

·基层常见疾病诊疗指南·

慢性腹泻基层诊疗指南(2019年)

中华医学会 中华医学杂志社 中华医学会消化病学分会 中华医学会全科医学分会
中华医学会《中华全科医师杂志》编辑委员会 消化系统疾病基层诊疗指南编写专家组
通信作者:吴开春,空军军医大学西京医院消化内科,西安 710032, Email: kaicwu@fmmu.edu.cn; 邹多武,上海交通大学医学院附属瑞金医院消化内科 200025, Email: zdw_pi@126.com



扫一扫下载指南原文

【关键词】指南; 慢性腹泻; 功能性腹泻

DOI: 10.3760/cma.j.cn114798-20200904-00960

Guideline for primary care of chronic diarrhea(2019)

Chinese Medical Association, Chinese Medical Journals Publishing House, Chinese Society of Gastroenterology, Chinese Society of General Practice, Editorial Board of Chinese Journal of General Practitioners of Chinese Medical Association, Expert Group of Guidelines for Primary Care of Gastrointestinal Disease

Corresponding author: Wu Kaichun, Department of Gastroenterology, Xijing Hospital, Air Force Medical University, Xi'an 710032, China, Email: kaicwu@fmmu.edu.cn; Zou Duowu, Department of Gastroenterology, Ruijin Hospital, Shanghai Jiao Tong University School of Medicine, Shanghai 200025, China, Email: zdw_pi@126.com

一、概述

(一)定义

慢性腹泻(chronic diarrhea)是消化系统常见的症状,也是消化科门诊患者常见的就诊原因,发病时影响患者的体力、精神状态、营养吸收、日常工作,大大降低患者的生命质量,造成较大的社会负担。腹泻(diarrhea)指排便次数明显超过平时习惯(>3次/d),粪质稀薄,含水量增加(>85%),大便可伴有黏液、脓血或未消化的食物。既往认为慢性腹泻的粪便排便量>200 g/d,但因粪便的重量变化很大,正常人的粪便重量可能会超过这个值,因此不推荐将粪便重量作为腹泻的衡量标准。推荐使用布里斯托粪便性状分型(图1)评分第5型及以上,作为腹泻标准^[1]。一般来说,急性腹泻病程为2~3周,而慢性腹泻病程>4周^[2]。我国学者把慢性腹泻定义为病程>4周,或间歇期在2~4周内的复发性腹泻^[3-4]。

(二)分类

慢性腹泻的基本病理生理学变化是肠道对水分的吸收能力减少或分泌能力增加,导致大便粪质含水量增多,进而导致腹泻。

1. 根据腹泻的病理生理类型不同可将腹泻分为4类:分泌性腹泻、渗出性腹泻、渗透性腹泻和动力性腹泻。



注:1、2型表示有便秘;3、4型是理想的便型,特别是4型,是最容易排便的形状;5~7型表示可能有腹泻

图1 布里斯托粪便性状分型(BSFS大便分型法)

2. 根据有无器质性病变,慢性腹泻可分为器质性腹泻和功能性腹泻。

3. 根据临床特点,慢性腹泻可分为水样泻、脂肪泻和炎症性腹泻。

多数腹泻是在多种因素和机制共同作用下发生的。从鉴别诊断的角度出发,慢性腹泻的临床分类可能比传统的病理生理分类更加实用。

(三)流行病学

慢性腹泻在临床上很常见,据估计,我国 3%~5% 人群患过慢性腹泻^[3]。西方人群慢性腹泻患病率为 4%~5%,美国成人慢性腹泻的患病率为 6.6%^[4]。但因慢性腹泻定义以及诊断标准尚未统一,不同地区对慢性腹泻的定义也不相同,故难以针对慢性腹泻进行准确的流行病学调查。

二、病因与发病机制

(一)病因

慢性腹泻可由多种疾病引起,包括功能性疾病和器质性疾病(表 1)。慢性腹泻的病因大部分为功能性疾病,主要包括腹泻型肠易激综合征(irritable bowel syndrome with diarrhea, IBS-D)和功能性腹泻。

表 1 慢性腹泻的病因

分类	病因
最常见	
功能性疾病	腹泻型肠易激综合征,功能性腹泻
常见	
胆源性腹泻	胆囊切除术后
饮食相关腹泻	FODMAP 饮食(低可发酵寡聚糖、二糖、单糖、多元醇饮食)诱发,乳糖酶缺乏,食品添加剂(山梨糖等)、咖啡因、过量酒精摄入
肠道疾病	结直肠肿瘤,炎症性肠病,显微镜下结肠炎
药物性腹泻	抗菌药物如红霉素等大环内酯类、非甾体类抗炎药,泻药,制酸药如氧化镁,氢氧化镁,脱水剂如甘露醇、山梨醇、缓泻药如乳果糖,降糖药如二甲双胍等
较少见	
胃肠道疾病	乳糜泻,小肠细菌过度生长,慢性细菌性痢疾,阿米巴肠病,肠结核,肠道淋巴瘤,缺血性肠病,伪膜性肠炎,放射性肠炎,肠道寄生虫感染
肝胆及胰腺疾病	慢性胰腺炎,胰腺肿瘤
内分泌和代谢性疾病	糖尿病,甲状腺功能亢进症
罕见	
其他小肠疾病	惠普尔病(Whipple 病),热带口炎性腹泻,肠道淀粉样变性,肠道淋巴管扩张
内分泌和代谢性疾病	甲状旁腺功能低下,艾迪生病(Addison 病)
激素分泌性肿瘤	血管活性肠肽瘤,胃泌素瘤,类癌

(二)发病机制

正常生理情况下胃肠道参与机体水电解质平衡,每 24 小时约有 9 L 水分和电解质进入小肠,其中 2 L 来自饮食,7 L 来自消化道和肝胆胰分泌的消

化液,小肠可吸收其中 90% 的水分,仅有 1~2 L 排至结肠,结肠又可吸收其中 90% 水分,最终仅有 0.1~0.2 L 水分随粪便排出。如水分的分泌和吸收发生紊乱,粪便中水分增加,即可造成腹泻。不同病因导致的腹泻,其病理生理机制有所不同。

