节、优化肠道功能,肠道上传到大脑的信息也同样影响机体的反射调节及情绪的调整。在人生早期阶段,遗传因素(如 5-羟色胺再摄取转运受体、白介素-10 及其他有关基因多态性)和环境因素(如家庭环境、应激、感染等)将影响一个人的心理-社会成长(如对生活压力的承受能力、心理状态、应对能力、人际关系)和(或)胃肠道功能失调的发生(如动力异常、内脏高敏感、炎症和菌群紊乱)。脑-肠因素又能互相影响。因此,FGIDs 是心理-社会因素与胃肠道生理紊乱通过脑-肠轴相互作用的结果。其实,人的一生中随时会遇到各式各样的应激、情绪波动、饮食不调、感染等事件,这些事件落在一个心理健全、胃肠生理功能正常的人身上,对这个人胃肠道功能的影响即使发生亦只是一过性的;相反,这些事件如落在一个心理不健全和(或)胃肠生理功能紊乱的人身上,尤其是当这些事件长期存在或反复频繁出现时,脑-肠轴就无法进行正常的适应性调节,胃肠功能性紊乱就会以一种固定的形式存在,这个人还可能因为心理-社会问题而对由胃肠功能性紊乱所致的症状做出过度的反应,于是一种以慢性或反复发作的胃肠症状为表现的胃肠功能性疾病便由此发生。

二、现代研究方法的发展为深入阐明功能性 胃肠病脑-肠轴异常提供有力的证据

对 FGIDs 发病机制认识的第二个突破源于过去 20 多年来研究方法的突飞猛进:①胃肠动力检测方法的改进;②恒压器成为检测内脏高敏感性的标准方法;③大脑影像学检查[正电子发射断层扫描(PET)、功能性磁共振成像(fMRI)]为研究胃肠道功能的中枢调节机制及其与情感和认识区域之间的联系提供了可能;④标准化的心理学研究量表对心理-社会因素进行量化分析,能够客观地对这些因素与症状及症状相关的胃肠功能紊乱之间的关系进行研究;⑤最近,脑-肠肽、黏膜免疫学、炎症和肠道菌群改变的分子学研究更进一步将 FGIDs 发病机制的研究推进到分子生物学水平。由于应用这些现代研究技术所取得的巨大成果,FGIDs 作为一类独立存在的疾病,存在与症状关联的病理生理学改变的事实已明白无疑。

三、治疗功能性胃肠病新药的研发和应用把 纯基础研究转化为临床应用研究

对 FGIDs 发病机制认识的第三个突破是近 10 多年来治疗 FGIDs 新药的研发和应用。针对 FGIDs 发病机制多个方面的治疗药物,如治疗胃肠动力紊乱、内脏高敏感性、应激介导的中枢对胃肠道调节等新药陆续进入临床研究并上市。治疗 IBS 便秘和腹泻症状的 5-羟色胺受体激动剂(如替加色罗)和拮抗剂(如阿洛司琼)是典型的例子。新药的有效性反过来证明基础研究结果的可信性,“有效”和“可信”进一步吸引了医学界对 FGIDs 研究越来越广泛的兴趣,由此而推进研究的更快进展。

已知 IBS 的发病机制涉及胃肠动力异常、内脏敏感性增高、肠道炎症和免疫反应改变、心理-社会因素等。目前认为,IBS 是多种发病机制共同作用的结果,这些发病机制相互联系,在不同亚型、不同个体、同一个体的不同时期主要的发病机制可能有所不同。本书第三章将对上述有关问题有详细阐述。对 IBS 发病机制研究的临床价值在于,今后对 IBS 的防治方案将可以根据患者的不同病因和不同病理生理过程来决定,并将有助于各种特异性更强的治疗药物的开发。

第四节 如何掌握 IBS 的诊断标准和临床应用

制定某一疾病诊断标准的目的首先是为了临床实践,临床医师以诊断标准为依据作出该病的诊断。另一重要目的是为了进行科学研究(包括流行病学、药物临床试验及病理生理等研究),采用同一标准有利于规范研究对象使各个研究结果之间具有可比性。关于 IBS 的诊断,在我国最新修订的“肠易激综合征诊断和治疗的共识意见”中推荐采用罗马Ⅲ诊断标准^[2],详见第四章第二节。

一、我国专家推荐采用 IBS 罗马Ⅲ诊断标准的原因

罗马Ⅲ标准在 2006 年正式发表,该标准是在先前 Manning 标准、Kruis 标准、罗马Ⅰ标准、罗马Ⅱ标准的基础上,根据流行病学和临床研究证据作出的修订。修订的目的是希望提高该标准对 IBS 诊断的准确性并且在临床应用中切实可行。Manning 标准、Kruis 标准和罗马Ⅰ标准

