

DOI: 10.13288/j.11-2166/r.2020.22.018

标准与规范

胃缓（胃下垂）中医临床诊疗指南

世界中医药学会联合会

胃缓，指以脘腹坠胀为主或有疼痛，食后或站立时为甚的疾病，常见于西医胃下垂症。有关胃缓的记载最早来源于《灵枢·本藏》，即“脾应肉，肉坚大者胃厚，肉么者胃薄。肉小而么者胃不坚；肉不称身者胃下，胃下者，下管约不利。肉不坚者，胃缓”。《实用中医内科学》^[1]首次把“胃缓”定为正式病名，并归入脾胃病证类。本指南提出了胃缓（胃下垂）的诊断、辨证及治疗建议，主要适用人群是由胃下垂所致的胃缓成人患者，即对于符合西医学“胃下垂”诊断但不符合中医学“胃缓”病名诊断的患者不在本指南讨论范围。

本指南主要根据我国胃缓（胃下垂）的中医药临床研究成果并结合专家的经验制定，目的是对中医学治疗胃缓的方法与措施加以总结并进行合理评价，以期对胃缓（胃下垂）的中医药诊疗提供循证医学的建议，规范中医临床诊疗过程，为国内外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参考。

1 证据来源、筛选、评价及推荐原则

1.1 证据检索

古代文献：手工检索中医古籍如《黄帝内经》《难经》《伤寒论》《金匱要略》《诸病源候论》《备急千金要方》《千金翼方》《外台秘要》《脾胃论》《儒门事亲》《丹溪心法》《临证指南医案》《名医杂著》《张氏医通》《景岳全书》《笔花医镜》《类证治裁》《证治汇补》《类证活人书》，查询有关“胃下垂/胃缓”的描述。

现代文献：以“胃下垂”“胃缓”“胃下”为检索词，检索中国期刊全文数据库（CNKI）、万方数据库、维普数据库、中国生物医学文献数据库、中国优秀博硕士学位论文全文数据库、中国中医药文献数据库、超星数字图书馆；以“Gastroptosis”“Ventropotosia”为关键词，检索PubMed、SCI、Science、外文医学信息资源检索平台，检索年限为各数据库建库至2017年5月5日。

1.2 证据筛选

1.2.1 文献初筛

文献纳入标准：研究类型为中医药关于胃下垂的病名、病因、病机、诊断、治疗、预防调护的文献；病例数在20例以上。名老中医关于胃下垂的经验。

文献排除标准：诊断标准、疗效标准不明确；合并其他系统严重并发症；采用中西医结合干预；明显与所要形成的指南不相关的文献或重复文献。其中对于来自同一单位、同一时间段的研究和报道及署名为同一作者的实质内容重复的研究和报道，则选择其中一篇作为目标文献。

1.2.2 文献复筛 经过初步筛选后，选择治疗性文献，再次进行筛选。排除自拟方文献及外治法中非随机对照试验（RCT）文献。

1.3 证据评价

对所纳入的临床文献进行文献资料提取，随机临床试验的评价采用改良Jadad量表^[2]评分，非随机临床试验的评价采用MINORS条目^[3]评分。

1.4 推荐意见形成及指南评价

开发小组依据循证医学的原理，广泛搜集循证资料，并先后组织国内脾胃病专家、指南方法学专家就相关关键问题进行总结讨论，形成本指南初稿，采用德尔菲法征询专家意见。

根据两轮德尔菲法专家意见及2017年9月22日在西安召开的指南专家审稿会、2018年3月16日在北京召开的指南专家定稿会中专家提出的意见，进行相应修改、送审，最终形成指南正式稿。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。

2 胃缓的临床特点

2.1 概述

胃缓多因患者禀赋薄弱、饮食失调、七情内伤、劳倦过度等，使中气亏虚并下陷，固护升举无力，以

脘腹坠胀为主，或有疼痛，食后或站立时为甚的疾病^[4-5]，类似西医学“胃下垂”范畴。有研究^[6]报道通过 3124 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。

