

· 标准与规范 ·

消化性溃疡中医诊疗共识意见(2009, 深圳)

中华中医药学会脾胃病分会

消化性溃疡(peptic ulcer)是消化系统的一种常见多发性疾病。近年来,在证候规律研究、辨证治疗方法等诸多方面取得了不少进展。2008 年,中华中医药学会脾胃病分会组织成立了全国专科专病“消化性溃疡中医诊疗协作组”和“消化性溃疡中医诊疗共识意见”起草小组。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性溃疡的证候分类、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非法进行了 3 轮次投票,制订了《消化性溃疡中医诊疗共识意见(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)》再次进行了充分的讨论和修改。参会专家表决选择: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,则作为通过。会议以无记名投票形式通过了《消化性溃疡中医诊疗共识意见》,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。现公布如下,供国内外同道参考,并冀在今后的应用中定期修改,不断完善。

1 消化性溃疡的概念及主要发病机制

1.1 定义

消化性溃疡是指在各种致病因子的作用下,黏膜发生的炎症与坏死性病变,病变深达黏膜肌层,常发生于与胃酸分泌有关的消化道黏膜,其中以胃、十二指肠最常见^[1]。临床表现为起病缓慢,病程迁延,上腹痛具有周期性、节律性等特点,伴反酸、嗝气、上腹部有局限性压痛,可有神经功能症候群。属于中医“胃痛”、“嘈杂”范畴。

1.2 流行病学

文献报道,在我国接受胃镜检查的患者中,消化性溃疡的检出率约为 $10.3\% \sim 32.6\%$ ^[1]。其中胃溃疡

25.2%,十二指肠溃疡 70.7%,吻合口溃疡 0.6%,复合溃疡 3.5%,十二指肠溃疡:胃溃疡 = 2.81:1^[2]。消化性溃疡的自然复发率较高,但经 Hp 根治成功后,复发率可降为 $3\% \sim 7\%$;如 Hp 根治失败,则溃疡的复发率依然很高^[3-4]。

1.3 发病机制

本病的病因与发病机制尚未完全阐明。1910 年 Schwartz 提出“无酸,无溃疡”,这是对消化性溃疡病因认识的起点,也是消化性溃疡治疗的理论基础之一。1983 年 Marshall 和 Warren 从人体胃黏膜活检标本中找到幽门螺杆菌(helicobacter pylori, Hp),对消化性溃疡病因产生了新的认识。胃肠黏膜防御作用的削弱以及药物、神经等因素与消化性溃疡发病也有密切关系。研究表明,消化性溃疡的发生与胃酸、胃蛋白酶、幽门螺杆菌、非甾体抗炎药等损害因子和黏液-碳酸氢盐屏障、黏膜血流、前列腺素、细胞更新、上皮生长因子等黏膜防御机制之间的相互作用有关。消化性溃疡的发生是一种或多种有害因素对黏膜的破坏超过黏膜抵御损伤和自身修复能力所产生的综合结果^[5]。

1.4 中医病因病机

本病病因可概括为调摄不当,六淫伤中;饮食不节,食滞伤胃;忧思恼怒、肝气犯胃;脾胃虚弱、饥饱失常等。以上因素使脾失健运,胃受纳腐熟水谷功能失常,胃失和降,不通而痛。由于胃与脾以膜相连,互为表里,共主升降;脾与肝是木土乘克关系,肝主疏泄有调畅脾胃气机功能,所以胃病可以影响脾、肝两脏,脾、肝两脏有病也可影响及胃,出现脾胃、肝胃、脾胃肝同病。因此,本病病位在胃,主要涉及肝、脾二脏^[6]。

2 诊断

2.1 临床表现

本病患者临床表现不一,多数表现为中上腹反复发作性节律性疼痛,少数患者无症状,或以出血、穿孔等并发症的发生作为首发症状。十二指肠球部溃疡的疼痛多位于中上腹部,或在脐上方,或在脐上方偏右处,多发于两餐之间空腹时,持续不减直至下餐进食或服制酸药物后缓解。一部分患者尤其是在睡前曾进餐

