

DOI: 10.13288/j.11-2166/r.2019.17.019

标准与规范

痞满中医临床实践指南 (2018)

世界中医药学会联合会消化病专业委员会

痞满表现为患者自觉胃脘部痞塞不通、胸膈满闷不舒,外无胀急之形、触之濡软、按之不痛。痞满的发生多数由胃肠本身的病变引起,部分可由其他系统的病变引起,在临床治疗方面具有一定的复杂性。常见引起痞满的疾病有功能性消化不良、慢性胃炎、胃下垂、慢性胆囊炎等。本指南主要适用于胃肠本身病变引起的痞满,慢性胆囊炎、糖尿病胃轻瘫、术后胃肠功能紊乱等引起的痞满可部分参照本指南论治,急性心血管疾病或其他病因明确的全身性疾病应用本指南时应当谨慎。

目前关于痞满单病种的中医药治疗指南相对较少,中华中医药学会内科分会于 2008 年出版了包括痞满在内的中医内科常见疾病的诊疗指南^[1],其他涉及痞满的指导性文件多分布于各种具体的疾病之中,如中华中医药学会内科分会发布的《慢性胃炎中医诊疗指南》《胃下垂诊疗指南》,中国中医科学院与世界卫生组织西太区合作编制发布的《慢性胃炎中医临床实践指南》,中华中医药学会脾胃病分会发布的《消化不良中医诊疗共识意见》《慢性浅表性胃炎中医诊疗共识意见》《慢性萎缩性胃炎中医诊疗共识意见》,中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会发布的《慢性胃炎的中西医结合诊治方案》等。

目前国际上尚没有中医药治疗痞满的循证临床实践指南。指南开发小组遵循循证医学的理念,在系统分析国外指南制作方法和指南评价方法的基础上,将其与中医学的特点相结合,通过文献预调查、临床问题的分解与定义、文献检索、文献评价与证据形成、证据评价与推荐建议形成、指南草案书写、专家评审、草案修改等步骤,完成了本指南的开发工作,以期对近几十年来中医、中西医结合的研究成果加以总结,对中医药治疗痞满的临床操作方案进行规范,提高中医药治疗痞满的疗效。

1 目的与适用范围

本指南主要根据中华人民共和国境内痞满相关疾病的中医药临床研究成果并结合专家的经验制定,旨在对中医学治疗痞满的方法与措施加以总结并进行合理的评价,以期加以推广,为具有中医学执业资格的医生提供指导,同时也为社会医疗决策者及患者提供有益的参考。本指南的主要适应人群是由胃肠系统本身病变引起的痞满成人患者。

需要说明的是,本指南并不是医疗行为的标准或者规范,而仅仅是根据现有的研究证据依据特定方法制作出的一个文本。随着临床实践的发展,新证据的不断产生,指南所提供的建议亦会随之不断地修正。采用指南推荐的方法并不能保证所有人都能获得理想的临床结局。同时,就指南本身而言,并不能包括所有有效的疗法,也并不排斥其他有效的疗法。最终临床治疗措施的选择需要卫生从业者根据临床的具体情况,结合自身的经验及患者的意愿做出。

2 临床特点

2.1 概述

痞满以患者自觉胃脘部痞塞不通、胸膈满闷不舒,外无胀急之形、触之濡软、按之不痛为主要临床表现,该病的发生率尚不明确,但为消化系统疾病门诊的常见病证。引起痞满的常见疾病有功能性消化不良、慢性胃炎、胃下垂、慢性胆囊炎等。尽管上述疾病易引起痞满症状,但痞满症状并不是上述疾病的必然表现,在上述疾病的诊断中也缺乏特异性。引起痞满常见的病因有外邪内陷、食滞难化、情志失调、痰气壅塞、脾胃虚弱等。从中医学角度而言,痞满的病机可归结为中焦气机壅滞,升降失常。属实者为实邪内阻,如外邪由表入里,食滞中阻,痰湿内郁,气机郁滞,影响中焦气机升降;属虚者为脾胃虚弱,气机不运,升降无力。该

病病位在胃脘，与肝、脾密切相关。

2.2 理化检查

对于痞满而言，明确原发病具有重要的意义。常见的检查包括：1) 内镜检查：是痞满最重要的检查之一，有助于鉴别功能性和器质性消化系统疾病。2) X 线钡餐造影：有助于明确胃下垂的诊断。3) B 超检查：有助于诊断肝、胆、胰、脾等器官疾病引起的痞满。4) 病理检查：有助于明确慢性胃炎的病理类型。5) 其他检查： ^{13}C 或 ^{14}C 呼气试验有助于明确是否伴有幽门螺杆菌 (*helicobacter pylori*, Hp) 感染；腹部 CT 或 MRI 检查有助于排查肝、胆、胰、脾疾病；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；心电图有助于排除心血管疾病。

3 临床诊断

3.1 中医诊断

3.1.1 中医病名诊断 痞满是患者自觉心下（胃脘部）痞塞不通、胸膈满闷不舒，外无胀急之形、触之濡软、按之不痛为主要临床表现的疾病。

3.1.2 中医证候诊断

1) 常见证候分型。总结临床实践经验，探索专病中医证候分布规律，是确定中医证型的有效途径。指南开发小组结合现有共识和标准，采用定量的文献统计方法，对临床常见的相对单一证候进行统计，确定常见证候为肝胃不和证、脾胃湿热证、痰湿内阻证、饮食积滞证、脾胃虚弱证、胃阴不足证、寒热错杂证。上述证候可单独出现，也可相兼出现，临床应在辨别单一证候的基础上辨别相兼证候。常见的相兼证候有脾虚气滞、水热互结、瘀阻胃络等，同时随着病情的发展变化证候也呈现动态变化，临床需认真甄别。

2) 证候诊断标准。证候诊断参照相关文献研究、相关疾病的专业指南如《慢性胃炎诊疗指南》《功能性消化不良中医诊疗专家共识意见》《中药新药临床指导原则》及各层次中医学教材的标准等综合讨论拟定。

(1) 肝胃不和证：胸脘痞满，胁腹作胀，郁郁寡欢或心烦易怒，时作太息，暖气，纳差，舌质淡红、舌苔薄白，脉弦或弦数。(2) 脾胃湿热证：胃脘痞满，口干不欲饮，口苦，食少纳呆，恶心欲呕，身重困倦，大便黏滞不爽，小便短黄，舌质红、舌苔黄腻，脉滑数。(3) 痰湿内阻证：胸脘痞塞，满闷不舒，恶心欲吐，痰多或咯出不爽，口

淡不渴或泛吐清涎，头重如裹，四肢倦怠，舌质淡红、苔浊厚腻，脉滑或弦滑。(4) 饮食积滞证：进食后胸脘满闷，痞塞不舒，噎腐吞酸，不思饮食，或恶心呕吐，呕吐物为胃中宿食积滞，舌质淡红、舌苔厚腻，脉滑。(5) 脾胃虚弱证：胸脘痞满不舒，病情时重时轻，饥不欲食，喜热喜按，倦怠懒言，气短乏力，大便溏稀，舌质淡、舌体胖大或兼齿痕、舌苔薄白，脉沉细或虚大无力。(6) 胃阴不足证：胃脘痞满、灼热，嘈杂干呕，似饥不欲食，口燥咽干，手足心热，大便干结，舌质红、苔少或光红无苔少津，脉细数。(7) 寒热错杂证：心下痞满，按之柔软不痛，呕恶欲吐，口渴心烦，脘腹不适，肠鸣下利，舌质淡红、舌苔白或黄腻，脉沉弦。