本病病机主要是脾胃虚弱，中气下陷，升降失常；病性以虚证为多，或虚实夹杂；本虚表现为脾胃虚弱，中气下陷，胃体失于固托；标实则表现为脘腹坠胀，脾运失职，水谷津液输布失司，聚而为饮成痰，阻遏气机。本病初病在经，久病入络；病理因素为食滞、饮停、气滞和血瘀；其病位在胃，与脾、肝、肾相关。

2.2 辅助检查

对于胃缓而言，X 线钡餐造影及 B 超检查为特异性检查手段，可为临床诊断提供依据，但同时也需要借助其他检查手段来排除其他疾病：

1) X 线钡餐造影检查^[7-8]：立位时可见胃体明显下降、向左移位，胃小弯角切迹低于髂嵴连线水平，胃蠕动减弱或见有不规则的微弱蠕动收缩波。根据站立位胃角切迹与两侧髂嵴连线的位置，将胃下垂分为三度：轻度：角切迹的位置低于髂嵴连线下 1.0 ~ 5.0 cm；中度：角切迹的位置位于髂嵴连线下 5.1 ~ 10.0 cm；重度：角切迹的位置低于髂嵴连线下 10.1 cm 以上。

2) 超声检查^[9-11]：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。轻度胃下垂者在脐水平以下 5 cm 以内，中度胃下垂者胃小弯在脐水平下 5 ~ 8 cm，重度胃下垂者大于 8 cm。

3) 其他检查：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；心电图有助于排除心血管疾病等。

3 临床诊断

3.1 中医诊断

3.1.1 中医病名诊断 胃缓以脘腹坠胀或有疼痛为主症，伴有倦怠乏力、纳食欠佳、恶心嗳气、体瘦肌削等表现。常为逐渐发病，病情时轻时重。空腹时轻，饱餐后重；卧位时轻，立位时重^[7,11]。

3.1.2 中医证候诊断^[12-13]

1) 脾虚气陷证：脘腹重坠作胀，食后、站立或劳累后加重，不思饮食，面色萎黄，精神倦怠，舌淡，有齿痕，苔薄白，脉细或濡。

2) 胃阴不足证：脘腹痞满，隐隐坠胀疼痛，舌质红或有裂纹，少津少苔，饥不欲食，口干咽燥，纳呆消瘦，烦渴喜饮，大便干结，脉细或细数。

3) 脾肾阳虚证：脘腹坠胀冷痛，喜温喜按，遇冷

或劳累后加重，畏寒肢冷，得温痛减，食后腹胀，倦怠乏力，食欲不振，大便溏薄，或完谷不化，腰膝冷痛，舌淡，边有齿痕，苔薄白，脉沉细或迟。

4) 脾虚饮停证：脘腹坠胀不舒，胃内振水声或水在肠间辘辘有声，呕吐清水痰涎，头晕目眩，心悸气短，舌淡胖有齿痕，苔白滑，脉弦滑或弦细。

3.2 西医诊断及鉴别诊断

3.2.1 西医诊断^[6,10-11]

症状：轻度胃下垂多无明显症状。中度以上胃下垂患者则可表现为不同程度的上腹部饱胀感，食后尤甚，并可见嗳气、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。此外患者常有消瘦、乏力、低血压、心悸和眩晕等表现。

体征：肋下角常 $< 90^\circ$ 。由于胃下垂，站立时上腹部常可触及较明显的腹主动脉搏动。部分患者可有上腹部轻压痛，压痛点不固定。冲击触诊或快速变换体位时可听到脐下振水声。部分瘦长体型患者可触及下垂的肝、脾、肾等脏器。

结合 X 线钡餐造影或超声检查结果可明确胃下垂程度，进而确诊。

3.2.2 报警症状 胃缓患者脘腹坠胀、疼痛等不适症状突然加剧或性质发生改变、大便发黑或便血，伴有长期发热、贫血、消瘦等情况时，需尽快行内镜或其他相关检查，明确病因。

