

功能性消化不良中医诊疗专家共识意见 (2023)

中华中医药学会脾胃病分会

Expert consensus on traditional Chinese medicine diagnosis and treatment of functional dyspepsia (2023)

Spleen and Stomach Disease Branch, China Association of Chinese Medicine

消化不良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,其他症状还有恶心、呕吐及嗝气等^[1]。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,全球患病率超过10%,且发病呈逐年上升的趋势,严重影响患者的生活质量和社会职能等,耗费大量的医疗资源^[2]。FD发病机制复杂,目前研究发现与内脏高敏反应、胃肠道动力改变、十二指肠屏障功能障碍、胃肠道分泌功能改变、胆汁酸吸收不良、肠道微生物群失调和肠脑轴改变等相关^[3]。罗马IV标准的提出,为FD提供了新的诊疗框架,但目前临床治疗仍存在诸多困难。中医诊疗遵循辨证论治、整体调节的原则,将其与FD的临床特征相结合,形成具有中医特色的诊疗方案,显示出良好的治疗前景和优势。中华中医药学会脾胃病分会于2017年公布了《消化不良中医诊疗专家共识意见(2017)》^[4],对临床诊治发挥了重要的指导作用。近年来,随着FD中西医认识和研究的深入,有必要对FD中医诊疗共识意见进行修订,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2020年11月在北京牵头成立了《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,广泛搜集资料,参考国内外共识制定方法,并先后组织国内脾胃病专家就FD的证候分类、辨证治疗、名医经验、循证研究、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,然后按照德尔菲法分别于2021年4月、2021年8月、2022年10月进行了3轮专家投票,

并逐次进行修改完善形成送审稿。2023年4月,由中华中医药学会标准化办公室组织专家进行最后审评,通过了本共识意见。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,纳入共识。

概述

1. 西医诊断

1.1 诊断标准 FD的诊断采用罗马IV诊断标准^[5]:①符合以下标准中的1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(epigastric pain syndrome, EPS)的诊断标准。FD在ICD-11的编码为DD90.3^[6]。

1.2 FD的亚型分类标准 EPS:必须满足以下至少1项:①上腹痛(严重到足以影响日常活动);②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^[4]。

餐后不适综合征(postprandial distress syndrome, PDS):必须满足以下至少1项:①餐后饱胀不适(严重到足以影响日常活动);②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。上述两种类型可出现重叠。

1.3 常用检查 关于相关检查,建议将胃镜检查作为FD诊断的主要排除手段^[1]。其他辅助检查包括血常规、血生化、便

基金资助:国家自然科学基金面上项目(No.81774215),国家中医药管理局中医传承与创新“百千万”人才工程(岐黄学者)国家中医药领军人才支撑计划项目-张声声[No.国中医药人教函(2021)203号]

通信作者:张声声,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:010-87906634

E-mail: zhangshengsheng@bjzhongyi.com

唐旭东,北京市海淀区西苑操场1号中国中医科学院西苑医院脾胃病研究所,邮编:100091,电话:010-62835101, E-mail: txldy@sina.com

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FD患者可行幽门螺杆菌(*Helicobacter pylori*, Hp)检查。对怀疑胃肠外疾病引起的FD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,可行胃内脏感知功能检测,但不作为常规检查手段。

2. 中医范畴 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^[7]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EPS定义为中医的“胃痛”或“胃脘痛”,PDS归属为中医“胃痞病”或“胃痞”进行治疗^[6]。

病因病机

1. 病因与发病 本病为情志失调、劳倦过度、先天禀赋不足、饮食不节、感受外邪等多种因素共同作用的结果^[4]。外感寒、热、湿等邪,客于胃,致胃脘气机阻滞;饮食不节,导致食物停积不化,损伤脾胃,胃气壅滞;忧思恼怒,则肝失疏泄,横逆犯胃,胃失和降,甚则气机郁滞而致气滞血瘀;或脾胃虚弱,运化失职,气机不畅或中焦阳气虚弱,均可使脾虚气滞,胃失和降,发为本病^[8]。

