

DOI: 10.13288/j.11-2166/r.2017.13.023

标准与规范

胃脘痛中医诊疗专家共识意见 (2017)

中华中医药学会脾胃病分会

胃脘痛是中医内科最常见的病证之一,临床中多种上消化道疾病均可见胃脘痛症状,如消化性溃疡、慢性胃炎、功能性消化不良等。1983 年 9 月,中华全国中医学会内科学会召开全国脾胃病专题学术讨论会,制定了《胃脘痛诊断、疗效评定标准(草案)》^[1]。1993 年中华人民共和国卫生部颁发中药新药治疗胃脘痛的临床研究指导原则^[2],1994 年、2012 年国家中医药管理局制定的《中医病证诊断疗效标准》均包含了胃脘痛的诊断依据、证候分类、疗效评价标准^[3-4]。2011 年中华中医药学会脾胃病分会发布了行业标准《胃脘痛诊疗指南》^[5]。但以上发布的标准及指南均未能把胃脘痛的疾病特点、诊治及临床评价全部涵括,或存在共识不足等问题。随着医药科学的不断发展以及对现代疾病研究的不断深入,病证分型及选方有了改变,因此有必要在延续相关标准的基础上进一步更新,以满足临床和科研的需要。

中华中医药学会脾胃病分会于 2014 年 8 月在合肥牵头成立了胃脘痛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胃脘痛的证候分类、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菲法进行了 3 轮投票。2015 年 9 月在重庆进行了第一次投票,根据专家意见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 月中华中医药学会脾胃病分会在厦门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,并进行了充分的讨论和修改。2016 年 7 月在哈尔滨第 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后专家定稿会议完成了本共识意见的制定。会上

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。

1 概述

1.1 胃脘痛是指以胃脘近心窝处疼痛为主症的病证

胃脘痛是临床常见病证,也是一个主要症状,常伴有上腹胀、纳呆、恶心、呕吐、嘈杂、反酸、嗝气等症状。

1.2 胃脘痛论述始见于《黄帝内经》,尚有“当心而痛”“心痛”等病名

《素问·六元正纪大论》曰“木郁之发,民病胃脘当心而痛,上支两胁,膈咽不通,饮食不下”,《素问·至真要大论》曰“厥阴司天,风淫所胜,民病胃脘当心而痛”,《黄帝内经》对胃脘痛病因病机的论述,为后世医家研究和治疗胃脘痛奠定了基础。汉代张仲景创大建中汤、附子粳米汤、芍药甘草汤、吴茱萸汤、小建中汤和黄芪建中汤等方,为后世治疗胃脘痛的常用方。唐代孙思邈的《备急千金要方·心腹痛》有九种心痛之说。宋代严用和的《济生方》进一步指出九种心痛。金元时期李杲在《兰室秘藏》卷二立“胃脘痛”一门,将胃脘痛与心痛相鉴别,拟草豆蔻丸、神圣复气汤、麻黄豆蔻丸三方。朱丹溪《丹溪心法》曰“脾病者,食则呕吐,腹胀喜噫,胃脘痛,心下急”,明确指出心痛实指胃脘痛,其病以中焦脾胃病变为主。

1.3 胃脘痛多见于现代医学的上消化道疾病

引起胃脘痛的常见疾病有急(慢)性胃炎、消化性溃疡、功能性消化不良、胃下垂、胃黏膜脱垂等。因胃癌、肝炎、胆囊炎、胰腺炎、肺炎、心肌梗死等疾病引起的上腹部疼痛不在本病证范围,但可参照本共识意见进行辅助治疗。

2 病因病机

2.1 外邪犯胃、饮食伤胃、情志失调和劳逸所伤,或因药物损伤,或素体脾虚是胃脘痛的主要病因^[6-7]

外感寒、热、湿等邪,客于胃,致胃脘气机阻

基金项目: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):ZYLX201411

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,邮箱:zhss2000@163.com

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。脾胃虚弱，运化失职，气机不畅或中焦阳气虚弱，既易感寒受凉而见脾胃虚寒，又易积食停滞，郁而化热，致胃阴亏损。

