DOI: 10. 13288/j. 11-2166/r. 2024. 24. 015

标准与规范

# 胃痛中医诊疗专家共识（2024）

中华中医药学会脾胃病分会

胃痛又称胃脘痛，是以胃脘部疼痛为主要症状的病证，常伴见胃脘部痞闷胀满、嗳气、吞酸、嘈杂、恶心、呕吐、纳呆等症状。胃痛病位在胃，与肝、脾关系密切；外邪犯胃、饮食不节、情志不畅、脾胃虚弱是其主要病因；胃气失和，气机不利，不通则痛或胃失濡养、胃失温养，不荣则痛为其病机关键。胃痛有虚实寒热不同，临床上更有本虚标实、寒热错杂的病机存在，诊治时需详细审察疾病之缓急、虚实、寒热、气血及脏腑等要点，从而进行辨证论治。

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[3]、2012年[4]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。2011年、2017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]及《胃脘痛中医诊疗专家共识意见（2017）》[6]。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2020年11月在北京牵头成立了胃痛中医诊疗专家共识起草小组。小组成员依据循证医学原理，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痛的证候分类、辨证治疗、诊治流程、古代医家经验、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 胃痛的概念

胃痛又称胃脘痛，指胃脘近心窝处疼痛为主要症状的病证，常伴见胃脘部痞闷胀满、嗳气、吞酸、嘈杂、恶心、呕吐、纳呆等症状。胃痛的中医病证分类与代码为A17. 30[7]。

### 1.2 中医病名历史沿革

《黄帝内经》最早提出胃痛病名，如《灵枢·邪气脏腑病形》曰：“胃病，腹膨胀，胃脘当心而痛”。《灵枢·经脉》曰：“脾，足太阴之脉……是动则病舌本强，食则呕，胃脘痛，腹胀善噫，得后与气则快然如衰。”汉代张仲景将胃脘的病变部位称为“心下”，《伤寒论》中涉及有“心下急”“心下痛”“心下满微痛”等称谓。如《伤寒论》第138条云：“伤寒六七日，结胸热实，脉沉而紧，心下痛，按之石硬者，大陷胸汤主之”，此处的心下痛即是胃脘痛。晋代王叔和在《脉经》中提及“胃中痛”，仍未单列病名。隋唐宋时期虽将胃脘痛称为“心痛”“胃心痛”等，但开始在病机、病位上与心经心痛相区别。如隋代巢元方在《诸病源候论·心痛病诸候》中论述：“诸脏虚受病，气乘于心者，亦令心痛，则心下急痛，谓之脾之痛也。足太阴为脾之经，与胃合；足阳明为胃之经，气虚逆乘心而痛。其状腹胀，归受于心而痛甚，谓之胃心痛也。”宋代陈无择在《三因极一病证方论·九痛叙论》中指出“夫心痛者，在方论有九痛”。至金元时期，医家将胃脘痛作为单独病名提出。张元素在《医学启源·主治心法》首载“胃脘痛”之名。李杲《兰室秘藏》首次将胃脘痛作为独立之病单设一门，明确指出胃脘痛的病位在脾胃，并对胃脘痛

的病机、治则及治法进行阐述。明清时期，胃脘痛已作为单独病名广泛使用，并明确区分胃脘痛与心痛之别。

### 1.3 现代医学相关疾病

胃痛多见于现代医学的上消化道疾病。引起胃痛的常见疾病有急（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 病因与发病

外邪犯胃、饮食伤胃、情志失调和劳逸所伤，或药物损伤，或素体脾虚是胃脘痛的主要病因[8]。病位在胃，与肝、脾的关系最为密切。外感寒、热、湿等邪，客于胃，致胃脘气机阻滞。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 病机要点

2.2.1 “不通则痛”和“不荣则痛”是胃痛的基本病机 胃为阳土，喜润恶燥，主受纳、腐熟水谷，其气以和降为顺，不宜郁滞。忧思恼怒导致肝气犯胃，甚则气机郁滞导致气滞血瘀；饮食不节导致食积不化；寒邪客胃或湿热中阻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”。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”。

2.2.2 胃脘痛病久者入络致瘀血 胃痛初病多为实证，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。胃痛的病理变化复杂，病机演变产生变证。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。