者,可发生半夜疼痛,疼痛的周期性较为明显,以秋末至春初较寒冷的季节更为常见。胃溃疡疼痛多位于中上腹部偏高处,或在剑突下和剑突下偏左处,发生较不规则,常在餐后 1 小时内发生,经 1~2 小时后逐渐缓解,直至下一餐进食后再重复出现上述规律。

2.2 相关检查^[5]

①内镜检查是确诊消化性溃疡的主要方法,在内镜直视下可确定溃疡的部位、大小、形态与数目,结合活检病理结果,可确定溃疡的性质及分期。②对消化性溃疡应进行 Hp 感染检测。检测方法分为侵入性和非侵入性两大类,前者需在内镜下取胃黏膜活检,非侵入性检查为首选方法,主要有¹³C 或¹⁴C 标记的尿素呼吸试验、血清学试验和粪便 Hp 抗原检测。③对于不能接受内镜检查的患者可考虑进行 X 线钡餐检查,钡剂填充溃疡的凹陷部分所造成的龛影是诊断溃疡的直接征象。④胃液分析主要用于胃泌素瘤的辅助诊断,对消化性溃疡的诊断仅作参考。

2.3 诊断标准

①初步诊断:慢性、周期性、节律性上腹痛伴反酸者。②基本诊断:伴有上消化道出血、穿孔史或现症者。③确定诊断:内镜发现消化性溃疡病灶(尿素酶实验或¹³C 或¹⁴C 标记的尿素呼吸试验等兼查 Hp),或上消化道钡双重造影检查见胃或十二指肠有龛影或球部变形者。

良性溃疡内镜下分三期六段:活动期(A1、A2)、愈合期(H1、H2)和瘢痕期(S1、S2)。A1 期:溃疡呈圆形或椭圆形,中心覆盖厚白苔,可伴有渗血或血痂,周围潮红,充血水肿明显;A2 期:溃疡覆盖黄色或白色苔,无出血,周围充血水肿减轻。一些十二指肠溃疡表现为多个散在、浅表溃疡,斑点状或小片状,内镜下酷似白霜覆盖在充血、水肿黏膜上,称为“霜斑样溃疡”,可能是溃疡处于 A 期进展过程或愈合中的一种表现。H1 期:溃疡处于愈合中,其周围充血、水肿消失,溃疡苔变薄、消退,伴有新生毛细血管;H2 期:溃疡继续变浅、变小,周围黏膜皱襞向溃疡集中。S1 期:溃疡白苔消失,呈现红色新生黏膜,称红色瘢痕期;S2 期:溃疡的新生黏膜由红色转为白色,有时不易与周围黏膜区别,称白色瘢痕期。

2.4 中医病名

消化性溃疡属“胃痛”、“嘈杂”范畴。以胃脘部疼痛为主症,其疼痛有胀痛、刺痛、隐痛、剧痛及喜按、拒按之不同。可伴有脘腹胀满、噯腐吞酸、反酸嘈杂、恶心呕吐或便溏、神疲乏力等症状。

2.5 证候分类标准

2.5.1 肝胃不和证 主症:①胃脘胀痛,遇情志不遂加重;②脉弦。次症:①嘈杂;②噯气频繁;③反酸;④舌质淡红,舌苔薄白或薄黄。

2.5.2 脾胃虚弱(寒)证 主症:①胃脘隐痛,喜暖喜按;②空腹痛重,得食痛减;③舌淡胖,边有齿痕,舌苔薄白。次症:①畏寒肢冷;②倦怠乏力;③泛吐清水;④纳呆食少;⑤便溏腹泻;⑥脉沉细或迟。

