

# 腸躁症的診斷與治療

衛生福利部雙和醫院<sup>1</sup>胃腸肝膽科<sup>2</sup>腎臟內科  
胡炳任<sup>1</sup> 陳明堯<sup>1</sup> 吳美儀<sup>2</sup>

## 前言

大腸激躁症又稱腸躁症，是一種慢性的腸胃道功能性障礙疾病，病人常會以腹痛，便秘或腹瀉，解便時感覺未完全排乾淨等症狀表現。根據世界胃腸病學組織(WGO)統計，近年來在亞太地區腸躁症的盛行率逐年提升，以台灣來說，盛行率甚至可高達22%<sup>1</sup>，而其中女性比例又較男性為高。腸躁症雖不是致命的惡性疾病，但會影響生活品質，降低工作效率，對年輕且被認為相對健康的族群造成一定程度的困擾及壓力。

腸躁症的病理機轉目前還不明確，許多原因都會影響腸道的蠕動功能與調節能力，諸如遺傳、微菌叢改變、飲食及藥物等，而其中在腸躁症中最具主導地位的，莫過於暴露於外在環境的壓力中，及一些本身的負面情緒如焦慮及憂鬱<sup>2</sup>。上述這些均可能改變腸道通透性及微生物菌相，進而導致腸胃道症狀。而腸躁症所帶來的不適感，也容易加重病人本身的焦慮或憂鬱，令腸躁症症狀更為惡化。這種因自律神經失調而導致的胃腸動力異常，及後續誘導出的內臟神經超敏反應現象，我們稱之為腦腸循環<sup>3</sup>。

## 腸躁症的相關鑑別診斷

腸躁症的診斷必須建立在沒有器質性疾病之前提下<sup>4</sup>，若要做出正確的診斷，建議先做好完整的血液生化分析，及上下消化道內視鏡檢查，以排除掉一些與腸躁症症狀類似之疾病，如發炎性腸道疾病（克隆氏症與潰瘍性結直腸炎）、麩質不耐症，顯微鏡下結腸炎，

甚至是惡性腫瘤。根據一篇統合分析(meta-analysis)研究指出，在發炎性腸道疾病患者身上，同時伴隨腸躁症症狀的比例高達百分之四十<sup>5</sup>，在另一篇統合分析研究則發現，腸躁症患者，有約百分之三十三的比例，伴隨顯微鏡下結腸炎<sup>6</sup>。由於腸躁症在臨床上的表現極易與其他腸胃道疾病混淆，在下臨床診斷時需特別小心謹慎。

## 腸躁症的亞型和診斷準則

目前國際上最廣泛使用的腸躁症診斷標準為Rome IV定義（表一<sup>7</sup>）：症狀起始超過6個月，最近3個月內有反覆性腹痛，且平均每週至少發生一天以上，同時合併下列2項（或以上）症狀、即可診斷腸躁症，包括症狀與排便有關，排便頻率的改變，及排便型態的改變（如糞便性質較硬，較軟，或呈水瀉狀）。而根據排便的型態，我們又可以將腸躁症分為便秘型、腹瀉型、混和型及無法分類四種亞型。

如今針對腸躁症，除了症狀外尚沒有其他有效的診斷工具，及生物標記可供使用。過去研究曾有人使用34項標記，包含基因表現、血清標記、細胞激素、抗體等，從健康人族群中篩檢出腸躁病的患者，並可進一步藉此標記平台，判斷出腸躁症的四種亞型<sup>8</sup>。許多單獨的生物標記也被用於探討是否與腸躁症亞型相關，如利用抗黏著斑蛋白抗體來診斷腸躁症的腹瀉型等<sup>9</sup>，但上述的診斷工具因操作繁複，且精準度仍有待評估，目前並沒有辦法廣泛運用於臨床工作上。

表一 腸躁症診斷標準Rome IV定義<sup>7</sup>

症狀出現時間及頻率	症狀起始超過6個月 最近3個月內反覆性腹痛 平均每週至少發生一天以上
症狀描述 (需符合兩項或以上)	症狀與排便有關 伴隨排便頻率的改變 伴隨排便型態的改變(如糞便性質較硬，較軟，或呈水瀉狀)
區分腸躁症亞型之方法	不正常排便型態，以何種佔據天數最多 共分為便秘型，腹瀉型，混和型及無法分類四種亞型
分類排便型態方法	布里斯托大便分類法

## 腸躁症的治療準則

### 非藥物治療

目前腸躁症的治療仍以非藥物為主，也就是改善生活型態以及飲食控制，治療目標則會放在改善臨床症狀，暫無法從根本上完全的治癒腸躁症。

#### (1) 飲食調整

近年來，飲食調整對於腸躁症症狀之改善，越發被重視。食物的攝取會刺激化學及機械式感受器，進一步產生症狀。多攝取水溶性膳食纖維，避免產氣食物、麩質類食物、可發酵性的寡糖、雙糖、單醣以及多元醇等是避免症狀加重的準則。近年來熱門的議題為低腹敏(low-FODMAP)飲食，所謂低腹敏飲食指的是腸道難以吸收，容易發酵的短鏈碳水化合物，包含如膠質豐富的蔬菜（如秋葵）、葉菜類（如高麗菜、菠菜）、及水果類如奇異果，哈密瓜，柑橘類等。許多研究已顯示，採用

