

功能性消化不良中医诊疗专家共识意见(2017)

中华中医药学会脾胃病分会

通讯作者:张声生

(首都医科大学附属北京中医医院消化中心,北京 100010)

消化不良^[1]是指位于上腹部的一个或一组症状,主要包括上腹部疼痛、上腹部烧灼感、餐后饱胀和早饱感,还可包括其他,如上腹部胀气、恶心、呕吐及嗝气等。功能性消化不良(functional dyspepsia, FD)是指具有慢性消化不良症状,但其临床表现不能用器质性、系统性或代谢性疾病等来解释^[1]。FD是临床常见病,一项研究表明,有消化不良症状的患者,经检查79.5%诊断为FD^[2]。FD是中医治疗的优势病种,中华中医药学会脾胃病分会于2009年公布了消化不良中医诊疗专家共识意见^[3],在临床得到广泛应用。近年来,关于中医药治疗FD,在临床^[4-5]和基础^[6-7]研究方面都取得了许多新的进展,有必要对中医诊疗共识意见进行更新,以满足临床诊治和科研的需要。

中华中医药学会脾胃病分会于2014年8月在安徽合肥牵头成立了《功能性消化不良中医诊疗专家共识意见》起草小组。小组成员依据循证医学的原理,广泛搜集循证资料,并先后组织国内脾胃病专家就FD的证候分类、辨证治疗、诊治流程、疗效标准等一系列关键问题进行总结讨论,形成本共识意见初稿,之后按照国际通行的德尔斐法进行了3轮投票。2015年9月在重庆进行了第一次投票,并根据专家意见,起草小组对本共识意见进行了修改。2015年12月在北京进行了第二次投票。2016年6月在福建厦门中华中医药学会脾胃病分会召开核心专家审稿会,来自全国各地的20余名脾胃病学知名专家对本共识意见(草案)进行了第三次投票,并进行了充分地讨论和修改。2016年7月在黑龙江省哈尔滨市第28届全国脾胃病学术会议上专家再次进行了讨论、修改和审定。并于2016年9月在北京召开了本共识的最终定稿会议,完成了本共识意见(表决选择:①完全同意;②同意,但有一定保留;③同意,但有较大保留;④不同意,但有保留;⑤完全不同意。如果>2/3的人数选择①,或>85%的人数选择①+②,则作为条款通过)。现将全文公布如下,供国内外同道参考,并冀在应用中不断完善。

概述

1. 病名 根据罗马IV诊断标准对FD亚型的划分,可将上腹痛综合征定义为中医的“胃痛”,餐后饱胀不适综合征定义为中医的“胃痞”。

根据中医疾病的命名特点,在总结前人及当代医家学术观

点^[8]的基础上,为了更好地与FD诊断及亚型划分对应,专家一致通过将上腹痛综合征定义为中医的“胃痛”,餐后饱胀不适综合征定义为中医的“胃痞”。

2. 西医诊断 FD的诊断采用罗马IV诊断标准^[9]:①符合以下标准中的一项或多项:a)餐后饱胀不适;b)早饱感;c)上腹痛;d)上腹部烧灼感;②无可以解释上述症状的结构性疾病的证据(包括胃镜检查等),必须满足餐后不适或上腹痛综合征的诊断标准。

上腹痛综合征:必须满足以下至少一项:a)上腹痛(严重到足以影响日常活动);b)上腹部烧灼感(严重到足以影响日常活动),症状发作至少每周1天。餐后不适综合征:必须满足以下至少一项:a)餐后饱胀不适(严重到足以影响日常活动);b)早饱感(严重到足以影响日常活动),症状发作至少每周3天。以上诊断前症状出现至少6个月,近3个月符合诊断标准。

幽门螺杆菌(Hp)胃炎伴消化不良症状患者根除Hp后基于症状变化情况可分为3类^[10]:①消化不良症状得到长期缓解;②症状无改善;③症状短时间改善后又复发。目前认为第一类患者属于Hp相关消化不良(Hp-associated dyspepsia),这部分患者的Hp胃炎可以解释其消化不良症状,因此,不应再属于罗马IV标准定义(无可以解释症状的器质性、系统性和代谢性疾病)的FD。后两类患者虽然有Hp感染,但根除后症状无改善或仅有短时间改善[后者不排除根除方案中质子泵抑制剂(PPI)的作用],因此,仍可视作FD。但从临床实际操作来看,关于这点存在争议,我国现阶段关于诊断FD,暂不考虑是否有Hp的感染。

