

消化系统常见病功能性消化不良中医诊疗指南 (基层医生版)



中华中医药学会脾胃病分会

张声生¹, 钦丹萍², 周强¹, 纪云西², 李军祥³, 唐旭东⁴, 卢小芳¹, 赵鲁卿¹, 孟梦¹,
温艳东⁴, 王凤云⁴, 吕林⁴

(¹首都医科大学附属北京中医医院消化科, 北京 100010; ²浙江中医药大学附属医院, 杭州 310006;
³北京中医药大学东方医院, 北京 100078; ⁴中国中医科学院西苑医院, 北京 100091)

关键词: 功能性消化不良; 中医; 诊疗; 指南; 基层医生版

基金资助: 北京市中医管理局燕京流派创新性传承“拳头”工程——脾胃病科, 北京市国家中医重点专科辐射工程(1+X+N)脾胃病专科(No.01070238)

2017年5月14日在北京召开中华中医药学会团体标准指南启动会, 共同制定计划书、编写工作安排等。随即开展了文献研究、专家问卷调查工作。2017年7月底工作组完成了文献研究, 并撰写了指南草稿。2017年8月份工作组内专家进行评阅, 根据组内专家意见进行修改, 形成初稿。2017年9月22日在西安召开中华中医药学会团体标准指南第一次专家论证会, 邀请28位专家对指南文稿进行审阅, 根据专家提出的意见进行修改完善。2017年10月21日、2018年1月9日分别进行第一、二轮德尔菲法问卷调查, 根据专家问卷调查结果, 工作组讨论了问卷中提出的所有意见, 决定是否采纳并提出了理由, 形成征求意见稿。2018年6月10日, 以邮件方式向全国102位同行业专家征求意见, 进行同行评议。2018年6月30日在杭州召开第二次专家论证会, 邀请65位专家对指南二稿进行审阅。项目工作组按照“循证”等原则, 逐一讨论专家提出的意见, 提出采纳、不采纳的意见及理由, 以此为依据, 对征求意见稿进行修改, 并形成了《消化系统常见病功能性消化不良中医诊疗指南(基层医生版)》三稿。2018年9月13日在重庆召开第三次专家论证会, 邀请18位专家对指南三稿进行审核, 项目组根据专家意见, 对指南进行修改, 形成指南终稿。

功能性消化不良(functional dyspepsia, FD)是临床常见的功能性胃肠疾病, 其发病率高, 且呈逐年增高的趋势, 病情反复, 严重影响患者的生活质量, 造成医疗资源的极大负担。近年来中医药在治疗功能性消化不良方面显示了独特的优势, 取得了较好的效果。因此有必要制定相关指南, 充分发挥中医药在功能性消化不良治疗过程中的作用。

本指南参考国际临床实践指南制订方法和流程, 并在相关法律法规和技术文件指导下, 基于现有的最佳证据并结合临床专家经验以及患者意愿, 结合目前实际情况, 制订功能性消化不良中医诊疗指南(基层医生版), 以期合理规范临床应用中医药治疗功能性消化不良, 提高临床疗效。本指南依据目前研究证据, 确定了本病的中医证候, 以及临床常用方剂、推荐中成药、中医外治法等内容, 辨证选方部分列出了常用中药的推荐剂量及加减药物组成, 并根据不同证型, 将中成药进行分类, 方便基层医生的鉴别使用。需要指出的是, 目前中医药治疗本病的研究证据质量普遍不高, 本指南充分结合行业内专家意见, 优先推荐临床经典方剂及证据质量相对充分的常用中成药。

范围

本指南规定了引用标准的基本原则、要求和表示方法, 适用于需引用标准的各类标准和有关法律, 其他需引用标准的文件亦应参照执行, 适用对象为从事中医临床医疗工作的基层执业医师。

规范性引用文件

下列文件对于本指南的应用是必不可少的。凡是注明日期的引用文件, 仅所注日期的版本适用于本文件; 凡是不注明日期的引用文件, 其最新版本(包括所有的修改版本)适用于本文件。

《中华人民共和国药典》(以下简称《中国药典》)2015年版一部; 《国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录(2017年版)》[以下简称《医保目录(2017年版)》]; 《国家基本药物目录(2018年版)》。

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, 邮编: 100010, 电话: 010-52176942

E-mail: zhss2000@163.com

术语及定义

下列术语和定义适用于本指南。

1. 消化不良 为一组临床症状群,其以上腹部疼痛或烧灼感、餐后上腹部饱胀和早饱为主症,还可伴有食欲不振、嗝气、恶心或呕吐等症状^[1]。

2. 功能性消化不良 是指具有以上消化不良症状,但其临床表现不能完全用器质性、系统性或代谢性疾病等来解释。中医古籍无此病名,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的基础上^[2],为了更好地与功能性消化不良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“胃脘痛”^[3],餐后饱胀不适综合征定义为中医的“胃痞”。

