

doi:10.3969/j.issn.1671-038X.2018.03.02

肠易激综合征中西医结合诊疗共识意见(2017 年)

中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会

关键词:肠易激综合征;中西医结合;诊疗

中图分类号:R574

文献标志码:A

文章编号:1671-038X(2018)03-0227-06

肠易激综合征(Irritable bowel syndrome, IBS)是临床常见的功能性肠病,2003 年重庆第十五次全国中西医结合消化学术大会公布了“肠易激综合征中西医结合诊疗方案(草案)”。随着 2006 年罗马委员会公布了 IBS 罗马Ⅲ诊断标准,本学会发表了《肠易激综合征中西医结合诊疗共识意见(2010)》。目前,罗马Ⅳ标准已经发表,本学会专家根据罗马Ⅳ标准,结合近年来中西医治疗 IBS 的研究进展,对《肠易激综合征中西医结合诊疗共识意见(2010)》进行修订。

此次修订采用德尔斐法(Delphi)进行,对 IBS 诊疗及评价中的相关问题进行讨论。通过 3 轮的反馈与修订,对诊疗及评价中的若干意见进行统合,形成了“肠易激综合征中西医结合诊疗共识意见(2017 年修订版)”(表决选择:①完全同意;②同意,但有一定保留;③同意,但有较大保留;④不同意,但有保留;⑤完全不同意。如果 $>2/3$ 的人数选择①,或 $>85\%$ 的人数选择①+②,则作为条款通过),并由核心专家组的进行了最终的审定。全文如下。

1 概念

IBS 是一种功能性肠病,表现为反复发作的腹痛,与排便相关或伴随排便习惯改变。典型的排便习惯异常可表现为便秘、腹泻,或便秘与腹泻交替,同时可有腹胀/腹部膨胀的症状^[1]。缺乏临床常规检查可发现的能解释这些症状的器质性病变。

《中国肠易激综合征专家共识意见(2015)》将 IBS 定义为“IBS 是一种功能性肠病,以腹痛、腹胀或腹部不适为主要症状,排便后症状多改善,常伴有排便习惯[频率和(或)性状]的改变,缺乏临床常规检查可发现的能解释这些症状的器质性病变。”认为“腹胀”在中国人群中较为常见,应该纳入定义中^[2]。IBS 的中医病名根据当前主要症状的不同,诊断为“泄泻”、“便秘”、“腹痛”等。

2 西医诊断

2.1 临床表现

IBS 的典型症状根据其类型的不同主要包括腹痛、腹泻、便秘等。可以合并上消化道症状如烧心、

早饱、恶心、呕吐等^[3-4],也可有其他系统症状如疲乏、背痛、心悸、呼吸不畅、尿频、尿急、性功能障碍等。部分患者伴有明显的焦虑、抑郁倾向^[5-6]。常无特异性临床体征。

2.2 诊断标准

2.2.1 IBS 西医诊断标准(罗马Ⅳ) 反复发作的腹痛,近 3 个月内平均发作至少每周 1 日,伴有以下 2 项或 2 项以上:①与排便相关;②伴有排便频率的改变;③伴有粪便性状(外观)改变。诊断前症状出现至少 6 个月,近 3 个月符合以上诊断标准。

罗马Ⅳ对 IBS 诊断标准作了部分调整,主要包括:①罗马Ⅲ中“排便后症状改善”调整为“与排便相关”;②发作频率由既往的“每月发作至少 3 日”调整为“每周发作至少 1 日”;③在伴随症状中删除“发作时”一词。《中国肠易激综合征专家共识意见(2015)》仍推荐使用罗马Ⅲ标准。

2.2.2 IBS 分型(罗马Ⅳ) 应使用 Bristol 粪便性状量表进行 IBS 亚型诊断。IBS 亚型应基于患者排便异常时的 Bristol 粪便性状分类,当患者每月至少有 4 日排便异常时 IBS 亚型分类更准确。主导型的排便习惯是基于粪便性状,至少有一次排便不正常的天数[IBS 分型与排便习惯异常有关(IBS-C、IBS-D 和 IBS-M),评定时患者应停用针对排便异常的药物]。

