

胃下垂中医诊疗专家共识(2023)*

中华中医药学会脾胃病分会

【摘要】胃下垂是消化系统常见病之一,中华中医药学会脾胃病分会于 2011 年发布《胃下垂诊疗指南》,世界中医药学会联合会于 2020 年修订发布《胃缓(胃下垂)中医临床诊疗指南》。近年来,胃下垂的中医药诊治取得了诸多进展,因此有必要对原有共识意见进行再次更新。本共识将中医、西医在胃下垂的诊断、治疗及预防方面的研究结合起来,突出了临床实用性,体现了最新研究进展。

【关键词】胃下垂;中医;诊断;治疗;共识

DOI:10.3969/j.issn.1671-038X.2024.08.02

【中图分类号】R256.3 【文献标志码】A

Expert consensus on Traditional Chinese Medicine diagnosis and treatment of gastropptosis(2023)

Branch of Gastrointestinal Diseases, China Association of Chinese Medicine

Abstract Gastropptosis is one of the common diseases in digestive system. The Spleen and Stomach Disease Branch of Chinese Medicine Association published the *Guideline for Diagnosis and Treatment of Gastropptosis in* 2011 and revised it in 2020. The World Federation of Chinese Medicine Associations published the *Guideline for Clinical Diagnosis and Treatment of Gastropptosis*. In recent years, with the development of Traditional Chinese Medicine diagnosis and treatment of gastropptosis, it is necessary to update the consensus. This consensus combines the research of Traditional Chinese Medicine and Western medicine in the diagnosis, treatment and prevention of gastropptosis, which highlights the clinical practicability and reflects the latest research progress.

Key words gastropptosis; Traditional Chinese Medicine; diagnosis; treatment; consensus

胃下垂是指人站立时胃的下缘达盆腔,胃小弯角切迹低于髂嵴连线的一种疾病,是消化系统常见病之一。其发病因素多样,凡是能造成膈肌下降的因素如膈肌活动力降低、腹腔压力降低、腹肌收缩力减弱以及胃连接的韧带过于松弛等均可导致胃下垂。有研究报道,通过对 3 124 例 X 线消化道造影患者资料进行回顾性分析,结果显示胃下垂的总体发病率为 9.80%,女性明显高于男性,且发生率随着年龄增长而增高^[1]。本病一般预后较好,个别患者因体质、慢性疾病影响和治疗不及时可发生胃扩张、胃扭转等。目前现代医学尚无特效药物,中医药运用辨证结合、辨证论治的方法治疗该病,具有一定临床疗效。中华中医药学会脾胃病分会于 2011 年组织国内有关专家制定《胃下垂诊疗指南》并于 2020 年修订,由世界中医药学会联合会发布《胃缓(胃下垂)中医临床诊疗指南》。近年来,中医药在诊治胃下垂方面取得诸多进展,因此有必要对原共识意见进行更新,以满足临床需要,更好地指导临床工作。

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《胃下垂中医诊疗专家共识》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,参考国内外共识制定方法,并先后组织国内脾胃病专家就胃下垂的证候分类、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,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。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。

1 概述

1.1 西医诊断^[2-6]

1.1.1 临床表现 胃下垂轻度患者多无明显症状;中度及以上胃下垂患者则表现为不同程度的上腹部

*基金项目:国家自然科学基金面上项目(No:81874466)

通信作者:朱莹,E-mail:zhuying089@126.com;唐旭东,E-mail:txdly@sina.com

引用本文:中华中医药学会脾胃病分会.胃下垂中医诊疗专家共识(2023)[J].中国中西医结合消化杂志,2024,32(8):646-651. DOI:10.3969/j.issn.1671-038X.2024.08.02.

饱胀感,并可见嗝气、厌食、便秘、腹痛等症状。腹胀可于餐后、站立过久和劳累后加重,平卧时减轻。

1.1.2 辅助检查及诊断依据 ①X线钡餐造影:表现为立位时患者胃体明显下降、向左移位,严重者几乎完全位于脊柱中线的左侧,程度一般以胃小弯角切迹低于髂嵴连线水平划分:1 cm<轻度≤5 cm,5 cm<中度≤10 cm,重度>10 cm;无张力型胃的胃体呈垂直方向,体部较底部宽大,窦部低于幽门水平以下,胃蠕动减弱或见有不规则的微弱蠕动收缩波,餐后6 h仍有1/4~1/3的钡剂残留;十二指肠球部受牵拉,其上角尖锐,向左移位。②超声检查:口服胃造影剂可见充盈扩张的胃腔无回声区,站立位时位置降低,胃小弯低于脐水平。③内镜:胃镜可通过门齿-幽门间距/身高的比值(>0.52)来判断胃下垂。其中X线钡餐造影及超声检查为诊断胃下垂的特异性检查手段,尤以X线钡餐造影的价值更大,同时也需要借助其他检查手段来排除其他疾病。