3.2.3 鉴别诊断

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，主要包括上腹部疼痛、上腹部烧灼感、餐后饱胀和早饱感，还可包括其他症状，如上腹部胀气、恶心、呕吐及嗳气等。功能性消化不良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^[14]。罗马 IV 诊断标准^[15]将其分为上腹痛综合征和餐后不适综合征。诊断标准：①符合以下标准中的一项或多项：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的诊断标准。

上腹痛综合征：必须满足以下至少一项：a) 上腹痛（严重到足以影响日常活动）；b) 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。餐后不适综合征：必须满足以下至少一项：a) 餐后饱胀不适（严重到足以影响日常活动）；b) 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。

临床表现与本病有类似症状，如腹胀、嗳气，但 X 线钡餐造影检查无胃下垂影像。

2) 慢性胃炎^[14]: 慢性胃炎是胃黏膜的慢性炎症反应, 多数慢性胃炎患者可无明显临床症状, 有症状者主要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, 部分还可有健忘、焦虑、抑郁等精神心理症状。确诊主要依赖于内镜与病理检查, 尤以后者的价值更大。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。

临床表现与本病有类似症状, 如均可有慢性腹痛与不适感、腹胀、恶心、嗝气, 通过内镜检查和 X 线钡餐造影不难鉴别。

3) 胃癌: 胃癌是起源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, 进而可与本病相鉴别。

4) 糖尿病胃轻瘫^[17]: 糖尿病胃轻瘫 (DGP) 是糖尿病患者常见并发症之一, 临床上主要出现厌食、恶心、早饱、呕吐、腹胀等症状。诊断标准: ①糖尿病病史; ②存在持续性嗝气、早饱、饱胀、腹痛、厌食、恶心、呕吐等临床症状; ③胃镜和 X 线钡餐造影检查排除机械性梗阻、胃下垂; ④同位素标记试验、胃排空试验、实时 B 超、胃压测定术、胃电图 (EGG) 描记技术提示胃排空延迟。部分 DGP 患者可无临床症状, 如果检查证实有胃排空延迟, 且排除上消化道、肝胆胰等器质性病变和影响胃肠动力药物的因素, DGP 诊断便可成立。

4 治疗

4.1 药物治疗

4.1.1 辨证论治

1) 脾虚气陷证

病机: 脾胃虚弱, 中气下陷。

治法: 健脾益气, 升阳举陷。

推荐方药: 补中益气汤 (《内外伤辨惑论》) 加减^[18-19]。常用药: 黄芪, 炙甘草, 人参, 当归, 橘皮, 升麻, 柴胡, 白术等。加减: 脘腹胀满, 加木香、佛手、香橼以行气消胀; 大便溏薄, 加山药、白扁豆、莲子以益气健脾; 恶心呕吐, 加旋覆代赭汤以降逆止呕; 有寒象者, 加附子 (先煎)、肉桂以温中散寒^[13]。

推荐强度: C; 证据级别: IV 级。

2) 胃阴不足证

病机: 胃阴亏虚, 胃失濡养, 和降失常。

治法: 滋阴润燥, 养阴益胃。

推荐方药: 益胃汤 (《温病条辨》) 加减。常用药: 北沙参, 麦冬, 生地黄, 玉竹等。加减^[13]: 兼气滞, 加枳壳以行气; 气虚, 加党参、黄芪以补气; 兼血瘀, 加桃仁、红花以活血; 兼肠燥便秘, 加郁李仁、

火麻仁以润肠。

推荐强度: C; 证据级别: IV 级。

3) 脾肾阳虚证

病机: 脾肾阳虚, 胃失温养。

治法: 温阳散寒, 补益脾肾。

推荐方药:

①附子理中汤 (《三因极一病证方论》) 加减。常用药: 炮附子 (先下), 人参, 干姜, 白术, 炙甘草等。

推荐强度: C; 证据级别: IV 级。

②补中益气汤 (《内外伤辨惑论》) 合附子理中汤^[20-21] (《三因极一病证方论》) 加减。常用药: 黄芪, 炙甘草, 人参, 当归, 橘皮, 升麻, 柴胡, 白术, 干姜, 炮附子 (先下) 等。加减^[13]: 兼食滞者加麦芽、谷芽、神曲、莱菔子健脾消食; 血瘀者加莪术、丹参、桃仁、赤芍、蒲黄活血化瘀。