流行病学特点

功能性消化不良是目前临床上最常见的消化系统疾病之一,有报道对既往100项临床研究共计312 415例病例分析发现,消化不良总患病率为21%^[4]。目前国内尚缺乏完整而权威的流行病学调查数据。有研究对南京市大学生调查显示,其功能性消化不良的总体患病率为5.4%,且女性患病率明显高于男性,饮食不规律、运动和睡眠不足都是本病的发病原因之一^[5];而江苏常州地区的调查结果显示,其功能性消化不良的总体患病率为19.7%,不同性别患病率差异无统计学意义,但不同年龄患病率差异有统计学意义,以50~59岁患病率最高^[6]。另有一项研究采用流行病学的研究方法,在传统辨证分类的基础上,以“寒、热、虚、实”为纲进行二次辨证,对565例功能性消化不良患者的证型分布规律进行分析发现,其证候主要有脾虚气滞证(48.7%)、脾胃湿热证(23.4%)、脾胃虚弱证(14.0%)、寒热错杂证(9.9%)、脾胃虚寒证(3.2%)^[7]。本病发病率、复发率高且发病呈逐年上升的趋势,严重影响了患者的生活质量,耗费大量医疗资源,美国2009年功能性消化不良患者的总费用高达184亿美元,给患者经济及医疗资源造成极大负担^[8]。

中医药治疗本病的优势

功能性消化不良发病主要病机是脾虚气滞,胃失和降。通过健脾益气,理气和胃等治法,能够缓解餐后饱胀不适、早饱感、中上腹痛、中上腹部烧灼感等主要症状。基于循证医学证据^[9-16],临床研究表明中医药治疗功能性消化不良显示了独特的疗效,在缓解症状、减少复发等方面具有其特色和一定的优势。有报道系统评价中药治疗功能性消化不良的临床疗效和安全性,共纳入292个研究,包括19 817例患者,发现中药在提高总体症状痊愈率、总有效率,改善上腹痛、早饱、腹胀、调节情绪等方面明显优于西药促动力药物,可显著降低患者复发率,且未见明显不良反应^[17]。基础研究^[18-21]证实,中医药在调节胃的动力、顺应性、内脏敏感性及十二指肠黏膜完整性等方面显示出良好的作用。

诊断

1. 西医诊断

1.1 诊断要点 功能性消化不良诊断缺乏金指标,主要根据主要症状及持续的时间、出现频率,在排除器质性疾病等的基础上而确立诊断。

1.2 最低诊断标准 根据罗马IV诊断标准,以下症状符合1项或多项:①餐后饱胀不适;②早饱感;③中上腹痛;④中上腹部烧灼感,且未见可解释上述症状的器质性、代谢性或系统性疾病。

根据主要症状不同,其可分为上腹痛综合征或餐后不适综合征,其中上腹痛综合征表现为上腹痛、上腹部烧灼感,上述症状严重到足以影响日常活动,且发作至少每周1d。餐后不适综合征表现为餐后饱胀不适、早饱感,且上述症状足以影响日常活动,且发作至少每周3d。

以上症状至少存在6个月,且近3个月符合上述罗马IV诊断标准^[22]。

1.3 附加标准 一般功能性消化不良患者无明显的体征及理化检查异常。部分患者可出现上腹部轻微的压痛。

1.4 特异诊断标准 功能性消化不良是一个临床的诊断,但要排除胃肠肝胆结构的异常及代谢系统性疾病等,胃镜是主要的排除性检查之一。

1.5 辅助检查

1.5.1 生化检查:可行血常规、尿常规、便常规、血糖、血脂、肝肾功能等检查,排除代谢性或系统性疾病。

1.5.2 幽门螺杆菌(*helicobacter pylori*, Hp)检查:可行¹³C或¹⁴C呼气试验检测,以明确Hp是否有感染情况。Hp胃炎伴消化不良症状患者根除Hp后消化不良可分为3类^[22-23]:①症状得到长期(>6个月)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1类患者属于Hp相关消化不良,这部分患者的Hp胃炎可以解释其消化不良症状,属于器质性消化不良;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的作用),因此,仍可视作为功能性消化不良。

2005年美国胃肠病学会消化不良处理评估报告^[24]、功能性胃肠病罗马IV诊断标准均指出:在功能性消化不良治疗中已确立疗效(与安慰剂治疗相比)的方案是根除Hp治疗;对于Hp阳性患者根除治疗是最经济有效的方法^[22]。京都共识推荐根除Hp作为消化不良的一线治疗^[24]。我国《第五次全国幽门螺杆菌感染处理共识报告》指出Hp胃炎可在部分患者中伴有消化不良症状;在做出可靠的功能性消化不良诊断前,必须排除Hp相关消化不良;Hp胃炎伴消化不良症状的患者,根除Hp后可使部分患者的症状获得长期缓解,是优先选择^[25-26]。

