

胃肠道功能与动力性疾病功能性胃肠病罗马 II 体系

罗金燕

(西安交通大学第二医院消化科, 陕西西安 710004)

功能性胃肠病 (functional gastrointestinal diseases, FGIDs)是指存在消化道症状, 但无法用器质性病变或生化异常来解释的消化道功能性疾病^[1]。自 1984 年始在国际胃肠会议上进行专题讨论以来, 已成立了由数十位专家组成的功能性胃肠病专家委员会并进行研究, 于 1994 年制订出 25 种功能性胃肠病的诊断标准, 即为罗马 I 标准。随着对 FGIDs 认识的不断提高及研究的进一步深入, 专家委员会又经过 5 年努力, 在原有罗马 I 诊断标准基础上修正、增补, 于 1999 年发表罗马 II 诊断标准, 该标准已由专家达成共识并以事实依据为基础, 可为未来的研究提供信息以促进这一成长中领域的发展。

罗马 II 分类系统是以症状为基础的分类系统, 它的提出基于下述假设: 对于每种疾病, 其症状群分别来自不同的临床病人组和正常人群组。尽管该假设不完全正确, 但可为研究对象的选择提供依据。当新的科学资料出现时, 可对上述假设加以修正。将 FGIDs 按症状分为不同亚组的理论依据有三方面: (1)不同部位的症状不同; (2)流行病学调查显示, 不同的研究报告和不同的人群中这些疾病患病率相似; (3)临床治疗和研究需要诊断标准。

1 FGIDs 罗马 II 分类体系

FGIDs 患者的症状一般均有胃肠道感觉和/或运动功能失调, 有的可能是几个解剖区域重叠, 但不同部位均存在特异性症状。

1.1 分类

按解剖区域可分为: 食管(A)、胃-十二指肠(B)、肠(C)、功能性腹痛(D)、胆道(E)和肛门-直肠(F), 在每个解剖分类部位内都有数种病变, 每种均具特异临床特征。

1.2 FGIDs 罗马 II 体系诊断标准

根据 FGIDs 的定义, 因其缺乏具有诊断价值的生理特征, 患者只诉说症状, 所以采用以

症状为基础的分类及诊断系统。这种诊断标准有助于指导诊断和治疗, 减少不必要的检查, 还有助于使临床实验的患者选择标准化。运用这一标准时必须考虑下列条件: (1)需排除其他共存疾病; (2)不同种 FGIDs 症状可能相重叠, 诊断标准需考虑等级分类; (3)诊断之前 1 年中至少有 12 周出现症状, 这 12 周不必是连续的, 并且在每一周只要 1 d 有症状即可; (4)诊断分类不包括心理社会标准; (5)诊断标准需临床公认并有科学依据, 因为已提出的诊断标准得自于该领域专家的公认。

1.3 FGIDs 各种疾病及其亚组命名

详见表 1。

1.4 FGIDs 的病理生理机制及相关因素²

(1)动力异常: 多种胃肠道症状均由胃肠动力失调所致, 与正常人相比, FGIDs 患者受到心理或生理刺激时, 动力反应更强; (2)内脏敏感性增高; (3)炎症: 有研究提出小肠黏膜或神经丛炎症加剧会加重症状; (4)脑-肠相互作用: 罗马 II 体系更强调对胃肠道症状应从生物-心理社会角度综合理解, 把这些症状的产生看作肠运动感觉与中枢活动联合作用(脑-肠轴)的结果。PET、fMRI 可发现相关的脑区域活动增强; (5)脑-肠肽: 已公认的与脑-肠功能失调的肽类物质有: 5-羟色胺及其同类物质、脑啡肽和类鸦片促效剂、P 物质、降钙素基因相关肽和胆囊收缩素等; (6)心理社会因素: 心理压力会加重胃肠症状, 心理障碍改变患者的自我感受和行为(如就医), FGIDs 也会对心理社会产生影响。

表 1 胃肠道功能性疾病

A.食管疾病	E2.Oddi 括约肌功能不良
A1.癔球症	F.肛门-直肠疾病
A2.反刍综合征	F1.功能性大便失禁
A3.推测是起源于食管的功能性胸痛	F2.功能性肛门-直肠疼痛
	F2a.肛提肌综合征

