

世界胃肠病组织全球指南

社区常见消化道症状的处理

一个关于烧心、便秘、腹胀及腹痛或腹部不适的全球观点

2013年5月



陈小丽 译 戴宁 审校

浙江大学医学院附属邵逸夫医院消化科 (310016)

审阅小组

Richard Hunt (co-chair, Canada/UK)

Eamonn Quigley (co-chair, USA)

Zaigham Abbas (Pakistan)

Abraham Eliakim (Israel)

Anton Emmanuel (UK)

Khean-Lee Goh (Malaysia)

Francisco Guarner (Spain)

Peter Katelaris (Australia)

Andre Smout (Netherlands)

Mohammad Umar (Pakistan)

Peter Whorwell (UK)

John Johanson (USA)

Roque Saenz (Chile)

Luc Besançon (France)

Edith Ndjeuda (France)

John Horn (USA)

Pali Hungin (UK)

Roger Jones (UK)

Justus Krabshuis (France)

Anton LeMair (Netherlands)

目录

1	简介	4
1.1	功能性胃肠道症状的流行病学	4
1.1.1	北美洲/美国	5
1.1.2	欧洲/西方国家	5
1.1.3	亚洲	6
1.1.4	拉丁美洲—功能性胃肠道症状	6
1.1.5	非洲—功能性胃肠道症状	6
1.2	WGO 级联	6
2	诊断	7
2.1	功能性胃肠道症状	7
2.2	主诉概况—症状和患者因素	8
2.3	功能性胃肠道症状的诊断试验	10
3	烧心	11
3.1	定义和描述	11
3.2	流行病学特征	11
3.3	诊断/症状摘要	12
3.4	鉴别诊断	12
3.5	报警症状	12
3.6	烧心—治疗级联	13
3.6.1	烧心自我疗法	13
3.6.2	药剂师	15
3.6.3	初级保健医生	15
3.6.4	专科医生	16
4	腹痛/腹部不适	16
4.1	定义和描述	16
4.2	流行病学	17
4.3	诊断/症状摘要	17
4.4	鉴别诊断	17
4.5	报警症状	19
4.6	腹痛/腹部不适—治疗级联	19
4.6.1	腹痛/腹部不适自我疗法	20
4.6.2	药剂师	20
4.6.3	初级保健医生	21
4.6.4	专科医生	22
5	腹胀	23
5.1	定义和描述	23
5.2	流行病学	23
5.3	诊断/症状摘要	23
5.4	鉴别诊断	24
5.5	报警症状	24
5.6	腹胀—治疗级联	25

	5.6.1	腹胀自我疗法	25
	5.6.2	药剂师	25
	5.6.3	初级保健医生	25
	5.6.4	专科医生	26
6		便秘	26
	6.1	定义和描述	26
	6.2	流行病学	27
	6.3	诊断/症状摘要	27
	6.4	鉴别诊断	28
	6.5	报警症状	28
	6.6	便秘—治疗级联	28
	6.6.1	便秘自我疗法	28
	6.6.2	药剂师	29
	6.6.3	初级保健医生	29
	6.6.4	专科医生	30
		参考文献	31

表目录

表 1	疼痛定位及鉴别诊断	18
表 2	疼痛触发/缓解因素及鉴别诊断	19

图目录

图 1	烧心的自我管理流程	14
图 2	反复烧心的临床处理流程	16
图 3	所有年龄组腹部痉挛和疼痛的患病率	17
图 4	腹部痉挛和疼痛药物摄入的模式	19
图 5	每个国家使用的主要治疗种类	20
图 6	对于持续/反复发作的腹痛/腹部不适的临床处理流程	22
图 7	腹痛/腹部不适的临床处理流程	22
图 8	加拿大下消化道症状的发生率	27
图 9	慢性便秘的临床处理流程	30

1 简介

这个指南关于世界消化健康日的主题首先以四个关键的消化道症状为切入点：烧心，腹痛/腹部不适，腹胀和便秘。独特之处还在于将级联治疗分为四个等级：自我疗法和非处方药；咨询药剂师；当主诉症状明显时咨询初级保健医生；专科医生。目的是为了提供另一个独特且全球有用的指南，能指导常见的，棘手的但并不致残的一些胃肠道症状的处理。该指南由胃肠病及初级保健专家和国际药物联盟共同制定。

消化道症状—可能除了烧心外，通常是和咽部，食管，胃，胆道，肠道或肛门直肠相关的慢性及复发性主诉。除了现有单个症状的流行病学资料，还有更多的是一类不能以结构或生化异常来解释的功能性胃肠病（FGIDs）症状群。这些疾病影响了很大一部分人，在初级保健和胃肠病诊治中占了较大比例。按预定义的症状标准，对这些症状归类到不同的功能性胃肠病已有了多国共识意见[1]。

尽管有关 FGID 症状数据很多，但对于单个症状的流行病学资料相对较少（便秘除外），本指南中前者通常替代后者—例如，胃食管反流病（GERD）代替烧心，肠易激综合征（IBS）代替腹痛/腹胀。

在处理社区的疾病中，区分诊断和未诊断很重要，仍有一大批有症状但临床医生没有做出特异性诊断的人群[2]。对于消化不良，有证据显示只有 50% 的患者咨询了他们的医生[3]。咨询的原因是治疗的决定因素。

本地或区域疾病流行病学影响胃肠道疾病的处理：需要考虑寄生虫病的流行如蠕虫，贾地鞭毛虫，病毒及恶性疾病的发病率。例如，在墨西哥，贾地鞭毛虫病，在东南亚，病毒性肝炎；安第山脉南区，胃和胆囊癌在鉴别诊断中需要考虑。

文化和宗教因素能改变患者对症状的反应：日本人疼痛耐受力较好；在另外一些文化中，认为抵抗疼痛和其他不适是一种奉献并有利于灵魂及未来生活。环境和心理应激如战争，移民，饥荒，性虐待或欺凌是疾病和症状发生的重要原因。最后，在有些文化中，辛辣食物是一个问题。

1.1 功能性胃肠道症状的流行病学

必须谨慎解释不同国家之间腹部症状发生率的差异，它们可能反映了不同的文化，语言或表达方式和学习方法 [4]。

文化差异可能导致以下差异 [5]:

- 症状感知—想法和关注的差异

- 医疗服务 (包括医疗保健获得)
- 药物使用
- 首选的治疗类型和模式
- 预期治疗效果
- 相对可用的非处方药和处方药

1.1.1 北美洲/美国

1993 年 Drossman 等[1]报道了来源于美国户主调查的 20 种基于罗马标准的功能性胃肠病的患病率。

- 有 69%的患者在过去 3 个月内至少有 20 种功能性胃肠病中的一种，症状主要在四个主要解剖区域，并有很大部分重叠：
 - 肠道: 44%
 - 食管: 42%
 - 胃十二指肠: 26%
 - 肛门直肠: 26%
- 女性吞咽困难、肠易激综合征、便秘、腹痛及胆源性疼痛发生率较男性高。
- 男性腹胀较女性发生率高。
- 除了大便失禁，所报道的症状均随着年龄增加而下降。
- 低社会经济地位、低教育程度、低收入人群中症状报道更多。

1.1.2 欧洲/西方国家

- 在西方国家估计有高达 30%成年人有胃肠道的功能性疾病[6,7]，也是腹痛的常见原因。只有 20-50%的这些症状真正由 IBS 所致[1,8]。
- 在 IBS 中，腹痛和/或腹部不适是核心症状；其他肠道症状为排便习惯改变，有可能是便秘为主或腹泻为主或两者交替，其他还有腹胀，胃肠胀气[8,9]
- “IBS”在很大程度上仅限于英国人，但也被过度使用作为一个宽泛的功能性症状的描述。在其他国家，类似的主诉通常称为腹部痉挛和疼痛，腹部不适，或腹部疾病[4]。
- 在欧洲人群中，慢性便秘是最常见的功能性胃肠道症状，有近五分之一的人患有便秘。严格按照罗马III标准诊断便秘的价值仍有争议，一个系列报道了其较差的结构效度和 10%的假阴性率 [10]。在老人和养老院人群中，超过 50%的患者需要服用泻药[11]。
- GERD 症状在美国以及世界其他地区越来越普遍。在美国，El-Serag[12]报道每周 GERD 症状的患病率每年增加 4%。这一增长大部分和体重增加及在欧洲和北美所看到的，特别是城市人口的其他生活方式的改变有关[13]。

1.1.3 亚洲

- 最近的一项研究报道，在印度北部城市成年人口中 GERD 的患病率为 16%，这和其他工业化国家中所看到的类似[14]。
- 巴基斯坦的一项调查报告胃食管反流症状总患病率为 24%，男性占 58% [15]。在中国学生中，肠易激综合征，功能性便秘，功能性腹泻的患病率分别为 20%，25%和 5%。女学生排便的频率比男性低 ($P < 0.01$) [16]。在亚洲的研究表明，胃肠道感染，如贾第虫病，是反复发作性腹痛的常见原因，但功能性腹痛也很普遍[17]。在斯里兰卡，腹痛为主的功能性胃肠病影响了 13%的年龄在 10-16 岁的儿童，成了一个重大的健康问题；在调查的 2180 名儿童中，107 (4.9%) 有 IBS，54 (2.5%) 有功能性消化不良，96 (4.4%) 患功能性腹痛，腹型偏头痛为 21 (1.0%) [18]。另一项来自斯里兰卡的研究，在研究人群中，超过四分之一的青少年均有 FGIDs，肠易激综合征是最常见的[19]。胃食管反流病，功能性消化不良，肠易激综合征之间的重叠很常见并降低了亚洲人健康相关的生活质量。这些疾病所共有的常见的症状是餐后饱胀[20,21]。在一些地区，如土耳其，消化不良患者中可能有乳糜泻者需要排除[22]。
- 在耶路撒冷，一项针对 70 岁老人的纵向群体调查显示，1/3 的人有上消化道症状，主要是烧心，10%的人在上周有腹痛而只有不到 1%的人位于下腹部[23]。

1.1.4 拉丁美洲—功能性胃肠道症状

- 一项对 20 岁以上智利人按罗马 II 诊断标准进行的研究报道如下：
 - 消化系症状达 67%；IBS 为 26%（比其他拉丁美洲发病率高），平均发病年龄 41.3 (20-66)；症状开始的平均年龄 26.5 岁。
 - 43%有症状的患者寻求医疗咨询。
 - 在 IBS 组中胆囊切除术的患者多于非 IBS 组，30.4%VS13.7%（智利胆囊癌的发病率较高）。
 - 社会经济地位，地理区域或 IBS 家族史并无差异。
- Madrid 等[25]也报道在消化道有功能性症状的儿童中乳果糖氢呼气试验阳性率更高。
- IBS 患者亚群包括：功能性腹泻 7%；功能性便秘 9%；功能性腹胀 23%；女性发病率更高。
- 安第斯人群长期咀嚼可卡叶认为和其食管病理学变化相关，也和巨结肠或便秘等结肠异常相关。

1.1.5 非洲—功能性胃肠道症状

功能性胃肠道症状也发生在非洲，但数据有很大的差异[26-28]。

1.2 WGO 级联

世界胃肠病学组织 (WGO) 为 WGO 指南制定了诊断和治疗级联，以提供资源敏感的规范推荐，而不是集中在金标准上。然而，对于该指南，基于不同的医疗，我们选择了不同的方法：自我调理到药剂师，全科医生/家庭医生，