推荐强度: C; 证据级别: IV 级。

4) 脾虚饮停证

病机: 脾胃虚弱, 痰饮停胃。

治法: 健脾和胃, 温化痰饮。

推荐方药: 小半夏汤合苓桂术甘汤加减 (《金匱要略》)。常用药: 茯苓, 桂枝, 白术, 姜半夏, 生姜, 炙甘草等。加减^[13]: 脾虚甚, 加党参、山药以健脾; 血虚加当归、熟地黄以补血。

推荐强度: C; 证据级别: IV 级。

4.1.2 对症治疗 胃缓 (胃下垂) 除了脘腹胀满或疼痛等症状的发生外, 可能伴有其他临床症状, 针对其他临床症状进行相应处理 (选 2 种药物), 可进一步提高疗效。

推荐强度: C; 证据级别: IV 级。

1) 反酸、吞酸、烧心、嘈杂: 海螵蛸、煅龙骨、煅牡蛎、珍珠母、煅瓦楞、黄连、吴茱萸。

2) 恶心、呕吐: 旋覆花、制半夏、竹茹、砂仁、紫苏梗、枇杷叶、生姜、陈皮。

3) 失眠、多梦: 夜交藤、酸枣仁、琥珀、茯神、龙齿、珍珠母、合欢皮; 吴茱萸粉 (适量以食醋调和外敷涌泉穴)。

4) 便秘: 火麻仁、桃仁、冬瓜仁、瓜蒌、苦杏仁、肉苁蓉、莱菔子、生枇杷叶、白术。

5) 泄泻、便溏: 仙鹤草、炒山药、石榴皮 (壳)、煨诃子、芡实、莲子、茯苓。

4.1.3 名医经验 名医经验在中医药学术传承中发挥了重要的作用, 总结名医临床实践经验, 有助于临床疗效的提高。以下列出部分近现代名医治疗胃缓的经验, 供参考使用。

推荐强度: C, 证据级别: IV。

1) 徐景藩^[23]

病因病机：胃缓多与脾（胃）、肝（胆）、肾等脏腑相关，病机以脾胃中气虚弱为基础，而气滞、水湿、痰饮是不可避免的病理因素。另外，肝郁可加重气滞，肾虚则易生水湿痰饮，各种因素相互夹杂，终致胃缓。

治则治法：调中理气，疏肝和胃，温肾化饮。

基本处方：

调中理气法：常用药黄芪、党参、白术、炙升麻、山药、炙甘草、炒枳壳、木香、炒陈皮、大枣等。加減：若遇寒则症状尤甚，加入高良姜；若胃脘隐痛喜暖喜按，酌加桂枝或甘松以温中，并配加白芍。

疏肝和胃法：常用药紫苏梗、炙柴胡、炒白芍、炒枳壳、香附、佛手（或佛手花）、檀香、当归等。加減：若性情抑郁、胸闷不畅，加合欢花、郁金、百合；若腹胀甚及小腹，加乌药、炒小茴香、防风；若神倦乏力、口干欲饮、舌苔薄净、病久肝胃阴虚，配加石斛、乌梅、麦冬、木瓜、枸杞子，去檀香，其他如麦芽、鸡内金、神曲等和胃消滞药物均可随症酌用，特别是麦芽，兼有良好的疏肝作用。

温肾化饮法：常用药制附子、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、炙甘草等。加減：若脘腹鸣响甚，配加防风、藿香；呕吐甚，酌加煅赭石、旋覆花、通草、蜆螂等通利走窜药物，有利于使胃的“下管”通畅，胃中痰饮下行。

2) 李寿山^[23]