2. 病位 本病病位在胃,与肝脾关系密切。

3. 病机要点 本病初期多以寒凝、食积、气滞、痰湿等为主,邪气久客耗伤正气,则病机由实转虚,也可虚实夹杂。病久或入络瘀阻,或化热而寒热互见。综上所述,本病基本病机应为脾虚气滞,胃失和降,病性多表现为本虚标实,虚实夹杂,以脾虚为本,气滞、食积、痰湿、血瘀等邪实为标^[4]。

辨证分型

1. 脾虚气滞证(中医病证分类与代码B04.03.01.03.04.01) 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。证候诊断:主症2项,加次症2项,参考舌脉,即可诊断。

2. 肝胃不和证(中医病证分类与代码B04.06.02.04.01.) 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。证候诊断:主症2项,加次症2项,参考舌脉,即可诊断。

3. 脾胃湿热证(中医病证分类与代码未见) 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。证候诊断:主症2项,加次症2项,参考舌脉,即可诊断。

4. 脾胃虚寒(弱)证[中医病证分类与代码B04.06.03.01.03.04(B04.06.03.01.03.)] 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。证候诊断:主症2项,加次症2项,参考舌脉,即可诊断。

5. 寒热错杂证(中医病证分类与代码B01.10.) 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. 治疗目标与原则 FD的治疗目的为缓解临床症状,防止病情复发,改善患者生活质量。中医治疗首当调理气机、顾护脾胃,以健脾理气为基本大法^[9]。

2. 辨证论治常规

2.1 脾虚气滞证 治法:健脾和胃,理气消胀。主方:香砂六君子汤加减。药物组成:党参9~30 g,炒白术6~12 g,茯苓10~15 g,法半夏3~9 g,陈皮3~10 g,木香3~6 g,砂仁^(后下)3~6 g,炙甘草2~10 g等。加减:饱胀不适明显者,加枳壳3~10 g,大腹皮5~10 g,厚朴3~10 g,紫苏梗5~10 g以行气除痞;食欲不振者,加焦麦芽10~15 g,焦山楂9~12 g,焦神曲6~12 g,鸡内金3~10 g,莱菔子5~12 g等消食化积^[9];头晕心悸者,党参改为人参3~9 g,加白芍6~15 g,阿胶^(烊化)3~9 g益气补血^[10]。

中成药:①枳术宽中胶囊:口服,每次3粒,每日3次。②香砂平胃颗粒(丸):口服,1次10g,1日2次^[9](丸:口服,1次1袋,1日1~2次)。③甘海胃康胶囊:口服,每次6粒,1日3次^[10]。④益气和胃胶囊:口服,1次4粒,1日3次。

2.2 肝胃不和证 治法:理气解郁,和胃降逆。主方:柴胡疏肝散加减。药物组成:柴胡3~10 g,陈皮3~10 g,川芎3~10 g,香附6~10 g,枳壳3~10 g,白芍6~15 g,炙甘草2~10 g等。加减:嗳气频作者,加姜半夏3~9 g,旋覆花^(包煎)3~9 g,沉香^(后下)1~5 g以和胃降气;口苦舌红者,加栀子6~10 g,黄芩3~10 g,川楝子5~10 g等疏肝泻火;纳呆、食少者,加焦神曲6~15 g,枳实3~10 g消食导滞;嘈杂吞酸者,加黄连2~5 g,吴茱萸2~5 g清肝泻火;胃痛甚加延胡索3~10 g行气止痛^[10]。

中成药:①气滞胃痛颗粒(片):开水冲服,1次5g,1日3次(片:口服,1次3片,1日3次)。②达立通颗粒:温开水冲服,1次6 g,1日3次。③胃苏颗粒:开水冲服,1次5g,1日3次。④猴头健胃灵片:口服,1次4片,1日3次。⑤金胃泰胶囊:口服,1次3粒,1日3次^[9]。⑥四磨汤口服液:口服,1次20 mL,1日3次。⑦厚朴排气合剂:口服,1次25 mL,1日2次^[9]。

2.3 脾胃湿热证 治法:清热化湿,理气和中。主方:连朴饮加减。药物组成:黄连2~5 g,制厚朴3~10 g,石菖蒲3~10 g,制半夏3~9 g,香薷6~12 g,焦栀子6~10 g,芦根15~30 g等。加