最后到胃肠专科医生。在这里未给胃肠专科医生提供更多的指导，因为在互联网及已发表的文献中能获得充足资料，整个指南提供一系列参考文献。

服药的患者应咨询药师，以了解本文中所指自我用药是否有禁忌或和服用的其他药物之间有无相互作用。在一些国家，非处方药仅可在社区药店买到。在世界上大多数国家，药剂师只能向患者推荐非处方药（因为他们不具有处方权），而在其他一些国家，有一个中间类药物：药房专供药品。因此，区分药剂师推荐的治疗和一些真正的自我用药通常有难度，为了解决这个问题，该指南已考虑到这两个过程（自我用药与药剂师推荐）和解决方案（这两种情况下的非处方药）。

此外，需考虑到药剂师系统评价药物有两个目的：

- 确定胃肠道症状是否药物的副作用。
- 确定治疗胃肠道症状的药物和患者已经在服用的药物之间有无相互作用。

越来越多的证据表明：膳食[29]，生活方式，认知，情绪/行为，以及更广泛的社会心理因素都可能在功能性胃肠病的病因，症状持续及疗效中发挥作用[30]。

2 诊断

在解释该指南中考虑到的一些常见症状时，如果患者的症状符合 FGID 的诊断标准[31]并且没有可以解释这些症状（如下）的结构性（器质性）疾病时可以诊断为功能性胃肠病。年龄和性别（没有明显的相互作用）是临床上最相关的变量。

诊断的责任通常限于医生而不包括自我用药及药剂师的干预。

2.1 功能性胃肠道症状

众多的功能性胃肠道症状可以归因于四个主要解剖区域：食管、胃十二指肠、肠、肛门直肠：

- 食管症状：
 - 功能性胸痛
 - 功能性烧心
 - 功能性吞咽困难
- 胃十二指肠症状：
 - 功能性消化不良
 - 溃疡样消化不良
 - 动力障碍性消化不良
 - 非特异性消化不良
 - 吞气症
- 肠道症状
 - IBS
 - 功能性便秘
 - 功能性腹泻

- 功能性腹胀
- 慢性腹痛
- 功能性胆道痛
 - Oddi 括约肌运动障碍
- 肛门直肠症状
 - 功能性大便失禁
 - 衣物粪渍
 - 严重大便失禁
 - 功能性肛门直肠痛
 - 肛提肌综合征
 - 痉挛性肛门痛
 - 排便困难—大便困难

以下 (2.2 和 2.3) 是关于这四个主要症状的评估和监测

2.2 主诉特点—症状和患者因素

- 发作时有明显的消化系症状—单独发生或联合。定位，描述：
 - 烧心
 - 腹痛
 - 腹绞痛
 - 腹部不适
 - 腹胀，腹部膨隆，肛门排气，其他和“气”相关的主诉。
 - 腹部压迫感，腹部紧绷感，腹饱感。
 - 大便习惯异常
 - 腹泻
 - 便秘
 - 腹泻便秘交替
 - 大便粘液过多
 - 紧迫感
 - 里急后重
 - 其他
 - 恶心
 - 呕吐
 - 黑便，柏油样便
 - 大便有鲜血或带血丝/粘液
- 时间因素
 - 首次发作 (突然发病)
 - 症状持续时间—“这样有多久了?”
 - 发作的持续时间
 - 频率 (总是，规律的，偶尔，间歇的)
 - 相关因素—和进餐，姿势，一天中的时间，排便，月经周期的关系
- 症状特性
 - 严重性—如从 1 (低) 到 10 (高) 进行评分 (1-4 轻度, 5-7 中度, 8-10 重度)

- 相关的痛苦 (视觉模拟评分法)
- 影响
 - 日常活动
 - 社交活动
 - 工作, 学习
 - 锻炼能力
 - 饮食习惯
 - 睡眠
 - 性行为
- 非胃肠道症状和合并症
 - 头痛
 - 发热
 - 咳嗽
 - 不明原因体重下降
 - 和非胃肠道事件, 妊娠, 排尿困难, 性交痛的联系
 - 其他非胃肠道症状及心理方面病症
- 患者因素
 - 年龄, 性别
 - 生活方式—吸烟, 饮酒, 进食/饮食, 锻炼, 睡眠, 压力, 旅行
 - 和食物及饮食相关的患者的文化
 - 患者的健康“素养”, 因其能影响患者自我照顾的能力
 - 健康状态—病史
 - 当前和既往症状, 心理社会因素, 家族史
 - 并发的健康状况—先前的或以后的
 - 处方药和非处方药, 膳食补充品
- 症状出现时采取的措施:
 - 缓解症状的措施
 - 一个或多个方法/药物的自我治疗
 - 咨询药店, 药剂师, 保健食品店, 非医疗性治疗师或补充医疗的医生, 针灸师
 - 询问内科医生和专科医生
- 药物
 - 非处方药和处方药的获得
 - 非医学, 非传统治疗, 中草药, 针灸等
 - 治疗预期
 - 用于各症状的药物种类
 - 药物的频率和剂量
 - 治疗时机—作为预防, 症状发生时的按需治疗或持续治疗/维持治疗
 - 疗效和满意度, 症状改变的描述, 新的症状, 副作用
 - 在服药或不服药情况下发作的持续时间
 - “其他”药物的使用
- 症状报告
 - 罗马 III 诊断性调查问卷 (见 <http://www.romecriteria.org/questionnaires>)
 - 行为沟通—不作为诊断标准:

- 不同疼痛强度的语言和非语言表达
- 严重症状的紧急报告
- 弱化或否认心理社会因素的作用
- 要求其他的诊断检查
- 关注于完全康复
- 经常寻求医疗保健
- 履行有限的自我管理责任
- 要求麻醉类止痛药
- 医学流行病学背景
 - 幽门螺杆菌感染，胃癌，Barrett 食管和食管腺癌的发病率
 - 获得诊断设备和治疗

2.3 功能性胃肠道症状的诊断性测试

- 体格检查
- 基础的诊断性的实验室检查
 - 全血细胞计数 (CBC)
 - 血沉 (ESR) /C-反应蛋白 (CRP)
 - 生化检查
 - 大便隐血 (患者年龄 > 50 岁)
 - 妊娠试验
 - 肝功能检测
 - 对怀疑有 IBS 又有炎症性肠病 (IBD) 可能的患者应查粪便钙卫蛋白或其他粪便检查排除 IBD，这在 (英国) 很多初级医疗保健机构已成为常规。
 - 在乳糜泻高发地区，其血清学检查应作为常规
 - 大便虫卵和寄生虫检查
- 内镜
 - 可见的异常
 - 活检、组织学检查
- pH 检测—24 小时 (Bravo 食管 pH 胶囊测定 48–72 小时)食管 pH 或阻抗 pH 检查：检测食管酸暴露及评估烧心症状和酸反流发作的时间关联。
- 测压法
 - 食管动力研究，高分辨率测压法
 - 肛门直肠测压
- 影像学
 - 消化道钡餐检查—吞气对比，钡餐，小肠造影
 - 双重对比钡灌肠
 - 腹部超声
 - 腹部 CT，磁共振(MRI)
- 其他
 - 呼气试验：乳糖、葡糖糖、果糖 [32]
 - 饮食排除，接着是特定饮食成分的激发试验，这可能是一种诊断性测试。

- 在有烧心或其他和酸反流相关症状的患者可以行酸抑制治疗试验（质子泵抑制试验）
- 食物过敏或不耐受，乳糖不耐受，嗜酸细胞浸润

3 烧心

应该指出的是，并不是所有常见的胃肠道症状都是功能性的。这个概念和烧心的症状特别相关。大多数有烧心的患者患有胃食管反流病（GERD），有或没有可见的食管黏膜病变。根据罗马 III 共识，只要有患者的症状和胃内容物反流相关的依据，即使是内镜正常的烧心患者仍可诊断为反流性疾病。这构成非糜烂性反流病（NERD）的诊断。这些患者不具有功能性胃肠病。只有当烧心发生在无黏膜病变、无异常食管酸暴露、在监测时没有和反流相关的阳性症状，且抑酸治疗无效时才认为是功能性的，才可以做出“功能性烧心”的诊断[33]。

3.1 定义和描述

- 烧心是胸骨后的灼烧感或灼热感，并能向上延伸至颈部、喉部及面部。有一个同义词“胃灼热”。
- 烧心可以和其他上消化道相关的症状共存
- 可伴有酸的液体或胃内容物反流到口腔—酸或食物反流
- 这些症状通常是间歇性的，并可在下列情况下出现：
 - 餐后早期
 - 运动时
 - 卧位时
 - 夜间
- 在实践中，有可能无法明确区分 GERD 和“消化不良”，事实上，Diamond 研究[34]对烧心和反流作为诊断 GERD 的指示性症状提出了质疑。

3.2 流行病学资料

- 西方国家超过 1/3 的人口有烧心症状，其中 1/10 的患者每天都有。
- 在美国，估计有 6 千万成人每月有一次烧心症状或为之服药。大概有 1 千 5 百万成人每天都有烧心症状。
- 亚洲与西方世界相比，通常认为 GERD 是不常见的。然而，一些基于人群的研究显示，其患病率超过 10%[35]。在对比研究中，糜烂性食管炎的症状和患病率在西方国家较高[36,37]。在解释上消化道症状时有些模糊之处。“烧心”在一些亚洲国家语言中没有对等的词语，亚洲的患者可能将烧心描述为胸痛。“气症”通常意味着嗝气/打嗝或腹胀和嗝气/打嗝意愿，这和其他上消化道疾病的患者一样是 GERD 患者一个明显的主诉[35,38]。单独依赖反流症状的诊断可能会产生误导。在幽门螺杆菌感染率较高的人群中，有相当一部分比例的 GERD 患者伴发消化性溃疡。单独根据“典型”GERD 症状的经验性治疗可能并不合适[39]。消化不良在亚洲人群中的患病率和西方基本上没有差异[40]。亚洲许多患者在胃镜检查方面，

比起幽门螺杆菌感染的“检测和治疗”策略，内镜检查阴性更使他们心安（“更令人满意”）[41]。然而，另一项研究报告了质子泵抑制剂(PPIs)经验治疗的满意度 [42]。亚洲上消化道疾病谱已经发生改变，消化性溃疡减少了，反流性食管炎增多（但仍低于欧洲或北美）同时胃癌发病率也在下降[43,44]。

3.3 诊断/症状摘要

- 确定酸和烧心是否相关很重要
 - 这个可以简单的通过对抗酸剂和抑酸（或藻酸盐制剂）的治疗反应来判定。
 - 24 小时（48-72 小时 Bravo 食管 pH 胶囊）食管 pH 或阻抗-pH 监测，可以评估食管酸暴露及烧心和反流事件之间的关联，用症状相关概率进行估量。
 - 患者有 GERD 症状但对 PPI 没反应，内镜检查阴性，也无酸反流引起症状的依据，应该诊断为功能性烧心[45]。
- 功能性烧心的罗马 III 诊断标准:
 - 胸骨后烧灼样疼痛或不适感
 - 有证据表明胃食管反流不是症状产生的原因
 - 无组织学证实的食管疾病
 - 症状出现在诊断前至少 6 个月，近 3 个月满足标准。
- 上腹痛或不适但没有到达胸骨后区域不应该叫烧心。
- Hp 感染不是烧心或 GERD 的直接原因；没有检测 Hp 感染的指征。
- 和烧心同时的还有非典型 GERD 症状，包括胸痛，和缺血性心脏疼痛相像，或咳嗽和其他类似哮喘和呼吸道或喉部疾病的症状（可因反流物吸入肺或食管远端反流物激发的反射引起或这两种机制皆有）。
- PPI 难治性患者，联合 pH 和阻抗检测可能有助于诊断。它也可以集中研究症状潜在其他的原因，如食管高敏感，且可以进行相应治疗。