①IBS 便秘型(IBS with predominant constipation, IBS-C): $>1/4(25\%)$ 的排便为 Bristol 粪便性状 1 型或 2 型,且 $<1/4(25\%)$ 的排便为 Bristol 粪便性状 6 型或 7 型。②IBS 腹泻型(IBS with predominant diarrhea, IBS-D): $>1/4(25\%)$ 的排便为 Bristol 粪便性状 6 型或 7 型,且 $<1/4(25\%)$ 的排便为 Bristol 粪便性状 1 型或 2 型。③IBS 混合型(IBS with mixed bowel habits, IBS-M): $>1/4(25\%)$ 的排便为 Bristol 粪便性状 1 型或 2 型,且 $>1/4(25\%)$ 的排便为 Bristol 粪便性状 6 型或 7 型。④IBS 不定型(IBS Unclassified, IBS-U):患者符合 IBS 的诊断标准,但其排便习惯无法准确归入以上 3 型中的任何一型,故称之为不定型。

《中国肠易激综合征专家共识意见(2015)》认为

依据 Bristol 粪便性状量表诊断便秘型 IBS 时,应包括 1 型至 3 型粪便。

2.2.3 诊断思路 IBS 的诊断应基于以下 4 个主要方面进行:①临床病史;②体格检查;③最少限度的实验室检查;④结肠镜检查或其他适当检查(有临床指征时方进行)。

因为多种疾病症状与 IBS 类似(如炎症性肠病、乳糜泻、乳糖不耐受和显微镜下结肠炎),需要通过有限的化验检查来准确鉴别这些疾病。

2.2.4 报警征象 在 IBS 的诊断中,对报警征象需引起重视,并针对性地检查以排除相关疾病。《中国肠易激综合征专家共识意见(2015)》提出 IBS 的报警征象包括:年龄>40 岁新发病患者、便血、粪便隐血试验阳性、贫血、腹部包块、腹水、发热、体重减轻、结直肠癌家族史。对有报警征象的患者要有针对性地选择进一步检查排除器质性疾病。

3 中医辨证

IBS 临床上应先区分临床亚型,在临床亚型中进一步进行辨证论治。临床辨证应当“审证求因”,对于 IBS-M 或 IBS-U 尤需以见症为凭。本共识列出各亚型常见证型,为临床提供参考,需要说明的是,这些常见证型并不是临床的全部,共识并不排斥其他证型。