3) 辨证的问诊要素。问诊是中医四诊中的重要组成部分，对痞满的证型判别有重要的意义，下列问题可能会对证候的甄别起到一定的简化作用。

(1) 主症的性质：胃脘痞满连及两胁者多属气滞；喜温喜按者多属虚证；胃中灼热者多属热证；伴噎腐吞酸、呕吐宿食者多属食积；伴呕吐痰涎者多属湿阻。(2) 症状的诱发、加重和缓解因素：由情志因素引起的病位多在肝胃；拒按者多属实证；劳累诱发或加重者多属虚证；饮食后诱发，噎腐吞酸者多属食滞。(3) 病程的长短：病程短，病势急迫者多属实证；病程较长者多为虚证或虚实夹杂证。(4) 整体精神状态与体力：平素精神倦怠，体力不足者多属虚证；畏寒，手足不温者多属寒证；肢体困倦感明显者多属湿困；五心烦热者多属阴虚。(5) 食欲、饮食喜好：食欲不振，口淡乏味者多属虚证、寒证；喜热食者多属寒证；喜冷食者多属热证。(6) 大便的质地、色泽、气味、频次：大便溏薄者多属虚证；完谷不化者多属虚寒证；大便干者多属实热或阴虚；大便不畅者多属气滞；大便有黏液且气味臭秽者多属湿热证。

通过询问上述问题，收集临床辨证信息，并结合其他诊疗方法，综合判断患者的证候类型。

3.2 西医诊断

痞满需要明确原发病因。对于原发病的检查主要考虑功能性消化不良、慢性胃炎、胃下垂、胃癌、慢性胆囊炎及部分其他疾病等。在痞满的诊断过程中，可根据报警症状的有无来决定检查的缓急主次，尽量避免贻误重要器质性疾病的诊断。

3.2.1 报警症状 痞满患者伴有长期发热、贫血、消瘦、大便发黑或便血、伴疼痛且疼痛性质突然发生改变等情况时，有必要尽快行内镜或其他相关检

查,明确病因。

3.2.2 常见疾病的诊断要点

1) 功能性消化不良: 功能性消化不良是指位于上腹部的一个或一组症状, 主要包括餐后饱胀和早饱感、上腹部疼痛、上腹部烧灼感等, 无生化异常, 且不能用器质性、系统性或代谢性疾病等来解释。目前该病可分为两种类型, 餐后不适综合征及上腹痛综合征。功能性消化不良的诊断采用罗马 IV 诊断标准: (1) 符合以下标准中的一项或多项: 餐后饱胀不适、早饱感、上腹痛、上腹部烧灼感; (2) 无可以解释上述症状的结构性疾病证据 (包括胃镜检查等), 必须满足餐后不适或上腹痛综合征的诊断标准。且诊断前症状出现至少 6 个月, 近 3 个月符合诊断标准。

2) 慢性胃炎: 慢性胃炎是由多种原因引起的胃黏膜的慢性炎症。部分慢性胃炎患者可表现为非特异性消化不良, 如上腹部不适、饱胀、疼痛、食欲不振、嗝气、反酸等, 或同时伴有焦虑、抑郁等症状。慢性胃炎的确诊主要依赖于内镜与病理检查, 尤以后者的价值更大 (是否伴有 H_p 感染、活动性炎症、萎缩或肠化生)。对慢性胃炎的诊断应尽可能地明确病因, 特殊类型胃炎的内镜诊断必须结合病因和病理。

3) 胃下垂: 胃下垂是指站立时胃的下缘达盆腔, 胃小弯角切迹低于髂嵴连线的病证。轻度胃下垂患者多无明显症状, 中度以上胃下垂患者则表现为不同程度的上腹部饱胀感, 食后尤甚, 伴嗝气、厌食、便秘、腹痛等症状。胃下垂的诊断主要依赖

于 X 线钡餐造影检查, 并根据站立位胃角切迹与两侧髂嵴连线的位置分为轻、中、重三度。

4) 胃癌: 胃癌是发生于胃黏膜上皮的恶性肿瘤。约半数的早期胃癌患者可无任何症状和体征, 部分表现为早饱、纳差, 上腹痛及消瘦等症。胃癌的诊断主要依赖于内镜检查加活组织检查。

5) 其他疾病: 其他可引起痞满的常见疾病有冠心病、糖尿病胃轻瘫、术后胃肠功能紊乱、慢性胆囊炎等, 可根据病史、心电图、B 超、腹部 CT 或 MRI 等做出诊断。尤其是冠心病心绞痛发作时部分患者仅以胃脘痞满为主要症状, 临床治疗前一定要注意鉴别。

4 干预与管理

4.1 干预

痞满的中医干预方法较多, 由于专业的不同, 可能所采用的方法各有侧重。一般而言, 明确痞满的病因具有重要的意义, 在诊断明确后行治疗有利于针对性的用药, 并保障医疗安全。

痞满的治疗要点有两方面: 一是痞满症状缓解; 二是原发疾病的改善。对于偶然发作、病情较轻、有明确原因 (如生气、饮食不节等) 的痞满, 可以采取药膳、按摩等简便方法缓解症状; 对持续发作、病程较长的痞满, 在明确病因的前提下, 采取汤方、针刺、穴位埋线等方法治疗。对某些疾病如胃癌等引起的痞满, 中医药可作为辅助治疗手段缓解其痞满的发作。

痞满的中医干预流程见图 1。

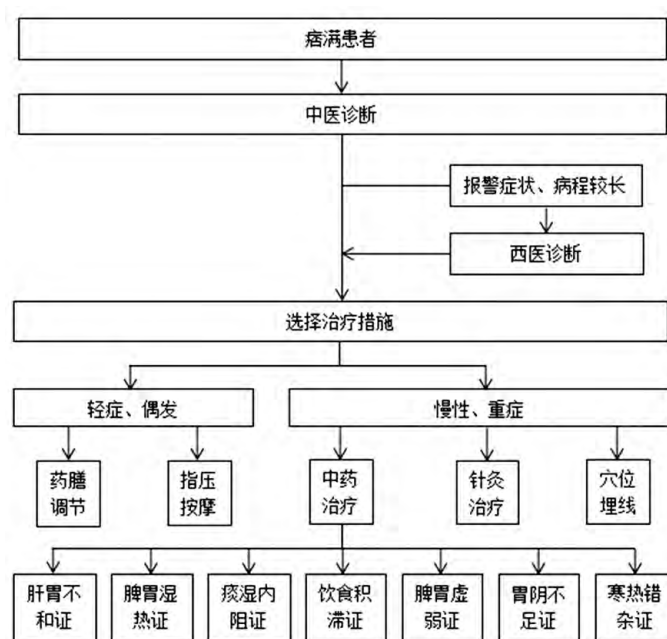


图 1 痞满中医干预流程

4.2 管理

4.2.1 药物治疗

1) 辨证论治。药物治疗是中医治疗最重要的组成部分,而正确的辨证是处方的前提。辨证论治就是依据中医基本理论对患者所表现出来的各种症状、舌象、脉象进行综合分析判断,确定证候及其病机,选择相应的方药和给药方式。尽管痞满对应的西医诊断各不相同,但其基本治疗原则是一致的,采取的治疗方法都是辨证论治。文献分析可见,辨证治疗痞满,对改善患者的临床症状、提高患者的生存质量有较好的作用,部分方药还具有改善原发病的作用。各证候采用的方剂由临床证据决定,并参考了现有的共识或标准。由于现有中医证据级别较低,因此,推荐建议的级别普遍不高,但低级别的推荐建议并不意味着临床重要性的下降。另外,专家临床实践经验以及部分在临床上常用但缺乏临床对照研究或病例系列研究的方剂等将以专家共识意见的形式给出(用“※”注明,推荐强度为 C 级,证据级别Ⅳ级)。