减:上腹烧灼感明显者,加海螵蛸5~10 g,凤凰衣3~9 g,煅瓦楞子^(先煎)9~15 g以制酸止痛;大便不畅者,加全瓜蒌9~15 g,枳实3~10 g以润肠通便;胃痛明显者,加延胡索3~10 g,白芷3~10 g,白芍6~15 g以行气止痛^[9];头身沉重者,加通草3~5 g,车前子^(包煎)9~15 g利水渗湿;脘腹胀满者,加枳壳3~10 g,木香3~6 g理气消胀^[10]。

中成药:①三九胃泰颗粒(胶囊):开水冲服,1次20 g,1日2次(胶囊:口服,1次2~4粒,1日2次)。②枫蓼肠胃康颗粒:开水冲服,1次8 g,1日3次。③胃肠安丸:口服,成人1次4丸,1日3次^[9]。

2.4 脾胃虚寒(弱) 治法:健脾和胃,温中散寒。主方:理中丸加减。药物组成:干姜3~10 g,党参9~30 g,炒白术6~12 g,炙甘草2~10 g^[9]。加减:上腹痛明显者,加延胡索3~10 g,萆薢1~3 g,蒲黄^(包煎)5~10 g以行气止痛;暖气呕吐者,加吴茱萸2~5 g,生姜3~10 g以温中降逆^[9]。

中成药:①附子理中丸:口服,水蜜丸1次6 g,小蜜丸1次9 g,大蜜丸1次1丸,1日2~3次。②温胃舒胶囊:口服,1次3粒,1日2次。③虚寒胃痛粒:开水冲服,1次5 g,1日3次^[9]。④潞党参口服液:口服,每次10 mL,1日2次。

2.5 寒热错杂证 治法:辛开苦降,和胃开痞。主方:半夏泻心汤加减。药物组成:姜半夏3~9 g,黄芩3~10 g,黄连2~5 g,党参9~30 g,干姜3~10 g,甘草2~10 g,大枣6~15 g等。加减:口舌生疮者,加连翘6~15 g,栀子6~10 g以清热泻火;腹冷便溏者,加制附子^(先煎、久煎)3~15 g,肉豆蔻1~5 g以温阳止泻;痞满较重者,加枳实3~10 g,佛手3~10 g以行气消痞^[9];嘈杂反酸者,加黄连2~5 g,吴茱萸2~5 g,煅瓦楞子^(先煎)9~15 g制酸止痛^[10]。

中成药:荆花胃康胶丸:口服,1次2粒,1日3次^[9]。

3. 现代名家学术经验

3.1 董建华

3.1.1 学术观点:FD的发生与情志郁结,外邪内积,脾胃虚弱有关。病因病机不离肝、脾、胃。脾虚是发病的基础,肝郁是致病的条件,胃气不降是引发症状的原因。因此,健脾、疏肝、降胃是治疗FD的基本法则,治疗上务以气机调畅为度^[11]。

3.1.2 用药心得:从健脾理气、疏肝和胃、降胃导滞3方面对FD进行论治:健脾理气擅用旋覆代赭汤,疏肝和胃巧用四逆散,降胃导滞独用香苏饮。健脾要注意运脾,不宜壅补,常用党参、白术、茯苓、山药、扁豆、薏苡仁;降胃注意润降,不过用香燥,常用半夏、竹茹、旋覆花、石斛、麦冬;健脾降胃,不忘调肝,常用柴胡、白芍、香橼、佛手、砂仁、厚朴、枳壳、陈皮^[11]。

3.2 田德禄

3.2.1 学术观点:创立“清降”理论治疗脾胃病。“清”即清热解毒、清热燥湿、清热泻火、清热利湿,“降”即和胃降逆。通

过“清降”使热清湿去,胃气和降。遵循董建华教授之通降理论,施方用药侧重脏腑辨证,尤注重脏腑气机之升降^[12]。

3.2.2 用药心得:理气消胀剂(自拟)。主要针对中焦脾胃湿热证,在“清降法”原则指导下,加入活血化瘀、醒脾之药而成。方药组成:苏梗、香附、陈皮、清半夏、茯苓、连翘、枳实、薏苡仁、丹参、砂仁、焦三仙等,为临床治疗中焦郁热、湿热,气机壅滞,胃失和降的基本方^[12]。

