

世界胃肠组织全球指南

肠易激综合征：全球观点

草案—2009.4.20



杜颖 译 戴宁(官方特约翻译) 审校

浙江大学医学院附属邵逸夫医院消化科 (310016)

评阅组

Eamonn Quigley 教授 (主席, 爱尔兰)
Michael Fried 教授 (瑞士)
K.A. Gwee 教授 (新加坡)
C. Olano 教授 (乌拉圭)
F. Guarner 教授 (西班牙)
I. Khalif 教授 (俄罗斯)
P. Hungin 教授 (英国)
G. Lindberg 教授 (瑞典)
Z. Abbas 教授 (巴基斯坦)
L. Bustos Fernandez 教授 (阿根廷)
F. Mearin 教授 (西班牙)
S.J. Bhatia 教授 (印度)
P.J. Hu 教授 (中国)
M. Schmulson 教授 (墨西哥)
J.H. Krabshuis 博士 (法国)
A.W. Le Mair 博士 (荷兰)

内容

- 1 介绍
- 2 IBS 的诊断
- 3 IBS 的评估
- 4 IBS 的处理

1 介绍

定义.肠易激综合征 (Irritable bowel syndrome, IBS) 是一种功能性肠道疾病, 表现为与排便或排便习惯改变相关的腹痛或腹部不适。腹胀 (bloating)、腹部膨隆 (distension) 和排便障碍是常见的特征。(在某些语言中, “腹胀” (bloating) 和 “腹部膨隆” (distension) 是同一词语)。

肠易激综合征是一种根据症状诊断的反复发作性功能肠病, 不伴可发现的器质性病因。这些症状并非 IBS 特有, 比如某些症状几乎所有人都可能偶尔经历。为了将 IBS 与一过性的消化道症状区别开来, 专家强调 IBS 的慢性和复发性的本质, 并且基于症状的发生频率提出了诊断标准 (见诊断一章)。

IBS 的一些特征:

- IBS 不会导致肿瘤或炎症性肠病发生风险的升高或死亡率的增加。
- IBS 产生了大量直接或间接的医疗成本。
- 尚未在 IBS 中发现病理生理底物。
- 可能发生 IBS 与其他胃肠疾病 (如, 胃食管反流病, 消化不良和功能性便秘) 的转变或重叠。
- IBS 通常导致长期的症状:
 - 可能反复发生
 - 症状可能变化, 而且与进食相关
 - 症状影响了许多患者的日常生活和社会活动
 - 有时症状是一次严重的胃肠道感染的结果, 或者之前有重大的生活事件或一段时期的严重压力

总之, 目前对 IBS 缺乏足够的认识。许多有 IBS 症状的患者不去就医, 或者没有得到正式诊断。IBS 产生了大量直接或间接的医疗成本。

IBS 分类

根据罗马 III 标准, 并基于患者的大便性状:

- 腹泻型 IBS (IBS-D):
 - >25% 时间稀糊样便和 < 25% 时间大便坚硬
 - 占全部 IBS 病例的三分之一
 - 男性中更常见
- 便秘型 IBS (IBS-C):
 - > 25% 时间大便坚硬和 < 25% 时间稀糊样便
 - 占全部 IBS 病例的三分之一
 - 女性中更常见
- 混合型 IBS (IBS-M) :
 - > 25% 时间稀糊样便和大便坚硬
 - 占全部 IBS 病例的三分之一到二分之一

但是，必须记住下列内容：

- 患者通常在这些亚型中转换
- **IBS** 患者通常误解腹泻和便秘的症状。所以，许多主诉“腹泻”的 **IBS** 患者其实是排成形便的次数增多；在同样的患者人群中，“便秘”可能是指任何一种与排便相关的不适症状，而非仅仅指排便次数减少。

在临床，也可以用其他的一些分类方法：

- 基于症状：
 - 肠道功能紊乱为主的 **IBS**
 - 腹痛为主的 **IBS**
 - 腹胀为主的 **IBS**
- 基于前驱因素：
 - 感染后 (**PI-IBS**)
 - 食物诱发 (进餐诱发)
 - 应激相关

但是，除定义比较清楚的 **PI-IBS** 以外，这些分类与预后或治疗反应的相关性尚不清楚。

必须记住罗马 **III** 标准在临床并不常用。而且，文化因素可能影响对症状的描述。比如，在印度，一个主诉排便费力或排坚硬便的患者，可能在排便次数大于一日一次时也主诉有便秘。

全球患病率和发病率

IBS 的全球患病率统计尚不完整（图 1），某些地区没有数据资料。另外，对来源于不同地区的数据进行比较常常很困难，因为使用的诊断标准不同（总得来说，标准越“宽”，患病率越高），以及其他因素，如人群选择、合并疾病（如焦虑）的纳入和排除、医疗的可及性和文化影响的不同。例如，在墨西哥，使用罗马 **II** 标准在社区 **IBS** 的患病率为 16%，但是住院患者的患病率增加至 35%。根据已有的数据，有一个显著的发现，即虽然许多国家的生活方式有明显的差异，但是患病率大致相同。

- 在欧洲和北美，**IBS** 的患病率大致为 10–15%。在瑞典，被引用最多的数据为 13.5%。
- **IBS** 的患病率在亚太地区正在增加，特别是在发展中国家。亚太地区 **IBS** 患病率（使用罗马 **II** 诊断标准）的估计差异很大。来自印度的研究显示使用罗马 **I** 标准诊断的患者多于用罗马 **II** 标准的患者。目前报道的患病率北京为 0.82%，中国南方为 5.7%，香港为 6.6%，新加坡为 8.6%，巴基斯坦为 14%，台湾为 22.1%。中国的研究发现使用罗马 **III** 标准诊断门诊患者 **IBS** 的患病率为 15.9%。
- 总之，来自南美的数据很少；比如在乌拉圭，仅有一项研究发现整体患病率为 10.9%（女性 14.8%，男性 5.4%）；**IBS-C** 患病率为 58%，**IBS-D** 患病率为 17%。在 72% 的病例中，发病年龄 < 45 岁。