(1) 肝胃不和证

病机:肝气郁结,横逆犯胃,中焦气机失畅。

治法:疏肝解郁,和胃降逆。

推荐方药:

①柴胡疏肝散加减(《证治准绳》)。柴胡,川芎,陈皮,香附,枳壳,芍药,甘草等。(推荐强度: B, 证据级别: Ⅲb)。

②四逆散加减(《伤寒论》)。枳实,柴胡,白芍,甘草等。(推荐强度: B, 证据级别: Ⅲb)。

③小柴胡汤加减(《伤寒论》)。柴胡,黄芩,人参,甘草,半夏,生姜,大枣等。(推荐强度: B, 证据级别: Ⅲb)。

采用柴胡疏肝散为基础方治疗慢性胃炎引起的痞满,中医证候总有效率达 88.33%,可有效改善痞满、胃脘痛、嗳气等症状,并有促进胃排空、改善内镜下胃黏膜充血、水肿、出血点及糜烂等情况的作用^[9]。对于慢性胆囊炎引起的痞满,以柴胡疏肝汤加减治疗后其影像学、综合疗效总有效率分别为 96.67%、93.33%,治疗后中医症状积分明显下降,且效果均优于茴三硫片^[9]。

针对四逆散加减方治疗慢性胃炎的系统评价^[10]显示,四逆散及其加减方治疗慢性胃炎疗效优于西药组,尤其是对胆汁反流性胃炎。采用四逆散为基础方加减治疗慢性胃炎、功能性消化不良,总有效率达 94.44%,其中中医证候改善率、Hp 清除和复

发率、胃动素、促胃液素及胃排空试验等方面均优于多潘立酮,并有抗焦虑、抗抑郁作用^[5-9]。

应用小柴胡汤化裁治疗痞满,疾病包括慢性浅表性胃炎、慢性胆囊炎,总有效率达 90.00%,可有效缓解症状,且小柴胡汤加减方在改善患者精神健康(包括生命活力、社交功能、情感职能、心理健康)方面显著优于西药组^[7-9]。

(2) 脾胃湿热证

病机:湿热蕴胃,气机不利。

治法:清热化湿,理气和中。

推荐方药:

①连朴饮加减(《霍乱论》)。制厚朴,黄连,石菖蒲,制半夏,香豉,焦栀,芦根等。(推荐强度: B, 证据级别: Ⅳ)

②三仁汤加减(《温病条辨》)。杏仁,半夏,飞滑石,生薏苡仁,白通草,白蔻仁,竹叶,厚朴等。(推荐强度: B, 证据级别: Ⅳ)

连朴饮加减联合标准四联疗法治疗 Hp 相关性胃炎脾胃湿热证临床有效率为 94.9%,优于单纯 Hp 根除治疗,可有效改善临床症状,提高 Hp 根除率^[9]。三仁汤化裁治疗脾胃湿热型功能性消化不良,可改善临床症状,提高胃动素和促胃液素的水平^[14]。

(3) 痰湿内阻证

病机:脾运失常,痰湿内生,壅塞中焦。

治法:化痰祛湿,理气和胃。

推荐方药:

①二陈汤加减(《太平惠民和剂局方》)。半夏,橘红,茯苓,炙甘草,生姜,乌梅等。(推荐强度: B, 证据级别: Ⅳ)

②平胃散加减(《简要济众方》)。苍术,厚朴,陈皮,炙甘草,生姜,大枣等。(推荐强度: B, 证据级别: Ⅲb\Ⅳ)

研究显示,分别以二陈汤、平胃散为基础方,随症加减,均可有效改善功能性消化不良症状,疗效优于多潘立酮^[11-12]。以二陈汤及平胃散合方加减联合西药治疗慢性胃炎,总有效率 88.57%,且在改善症状、消除胃黏膜炎症及提高 Hp 清除率方面均优于西药组^[13]。多项研究表明,在两方基础上合用逍遥散、参苓白术散、清中汤等方剂,用治兼有肝郁、脾虚、湿热等多种证型的痞满,均有肯定疗效^[14-16]。

(4) 饮食积滞证

病机:食积伤中,胃失和降。

治法: 消食导滞, 和胃降逆。

推荐方药:

①保和丸加减(《丹溪心法》)。神曲, 山楂, 茯苓, 半夏, 陈皮, 连翘, 莱菔子等。(推荐强度: B, 证据级别: IIIb)

②枳术丸加减(《脾胃论》)。白术, 枳实等。(推荐强度: B, 证据级别: IIIb)

分别采用保和丸、枳术丸为基础方, 与莫沙必利对照, 随症加减治疗餐后不适综合征, 总有效率分别为 87.10% 和 98.33%, 并可有效改善患者早饱、厌食、暖气等症状, 疗效优于西药组^[17-18]。此外, 枳术汤加味联合针灸也可有效改善糖尿病性胃轻瘫患者餐后上腹饱胀、早饱感、暖气等消渴胃痞症状, 促进胃排空^[19]。

(5) 脾胃虚弱证

病机: 脾胃虚弱, 中焦失运。

治法: 健脾益气, 温中和胃。

推荐方药:

①六君子汤加减(《太平惠民和剂局方》)。陈皮, 半夏, 茯苓, 甘草, 人参, 白术, 大枣, 生姜等。(推荐强度: B, 证据级别: IV)

②补中益气汤加减(《内外伤辨惑论》)。黄芪, 炙甘草, 人参, 升麻, 柴胡, 橘皮, 当归, 白术等。(推荐强度: B, 证据级别: IV)

采用香砂六君子汤联合辨证治疗慢性萎缩性胃炎, 在改善临床症状、胃镜表现及病理组织学评价方面均有一定疗效^[20]。六君子汤在临床上应用广泛, 在此基础上加减化裁而成的香砂六君子汤、柴芍六君子汤可用治各型慢性胃炎及功能性消化不良等多种消化系统疾病, 症状改善均优于西药组^[21-22]。

补中益气汤在治疗老年性消化不良及危重症患者胃肠功能障碍等疾病有独特优势, 疗效明显优于多潘立酮, 也可配合穴位贴敷疗法^[23-25]。

(6) 胃阴不足证

病机: 胃阴亏虚, 气机不利。

治法: 养阴益胃, 疏利气机。

推荐方药: 益胃汤加减(《温病条辨》)。沙参, 麦冬, 冰糖, 细生地, 玉竹等。(※推荐强度: C, 证据等级: IV)

益胃汤加减治疗可改善胃阴不足型慢性萎缩性胃炎临床症状。报道显示, 三联疗法基础上加用益胃汤治疗 Hp 相关胃炎有快速改善症状的作用^[26-28]。

(7) 寒热错杂证

病机: 寒热互结, 气机壅滞。

治法: 辛开苦降, 和中消痞。

推荐方药: 半夏泻心汤加减(《伤寒论》)。半夏, 黄芩, 黄连, 干姜, 党参, 炙甘草, 大枣等。(※推荐强度: B, 证据等级: IIIb)

多项临床研究及系统评价表明, 采用半夏泻心汤加减化裁, 用治慢性浅表性胃炎、慢性萎缩性胃炎、胆汁反流性胃炎、功能性消化不良、糖尿病性胃轻瘫等均有肯定疗效, 在提高临床总有效率、改善胃动力、修复胃黏膜、减少胆汁反流、降低复发率等方面均优于西药^[29-31]。半夏泻心汤加减也可治疗 Hp 感染, 提高 Hp 清除率, 减少不良反应^[32]。

