



## 大腸激躁症之診斷與治療

蔡育瑾<sup>1</sup> 鄭學謙<sup>1</sup> 羅婉珊<sup>1</sup> 馬群毓<sup>1</sup> 林益卿<sup>2</sup>



### 前言

在胃腸科的門診常見到因情緒緊張而腹瀉腹痛來求診的個案，但經過抽血、大腸鏡等檢查之後卻又找不到問題所在，這樣的病人事後多發現為大腸激躁症 (irritable bowel syndrome, IBS) 的患者。大腸激躁症簡稱腸躁症，它是一種腸道功能方面異常（排除構造上異常）的疾病，其特色是會造成病患反覆的腹部疼痛或不適，同時改變排便習慣，其症狀多隨時間來來去去，有時和其他功能上的失調會合併出現，如偏頭痛、背痛等。嚴重度因人而異，但都會影響病患生活品質並造成醫療上的支出。

### 流行病學

全世界盛行率在女性部分為14%，男性則是8.9%，以女性較多，年齡分佈多以50歲以下的患者為主，世界各地區盛行率根據研究略有差異，女性盛行

率最高處在非洲 (28.3%)，其次則是南歐 (21%)，而盛行率最低的地區則是東南亞 (6%)，男性部分趨勢相同；在台灣部分，累積盛行率則高達23%，40-49歲的盛行率為14.7%，但70歲以上則高達43.7%<sup>[1]</sup>，是十分常見的胃腸問題，調查指出50%到胃腸科求診的病患多為功能性腸胃疾病（包含腸躁症）。而導致腸躁症的可能危險因子包含急性的胃腸感染，7%的病人在細菌性腸胃炎之後都出現了腸躁症的症狀，此外長期使用抗生素也可能會使病患產生腸躁症的症狀。

### 病理機轉

目前有許多腸躁症的病理機轉被提出，例如：神經或肌肉導致的腸道運動失調、小腸細菌過度增生、食物過敏、腸道微菌叢 (microflora)、腸氣過多、中樞神經失調、心理因素、黏膜發炎以及壓力等，但這些機制都還未有研究可以證實<sup>[2]</sup>。

### 診斷標準

目前缺乏有效之理學檢查或血液

1 高雄醫學大學 學士後醫學系

2 彰化基督教醫院 家庭醫學科

關鍵詞：Irritable Bowel Syndrome, Diarrhea, Constipation

通訊作者：林益卿



生化指標，可利用Manning criteria或Rome III criteria等建立診斷，而Rome III criteria為現行主流，其內容為：腹部疼痛超過三個月，每個月超過三天，且合併有以下任兩項即可診斷為IBS<sup>[3]</sup>。

- a. 通常腹痛在排便後有所改善 (Improvement with defecation)。
- b. 腹痛伴隨排便頻率之改變 (Onset associated with a change in frequency of stool)。
- c. 腹痛伴隨糞便形態或外觀之改變 (Onset associated with a change in form / appearance of stool)。

IBS之腹痛主要以間歇痙攣疼痛 (crampy pain)為主，通常藉排便可緩解，其嚴重度、型態、持續時間、位置卻差異很大，而情緒上的壓力、飲食本身也可能加劇IBS之腹痛。雖然IBS之腹痛型態變異性大，但出現以下“警戒症狀”時，應當考慮其他器質性疾病：(1)糞便潛血、(2)直腸出血、(3)貧血、(4)發燒、(5)體重減輕、(6)發炎指數上升，白血球增加，血中離子濃度異常、(7)近期使用抗生素、(8)具大腸癌、IBS、麩質不耐症 (celiac disease)家族史，(9)出現漸趨惡化之腹痛，甚至阻礙夜間睡眠。

IBS可分為便秘型、腹瀉型、或混合型。便秘型IBS呈現堅硬、顆粒樣 (pellet like)或塊狀型態 (hard/lumpy stool)，病患完全排空直腸後仍會感到排便不完全，排便頻率通常小於每週三次；腹瀉型IBS則呈現單次排便少，常見型態為鬆散或水瀉

(loose/watery)，或出現黏液樣分泌物，可伴隨頻便、大便失禁，且排便頻率通常大於每日三次。

除上述慢性腹痛及排便形態或習慣改變外，IBS也可能造成脹氣、產氣量增多、胃食道逆流、吞嚥困難、易飽足感、消化不良、胸痛；也有可能出現腸胃道之外的相關症狀，如性功能異常、性交疼痛、月經異常、頻尿等等。