关于相关检查^[1],建议将胃镜检查作为消化不良诊断的主要手段。其他辅助检查包括血常规、血生化、便潜血、腹部超声检查等,必要时可行上腹部CT检查。对经验性治疗或常规治疗无效的消化不良患者可行Hp检查。对怀疑胃肠外疾病引起的消化不良患者,应选择相应的检查以利病因诊断。对部分症状严重或对常规治疗效果不明显的FD患者,可行胃感觉运动功能检测,但不作为常规检查手段。

病因病机

1. 病因 本病多为感受外邪、饮食不节、情志失调、劳倦过度、先天禀赋不足等多种因素共同作用的结果。

通讯作者:张声生,北京市东城区美术馆后街23号首都医科大学附属北京中医医院消化中心,北京市医院管理局重点医学专业发展计划-重点医学专业(中医脾胃病)(No.ZYLX201411),邮编:100010,电话:010-52176720, E-mail: zhss2000@163.com

2. 病位 本病病位在胃,与肝脾关系密切。

3. 病机转化 本病初起以寒凝、食积、气滞、痰湿等为主,尚属实证;邪气久羁,耗伤正气,则由实转虚,或虚实并见。病情日久郁而化热,亦可表现为寒热互见。久病入络则变生瘀阻。总之,脾虚气滞,胃失和降为FD基本病机,贯穿于疾病的始终。病理表现多为本虚标实,虚实夹杂,以脾虚为本,气滞、血瘀、食积、痰湿等邪实为标。

辨证分型

1. 脾虚气滞证 主症:①胃脘痞闷或胀痛;②纳呆。次症:①嗳气;②疲乏;③便溏。舌脉:①舌淡,苔薄白;②脉细弦。
2. 肝胃不和证 主症:①胃脘胀满或疼痛;②两胁胀满。次症:①每因情志不畅而发作或加重;②心烦;③嗳气频作;④善叹息。舌脉:①舌淡红,苔薄白;②脉弦。
3. 脾胃湿热证 主症:①脘腹痞满或疼痛;②口干或口苦。次症:①口干不欲饮;②纳呆;③恶心或呕吐;④小便短黄。舌脉:①舌红,苔黄厚腻;②脉滑。
4. 脾胃虚寒(弱)证 主症:①胃脘隐痛或痞满;②喜温喜按。次症:①泛吐清水;②食少或纳呆;③疲乏;④手足不温;⑤便溏。舌脉:①舌淡,苔白;②脉细弱。
5. 寒热错杂证 主症:①胃脘痞满或疼痛,遇冷加重;②口干或口苦。次症:①纳呆;②嘈杂;③恶心或呕吐;④肠鸣;⑤便溏。舌脉:①舌淡,苔黄;②脉弦细滑。

证候诊断:主症2项,加次症2项,参考舌脉,即可诊断。

临床治疗

1. 治疗目标 FD治疗目的为缓解临床症状,防止病情复发,提高生活质量。

2. 辨证论治

2.1 脾虚气滞证 治法:健脾和胃,理气消胀。主方:香砂六君子汤(《古今名医方论》)。药物:人参、白术、茯苓、半夏、陈皮、木香、砂仁、炙甘草。加减:饱胀不适明显者,加枳壳、大腹皮、厚朴等。

2.2 肝胃不和证 治法:理气解郁,和胃降逆。主方:柴胡疏肝散(《医学统旨》)。药物:陈皮、柴胡、川芎、香附、枳壳、芍药、甘草。加减:嗳气频作者,加半夏、旋覆花、沉香等。

2.3 脾胃湿热证 治法:清热化湿,理气和中。主方:连朴饮(《霍乱论》)。药物:制厚朴、黄连、石菖蒲、制半夏、香豉、焦栀、芦根。加减:上腹烧灼感明显者,加乌贼骨、凤凰衣、煅瓦楞子等;大便不畅者,加瓜蒌、枳实等。