1.5.3 影像学检查:可行CT检查或腹部超声检查,排除器质性疾病。

1.5.4 胃感觉运动功能检测:对于症状严重或常规治疗效果不明显的功能性消化不良患者,可行胃排空或胃容受性试验,已有多项药物研究采用胃恒压器试验,评估药物治疗对胃容受性舒张功能的改善作用,但目前我国普及率较低,不推荐其作为临床常规检查项目。

1.5.5 心理评估:功能性消化不良患者常可伴焦虑、抑郁状态,可应用焦虑、抑郁自评量表或他评量表进行测定。

1.6 鉴别诊断

1.6.1 慢性胃炎:二者均可出现上腹部饱胀不适、疼痛,早饱等症状,但慢性胃炎是一个病理的概念,胃镜和胃黏膜病理检查可发现胃黏膜充血、水肿、糜烂或萎缩性改变;显微镜下可见慢性炎症改变或/和固有腺体减少等。

1.6.2 消化性溃疡:二者均可出现上腹部疼痛,但钡餐及胃镜检查可见明显胃和/或十二指肠的溃疡病灶。

1.6.3 胃癌:二者均可出现上腹部疼痛、胀满等消化不良症状,但胃镜检查胃癌患者可见隆起、溃疡或弥漫性的癌肿病灶,病理检查可见癌细胞的浸润。

2. 中医辨证

2.1 辨证要点 本病多与感受外邪、饮食不节、情志失调、劳倦或久病、先天禀赋不足有关。其病位在胃,与肝脾关系密切。本病基本病机为脾虚气滞,胃失和降,病理特点多表现为本虚标实,虚实夹杂,以脾虚为本,气滞、食积、痰湿、血瘀等邪实为标^[1]。

2.2 分型

2.2.1 脾虚气滞证:胃脘痞闷或胀痛,纳呆,嗳气,疲乏,便溏,舌淡苔薄白,脉细弦。

2.2.2 肝胃不和证:胃脘胀满或疼痛,两胁胀满,每因情志不畅而发作或加重,心烦,嗳气频作,善叹息,舌淡红,苔薄白,脉弦。

2.2.3 脾胃湿热证:脘腹胀满或疼痛,口干或口苦,口干不欲饮,纳呆,恶心或呕吐,小便短黄,舌红,苔黄厚腻,脉滑。

2.2.4 脾胃虚寒(弱)证:胃脘隐痛或痞满,喜温喜按,泛吐清水,食少或纳呆,疲乏,手足不温,便溏,舌淡,苔白,脉细弱。

2.2.5 寒热错杂证:胃脘痞满或疼痛,遇冷加重,口干或口苦,纳呆,嘈杂,恶心或呕吐,肠鸣,便溏,舌淡,苔黄,脉弦细滑。

治疗

1. 治疗原则 功能性消化不良治疗的主要目的是减轻或缓解症状,改善患者生活质量;而调整饮食结构和调节情志则是常用的基础治疗。中医治疗首当调理气机、固护脾胃,以健脾理气为基本大法。初期病变以邪实为主,当以祛邪为法,辨证施以理气消胀、消积导滞、化痰祛湿、活血化瘀等法;后期病变以虚实夹杂或正虚为主,治予健脾兼以理气、消食、化湿,祛瘀等治

疗。对于寒热错杂者,当施以辛开苦降之法,辨清寒热之轻重,确定相应治法^[1]。

2. 西医治疗 参照《中国功能性消化不良专家共识意见(2015年,上海)》^[27],质子泵抑制剂和H₂受体拮抗剂可作为功能性消化不良尤其是上腹痛综合征的经验性治疗;促动力药物可作为功能性消化不良特别是餐后不适综合征的首选经验性治疗;消化酶制剂可作为功能性消化不良的辅助治疗;精神心理治疗对伴有焦虑抑郁状态的功能性消化不良患者有效;合并Hp感染,可行Hp根除治疗。

3. 中医内治法

3.1 脾虚气滞证

3.1.1 治法:健脾和胃,理气消胀。

3.1.2 推荐汤剂:六君子汤(推荐强度:强推荐使用;证据级别:中级别证据)^[9];香砂六君子汤(推荐强度:强推荐使用;专家共识)^[28]。①处方来源:宋代陈师文等《太平惠民和剂局方》,清代罗美《古今名医方论》。②药物组成:党参10g、白术15g、茯苓10g、半夏6g、陈皮10g、木香6g、砂仁3g、炙甘草5g等。③加减:胸膈痞满、饱胀不适明显者,加枳壳、大腹皮、厚朴等;食欲不振者,加焦三仙、鸡内金、莱菔子等。④煎服法:水煎服,一日1剂,150mL,一日3次。

3.1.3 中成药

3.1.3.1 枳术宽中胶囊(推荐强度:强推荐使用;证据级别:中级别证据)^[29]。①处方来源:《中国药典》2015年版一部、《国家基本药物目录(2018年版)》《医保目录(2017年版)》。②药物组成:白术(炒)、枳实、柴胡、山楂。③功能主治: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用法用量:口服,一次3粒,一日3次。

