

慢性腹痛基层诊疗指南(2019年)



扫一扫下载指南原文

中华医学会 中华医学会杂志社 中华医学会消化病学分会 中华医学会全科医学分会
中华医学会《中华全科医师杂志》编辑委员会 消化系统疾病基层诊疗指南编写专家组
通信作者:钱家鸣,中国医学科学院 北京协和医学院 北京协和医院消化科 100730,
Email: qianjiaming1957@126.com;李景南,中国医学科学院 北京协和医学院 北京协和
医院消化科 100730,Email: lijn2008@126.com

【关键词】 指南; 慢性腹痛; 中枢介导的腹痛综合征

DOI: 10.3760/cma.j.issn.1671-7368.2019.07.003

Guideline for primary care of chronic abdominal pain(2019)

Chinese Medical Association, Chinese Medical Journals Publishing House, Chinese Society of Gastroenterology,
Chinese Society of General Practice, Editorial Board of Chinese Journal of General Practitioners of Chinese
Medical Association, Expert Group of Guidelines for Primary Care of Gastrointestinal Disease

Corresponding author: Qian Jiaming, Department of Gastroenterology, Peking Union Medical College
Hospital, Chinese Academy of Medical Sciences & Peking Union Medical College, Beijing 100730, China,
Email: qianjiaming1957@126.com; Li Jingnan, Department of Gastroenterology, Peking Union Medical
College Hospital, Chinese Academy of Medical Sciences & Peking Union Medical College, Beijing 100730,
China, Email: lijn2008@126.com

一、概述

(一) 定义与分类

英语“疼痛”(pain)一词来源于拉丁文“poena”,原意是“刑罚”。刑罚通常都伴随一定程度的痛苦体验,故以喻痛觉。国际疼痛研究协会将疼痛定义为“一种不愉快的感觉和情感体验,与实际或潜在的组织损害有关,或被描述为与那类损害相关”^[1]。该定义强调了疼痛是一种主观体验,其发生机制具有一定的复杂性,当前或既往组织损伤并非产生疼痛的必要条件^[1-2]。

腹痛(abdominal pain)是指上起横膈,下至骨盆范围内的疼痛不适感,是临床常见的一种症状。根据发病缓急和病程长短,一般将其分为急性腹痛(acute abdominal pain)和慢性腹痛(chronic abdominal pain)^[2]。急性和慢性腹痛没有截然的时间分界线,但在临床实践中,一般将疼痛持续时间超过6个月的患者视为慢性腹痛^[3]。急性和慢性腹痛的病因构成和诊疗原则差异较大,急性腹痛应首先排除需要外科手术的各类急腹症,而慢性腹痛的诊治重点在于区分器质性和功能性疾病,在明确病因的基础上给予相应治疗^[2-3]。

慢性腹痛代表了一大类病因众多、处理困难的

临床症候群。多数慢性腹痛患者尽管接受了详细的诊断评估,仍然无法找到器质性病因^[2-5]。近年来研究发现,非器质性疾病导致的慢性腹痛大多与脑-肠互动异常有关,例如肠易激综合征(irritable bowel syndrome, IBS)和功能性消化不良(functional dyspepsia, FD);此外,还有一大类慢性腹痛患者,不符合按照腹部脏器进行归类的特定功能性胃肠病诊断标准,被称为“中枢介导的腹痛综合征”(centrally mediated abdominal pain syndrome, CAPS)。CAPS以往又被称为“慢性特发性腹痛”或“功能性腹痛综合征”(functional abdominal pain syndrome, FAPS),以强调其症状不能用结构或代谢异常来解释^[2]。进一步研究发现,功能性疾病导致的慢性腹痛往往有很强的中枢因素参与,腹痛与脑边缘系统和疼痛下行调节障碍密切相关^[2,5]。因此,2016年发表的《罗马IV功能性胃肠病》将FAPS更名为CAPS,反映出对发病机制新的理解^[1]。按照功能性胃肠病罗马IV诊断标准,CAPS被定义为一种与生理事件(进食、排便、月经等)无关的腹部疼痛,患者症状至少持续6个月,疼痛持续,或近乎持续,或至少频繁发作,伴随一定程度的日常活动能力减退^[2,5]。

(二) 流行病学

慢性腹痛代表了一大类病因众多的临床症候群,不同调查的评判标准不一。尚不清楚慢性腹痛的确切流行情况,但该症状无疑很常见,各级医疗机构均可见到。功能性胃肠病是慢性腹痛最常见的病因,如FD、IBS及CAPS等^[2-3,5-9]。调查显示,慢性腹痛每年发病率约为2.29%,约四分之一的成年人曾经历过该症状^[5-7]。在不同地区、民族的人群中,其发病情况并无太大差异^[8-13]。加拿大的一项研究表明,该国CAPS的患病率为0.5%^[10]。我国一项问卷调查发现,18岁以下青少年儿童功能性腹痛的患病率为13.25%^[13]。世界范围内成人CAPS患病率为0.5%~2.1%,女性是男性的1.5~2.0倍,发病高峰年龄是35~44岁^[8-10]。

慢性腹痛常见,而且造成可观的社会经济损失和医疗资源消耗。美国一项基于家庭人口的调查表明,慢性腹痛患病率约为2.2%,每例患者平均误工11.8 d/年,有11.2%的患者因此无法正常工作,误工损失是普通人群的3倍^[9]。慢性腹痛的诊治常有不同程度的困难。据统计,80%的慢性腹痛患者有就医经历,约半数患者每年就诊1~3次^[14]。尽管接受了大量检查,多数慢性腹痛患者未能发现器质性病因,其典型代表就是CAPS。一项超过7年的随访研究发现,CAPS患者平均就诊5.7次,进行内镜或影像检查6.4次,接受手术治疗2.7次(主要是子宫切除和腹腔镜探查)^[15]。

二、病因和发病机制

(一) 危险因素

引起慢性腹痛的各类器质性疾病如消化性溃疡、胃癌、胆石症、慢性胰腺炎、结直肠癌、缺血性肠病、炎症性肠病等,具有各自的危险因素,但多和饮食不当、嗜好烟酒和不良生活习惯有关。研究发现,幼年心理事件及成年后心理社会应激是引起慢性腹痛的高危因素^[11-12]。心理异常可以和器质性疾病合并存在。焦虑、抑郁、创伤后应激障碍、药物滥用、躯体化障碍等心理疾病与慢性腹痛的重叠度较高,提示临床应重视这类人群^[11-15]。