2.5.3 脾胃湿热证 主症:①胃脘灼热疼痛;②口干口苦;③苔黄厚腻。次症:①身重困倦;②恶心呕吐;③食少纳呆;④脉滑。

2.5.4 胃阴不足证 主症:①胃脘隐痛或灼痛;②舌红少苔。次症:①饥不欲食;②纳呆干呕;③口干;④大便干燥;⑤脉细。

2.5.4 胃络瘀阻证 主症:①胃脘胀痛或刺痛,痛处不移;②舌质紫暗或有瘀点、瘀斑,脉涩。次症:①夜间痛甚;②口干不欲饮;③可见呕血或黑便。

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肝胃不和证。治法:疏肝理气,和胃止痛。主方:柴胡疏肝散(《景岳全书》)加减。药物:柴胡、香附、川芎、陈皮、枳壳、白芍、炙甘草、木香、麦芽。②脾胃湿热证。治法:清利湿热,和胃止痛。主方:连朴饮(《霍乱论》)加减。药物:黄连、厚朴、石菖蒲、半夏、淡豆豉、栀子、芦根、茯苓、薏苡仁。③胃阴不足证。治法:养阴益胃。主方:益胃汤(《温病条辨》)加减。药物:生地黄、沙参、麦冬、当归、枸杞子、佛手、白芍、炙甘草、百合、玉竹。④脾胃虚弱(寒)证。治法:温中健脾,和胃止痛。主方:黄芪建中汤(《金匱要略》)加减。药物:黄芪、白芍、桂枝、炙甘草、高良姜、香附、党参、白术、茯苓、陈皮、乌贼骨、白及。⑤胃络瘀阻证。治法:活血化瘀,行气止痛。主方:失笑散(《太平惠民和剂局方》)合丹参饮(《时方歌括》)加减。药物:生蒲黄、五灵脂、丹参、檀香、砂仁、当归、白芍、川芎、香附、延胡索、甘草。

3.2 随症加减

针对主症可适当加减:伴反酸者,加乌贼骨、浙贝母;噯气频繁者,加沉香、香附、赭石;泛吐清水者加(姜)半夏、陈皮、干姜;大便干结者,加用火麻仁、郁李仁;疼痛剧烈者,加延胡索、三七;肝郁化热者,可加左金丸、黄芩、栀子;各证型均可结合辨病治疗,加用乌贼骨、白及以制酸护膜,生肌愈疡。