2.4 脾胃虚寒(弱)证 治法:健脾和胃,温中散寒。主方:理中丸(《伤寒论》)。药物:人参、干姜、白术、甘草。加减:上腹痛明显者,加延胡索、荜茇、蒲黄等;纳呆明显者,加焦三仙、神曲、莱菔子等。

2.5 寒热错杂证 治法:辛开苦降,和胃开痞。主方:半夏泻心汤(《伤寒论》)。药物:半夏、黄芩、干姜、人参、炙甘草、黄连、大枣。加减:口舌生疮者,加连翘、栀子等;腹泻便溏者,加附子、肉桂等。

3. 外治法 外治法治疗FD行之有效,主要包括针灸、穴位贴敷、中药热熨法等。

3.1 针灸 穴位选择:主穴中脘、足三里、胃俞、内关;脾胃虚寒者,加气海、关元;肝气犯胃者,加太冲;饮食停滞者,加中脘、梁门;气滞血瘀者,加膈俞。

3.2 穴位贴敷 用溶剂随证调制不同中药,贴于神阙、中脘、天枢等穴位。

3.3 中药热熨法 食盐、吴茱萸、麦麸等炒热,装入布袋中,热熨痛处。

4. 常用中成药

4.1 枳术宽中胶囊(丸) 健脾和胃,理气消痞。用于胃痞(脾虚气滞),症见呕吐、反胃、纳呆、反酸等,以及功能性消化不良见以上症状者。

4.2 达立通颗粒 清热解郁,和胃降逆,通利消滞。用于肝胃郁热所致痞满证,症见胃脘胀满、嗳气、纳差、胃中灼热、嘈杂泛酸、脘腹疼痛、口干口苦;动力障碍型功能性消化不良见上述症状者。

4.3 气滞胃痛颗粒 舒肝理气,和胃止痛。用于肝郁气滞,胸痞胀满,胃脘疼痛。

4.4 胃苏颗粒 理气消胀,和胃止痛。用于气滞型胃脘痛,症见胃脘胀痛,窜及两胁,得嗳气或矢气则舒,情绪郁怒则加重,胸闷食少,排便不畅及慢性胃炎见上述证候者。

4.5 四磨汤 顺气降逆,消积止痛。用于气滞、食积证、症见脘腹胀满、腹痛、便秘。

4.6 健胃消食口服液 健胃消食。用于脾胃虚弱所致食积,症见不思饮食,嗝腐酸臭,脘腹胀满;消化不良见上症者。

4.7 荜铃胃痛颗粒 行气活血,和胃止痛。用于气滞血瘀引起的胃脘痛,以及慢性浅表性胃炎见有上述症状者。

4.8 越鞠丸 理气解郁,宽中除满。用于胸脘痞闷,腹中胀满,饮食停滞,嗳气吞酸。

4.9 三九胃泰颗粒 清热燥湿,行气活血,柔肝止痛。用于湿热内蕴、气滞血瘀所致的胃痛,症见脘腹隐痛、饱胀反酸、恶心呕吐、嘈杂纳减;浅表性胃炎、糜烂性胃炎、萎缩性胃炎见上述证候者。

4.10 枫蓼肠胃康颗粒 清热除湿化滞。用于症见腹痛腹满、泄泻臭秽、恶心呕腐或有发热恶寒、苔黄、脉数等,亦可用于食滞胃痛而症见胃脘痛、拒按、恶食欲吐、嗝腐吐酸、舌苔厚腻或黄腻、脉滑数者。