3.1.3.2 香砂六君丸(推荐强度:强推荐使用;专家共识)^[30]。

①处方来源:《中国药典》2015年版一部、《国家基本药物目录(2018年版)》《医保目录(2017年版)》。②药物组成:木香、砂仁、党参、炒白术、茯苓、炙甘草、陈皮、姜半夏。③功能主治:益气健脾,和胃。用于脾虚气滞,消化不良,嗳气食少,脘腹胀满,大便溏泄。④用法用量:口服,每次6~9g,一日2~3次。

3.1.3.3 香砂平胃颗粒(备注:湿蕴困脾导致的脾虚气滞证适用)(推荐强度:强推荐使用;专家共识)^[31]。①处方来源:《中国药典》2015年版一部、《国家基本药物目录(2018年版)》《医保目录(2017年版)》。②药物组成:苍术(炒)、陈皮、甘草、厚朴(姜炙)、香附(醋炙)、砂仁。③功能主治:健脾,燥湿。用于脾虚气滞,消化不良,嗳气食少,脘腹胀满,大便溏泄。④用法用量:开水冲服,一次10g,一日2次。

3.2 肝胃不和证

3.2.1 治法: 理气解郁, 和胃降逆。

3.2.2 推荐汤剂: 柴胡疏肝散(推荐强度: 强推荐使用; 证据级别: 中级别证据)^[32]; 逍遥散(推荐强度: 强推荐使用; 证据级别: 中级别证据)^[33]。①处方来源: 明代叶文龄《医学统旨》, 宋代陈师文等《太平惠民和剂局方》。②药物组成: 柴胡10g、陈皮10g、川芎10g、香附10g、枳壳10g、芍药10g、炙甘草5g等。③加减: 嗝气频作者, 加半夏、旋覆花、降香等; 胁肋痛甚, 舌有瘀点者, 加郁金、乌药等; 肝郁化火, 口苦舌红者, 加栀子、黄芩、川楝子等; 胁痛口干明显, 舌红少苔者, 加珍珠母、牡丹皮等。④煎服法: 水煎服, 一日1剂, 150mL, 一日3次。

3.2.3 中成药

3.2.3.1 达立通颗粒(推荐强度: 强推荐使用; 证据级别: 中级别证据)^[34]。①处方来源: 《中国药典》2015年版一部、《医保目录(2017年版)》。②药物组成: 柴胡、枳实、木香、陈皮、清半夏、蒲公英、焦山楂、焦槟榔、鸡矢藤、党参、延胡索、六神曲(炒)。③功能主治: 胃脘胀满、嗝气、纳差、胃中灼热、嘈杂泛酸、脘腹疼痛、口干口苦; 运动障碍型功能性消化不良见上述症状。④用法用量: 温开水冲服, 一次6g, 一日3次。

3.2.3.2 气滞胃痛颗粒(推荐强度: 强推荐使用; 证据级别: 中级别证据)^[35]。①处方来源: 《中国药典》2015年版一部、《国家基本药物目录(2018年版)》《医保目录(2017年版)》。②药物组成: 柴胡、醋延胡索、枳壳、醋香附、白芍、炙甘草。③功能主治: 疏肝理气, 和胃止痛。用于肝郁气滞, 胸痞胀满, 胃脘疼痛。④用法用量: 开水冲服, 一次5g, 一日3次。

3.2.3.3 胃苏颗粒(推荐强度: 强推荐使用; 证据级别: 中级别证据)^[36]。①处方来源: 《中国药典》2015年版一部、《国家基本药物目录(2018年版)》《医保目录(2017年版)》。②药物组成: 紫苏梗、香附、陈皮、香橼、佛手、枳壳、槟榔、炒鸡内金。③功能主治: 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, 得嗝气或矢气则舒, 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用法用量: 开水冲服, 一次5g, 一日3次。

3.2.3.4 金胃泰胶囊(推荐强度: 强推荐使用; 专家共识)^[37]。①处方来源: 《中国药典》2015年版一部、《医保目录(2017年版)》。②药物组成: 大红袍、鸡矢藤、管仲、金荞麦、黄连、砂仁、延胡索、木香。③功能主治: 彝医: 猜尼围快, 围斯希。中医: 行气活血, 和胃止痛。用于肝胃气滞, 湿热瘀阻所致的急慢性胃肠炎, 胃及十二指肠溃疡, 慢性结肠炎。④用法用量: 口服, 一次3粒, 一日3次。

3.2.3.5 荜铃胃痛颗粒(推荐强度: 强推荐使用; 专家共识)^[38]。①处方来源: 《中国药典》2015年版一部、《国家基本药物目录(2018年版)》《医保目录(2017年版)》。②药物组成:

荜澄茄、延胡索、黄连等。③功能主治: 行气活血, 和胃止痛。用于气滞血瘀引起的胃脘痛, 慢性胃炎见有上述证候者。④用法用量: 开水冲服, 一次5g, 一日3次。遵医嘱。