- 来自非洲的数据更少。一项对尼日利亚学生人群的研究发现使用罗马 II 标准诊断的患病率为 26.1%。在同一国家用相同的诊断标准，对门诊患者的研究报告患病率为 33%。

其他有关 IBS 流行病学的发现

- IBS 多发生于 15-65 岁的人群。
- 患者第一次去就诊的年龄通常在 30-50 岁之间。
- 在一些病例中，症状可以追溯到儿童期。
- 女性的患病率更高——虽然在印度这项结果无法重复。
- 老年患者中的报道频率在下降。
- 估计儿童 IBS 患病率与成人相似。
- 典型的 IBS 症状在“健康”人群中是常见的。

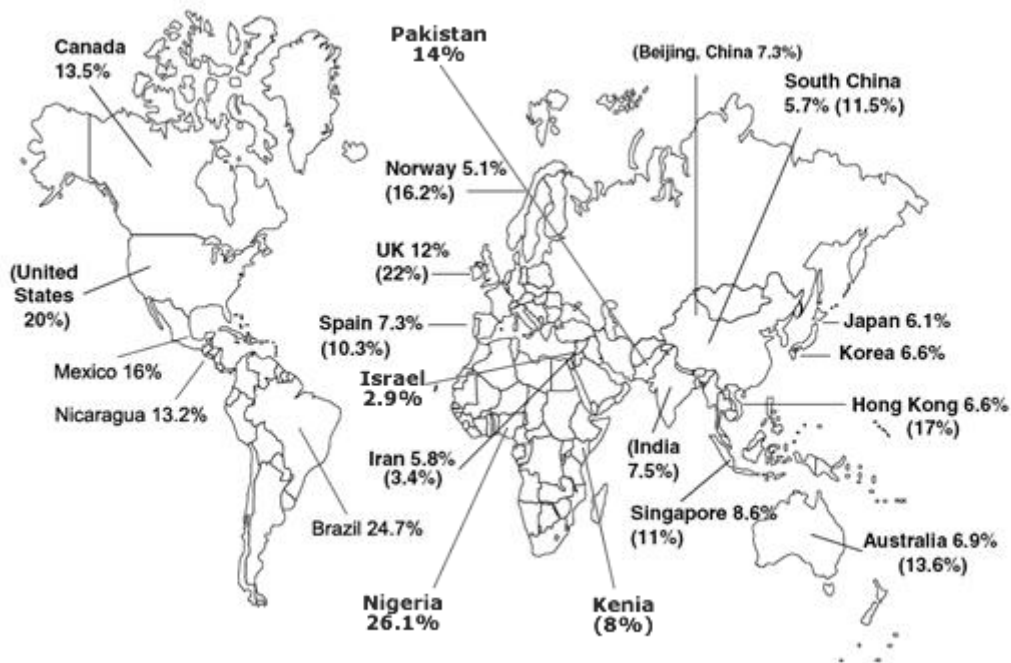


图. 1. 基于罗马 II 和 III 诊断标准的 IBS 患病率全球分布图（2000-2004），括号中的数据使用 Manning 标准。摘自 *Neurogastroenterol Motil* 2005;17:317-24.

IBS 人口统计学以及东西方表现特征的差异

- 就患病率数据而言，全球有关表现特征的信息有差异，基于社区数据、门诊数据和住院数据的比较很困难。
- 典型的 IBS 症状在健康人群中很常见，但是大多数 IBS 患者并没有被诊断。这可能可以解释为什么不同国家报道的患病率有差异。大多数研究仅统计了被诊断的 IBS，而没有统计社区患病率。
- 一项中国的研究显示中国南方报道的 IBS 患病率高于北京，但是比西方国家低。

- 一些在非西方国家的研究提示：
 - 没有发现女性患者为主（可能由于医疗的可及性和就医行为的不同）。比如，在中国南方，男性与女性的比例仅为 1:1.25（在西欧，男女比例为 1:2）
 - 发现男性中显著的应激和 IBS 之间存在密切的关联，与西方研究中在女性中的发现类似。
 - 上腹痛更频繁。
 - 排便症状对患者日常生活的影响更低（在中国或墨西哥不明显）。
- 一些研究提示在非洲-加勒比裔美国人中，与白人相比：
 - 排便频率更低。
 - 便秘的患病率更高。
- 在拉丁美洲，便秘型比腹泻型患者多。
- 在印度社区中，整体而言排便次数更多—99%的人每日排便一次或更多。
- 在墨西哥，70%的患者有焦虑，46%抑郁，40%两者均有。
- 在墨西哥，IBS 产生较高的经济影响，因为医疗资源使用较多。
- 在中国，按照罗马 III 标准的定义，功能性消化不良和 IBS 的临床重叠很常见。
- 心理压力，生活事件和负性的处理模式可能在 IBS 的发病中发挥了重要的作用。这些因素可能同样也影响了个体的疾病行为和临床结局。

2 IBS 的诊断

临床病史

在评估 IBS 患者的时候，很重要的是不但要考虑主要的表现症状，而且要发现前驱因素和其他相关的消化道和消化道外的症状。去寻找和直接询问是否存在报警症状也很重要。病史很关键，包括鉴别典型的 IBS 症状和识别提示其他可能诊断的“红色预警”症状。所以，应该询问患者是否存在下列症状（带星号*的特征与 IBS 相同）：

