# 消化不良中医诊疗共识意见(2009)

中华中医药学会脾胃病分会

消化不良是临床常见病和多发病,也是中医治疗的优势病种。2001 年,中华中医药学会内科脾胃病专业委员会第 13 届全国脾胃病学术会议通过了“功能性消化不良(functional dyspepsia, FD)中医诊治规范(草案)”[1],对 FD 中医诊疗起到了规范作用。近年来,在证候分布[2]、临证治疗、诊疗流程等诸多方面取得了不少进展。2008 年开始,中华中医药学会脾胃病分会组织成立全国专科专病“功能性消化不良中医诊疗协作组”和“功能性消化不良中医诊疗共识意见”起草小组,在充分地讨论后,结合国内外现有诊治指南和中医的诊疗特点,提出疾病范围由 FD 拓展为消化不良(dyspepsia)。在此基础上依据循证医学的原理,广泛搜集循证资料,并先后组织国内中医消化病专家就消化不良的证候分类、辨证治疗、诊治流程、疗效标准等一系列关键问题按照国际通行的德尔斐法进行了 3 轮投票,制订了“消化不良中医诊疗共识意见(草案)”。2009 年 10 月 16—19 日,中华中医药学会脾胃病分会第 21 届全国脾胃病学术会议在深圳召开,来自全国各地的近百名中医消化病学专家对共识意见(草案)再次进行了充分地讨论和修改,并以无记名投票形式通过了《消化不良中医诊疗共识意见》(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)。并由核心专家组于 2010 年 1 月 9 日在北京进行了最后的审定。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。

## 1 概念及主要发病机制

1.1 定义 消化不良是指一组表现为上腹部疼痛或烧灼感、餐后上腹饱胀和早饱的症候群,可伴食欲不振、嗳气、恶心或呕吐等[3,4]。消化不良症状的产生与胃肠疾病有关,也可由胰、胆、肝脏疾病等引起。消化不良从病因上可分为器质性消化不良(organic dyspepsia, OD)和 FD。其中 FD 患者的症状源于上腹部,血生化和内镜等检查无异常发现,其临床表现难以用器质性疾病解释[4]。属中医“痞满”、“胃脘痛”、“积滞”范畴。

1.2 流行病学 据统计,我国以消化不良为主诉的患者约占普通内科门诊的 11.05%、约占消化专科门诊的 52.85%[5]。采用 FD 罗马Ⅲ诊断标准对消化专科门诊连续就诊的患者进行问卷调查,发现符合诊断标准者约占就诊者的 28.5%[6]。

1.3 发病机制 OD 以消化性溃疡和胃食管反流病(GERD)最为多见,消化系统恶性病变引起的消化不良在我国也不少见[7]。消化系统以外的疾病也可引起消化不良,如糖尿病、慢性肾功能不全、充血性心力衰竭、甲状腺功能亢进症以及硬皮病等。某些药物如非甾体抗炎药(NSAID)、选择性环氧合酶(COX)-2 抑制剂、茶碱、口服抗生素和补钾剂等均可引起消化不良症状。而 FD 的发病机制尚未完全阐明,其病理生理学基础主要包括运动功能障碍、内脏高敏感性、胃酸分泌增加、幽门螺杆菌(*H. pylori*)感染、精神心理因素等几方面[8]。

1.4 病因病机 本病多由禀赋不足、脾胃虚弱;饮食不节、食滞胃脘;情志不畅、肝气郁结;内伤外感、湿热中阻;日久失治、寒热错杂或虚火内盛、胃阴不足等所致。诸多原因导致脾胃损伤,脾气虚弱,运化失司,形成食积、湿热、痰瘀等病理产物,阻于中焦,胃中气机阻滞,升降失常,导致胃肠运动功能紊乱;土虚木乘,肝气横逆犯胃,胃失和降而出现脘腹胀满、疼痛、嘈杂、嗳气等一系列症状。因此,本病病位在胃,涉及肝、脾二脏,情志不畅和饮食积滞存在于消化不良发病的整个过程,脾虚气滞是中心病理环节[9]。

