

# 胃缓中医诊疗专家共识(2023)\*

中华中医药学会脾胃病分会

**[摘要]** 胃缓是脾胃病科的常见病,属于现代医学“胃下垂”“慢性胃炎”“功能性消化不良”以及各种原因导致的“腹腔脏器下垂”等疾病的范畴,胃缓虽不是重症疾病,但病情迁延日久、症状明显,影响患者生活质量,中医药治疗效果良好。本共识阐述了胃缓的病名沿革、病因病机、辨证论治、古代医家经验、疗效评定、预防调摄等内容,具有很好的临床实用性和指导意义。

**[关键词]** 胃缓;中医;诊断;治疗;共识

**DOI:**10.3969/j.issn.1671-038X.2024.12.02

**[中图分类号]** R573 **[文献标志码]** A

## Expert consensus on traditional Chinese medicine diagnosis and treatment of Wei Huan(2023)

*Branch of Gastrointestinal Diseases, China Association of Chinese Medicine*

**Abstract** The term "Wei Huan" is a common disease in the field of gastroenterology, which belongs to the scope of modern medicine diseases such as "gastroptosis" "chronic gastritis" "functional dyspepsia", and "abdominal organ descent due to various reasons". Although "Wei Huan" is not a severe illness, its prolonged course and significant symptoms can severely impact patients' quality of life. Traditional Chinese medicine has shown promising therapeutic effects. This consensus elaborates on the evolution of the disease name, its etiology and pathogenesis, syndrome differentiation and treatment, the experiences of ancient medical practitioners, efficacy evaluation, and preventive care. It provides valuable clinical practicality and guidance for managing "Wei Huan".

**Key words** Wei Huan; traditional Chinese medicine; diagnosis; treatment; consensus

胃缓是因长期饮食不节、情志失调、劳倦过度等,导致脾胃失和、中气下陷,以脘腹坠胀或疼痛、食后或站立后加重为主要特征的中医内科脾胃病证<sup>[1-3]</sup>。随着现代医学的发展,腹腔脏器切除手术较常见,尤其是胃肠道切除术后,因为部分脏器缺失、解剖结构改变以及术后失养也成为导致胃缓的一个重要因素。“胃缓”一词首见于《内经》,《实用中医内科学》首次将“胃缓”定为正式病名,并归入脾胃病证类论述<sup>[1]</sup>。因脾胃居中焦,脾主肌肉,内脏下垂是肌肉韧带松弛所致,故内脏下垂有胃缓病证表现者均属于本文讨论的范畴。胃缓虽不是重症疾病,但病情迁延日久,也可影响患者生活质量。本病属于西医学“胃下垂”“慢性胃炎”“功能性消化不良”等疾病的范畴。

2011年,中华中医药学会发布《胃下垂诊疗指南》<sup>[4]</sup>。2020年,世界中医药联合会发布《胃缓(胃下垂)中医临床诊疗指南》<sup>[3]</sup>,同年中华中医药学会脾胃病分会发布《消化系统常见病胃下垂中医诊疗指南(基层医生版)》<sup>[5]</sup>。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缓中医诊

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胃缓的证候分类、辨证治疗、诊治流程、古代医家经验、疗效标准、循证研究进展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 概念

胃缓多因患者禀赋薄弱、饮食不节、情志失调、劳倦过度、术后及失养等,使中气下陷、升举无力,以脘腹坠胀为主,或有疼痛,食后或站立时尤甚为主症的疾病<sup>[1-3]</sup>。胃缓的中医疾病名代码为

\*基金项目:陕西省特支计划科技创新领军人才项目(No:00518);陕西省第二批中医学术流派传承工作室(陕中医药函[2023]84号)

通信作者:鱼涛,E-mail:yt0745@163.com;唐旭东,E-mail:txdy@sina.com

引用本文:中华中医药学会脾胃病分会.胃缓中医诊疗专家共识(2023)[J].中国中西医结合消化杂志,2024,32(12):1040-1047. DOI:10.3969/j.issn.1671-038X.2024.12.02.

A04.03.17<sup>[6]</sup>。

## 1.2 中医病名历史沿革

“缓”字中医古籍中有七种解释,此处的“缓”当理解为宽松<sup>[7]</sup>。胃缓一词,最早见于《灵枢·本脏》,即“脾应肉,肉胭(jiǒng)坚大者胃厚,肉胭么者胃薄。肉胭小而么者胃不坚。肉胭不称身者胃下,胃下者,下管约不利。肉胭不坚者胃缓……”。胭指人体肌肉较丰厚处<sup>[8]</sup>。说明全身肌肉坚壮者胃厚,肌肉消瘦者胃薄;肌肉消瘦与身形不相称者,则胃的位置偏下,肌肉不够坚实则胃缓。同时说明患胃缓者必然有胃下。胃缓自《内经》以后,历代医家均未将此病列入专章讨论。东汉张仲景在《金匮要略·痰饮咳嗽病脉证并治》中有“其人素盛今瘦,水走肠间,沥沥有声,谓之痰饮”的论述,颇类似本病<sup>[1-2]</sup>。胃缓可以参阅历代医籍中痞满、胃痛、不食等有关章节。《中药新药临床研究指导原则(试行)》<sup>[9]</sup>《中医内科学》<sup>[10]</sup>均将胃缓归类到痞满的范畴讨论。