1. 渗透性腹泻:由于肠腔内含有大量不能被吸收的溶质,使肠腔内渗透压升高,大量液体被动进入肠腔以维持肠腔与内环境渗透性平衡,从而引起腹泻。其临床特点为:禁食或停药后腹泻减少或停止,粪便总量一般<1 L/d;粪便渗透压超过血浆渗透压;粪便中含大量未经消化吸收的食物或药物。其病因包括服用药物(硫酸镁等泻药,甘露醇、山梨醇等脱水剂,乳果糖等)、小肠对糖类吸收不良(如乳糖不耐受症)、进食高渗性食物、消化不良、小肠细菌过度生长、胆汁重吸收障碍、肠黏膜面积减少(短肠综合征)、肠黏膜病变(热带口炎性腹泻、麦胶性肠病、Whipple 病等)、肠淋巴回流受阻(小肠淋巴瘤、先天性淋巴管扩张)等。

2. 分泌性腹泻:肠黏膜上皮细胞电解质转运机制障碍,导致胃肠道水和电解质分泌过多和/或吸收抑制而引起。肠道的分泌主要通过肠黏膜隐窝细胞实现,吸收则通过肠上皮细胞。肠腔与上皮的液体交换由离子的主动运输驱动,主要包括 Na⁺、Cl⁻、HCO₃⁻和 K⁺。其特点有:肠黏膜组织结构正常;肠液与血浆渗透压相同;粪质呈水样,量大,无脓血;禁食后腹泻不减轻;粪便量>1 L/d。可见于外源性促分泌物(如细菌肠毒素)和内源性促分泌物[如前列腺素、血管活性肠肽(VIP)、肿瘤坏死因子(TNF)等]影响,以及先天性肠黏膜离子吸收缺陷和广泛的肠黏膜病变。分泌性腹泻常见病因包括细菌肠毒素(如霍乱弧菌、产毒性大肠杆菌)感染,内源性促分泌物过度分泌(如血管活性肠肽、神经内分泌瘤),某些非渗透性泻药等。

3. 渗出性腹泻:即炎症性腹泻,是肠黏膜的完整性因炎症、溃疡等病变而损伤,造成大量液体渗出引起的腹泻,分为感染性和非感染性两大类。其特点为:粪便常含有渗出液和血液,结肠(尤其是左半结肠)炎症,多有肉眼黏液脓血便;大便检查可见较多红细胞和白细胞;常伴有腹部或全身炎症或感染症状;腹泻和全身情况的严重程度取决于肠道的受损程度;粪便量少,不超过 0.8 L/d。常见于炎症性肠病、缺血性肠病、放射性肠炎、嗜酸粒细胞性胃肠炎、显微镜下结肠炎等。感染因素可见于志贺菌、侵袭性大肠杆菌感染等。

4. 动力性腹泻:包括肠腔内容物增加引起反射性肠蠕动加速、某些促动力性激素或介质的释放以及支配肠运动的神经系统异常,食物快速通过肠道,与肠腔接触时间缩短,影响水分的吸收而导致的腹泻。其特点有:粪便性状多为水样或稀烂,无黏液及脓血等渗出物;腹泻大多伴有腹痛或肠鸣音亢进,排便后症状缓解。病因有肠易激综合征(IBS)、糖尿病周围神经病变、类癌综合征、甲状腺功能亢进症以及胃大部或全胃切除术后倾倒综合征等,腹腔或盆腔的炎症也可反射性引起肠蠕动加快导致腹泻。

需注意,慢性腹泻的临床分类中的脂肪泻应对应病理生理分类的渗透性腹泻,炎症性腹泻对应渗出性腹泻,水样泻则对应3种病理生理机制分类,即渗透性腹泻、分泌性腹泻和动力性腹泻。慢性腹泻是一类病因复杂的症状群。同一种疾病可由不同病理生理机制产生腹泻,也可以表现为不同临床类型的腹泻。

三、诊断、鉴别诊断与转诊

(一)诊断步骤

慢性腹泻的诊断可以分为以下几个步骤:

1. 判断是否属于真正意义上的腹泻。
2. 排除医源性腹泻。
3. 根据患者人群和临床表现对腹泻进行分类。
4. 在分类的基础上进一步明确腹泻病因。

腹泻常伴有其他症状,如发热、头晕、呕吐、腹痛。引起腹泻的原因也较多,慢性腹泻的诊断需要从病史、伴随症状和体征、既往史、过敏史以及常规化验获得充分依据。首先应通过病史筛查是否为感染性、抗菌药物相关性、放化疗后或者全身性疾病等引起的腹泻,还应详细询问患者的其他用药史、饮食习惯、过敏史、近期旅行情况、腹部手术史等,进一步通过实验室检测及影像学检查明确腹泻的病因。

对于慢性腹泻,首先应鉴别功能性腹泻和器质性腹泻。功能性腹泻常伴有下腹痛或者左下腹隐痛,便后疼痛可缓解,大便检查无病原体,内镜检查无器质性病变。IBS是功能性肠病的一个亚组,没有明确的原因。腹泻症状持续,夜间活动后腹泻加重,体重明显减轻,可能提示为器质性疾病。病变位于直肠或乙状结肠的患者,腹痛多位于左下腹,排便常伴有里急后重感,每次排便量少,粪色较深;而病变位于右半结肠或小肠病变的患者,可同时伴有脐周腹痛,排便无里急后重感。动力性肠病及炎

症性肠病患者病程较长,且呈反复发作的特点。此外,慢性腹泻可能由某些全身性疾病引起,如甲状腺功能亢进症、糖尿病、腺垂体功能减退、系统性红斑狼疮、慢性肾上腺皮质功能减退等,医生必须警惕胃肠道以外的症状和疾病^[1-2]。

(二)诊断方法

1. 临床表现:

(1)危险因素:

①生活方式:如饮食规律、情绪、气候及环境变化、工作压力等。

②食物过敏或食物不耐受。

③药物因素。

(2)病史:

①既往史:特殊的膳食成分可能引起或加重慢性腹泻,需仔细询问饮食史及其与症状的关系;许多药物也会引起腹泻,仔细回顾用药史至关重要;辐射可导致慢性腹泻,有时暴露后几年才会起病,应询问有关放射治疗史;腹部手术史;热带或其他特殊地区旅行史。

②起病方式与病程:起病急骤伴有发热,腹泻频繁者应考虑肠道感染性疾病;炎症性肠病、IBS、吸收不良综合征等引起的腹泻可为慢性起病,病程可长达数年至数十年,常呈间歇性发作;在禁食情况下仍有腹泻,提示为分泌性腹泻;禁食后腹泻停止者为渗透性腹泻。