2) 辨病论治

(1) 功能性消化不良: 功能性消化不良病位在胃, 与肝、脾关系密切。脾虚气滞、胃失和降为基本病机, 贯穿于疾病的始终。病理表现多为本虚标实, 虚实夹杂, 以脾虚为本, 气滞、血瘀、食积、痰湿等邪实为标^[33-40]。

(2) 慢性胃炎: 慢性胃炎病位在胃, 与肝、脾两脏密切相关。慢性胃炎的病机可分为本虚和标实两个方面, 本虚主要表现为脾气(阳)虚和胃阴虚, 标实主要表现为气滞、湿热和血瘀, 脾虚、气滞是疾病的基本病机。血瘀是久病的重要病机, 在胃黏膜萎缩发生、发展乃至恶变的过程中起着重要作用^[41]。慢性胃炎的病机与具体临床类型有关, 慢性浅表性胃炎以肝胃不和、脾胃虚弱证多见^[42]; 慢性萎缩性胃炎虽仍以肝胃不和证最为多见, 但脾胃虚寒、胃络瘀阻证所占比例也有所增加^[43-44]; 慢性胃炎伴胆汁反流以肝胃不和证多见^[45]; 伴 Hp 感染以脾胃湿热证多见^[46-47]; 伴癌前病变者以气阴两虚、胃络瘀阻、脾胃湿热证多见^[48-49]。

(3) 胃下垂: 胃下垂病位主要在脾胃, 涉及肝、肾两脏。其病证表现以虚证为多, 或虚实夹杂, 以脾胃虚弱、中气下陷为本, 可兼夹食滞、饮停、气滞和血瘀等^[50-51]。

(4) Hp 感染: 伴 Hp 感染者以脾胃湿热证多见^[52]。

(5) 证候相兼: 由于辨病论治的病机在证候表现上多相兼夹, 临床治疗时可选择相应单一证候的主方组成合方, 进行化裁。如慢性浅表性胃炎, 其病机表现为肝胃不和、脾胃虚弱, 故可用肝胃不和证的主方如四逆散与脾胃虚弱证的主方如六君子汤合方化裁。功能性消化不良、胃下垂等也可据此

方法处方(各证候的推荐方剂见“辨证论治”一节)。(※推荐强度: C, 证据级别: IV)

3) 对症治疗

痞满症状的发生可能同时伴有其他临床症状,可在辨证、辨病论治的基础上配合对症治疗,改善患者生活质量。

胃脘疼痛者可加白芍、乌药、延胡索等;恶心、嗳气者可加旋覆花、赭石等;胸闷、胸痛者可加瓜蒌、枳壳、丹参等;腹胀、便秘者可加枳实、大腹皮、大黄、麻子仁等;脾虚便溏者可加炒薏苡仁、炮姜炭、炒白术等;食少纳呆者可加佩兰、神曲、炒谷芽、炒麦芽等;饥嘈、反酸明显者可加左金丸、乌贼骨、煅瓦楞子、浙贝母等。(※推荐强度: C, 证据级别: IV)

伴胆汁反流者可在方中酌加茵陈、金钱草、栀子、黄连等清利肝胆湿热;伴癌前病变者可在复方中加入白花蛇舌草、半枝莲、半边莲,或配合使用活血化瘀类中药丹参、三七、莪术等。(※推荐强度: C, 证据级别: IV)

4) 名医经验

名医经验在中医药的学术传承中发挥了重要的作用,总结名医的临床实践经验有助于临床疗效的提高。以下列出部分近现代名医治疗胃痛的经验,供参考使用。(※推荐强度: C, 证据级别: IV)

(1) 董建华^[63]

病因病机: 在本病的认识上以“通降论”为主要指导思想,认为胃在生理上以降为顺、病理上因滞而病,胃气壅滞为基本病机。

治则治法: 理气和胃为基本治法,以调理气血为中心,旨在恢复胃的通降功能。

基本处方: 方用加味香苏饮,常用药物有紫苏梗、香附、陈皮、枳壳、大腹皮、香橼皮等。

随证加减: 脾虚者加用党参、白术、茯苓、甘草等药物;湿盛者加用佩兰、厚朴、清半夏、茯苓、滑石等药物;肝郁者加用延胡索、川楝子、柴胡、青皮等药物;血瘀者加用五灵脂、生蒲黄等药物;胃阴虚者加用北沙参、麦冬、石斛等。

(2) 徐景藩^[64]

病因病机: 基本病机为脾胃升降失常,认为慢性胃病可分为中虚气滞证、肝胃不和证、胃阴不足证三型,重视腹部切诊在脾胃病诊疗中的作用。

治则治法: 中虚气滞证治以调中理气,肝胃不和治以疏肝和胃,胃阴不足证治以养胃理气。

基本处方:

①调中理气汤,药用党参、白术、炙黄芪、山药、茯苓、鸡内金、三棱、当归、甘草、陈皮、木香等。

②疏肝和胃汤,药用柴胡、白芍、枳壳、佛手、橘皮、香附、茜草、红花、鸡内金、炙甘草等。

③养胃理气汤,药用北沙参、麦冬、石斛、百合、玉竹、乌梅、生地黄、山药、绿萼梅、佛手、丹参、牡丹皮、木香等。

随证加减: 肝郁者可加用佛手、绿萼梅、木香等;阴虚者可加生地黄、山药、玉竹等;血瘀者加用红花、当归、牡丹皮、三棱等。

(3) 朱良春^[65]

病因病机: 本病病机错综复杂,既有胃失和降、脾胃湿热、胃阴不足之征象,又有脾胃虚寒、脾失健运、或脾不升清、肝气郁滞的证候。大致可分为脾虚夹瘀、阳虚夹湿、阴虚木横三型。

治则治法: 健脾助阳,滋阴平木。

基本处方: 舒胃散: 生黄芪 120 g、莪术、党参、淮山药、鸡内金、刺猬皮、生蒲黄、五灵脂、徐长卿、三七各 60 g,炮山甲、玉蝴蝶、凤凰衣各 45 g,甘草 30 g。共碾极细末,每服 4 g,每日 3 次饭前服用。

随证加减: 阴虚者加北沙参、麦冬、白芍,偏阳虚则加良姜、荜茇、炒苍术。

(4) 李佃贵^[66]

病因病机: 基本病机为胃失通降,浊邪内停,日久脾失健运,水湿不化,郁而化热,热壅血瘀而成毒,形成“浊”“毒”内壅之势,浊毒进一步影响脾胃气机升降,气机阻滞则发为痞满。

治则治法: 主要有芳香化浊毒、苦寒解浊毒、畅气散浊毒及通下祛浊毒四种基本治法。

基本处方: 浊重毒轻证采用芳香化浊毒法,以藿香、佩兰、砂仁、豆蔻四药合用以化湿醒脾、消胀除痞。浊轻毒重证采用苦寒解浊毒法,以茵陈、黄芩、黄连、苦参苦寒燥湿。畅气散浊毒法以香附、青皮、柴胡、姜黄“横行”肝气,枳实、厚朴、木香、槟榔、炒莱菔子“纵行”胃气。通下祛浊毒法常以当归、川芎、生蒲黄、五灵脂等活血化瘀,全蝎、蜈蚣、穿山甲等通络散结;大便干结难解、黏滞不爽者,常以芦荟、白芍润肠通便。