3.1 IBS-D

(1)肝气乘脾证

主症:①腹痛即泻,泻后痛缓;②发作与情绪变动有关。

次症:①肠鸣矢气;②胸胁胀满窜痛;③腹胀不适。

舌脉:舌淡红或淡暗,苔薄白;脉弦细。

证型确定:具备主症 2 项加次症 1~2 项,或主症第 1 项加次症 3 项,并参考舌脉进行诊断。

(2)脾胃虚弱证

主症:①餐后大便溏泻;②畏生冷饮食。

次症:①腹胀肠鸣;②易汗出;③食少纳差;④乏力懒言。

舌脉:舌质淡,或有齿痕,苔白;脉细弱。

证型确定:具备主症 2 项加次症 2 项,或主症第 1 项加次症 3 项,并参考舌脉进行诊断。

(3)脾肾阳虚证

主症:①黎明即泻;②腹部冷痛,得温痛减。

次症:①腰膝酸软;②大便或有不消化食物;③形寒肢冷。

舌脉:舌质淡胖,边有齿痕,苔白滑;脉沉细。

证型确定:具备主症 2 项加次症 2 项,或主症第 1 项加次症 3 项,并参考舌脉进行诊断。

(4)大肠湿热

主症:①腹痛即泻;②泄下急迫或不爽。

次症:①脘腹不舒;②渴不欲饮;③口干口粘;④肛门灼热。

舌脉:舌红,苔黄腻;脉滑数。

证型确定:具备主症 2 项加次症 2 项,或主症第 1 项加次症 3 项,并参考舌脉进行诊断。

3.2 IBS-C

(1)肝郁气滞证

主症:①腹痛伴排便,大便干结难解;②每于情志不畅时便秘加重。

次症:①胸胁不舒;②腹痛腹胀;③嗳气频作,心情不畅时明显。

舌脉:舌质淡或暗淡,苔薄白;脉弦。

证型确定:具备主症 2 项加次症 2 项,或主症第 1 项加次症 3 项,并参考舌脉进行诊断。

(2)大肠燥热证

主症:①腹痛伴排便,大便秘结;②大便干硬。

次症:①腹部胀痛,按之明显;②口干口臭。

舌脉:舌质红,苔黄少津;脉细数。

证型确定:具备主症 2 次或加次症 2 项,或主症第 1 项加次症 2 项,并参考舌脉进行诊断。

3.3 IBS-M

寒热夹杂证

主症:①腹痛伴排便,腹泻便秘交作。

次症:①腹胀肠鸣;②口苦;③肛门下坠;④排便不爽。

舌脉:舌暗红,苔白腻;脉弦细或弦滑。

证型确定:具备主症 1 项加次症 2 项,并参考舌脉进行诊断。

4 治疗

4.1 治疗目标

IBS 的治疗目标是改善症状,提高患者的生存质量。

4.2 西医常规治疗

4.2.1 维持良好的医患关系 医师与患者的良好沟通,以及对症状的解释,对于近期和远期症状改善均优于对照组^[7]。医师应当向患者解释:①IBS 是功能性疾病,没有证据显示 IBS 可以直接进展成严重的器质性疾病或恶性肿瘤;②IBS 的症状容易反复发作,对患者的影响主要体现为影响患者的生存质量;③IBS 应当强调生活方式的调整。通过生活方式调整,以及适当的药物治疗,多数患者的 IBS 症状是可以比较理想地得到改善。

4.2.2 生活方式、饮食习惯和心理的调整 生活方式和社会行为的调整能够减轻 IBS 症状。如减少烟

酒摄入、注意休息、充足睡眠等行为改善^[8]。

限制的食物种类包括:①富含FODMAP_s(即难吸收的短链碳水化合物,如果糖、乳糖、多元醇、果聚糖、低乳半聚糖)等成分的食物^[9];②高脂肪、辛辣、麻辣和重香料的食物;③高膳食纤维食物可能对便秘有效(但对腹痛和腹泻不利);寒凉食物可能会加重腹泻;④一旦明确食物过敏原,应避免摄入含有该过敏原成分的食物。

4.2.3 药物治疗 对IBS的药物治疗主要根据症状选择合适的药物。常用药物有解痉剂、止泻剂(腹泻型)、胃肠动力剂、通便剂、肠道生态制剂等。对伴有明显焦虑或抑郁状态的患者,可选用抗焦虑、抑郁药物。

(1)解痉剂:①选择性胃肠平滑肌钙离子通道阻滞剂。适用于治疗腹泻型或痉挛性便秘的IBS患者,如:匹维溴胺,50 mg/次,每天3次,口服;奥替溴胺,40 mg/次,2~3次/d,口服。②离子通道调节剂:此类药物可直接作用于细胞膜多离子通道,对平滑肌运动具有双向调节作用,故适用于各型、特别是混合型和不定型IBS患者,如:马来酸曲美布汀,100 mg/次,3次/d,口服。

(2)止泻剂:适用于腹泻的治疗。如:洛哌丁胺,2 mg/次,3~4次/d,口服;复方苯乙哌啶,1~2片/次,2~3次/d,口服;思密达,3~6 g/次,3次/d,口服。

(3)促动力剂:适用于腹胀和便秘型IBS,如:莫沙必利,5~10 mg/次,3次/d,口服;伊托必利,50 mg/次,3次/d,口服。

(4)通便剂:对IBS-C可试用容积性泻剂,如:聚卡波非钙,1 g/次,3次/d;甲基纤维素、欧车前制剂亦可选用。渗透性轻泻剂,如聚乙二醇、乳果糖等。刺激性泻剂应慎用。

(4)抗抑郁药:对伴有抑郁等心理因素者,可试用抗抑郁药,现多用选择性5羟色胺(5-HT)再摄取抑制剂(SSRI_s)。

(5)胃肠微生态制剂:适用于伴有肠道菌群失调的IBS患者。常用药物有思连康(双歧杆菌四联活菌片)、培菲康(双歧杆菌三联活菌胶囊)、金双歧(双歧杆菌乳杆菌三联活菌片)、整肠生(地衣芽孢杆菌活菌胶囊)、亿活(布拉氏酵母菌散)等。

