

肠道易激综合征 PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文

[https://www.100test.com/kao\\_ti2020/303/2021\\_2022\\_\\_E8\\_82\\_A0\\_E9\\_81\\_93\\_E6\\_98\\_93\\_E6\\_c22\\_303605.htm](https://www.100test.com/kao_ti2020/303/2021_2022__E8_82_A0_E9_81_93_E6_98_93_E6_c22_303605.htm) 名称肠道易激综合征  
所属科室普通外科病因(一)精神因素：IBS患者症状的发作与加剧与情绪紧张密切相关。如严重的焦虑、抑郁、紧张、激动和惧怕等因素影响植物神经功能调节，引起结肠运动与分泌功能障碍。国内等报告IBS因情绪紧张等因素诱发的占45%，国外有人报告高达80%。1.儿童时期有胃肠失调常延续到成年发生IBS。Apley和Hale追踪儿童反复腹痛者6~8年后1/3发生IBS，1/3仍具多种功能性胃肠症状，1/3无症状。腹泻型IBS患者80%仍具有儿童期的胃-结肠反射过敏。2.IBS患者中，具急性菌痢史者较多，通过粪便反复病原检查，不能证实为慢性菌痢，而被认为系痢疾后结肠功能失调，此常以“解释”。3.所谓“患者中，虽部分由于感染因素所致，但多次因旅行而致泻者，多属IBS，系由于旅行中情绪因素、生活及饮食改变所致的肠道功能失调。(二)饮食因素：饮食不当或饮食习惯的改变可诱发本征，如过食生冷、嗜食辛辣、香燥之品等；脂类食物对结肠运动功能影响较大；高蛋白饮食常可导致腹泻；进食纤维过多的食物可引起功能紊乱，并与IBS有关。国内等报告因饮食不当诱发IBS的占11.3%。关于食物不耐受和IBS，Nanda研究200例IBS患者，在食物激发试验中，大部分有效者(81.3%)能被确认为一种或多种食物不耐受。Thomson等发现低乳糖酶患者在摄入过多乳糖后可出现IBS的某些症状。(三)感染因素：本征者不属于感染性疾病，但在肠道感染之后，易诱发结肠功能紊乱。如微生物或寄生虫所

致感染性肠道炎症，也能改变结肠的反应性，诱发或加重IBS，尤其是在患痢疾之后，本征的发病率可增高。(四)肠道菌群失调：正常人肠道以厌氧菌为主，需氧菌以肠杆菌占优势。改变饮食种类或过量食某种食物后肠道菌群比例失调；长期口服抗生素药物者，粪便中革兰氏阴性菌减少；IBS患者粪便中需氧菌明显高于正常。(五)遗传因素：很多患者从童年开始即有本下，有的患者从青春期开始亦有本征，并有家族史，在同一家庭或家族中，可有多人患IBS疾病。因此，本征可能与遗传有关。(六)其他因素：某些疾病的影响如甲状腺功能亢进或减退、类癌、糖尿病、肝胆系统疾病等，亦可引起IBS；消化性溃疡、慢性胃炎常可作与IBS同时存在；另外，常服泻药、灌肠及其他生物、理化因素，如妇女月经期等，也常可诱发IBS。

病理(一)肠道动力学改变：IBS患者结肠测压可见高动度和低动度图形变化；不论便秘者或腹泻者均可导致乙状结肠和直肠的运动指数增高；IBS患者直肠的耐受性差；静息乙状结肠压力于腹泻时降低，便秘时增高；用气囊扩张结肠各部和小肠可引起IBS样腹痛；乙状结肠段的张力类型括约肌的功能，当其张力增高时，引起近端扩张及便秘，当其张力减低时，则引起腹泻；结肠肌电活动以每分钟三周的慢波为特征，其出现率与正常人相比更为明显；结肠动力学改变对拟副交感神经药物及缩胆囊素的敏感性增高。结肠动力学改变并伴有小肠和食管动力学改变。(二)肠道分泌和吸收功能改变：IBS患者结肠粘膜的粘液分泌增多而引起粘液便，甚至形成粘液管型；结肠液体吸收障碍使过多液体停留于结肠，亦是引起腹泻的原因之一。(三)免疫功能改变：有报道对IBS患者的免疫功能检测，结果表明外周血T细胞群体中CD8细胞减少