随证加减: 阴虚者加当归、白芍、百合、玄参等滋阴养血;火毒重者加白花蛇舌草、蒲公英、青黛等清热解毒。

(5) 李振华^[57]

病因病机：肝郁脾虚，中阳不足，胃失和降。

治则治法：健脾益气，疏肝解郁，和胃降逆。

基本处方：香砂温中汤：党参、茯苓、炒白术、炙甘草、陈皮、半夏、枳壳、木香、砂仁、香附、川芎。全方集疏肝、健脾、和胃、消积、降气等药为一体，通中有补，补中寓行。对于胃黏膜萎缩或伴肠上皮化生者疗效甚佳。

随证加减：肝火犯胃者可加左金丸，黄连用量宜重；胃气壅滞者可加丁香、厚朴、乌药等。

5) 药对

苏梗、香附：具有疏肝和胃、行气消痞的功效，适用于肝胃不和之痞满、胃脘痛等。(董建华经验)

瓜蒌、薤白：具有通阳泄浊以消痞、散结、止痛之功，适用于痞满、胃脘痛、便秘等。(张泽生经验)

白术、鸡内金：具有益胃健脾、消食化积的功效，适用于慢性萎缩性胃炎伴肠上皮化生者。(朱良春经验)

秦艽、威灵仙：具有化湿通络、行气消痞的功效，适用于胃脘痞满伴见舌质暗、苔腻，关节疼痛等症。(田德禄经验)

白术、苍术：具有健脾益气、燥湿醒脾的功效，二药相须，一补一燥，适用于脾虚湿阻之痞满。(陈家礼经验)

6) 临证要点

对特定的患者来说，痞满的辨证论治与辨病论治所得出的证候类型并不一定完全一致，临床处方时宜相互参照，应将病、证、症三方面的情况综合考虑，合理处方。对于辨证分型较为复杂者，可考虑从相对简单的证候要素入手，如病位证素包括胃、脾、肝等，病性证素包括湿、热、气滞、血瘀等，可起到执简驭繁的作用^[58-59]。临床效果不明显时，应综合考虑虚实、寒热、气血、升降、病理产物等辨证要点之间的关系，或结合其他辨证手段如微观辨证，寻找可能的原因，调整处方；或依据辨证试用同类证候中推荐的其他处方。(※推荐强度：C，证据级别：IV)

专病专方治疗是临床常用的另一种处方形式。所用的处方一般药味较多，多个病机兼顾，其机理是在该病的基本病机的基础上，随证、症化裁。常用基本方大都为各证候的推荐方剂。

痞满用药宜平和，在理气、清热、燥湿、化痰时不宜攻伐太过。使用行气类药物时不宜攻伐太过，

以免耗伤正气；使用滋阴类药物时，注意补中兼通，以防滋腻碍胃；使用温补类药物时，避免温热太过，燥热伤阴。(※推荐强度：C，证据级别：IV)

药物在煎煮前宜用水浸泡 20~30 min，用砂锅煎煮。每日 1 剂，每剂煎煮 2 次，两次药汁混合，分 2~3 次服用，服药时间宜根据病情及症状特点选择餐前或餐后服用。(※推荐强度：C，证据级别：IV)

4.2.2 针灸治疗

1) 辨证论治

针灸辨证论治的处方根据采取针灸辨证论治方法干预痞满的临床文献及相关教材^[60-61]整理而来，推荐强度定为 C，证据级别定为 IV 级。

(1) 肝胃不和证：理气解郁，和胃降逆。取穴：足三里 (ST36)、中脘 (CV12)、内关 (PC6)、太冲 (LR3)、肝俞 (BL18)。

(2) 邪热内结证：泄热消痞，和胃开结。取穴：中脘 (CV12)、内关 (PC6)、期门 (LR14)、内庭 (ST44)，针用泻法。

(3) 痰湿内阻证：除湿化痰，理气宽中。取穴：中脘 (CV12)、脾俞 (BL20)、丰隆 (ST40)、阴陵泉 (SP9)。

(4) 饮食积滞证：消食导滞，和胃降逆。取穴：足三里 (ST36)、中脘 (CV12)、天枢 (ST25)、梁门 (ST21)，针用泻法。

(5) 脾胃虚弱证：益气健脾，调气运中。取穴：足三里 (ST36)、中脘 (CV12)、脾俞 (BL20)、气海 (CV6)，加灸神阙 (CV8)。

(6) 肝胃阴虚证：柔肝益胃，疏利气机。取穴：足三里 (ST36)、脾俞 (BL20)、三阴交 (SP6)、肝俞 (BL18)。

(7) 寒热错杂证：辛开苦降，和中消痞。取穴：足三里 (ST36)、中脘 (CV12)、内庭 (ST44)、三阴交 (SP6)。

2) 辨病论治

针灸辨病治疗的处方根据针灸治疗专病的临床文献整理而来，推荐强度定为 C，证据级别定为 IV 级。

(1) 功能性消化不良^[62-64]：取穴：中脘 (CV12)、足三里 (ST36)、内关 (PC6)、太冲 (LR3)、胃俞 (BL21)、天枢 (ST25)、脾俞 (BL20)、梁门 (ST21)。

(2) 慢性胃炎^[65-66]：取穴：足三里 (ST36)、中脘 (CV12)、内关 (PC6)、脾俞 (BL20)、胃俞

(BL21)、三阴交(SP6)、关元(CV4)、梁丘(ST34)。

(3) 胃下垂^[67-69]: 取穴: 足三里(ST36)、上脘(RN13)、中脘(CV12)、天枢(ST25)、气海(CV6)、胃俞(BL21), 加灸百会(GV20)。

3) 对症治疗

气滞血瘀者加血海(SP10); 气血不足者加脾俞(BL20)、胃俞(BL21); 肝郁脾虚加内关(PC6)、合谷(LI4)、太冲(LR3); 脾虚痰湿加巨阙(CV14)、丰隆(ST40); 寒热错杂加行间(LR2)、内庭(ST44)、三阴交(SP6); 肝郁化热证用泻法, 加行间(LR2)、期门(LR14)。

胃酸过多加公孙(SP4); 痛甚加梁丘(ST34); 腹胀加天枢(ST25); 便溏加命门(GV4); 失眠、焦虑加印堂(EX-HN3)、百会(GV20)、神门(HT7)、太冲(LR3)。

4) 名医经验

陈作霖针刺治疗胃病: 取穴以中脘(CV12)、梁门(ST21)、足三里(ST36)为主穴, 平补平泻, 疏通脾胃之经气, 调整脾胃之功能, 共奏健脾和胃、化湿消滞之功。灸法治疗胃病: 针刺中脘(RN12)、梁门(ST21)、足三里(ST36)等穴位后, 加艾绒烧灼, 温针1壮, 使局部皮肤温热发红为宜。

5) 临证要点

临证时可以辨病取穴、辨证取穴及对症取穴三者相互参照, 拟定方案。以毫针为主, 可单独应用, 也可配合艾灸、电针、火针等使用。温针操作: 器具为毫针、艾条(切成段); 操作方法(以足三里为例): 选定穴位, 常规皮肤消毒, 以毫针直刺足三里ST36 1~1.5寸, 然后点燃艾条段, 插在针柄上。针柄下端可垫一纸片, 以防烫伤。疗程: 7天为1个疗程, 1到2个疗程。