③粪便性状:水样便见于各种分泌性腹泻,如肠毒素大肠杆菌、胃泌素、金黄色葡萄球菌食物中毒,如大便量>5 L/d,则应考虑霍乱(米泔水样大便)或内分泌肿瘤等引起的分泌性腹泻。蛋花汤样大便见于艰难梭菌等引起的伪膜性肠炎。脓血便见于渗出性腹泻,如脓血仅附着于粪便表面,则提示直肠或乙状结肠病变。洗肉水样大便见于某些急性出血性肠炎或重症溃疡性结肠炎。果酱样大便见于阿米巴痢疾或升结肠癌。酸臭的糊状便见于糖吸收不良,有油滴的糊状便见于脂肪吸收不良,恶臭大便见于蛋白质消化不良。大便中带有不消化的食物,粪便有恶臭且伴有中上腹或脐周腹痛,常提示慢性胰腺炎以及小肠吸收不良,其中白陶土样大便并带有泡沫见于脂肪泻和慢性胰腺炎。急性坏死性小肠炎引起的腹泻大便多为浓臭血水样大便。

④伴随症状:

①胃肠症状:伴有腹痛多见于炎症性肠病,脐周或右下腹痛提示小肠性腹泻,左下腹或中下腹痛

提示结肠性腹泻。

⑤全身症状:如是否伴有发热、食欲减退或亢进、营养不良和消瘦、休克、贫血、出血倾向等。

⑥肠外表现:如皮肤、关节、眼部或胆胰病变等,可能与炎症性肠病或其他全身疾病有关。

2. 体格检查:不同病因的慢性腹泻可以有不同的表现。短肠综合症及小肠吸收不良综合征常伴有营养不良的表现,严重者可以表现为恶病质;不完全肠梗阻引起的腹泻,腹部可见肠型、蠕动波以及肠鸣音亢进表现;溃疡性结肠炎、慢性细菌性痢疾可以有左下腹压痛;克罗恩病、肠结核、阿米巴痢疾常出现右下腹压痛;结肠癌可以有腹部包块,直肠癌患者肛诊可发现肿块。

3. 辅助检查:辅助检查方式可根据医疗单位条件及病情选择。如无明确结论,尤其是当存在报警症状,或未有明显病因证据时,或鉴别诊断需要进一步排除时,则可能需要进一步检查,如粪便细菌培养、肠结核相关检查等,但最终确诊往往依赖结肠镜检查。高度怀疑肠结核、肠阿米巴等疾病时,可在密切随访下进行诊断性治疗。

(1)粪便检查:粪便检查是慢性腹泻实验室检查的常规项目,对慢性腹泻患者具有重要的诊断价值。其中包括粪便常规(白细胞、吞噬细胞、原虫、虫卵、脂肪滴)检查、隐血试验、粪便培养、病原学检测(如艰难梭菌毒素、寄生虫及虫卵)、粪便电解质、pH 值和脂肪含量等。粪钙卫蛋白是一种来源于中性粒细胞的含钙蛋白,可作为炎症标志物。粪钙卫蛋白检查灵敏性高、特异性强,可用于鉴别炎症性与非炎症性肠病,是一种非侵入性检查,有助于评估疾病活动度、黏膜病变程度以及治疗效果。

(2)血常规和血生化:血常规和电解质、肝肾功能等检查结果常可提示是否存在感染、病情严重程度以及营养状态。对于其他血液学检查,往往在鉴别诊断时根据诊断思路进行相应选择。

(3)影像学检查:如腹部超声、CT、MRI 等可了解肝胆胰等病变;X 线钡餐、钡剂灌肠等可以观察胃肠道功能状态;肠道 CT、MRI 可了解肠壁及周围情况,初步判断有无器质性疾病。

(4)内镜检查及组织学检查:内镜检查对于消化道疾病的诊断具有重要意义。下消化道内镜检查可直观显示结肠黏膜情况,明确结直肠病变,一般慢性腹泻患者均建议常规下消化道内镜检查,尤其是有报警症状者更应及时镜检。对原因不明的慢性腹泻,结肠镜检查阴性时,应行结肠黏膜多点

活检进一步明确病因以排除显微镜下结肠炎可能。

慢性腹泻患者结肠镜检查的适应证包括:

①合并腹泻以外其他肠道症状,如腹痛、腹胀持续出现,发现腹部包块等诊断不明确者。

②原因不明的下消化道出血,包括显性出血和持续性隐性出血者。

③低位肠梗阻及腹部包块不能排除肠道疾病者。

④影像学或其他检查不能确定肠道病变性质,但有明显的肠道症状,尤其疑有恶变者。

⑤有结肠癌家族史,需要进行肠镜检查者。

⑥已确诊的肠道病变如炎症性肠病、结肠息肉、结肠癌术后等需要定期随访复查者。

⑦大肠息肉和早期癌需在内镜下治疗者。

⑧不明原因的消瘦、贫血。

⑨结肠切除术后,需要检查吻合口情况者。

⑩有其他系统疾病和临床其他发现,需要肠镜进行辅助诊断者。

⑪对于慢性腹泻同时具有结直肠癌其他高危因素的患者也应考虑结肠镜检查。

上消化道内镜检查对全身性疾病、克罗恩病及疑诊乳糜泻时非常重要,乳糜泻一般需要从十二指肠黏膜取活检进行病理诊断。黏膜组织学检查有助于惠普尔病(Whipple 病)、小肠淋巴瘤、小肠淋巴管扩张、克罗恩病、某些寄生虫感染、脂蛋白缺乏症、淀粉样病变等的诊断。

其他内镜检查项目包括:怀疑或需要排除小肠病变时可以选用小肠镜检查。胶囊内镜可以无创检查胃肠道,尤其是小肠病变,但是不能反复观察重点部位,也不能取得组织学标本。经内镜逆行胰胆管造影(ERCP)、磁共振胰胆管造影(MRCP)等可以用来发现胰腺及胆囊病变,超声内镜可以观察胰腺内分泌肿瘤等。

(5)呼气试验:有助于诊断碳水化合物吸收不良和小肠细菌过度增长,但灵敏度和特异性差异大,基层开展较少。

(6)小肠吸收功能试验:粪便定量检测,脂肪平衡试验 24 h 粪脂平均量 >6 g(或三酰甘油 >1 g)或吸收率 <90%,提示脂肪吸收不良;维生素 B₁₂ 吸收试验异常提示内因子缺乏、小肠细菌过度生长或末端回肠炎;D-木糖吸收试验中尿 D-木糖排泄减少反映肠吸收不良或小肠细菌过度生长;胰腺外分泌功能试验异常可反映胰腺外分泌功能不足;呼气氢试验中,乳糖呼气氢试验异常提示乳糖酶缺乏,葡