，CD4/CD8比值升高，血清IgG含量明显高于正常，认为IBS存在免疫调节紊乱。

**（四）激素影响：**IBS腹泻患者结肠腔内前列腺素E<sub>2</sub>（PGE<sub>2</sub>）增高，直肠粘膜前列腺素E<sub>1</sub>（PGE<sub>1</sub>）明显高于非腹泻者和正常人。前列腺素可促进结肠粘膜粘液的分泌，引起大量的粘液便。5-羟色胺（5-HT）、肠血管活性<sup>\*\*\*</sup>（VIR）、胰高血糖素、生长抑制素（SRIF）等，可能通过旁分泌机制直接作用下平滑肌，引起电活动改变，缩胆囊素（CCK）可使结肠收缩功能增强而引起腹痛。Fukudo等研究发现，IBS患者在受精神刺激时大肠内压升高，Motilin（为一种胃肠蠕动素）浓度升高。Saria等报告，NPY、PYY（同属于胰<sup>\*\*\*</sup>物质）能抑制因PGE<sub>2</sub>引起分泌增加的作用，推定与IBS的在便粘液、腹泻和便秘密切相关。另外，其他胃肠激素的分泌异常，或肠道对此类激素的敏感性增强，亦可能是结肠功能紊乱的机制之一。某些内分泌系统疾患如甲状腺功能亢进或减退、胰岛细胞癌、甲状腺髓样癌等，亦可导致肠功能紊乱。

**临床表现分类：**目前尚无统一分类标准，下面几个分型可供参考。

**（一）痉挛性结肠型：**以下腹尤其是左下腹痛和便秘为主。

**（二）无痛性腹泻型：**以腹泻为主，伴有粘液。

**（三）混合型：**可有腹痛、腹胀与便秘，亦有腹泻者，或二者交替出现。Bockus所发三型为：结肠痉挛型、粘液腹痛型、神经性下痢型。池见所分三型为：不安定型、持续下痢型、分泌型。另有分为四型者，即腹泻型、便秘型、腹泻便秘交替型、粘液型。

**症状体征**

**（一）消化道症状：**

- 1.腹痛：**IBS以腹痛最为突出，多位于下腹或左下腹，便前加剧，冷食后加重，多在清晨4~5点出现。Heaton发现IBS的腹痛是健康的人的6倍。
- 2.腹泻：**常为粘液性腹泻或水样腹泻，可每日数次，甚至几十

次，并常有排便不尽的感觉。3.腹胀：腹胀是常人的3倍，并常与便秘或腹泻相伴，以下午或晚上为重，\*\*\*排气或排便后减轻。4.便秘：多见于女性，其排便费力是常人的9倍，排便紧迫感是常人的4倍，每周大便少于1次或每日粪便少于40g，有些IBS患者10余日才大便1次，粪便干而硬。IBS患者常便秘与腹泻交替出现。(二)消化道外症状：IBS患者约40~80%有精神因素，对各种外界反应过敏，表现为心烦、焦虑、抑郁、失眠多梦等。约50%的患者伴有尿频、尿急、排便不尽的感觉。还有的患者可能出现性功能障碍，如阳痿、性交时疼痛等。