4.2.3 穴位埋线治疗

穴位埋线治疗的处方根据采取穴位埋线方法治疗胃脘痛的临床文献^[70-72]整理而来, 推荐强度定为C, 证据级别定为IV级。

1) 主穴: 中脘(CV12)、胃俞(BL21)、足三里(ST36)、三阴交(SP6)、脾俞(BL20)、关元(CV4)、肝俞(BL18)、阿是穴等。

2) 配穴: 脾胃虚弱证加阴陵泉(SP9)、气海(CV6); 肝胃不和证加肝俞(BL18)、期门(LR14); 痰湿内阻证加丰隆(ST40)、阴陵泉(SP9); 脾胃湿热证加丰隆(ST40)、三焦俞(BL22); 胃络瘀血证加脾俞(BL20)、膈俞(BL17)、血海(SP10); 胃阴不足证加三阴交

(SP6)。

3) 器具: 埋植用羊肠线: 00号铬制羊肠线, 存放于75%酒精内浸泡备用。其他器材: 2.5%碘酒、75%酒精、2%利多卡因、5ml一次性注射器、6号一次性注射针头、胶布、血管钳、剪刀、消毒纱布、腰盘、医用手套、无菌敷料等。

4) 操作: 先将埋线针具备齐, 并严格消毒, 在埋线穴位作好标记, 然后用2.5%的碘酒消毒, 75%的酒精脱碘。医者洗手, 消毒, 在标记处用利多卡因做皮内麻醉, 使成1cm左右的局麻皮丘。镊取一段约0.8~1cm已消毒好的羊肠线, 放置于腰椎穿刺针套管的前端, 从针尾插入尖端已磨平的针芯。医者左手拇指绷紧或捏起进针部位皮肤, 右手持针, 快速穿入皮肤, 腰部及背部穴位在局部下方向上平刺, 下肢穴位直刺, 刺到所需深度, 当出现针感后, 边推针芯, 边退针管, 将羊肠线埋植于穴位皮下组织或肌层内, 线头不得外露, 消毒针孔, 外敷无菌敷料, 胶布固定24h。

5) 疗程: 每周治疗1次, 共治疗10次。

4.2.4 推拿治疗

推拿方案的制定根据相关临床文献整理而来, 推荐强度定为C, 证据级别定为IV级。

1) 指压法^[73-74]: 取穴: 足三里(ST36)、脾俞(BL20)、胃俞(BL21)、中脘(CV12)、内关(PC6)、章门(LR13), 双侧同取。配穴: 伴恶心者加内关(PC6); 伴腹胀配天枢(ST25)、腹结(SP14)。操作手法: 嘱患者取平卧位, 完全放松, 调整呼吸。用大拇指指腹或肘尖点按穴位, 并逐渐加压, 以患者能忍受为度, 并作均匀回旋揉动, 每穴施术3min。

2) 按摩法^[75-76]: 取穴: 章门(LR13)、期门(LR14)、肝俞(BL18)、脾俞(BL20)、胃俞(BL21)、三焦俞(BL22)、大肠俞(BL25), 若背部在压痛区, 以按摩压痛区为主。操作手法: 手法采取按揉为主, 用大鱼际、掌根或前臂着力于穴位或痛区, 以腕关节转动回旋来带动前臂进行操作。开始宜轻揉手法, 待患者适应后逐渐加力, 频率80~100次/min, 每日1次, 20次为1个疗程。

4.2.5 调摄护理

饮食因素在痞满的发病过程中起重要作用, 进食生冷辛辣食物是其发生的重要因素。痞满患者应养成良好的饮食习惯, 每日定时、定量进餐, 避免过食辛辣、热烫、油腻及坚硬难以消化的食物, 戒烟戒酒^[7], 避免服用对胃黏膜有刺激的药物。人

们对不同食物的敏感性存在个体差异,需要临床医生提醒患者注意观察适合自己的饮食谱。

心理因素为痞满的主要诱发因素之一,痞满患者应保持心情愉悦舒畅,避免受到负面情绪的影响,必要时可咨询心理医生,寻求专业治疗;加强对痞满患者的心理疏导对缓解症状、提高其生活质量有一定的帮助^[78-79]。

痞满患者应当避免长期过度劳累;在冬春季节尤需注意生活调摄;宜经常锻炼,但应避免餐后立刻运动,以免增加胃肠负担;传统的中医保健功法如八段锦、太极拳等对调整胃肠功能有一定的作用^[80]。

4.2.6 随访

痞满在临床上多见于功能性消化不良和慢性胃炎等疾病,其症状可反复或间断发作,一般预后良好;若症状持续不缓解或出现报警症状,应定期复查电子胃镜,排除其他器质性疾病^[81]。《中国慢性胃炎共识意见》^[82]认为,不伴肠上皮化生和异型增生的慢性胃炎患者可 1~2 年行内镜和病理随访 1 次,有中重度萎缩或伴有肠上皮化生的萎缩性胃炎患者 1 年左右随访 1 次,伴轻度异型增生并排除取于癌旁或局部病灶者,根据内镜及临床情况缩短至 6 个月左右随访 1 次,重度异型增生需立即复查胃镜和病理,必要时可行手术治疗或内镜下局部治疗。

附:指南制定小组成员及共识专家名单

指南编制项目组长:唐旭东

副组长:温艳东,王凤云

项目秘书:吕林,赵迎盼

执笔人:唐旭东*,王凤云*,李慧臻,谢璟仪,吕林,马祥雪

指南编写体例核查人员:马祥雪、张佳琪、谢璟仪、李娟娟、李夏、石啸双、尹晓岚、马唯、张敏、段园志、马金鑫

指南第一轮、第二轮德尔非法函审专家(按姓氏笔划排列):王凤云、王垂杰、王宪波、王捷虹、毛宇湘、甘淳、白光、朱生樑、朱莹、刘凤斌、苏娟萍、李志、李保双、李振华、李健、杨少军、杨国红、杨强、时昭红、汶明琦、沈洪、张声生、赵文霞、柯晓、钦丹萍、徐进康、凌江红、郭朋、梁健、琚坚、董明国、曾斌芳、温艳东、谢晶日、蔡敏、廖小林、颜勤、潘洋、魏玮

指南会审专家(按姓氏笔划排列):王凤云、王垂杰、王彦刚、王宪波、王敏、王捷虹、叶松、冯培民、朱莹、任顺平、刘力、刘凤斌、刘启泉、

李军祥、李保双、李振华、李慧臻、杨胜兰、杨倩、时昭红、沈洪、张声生、张学智、陈苏宁、陈涤平、季光、周正华、鱼涛、孟立娜、赵文霞、胡玲、柯晓、钦丹萍、徐进康、郭朋、郭绍举、唐旭东、黄绍刚、黄恒青、黄穗平、蒋健、舒劲、温艳东、谢胜、魏玮