《灵枢·本脏》“愿闻六腑之应……肺应皮,皮厚者大肠厚,皮薄者大肠薄,皮缓腹裹大者大肠大而长……心应脉,皮厚者脉厚,脉厚者小肠厚;皮薄者脉薄,脉薄者小肠薄;皮缓者脉缓,脉缓者小肠大而长……肝应爪,爪厚色黄者胆厚,爪薄色红者胆薄,爪坚色青者胆急,爪濡色赤者胆缓……肾应骨,密理厚皮者三焦膀胱厚,粗理薄皮者三焦膀胱薄,疏腠理者三焦膀胱缓。”对应五脏同时记载了皮缓、脉缓、胆缓、三焦膀胱缓,也就是小肠、大肠、胆和膀胱的组织解剖部位与形体官窍结构的关系,说明五脏六腑均有宽松即下垂的情况出现。

## 1.3 现代医学相关疾病

胃缓的临床表现与西医的胃下垂相吻合,内脏下垂特别是小肠下垂也与本病相似。其他如慢性胃炎、功能性消化不良、胃排空功能障碍(包括糖尿病胃轻瘫)<sup>[11]</sup>等疾病符合胃下垂诊断标准者(胃下垂 X 线造影检查诊断:立位时,胃小弯角切迹低于髂嵴连线水平,张力减退。程度一般以胃小弯角切迹低于髂嵴连线水平划分,1 cm<轻度≤5 cm,5 cm<中度≤10 cm,重度>10 cm<sup>[3,11]</sup>)均可参考本篇。

## 2 病因病机

### 2.1 病因与发病

胃缓的病因多为长期饮食不节、情志失调、劳倦过度、禀赋薄弱、术后及失养等,导致脏腑功能失调,脾胃虚弱、中气下陷。

### 2.2 病机要点

本病属慢性虚损性疾病,久病多虚,饮食不节、情志失调、劳倦过度、禀赋薄弱、术后及失养等病因致使脾胃虚弱,日久中气下陷。脾虚日久、摄入不足、运化无力、气血乏源,可出现阴血亏虚之候。虚证日久,因虚致实,产生湿浊、水饮、瘀血等病理产

物。总之,本病属本虚标实,其中脾胃亏虚、中气下陷为其根本或主要病机。病位在胃、大肠、小肠,与脾、肝、肾相关。

## 3 常见证候<sup>[1-3,12]</sup>

### 3.1 脾虚气陷证(中医病证分类与代码 B03.01.01.04.01)

主症:①脘腹坠胀;②脘腹疼痛;③倦怠乏力;④形体消瘦。次症:①面色萎黄;②食欲减退;③早饱;④大便稀溏。舌脉:舌淡苔白;脉细弱无力。

### 3.2 阴血不足证(中医病证分类与代码 B03.02.03.03.03.01)

主症:①脘腹坠胀;②脘腹疼痛;③口干;④大便干结;⑤形体消瘦。次症:①面色无华,唇色淡;②手足心热;③盗汗;④倦怠乏力。舌脉:舌红少苔;脉细数。

### 3.3 脾阳不足证(中医病证分类与代码 B04.03.01.03.03.01)

主症:①脘腹坠胀;②脘腹疼痛;③胃寒怕冷;④食欲减退;⑤大便稀溏或完谷不化。次症:①面色虚白;②倦怠乏力;③四肢不温;④食后腹胀。舌脉:舌淡胖或边有齿痕,苔白滑;脉沉细或迟弱。

### 3.4 脾虚饮停证(中医病证分类与代码 B04.03.01.03.04.07)

主症:①脘腹坠胀;②脘腹疼痛;③胃内振水声或水在肠间漉漉有声;④口吐清涎;⑤肢困身重。次症:①面色萎黄晦滞;②食欲减退;③头重如裹;④口中黏腻。舌脉:舌淡胖边有齿痕,苔白滑;脉弦滑或弦细。

### 3.5 肝郁脾虚证(中医病证分类与代码 B04.06.02.03.01.02)

主症:①脘腹坠胀;②脘腹疼痛;③烦躁易怒;④口苦咽干。次症:①食欲减退;②大便稀溏;③腹痛肠鸣;④失眠多梦。舌脉:舌红苔白腻;脉弦。

### 3.6 瘀血内停证(中医病证分类与代码 B02.10.01.02)

主症:①脘腹坠胀;②脘腹疼痛;③腹部刺痛,固定不移,入夜痛甚;④形体消瘦。次症:①面色黧黑,口唇青紫;②食欲减退。舌脉:舌质紫暗或有瘀斑,苔薄;脉弦涩。

### 3.7 脾虚湿热证(中医病证分类与代码 B04.03.01.03.04.04)

主症:①脘腹坠胀;②脘腹疼痛;③食欲减退;④口苦口臭。次症:①身体困重,头重如裹;②口中黏腻不爽;③大便黏滞不畅。舌脉:舌红、胖大、边有齿痕,苔黄厚腻;脉濡数或弦滑。

证候诊断:具备主症①或②加其他主症任 1 项,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、改善理化指标、提高生活质量为

治疗目标,以扶正祛邪为治疗原则。

#### 4.2 辨证论治常规

##### 4.2.1 脾虚气陷证 治法:健脾益气,升阳举陷。

方药:补中益气汤加减<sup>[13]</sup>。

药物组成:黄芪 15~30 g,炙甘草 6~9 g,人参 6~9 g,当归身 9~12 g,陈皮 6~9 g,升麻 3~6 g,柴胡 3~6 g,白术 9~12 g 等。

加减:遇寒则症状加重者,加高良姜 3~6 g 以温中健脾;脘腹疼痛明显者,加桂枝 6~9 g、甘松 3~6 g、白芍 12~15 g 以缓急止痛<sup>[14]</sup>。