3.4 鉴别诊断

- GERD—食管炎, Barrett 食管, NERD
- 贲门失弛缓症
- 弥漫性食管痉挛
- 嗜酸细胞性食管炎
- 其他胸部疾病

3.5 报警症状

- 吞咽困难—咽食困难
- 吞咽痛—吞咽疼痛
- 反复的支气管症状, 吸入性肺炎
- 发音困难,反复咳嗽
- 消化道出血
- 缺铁性贫血
- 进行性无意的体重下降

- 淋巴结肿大
- 上腹部肿块
- > 50–55 岁新发的烧心症状
- 食管腺癌家族史 [46]

3.6 烧心—治疗级联

- 偶发/间断的烧心通常没有持续的影响
- 频繁的由烧心引起的疼痛和不适则可严重限制日常活动，工作效率，睡眠和生活质量。
- 在大部分患者中，通过适当的治疗和监测可以控制症状并避免并发症（如消化性狭窄）
- “较老的”简单的补救措施可能有效：
 - 抗酸药能有效治疗偶尔发作的反流
 - 患者应避免一些激发病状的食物---代表的有巧克力，咖啡，高脂食品
 - 咀嚼口香糖可以促进唾液分泌并部分中和胃酸
 - 对于夜间烧心，可以用书本或积木抬高床头来缓解。
 - H₂受体阻断剂 (H₂RAs)是一种广泛使用并有效的非处方药。
- 尽管 PPIs 很安全，仍有研究指出长期使用可能存在一些安全问题[47]
 - 大部分偶发烧心的患者并不需要终生服用 PPIs，所以不存在长期用药的安全问题。
 - 应随访哪些长期服用全量 PPI 的患者
 - 现在许多国家低剂量的 PPIs 已作为非处方药
- PPI 过度使用—一些需要长期抑酸治疗的患者长期使用 PPI 需要有合适的指征；是否需要长期使用需要定期重新评估。
- 对于功能性烧心的患者，抑酸治疗（或中和胃酸）无效，且患者存在被转诊去做 GERD 手术的风险。因此，所有具有 GERD 症状并准备手术治疗的患者均应进行 24 小时 pH 监测来排除功能性烧心[45]。

3.6.1 烧心自我疗法

自我治疗应除外 [48]:

- 烧心症状：
 - > 3 个月，严重的或夜间烧心
 - 2 周的 H₂RA 或 PPI 非处方药治疗后症状仍持续
 - 症状在服用 H₂RA 或 PPI 时发生
- > 50–55 岁时新发的烧心
- 吞咽困难或吞咽痛
- 有消化道出血的迹象：呕血或黑便、柏油样便、贫血、缺铁
- 有喉炎的症状或迹象：嘶哑、喘鸣、咳嗽或窒息感
- 不明原因体重下降
- 持续的恶心、呕吐、腹泻
- 有心源性胸痛的症状：放射至肩部、手臂、颈部、下颌，有气短、出汗
- 孕妇及哺乳期妇女
- 对于抗酸剂/H₂RA 来讲，<12 岁的儿童，对于 PPI 则<18 岁

处理:

- 触发因素—识别最常见的触发物和行为；避免这些触发因素来降低酸反流症状的风险
- 生活方式改变措施:
 - 如果超重需减轻体重，这是最重要的改变生活方式的措施
 - 避免尼古丁，咖啡，酒精，碳酸饮料，巧克力，薄荷，油炸或油腻食物，柑橘类水果或果汁，番茄产品，大蒜或洋葱，辛辣食物
 - 少量多餐进食
 - 用书本或积木抬高床头 20-25cm
 - 睡前 3 小时避免进食食物或液体
- 自我用药的选择—不同国家之间可用药物不同
 - 抗酸药—推荐用于短期或间歇的缓解
 - 简单的抗酸药能中和胃酸—如钠、钙、镁、铝盐
 - 含藻酸盐药物，含海藻酸和小剂量的抗酸剂，有很小的缓冲效果
 - 减少胃酸分泌
 - H2RA—作用持续 10 小时左右
 - PPI—作用持续达 24 小时
 - 胃排空—促动力药物可以减少胃食管反流，但临床可用药物很少，在临床试验中只是显示有一定疗效。胃复安应避免使用。

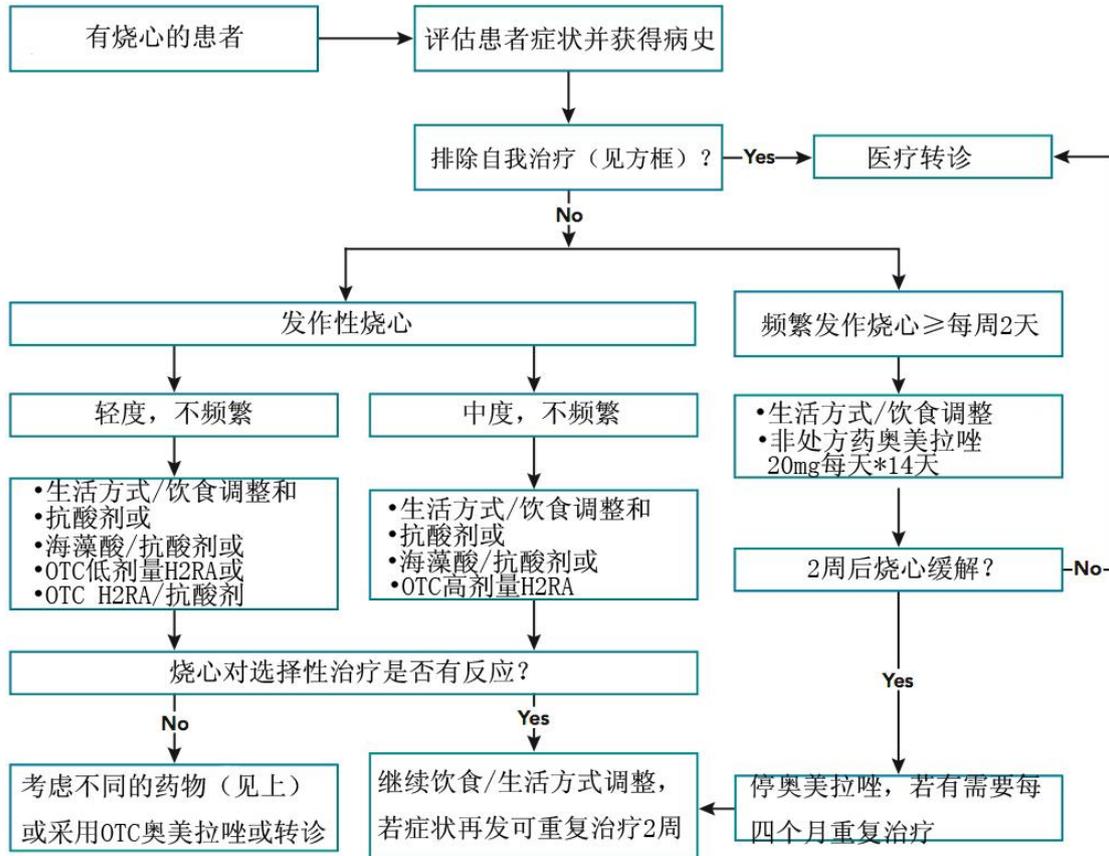


图. 1 烧心的自我管理流程(经许可后引用自 Berardi 2009 [48]). N.B.: some of the OTC options are not available in all countries.

- 随访:

- 自我治疗的目的是通过最经济有效的治疗达到无症状和恢复最佳的生活质量。
- 如果没有达到满意和完全的缓解，患者应咨询保健专业人员进行诊断评估。

3.6.2 药剂师

- 应该审查任何可以导致烧心的药物：
 - 二磷酸盐，阿司匹林/非甾体抗炎药（NSAIDs），铁，钾，奎尼丁，四环素
 - 齐多夫定，抗胆碱能药物， α -肾上腺素能拮抗剂，巴比妥
 - β 2-肾上腺素受体激动剂，钙通道阻滞剂，苯二氮卓类药物，多巴胺
 - 雌激素，麻醉性镇痛药，硝酸盐，孕激素，前列腺素，茶碱
 - 三环类抗抑郁药(TCAs)，化疗
 - 如果正在服用上述药物，建议转到全科医生或家庭医生就诊
- 处理：
 - 患者应尽量避免非甾体抗炎药，补钾剂，双磷酸盐类药物，和其他触发药物
 - 除了生活方式及饮食的改变，可以考虑使用铝盐，镁盐、钙盐、铝盐和镁合剂，海藻酸盐或抗酸药/H2RAs 或 PPI（非处方药药剂量）
- 报警征象及随访：
 - 如果病人>60岁或50-60岁之间且有癌症危险因素（如吸烟，酒精，肥胖），转介给医生。
 - 若治疗2周无改善，转到全科医生或家庭医生就诊

3.6.3 初级保健医生

- 诊断：
 - 病史，健康状态，药物使用，年龄
 - 过敏史，家族食物过敏史或嗜酸细胞性食管炎
 - 遗传性血管性水肿---区别于食物不耐受
 - 症状，持续时间，频率，情况，救治措施。
 - 报警征象
- 处理：
 - 评估 PPI 的治疗反应
 - 在标准剂量的 PPI 治疗反应不佳时，没有证据证明增加剂量的有效性。然而，对于一些患者每日两次在餐前 30 分钟服用 PPI 能提高疗效，“盲目”的 PPI 加量是增加费用的主要因素。
 - 患者应避免在每天最后一餐后进食任何食物或饮料—避免“夜酒”
 - 如果疗效满意，剂量应该减至最低有效水平。
 - 如果治疗失败，应该考虑内镜检查
 - 如果有明显异常，或吞咽困难是一个额外的症状，或者如果感染幽门螺杆菌或诊断考虑嗜酸细胞性食管炎时应取活检。

- 随访:
 - 对于需长期治疗的患者应每年一次复诊。
 - 对于没有报警征象的患者不必要常规的内镜检查；对于>55岁且不明原因的，持续的，新发的消化不良的患者推荐紧急内镜检查。
 - 对于胃癌高发的地区应尽早行内镜检查。

3.6.4 专科医师

本指南没有提及专科医师对烧心的详细处理，推荐读者参考 GERD 处理相关指南[49, 50]