2.2 “不通则痛”和“不荣则痛”是胃脘痛的基本病机

胃为阳土，喜润恶燥，为五脏六腑之大源，主受纳、腐熟水谷，其气以和降为顺，不宜郁滞。寒邪、饮食伤胃等皆可引起中焦气机阻滞，胃失和降而发生胃脘痛，则为“不通则痛”^[8-9]。或禀赋不足，加之后天失养，脾气虚弱；或脾阳不足，寒自内生；或胃燥太过，胃失濡养，则为“不荣则痛”。

2.3 病位在胃，与肝、脾的关系最为密切

肝气横逆，木旺乘土，或中土壅滞，木郁不达；或肝火亢炽，迫灼胃阴；或肝血瘀阻，胃失滋荣，故胃病多关乎肝。脾与胃同居中焦，互为表里，共主升降，故脾病多涉于胃，胃病亦可及于脾。如劳倦内伤，饥饱无常者，每多脾胃同病^[10-11]。

2.4 胃脘痛重者可见便血、呕血，甚则血脱；胃脘痛病久者入络致瘀血

胃脘痛初病多为实证，久病多为虚实夹杂或虚证，其中虚多为脾胃虚弱，实多为气滞、食积、血瘀，虚实夹杂多见脾胃虚弱夹湿、夹瘀等。胃脘痛的病理变化复杂，病机可以演变，产生变证。胃热炽盛，迫血妄行，或瘀血阻滞，血不循经，或脾气虚弱，不能统血，致使便血、呕血。大量出血可致气随血脱，危及生命。若脾胃运化失职，湿浊内生，郁而化热，火热内结，可导致胃脘痛剧烈、拒按；或日久成瘀，气机壅塞，胃失和降，胃气上逆，致呕吐反胃。若胃脘痛日久，由气分深入血分，久痛入络致瘀，瘀结胃脘，可形成癥积^[12-13]。

3 辨证分型^[14-17]

3.1 寒邪客胃证

主症：1) 胃痛暴作；2) 遇冷痛重。次症：1) 畏寒；2) 喜暖。舌脉：舌淡苔白；脉弦紧。

3.2 饮食伤胃证

主症：1) 胃胀痛拒按；2) 噎腐酸臭。次症：1) 恶心欲吐；2) 不思饮食；3) 恶闻食嗅；4) 大便或矢气酸臭。舌脉：舌苔厚腻；脉弦滑。

3.3 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) 暖气频作；4) 善叹息。舌脉：舌淡红，苔薄白；脉弦。

3.4 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：舌红，苔黄厚腻；脉滑。

3.5 寒热错杂证

主症：1) 胃脘胀满疼痛，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：舌淡，苔黄；脉弦细滑。

3.6 瘀血阻胃证

主症：胃脘刺痛，痛处不移。次症：1) 胃痛入夜加重；2) 面色黧黑。舌脉：舌质紫暗，舌体瘀斑；脉弦涩。

3.7 胃阴亏虚证

主症：1) 胃脘痛隐隐；2) 饥而不欲食。次症：1) 口干渴；2) 消瘦；3) 五心烦热。舌脉：舌红少津或舌裂纹无苔；脉细。

3.8 脾胃虚寒证

主症：1) 胃脘隐痛，喜温喜按；2) 得食痛减。次症：1) 四肢倦怠；2) 畏寒肢冷；3) 口淡流涎；4) 便溏；5) 纳少。舌脉：舌淡或舌边齿痕，舌苔薄白；脉虚弱或迟缓。

证候诊断：主症必备，加次症 2 项，参考舌脉，即可诊断。

4 临床治疗

4.1 胃脘痛以缓解症状，恢复脾胃功能，防止疾病进展为治疗目标

胃脘痛可见于多种消化系统疾病，包括功能性和器质性疾病。功能性疾病以缓解症状、改善患者生活质量为目标；器质性疾病如消化性溃疡、慢性胃炎等，以缓解症状、防止疾病进展及复发为治疗目标。

4.2 胃脘痛以“通”为治疗原则，以“和胃止痛”为基本治法^[8,18]

胃脘痛发病病机为“不通则痛”，治疗上多用“通”法，使脾胃纳运升降复常，气血调畅，其痛自止。如寒凝者当散寒行气；食积者当消积导滞；气滞者当疏肝理气；血瘀者当活血化瘀；久病入络者当辛润通络。胃脘痛多兼气滞，常配伍辛香理气之品，以和胃止痛为基本治法^[19]。

