

痞满中医诊疗专家共识(2023)*

中华中医药学会脾胃病分会

[摘要] 痞满是脾胃病科的多发病,可单独出现,亦可作为其他疾病的表现出现,多见于西医的慢性胃炎、消化不良等一些消化系统疾病,中医药治疗效果良好。本共识阐述了痞满的病名历史沿革、病因病机、辨证论治、古代医家学术经验、疗效评定、预防调摄、转归与随访内容,系统论述了痞满的中医诊疗全过程,特别是加入古代医家的学术经验及用药,有很好的临床实用性和指导意义。

[关键词] 痞满;中医;诊断;治疗;共识

DOI:10.3969/j.issn.1671-038X.2024.05.01

[中图分类号] R256.32 **[文献标志码]** A

Expert consensus on traditional Chinese medicine diagnosis and treatment of Pi Man(2023)

Branch of Gastrointestinal Diseases, China Association of Chinese Medicine

Abstract The term “Pi Man” is a common disease in the field of gastroenterology, which can occur independently or as a manifestation of other diseases. It is often associated with chronic gastritis, dyspepsia, and other digestive system disorders in Western medicine, while traditional Chinese medicine (TCM) has shown promising therapeutic effects. This consensus elaborates on the historical evolution of the disease name, its etiology and pathogenesis, syndrome differentiation and treatment, academic experiences of ancient medical practitioners, efficacy evaluation, preventive and adjustment, prognosis and follow-up. It systematically discusses the entire process of TCM diagnosis and treatment of “Pi Man”, particularly emphasising the incorporation of academic experiences and medication from ancient medical practitioners, demonstrating important clinical practicality and guiding significance.

Key words Pi Man; traditional Chinese medicine; diagnosis; treatment; consensus

痞满以自觉胃脘痞塞,满闷不舒为主要临床表现,其按之濡软,压之不痛,视之无胀大之形,常伴有胸膈满闷,饮食减少,食后胀甚,暖气后稍舒,烧心反酸等症。痞满发病和加重常与暴饮暴食、恣食生冷粗硬、嗜饮浓茶烈酒、过食辛辣等饮食因素,以及情志、起居、冷暖失调等诱因有关;脾胃功能失调,升降失司,气机壅塞为其基本病机。痞满病机有虚实寒热、本虚标实、寒热错杂之别,需详察阴阳、虚实、寒热及脏腑等辨证要点,综合论治。本病为脾胃病科的多发病,可单独出现,也可作为其他疾病的表现出现,可反复发作,轻重不一。单一的痞满无其他疾病,治疗效果明显,预后较好;其他疾病以本病作为主要表现时,可参考本共识治疗,症状缓解后继续参照原发基础疾病治疗。

中华中医药学会内科分会 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,世界中医药学会联合会消化病专业委员会于 2019 年发布了《痞满中医临床实践指南(2018)》^[1]。在既往工作基础上,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痞满中医诊疗专家共识起草小组。小组成员依据循证医学的原理,广泛搜集循证资料,参考国内外共识制定方法,并先后组织国内脾胃病专家就痞满的证候分类、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,然后按照德尔非法分别于 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,

*基金项目:重庆市科卫联合中医药技术创新与应用发展项目(No:2021ZY023589);重庆市技术创新与应用发展专项项目(No:CSTB2023TIAD-KPX0062);重庆市技术创新与应用发展专项项目(No:CSTB2023TIAD-KPX0062-2)

通信作者:李延萍,E-mail:840051779@qq.com;刘凤斌,E-mail:LiuFb163@vip.163.com;唐旭东,E-mail:txdly@sina.com

引用本文:中华中医药学会脾胃病分会.痞满中医诊疗专家共识(2023)[J].中国中西医结合消化杂志,2024,32(5):363-369. DOI:10.3969/j.issn.1671-038X.2024.05.01.

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 概念

痞满是由表邪内陷，饮食不节，痰饮水湿阻滞，情志失调，脾胃虚弱等导致脾胃功能失调，升降失司，气机壅塞引起的自觉胸脘痞塞满闷不适，按之濡软，压之不痛，视之无胀大之形为主要临床特征的一种脾胃病。国家市场监督管理总局和国家标准化管理委员会共同发布《中医病证分类与代码》(GB/T 15657-2021)国家标准，胃痞代码为 A04.03.15。

1.2 中医病名历史沿革^[2-5]

痞满的概念最早源于《黄帝内经》，称为“否、满、否塞、否膈”等，如《素问·异法方宜论篇》的“脏寒生满病”，《素问·五常政大论篇》的“卑监之纪，……其病留满痞塞”，这些均是指胸膈满闷，心下痞塞的症状。汉代张仲景《伤寒杂病论》提出痞的病因、症状、病机及证治，如“但满而不痛者，此为痞”、“心下痞，按之濡”、“呕而肠鸣，心下痞者，半夏泻心汤主之”。