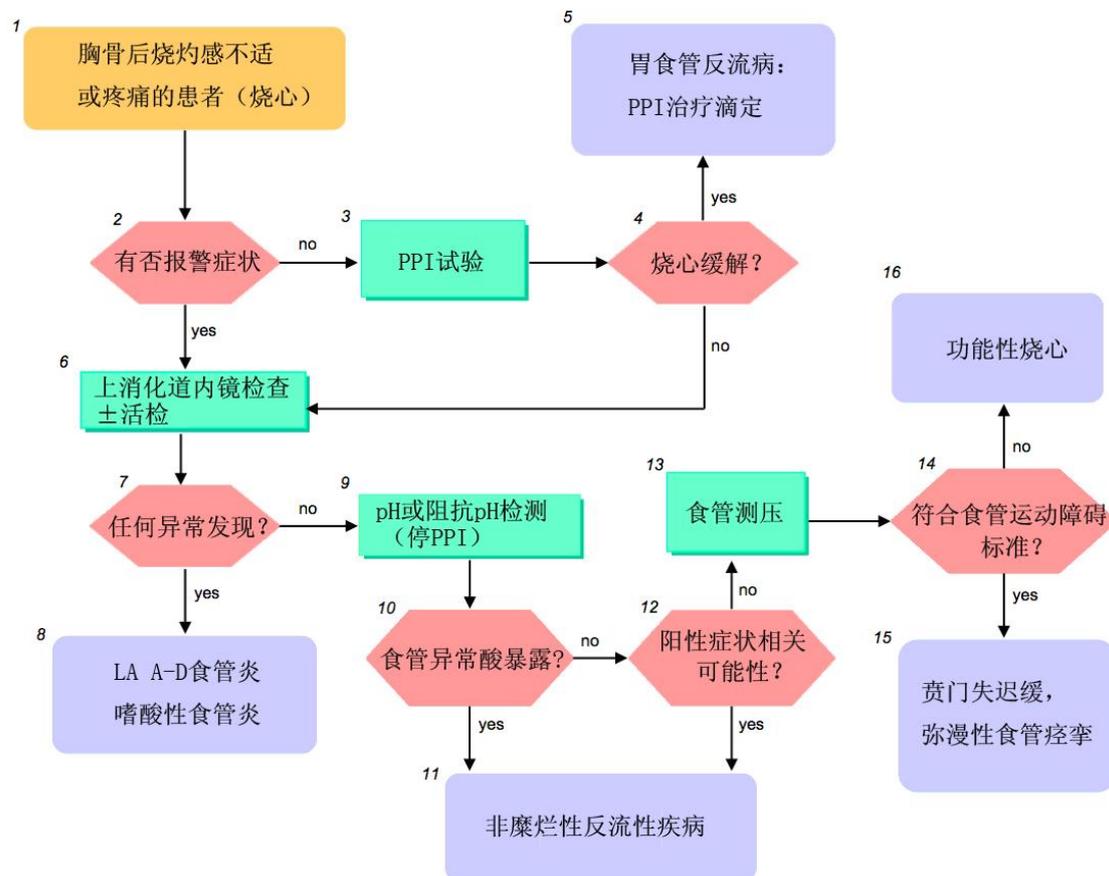


图. 2 反复烧心的临床处理流程. 来源: www.romecriteria.org.

4 腹痛/腹部不适

4.1 定义和描述

- 是一种慢性，局限或弥漫的不快感或腹腔内疼痛。

- 消化不良是一种慢性或反复发作上腹部疼痛，伴有饱胀感和进食时早饱感。可能伴有腹胀，嗝气，恶心或烧心。通常和 GERD 相关，也可能是消化性溃疡的首发症状，极少数情况下是胃癌的首发症状。

4.2 流行病学

- 一些研究报道在总人群中 有 10-46% 的人有腹部痉挛和疼痛[4]。
- 女性的患病率高于男性，在不同年龄组患病率相似。

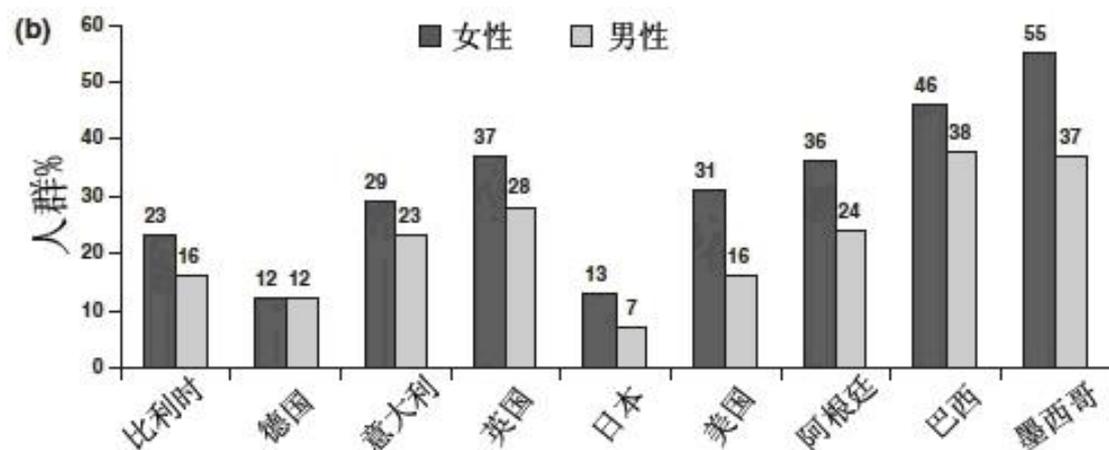


Fig. 3 所有年龄组腹部痉挛和疼痛的患病率. 来源: Quigley et al. 2006 [4].

- IBS 的概念及描述发作时症状的一些术语在不同文化之间有相当大的差异。虽然腹痛和痉挛—程度轻点的腹胀，腹泻，便秘通常被视为是最苦恼的症状，这些症状的发生率的不同国家之间差异很大。这些变化也可能反映了文化，语言或描述问题时表达的差异。腹部痉挛和疼痛患病率，以及相关药物的使用和使用 OTC 产品尤其是解痉药物在不同的国家的一般人群中始终是高的。另一方面，相同的国家中的描述症状术语也有不同，另外描述发作的频率，严重程度，患者的影响及患者对相同症状的反应也有差异[4]。

4.3 诊断/症状摘要

- 腹痛伴有排便异常通常被认为是 IBS[51,52]
- 罗马 III 对于功能性腹痛的诊断标准如下：
 - 持续或近乎持续的腹痛
 - 腹痛不与或偶尔和生理事件相关（如，进食，排便或月经）
 - 日常活动受一定损害
 - 疼痛非假装
 - 没有达到能解释疼痛的其他胃肠道功能性疾病的诊断标准。
 - 症状在诊断前至少持续了 6 个月，近 3 个月达到诊断标准。

4.4 鉴别诊断

- 有很多原因可能造成腹痛。这里重点关注慢性腹痛的常见原因，以疼痛/不适为主要特点。然而，必须牢记特定的胃肠疾病可能会导致严重的，急性

腹痛，包括：阑尾炎，消化性溃疡穿孔，绞窄性疝，憩室炎，小肠和大肠梗阻，肠系膜上动脉血栓形成，胰腺炎，胆囊炎。

- 肠易激综合征(IBS)—腹痛和排便相关，导致了频繁、稀烂的大便或少见的硬便并在便后缓解。
- 肠道感染—腹泻和呕吐是主要症状；疼痛，特点通常是痉挛性质的疼痛。
- 特殊食物不耐受—可发酵寡聚糖、双糖、单糖和多元醇（FODMAPs），乳糖[32,53,54]。FODMAPs 是不易吸收的短链碳水化合物，包括果聚糖，半乳糖，果糖，多元醇，FODMAPs 是“发酵，寡糖，双糖，单糖，多元醇。”的缩写
- 功能性消化不良或上腹部疼痛(EPD)：定位于上腹部，呈间歇性并不符合胆囊疾病或奥狄括约肌功能障碍的标准。
- 消化系溃疡：由于 Hp 感染及乙酰水杨酸和 NASIDs 的使用在很多国家发病率仍然很高。
- 未识别的便秘
- 乳糜泻
- 任何原因引起的肝充血/肿大—如，右心衰，脂肪变性，肝炎。
- IBD, 尤其是克罗恩病
- 慢性肠系膜缺血（老年人）：疼痛进餐后加剧（肠绞痛），和查体情况不相称;新发于老年患者，血管疾病史，症状表现为恶心，呕吐和明显的体重下降及腹泻。
- 妇科疾病—疼痛和月经相关并由月经加重；应该记住，IBS 往往在月经期加重。妇科复发性/慢性腹部疼痛/不适的原因有：子宫内膜异位症，功能失调性子宫出血，盆腔炎，卵巢癌（可以类似 IBS 或消化不良，难以察觉）。卵巢囊肿破裂和宫外孕出现急性腹痛。应该进行盆腔检查，并应考虑盆腔超声检查和/或转诊到妇科医生。

表 1 疼痛定位及鉴别诊断

疼痛定位	可能来源	可能的诊断
上腹部	食管，胃，十二指肠，胆囊，胰腺	GERD，胃炎，十二指肠或胃溃疡，胆囊炎，胰腺炎
下腹部	大肠—单侧： <ul style="list-style-type: none"> ● 左侧：降结肠/乙状结肠 ● 右侧：升结肠/盲肠、阑尾 	<ul style="list-style-type: none"> ● 憩室炎 ● 克罗恩病回肠结肠炎，阑尾炎
盆腔痛	<ul style="list-style-type: none"> ● 妇科疾病 ● 慢性盆腔疼痛综合征 	<ul style="list-style-type: none"> ● 卵巢囊肿，PID ● 间质性膀胱炎，子宫内膜异位症，尿道综合征，盆腔肌功能障碍
前腹部	腹壁	慢性腹痛，腹部皮肤神经卡压综合征

GERD, 胃食管反流病 PID, 盆腔炎.

表 2 疼痛触发/缓解因素及鉴别诊断

疼痛触发/缓解	可能诊断
餐后	胃溃疡, 慢性胰腺炎, 胆囊结石, 腹部缺血, 肠易激综合征 (IBS), 功能性消化不良, 餐后不适综合征
进食缓解	十二指肠溃疡性疾病
排便后缓解	IBS, 便秘
月经周期	妇科疾病
尿急	间质性膀胱炎
体力活动	慢性腹壁疼痛, 腹部皮肤神经卡压综合征

4.5 报警症状

- 体检发现异常
- 无意的持续体重下降
- 发病年龄
- 消化道出血
- 腹部肿瘤家族史
- 实验室检查异常: 贫血, 低白蛋白血症, 肝功能异常, ESR 或 CRP 上升, 大便潜血试验阳性
- 没有明显触发因素的新发症状

4.6 腹痛/腹部不适—治疗级联

- 有关腹部痉挛/疼痛的社区发病率, 严重程度, 求医和药物使用率整体是高的, 但不同国家之间有很大不同[4]。在美国和拉丁美洲, 腹痛药物使用率比欧洲高 (90% 比 72%)。解痉药物在拉丁美洲和意大利是最流行的, 在德国和英国抗酸剂比较流行。药物治疗减少发作的持续时间 (在巴西的下降达 81%)。
- 药物主要以减轻疼痛发作。在一份治疗预期的报告中, “起效快” 被列为最重要的方面, 其次是 “高效” 和 “耐受性良好。” 药物的选择主要是由医生决定的 (约 50%), 其次是朋友, 亲戚, 或者难兄难弟。除了在美国 (18%), 广告的作用很小 (0-6%) [5]。

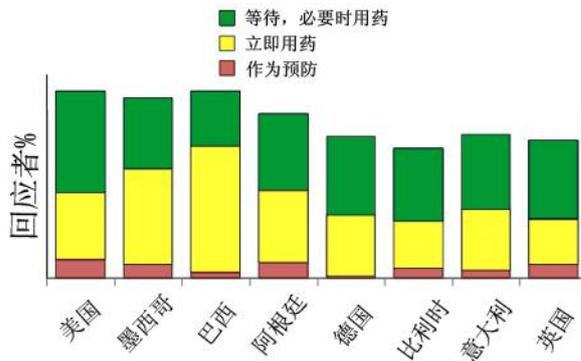


图 4 腹部痉挛和疼痛药物摄入的模式. 来源: Mueller-Lissner et al. 2010 [5].