4.3 辨证施治

4.3.1 寒邪客胃证 治法：温胃散寒，理气止痛。主方：良附丸（《良方集腋》）合香苏散（《太平惠民和剂局方》）。药物：高良姜、香附、紫苏、陈皮、炙甘草。加减：恶寒、头痛者，加丁香、川芎；胃纳呆滞者，加神曲、鸡内金。

4.3.2 饮食伤胃证 治法：消食导滞，和胃止痛。主方：保和丸（《丹溪心法》）或枳实导滞丸（《内外伤辨惑论》）。药物：山楂、神曲、半夏、茯苓、陈皮、莱菔子、麦芽、枳实、大黄、黄芩、黄连、白

术、泽泻。加減：脘腹胀甚者，加砂仁、槟榔；便闭者，加芒硝；胸满痞闷者，加紫苏叶、荆芥穗。

4.3.3 肝胃不和证 治法：理气解郁，和胃止痛。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。加減：暖气频频者，加沉香、旋覆花；反酸者，加海螵蛸、煅瓦楞子；脘胁胀满、便溏者，加党参、炒白术。

4.3.4 脾胃湿热证 治法：清热化湿，理气和胃。主方：连朴饮（《霍乱论》）。药物：制厚朴、黄连、石菖蒲、制半夏、香豉、焦栀子、芦根。加減：恶心呕吐者，加竹茹、陈皮；纳呆食少者，加神曲、谷芽、麦芽；肢体困倦、舌苔白腻者，加薏苡仁、佩兰。

4.3.5 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。加減：湿重、口黏较甚者，加薏苡仁、佩兰；脘胁胀满者，加佛手、香橼。

4.3.6 瘀血阻胃证 治法：活血化瘀，理气和胃。主方：丹参饮（《时方歌括》）合失笑散（《太平惠民和剂局方》）。药物：丹参、蒲黄、五灵脂、檀香、三七、砂仁。加減：胃脘痛甚者，加延胡索、郁金；四肢不温、舌淡脉弱者，加黄芪、桂枝；口干咽燥、舌光无苔者，加生地、麦冬。

4.3.7 胃阴亏虚证 治法：养阴生津，益胃止痛。主方：益胃汤（《温病条辨》）合芍药甘草汤（《伤寒论》）。药物：沙参、麦冬、生地、玉竹、白芍、甘草。加減：嘈杂者，加黄连、吴茱萸；胃脘胀痛较剧者，加厚朴、玫瑰花；大便干燥难解者，加火麻仁、瓜蒌仁。

4.3.8 脾胃虚寒证 治法：益气健脾，温胃止痛。方药：黄芪建中汤（《金匱要略》）。药物：黄芪、桂枝、白芍、甘草、饴糖、大枣、生姜。加減：泛吐痰涎者，加白术、姜半夏；反酸者，加海螵蛸、煅瓦楞子；形寒肢冷、腰膝酸软者，加附子、蜀椒。

4.4 中成药运用

4.4.1 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。

4.4.2 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、暖气、纳差、胃中灼热、嘈杂泛酸、脘腹疼痛及动力障碍型功能性消化不良见上述症状者。

4.4.3 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，得暖气或矢气则舒，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。

4.4.4 摩罗丹 和胃降逆，健脾消胀，通络定痛。用于慢性萎缩性胃炎，症见胃痛、胀满、痞闷、纳呆、暖气等。

4.4.5 复方田七胃痛胶囊 制酸止痛，理气化瘀，温中健脾，收敛止血。用于胃酸过多，胃脘痛，胃溃疡，十二指肠球部溃疡及慢性胃炎。

4.4.6 东方胃药胶囊 舒肝和胃，理气活血，清热止痛。用于肝胃不和，瘀热阻络所致的胃脘疼痛、暖气、吞酸、嘈杂、饮食不振，燥烦易怒等，以及胃溃疡、慢性浅表性胃炎见上述证候者。