病因病机：胃缓病机根本为中气下陷，多由先天禀赋不足，后天失于调养，或由长期饮食不节，劳倦过度，伤其中气，脾虚气陷，升降失调所致。同时指出，本病的发生不仅与脾胃虚弱、中气下陷有关，还与痰瘀有关，应注意结合舌脉辨证治疗。

治则治法：升陷益胃

基本处方：自拟升陷益胃汤：黄芪 15~30 g，党参 15~30 g，升麻 10~15 g，葛根 10~15 g，白术 10~15 g，山药 15~20 g，枳实 15~30 g，甘草 6~10 g。随证加減：治疗胃缓应用升举中气之方药超过 20 天而不效者，应仔细观察舌脉。如舌苔滑腻、舌质淡胖边有齿痕，是为痰湿之候，可予上方加桂枝、茯苓，即合苓桂术甘汤化裁；若见舌质暗赤有紫气，或舌下络脉淡紫粗长，脉弦或涩者，此为有血瘀之象，可先服当归芍药散得小效，继服升陷益胃汤以巩固，或两方化裁应用，根据虚与瘀的主次缓急而定。收效后仍应固本，可以继续服用参苓白术散、人参健脾丸等以健脾益气，巩固疗效。

3) 朱良春^[24]

病因病机：有痰饮留伏而致者，有肝气久郁而致

者，有湿浊弥漫而致者，有气血困顿而致者，有原气不足而致者，有风木不张而致者，有宗气不振而致者，有火不生土而致者，有金寒水冷而致者等。

治则治法：宣化湿浊，升阳举陷，疏肝解郁。

基本处方：一味苍术饮辅以“补中益气汤、逍遥散”主药，即配合“升阳举陷，疏肝解郁”组成基本方：苍术、白术、炙黄芪、炒枳壳、升麻、柴胡、炒白芍、茯苓、陈皮、甘草。随证加減：水行肠间、漉漉有声，酌加桂枝；浊气弥漫、胸痞身困、神气呆滞，加厚朴、槟榔、草果、半夏等祛湿化浊类药物；原气不足，选加肉桂、附子、巴戟天、山萸肉等补阳类药物；症见食少、饭后作胀、烦热口干、少苔、嘈杂易饥、胃脘隐痛，酌加生地黄、山药、山萸肉、石斛、太子参等养阴类药物，取傅青主升阴汤之意。

4.1.4 临证要点 胃缓病位在胃，与脾、肝、肾相关。病机主要是由于脾胃虚弱，中气下陷，升降失常。以虚证为多，或虚实夹杂。在本为脾胃虚弱，中气下陷，胃体失于固托；标实则表现为脘腹胀满，脾运失职，水谷津液输布失司，聚而为饮成痰，阻遏气机。初病在经，久病入络。病理因素表现为食滞、饮停、气滞和血瘀。故临床上要围绕脾虚气陷，关注脏腑、气血、痰、食等复杂因素^[23]。根据脉、证，详审病因、病机进行综合论治，以有效地缓解症状。

用药上虽以补为主，但不可太过，需补消兼施，切忌壅补阻运，且用药须顾胃气，不可过多，多药伤胃，容易增加脾胃负担，不同程度地影响脾胃功能，使胃下垂病情加重^[21]。

4.2 针灸治疗

针灸是治疗胃缓的可选治法。治疗胃缓的针刺常用穴有中脘（CV 12）、气海（CV 6）、百会（GV 20）、胃俞（BL 21）、脾俞（BL 20）、足三里（ST 36）、关元（CV 4）、梁门（ST 21）、天枢（ST 25）。灸法常用穴有百会（GV 20）、足三里（ST 36）、关元（CV 4）、脾俞（BL 20）、胃俞（BL 21）、中脘（CV 12）^[26-27]。

推荐强度：C；证据级别：IV 级。

4.2.1 辨证论治^[27-30]