(6)抗生素:利福昔明可改善非便秘型IBS总体症状以及腹胀、腹泻症状。

4.3 中医药治疗

4.3.1 中医辨证治疗

(1)IBS-D

①肝气乘脾证

治则:抑肝扶脾。

方药:痛泻要方(《丹溪心法》)加味。白术、白芍、防风、陈皮等。

②脾胃虚弱证

治则:健脾益气。

方药:参苓白术散(《太平惠民和剂局方》)加减。党参、白术、茯苓、莲子肉、薏苡仁、砂仁、桔梗、白扁豆、山药、炙甘草等。

③脾肾阳虚证

治法:温补脾肾。

方药:附子理中汤(《太平惠民和剂局方》)合四神丸(《内科摘要》)加减。药物:附子、党参、白术、干姜、五味子、补骨脂、肉豆蔻、吴茱萸、炙甘草等。

④大肠湿热

治法:清热利湿。

方药:葛根芩连汤(《伤寒论》)加减。葛根、黄芩、黄连、炙甘草等。

(2)IBS-C

①肝郁气滞证

治则:疏肝理气。

方药:六磨汤(《证治准绳》)加味:沉香、木香、槟榔、乌药、枳实、生大黄等。

②大肠燥热证。

治则:泻热润肠通便。

方药:麻子仁丸(《伤寒论》)加减。麻子仁、白芍、枳实、大黄、厚朴、杏仁、白蜜。

(3)IBS-M

寒热夹杂证

治则:平调寒热。

方药:乌梅丸(《伤寒论》)加减。乌梅、细辛、干姜、黄连、当归、附子、蜀椒、桂枝、党参、黄柏等。

4.3.2 中成药治疗

(1)参苓白术颗粒:人参、茯苓、白术、山药、白扁豆、莲子、薏苡仁、砂仁、桔梗、甘草。3~6 g/次,3次/d,适于IBS-D脾胃虚弱证。

(2)补脾益肠丸:黄芪、党参、砂仁、白芍、当归、白术、肉桂、延胡索、荔枝核、干姜、甘草、防风、木香、补骨脂、赤石脂。9 g/次,3次/d,适于IBS-D脾虚或脾肾两虚证。

(3)人参健脾丸:人参、白术、茯苓、山药、陈皮、木香、砂仁、黄芪、当归、酸枣仁、远志。6 g/次,2次/d。适用于IBS-D脾虚湿阻证。

(4)参倍固肠胶囊:五倍子、肉豆蔻(煨)、诃子肉(煨)、乌梅、木香、苍术、茯苓、鹿角霜、红参。4粒/次,3次/d。适于IBS-D脾肾阳虚证。

(5)四神丸:肉豆蔻、补骨脂、五味子、吴茱萸、大

枣。9 g/次,3次/d,适于IBS-D脾肾虚寒证。

(6)固本益肠片:党参、白术、补骨脂、山药、黄芪、炮姜、当归、白芍、延胡索、木香、地榆炭、赤石脂、儿茶、甘草。8片/次,3次/d,适于IBS-D脾肾虚寒型证。

(7)痛泻宁颗粒:白芍、青皮、薤白、白术。1袋/次,3次/d,适于IBS-D肝气乘脾证。

(8)葛根芩连丸:葛根、黄连、黄芩、炙甘草。6 g/次,2次/d,适用于IBS-D脾胃湿热证。

(9)香连丸:木香、黄连(吴茱萸制)。6 g/次,2次/d;适用于IBS-D脾胃湿热证。

(10)麻仁润肠丸:火麻仁、苦杏仁、大黄、木香、陈皮、白芍。6 g/次,3次/d,适于IBS-C大肠燥热证。

(11)便秘通:白术、肉苁蓉、枳壳。1支/次,2次/d,适用于IBS-C脾肾虚弱证。

(12)四磨汤口服液:木香、枳壳、槟榔、乌药。10 ml/次,3次/d,适用于IBS-C肝郁气滞证。

(13)六味能消胶囊:大黄、诃子、干姜、藏木香、碱花、寒水石。2粒/次,2~3次/d,适用于IBS-C气滞肠燥证。

(14)乌梅丸:乌梅肉、花椒、细辛、黄连、黄柏、干姜、附子、桂枝、当归、人参。2丸/次,2~3次/d,适用于IBS-M寒热错杂证。

4.3.3 针灸治疗 泄泻取足三里、天枢、三阴交,实证用泻法,虚证用补法。脾胃虚弱加脾俞、章门;脾肾阳虚加肾俞、命门、关元,也可用灸法;肝郁加肝俞、行间。便秘取背俞穴、腹部募穴及下合穴为主,一般取大肠俞、天枢、支沟、丰隆,实证宜泻,虚证宜补,寒证加灸。热秘加合谷、曲池;气滞加中脘、行间,用泻法。