葡萄糖呼气氢试验异常提示小肠细菌过度生长;¹⁴C-甘氨酸呼气试验异常提示胆盐吸收不良、小肠细菌过度生长。

(7)降钙素、生长抑素、甲状旁腺激素、VIP、5-羟色胺(5-HT)、血胃泌素、肾上腺皮质激素异常提示神经内分泌系统疾病。

(三)诊断标准与诊断流程

慢性腹泻是针对症状的描述,在符合其发病时间及腹泻的诊断标准后,还需要明确慢性腹泻的病因,由全身性或肠道器质性病变导致,亦或属于肠道的功能性疾病。

1. 全身性疾病或器质性疾病造成的慢性腹泻:

(1)糖尿病:糖尿病性腹泻呈顽固性、间歇性,发作时间可为几天至几周;间歇期可为数周至数月,腹泻昼夜均可发生,约5%的腹泻患者同时有脂肪泻。

(2)甲状腺功能亢进症:由于患者肠道蠕动快,消化不良而出现大便频繁甚至腹泻,大便一般呈糊状,含较多未消化食物。

(3)肝癌:以腹泻为首发症状的肝癌并不少见。肠黏膜变性水肿,通透性增加,对水分的重吸收减少,致大量水分排入肠腔引起腹泻。

(4)结直肠癌:多数发生在中年以后,位于左侧结肠者常为环状生长,伴有排便习惯改变。当肿瘤有糜烂、溃疡、坏死时,可表现为腹泻、血便和里急后重,尤其是肿瘤位于直肠者,主要表现为血便、排便次数增多、排便不畅和里急后重。

(5)炎症性肠病:包括克罗恩病和溃疡性结肠炎,起病缓慢,以腹痛、腹泻开始,逐渐加重,溃疡性结肠炎可有脓血便。多为间歇性发作,病程后期呈持续性。炎症性肠病可伴发全身表现及肠外表现。

2. 功能性腹泻及 IBS:2016 年 6 月,功能性胃肠病罗马委员会颁布了功能性胃肠病罗马 IV 诊断标准,将功能性胃肠病定义为以胃肠道症状为主要表现的脑-肠轴互动异常。功能性胃肠病引起慢性腹泻的情况包括 IBS(腹泻型与混合型)、功能性腹泻、胃-结肠反射亢进引起的腹泻。它们共同的病理生理机制为内脏高敏感性、消化道动力与分泌功能障碍、大脑信息处理异常、5-HT 信号传导异常、心理障碍和遗传等因素综合作用而致病。罗马 IV 已经不强调将 IBS、功能性便秘、功能性腹泻、功能性腹胀作为特定的疾病来看待,其有着与病理生理机制特征相联系的症状谱,只是在临床上表现出来的症状数目、频度和严重程度有差异^[5-7]。

IBS 是临床常见的以腹痛、腹胀、腹部不适和排

便习惯改变为主要症状的临床综合征,但缺乏能解释这些症状的器质性病变的临床常规检查。我国普通人群 IBS 总体患病率为 6.5%,女性患病率略高于男性,各年龄段均有发病,但中青年更为常见^[8]。根据罗马 IV 诊断标准,IBS 被定义为诊断前症状出现 6 个月以上,近 3 个月以来,反复腹痛,每周至少有 1 d 出现腹痛,并伴有以下 2 项或 2 项以上异常改变者:与排便相关;与排便频率改变相关;与大便性状改变相关。IBS 可伴有排便紧迫感或排便不尽感、黏液便、腹胀等。IBS-D 常排便急,粪便呈糊状或稀水样,3~5 次/d,严重者可达 10 余次,可有黏液但无脓血。

肠道感染是 IBS 的重要发病因素,约 1/4 患者症状起自胃肠炎、痢疾或其他胃肠道感染性疾病。研究也发现患痢疾或肠炎时病程越长,以后发生肠功能紊乱的风险就越高,被称之为感染后 IBS。在 IBS 患者中,饮食因素是诱发或加重腹泻等症状的主要因素,主要包括免疫性(食物过敏)和非免疫性(食物不耐受)两方面,其中食物不耐受更为常见。肠道动力异常也是 IBS 的重要发病机制,主要表现在结肠,IBS 患者进餐后结肠运动增加、乙结肠收缩幅度增加、推进型蠕动频率增加,造成便秘增加以及腹泻等症状。

《中国肠易激综合征专家共识意见(2015 年,上海)》指出,有报警征象的患者必须进一步检查,排除器质性疾病^[8]。IBS 的报警征象包括:年龄>40 岁的新发患者、便血、粪便隐血试验阳性、贫血、腹部包块、腹水、发热、体重减轻和结直肠癌家族史。

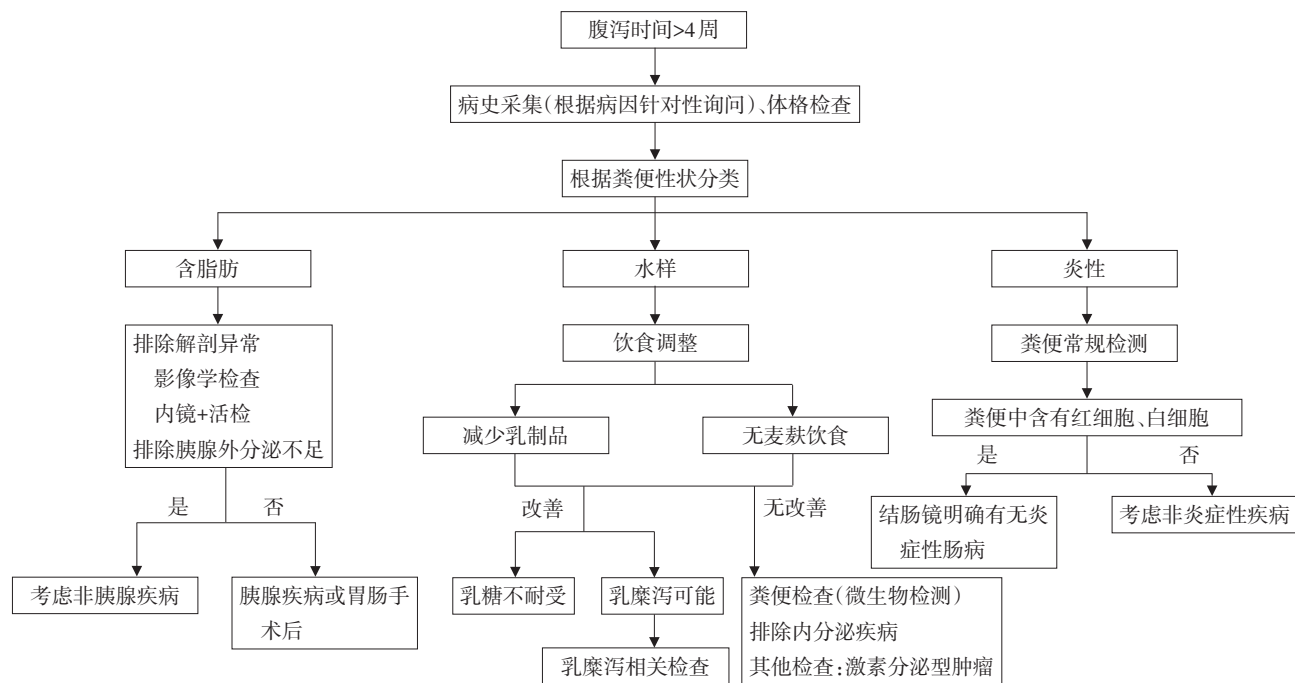
功能性腹泻的诊断标准为≥75%大便为松散或糊状便或水样便;不伴有腹痛或腹部不适;诊断之前至少 6 个月存在症状,且后 3 个月符合诊断标准。功能性腹泻与 IBS-D 的主要区别是前者不伴有腹痛或腹部不适,因此在询问病史时要注意详细问诊。