(二) 发病机制和病理生理

如前文所述,疼痛是一种主观感觉和情感体验。大脑接受来自外周神经的传入信号,并与认知、情感及其他感觉信息相整合,最终形成疼痛感知。因此,疼痛实际上包含了相互关联的3个单元:感觉传入单元、中枢调节单元(情感 and 认知)和动机单元(对疼痛的行为反应)^[4,16-18]。

1. 感觉传入单元:

(1) 痛觉感受器:腹腔存在多种类型的痛觉感受器,可感应化学或机械性刺激因素,包括炎症、缺血、压迫、牵拉、收缩等。

(2) 疼痛传导神经:腹痛的传入神经纤维有2种:①A纤维,有髓鞘,直径3~4 μm,具有快速传导性能,负责传导腹壁皮肤、肌肉和腹膜壁层的痛觉(躯体感觉);②C纤维,无髓鞘,直径较细,0.3~3 μm,传导速度较慢,负责传导腹腔内脏器官所感受的疼痛(内脏感觉)。这两种传入神经纤维的终端均与痛觉受体相连,并参与交感神经链。

(3) 腹痛神经通路:在腹部器官和大脑皮层之间,腹痛信号传导通路上的神经元有3个层次:①Ⅰ级神经元的传导从腹部器官到脊髓;②Ⅱ级神经元连接脊髓和脑干;③Ⅲ级神经元连接脑干和皮层。同时,人体还存在疼痛下行抑制系统,对上传的疼痛信号起负性抑制作用。该系统主要起源于脑干特定区域的5-羟色胺能细胞、蓝斑内的去甲肾上腺素能神经元以及延髓阿片能神经元等,通过调控脊髓(背索)的兴奋性,控制感觉信号上行传导的程度,又被称为弥散性损伤抑制控制系统(diffuse noxious inhibitory controls, DNIC)(图1)^[19]。部分慢性疼痛患者DNIC存在障碍,对疼痛上行兴奋性传导的抑制作用减弱,导致疼痛感觉被“放大”^[1]。

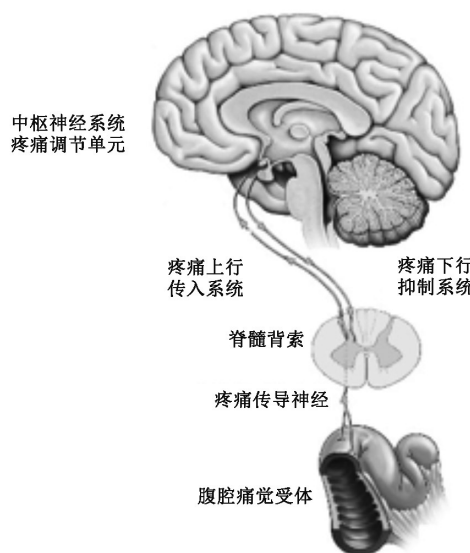


图1 腹痛的神经传导与调节通路

2. 中枢调节单元和动机单元:虽然慢性腹痛可具有外周疼痛激发因素(例如慢性肠炎、术后肠粘连等),但多数患者的感觉传入单元无显著异常,在疼痛中起主导作用的是中枢调节单元和动机单元,

中枢敏感化是其重要机制。慢性腹痛患者大脑疼痛环路的皮层调控发生异常,易引起疼痛失调。长期慢性疼痛甚至可伴有大脑结构改变,这方面的研究主要来自IBS。例如,在女性IBS患者中观察到大脑躯体感觉皮层的厚度增加,而涉及疼痛处理的岛叶皮层和前扣带回皮层的厚度变薄;另外,IBS患者的脑灰质体积广泛减小,包括岛叶皮层、杏仁核、扣带回和脑干区域,可能与幼年期的心理创伤有关^[2,4,16,18]。

中枢调节障碍以及脑-肠异常互动是慢性疼痛领域最重要的研究进展,有助于理解无法用器质性疾病解释的顽固性慢性腹痛^[2,7-8]。

三、诊断、评估与转诊

慢性腹痛是常见症状,通过病史、查体及辅助检查首先排除器质性疾病是临床通行的做法。由于医学技术的进步,通过辅助检查发现器质性疾病的能力不断增强。然而,多数慢性腹痛患者并非由器质性疾病导致,不加选择地实施大量检查不仅违背卫生经济学原则,同时也并不符合患者的最佳利益,甚至带来医源性损害^[2-5,15]。因此,对于患者而言,为明确慢性腹痛的病因应当做哪些检查,检查究竟应进行到何种程度,应充分考虑患者的病情特点和个人意愿,特别是合并器质性疾病的风险,包括年龄、报警征象、合并症等。

(一)诊断

若有明确的腹痛症状,且持续时间超过6个月,可作出慢性腹痛的初步诊断。

(二)评估

从解剖学和生理学的角度可将腹痛分为3种基本类型:①内脏性腹痛;②体神经性腹痛;③牵涉痛。这样的分型有助于分析腹痛症状以及鉴别诊断。慢性腹痛病因复杂多样,功能性和器质性疾病可以合并存在,急性和慢性腹痛病因也可相互重叠,从而增加了评估难度。临床评估的目的不仅是为了搜集诊断信息,更是建立良好医患关系的前提。高质量的医患交流本身就有治疗作用,这一点对于慢性腹痛患者尤为重要^[17-18]。医生必须尊重患者的体验,注意共情,在患者叙述病情时主动倾听,避免不恰当地打断患者^[2,17,19]。

1. 病史:

(1)病史是诊断及评估慢性腹痛的基础。通过详细询问病史,全面了解腹痛的病程、部位、性质、诱发及缓解因素等,对于判断慢性腹痛的病因极有帮助^[19-21]。如前文所述,急性和慢性腹痛之间并无

明确的分界线。部分急性腹痛可在急性发作后转为慢性。例如急性阑尾炎穿孔后可形成右下腹脓肿、腹主动脉夹层度过急性期后可引起缺血性肠病。慢性腹痛也可能发生急性改变,往往提示病情有新的变化,例如消化性溃疡造成穿孔、克罗恩病并发肠瘘、结直肠癌引起肠梗阻等。

(2)患者的年龄、性别、既往史和个人史等信息不容忽视。慢性腹痛可见于不同年龄段的所有人群,但不同人群的病因有所不同。例如,慢性腹痛是学龄儿童和青少年最常见的疾病,其患病率从0.5%到19.0%不等,病因以功能性疾病、肠道感染、炎症性肠病等为主^[3,9];青壮年则好发消化性溃疡、IBS、消化不良等;老年人器质性疾病的风险较高,易发生胆石症、消化道肿瘤、缺血性肠病等;女性患者还应注意妇科疾病;糖尿病病程长且控制不佳者出现腹痛,可能是糖尿病自主神经病变所致;长期酗酒易导致慢性胰腺炎;吸烟是缺血性肠病的危险因素。