隋代巢元方《诸病源候论·痞噎病诸侯》提出“八痞”，认为本病因营卫不和，阴阳隔绝，风邪外入，与卫气相搏，血气壅塞不通，或因忧恚气积，坠堕内损而致。金元时期李东垣倡脾胃内伤之说，《兰室秘藏》云：“脾湿有余，腹满食不化”，“或多食寒凉，及脾胃久虚之人，胃中寒则胀满，或脏寒生满病”，重点论述了胀满、中满。

明代张景岳《景岳全书》正式以“痞满”之名立专篇，自此痞满的病名趋于一致，并指出：“痞者，痞塞不开之谓；满者，胀满不行之谓”。清代叶桂《临证指南医案》：“其邪热由中及于募原，布散营卫，遂为寒热。既为邪据，自然痞闷不饥”。认为邪热布散营卫，伤及胃气，则表现为痞闷不饥的病证。清代林佩琴《类证治裁·痞满》：“伤寒之痞，从外之内，故宜苦泄。杂病之痞，从内之外，故宜辛散”。对伤寒之痞与杂病之痞加以区分，并把杂病痞满分为多个证型。

1.3 涵盖的西医病种

多见于现代医学中的慢性胃炎、胃神经官能症、胃下垂、功能性消化不良等疾病，其他如慢性胆囊炎、慢性胰腺炎、糖尿病胃轻瘫、脂肪肝、酒精性肝病、消化系统肿瘤、腹膜肿瘤等疾病当出现以胃脘部痞塞，满闷不舒为主要表现时，亦可参考本节辨证论治。

2 病因病机

2.1 病因与发病^[6-9]

本病多因外邪入里或外邪侵袭肌表，治疗不得

其法，过用攻里泻下，脾胃受损，外邪乘虚内陷入里；或食滞中阻，或暴饮暴食，或恣食生冷粗硬，或偏嗜肥甘厚味，或嗜浓茶烈酒及辛辣过烫饮食，损伤脾胃；或情志失调，多思气结，暴怒气逆，悲忧气郁，惊恐气乱等，造成气机逆乱，升降失职；或因素体脾胃虚弱，中气不足，或饥饱失常，饮食不节，或久病损及脾胃；或年老肾气自半，肾阳气不能温煦脾土，均可导致脾胃功能失调，升降失司，气机壅塞。本病病位在脾胃，与肝肾有密切关系。

2.2 病机要点^[10-14]

2.2.1 本病基本病机为脾胃功能失调，升降失司，气机壅塞 脾胃同居中焦，脾主升清，胃主降浊，共司水谷的纳运和吸收，清升浊降，纳运如常，则胃气调畅，各种原因导致脾胃损伤，升降失司，中焦气机壅塞，均可发生痞满。

2.2.2 病机有虚实之分，日久多虚实夹杂 实即实邪内阻，包括外邪入里，饮食停滞，痰饮水湿阻滞，肝郁气滞，胆胃郁热等；虚即中虚不运，责之脾胃虚弱或脾胃虚寒。实邪之所以内阻，多与中虚不运，升降无力有关；反之，脾胃升降失常，气机阻滞，亦可导致病理产物内阻，两者常常互为因果。如脾胃虚弱，运化失司，既可停湿生饮，又可食滞内停；而实邪内阻，又会进一步影响脾胃升降功能，久则引起虚实夹杂互见。患者体质及宿疾的不同，各种病因可相互夹杂，导致不同时期病机转化，形成虚实互见，寒热错杂的病机。

3 常见证候

3.1 肝胃不和证（中医病证分类与代码 B04.06.02.04.01.^[15]）

主症：①脘腹痞闷，常因情志因素而加重；②胁腹作胀。次症：①喜太息，嗳气恶心；②不欲食；③郁郁寡欢或心烦易怒。舌脉：舌质淡红，苔薄白；脉弦。

3.2 胆胃郁热证（中医病证分类与代码 B04.06.02.04.01.03.^[15]）

主症：①脘腹痞满，灼热急迫按之满甚；②口苦咽干。次症：①烧心反酸；②渴喜饮冷；③大便干结；④小便黄。舌脉：舌质红，苔黄；脉弦数。

3.3 痰湿内阻证（中医病证分类与代码 B02.09.03.02.^[15]）

主症：①脘腹痞塞闷胀；②胸膈满闷。次症：①不思饮食；②恶心呕吐；③口淡不渴；④小便不利，或胃中振水音；⑤身重肢倦。舌脉：舌质淡红，舌体胖大，边有齿痕，苔白厚腻；脉沉滑。