* 通讯作者: txdlly@sina.com.cn, wfy811@163.com

参考文献

- [1] 中华中医药学会. 中医内科常见病诊疗指南 [M]. 北京: 中国中医药出版社, 2008.
- [2] 吴清林, 张玉萍, 张涛, 等. 柴胡疏肝散加减治疗肝气犯胃型慢性胃炎 [J]. 山西中医, 2014, 30(9): 15-16.
- [3] 潘新彦. 柴胡疏肝散加味治疗肝郁气滞型慢性胆囊炎 30 例 [J]. 中国现代医生, 2014, 52(36): 151-153, 157.
- [4] 吴文媛, 熊俊. 四逆散加减方治疗慢性胃炎的系统评价 [J]. 江西中医药, 2010, 41(1): 34-36.
- [5] 陆芳芳, 李莉. 四逆散治疗肝胃不和型慢性胃炎的临床研究 [J]. 辽宁中医杂志, 2015, 42(1): 91-93.
- [6] 席玉红, 党中勤, 张莉莉, 等. 加味四逆散对功能性消化不良伴抑郁状态的干预作用 [J]. 中国实验方剂学杂志, 2014, 20(3): 202-204.
- [7] 李宝玲, 童玉梅, 夏锐. 研究小柴胡汤加减对肝气郁结型慢性浅表性胃炎患者的生存质量的影响 [J]. 中国现代药物应用, 2015, 9(24): 13-14.
- [8] 高磊. 小柴胡汤加减治疗慢性胆囊炎、慢性胃炎合病 110 例 [J]. 河南中医, 2013, 33(1): 24-25.
- [9] 田光芳, 刘敏. 连朴饮加减联合四联疗法治疗幽门螺杆菌相关性胃炎脾胃湿热证临床研究 [J]. 中国中医药信息杂志, 2015, 22(3): 32-35.
- [10] 张兰芳, 蒯君, 秦咏梅, 等. 三仁汤加减治疗湿热内蕴型功能性消化不良临床研究 [J]. 中医学报, 2017, 32(6): 1047-1050.
- [11] 李天罡, 李天望. 加味二陈汤治疗功能性消化不良 50 例 [J]. 现代中医药, 2013, 33(1): 26.
- [12] 尚风云, 冯五金. 加味平胃散治疗湿滞脾胃型功能性消化不良临床观察 [J]. 山西中医, 2010, 26(6): 16-17.
- [13] 王济邦, 吕霞. 二陈平胃散联合西药治疗慢性胃炎的疗效分析 [J]. 中国生化药物杂志, 2016, 36(1): 92-94.
- [14] 陈丽. 清中汤合平胃散加减治疗慢性胃炎临床疗效 [J]. 中医临床研究, 2014, 6(17): 64-65.
- [15] 阳勇. 参苓白术散合楂曲平胃散联合西药治疗慢性胃炎随机平行对照研究 [J]. 实用中医内科杂志, 2013, 27(13): 40-41.
- [16] 张继承, 郑小秋. 平胃散合逍遥散加减治疗慢性胃炎 73 例疗效观察 [J]. 云南中医中药杂志, 2011, 32(6): 63.
- [17] 李新生. 保和丸加减治疗功能性消化不良临床研究 [J]. 中医学报, 2010, 25(5): 965-966.