- 腹痛或腹部不适的特点：
 - 慢性延续时间*
 - 疼痛的类型：阵发性*或持续性
 - 既往的疼痛发作*
 - 疼痛的部位。在一些个体中，疼痛可能有明确的定位（比如，在下腹部），而在其他患者，疼痛部位可能是到处转移的
 - 排便或排气后症状缓解*
 - 夜间痛不常见，被认为是一个报警症状
- 其他的腹部症状：
 - 腹胀
 - 腹部膨隆
 - 腹鸣
 - 胃肠胀气

（注：腹部膨隆是可以衡量的；腹胀是一种主观的感觉。按照英语的定义，

腹胀和腹部膨隆可能没有相同的病理生理基础，所以不应该被认为是等同的和可以相互替代的名词，虽然在其他语言中两者可能用同一个词汇来描述。两者也不一定提示肠道产气的增加。)

- 相关肠道紊乱的特征：
 - 便秘
 - 腹泻
 - 交替
- 排便异常：
 - >2 周的腹泻（注：医生应该总是努力去理解患者所说的“腹泻”和“便秘”的确切含义）
 - 粪便有粘液
 - 排便有紧迫感
 - 排便不尽感（最近在亚洲人群的研究中曾报道这个症状很重要—在新加坡达 51%,在印度 71%,在台湾 54%）

其他病史和重要的报警症状：

- 非刻意的体重下降
- 便中带血
- 家族史：
 - 结直肠恶性肿瘤
 - 乳糜泻
 - 炎症性肠病
- 与下腹痛相伴随的发热
- 与月经的关系
- 与下列因素的关系
 - 药物治疗
 - 食物（特别是牛奶），人工糖精，膳食产品或酒精
 - 访问（亚）热带
- 异常的饮食习惯
 - 进餐不规律或不足的饮食
 - 液体摄入不足
 - 纤维摄入不足
 - 膳食卫生强迫症
- **IBS 家族史。** IBS 多在家庭内聚集，虽然对其遗传学认识甚少
- 起病的特征（与胃肠炎相关的突然起病提示 PI-IBS）

心理学评估

尚未发现心理因素可以导致或影响 IBS 的起病。IBS 不是一个精神的或心理的疾病。但是，心理因素可能：

- 在腹部症状的持续和严重程度感知中发挥作用
- 导致了生活质量受损和过度使用医疗服务

因为这些原因，同时存在的心理异常在就诊中心很常见，包括：：

- 焦虑
- 抑郁
- 躯体化
- 疑病症
- 与症状相关的恐惧

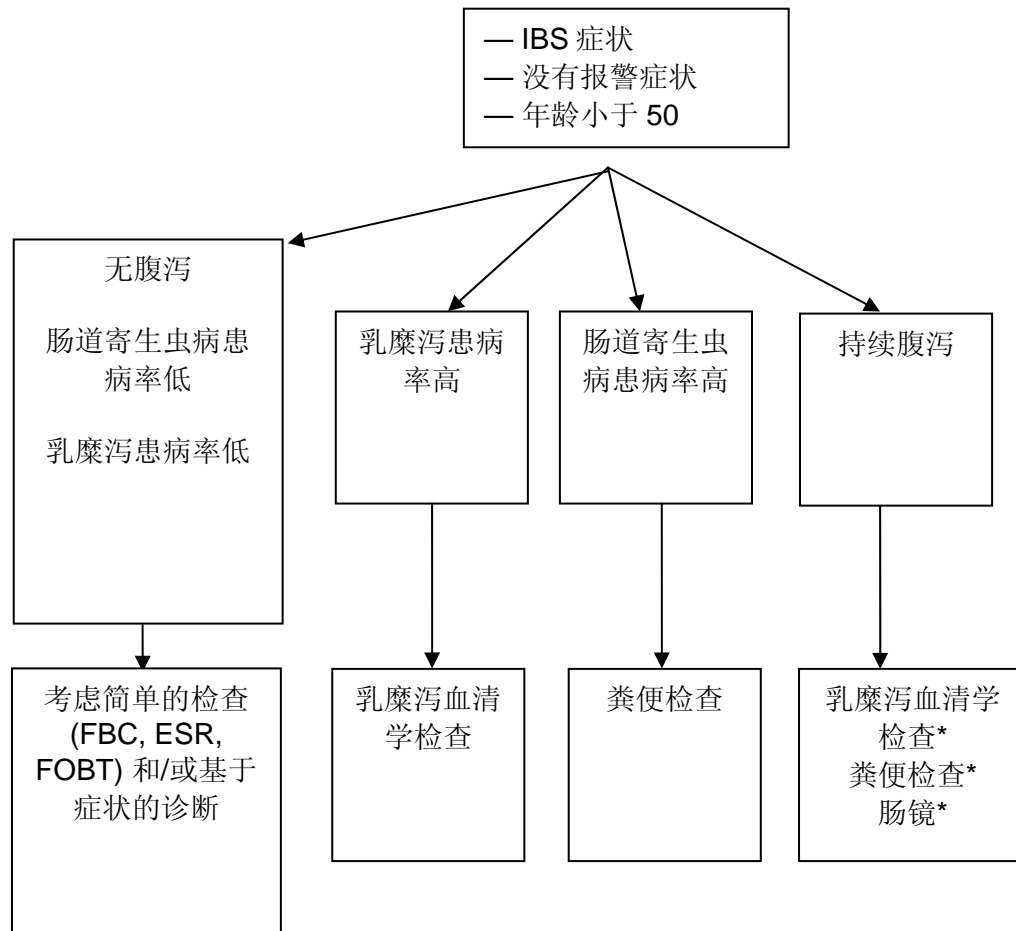
以下内容可能在提供一个客观的心理症状评估中 useful:

- 医院焦虑和抑郁指数 (HADS)。这是一个简单的 14 个问题的问卷调查，用以评估焦虑和抑郁的水平。
- 连贯性感觉测试 (SOC) 可用于发现低 SOC 的且对认知行为治疗有反应的患者。
- 患者健康问卷(PHQ-15)。这是一份 15 个问题的调查问卷，以帮助鉴别多发躯体症状（躯体化）的存在。这份 PHQ-15 问卷在某个国家用于临床之前需要进行临床验证。

体检

- 体检使患者放心，并帮助发现可能的器质性病因。
- 进行全身体检，以发现系统性疾病的体征。
- 腹部体检：
 - 视诊
 - 听诊
 - 触诊
- 肛周检查：
 - 直肠指诊

IBS 诊断流程



FBC, 全血计数; FOBT, 粪便潜血实验; ESR, 红细胞沉降率.

*相关的情况下一比如, 当分别有乳糜泻、寄生虫病、炎症性肠病或淋巴细胞性结肠炎的高患病率时。

IBS 级联化诊断

第 1 级

- 病史, 体检, 排除报警症状, 考虑心理因素
- 全血计数 (FBC), 血沉 (ESR) 或 C 反应蛋白 (CRP), 粪便检查(白细胞, 虫卵, 寄生虫, 隐血)
- 甲状腺功能, 组织转谷氨酰胺酶(TTG) 抗体
- 结肠镜和活检*
- 粪便炎症指标 (如, 钙卫蛋白)

第 2 级

- 病史, 体检, 排除报警症状, 考虑心理因素
- FBC, ESR 或 CRP, 粪便检查, 甲状腺功能

- 乙状结肠镜*

第3级

- 病史，体检，排除报警症状，考虑心理因素
- FBC, ESR, 和粪便检查

* 注：即使在“富裕”的国家，也不是所有的患者都需要结肠镜检—特别是有报警症状和体征的年龄大于 50 岁的患者。进一步检查和乙状结肠镜、结肠镜检的需要应该根据患者特点（表现特征，年龄等）和地理位置（如，一个地区的炎症性肠病、乳糜泻、结肠癌或寄生虫病的患病率是否高）等来决定。比如，一个 21 岁患 IBS-D 症状但无报警征象的女性患者是否至多需要乳糜泻血清学检查（当合理时）有待商榷。

3 IBS 评估

IBS 的疑诊通常基于患者的病史和体检，而不需要额外的检查。确诊 IBS 需要根据患者的临床表现和特征确切地排除器质性疾病。在许多情况下（比如，在无报警症状的年轻患者中），可以仅仅根据临床表现做出安全的诊断。

诊断标准 (罗马 III)

- 症状起始于诊断前至少 6 个月
- 在过去 3 月内每月至少 >3 天出现反复腹痛或腹部不适
- 至少有下列 2 项特征：
 - 排便后症状缓解
 - 与排便次数的改变相关
 - 与粪便性状的改变相关

在临床实践中，无论在全科或专科，医生通常根据对患者的整体评估（持续一段时间）做出诊断,并充分考虑一组支持诊断的特征（除了与排便，大便频率或性状改变相关的腹痛或腹部不适外）。

IBS 常见并支持诊断的症状：

- 腹胀
- 异常粪便性状（坚硬和/或稀糊）
- 异常排便频率（少于三次每周或大于每天三次）
- 排便费力
- 排便紧迫感
- 排便不尽感
- 直肠排出粘液便

在全科可以帮助识别 IBS 的行为特征

- 症状出现 >6 月
- 应激加重症状

- 经常因非胃肠道症状就诊
- 医学无法解释症状的既往病史
- 进食后加重
- 相关的焦虑和/或抑郁

经常与 IBS 相伴随的非结肠症状：

- 消化不良—在约 42-87% 的 IBS 患者中有报道
- 恶心
- 烧心

相关的非胃肠道症状：

- 嗜睡
- 背痛，其他肌肉和关节痛
- 头痛
- 泌尿系统症状：
 - 夜尿
 - 尿频尿急
 - 膀胱排空不完全
- 女性性交困难
- 失眠
- 对药物的耐受性低

额外检查

大多数的 IBS 患者不需要额外的检查。推荐在比较清楚的 IBS 病例，特别是年轻患者中，尽可能减少额外的检查。

- 如果存在报警症状，考虑额外检查：
 - 50 岁之后出现症状
 - 病史较短
 - 非故意的体重减轻
 - 夜间出现症状
 - 结肠癌，乳糜泻，炎症性肠病的家族史
 - 贫血
 - 直肠出血
 - 近期使用过抗生素
 - 腹部/直肠肿块
 - 炎症指标升高
 - 发热
- 虽然经常检查，但全血计数、血生化、甲状腺功能和粪便隐血、虫卵和寄生虫检查仅在临床病史支持和当地适用时进行。
- 如果出现下列情况，需要考虑额外的检查：
 - 患者症状持续，或者虽然进行治疗，但仍然焦虑。
 - 慢性症状发生了一个重要的质的改变。应该考虑一个新合并症。

鉴别诊断

脂肪痢/麸质肠病

主要症状和/或发现：

- 慢性腹泻
- 生长延缓（儿童）
- 乏力
- 估计影响了 $\pm 1\%$ 印欧人群
- 在高患病率地区的鉴别诊断中考虑

注：很多乳糜泻患者没有典型的症状，可能表现为类似“IBS 型”症状，包括便秘。所以，在高患病率地区（患病率 $>$ 总人口的 1%）应该经常进行相关检查。

乳糖不耐受

主要症状和/或发现：

- 与奶制品消耗相关的急性症状（腹胀，胃肠胀气，腹泻）
- 在阳性的喝牛奶试验后，可以用乳糖氢呼气试验确定

炎症性肠病 (Crohn's 病, 溃疡性结肠炎)