3. 诊断流程:慢性腹泻诊断流程见图 2。

(四)鉴别诊断

1. 与大便失禁相鉴别:大便失禁是指反复发生的、不能控制的粪质排出,症状持续至少 3 个月,包括被动型(患者无意识的粪便外漏)、急迫型(患者有意识但主观无法控制)和粪漏(紧随一次正常排便后的粪便漏出)^[4]。

2. 根据起病和病程鉴别^[5]:急性起病且伴有体温增高多见于肠道感染;集体起病多见于食物中



注:相关实验室检查、影像学检查及内镜检查均阴性者高度提示功能性疾病

图2 慢性腹泻的诊断流程

毒;炎症性肠病及肠动力性疾病多病程长,并且呈反复发作的特点;同时要仔细询问用药史、饮食习惯、旅行情况、腹部手术史及放射治疗史,以进一步除外因药物、不良饮食习惯、旅行及腹部手术和放疗引起的腹泻。

3. 根据伴随症状及粪便性状鉴别^[5]:病变位于直肠和/或乙状结肠,每次排便量少,腹痛位于左下腹,多伴有里急后重,粪色较深,多呈黏冻样,可混有血液;右半结肠或小肠病变的腹痛多位于脐周,无里急后重,但粪便稀烂成液状或水样,色较淡,每次排便量多。慢性胰腺炎以及小肠吸收不良者腹痛多位于中上腹或脐周,通常大便中具有不消化食物,粪便有恶臭;霍乱弧菌所致腹泻呈米泔水样;溃疡性结肠炎大便为黏液脓血便;直肠癌、痔疮、肛裂可表现为血便,而结直肠癌可出现大便带血或血便,伴有腹部包块;肠结核患者便血较少见,重者可见大便含黏液及脓液,并伴有发热、盗汗、乏力等结核中毒症状。急性坏死性小肠炎等引起的腹泻多为脓臭血水样大便;粪便有特殊气味见于脂肪泻、烟酸缺乏症、乳糖酶缺乏症。

(五)转诊建议

1. 有报警征象者或根据病史需进一步检查排除严重器质性疾病所致腹泻者。
2. 经验治疗2~4周无效或难治性腹泻者。
3. 不能排除感染性腹泻、需进一步诊治者。

4. 合并其他严重全身性疾病需联合评估及治疗者。

5. 明确病因、有手术指征者。

6. 腹泻较严重并发重度水电解质紊乱甚至休克者。

四、治疗

(一)治疗目标

缓解症状,恢复正常排便次数、性状,纠正其他伴随症状。强调个体化的综合治疗。

(二)治疗方法

根据病因选择不同的治疗方法。

1. 器质性腹泻:主要针对病因治疗,也可临时选用止泻药以缓解腹泻症状。

(1)炎症性肠病(IBD):局部和全身抗炎药物如美沙拉秦,皮质激素,免疫调节剂(硫唑嘌呤、6-巯基嘌呤、甲氨蝶呤),生物制剂等。

(2)感染性腹泻:抗微生物治疗,针对感染后乳糖吸收不良的治疗。如针对小肠细菌过度生长可使用抗菌药物,并治疗继发性乳糖吸收不良。针对艰难梭菌等肠道机会性感染的治疗等^[9]。

(3)乳糖泻:无麸质饮食(避免大麦、小麦、黑麦等为原料的食品);维生素和矿物质替代;评估骨矿物质密度。

(4)乳糖不耐受:避免含乳糖的食物(例如奶制品、冰淇淋),使用乳糖酶补充剂。

(5) 胰腺功能不全: 改良脂肪饮食, 补充胰酶和抑制胃酸。

(6) 肠系膜缺血: 开放性手术修复(经主动脉内膜切除术, 直接再植入主动脉, 或顺行/逆行旁路移植术) 或血管内修复术(血管成形术和/或肠系膜血管动脉粥样硬化病变支架置入术)。无法耐受外科手术或血管内技术治疗的患者可采用药物治疗, 如抗凝治疗。

(7) 胆盐引起的腹泻: 考来烯胺。

2. 功能性腹泻及 IBS-D: 慢性腹泻型的功能性肠病治疗目标是改善症状, 提高患者的生命质量。需要制订个体化治疗策略, 规范性治疗包括协助患者进行生活方式、情绪及饮食的调整、在循证医学指导下进行联合治疗, 综合治疗, 坚持个体化治疗等^[8]。治疗药物包括解痉止痛药, 腹泻严重者可视病因给予止泻药物、调节肠道微生态药物、肠黏膜保护剂、适量短期使用抗菌药物、抗抑郁与抗焦虑药物合理使用、中医中药等。

(1) 调整生活方式:

① 调整饮食: 避免诱发或加重腹泻症状的食物, 尤其是不耐受的食物。可供参考的限制食物种类包括: 富含 FODMAPs (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 (如苹果、梨、芒果、西瓜、蜂蜜、牛奶、芦笋、西兰花、卷心菜等); 高脂肪、辛辣、麻辣和重香料的食物; 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; 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。

