

功能性胃肠病

功能性胃肠病诊断强调“非排除性”

▲ 北京协和医院消化内科 方秀才

“罗马Ⅳ：功能性胃肠病（FGIDs）”诊断标准的发布已经1年余，我国学者积极组织翻译出版了该书的中文翻译版，并通过多种形式推广罗马Ⅳ诊断标准。在新的诊断标准中，疾病名、症状标准和频度阈值、病程更加明了，支持诊断标准、需要鉴别或排除的疾病更加清晰，这使诊断标准的实用性更强。

罗马Ⅳ诊断强调，FGIDs的诊断不是一种排除性诊断，对多数FGIDs而言，如果患者临床表现典型，且无警报征象，没有必要进行过多的检查来排除器质性疾病，即使是有必要和相关疾病进行鉴别诊断，所选择的检查也要有针对性，即通过有限的检查来进行准确的鉴别诊断；此外，及早诊断FGIDs，可以避免患者接受不必要的有创性检查、不必要的手术。

研究表明，对没有警报征象的非便秘型肠易激综合征（IBS）患者、慢性便秘患者，结肠镜检查发现器质性疾病，或诊断为IBS的患者长期随访发现器

质性疾病的比例并不高于对照人群。

对某些FGIDs而言，如功能性排便障碍的诊断需要基于辅助检查。临床医生要根据患者的具体情况理解患者功能性症状的病理生理基础，如中枢介导的腹痛综合征患者并不存在明显的内脏高敏感，患者的疼痛和中枢对疼痛的处理功能异常有关，目前还没有检测这种功能异常的临床手段，大多数患者伴有焦虑和抑郁等心理问题，选择有止痛效果的抗抑郁药能取得较好的疗效。因此，对FGIDs的治疗特别强调基于症状病理生理学机制的个体化的综合治疗。

中医中药是我国的医学优势，从辨证分型的角度研究不同FGIDs、是否合并抑郁焦虑患者的症候特点，提高中医专家间诊断的一致性，客观验证中药治疗的疗效，积极探索中西医结合治疗FGIDs的优势，具有重要意义。



方秀才 教授



魏玮 教授



段丽萍 教授



王萍 教授

中西医结合预测模型筛查胃癌

▲ 中国中医科学院望京医院脾胃病（消化）科 魏玮

胃癌具有明确的癌前病变，慢性萎缩性胃炎是胃癌前疾病，并且是消化系统常见慢性病。但西医尚无有效的干预手段。本病仍以对症治疗，定期随访为主要防治手段。如何发挥中医治未病优势，建立中西并重的慢性萎缩性胃炎慢病管理协作网，制定针对性更强的胃癌筛查策略，对于胃癌的防治有重大意义。

慢病管理

建立中西医结合的风险预测模型的目的是对本病进行高质量的慢病管理。

基于患者基数众多，中国人口迁移频繁的特点。建立多地域、大数据的慢病管理协作网络是必要的。并且本病的病理诊断具有一定主观性，慢

病管理必须在权威的病理医师指导下进行。这要求慢病管理网具有多学科协作的能力。

我国对于疾病的“管理”尚处于起步阶段，传统医疗模式即将向主动医疗服务模式转变。提出建立慢性萎缩性胃炎病证结合癌变风险的慢病

管理协作网的思路，也是现代中医人在“治未病”理论指导下的实践。

但工作仍面临诸多困难，如中医证候诊断不统一，中医术语使用混乱，希望在这项工作的开展过程中能在一定程度上推动中医诊治的规范性。

个体化管理

笔者认为，首先要建立中西医结合的风险预测模型，通过模型对患者进行危险分层，进行个体化管理。

“证候”揭示机体处于疾病某一阶段的病理概括，包括病因、病位、病性、邪

正关系等，辨证不但可以指导治疗，也一定程度揭示疾病的转归。对于慢性萎缩性胃炎患者，进行中医证候的横断面调查及远期的队列研究，筛选胃癌高危证候要素，结合患者年龄，胃癌及其他消化系统肿瘤

家族史，饮食因素，HP感染情况，萎缩、肠化生及异型增生的病变程度及范围等其他危险因素，通过分析风险因素的权重，借助科学的统计模型建立中西医结合的风险预测模型并进行初步验证。

胃癌

病证结合：
构建胃癌前病变风险预测模型

▲ 中国中医科学院西苑医院消化科 王萍

胃黏膜异型增生是公认的胃癌前病变（PLGC），寻找高危因素开展风险预测研究对于临床有针对性防治监测、预防胃癌发生有重要意义。

为了筛选PLGC发生的危险因素，总结中医证候要素特征，建立基于Logistic回归分析的PLGC风险预测模型，并评估该模型预测的准确性。笔者对290例慢性萎缩性胃炎伴或不伴胃黏膜异型增生患者，进行了问卷调查。