中成药:补中益气颗粒,口服,1 袋/次,2~3 次/d。规格:每袋重 3 g<sup>[15]</sup>。

##### 4.2.2 阴血不足证 治法:滋阴养胃,补血养血。

方药:益胃汤合当归补血汤加减。

药物组成:沙参 12~15 g,麦冬 12~15 g,冰糖 3~6 g,生地 12~15 g,玉竹 6~9 g,黄芪 15~30 g,当归 6~9 g 等。

加减:腹胀甚者加枳壳 6~9 g 以行气除胀;肠燥便秘重者,加郁李仁 6~9 g、火麻仁 10~15 g 以润肠通便<sup>[4]</sup>。

中成药:阴虚胃痛颗粒,开水冲服,1 袋/次,3 次/d。规格:每袋重 10 g<sup>[15]</sup>。

##### 4.2.3 脾阳不足证 治法:温中健脾,补肾温阳。

方药:理中汤加减<sup>[13]</sup>。

药物组成:人参 6~9 g,干姜 6~9 g,炙甘草 3~6 g,白术 9~12 g 等。

加减:腰膝酸软、腰背部冷感者,加附子 3~6 g、肉桂 1~3 g、益智仁 6~9 g 以温肾助阳;脘腹鸣响者,加防风 6~9 g、藿香 6~9 g 以化湿醒脾<sup>[14]</sup>。

中成药:理中丸,口服,1 丸/次,2 次/d。规格:每丸重 9 g<sup>[15]</sup>。

##### 4.2.4 脾虚饮停证 治法:健脾和胃,温化痰饮。

方药:苓桂术甘汤合小半夏汤加减。

药物组成:茯苓 12~15 g,桂枝 6~9 g,白术 9~12 g,甘草 3~6 g,半夏 6~9 g,生姜 6~9 g 等。

加减:呕吐重者,加代赭石<sup>先煎</sup> 18~30 g、旋覆花<sup>包煎</sup> 6~9 g 以止呕<sup>[16]</sup>;乏力重者,加党参 12~15 g、山药 15~18 g 以健脾益气;头晕气短重者,加当归 6~9 g、熟地黄 9~12 g 以补血养血<sup>[4]</sup>。

中成药:①虚寒胃痛颗粒,开水冲服,1 袋/次,3 次/d。规格:每袋装 5 g(无蔗糖版每袋装 3 g)<sup>[15]</sup>;②香砂胃苓丸,口服,6 g/次,2 次/d。规格:每 15 粒重 1 g<sup>[15]</sup>。

##### 4.2.5 肝郁脾虚证 治法:疏肝解郁,健脾和胃。

方药:逍遥散加减<sup>[13]</sup>。

药物组成:炙甘草 3~6 g,当归 9~12 g,茯苓 12~15 g,白芍 12~15 g,白术 9~12 g,柴胡 6~9 g 等。

加减:情志抑郁严重者,加合欢花 6~9 g、郁金 6~9 g、百合 9~12 g 以调畅情志;腹胀甚连及小腹者,加乌药 6~9 g、小茴香 3~6 g、防风 6~9 g 以行气除胀<sup>[14]</sup>;失眠多梦者,加远志 6~9 g 以安神定志<sup>[17]</sup>。

中成药:①逍遥丸(水丸),口服,6~9 g/次,1~2 次/d<sup>[15]</sup>;②逍遥丸(浓缩丸),口服,8 丸/次,3 次/d(每 8 丸相当于饮片 3 g)<sup>[15]</sup>;③胃苏颗粒,开水冲服,1 袋/次,3 次/d。规格:每袋装 5 g(无蔗糖版每袋装 3 g)<sup>[15]</sup>。

##### 4.2.6 瘀血内停证 治法:益气健脾,活血化瘀。

方药:少腹逐瘀汤加减<sup>[13]</sup>。

药物组成:小茴香 3~6 g,干姜 6~9 g,元胡 6~9 g,没药 3 g,当归 9~12 g,川芎 6~9 g,肉桂 1~3 g,赤芍 9~12 g,蒲黄 6~9 g,五灵脂 6 g,枳壳 6~9 g 等。

加减:腹部刺痛较重者,加九香虫 6~9 g、刺猬皮 6~9 g、莪术 6~9 g 以活血止痛<sup>[16,18]</sup>;乏力纳差者,加党参 12~15 g、白术 9~12 g、茯苓 12~15 g 以益气健脾<sup>[4]</sup>。

中成药:①少腹逐瘀颗粒,开水冲服,1 袋/次,2~3 次/d。规格:每袋装 1.6 g<sup>[15]</sup>;②少腹逐瘀丸,开水送服,1 丸/次,2~3 次/d。规格:每丸重 9 g<sup>[15]</sup>。

##### 4.2.7 脾虚湿热证 治法:健脾和胃,清热祛湿。

方药:枳实消痞丸加减。

药物组成:生姜 6~9 g,炙甘草 3~6 g,麦芽曲 12~15 g,茯苓 12~15 g,白术 12~15 g,半夏 6~9 g,人参 6~9 g,厚朴 6~9 g,枳实 6~9 g,黄连 1~3 g。

加减:疲乏无力、气短懒言者,重用 人参 9~12 g、白术 15~20 g 以益气健脾;胀甚者,加陈皮 6~9 g、木香 3~6 g 以行气消胀<sup>[19]</sup>。

中成药:芫龙胶囊,口服,2 粒/次,3 次/d。规格:每粒含龙胆苦苷 80 mg<sup>[15]</sup>。

#### 4.3 古代医家经验

虽然胃缓自《内经》以后历代医家均无专章记载,但有些古代文献相关记载内容与本病颇为相似,可以参考。

4.3.1 东汉·张仲景 《金匮要略》有“其人素盛今瘦,水走肠间,沥沥有声,谓之痰饮”“心下有痰饮,胸胁支满,目眩,苓桂术甘汤主之”“呕家本渴,渴者为欲解,今反不渴,心下有支饮故也,小半夏汤主之”“腹满,口舌干燥,此肠间有水气,己椒苈黄丸主之”,这里的苓桂术甘汤、小半夏汤、己椒苈黄丸都可以应用于胃缓属于脾虚饮停者,所谓“病痰饮者,当以温药和之”。

