

功能性胃肠病

Functional gastrointestinal disorder

临床思维的四大原则

- **概率论的原则**：先考虑常见病多发病，后考虑少见病；
- **先考虑器质性疾病**；后考虑功能性疾病；
- **先考虑良性疾病**，后考虑恶性疾病；
- **一元论原则(整体观)**：最后能用一种疾病，解释患者所有的临床症状、体征及辅助检查结果。

功能性胃肠病

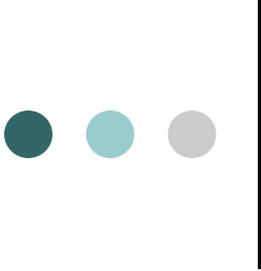
【定义】

IBD: 是一组表现为慢性或反复发作性的胃肠道症状，而无器质性改变的胃肠道功能性疾病，临床表现主要是胃肠道（包括咽、食管、胃、胆道、小肠、大肠、肛门）的相关症状。因症状不同而有不同命名。



功能性胃肠病

目前，我国采用罗马Ⅲ标准的
功能性胃肠病的命名分类。以**功能性消化不良**（Functional dyspepsia, FD），**肠易激综合征**（Irritable bowel syndrome, IBS）多见。



第一节 功能性消化不良

(functional dyspepsia, FD)

功能性消化不良：(functional dyspepsia , FD)，是指具有胃和十二指肠功能紊乱引起的症状，而无器质性疾病的一组临床综合征。

第一节 功能性消化不良 (functional dyspepsia)

功能性消化不良在临床上十分常见，几乎每个人一生中都有过消化不良的症状。欧美国家流行病学调查显示，普通人群中消化不良症状者占19-41%，而我国的调查资料显示功能性消化不良占消化内科专科门诊的50%左右。

病因和发病机制：

功能性消化不良的病因和发病机制至今尚未清楚。

1. 胃肠道动力障碍：包括胃排空延迟、胃十二指肠运动协调失常。

2. 内脏感觉过敏：研究发现功能性消化不良患者胃的感觉容量明显低于正常人，内脏感觉过敏可能与外周感受器、传入神经、中枢整合的水平异常有关。

病因和发病机制:

3. 胃底对食物的容受性舒张功能下降：常见于有早饱症状的患者。
4. 精神和社会因素：一直被认为与功能性消化不良的发病有密切关系。调查表明，功能性消化不良患者存在个性异常，焦虑、抑郁积分显著高于正常人和十二指肠溃疡组。

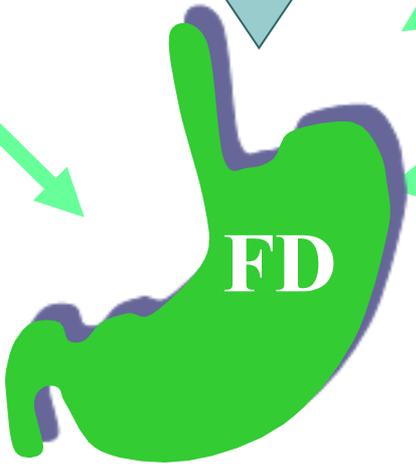


动力障碍

内脏敏感

精神因素

FD-HP



胃底对食物的容受性舒张功能下降

病因与机制



临床表现

主要症状包括：

餐后饱胀和早饱、上腹痛、上腹部灼热感、上腹胀、暖气、食欲不振、恶心、呕吐等。

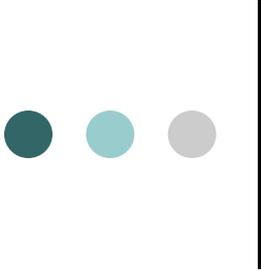
常以某一个或某一组症状为主，在病程中症状可发生变化，起病多缓慢，病程经年累月，呈持续性或反复发作。