对于临床怀疑或明确麦麸过敏或乳糜泻患者, 需推荐无麸质饮食, 如马铃薯、玉米、蔬菜、肉类、豆类、坚果、乳蛋、海鲜、米类等, 或购买标示无麸质的食品, 戒断含有麦麸的食物, 如意大利面、披萨、啤酒、燕麦、吐司、三明治等, 甚至酱料、蛋糕、面包、饼干与蛋糕等食物。

② 调整生活方式和社会行为, 如减少烟酒摄入、注意休息、保证充足睡眠等, 可明显阻止 IBS 症状反复出现及加重。

③ 认知治疗: 功能性腹泻及 IBS 患者对疾病的病因和危害的不恰当认知可能会加重症状, 因此在 IBS 处置过程中应建立良好的医患沟通和信任关系, 使患者充分了解疾病本质, 并开展对患者治疗策略的良好沟通可以显著提高近期和远期疗效。

(2) 药物治疗: 经上述处理无效, 可酌情选用

相应药物治疗^[6]。

① 解痉剂: 解痉止痛类药是治疗功能性慢性腹泻的重要药物, 不但可调节胃肠道的动力, 有效缓解 IBS-D 患者总体症状 (尤其对合并腹痛疗效较明显), 而且可减少胃肠道的分泌功能。选择性肠道平滑肌钙离子拮抗剂和离子通道调节剂可以缓解平滑肌痉挛, 已被国际多个指南和共识意见列为一线治疗。主要包括动力调节药曲美布汀、胃肠道解痉药匹维溴铵、复方枸橼酸阿尔维林等。

② 止泻药物: 功能性腹泻或 IBS 患者症状严重者可给予止泻药物以有效缓解腹泻症状, 也可用于其他慢性腹泻的对症处理, 但需注意用药对原发病的影响及用药不良反应。需要强调, 止泻药物治疗仅为对症处理, 腹泻严重者还应注意纠正水电解质和酸碱平衡, 并注意止泻药对其他合并用药的影响。止泻药物不应长期应用。

③ 阿片及其衍生物制剂: 如盐酸洛哌丁胺、地芬诺酯、复方樟脑酊等。洛哌丁胺可通过作用于肠道平滑肌阿片受体延缓肠道传输, 从而显著降低 IBS 患者排便频率并增加粪便硬度, 推荐用于进餐后腹泻和/或排便失禁患者, 目前无长期应用的报道。

④ 蒙脱石散: 具有层纹状结构及非均匀性电荷分布。对消化道内的病毒、细菌及其产生的毒素有固定、抑制作用; 对消化道黏膜有覆盖作用; 并通过与消化道黏膜中糖蛋白相互结合, 从质和量两方面修复、提高黏膜屏障对攻击因子的防御功能, 可降低结肠的过敏感性, 恢复胃肠道上皮组织的吸收和分泌功能。双八面蒙脱石不被胃肠道所吸收, 不进入血液循环, 其连同所固定的攻击因子随着消化道自身的蠕动而排出体外。是目前应用较广泛的止泻药。

⑤ 吸附剂: 如药用碳, 通过药物表面吸附作用, 吸附肠道中水、气、致病微生物及毒物, 阻止它们被肠黏膜吸收或损害肠黏膜而发挥止泻作用。

⑥ 收敛剂: 如鞣酸蛋白, 通过凝固蛋白形成保护层而使肠道免受有害因子的刺激, 减少分泌。

⑦ 保护药: 如碱式碳酸铋, 具有形成肠道保护膜的作用, 使肠道不受刺激从而缓解腹泻。

⑧ 其他: 盐酸小檗碱等。阿洛司琼等可用于常规治疗无效的女性腹泻型 IBS 患者。

⑨ 益生菌: 有关益生菌的最佳种属、剂量和疗程目前尚无一致意见, 但益生菌有助于 IBS 总体症状的改善, 并已列入 IBS 的治疗指南^[10]。益生菌可

以调节肠道的正常菌群,减少致病性菌群的过度生长,目前常用的活菌制剂有多种乳杆菌和双歧杆菌,非致病性大肠杆菌,地衣芽孢杆菌,以及枯草杆菌二联活菌、双歧杆菌四联活菌等复合制剂。补充益生菌治疗过程中,应注重发挥优势菌株的作用,改善肠道厌氧环境,调控失衡的微生态环境,增加菌群的多样性。一般来说,多菌株制剂优于单菌株制剂。

④抗菌药物:短期使用利福昔明可改善非便秘型 IBS 总体症状及腹胀、腹泻症状。

⑤抗抑郁、焦虑治疗:抗抑郁、抗焦虑治疗不但可调节患者的情绪,还可以调整胃肠道动力和分泌功能,并降低内脏高敏感状态,是治疗功能性腹泻与 IBS 的重要方式之一。针对功能性腹泻及 IBS-D 患者抗抑郁、焦虑治疗的适应证包括:

①合并明显精神心理障碍。

②常规药物治疗效果欠佳。

③以内脏高敏感性为主要表现者。

④对于无精神心理障碍的患者,如果常规药物治疗 4~8 周不理想,也可推荐采用抗抑郁药物治疗。

治疗药物和方法包括小剂量三环类抗抑郁药物(TCA)和 5-HT 再摄取抑制剂(SSRI),可以缓解 IBS 总体症状和腹痛症状,即使对于无明显伴随精神心理障碍表现的患者也有一定治疗效果。抗焦虑药物或镇静剂亦能够有效改善 IBS 症状,但只推荐短期应用于有显著焦虑情绪或行为的患者。心理治疗主要用于对常规药物治疗无反应的患者,包括分组集体疗法、认知疗法、人际关系疗法、催眠疗法、应激管控和放松治疗等。

(3)中医治疗:在中医理论中慢性腹泻多以外感邪气、内伤情志、饮食不节、病后体虚、脏腑功能失调为基本病机,应随证施治,如脾虚湿盛证宜用补脾益肠丸,脾肾阳虚证宜固本益肠片,二肝郁脾虚者可用痛泻宁等,也可辅以针灸治疗以健脾、温肾、疏肝^[11]。中医治疗有一定效果,尚需要高质量的研究证据。

(4)心理状态评估和治疗:无论是器质性疾病造成的慢性腹泻亦或功能性腹泻或 IBS,腹泻症状均和心理及情绪因素密切相关,因此对于有明显焦虑、抑郁等负性情绪者,可在治疗前请专业心理工作者给予心理健康水平评估,必要时同时接受相应的药物与心理治疗,才有可能达到较好的治疗效果。