1.2 中医范畴

历代医家讨论的“脘腹痞满”、“胃缓”、“胃脘痛”等与本病的临床表现相关。结合临床特点,以上腹部饱胀感为主症,伴嗝气、厌食、便秘等,归属于“痞满”范畴;以脘腹坠胀或疼痛为主症,归属于“胃缓”、“胃脘痛”范畴。

2 病因病机

2.1 病因与发病

病因分为先天与后天两类。先天因素为禀赋不足、素体亏虚;后天因素为长期饮食失调、过度劳倦、久病或孕育过多以及情志所伤等。诸因素引起脾胃虚弱,中气下陷,升降失常而发为本病。

2.2 病位

病位在胃,与脾、肝、肾三脏密切相关。

2.3 病机要点

本病病机主要是脾胃虚弱,中气下陷,升降失常。其病为本虚标实,病性以虚证为主,或虚实夹杂。本虚即脾胃虚弱,运化无力,气血乏源,中气下陷,胃体失于固托;标实则因脾运失职,水谷津液输布失司,聚而为饮成痰,痰饮阻滞气机,久而络脉瘀阻,最终形成虚实夹杂之证。病理因素为食积、痰饮、气滞和血瘀。

3 辨证分型

3.1 肝胃不和证(中医病证分类与代码 B04.06.02.04.01)

主症:①胃脘痞胀;②症状因情绪因素诱发或加重。次症:①甚则胀及胸胁;②嗝气频频;③餐后尤甚。舌脉:舌苔薄白;脉细弦。

证候诊断:主症2项,加次症2项,参考舌脉,即可诊断。

3.2 瘀阻胃络证(中医病证分类与代码 B02.10.01.04.08)

主症:①脘腹坠胀刺痛,固定不移;②按之痛甚。次症:①食后或入夜痛甚;②面色晦暗。舌脉:舌质紫暗或有瘀斑,苔薄;脉涩。

证候诊断:主症2项,加次症2项,参考舌脉,即可诊断。

3.3 脾虚气陷证(中医病证分类与代码 B03.01.01.04.01)

主症:①脘腹重坠作胀;②食后、站立或劳累后加重;③精神倦怠。次症:①不思饮食;②面色萎黄。舌脉:舌淡,有齿痕,苔薄白;脉细或濡。

证候诊断:主症2项,加次症2项,参考舌脉,即可诊断。

3.4 脾肾阳虚证(中医病证分类与代码 B04.06.03.05.01.05)

主症:①脘腹坠胀冷痛,喜温喜按;②腰膝酸软。次症:①遇冷或劳累后加重;②畏寒肢冷;③倦怠乏力;④大便溏薄,或完谷不化。舌脉:舌淡,边有齿痕,苔薄白;脉沉细或迟。

证候诊断:主症2项,加次症2项,参考舌脉,即可诊断。

3.5 胃阴不足证(中医病证分类与代码 B04.03.02.03.02)

主症:①脘腹痞满,隐隐坠胀疼痛;②饥不欲食。次症:①大便干结;②口干咽燥。舌脉:舌质红或有裂纹,少津少苔;脉细或细数。

证候诊断:主症2项,加次症2项,参考舌脉,即可诊断。

3.6 脾虚水停证(中医病证分类与代码 B04.03.01.03.04.07)