4.3.2 唐·孙思邈 《千金翼方·饮食不消》中记载:“附子丸,主胸膈中寒温不和,心下宛宛痛,逆害

饮食,气满嘘吸,干噎吞酸,胸背中冷,两肋急痛,腹中有冷水,抑抑作声,绕脐痛,头眩满闷,身体羸瘦方。”其中附子丸可理解为治疗脾阳不足、气血两虚的胃缓一症。

**4.3.3 宋·许叔微** 《普济本事方》介绍苍术丸治痰饮癖囊,其法为“苍术一斤,去皮,切末之,用生麻油半两,水二盏,研滤取汁,大枣十五枚,烂煮去皮核研,以麻汁匀研成稀膏,搜和入白熟杵,圆梧子大,干之,每日空腹用盐汤吞下五十丸,增至一百丸、二百丸。忌桃李雀鸽。初服时必膈微燥,且以茅术制之,觉燥甚,进山梔散。(山梔一味,干之为末,沸汤点服)一服,久之不燥矣。”也是治疗胃缓的方法<sup>[1]</sup>。

**4.3.4 金·李东垣** 《脾胃论·脾胃盛衰论》有“如脉缓,病怠惰嗜卧,四肢不收……从平胃散;如脉弦……从黄芪建中汤;脉虚而血弱,于四物汤中摘一味或二味……或真气虚弱,从四君子汤;或渴,或小便闭塞,从五苓散去桂,摘一二味加正药中……腹中夯闷,此非腹胀,内散而不收,可加芍药收之。”此处的腹中夯闷,也可理解为胃缓脘腹痞闷,以上均是根据辨证而采用的不同治疗方法。“湿热相合,阳气日以虚,阳气虚则不能上升,而脾胃之气下流,并于肝肾,是有秋冬而无春夏。”此篇中提及的补脾胃泻阴火升阳汤,也是升发阳气,才有利于清热除湿,与胃缓脾虚湿热证有一定相关性。

**4.3.5 元·朱丹溪** 《丹溪心法》中记载“枳术丸,助胃消食,宽中去痞满”。枳术丸也是治疗胃缓的常用方剂。

**4.3.6 清·叶天士** 《临证指南医案》有记载“张四八,阳微浊凝,胃下疼。炒黑川椒一钱,炒黑川乌三钱,炒黑川附子三钱,炒淡干姜一钱半。”记录虽然简单,但此处“胃下”一词有与胃缓相符之处。

#### 4.4 其他治法

**4.4.1 针灸治疗** 治疗胃缓的针刺常用穴位有中脘、气海、百会、胃俞、脾俞、足三里、关元、梁门、天枢。灸法常用穴位有百会、足三里、关元、脾俞、胃俞、中脘<sup>[3,18]</sup>。

**辨证论治**<sup>[3,18,20-25]</sup>:①脾虚气陷证。治法:健脾益气,升阳举陷。取穴:中脘、足三里、气海、关元、脾俞、百会,补法。加灸百会。②阴血不足证。治法:滋阴润燥,养阴益胃。取穴:中脘、足三里、胃俞、太溪、三阴交、血海,补法或平补平泻。加灸足三里。③脾阳不足证。治法:温阳散寒,补益脾肾。取穴:中脘、足三里、脾俞、胃俞、气海、天枢,补法。加灸天枢。④脾虚饮停证。治法:健脾和胃,温化痰饮。取穴:中脘、足三里、气海、脾俞、丰隆、天枢、梁门,补法或平补平泻。加灸气海。⑤肝郁脾虚证。治法:疏肝解郁,健脾和胃。取穴:中脘、足三里、气海、脾俞、章门、太冲,三阴交泻法或平补平泻。加灸章门。⑥瘀血内停证。治法:益气健脾,

活血化瘀。取穴:中脘、足三里、膈俞、脾俞、血海,泻法或平补平泻。加灸中脘。⑦脾虚湿热证。治法:健脾和胃,清热祛湿。取穴:中脘、足三里、气海、脾俞、阳陵泉、曲池,泻法或平补平泻。

**4.4.2 推拿治疗**<sup>[26]</sup> ①腹部操作:取穴及部位:中脘、鸠尾、天枢、气海、关元,腹部。主要手法:揉、一指禅推法、托、振、摩法等手法。②背部操作:取穴及部位:肝俞、脾俞、胃俞、气海俞、关元俞,背部肩胛部、肋部。主要手法:一指禅推法及按、揉、插等手法。

**4.4.3 耳针治疗**<sup>[20]</sup> 选穴:胃、脾、交感、神门、皮质下。方法:取 2~3 穴,留针 20~30 min,或埋针 24 h 更换 1 次。疗程:每 24 h 重新埋针 1 次,45 d 为 1 个疗程。

**4.4.4 药物贴敷治疗**<sup>[1-2]</sup> 蓖麻五倍子膏贴百会穴:蓖麻子 98%,五倍子末 2%,按此比例打成烂糊,制成每颗粒约 10 g,直径 1.5 cm 的药饼,贴于百会穴,绷带固定,热敷 10 min,以感觉温热不烫皮肤为度。隔日 1 次,10 次为 1 个疗程。