### 診斷工具

當病患症狀已符合IBS診斷標準，且不具有警戒症狀，目前認為不需安排後續檢查。若仍強烈懷疑其他疾病可能，針對各類型IBS有不同診察策略可應用。

#### a. 腹瀉型IBS

1. 糞便培養：根據病史，若可能暴露於梨型鞭毛蟲感染環境，可安排糞便培養。反之，糞便培養在診斷IBS無明確效益。
2. 麩質不耐症篩檢：2011年發表於Gastroenterology<sup>[4]</sup>指出，IBS病患檢出IgA的比例與健康之對照組類似，無法有效鑑別IBS與麩質不耐症。然而，Arch Intern Med之系統性回顧文獻卻指出<sup>[5]</sup>，確診麩質不耐症之機率在滿足IBS診斷標準之病患是對照組的四倍。因此，可嘗試抽血檢驗IgA (IgA to tissue transglutaminase)，但其效益仍存在爭議。
3. 24小時糞便收集：排除滲透性



(osmotic)或分泌性(secretory)腹瀉。

- 內視鏡檢查：不具警戒症狀且小於50歲的患者，不建議常規使用內視鏡檢查(大腸鏡或軟式乙狀結腸鏡)，但經過保守治療後症狀仍無改善，可考慮鏡檢。而對於大於50歲且從未接受過內視鏡檢查之患者，則建議鏡檢，且隨機組織採樣，以排除惡性腫瘤或是顯微性結腸炎(microscopic colitis)。

#### b. 便秘型IBS

- 腹部X光：評估腸氣分佈，及糞便累積情況。
- 內視鏡檢查：排除結構性病灶、惡性腫瘤可能性。

### 鑑別診斷

IBS症狀無專一性，須留意排除其他器質性疾病。鑑別診斷包含：大腸直腸腫瘤、發炎性腸道疾病(克隆氏症、潰瘍性結腸炎)、甲狀腺功能亢進或低下、寄生蟲感染或腸內菌過度增生、麩質不耐症、乳糖不耐症、類癌(carcinoid)；另外子宮內膜異位也需要與IBS做鑑別診斷。精神方面之憂鬱症、恐慌症、焦慮症也須列入鑑別診斷之列。

### 治療

#### a. 非藥物治療

- 從日常生活改善腸躁症症狀

飲食方面，三餐應規律且細嚼慢嚥，忌過量飲食。水分攝取每天約八杯以上；而含咖啡因的飲料每天應小於三杯，酒精或含糖飲料也需減少飲用。水果建議每日小於240g，脂肪則少於40~50g<sup>[6]</sup>。

全麥麵包、穀類等高纖食品攝取量不宜多。飲食中增加可溶性纖維(soluble fiber) (如車前子，燕麥) 並減少不可溶性纖維(insoluble fiber) (如糠、麥麩及穀皮) 也被報導對腸躁症狀減緩有益。FODMAPs (fermentable oligo-, di-, and mono-saccharides and polyols) 不易被小腸吸收，包括果糖、半乳糖、乳糖及醣醇類的山梨糖醇，木糖醇及甘露糖醇，被認為會惡化腸躁症狀。此外減少牛肉、奶製品、小麥、洋蔥等的方式也曾被提出。若有脹氣也可減少豆類、花椰菜及甘藍菜的食用<sup>[7]</sup>。

光靠臨床試驗要證實食物與腸躁症狀的關聯有一定難度，因此有腸躁症的人可自行記錄每天飲食、觀察不同飲食對自身症狀的影響。其他生活習慣方面，提高運動量有助於改善腸燥症狀<sup>[8]</sup>。益生菌使用在腸躁症患者身上的效果尚不明確。目前有研究顯示*Lactobacillus rhamnosus GG (LGG)*、*Bifidobacterium* (比菲德氏菌屬) 的多種菌，包括*B. infantis*、*B. breve*、*B. longum*，使用後能減少腹痛的情形<sup>[9]</sup>。

- 心理治療(psychological therapies) [含催眠治療(hypnotherapy)]<sup>[10]</sup>

認知行為治療、催眠治療、多元心



理治療(multi-component psychological therapy)和動力導向心理治療(dynamic psychotherapy)證實對IBS有幫助。但對於IBS治療有經驗的心理治療者不足，會限制此項療法的應用。