(3)详细询问腹痛特点及伴随症状十分重要,须特别了解腹痛与进食、排便及月经等生理事件的关系。例如,与进食相关的、周期性、节律性上腹痛是消化性溃疡的典型表现;餐后痛可见于胃溃疡、胰腺炎、胆石症、缺血性肠病等,而进食后减轻的疼痛多见于十二指肠球溃疡;排便前下腹痛,便后减轻,常提示为结直肠疾病,如IBS、结直肠癌、炎症性肠病等;与月经周期相关的腹痛要考虑子宫内膜异位症和急性间歇性卅啉病;性交痛、痛经、不孕等均提示子宫内膜异位症;下腹痛伴有尿频、尿急则提示间质性膀胱炎。

(4)应重点了解患者有无报警征象(alarm signs),包括:年龄>40岁、便血、粪便隐血阳性、贫血、腹部包块、腹腔积液、发热、体重下降、胃肠道肿瘤家族史等^[2]。伴有报警征象的患者应警惕器质性疾病^[2,4]。对于年轻、临床表现典型且报警征象阴性的患者,功能性胃肠病(如IBS)的可能性较高^[2,4,21]。无论器质性疾病还是功能性疾病,慢性腹痛合并焦虑、抑郁、躯体化症状等心理疾患的比例甚高,临床应加以关注,必要时应给予心理评估^[11-12]。

对于器质性疾病所致慢性腹痛,腹痛部位对病因有一定的提示作用。不同部位慢性腹痛的常见器质性疾病见表1^[3,21]。反之,功能性疾病特别是CAPS所致慢性腹痛,疼痛部位常常弥散而不固定。

为避免遗漏重要病史,可按照P(provocation,

诱因)、Q(quality,疼痛性质)、R(radiation,疼痛放射)、S(severity,疼痛严重程度)、T(timing/treatment,疼痛时间/治疗情况)的顺序采集关于腹痛的病史。慢性腹痛的病史要点及相关病因见表2。

2. 体格检查:慢性腹痛患者常无腹部异常体征,但体格检查具有重要意义,不可或缺。

(1)首先要关注生命体征,生命体征不稳定的患者需要紧急处理。例如,体温升高提示腹痛病因可能为感染、自身免疫病或恶性肿瘤;脉搏增快可

表1 不同部位慢性腹痛的常见器质性病因

部位	器质性病因
左上腹	脾脏:梗死/肿大 结肠:梗阻/肿瘤/炎症 胸腔:胸膜炎/肺炎/肋间神经痛
中上腹	胃肠:溃疡/肿瘤/穿孔/梗阻 胰腺:炎症/肿瘤/假性囊肿 血管:动脉瘤、门/肝静脉血栓 胸腔:心绞痛/心包炎 食管:裂孔疝/胃食管反流病
右上腹	肝脏:脓肿/肿瘤/炎症/瘀血 胆道:炎症/结石/肿瘤 结肠:梗阻/肿瘤/炎症 胸腔:胸膜炎/肺炎/肋间神经痛
左腰腹	肾脏:结石/梗死/炎症/肿瘤 输尿管:结石/血块 脾脏:梗死/肿大
脐周	胰腺:炎症/肿瘤/假性囊肿 小肠:炎症/梗阻/肿瘤 肠系膜:血栓/炎症
右腰腹	肾脏:结石/梗死/炎症/肿瘤 输尿管:结石/血块
左下腹	结肠:炎症/疝气/肿瘤/缺血 盆腔:卵巢囊肿扭转/异位妊娠/炎症/睾丸扭转
中下腹	盆腔:炎症/异位妊娠/子宫内异位 膀胱:炎症/异物/结石
右下腹	阑尾:炎症/肿瘤 肠道:炎症/疝气/肿瘤/缺血 盆腔:卵巢囊肿扭转/异位妊娠/炎症/睾丸扭转
弥漫性或部位不定	腹膜:腹膜炎 肠道:穿孔/梗阻/缺血 网膜:大网膜扭转 代谢:尿毒症/卟啉病 中毒:重金属/蜘蛛毒/蛇毒 内分泌:糖尿病/肾上腺皮质功能不全/甲状腺功能亢进 结缔组织病

表2 慢性腹痛的病史要点及相关病因

病史要点	需要考虑的常见病因
P(诱因)	
• 进食后疼痛加重	胃溃疡、慢性胰腺炎、胆石症、缺血性肠病、功能性消化不良
• 空腹疼痛加重	十二指肠溃疡、胃食管反流病
• 疼痛与月经周期相关	子宫内异位症、急性间歇性卟啉病
Q(疼痛性质)	
• 撕裂样疼痛	主动脉夹层、中枢介导的腹痛综合征
• 绞痛	胃肠梗阻、中枢介导的腹痛综合征
• 烧灼样疼痛	胃食管反流病、消化性溃疡、中枢介导的腹痛综合征
• 伴有恶心、呕吐	胃肠梗阻、慢性胰腺炎、胆石症
• 伴有呕血	消化性溃疡、食管胃底静脉曲张、胃癌
• 伴有便血	结直肠癌、炎症性肠病、缺血性肠病
• 呕吐后腹痛减轻	上消化道梗阻
• 排便后腹痛减轻	肠易激综合征、结直肠癌
R(疼痛放射)	
• 疼痛放射至后背	慢性胰腺炎、胰腺癌、十二指肠溃疡、主动脉夹层
• 疼痛放射至右肩	胆石症、胆囊炎
• 疼痛放射至左肩	心绞痛、脾肿大、脾梗死
S(疼痛严重程度)	
• 疼痛一开始就达峰	主动脉夹层、缺血性肠病
• 右下腹痛突然减轻	阑尾炎穿孔
• 疼痛无法忍受	恶性肿瘤、缺血性肠病、中枢介导的腹痛综合征
T(疼痛时间/治疗情况)	
• 疼痛阵发性加重	肠梗阻、胆绞痛、肾绞痛
• 病程漫长但一般状况好	功能性疾病
• 疼痛不发作时一切如常	中枢介导的腹痛综合征
• 近期应用抗菌药物	难辨梭菌肠炎、肠道菌群紊乱
• 长期应用阿片类药物	药物成瘾

见于甲状腺功能亢进、脓毒症、贫血等;呼吸频率增快须考虑心肺疾病;血压下降应怀疑休克或肾上腺皮质功能不全。

(2)细致体格检查有助于诊断某些器质性疾病(例如腹壁病变、肠梗阻等),还可发现消瘦、贫血、黄疸、腹部包块等异常体征。2%~3%的慢性腹痛系腹壁疾病所致,被称为“慢性腹壁痛”(chronic abdominal wallpain)。Carnett 试验(Carnett's test)是诊断该病的主要依据。具体方法是让患者平卧,嘱其抬头以收缩腹肌,若原来的压痛部位疼痛加重,则为试验阳性^[2]。直肠指诊有助于发现直肠癌、盆腔脓肿等疾病。疼痛主要位于下腹部的女性