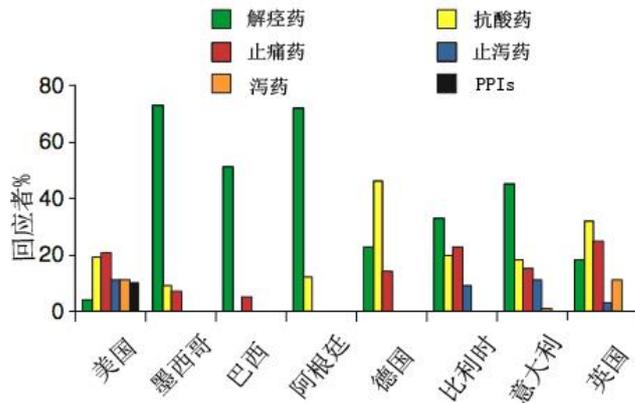


图 5 每个国家使用的主要治疗种类. 来源: Mueller-Lissner et al. 2010 [5].

- 十分关注的问题是, 在 1997 年至 2008 年 10 年期间, 美国用于慢性腹痛的阿片类药物处方超过一倍 [55]。目前并没有研究表明, 阿片类药物是治疗慢性腹痛的有效药物, 长期使用阿片类药物可能会恶化其他消化道症状, 尤其是便秘, 恶心, 呕吐, 并可能导致成瘾。

4.6.1 腹痛/腹部不适自我疗法

- 需要求医而不是自我疗法的一些报警征象
 - 经过一个完整疗程的处方或非处方药物治疗后症状仍然持续
 - 呕吐
 - 无意的体重下降
 - 症状随时间加剧并影响日常活动
- 需立即就诊的报警征象
 - 疼痛开始于全腹部但逐渐局限于某部位, 尤其是右下腹
 - 腹痛伴有发热, 体温 38.3 °C 或 101 °F
 - 疼痛伴无法排尿、排便及肛门停止排气
 - 严重疼痛, 昏厥, 无法移动
 - 来自睾丸的疼痛
 - 伴有放射至颈部, 下颌, 手臂, 伴有气短, 虚弱, 脉搏不规则或出汗的胸痛
 - 持续的恶心, 呕吐, 腹泻
 - 极度腹部不适/疼痛
 - 呕血或呕黑色物
 - 黑便或血便
- 自我用药/自我疗法
 - 适当情况下: 腹泻和便秘的非处方药
- 生活方式改变及饮食干预

4.6.2 药剂师

- 处理:

- 目前 IBS 的标准治疗主要是对症治疗，目的在减轻疼痛，缓解便秘和/或腹泻[51,52]。
- 目前有证据提示应注意特殊饮食不耐受 [32,53,54]。
- 另外的饮食疗法也有帮助，如便秘是增加饮食中的膳食纤维，IBS 时增加益生菌有益处。
- 抗酸剂和 PPI 可能不适用于治疗腹部痉挛和疼痛[5]，虽然泻药可能会引起痉挛，但他们实际上可以减少严重便秘患者的疼痛。

4.6.3 初级保健医生

- 报警征象
 - 应该推荐年龄>50 岁有报警症状：消瘦，贫血，呕血，黑便，鲜红或血便的患者行上/下消化道内镜检查：
 - 诊断：
 - 病史
 - 体格检查—轻触诊和深部触诊，听诊，叩诊，直肠或盆腔检查，阴茎和睾丸检查，脱水及黄疸检查
 - 社会心理评估—创伤后应激障碍(PTSD)史，身体或心理虐待，躯体症状，焦虑，抑郁，家庭关系和运作
 - 标准实验室检查—全血细胞计数来筛查贫血和感染，血电解质，血糖，肌酐和尿素代谢方面的原因，肝功能检查，脂肪酶，淀粉酶，尤其是在上腹痛的患者，炎症标记物，尿液分析和尿培养以帮助排除尿路感染和间质性膀胱炎，大便潜血（患者>50 岁）；乳糜泻血清检测，钙卫蛋白检测
 - 额外化验—大便培养、查虫卵和寄生虫，贾第鞭毛虫抗原筛查细菌，寄生虫，原虫感染，尿或血清妊娠试验；有上消化道症状的患者检测幽门螺杆菌感染（检测方式取决于流行情况及可用的检测方法—如尿素呼气试验，大便抗原检测或血清学检查）；在一些盆腔及下腹部疼痛情况下考虑：阴道拭子，子宫颈刮片检查， β -人绒毛膜促性腺激素，前列腺特异性抗原，尿细胞学检查）。
- 处理：
 - 对症治疗：
 - 抗毒蕈碱剂
 - 薄荷
 - 饮食控制—低 FODMAPs、乳糖、果糖饮食
 - 其他药物:三环类抗抑郁药物(TCAs)或选择性 5-羟色胺再摄取抑制剂(SSRI)治疗
 - 功能性腹痛的（FAPD）患者使用麻醉剂可能会导致麻醉剂肠综合征，其特征在于，需要越来越多地麻醉药物来缓解疼痛，与此矛盾的是出现痛觉过敏。
- 随访：
 - 对症治疗 3-6 周后重新评估
 - 考虑行功能性胃肠病罗马 III 心理警报问卷来识别严重的心理障碍 [56]
 - 其他诊断措施—实验室和放射学检查
 - 转诊 GI 专家[57]，疼痛门诊

4.6.4 专科医师

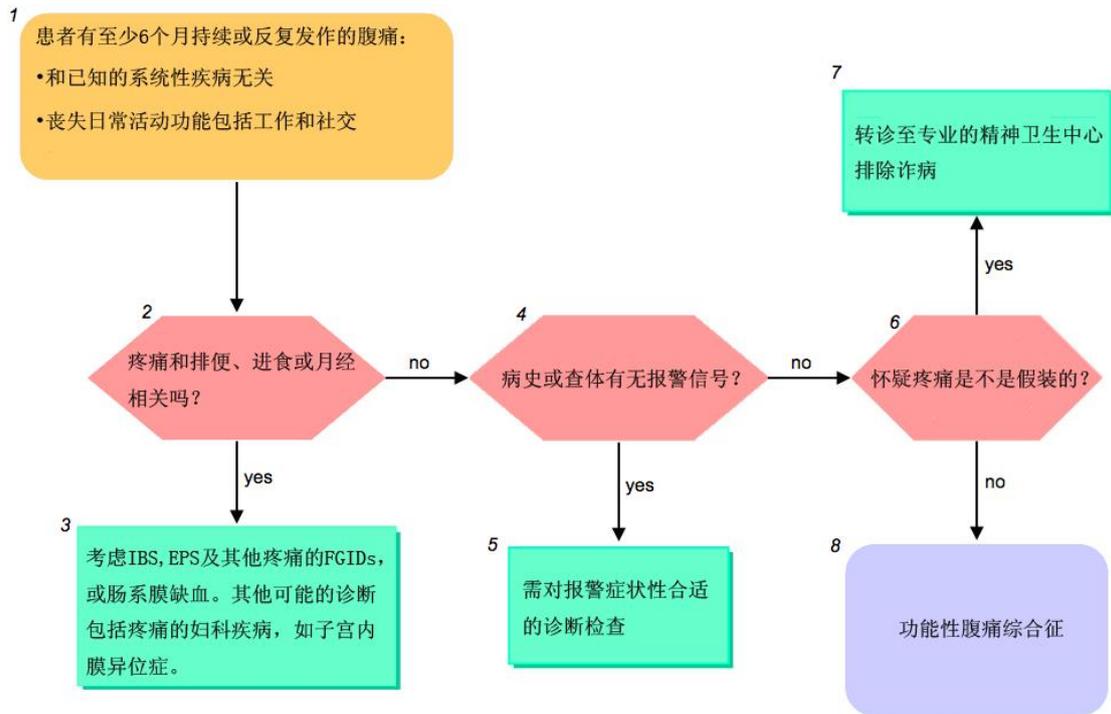


图 6.对于持续/反复发作的腹痛/腹部不适的临床处理流程来源: www.romecriteria.org.

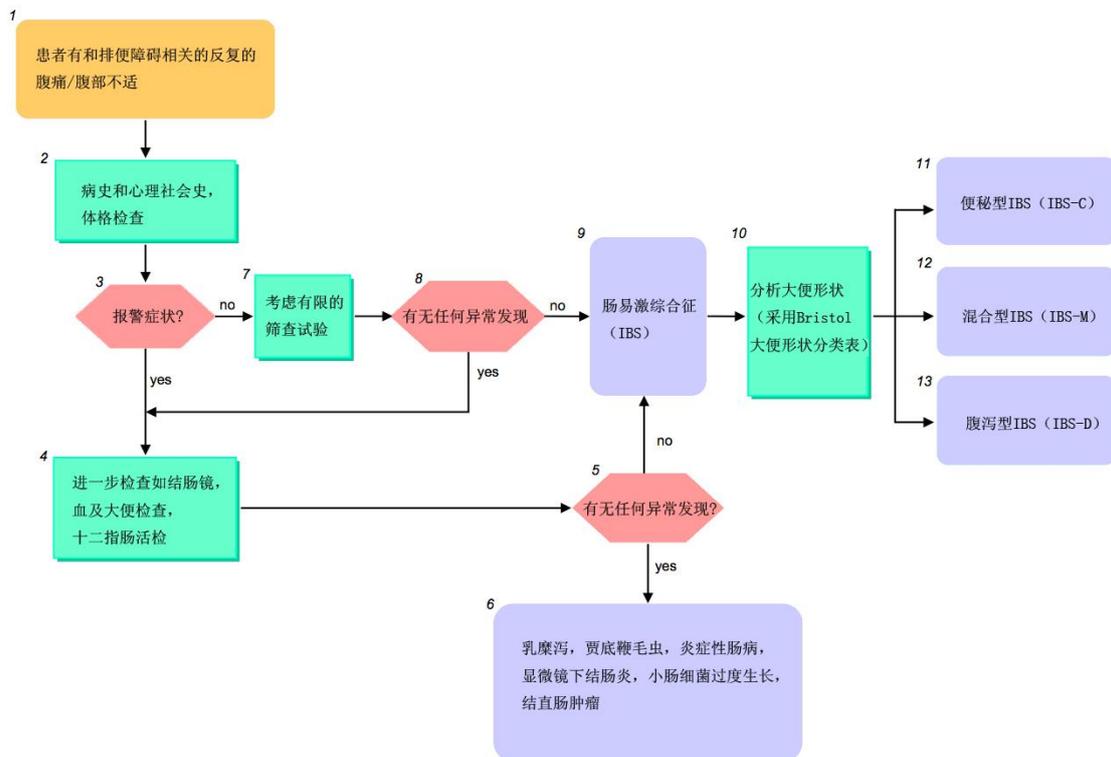


图 7 腹痛/腹部不适的临床处理流程来源: www.romecriteria.org.