## 2 诊断

2.1 临床表现 消化不良的主要症状包括餐后饱胀、早饱感、上腹痛、上腹烧灼感。询问病史时需了解:(1)消化不良症状及其程度和频度;(2)症状的发生与进餐的关系,有无夜间出现症状以及症状与体位、排便的关系;(3)进食量有无改变,有无体重下降以及营养状况;(4)患者的进食行为、心理状态以及是否影响生活质量;(5)有无重叠症状,如烧心、反酸、腹泻或便秘等;(6)引起消化不良的可能病因,注意有无报警征象。报警征象包括:消瘦、贫血、上腹包块、频繁呕吐、呕血或黑便、年龄 >40 岁的初发病者、有肿瘤家族

基金项目:“十一五”国家科技支撑计划课题资助项目(No. 2007BAI20B092)

通讯作者:张声生,Tel:010 - 52176634,E-mail:ZSS2000@sohu.com

史等。对有报警征象者建议及时行相关检查。对有精神心理障碍者,也建议及时进行检查,明确或排除器质性疾病对解释病情及治疗更为有利。

2.2　相关检查　对初诊的消化不良患者应在详细采集病史和进行体格检查的基础上有针对性地选择辅助检查。建议将胃镜检查作为消化不良诊断的主要手段。其他辅助检查包括肝、肾功能以及血糖等生化检查、腹部超声检查和消化系统肿瘤标志物检测,必要时行腹部 CT 扫描。对经验性治疗或常规治疗无效的 FD 患者可行 *H. pylori* 检查[10]。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。对症状严重或对常规治疗效果不明显的 FD 患者,可行胃电图、胃排空、胃容纳功能和感知功能检查,对其动力和感知功能进行评估,指导调整治疗方案。

2.3　诊断标准　FD 诊断可参照罗马Ⅲ标准[11]。根据患者的主要症状特点及其与症状相关的病理生理学机制以及症状的模式将 FD 分为"上腹痛综合征"和"餐后不适综合征",但临床上两个亚型常有重叠,有时可能难以区分,但通过分型对不同亚型的病理生理机制的理解,对选择治疗将有一定帮助。在以研究为目的时应进行较严格的亚型分类。在 FD 的诊断中还需注意其与胃食管反流病和肠易激综合征等其他功能性胃肠病的重叠[8]的特点。OD 可参照原发病进行诊断。

2.4　中医病名　(1)以餐后饱胀不适、早饱为主症者,应属于中医"痞满"、"积滞"的范畴;(2)以上腹痛、上腹烧灼感为主症者,应属于中医"胃痛"范畴[1]。

2.5　证候分类标准　(1)脾虚气滞证。主症:①胃脘痞闷或胀痛;②食少纳呆。次症:①纳少泛恶;②嗳气呃逆;③疲乏无力;④舌淡,苔薄白;⑤脉细弦。(2)肝胃不和证。主症:①胃部胀痛;②两胁胀满。次症:①每因情志不畅而发作或加重;②痞塞不舒;③心烦易怒;④善太息;⑤舌淡红,苔薄白;⑥脉弦。(3)脾胃湿热证。主症:①脘腹痞满或疼痛;②舌苔黄厚腻。次症:①口干口苦;②身重困倦;③恶心呕吐;④小便短黄;⑤食少纳呆;⑥脉滑。(4)脾胃虚寒证。主症:①胃寒隐痛或痞满;②喜温喜按。次症:①泛吐清水;②食少纳呆;③神疲倦怠;④手足不温;⑤大便溏薄;⑥舌淡苔白;⑦脉细弱。(5)寒热错杂证。主症:①胃脘痞满或疼痛;②舌淡苔黄。次症:①遇冷加重;②肢冷便溏;③嗳气纳呆;④嘈杂泛酸;⑤脉弦细滑。

上述证候确定:主症必备,加次症 2 项以上即可诊断。

3　治疗

3.1　辨证治疗　(1)脾虚气滞证。治法:健脾和胃、理气消胀。主方:四君子汤(《太平惠民和剂局方》)和香砂枳术丸(《摄生秘剖》)加减。药物:党参、炒白术、茯苓、炙甘草、枳实、姜厚朴、木香、砂仁、醋元胡、法半夏。(2)肝胃不和证。治法:理气解郁、和胃降逆。主方:柴胡疏肝散(《景岳全书》)加减。药物:柴胡、枳壳、川芎、制香附、苏梗、白芍、陈皮、法半夏、生甘草。(3)脾胃湿热证。治法:清热化湿、理气和中。主方:连朴饮(《霍乱论》)加减。药物:黄连、姜厚朴、石菖蒲、法半夏、黄芩、陈皮、芦根、茵陈、生薏苡仁。(4)脾胃虚寒证。治法:健脾和胃、温中散寒。主方:理中丸(《伤寒论》)加减。药物:党参、炒白术、干姜、炙甘草、苏梗、姜厚朴、炒神曲、荜拨、制香附。(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》)加减。药物:清半夏、黄芩、黄连、干姜、党参、生甘草、姜厚朴、炒神曲、煅瓦楞子。