是根据症状参数的组合(Kruijs 标准加进了若干项基本实验室检查)作出 IBS 诊断并将 IBS 与肠道器质性疾病区分开来,这些诊断标准对诊断 IBS 的敏感性和特异性是已经过科学研究证实的(参阅第四章)。从罗马Ⅱ开始,认识到 IBS 可与器质性疾病及其他 FDIGs 重叠发生,因此诊断标准侧重于确立 IBS 本身是否存在,至于与器质性疾病的鉴别主要体现在临床评估(推荐的诊断步骤)过程中。罗马Ⅱ和罗马Ⅲ标准均将 IBS 的诊断规定为反复发作的腹痛或腹部不适,并伴有排便后症状改善(罗马Ⅱ定为症状缓解)、发作时伴有排便频率的改变、发作时伴有粪便性状(外观)改变三项中之两项。罗马Ⅲ与罗马Ⅱ诊断标准的区别主要在疾病病程规定及症状发生频率的不同,罗马Ⅲ规定为诊断前症状出现至少 6 个月,近 3 个月内腹痛或腹部不适每月发作至少 3 日(并建议在病理生理研究及临床试验中,在筛选合格受试者时将腹痛或腹部不适的发作频率设定为每周至少 2 日)。我国专家认同罗马Ⅱ和罗马Ⅲ标准制定的合理性,并认为罗马Ⅲ标准(特别是该标准对 IBS 的分型,后文详述)更具操作性,因此推荐我国采用 IBS 罗马Ⅲ诊断标准,但同时强调今后在采用该标准过程中加强研究、积累经验,以评估该标准是否适合我国应用。

二、IBS 罗马Ⅲ诊断标准的 IBS 亚型分类标准

亚型的划分标准长期存在争论,原因是排便频率与粪便性状及其他排便相关症状(如排便费力、排便急迫感、排便不尽感)之间的不一致性,以及症状的易变性。有研究显示粪便性状(从水样粪至硬粪)能较好地反映肠道传输时间,IBS 罗马Ⅲ专家委员会选择了这一有较明确病理生理基础的指标,将 IBS 亚型的分类依据简化为仅依据粪便性状指标来进行分型。据此,将 IBS 分为 IBS 腹泻型(IBM-D)、IBS 便秘型(IBM-C)、IBS 混合型(IBM-M)和 IBS 不定型(IBM-U)四个亚型,并配以 Bristol 粪便性状量表,详见第四章。IBS 亚型分类对治疗方案的选择和病理生理的研究有一定价值。然而应该指出,目前尚未有理想的亚型分类法。粪便性状分型并不稳定。调查显示,IBM-M 是初级医疗机构最常见的亚型,该亚型的实际意义尚未明了。在临床工作中,临床医师更注意个别患者当时的主要症状和其他伴随症状而施治,而在药物研究中,研究者往往需要对粪便性状、排便频率、排便困难、排便急迫感、排便不尽感等指标进行评估。

三、IBS 罗马Ⅲ诊断标准的临床应用

在排除引起症状的器质性疾病的基础上,根据罗马Ⅲ诊断标准可以作出 IBS 的诊断。如前所述,该诊断标准侧重于确立 IBS 本身是否存在。因此,在临床工作中应用该标准时必须注意以下两个重要问题:其一,如何排除器质性疾病,主要依靠对诊断步骤的掌握,对此本文以下有重点论述;其二,IBS 的诊断可与器质性疾病及其他 FGIDs 并存。多种 FGIDs 并存即所谓重叠现象并不少见。有些器质性疾病的存在如不能解释患者的症状,而 IBS 可以解释仍可诊为 IBS 与该器质性疾病并存。例如,炎症性肠病患者病变程度和疾病过程与症状特点不符,而这些症状符合 IBS 诊断标准时就可诊为炎症性肠病与 IBS 并存。

第五节 IBS 的诊断步骤

临床工作中,作出 IBS 诊断时存在的矛盾是:因临床医师的疏忽,漏诊了器质性疾病而延误治疗;因医师和患者对器质性疾病的过度担忧而进行不必要的检查,特别是无休止的撒网式检查,这不但加重了患者的经济负担(也是对医疗资源的不合理占用),而且加重了患者的精神负担。因此,IBS 诊断过程中所遵循的原则是:尽可能不漏诊器质性疾病,又尽量减少不必要的检查,尽早确立 IBS 的诊断。要切实贯彻这一原则,必须对下列问题有深入的认识并在临床运用。

一、认真细致的病史询问及体格检查是诊断的基础

对疑似 IBS 患者,按 IBS 诊断标准所列各项症状(见前述)对其特点、程度、发生频率、病程经过进行详细询问;对各项“警报征象”(后文详述)逐一询问;注意既往史和用药史;还要了解患者的精神、心理情况。在全身体格检查的基础上重点对腹部进行检查。病史询问及体格检查既能提供与 IBS 鉴别诊断疾病的线索,又能提供 IBS 的诊断证据,因此是 IBS 诊断的基础。