(三)随访评估

1. 器质性腹泻:评估疾病严重程度,治疗效果,是否有并发症,病因是否去除,预后等。

2. 功能性腹泻及 IBS-D:大多数 IBS 患者症状可能持续存在,但不会加重;小部分患者症状会加重,还有部分患者会完全康复。对于轻症患者,长期随访过程中,通常不需要进行药物干预,除非症状持续存在,影响生命质量、造成功能障碍、患者严重担心病情,或出现可能为严重胃肠疾病的报警症状时,患者需要接受进一步诊治。

(四)预后及预防

1. 预后:器质性疾病导致的慢性腹泻,根据其原发病不同,预后及预防措施有很大差异。而功能性腹泻及 IBS 虽然病程长,易反复发作,但预后一般较好。有回顾性研究发现,12%~18% IBS 患者在 2 年的中位随访期内症状消失^[5]。预后不良的危险因素包括严重心理障碍、病程长和既往有手术史等。

2. 预防:针对 IBS,可以采取以下措施进行预防:

(1) 饮食管理,定时定量,避免或减少刺激性食物或不耐受食物。

(2) 环境调适,养成良好的生活和工作习惯,注意气候、季节、时差等因素对病情的影响。

(3) 调整睡眠,解除心理负担,缓解焦虑,适当锻炼。

(4) 适当应用药物控制或预防症状发生,目前尚无确凿证据证实药物治疗可预防 IBS 发生,可尝试使用微生态调节剂在环境变化时维持肠道微生态稳定。

(五)健康教育及疾病管理

对慢性腹泻的管理基于患者对疾病的正确认识,患者对腹泻或伴随症状的过度担心不利于症状的长期控制。对于初诊患者,全面了解病史及发病过程、完善各项检查排除器质性疾病非常重要,但对复诊患者已经明确为功能性因素导致腹泻者,应帮助患者理解疾病的发病原因、病情、预后及随访计划,避免过度检查和不合理治疗。

慢性腹泻与患者的生活习惯及饮食偏好有密切关系,故对过度疲劳、紧张及焦虑、饮食无规律、过度辛辣刺激性食物摄入等应予以纠正。必要时进行适时、合理的心理干预,病程长、疾病较严重者需心理科、营养科甚至外科等多学科合作。

慢性腹泻的疾病管理体现在诊疗各个环节,充

分沟通、取得患者充分理解并积极配合诊治,采取医患共决策,是改善患者生命质量,并保持症状长期有效控制的关键。

五、管理流程和三级诊治

(一)一级诊治

适合轻、中度慢性腹泻患者。首先应详细了解病史、体格检查、肛门直肠指诊、粪常规检查,包括隐血试验。若有报警征象、对疾病过度担心者,可进行辅助检查以明确是否存在器质性疾病,并作相应处理,否则可选择经验性治疗。强调生活方式调整、认知治疗,注意避免诱发腹泻的食物,可选用解痉药、止泻药或益生菌,疗程为2~4周。

(二)二级诊治

主要对象为经验性治疗或诊断性治疗无效的患者,必须采取结肠镜等方式进一步明确病因,根据病因选择合理的治疗方案。

(三)三级诊治

对二级诊治无效的患者,应进行重新评估,注意是否合并机会感染^[7,9]、是否能排除引发慢性腹泻的少见或罕见病因,注意患者是否已改变不合理的生活方式、依从性如何、治疗是否规范、有无精神心理障碍等。必要时需多学科包括心理科的会诊,以确定合理的个体化综合治疗方案。

《基层医疗卫生机构常见疾病诊疗指南》项目组织委员会:

主任委员:饶克勤(中华医学会)

副主任委员:于晓松(中国医科大学附属第一医院);祝瑾瑜(复旦大学附属中山医院)

委员(按姓氏拼音排序):迟春花(北京大学第一医院);杜雪平(首都医科大学附属复兴医院月坛社区卫生服务中心);龚涛(北京医院);顾媛(首都医科大学);何仲(北京协和医学院);胡大一(北京大学人民医院);江孙芳(复旦大学附属中山医院);姜永茂(中华医学会);施榕(上海中医药大学);王爽(中国医科大学附属第一医院);魏均民(中华医学会杂志社);吴浩(北京市丰台区方庄社区卫生服务中心);曾学军(北京协和医院);周亚夫(南京医科大学)

秘书长:刘岚(中华医学会杂志社);郝秀原(中华医学会杂志社)

消化系统疾病基层诊疗指南制定学术指导委员会

成员(按姓氏拼音排序):白文元(河北医科大学第二医院);陈东风(重庆市大坪医院);陈旻湖(中山大学附属第一医院);陈其奎(中山大学孙逸仙纪念医院);陈卫昌(苏州大学附属第一医院);房静远(上海交通大学医学院附属仁济医院);郭晓钟(北部战区总医院);李景南(北京协和医院);

李鹏(首都医科大学附属北京友谊医院);李延青(山东大学齐鲁医院);刘玉兰(北京大学人民医院);陆伟(天津市第二人民医院);吕宾(浙江中医药大学附属第一医院);吕农华(南昌大学第一附属医院);钱家鸣(北京协和医院);唐承薇(四川大学华西医院);田德安(华中科技大学同济医学院附属同济医院);虞必光(遵义医学院附属医院);王江滨(吉林大学中日联谊医院);王兴鹏(上海交通大学附属第一人民医院);吴开春(空军军医大学西京医院);谢渭芬(第二军医大学附属长征医院);杨云生(解放军总医院);张军(西安交通大学医学院第二附属医院);周丽雅(北京大学第三医院);邹多武(上海交通大学医学院附属瑞金医院)

消化系统疾病基层诊疗指南编写专家组:

组长:李景南 周亚夫

副组长:方力争 吴东

秘书长:吴东

消化专家组成员(按姓氏拼音排序):何文华(南昌大学第一附属医院);季国忠(南京医科大学第二附属医院);寇毅(北京市房山区良乡医院);李景南(北京协和医院);梁晓(上海交通大学仁济医院);刘岩(解放军总医院第五医学中心);王红(广州市第一医院);吴东(北京协和医院);夏璐(上海嘉会国际医院);于岩波(山东大学齐鲁医院);祝荫(南昌大学第一附属医院)

全科专家组成员(按姓氏拼音排序):方力争(浙江大学医学院附属邵逸夫医院);冯玫(山西白求恩医院);刘军兴(北京市丰台区方庄社区卫生服务中心);吴浩(北京市丰台区方庄社区卫生服务中心);习森(北京市怀柔区怀柔镇社区卫生服务中心);闫文冰(山东省肥城市边院镇中心卫生院);周亚夫(南京医科大学);朱兰(上海市徐汇区斜土街道社区卫生服务中心)