目前研究無法證實對IBS有效的療法包括放鬆治療、病人自我認知行為治療、透過網路的行為治療、壓力處理、正念(mindfulness)冥想訓練。

## b. 藥物治療

### 1. 抗生素

雖未經美國食品藥物管理局(FDA)認證通過，但使用吸收困難的抗生素 rifaximin，在腸道藥物濃度較高，可減輕腹瀉型IBS的症狀，如腹脹，且病人耐受性好。

### 2. 解痙攣藥物(antispasmodics)

IBS可能因為腸道平滑肌痙攣(spasm)，造成腹痛。解痙攣藥物如 dicyclomine，使用於IBS可使症狀短暫緩解。有抗膽鹼性(anticholinergic)副作用。

### 3. Loperamide

鴉片類(opioid)藥物，是有效的止瀉劑。

### 4. 抗憂鬱劑(antidepressants)

IBS的病人常伴隨憂鬱和焦慮。研究指出低劑量抗憂鬱劑可減輕IBS的內臟疼痛(visceral pain)。三環抗憂鬱劑(TCA)、選擇性血清素再回收抑制劑(SSRI)可以全面性減緩IBS的症狀和減輕疼痛。但藥物

的副作用(如TCA：便秘)，會限制病人使用藥物和醫師開立處方的意願。

### 5. 5-HT<sub>3</sub>受體拮抗劑(alosteron, ramosetron)

5-HT<sub>3</sub>受體與腸道內臟疼痛有關。alosteron 是選擇性5-HT<sub>3</sub>受體拮抗劑，可降低腸道內臟疼痛和腸道運動，用於治療腹瀉型IBS。但因為嚴重便秘和缺血性腸炎(ischemic colitis)的副作用在2001年11月遭FDA下架。後續2002年6月FDA再度開放使用alosteron，但只限用於”患有嚴重腹瀉型IBS的女性病人”，使用方法為0.5mg每天2次吃4週，再增加劑量至1mg每天2次吃4週。

Ramosetron也是5-HT<sub>3</sub>受體拮抗劑，在日本、韓國、和泰國認證通過使用於腹瀉型IBS，使用方法為5 μg每天1次吃12週，可改善糞便黏稠度。

### 6. 促分泌劑(prosecretory agents)

#### i. Linaclotide

Guanylin胜肽是內生性荷爾蒙，作用使腸道分泌碳酸氫根(bicarbonate)和氯離子，鈉離子和水因滲透壓而進入腸道內。Linaclotide結構類似guanylin胜肽，可治療便秘型IBS，副作用有腹瀉、脹氣。

#### ii. Lubiprostone

Lubiprostone可活化腸道上皮的第2型氯離子通道(CIC-2)，造成氯離子和水湧入腸道內，可治療便秘型IBS，副作用為腹瀉。

各藥物的治療劑量與時間請見表一<sup>[11]</sup>。



表一 IBS症狀分型及其藥物治療方式

疾病分型	藥物分類	藥物	劑量與治療時間	症狀改善
IBS-D	抗生素	Rifaximin	550 mg 每天2次 吃14天	整體症狀、腹脹、糞便黏稠度、腹脹
	TCA	Amitriptyline	10 mg 每晚睡前 吃8週	整體症狀、糞便黏稠度、排便不完全 IBS-AII: 整體症狀、腹痛
	5-HT3 antagonist	Alosteron	0.5mg每天2次吃4週 →1mg每天2次吃4週	降低腸道內臟疼痛和腸道運動
		Ramosetron	5 μg每天1次吃12週	糞便黏稠度
	止瀉劑	Loperamide	2 mg 每晚睡前 最高劑量 6mg 吃5週	整體症狀、腹痛、糞便黏稠度、排便頻率、急便
IBS-C	SSRI 促分泌劑	Fluoxetine	20mg 每天 吃12週	腹脹、糞便黏稠度、排便頻率
		Lubiprostone	24 μg 每天2次 吃12週	整體症狀、腹脹、糞便黏稠度
		Linaclotide	290 μg 每天1次 吃12週	整體症狀、腹痛、腹脹、糞便黏稠度、排便頻率
IBS-AII	TCA	Trimipramine	50 mg 每晚睡前 或 10mg 每天早上+ 40mg 每天晚上	整體症狀、糞便黏稠度、排便不完全
		Desipramine	50mg 每晚睡前 吃1週 →100mg 每晚睡前 吃1週 →150mg 每晚睡前 吃4週	整體症狀、排便頻率 IBS-D: 腹痛
		Doxepin	75mg 每晚睡前 吃6週	整體症狀、腹痛、排便不完全
	SSRI	Citalopram	20mg 每天 吃3週→40mg 每天 吃3週	腹脹、急便、排便不完全
		Paroxetine CR	12.5 mg調至50mg 每天 吃2週	整體症狀