3.3 单兆伟

3.3.1 学术观点:对于FD,气机郁滞为发病关键,脾胃虚弱为发病基础,痰、火、瘀、食、郁为致病条件。本病总的病机为中焦气机郁滞,升降失司,涉及脏腑包括脾胃、肝、肺。脾胃健则气机周流不息,脾胃病则气机滞,诸病丛生^[13]。

3.3.2 用药心得:和胃方(自拟)^[14]。基本方组成:太子参15 g,炒白术10 g,百合15 g,合欢皮10 g,枳壳10 g,木蝴蝶2 g,玫瑰花6 g,莱菔子15 g,决明子15 g,谷芽15 g,麦芽15 g。其中百合、枳壳调理升降,以清其源;莱菔子、决明子导滞通降;木蝴蝶、玫瑰花轻疏肝,调气畅中;佛手入肝胃经,专司理气和胃止痛;柴胡、白芍疏肝养肝,调达肝气而不犯胃;枳实、白术消补兼施,健脾除满^[13]。

3.4 李乾构

3.4.1 学术观点:脾虚气滞是FD的基本病机。若脾气旺盛,则脾能健运,饮食水谷的消化、吸收与运输功能即正常;若脾胃气虚,则脾失健运,消化、吸收、运输饮食水谷精微功能失常。脾虚气滞是贯穿FD发病始终的基本病机。治疗上,则应辨病辨证结合,强调心理疏导、饮食调理是中医治疗FD的基本思路,以此指导临床实践可取得较好疗效^[15]。

3.4.2 用药心得:六君子汤。FD患者多病程迁延,有脾气虚弱、运化失司、内聚成湿,故可把六君子汤作为基本方,同时根据患者病证变化灵活运用。因人参价格昂贵,李教授建议改用作用相似的党参10~20 g,难辨寒热者改用太子参10 g,口干舌燥者,改用北沙参20 g,大便干燥者改为玄参30 g。视病情而炮制白术,大便干者用生白术30 g,大便软者用炒白术10 g,大便溏者用焦白术15 g,大便稀溏而排便次数多者改用苍术15 g^[15]。

4. 西医诊疗进展概述 近年来,FD相关共识对本病的定义、诊断和治疗方面均进行了新的修订。在定义方面,2015年《幽门螺杆菌胃炎京都全球共识》中正式提出“Hp相关性消化不良是一类单独的疾病”,Hp相关性消化不良是指消化不良症状在Hp根除治疗6个月后仍得到持久缓解^[6]。在诊断方面,2022年日本胃肠病学会发布的FD指南调整了内镜检查在诊断中的主线位置,既往必须通过内镜检查排除器质性疾病来诊断FD,而本指南提到应根据患者自身情况确定是否需要内镜检

查^[17],当因阳性警报信号而怀疑器质性疾病时,应进行内镜检查或其他检查。欧洲胃肠病学联合会在2021年发布的FD共识中也提到“出现警报症状或危险因素,则必须进行内镜检查,初次诊疗中没有警报症状和危险因素,可以不进行内镜检查”^[18]。

在治疗方面,日本胃肠病学会发布的FD指南将FD的治疗药物分为一线治疗和二线治疗。一线治疗的药物包括酸抑制剂、促动力药阿考替胺和日本草药rikkunshito,二线治疗是抗抑郁药、抗焦虑药(如坦度螺酮)、除阿考替胺以外的促动力药和除rikkunshito以外的草药。由于阿考替胺和rikkunshito较同类药物具有更强的循证医学证据故被归类为一线治疗中^[17]。

5. 难点问题分析及中医药优势

5.1 难点问题

5.1.1 缺乏特异性治疗:FD的确切病因尚不清楚,这使得难以直接针对病因进行治疗。因此,治疗通常集中在减轻症状和提高患者的生活质量上。且FD的症状可与其他功能性胃肠病或胃食管反流病发生重叠,经常需要多种药物组合使用。