主要症状和/或发现：

- 全球的患病率有显著不同
- 腹泻持续时间 > 2 周
- 直肠出血
- 炎性肿块，体重下降，肛周疾病，发热

结直肠肿瘤

主要症状和/或发现：

- 第一次出现 IBS-型症状的老年患者
- 便中带血
- 非故意的体重下降
- 左侧的病灶表现为梗阻性疼痛
- 右侧的病灶表现为贫血或缺铁

淋巴细胞性和胶原性结肠炎

- 占 70 岁以上不明原因腹泻患者的 20%
- 典型的无痛
- 在中年女性患者中最常见(男 : 女 = 1 : 15)
- 诊断基于结肠活检

由于原虫或细菌导致的急性腹泻

主要症状和/或发现：

- 急性起病的腹泻
- 粪便检查或十二指肠活检

一篇有关肠道寄生虫在 IBS 中作用的综述总结“原虫类寄生虫，如人芽囊原虫 (*Blastocystis hominis*) 和脆双核阿米巴 (*Dientamoeba fragilis*)，在 IBS 的发病中可能存在作用。已知脆双核阿米巴导致 IBS-样的症状，而且有导致慢性感染的倾向。但是其诊断依赖于染色涂片的显微镜检，许多的实验室并不进行进行这类检查，所以可能导致将阿米巴病误诊为 IBS。 *B. Hominis* 是否 IBS 的病因尚未明确，因为有关 *B. Hominis* 的报道是矛盾的，且其作为人类病原体的特征也有争议。虽然溶组织内阿米巴 (*Entamoeba histolytica*) 主要发生于世界发展中地区，阿米巴病的临床诊断通常很难，因为 IBS 患者的症状与非痢疾性阿米巴大肠炎患者的症状非常类似。肠贾第虫 (*Giardia intestinalis*) 感染的临床表现同样非常多变，从无症状的携带者到伴腹痛的急性和慢性腹泻都有。”

在印度推荐粪便检测肠贾第虫和阿米巴，但由于患者自行服用咪唑类药物很常见，所以导致结果很难判断。

注：关键的是在相关地区所有 IBS 患者都应该进行寄生虫检查，以排除原虫性寄生虫作为临床表现的病因。

小肠细菌过度生长 (SIBO)

- SIBO 的典型表现是消化不良和吸收不良。
- SIBO 的一些症状（腹胀，腹泻）可能与 IBS 的症状重叠，提示 SIBO 在 IBS 中常见。
- 大量的证据提示 SIBO 在 IBS 中不常见。

憩室炎

IBS 和所谓的“痛性憩室疾病”的关系不明确；痛性憩室疾病是否仅仅是一个有憩室的 IBS 患者？在憩室炎中，典型的症状和/或发现是阵发性的，而且在发作期中是急性到亚急性的，特点为：