调查内容 包括饮食因素、家族史、合并病、临床症状、胃镜病理病变等，并检测PGⅠ、PGⅡ、G-17、HP抗体、CEA、CA724。收集到的资料由知名中医脾胃专家归纳中医证候要素，构建电子数据库。分析得出以下结论。

PLGC危险因素 PLGC患者受教育水平较高、胃癌家族史及其他消化道肿瘤家族史比例较高，合并胃食管反流病、胆囊切除、糖尿病、冠心病比例较高，幽门螺杆菌（HP）感染比例较低。高盐饮食、腌渍食物、油炸食品、

喝浓茶、饮酒等比例较高，易怒、焦虑比例高于其他患者。

PLGC证候特点 常见证候要素依次为脾虚、气滞、血瘀、湿热、湿阻，其中脾虚、湿热、郁热在单纯萎缩性胃炎或轻度萎缩肠化患者中比例较高，而PLGC阶段血瘀比例较高，差异有统计学意义。

PLGC患者胃功能状态 PLGC患者血清PGI降低，差异有统计学意义。

PLGC风险预测模型 该模型预测准确性较好。根据ROC曲线，灵敏度设定为100%，对应特异度为66.7%，此条件下，高风险人群最低占比为87%。

研究证明，胃体中-重度萎缩、胆囊切除、腌制食物、血瘀、焦虑为PLGC发生的高危因素，PLGC风险预测模型拟合度及预测准确性较好。今后将在更大范围，基于更大样本，纳入更多血清分子生物学指标，采用多种非线性建模方法，使风险预测模型更为全面、准确，为临床监测和评估提供有效工具。

胃肠菌群

肠易激综合征与小肠细菌过度生长有关

▲ 北京大学第三医院消化科 段丽萍

最新发布的罗马Ⅳ指南将FGIDs定义为“肠-脑互动异常”，表现有胃肠道动力紊乱、内脏高敏感性、黏膜与免疫系统受损、肠道菌群紊乱以及中枢神经系统相关功能异常等。其中，肠道微生物的作用不容忽视。肠道微生物被称为“人体的第三大脑”（第一、第二大脑分别为CNS和ENS）、“第二基因组”，其从胎儿期就开始参与神经系统的发育。“菌-肠-脑”轴通过神经、免疫、内分泌和代谢途径相互作用，保持机体的正常功能。

小肠细菌过度生长（SIBO）由于小肠细菌的数量和结构变化，可引起肠道局部炎症-免疫变化，表现为腹痛、腹泻、腹胀等，可伴有贫血和营养不良。

IBS主要表现为伴有腹痛和腹胀的排便异常。

由于两者临床症状相似，且均存在肠道菌群的异常，其关系也受到越来越多的关注。笔者就腹泻型IBS（IBS-D）合并SIBO患者的临床及肠道菌群特征进行了研究。

研究发现，符合罗马Ⅲ诊断标准的IBS-D患者合并SIBO的比例显著高于健康对照，并且IBS-D合并SIBO患者的BMI低于单纯IBS-D患者。

单纯IBS患者肠道菌群的紊乱情况较合并SIBO的IBS患者更严重，前者以变形菌门、拟杆菌门为主，后者则以厚壁菌门和变形菌门为主。

单纯IBS患者具有更高的内脏敏感性和外周血IL-12水平。进一步的利福昔明治疗随访发现，合并SIBO的IBS患者治疗后症状缓解较单纯的IBS患者更为显著。提示应对IBS和SIBO二者进行区分治疗。

对肠黏膜炎症因子进行检测显示，不同肠道菌群类型的IBS患者肠黏膜炎症水平和临床症状明显不同，应对IBS患者按肠道菌群进行分型以制定更精准的治疗方案。进一步的益生菌治疗随访发现，益生菌调节肠道菌群缓解腹部症状的同时也能缓解患者的抑郁症状，证明肠道菌群与脑-肠轴之间的相互作用在IBS和抑郁的共病发生中起到重要作用，对指导IBS和抑郁共病患者的治疗具有重要意义。

符合罗马Ⅲ标准的IBS-D中包含有相当比例的SIBO。合并SIBO的IBS-D患者与单纯IBS-D患者虽然临床症状相似，但二者的营养状况、内脏敏感性和机体炎症水平不同，肠道菌群多样性和构成也不相同。IBS与SIBO关系尚需更加深入的研究。