3.4 脾胃湿热证（中医病证分类与代码 B04.06.03.01.02.05.^[15]）

主症：①脘腹痞塞闷胀；②胸膈满闷。次症：①不欲食；②烧心反酸、恶心欲呕；③口干不渴或口

苦;④大便黏滞不爽,或小便不利;⑤身重困倦。舌脉:舌质红,舌体胖大,边有齿痕,苔黄厚腻;脉滑数,或沉滑。

3.5 饮食积滞证(中医病证分类与代码 B02.12.01.01^[15])

主症:①脘腹痞塞闷胀,按之尤甚,或食后明显;②嗝腐吞酸。次症:①不敢食;②恶心呕吐,或呕吐胃内宿食,或打嗝;③大便不调。舌脉:舌质淡红,苔厚腻;脉滑数,或弦滑,或沉滑。

3.6 寒热错杂证(中医病证分类与代码 B01.10.^[15])

主症:①心下痞满,按之柔软不痛;②脘腹不适。次症:①呕恶欲吐,打嗝;②肠鸣下利;③口渴心烦。舌脉:舌质淡红,苔白或黄腻;脉沉弦。

3.7 脾胃虚弱(寒)证(中医病证分类与代码 B04.06.03.01.03.^[15])

主症:①胃脘痞闷,胀满时减,喜温喜按;②食少不饥。次症:①身倦乏力;②少气懒言;③大便溏薄;④胃中凉,或畏寒肢冷。舌脉:舌质淡,舌体胖大或兼齿痕,舌苔薄白;脉沉细或虚大无力。

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 治疗目标与原则

治疗目标:缓解或减轻症状,以期达到疾病的治愈或改善。治疗原则:调理脾胃,理气消痞,实者分别施以泻热、消食、清热祛湿、化痰、理气,虚者则重在温补脾胃,虚实寒热错杂并见,治宜攻补兼施,寒热并用。

4.2 辨证论治

4.2.1 肝胃不和证 治法:疏肝和胃,理气消痞。

主方:柴胡疏肝散或越鞠丸加减。

药物:柴胡 9~15 g,白芍 9~15 g,枳壳 9~12 g,甘草 6~9 g,陈皮 9~12 g,香附 9~12 g,川芎 9~12 g 等。

加减:气郁较甚,胀满明显者,可加生麦芽 12~18 g,香橼 9~15 g 行气消痞;饮食停滞,食少纳呆,可加神曲 9~15 g,鸡内金 9~15 g,莱菔子 9~15 g 消食和胃;胃气上逆,恶心、嗝气者,可加沉香 3~6 g,旋覆花 9~15 g 降逆下气。

中成药:枳术宽中胶囊,3粒/次(0.43 g/粒),3次/d;疏肝顺气丸,9 g/次,2~3次/d。

4.2.2 胆胃郁热证 治法:泻热消痞,理气开结。

主方:小柴胡汤合大黄黄连泻心汤加减。

药物:柴胡 9~15 g,法半夏 6~9 g,黄芩 9~12 g,甘草 6~9 g,黄连 6~9 g,陈皮 9~12 g,茯苓 12~15 g,大黄 3~6 g 等。

加减:口苦明显者,可加郁金 9~12 g,炒栀子

9~12 g 清肝胆热;口渴欲饮者,可加天花粉 18~30 g,生地黄 15~30 g 以清热生津;嗝气呕吐者,可加赭石 9~12 g,竹茹 9~15 g 降逆下气;烧心反酸者,可加蒲公英 12~18 g,瓦楞子 15~30 g,海蛤壳 15~30 g 清热制酸;腹胀便秘者,加枳实 9~12 g,厚朴 9~12 g,麻子仁 15~30 g 以消胀通便。

中成药:达立通颗粒,1袋/次(6 g/袋),3次/d;丹栀逍遥丸,1袋/次(6 g/袋),2次/d。

4.2.3 痰湿内阻证 治法:化痰祛湿,理气和胃。

主方:二陈汤合平胃散加减。

药物:苍术 9~12 g,法半夏 9~15 g,厚朴 12~18 g,陈皮 9~12 g,茯苓 15~30 g,甘草 6~9 g 等。

加减:若不思饮食者,加佩兰 9~15 g,神曲 9~15 g 以醒脾消食;胸膈满闷较甚者,可加薤白 9~15 g,枳实 9~15 g,瓜蒌皮 12~18 g 以理气宽中;气逆不降,嗝气不除者,可加旋覆花 9~15 g,代赭石 12~15 g 以降逆和胃;小便不利,胃中振水音者,加桂枝 9~15 g,猪苓 12~18 g,泽泻 15~30 g 以化气利水;身重肢倦者,可加羌活 9~12 g,独活 9~12 g 以祛湿通络。