- 左半腹痛
- 发热
- 左下腹有压痛的炎性肿块

但是，目前已证实患者可能在发作间期有更多的慢性症状。

子宫内膜异位

主要症状和/或发现：

- 周期性的下腹痛
- 增大的卵巢或宫颈背侧结节（阴道指诊）

盆腔炎症疾病

主要症状和/或发现：

- 非急性的下腹痛
- 发热
- 抬举压痛或附件压痛和肿胀的附件（阴道指诊）

卵巢癌

在大于 40 岁的女性中，应该在鉴别诊断中考虑卵巢癌。在一项调查中，下列症状在女性卵巢癌患者中更常见：

- 腹围增加
- 腹胀
- 尿急
- 盆腔痛

在患卵巢癌的女性中，43%的患者同时具有腹胀、腹围增加和尿急症状，而在对照人群中仅 8%同时具有上述症状。

合并其他疾病

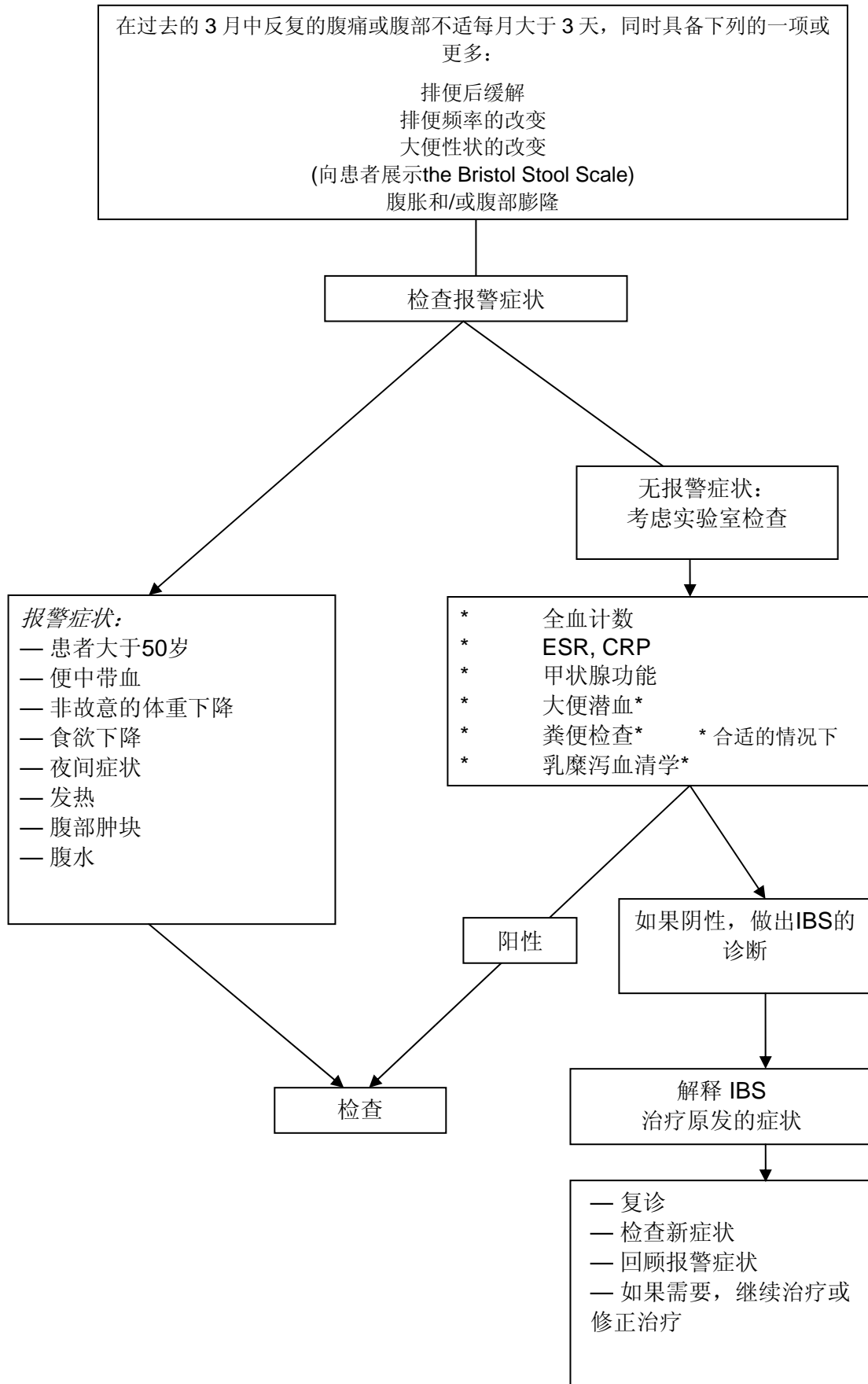
重叠综合征的患者可能患更严重的 IBS。

- 纤维肌痛—在 20–50% 的 IBS 患者中 (虽然在中国没有相关的证据)
- IBS 在其他一些慢性疼痛疾病中也常见：
 - 存在于 51% 的慢性疲劳综合征的患者中
 - 颞下颌关节障碍: 64%
 - 慢性盆腔痛: 50%
 - 非溃疡性消化不良；胆道运动障碍

4 IBS 处理

介绍

下列图表为 IBS 患者处理流程的概要：



注： 如果患者焦虑起到了关键作用，安慰和教育是非常重要的

因为就 IBS 的病因没有普遍的共识，所以目前没有一个疗法可以适用于全球所有的 IBS 患者。

也因为 IBS 症状与下列因素，如膳食、应激和心理因素通常有关，如果无法消除这些前驱因素，也应注意采取措施以减少这些因素的影响。不同国家和种族之间的膳食差异对 IBS 症状的发生率有显著的影响，但是目前相关信息较少。消除膳食影响的效果尚需进一步证实。

最近的有关肠道菌群（微生态）对 IBS 的影响，以及前文提及的 SIBO 可能是一个因素（尚存争议），已经引发了寻求新的治疗途径的兴趣：益生菌、益生元和抗生素。最近的 meta 分析证实了益生菌在 IBS 中的作用，而且明确了益生菌在 IBS 中的效用与其他疾病一样，都是高度菌株特异性的。在全球特定菌株的变异性和剂型差异非常大。比如，婴儿双歧杆菌（*Bifidobacterium infantis*）35624，目前有最好的 IBS 疗效证据基础，目前仅在美国销售。质量控制问题也使得这方面的推荐更为复杂。

在全世界，IBS 有各种替代或补充疗法。比如，在印度（印度草医学）和中国，中草药应用很广泛，而且常用于 IBS。但是，他们的有效性很难评估，因为由于提炼过程的不同，活性成分的浓度差异很大。几乎没有严谨的随机实验验证替代疗法在 IBS 中的应用。

有关非吸收性抗生素（比如， $3 \times 400 \text{ mg/day}$ ）的初步数据很鼓舞人，但是这些临床试验太小，无法得出的结论。

一篇最近的系统回顾，虽然指出在很多情况下实验设计存在局限性，但也提供了支持抗抑郁药在 IBS 中使用的证据（三环类和选择性五羟色胺再摄取抑制剂）。非药物因素常常被忽视，但其在 IBS 处理中很重要。医患关系很关键，在初诊和随访中应该注意以下几点：

- 明确和发现患者的顾虑。应该建立一个积极的医患关系，患者的症状和痛苦应该被认为是真实的。
- 理解症状的影响。
- 与患者讨论和症状以及可能诊断相关的焦虑，以减少不必要的担心。
- 明确和帮助缓解压力因素。
- 减少逃避行为。患者可能会逃避他们恐惧导致症状的行为，但是逃避行为对预后有不良的影响。
- 对膳食和活动的一般指导：多纤维素膳食（适当的情况下），规律的进食时间，摄入足够的液体，足够的体力活动可能有（普遍的）效果，但是没有足够的证据证实它们可以直接影响 IBS 的结局。

药物治疗

在全球，大量的药物被用于 IBS 各种症状的治疗，比如：

- 治疗疼痛的解痉药
- 治疗便秘的泻药，纤维素和膨胀剂。氯通道激动剂 lubiprostone ($2 \times 24 \mu\text{g/day}$) 最近被美国食品和药品管理局(FDA) 批准用于慢性便秘和便秘型 IBS,但是这类药物在 IBS 整体治疗中的确切作用尚待研究。

