

# 腸胃功能障礙：大腸激躁症

陳嘉聖<sup>1</sup> 彭文煌<sup>2</sup> 林耀東<sup>3</sup> 邱勇嘉<sup>2</sup> 陳紀方<sup>2</sup> 謝明村<sup>2</sup>

1 霧峰澄清醫院

2 中國醫藥大學 藥學院 中國藥學研究所

## 摘 要

大腸激躁症(IBS)是一種常見的下消化道功能性異常之疾病，臨床表現為腹痛、腹瀉、排便習慣或頻率改變，糞便形狀改變，持續或間歇發作為其特點。其病因可能是自律神經無法發揮其功能，中醫典籍無大腸激躁症之病名，僅能從「腹痛」、「泄瀉」、「便秘」病名上辯證論治。

IBS之診斷依羅馬準則 III，在過去 12 個月中，至少有 12 週(不須連續)發生腹痛或不適，且包含：腹部不適於解便後緩解、解便頻率改變、糞便型態改變(其中兩項特徵)。中醫辯證論治：肝鬱脾虛證以痛瀉要方加味主之、肝腸氣滯證以柴胡厚朴湯主之、腸道津虧證以一貫煎加減主之、濕熱阻滯證以半夏瀉心湯加減主之、寒濕困脾證以厚朴溫中湯主之、脾氣虛弱以參苓白朮散主之、脾腎陽虛證以四神丸加減主之。

**關鍵詞：**大腸激躁症、IBS、中西醫藥、中醫辯證分型

## 前 言

大腸激躁症(Irritable bowel syndrome, IBS)是臨床上常見的腸胃道功能性異常(functional abdominal disorders)所表現出來的證候群。其症狀包括便秘、腹瀉、腹痛、脹氣、腹脹、排便習慣改變、解便不完全的感覺，或糞便中出現黏液<sup>(1)</sup>。幾乎每個人都曾經經歷過上述症狀之其中一或是數種症狀。尤以最近經濟不景氣、受失業之苦、放無薪假、股市不振、內心煩躁，致壓力表現在生理不適的各種症狀。最近胃腸科門診常聽到求診患者主訴：便秘、腹瀉，或是肚子痛等腸胃證狀；有患者根本沒有亂吃食物，卻一天上廁所六七次，有者則一直便秘六七天都無法正常排便，肚子脹得難受。然而當上述症狀有一起且一再出現，持續存在，且嚴重困擾生活時，它就會被認定是一種功能性胃腸障礙疾病—大腸激躁症。

大腸激躁症雖不會致命，但因迄至目前尚無非常有效之治療藥物，所以很少被治療，且終其一生都會出現，或持續進展。一般而言，大腸激躁症患者之解便習慣無一定之準則，有時便秘、有時腹瀉，或有時在某一短期時間內同時發生這兩種症狀。大腸激躁症並非器質性病變(orgnic abdominal disorders)，因其症狀無法由形態學和生化異常改變，有具體的病灶來解釋；更無法由病理或是生理學來闡明。其病名過去曾使用：過敏性結腸炎、神經性結腸炎、痙攣性大腸、結腸功能紊亂、黏液性大腸炎<sup>(1)</sup>，但現已不用，統一命名為大腸激躁症。

## 論 述

大腸激躁症因根據不同定義、不同時間或不同地區之研究，其盛行率常有所差異，從5%至65%不等；發生率則為1%至36%不等，其差異性相當大。世界各地流行病學統計資料差異很大之主因為無統一診斷標準，致無精確率之報告，且本病大部份僅在門診治療，甚至有的根本未就診，致資料不易蒐集統計。依Thompson等人研究英國人因腹痛求診之問題比例<sup>(2)</sup>，及Bi-Zhen等人對中國人所做研究，顯示大腸激躁症之各種症狀中，困擾東西方人之症狀及比率，相當類似<sup>(3)</sup>。又有學者依1992年於羅馬所訂定大腸激躁症之診斷標準，針對美國人之研究結果，其盛率於女性為14.5%，男性為7.7%。