1) 脾虚气陷证

治法：健脾益气，升阳举陷。

取穴：中脘（CV 12）、足三里（ST 36）、气海（CV 6）、关元（CV 4）、脾俞（BL 20）、百会（GV 20），补法。加灸百会（GV 20）。

2) 胃阴不足证

治法：滋阴润燥，养阴益胃。

取穴：中脘（CV 12）、足三里（ST 36）、胃俞（BL 21）、太溪（KI 3）、三阴交（SP 6），补法或平补平泻。

3) 脾肾阳虚证

治法：温阳散寒，补益脾肾。

取穴: 中脘 (CV 12)、足三里 (ST 36)、气海 (CV 6)、关元 (CV 4)、脾俞 (BL 20)、肾俞 (BL 23), 补法。加灸关元 (CV 4)。

4) 脾虚饮停证

治法: 健脾和胃, 温化痰饮。

取穴: 中脘 (CV 12)、足三里 (ST 36)、气海 (CV 6)、脾俞 (BL 20)、丰隆 (ST 40)、天枢 (ST 25), 补法或平补平泻。加灸气海 CV6。

4.2.2 对症治疗^[3] 纳差、恶心、泛酸者配内关 (PC 6); 腹胀者配脾俞 (BL 20)、胃俞 (BL 21); 腹部下坠或伴有腹泻者配百会 (GV 20); 失眠者配神门 (HT 7)、三阴交 (SP 6); 阳虚者加灸。

4.2.3 名医经验

1) 邱茂良^[3]

提胃法: 临床治疗本病, 每于辨证施治、调补脾胃的同时, 引用提胃法。其法有二: 一是令患者空腹平卧, 调匀呼吸, 放松腹部, 常规消毒后用 7 寸 (17.5 cm) 长针, 从巨阙 (CV14) 刺入皮下后, 将针卧倒呈 25° 沿腹肌下慢慢推进, 至接近脐孔后, 少停, 连续搓针 3~5 次, 使针身与腹肌固定, 然后将针向上提起, 连续 40~50 min, 中间不松手, 不脱出。此时, 患者腹部有强烈的酸胀和收缩感觉, 从下腹缓缓上移, 最后集中在胃部, 便可徐徐出针。术后令患者绝对卧床休息, 进半流质饮食, 不宜多, 给予调养 3 天, 然后缓缓起床活动。此法一般只做 1 或 2 次。二是取双侧梁门 (ST21), 消毒后, 用 4 寸 (10 cm) 长针, 进针后将针卧倒, 沿腹肌向下刺 3.5 寸, 捻针得气后, 双手将两针同时向上提起, 此时患者腹部也有强烈的酸胀与收缩感, 边提边退, 约经 3~5 min 出针。休息片刻即可, 隔日 1 次, 可连续 10~20 次。两种方法, 操作不同, 但均有举陷升清作用。

2) 葛书翰^[3]

芒针透穴法: 用 7 寸 (17.5 cm) 长的芒针以 45° 角由巨阙 (CV 14) 进针后, 沿皮下缓缓向左侧胃俞 (KI 16) 横刺, 顺时针方向捻转针柄使其发生滞针, 并手持针柄与皮肤呈 30° 角慢慢上提, 时间约 20 min, 再留针 10 min。

3) 邵经明^[3]

主穴: 中脘 (CV 12)、足三里 (ST 36)、胃上穴 [Ex-CA01 (脐上 2 寸, 脐中线旁开 2 寸处)], 配穴: 纳差、恶心、泛酸者配内关 (PC 6); 腹胀者配脾俞 (BL 20)、胃俞 (BL 21); 腹部下坠或伴有腹泻者配百会 (GV 20); 失眠者配神门 (HT 7)、三阴交 (SP 6); 阳虚者加灸, 其他随症加减。

操作及疗程: 中脘、足三里、内关等穴按常规操作。脾俞、胃俞用长 25 mm 毫针直刺 13~20 mm, 施平

补平泻手法, 胃上穴用 75~100 mm 毫针, 将针沿皮刺入脂肪下肌层, 针尖向神阙 (CV 8) 方向捻转斜刺入 65~85 mm, 施中强刺激手法, 使患者胃部有酸胀上提收缩感。进针时注意, 一定要掌握好针刺方向和深度, 以免刺伤内脏。针刺治疗一般多在空腹时进行。如患者针后有微痛不适感, 可让其稍微休息。每日针刺 1 次, 留针 30 min, 10 min 行针 1 次, 10 次为 1 个疗程。休息 5~7 天, 根据病情需要, 可继针刺第 2 疗程。