辅助检查(一)一般检查：IBS患者以肠道症状为主，腹胀严重者可见腹部膨隆；腹痛者为脐周及左下腹可有轻压痛；腹泻者肠鸣音可亢进；便秘者肠鸣音可减弱；部分患者直肠指诊可有直肠后壁触痛，也有的患者可无明显的阳性体征。(二)实验室检查：粪常规检查可见大量粘液或正常，血尿常规、大便隐血细菌培养（至少3次）、甲状腺功能测定、肝胆胰肾功能、血沉、电解质、血清酶学检查等均正常。(三)X线检查：X线钡灌肠可见结肠充盈迅速及激惹征，但无明显肠结构改变；全消化道钡餐有时可见钡餐通过小肠过速，钡头于0.5~1.5小时即可到达回盲部。在进行钡灌肠检查时，宜用温生理盐水灌肠，因为肥皂水或严寒液化灌肠能引起结肠痉挛而产生激惹现象。(四)结肠镜检查：肉眼观察粘膜无异常或仅有较度充血水肿和过度粘液分泌，结肠粘膜活检正常。有的IBS患者进行镜检查时，因痛觉过敏，常因腹痛不能耐受需中途终止检查或不能检查。有的患者检查后，有较长时间腹痛、腹胀，且较难恢复，可能与肠镜检查时刺激有关。(五)结肠运动功能检查：乙状结肠压，在无痛性腹泻者降低，便秘者则

增加；直肠压，便秘者增加，腹泻者则降低，并可有\*\*\*松弛；不论便秘抑或腹泻者，均可导致乙状结肠和直肠的运动指数增高。诊断IBS目前尚无统一诊断标准和特异性诊断方法，下面几种诊断可供参考。(一)国内86年11月全国慢性腹泻学会制定IBS临床诊断标准为：1.以腹痛、腹胀、腹泻及便秘等为主诉，伴有全身性神经官能症状。2.一般情况良好，无消瘦及发热，系统体检仅发现腹部压痛。3.多数粪常规及培养（至少3次）均阴性，粪潜血试验阴性。4.X线钡剂灌肠检查无阴性发现，或结肠有激惹征象。5.纤维结肠镜示部分患者有运动亢进，无明显粘膜异常，组织学检查基本正常。6.血、尿常规正常、血沉正常。7.无痢疾、血吸虫等病史，试验性治疗无效。临床研究选择病例时，其病程应超过二年。

(二)1988年9月在罗马召开国际消化系病学会制定IBS诊断标准为：1.腹痛：便后腹痛减轻；腹痛与排便次数和粪便硬度有关。2.排便障碍：排便次数有变化；粪便性状不一，可呈硬、软、水样；粘液排出。3.常有腹胀或胀满感。此外，尚有上消化道症状、精神症状和全身其他症状。

(三)1989年日本川上的IBS诊断标准为：1.有IBS的典型症状：儿童时有腹痛病史；因腹部剧痛，曾需紧急治疗；以往常有腹痛；腹部得暖则疼痛减轻；排便后，腹痛减轻；可见肠管功能异常；排便诱发腹痛；腹痛伴腹泻；腹泻、便秘交替；以前有腹泻或便秘的病史；兔粪状便；有兔粪状便和腹痛；粪便中可见粘液。如有上述6项即可怀疑本征。2.一般检查无异常，无发热，红细胞、白细胞、血红蛋白、血沉等均正常。3.粪便潜血试验阳性。4.大肠X线检查未见异常，必要时行大肠内窥镜检查。5.在心身医学