**4.4.5 膏方治疗**<sup>[27]</sup> 常用治法:①健脾益气法:常用药物有黄芪、党参、麸炒白术、山药、茯苓等;②和胃通降法:常用药物有苏叶、香附、陈皮、枳壳等;③疏肝理气法:常用药物有柴胡、白芍、绿萼梅、玫瑰花、延胡索、川楝子等;④清热化湿法:常用药物有法半夏、滑石、蒲公英、薏苡仁、佩兰、荷叶等;⑤滋养胃阴法:常用药物有沙参、麦冬、西洋参、石斛、乌梅等;⑥消食和中法:常用药物有鸡内金、炒山楂、炒麦芽、炒谷芽、炒神曲等;⑦补益脾肾法:常用药物有山萸肉、肉桂、熟地黄、黄精等。制成膏方,口服 1~2 次/d,疗程 1~2 个月。

#### 4.5 诊疗流程图

胃缓诊疗流程图见图 1。

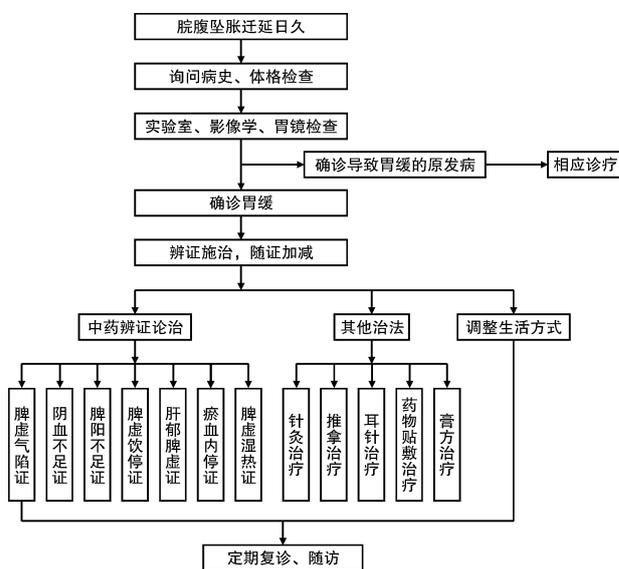


图 1 胃缓诊疗流程图

5 疗效评定

5.1 主要症状单项疗效评价

患者报告结局指标(patient report outcomes, PRO)<sup>[28]</sup>进行评价,将单项主症分为0、I、II、III共4级:①0级:无症状,计0分;②I级:症状轻微,不影响日常生活和工作,计2分;③II级:症状中等,部分影响日常生活和工作,计4分;④III级:症状严重,影响到日常生活,难以坚持工作,计6分。

经过治疗后根据症状缓解分为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。

5.2 证候疗效评价<sup>[9-29]</sup>

所有症状都为无、轻、中、重4级,在主症分别记0、2、4、6分,在次症分别记0、1、2、3分。舌脉分为有和无,有则各记1分、无则各记0分。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%≤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%(表1、2)。

5.3 临床疗效评价<sup>[30]</sup>

①临床痊愈:自觉证候消失,上消化道造影复查,胃角切迹回升到两髂嵴连线水平以上;②显效:自觉证候明显减轻,上消化道造影复查,胃角切迹回升≥5 cm 但尚未治愈者;③有效:自觉证候减轻,上消化道造影复查,1 cm≤胃角切迹回升<5 cm 者;④无效:自觉证候无变化,上消化道造影复查,胃角切迹回升<1 cm 者。

表 1 单项主症评分量化等级表

症状	0级(0分)	轻(2分)	中(4分)	重(6分)
脘腹坠胀	无	每天偶有脘腹坠胀,食后尤甚,每次持续<1 h	明显脘腹坠胀,食后尤甚,每次持续1~3 h	脘腹坠胀程度较重,每次>3 h,服药后才能缓解
脘腹疼痛	无	每天偶有脘腹疼痛,1 h内可自行缓解,遇凉则发,得温则解	经常脘腹疼痛,程度能忍受,每次持续1~3 h才能缓解	脘腹疼痛程度较重,程度不能忍受,每次持续>3 h,服药后才能缓解
倦怠乏力	无	精神不振,不喜多言,能坚持工作	精神疲惫,困倦少言,工作能力下降	精神极度疲惫,欲倦卧不言,工作能力明显下降
形体消瘦	无	BMI<18.5 kg/m <sup>2</sup> ,实际体重为理想体重的80%~89%	BMI<18.5 kg/m <sup>2</sup> ,实际体重为理想体重的70%~79%	BMI<18.5 kg/m <sup>2</sup> ,实际体重为理想体重的60%~69%
口干舌燥	无	偶有口干舌燥欲饮,饮水量稍增	经常口干舌燥欲饮,饮水量增加	持续口干舌燥欲饮,饮水量明显增加
大便干结	无	大便干结,1次/3 d	大便干结,1次/4~6 d	大便干结难解,1次/7 d以上
胃寒怕冷	无	轻微胃寒,怕进凉食,喜暖,无需添加衣被	明显胃寒,得温则减,喜按,进凉食则易患病	显著胃寒怕冷,喜按喜暖,每进凉食即易患病,较常人必须多加衣被
食欲减退	无	每天进食乏味,但基本保持原食量	无食欲,食量较以前减少1/3左右	厌恶进食,食量较以前减少1/2以上
大便溏稀	无	大便稀软或稍溏,≤3次/d	便溏,4~5次/d	稀水便,>6次/d
胃内振水声或水在肠间漉漉有声	无	胃内振水声或水在肠间漉漉有声,≤4次/d	胃内振水声或水在肠间漉漉有声,4~10次/d	胃内振水声或水在肠间漉漉有声,>10次/d
口吐清涎	无	偶有口吐清涎,≤4次/d	经常口吐清涎,4~10次/d	持续口吐清涎,>10次/d
身体困重	无	每天偶有身体困重,1 h内可自行缓解	每天经常感到身体困重,轻度影响工作,2~3 h才能缓解	每天持续感到身体困重,明显影响工作,休息后也难以缓解
烦躁易怒	无	偶有烦躁易怒	经常烦躁易怒	严重烦躁易怒
口苦咽干	无	偶有口苦咽干,不影响进食	经常口苦咽干,稍影响进食	持续口苦咽干,明显影响进食
腹部刺痛	无	每天偶有腹部刺痛,1 h内可自行缓解	每天明显腹部刺痛,持续1~3 h才能缓解	每天明显腹部刺痛或疼痛难以忍受,每次持续>3 h,服药后才能缓解
口苦口臭	无	偶有口苦,自觉有口臭	经常口苦,口臭旁人可闻及	持续口苦,明显口臭,令人难近