3.3 脾胃湿热证

3.3.1 治法: 清热化湿, 理气和中。

3.3.2 推荐汤剂: 连朴饮(推荐强度: 强推荐使用; 证据级别: 中级别证据)^[39]。①处方来源: 清代王士雄《霍乱论》。②药物组成: 川连6g、制厚朴10g、石菖蒲15g、制半夏6g、香豉15g、焦栀子9g、芦根30g等。③加减: 上腹烧灼感明显者, 加浙贝母、乌贼骨、煅瓦楞子等; 胃痛明显者, 加延胡索、白芷、白芍等; 便秘或大便不畅者, 加瓜蒌、枳实、牛膝等。④煎服法: 水煎服, 一日1剂, 150mL, 一日3次。

3.3.3 中成药

3.3.3.1 三九胃泰颗粒(推荐强度: 强推荐使用; 证据级别: 中级别证据)^[40]。①处方来源: 《中国药典》2015年版一部、《国家基本药物目录(2018年版)》《医保目录(2017年版)》。②药物组成: 三叉苦、九里香、两面针、木香、黄芩、茯苓、地黄、白芍。③功能主治: 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; 浅表性胃炎见上述证候者。④用法用量: 开水冲服, 一次20g, 一日2次。

3.3.3.2 胃肠安丸(推荐强度: 强推荐使用; 专家共识)。①处方来源: 《中国药典》2015年版一部、《医保目录(2017年版)》。②药物组成: 木香、沉香、枳壳(麸炒)、檀香、大黄、厚朴(姜炙)、人工麝香、巴豆霜、大枣(去核)、川芎。③功能主治: 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用法用量: 口服。成人一次4丸, 一日3次; 小儿周岁内一次1丸, 一日2~3次, 1~3岁一次1~2丸, 一日3次; 3岁以上酌加。

3.4 脾胃虚寒(弱)证

3.4.1 治法: 健脾和胃, 温中散寒。

3.4.2 推荐汤剂: 理中汤(推荐强度: 强推荐使用; 证据级别: 中级别证据)^[41]; 黄芪建中汤(推荐强度: 强推荐使用; 证据级别: 中级别证据)^[42]。①处方来源: 东汉张仲景《伤寒论》《金匮要略》。②药物组成: 理中汤: 干姜10g、党参15g、炒白术15g、炙甘草6g; 黄芪建中汤: 炙黄芪15g、桂枝9g、芍药15g、生姜10g、炙甘草6g等。③加减: 上腹痛明显者, 加延胡索、荜菝、蒲黄等; 脘腹胀满明显者, 加枳壳、香橼、佛手等; 纳呆明显者, 加焦三仙、莱菔子、鸡内金等; 嗝气呕吐者, 加吴茱萸、生姜等; 反酸明显者, 加乌贼骨、浙贝母等。④煎服法: 水煎服, 一日1剂, 150mL, 一日3次。

3.4.3 中成药

3.4.3.1 附子理中丸(推荐强度:强推荐使用;证据级别:低级别证据)^[43]。①处方来源:《中国药典》2015年版一部、《国家基本药物目录(2018年版)》《医保目录(2017年版)》。②药物组成:制附子、党参、炒白术、干姜、甘草。③功能主治:温中健脾。用于脾胃虚寒,脘腹冷痛,呕吐泄泻,手足不温。④用法用量:口服,水蜜丸一次6g,小蜜丸一次9g,大蜜丸一次1丸,一日2~3次。

3.4.3.2 温胃舒胶囊(推荐强度:弱推荐使用;专家共识)^[44]。①处方来源:《中国药典》2015年版一部、《医保目录(2017年版)》。②药物组成:党参、黑附片、炙甘草、肉桂、山药、肉苁蓉、白术、炒山楂、乌梅、砂仁、陈皮、补骨脂。③功能主治: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;浅表性胃炎见上述证候者。④用法用量:口服,一次3粒,一日2次。

3.4.3.3 虚寒胃痛颗粒(推荐强度:强推荐使用;专家共识)^[45]。①处方来源:《中国药典》2015年版一部、《医保目录(2017年版)》。②药物组成:炙黄芪、炙甘草、桂枝、党参、白芍、高良姜、大枣、干姜。③功能主治: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、遇冷或空腹痛重。④用法用量:开水冲服,一次5g,一日3次。

3.5 寒热错杂证

3.5.1 治法:辛开苦降,和胃开痞。

3.5.2 推荐汤剂:半夏泻心汤(推荐强度:强推荐使用;证据级别:中级别证据)^[10,46-47]。①处方来源:东汉张仲景《伤寒论》。②药物组成:半夏9g、黄芩9g、黄连3g、党参15g、干姜9g、炙甘草6g、大枣15g等。③加减:口舌生疮者,加连翘、栀子、牡丹皮等;腹泻便溏者,加炒白术、草豆蔻、白扁豆等;畏寒怕冷加附子、肉桂等;痞满较重者,加枳实、佛手等。④煎服法:水煎服,一日1剂,150mL,一日3次。