A4.功能性烧心	F2b.痉挛性肛门部痛
A5.功能性吞咽困难	F3.骨盆底协同失调
A6.未特定的食管功能性疾病	G.小儿功能性疾病
B.胃-十二指肠疾病	G1 呕吐
B1 功能性消化不良	G1a.婴儿反食
B1a.溃疡样消化不良	G1b.婴儿反刍综合征
B1b.运动障碍样消化不良	G1c.周期性呕吐综合征
B1c.未特定的(非特异性)消化不良	G2.腹痛
B2.吞气症	G2a.功能性消化不良
B3.功能性呕吐	G2b.肠易激综合征
C.肠道疾病	G2c.功能性腹痛
C1.肠易激综合征	G2d.腹型偏头痛
C2.功能性腹胀	G2e.吞气症
C3.功能性便秘	G3.功能性腹泻
C4.功能性腹泻	G4.排便失调
C5.未特定的肠道疾病	G4a.婴儿排便困难
D.功能性腹痛	G4b.功能性便秘
D1.功能性腹痛综合征	G4c.功能性粪便潴留
D2.未特定的功能性腹痛	G4d.非潴留性粪溺
E 胆道疾病	
E1.胆囊功能不良	

念的科研技术的快速发展^[3],包括改良的肠道动力评估法、恒压计的改进、脑影像学,如正电子发射计算机断层显像(PET)和功能磁共振成像(fMRI)、标准化心理诊断法和脑-肠肽分子研究的进展。这两大进展使20年来研究FGID的报道猛增,制药公司也加大了开发和测试受体激动剂的力度,以治疗这类疾病。这些进展有助于研究人员和临床医生、制药监管机构、制药公司及联合研究会对FGID进行定义和分类。制订FGID诊断标准的多国工作组(罗马委员会)成立于80年代中期,陆续制订并发表了20多种FGID诊断标准,最终修订汇编成书作为罗马标准。罗马II体系的特点和核心是:(1)对疾病的认识从单一生物学模式转变为生物-心理-社会综合模式;(2)建立以症状为基础识别FGIDs的排除性诊断方法,特异的症状(群)作为某种FGIDs的诊断依据;(3)按部位进行分类(6类21种疾病);(4)增加了神经胃肠病学新概念,有助于解释这类疾病发病机制和不同FGIDs症状的可重叠特点;(5)诊断FGIDs前必须排除由器质性病变导致的功能紊乱,亦即与器质性疾病伴随的功能紊乱不能诊断为FGIDs,而且,FGIDs每种病的诊断均有严格的时间限制标准;(6)每组疾病的发生部位、症状不同,但可能有共同的发病机制,包括动力异常、内脏敏感性增高、脑-肠相互作用、脑-肠肽和受体改变以及社会心理因素等。FGIDs罗马II体系的核心是胃肠功能紊乱的致病机制和临床表现及行为的生物-社会-心理概念的形成。FGIDs罗马II体系强调心理社会因素但并非FGIDs定义所必须,也不是诊断必备的条件,但对这类疾病的发病及对患者的自我感受、行为和临床表现都有重要影响^[4]。近年来,“神经胃肠病学”概念^[5]的提出和发展使传统胃肠动力疾病的认识和分类受到了挑战。认为胃肠道是机体内惟一由中枢神经系统、肠神经系统和自主神经系统共同支配的系统,既有感觉又有运动。神经胃肠病学在胃肠动力疾病发病中有重要作用,这一概念的更新,反映了对控制胃肠运动的复杂神经调控机制的更进一步了解和共识。

2 对FGIDs的新认识

几个世纪以来,医生和世人们一直对腹痛、恶心、呕吐、腹泻、便秘、食物或粪便通过困难等肠道症状习以为常。当感到这些症状严重或影响日常生活时,患者才将其看作是疾病而去就医。而医生则按惯例寻找炎症、感染、肿瘤及其它结构异常,作出特异性诊断,并予以针对性治疗。然而在临床实践中常见的是,当找不到结构上的病因时,就诊断该患者有“功能性”症状,给予对症治疗。直到最近,由于这些对症状病理生理的了解有限,以及排除器质性疾病的诊断法才使医生们感到把这些症状看作真正的疾病是不可靠的,有的医生觉得处理这类病人没有把握,甚至尽可能避开为他们治疗。在过去20年中,发生了两大重要进展,对这些病症有了合理的解释,并加大了对功能性胃肠道疾病(FGID)的研究及临床治疗的关注。第一个进展是对这些病变的概念以从单一疾病为基础的简化模式向生物-心理社会综合模式转化,后一模式认为这些症状由多种生理改变(如动力改变、内脏敏感性增高、脑-肠轴调节障碍)所决定,并受文化背景及社会心理的影响;第二个进展是支持脑-肠相互作用这一更新概