主症:①脘腹坠胀不舒;②胃内振水声或水在肠间辘辘有声;③呕吐清水痰涎。次症:①头晕目眩;②心悸气短。舌脉:舌淡胖有齿痕,苔白滑;脉弦滑或弦细。

证候诊断:主症2项,加次症2项,参考舌脉,即可诊断。

4 临床治疗

4.1 治疗目标与原则

治疗目标是改善患者症状,降低复发率,减少并发症。治疗原则是以补虚为主,标本兼治。治疗以健脾益气,升阳举陷为主,据兼夹症予以辨证论治。

4.2 辨证论治常规

4.2.1 肝胃不和证 治法:疏肝和胃,升降气机。

方药:柴胡疏肝散加减。柴胡9~12 g,香附6~9 g,川芎6~9 g,陈皮6~9 g,枳壳6~9 g,白芍6~9 g,炙甘草3~6 g等^[7]。

加減:肋腹脹痛者,加郁金 6~9 g、川楝子 6~9 g 以行氣止痛;排便不暢者,加大腹皮 9~12 g、厚朴 6~9 g 以行氣通便;納呆食少者,加炒麥芽 9~15 g、萊菔子 6~9 g 以消食和胃;性情抑鬱,胸悶不暢者,加貫葉金絲桃 3~6 g、合歡花 9~12 g 以疏肝解鬱。

中成藥:①胃蘇顆粒,沖服,5 g/次,3 次/d;②氣滯胃痛顆粒(片),沖服,5 g/次,3 次/d(3 片/次,3 次/d)。

4.2.2 癥阻胃絡證 治法:活血化癥。

方藥:丹參飲合失笑散加減。丹參 9~15 g,五靈脂^{包煎} 3~6 g,蒲黃^{包煎} 3~6 g,砂仁^{后下} 3~6 g,檀香 3~6 g 等^[8]。

加減:脘腹脹滿者,加郁金 6~9 g、枳殼 6~9 g 以行氣除滿;疼痛甚者,加三七粉^{沖兌} 3~6 g、延胡索 6~9 g 以活血行氣止痛;體倦、納差者,加人參^{另煎} 9~15 g、炒白朮 6~12 g、茯苓 9~15 g 以益氣健脾。

中成藥:蒲元和胃膠囊,口服,1 g/次,3 次/d。

4.2.3 脾虛氣陷證 治法:健脾益氣,升陽舉陷。

方藥:補中益氣湯加減。黃芪 15~30 g,炒白朮 9~15 g,炙甘草 3~6 g,橘皮 6~9 g,當歸 6~9 g,升麻 3~6 g,人參^{另煎} 9~15 g,柴胡 3~6 g 等^[7]。

加減:納呆食少者,加炒雞內金 6~9 g、炒麥芽 9~15 g 以消食化積;惡心嘔吐者,加生薑 6~9 g、姜半夏 6~9 g 以降逆止嘔;脘腹脹滿者,加木香 3~6 g、香附 6~9 g 以行氣消脹;大便溏薄者,加芡實 9~15 g、薏苡仁 12~15 g 以健脾滲濕;冷痛喜溫者,加炮附子^{先煎} 6~9 g、干姜 6~9 g 以溫中散寒。

中成藥:補中益氣丸,口服,8~10 丸/次,3 次/d。

4.2.4 脾腎陽虛證 治法:溫陽散寒,補益脾腎。

方藥:附子理中湯加減。炮附子^{先煎} 6~9 g,干姜 3~6 g,人參^{另煎} 9~15 g,炒白朮 9~12 g,炙甘草 3~6 g 等^[7]。

加減:納呆食少者,加炒麥芽 9~15 g、炒谷芽 9~15 g 以健脾消食;腹瀉、完谷不化者,加補骨脂 6~9 g、肉豆蔻 6~9 g 以溫陽止瀉;脘腹疼痛日久、舌有瘀斑者,加丹參 12~15 g、蒲黃^{包煎} 6~9 g 以活血化癥。

中成藥:附子理中丸,口服,6 g/次,2~3 次/d。

4.2.5 胃陰不足證 治法:滋陰潤燥,養陰益胃。

方藥:益胃湯加減。生地 12~15 g,麥冬 9~12 g,沙參 9~12 g,玉竹 6~9 g,冰糖 3~6 g 等^[8]。

加減:神疲乏力、氣短懶言者,加西洋參 3~6 g、太子參 9~15 g 以補氣健脾;燒心嘈雜

者,加煅瓦楞子^{先煎} 9~15 g、浙貝母 6~9 g 以清熱制酸;腹脹者,加木香 3~6 g 以行氣消脹;痛位固定、面有晦滯之色者,加延胡索 6~9 g、蒲黃^{包煎} 3~6 g 以活血止痛;大便干結者,加玄參 9~15 g、火麻仁 12~15 g 以潤腸通便。