3.5.3 中成药:荆花胃康胶丸(推荐强度:强推荐使用;证据级别:中级别证据)^[48]。①处方来源:《中国药典》2015年版一部、《医保目录(2017年版)》。②药物组成:土荆芥和水团花。③功能主治:理气散寒,清热化痰。适用于寒热错杂证,气滞血瘀所致的胃脘胀闷疼痛、嗳气、返酸、嘈杂、口苦;十二指肠溃疡见上述证候者。④用法用量:口服,一次2粒,一日3次。

4. 中医外治法

4.1 针灸治疗 ①穴位选择:中脘、天枢、足三里、内关等^[49-50]。②穴位加减:肝气犯胃者,加期门、太冲;肝气郁结者,加膻中、章门;饮食停滞者,加下脘、梁门;湿热内停者,加内庭、阴陵泉;气滞血瘀者,加膈俞;脾胃气虚者,加脾俞、胃俞;脾胃虚寒者,加气海、关元。

4.2 穴位埋线 ①穴位选择:中脘、天枢、足三里等^[51-52]。

②穴位加减:肝胃不和者加肝俞;脾胃虚弱者加脾俞;脾胃湿热者加三焦俞。③操作方法:操作时患者穴位皮肤需常规消毒,用利多卡因在穴位处浸润麻醉,将羊肠线装入消毒的腰穿针中,进针(腹部及背部需向上平刺,下肢需直刺),行提插捻转后,边推针芯边退针管,将羊肠线埋入穴位皮下,外敷无菌敷料,胶布固定。④疗程:每周治疗1次。

并发症预防

功能性消化不良与精神情志密切相关,当考虑精神心理治疗;功能性消化不良与Hp密切相关,建议Hp检测及根除Hp治疗;当出现上腹痛无明显好转、黑便、消瘦等报警症状时,需要进一步完善电子胃镜检查。

预防调摄

- 起居 注意生活调摄,起居规律。适度体育锻炼,可以选择太极拳、太极剑、气功等节奏和缓的非竞技体育项目。
- 饮食 调节饮食习惯,定时、定量用餐,忌暴饮暴食。食用易消化食物,不宜食用产气多食物,如马铃薯、面食、豆类、高脂肪食物等,忌油炸、腌制、烧烤、生冷、辛辣之品。
- 心理 保持心理健康,避免悲观、焦虑情绪,适当参与集体活动,多与他人交流,保证充足的睡眠,学会自我调节及护理。
- 服药 尽量减少服用引起消化不良的药物,如抗生素、非甾体类抗炎药等。

项目组长:唐旭东。

指南执笔人员:张声生、钦丹萍、周强、纪云西、李军祥、唐旭东、卢小芳、赵鲁卿、孟梦、温艳东、王凤云、吕林。

指南参与专家(按姓氏笔画排序):丁霞、马群、王邦才、王华宁、王忠、王垂杰、王彦刚、王宪波、王晓素、王捷虹、王敏、戈焰、孔文霞、叶松、叶蔚、田旭东、田耀洲、白光、冯培民、朱西杰、朱莹、任顺平、刘力、刘凤斌、刘华一、刘启泉、刘绍能、刘静生、刘震、孙志广、苏娟萍、李吉彦、李延萍、李军祥、李学军、李勇、李艳彦、李振华、李健、李慧臻、杨胜兰、杨晋翔、杨倩、杨翠兰、时昭红、吴耀南、冷炎、汪龙德、汪红兵、沈洪、迟莉丽、张北平、张志华、张烁、张雅丽、陈苏宁、陈涤平、季光、金小晶、周正华、周其华、鱼涛、庞树玲、郑立升、郑昂、郑培永、赵文霞、赵宇明、郝微微、胡玲、胡鸿毅、查安生、钦丹萍、姜莉云、袁红霞、党中勤、徐进康、徐健众、郭晓燕、唐志鹏、黄绍刚、黄适、黄恒青、黄穗平、龚向京、梁超、董明国、蒋健、储浩然、舒劲、曾斌芳、温艳东、谢胜、谢晶日、蔡敏、潘洋、魏玮、吕宾、孟立娜。