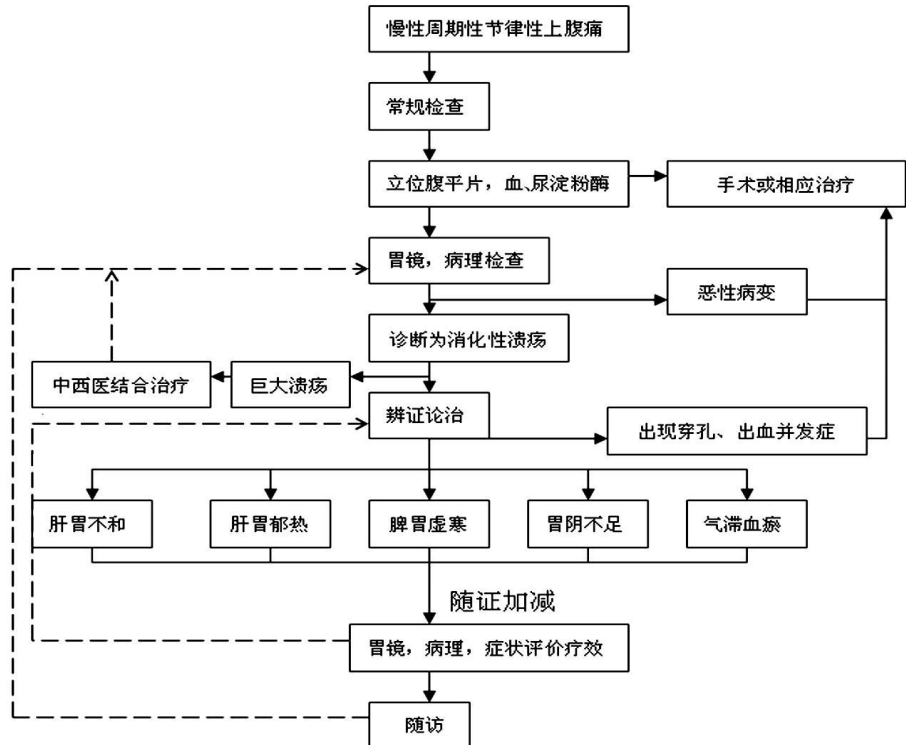


图 1 消化性溃疡中医诊治流程图

3.3 中成药治疗

①肝郁气滞证:气滞胃痛颗粒,每次 5g,每日 3 次;三九胃泰颗粒(无糖型),每次 2.5g,每日 2 次。②湿热证:胃热清胶囊,每次 4 粒,每日 3 次。③脾胃虚寒(弱)证:复方田七胃痛胶囊,每次 4 粒,每日 3 次;胃乃安胶囊,每次 4 粒,每日 3 次;香砂六君丸,每次 6g,每日 2 或 3 次。④肝胃郁热证:胃力康颗粒,每次 10g,每日 3 次。⑤气滞血瘀证:元胡止痛片,每次 4 片,每日 3 次。⑥肝胃不和证:健胃愈疡片,每次 4 片,每日 4 次。

3.4 其他疗法

针灸疗法对溃疡病能起到提高有效率、改善症状、促进溃疡愈合等作用,具有良好的临床效果。针灸治疗胃溃疡、十二指肠溃疡的用穴基本相同。常用穴位:实证用中脘、上脘、梁门、内关、合谷、胃俞、章门;虚证用足三里、脾俞、三阴交、公孙。

4 诊治流程

消化性溃疡中医诊治流程见图 1。

5 疗效评定

5.1 主要单项症状疗效评价标准

参照《中药新药临床研究指导原则》有关标准拟定,按症状轻重分为 4 级(0、Ⅰ、Ⅱ、Ⅲ),积分分别为 0 分、1 分、2 分、3 分,对主要症状(胃脘疼痛、胃胀、反酸、嗳气)进行记录与评价。评定标准: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症状

加重。

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%。

临床痊愈:主要症状、体征消失或基本消失,疗效指数≥95%。显效:主要症状、体征明显改善,70%≤疗效指数<95%。有效:主要症状、体征明显好转,30%≤疗效指数<70%。无效:主要症状、体征无明显改善,甚或加重,疗效指数<30%。

5.3 胃镜下疗效评定标准

参照《中药新药临床研究指导原则》疗效评定标准判定。临床治愈:溃疡疤痕愈合或无痕迹愈合;显效:溃疡达愈合期(H2),或减轻 2 个级别;有效:溃疡达愈合期(H1),或减轻 1 个级别;无效:内镜无好转者。

5.4 生存质量评价标准

中医药治疗消化性溃疡可以改善患者的生存质量。主观评价指标中,健康相关生存质量最受关注^[7-8],患者报告结局指标(patient reported outcomes,PRO)量表的研制已引起普遍关注。PRO 指标是近些年来国外在健康相关的生存质量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,包括所有直接来自患者或家属的关于其生活、健康状况和治疗的报告内容。在慢性病领域,从患者报告结局指标角度入手,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

制具有中医特色的消化性溃疡 PRO 量表, 从而替代普适性量表也是今后消化性溃疡疗效评价工作的重点。

6 转归与随访

随着对消化性溃疡发病机制研究的深入及治疗药物的不断发展, 内科治疗消化性溃疡已取得良好的疗效。目前, 溃疡病的近期愈合已不是太大问题。但停药后易复发。消化性溃疡的自然复发率较高, 经成功 Hp 根治后, 复发率可降为 3%~7%, 如 Hp 根治失败, 则溃疡的复发率可达到 60%~95%。