- 治疗腹泻的纤维素，膨胀剂和止泻药。
- 木炭树脂，排气剂，以及其他治疗腹胀，腹部膨隆和胃肠胀气的药物。

需要重点注意的内容是可使用药物的范围和它们的制剂在不同国家之间的差异很大。处方医生必须知晓任何其打算开的药物的药效和风险，而不是根据其他同类药物或有类似作用机制药物的证据进行推测。

疼痛

- 如果需要使用止痛药，扑热息痛好于非甾体类消炎药 (NSAIDs)。应避免使用阿片类药物，因为在这种慢性疾病中药物依赖和成瘾的风险很高。NSAIDs 和阿片类对胃肠道也有副作用。
- 已显示无论主要的排便习惯是什么，益生菌菌株婴儿双歧杆菌 (*Bifidobacterium infantis*) 35624 (1 天一个胶囊) 可以减轻 IBS 的疼痛，腹胀和排便困难，并使大便习惯正常化。但目前仅在美国有销售。
- 解痉药：
 - 全球这类药物的差异极大。
- 三环类抗抑郁药物：
 - 阿米替林，起始剂量 10 mg/天，目标剂量 10–75 mg/天，睡前服。
 - 地昔帕明，起始剂量 10 mg/天，目标剂量 10–75 mg/天，睡前服。
 这些药物有导致便秘的倾向，应该避免用于便秘的患者。
- 选择性五羟色胺再摄取抑制剂 (SSRIs):
 - 帕罗西汀, 10–60 mg/天。
 - 西酞普兰, 5–20 mg/天。

便秘

- 一种富含纤维的膳食和粪便膨胀剂 (如，洋车前草) 联合足量的液体摄入是 IBS 患者的合理饮食，但是没有足够的证据证实，在某些患者中腹胀和腹部膨隆会加重。在印度的一项研究观察了印度 IBS 患者和对照人群的膳食纤维含量，发现并不需要纤维添加剂，因为膳食中纤维的含量等同于 IBS 患者推荐摄入量。
- 益生菌株比菲德氏菌 (*Bifidobacterium lactis*) DN-173 010 已被显示可以在便秘的 IBS 患者中加快胃肠道传输，增加大便次数。
- 渗透性泻药通常有用；但几乎未在 IBS 中被正式检测。
- Lubiprostone:
 - 用于 18 岁及 18 岁以上女性伴便秘的 IBS 患者的治疗。
 - 每日 2 次，每次 8- μ g，与食物和水同服。

腹泻

- 洛哌丁胺 Loperamide (每日清晨 2 mg 或一日两次) 在缓解疼痛、腹胀和 IBS 的全身症状方面并不优于安慰剂。但是它是治疗腹泻的有效药物，可以减少排便次数，提高粪便的粘稠度。

- 阿洛司琼, 一种 5-羟色胺-3 (5-HT₃) 受体拮抗剂:
 - 适应症仅为: 严重的腹泻型 IBS 女性患者, 症状>6 月, 对止泻药无反应
 - 在极少数情况下可能导致缺血性肠炎。

治疗腹胀和腹部膨隆

- 在一些患者中产气较少的膳食可能有帮助。
- 目前无证据支持含活性炭的产品, “抗胀气剂” simethicone 和其他药物在 IBS 中的使用。
- 益生菌: 一些特定的菌株, 如比菲德氏菌 (*Bifidobacterium lactis*) DN-173 010 和益生菌 cocktail VSL#3, 有临床研究证据支持其对腹胀、腹部膨隆和胃肠胀气有效。其他的, 比如婴儿双歧杆菌 (*Bifidobacterium infantis*) 35624, 可以减轻腹胀和其他 IBS 的主要症状。
- 抗生素治疗, 使用利福昔明 3 × 400 mg/天被显示可以缓解一些 IBS 患者的腹胀。

ACG 学组对 IBS 治疗推荐

美国胃肠病学会 (ACG) IBS 学组在 2009 年 1 月发表了一篇有关 IBS 处理的循证系统回顾(*Am J Gastroenterol* 2009;104:S1–35)。它的结论总结如下:

解痉药, 包括薄荷油。 某些解痉药(东莨菪碱, 西托溴铵, 匹维溴铵, 和薄荷油)可能可以短期缓解 IBS 患者的腹痛和腹部不适。没有长期药效的证据。安全性和耐受性证据有限。

膳食纤维, 膨胀剂和泻药。 欧车前亲水胶 (ispaghula husk) 中度有效。一项单一的研究报道 calcium polycarbophil 可以改善症状。麦麸和玉米麸在缓解 IBS 全身症状方面并不比安慰剂更有效, 不推荐常规使用。一项小型的有关青少年 IBS-C 患者的序贯研究显示聚乙二醇(PEG) 泻药可以增加粪便次数, 但是不能缓解腹痛。

止泻药。 与安慰剂相比, 止泻药洛哌丁胺不能更有效地缓解腹痛, 腹胀和腹部膨隆或 IBS 全身症状, 但是它是治疗腹泻的有效药物, 可以减少大便次数, 改善粪便性状。但尚缺乏洛哌丁胺和其他止泻药的随机对照研究。缺乏有关洛哌丁胺安全性和耐受性的数据。