中成药:木香顺气丸,1袋/次(6 g/袋),3次/d;香砂养胃丸(浓缩丸),8丸/次,3次/d。

4.2.4 脾胃湿热证 治法:清热化湿,理气和中。

主方:连朴饮加减。

药物:厚朴 12~18 g,黄连 6~9 g,法半夏 9~15 g,炒栀子 9~12 g,蒲公英 12~18 g,砂仁^{后下} 6~9 g,薏苡仁 12~18 g,枳壳 9~15 g,茯苓 15~30 g,甘草 6~9 g 等。

加减:口苦明显者,可加郁金 9~15 g,茵陈 15~30 g 清热利湿;身重困倦明显者,可加防风 9~12 g,苍术 9~15 g 以祛湿;烧心反酸明显者,可加竹茹 9~15 g,海螵蛸 9~15 g,牡蛎 15~30 g 清热制酸;食少纳呆者,加菖蒲 12~18 g,佩兰 9~15 g,神曲 9~15 g,鸡内金 12~15 g 醒脾消食;便溏乏力者,加炒白术 12~18 g,炒白扁豆 15~30 g 以健脾止泻。

中成药:三九胃泰颗粒,1袋/次(20 g/袋),2次/d;香砂平胃丸,1袋/次(6 g/袋),3次/d。

4.2.5 饮食积滞证 治法:消食导滞,行气消痞。

主方:保和丸加减。

药物:山楂 12~15 g,神曲 9~15 g,莱菔子 9~18 g,法半夏 9~15 g,陈皮 9~15 g,茯苓 15~30 g,连翘 12~18 g 等。

加减:若食积较重,脘腹胀满者,可加鸡内金 9~15 g,枳实 9~12 g,厚朴 12~18 g 以行气消痞;食积化热,大便秘结者,可加大黄 6~9 g,麻子仁 12~24 g 以清热导滞通便;脾虚食积,大便溏薄者,可加

炒白术 12~18 g, 人参 9~12 g, 炒白扁豆 15~30 g 以健脾益气。

中成药: 保和丸, 8 丸/次, 3 次/d; 健胃消食口服液, 10 mL/次, 2 次/d。

4.2.6 寒热错杂证 治法: 辛开苦降, 和中消痞。

主方: 半夏泻心汤加减。

药物: 法半夏 9~15 g, 黄芩 9~12 g, 黄连 6~9 g, 干姜 6~9 g, 党参 12~18 g, 炙甘草 6~9 g, 大枣 9~12 g 等。

加减: 呕恶欲吐, 暖气者, 加枇杷叶 9~15 g, 旋覆花 9~12 g 行气降逆; 湿重、口黏较甚者, 加炒薏苡仁 15~30 g, 砂仁_{后下} 6~9 g, 佩兰 9~15 g 化湿祛浊; 脘胁胀满者, 加香附 9~15 g, 香橼 9~15 g 行气消胀; 肠鸣下利者, 加生姜 9~12 g, 诃子 6~12 g 止泻。

中成药: 延参健胃胶囊(0.3 g/粒), 4 粒/次, 3 次/d。

4.2.7 脾胃虚弱(寒)证 治法: 温补脾胃, 升清降浊。

主方: 香砂六君子汤或理中丸加减。

药物: 党参 12~18 g, 炒白术 12~18 g, 茯苓 15~30 g, 陈皮 9~12 g, 木香 6~9 g, 干姜 6~12 g, 炙甘草 6~9 g 等。

加减: 食后腹胀者, 加枳壳 9~15 g, 佛手 12~15 g 行气消胀; 纳呆食少者, 加焦三仙各 12~18 g 健胃消食; 水饮内停, 泛吐清水者, 加姜半夏 9~12 g, 生姜 9~15 g 化饮止呕; 气虚乏力明显者, 可加黄芪 15~30 g 益气; 胃脘怕冷明显者, 加荜茇 9~12 g, 小茴香 6~9 g 温胃; 脾肾阳气不足, 四肢及腹部畏寒怕冷明显者, 加肉桂 6~9 g, 附子_{先煎} 15~30 g, 吴茱萸 3~6 g 温补阳气; 大便稀溏者, 加炮姜 6~9 g, 肉豆蔻 9~15 g 温阳止泻。

中成药: 香砂六君丸(浓缩丸), 12 丸/次, 3 次/d; 益气和胃胶囊, 4 粒/次(0.5 g/粒), 3 次/d; 附子理中丸(浓缩丸), 8 丸/次, 3 次/d。