5 腹胀

5.1 定义和描述

- 腹胀，餐后上腹部饱胀，腹胀是比较模糊的概念，难以界定，形容为一个“感到腹内压力增大。”
- 语言问题:
 - 在英语中，腹胀和胃肠胀气是有区别的：腹胀是一种症状，胃肠胀气是可观察和测量的腹部扩张。这种差别在其他几种语言里可能是分不开来的，如西班牙语。
 - 在西方国家，“早饱”是指的胃在开始吃不久就觉得饱满，和进食的食物数量不成比例。相比之下，“腹胀”是指饱腹的感觉，和原先的食物摄入量没有任何关系。
- 患者通常觉得准确描述腹胀的感觉很难，可以用不同的词语：“需要宽衣”“看到腹部膨胀”“不适的饱感”。
- 在一些患者中伴有相关症状—气体过多（胃肠胀气），频繁打嗝（嗝气），腹部鸣响（腹鸣）。
- 腹胀在功能性胃肠病中的特点是有昼夜模式（早晨没有症状，晚上加剧），且几乎都诊断 **FGID**。然而，当症状持续时应该被视为一个报警特征，例如，卵巢癌或腹水。
- 病因复杂，可能涉及几个因素：气体积聚，膈肌和肠道壁运动异常，内脏感觉过敏，虽然患者自觉腹围增大，但如果测量患者的腹围，它可能会或不会增加（如真正的腹胀），在其他时候，因为有腹胀需要解开裤子或裙子。
- 腹胀在日常生活中很恼人，当频繁发生时让人非常难堪。
- 在上胃肠道中，气通常来自吞咽的空气（吞气症）或包含在食品，饮料等中的空气，在下消化道，气体通常来自于发酵（**H₂** 和 **CO₂**）。

5.2 流行病学

- 腹胀是一个常见问题，10-30%总成年人群受腹胀困扰。
- 在一项美国户主的调查中，16%报道有腹胀或胀气，四分之三是中度至重度。几乎一半（43%）报道有为此使用药物[1]。在伊朗一般人群中的一项研究中，报道腹胀的患病率为2-9%，96%的 **IBS** 患者有腹胀，60%患者视其为其最令人烦恼的症状。根据罗马 III 和罗马 II 标准，两项研究报道的功能性腹胀的患病率分别为2%和10% [58]。
- 在加拿大的一项研究中，5%加拿大人（2.3%的男性和7.9%的女性）有一个或多个下消化道症状---除外那些单独只有腹痛的患者。总体而言，78%的参与者有两个或两个以上的症状。腹胀是最常见的症状（75%）和腹痛是最烦人的和最严重的[59]。

5.3 诊断/症状摘要

- 影像检查对腹胀的诊断价值不大。但他们可以帮助排除梗阻或发现可能引起小肠细菌过度生长（**SIBO**）的疾病。

- 卫生保健人员可能考虑腹胀和胀气是 **SIBO** 的症状, 并开始经验性治疗细菌过度生长;但在此背景下 **SIBO** 的作用仍存在争议。
- 腹胀通常是良性的, 但可能会带来工作及参加社交和文体活动中明显的困难, 它也增加病假天数, 就诊次数, 用药数量。出现怀孕样的表现可能会使女性难堪。
- 罗马 **III** 诊断标准(http://www.romecriteria.org/education/clin_algorithms.cfm) 功能性腹胀必须包含以下两点:
 - 前 3 个月每月至少 3 天出现反复的腹胀或可见的胀气。
 - 尚达不到功能性消化不良, 肠易激综合征及其他功能性胃肠病的诊断标准。
- 诊断前症状至少出现 6 个月, 近 3 个月满足上述标准。

5.4 鉴别诊断

- 和腹胀相关的消化道原因和疾病 [60]:
 - “生理性的”: 航空旅行, 和旅行相关的饮食变化—例如, 可导致一过性腹胀和胃肠胀气
 - **IBS**
 - 吞气症
 - 厌食和暴食
 - 胃轻瘫
 - 胃出口梗阻/幽门狭窄
 - 功能性消化不良
 - 饮食因素:
 - 乳糖或果糖不耐受
 - 摄入果糖、山梨醇、或其他不能吸收的糖类
 - 高碳水化合物摄入
 - 麸质过敏
 - 乳糜泻
 - 慢性便秘
 - 小肠细菌过度生长
 - 小肠蠕动异常 (如硬皮病)
 - 小肠憩室病
 - 结肠传输异常
- 和腹胀和胀气相关的非胃肠疾病
- 腹水—如源于充血性心力衰竭, 肝硬化, 恶性肿瘤
- 由妊娠及肿瘤引起的腹胀
- 月经周期中腹胀可能是一种正常表现

5.5 报警症状

- 年龄
- 贫血
- 腹内发现积液或肿块
- 持续明显的腹胀
- 进行性体重下降

- 合并恶心，呕吐和腹泻
- 消化道出血

5.6 腹胀—治疗级联

5.6.1 腹胀自我疗法

- 饮食：
 - 分次进食：每天三餐加两次零食。宜少量多餐。避免睡前小吃。
 - 限制摄入难以消化的碳水化合物，如豆类，西兰花，卷心菜，菜花，芽甘蓝。相反，吃易消化的碳水化合物，如土豆，米饭，生菜，香蕉，葡萄，酸奶。
 - 避免含咖啡因的饮料。
 - 避免有气体的食品和饮料。如软饮和啤酒。
 - 数周内而不是数天内逐渐增加膳食纤维，以便机体适应。
 - 食用发酵乳制品，内含益生菌可以改善腹胀。
 - 限制多元醇食物—人工甜味剂，例如麦芽糖醇，山梨糖醇，木糖醇，异麦芽糖。
 - 减少摄入动物脂肪高的食物，油腻或油炸食品。
 - 避免过量进食；不要快速吃，要细嚼慢咽。
 - 维持一个健康的体重指数，达到理想的体重。
 - 避免在胃内发酵的食物（能导致腹胀），以及淀粉类食物，卷心菜，牛奶和酒精饮料，铭记任何膳食应该多元化。
 - 推荐蛋白质：膳食应给予蛋白和乳制品，减少糖和脂肪的摄入会改善腹胀。
- 生活方式——改善锻炼运动和姿势
- 用药——含有二甲基硅油和活性炭的非处方药仍然被用于胀气和腹胀，但其效用是值得商榷的。一些含有乳酸杆菌和双歧杆菌的益生菌制剂的研究报道能改善腹胀和胀气[61]。

5.6.2 药剂师

- 任何药物治疗应结合生活方式及膳食的干预：
 - 药物治疗和生活方式相结合
 - 有时推荐中草药，同类疗法，芳香疗法，但疗效没有任何证据。
- 转诊给内科医生：
 - 腹胀持续数周或加重
 - 当有其他症状，如腹泻，便秘，腹痛，呕吐，咳血，体重下降等
 - 若伴有体重减轻，腹泻，腹痛，尤其是进食后发生，以及当有腹部包块时腹胀可能预示更险恶的原因，
 - 排气排便停止伴有剧烈腹痛需要紧急就诊。

5.6.3 初级保健医生

- 当没有查出明显原因时处理：

- 饮食— 在排除特定食物的饮食试验后，重新尝试乳糖，FODMAPs 类饮食[32]，避免导致症状的食品，益生菌。然而，在同一时间只能暴露一个变化。
- 心理疗法— 催眠已被证明能缓解 IBS 患者的腹胀；行为治疗对吞气症患者可能是有用的。

5.6.4 专科医生

- 排除共病症状所提示的器质性病变
- 饮食改变— 产气食品，碳酸饮料
- 改变姿势
- 考虑使用益生菌
- 个体化治疗
- 考虑细菌过度生长 — 采用合适的检测
- 如果患者有便秘考虑使用泻药
- 考虑使用低剂量的三环类抗抑郁药 [62]
- 考虑催眠疗法
- 考虑使用新斯的明 [63]

6 便秘

6.1 定义和描述

本节侧重于功能性便秘，而不是 IBS— 腹痛伴有排便紊乱。在临床实践中，术语“功能性便秘”和“慢性便秘”经常互换，体现了慢性病程并除外 IBS。突出的下腹部疼痛通常被认为是区分肠易激综合征和便秘的特点，但在实践中区分两者还是困难的。

便秘是一种急性或慢性疾病，排便较平时少，或大便干结，疼痛，或难以排出，或排便不尽感或排便费时，同义词— 大便困难，顽固性便秘，直肠便秘，慢传输型便秘。

- 粪便嵌顿是在直肠或结肠中干、硬大便的聚集。
- 便秘症状包括：
 - 排便费力
 - 排便次数较平时减少
 - 粪便较平时干硬
 - 胃痉挛或腹胀
 - 下背部或胃的不适或疼痛
 - 排便后不尽感
 - 恶心，烦躁不安，食欲下降
 - 疲劳/乏力

6.2 流行病学

- 在一项研究中，发现 5% 加拿大人（2% 的男性和 8% 的女性）有一个或多个下消化道症状，51% 经历过便秘[59]。

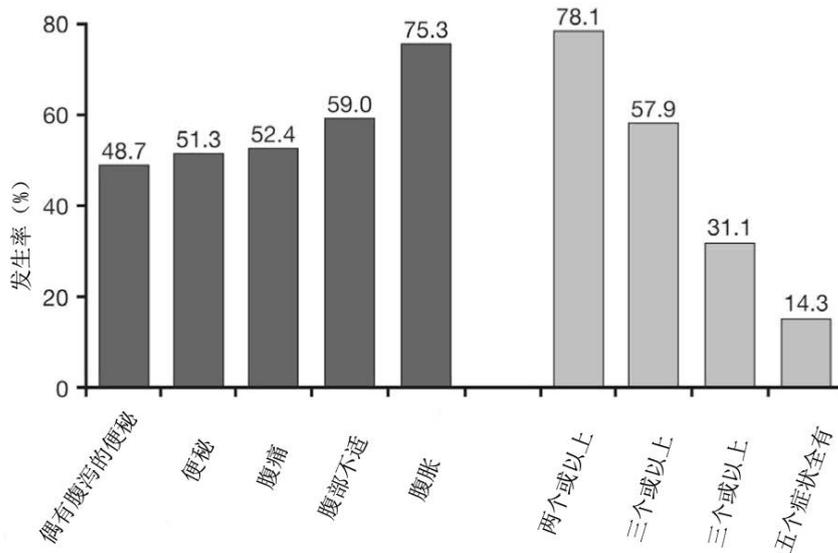


图 8 加拿大下消化道症状的发生率. 来源: Hunt et al. 2007 [59].

- 在墨西哥一项人群的研究中（由训练有素的医师使用罗马 II/保健/药品问卷调查和流行病学研究中心抑郁量表进行的采访），最常见的 FGIDs 是肠易激综合征，16%（95%CI，12.9~19.5）；功能性腹胀，11%（95%CI，8.2~13.9）；非特异性功能性肠病，11%（95%CI，8.0~13.6）；与功能性便秘，7%（95%CI，5.3~10.1）。未经检查的烧心也很普遍，约 20%（95%CI，16.2~23.4）[64]。
- 在美国便秘总患病率估计近 15%[65]。
- 由罗马标准定义的功能性便秘影响了约 8% 的人群[66]。

6.3 诊断/症状摘要

- 功能在便秘的罗马 III 标准（必须包含 2 项或以上）：
 - 至少 25% 的排便感到费力
 - 至少 25% 的排便为干球状便或硬便
 - 至少 25% 的排便后有不尽感
 - 至少 25% 的排便有肛门直肠阻塞感或梗阻感
 - 至少 25% 的排便需要手法帮助（如用手指助便、盆底支持）
 - 便次 < 3 次/周
 - 在不使用泻药时很少出现稀便
 - 没有足够的证据诊断 IBS
 - 诊断前症状至少出现 6 个月，近 3 个月满足上述标准。

6.4 鉴别诊断

- 在慢性便秘伴有腹痛的患者应考虑便秘型肠易激综合征 (IBS-C)。
- 药物所致的便秘。
- 一些解剖异常与排便困难相关，如直肠前突，肠套叠，肠疝；但是，他们通常是继发的，而不是致病原因。
- 甲状腺功能减退—嗜睡，体重增加，不耐寒。