中成藥:陰虛胃痛顆粒,開水沖服,10 g/次,3 次/d。

4.2.6 脾虛水停證 治法:健脾和胃,溫化痰飲。

方藥:苓桂朮甘湯合小半夏湯加減。茯苓 9~15 g,桂枝 6~9 g,炒白朮 6~12 g,姜半夏 6~9 g,生薑 6~9 g,炙甘草 3~6 g 等^[8]。

加減:脘腹墜脹、神疲乏力者,加人參^{另煎} 9~15 g、黃芪 15~30 g 以健脾益氣;胃內振水聲或水在腸間辘辘有聲者,加干姜 3~6 g、蒼朮 6~9 g 以祛濕;嘔吐清水痰涎者,加吳茱萸 3~6 g、砂仁^{后下} 3~6 g 以降逆止嘔。

4.3 現代名家學術經驗

4.3.1 朱良春^[9] (1)學術觀點:認為胃下垂的病機為久患胃疾,脾胃虛弱,中氣久虛,水谷精微無力推動,日久則水濕中阻,故胃虛之證多見夾濕,濕濁不得宣化,清陽豈能上升。治療主張辨證和辨病相結合,具體體現在辨病用藥的不變,輔以辨證分型用藥的多變。朱老治胃補虛,必兼宣化濕濁,每以辨病用藥為主。

(2)用藥心得:①一味炒蒼朮,20 g/d,滾開水沖泡,少量頻飲代茶,輔以“補中益氣湯、逍遙散”主藥,即配合“升陽舉陷、疏肝解鬱”組成基本方(蒼朮、白朮、炙黃芪、炒枳殼、升麻、柴胡、炒白芍、茯苓、陳皮、甘草);②喜用白朮配蒼朮,蒼朮配升麻,炙黃芪配炒枳殼,柴胡配白芍。

4.3.2 楊春波^[10] (1)學術觀點:認為胃下垂乃虛實夾雜之證,治療除補脾益氣外,更應重視清化濕熱、理氣、化癥。脾虛氣陷是本病基本病機,脾胃為濕熱所困是其功能漸損之因,故補益的同時應側重清化濕熱,需結合邪正偏頗;濕熱之邪應從三焦分利,清、化、燥、滲諸法可根據部位使用各異。

(2)用藥心得:①常用方藥清化飲(蒼朮、茵陳、黃連、藿香、豆蔻、薏苡仁);②喜用白朮與枳殼配伍,赤芍佐丹參,龍骨、牡蠣配琥珀。

4.3.3 徐景藩^[11] (1)學術觀點:胃下垂者中虛氣滯者最多見,其次為肝胃不和,病理因素如痰濕、水飲、瘀血,多由中虛而生,可加重胃下,上述因素均易致氣行不暢,強調治療須從“氣”字入手,貴在調升降之機。同時徐老在臨床中也發現,治療胃下垂用補中升提法或有不效,甚至反見脘腹脹滿加重者,此時強調以辨證為主,總結了調中理氣、疏肝和胃、溫腎化飲 3 種治法。

(2)用藥心得:①常用方藥調中理氣湯(黃芪、

党参、白术、炙升麻、山药、炙甘草、炒枳壳、木香、炒陈皮、大枣);疏肝和胃方[紫苏梗、炙柴胡、炒白芍、炒枳壳、香附、佛手(或佛手花)、檀香、当归];温肾化饮方(制附子、肉桂_{后下或研粉另吞}、益智仁、法半夏、白术、泽泻、茯苓、猪苓、干姜、炙甘草);②中虚气滞者选党参、黄芪,配用枳壳、木香;中虚气陷兼气滞者常用柴胡、升麻,配檀香或沉香;肝胃不和者,常用柴胡、香附,配枳壳、佛手;兼有瘀血者,选用桔梗、牛膝。

4.3.4 单兆伟^[12] (1)学术观点:胃下久必胃缓、胃下未必气虚、中虚气滞渐贯始终,强调治病必求其本,并通过对胃下垂的生理功能、病理变化及现代医学认识,采用补中益气、升阳举陷、通降相伍、消积导滞等法。不只循益气升陷一法,临证变通方能收效。