## 3 常见证候[9-12]

### 3.1 寒邪客胃证（中医病证分类与代码B02.03.01.02.01[7]）

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 食滞胃脘证（中医病证分类与代码B04.03.02.04.01[7]）

主症：1）胃胀痛拒按；2）嗳腐酸臭。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（中医病证分类与代码B04.06.02.04.01[7]）

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）嗳气频作；4）善叹息。舌脉：舌淡红，苔薄白；脉弦。

### 3.4 脾胃湿热证（中医病证分类与代码B04.06.03.01.02.05[7]）

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（中医病证分类与代码B01.10[7]）

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 瘀阻胃络证（中医病证分类与代码B02.10.01.04.08[7]）

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（中医病证分类与代码B04.03.02.03.02[7]）

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（中医病证分类与代码B04.06.03.01.03.04[7]）

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。

证候诊断标准：主症必备，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

以缓解症状、防止疾病进展与复发、改善患者生活质量为治疗目标。基本治则为理气和胃止痛，治疗多用通法，但须审证求因，审因论治[13-15]。

### 4.2 辨证论治

4.2.1 寒邪客胃证 治法：温胃散寒，理气止痛。

主方：良附丸合香苏散加减。

组成：高良姜3~6 g，香附6~9 g，紫苏叶6~9 g，陈皮3~9 g，炙甘草3~9 g等。

加减：恶寒、头痛者，加丁香1~3 g、川芎3~9 g以散寒止痛；胃纳呆滞者，加六神曲6~12 g、鸡内金3~9 g以健脾开胃；寒邪较甚，加荜茇1~3 g、荜澄茄1~3 g、肉桂1~6 g以温中散寒。

中成药：良附丸（6 g/袋），口服，每次3~6 g，每日2次。

4.2.2 食滞胃脘证 治法：消食导滞，和胃止痛。

主方：保和丸或枳实导滞丸加减。

组成：山楂9~12 g，炒神曲6~12 g，法半夏3~9 g，茯苓9~15 g，陈皮3~9 g，莱菔子6~12 g，连翘6~15 g，麦芽9~15 g，枳实3~9 g，大黄3~15 g，黄芩3~9 g，黄连3~6 g，白术6~12 g，泽泻6~9 g等。

加减：脘腹胀甚者，加砂仁3~6 g（后下）、槟榔3~9 g以行气止痛；便秘者，加芒硝9~15 g以润燥软坚；胸满痞闷者，加紫苏叶6~9 g以行气宽中。

中成药：1）健胃消食口服液，口服，每次1支（10 ml/支），每日2次，在餐间或饭后服用；或健胃消食口服片，口服，每次3片（0.8 g/片），每日3次；2）香砂平胃颗粒，口服，每次1袋（5 g/袋），每日2次；3）保和丸，口服，小蜜丸每次9~18 g，大蜜丸每次1或2丸（9 g/丸），每日2次。

4.2.3 肝胃不和证 治法：理气解郁，和胃止痛。

主方：柴胡疏肝散加减。

组成：陈皮3~9 g，北柴胡3~9 g，川芎3~9 g，香附6~9 g，枳壳3~9 g，白芍6~15 g，甘草3~9 g等。

加减：嗳气频频者，加沉香1~6 g、旋覆花3~9 g以降逆止呕；反酸者，加海螵蛸6~9 g、煅瓦楞子9~15 g以制酸止痛；脘胁胀满、便溏者，加党参9~30 g、麸炒白术9~12 g以补气健脾。

中成药：1）气滞胃痛颗粒，开水冲服，每次1袋（5 g/袋），每日3次；或气滞胃痛片，口服，每次3片（0.5 g/片），每日3次；2）胃苏颗粒，开水冲服，每次1袋（无蔗糖5 g/袋，有蔗糖15 g/袋），每日3次。