4.4 中西医结合治疗要点

目前IBS中西医结合涉及临床的研究主要集中在以下方面:①IBS的病理生理机制与中医证型的关系研究;②经典方干预IBS的现代医学机理研究;③中西医结合方法干预IBS的临床疗效评价研究。但相对成熟,能向临床转化的成果尚不多见。

结合要点包括:①坚持将现代医学的诊断、分型与IBS的中医诊疗特点相结合,采用病-证结合模式开展IBS临床及科研。②在治疗方面,肝郁脾虚被认为是IBS-D的基本病机,与现代医学的内脏高敏感性、肠道菌群失调等机理存在着相关性,肝郁脾虚的代表方痛泻要方可被用于作为IBS-D的基本方,并加以化裁。③从IBS的终点结局来看,该病反复发作,难以彻底治愈,临床应着眼于疾病的长期调理,以中医调理体质,配合现代医学改善短期症状。

④IBS患者伴有的焦虑、抑郁状态是目前临床的关注要点之一,在中医调理时可加用抗焦虑、抑郁药物治疗。

5 疗效评定标准

IBS的临床疗效评价应当区分临床亚型,根据主要临床类型决定适合的疗效评价方式。在临床疗效评价应当区别主要疗效评价指标与次要疗效评价指标。

5.1 主要疗效评价指标

目前没有已验证的公认的临床终点结局指标。现行的评价方式主要考虑两个方面:腹痛、排便异常。参考欧洲《Guideline on the evaluation of medicinal products for the treatment of irritable bowel syndrome》^[10]和美国《Guidance for Industry: Irritable Bowel Syndrome-Clinical Evaluation of Drugs for Treatment》^[11],对IBS-D,主要考虑腹痛与排便性状的改善(推荐使用Bristol粪便性状量表);对于IBS-C,主要考虑腹痛与排便频率(每周的完全自主排便次数)的改善。对于腹痛而言,推荐使用11分(0-10)的疼痛强度评分(numeric rating scales, NRS),由患者对“过去24小时内最为严重的腹痛程度”进行分级。

对IBS-D而言,患者50%的疗程满足以下标准者定义为有效:与基线相比,腹痛程度改善至少30%且Bristol 6或7型的大便天数至少减少50%。

对IBS-C而言,患者50%的疗程满足以下标准者定义为有效:与基线相比,腹痛程度改善至少30%且每周至少增加一次完全自主排便。

对于IBS-M或IBS-U,总体评价法仍被推荐使用。如果采用7分制量表,疗效评价至少改善2级为有效;如果采用5分制量表,疗效评价至少改善1级为有效。且满足与基线相比,腹痛程度改善至少30%。

对于腹痛程度,评估以每天的情况为主,记录“过去24小时内最为严重的腹痛程度”;对于排便频率以每周的情况为主。症状日记可被采用。

5.2 次要疗效评价指标

IBS次要疗效评价指标对主要疗效评价指标起着补充作用。次要疗效指标可根据临床研究目的进行调整。可考虑的次要疗效评价指标有:IBS症状严重程度量表(ibs symptom severity scale, IBS-SSS)、中医证候评价、生存质量评价、心理测评等。

5.2.1 证候疗效评定标准 参照《中药新药临床研究指导原则》的疗效评定标准:采用尼莫地平法计算。疗效指数=(治疗前积分-治疗后积分)/治疗前积分×100%。①临床痊愈:主要症状、体征消失

或基本消失,疗效指数 $\geq 95\%$ 。②显效:主要症状、体征明显改善, $70\% \leq$ 疗效指数 $< 95\%$ 。③有效:主要症状、体征明显好转, $30\% \leq$ 疗效指数 $< 70\%$ 。④无效:主要症状、体征无明显改善,甚或加重,疗效指数 $< 30\%$ 。