4.3 古代医家学术经验

4.3.1 张仲景^[16-17] (1)学术观点: 痞多因外邪下之过早, 邪入于内, 导致气机痞塞。

(2)治法心得: 遵从苦寒为泻, 辛甘为散, 诸泻心汤以寒热互用。热痞, 关上脉浮, 用苦寒药, 大黄黄连泻心汤; 治伤寒阴阳不和而痞, 复恶寒汗出, 兼用寒热药, 附子泻心汤; 半夏泻心汤治心下痞, 而呕、肠鸣下利; 甘草泻心汤治胃虚气逆; 生姜泻心汤治胁有水气; 五苓散散水气痞; 旋覆代赭汤治虚痞噎气不除。另外以痞为兼证的可用如十枣汤、大小柴胡汤、瓜蒂散、桂枝人参汤等治疗。

4.3.2 李东垣^[18-21] (1)学术观点: 多因饮食不节、劳役、五志不和、妄用药物攻下所致, 如“饮食不

节则胃病, 形体劳役则脾病, 喜怒忧恐, 损耗元气, 下之太过, 亦作痞满, 故胸中之气, 因虚而下陷于心之分野”。

(2)治法心得: 木香化滞汤, 治因忧气郁结中脘, 腹皮底微痛, 心下痞满, 不思饮食, 食之不散; 消痞丸, 治一切心下痞闷, 及积年久不愈者; 枳实消痞丸, 治心下虚痞, 恶食懒倦, 开胃进食; 厚朴温中汤, 治脾胃虚寒, 心腹胀满, 及秋冬客寒犯胃, 时作疼痛; 枳术丸, 治痞, 消食, 强胃; 橘皮枳术丸, 治老幼元气虚弱, 饮食不消, 或脏腑不调, 心下痞闷; 木香枳术丸, 破滞气, 消饮食, 开胃进食; 枳实导滞丸, 治伤湿热之物, 不得施化, 而作痞满, 闷乱不安。忌过用行气消导药及妄吐、妄下, “若全用气药导之, 则其痞益甚。甚而复下, 气愈下降, 必变为中满、膨胀, 皆非其治也”。调摄需安于淡薄, 少思寡欲, 省语以养气, 不妄作劳以养形, 虚心以维神。

4.3.3 张介宾^[22-24] (1)学术观点: 多因食滞、寒凉伤胃、湿胜、脾寒气滞、怒气暴伤、脾胃微虚、中焦不暖等引起气滞而痞, 痞满不开。凡有邪有滞而痞者, 实痞也; 无物无滞而痞者, 虚痞也。有胀有痛而满者, 实满也; 无胀无痛而满者, 虚满也。

(2)治法心得: 食滞既消, 脾气受伤不能营运, 而虚痞不开者, 当专扶脾气, 微者异功散、养中煎, 甚者五福饮、温胃饮、圣术煎; 食寒凉伤胃, 痞满不开, 而不可补者, 宜和胃饮加山楂、麦芽之类, 或用浓朴温中汤; 湿胜气滞而痞者, 宜平胃散, 或《良方》浓朴汤, 或五苓散; 寒滞脾胃, 或为痛为痞, 而中气不虚者, 浓朴温中汤; 脾寒气滞而痞者, 和胃饮; 怒气暴伤, 肝气未平而痞者, 解肝煎; 脾胃微虚, 而若满非满, 食少不化者, 宜四君子汤, 或异功散; 中焦不暖, 或噎腐, 或吞酸而痞满者, 非温补不可, 宜温胃饮、五君子煎, 或理中汤、圣术煎, 或参姜饮; 若大便气秘, 上下不通而痞者, 河间浓朴汤; 若胃口停痰而痞者, 二陈汤, 或橘皮半夏汤; 胃寒气滞停痰, 痞而兼呕者, 加减二陈汤。

4.3.4 叶桂^[25-26] (1)学术观点: 多因外感六淫, 饮食不节、情志失调导致。饮食不节, 如“酒肉浊物助阴”、“偶食闭气物”、“味过辛酸”可致痞; 情志失调, 如怒、惊等情志太过影响脏腑气机, 而成痞满; 木克脾土, 分为木旺乘土, 即肝气过盛时脾土受到克伐, 以及土虚木乘, 即脾土虚弱时肝气相乘。

(2)治法心得: 少阳络病, 邪犯太阴, 症见脾阳衰微, 中焦痞结, 色痿如瘁, 便后有血的病症, 治以补太阴泄少阳, 药用人参、当归、枳实汁、炒半夏、桑叶、丹皮; 两和太阴阳明法, 药用草果、知母、半夏、厚朴、姜汁、乌梅、黄芩、花粉, 在遣方上善用仲景泻心汤和苓桂术甘汤等; 而由风热、暑热、湿热等温邪引起的痞满时, 叶氏用卫气营血理论辨证施治, 通

过祛除温邪消除痞满,如暑久入营,营阴耗损,不饥微痞,方用生地、元参、黄连、银花、连翘、丹参清热凉血,养阴消痞;邪热由中及于募原,布散营卫,遂为寒热,既为邪据,自然痞闷不饥,此为邪热布散营卫,伤及胃气,痞闷不饥的病证,治以解表清热,益气生津,方用《金匱要略》桂枝白虎汤。