4.2.4 脾胃湿热证 治法：清热化湿，理气和胃。

主方：连朴饮加减。

组成：厚朴3~9 g，黄连3~6 g，石菖蒲3~9 g，法半夏3~9 g，淡豆豉6~12 g，焦栀子6~9 g，芦根15~30 g等。

加减：恶心呕吐者，加竹茹3~9 g、陈皮3~9 g以除烦止呕；纳呆食少者，加六神曲6~12 g、谷芽9~15 g、麦芽9~15 g以消食开胃；肢体困倦、舌苔白腻者，加薏苡仁9~30 g、佩兰3~9 g以醒脾开胃。

中成药：1）三九胃泰颗粒，开水冲服，每次1袋（20 g/袋），每日2次；或三九胃泰胶囊，口服，每次2~4粒（0.5 g/粒），每日2次；2）金胃泰胶囊，口服，每次3粒（0.3 g/粒），每日3次；3）枫蓼肠胃康胶囊，口服，每次2粒（0.37 g/粒），每日3次。

4.2.5 寒热错杂证 治法：辛开苦降，和胃消痞。

主方：半夏泻心汤加减。

组成：法半夏3~9 g，黄芩3~9 g，干姜3~9 g，人参3~9 g，炙甘草3~9 g，黄连3~6 g，大枣6~15 g等。

加减：湿重、口黏较甚者，加薏苡仁9~30 g、佩兰3~9 g以醒脾开胃；脘胁胀满者，加佛手3~9 g、香橼3~9 g以行气除满。

中成药：1）延参健胃胶囊，口服，每次4粒（0.3 g/粒），每日3次，饭前温开水送服；2）益气和胃胶囊，口服，每次4粒（0.5 g/粒），每日3次。

4.2.6 瘀阻胃络证 治法：活血化瘀，理气和胃。

主方：丹参饮合失笑散加减。

组成：丹参9~15 g，生蒲黄6~9 g，五灵脂6~9 g，檀香3~6 g（后下），三七粉3~9 g（冲服），砂仁3~6 g（后下）等。

加减：胃脘痛甚者，加延胡索3~9 g、郁金3~9 g以行气止痛；四肢不温、舌淡脉弱者，加黄芪9~30 g、桂枝3~9 g以温通经脉；口干咽燥、舌光无苔者，加生地黄9~15 g、麦冬9~15 g以益胃生津。

中成药：1）荜铃胃痛颗粒，口服，每次1袋（5 g/袋），每日3次；2）摩罗丹，口服，每次1或2丸（蜜丸9 g/丸），每日3次；3）七蕊胃舒胶囊，口服，每次4粒（0.5 g/粒），每日2次，早晚餐前半小时服用。

4.2.7 胃阴亏虚证 治法：养阴生津，益胃止痛。

主方：益胃汤合芍药甘草汤加减。

组成：沙参9~15 g，麦冬9~15 g，生地黄9~15 g，玉竹6~12 g，白芍6~15 g，甘草3~9 g，冰糖

3~6 g等。

加减：嘈杂者，加黄连3~6 g、吴茱萸1~3 g以泻肝消痞；胃脘胀痛较剧者，加枳壳3~9 g、玫瑰花3~6 g以疏肝行气；大便干燥难解者，加火麻仁9~15 g、瓜蒌仁9~15 g以润肠通便。

中成药：1）养胃舒胶囊，口服，每次3粒（0.4 g/粒），每日2次；2）阴虚胃痛胶囊，口服，每次4粒（0.38 g/粒），每日3次。

4.2.8 脾胃虚寒证 治法：益气健脾，温胃止痛。

方药：黄芪建中汤加减。

组成：黄芪9~30 g，桂枝3~9 g，白芍6~15 g，炙甘草3~9 g，饴糖15~30 g，大枣6~15 g，生姜3~9 g等。

加减：泛吐痰涎者，加白术6~12 g、姜半夏3~9 g以燥湿化痰；反酸者，加海螵蛸6~9 g、煅瓦楞子9~15 g以制酸止痛；形寒肢冷、腰膝酸软者，加炮附片3~15 g（先煎）、蜀椒6~9 g以温中散寒。

中成药：1）温胃舒胶囊，口服，每次3粒（0.4 g/粒），每日2次；或温胃舒颗粒，口服，每次1或2袋（10 g/袋），每日2次；2）虚寒胃痛颗粒，口服，每次1袋（5 g/袋），每日3次；3）香砂养胃颗粒，开水冲服，每次1袋（5 g/袋），每日2次；或香砂养胃浓缩丸，口服，每次8丸（相当于饮片3 g），每日3次；4）甘海胃康胶囊，口服，每次6粒(0.4 g/粒)，每日3次。