上，有精神异常，如情绪不安、抑郁、易激动等。(四)Kruis诊断记分标准：Kruis根据本征症状及几种简单的实验室检查，提出本征的诊断记分标准为：1.阳性症状： 胃肠胀气34分； 病程超过两年16分； 剧烈腹痛23分； 便秘和腹泻相交替14分。2.阴性症状： 体检或病史中有其他疾病减47分； 血沉 > 20mm/h减13分； 白细胞 > 10ldquo.线性溃疡ldquo.铺路石样&rdquo.改变。(五)肠结核：有腹痛、腹泻、粪便中可脓血并有全身中毒症状，如消瘦、低热等，或有其他结核病灶。(六)肠肿瘤：可有腹泻，但以陈旧性血便为主，肠镜及X线钡灌肠及直肠指诊可有阳性体征。(七)其他疾病：如消化性溃疡、肝胆系统疾病等。值得提出的是，有些患者为泻药滥用者或长期使用者，需具体采集病史，以防误诊。治疗由于本征的病因及临床表现因个体不同而存在较大差异，故治疗时应遵守个体化原则，针对患者病情，制定出灵活的治疗方案。现将临床常用的治疗方法介绍如下：(一)心理治疗：主要是通过帮助患者找出引起本征的精神因素，对患者存在的心理矛盾和情绪紊乱进行疏导，从而达到治疗的目的。医生应以同情和负责的态度向患者解释其疾病的本质和预后，使患者消除不必要的惧怕、疑虑，树立战胜疾病的信心。从一定意义上讲，应专心理疗治疗本征比药物治疗更为重要，尤其是对有严重精神症状的本征患者，更应进行系统的心理治疗。Guthrie通过对102例本征患者心理治疗的研究发现，心理治疗在消除腹泻和腹痛方面有显著疗效。THomson则认为，即使药物治疗效果不甚理想，心理治疗也能取得较好的疗效。有人采取催眠疗法治疗本征取得一定疗效。如Whorwell等用催眠疗法成功治疗50例病情严重的本征患者，随访18个月，

其中48例完全缓解。Prior等观察到催眠期间直肠敏感性显著下降，症状也随之消失。(二)饮食调节：一般以易消化、低脂、适量蛋白质食物为主，多吃新鲜蔬菜水果，避免过冷、过热、高脂、高蛋白及刺激性食物，限制某种或向种不耐受的饮食。(三)药物治疗：本征的药物治疗应慎重，避免滥用药物。在部分患者，可能任何药物都无效。1.对精神紧张、失眠较严重的神经官能症患者可适当治疗予安全2.5mg(每日3次)或5mg每晚口服，亦可选用早眠宁、鲁米那钠等；抑郁症者，适当用些阿米脱林、盐酸丙咪嗪等；并可用调节植物神经功能的谷维素20~50mg，每日3次。2.以腹痛为主者，除常规使用阿托品、颠茄类外，可用钙通道阻滞剂异搏停或硝苯吡啶10mg舌下含化或口服，每日3次，以减轻腹痛和排便次数。3.以腹泻为主者，可用抗胆碱能拮抗剂溴化赛米托品(cimetropin bromide)50mg餐前；亦可用易蒙停(imodin)2mg，每日3次，腹泻严重者可适当用小剂量磷酸可待因15mg，每日3次，或选用氯苯哌酰胺。4.以便秘为主者：大便干硬时可服石蜡油20ml，每日3次，或服用蓖麻油10~20ml，每日3次，或番泻叶5~10g泡水饮服；亦可用开塞露、甘油栓塞入肛内；对于便秘时间长，但大便不干硬者，可用胃肠动力药吗叮啉(多潘立酮)10mg，每日3次，或西沙必利10mg，每日服3次。5.IBS患者如为粘液便，可用消炎痛25mg，每日服3次，以抑制前列腺素合成，减少粘液分泌。6.菌群失调者可用促菌生2.5g，每日服2次，或双歧杆菌乳剂，每次服50ml，或丽珠肠乐，成人口服每次1~2粒，早晚各服1次，儿童酌减，重症加倍。(四)中医药治疗：1.脾胃虚弱型：症见餐后即泻，大便时溏时泻，夹有粘液，便次增多，腹痛隐隐，\*\*坠胀，