3.2　随症加减　胃胀明显者可加枳壳、柴胡;纳食减少(早饱)者可加鸡内金,神曲加量;伤食积滞者加炒莱菔子、焦山楂等;胃痛明显痛可加金铃子、元胡;嘈杂明显者,可加吴茱萸、黄连。

3.3　中成药治疗　(1)气滞胃痛颗粒:每次 5 g,每天 3 次;三九胃泰颗粒(无糖型):每次 2.5 g,每天 2 次;胃苏颗粒:每次 15 g,每天 3 次;达立通颗粒:每次 6 g,每天 3 次。适用于气滞证。(2)枳术丸:每次 6 g,每天 2 次,适用于脾虚气滞证。(3)金佛止痛丸:每次 5 g,每天 3 次,适用于肝胃不和证。(4)加味保和丸:每次 6 g,每天 2 次,适用于湿滞食积,脾失健运证。(5)养胃舒胶囊:每次 3 粒,每天 2 次,适用于气阴两虚证。(6)复方田七胃痛胶囊:每次 4 粒,每天 3 次;胃乃安胶囊:每次 4 粒,每天 3 次;参苓白术丸:每次 6 g,每天 2 次。适用于脾胃虚弱证。(7)虚寒胃痛颗粒:每次 3 g,每天 3 次;香砂养胃丸:每次 9 g,每天 2 次;温胃舒胶囊:每次 3 粒,每天 3 次。适用于脾胃虚寒证。(8)荆花胃康胶丸:每次 2 粒,每天 3 次,适用于寒热错杂证。

3.4　其他疗法　针灸或针药联合也是治疗 FD 的重要手段,一些临床报道证明针灸对胃肠道功能具有双向调节作用,尤其对胃动力具有良好的双向调节功能,可能是改善 FD 症状的病理基础[12,13]。体针疗法[8]中实证常取足厥阴肝经、足阳明胃经穴位为主,以毫针刺,采用泻法;常取足三里、天枢、中脘、内关、期门、阳陵泉等。虚证常取背俞穴、任脉、足太阴脾经、足阳明胃经穴为主,毫针刺,采用补法。常用脾俞、胃俞、中脘、内关、足三里、气海等。

4　消化不良诊治流程(图 1)