5.1.2 药物治疗的限制:药物治疗包括抗酸药、胃肠促动力药、神经调节剂等,但并非对所有患者都有效,如难治性FD患者。此外,药物不良反应也为治疗增加了挑战。

5.1.3 长期管理:FD是一种慢性疾病,易反复发作,常规治疗方式难以维持症状的长期缓解,严重影响患者的生活质量^[2]。患者可能需要长期关注饮食、生活方式、心理状态与药物治疗以维持症状的缓解。

5.2 中医药优势 中医药强调辨证施治,根据FD患者的病因、症状和体质制定个性化治疗方案,有助于解决病因不明确的问题,提高治疗的针对性和有效性。

中医药治疗包括口服中药、中成药、穴位贴敷、中药膏摩等药物治疗方法,针灸、推拿等非药物治疗方法,通过改善胃肠动力、降低内脏敏感度、改善黏膜屏障等多方面改善胃肠道功能和心理状态,为患者提供更多有效的治疗选择。

中西医结合治疗可为患者提供长期管理方案,包括定期的诊断和调整治疗,以达到症状的持续缓解和生活质量的提高,提高患者依从性。

6. 其他治法

6.1 外治法 外治法对于改善FD的临床症状有一定的疗效,主要包括针灸、穴位贴敷、中药热熨法等^[4]。

6.1.1 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,加下脘、梁门;气滞血瘀者,加膈俞^[4]。

6.1.2 穴位贴敷:随证调制不同中药,贴于神阙、中脘、天枢等穴位。中药可选用如白芥子、细辛、延胡索、肉桂、吴茱萸、木香、丁香^[19]、沉香、六月菊^[20]、柿蒂、旋覆花、乌药^[21]等。

6.1.3 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]。

6.1.4 耳穴疗法:取脾、胃、肝、交感、大肠、小肠,按压10 min,2次/d,7 d为1个疗程^[10]。

6.1.5 腹部推拿:顺时针摩腹,揉腹,点中脘、天枢、章门、足三里,搓摩肋肋,推揉胃脘,点按气海、关元,振腹,每次共25 min,隔日1次,3次/周,连续4周^[10]。

6.2 心理治疗 心理治疗对FD患者提高心理认知和改善临床症状有一定帮助。《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FD的治疗中值得推广。目前临床治疗FD常用中医心理疗法包括以情胜情、语言开导、顺情从欲、移情易性等情志疗法^[22]。

7. FD诊治流程图 具体见图1。

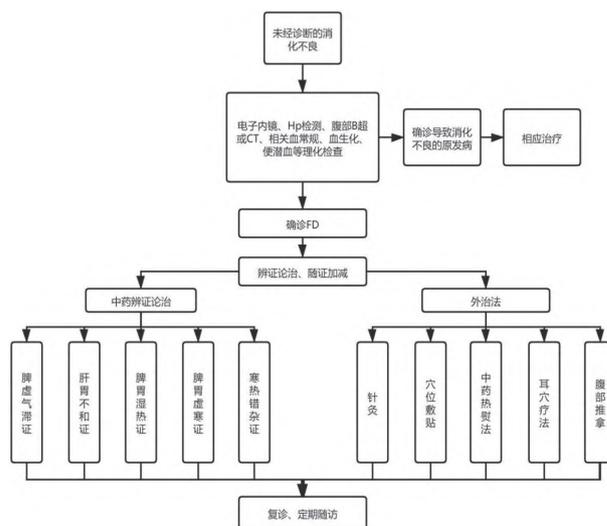


图1 FD诊治流程

疗效评定

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^[23]。

1.1.2 总体症状积分评价:可采用主要症状总体积分法,包括餐后饱胀不适、早饱感、中上腹痛、中上腹烧灼感的评分之和。如果药物临床定位只针对餐后不适综合征,可选取餐后饱

胀不适、早饱感两项症状评分;如果药物临床定位只针对上腹痛综合征,可选取中上腹痛、中上腹烧灼感两项症状评分。

患者的初始症状评分要求1项及以上主症评分 ≥ 2 分。患者每日通过日记卡进行评分,每周的平均积分与基线时比较下降50%认为是每周应答,应答周数大于整个观察期周数的50%认为有效。同时组间可进行积分变化比较。主要症状评价标准见表1。