## 一、大腸激躁症之臨床表現

典型的大腸激躁症病人，臨床表現在數月或數年間斷出現水樣腹瀉，常在清晨或早餐後腹瀉加重，在排泄三、四次帶大量黏液的稀便後，整天都不會再出現不適。只有少數的患者是一整天，或只在夜間腹瀉。另一典型的患者，臨床表現出慢性腹痛及便秘，腹痛可發生在結腸的任何部位，以左下腹為多見，這種下腹部的疼痛在排便後會緩解。有的患者還的覺得腹部脹得不舒服，尤以飯後飽脹、背痛、胃灼熱感、厭食、噁心、軟弱、疲乏、胸悶、心悸、失眠、多汗等症狀。總而言之，大腸激躁症之典型症狀為：腹痛於解便後緩解，腹痛開始時大便較稀軟，腹痛開始時腸道蠕動較頻繁，腹脹，解出黏液，便秘，感覺解不乾淨等<sup>(4)</sup>。

## 二、大腸激躁症之病因及致病機轉

### 1、西醫論述：

大腸激躁症之病因及致病機轉尚未完全闡明，目前尚無定論，於嬰幼兒及兒童時期即有犯此病之病例，是與遺傳有關，或是與後天環境有關，尚待進一步研究。從青壯年乃至老年人都可患此病，但至老年時始初者則罕見。以下為可能誘發大腸激躁症之原因。

- (1)精神因素：由於精神因素影響自主神經功能，引起胃腸運動和分泌功能失常。IBS病人常伴有焦慮、恐懼、神經質、妄想、對抗等精神異常。從抗憂鬱劑等精神治療劑可部份緩解IBS腹痛和排便習慣改變等症狀可推測之<sup>(5)</sup>。
- (2)壓力狀態：壓力(stress)可影響神經、內分泌系統和自主神經系統，導致胃腸運動和分泌功能變化。半數IBS病人首發病前遭遇壓力事件，超半數IBS病人因壓力事件而加重。成人常見有突發意外事件、恐癌症及家庭婚姻關係變化、兒童則見於家庭不和、父母離異或病故、暴力事件、或學習上負面事件等<sup>(6)</sup>。
- (3)感染：部分腸道感染如細菌性痢疾、阿米巴、蛔蟲症的患者，在原發病治癒後發生IBS症狀。可能原因是感染改變了腸道對各種刺激的反應，或抗感染使用抗生素不當，腸內菌群失調所致。
- (4)胃腸道激素：IBS病人於餐後腹痛可能與膽囊收縮素(CCK)有關。餐後CCK

分泌延遲可能是餐後胃結腸反射推遲的機制。又有學者研究推測 IBS 病人結腸黏膜 P 物質含量增加可能是腹瀉機制之一；受壓力後有一些胃腸激素的釋放，主要是 VIP、5-HT 和腦啡肽的釋放增加<sup>(7)</sup>。

(5)飲食因素：麥類、穀類、奶製品、果糖等常誘發或加重 IBS 症狀。但 IBS 患者迄目前尚未證實與何種特定食物有關。

## 2、中醫論述<sup>(4)</sup>：

中醫無大腸激躁症之病名，在中醫 IBS 屬於「腸鬱」。散見於中醫學「腹痛」、「泄瀉」、「便秘」等門類典籍中。中醫認為該病係由內傷情志、外感六淫、調養不當，或稟賦不足等原因，導致肝氣鬱滯、疏泄不利、肝脾不和、升降失調、濕濁阻滯、腸道氣機不暢、傳導失司而發病。

(1)內傷情志：鬱怒傷肝，肝失疏泄，氣滯不通，或橫逆犯脾，或下迫大腸，腹痛則瀉，瀉後痛緩；思慮傷脾，脾虛失運，水濕內阻，腹脹腹鳴，大便不暢。

(2)外感寒濕：感受寒濕之邪，由表入裏，侵及脾胃，寒濕困阻，或濕鬱化熱，脾胃升降失司，清濁不分，阻於中焦，氣滯不通，腹部脹痛，大便秘結或腹瀉不爽。

(3)調養不當：飲食不節，勞倦過度，或過服苦寒燥熱傷胃腸之食品，損傷脾胃之氣，致脾胃運化及通降功能失常，水反為濕，穀反為滯，濕阻化熱，內蘊於腸，氣機不暢，腹脹痞滿，便秘不暢。