4.11 胃肠安丸 芳香化浊,理气止痛,健胃导滞。用于湿浊中阻、食滞不化所致的腹泻、纳差、恶心、呕吐、腹胀、腹痛。消化不良、肠炎、痢疾见上述证候者。

4.12 理中丸 温中散寒,健胃。用于脾胃虚寒,呕吐泄泻,胸满腹痛,消化不良。

4.13 温胃舒胶囊 温中养胃,行气止痛。用于中焦虚寒所致的胃痛,症见胃脘冷痛、腹胀嗳气、纳差食少、畏寒无力;慢性萎缩性胃炎、浅表性胃炎见上述证候者。

4.14 虚寒胃痛颗粒 益气健脾,温胃止痛。用于脾虚胃弱所致的胃痛,症见胃脘隐痛、喜温喜按、遇冷或空腹加重;十二指肠球部溃疡、慢性萎缩性胃炎见上述证候者。

4.15 荆花胃康胶丸 理气散寒,清热化痰。用于寒热错杂症,气滞血瘀所致的胃脘胀闷疼痛、嗝气、返酸、嘈杂、口苦;十二指肠溃疡见上述证候者。

5. 心理治疗 心理治疗对FD的治疗有一定帮助。《景岳全书》云:“若思郁不解致病者,非得情舒愿遂,多难取效”,叶天士亦强调让患者“怡情释怀”。心理干预治疗在消化不良防治中越来越受到重视,“生物-心理-社会”疾病治疗模式在消化不良治疗值得推广。

6. 消化不良诊治流程图 具体见图1。

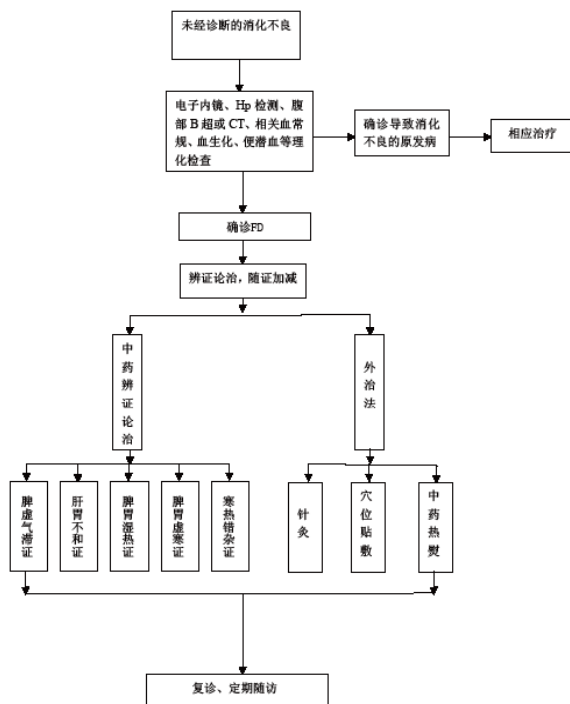


图1 消化不良诊治流程图

疗效评价

1. 症状疗效评价

1.1 总体症状疗效评价

1.1.1 7点Likert量表疗效评价:每周临床研究者询问受试者以下问题:“在过去的1周内,您的消化不良症状与治疗前相比缓解程度如何”?患者在以下方面进行选择:①症状明显改善;②症状改善;③症状轻微改善;④没有变化;⑤症状轻微加重;⑥症状加重;⑦症状明显加重。在治疗周期的最后访视时点,选择①-②的患者定义为治疗有应答,选择③-⑦的患者定义为无应答^[1]。

1.1.2 二元结果疗效评价:在治疗周期内,每周对患者进行询问“在过去的1周内,您的消化不良症状有充分缓解吗”?受试者回答为“是”或“否”,在整个疗程中如果患者回答“是”的次数≥50%,被定义为对治疗有应答者^[2]。

1.1.3 总体症状积分评价:总体症状包括餐后饱胀不适、早饱、中上腹痛、中上腹烧灼感。观察治疗前后症状的程度及频率,症状积分=Σ(症状严重程度×发作频率)主要症状综合疗效评价,可根据治疗前后症状积分变化进行统计分析,具体症状发作频率及症状严重程度见表1-表2。

表1 症状发作频率判定标准

症状	0级(0分)	I级(1分)	II级(2分)	III级(3分)
餐后饱胀不适	无	每周3天	每周4-5天	每周6-7天
早饱感	无	每周3天	每周4-5天	每周6-7天
中上腹痛	无	每周1-2天	每周3-4天	每周≥5天
中上腹烧灼感	无	每周1-2天	每周3-4天	每周≥5天

表2 症状严重程度判定标准

症状	0级(0分)	I级(1分)	II级(2分)	III级(3分)
餐后饱胀不适	从未有过	轻度,不影响日常生活	中度,尚能够忍受,已经部分影响了日常生活	重度,难以忍受,明显影响日常生活
早饱感	从未有过	轻度,不影响日常生活	中度,尚能够忍受,已经部分影响了日常生活	重度,难以忍受,明显影响日常生活
中上腹痛*	0	1-3	4-6	7以上
中上腹烧灼感	从未有过	轻度,不影响日常生活	中度,尚能够忍受,已经部分影响了日常生活	重度,难以忍受,明显影响日常生活