表1 主要症状评价标准

无症状(0分)	轻度(1分)	中度(2分)	重度(3分)
无	症状轻微,只有关注时才能感觉到,不影响日常生活和工作	症状尚能忍受,部分影响日常生活和工作	症状明显,难以忍受,明显影响日常生活和工作

1.2 单项症状疗效评价

1.2.1 单项积分评价:患者每日通过日记卡进行评分(评价标准参照表1),每周的单项症状平均评分与基线时比较下降30%认为是每周应答,应答周数大于整个观察期周数的50%,认为有效。同时组间可进行单项症状评分变化的比较。

1.2.2 单项症状消失率评价:治疗结束时单项消化不良症状消除的患者比率。

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、胃肠道症状和非胃肠症状特点及变化情况,制定合理的证候评价标准。

3. 生活质量和精神心理疗效评价 生存质量评分工具建议选用FD疾病专用相关量表,如尼平消化不良指数(Nepean Dyspepsia Index, NDI)、FD生活质量量表(FDQOL)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^[24-25]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2~2.5 h,对不消化标志物排出的百分比,要延迟至餐后4~8 h。以上2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,部分学者应用该方法对FD患者近端胃功能进行评价^[26],每次于恒压扩张60 s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^[27]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。

中医药循证医学进展

采用规范的随机对照临床试验(randomized controlled trial, RCT)对中医药治疗FD的临床疗效进行评价是目前工作重点之一,也取得了一定的进展,对部分临床治疗方案或处方进行了验证。

1. 中药复方 一项随机、双盲、多中心、安慰剂对照的RCT试验使用加味六君子汤加减治疗脾虚气滞型FD,治疗组患者整体症状评分、单一症状评分均显著优于安慰剂,胃排空能力(使用经胃排出的钡标记物数量评估)亦优于安慰剂。加味六君子汤组成:党参,白术,茯苓,甘草,厚朴,木香,砂仁,元胡,半夏^[28]。胃病1号方加减治疗脾胃虚寒型FD的随机、双盲、多中心、安慰剂对照的RCT研究显示,治疗组患者整体症状评分、单一症状评分均显著优于安慰剂,中医证候评分亦优于安慰剂。胃病1号方组成:党参,白术,干姜,甘草,苏梗,厚朴,神曲,草薹,香附^[29]。加味逍遥丸加减治疗FD的随机、双盲、多中心、安慰剂对照的RCT试验,以安慰剂为对照,验证了加味逍遥丸加减治疗FD的疗效和安全性,在改善患者胃肠道症状方面优于安慰剂。加味逍遥丸(每袋6 g)由以下生药组成:芍药1.8 g,白术1.8 g,薄荷0.36 g,柴胡1.8 g,当归1.8 g,茯苓1.8 g,甘草1.44 g,牡丹皮2.7 g,栀子2.7 g^[30]。

2. 中成药 采用随机、双盲、多中心RCT试验,以安慰剂为对照,验证了萆薢胃痛颗粒治疗以EPS为主的FD患者的疗效和安全性。每包萆薢胃痛颗粒组成:萆薢茄(2.515 g)、川楝子(2.515 g)、延胡索(1.510 g)、大黄(0.755 g)、黄连(0.755 g)、吴茱萸(0.380 g)、香附(2.515 g)、香橼(2.515 g)、佛手(1.510 g)、海螵蛸(2.515 g)和瓦楞子(2.515 g)^[31]。

3. 针灸治疗 采用多中心RCT试验,以假针刺为对照,验证了针刺治疗PDS的疗效。针刺组:针刺知名专家开发的9个穴位:8个基本穴位[百会(DU20)、膻中(RN17)、中脘(RN12)、天枢(ST25)、气海(RN6)、内关(PC6)、足三里(ST36)、公孙(SP4)]和1个可选穴位:脾胃虚弱加太白(SP3),肝气郁结加太冲(LR3),湿热犯胃加内庭(ST44),假针组不加得气手法,在非穴位处刺入浅表皮肤2~3 mm。得出结论:在PDS患者中,针刺可提高3种主要症状的缓解率和消除率;并且在接受每周3次针刺共治疗4周的患者中,针刺持续疗效超过12周^[32]。