患者可能需要进行妇科查体。

(3)仔细的体格检查可反映医生对病情的重视,说明医生认可患者腹痛症状的真实性,这对密切医患关系,安抚患者情绪是十分重要的。少数患者可能因各种原因(例如药物成瘾)而伪造腹痛症状,查体还有助于检验患者的主诉与客观体征是否一致。例如正被“严重腹痛”折磨的患者,可观察其在诊室内活动和上、下检查床的能力。

(4)对于CAPS等难治性腹痛患者,体格检查可能有一些共同特征,可视为诊断线索:

①尽管腹痛剧烈,但大多无自主神经激活表现(如心率增快、血压升高、出汗等),这些体征大多见于器质性疾病,但也可见于惊恐障碍等心理疾患。

②腹部可能有多处手术瘢痕,提示既往不必要的手术探查或切除史。

③“闭眼征”:即腹部触诊时CAPS患者常闭眼躲避,而急腹症患者因惧怕查体加重腹痛而保持睁眼。

④“听诊器征”:即用听诊器代替医生的手进行触诊,可减轻患者对疼痛的行为反应,从而可更准确地评估内脏敏感性。

⑤CAPS患者虽然腹痛较重,但变化体位多无困难,而急腹症患者体位改变可加重腹痛。

CAPS的这些特点在其他功能性胃肠病如IBS也不同程度地存在^[2,19]。

3. 辅助检查:慢性腹痛的病因以功能性疾病最为常见,在诊断功能性疾病之前,应当设法排除器质性疾病。但排除器质性疾病是否必须通过大量的辅助检查,以及通过何种辅助检查,主要取决于患者的具体情况和医生的判断。慢性腹痛患者若符合CAPS的诊断标准,报警征象阴性,且没有其他疾病可以解释腹痛症状,临床可选择少数检查作为器质性疾病的初筛,包括血常规、尿常规、粪便常规和隐血、肝肾功、甲状腺功能、ESR或CRP、肿瘤标志物(CA19-9、CEA、CA125)以及腹盆腔超声等。必要时,可选择内镜、CT、MRI等进一步检查^[19-20,22]。

4. 医患共同决策(shared decision making):当今时代,单纯由医生或患者为主导的模式已不能适应现代社会的需求,医患共同决策逐渐成为主流诊疗模式。医患共同决策的内涵是医生运用专业知识,与患者充分讨论诊疗选择、获益、风险等各种可能的情况,并考虑到患者的价值观、倾向性及处境后,由医生与患者共同参与作出的、最适合患者个体的健康决策过程^[23]。慢性腹痛的病因评估有一

定的复杂性,病程相对漫长,对患者自我管理、自我调适的要求较高,这些特点决定了在充分沟通的基础上进行医患共同决策,是慢性腹痛最合理的诊疗模式^[2-3,15,17,19]。医患共同决策有助于密切医患关系,提高患者满意度,同时减少不必要的医疗花费,对慢性腹痛患者尤为必要^[24]。

针对慢性腹痛,建议医患共同决策包括以下环节:

(1)医生和患者充分交流,分享信息。患者分享症状和自己对病情的理解;医生分享医学和诊疗知识。双方都保持开放,且彼此尊重。

(2)医生告知患者,双方需要共同作出决定(例如是否进行昂贵的或侵入性的检查),并且患者的意见非常重要。

(3)医生以中性的态度介绍所有可能的选择,以及每个选择的获益、风险及优缺点。慢性腹痛患者可能高度依赖医生为其作出选择。但医生应告知患者,对于腹痛这样的复杂症状,很多情况下并无明确证据支持某个选项,最终临床决策取决于患者的病情、价值观、偏好及其产生的利弊权衡。

(4)就患者的价值观和偏好,医患双方展开共同讨论,医生对患者的思考给予支持。慢性腹痛患者通常对诊疗效果抱有很高的期待,希望医生能够完全消除其腹痛。为此医生应当与患者协商,以便医患双方就治疗目标达成一致。

(5)作出决策后,医生与患者讨论诊疗相关事项,并安排随访^[23]。

(三)诊断标准与诊断流程

1. 诊断标准:导致慢性腹痛的器质性疾病具有各自的诊断标准。但在临床上,多数慢性腹痛系功能性疾病所致,故应加强对这类疾病的认识,包括IBS、FD、CAPS等。其中CAPS腹痛症状较为突出,患者常反复就诊,生命质量下降,并且严重消耗医疗资源。

CAPS的诊断标准为^[2,4]:患者腹痛症状出现至少6个月,且近3个月符合以下所有标准:

(1)疼痛持续或近乎持续。

(2)疼痛与生理行为(进食、排便、月经等)无关,或仅偶尔有关。

(3)疼痛造成日常活动受限(包括工作、社交、娱乐、家庭生活、照顾自己或他人、性生活等)。

(4)疼痛不是伪装的。

(5)疼痛不能用其他疾病来解释。

另外,需注意患者常合并心理疾病,但各类心

理疾病缺少一致性表现,无法用于诊断;患者可同时存在一定程度的胃肠功能障碍,例如食欲下降、腹泻等。

腹痛是CAPS的核心症状,与FD和IBS的鉴别点在于CAPS的疼痛与进食和排便无关,与慢性盆腔疼痛的区别在于疼痛部位。CAPS与其他功能性胃肠病(如FD、IBS)可有重叠,也可合并其他全身功能性疾病(如纤维肌痛、腰背痛、慢性疲劳综合征等)。CAPS合并心理疾患如焦虑、抑郁的比例较高,原因可能与患者对症状适应不良(maladaptation)有关。心理疾患可加重CAPS对患者的不良影响,但并非诊断CAPS所必需^[25-27]。