4.2.4 临证要点

1) 临证时可以辨证取穴与对症取穴二者互相参照, 拟定方案。

2) 操作方法: 以毫针为主, 可单独应用, 也可配合艾灸、电针、火针等使用。

4.3 推拿^[3] (推荐强度: C; 证据级别: IV 级)

4.3.1 腹部操作

1) 取穴及部位: 中脘 (CV 12)、鸠尾 (CV 15)、天枢 (ST 25)、气海 (CV 6)、关元 (CV 4), 腹部。

2) 主要手法: 揉、一指禅推法、托、振、摩法等手法。

4.3.2 背部操作

1) 取穴及部位: 肝俞 (BL 18)、脾俞 (BL 20)、胃俞 (BL 21)、气海俞 (BL 24)、关元俞 (BL 26)、背部肩胛部、胁肋部。

2) 主要手法: 一指禅推法及按、揉、插等手法。

4.4 调摄护理

饮食: 饮食有节, 忌过饥过饱、偏嗜五味, 宜少食多餐, 进食富有营养、细软、易消化食物, 忌冷硬、辛辣刺激等食物; 注意营养均衡, 糖、脂肪、蛋白质三大营养物质合理选择, 脂类食物可少食用, 而蛋白质食物略增加, 如鸡肉、鱼肉、瘦猪肉、半熟鸡蛋、牛奶、豆腐、豆奶等; 用餐速度要缓慢, 细嚼慢咽以利消化吸收, 饭后可作 30~60 min 平卧休息, 避免食后劳作。生活起居应保持乐观心态, 避免不良情绪。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。

锻炼方式: 全身锻炼如保健体操、太极拳、八段锦、五禽戏、散步、游泳等。腹肌锻炼仰卧, 双腿伸直抬高, 放下, 反复进行数次, 稍休息再重复做数次, 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的呼吸法, 每日 1 次, 每次 10~20 min。

4.5 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, 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。

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

指南编写人员: 撰写专家: 柯晓; 主审专家: 王敏; 撰写助手: 李世琪; 其他人员: 黄恒青, 方文怡, 赵培琳, 王文荣, 胡光宏

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、第二轮德尔菲法函审专家、指南会审专家(按姓氏笔划排列): 王凤云、王垂杰、王宪波、王捷虹、王彦刚、王敏、毛宇湘、甘淳、白光、叶松、冯培民、朱生樑、朱莹、刘凤斌、刘力、刘启泉、任顺平、苏娟萍、李志、李军祥、李保双、李振华、李健、李慧臻、杨少军、杨国红、杨强、杨胜兰、杨倩、时昭红、汶明琦、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、凌江红、郭朋、郭绍举、唐旭东、梁健、黄绍刚、黄恒青、黄穗平、琚坚、董明国、曾斌芳、蒋健、舒劲、温艳东、谢晶日、谢胜、蔡敏、廖小林、颜勤、潘洋、魏玮

参考文献

- [1] 方药中, 邓铁涛, 李克光, 等. 实用中医内科学[M]. 上海: 上海科学技术出版社, 1985: 249.
- [2] JADAD AR, MOORE RA, CARROLL D, et al. Assessing the quality of reports of randomized clinical trials: is blinding necessary? [J]. Controll Clin Trials, 1996, 17(1): 1-12.
- [3] SLIM K, NINI E, FORESTIER D, et al. Methodological index for nonrandomized studies(minors): development and validation of a new instrument [J]. ANZ J Surg, 2003, 73(9): 712-716.
- [4] 国家技术监督局. 中医临床诊疗术语国家标准: 疾病部分 [S]. 北京: 中国标准出版社, 1997: 11.
- [5] 王永炎, 严世芸. 实用中医内科学 [M]. 2 版. 上海: 上海科学技术出版社, 2009: 314.
- [6] 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.
- [7] 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.
- [8] 马玉富. 胃下垂 X 线钡餐诊断标准的探讨 [J]. 中国医学影像学杂志, 2001, 9(6): 462-463.
- [9] 钱蕴秋. 超声诊断学 [M]. 2 版. 西安: 第四军医大学出版社, 2008: 368.
- [10] 曹海根. 实用腹部超声诊断学 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2006: 222.
- [11] 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.
- [12] 中华中医药学会. 胃下垂诊疗指南 [J]. 中国中医药现代