注: *参照视觉模拟评分(VAS):应用视觉模拟测评卡对研究对象的疼痛剧烈程度进行评分,评测卡共有10个刻度,刻度“0”表示无痛,刻度“10”表示难以忍受的剧痛,数值越高表示疼痛越剧烈。

1.2 单项症状的疗效评价 ①临床缓解:症状消失;②临床有效:症状发作频率和严重程度改善I级以上者;③无效:症状无改善或症状加重。

2. 中医证候疗效评价 中医证候疗效评价需考虑到不同证型的主症、次症特点及变化情况,制定合理的证候评价标准。根据症状轻重程度,每个症状采用4级分级标准进行计分,主症计分为0, 2, 4, 6分;次症计分为0, 1, 2, 3分。0级:无;I级:症状轻微,不影响日常生活;II级:症状明显,部分影响日常生活;III级:症状严重,显著影响工作生活。

证候疗效指数应采用尼莫地平法计算,计算公式:证候积分减少百分率(%)=(治疗前积分-治疗后积分)/治疗前积分×100%。

3. 生活质量和精神心理疗效评价 FD是功能性胃肠病,常会影响患者的生活质量及精神心理状态,相关评价应选用公认的评价工具。生活质量评分工具分为普适性量表和疾病专用量表工具。普适性量表常用的有世界卫生组织生存质量简表(WHOQOL-BREF)、简明健康状况量表(SF-36)等。疾病专用

量表可选择尼平消化不良指数(Nepean dyspepsia index, NDI)、功能性消化不良生活质量量表(FDQOL)、中医脾胃系疾病患者报告结局量表等。

常用的精神心理状态评价量表有汉密尔顿焦虑量表(Hamilton anxiety scale, HAMA)和汉密尔顿抑郁量表(Hamilton depression scale, HAMD)等。

4. 胃动力学功能评价 目前认为,放射性核素显像胃排空法是胃动力检查的金标准。胃排空检查的指标^[13-14]主要有:①T 50%:即指排出50%所需要的时间;②排出百分比:指在某一时间占排出的百分比。液体排空先于固体排空,核素法一般需要观察2-2.5h,对不消化标志物排出的百分比,要延迟至餐后4-8h。以上二项指标已普遍用于表达胃排空功能是否异常。

5. 胃容受功能和感知功能评价 评价近端胃功能的“金标准”是电子恒压器检测技术,部分学者应用该检查方法对FD患者近端胃功能进行评价^[15],每次于恒压扩张60s后示意检查者记录此时的感觉评分,分别获得最小扩张压、压力及容积的感知阈值、不适阈值、疼痛阈值。

此外,有学者应用水负荷试验联合B超评价FD近端胃运动功能,观察指标^[16]包括阈值饮水量、饱足饮水量、阈值近端胃容积和饱足近端胃容积。

预防调摄

1. 保持心理健康 可以预防FD发生,减轻消化不良临床症状。

2. FD患者要重视饮食调护 有研究显示^[17],超过30%的FD患者消化不良症状与下列食品有关:碳酸饮料、油炸食品、咖啡、牛奶、奶酪、甜食、豆类、面包及辛辣食物,提示饮食调护对于预防及治疗消化不良具有重要意义。

3. FD患者一般预后良好,但应注意随访 FD症状可反复或间断发作,影响生活质量,但一般预后良好。如果患者症状持续不缓解或者出现报警症状,应定期复查电子胃镜,排除其他器质性疾病。

项目负责人:张声生

共识意见执笔人:张声生、赵鲁卿

共识意见专家(按姓氏笔画排列):丁霞、马群、王凤

云、王邦才、王汝新、王垂杰、王春生、王宪波、王敏、牛兴东、叶松、田旭东、田耀洲、冯培民、齐玉珍、朱生樑、朱莹、任顺平、刘力、刘友章、刘凤斌、刘华一、刘启泉、刘建设、刘绍能、刘德喜、江宇泳、孙玉信、苏娟萍、李乾构、李军祥、李佃贵、李勇、李振华、李培、李慧臻、杨胜兰、杨晋翔、杨翠兰、时昭红、吴耀南、何晓晖、余泽云、汪红兵、汪龙德、汶明琦、沈洪、张小萍、张声生、张磊、陈苏宁、陈涤平、林寿宁、金小晶、郑昱、周正华、周强、单兆伟、赵文霞、赵宇明、赵鲁卿、胡玲、钦丹萍、查安生、姜莉云、袁红霞、党中勤、徐进康、徐健众、唐旭东、唐志鹏、陶琳、黄明河、黄绍刚、黄贵华、黄恒青、黄穗平、梁超、