表 2 单项次症评分量化等级表

症状	0 级(0 分)	轻(1 分)	中(2 分)	重(3 分)
面色萎黄	无	有,但不明显	明显	非常明显
食欲减退	无	每天进食乏味,但基本保持原食量	无食欲,食量较以前减少 1/3 左右	厌恶进食,食量较以前减少 1/2 以上
早饱	无	偶有早饱,不影响食欲	食则早饱,稍影响食欲和食量	持续早饱,明显影响食欲和食量
大便溏稀	无	大便稀软或稍溏,每天≤3 次	便溏,每天 4~5 次	稀水便,每天≥6 次
面色无华,唇色淡	无	有,但不明显	明显	非常明显
手足心热	无	偶有手足心热	经常手足心热	持续手足心热
盗汗	无	偶有盗汗,每周≤3 次	经常盗汗,每周 4~5 次	偶有盗汗,每周≥6 次
倦怠乏力	无	精神不振,不喜多言,能坚持工作	精神疲惫,困倦少言,工作能力下降	精神极度疲惫,欲倦卧不言,工作能力明显下降
面色虚白	无	有,但不明显	明显	非常明显
四肢不温	无	偶有四肢不温	经常四肢不温	常年四肢不温
食后腹胀	无	每天食后腹胀轻微,1 h 内可缓解,不影响生活	经常食后腹胀,持续 1~3 h,部分影响生活	明显食后腹胀,持续>3 h,服药后才能缓解
面色萎黄晦滞	无	有,但不明显	明显	非常明显
头重如裹	无	每天偶有头重如裹,1 h 内可自行缓解	每天经常感到头重如裹,轻度影响工作,2~3 h 才能缓解	每天持续感到头重如裹,明显影响工作,休息后也难以缓解
口中黏腻	无	每天偶有口中黏腻,不影响进食	经常口中黏腻,稍影响进食	持续口中黏腻,明显影响进食
腹痛肠鸣	无	每天偶有腹痛肠鸣,1 h 内可自行缓解	每天经常腹痛肠鸣,程度可忍受,持续 1~3 h 才能缓解	每天明显感到腹痛肠鸣,每次持续>3 h,程度多不能忍受,服药后才能缓解
失眠多梦	无	偶有失眠或多梦,不易入睡或早醒,睡眠 5~6 h/晚	经常失眠或多梦,不易入睡或易醒,睡眠 4~5 h/晚	严重失眠或多梦,不易入睡或易醒,睡眠<3 h/晚
面色黧黑,口唇青紫	无	有,但不明显	明显	非常明显
大便黏滞不畅	无	大便黏滞,每次排便<15 min	大便黏滞,每次排便需 15~30 min	大便黏滞,每次排便需>30 min

#### 5.4 生存质量评价

目前国内普遍采用汉化版 SF-36 等健康调查量表进行测评<sup>[31]</sup>。汉化版 SF-36 从生理功能、生理职能、躯体疼痛、总体健康、活力、社会功能、情感职能、精神健康 8 个方面进行评价。

#### 6 循证研究进展

目前关于胃缓的循证医学研究比较有限,检索到具有较高医学价值的文献论述如下。

##### 6.1 胃下垂

彭薇淇等<sup>[32]</sup>通过对胃下垂常见中医分型与胃肠动力学指标的相关性研究,认为胃十二指肠同步测压可在一定程度上鉴别胃下垂肝胃不和、脾虚饮停两种证型,相比正常人群,脾虚饮停证在胃肠动力学指标、临床症状上更具有特异性。部分研究认为芒针治疗胃下垂可以取得较好疗效<sup>[33-36]</sup>。孙炜等<sup>[21]</sup>基于中医传承辅助系统软件,分析中国知网数据库、万方数据库、维普中文科技期刊数据库中收录的所有治疗胃下垂的针灸处方的选穴组方配伍规律,并获得新的处方,认为该系统是一种挖掘和分析针灸选穴配伍规律的重要辅助工具,新生成

的穴位处方为临床治疗胃下垂提供了参考。刘皓月<sup>[37]</sup>研究认为热敏灸配合补中益气汤加减治疗胃下垂取得较好的临床疗效。陈雪等<sup>[38]</sup>研究认为偶刺法结合常规针刺治疗胃下垂的疗效优于常规刺法。李晓陵等<sup>[39]</sup>比较应用脾胃经原络配穴法和口服吗丁啉治疗中气下陷型胃下垂,结果发现脾胃经原络配穴法疗效比仅口服吗丁啉的效果更好,并且远期的效果更趋向于稳定。林任萍<sup>[40]</sup>研究认为超声波腹部按摩联合升阳益胃汤药物导入治疗胃下垂疗效确切。杨涛等<sup>[41]</sup>应用举陷平胃通降汤联合掌振顶托按摩法治疗胃下垂疗效显著,且可显著减轻患者的临床中医证候,提高患者预后,改善患者心理抑郁、焦虑等状态。卢振中<sup>[42]</sup>认为陆氏埋线配合药物治疗胃下垂疗效明显优于单纯陆氏埋线治疗和单纯药物治疗,且对轻度胃下垂患者有效率高。