4.4.7 金胃泰胶囊 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，胃及十二指肠溃疡等。

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

4.4.9 延参健胃胶囊 健脾和胃，平调寒热，除痞止痛。用于本虚标实，寒热错杂之慢性萎缩性胃炎。症见胃脘痞满，疼痛，纳差，暖气，嘈杂，体倦乏力等。

4.4.10 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。

4.4.11 胃复春片 健脾益气，活血解毒。用于慢性萎缩性胃炎胃癌前病变及胃癌手术后辅助治疗、慢性浅表性胃炎属脾胃虚弱证。

4.4.12 荜铃胃痛颗粒 行气活血，和胃止痛。用于气滞血瘀所致的胃脘痛；慢性胃炎见有上述症状者。

4.4.13 胃康胶囊 行气健胃，化瘀止血，制酸止痛。用于气滞血瘀所致的胃脘疼痛、痛处固定、吞酸嘈杂、胃及十二指肠溃疡、慢性胃炎见上述症状者。

4.4.14 香砂平胃颗粒 健脾燥湿。用于胃脘胀满。

4.4.15 补中益气颗粒（丸） 补中益气，升阳举陷。用于脾胃虚弱、中气下陷，症见体倦乏力，食少腹胀，久泻。

4.4.16 甘海胃康胶囊 健脾和胃，收敛止痛。用于脾虚气滞所致的胃及十二指肠溃疡，慢性胃炎，反流性食管炎。

4.4.17 安胃疡胶囊 补中益气，解毒生肌。用于胃、十二指肠球部溃疡及溃疡愈合后的维持治疗，对虚寒型和气滞型患者有较好的疗效。

4.4.18 附子理中丸 温中健脾。用于脾胃虚寒，脘腹冷痛，呕吐泄泻，手足不温。

4.4.19 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、腹胀暖气、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。

4.4.20 虚寒胃痛颗粒 益气健脾，温胃止痛。用于脾胃虚弱所致的胃痛，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。

4.4.21 小建中胶囊（颗粒） 温中补虚，缓急止痛。用于脾胃虚寒，脘腹疼痛，喜温喜按，嘈杂吞酸，食少，胃及十二指肠溃疡。

4.5 针灸疗法

4.5.1 针刺 取足阳明经、手厥阴经、足太阴经、任脉穴。处方：足三里、梁丘、公孙、内关、中脘。配穴：胃寒者加梁门；胃热者加内庭；肝郁者加期门、太冲；脾胃虚寒者加气海、脾俞；胃阴不足者加三阴交、太溪；血瘀者加血海、膈俞。操作：毫针刺，实证用泻法，虚证用补法，胃寒及脾胃虚寒宜艾灸。

4.5.2 灸法 寒邪客胃和脾胃虚寒者，取中脘、气海、神阙、足三里、脾俞、胃俞穴施行艾条灸法或隔姜灸（中脘、气海、足三里穴还可施行温针灸）。

4.6 外治疗法

4.6.1 外敷法 对脾胃虚寒胃痛，可以采用外敷法治疗。将肉桂、丁香研为细末，用纱布包扎，外敷中脘穴，每次 10～20 min。将吴茱萸用白酒适量拌匀，用绢布包成数包，蒸 20 min 左右，趁热以药包熨脘腹、脐下、足心，药包冷则更换，每日 2 次，每次 30 min；或以疼痛缓解为度。除脾胃虚寒证外，其他胃痛用此法疗效欠佳。

4.6.2 推拿疗法 采用行气止痛治法。用一指禅推、按、揉、摩、拿、搓、擦等法。取穴及部位：中脘、天枢、肝俞、脾俞、胃俞、三焦俞、肩中俞、手三里、内关、合谷、足三里、气海，胃脘部、背部、肩及胁部。

4.7 诊疗流程图

具体见图 1。

5 疗效评定

5.1 疼痛评分量表

胃痛可以对疼痛的程度和频率以及对生活的影响进行评估。疼痛程度采用视觉模拟评分法（VAS）^[24]；疼痛频率采用脾胃病医生报告结局症状量化标准。

5.1.1 视觉模拟评分法 此方法用于疼痛的评估，在中国临床使用较为广泛。基本的方法是使用一条长约 10 cm 的游动标尺，一面标有 10 个刻度，两端分别为“0”分端和“10”分端，0 分表示无痛，10 分代表难以忍受的最剧烈的疼痛。临床使用时将有刻度的一面背向患者，让患者在直尺上标出能代表自己疼痛程度的相应位置，医师根据患者标出的位置为其评