(4)稟賦不足：先天稟賦不足，素體脾虛，腎陽虧虛，命門火衰。脾虛則氣血化源不足；腎氣失充則腎氣虛；命門火衰則脾失溫煦。而脾氣更虛，脾腎陽氣虧虛，氣化不利，水濕內蘊，下注，而為腹部脹滿冷痛，大便冷秘或泄瀉不爽。

## 三、大腸激躁症之診斷<sup>(9)</sup>

迄今 IBS 沒有嚴格、實用、敏感、特異的診斷標準，臨床醫師面臨 IBS 之診斷挑戰，是如何分析患者之症狀，並分析其類型。於 1978 年 Manning Criteria 指出六種 IBS 比結構性腹部疾病更常出現之症狀：①解便後腹痛減輕②開始腹痛時，大便變軟③開始腹痛時，解便次數較頻繁④腹脹⑤解出黏液⑥感覺大

便解不乾淨。

### 1、診斷標準<sup>(8)(9)</sup>：

- (1)以腹痛、腹脹、腹瀉及便秘為主訴，伴有全身性神經官能症狀。
- (2)一般情況良好，無消瘦及發熱，系統體檢僅發現腹部壓痛。
- (3)多次糞常規及培養（至少3次）均陰性，糞潛血試驗陰性。
- (4)X光線鋇劑灌腸檢查無陽性發現，或結腸有激躁現象。
- (5)纖維結腸鏡示部分患者結腸運動亢進，無明顯黏膜異常，組織學檢查基本正常。
- (6)血尿便常規正常，血況正常。
- (7)無痢疾、血吸蟲等寄生蟲病史，試驗性治療無效。

### 2、羅馬準則 II (Rome II Criteria)：

於1999年，一群對IBS有高度研究興趣之胃腸專家，針對以Manning Criteria及Rome Criteria為依據，制定了羅馬準則 II (Rome II Criteria)。此即成為目前最廣泛被接受及應用之診斷標準。在過去12個月中，至少有12週（不須連續）發生腹痛或不適，且至少包含以下兩種特徵：

- ①腹部不適於解便後緩解
- ②解便頻率改變
- ③糞便形態改變

另有補充診斷標準，即在有症狀之時日或場合中，至少有四分之一時間發生以下一種或一種以上之症狀，而且可用來區分不同分型之IBS。這些症狀並非診斷所必需，但出現愈多，醫師對IBS之診斷就具有說服力：

- ①異常之排便頻率（一天多於三次，或一週少於三次）
- ②異常之糞便型態（硬塊或稀軟便，或水便）
- ③異常之排便型態（極用力解便 straining、急便 urgency、或感到大便解不乾淨）
- ④排出黏液
- ⑤脹氣或感到腹脹

### 3、羅馬準則 III (Rome III Criteria)

於 2006 年出版羅馬準則 III，除依羅馬準則 II 當作診斷標準外，依最近發表的研究文獻，排便型態 (stool form) 是預測 IBS 主要排便習慣的最佳預測值。因此羅馬準則 III 是以排便的型態來分型：

- ①便秘型 (IBS-C)：≥25%的糞便為硬便或塊狀且<25%為軟便或水便。
- ②腹瀉型 (IBS-D)：≥25%的糞便為軟便或水便且<25%為硬便或塊狀
- ③混合型 (IBS-M)：≥25%的糞便為硬便或塊狀且≥25%為軟便或水便
- ④未分類型 (IBS-U)：不正常型態的糞便量不足，無法符合上述類型

#### 4、鑒別診斷

IBS 必須與消化系統的器質性病變，婦科病 (尤其是盆腔炎)、膽囊炎、胰腺炎、消化性潰瘍、慢性胃炎、腸蛔蟲症、感染性腹瀉及痢疾、結腸器質性病變、乳類不耐受症、泌尿系感染等進行鑒別診斷。值得注意的是，若患者出現以下現象，則為器質性疾病之警訊，必須進一步安排作適當之檢查。①血便或由肛門出血②體重減輕③持續腹瀉④最近才發現，且持續未緩解之腹脹⑤貧血⑥發燒<sup>(4)</sup>。