不少患者有饮食、精神等诱发因素。



临床表现

1. 上腹痛：为常见症状。腹痛与进食有关，表现为餐后痛。也有表现为饥饿痛、进食后缓解，也可无规律性。部分患者表现为上腹部灼热感。需要与胃食管反流病的烧心相鉴别。

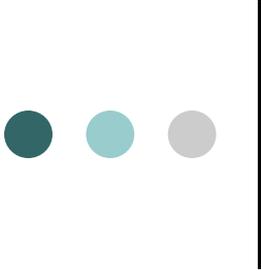


临床表现

2. 餐后饱胀或早饱、

餐后饱胀是指正常餐量即出现饱胀感。

早饱是指有饥饿感但进食后不久即有饱感。



临床表现

3. 不少患者同时伴有失眠、焦虑、抑郁、头痛、注意力不集中等精神症状。

临床表现

无特异性!

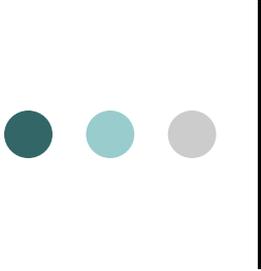
腹痛，早饱饱胀感，
上腹部烧灼感
纳差，腹胀、
暖气、恶心呕吐、等

不伴反酸与烧心，与排便无关!

诊断和鉴别

一、诊断标准

1. 有上腹痛、上腹部灼热感、餐后饱胀和早饱之一种或多种上，呈持续性或反复发作的慢性病程。罗马III标准规定病程超过半年，近3个月来症状持续。
2. 上述症状排便后不能缓解（排除症状由肠易激综合症所致）
3. 排除可解释症状的器质性疾病。



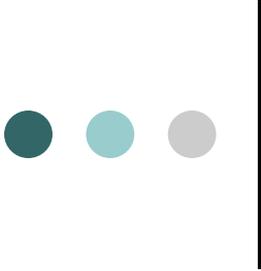
诊断

根据临床特点，最新的罗马III标准将本病分为两个临床亚型：

①**上腹痛综合征** (epigastric pain syndrome, EPS)：上腹痛和（或）上腹部灼热感。

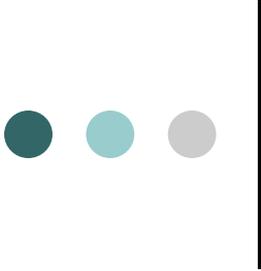
②**餐后不适综合征** (postprandial distress syndrome, PDS)：餐后饱胀或早饱。

两型可有重叠。



诊断和鉴别诊断

诊断程序为此，在全面病史采集和体格检查的基础上，先判断患者有无提示器质性疾病的“报警症状和体征”：



诊断和鉴别诊断

(1) 45岁以上，近期出现消化不良症状；

(2) 有消瘦、贫血、呕血、黑粪、吞咽困难、腹部肿块、黄疸、腹水征阳性等；

(3) 消化不良症状进行性加重。

诊断和鉴别诊断

对有“报警症状和体征”者，必须进行彻底检查直至找到病因。

对年龄在45岁以下且无“报警症状和体征”者，可选择基本的检查如血、尿常规、粪隐血试验、血沉、肝功能试验、胃镜、腹部B超(肝、胆、胰)，或先予经验性治疗2~4周观察疗效，对诊断可疑或治疗无效者有针对性地选择进一步检查。

●

诊断

标准

①症状

②排除存在器质性病变

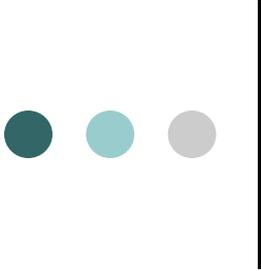
这是一个排它性诊断！



鉴别诊断

需要鉴别的疾病包括：

- 食管、胃和十二指肠的各种器质性疾病，如消化性溃疡、胃癌；
- 各种肝胆胰疾病。
- 由全身或其他系统疾病引起的上消化道症状如糖尿病、肾脏病、结缔组织病及精神病；
- 药物如非甾体消炎药所致的上消化道症状；
- 胃食管反流病； IBS。