采用多中心RCT试验,以假针刺为对照,探讨了电针治疗难治性FD的疗效。真针组实证患者针刺足三里(ST36)、内关(PC6)、太冲(TR3)、内庭(ST2);虚证患者针刺足三里(ST36)、内关(PC6)、公孙(SP4)、阴陵泉(SP9);假针组患者针刺4个假穴。得出结论:针刺可有效改善难治性FD患者的消化不良症状^[33]。

预防调摄

1. 保持心理健康 心理健康可以预防FD发生,减轻消化不良临床症状。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^[9]。

2. FD重视饮食调护 有研究显示^[34],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FD具有重要意义。

3. 注意维持生活规律 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^[9]。

4. 避免服用伤胃药物 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^[9]。

转归与随访

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^[4]。

共识意见执笔人: 赵鲁卿(首都医科大学附属北京中医医院)、时昭红(湖北中医药大学武汉中西医结合医院)、张声生(首都医科大学附属北京中医医院)。

共识意见制定专家名单(按姓氏笔画排序)

组内主审专家+共审专家: 王垂杰(辽宁中医药大学附属医院)、王敏(贵州中医药大学第一附属医院)、朱莹(湖南中医药大学第一附属医院)、刘力(陕西中医药大学)、冷炎(长春中医药大学附属医院)、蔡敏(海南省中医院)。

组外函审专家: 王捷虹(陕西中医药大学附属医院)、李吉彦(大连市中医医院)、李勇(上海市中医医院)、汪龙德(甘肃中医药大学附属医院)、徐进康(昆山市中医院)。

定稿审定专家+审稿会投票专家: 王萍(中国中医科学院西苑医院脾胃病研究所)、王风云(中国中医科学院西苑医院脾胃病研究所)、王垂杰(辽宁中医药大学附属医院)、吕林(中国中医科学院西苑医院脾胃病研究所)、任顺平(山西中医药大学附属医院)、刘力(陕西中医药大学)、刘凤斌(广州中医药大学一附院白云医院)、刘礼剑(广西中医药大学第一附属医院)、刘震(中国中医科学院广安门医院)、李军祥(北京中医药大学东方医院)、李艳彦(山西中医药大学附属医院)、杨晋翔(北京中医药大学第三附属医院)、杨倩(河北省中医院)、沈洪(南京中医药大学附属医院)、张声生(首都医科大学附属北京中医医院)、张雅丽(黑龙江省中医药科学院)、季光(上海中医药大学)、赵文霞(河南中医药大学第一附属医院)、赵迎盼(中国中医科学院西苑医院脾胃病研究所)、袁红霞(天津中医药大学)、唐旭东(中国中医科学院西苑医院脾胃病研究所)、

黄恒青(福建省中医药科学院)、黄穗平(广东省中医院)、温艳东(中国中医科学院眼科医院)、谢胜(广西中医药大学第一附属医院)、魏玮(中国中医科学院望京医院)。

共识工作秘书: 李丹艳(首都医科大学附属北京中医医院)、王瑞昕(首都医科大学附属北京中医医院)。

利益冲突: 所有作者均申明不存在利益冲突。

参考文献

- [1] 中华医学会消化病学分会胃肠功能性疾病协作组,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,2016,36(4):217-229
- [2] FORD A C,MAHADEVA S,CARBONE M F,et al.Functional dyspepsia.Lancet,2020,396(10263):1689-1702
- [3] SINGH R,ZOGG H,GHOSHAL U C,et al.Current treatment options and therapeutic insights for gastrointestinal dysmotility and functional gastrointestinal disorders.Frontiers in Pharmacology, 2022,13:808195
- [4] 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
- [5] STANGHELLINI V,CHAN F K,HASLER W L,et al.Gastrointestinal disorders.Gastroenterology,2016,150(6):1380-1392
- [6] 国家中医药管理局,国家卫生健康委员会.国家中医药管理局、国家卫生健康委员会关于印发《中医病证分类与代码》和《中医临床诊疗术语》的通知.(2020-11-16)[2023-02-01].https://www.gov.cn/zhengce/zhengceku/2020-11/24/content_5563703.htm.
- [7] 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
- [8] 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
- [9] 张声生,钦丹萍,周强,等.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).中华中医药杂志,2019,34(8):3619-3625
- [10] 李军祥,陈詒,李岩.功能性消化不良中西医结合诊疗共识意见(2017年).中国中西医结合消化杂志,2017,25(12):889-894
- [11] 王长洪.著名中医学家董建华教授学术经验系列之一:功能性消化不良的论治经验.辽宁中医杂志,1999(7):3-4
- [12] 张学华,李志红,冯文亮,等.运用田德禄“清降理论”治疗功能性消化不良的体会.北京中医药,2021,40(3):269-271
- [13] 杨超,孙丽霞.单兆伟治疗功能性消化不良经验撷菁.江苏中医药,2018,50(6):15-17
- [14] 何镜,单兆伟.“和胃方”治疗功能性消化不良36例临床观察.江苏中医药,2004(11):24