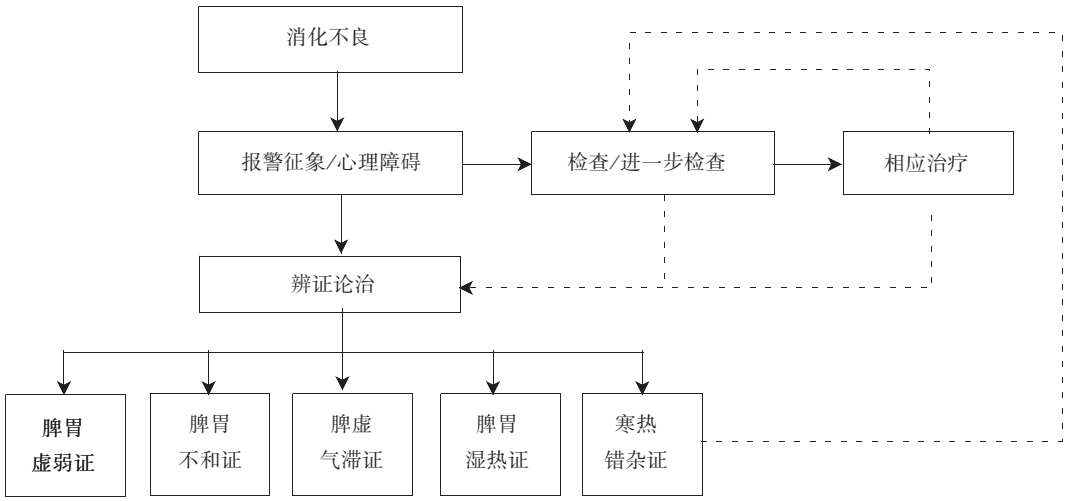


**图 1** 消化不良诊治流程

5 疗效评定

5.1 症状疗效评价标准

(1)主要症状单项的记录与评价[14,15]:主要症状指餐后饱胀不适、早饱感、上腹部疼痛、上腹烧灼感。主要症状分级记录:0 级:无症状,记 0 分;Ⅰ级:症状轻微,不影响日常生活,记 1 分;Ⅱ级:症状中等,部分影响日常生活,记 2 分;Ⅲ级:症状严重,影响到日常生活,难以坚持工作,记 3 分。①显效:原有症状消失;②有效:原有症状改善 2 级者;③进步:原有症状改善 1 级者;④无效:原有症状无改善或原症状加重。

(2)主要症状总体疗效评定标准[16]:按改善百分率 =(治疗前总积分 - 治疗后总积分)/治疗前总积分 ×100%,计算症状总体改善百分率。症状消失为痊愈,症状改善百分率≥80% 为显效,50% ≤症状改善百分率 <80% 为进步,症状改善百分率 <50% 为无效,症状改善百分率负值时为恶化。痊愈和显效病例数计算总有效率。

5.2 证候疗效评定标准 采用尼莫地平法计算。疗效指数 =(治疗前积分 - 治疗后积分)/治疗前积分 ×100%。(1)临床痊愈:主要症状、体征消失或基本消失,疗效指数≥95%。(2)显效:主要症状、体征明显改善,70% ≤疗效指数 <95%。(3)有效:主要症状、体征明显好转,30% ≤疗效指数 <70%。(4)无效:主要症状,体征无明显改善,甚或加重,疗效指数 <30%。

5.3 胃肠动力学疗效评定标准 目前认为核素标记闪烁测定胃排空是胃动力检查的金标准[17],液体试餐用 In-DTPA 标记,固体试餐用 99mTc 标记[18,19],通过用"99mTC" - 鸡肝固相试餐,在餐后不同时间应用 γ - 照相机计数,测定胃内容标记物含量,由此计算胃的排空率。Stotzer 等[20]研究发现可利用不透 X 线标记物法(radiopaque markers,ROM,如钡条胃排空法)测定胃排空,其服用不透 X 线标志物的试餐后,在 X 线下可监测到不同时间胃内存留的标志物数目,从而获得胃对不消化固体的排空情况。由于核素胃排空法在许多医院设备尚不多见,且各中心因试餐和分析技术不同使结果不易比较;胃排空功能简单易行、稳定可靠,建议在临床和科研中应用。

5.4 胃容纳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(Barostat)检测技术,但检测费时费力,患者耐受性差,因而限制了该技术的普及。近年来,有人提出使用水负荷试验(water load test, WLT)进行近端胃功能评价,发现其结果与恒压器检查结果存在很好的相关性,而且比恒压器更接近生理状态,但目前对该试验的具体操作方法和量化标准尚无定论[21]。B 超水负荷试验在评价 FD 近端胃运动功能中的可靠性和地位越来越受到重视[22]。建议 B 超水负荷试验可以应用在 FD 近段胃感觉异常科学研究中。

5.5 生活质量评价标准 中医药治疗消化不良可以改善患者的生活质量,目前国内普遍采用汉化版 SF-36 健康调查量表进行评价;患者报告结局指标(patient reported outcomes,PRO)是近些年来国外在健康相关的生活质量评价之上发展起来的评价指标。PRO 量表,即患者报告结局指标的测评量表。在慢性病领域,从患者报告结局指标的角度入手,以量表作为工具来评价中医临床疗效,已经逐渐被认可。借鉴量表的制作原则和方法,研制具有中医特色的脾胃系疾病 PRO 量表[23],对消化不良的疗效评价有借鉴意义。

5.6　其他　约半数以上 FD 患者存在精神心理障碍,FD 症状的严重程度与抑郁、焦虑和恐惧等有关[8],精神心理因素是 FD 发病的重要因素之一,采用 Hamilton 焦虑他评量表(HAMA) 及 Hamilton 抑郁他评量表(HAMD)对 FD 患者的精神心理状态进行评定可以在 FD 疗效评价中运用。