- [8] 路青. 枳术丸联合莫沙比利胶囊治疗功能性消化不良餐后不适综合征随机平行对照研究 [J]. 实用中医内科杂志, 2013, 27(23): 46-47.
- [9] 张喆, 王微, 刘瑜, 等. 枳术汤加味联合针灸治疗糖尿病性胃轻瘫 37 例疗效观察 [J]. 吉林中医药, 2011, 31(7): 667-668.
- [10] 刘越洋, 惠建萍, 付鹏, 等. 辨病辨证相结合治疗慢性萎缩性胃炎临床研究 [J]. 现代中西医结合杂志, 2016, 25(18): 2000-2001, 2006.
- [11] 姚敏, 陶荣梁, 王云霞, 等. 香砂六君子汤加减治疗慢性萎缩性胃炎的系统评价 [J]. 时珍国医国药, 2013, 24(11): 2613-2616.
- [12] 曾光, 陈国忠, 莫喜晶, 等. 香砂六君子汤治疗功能性消化不良的 Meta 分析 [J]. 辽宁中医药大学学报, 2013, 15(5): 123-125.
- [13] 秦华佗. 补中益气汤加减联合穴位敷贴治疗功能性消化不良的临床观察 [J]. 内蒙古中医药, 2016, 35(5): 1.
- [14] 苗木, 刘迪, 刘慧芳, 等. 补中益气汤治疗危重症患者功能性消化不良疗效观察 [J]. 中医药临床杂志, 2013, 25(10): 877-878.
- [15] 张晓延, 史东恒, 申改青. 补中益气汤治疗老年功能性消化不良临床观察 [J]. 中国医疗前沿, 2011, 6(15): 29.
- [16] 魏建华. 益胃汤治疗慢性萎缩性胃炎疗效观察 [J]. 现代中西医结合杂志, 2013, 22(33): 3712-3714.
- [17] 马雪方. 益胃汤联合西药三联法治疗幽门螺杆菌相关胃炎随机平行对照研究 [J]. 实用中医内科杂志, 2015, 29(7): 120-121, 145.
- [18] 李庆彬. 益胃汤联合西药治疗幽门螺杆菌相关胃炎疗效观察 [J]. 现代中西医结合杂志, 2012, 21(10): 1079-1080.
- [19] 肖洪玲, 田凌云, 方正清, 等. 半夏泻心汤合并西药治疗胆汁反流性胃炎临床疗效的 Meta 分析 [J]. 中国临床药理学杂志, 2015, 31(22): 2257-2259.
- [20] 赵静, 崔德芝. 半夏泻心汤治疗糖尿病胃轻瘫的系统评价 [J]. 山东中医药大学学报, 2015, 39(2): 115-119.
- [21] 廖伟琳, 陈国忠, 夏李明. 半夏泻心汤治疗慢性萎缩性胃炎的 meta 分析 [J]. 时珍国医国药, 2014, 25(6): 1526-1529.
- [22] 缪春润, 缪卫华, 周祝兰, 等. 半夏泻心汤加减治疗功能性消化不良疗效的荟萃分析 [J]. 长春中医药大学学报, 2010, 26(2): 215-216.
- [23] 杨晋翔, 安静, 彭继升, 等. 半夏泻心汤加减方治疗慢性萎缩性胃炎临床疗效的系统评价 [J]. 北京中医药大学学报, 2015, 38(1): 46-52.
- [24] 李欣, 林琳, 魏玮. 半夏泻心汤加减治疗功能性消化不良 60 例临床观察 [J]. 中华中医药杂志, 2013, 28(4): 876-878.
- [25] 舒兵. 半夏泻心汤治疗慢性胃炎 80 例临床研究 [J]. 亚太传统医药, 2015, 11(24): 128-129.
- [26] 王方石, 王晓男, 闫秋, 等. 半夏泻心汤加减联合三联疗法治疗慢性胃炎的临床效果 [J]. 中国医药导报, 2014, 11(19): 82-85.
- [27] 陈保正. 半夏泻心汤治疗慢性胃炎 50 例观察 [J]. 浙江中医药大学学报, 2012, 36(5): 517-519.
- [28] 王婷, 杨勤. 半夏泻心汤在幽门螺杆菌相关性胃炎中临床运用与作用机制研究进展 [J]. 辽宁中医药大学学报, 2016, 18(4): 243-246.
- [29] 张声生, 赵鲁卿. 功能性消化不良中医诊疗专家共识意见(2017) [J]. 中华中医药杂志, 2017, 32(6): 2595-2598.
- [30] 于青松, 姚朋华. 功能性消化不良中医证候特点分析 [J]. 内蒙古中医药, 2017, 36(4): 51.
- [31] 张声生, 唐旭东, 黄穗平, 等. 慢性胃炎中医诊疗专家共识意见(2017) [J]. 中华中医药杂志, 2017, 32(7): 3060-3064.
- [32] 李培彩, 丁霞, 郭强, 等. 慢性浅表性胃炎中医证候、证素分布特点的文献研究 [J]. 辽宁中医杂志, 2014, 41(12): 2532-2534.
- [33] 苏泽琦, 李培彩, 郭强, 等. 慢性胃炎中医证候演变规律研究 [J]. 北京中医药大学学报, 2015, 38(11): 762-766, 771.
- [34] 苏泽琦, 陈润花, 李培彩, 等. 慢性萎缩性胃炎证候分布规律研究现状与思考 [J]. 北京中医药大学学报, 2015, 38(1): 42-45, 62.
- [35] 王禹霁, 王亮, 尚青青, 等. 200 例胆汁反流性胃炎患者中医证候分布特点研究 [J]. 现代中医临床, 2014, 21(6): 1-4.
- [36] 万信, 梁丽丽, 郭森仁, 等. 幽门螺杆菌相关性慢性非萎缩性胃炎的证素分布特点 [J]. 世界中医药, 2016, 11(7): 1340-1343.
- [37] 陈瑶, 刘庆义, 叶晖, 等. 幽门螺杆菌相关性胃病中医证型及证候要素演变规律的多中心研究 [J]. 现代中医临床, 2015, 22(2): 12-16.
- [38] 宗湘裕, 王万卷, 刘宝珍, 等. 慢性萎缩性胃炎中医证型与幽门螺杆菌感染、病理分级的相关性研究 [J]. 现代中西医结合杂志, 2015, 24(4): 370-372.
- [39] 惠建萍, 沈舒文, 刘力, 等. 胃癌前病变虚实关联证候演变趋向及规律研究 [J]. 辽宁中医杂志, 2012, 39(9): 1676-1679.
- [40] 杨淞龙, 黄恒青. 胃下垂中医研究进展 [J]. 实用中医药杂志, 2014, 30(1): 75-76.
- [41] 唐志鹏. 胃下垂诊疗指南 [J]. 中国中医药现代远程教育, 2011, 9(10): 125-126.
- [42] 李培彩, 吴震宇, 卢小芳, 等. 幽门螺杆菌感染相关疾病中医证候分布的文献研究 [J]. 北京中医药, 2016, 35(1): 21-24.
- [43] 唐旭东. 董建华“通降论”学术思想整理 [J]. 北京中医药大学学报, 1995, 18(2): 45-48.
- [44] 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.
- [55] 邱志济, 朱建平, 马璇卿. 朱良春治疗萎缩性胃炎“对药”临床经验和特色 [J]. 实用中医药杂志, 2000, 16(10): 35-36.
- [56] 吕金仓, 白亚平. 李佃贵教授浊毒证用药经验介绍 [J]. 新中医, 2013, 45(5): 193-195.
- [57] 王海军, 李郑生. 李振华脾胃病学术思想及临证经验探讨 [J]. 中华中医药学刊, 2013, 31(8): 1642-1646.
- [58] 杨文娟, 林雪娟, 肖俊杰, 等. 基于证素辨证的慢性胃炎胃黏膜糜烂证素特征研究 [J]. 中华中医药杂志, 2017, 32(11): 4909-4911.
- [59] 刘宪华, 侯政昆, 刘凤斌. 慢性胃炎中医证型及其症状条目库的构建和优化 [J]. 中医杂志, 2016, 57(17): 1468-1471.
- [60] 陈裕. 当代名中医治疗痞满针刺选穴特点的数据挖掘分析 [J]. 临床医学工程, 2012, 19(7): 1191-1192, 1195.
- [61] 杜元灏, 董勤. 针灸治疗学 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2012.
- [62] 王德军, 常小荣, 严洁, 等. 针刺足阳明胃经特定穴与非特定穴治疗功能性消化不良疗效比较 [J]. 中国针灸, 2012, 32(8): 703-708.
- [63] 杨洋, 艾芬, 马朝阳, 等. 辨证针刺治疗功能性消化不良的临床观察 [J]. 中国中西医结合杂志, 2015, 35(4): 411-414.
- [64] 胡晔, 张红星, 周利. 针灸治疗功能性消化不良研究进展 [J]. 针灸临床杂志, 2012, 28(2): 60-63.
- [65] 诸圆圆. 针刺治疗慢性胃炎穴位运用探析 [J]. 中华中医药学刊, 2015, 33(6): 1527-1529.
- [66] 张勇, 薛志欣, 胡薇. 针刺治疗慢性萎缩性胃炎合并幽门螺杆菌感染疗效观察 [J]. 陕西中医, 2016, 37(8): 1078-1079.
- [67] 陈雪, 张晓彤, 马涛, 等. 偶刺结合常规针刺治疗胃下垂临床疗效观察 [J]. 中华针灸电子杂志, 2015, 4(5): 214-217.
- [68] 廉彬青, 远慧茹. 十针针刺法治疗重度胃下垂 39 例临床观察 [J]. 湖北中医药大学学报, 2011, 13(2): 58-59.
- [69] 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.
- [70] 邢家铭, 盛雪燕, 赵耀东, 等. 穴位埋线治疗功能性消化不良选穴规律的文献分析 [J]. 中国中医基础医学杂志, 2016, 22(12): 1684-1686.
- [71] 王进, 王道全. 经穴腹背推拿治疗慢性浅表性胃炎 35 例 [J]. 河南中医, 2015, 35(10): 2517-2518.
- [72] 王志刚, 焦炳奎, 尹学永. 穴位埋线治疗慢性胃炎的临床疗效研究 [J]. 河北中医药学报, 2014, 29(2): 40-41, 49.
- [73] 王进, 王道全. 经穴腹背推拿治疗慢性浅表性胃炎 35 例 [J]. 河南中医, 2015, 35(10): 2517-2518.
- [74] 张党升, 薛卫国, 李建辉. 腹部推拿治疗功能性消化不良的临床观察 [J]. 北京中医药, 2010, 29(8): 619-621.
- [75] 海兴华, 李华南, 张玮, 等. 揉腹法治疗慢性浅表性胃炎的临床疗效观察 [J]. 广州中医药大学学报, 2015, 32(5): 865-867, 873.
- [76] 陈丽, 张江春, 张衡. 中医特色护理在功能性消化不良诊治中的疗效评价 [J]. 内蒙古中医药, 2014, 33(26): 174-175.
- [77] 严小英, 王素萍, 王洁琳, 等. 功能性消化不良患者的心理特征及综合性心理干预的效果 [J]. 国际精神病学杂志, 2015, 42(4): 136-139.
- [78] 郭先文, 黄丹, 左国文, 等. 精神心理因素与老年功能性消化不良研究进展 [J]. 临床荟萃, 2014, 29(6): 717-719.
- [79] 吴柏瑶, 张法灿, 梁列新. 功能性消化不良的流行病学 [J]. 胃肠病学和肝病杂志, 2013, 22(1): 85-90.
- [80] 曾进浩, 潘华山, 张怡, 等. 八段锦运动治疗功能性消化不良患者 25 例 [J]. 环球中医药, 2016, 9(11): 1382-1385.
- [81] 中华医学会消化病学分会. 中国慢性胃炎共识意见 [J]. 胃肠病学, 2006, 11(11): 674-684.

(收稿日期: 2018-06-14; 修回日期: 2019-03-23)

编辑: 柴倩云

欢迎邮购《中医杂志》光盘合订本

1951—1986 年(4 张光盘) 480 元; 1987—1994 年(1 张光盘) 260 元; 1995—2004 年(1 张光盘) 280 元; 2005—2013 年(1 张光盘) 300 元。

光盘合订本为计算机用数据光盘, 收入了同期出版的全部《中医杂志》内容, 可对所有文章进行任意字检索, 方便实用。

汇款地址: 北京东直门内南小街 16 号中医杂志社, 邮政编码: 100700, 收款人: 杨秋雷

电话: (010) 64035632, 网址: <http://www.jtcm.net.cn>