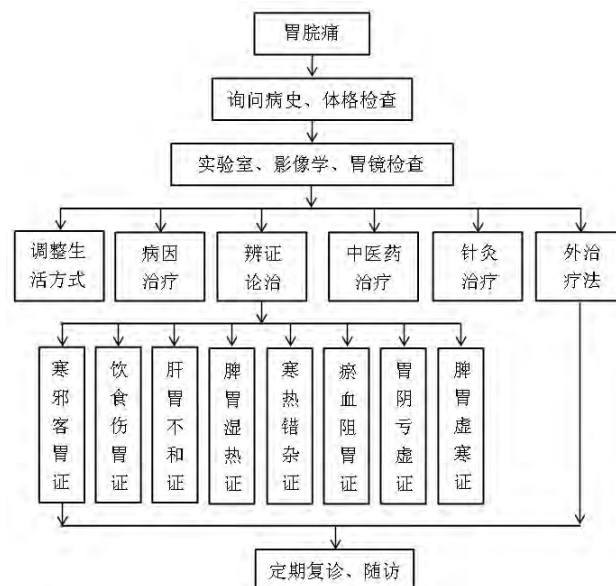


图 1 胃痛诊疗流程图

分，临床评定以 0～2 分为优，3～5 分为良，6～8 分为可，>8 分为差。

5.1.2 胃痛-脾胃病医生报告结局症状量化标准

胃痛评价包括频率、持续时间、程度、工作生活影响、药物干预 5 个方面，总分 0～15 分：无计 0 分、轻度计 1 分、中度计 2 分、重度计 3 分。具体见表 1。

5.2 胃痛除胃痛外的单项症状疗效评价^[21-23]

胃痛主要症状除了胃痛外，还有上腹胀、纳呆、恶心、呕吐、嘈杂、反酸、嗝气等症状，这些单项症状可采用患者报告结局指标（patient reported outcomes, PRO）进行评价，将患者不适症状分为 0、I、II、III 共 4 级：1) 0 级：无症状，计 0 分；2) I 级：症状轻微，不影响日常生活和工作，计 1 分；3) II 级：症状中等，部分影响日常生活和工作，计 2 分；4) III 级：症状严重，影响到日常生活，难以坚持工作，计 3 分。

经过治疗后单项症状疗效评价分为 4 种情况：1) 临床痊愈：原有症状消失。2) 显效：原有症状改善 2 级。3) 有效：原有症状改善 1 级。4) 无效：原有症状无改善或原有症状加重。

5.3 胃痛证候疗效评价标准

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%。分为临床痊愈、显效、有效、无效共 4 级：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%。

表 1 脾胃病医生报告结局症状量化标准

评价内容	无 (0 分)	轻度 (1 分)	中度 (2 分)	重度 (3 分)
频率		>3 天发作 1 次, 时作时止	2~3 天发作 1 次, 发作频繁	每天发作
持续时间		1 小时内可缓解	1~3 小时内可缓解	>3 小时缓解, 甚至一整天不能缓解
程度		轻微疼痛	疼痛明显但可忍	疼痛剧烈难忍
工作生活影响		不影响工作及生活	影响工作及生活	严重影响工作及生活
药物干预		不需使用药物干预可自行缓解	需要使用药物干预才能缓解	常规用药后部分缓解甚至不能缓解

5.4 生存质量评价

目前国内普遍采用汉化版 SF-36^[23] 等健康调查量表进行评价。

6 预防调摄

胃痛发作多与情志不遂、饮食不节、寒温不适、劳累过度有关, 故在预防上要重视精神、饮食、寒温、劳逸等的调摄。胃痛持续不已者, 应在一定时期内进流质或半流质饮食, 少食多餐, 饮食清淡易消化; 忌粗糙多纤维饮食, 避免食用浓茶、咖啡、烟酒和辛辣等诱发因素; 慎用水杨酸、肾上腺皮质激素等西药。