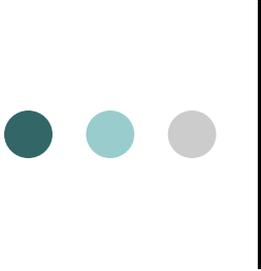


治疗

治疗原则：

主要是缓解症状、提高患者的生活质量为主要目的。

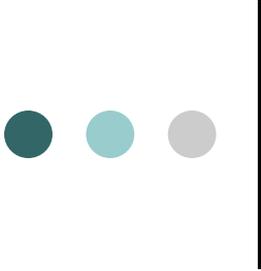
强调综合治疗和个体化治疗原则。



治疗

(一) 一般治疗。

- 戒烟，戒酒，避免非甾体消炎药。
- 养成良好的生活习惯、避免油腻及刺激性食物；避免暴饮暴食及睡前进食过量；可采取少食多餐的方法；
- 加强体育锻炼；
- 要特别注意保持愉快的心情和良好的心境。失眠、焦虑者可用镇静剂如黛利新。



治疗

(二) 药物治疗

无特效药，主要是经验性治疗

1. 抑制胃酸分泌药：

适应于以上腹痛或上腹部灼热感为主要表现者，可选用H₂受体拮抗剂或质子泵抑制剂。

(1) . H₂受体拮抗剂(H₂RA)

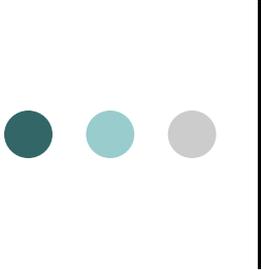
药 物	用 法	维持剂量
西咪替丁 (cimetidine)	400mg bid,	400mg qN
雷尼替丁 (ranitidine)	150mg bid ,	150mg qN
法莫替丁 (famotidine)	20mg bid ,	20mg qN
尼扎替丁 (nizatidine)	150mg bid,	150mg qN

副作用：精神异常、影响性功能、影响药物代谢

(2) . 质子泵抑制剂 (PPI)

药 物	用 法	维持剂量
奥美拉唑 (omeprazole)	20 mg bid	20mg qd
兰索拉唑 (lansoprazole)	30 mg qd	30mg qd
潘托拉唑 (pantoprazole)	40 mg qd	20mg qd
雷贝拉唑 (rabeprazole)	20 mg qd	10mg qd
埃索美拉唑 (esomeprazol)	40 mg qd	20mg qd

副作用: headache、diarrhea、nausea

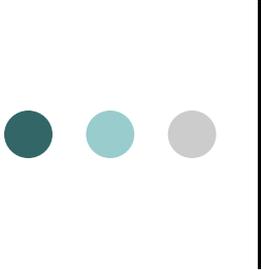


治疗

2. 促胃肠动力药

一般适用于以餐后饱胀、早饱为主要症状者。

- 多潘立酮：10mg, tid
- 莫沙必利：5mg, tid
- 依托必利：50mg, tid
- 对疗效不佳者，抑制胃酸分泌药和胃肠动力药可换用或合用。



治疗

3. 助消化药：复方消化酶制剂可作为消化不良的辅助用药，改善与进餐有关的上腹胀，食欲差等症状。



治疗

4. 抗抑郁治疗：上述症状治疗效果不佳而伴有精神症状明显者。

阿米替林 25mg, tid或

黛利新1片, bid.

从小剂量开始，注意药物的不良反应。

治疗

一般治疗

药物治疗

抑酸

促动力

助消化

抗抑郁

个体化原则

以上内容仅为本文档的试下载部分，为可阅读页数的一半内容。如要下载或阅读全文，请访问：<https://d.book118.com/565313113314011220>