抗生素。 短期使用不可吸收抗生素比安慰剂在改善 IBS 全身症状和腹胀上更有效。目前无证据支持在 IBS 治疗中不吸收抗生素的长期安全性和有效性。

益生菌。 在对单一的菌株的研究中, 乳酸杆菌对 IBS 患者无效。双歧杆菌和某些益生菌的联合制剂显示了一定的疗效。

5-HT₃-受体拮抗剂。 5-HT₃-受体拮抗剂阿洛司琼比安慰剂可以更有效地缓解男性和女性 IBS 腹泻型患者的全身症状。但有潜在的严重并发症, 包括便秘和结肠缺血, 与安慰剂相比, 更常见于使用阿洛司琼的患者。阿洛司琼疗效和副作用的平衡在女性伴腹泻的、对常规治疗无反应的严重 IBS 患者中最好。5-HT₃-受体拮抗剂对 IBS 疗效证据的质量高。

选择性 C-2 氯通道激动剂。Lubiprostone 在 8 μg 每日两次剂量时比安慰剂能更有效地缓解女性 IBS-C 患者的全身症状。

抗抑郁药。三环类抗抑郁药 (TCAs) 和选择性五羟色胺再摄取抑制剂(SSRIs) 比安慰剂能更有效地缓解 IBS 全身症状，并减轻腹痛。有关这些药物对 IBS 患者的安全性和耐受性的数据有限。

注: 许多在 IBS 处理中常用治疗方法的证据基础很弱，而另外一些方法没有证据基础。

其他治疗 (包括心理治疗)

一般的非药物治疗推荐:

- 讨论患者的焦虑。这可以减少主诉，目的是消除不必要的担忧。
- 目的是减少逃避行为。患者可能会避免他们害怕会导致症状的活动，但是逃避行为对预后有着负面的影响。
- 讨论对肿瘤的恐惧。
- 讨论可以解决压力的因素。
- 规律饮食，摄入足够的水分，足够的体力活动都可能有益（总体而言），但是没有足够的证据显示这些可以影响 IBS。

除了上述的主导 IBS 患者医患关系的普通疗法外，在特定情况下和基于适当资源和专业水准的可及性，可以考虑更为正式的心理介入治疗。这些治疗可能包括:

- 认知/行为疗法, 成组或个体治疗
- 目的为调整功能障碍行为的行为技术，通过:
 - 放松技术
 - 应变管理 (通过奖励健康的行为)
 - 信念训练
- 催眠

ACG 学组总结心理疗法，包括认知治疗，动态心理治疗和催眠疗法，而非放松疗法，比普通护理能更有效的缓解 IBS 全身症状。

就中草药治疗和针灸，ACG 学组总结可用的随机对照研究，大多数检测特定的中草药混合制剂，显示了一定的疗效。但是不可能将这些结果综合为一个有意义的 meta 分析。但是，总体而言，成分和纯度的不同使得任何中草药治疗的有效性变得更加复杂。同样的，任何中草药的毒性也被密切关注，特别是肝衰竭。有关针灸的一个系统性回顾研究由于结果的异质性而很难得出结论。在推荐有关针灸或中草药治疗前需要进一步研究。

预后

对于大多数的 IBS 患者，症状更有可能持续，而非加重。很小的一部分患者症状会加重，一些会完全恢复。比如，最近的一项研究发现美国总人口中随机抽样的 1021 人中有 18% 的人患 IBS，38% 的人在 12-20 月后无主诉。

可能对预后有负面影响的因素包括：

- 与 IBS 症状相关的逃避行为
- 对某些医学状态的焦虑
- 症状结果导致功能受损
- 长期 IBS 症状病史
- 慢性持续的生活压力
- 精神性的合并症

医生可能积极影响治疗结局的方法：

- 理解疾病
- 教育患者关于 IBS
- 安慰患者

随访

在轻度疾病中，总体而言，在长期的随访中没有必要使用药物，除非：

- 症状持续，伴显著的不方便和/或功能障碍。
- 患者对疾病非常担忧。
- 腹泻 > 2 周。
- 便秘持续，而且对治疗无反应。
- 对可能发展为严重胃肠道疾病的报警症状：
 - 直肠出血
 - 贫血
 - 非故意的体重下降
 - 结肠癌家族史
 - 发热
 - 症状的明显改变
- 注意进食障碍的发展
 - 大多数患者尝试某些类型的膳食控制。
 - 这可以导致膳食营养不足，或者进食非正常量的水果，咖啡因，奶制品和膳食纤维。
 - 发展为进食障碍的倾向在女性 IBS 患者中更常见。

IBS 级联化处理

第 1 级

- 安慰，膳食和生活方式回顾，以及咨询
- 尝试一种被证实有疗效的益生菌
- 症状的治疗：
 - 用当地可获得的解痉药治疗疼痛，对于症状更严重的患者，加用一种小剂量的三环类抗抑郁药或 SSRI
 - 对于膳食疗法和纤维素添加剂无效的便秘，可使用渗透性泻药或乳果糖
 - 使用单一的止泻药治疗腹泻

- 考虑心理治疗（催眠疗法，心理疗法，成组疗法），有适应征时咨询膳食师
- 加用特定的被批准药物：
 - C-IBS 患者，加用 Lubiprostone
 - 对腹泻和腹胀，使用利福昔明
 - D-IBS 患者，加用 Alosetron

第 2 级

- 安慰，膳食和生活方式回顾，和咨询
- 尝试一种被证实有疗效的高质量益生菌
- 症状的治疗：
 - 用当地可获得的解痉药治疗疼痛，对于症状更严重的患者，加用一种小剂量的三环类抗抑郁药
 - 膳食疗法和纤维素添加剂治疗便秘
 - 使用膨胀剂和简单的止泻药治疗腹泻

第 3 级

- 安慰，膳食和生活方式回顾，和咨询
- 症状的治疗：
 - 用当地可获得的解痉药治疗疼痛
 - 膳食疗法和纤维素添加剂治疗便秘
 - 使用膨胀剂和简单的止泻药治疗腹泻