6　转归与随访　在查明 OD 原因后对因处理并按照相应疾病随访。FD 病情反复,但预后一般良好;由于罗马Ⅲ标准时间窗上的变化,建议随访 3 ~ 6 个月。

项目负责:张声生　李乾构

共识意见执笔:张声生　汪红兵

共识意见专家(按姓氏笔画排列):马贵同、马　骏、牛兴东、王垂杰、王新月、白　光、李佃贵、李军祥、李乾构、李振华、陈涤平、刘　敏、刘凤斌、刘绍能、朱生梁、劳绍贤、沈　洪、时昭红、汪红兵、杨春波、杨晋翔、张声生、单兆伟、周学文、周福生、唐旭东、唐志鹏、黄穗平、魏　玮等 109 位专家。

## 参　考　文　献


[1] 张声生,汪红兵,李乾构. 功能性消化不良的中医诊疗规范[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2002, 10(4):(封二).
Zhang SS, Wang HB, Li QG. The TCM standard in diagnosis and treatment of functional dyspepsia [J]. Chin J Integr Tradit West Med Dig, 2002, 10(4):(inside front cover).

[2] 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的研究[J]. 中华中医药杂志, 2008, 23(9):833-835.
Zhang SS, Chen Z, Xu WJ, et al. Study on distribution characteristic of syndrome of 565 cases of functional dyspepsia by twice differentiation of symptoms and signs based on the "cold, heat, deficiency, excess" [J]. China J Tradit Chin Med Pharm, 2008, 23(9):833-835.

[3] 中华医学会消化病学分会胃肠动力学组. 我国消化不良的诊治流程和指南[J]. 胃肠病学, 2000, 5(3):141-142.
The Group of Gastroenterological Motility, Chinese Society of Digestive Diseases, Chinese Medical Association. The flow chart and guideline for the diagnosis and treatment of dyspepsia in China [J]. Chin J Gastroenterol, 2000, 5(3):141-142.

[4] Tack J, Talley NJ, Camilleri M, et al. Functional gastroduodenal disorders[J]. Gastroenterol, 2006, 130(5):1466-1479.

[5] 陈旻湖,钟碧慧,李初俊,等. 广东城镇居民消化不良的流行病学调查[J]. 中华内科杂志, 1998, 37(5):312-314.
Chen MH, Zhong BH, Li CJ, et al. An epidemiological study on dyspepsia in Guangdong area [J]. Chin J Intern Med, 1998, 37(5):312-314.

[6] 高晓阳,邱敏霞,黄虹,等. 功能性消化不良罗马Ⅲ与罗马Ⅱ标准在临床应用中的比较[J]. 中华消化杂志, 2007, 27(12):809-812.
Gao XY, Qiu MH, Huang H, et al. Comparison of Rome Ⅲ and Ⅱ criteria in clinical diagnosis of functional dyspepsia [J]. Chin J Dig Dis, 2007, 27(12):809-812.

[7] 柯美云主编. 消化不良诊治手册[M]. 北京:科学出版社, 2004:2-10.
Ke MY, editor. The handbook for management of dyspepsia [M]. Beijing: Sience Press, 2004:2-10.

[8] 中华医学会消化病学分会胃肠动力学组. 中国消化不良的诊治指南(2007 大连) [J]. 胃肠病学, 2008, 13(2):114-115.
The Group of Gastroenterological Motility of CSGE. The guideline for management of dyspepsia in China (2007, Dalian) [J]. Chin J Gastroenterol, 2008, 13(2):114-115.

[9] 李乾构,周学文,单兆伟主编. 实用中医消化病学[M]. 北京:人民卫生出版社, 2001:19-32.
Li QG, Zhou XW, Shan ZW, editors. Practical gastroenterology of TCM [M]. Beijing: People's Medical Publishing House, 2001:19-32.

[10] 中华医学会消化病学分会. 中国慢性胃炎共识意见全国第二届慢性胃炎共识会议(2006 年 9 月 14 ~ 16 日上海)[J]. 胃肠病学, 2006, 11(11):674-684.
Chinese Society of Digestive Diseases, Chinese Medical Association. Chinese consensus on chronic gastritis [J]. Chin J Gastroenterol, 2006, 11(11):674-684.