远程教育, 2011, 9(10): 125-126.

- [13] 李乾构, 周学文, 单兆伟. 中医消化病诊疗指南 [M]. 北京: 中国中医药出版社, 2006: 52-55.
- [14] 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.
- [15] STANGHELLINI V, TALLEY NJ, CHAN F, et al. Rome IV-Gastrointestinal Disorders [J]. Gastroenterology, 2016, 150(6): 1380-1392.
- [16] 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.
- [17] 刘新忠, 曹治宏. 糖尿病胃轻瘫的诊断及治疗 [J]. 西部医学, 2012, 24(2): 306-307.
- [18] 杨宪煌. 补中益气汤加减治疗胃下垂 36 例疗效观察 [J]. 实用中医内科杂志, 2007, 21(8): 55-56.
- [19] 杨芳芳. 加味补中益气汤治疗胃下垂疗效观察 [J]. 实用医技杂志, 2014, 21(4): 434-435.
- [20] 张华. 温阳健脾、升阳举陷法治疗胃下垂 80 例疗效观察 [J]. 甘肃中医学院学报, 2012, 29(1): 32-33.
- [21] 陈奋伟, 颜春悦. 补中益气汤加附子理中汤治疗胃下垂临床研究 [J]. 实用中医内科杂志, 2012, 26(7): 81-82.
- [22] 子丹, 郭尧嘉, 何璠, 等. 徐景藩诊治胃下垂经验 [J]. 中医杂志, 2013, 54(13): 1091-1093.
- [23] 迟伟, 王涛, 黄友娟. 李寿山治疗胃下垂(胃缓)经验 [J]. 光明中医, 2013, 28(4): 665-666.
- [24] 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.
- [25] 张冰, 高承奇, 邓娟, 等. 颜正华教授治疗胃下垂经验 [J]. 中华中医药杂志, 2006, 21(6): 354-355.
- [26] 孙国杰. 针灸学 [M]. 2 版. 北京: 人民卫生出版社, 2011: 791-792.
- [27] 石学敏. 针灸治疗学 [M]. 2 版. 北京: 人民卫生出版社, 2011: 431-432.
- [28] 王启才. 针灸治疗学 [M]. 北京: 中国中医药出版社, 2007: 108.
- [29] 侯云霞, 陈少宗. 针灸治疗胃下垂的取穴规律与经验分析 [J]. 针灸临床杂志, 2013, 28(7): 70-72.
- [30] 孙伟, 翟培杞, 董迹菲, 等. 基于数据挖掘的针灸治疗胃下垂选穴配伍规律的文献研究 [J]. 上海针灸杂志, 2015, 34(6): 588-591.
- [31] 邵素菊, 邵素霞. 邵经明教授临证用穴规律探讨 [J]. 中国针灸, 2006, 26(2): 126-128.
- [32] 邱仙灵. 邱茂良教授谈针灸治疗胃下垂 [J]. 江苏中医药, 1994, 15(3): 127.
- [33] 黄晓洁. 葛书翰学术思想探析 [J]. 辽宁中医杂志, 2000, 27(7): 7-8.
- [34] 宋柏林, 于天源. 推拿治疗学 [M]. 2 版. 北京: 人民卫生出版社, 2012: 219-220.

(收稿日期: 2019-03-30; 修回日期: 2020-09-11)

编辑: 柴倩云