低腹敏飲食的腸躁症病患，在腹痛，腹脹，及糞便黏稠度等均有所改善<sup>10</sup>。

#### (2) 生活型態改變

控制腸躁症的第一步往往是從改變生活型態開始，包括規律的運動、充足的睡眠、適度的緩解壓力及減少生活中可能造成壓力之情形。運動部分則建議以和緩的運動為主，並避免在餐後或睡前從事激烈的運動。

#### (3) 心理治療

包含認知行為治療、催眠治療、動力導向心理治療、及正念療法等。目前有較多研究佐證的是認知行為療法，藉由衛教病人，改變生活行為的細節及增進對病情的了解，研究顯示可有效改善腸躁症患者的生活品質，並降低嚴重度。但可惜的是在國內，對於腸躁症患者予以心理治療的臨床經驗並不多，限制了此項療法的運用。此外，若病人患有憂鬱、焦慮等情感性疾病，控制好本身固有之疾病對症狀緩解會有顯著的效益。

## 藥物治療

對於輕微程度的病患，通常會建議以非藥物治療為主，但對於治療無效者，或症狀持續，且已影響生活品質的病患，仍會選擇以藥物介入。針對腹瀉型或便秘型，不同亞型的治療方式也不相同。如止瀉劑、鴉片類藥物、5-HT<sub>3</sub>受體拮抗劑用以改善腹瀉。滲透型緩瀉劑、腸道促泌素、5-HT<sub>4</sub>受體促進劑則用以改善便秘。針對腹痛表現為主，或非特定亞型腸躁症治療的治療原則如下：

### (1) 解痙攣藥物

腸躁症患者可能因平滑肌痙攣而導致腹痛，可使用的抗痙攣藥物分為抑制乙醯膽鹼的抗膽鹼劑，及直接用於腸道平滑肌的鈣離子阻斷劑，藥物常見副作用包括口乾、頭暈、視力模糊及便秘。所以對於本身為便秘型的腸躁症患者，須謹慎投藥。

### (2) 抗憂鬱劑

三環抗憂鬱劑及選擇性血清素回收抑制劑在許多研究中指出，可緩解腸躁症腹痛之症狀<sup>11</sup>，其原因可能與降低腸道蠕動，與調節內臟超敏反應有關。但此類藥物一來是作用需較長時間，一般需要數週以上，臨床才看的到效益。二來是如三環抗憂鬱劑，同時具有抗膽鹼特性，若使用在便秘型腸躁症患者，需小心觀察是否加重便秘之情形。

### (3) 益生菌

益生菌是近年來新興的研究主題，

藉由調節微生物菌叢之組成，維持腸道細胞的屏蔽功能，進一步影響宿主的免疫反應，及降低疼痛感覺。在許多研究上已証實其正面效益，其中又以雙歧桿菌屬及乳酸乳桿菌屬具有最多研究實證。

### (4) 糞便移植

糞便移植亦為一可能之治療選項，但目前各項研究尚眾說紛紜，且存在如何制定標準化移植方式、及如何篩選合適糞便捐贈者等諸多問題，尚待未來更多研究以評估其臨床效益。

## 參考文獻

1. Quigley EMM, Fried M, Gwee KA, et al: World Gastroenterology Organisation Global Guidelines Irritable Bowel Syndrome: a Global Perspective Update September 2015. *J Clin Gastroenterol* 2016; 50(9): 704-13.
2. Heitkemper M, Jarrett M, Jun SE: Update on irritable bowel syndrome program of research. *J Korean Acad Nurs* 2013; 43(5): 579-86.
3. Ohman L, Simren M. New insights into the pathogenesis and pathophysiology of irritable bowel syndrome. *Dig Liver Dis* 2007; 39: 201-15.
4. Chey WD, Kurlander J, Eswaran S: Irritable bowel syndrome a clinical review. *JAMA* 2015; 313(9): 949-58.

5. Halpin SJ, Ford AC: Prevalence of symptoms meeting criteria for irritable bowel syndrome in inflammatory bowel disease: Systematic review and meta-analysis. *Am J Gastroenterol* 2012; 107(10): 1474-82.
6. Kamp EJ, Kane JS, Ford AC: Irritable bowel syndrome and microscopic colitis: A systematic review and meta-analysis. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2016; 14(5): 659-68.
7. Drossman DA: Functional gastrointestinal disorders: History, pathophysiology, clinical features and Rome IV. *Gastroenterology* 2016; 150:1262-79.
8. Jones MP, Chey WD, Singh S, et al: A biomarker panel and psychological morbidity differentiates the irritable bowel syndrome from health and provides novel pathophysiological leads. *Aliment Pharmacol Ther* 2014; 39(4): 426-37.
9. Pimentel M, Morales W, Rezaie A, et al: Development and validation of a biomarker for diarrhea-predominant irritable bowel syndrome in human subjects. *PLoS One* 2015; 10(5):1-12.
10. Lacy BE, Chey WD, Lembo AJ: New and emerging treatment options for irritable bowel syndrome. *Gastroenterol Hepatol (N Y)* 2015; 11(4 Suppl 2): 1-19.
11. Lacy BE, Mearin F, Chang L, et al: Bowel disorders. *Gastroenterology* 2016; 150: 1393-140. 