4.3.5 林佩琴^[27] (1)学术观点:多因寒滞停痰、饮食寒凉伤胃、脾胃阳微、中气久虚、食滞、心脾郁结、暴怒伤肝、湿邪阻气等引起气滞、停痰、湿阻、热邪内结而出现痞满。痞则闭而不开,满则闷而不舒。病在胸膈气分,而外不胀急,但不知饥,不欲食。杂病痞满,有寒热虚实之不同。

(2)治法心得:胃口寒滞停痰痞闷者,辛温泄浊,橘皮半夏汤,或二陈汤加丁香;饮食寒凉,伤胃致痞者,温中化滞,和胃煎加楂肉、麦芽、砂仁、或浓朴温中汤;脾胃阳微,胸不清旷者,辛甘理阳,苓桂术甘汤;中气久虚,精微不化者,升清降浊,补中益气汤加猪苓、泽泻;脾虚失运,食少虚痞者,温补脾元,四君子汤、异功散;胃虚气滞而痞者,行气散满,保和汤,或三因七气汤;食滞未除作痞者,专消导,大和中饮,或枳术丸、资生丸;心脾郁结而成痞者,调其气,归脾汤、治中汤;暴怒伤肝,气逆而痞者,舒其郁,解肝煎;气闭化热,不食便秘者,辛润开降,蔻仁、杏仁、麻仁、栝蒌仁、贝母、竹茹、石斛、郁金,或小陷胸汤;热邪里结,恶心中痞者,苦酸泄降,半夏泻心汤去人参、甘草、大枣,加枳实、白芍、乌梅;湿邪阻气,呕恶胸痞者,湿邪头胀,舌白不饥,脘痞恶心,脉缓,甘淡渗湿,六一散加芦根、茯苓、杏仁、薏仁、通草、藿梗、半夏、蔻仁、或平胃散。用药宜忌:不宜过用消耗,重损元气。

4.4 其他治法

4.4.1 针灸^[28-29] 针刺取穴:肝胃不和证,足三里、中脘、内关、太冲、肝俞,针用泻法;胆胃郁热证,中脘、内关、期门、内庭,针用泻法;痰湿内阻证,中脘、脾俞、丰隆、阴陵泉;脾胃湿热证,中脘、脾俞、丰隆、阳陵泉、胃俞;饮食积滞证,足三里、中脘、天枢、梁门、建里,针用泻法;寒热错杂证,足三里、中脘、内庭、三阴交;脾胃虚弱(寒)证,足三里、中脘、脾俞、气海,针用补法。艾灸适用于痰湿内阻证和脾胃虚弱(寒)证,取穴足三里、中脘、脾俞、肾俞、神阙、气海、关元,可用直接灸,或者采用隔姜灸法。

4.4.2 按摩^[30-31] 采用指压法或按揉法治疗。指压法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;按揉法用大鱼际、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。按照上述针刺辨证取穴,按揉天宗穴有效。

4.4.3 穴位贴敷^[32-34] 可分为虚寒和实热两个证

型来选择用药,取穴按照上述针刺辨证取穴。

(1)虚寒证:肉桂 6 g、厚朴 12 g、吴茱萸 6 g、小茴香 9 g、细辛 6 g、白芥子 3 g,按剂量比例研细粉,加生姜汁调成糊状,置于无菌纱布中,贴敷于穴位,胶布固定。

(2)实热证:黄连 6 g、黄芩 9 g、大黄 6 g、柴胡 12 g、赤芍 15 g、枳实 15 g、丹参 15 g、冰片 6 g,按剂量比例研细粉,加蜂蜜调成糊状,置于无菌纱布中,贴敷于穴位,胶布固定。