##### 6.2 内脏下垂

金光玉等<sup>[43]</sup>研究认为盲肠下垂主要临床症状有便秘、腹胀、右下腹疼痛、下垂感、一过性尿频、便后后重感及腹泻等症状。赵恒<sup>[44]</sup>提出内脏下垂从脾肾虚论治,通过辨证论治,兼有肾虚表现者,在补

中益气汤基础上,运用温补脾肾、益气升阳治疗胃下垂;运用补阳补肾、益气健脾治疗肾下垂;运用补中益气、益肾固涩治疗子宫下垂均获良效。万民安等<sup>[45]</sup>提出内脏下垂的病机实为气机升降失调,清阳不升和浊阴不降均可导致发病;用枳壳槟榔汤方行气消胀、下气通便。陈长龙等<sup>[46]</sup>研究认为内脏下垂临床上以胃下垂、子宫脱垂为多见,其升肝汤具有补肝体、助肝用、舒肝郁之功,因而能助肝升发,有益于恢复气机升降所处的动态平衡,对内脏下垂应有较好的治疗作用。吴金龙<sup>[47]</sup>应用升陷汤加味治疗 26 例内脏下垂疗效满意。张炉高等<sup>[48]</sup>研究认为内脏下垂(包括肝、胃、肾、子宫、小肠),肝下垂,虚证用一贯煎加味,滋阴柔肝养络;实证用柴胡疏肝散加味,疏肝和络。胃下垂宜枳术汤加味,健脾化饮。子宫脱垂肾虚者治用大补元煎加味;气虚者治用补中益气汤加味,湿热者用龙胆泻肝汤加味。陈杰华<sup>[49]</sup>提出胃下垂的病标在胃而病本在脾肾,肾下垂是命门火衰,肾阳不足,全身功能低下,肌腱弛缓,悬提无力所致。因此,凡是内脏下垂者绝大多数属虚证。宜用补中益气汤和右归饮合方益气升提,温阳补肾。

## 7 预防调摄

体育锻炼有利于增加肌力,对于胃缓的预防调摄十分有益。运动量宜从小开始,逐渐加大,不可过度,需持之以恒,坚持不懈,忌剧烈运动及重体力劳作。全身锻炼如保健体操、太极拳、八段锦、五禽戏、散步、游泳等。腹肌锻炼如仰卧,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,1 次/d,10~20 min/次。平时休息时可适当按摩和托举腹部<sup>[50]</sup>。

饮食营养要均衡,糖、脂肪、蛋白质三大营养物质合理选择,保证蛋白质摄入充足,如鸡肉、鱼肉、瘦猪肉、鸡蛋、牛奶、豆腐、豆奶等。忌过饥过饱、宜少食多餐,清淡易消化饮食,忌冷硬、辛辣刺激等食物。用餐速度要缓慢,细嚼慢咽,饭后可作 30~60 min 平卧休息,避免食后过度劳作。生活起居规律,保持乐观心态,避免不良情绪。

## 8 转归与随访

胃缓包含的各种证型常常可以互相转化,在辨证中要经常考虑脾与胃的生理特性,在调治中注意相互之间的关系,做到以平为期,才更有利于病情的好转。本病的预后一般良好,但若久延失治,则缠绵加剧。本病属慢性疾病,治疗周期较长,症状可反复或间断发作,若症状持续不缓解或出现报警症状,应定期复查胃镜,排除其他器质性疾病。

## 共识执笔人:

李芳(陕西省中医医院)、鱼涛(陕西省中医医院)

## 共识制定专家名单(按姓氏笔画排序)

### 组内主审专家和共审专家:

王敏(贵州中医药大学第一附属医院)、冯培民(成都中医药大学附属医院)、朱莹(湖南中医药大学第一附属医院)、杨胜兰(华中科技大学同济医学院附属协和医院)、杨倩(河北省中医院)、柯晓(福建中医药大学附属第二人民医院)

### 组外函审专家:

李吉彦(大连市中医医院)、张烁(浙江中医药大学附属第二医院)、肖政华(贵州中医药大学第二附属医院)、汪龙德(甘肃中医药大学附属医院)、徐进康(昆山市中医院)

### 定稿审定专家和审稿会投票专家:

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:

张成明(陕西省中医医院)