二、凡有“警报征象”者必须进行深入检查

“警报征象”主要包括:便血或黑粪(包括肉眼可见的血便和粪便隐血

试验阳性)、贫血、体重下降、腹部包块。结直肠癌家族史和年龄因素亦被列为“警报征象”,因为大量流行病学研究证明有结直肠癌家族史者、年龄 ≥ 50 岁者患结直肠癌风险大大增加,常规结肠镜检查有助及早发现结直肠癌。我国对结直肠癌流行病学研究资料显示我国结直肠癌患病年龄较西方国家年轻 10 岁,所以在我国制定的“肠易激综合征诊断和治疗共识意见”中推荐发病年龄 ≥ 40 岁宜进行结肠镜检查。

三、熟悉需与 IBS 鉴别诊断的疾病

不少系统性疾病或肠道器质性疾病具有腹痛、腹泻、便秘等类似 IBS 的症状,但这些症状具有原发疾病的自身特点和伴随情况,遇有用 IBS 不能解释的症状,必须进行相关检查。第四章第五节对 IBS 的鉴别诊断作了详细论述。

四、合理安排有关实验室和器械检查

不少临床医师会认为,IBS 是一个排除性疾病,检查越充分,诊断越有把握。或者,起码应该在进一些基本检查(如血、粪便常规,血生化检查和结肠镜检查)的基础上再作出诊断。而正确的观点(国内外的共识意见)是:临床工作中(科研工作除外),在认真细致的病史询问及体格检查的基础上,在排除“警报征象”及其他不能用功能性疾病来解释的症状和体征之后,对符合 IBS 诊断标准者,不必进一步检查便可作出 IBS 的诊断。因为临床研究证明,IBS 症状具有相对特异性,在排除“警报征象”及其他不能用功能性疾病来解释的症状和体征之后,依据 IBS 诊断标准作出诊断的可靠性(敏感性和特异性)相当高。还有不少研究证明:对符合诊断标准的 IBS 患者行进一步检查,包括粪便虫卵和寄生虫、甲状腺功能、乳糖氢呼气试验、结肠镜/钡剂造影检查,检查异常率并不高于普通人群;长期随访的研究显示临床诊断为 IBS 的患者,最终检出器质性疾病的可能性相当低,且其发生率与普通人群相似^[4]。至于什么情况下应选择什么检查,第四章第四节作了详细论述。

总之,IBS 的诊断是基于症状的诊断,作出诊断前必须排除可引起症状的器质性疾病。根据 IBS 的症状特征,在排除“警报征象”及其他不能用功能性疾病来解释的症状和体征之后,便可作出 IBS 的诊断。但如有“警报征象”及其他不能用功能性疾病来解释的症状和体征,则必须安排

进一步的相关检查,最常用的检查是结肠镜检查。

第六节 IBS 的治疗原则

我国制定的“肠易激综合征诊断和治疗的共识意见”指出:“IBS 的治疗目的是消除患者顾虑,改善症状,提高生活质量。治疗原则是在建立良好的医患关系基础上,根据主要症状类型进行对症治疗和根据症状严重程度进行分级治疗。注意治疗措施的个体化和综合运用。”原则强调,在整个治疗过程中建立良好的医患关系,取得患者信任是 IBS 治疗的基础。所谓分级治疗是根据患者病情的严重程度,特别是患者伴随精神症状与否及其程度,采取不同强度的治疗方案。轻者给予一般治疗(病情解释、发现诱因并予去除、提供饮食及生活方式调整的指导等);症状明显者给予对症治疗;症状严重且顽固者考虑应用抗抑郁药和心理治疗。对症治疗是针对主要症状选择相关药物治疗,IBS 主要症状包括腹痛、腹泻、便秘和腹胀,某一患者往往以其中某一种症状为突出表现,选择治疗这一突出症状的相关药物往往可在突出症状取得缓解的同时伴总体感觉和其他次要症状的缓解。第五章中有运用这一原则的图解。

第七节 IBS 的治疗措施

一、建立良好的医患关系是 IBS 治疗的基础

所谓良好的医患关系,指在医生方面要认识到 IBS 是一种客观存在的疾病,自己有责任去治疗这种疾病,通过努力是可能达到治疗目的的(见上述);在患者方面是能相信医生在理解他、关心他,相信医生对自己的疾病的诊断和对疾病的解释,相信医生能够解除自己的痛苦。在整个治疗过程中建立良好的医患关系,取得患者的信任是 IBS 治疗的基础,这是毋庸置疑的,怎么强调都不过分。问题是,说来轻巧做起来难。要做好,需要有责任感,需要有耐心,需要有技巧。第五章第二节就此作了详细论述,第八章还对患者的健康宣教进行了专门论述。

二、关于饮食的调整

能够找到诱发或加重症状的食物因素而避免之当然是最理想的,可