5.2.2 IBS-SSS量表 罗马Ⅲ标准认为,IBS-SSS量表是已经得到验证的唯一的IBS症状量表,其有效性、可靠性及对治疗的敏感性已得到了验证^[12]。该表除一般资料及填写说明外,分为两个部分:第一部分为严重程度测评,从腹痛的程度、腹痛的频率、腹胀的程度、排便满意度及对生活的影响5个方面计算总分,总分为500分,低于75分可被视为处于缓解期,轻度、中度及重度的界值分别为75~175,175~300,300分以上;第二部分为IBS的其他资料,用户可以对大便次数、大便性状、腹痛的部位、腹痛的性质等作详细填写^[13]。

5.2.3 生存质量评价标准 IBS严重影响患者的生存质量,对IBS患者生存质量的测评量表包括疾病专用量表与普适性量表。常用的疾病专用量表有肠易激综合征生存质量量表IBS-QOL,普适性的量表如SF-36等。

IBS-QOL量表由Patrick等人研制。该表由34个自我评价的条目构成,从心境恶劣、行为障碍、自体意象、健康担忧、进食逃避、社会功能、性行为 and 关系拓展八个维度评价生存质量,该表已达到较好的心理学测量效度^[14-16]。SF-36是目前国际上应用得最为广泛的普适性量表,国内常用的为浙江大学李鲁教授的汉化版本^[17]。

患者报告结局量表(patient reported outcomes,PRO)是近些年来国外在健康相关的生存质量之上发展起来的评价指标。国内现有的PRO量表包括“基于慢性胃肠疾病患者报告临床结局评价量表(Patient reported outcome,PRO)”及“IBS中医证候量表”,前者以患者为中心,从全身症状、消化不良、反流、心理、排便、社会功能六个维度评价慢性胃肠疾病的干预效果,该量表具有良好的信度和效度^[18];后者侧重于从肝郁脾虚、脾胃虚弱、脾肾阳虚等维度对IBS证候进行诊断及评价,具有良好的信度和效度^[19]。

5.2.4 心理测评 IBS发病与精神心理因素密切相关,对精神心理状态的测量常作为IBS临床疗效评价的辅助指标。临床常用的心理状态测评量表有SAS^[20-21]、SDS^[22]、HAMA^[23]、HAMD^[24]等,各个量表之间的繁简程度不一,根据需要使用。

项目负责人:李军祥、陈 言

共识意见执笔人:唐旭东、卞立群

参与本共识意见专家如下(按姓氏笔画排名):

王长洪、王垂杰、王彦刚、甘 淳、吕 宾、任顺平、危北海、刘凤斌、刘成海、劳绍贤、李天望、李军祥、李 岩、李保双、李振华、李道本、杨春波、杨胜兰、肖 冰、时昭红、吴云林、何晓晖、沈 洪、张万岱、陈治水、陈 言、季 光、周正华、孟立娜、赵文霞、赵洪川、胡 玲、柯 晓、姚希贤、姚树坤、徐克成、唐旭东、唐志鹏、唐艳萍、黄穗平、梁 健、温艳东、谢晶日、窦永起、魏 玮、魏品康

参考文献

- [1] Mearin F, Lacy B E, Chang L, et al. Bowel disorders [J]. *Gastroenterology*, 2016, 150:1393-1407.
- [2] 中华医学会消化病学分会胃肠功能性疾病协作组,中华医学会消化病学分会胃肠动力学组. 中国肠易激综合征专家共识意见[J]. *中华消化杂志*, 2016, 36(05):299-312.
- [3] Agreus L. Natural history of dyspepsia[J]. *Gut*, 2002, 50(Suppl 4):iv2-iv9.
- [4] Talley NJ, Boyce P, Jones M. Identification of distinct upper and lower gastrointestinal symptom groupings in an urban population[J]. *Gut*, 1998, 42(5):690-695.
- [5] 常敏, 陈卫, 方秀才, 等. 腹泻型肠易激综合征患者肠外症状分析[J]. *胃肠病学*, 2010, 15(11):654-656.
- [6] 付朝伟, 陈维清, 栾荣生, 等. 综合医院门诊肠易激综合征病人抑郁/焦虑影响因素研究[J]. *中国健康心理学杂志*, 2007, 15(3):250-252.
- [7] Ilnyckyj A, Graff L A, Blanchard J F, et al. Therapeutic value of a gastroenterology consultation in irritable bowel syndrome[J]. *Aliment Pharmacol Ther*, 2003, 17(7):871-880.
- [8] Guo Y B, Zhuang K M, Kuang L, et al. Association between diet and lifestyle habits and irritable bowel syndrome: a case-control study[J]. *Gut Liver*, 2015, 23;9(5):649-656.
- [9] Böhn L, Störsrud S, Liljebo T, et al. Diet low in FOD-MAPs reduces symptoms of irritable bowel syndrome as well as traditional dietary advice: A randomized controlled trial. *Gastroenterology*, 2015, 149(6):1399-1407.
- [10] European Medicines Agency. Guideline on the evaluation of medicinal products for the treatment of irritable bowel syndrome. Available at: http://www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/Scientific_guideline/2013/07/WC500146176.pdf. Accessed December 8, 2014.
- [11] U. S. Department of Health and Human Services, Food