腕闷不舒，纳差肢倦，面黄无华，知淡、苔白，脉细弱缓。治以健脾益气、和胃渗湿。方选参苓白术散或七味白术加减。

2.脾肾阳虚型；症见清晨泄泻，便下清稀，完谷不化，便后腹痛不减，腰膝酸软，形寒肢冷，舌淡胖、苔白，脉沉细迟。治以温补脾胃、固涩止泻。方选附子理中汤合四神丸加减。

3.脾胃阴虚型：症见腹痛不甚，便秘难下，粪如羊矢，大便粘液，大便数日一解，少腹结块，聚散无常，按之胀痛，消瘦，饥不欲食，口干喜饮但饮不多，尿频色黄，常伴失眠、焦虑、心悸等，舌红、少苔，脉细数。治以养阴润便。方选麻仁丸、增液汤加减。

4.肝郁气滞型；症见腹痛便秘，欲便不畅，便下艰难，后重窘迫，脘腹胀闷，胁肋胀满、窜痛、矢气可缓，恼怒忧虑易发，气呃逆，纳差，苔薄，脉弦细。治以顺气行滞，降逆通便。方选六磨汤或柴胡疏肝饮加减。

5.肝脾不和型：常因恼怒或神紧张而发病或加重。症见肠鸣矢气，腹痛即泻、泻下不多、泻后痛缓，伴少腹拘急、胸肋胀满、气少食、便下粘液等。舌淡红、苔薄白，脉弦细。治以抑肝扶脾、调和气机。方选痛泻要方合四逆散加减。

6.肝脾不和寒热夹杂型：症见久泻，便下粘腻或夹泡沫，或腹泻便秘交作，便前腹痛、腹胀、肠鸣，便后减轻，须臾又作。苔白腻、脉细弦滑。治以泄木安土，平调寒热。方选乌梅丸。

7.瘀阻肠络型：症见泄泻日久，大便粘滞，或干或溏，泻后不尽，腹部刺痛，痛有定处，按之痛甚，面色灰滞。舌质暗红或紫暗，脉弦细涩。治宜化瘀通络，和营止痛。方选少腹逐瘀汤加减。

(五)理疗针灸等：腹部按摩、热敷、超短波等可减轻症状，针灸可取足三里、关元、气海、中脘、三阴交、胃俞、大肠俞。此外，气功疗法对本病亦有较好疗



效。随症用药：腹痛甚者用元胡，或重用白芍（30～60g）；痛欲大便者用炒防风、陈皮；痛有定外兼瘀血证者用失笑散。气滞腹胀者选煨木香、陈皮、枳壳、川楝、青皮；腹胀大便不爽者选蚕矢、大腹皮、枳壳、槟榔；虚寒肠鸣腹胀甚者用毕澄茄、小茴香；胸脘痞闷用枳壳。大便粘液多者选白头翁、红藤、败酱草、公英、苍术、胡黄连、土茯苓；五更泄中，肾泄用补骨脂、肉豆蔻，脾泄用白芍、炒防风；一般腹泻用炒白术、神曲，水淀用炒苡仁；虚泻、久泻、滑泻不止者选用煨诃子、煨肉果、五倍子、五味子、肉豆蔻、赤石脂、乌梅、石榴皮、禹余粮，甚者用罌粟壳，但须中病即止。肾阳虚甚者用附子、肉桂、仙灵脾，脾阳虚甚者用炮姜、桂枝便秘一般选用栝楼仁、郁李仁、炎麻仁、槟榔，阳虚便秘者用内苁蓉。久泻伤阴选用沙参、石斛、云苓，或生用白芍、乌梅；气虚甚者用黄芪、党参、白术、炙甘草；\*\*\*下坠气虚下陷者用生黄芪、升麻、柴胡，\*\*\*下坠里急后重者用木香、槟榔；\*\*\*滞重排便不尽者用积实；肠有湿热者用秦皮、黄连、厚朴；纳差、消化不良者用鸡内金、焦山楂、神曲等。

预防及预后IBS预后良好，从目前文献记载未见有关IBS的严重并发症或转为其他疾病。100Test 下载频道开通，各类考试题目直接下载。详细请访问 [www.100test.com](http://www.100test.com)