4.3 古代医家经验

4.3.1 王肯堂（明代）

1）学术观点 王肯堂认为饮食、寒热、情志是胃脘痛主要的致病因素，其证候颇多。胃为湿土，位居中焦，禀冲和之气，多气多血。水饮食积停留于胃，阻遏胃之气血，气血搏结，阻遏中焦，不通则痛；外感寒邪，寒邪直中胃脘，寒主收引，胃经拘挛，发为疼痛；七情内伤于肝，肝郁气滞，横克胃土，中土壅滞，亦可作痛。

2）治法心得 王肯堂强调以辨证论治为主，并根据兼证不同进行加减。外受凉风，内食冷物，卒然而痛者，应用二陈汤、草果、干姜、吴茱萸，扶阳助胃汤，草豆蔻丸之类。有实积者，宜小胃丹、津下十五丸，亦可服厚朴丸、紫菀丸。痰积作痛，星半安中汤、海蛤丸。兼恶风寒，有外邪，藿香正气散，或五积散加生姜、葱白之类。旧有酒积、食积、痰积在胃脘，一遇触犯，便作疼痛，挟风寒，参苏饮加生姜、葱白。挟怒气，二陈汤加青皮、香附、姜汁炒黄连。挟饮食，二陈汤加炒栀子、神曲、草果、山楂。挟火热，二陈汤加枳实、厚朴、姜汁炒黄连、栀子。服寒药多致脾胃虚弱，胃脘痛，宜温胃汤。寒湿所客，身体沉重，胃脘痛，面色萎黄，宜术桂汤。

4.3.2 薛己（明代）

1）学术观点 薛己认为脾胃亏损是胃脘痛主要的致病因素，薛己在所注《明医杂著医论》提出“人以脾胃为本，纳五谷精液，其精者入营，浊者入胃，阴阳得此是谓橐龠”。脾胃为后天之本，后天失养，脾胃气血虚弱，失于濡养；或脾胃不足，肝气、火得而乘之，进一步加剧脾胃衰弱，则为“不荣则痛”。

2）治法心得 薛己论治胃脘痛，认为脾胃虚损为主，虚损虽有气血、阴阳之辨，但仍以温补为主要治法，以归脾丸、六君子汤、补中益气汤等健补脾胃，根据兼证不同临证加减，肝郁者或用木香行肝气、或加栀子降肝火，脾寒者用吴茱萸散寒。

4.3.3 叶桂（清代）

1）学术观点 叶桂认为胃脘痛的病因较繁杂，或为饮食、情志、劳逸所所伤，或外感邪气。胃脘痛病机与肝、胃、脾、关系最为密切。胃为阳土，喜润恶燥，主受纳、腐熟水谷，其气以和降为顺，不宜郁滞。寒邪、饮食、久病伤胃之经络等皆可引起气机阻滞，瘀血内阻而发生胃脘痛。

2）治法心得 叶桂认为胃脘痛需辨明病之新旧，初病在经，久病在络，在经者治其气，在络者治其血，治气当以辛香理气之药，若肺失肃降而见胃气上逆，用苦杏仁、厚朴、紫苏梗、陈皮等药理气宽中；若肝郁犯胃，用金铃子散、延胡索等疏泄肝木以行气止痛。治血则以辛柔和血之法，善用五灵脂、蒲黄、当归、桃仁等药。

4.4 其他治法

4.4.1 针刺 取足阳明经、手厥阴经、足太阴经、任脉穴。处方：双侧足三里、双侧梁丘、双侧公孙、双侧内关、中脘。配穴：胃寒者加双侧梁门；胃热者加双侧内庭；肝郁者加双侧期门、双侧太冲；脾胃虚寒者加气海、双侧脾俞；胃阴不足者加双侧三阴交、双侧太溪；血瘀者加双侧血海、双侧膈俞。操作：毫针针刺，实证用泻法，虚证用补法，胃寒及脾胃虚寒宜艾灸。