参考文献

- [1] 张声生,赵鲁卿.功能性消化不良中医诊疗专家共识意见(2017).中华中医药杂志.2017,32(6):2595-2598

- [2] 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
- [3] 张声生,周强.胃脘痛中医诊疗专家共识意见(2017).中医杂志,2017,58(13):1166-1170
- [4] Ford A C,Marwaha A,Sood R,et al.Global prevalence of, and risk factors for,uninvestigated dyspepsia:A meta-analysis.Gut,2015,64(7):1049-1057
- [5] 左国文,梁列新,姚萍,等.南宁市大学生功能性消化不良的流行病学调查.世界华人消化杂志,2014,22(2):263-267
- [6] 张小平,陈建平,张中平.某地区功能性胃肠病流行病学及其相关因素调查研究.中华临床医师杂志(电子版),2013,7(24):11329-11332
- [7] 张声生,陈贞,许文君,等.基于“寒、热、虚、实”二次辨证的565例功能性消化不良证候分布特点研究.中华中医药杂志,2008,23(9):833-835
- [8] Lacy B E,Weiser K T,Kennedy A T,et al.Functional dyspepsia:The economic impact to patients.Alimentary Pharmacology & Therapeutics,2013,38(2):170-177
- [9] 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(1):1-9
- [10] 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
- [11] Xiao Y,Li Y,Shu J,et al.The efficacy of oral Zhizhu Kuanzhong, a traditional Chinese medicine,in patients with postprandial distress syndrome.J Gastroenterol Hepatol,2019,34(3):526-531
- [12] Lv L,Wang F Y,Ma X X,et al.Efficacy and safety of Xiangsha Liujunzi granules for functional dyspepsia:A multi-center randomized double-blind placebo-controlled clinical study.World J Gastroenterol,2017,23(30):5589-5601
- [13] Hu Y,Bai Y,Hua Z,et al.Effect of Chinese patent medicine Si-Mo-Tang oral liquid for functional dyspepsia:A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials.PLoS One,2017,12(2):e171878
- [14] Zhang C X,Guo L K.Dalitong granule combined with electroacupuncture in the treatment of functional dyspepsia: A randomized controlled trial.Chin J Integr Med,2015,21(10):743-750
- [15] Chu M,Wu I,Ho R,et al.Chinese herbal medicine for functional dyspepsia:systematic review of systematic reviews.Therap Adv Gastroenterol,2018,11:322992859
- [16] Su Q,Chen S L,Wang H H,et al.A randomized,double-blind,multicenter,placebo-controlled trial of Qi-Zhi-Wei-Tong granules on postprandial distress syndrome-predominant functional dyspepsia.Chin Med J(Engl),2018,131(13):1549-1556
- [17] 张声生,苏冬梅,赵鲁卿.中医药治疗功能性消化不良的系统评价.中国中西医结合消化杂志,2011,19(1):32-34
- [18] Liu J,Li F,Tang X,et al.XiangshaLiujunzi decoction alleviates the symptoms of functional dyspepsia by regulating brain-gut axis and production of neuropeptides.BMC Complementary and Alternative Medicine,2015,15(1):387
- [19] Qiu X,Huang X,Huang W,et al.Pharmacokinetic study of the prokinetic compounds meranzin hydrate and ferulic acid following oral administration of Chaihu-Shugan-San to patients with functional dyspepsia.Journal of Ethnopharmacology,2011,137(1):205-213
- [20] Chang Xiongfei,Zhao Luqing,Wang Jiajia,et al.Sini-san improves duodenal tight junction integrity in a rat model of functional dyspepsia.BMC Complement Altern Med,2017,17(1):432
- [21] Wu zhenyu,Zhang Shengsheng,Li Peicai,et al.Effect of Aurantii Fructus Immaturus Flavonoid on the Contraction of Isolated Gastric Smooth Muscle Strips in Rats.Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine,2016:5616905
- [22] Stanghellini V,Talley N J,Chan F,et al.Rome IV-Gastrointestinal disorders.Gastroenterology,2016,150(6):1380-1392
- [23] Sugano K,Tack J,Kuipers E J,et al.Kyoto global consensus report on Helicobacter pylori gastritis.Gut,2015,64(9):1353-1367
- [24] Talley N J,Vakil N B,Moayyedi P.American gastroenterological association technical review on the evaluation of dyspepsia. Gastroenterology,2005,129(5):1756-1780
- [25] 刘文忠,谢勇,陆红,等.第五次全国幽门螺杆菌感染处理共识报告.中国实用内科杂志,2017,37(6):509-524
- [26] 全国中西医整合幽门螺杆菌处理共识专家组.全国中西医整合治疗幽门螺杆菌相关“病-证”共识.中华医学杂志,2018,98(26):2066-2072
- [27] 中华医学会消化病学分会胃肠动力学组.中国功能性消化不良专家共识意见(2015年,上海).中华消化杂志,2016,26(4):217-229
- [28] 曾光,陈国忠,莫喜晶,等.香砂六君子汤治疗功能性消化不良的Meta分析.辽宁中医药大学学报,2013,15(5):123-125
- [29] 许翠萍,徐大毅,寇秋爱,等.枳术宽中胶囊治疗功能性消化不良403例的II期临床试验.中国新药与临床杂志,2004,23(8):493-497
- [30] 彭向东,黄玉玺.香砂六君子丸对功能性消化不良患者胃电图及胃泌素的影响.深圳中西医结合杂志,2001,11(1):20-21
- [31] 胡刚,魏玉霞,赵宇明,等.香砂平胃颗粒治疗功能性消化不良(食湿中阻证)临床观察.中国民族医药杂志,2009,15(12):17-20
- [32] 苏晓玉,陈勇毅.柴胡疏肝散治疗功能性消化不良Meta分析.浙江中西医结合杂志,2016,26(4):384-386
- [33] 吴界星.逍遥散对功能性消化不良的临床疗效观察.北京:北京中医药大学,2014
- [34] 王蕾,李廷谦,张瑞明,等.达立通颗粒治疗痞满证(功能性消化不良)的随机对照双盲试验.中国循证医学杂志,2004,4(4):239-266
- [35] 苏青,涂蕾,贾小红,等.气滞胃痛颗粒治疗功能性消化不良