6.5 报警症状

- 近发排便习惯改变
- 体重下降
- 直肠出血
- 年龄 > 50 岁
- 结直肠癌家族史

6.6 便秘—治疗级联

6.6.1 便秘自我疗法

- 自我诊断—排便习惯可因饮食，地理和种族而有所不同，但一个成年人 3 天或小孩子 4 天没有排便就认为是便秘。然而，排便频率本身往往不是患者的主要症状，更多的是排便困难或排便不尽感。
- 报警症状—有以下情况需看医生：
 - 平时的排便习惯突然变化—尤其是年龄 > 40 岁
 - 排便疼痛
 - 粪便含血或黑色，柏油样
 - 需要定期使用泻药 (每 2-3 天或更频繁)
 - 便秘伴有 疲乏，不适，呕吐，体重下降，头痛，发烧
 - 没有明显原因情况下便秘症状 > 7 天
 - 水样便或软便从肛门漏出
- 自我保健策略：
 - 饮食：
 - 便秘患者应鼓励进食早餐，此时胃结肠反射处于高峰期。
 - 进食富含膳食纤维的食物—如水果和蔬菜，豆类，谷类和种子类。
 - 逐渐增加饮食中的纤维量以避免腹胀和排气—如果患者发现纤维素加剧了他们的症状（因有可能存在于 IBS-C 及慢传输型），他们应该避免过量的纤维摄入。
 - 选择富含果胶的水果，如苹果，草莓，荔枝或梨，增加粪便体积以通便。
 - 摄入含有益生菌的发酵奶制品对便秘有效。
 - 每天喝 2L 饮用水—减少含咖啡因，酒精和高糖的饮料。
 - 减少摄入动物脂肪含量高的油腻油炸食品。
 - 减少精制糖的摄入—如糖果和甜品。
 - 调整饮食时间和饮食习惯。
 - 锻炼及应激：

- 每天坚持 30 分钟中等水平的锻炼。
- 学会使用放松技巧来缓解压力。
- 形成健康的生活方式—定期锻炼并戒烟。
- 避免应激—学习如何放松，改善睡眠习惯，经常锻炼身体，练习深呼吸，并采取良好的时间管理技巧。
- 上厕所:
 - 不要忽略排便的冲动。
 - 坐便的姿势可以影响肠道功能—背部挺直向前倾斜并用双脚支撑。
 - 每 1-2 天规律排便。
- 咨询医生/药剂师—由疾病或药物导致便秘时。
- 药物:
 - 旨在减少药物的使用,重点是对长期饮食和生活方式的改变。
 - 单纯膨胀剂—纤维补充剂如车前子，瓜尔豆胶，车前草，胖大海，同时摄入足量的液体。
 - 大便软化剂—多库酯钠，聚羟亚烃;大便软化剂是被广泛采用的温和型泻药，且对儿童有效，但目前循证依据很少。
 - 甘油栓剂—在直肠排空困难情况下使用。

6.6.2 药剂师

- 处理:
 - 检查药物引起的便秘—阿片类药物，铁剂治疗，含钙的抗酸剂，三环类抗抑郁药，抗精神病药物，化疗，抗胆碱能药物，抗帕金森病药，能减慢肠道运输的止泻药，粘土剂，或硅酸盐。
 - 现成传统的泻药作为一线治疗但疗效不尽人意 [67].
 - 刺激性泻药，如番泻叶，渗透性泻药，如乳果糖，可能会引起出现腹痛和水样便，继而几天没有排便，类似于便秘，导致需要进一步增加泻药剂量和用量。
 - 甘油栓剂。
 - 通过合理的指导，便秘可以在大部分时间里不使用药物。

6.6.3 初级保健医生

- 报警症状:
 - 如没有报警症状，不是所有便秘患者都推荐行常规诊断检测。
 - 如有一个或多个报警信号，有结肠镜检查指征；结肠镜在没有报警症状时不作为诊断性检查。
- 诊断:
 - 病史和体格检查
 - 描述排便特征—排便频率, 形状 (Bristol 大便形状分类表, BSFS)
 - 改善症状所采取的措施及结果
 - 全血细胞计数，红细胞沉降率，CRP 检查来排除肠道隐血失血或炎症
- 处理:
 - 调整饮食及生活方式
 - 膨胀剂及简单的泻药

- 随访:
 - 如果便秘无改善转诊于消化科就诊
 - 考虑生物反馈治疗来纠正盆底肌协同障碍。

6.6.4 专科医生

参 考 WGO 关 于 便 秘 的 指 南
(<http://www.worldgastroenterology.org/constipation.html>).

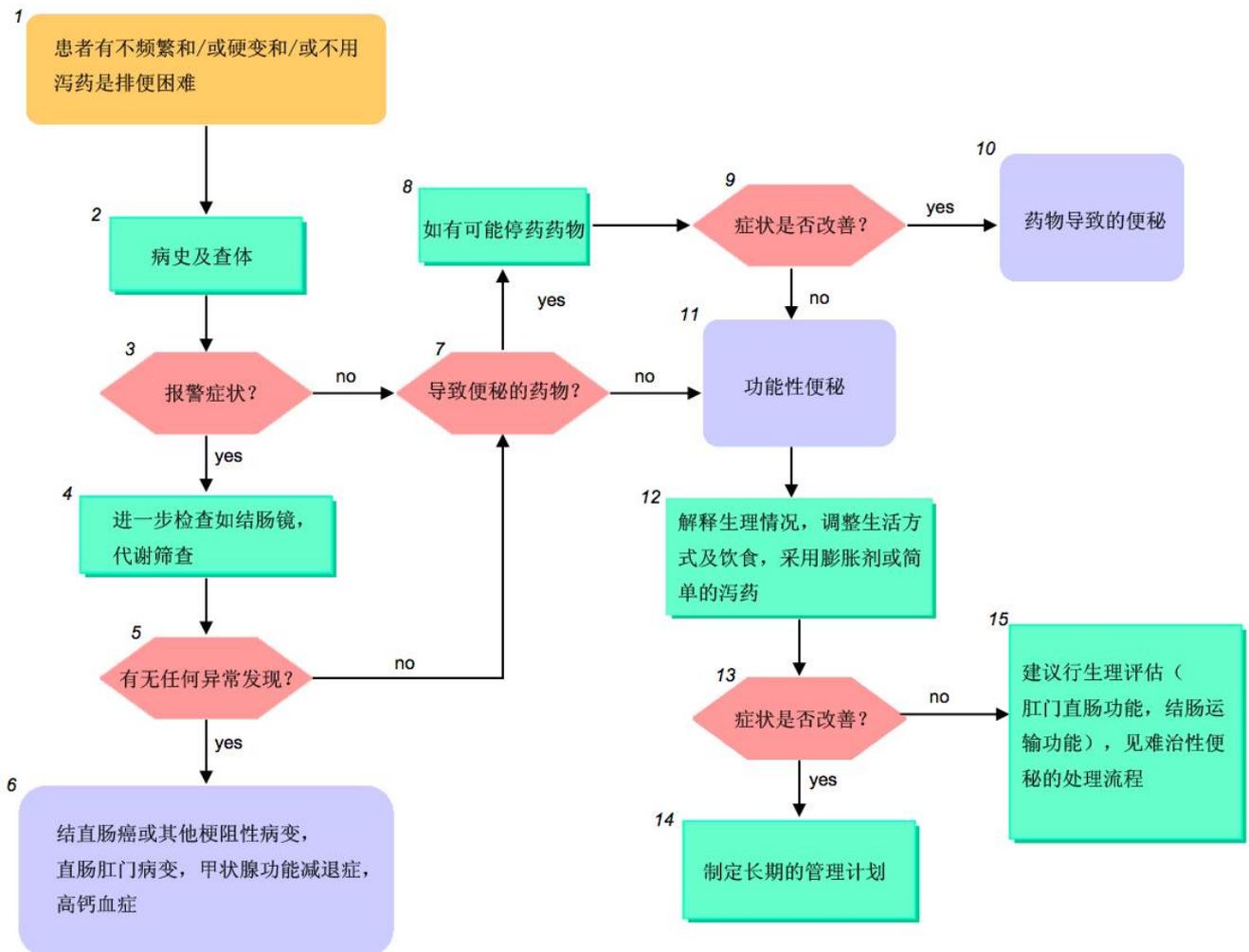


图 9 慢性便秘的临床处理流程. 来源: www.romecriteria.org.

备注:

- 新的处方药可能会超越这个, 并且越来越怀疑测试造成差异。
- 对尝试过非处方药且症状持续的患者予以处方药: 利那洛肽已在美国和欧盟批准用于治疗成年人的慢性特发性便秘和 IBS-C; 普卢卡必利已批准在欧盟及若干亚洲和拉美国家用于治疗慢性便秘; 鲁比前列酮在美国已被批准用于慢性便秘和 IBS-C。
- 有一些新的方法: 生物反馈用于协同失调和骶神经刺激用于结肠无力。很少情况下会考虑手术治疗, 且只在非常有经验的中心进行。

参考文献

1. Drossman DA, Li Z, Andruzzi E, et al. U.S. householder survey of functional gastrointestinal disorders. Prevalence, sociodemography, and health impact. *Dig Dis Sci* 1993;38:1569–80.
2. Hungin AP, Whorwell PJ, Tack J, Mearin F. The prevalence, patterns and impact of irritable bowel syndrome: an international survey of 40,000 subjects. *Aliment Pharmacol Ther* 2003;17:643–50.
3. Kennedy TM, Jones RH, Hungin AP, O’Flanagan H, Kelly P. Irritable bowel syndrome, gastro-oesophageal reflux, and bronchial hyper-responsiveness in the general population. *Gut* 1998;43:770–4.
4. Quigley EM, Locke GR, Mueller-Lissner S, et al. Prevalence and management of abdominal cramping and pain: a multinational survey. *Aliment Pharmacol Ther* 2006;24:411–9.
5. Mueller-Lissner S, Quigley EM, Helfrich I, Schaefer E. Drug treatment of chronic-intermittent abdominal cramping and pain: a multi-national survey on usage and attitudes. *Aliment Pharmacol Ther* 2010;32:472–7.
6. Bommelaer G, Poynard T, Le Pen C, et al. Prevalence of irritable bowel syndrome (IBS) and variability of diagnostic criteria. *Gastroenterol Clin Biol* 2004;28:554–61.
7. Sandler RS, Stewart WF, Liberman JN, Ricci JA, Zorich NL. Abdominal pain, bloating, and diarrhea in the United States: prevalence and impact. *Dig Dis Sci* 2000;45:1166–71.
8. Kruis W, Thieme C, Weinzierl M, Schüssler P, Holl J, Paulus W. A diagnostic score for the irritable bowel syndrome. Its value in the exclusion of organic disease. *Gastroenterology* 1984;87:1–7.
9. Weber FH, McCallum RW. Clinical approaches to irritable bowel syndrome. *Lancet* 1992; 340: 1447–52.
10. Digesu GA, Panayi D, Kundi N, Tekkis P, Fernando R, Khullar V. Validity of the Rome III Criteria in assessing constipation in women. *Int Urogynecol J* 2010;21:1185–93.
11. Bouras EP, Tangalos EG. Chronic constipation in the elderly. *Gastroenterol Clin North Am* 2009;38:463–80.
12. El-Serag HB. Time trends of gastroesophageal reflux disease: a systematic review. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2007;5:17–26.
13. Corley DA, Kubo A. Body mass index and gastroesophageal reflux disease: a systematic review and meta-analysis. *Am J Gastroenterol* 2006;101:2619–28.
14. Sharma PK, Ahuja V, Madan K, Gupta S, Raizada A, Sharma MP. Prevalence, severity, and risk factors of symptomatic gastroesophageal reflux disease among employees of a large hospital in northern India. *Indian J Gastroenterol* 2011;30:128–34.
15. Jafri N, Jafri W, Yakoob J, Islam M, Manzoor S, Jalil A, Hashmi F. Perception of gastroesophageal reflux disease in urban population in Pakistan. *J Coll Physicians Surg Pak* 2005;15:532–4.
16. Zhou H, Yao M, Cheng GY, Chen YP, Li DG. Prevalence and associated factors of functional gastrointestinal disorders and bowel habits in Chinese adolescents: a school-based study. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2011;53:168–73.
17. Bremner AR, Sandhu BK. Recurrent abdominal pain in childhood: the functional element. *Indian Pediatr* 2009;46:375–9.