2. 诊断流程:慢性腹痛的诊断流程见图2。

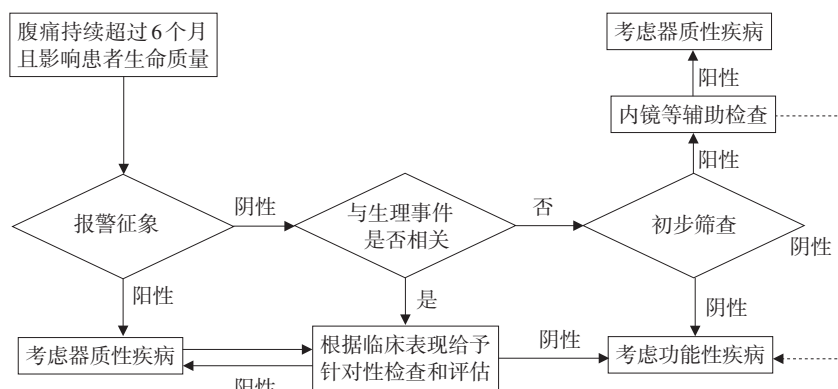
(四)鉴别诊断

如何鉴别器质性疾病和功能性疾病,是慢性腹痛的处理要点,也是难点。建议在充分了解病情的基础上,结合患者意愿、医生经验及所在医疗机构的资源,合理地、有针对性地实施辅助检查。

1. 对初诊患者,要特别注意有无提示器质性疾病的报警征象。

2. 除了报警征象,以下病史特点提示器质性腹痛可能性大^[19-20]:

- (1)病程较短。
- (2)腹痛部位明确且局限。
- (3)与胃肠生理活动(进食、排便)相关。
- (4)疼痛程度变异较大。
- (5)感觉描述(钝痛、绞痛)多于情感描述(无法忍受的、折磨人的)。
- (6)人际关系方面无困难。



注:报警征象包括年龄>40岁、便血、粪便隐血阳性、贫血、腹部包块、腹腔积液、发热、体重下降、胃肠道肿瘤家族史等;生理事件包括进食、排便、月经等;初步筛查包括外周血常规、尿常规、粪便常规和隐血、肝肾功能、甲状腺功能、ESR或CRP、肿瘤标志物(CA19-9、CEA、CA125)以及腹部超声

图2 慢性腹痛的诊断流程图

3. 以下病史特点提示功能性腹痛可能性大^[2,4,25-27]:

- (1)病程较长。
- (2)腹痛范围弥散,难以准确定位。
- (3)腹痛与排便、进食、月经等生理活动无关。
- (4)腹痛频繁发作,导致工作生活受限,但发作间期一切如常。
- (5)主诉腹痛程度严重,但与客观发现不平行;患者分散注意力时疼痛可减轻,而在讨论病情或检查过程中可加重。
- (6)患者用情绪化的语言来形容疼痛症状,例如“痛到不想活了”。
- (7)常合并明显的焦虑、抑郁情绪,但患者不认可有心理因素参与腹痛,更愿意强调自己症状的真实性(“我真的很痛”)。
- (8)频繁就诊,主动要求各种检查(甚至剖腹探查)以完全明确腹痛病因(“都痛到这个程度了,一定是有什么严重问题”)。
- (9)期待医生能够完全消除腹痛症状,却疏于自我管理来适应慢性病(“医生你一定要想办法解决我的腹痛,我不能再这样痛下去了”)。

4. 病程对鉴别诊断有一定的意义:根据慢性腹痛的病程可将其分为3类:持续性(unrelenting)、间歇性(intermittent)、难治性(intractable)^[19]。慢性持续性腹痛的特点是持续存在,但症状可轻可重,可达数月之久;这类腹痛由器质性疾病引起的可能性较高,通过仔细询问病史和临床检查多能找到原因。慢性间歇性腹痛的发作时间可长可短,从数分钟、数小时以至数日不等,但有完全正常而无疼痛

的发作间期,病程可长达数年;其病因为功能性疾病的可能性较高,但部分患者仍可找出器质性疾病因,例如胆石症可出现慢性右上腹痛,但在发作间期可无症状^[22]。慢性难治性腹痛病程在6个月以上,经全面、多方检查未找到器质性疾病因,也未发现病理生理异常;这类腹痛以功能性疾病为主,代表性疾病包括CAPS。

(五)转诊建议

当慢性腹痛患者出现以下情况时,建议基层医生考虑将患者转诊至综合医院或上级医疗机构,病情顽固的患者可能需要转诊至多学科

胃肠功能性疾病中心或疼痛治疗中心。

1. 普通转诊:

(1) 怀疑有器质性疾病,且需要较为复杂的诊断评估。

(2) 对初步经验性治疗反应不佳。

(3) 需要影像、内镜等复杂检查来帮助诊断。

(4) 患者需要接受心理评估或干预。

2. 紧急转诊:

(1) 有明显的报警征象发生时,如进行性吞咽困难、消化道出血、腹部包块、体重减轻、贫血等。

(2) 合并严重的心理或精神异常,有自残、自杀风险者。

四、治疗

(一) 治疗原则

明确为器质性疾病所致慢性腹痛,应给予相应处置。由功能性疾病所致慢性腹痛,治疗目标不是完全消除腹痛,而是帮助患者正确认识病情,适应慢性疾病,同时尽量减轻症状,提高生命质量。

1. 器质性疾病:对于由器质性疾病所致的慢性腹痛,在明确诊断后给予针对性的治疗。例如,给予抑酸剂治疗消化性溃疡;应用抗血栓药物治疗缺血性肠病;采用糖皮质激素和免疫抑制剂治疗炎症性肠病等。部分器质性疾病患者在治疗的同时,合理应用镇痛药物有助于更好地控制腹痛症状,例如慢性胰腺炎。部分患者通过内镜或手术治疗才能解除疼痛,包括胆石症、肠梗阻、恶性肿瘤等。

2. 功能性疾病:以 CAPS 为代表。CAPS 患者大多表现为顽固性腹痛,反复就医,甚至多次接受不必要的手术。CAPS 的治疗目标不是完全解除腹痛症状,而是教育和引导患者适应慢性疾病,在认知病情的基础上逐渐改善症状。建立相互信任,坦诚交流的医患关系至关重要^[24]。应根据腹痛症状的严重性和工作、生活受限程度决定治疗方案,少数病情顽固的功能性腹痛患者可能需要转诊至心理专科、多学科胃肠功能性疾病中心或疼痛治疗中心^[2]。

(二) 治疗方案

无论器质性还是功能性疾病所致慢性腹痛,调整生活方式和饮食,戒除吸烟、饮酒等不良嗜好,以及避免情绪紧张等均属必要。器质性疾病腹痛关键在于治疗原发病。

1. 医患交流:良好的医患交流本身对于慢性腹痛就有治疗作用^[2,4,24]。建议医生在接诊时尽量做

到以下几点^[2,24]:

(1) 用开放式问题作为问诊的开始,邀请患者讲述病情。

(2) 主动倾听患者叙述,在认真聆听的基础上,用封闭式问题确认病情。

(3) 承认患者的症状是真实存在的。

(4) 共情。

(5) 注意宣教,用通俗易懂的语言向患者介绍疾病的本质。

(6) 了解患者对病情的理解和对医生的预期。

(7) 设定合理的治疗目标。

(8) 把握接诊时间限制。

(9) 医患之间保持适当的距离。

(10) 医患共同决策。

2. 对症治疗:疼痛的对症治疗方面,镇痛药物对某些器质性疾病有效,例如慢性胰腺炎等。应用这类药物须遵循 WHO 的疼痛三阶梯治疗原则:Ⅰ类用药首选非甾体类抗炎药(NSAIDs)或对乙酰氨基酚,后者不良反应较 NSAIDs 更少;Ⅱ类用药可选择弱阿片类药物,如曲马多;Ⅲ类用药可考虑强阿片类药物,但应控制剂量,注意不良反应并避免成瘾。阿片类镇痛药不仅有成瘾的可能,还可能引起胃肠动力障碍(便秘、恶心、呕吐),甚至诱发麻醉剂肠道综合征(narcotic bowel syndrome)而加重腹痛,故除非是恶性肿瘤等终末期疾病,否则应尽量避免用于慢性腹痛的患者^[2,4,19]。上述镇痛药物对于 CAPS 往往收效甚微,很可能是因为这些药物的治疗靶点在外周,而 CAPS 的疼痛主要由中枢神经系统调节异常导致。

3. CAPS 的治疗:初治的 CAPS 患者应在消化或心理专科接受治疗,病情稳定后可转回基层医疗机构。目前对 CAPS 的首选药物是三环类抗抑郁药(tricyclic antidepressants, TCAs)和 5-羟色胺去甲肾上腺素再摄取抑制剂(serotonin-norepinephrine reuptake inhibitors, SNRIs)。

TCAs 是最常用的治疗器质性或功能性疼痛综合征的药物,包括阿米替林、丙咪嗪、多虑平和地昔帕明等。TCAs 的镇痛作用可能与抗焦虑作用无关^[4,28]。给药应从小剂量开始,主要不良反应包括嗜睡、易激惹、便秘、尿潴留、低血压、口干、失眠等。

SNRIs 的镇痛效果弱于 TCAs,但改善情绪的作用强于 TCAs,可能与其缺乏对去甲肾上腺素受体的作用有关^[4,28]。这类药物以度洛西汀、文拉法辛、米纳普伦等为代表。SNRIs 的不良反应包括恶心、

腹泻、失眠、震颤、性功能障碍等。TCAs 和 SNRIs 可同时发挥止痛和抗抑郁作用,控制腹痛的效果优于选择性 5-羟色胺再摄取抑制剂(selective serotonin reuptake inhibitors, SSRIs)。SSRIs 是最常用的治疗焦虑和抑郁的药物,但对疼痛的疗效有限,原因可能是对突触水平的去甲肾上腺素无影响。

4. 中医治疗:有研究显示,中医治疗可以改善慢性腹痛的症状,提高生命质量。慢性腹痛患者的常见证候有:肝胃不和证(包括肝胃气滞证和肝胃郁热证)、脾胃湿热证、脾胃虚弱证(包括脾胃气虚证和脾胃虚寒证)、胃阴不足证及胃络瘀阻证等。上述证候可单独出现,也可同时出现。慢性腹痛的常用中成药物包括气滞胃痛颗粒、摩罗丹、胃苏颗粒、荜铃胃痛颗粒、胃复春、三九胃泰颗粒等^[29-31]。中医治疗腹痛有一定效果,尚需要高质量的临床研究证据。临床应注意审证求因、辨证施治、合理用药。

五、疾病管理

(一)慢性腹痛的疾病管理

首先,患者和医生应在无障碍的前提下充分交流,医生主动倾听并认可患者的症状,医患双方共同努力以构建良好的医患关系。在详细了解病情的基础上,医生应重点询问有无报警征象,有针对性地查体,并合理选择辅助检查。根据病史、体征和检查结果,医生对器质性疾病或功能性疾病作出初步判断,并针对病因给予相应治疗,多数患者可以收效。部分慢性腹痛患者病程迁延,常合并心理疾病,处理较为棘手,可能需要心理行为干预,甚至消化、心理、疼痛等多学科团队协作诊疗^[4,25-27,32]。

慢性腹痛的管理流程见图 3。

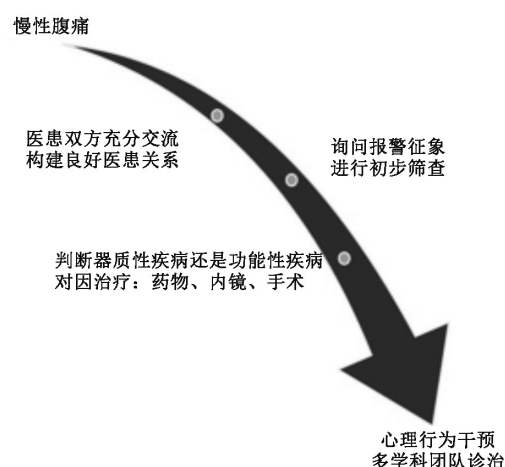


图 3 慢性腹痛管理流程图

对于确诊 CAPS 的患者,医生应了解患者对病情的理解和对治疗效果的期望。CAPS 患者常抱有过高的治疗预期(“治愈”腹痛或确诊为某个器质性疾病),应通过协商来教育患者,使得医患双方就诊疗目标及方法达成一致。适当的心理学方法如共情可提高患者满意度和治疗依从性。通过良好的沟通,医生应帮助患者学会自我管理、自我调节。应根据症状严重性和生活受限的程度决定治疗方案,TCAs 或 SNRIs 可作为一线治疗。治疗效果不理想的 CAPS,医生应恰当把握转诊至心理医学科的指征,CAPS 的管理流程见图 4^[2,4,19]。

(二)筛查

慢性腹痛是基于症状的一大类疾病,可通过问卷以家庭为单位进行筛查。

(三)随访和评估

1. 评估内容:全面了解病史,评估疾病诊治和腹痛控制情况。应重视和警惕原发病不能解释的新发症状,以及治疗效果不佳的顽固病例,必要时转诊并做进一步深入检查。

2. 评估频率:

(1)腹痛未缓解:

随访频率:每 2~4 周 1 次,直至病情得到控制。

随访内容:腹痛及伴随症状、生命质量、用药情况、生活方式评估及建议。

(2)腹痛缓解:

随访频率:每 3 个月 1 次。

随访内容:腹痛及伴随症状、生命质量、用药情况、生活方式评估及建议。

六、预防

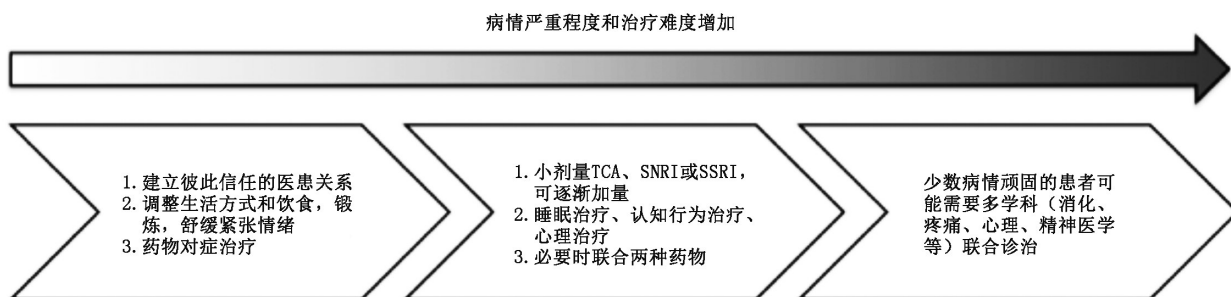
(一)一级预防

导致慢性腹痛的诸多疾病常和不当的生活方式相关。故针对一般人群,应普及防病知识,避免烟酒等不良嗜好,节制饮食。精神心理因素在慢性腹痛的发病中起重要作用,应教育公众学会调整和管理情绪,合理平衡工作与生活,建立和谐的家庭环境和人际关系。大量研究发现,儿童和青少年时期的负性生活事件(例如受虐)是成年后发生功能性胃肠病的危险因素,故应重视未成年人的心理健康^[11-12,18]。

(二)二级预防

建议对慢性腹痛高危人群(尤其是功能性疾病者)定期筛查,对危险人群进行监测,积极控制危险因素,防止病情加重。

(三)三级预防



注:TCA 三环类抗抑郁药;SNRI 5-羟色胺去甲肾上腺素再摄取抑制剂;SSRI 选择性 5-羟色胺再摄取抑制剂

图4 中枢介导的腹痛综合征的管理流程图

针对患者群,积极进行生活方式干预和心理疏导,指导患者合理用药,及时控制原发病及腹痛症状,提高生命质量^[4,28]。

七、健康教育

慢性腹痛常与患者的不良生活嗜好有关,例如过度疲劳、饮食不当、嗜好烟酒等,应予以纠正。社会环境因素如工作压力增大、人际关系紧张、负性生活事件等,是慢性腹痛发病机制的重要环节。应当加强对患者的心理辅导,帮助他们合理应对生活不良事件,及时排解压力,保持身心健康。

综上所述,慢性腹痛病因众多,复杂多样,其中功能性疾病占大多数^[1-3,24-26,32]。高质量的病史和查体以及合理选择辅助检查,是诊治慢性腹痛的关键。功能性疾病所致慢性腹痛以 CAPS 为代表,该病与焦虑、抑郁等心理疾患关系密切,中枢神经系统疼痛调节机制障碍是主要的发病原因^[33]。CAPS 的病史和体征有一定的特征性,辅以针对性的化验有助于除外器质性疾病。充分沟通以及医患共同决策是处理 CAPS 乃至所有慢性腹痛患者的基础。在明确诊断的基础上,根据病情正确应用药物、内镜、手术及心理治疗等方法可望收到良好效果。

消化系统疾病基层诊疗指南制定学术指导委员会成员(按姓氏拼音排序):白文元(河北医科大学第二医院);陈东风(重庆市大坪医院);陈旻湖(中山大学附属第一医院);陈其奎(中山大学孙逸仙纪念医院);陈卫昌(苏州大学附属第一医院);房静远(上海交通大学医学院附属仁济医院);郭晓钟(北部战区总医院);李景南(北京协和医院);李鹏(首都医科大学附属北京友谊医院);李延青(山东大学齐鲁医院);刘玉兰(北京大学人民医院);陆伟(天津市第二人民医院);吕宾(浙江中医药大学附属第一医院);吕农华(南昌大学第一附属医院);钱家鸣(北京协和医院);唐承薇(四川大学华西医院);

田德安(华中科技大学同济医学院附属同济医院);度必光(遵义医学院附属医院);王江滨(吉林大学中日联谊医院);王兴鹏(上海交通大学附属第一人民医院);吴开春(空军军医大学西京医院);谢渭芬(第二军医大学附属长征医院);杨云生(解放军总医院);张军(西安交通大学医学院第二附属医院);周丽雅(北京大学第三医院);邹多武(上海交通大学医学院附属瑞金医院)

消化系统疾病基层诊疗指南编写专家组:

组长:李景南 周亚夫

副组长:方力争 吴东

秘书长:吴东

消化专家组成员(按姓氏拼音排序):何文华(南昌大学第一附属医院);季国忠(南京医科大学第二附属医院);寇毅(北京市房山区良乡医院);李景南(北京协和医院);梁晓(上海交通大学仁济医院);刘岩(北京三〇七医院);王红(广州市第一医院);吴东(北京协和医院);夏璐(上海嘉会国际医院);于岩波(山东大学齐鲁医院);祝荫(南昌大学第一附属医院)

全科专家组成员(按姓氏拼音排序):方力争(浙江大学医学院附属邵逸夫医院);冯玫(山西大医院);刘军兴(北京市丰台区方庄社区卫生服务中心);吴浩(北京市丰台区方庄社区卫生服务中心);习森(北京市怀柔区怀柔镇社区卫生服务中心);闫文冰(山东省肥城市边院镇中心卫生院);周亚夫(南京医科大学);朱兰(上海市徐汇区斜土街道社区卫生服务中心)