- [15] 李帷,朱培一,张声声,等.李乾构健脾理气法治疗功能性消化不良经验.北京中医药,2013,32(6):413-414
- [16] SUGANO K,TACK J,KUIPERS E J,et al.Kyoto global consensus report on Helicobacter pylorogastriitis.Gut,2015,64(9):1353-1367
- [17] MIWA H,NAGAHARA A,ASAKAWA A,et al.Evidence-based clinical practice guidelines for functional dyspepsia 2021.Journal of Gastroenterology,2022,57(2):47-61
- [18] WAUTERS L,DICKMAN R,DRUG V,et al.United European Gastroenterology (UEG) and European Society for Neurogastroenterology and Motility (ESNM) consensus on functional dyspepsia.United European Gastroenterology Journal, 2021,9(3):307-331
- [19] 王颖.穴位贴敷联合柴胡疏肝散口服治疗功能性消化不良临床观察.中国中医药现代远程教育,2021,19(16):111-112
- [20] 刘兰花,李巧林,熊引.中医五音疗法联合穴位贴敷对功能性消化不良患者症状改善及心理状态的影响.中国医学创新, 2020,17(33):85-88
- [21] 张兰云,吕璟,于洪书.自制和胃降逆中药穴位贴敷联合艾灸辅助治疗功能性消化不良效果观察.护理学杂志,2016,31(5):37-38
- [22] 胡芳,张光奇.中医心身综合治疗功能性消化不良的临床研究.上海中医药杂志,2007(10):37-39
- [23] 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
- [24] 柯美云.胃运动功能检查的方法学.中华消化杂志,1994(6):349-351
- [25] 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
- [26] 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
- [27] 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):23-26
- [28] ZHANG S,ZHAO L,WANG H,et al.Efficacy of modified LiuJunZi decoction on functional dyspepsia of spleen-deficiency and qi-stagnation syndrome:A randomized controlled trial.BMC Complement Altern Med,2013,13:54
- [29] ZHANG S,ZHAO L,WANG H,et al.Efficacy of Gastrosis No.1 compound on functional dyspepsia of spleen and stomach deficiency-cold syndrome:A multi-center,double-blind,placebo-controlled clinical trial.Chinese Journal of Integrative Medicine, 2013,19(7):498-504
- [30] CHEN G,FENG P,WANG S,et al.An herbal formulation of jiawei xiaoyao for the treatment of functional dyspepsia:A multicenter,randomized,placebo-controlled,clinical trial.Clin Transl Gastroenterol,2020,11(10):e241
- [31] WEN Y D,LU F,ZHAO Y P,et al.Epigastric pain syndrome:What can traditional Chinese medicine do?A randomized controlled trial of Biling Weitong Granules.World Journal of Gastroenterology,2020,26(28):4170-4181
- [32] YANG J W,WANG L Q,ZOU X,et al.Effect of acupuncture for postprandial distress syndrome:A randomized clinical trial.Ann Intern Med,2020,172(12):777-785
- [33] ZHENG H,XU J,SUN X,et al.Electroacupuncture for patients with refractory functional dyspepsia:A randomized controlled trial. Neurogastroenterology and Motility,2018,30(7):e13316
- [34] 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:2023年10月30日)