[11] 罗马委员会. 功能性胃肠病罗马Ⅲ诊断标准[J]. 胃肠病学, 2006, 11(12):761-765.
Rome Committee. Diagnostic criteria of Rome Ⅲ for functional gastrointestinal disorders [J]. Chin J Gastroenterol, 2006, 11(12):761-765.

[12] 崔延超,程耀南,杨运宽. 针灸治疗功能性消化不良研究进展[J]. 实用中医药杂志, 2007, 4(23):265-266.
Cui YC, Chen YN, Yang YK. The research progress in treatment of functional dyspepsia by acupuncture and moxibustion [J]. J Pract Tradit Chin Med, 2007, 4(23):265-266.

[13] 唐胜修,罗和生. 针灸治疗功能性消化不良的现状[J]. 中华实用中西医杂志, 2007, 20(15):1369-1371.
Tang SX, Lu HS. The current situation of treatment of functional dyspepsia by acupuncture and moxibustion [J]. Chin J Pract Chin Modern Med, 2007, 20(15):1369-1371.

[14] 陈世耀,王吉耀,朱畴文,等. 莫沙必利治疗功能性消

化不良的随机双盲对照研究[J]. 中华流行病学杂志, 2004, 25(2): 165-168.
Chen SY, Wang JY, Zhu CW, et al. A randomized controlled multi-center clinical trial on mosapride in the treatment of functional dyspepsia [J]. Chin J Epidemiol, 2004, 25(2): 165-168.

[15] 王振华,达四平,龚能平,等. 莫沙必利治疗功能性消化不良多中心双盲对照研究[J]. 中国新药与临床杂志, 2000, 19(5): 363-366.
Wang ZH, Da SP, Gong NP, et al. Mosapride in treating functional dyspepsia: a multicenter, double-blind study [J]. Chin J New Dugs Clin Rem, 2000, 19(5): 363-366.

[16] 李艳红,龚培力,侯晓华,等. 伊托必利治疗功能性消化不良的随机双盲对照试验 104 例[J]. 中国新药与临床杂志, 2005, 24 (7):524-528.
Li YH, Gong PL, Hou XH, et al. Itopride in treatment of 104 patients with functional dyspepsia: a randomized, double-blind controlled clinical trial [J]. Chin J New Dugs Clin Rem, 2005, 24 (7):524-528.

[17] 柯美云. 胃运动功能检查的方法学[J]. 中华消化杂志, 1994, 14(6):349-351.
Ke MY. The methodology of examing stmoach motion [J]. Chin J Dig, 1994, 14(6):349-351.

[18] Meier M, Linke K, Tatsch K, et al. Advance approach for the assessment of gastric motor function in long-term type 1 diabetes mellitus with and without autonomic neuropathy [J]. Clin Auton Res, 2002, 12(3):197-202.

[19] 陈代陆,余德文,卢国良,等. 胆囊收缩素与功能性消化不良患者胃电活动及胃运动相关性的临床研究[J]. 中华消化杂志, 2003, 23(2):121-122.
Chen DL, Yu DW, Lu GL, et al. A clinical research: relevance between CCK and FD patient's electrogastrography, stomach motion [J]. Chin J Dig, 2003, 23(2):121-122.

[20] Stozer PO, Fjälling M, Grétarsdóttlir J, et al. Assessment of gastric emptying: comparsion of solid scintigraphic emptying and emptying of radiopaque markers in patients and healthy subjects[J]. Dig Dis Sci, 1999, 44(4):729-734.

[21] Fisher RS, Parkman HP. Management of nonulcer dyspepsia[J]. N Eng J Med, 1998, 339(19): 1376-1381.

[22] 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[J]. 中华消化杂志, 2005, 25(1):23-25.
Shao C, Zhao H, Ke MY, et al. Role of water load test combined with ultrasound in the proximal stomach dysfunction of functional dyspepsia [J]. Chin J Dig, 2005, 25 (1):23-25.

[23] 刘凤斌,王维琼. 中医脾胃系疾病 PRO 量表理论结构模型的构建思路. 广州中医药大学学报[J], 2008, 25 (1):12-14.
Liu FB, Wang WQ. The thinking of building structure model: the theory of PRO scale about TCM gastroenterology [J]. J Guangzhou Univ Tradit Chin Med, 2008, 25(1): 12-14.

(收稿:2010-03-08 修回:2010-03-15)

欢 迎 投 稿 欢 迎 订 阅