利益冲突 所有作者均声明不存在利益冲突

## 参考文献

- [1] 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] 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.
- [3] 世界中医药学会联合会.胃缓(胃下垂)中医临床诊疗指南[J].中医杂志,2020,61(22):2010-2015.
- [4] 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.
- [5] 中华中医药学会脾胃病分会.消化系统常见病胃下垂中医诊疗指南(基层医生版)[J].中华中医药杂志,2020,35(1):283-286.
- [6] 国家中医药管理局,国家卫生健康委员.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](https://www.gov.cn/zhengce/zhengceku/2020-11/24/content_5563703.htm).
- [7] 杨华森等. 简明中医字典[M]. 贵阳: 贵州人民出版社, 1985: 379.
- [8] 李经纬, 余瀛鳌, 区永欣, 等. 中医大辞典[M]. 2版. 北京: 人民卫生出版社, 2020: 616.
- [9] 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.
- [10] 周仲英. 中医内科学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2010: 197-205.
- [11] 莫剑忠, 江石湖, 萧树东. 江绍基胃肠病学[M]. 2版. 上海: 上海科学技术出版社, 2018: 517-520, 549-550, 880.
- [12] 姚乃礼. 中医证候鉴别诊断学[M]. 2版. 北京: 人民卫生出版社, 2010: 285-455.
- [13] 段富津. 方剂学[M]. 上海: 上海科学技术出版社, 2000: 59, 100, 197.
- [14] 刘子丹, 郭尧嘉, 何璠, 等. 国医大师徐景藩诊治胃下垂的经验撷萃[J]. 中华中医药杂志, 2014, 29(2): 461-463.
- [15] 国家药典委员会. 中华人民共和国药典一部: 2020年版[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2020: 798, 1066, 1248, 1262, 1295, 1462-1463, 1587, 1605.
- [16] 牟昭霓. 李寿彭主任医师治疗胃下垂经验介绍[J]. 新中医, 2015, 47(5): 26-27.
- [17] 黎明, 胡莎莎. 补中益气汤合枳术汤加减治疗胃下垂30例[J]. 江西中医药, 2015, 46(3): 58-59.
- [18] 何海波, 高连战, 刘玉英, 等. 和胃祛淤法治疗胃下垂疗效观察[J]. 医学理论与实践, 2016, 29(11): 1462-1463.
- [19] 许若纓, 杨永升, 黄铭涵. 国医大师杨春波治疗胃下垂验案举隅[J]. 中国中医药信息杂志, 2021, 28(5): 110-112.
- [20] 石学敏. 针灸治疗学[M]. 2版. 北京: 人民卫生出版社, 2011: 431-434.
- [21] 孙炜, 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.
- [22] 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, 29(7): 70-72.
- [23] 付梅, 杜元灏, 黎波, 等. 基于模糊综合评判技术的消化系统效能等级针灸病谱研究[J]. 中华中医药杂志, 2012, 27(9): 2303-2307.
- [24] 杜元灏, 李晶, 孙冬纬, 等. 中国现代针灸病谱的研究[J]. 中国针灸, 2007, 27(5): 373-378.
- [25] 黄琴峰. 消化系统针灸疾病谱现代文献计量分析与评价[J]. 中国针灸, 2007, 27(10): 769-772.
- [26] 宋柏林, 于天源. 推拿治疗学[M]. 3版. 北京: 人民卫生出版社, 2016: 200-202.
- [27] 车慧, 卞立群, 唐旭东. 唐旭东运用膏方调治胃下垂临床经验撷萃[J]. 中医药导报, 2020, 26(2): 130-132.
- [28] 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.
- [29] 中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会. 胃肠疾病中医症状评分表[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2011, 19(1): 66-68.
- [30] 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.
- [31] 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): 109-113.
- [32] 彭薇淇, 尚文璠, 陈其城, 等. 胃下垂的常见中医分型与胃肠动力学指标的相关性研究[J]. 中医临床研究, 2020, 12(16): 9-12.
- [33] 李运峰. 芒针治疗胃下垂疗效观察[J]. 上海针灸杂志, 2010, 29(1): 23-24.
- [34] 赵霞. 芒针提胃针法治疗胃下垂80例[J]. 中国现代药物应用, 2011, 5(3): 87-88.
- [35] 梁冰. 升陷汤加减配合芒针治疗胃下垂42例疗效观察[J]. 亚太传统医药, 2013, 9(3): 157-158.
- [36] 王山, 张敏尚, 王秋景. 芒针配体针治疗中重度胃下垂54例[J]. 辽宁中医药大学学报, 2009, 11(1): 145-145.
- [37] 刘皓月. 热敏灸配合补中益气汤治疗胃下垂临床观察[J]. 中国中医药现代远程教育, 2018, 16(20): 125-126.
- [38] 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.
- [39] 李晓陵, 蔡丽娜, 李崖雪, 等. 脾胃经原络配穴法治疗中气下陷型胃下垂临床疗效[J]. 辽宁中医杂志, 2019, 46(7): 1508-1510.
- [40] 林任萍. 超声波腹部按摩联合药物导入治疗胃下垂的临床观察[J]. 中国医药科学, 2018, 8(15): 244-246.
- [41] 杨涛, 周运峰. 举陷平胃通降汤联合掌振顶托按摩法治疗胃下垂[J]. 中医学报, 2018, 33(7): 1349-1354.
- [42] 卢振中. 陆氏埋线配合药物治疗胃下垂疗效观察[J]. 上海针灸杂志, 2014, 33(8): 724-725.
- [43] 金光玉, 赵志梅, 金东洙, 等. 102例盲肠下垂的影像学诊断临床意义[J]. 延边大学医学学报, 2009, 32(1): 41-43.
- [44] 赵恒. 内脏下垂从脾肾虚论治[J]. 陕西中医, 1997, 18(10): 479-479.
- [45] 万民安, 熊焰. 降气通便法治内脏下垂74例[J]. 上海中医药杂志, 1984, 12: 29-29.
- [46] 陈长龙, 崔艳梅, 徐淑江, 等. 内脏下垂从肝论治[J]. 四川中医, 1999, 17(4): 14-14.
- [47] 吴金龙. 升陷汤加味治疗内脏下垂26例疗效观察[J]. 北京中医, 1998, 17(4): 26-27.
- [48] 张炉高, 王惠仙. 内脏下垂的辨证论治[J]. 实用中医内科杂志, 1989, 3(4): 27-28.
- [49] 陈杰华. 治疗内脏下垂的体会[J]. 四川中医, 1985, 3: 12-13.
- [50] 涂贵东. 体育疗法在胃下垂康复治疗中的应用体会[J]. 双足与保健, 2018, 27(3): 115-116.

(收稿日期: 2024-10-18)