18. Devanarayana NM, Mettananda S, Liyanarachchi C, et al. Abdominal pain-predominant functional gastrointestinal diseases in children and adolescents: prevalence, symptomatology, and association with emotional stress. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2011;53:659–65.
19. Devanarayana NM, Adhikari C, Pannala W, Rajindrajith S. Prevalence of functional gastrointestinal diseases in a cohort of Sri Lankan adolescents: comparison between Rome II and Rome III criteria. *J Trop Pediatr* 2011;57:34–9.
20. Wang A, Liao X, Xiong L, et al. The clinical overlap between functional dyspepsia and irritable bowel syndrome based on Rome III criteria. *BMC Gastroenterol* 2008;8:43.
21. Kaji M, Fujiwara Y, Shiba M, et al. Prevalence of overlaps between GERD, FD and IBS and impact on health-related quality of life. *J Gastroenterol Hepatol* 2010;25:1151–6.
22. Altıntaş E, Senli MS, Sezgin O. Prevalence of celiac disease among dyspeptic patients: a community-based case-control study. *Turk J Gastroenterol* 2008;19:81–4.
23. Eliakim R, Cohen A, Ginsberg G, Hammerman-Rozenberg R, Stessman J. The Jerusalem 70 year olds longitudinal study: gastrointestinal findings. *Isr J Med Sci* 1996;32:634–8.
24. Madrid AM, Quera R, Defillippi CL, Defillippi C. Prevalence of IBS in the Chilean population. *Gastroenterol Latinoam* 2005;16:392.
25. Madrid AM, Landskron G, Klapp G, Reyes A, Pizarro C, Defilippi C. Lactulose hydrogen breath test and functional symptoms in pediatric patients. *Dig Dis Sci* 2012;57:1330–5.
26. Quigley EM, Abdel-Hamid H, Barbara G, et al. A global perspective on irritable bowel syndrome. A consensus statement of the World Gastroenterology Organisation Summit Task Force on irritable bowel syndrome. *J Clin Gastroenterol* 2012;46:356–66.
27. Okeke EN, Ladep NG, Adah S, Bupwatda PW, Agaba EI, Malu AO. Prevalence of irritable bowel syndrome: a community survey in an African population. *Ann Afr Med* 2009;8:177–80.
28. Olubuyide IO, Olawuyi F, Fasanmade AA. A study of irritable bowel syndrome diagnosed by Manning criteria in an African population. *Dig Dis Sci* 1995;40:983–5.
29. Gibson PR, Shepherd SJ. Food choice as a key management strategy for functional gastrointestinal symptoms. *Am J Gastroenterol* 2012;107: 657–66.
30. Kehar M, Yadav SP, Sachdeva A. Constipation in children. *J Int Med Sci Acad* 2012;25:31–3.
31. Drossman DA, Funch-Jensen P, Janssens J, Talley NJ, Thompson WG, Whitehead WE. Identification of subgroups of functional bowel disorders. *Gastroenterol Int* 1990;3:159–72.
32. Gibson PR, Shepherd SJ. Evidence-based dietary management of functional gastrointestinal symptoms: The FODMAP approach. *J Gastroenterol Hepatol* 2010;25:252–8.
33. Galmiche JP, Clouse RE, Baint A, et al. Functional esophageal disorders. *Gastroenterology* 2006;130:1459–65.
34. Dent J, Vakil N, Jones R, et al. Accuracy of the diagnosis of GORD by questionnaire, physicians and a trial of proton pump inhibitor treatment: the Diamond Study. *Gut* 2010;59:714–21.
35. Goh KL. Gastroesophageal reflux disease in Asia: A historical perspective and present challenges. *J Gastroenterol Hepatol* 2011;26 Suppl 1:2–10.
36. Mahadeva S, Raman MC, Ford AC, et al. Gastro-oesophageal reflux is more prevalent in Western dyspeptics: a prospective comparison of British and South-East Asian patients with dyspepsia. *Aliment Pharmacol Ther* 2005;21:1483–90.
37. Kang JY, Ho KY. Different prevalences of reflux oesophagitis and hiatus hernia among dyspeptic patients in England and Singapore. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 1999;11:845–50.
38. Ho KY, Ng WL, Kang JY, Yeoh KG. Gastroesophageal reflux disease is a common cause of noncardiac chest pain in a country with a low prevalence of reflux esophagitis. *Dig Dis Sci* 1998;43:1991–7.

39. Wu JC, Chan FK, Ching JY, Leung WK, Lee YT, Sung JJ. Empirical treatment based on “typical” reflux symptoms is inappropriate in a population with a high prevalence of *Helicobacter pylori* infection. *Gastrointest Endosc* 2002;55:461–5.
40. Goh KL. Clinical and epidemiological perspectives of dyspepsia in a multiracial Malaysian population. *J Gastroenterol Hepatol* 2011;26 Suppl 3:35–8.
41. Mahadeva S, Chia YC, Vinothini A, Mohazmi M, Goh KL. Cost-effectiveness of and satisfaction with a *Helicobacter pylori* “test and treat” strategy compared with prompt endoscopy in young Asians with dyspepsia. *Gut* 2008;57:1214–20.
42. Ho KY, Gwee KA, Khor CJ, Selamat DS, Wai CT, Yeoh KG. Empirical treatment for the management of patients presenting with uninvestigated reflux symptoms: a prospective study in an Asian primary care population. *Aliment Pharmacol Ther* 2005;21:1313–20.
43. Goh KL, Wong HT, Lim CH, Rosaida MS. Time trends in peptic ulcer, erosive reflux oesophagitis, gastric and oesophageal cancers in a multiracial Asian population. *Aliment Pharmacol Ther* 2009;29:774–80.
44. Goh KL. Changing trends in gastrointestinal disease in the Asia-Pacific region. *J Dig Dis* 2007;8:179–85.
45. Thomas V, Rangan K, Kumar S. Occurrence of functional heartburn in patients with symptoms of gastroesophageal reflux disease (GERD) not responding to proton pump inhibitors (PPI) [abstract]. *Am J Gastroenterol* 2011;106 Suppl 2:S25.
46. Gao Y, Hu N, Han X, et al. Family history of cancer and risk for esophageal and gastric cancer in Shanxi, China. *BMC Cancer* 2009;9:269.
47. Sheen E, Triadafilopoulos G. Adverse effects of long-term proton pump inhibitor therapy. *Dig Dis Sci* 2011;56:931–50.
48. Berardi RR, ed. *Handbook of nonprescription drugs: an interactive approach to self-care*. 16th ed. Washington, DC: American Pharmacists Association, 2009.
49. Kahrilas PJ, Shaheen NJ, Vaezi MF. American Gastroenterological Association medical position statement on the management of gastroesophageal reflux disease. *Gastroenterology* 2008;135:1383–91. Available at: [http://www.gastrojournal.org/article/S0016-5085\(08\)01606-5/fulltext](http://www.gastrojournal.org/article/S0016-5085(08)01606-5/fulltext).
50. Smith L. Updated ACG guidelines for diagnosis and treatment of GERD. *Am Fam Physician* 2005;71:2376–82. Available at: <http://www.aafp.org/afp/2005/0615/p2376.html>.
51. Gupta V, Moshiree B, Verne GN. Treatment of pain symptoms in irritable bowel syndrome patients. *Drugs Today (Barc)* 2004;40:829–36.
52. Mertz HR. Irritable bowel syndrome. *N Engl J Med* 2003;349:2136–46.
53. Gibson PR. Food intolerance in functional bowel disorders. *J Gastroenterol Hepatol* 2011;26 Suppl 3:128–31.
54. Staudacher HM, Whelan K, Irving PM, Lomer MC. Comparison of symptom response following advice for a diet low in fermentable carbohydrates (FODMAPs) versus standard dietary advice in patients with irritable bowel syndrome. *J Hum Nutr Diet* 2011;24:487–95.
55. Dorn SD, Meek PD, Shah ND. Increasing frequency of opioid prescriptions for chronic abdominal pain in US outpatient clinics. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2011;9:1078–85.
56. Rome Foundation. Appendix D: Rome III psychosocial alarm questionnaire for the functional GI disorders. In: Drossman DA, ed. *Rome III: the functional gastrointestinal disorders*. 3rd ed. MacLean, VA: Degnon Associates, 2006: 953–9. Available at: <http://www.romecriteria.org/pdfs/PsychoAlarmQ.pdf>.
57. World Gastroenterology Organisation. *World Gastroenterology Organisation Global Guidelines. Irritable bowel syndrome: a global perspective*. April 2009. Available at: <http://www.worldgastroenterology.org/irritable-bowel-syndrome.html>.

58. Daneshpajouhnejad P, Keshteli AH, Sadeghpour S, Ardestani SK, Adibi P. Bloating in Iran: SEPAHAN systematic review no. 4. *Int J Prev Med* 2012;3(Suppl 1):S26–33.
59. Hunt RH, Dhaliwal S, Tougas G, et al. Prevalence, impact and attitudes toward lower gastrointestinal dysmotility and sensory symptoms, and their treatment in Canada: A descriptive study. *Can J Gastroenterol* 2007;21:31–7.
60. Lacy BE, Gabbard SL, Crowell MD. Pathophysiology, evaluation, and treatment of bloating: hope, hype, or hot air? *Gastroenterol Hepatol (N Y)* 2011;7:729–39.
61. World Gastroenterology Organisation. World Gastroenterology Organisation Global Guidelines. Probiotics and prebiotics. October 2011. Available at: <http://www.worldgastroenterology.org/probiotics-prebiotics.html>.
62. Drossman DA, Toner BB, Whitehead WE, et al. Cognitive-behavioral therapy versus education and desipramine versus placebo for moderate to severe functional bowel disorders. *Gastroenterology* 2003;125:19–31.
63. Accarino A, Perez F, Azpiroz F, Quiroga S, Malagelada JR. Intestinal gas and bloating: effect of prokinetic stimulation. *Am J Gastroenterol* 2008;103:2036–42.
64. López-Colombo A, Morgan D, Bravo-González D, Montiel-Jarquín A, Méndez-Martínez S, Schmulson M. The epidemiology of functional gastrointestinal disorders in Mexico: a population-based study. *Gastroenterol Res Pract* 2012;2012:606174.
65. Higgins PD, Johanson JF. Epidemiology of constipation in North America: a systematic review. *Am J Gastroenterol* 2004;99:750–9.
66. Longstreth GF, Thompson WG, Chey WD, Houghton LA, Mearin F, Spiller RC. Functional bowel disorders. *Gastroenterology* 2006;130:1480–91.
67. Johanson JF, Kralstein J. Chronic constipation: a survey of the patient perspective. *Aliment Pharmacol Ther* 2007;25:599–608.