#### 5、中醫證候

IBS 中醫證候係依其證候：腹痛、便秘、腹瀉或腹瀉與便秘交替，及其他症狀如腹脹、噯氣、噁心、失眠、焦慮等作分型辨證<sup>(10)</sup>。

##### (1)肝鬱脾虛證：

主證：情緒緊張或愛鬱惱怒時腹痛、泄瀉加重；大便溏而不爽，或時溏時乾；胃納減少，食慾差；脘腹隱痛；胸脇或腹脹悶；煩躁易怒。

次證：噯氣、吞酸；口苦咽乾；舌淡紅或淡胖有齒痕。

##### (2)肝腸氣滯證：

主證：腹痛作瀉、排便費力、肛門氣墜、便後便意未盡，腹部脹痛。

次證：脇肋脹痛、舌淡紅、苔薄白。

##### (3)腸道津虧證：

主證：大便乾燥如羊屎，多日不便；腹脹作痛。

次證：口渴舌乾少津。

(4)濕熱阻滯證：

主證：不瀉不爽、腹脹腸鳴；嘔噁納呆。

次證：肢體困重、口渴思飲。

(5)寒濕困脾證：

主證：脘腹脹悶；腹痛便溏；舌淡胖、苔白膩。

次證：口膩納呆；泛噁欲嘔；口淡不渴；頭身困重；體胖。

(6)脾氣虛弱證：

主證：舌質淡、脈細弱；體倦乏力；神疲懶言；大便不正常；食後腹脹。

次證：口淡不渴，喜飲熱；口冷清涎；腹痛綿綿；噁心嘔吐；脘悶腸鳴；面色萎黃；排便無力。

(7)脾腎陽虛證：

主證：腹部冷痛；久泄久痢；畏冷肢涼。

次證：面色胱白；腰酸、膝軟；脈沉遲無。

#### 四、大腸激躁症之治療

##### 1、藥物治療<sup>(9)</sup>

目前尚無公認可常規使用之藥物治療，不同藥物可能僅對特定症狀有效，且藥物僅侷限於短期使用，並應密切追蹤其效果及副作用。

(1)治療以腹瀉為主之 IBS：目的在於減少排便次數及急迫性，增加大便的硬度，可使用嗎啡衍生物，膽鹽結合劑、及抗憂鬱劑等。有些患者對鈣離子阻斷劑及抗副交感神經藥物有反應。Loperamide 可延長小腸及整個腸道之傳遞時間，減少解便次數。

(2)治療以便秘為主之 IBS：逐步以高纖維飲食增加糞便體積，但可能造成腸氣，應避免使用減緩胃腸蠕動之藥物，可使用高滲透壓物質：鎂鹽、乙二醇 (glycol)。

(3)新藥治療 IBS：近年來有關 IBS 患者於腸道神經叢及中樞神經系統間存在著某種相關性，尤以 serotonin (5-HT) 於腸道神經系統，可調節分泌胃腸蠕動、血流及發炎。有 5-HT<sub>3</sub> 拮抗劑 (alosetron, ondansetron, granisetron) 治療以腹瀉為主之 IBS 患者減輕腹痛，使

大便變硬，改善腹瀉，但療效僅限於女性，在男性患者無效。唯一之副作用為便秘。另一新藥 tegaserod 為部分 5-HT<sub>4</sub> 促進劑，可治療所有便秘型腸道激躁症之症狀，腹痛、腹部不適、脹氣及便秘。