本指南执笔专家:夏璐 **审校专家:**吴开春 邹多武 李景南

利益冲突 所有作者均声明不存在利益冲突

参 考 文 献

- [1] Arasaradnam RP, Brown S, Forbes A, et al. Guidelines for the investigation of chronic diarrhoea in adults: British Society of Gastroenterology, 3rd edition[J]. Gut, 2018, 67(8): 1380-1399. DOI: 10.1136/gutjnl-2017-315909.
- [2] Schiller LR, Pardi DS, Sellin JH. Chronic diarrhea: diagnosis and management[J]. Clin Gastroenterol Hepatol, 2017, 15(2): 182-193.e3. DOI: 10.1016/j.cgh.2016.07.028.
- [3] 钟英强. 慢性腹泻与功能性胃肠病[J]. 中华全科医师杂志, 2018, 17(10): 774-777. DOI: 10.3760/cma.j.issn.1671-7368.2018.10.005.
- Zhong YQ. Chronic diarrhea and functional gastrointestinal diseases [J]. Chin J Gen Pract, 2018, 17(10): 774-777. DOI: 10.3760/cma.j.issn.1671-7368.2018.10.005.
- [4] 刘凯杰, 王红. 慢性腹泻的诊断和治疗 [J]. 中华全科医师杂志, 2018, 17(10): 770-773. DOI: 10.3760/cma.j.issn.1671-7368.2018.10.004.

- Liu KJ, Wang H. Diagnosis and treatment of chronic diarrhea [J]. Chin J Gen Pract, 2018, 17(10): 770-773. DOI: 10.3760/cma.j.issn.1671-7368.2018.10.004.
- [5] Talley NJ, Weaver AL, Zinsmeister AR, et al. Onset and disappearance of gastrointestinal symptoms and functional gastrointestinal disorders[J]. Am J Epidemiol, 1992, 136(2): 165-177. DOI: 10.1093/oxfordjournals.aje.a116483.
- [6] Lacy BE, Patel NK. Rome criteria and a diagnostic approach to irritable bowel syndrome[J]. J Clin Med, 2017, 6(11): 99. DOI: 10.3390/jcm6110099.
- [7] Simren M, Palsson OS, Whitehead WE. Update on Rome IV Criteria for colorectal disorders: implications for clinical practice[J]. Curr Gastroenterol Rep, 2017, 19(4): 15. DOI: 10.1007/s11894-017-0554-0.
- [8] 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(2015 年, 上海) [J]. 中华消化杂志, 2016, 36(5): 299-312. DOI: 10.3760/cma.j.issn.0254-1432.2016.05.005. Study Group of Functional Gastrointestinal Disorders, Study Group of Gastrointestinal Motility, Chinese Society of Gastroenterology, Chinese Medical Association. Chinese consensus on irritable bowel syndrome (2015, Shanghai) [J]. Chin J Dig, 2016, 36(5): 299-312. DOI: 10.3760 / cma. j. issn.0254-1432.2016.05.005.
- [9] 中国医师协会检验医师分会感染性疾病检验医学专家委员会. 中国成人艰难梭菌感染诊断和治疗专家共识[J]. 协和医学杂志, 2017, 8(2-3): 131-136. DOI: 10.3969 / j. issn.1674-9081.2017.03.011. Infectious Disease Laboratory Medicine Expert Committee of the Chinese Medical Doctor Association. Expert consensus on diagnosis and treatment of Clostridium difficile infection in Chinese adults[J]. Medical Journal of Peking Union Medical College Hospital, 2017, 8(2-3): 131-136. DOI: 10.3969 / j. issn.1674-9081.2017.03.011.
- [10] McKenzie YA, Thompson J, Gulia P, et al. British Dietetic Association systematic review of systematic reviews and evidence-based practice guidelines for the use of probiotics in the management of irritable bowel syndrome in adults (2016 update) [J]. J Hum Nutr Diet, 2016, 29(5): 576-592. DOI: 10.1111/jhn.12386.
- [11] 中华中医药学会脾胃病分会. 泄泻中医诊疗专家共识意见(2017)[J]. 中医杂志, 2017, 58(14): 1256-1260. DOI: 10.13288/j.11-2166/r.2017.14.023. Branch of Gastrointestinal Disease, China Association of Chinese Medicine. Expert consensus on TCM diagnosis and treatment of diarrhea(2017) [J]. Journal of Traditional Medicine, 2017, 58(14): 1256-1260. DOI: 10.13288/j.11-2166/r. 2017. 14.023.

(收稿日期: 2020-09-04)

(本文编辑: 白雪佳 刘岚)

·读者·作者·编者·

中华医学会杂志社对一稿两投问题处理的声明

为维护中华医学会系列杂志的声誉和广大读者的利益, 现将中华医学会系列杂志对一稿两投和一稿两用问题的处理声明如下: ①本声明中所涉及的文稿均指原始研究的报告或尽管 2 篇文稿在文字的表述和讨论的叙述上可能存在某些不同之处, 但这些文稿的主要数据和图表是相同的。所指文稿不包括重要会议的纪要、疾病的诊断标准和防治指南、有关组织达成的共识性文件、新闻报道类文稿及在一种刊物发表过摘要或初步报道而将全文投向另一种期刊的文稿。上述各类文稿如作者要重复投稿, 应向有关期刊编辑部做出说明。②如 1 篇文稿已以全文方式在某刊物发表, 除非文种不同, 否则不可再将该文投寄给他刊。③请作者所在单位在来稿介绍信中注明该文稿有无一稿两投问

题。④凡来稿在接到编辑部回执后满 3 个月未接到退稿, 则表明稿件仍在处理中, 作者欲投他刊, 应事先与该刊编辑部联系并申述理由。⑤编辑部认为文稿有一稿两投嫌疑时, 应认真收集有关资料并仔细核实后再通知作者, 同时立即进行退稿处理, 在做出处理决定前请作者就此问题做出解释。期刊编辑部与作者双方意见发生分歧时, 应由上级主管部门或有关权威机构进行最后仲裁。⑥一稿两用一经证实, 本刊将择期在杂志中刊出其作者单位和姓名及撤销该论文的通告; 对该作者作为第一作者所撰写的一切文稿, 2 年内将拒绝在中华医学会系列杂志发表; 就此事向作者所在单位和该领域内的其他科技期刊进行通报。

中华医学会杂志社