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

4.4.3 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。

4.4.4 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、双侧肝俞、双侧脾俞、双侧胃俞、双侧三焦俞、双侧肩中俞、双侧手三里、双侧内关、双侧合谷、双侧足三里、气海，胃脘部、背部、肩及胁部。

胃痛的中医诊疗流程详见图1。

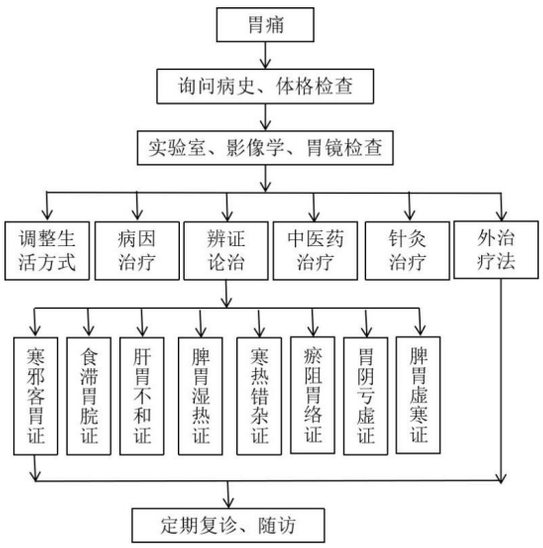


**图1** 胃痛中医诊疗流程示意图

Figure 1 Diagnosis and treatment flowchart of traditional Chinese medicine for stomach pain

## 5 疗效评定

### 5.1 疼痛评分量表

可以对胃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）[16]；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[16] 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[6] 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，按无、轻、中、重分别计为0、1、2、3分。具体见表1。

### 5.2 胃痛除胃痛外的单项症状疗效评价[17-18]

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、嗳气等症状，这些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%≤

**表1** 脾胃病医生报告结局症状量化标准

Table 1 Quantitative standard for reporting outcomes of symptoms in spleen and stomach diseases

| 评价内容 | 无 | 轻度 | 中度 | 重度 |
|---|---|---|---|---|
| 频率 | | ＞3天发作1次，时作时止 | 2或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 |

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%。

### 5.4 生存质量评价

目前国内普遍采用汉化版健康调查简表(SF-36)[19]等健康调查量表进行评价。

## 6 循证研究进展

### 6.1 中成药

一项Meta分析[20]显示，荜铃胃痛颗粒治疗以胃脘痛为主症的消化系统疾病可改善患者VAS评分及胃脘痛症状积分，减轻胃脘疼痛症状，明显提高临床痊愈率、幽门螺杆菌（Hp）根除率。

### 6.2 专病专方

一项Meta分析[21]显示，与常规西药相比，黄芪建中汤能明显缓解患者的胃脘疼痛、畏寒肢冷等脾胃虚寒（弱）症状，促进胃黏膜炎症修复，远期效果稳定且安全，对幽门螺杆菌也有一定的抑杀作用。

### 6.3 针药并用

一项针灸治疗胃痛的Meta分析[22]显示，针灸疗法与药物治疗相比，针灸治疗总有效率比药物更高；单独针灸或联合西药在总有效率方面优于单纯西药治疗；单独针灸或联合中药在总有效率方面优于单纯中药治疗；单独温针灸或联合中西药在总有效率方面优于单纯中西药治疗；单独温针灸或联合中药在总有效率方面优于单纯中药治疗；单独温针灸或联合西药在总有效率方面优于单纯西药治疗。

## 7 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。根据胃痛实证、虚证及变症的不同病因、病机及症状特点而应有所侧重。

实证胃痛的发生与感受外邪特别是外感寒邪、饮食不节、情绪过激以及烟酒过度关系密切，因此应注意气候变化，注意增加衣物，饮食宜清淡、半流质、易消化、不凉不热及不宜过饱，保持情绪稳定和乐观。