## 2、中醫辨證論治<sup>(4)</sup>：

- (1)肝鬱脾虛證：方用痛瀉要方加味（炒白朮，炒白芍，炒陳皮、防風、木香、甘草），腹痛甚者加延胡索、川棟子，便溏加炒蒼朮，口苦咽乾加丹皮、梔子。本證與情緒有關，服藥同時必須心理疏導。
- (2)肝腸氣滯證：方用柴胡厚朴湯（柴胡、厚朴、茯苓、橘皮、紫蘇、檳榔、生薑），便秘加炒枳殼、草決明，腹脹加木香，腹絞痛加白芍、延胡索。
- (3)腸道津虧證：方用一貫煎加減（沙參、麥門冬、當歸、生地、枸杞子、川棟子、草決明），腹痛加白芍，口乾加天花粉。
- (4)濕熱阻滯證：方用半夏瀉心湯（半夏、乾薑、黃連、黃芩、黨參、炙甘草、煨木香），噁心加陳皮、竹茹，腹脹去黨參、甘草，加厚朴、檳榔。
- (5)寒濕困脾證：方用厚朴溫中湯（厚朴、陳皮、木香、乾薑、草豆蔻、茯苓、甘草），濕勝加澤瀉，脾虛加炒白朮。
- (6)脾氣虛弱證：方用參苓白朮散（黨參、白朮、茯苓、山藥、白扁豆、蓮子肉、桔梗、薏苡仁、炙甘草、陳皮），腹痛加乾薑，食後腹脹加炒枳殼。
- (7)脾腎陽虛證：方用四神丸加減（破故紙、肉豆蔻、五味子、吳茱萸、大棗、生薑），腹痛加高良薑，久瀉加訶黎勒，腰酸加熟地、牛膝。

## 結 語

胃腸功能障礙：大腸激躁症是中西醫臨床上常見且又迫切需要解決之疾病。臨床上必須作正確診斷，不同類型作不同層級之治療，尤其西藥要瞭解其藥理機制，如 Alosetron 對女性患者之腹痛、大便過硬、排便次數少及緊迫性有幫助，但在男性患者無此類似效果，且便秘為其副作用。中醫辨證論治，肝鬱脾虛證治法疏肝健脾，本病因長期腹瀉可伴陰津不足，不宜過用淡滲利濕之

品；肝腸氣滯證治法理氣寬腸，本病不宜輕用大黃，以免轉為虛證；腸道津虧便乾，滋陰為主，苦寒藥不宜多用、久用；濕熱阻滯證治法燥濕清熱，本病屬邪屬之證，濕性黏滯，與熱邪膠結，易耗正氣，對苦寒、溫燥藥物要酌情調整；寒濕困脾證治法溫中除濕，本病與環境有關，服藥同時尚須注意防止寒冷潮濕；脾氣虛弱證治法補脾益氣，本病因脾氣虛用補益方屬正治，應注意補而不滯，適當佐以行氣開胃之品；脾腎陽虛證治法溫補脾腎，本病補陽時要注意陰中求陽，在補陰的基礎上補陽<sup>(4)</sup>。總之，IBS 雖不是什麼大病，但對患者會帶來相當大的困擾，患者之情緒、飲食應注意外，應及早求醫治療，維護健康。

### 參考文獻

1. 陳肇真：Harrison's 內科學。合記圖書出版社，台北，1984；p207。
2. Thompson W, Longstreth G, Drossman D. Functional bowel disorders and functional abdominal pain. Gut. 1999；45：43-47.
3. Bi-Zhen W, Qi-Ying P. Functional bowel disorders in apparently healthy Chinese people. Chin J Epidemiol. 1988；9：345-349.
4. 李乾構等：常用中醫消化病學，人民衛生出版社，北京，2001；pp527-546。
5. 陳玉龍等：小劑量抗憂鬱劑與聚乙二醇治療便秘型腸激躁症。中國心理衛生雜誌。2004；(18)：806-809。
6. 潘國宗等：現代消化病學。北京醫科大學，協和醫科大學聯合出版社，北京，1997；p259。
7. 桂先勇等：胃腸肽在應激所致結腸動力紊亂中的作用。中華醫學雜誌。1997；(1)：31。
8. 陳貴廷等：最新國內外疾病治療標準。學苑出版社，北京，1992；pp289-292。
9. 莊琇真等：腸躁症的最新觀念診斷與治療。基礎醫學。2008；23(9)：278-285。
10. 朱文鋒等：中醫病證治法術語。中醫診斷學雜誌。1997(3)：289-292。