4.5 治疗流程图

痞满诊治流程参考图 1。

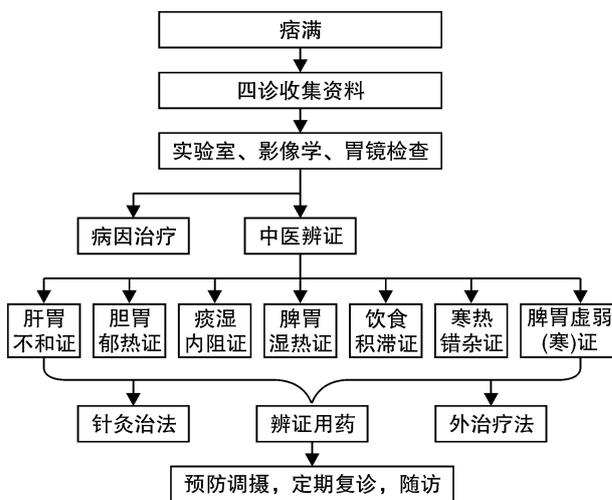


图 1 痞满中医药诊治流程示意图

5 疗效评定

根据中医药病证结合诊治疾病的模式,疗效评价一般包括疾病和证候两方面,痞满的临床疗效评价除了疾病主要症状、次要症状及证候疗效外,也可对生存质量和心理状态进行测评。

5.1 主要症状及次要症状疗效评价标准

主要症状(痞满)和次要症状的记录与评价^[35-36],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 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。按症状改善百分率=(治疗前总积分-治疗后总积分)/治疗前总积分×100%,计算主要症状改善百分率。(1)痊愈:症状消失;(2)显效:症状改善百分率≥80%;(3)有效:50%≤症状改善百分率<80%;(4)无效:症状改善百分率<50%;(5)恶化:症状改善百分率为负值。

5.2 证候疗效评定标准^[35-36]

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 $\times 100\%$ 。临床痊愈:症状、体征消失或基本消失,疗效指数 $\geq 95\%$;显效:症状、体征明显改善,70% \leq 疗效指数 $< 95\%$;有效:症状、体征明显好转,30% \leq 疗效指数 $< 70\%$;无效:症状、体征无明显改善,甚或加重,疗效指数 $< 30\%$ 。

5.3 生存质量和心理状态评价标准

生存质量国内普遍采用汉化版 SF-36 健康调查量表进行评价,心理状态测评量表有焦虑自评量表(SAS)和抑郁自评量表(SDS)。

6 预防调摄

痞满的发病及加重多与饮食不节、寒温不适、情志不畅、劳逸失和有关,所以要从饮食、运动与精神方面进行调摄。

(1)饮食养成良好的习惯,按时适量,营养丰富,清淡易消化为原则;不宜饮酒及过食生冷、热烫、辛辣、油腻及坚硬难以消化的食物,避免暴饮暴食,或饥饱无常,避免服用对胃肠有刺激的药物。

(2)注意劳逸结合,适当运动,避免劳累,中医保健功法如八段锦、太极拳等有一定作用,但应避免餐后立刻运动,病情较重时,需适当休息。

(3)应保持精神愉快,避免忧思恼怒及情绪紧张,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,对缓解其症状和提高生活质量有一定的帮助。

7 转归与随访

一般预后良好,只要保持心情舒畅,饮食有节,并坚持治疗,多能治愈。但本病常反复或间断发作,经久不愈,所以贵在坚持治疗。若久病失治,或治疗不当,症状持续不缓解或出现报警症状,应完善相关检查,排除其他疾病,避免病程迁延,发展为鼓胀、积聚等疾患。如本病反复发作,明确病因后,应定期随访,定期复查,在临床上多见于功能性消化不良和慢性胃炎等疾病,根据《中国慢性胃炎共识意见(2017年,上海)》^[37],不伴肠上皮化和异型增生的慢性胃炎患者可1~2年行内镜随访1次,有中重度萎缩或伴有肠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。

共识执笔人:

田锋亮(重庆市中医院)、李延萍(重庆市中医院)、刘凤斌(广州中医药大学第一附属医院白云医院)、杨小军(重庆市中医院)

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:

王凤云(中国中医科学院西苑医院脾胃病研究所)、

王萍(中国中医科学院西苑医院脾胃病研究所)、王华宁(云南省中医医院)、朱西杰(宁夏医科大学)、杨倩(河北省中医院)、张雅丽(黑龙江省中医药科学院)

组外函审专家:

丁霞(北京中医药大学)、马群(海军青岛特勤疗养中心)、孔文霞(绵阳市中医医院)、刘启泉(河北省中医院)、李艳彦(山西中医药大学附属医院)

定稿审定专家+审稿会投票专家:

黄恒青(福建省中医药科学院)、王风云(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(广州中医药大学第一附属医院白云医院)、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(福建中医药大学附属第二人民医院)、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:

曹智璇(重庆市巴南区中医院)、文艺(广州中医药大学第一附属医院)、袁静(重庆市潼南区中医院)

利益冲突 所有作者均声明不存在利益冲突

参考文献

- [1] 唐旭东,王风云,李慧臻,等.痞满中医临床实践指南(2018)[J].中医杂志,2019,60(17):1520-1530.
- [2] 吴春艳,张琳,郭霞珍.“中满”与“痞满”概念之辨析[J].中医教育,2017,36(6):80-82.
- [3] 薛昊.中医痞病内涵与辨治研究[D].南京:南京中医药大学,2019.
- [4] 田明健.基于古典医籍及临床经验探讨中医痞满[J].中国中医药现代远程教育,2018,16(6):74-76.
- [5] 甘海苹,伍建新,吴红彦,等.中医药辨证治疗痞满证研究进展[J].亚太传统医药,2017,13(8):74-75.
- [6] 孙语男,韩松雪,卢玥,等.金宇安从虚、湿、气三因辨治调气机治疗痞满经验[J].北京中医药,2019,38(3):242-245.
- [7] 饶洪,郭书英,张雪琳,等.痞满证治探讨[J].中华中医药杂志,2017,32(12):5387-5388.