虚证胃脘痛的发生与素体虚弱的关系密切，因此宜劳逸结合，避免过劳过逸。

若胃痛剧烈难忍，胃脘拒按，或伴寒战高热，大汗出或汗出如油，面色苍白，四肢发冷，应嘱患者保持镇静、卧床休息，并及时就医。胃痛而吐血、便血者，应按血证及时处理。

## 8 转归与随访

本病绝大多数预后良好，实证治疗较易，邪气去则胃气安；虚实夹杂，或正虚邪实者，治疗也并不困难。胃痛反复发作，每因疼痛持续、进食少而羸弱者，易于出现胃出血并发症，病机表现为脾胃虚寒、气不摄血或血热妄行、瘀久伤络，如仅系大便色黑隐血，根据辨证论治尚易于治疗；如吐血、便血，来势暴急，出血量多而不止，胃痛剧烈，兼见大汗淋漓、四肢不温、脉微欲绝者，为气随血脱的危急之候，如不及时救治，亦可危及生命。胃痛突然引起满腹剧烈疼痛，病情严重，预后欠佳，应引起高度重视。

**执笔人：**唐旭东✉（中国中医科学院西苑医院脾胃病研究所）、杨胜兰✉（华中科技大学同济医学院附属协和医院）、刘震（中国中医科学院广安门医院）

✉通讯作者：txdly@sina.com，yangshenglan005@163.com

**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：**王敏（贵州中医药大学第一附属医院）、朱莹（湖南中医药大学第一附属医院）、朱西杰（宁夏医科大学）、李振华（中国中医科学院西苑医院脾胃病研究所）、杨倩（河北省中医院）、张声生（首都医科大学附属北京中医医院）

**组外函审专家：**叶蔚（杭州市中医院）、刘启泉（河北省中医院）、汪红兵（首都医科大学附属北京中医医院）、陈苏宁（中国医科大学附属盛京医院）、徐陆周（南京中医药大学附属医院）

**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）、刘震（中国中医科学院广安门医院）、刘凤斌（广州中医药大学一附院白云医院）、刘礼剑（广西中医药大学第一附属医院）、李军祥（北京中医药大学附属东方医院）、李艳彦（山西中医药大学附属医院）、杨倩（河北省中医院）、杨晋翔（北京中医药大学第三附属医院）、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：**马祥雪（中国中医科学院西苑医院脾胃病研究所）

**利益冲突声明**

所有作者均声明不存在利益冲突。

**参考文献**

[1]中华全国中医学会内科学会. 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]. 北京:中华人民共和国卫生部,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]中华中医药学会. 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]中华中医药学会脾胃病分会. 胃脘痛中医诊疗专家共识意见(2017)[J]. 中医杂志, 2017, 58(13): 1166-1170.

[7]国家中医药管理局,国家卫生健康委员会. 国家中医药管理局、国家卫生健康委员会关于印发《中医病证分类与代码》和《中医临床诊疗术语》的通知[EB/OL]. (2020-11-16) [2023-02-01]. https://www.gov.cn/zhengce/zhengceku/2020-11/24/content_5563703.htm.

[8]李军祥. 胃痛中医诊疗专家共识意见[J]. 中医杂志, 2016, 57(1): 87-90.

[9]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.

[10]陈建设,陈文垲. 胃炎(胃脘痛)的证候聚类分析[J]. 辽宁中医杂志, 2007, 34(3): 291-292.

[11]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.

[12]陈建设,陈文垲. 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.

[13]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.

[14]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, 36(2): 45-48.

[15]唐旭东,马祥雪. 传承董建华"通降论"学术思想,创建脾胃病辨证新八纲[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2018, 26(11): 893-896.

[16]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.

[17]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.

[18]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.

[19]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.

[20]张乐,吴雪,景城阳,等. 荜铃胃痛颗粒治疗胃脘痛的系统评价与Meta分析[J]. 中国中药杂志, 2023, 48(8): 2249-2259.

[21]易惺钱,王立,乐毅敏,等. 黄芪建中汤加减治疗脾胃虚寒型胃痛有效性和安全性的系统评价及Meta分析[J]. 中医临床研究, 2022, 14(5): 125-131.

[22]徐婉婷. 针灸治疗胃痛的Meta分析及选穴规律探究[D]. 杭州:浙江中医药大学, 2022.

(收稿日期: 2024-07-05; 修回日期: 2024-10-16)

[编辑: 焦 爽]