参考文献

- [1] 中华消化杂志编委会. 消化性溃疡病诊断与治疗规范建议 (2008, 黄山) [J]. 中华消化杂志, 2008, 28(7): 447-450.
- [2] 成虹, 胡伏莲, 袁申元, 等. 北京地区消化性溃疡流行病学分析[J]. 世界华人消化杂志, 2007, 15(33): 3518-3523.
- [3] Hopkins RJ, Girardi LS, Turney EA. Relationship between Helicobacter pylori eradication and reduced duodenal and gastric ulcer recurrence: a review [J]. Gastroenterology, 1996, 110(4): 1244-1252.
- [4] 阳惠湘, 张桂英, 邹益友, 等. 幽门螺杆菌根除后消化性溃疡复发[J]. 中华消化杂志, 2002, 22(6): 378-379.
- [5] 陈灏珠. 实用内科学[M]. 12 版. 北京: 人民卫生出版社, 2005: 1866.

- [6] 李乾构, 周学文, 单兆伟. 实用中医消化病学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2001: 207.
- [7] 吴大嵘, 郭新峰, 赖诗隆. 生存质量评测及其在中医药疗效评价中的应用[J]. 广州中医药大学学报, 2002, 19(12): 256-260.
- [8] 胡学军, 商洪才, 张伯礼, 等. 生存质量及其量表在中医药疗效评价中的应用[J]. 天津中医药, 2004, 21(6): 191-193.

项目负责人

张声生 李乾构

(首都医科大学附属北京中医医院消化中心)

共识执笔人

王垂杰

(辽宁中医药大学附属医院)

部分共识意见专家(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、刘敏、刘绍能、刘凤斌、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。

(收稿日期: 2010-07-20; 修回日期: 2010-08-01)

[编辑: 李春梅]

2011

Please Subscribe to Journal of External Therapy of Traditional Chinese Medicine in 2011

全国各地邮局均可订阅, 本刊为双月刊, 64 页, 邮发代号: 22-126, 每期定价 6 元, 全年定价 36 元, 半年定价 18 元

欢迎订阅

中医外治杂志

面向家庭

面向临床

面向基层

一本实用性强, 发行量大, 可为基层医务工作者提供低风险医疗方案的学术期刊

《中医外治杂志》是以突出“中医外治”为特色的中医药学术期刊。本刊以“立足临床, 突出实用”为特点, 汇集全国优秀学术成果, 普及兼顾提高, 实践理论并重, 同时面向全国各地, 旁及海外, 广纳众言。本刊内容丰富, 质量高, 容量大, 是广大基层临床工作者、中医爱好者的良师益友, 亦是普通家庭的参考用书。

中医外治疗效独特、作用迅速、历史悠久, 具有简、便、廉、验之特点。包括针灸、按摩、熏洗、针刀、敷贴、膏药、脐疗、足疗、耳穴疗法、物理疗法等百余种方法。治疗范围遍及内、外、妇、儿、骨伤、皮肤、五官、肛肠等科, 与内治法相比, 具有“殊途同归, 异曲同工”之妙, 对“不肯服药之人, 不能服药之症”, 尤其对危重病症, 更能显示出其治疗之独特, 故有“良工(高明的医生)不废外治”之说。“工欲善其事, 必先利其器”, 广大中医工作者若能掌握一定的外治理论和方法, 则在常规治疗之外又增一技, 定能开阔思路, 提高临床疗效。

在目前医疗体制改革的背景下, 传统中医药正在形成以专病专科特色医疗为主的新热潮。创刊十余年来, 已有众多的基层临床工作者利用本刊走上了专科专病特色医疗的发展之路。

刊号: CN14-1195/R

ISSN1006-978X

国外代号: BM4605

国外总发行: 中国国际图书贸易总公司

欢迎投稿, 最快一周内给出用否意见。本刊支持网站、信箱投稿, 投稿信箱: zywzzz@163.net, 投稿网站: www.zywzzz.com



如果您错过订阅时间或者在订阅方面有任何问题, 请直接与中医外治杂志发行部联系。http://www.cnki.net

0356-2630030



www.zywzzz.com

地址: 山西省晋城市南大街周元巷中医外治杂志社

邮编: 048000