- [8] 朱英,钱会南.痞满临床论治探析[J].中国中医药现代远程教育,2020,18(4):94-96.
- [9] 赵珊,姜树民.论痞从肺治[J].辽宁中医药大学学报,2013,15(5):132-133.
- [10] 王晓梅,王彦刚,袁宗洋,等.王彦刚从“五脏气机升降”论治痞满经验撷英[J].中华中医药杂志,2020,35(7):3472-3474.
- [11] 弓敏,马可迅.名老中医江杨清辨析痞满经验浅谈[J].中国中西医结合消化杂志,2019,27(8):633-634,637.
- [12] 赵宇栋,谭唱,陆为民.陆为民论治痞满经验[J].湖南中医杂志,2018,34(8):28-29.
- [13] 谭唱,徐丹华,陆为民,等.国医大师徐景藩论治痞满经验浅析[J].四川中医,2018,36(7):10-12.
- [14] 李丽岚,朱莹.朱莹教授治疗“痞满”临床经验总结[J].中医药导报,2015,21(3):98-99.
- [15] 国家市场监督管理总局,国家标准化管理委员会.GB/T 15657-2021,中医病证分类与代码[S].北京:中国标准出版社,2021:19-127.
- [16] 邢齐树,董昌武.《伤寒论》之“痞”临证浅析[J].环球中医药,2021,14(1):103-105.
- [17] 章浩军,刘启华.《伤寒论》痞满证治规律研究与应用[J].国医论坛,2017,32(3):1-5.
- [18] 何永明,高原.李东垣论治心下痞之学术思想[J].中国中医基础医学杂志,2001,7(7):552-554.
- [19] 郭曼丽,陈思思,喻斌.李东垣与叶天士治疗痞满用药规律分析[J].中医药导报,2018,24(20):68-70.
- [20] 陈俊良,赵云燕.金元四大家论治痞满特点浅析[J].河北中医,2018,40(5):778-781.
- [21] 张年顺.李东垣医学全书[M].北京:中国中医药出版社,2015:19-22.
- [22] 刘嘉维,白光.《景岳全书》治疗痞满的用药规律研究[J].湖南中医杂志,2018,34(2):120-121.
- [23] 陈绍倪.明代各流派医家治疗痞满的理论研究与用药思路[D].南京:南京中医药大学,2014.
- [24] 张介宾.景岳全书[M].北京:人民卫生出版社,2007:530-534.
- [25] 余婉丽,刘同亭.吴门医派叶桂辨治痞满探析[J].江苏中医药,2019,51(9):78-80.
- [26] 叶天士.临证指南医案[M].北京:中国中医药出版社,2018:173-175.
- [27] 林佩琴.类证治裁[M].北京:人民卫生出版社,2005:179-180.
- [28] 王佳佳,王洪峰.基于著作类数据挖掘针灸治疗痞满的腧穴优选与配伍规律谱[J].中华中医药杂志,2018,33(2):694-698.
- [29] 姜锐,赵雪,陈泽林,等.针灸治疗痞满的古代文献研究[J].西部中医药,2012,25(3):37-39.
- [30] 陆昕,陆霞,石志敏.穴位按摩配合穴位贴敷治疗肝郁气滞型痞满证60例[J].四川中医,2016,34(3):181-182.
- [31] 李得钦,陈守强,李灵灵.按揉天宗穴治疗痞满1例[J].中医外治杂志,2016,25(6):51-51.
- [32] 雷春丽,畅彬如,马红学.马红学主任医师运用穴位贴敷辨证治疗痞满经验[J].临床合理用药杂志,2019,12(7):22,25.
- [33] 汪洁,胡乃毅.穴位敷贴联合艾灸治疗消化不良治疗的价值[J].光明中医,2018,33(11):1608-1610.
- [34] 孙薇,黎婉荣.半夏泻心汤联合中药穴位贴敷治疗胃痞72例[J].陕西中医,2012,33(9):1141-1142.
- [35] 张声声,刘凤斌,侯政昆.脾胃病症状量化标准专家共识意见(2017)[J].中华中医药杂志,2017,32(8):3590-3596.
- [36] 郑筱萸.中药新药临床研究指导原则(试行)[M].北京:中国医药科技出版社,2002:134-139.
- [37] 房静远,杜奕奇,刘文忠,等.中国慢性胃炎共识意见(2017年,上海)[J].胃肠病学,2017,22(11):670-687.

(收稿日期:2024-04-09)