- and Drug Administration, Center for Drug Evaluation and Research(CDER). Guidance for industry: irritable bowel syndrome-clinical evaluation of drugs for treatment. May 2012.
- [12] Drossman D A. 罗马Ⅲ:功能性胃肠病[M]. 3版. 北京:科学出版社, 2008:707-707.
- [13] Francis C Y, Morris J, Whorwell P J. The irritable bowel severity scoring system:a simple method of monitoring irritable bowel syndrome and its progress[J]. *Aliment Pharmacol Ther*, 1997, 11(2):395-402.
- [14] Patrick D L, Drossman D A, Frederick I O, et al. Quality of life in persons with irritable bowel syndrome:development and validation of a new measure [J]. *Dig Dis Sci*, 1998, 43(2):400-411.
- [15] 李红缨, 高丽, 李宁秀. IBS-QOL 专用量表在肠易激综合征患者中的运用[J]. *中国循证医学杂志*, 2004, 4(12):875-877.
- [16] Huang W W, Zhou F S, Donald M, et al. Cultural adaptation and application of the IBS-QOL in China: a disease-specific quality-of-life questionnaire [J]. *Qual Life Res*, 2007, 16(6):991-996.
- [17] 李鲁, 王红妹, 沈毅. SF-36 健康调查量表中文版的研制及其性能测试[J]. *中华预防医学杂志*, 2002, 36(2):109-113.
- [18] 唐旭东, 王萍, 刘保延, 等. 基于慢性胃肠疾病患者报告临床结局测量量表的编制及信度、效度分析[J]. *中医杂志*, 2009, 50(1):27-29.
- [19] 官坤祥, 吴文江. 肠易激综合征中医证候量表的建立与评价[J]. *吉林中医药*, 2004, 24(8):6-8.
- [20] Zung W W K. A rating instrument for anxiety disorders[J]. *Psychosomatics*, 1971, 12(6):371-379.
- [21] 黄金龙, 张明. 肠易激综合征患者个性结构、焦虑度及抑郁度测评[J]. *广东医学*, 2006, 27(11):1696-1697.
- [22] Zung W W K. A self-rating depression scale[J]. *Arch Gen Psychiatry*, 1965, 12:63-70.
- [23] Hamilton. The assessment of anxiety states by rating [J]. *Br J Med Psychol*, 1959, 32(1):50-55.
- [24] Hamilton. A rating scale for depression[J]. *J Neurol Neurol Neurosurg Psychiatry*, 1960, 23:56-62.
-
- (上接第 226 页)
- [25] Fass R, Sontag SJ, Traxler B, et al. Treatment of patients with persistent heartburn symptoms; a double-blind, randomized trial[J]. *Clin Gastroenterol Hepatol*, 2006, 4(1):50-56.
- [26] Broeders JA, Bredenoord AJ, Hazebroek EJ, et al. Effects of anti-reflux surgery on weakly acidic reflux and belching[J]. *Gut*, 2011, 60(4):435-441.
- [27] 钟英强, 许哲, 郭佳念. 埃索美拉唑和氟哌噻吨美利曲辛治疗伴有抑郁或焦虑的非糜烂性胃食管反流病[J]. *中华消化杂志*, 2006, 26(7):444-447.
- [28] 兰索拉唑临床协作组. 兰索拉唑治疗反流性食管炎多中心临床观察[J]. *中华消化杂志*, 1999, 19(4):243-245.