本指南执笔专家:吴东 **审校专家:**钱家鸣 李景南
利益冲突 所有作者均声明不存在利益冲突

参 考 文 献

- [1] Besson JM. The neurobiology of pain[J]. Lancet, 1999, 353

- (9164): 1610-1615.
- [2] Drossman DA. 罗马Ⅳ功能性胃肠病: 脑肠互动异常[M]. 方秀才, 侯晓华, 译. 北京: 科学出版社, 2016: 697-728.
 - [3] Benjamin IJ. Andreoli and Carpenter's Cecil Essentials of Medicine[M]. Philadelphia: Saunders, 2016: 372-375.
 - [4] Keefer L, Drossman DA, Guthrie E, et al. Centrally mediated disorders of gastrointestinal pain[J]. Gastroenterology, 2016. DOI: 10.1053/j.gastro.2016.02.034.
 - [5] Wallander MA, Johansson S, Ruigómez A, et al. Unspecified abdominal pain in primary care: the role of gastrointestinal morbidity [J]. Int J Clin Pract, 2007, 61(10): 1663-1670. DOI: 10.1111/j.1742-1241.2007.01529.x.
 - [6] Penston JC, Pounder RE. A survey of dyspepsia in Great Britain[J]. Aliment Pharmacol Ther, 1996, 10(1): 83-89.
 - [7] Sandler RS, Stewart WF, Liberman JN, et al. Abdominal pain, bloating, and diarrhea in the United States: prevalence and impact[J]. Dig Dis Sci, 2000, 45(6): 1166-1171.
 - [8] Heading RC. Prevalence of upper gastrointestinal symptoms in the general population: a systematic review[J]. Scan J Gastroenterol Suppl, 1999, 231: 3-8.
 - [9] Drossman DA, Li Z, Andruzzi E, et al. U. S. householder survey of functional gastrointestinal disorders. Prevalence, sociodemography, and health impact[J]. Dig Dis Sci, 1993, 38(9): 1569-1580.
 - [10] Thompson WG, Irvine EJ, Pare P, et al. Functional gastrointestinal disorders in Canada: first population-based survey using Rome II criteria with suggestions for improving the questionnaire[J]. Dig Dis Sci, 2002, 47(1): 225-235.
 - [11] Halder SL, McBeth J, Silman AJ, et al. Psychosocial risk factors for the onset of abdominal pain. Results from a large prospective population-based study[J]. Int J Epidemiol, 2002, 31(6): 1219-1225.
 - [12] Hotopf M, Carr S, Mayou R, et al. Why do children have chronic abdominal pain, and what happens to them when they grow up? Population based cohort study[J]. BMJ, 1998, 316(7139): 1196-1200.
 - [13] 赵丽娜, 赵敬霞, 董建路, 等. 石家庄市青少年儿童功能性腹痛流行病学调查[J]. 河北医药, 2008, 30(2): 232-233. DOI: 10.3969/j.issn.1002-7386.2008.02.060.
 - [14] Koloski NA, Talley NJ, Boyce PM. Epidemiology and health care seeking in the functional GI disorders: a population-based study[J]. Am J Gastroenterol, 2002, 97(9): 2290-2299. DOI: 10.1111/j.1572-0241.2002.05783.x.
 - [15] Maxton DG, Whorwell PJ. Use of medical resource and attitudes to health care of patients with chronic abdominal pain [J]. Br J Med Econ, 1992, 2: 75-79.
 - [16] Drossman DA, Tack J, Ford AC, et al. Neuromodulators for functional gastrointestinal disorders (disorders of gut-brain interaction): a rome foundation working team report[J]. Gastroenterology, 2018, 154(4): 1140-1171.e1. DOI: 10.1053/j.gastro.2017.11.279.
 - [17] Heidelbaugh J, Hungin P. 罗马Ⅳ: 基层医院和非消化科医生功能性胃肠病手册[M]. 李晓青, 费贵军, 译. 北京: 科学出版社, 2018: 92-95.
 - [18] Crofford LJ. Chronic pain: where the body meets the brain[J]. Trans Am Clin Climatol Assoc, 2015, 126: 167-183.
 - [19] 吴东. 中枢介导的腹痛综合征: 老问题的新视角[J]. 中华全科医师杂志, 2017, 16(9): 657-660. DOI: 10.3760/cma.j.issn.1671-7368.2017.09.001.
 - [20] 龚玉婷, 陈志芬. 慢性腹痛的诊断思路[J]. 医学新知杂志, 2017, 27(5): 450-452.
 - [21] Yamamoto W, Kono H, Maekawa M, et al. The relationship between abdominal pain regions and specific diseases: an epidemiologic approach to clinical practice[J]. J Epidemiol, 1997, 7(1): 27-32.
 - [22] Bharucha AE, Chakraborty S, Sletten CD. Common functional gastroenterological disorders associated with abdominal pain [J]. Mayo Clin Proc, 2016, 91(8): 1118-1132. DOI: 10.1016/j.mayocp.2016.06.003.
 - [23] 洪霞. 医患共同决策[J]. 协和医学杂志, 2018, 9(3): 277-280. DOI: 10.3969/j.issn.1674-9081.2018.03.016.
 - [24] Drossman DA. 2012 David Sun lecture: helping your patient by helping yourself: how to improve the patient-physician relationship by optimizing communication skills[J]. Am J Gastroenterol, 2013, 108(4): 521-528. DOI: 10.1038 / ajg.2013.56.
 - [25] Clouse RE, Mayer EA, Aziz Q, et al. Functional abdominal pain syndrome[J]. Gastroenterology, 2006, 130(5): 1492-1497. DOI: 10.1053/j.gastro.2005.11.062.
 - [26] Sperber AD, Drossman DA. Review article: the functional abdominal pain syndrome[J]. Aliment Pharmacol Ther, 2011, 33(5): 514-524. DOI: 10.1111/j.1365-2036.2010.04561.x.
 - [27] Sperber AD, Drossman DA. Functional abdominal pain syndrome: constant or frequently recurring abdominal pain[J]. Am J Gastroenterol, 2010, 105(4): 770-774. DOI: 10.1038 / ajg.2010.68.
 - [28] Ruepert L, Quartero AO, de Wit NJ, et al. Bulking agents, antispasmodics and antidepressants for the treatment of irritable bowel syndrome[J]. Cochrane Database Syst Rev, 2011(8): CD003460. DOI: 10.1002 / 14651858. CD003460. pub3.
 - [29] 中华中医药学会脾胃病分会. 慢性胃炎中医诊疗专家共识意见(2017)[J]. 中华中医药杂志, 2017, 32(7): 3060-3064.
 - [30] 中华中医药学会脾胃病分会. 胃脘痛中医诊疗专家共识意见(2017)[J]. 中医杂志, 2017, 58(13): 1166-1170. DOI: 10.13288/j.11-2166/r.2017.13.023.
 - [31] Fifi AC, Axelrod CH, Chakraborty P, et al. Herbs and Spices in the treatment of functional gastrointestinal disorders: a review of clinical trials[J]. Nutrients, 2018, 10(11). DOI: 10.3390/nu10111715.
 - [32] Kilgallon E, Vasant DH, Green D, et al. Chronic continuous abdominal pain: evaluation of diagnostic features, iatrogenesis and drug treatments in a cohort of 103 patients[J]. Aliment Pharmacol Ther, 2019, 49(10): 1282-1292. DOI: 10.1111 / apt.15241.
 - [33] 侯渊涛, 方秀才. 功能性腹痛综合征发病机制研究进展[J/CD]. 中华临床医师杂志: 电子版, 2013, 7(3): 1178-1180. DOI: 10.3877/cma.j.issn.1674-0785.2013.03.054.

(收稿日期: 2019-04-17)

(本文编辑: 白雪佳 刘岚)