備註：此表為各項藥物安慰劑對照研究之臨床結果，若有研究結果在某項症狀改善不一致者則視為無效  
資料來源：參考資料11

## 結語

腸躁症是最常見的腸胃道不適之一，病患可能經歷反覆的腹痛，同時改變排便習慣，其中又以女性所佔比例較高。致病機轉尚未有研究可以證實。診斷

上因缺乏相關的血液、生化指標，或有效之理學檢查，目前仍以病史詢問及臨床症狀為主。主流的診斷標準為Rome III criteria。符合相關症狀達三個月以上且排除其他器質性疾病後，則可考慮腸躁症的可能。



目前治療方法效果有限，相關研究仍在進行中。除了從飲食等生活習慣著手外，益生菌的使用也是選擇之一。藥物方面，解痙攣藥物及loperamide等也被使用在腸躁症患者身上。TCA、SSRI類藥物被認為可以減緩腸躁症狀。而促分泌劑則被用於治療便秘型腸躁症。但和許多疾病的藥物治療一樣，副作用可能限制藥物的使用；其他治療像是某些心理治療也有研究認為是有幫助的。

整體而言，多方面了解腸躁症及發掘引起腸躁症的原因，不避諱求助，是最有效處理腸躁症問題的方法。

### 參考資料

1. Chang HC, Yen AM, Fann JC et al: Irritable bowel syndrome and the incidence of colorectal neoplasia: a prospective cohort study with community-based screened population in Taiwan. *Br J Cancer* 2015; 112:171-6.
2. Catanzaro R, Occhipinti S, Calabrese F et al: Irritable bowel syndrome: new findings in pathophysiological and therapeutic field. *Minerva Gastroenterol Dietol.* 2014; 60:151-63.
3. Longstreth GF, Thompson WG, Chey WD, Houghton LA, Mearin F, Spiller RC: Functional bowel disorders. *Gastroenterology.* 2006; 130:1480-91.
4. Cash BD, Rubenstein JH, Young PE et al: The prevalence of celiac disease among patients with nonconstipated irritable bowel syndrome is similar to controls. *Gastroenterology* 2011; 141:1187-93.
5. Ford AC, Chey WD, Talley NJ et al: Yield of diagnostic tests for celiac disease in individuals with symptoms suggestive of irritable bowel syndrome: systematic review and meta-analysis. *Arch Intern Med* 2009; 169:651-8.
6. Heizer WD, Southern S, Mcgovern S: The Role of Diet in Symptoms of Irritable Bowel Syndrome in Adults: A Narrative Review. *J Am Diet Assoc* 2009;109:1204-14.
7. Halmos EP, Power VA, Shepherd SJ, Gibson PR, Muir JG: A Diet Low in FODMAPs Reduces Symptoms of Irritable Bowel Syndrome; *Gastroenterol* 2014; 146:67-75.
8. Johannesson E, Simrén M, Strid H, Bajor A, Sadik R: Physical Activity Improves Symptoms in Irritable Bowel Syndrome: A Randomized Controlled Trial. *Am J Gastroenterol* 2011; 106: 915-22.
9. Ortiz-Lucas M, Tobias A, Saz P, Sebastián JJ: Effect of probiotic species on irritable bowel syndrome symptoms: A bring up to date meta-analysis. *Rev Esp Enferm Dig* 2013; 105:19-36.
10. Ford AC, Moayyedi P, Lacy BE et al: American College of Gastroenterology Monograph on the Management of Irritable Bowel Syndrome and Chronic Idiopathic Constipation. *Am J Gastroenterol* 2014; 109:S2-S26.
11. Trinklley KE, Nahata MC: Medication Management of Irritable Bowel Syndrome. *Digestion* 2014; 89: 253-67.