项目负责人: 张声生

共识意见执笔人: 张声生, 周强

参与共识意见专家 (按姓氏笔画排名): 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、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、齐玉珍、江宇泳、孙玉信、苏娟萍、李军祥、李佃贵、李勇、李振华、李乾构、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、汪龙德、汪红兵、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、周正华、周强、郑昱、单兆伟、赵文霞、赵宇明、赵鲁卿、胡玲、查安生、钦丹萍、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] 中华全国中医学会内科分会. 胃脘痛诊断、疗效评定标准(草案) [J]. 中医函授通讯, 1985(3): 400-401.
- [2] 中华人民共和国卫生部. 中药新药临床研究指导原则(第一辑) [M]. 1993: 74-78.
- [3] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准 [S]. 南京: 南京大学出版社, 1994: 6.
- [4] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准 [S]. 北京: 中国医药科技出版社, 2012: 9.
- [5] 张声生, 汪红兵, 李乾构. 胃脘痛诊疗指南 [J]. 中国中医药现代远程教育, 2011, 9(14): 127-129.

- [6] 薛西林. 927 例胃脘痛证因分析 [J]. 安徽中医学院学报, 2001, 2(4): 22-24.
 - [7] 孙英霞, 乔明琦. 胃脘痛相关的情志病因调查与分析 [J]. 中国中医基础医学杂志, 2011, 17(1): 37-39.
 - [8] 王长洪. 董建华教授运用通降法治疗胃病的经验 [J]. 上海中医药杂志, 1982(7): 2-5.
 - [9] 夏宗奎. 董建华治疗胃病经验 [J]. 山东中医杂志, 1997, 16(5): 32-33.
 - [10] 陆为民, 周晓波, 徐丹华. 徐景藩治疗胃痛验案分析及辨治特色 [J]. 辽宁中医杂志, 2010, 37(7): 1368-1370.
 - [11] 周晓波. 徐景藩教授论治慢性胃脘痛经验 [J]. 四川中医, 2004, 22(3): 7-8.
 - [12] 刘康, 丁洋, 张声生. 张声生从“虚”、“毒”、“瘀”论治慢性萎缩性胃炎 [J]. 中国中医基础医学杂志, 2012, 18(10): 1098-1099.
 - [13] 汪红兵, 彭美哲, 李享, 等. 李乾构治疗慢性萎缩性胃炎经验 [J]. 北京中医药, 2013, 32(12): 907-908.
 - [14] 唐伟, 张炳秀, 张文东, 等. 胃脘痛证候的聚类分析及因子分析研究 [J]. 安徽中医学院学报, 2012, 31(6): 35-37.
 - [15] 陈建设, 陈文培. 胃炎(胃脘痛)的证候聚类分析 [J]. 辽宁中医杂志, 2007, 34(3): 291-292.
 - [16] 张国梁, 李艳, 赵进东, 等. 应用数据挖掘技术分析徐经世诊治胃脘痛临床经验 [J]. 中医杂志, 2014, 55(11): 912-915.
 - [17] 陈建设, 陈文培. 胃脘痛证候量化诊断的 logistic 回归分析 [J]. 中医研究, 2009, 22(9): 26-28.
 - [18] 杨晋翔. 董建华诊治胃痛的学术经验探讨 [J]. 北京中医, 1991(1): 8-9.
 - [19] 郑凯, 沈洪. 单兆伟运用“通降胃气”理论治疗脾胃病经验 [J]. 上海中医药杂志, 2013, 47(7): 20-22.
 - [20] HJERMSTAD MJ, FAYERS PM, HAUGEN DF, et al. Studies comparing Numerical Rating Scales, Verbal Rating Scales, and Visual Analogue Scales for assessment of pain intensity in adults: a systematic literature review [J]. J Pain Symptom Manage, 2011, 41(6): 1073-1093.
 - [21] 张艳宏, 刘保延, 刘志顺, 等. PRO 与中医临床疗效评价 [J]. 中医杂志, 2007, 48(8): 680-682.
 - [22] 段锦绣, 刘保延, 赵宏, 等. 浅谈中医药 PRO 量表的研制 [J]. 天津中医药, 2009, 26(6): 519-521.
 - [23] 李鲁, 王红妹, 沈毅. SF-36 健康调查量表中文版的研制及其性能测试 [J]. 中华预防医学杂志, 2002, 36(2): 38-42.
- (收稿日期: 2017-03-21; 修回日期: 2017-03-29)
- 编辑: 焦爽