- 患者随机、双盲、安慰剂对照临床研究.临床消化病杂志, 2016,28(4):216-219
- [36] 王伟杰.胃苏颗粒治疗功能性消化不良71例临床疗效观察.亚太传统医药,2014,10(1):116-117
- [37] 黄清,曹桂芳.金胃泰胶囊治疗脾胃湿热型胃脘痛的临床研究.云南中医中药杂志,2018,39(6):94-95
- [38] 刘敏.革铃胃痛颗粒的基础研究及临床应用.中国中西医结合消化杂志,2018,26(7):553-556
- [39] 温佩仪,赖勇.加味连朴饮治疗功能性消化不良餐后不适综合征(脾胃湿热证)临床观察.广西中医药,2014,37(2):39-41
- [40] 张震.三九胃泰颗粒治疗功能性消化不良的临床观察.武汉:湖北中医药大学,2014
- [41] 王功勋.加味理中汤治疗功能性消化不良疗效观察.世界最新医学信息文摘:连续型电子期刊,2016,16(40):102-104
- [42] 陈焕龄,房海峰,张晓辉,等.黄芪建中汤治疗功能性消化不良90例临床观察.中医临床研究,2014,6(21):89-90
- [43] 李燕.附子理中丸治疗功能性消化不良50例.光明中医,2010,25(5):794-795
- [44] 张鑫.香砂养胃丸与温胃舒胶囊辨证论治慢性胃炎的疗效对比.中国药业,2014,23(20):109-110
- [45] 汪红兵.虚寒胃痛颗粒治疗胃痛虚寒证346例临床观察.第二十次全国中西医结合消化系统疾病学术会议,2008
- [46] 吴邵军.基于半夏泻心汤为主的中医治疗功能性消化不良的Meta分析.内蒙古中医药,2014,33(22):44-45
- [47] 张绍珠.辛开苦降法治疗功能性消化不良的系统评价.陕西中医学院学报,2015,38(3):16-20
- [48] 盛剑秋,晨智敏,吴爱东,等.荆花胃康胶丸对功能性消化不良疗效的观察.胃肠病学,2007,12(7):408-410
- [49] 冷雪峰.针刺治疗功能性消化不良的系统评价.沈阳:辽宁中医药大学,2013
- [50] Hong S H, Ding S S, Wu F, et al. Efficacy and safety of manual acupuncture manipulations with different frequencies on epigastric pain syndrome (EPS) in functional dyspepsia (FD) patients: Study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 2017, 18(1):102
- [51] 彭艳辉,曾丽玲,杨一玲,等.穴位埋线治疗功能性消化不良的系统评价.针灸临床杂志,2017,33(1):33-36
- [52] 李学军,江应露,刘礼梅,等.脾胃培源散穴位外敷治疗脾胃虚寒型功能性消化不良疗效及对血清MTL的影响.国医论坛,2016,31(5):30-33

(收稿日期: 2019年4月22日)

· 标准与规范 ·

中医药治疗不全流产专家共识

中华医学会计划生育学分会第八届委员会中西医结合学组

摘要: 本专家共识发布了不全流产的定义、历史沿革、病因病机、诊断依据、辨证治疗、预防调摄,明确了适合中医药治疗不全流产的情况,给予中医药治疗指导意见。辨证论治以脱花煎为主方,分肾虚型、气血虚弱型、血热型、血瘀型、热毒型5型加减用药,中成药为桂枝茯苓胶囊、生化丸、益母草颗粒,其他疗法为针刺、耳穴贴压法。

关键词: 中医药; 不全流产; 专家共识

Expert consensus on traditional Chinese medicine treatment of incomplete abortion

The 8th Committee of the Chinese Medical Association Family Planning Institute

Abstract: This expert consensus has issued the definition, historical evolution, etiology and pathogenesis, diagnosis basis, syndrome differentiation treatment, prevention and adjustment of incomplete abortion, and clearly defines the situation suitable for the treatment of incomplete abortion with traditional Chinese medicine, and gives guidance on the treatment of traditional Chinese medicine. Syndrome differentiation is based on the decoction of Tuohuajian, divided into kidney deficiency type, qi and blood deficiency type, blood heat type, blood stasis type and heat toxin type. The Chinese patent medicine is Guizhi Fuling Capsule, Shenghua Pill, Motherwort Granule. The other therapies include acupuncture and auricular acupressure.

Key words: Chinese medicine; Incomplete abortion; Expert consensus

通讯作者: 张英杰, 山东省济南市长清区大学科技园大学路4655号山东中医药大学健康学院, 邮编: 250355, 电话: 0531-89628960
E-mail: icy789@126.com