(2)用药心得:瓦楞子佐以三七粉、白及粉;合欢花配伍莱菔子;升麻、柴胡与白术合用;荷叶配莱菔子。

4.4 西医诊疗进展概述

诊断方面,X线钡餐造影及B超造影检查仍然为诊断胃下垂的主要检查手段,尤以前者的价值更大,胃镜检查对于本病的诊断符合率较低^[2],但在排除其他疾病方面具有优势,内镜检查有助于鉴别功能性和器质性消化系统疾病,胃排空功能测定、体表胃电图、胃腔内压力测定等有助于明确是否存在胃运动功能障碍。对于轻度胃下垂患者内科治疗主要采用促胃动力药物,但疗效有限,且长期服药的不良反应问题难以克服;中、重度患者可考虑外科治疗,主要通过放置胃托、胃大部切除手术等治疗方案,但疗效欠佳。有研究报道经腹腔镜行胃固定术取得一定效果,但因病例数少,临床疗效需进一步评定^[13]。

4.5 难点分析与中医药优势

胃下垂治疗的难点一是改善症状、预防加重及复发、提高生活质量;二是西药目前无特效治疗药物。现代医学对其治疗除对症处理和必要时手术治疗外,并没有特效治疗方案,反之,中医药可以在病证结合、辨证论治的基础上,针对病情轻重不同,可选择自我调摄、中医内治、外治以及多种治疗方式联合治疗等方式,以发挥中医药治疗的特色优势,弥补现代医学对于难治性胃下垂治疗方案的不足,减少长期服用西药带来的不良反应。

4.6 其他治法

4.6.1 针灸治疗 针灸治疗胃下垂取穴以足三里、中脘、气海、胃俞、脾俞、天枢、关元、百会、内关为主^[14]。在此基础上,可辨证、随症选择穴位及针法^[15-19]。

主穴:中脘、气海、百会、胃俞、足三里。

辨证配穴:脾虚气陷者,配关元、脾俞,补法,加灸百会;胃阴不足者,配太溪、三阴交,补法或平补平泻;脾肾阳虚者,配脾俞、肾俞,补法,加灸关元;脾虚饮停者,配脾俞、丰隆、天枢,补法或平补平泻,加灸气海;肝胃不和者,配内关、太冲、阳陵泉、肝俞,泻法;胃络瘀阻者,配膈俞、肝俞、血海、期门、内庭、公孙、三阴交,泻法。

对症配穴:纳差、恶心、泛酸者配内关;腹胀者配脾俞、胃俞;腹部下坠或伴有腹泻者配百会;失眠者配神门、三阴交;阳虚者加灸中脘、关元。

临床上较少单独使用针刺治疗胃下垂,多采用芒针、电针、温针灸、针药结合、针推结合等多种疗法增强疗效^[20]。1次/d,10~15d为1个疗程。

4.6.2 推拿治疗 推拿治疗胃下垂部位多以腹、背部为主;手法常采用点、揉、推、按、摩、颤、托、搓、捏脊等;穴位多选取中脘、天枢、气海、关元、鸠尾、足三里、脾俞、胃俞、肾俞等;可根据具体情况施以多部位多手法、单部位多手法推拿,并可配合针灸、耳穴、中药等中医药内外治法增强疗效^[21-22]。1次/d,10~15d为1个疗程,疗程间休息1周。