董明国、舒劲、曾斌芳、谢胜、谢晶日、路广晁、蔡敏、潘洋、薛西林、魏玮。

参考文献

- [1] 中华医学会消化病学分会胃肠动力学组.中华医学会消化病学分会胃肠功能性疾病协作组.中国功能性专家共识意见(2015年,上海).中华消化杂志,2016,36(4):217-229
- [2] Wai C T, Yeoh K G, Ho K Y, et al. Diagnostic yield of upper endoscopy in Asian patients presenting with dyspepsia. *Gastrointest Endosc*, 2002, 56(4): 548-551
- [3] 中华中医药学会脾胃病分会.消化不良中医诊疗共识意见(2009).中国中西医结合杂志,2010,30(5):533-537
- [4] Zhang S S, Zhao L Q, Wang H B, et al. Efficacy of modified LiuJunZi decoction on functional dyspepsia of spleen-deficiency and qi-stagnation syndrome: a randomized controlled trial. *BMC Complementary and Alternative Medicine*, 2013, 13: 54
- [5] Zhao L Q, Zhang S S, Wang Z F, et al. Efficacy of modified ban xia xie xin decoction on functional dyspepsia of cold and heat in complexity syndrome: a randomized controlled trial. *Evid Based Complement Alternat Med*, 2013: 812143
- [6] Wei W, Li X, Hao J J, et al. Proteomic analysis of functional dyspepsia in stressed rats treated with traditional Chinese medicine 'Wei Kangning'. *J Gastroenterol Hepatol*, 2011, 26(9): 1425-1433
- [7] 吕林,唐旭东,王静,等.四君子汤对功能性消化不良餐后不适综合征患者胃中液体食物分布的影响.中华中医药杂志,2015,30(12):4318-4323
- [8] 赵鲁卿,张声生.中医治疗功能性消化不良经验与思路.北京中医药,2011,30(1): 32-34
- [9] Stanghellini V, Talley N J, Chan F, et al. Rome IV-Gastrointestinal disorders. *Gastroenterology*, 2016, 150(6): 1380-1392
- [10] Sugano K, Tack J, Kuipers E J, et al. Kyoto global consensus report on Helicobacter pylori gastritis. *Gut*, 2015, 64(9): 1353-1367
- [11] Matsueda K, Hongo M, Tack J, et al. A placebo-controlled trial of acotiamide for meal-related symptoms of functional dyspepsia. *Gut*, 2012, 61(6): 821-828
- [12] Talley N J, Locke G R, Saito Y A, et al. Effect of amitriptyline and escitalopram on functional dyspepsia: A multicenter, randomized controlled study. *Gastroenterology*, 2015, 149(2): 340-349
- [13] 柯美云.胃运动功能检查的方法学.中华消化杂志,1994,14(6):349-351
- [14] 许卫华,王微,李妮娇,等.香砂六君子汤合枳术丸治疗脾虚气滞型功能性消化不良的疗效评价及对核素胃排空的影响.中华中医药杂志,2017,32(3):1025-1028
- [15] 郭文娟,张艳丽,姚树坤,等.功能性消化不良症状和近端胃功能的关系.世界华人消化杂志,2012,20(18):1623-1629
- [16] 邵池,赵宏,柯美云,等.水负荷试验联合B超在评价功能性消化不良近端胃功能障碍中的地位.中华消化杂志,2005,25(1):26-29
- [17] Carvalho R V, Lorena S L, Almeida J R, et al. Food intolerance, diet composition, and eating patterns in functional dyspepsia patients. *Dig Dis Sci*, 2010, 55(1): 60-65

(收稿日期:2017年3月14日)