4.6.3 其他外治法 穴位注射、穴位埋线等中医适宜技术亦可在胃下垂的治疗中选用^[23-25]。

穴位注射:常用药物为黄芪注射液、胎盘注射液等;操作方法:每穴注入1mL,1次/d,2周为1个疗程,疗程间间隔5d。

穴位埋线:每次选穴2~4个,1次/周,疗程间间隔半个月,6次为1个疗程。

具体选穴可参考针刺治疗的穴位。

4.7 诊治流程图

胃下垂诊治流程图见图1。

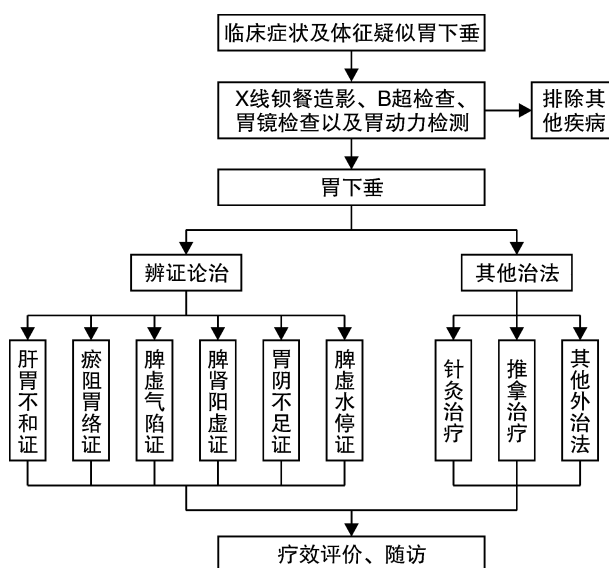


图1 胃下垂诊治流程图

5 疗效评价

5.1 证候疗效评定标准

证候疗效评价是体现中医临床疗效评价特色的部分,参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[26]有关标准拟定,常用尼莫地平法进行疗效的评估,其是以症状,部分结合舌苔、脉象为基础的评定。

①临床痊愈:主要症状、体征消失或基本消失,疗效指数 $\geq 95\%$;②显效:主要症状、体征明显改善, $70\% \leq$ 疗效指数 $< 95\%$;③有效:主要症状、体征明显好转, $30\% \leq$ 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 $< 30\%$ 。计算公式(尼莫地平法):疗效指数=(治疗前积分-治疗后积分)/治疗前积分 $\times 100\%$ 。

5.2 症状评价

症状评价主要是针对胃下垂的消化不良症状的评价,如不同程度的上腹部饱胀感、早饱、食欲不振、嗝气、疼痛等,处理方法多参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[26],将其分为主要症状与次要症状,从程度和频次两个方面进行分级,并按照权重赋值。但目前对症状的选择、分级标准的制定、权重的赋值均存在较大的主观性,其信度、效度及反应度均得不到验证,需要进一步规范。

5.3 生活质量评价

在生活质量方面可采用慢性胃肠疾病患者报告临床结局评价量表(patient reported outcomes, PRO)及SF-36健康调查量表等进行测评。PRO从中医药治疗脾胃病的特点出发,分消化不良、反流、排便、社会、心理、一般状态6个维度对患者进行测评,其信度、效度已得到验证^[27-28]。

6 预防调摄

6.1 饮食调摄

饮食有节,忌过饥过饱,宜少食多餐,注意均衡营养,进食富有营养、细软、易消化食物;脂类食物可少食用,蛋白质类食物可略增加,细嚼慢咽,使食物充分与唾液混合,有利于消化和减少对胃部的刺激;减少烟、酒、槟榔、咖啡、浓茶对胃肠道的刺激。

6.2 情志调摄

宜情志舒畅,遇事乐观,情绪稳定,避免为惊恐、思虑、郁怒等不良情志所伤。

6.3 起居调摄

起居顺应四季变化,随冬夏改变,规律起居,劳逸结合。加强体育锻炼,运动量从小开始,逐渐加大,不可过度,持之以恒,坚持不懈,忌剧烈运动及重体力劳作。

6.4 锻炼方式

适量运动,应避免餐后剧烈运动。全身锻炼:太极拳、八段锦、五禽戏等;腹肌锻炼:仰卧,双腿伸

直抬高,放下,反复进行数次,稍休息后再重复做数次,或仰卧起坐;也可以模拟蹬自行车的动作,或做下蹲动作;腹式呼吸:吸气时让腹部凸起,吐气时压缩腹部使之凹入,1次/d,10~20 min/次。

7 转归与随访

本病属慢性疾病,治疗周期较长,症状可反复或间断发作,故预防胃下垂的并发症,需及时、规范、有效的治疗,以控制病情的进一步发展。若症状持续不缓解,应定期复查电子胃镜,排除其他器质性疾病。

共识执笔人:

邹君君(湖南中医药大学第二附属医院)、冯培民(成都中医药大学附属医院)、朱莹(湖南中医药大学第一附属医院)

共识制定专家名单(按姓氏笔画排序)

组内主审专家+共审专家:

王萍(中国中医科学院西苑医院脾胃病研究所)、唐旭东(中国中医科学院西苑医院脾胃病研究所)、唐志鹏(上海中医药大学附属龙华医院)、唐艳萍(天津市中西医结合南开医院)、谢胜(广西中医药大学第一附属医院)

组外函审专家:

马群(海军青岛特勤疗养中心)、孙志广(南京中医药大学第一临床医学院)、严光俊(荆州市中医医院)、汪红兵(首都医科大学附属北京中医医院)、张烁(浙江中医药大学附属第二医院)

定稿审定专家+审稿会投票专家:

王凤云(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(广州中医药大学第一附属医院白云医院)、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)、时昭红(湖北中医药大学武汉中西医结合医院)、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:

祁双林(湖南中医药大学第二附属医院)、谢凤娇
(成都中医药大学附属医院)

利益冲突 所有作者均声明不存在利益冲突

参考文献

- [1] 张有军.胃下垂与年龄、性别相关性的X线研究[J].泰山医学院学报,2013,34(10):752-754.
- [2] 王维.钡餐检查、超声胃造影检查、胃镜检查对胃下垂诊断价值的比较[J].医学理论与实践,2013,26(22):3038-3039.
- [3] 李乾构,王自立.中医胃肠病学[M].北京:中国医药科技出版社,1993:219-219.
- [4] 莫剑忠.江绍基胃肠病学[M].上海:上海科学技术出版社,2014:549-550.
- [5] 姚礼庆,贝政平.消化道疾病诊疗标准[M].上海:上海科学普及出版社,2014:234-235.
- [6] 曹海根.实用腹部超声诊断学[M].北京:人民卫生出版社,2006:222-222.
- [7] 许济群.方剂学[M].上海:上海科学技术出版社,1985:49-50,77-78,95-96.
- [8] 邓中甲.方剂学[M].北京:中国中医药出版社,2003:230,246-247,284-285,309-310.
- [9] 邱志济,朱建平,马璇卿.朱良春治疗胃下垂对药的临床经验[J].辽宁中医杂志,2000,27(10):438-439.
- [10] 许若纓,杨永升,黄铭涵.国医大师杨春波治疗胃下垂验案举隅[J].中国中医药信息杂志,2021,28(5):110-112.
- [11] 王瀚,孟静岩.徐景藩教授治疗脾胃病的用药规律研究[J].四川中医,2017,35(9):1-4.
- [12] 赵宇栋,谭唱,李秀源,等.单兆伟论治胃下垂经验举隅[J].中国中医药信息杂志,2019,26(5):118-120.
- [13] 王秋生,陈卓妙语,高博,等.消化道功能微创外科的临床实践与进展[J].中华消化外科杂志,2020,19(5):486-490.
- [14] 郭珊珊,傅心昊,张鑫,等.针灸治疗消化系统适宜病症的现代文献研究[J].中国中医基础医学杂志,2020,26(5):662-665.
- [15] 唐旭东,王凤云,李慧臻,等.痞满中医临床实践指南(2018)[J].中医杂志,2019,60(17):1520-1530.
- [16] 王启才.针灸治疗学[M].北京:中国中医药出版社,2017:111-112.
- [17] 孙国杰.针灸学[M].2版.北京:人民卫生出版社,2011:431-432.
- [18] 石学敏.针灸治疗学[M].2版.北京:人民卫生出版社,2011:790-792.
- [19] 国瑶.针灸治疗痞满的现代文献研究[D].北京:中国中医科学院,2017.
- [20] 曾祥红,李倩倩,李芳,等.针灸治疗胃下垂研究进展[J].河南中医,2016,36(1):182-184.
- [21] 曹方,宋柏林.推拿在胃下垂临床治疗中的应用研究[J].中国中医基础医学杂志,2018,24(7):990-992.
- [22] 杨涛,周运峰.举陷平胃通降汤联合掌振顶托按摩法治疗胃下垂[J].中医学报,2018,33(7):1349-1354.
- [23] 李荣清,王秉君,孙丽香,等.穴位埋线手术联合莫沙必利治疗胃下垂疗效观察[J].现代中西医结合杂志,2015,24(32):3582-3584.
- [24] 张杰群.压痛点及穴位注射治疗胃下垂181例[J].河南中医,2015,35(8):1991-1992.
- [25] 谷占卿.药物穴位注射治疗胃下垂近况[J].时珍国医国药,2006,17(7):1300-1301.
- [26] 郑筱萸.中药新药临床研究指导原则(试行)[M].北京:中国医药科技出版社,2002:124-129.
- [27] 唐旭东,王萍,刘保延,等.基于慢性胃肠疾病患者报告临床结局测量量表的编制及信度、效度分析[J].中医杂志,2009,50(1):27-29.
- [28] 王萍,唐旭东,刘保延,等.基于慢性胃肠疾病患者报告临床结局测量量表条目筛选[J].中西医结合学报,2012,10(10):1092-1098.

(收稿日期:2024-06-21)