

功能性消化不良的中西医结合诊治方案

张万岱, 危北海, 陈治水

中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会

张万岱, 危北海, 陈治水. 功能性消化不良的中西医结合诊治方案. 世界华人消化杂志 2004;12(11):2683-2686

<http://www.wjgnet.com/1009-3079/12/2683.asp>

0 引言

功能性消化不良(functional dyspepsia, FD)系指不能以器质性疾病解释而见有持续性或反复发作性上腹部疼痛和餐后饱胀、腹部胀气、嗝气、早饱、恶心等上腹部不适症状的一组临床症候群。

1 临床表现

症状: 上腹痛: 指上腹正中部疼痛, 可为隐痛、胀痛、空腹痛或餐后痛等; 上腹不适: 指上腹胀、早饱、胀气、恶心等。

体征: 多不明显。

2 类型

2.1 西医分型

2.1.1 溃疡型 以上腹痛、饥饿痛、或伴反酸水为主要症状, 进食及制酸剂可缓解。

2.1.2 动力障碍型 以上腹胀、嗝气、早饱及恶心想为主要症状。

2.1.3 非特异型 症状难以归属上述任何一型, 或两型症状混杂者。

2.2 中医证型

2.2.1 肝气郁结证

2.2.1.1 主要症候 (1)脘胁胀痛, 痛无定处。(2)脘闷嗝气。(3)急躁易怒。(4)脉弦。

2.2.1.2 次要症候 (1)口苦。(2)失眠或多梦。(3)精神抑郁, 喜长叹息。(4)咽部异物感。(5)烧心或泛酸。(6)腹胀纳呆或呕吐。(7)舌淡红或尖边红, 苔薄黄。

2.2.1.3 证型确定 具备主证 2 项加次证 1 项, 或主证第 1 项加次证 3 项。

2.2.2 脾胃气虚证

2.2.2.1 主要症候 (1)脘腹痞满隐痛, 劳累后加重或饥饿时疼痛。(2)纳差而饱。(3)大便溏软。(4)舌质淡, 体胖有齿痕, 苔薄白或白腻。

2.2.2.2 次要症候 (1)泛吐清水。(2)嗝气不爽。(3)口淡不渴。(4)头晕乏力。(5)脉细弱。

2.2.2.3 证型确定 具备主证 2 项加次证 1 项, 或主证

第 1 项加次证 2 项。

2.2.3 肝气犯胃证

2.2.3.1 主要症候 (1)胃脘痞满, 闷胀不舒, 胀及两胁, 情志不遂易诱发或加重。(2)嗝气反胃。(3)烧心泛酸。(4)心烦急躁。(5)脉弦或弦细。

2.2.3.2 次要症候 (1)两胁气窜走痛。(2)口干口苦。(3)小便淡黄。(4)舌质黯红, 苔薄白或白厚。

2.2.3.3 证型确定 具备主证 2 项加次证 1 项, 或主证第 1 项加次证 2 项。

2.2.4 湿热滞胃证

2.2.4.1 主要症候 (1)胃脘痞满, 闷胀不舒。(2)恶心欲吐或呕吐。(3)纳呆食少。(4)嗝气不爽。(5)舌质红, 苔黄腻。

2.2.4.2 次要症候 (1)头身困重, 肢软乏力。(2)口苦吐酸。(3)大便不爽而滞。(4)小便黄赤。(5)脉濡数或细数。

2.2.4.3 证型确定 具备主证 2 项加次证 2 项, 或主证第 1 项加次证 2 项。

合并慢性胃炎者按其分型处理。

3 诊断和鉴别诊断

3.1 诊断标准

3.1.1 过去 1 a 内至少 4 wk、科研至少 12 wk(不需连续)具有上腹痛或不适(上腹胀、早饱、胀气、恶心、嗝气)等症。

3.1.2 排除消化性溃疡、胃肿瘤和肝胆胰疾病、全身性疾病等可解释上述症状的器质性疾病者。

3.1.3 排除以腹痛、大便次数和性状异常为主症的肠易激综合征者。

3.2 鉴别诊断 为达到上述两个“排除”, 必须进行以下各项检查:

3.2.1 详细问病、系统查体 详细询问病史以了解患者的症状类型, 判断症状的来源和性质。同时要特别注意了解对药物的治疗反应, 有无精神刺激、抑郁、焦虑, 是否服用非甾体抗炎药等。体格检查要系统全面, 功能性消化不良患者体检常无阳性发现, 但要特别注意营养状态, 腹部压痛的部位和范围, 肝脾有无肿大。

3.2.2 实验室检查 为排除器质性疾病, 下列项目应作为常规检查: 血、尿、便常规, 粪隐血试验, 肝、肾功能, 血糖, 病毒性肝炎血清标志物, 必要时测定相应的肿瘤标志物。

3.2.3 器械检查

3.2.3.1 胸部 X 线摄片、心电图、肝胆胰 B 型超声、

胃镜应作为常规检查,不愿或不适应胃镜检查者可可行气钡双重造影.

3.2.3.2 CT或ERCP 个别患者B型超声不能明确者,必要时尚需做CT或ERCP.

3.2.3.3 体表胃电图 功能性消化不良患者胃动过缓比较多见,也可有胃动过速或节律失常.

3.2.3.4 胃排空功能测定 常用放射性核素闪烁扫描技术测定液体或固体食物的排空时间,钡条内服法及实时超声测定胃排空的方法.大约有50%的功能性消化不良患者存在固体排空延迟.

3.2.3.5 胃腔内压力测定 多用气囊测压法和末端开放灌注导管测压法,功能性消化不良常有近端胃容受性舒张障碍和餐后胃窦运动减弱.

CT或ERCP及体表胃电图、胃排空功能测定、胃腔内压力测定等不是诊断功能性消化不良所必须的,尤其后三者,只是了解功能性消化不良患者有无运动功能障碍的方法手段(图1).

4 疗效判断标准

4.1 总疗效

4.1.1 临床治愈 症状、体征消失或改善在3级以上,异常指标基本恢复正常、保持2 mo以上不再复发;

4.1.2 显效 症状、体征减少或改善在2级以上,异

常指标明显改善;

4.1.3 好转 症状、体征减轻或改善在1级以上,异常指标好转.

4.1.4 无效 症状、体征及异常指标均无好转.

4.2 症状疗效 按临床治愈、显效、好转、无效4个层次来表达,按计分法算出相应的率和总有效率.

4.2.1 症状分级 (表1).

4.2.2 疗效指数 按每级3分计,即I级3分、II级6分、III级9分、IV12级分,

计算疗效指数:疗效指数=(疗前证候总分-疗后剩分数)/疗前证候总分×100%

疗效指数<25%为无效;26%-50%为好转;51-85%为显效;>86%为临床治愈.

5 治疗

5.1 一般治疗

5.1.1 耐心解释,增强信心 说明本病不是器质性病变,仅属功能失调所致,经调理和治疗是可以治愈的.要保持心情舒畅,增强胜病信心.必要时给予镇静和抗焦虑治疗.

5.1.2 避免刺激性食物和药物 不吃辛辣、肥腻冷硬食物,避免浓茶、咖啡、烟、酒和非甾体抗炎药(NSAIDs).对早饱、餐后腹胀明显者,建议低脂肪及

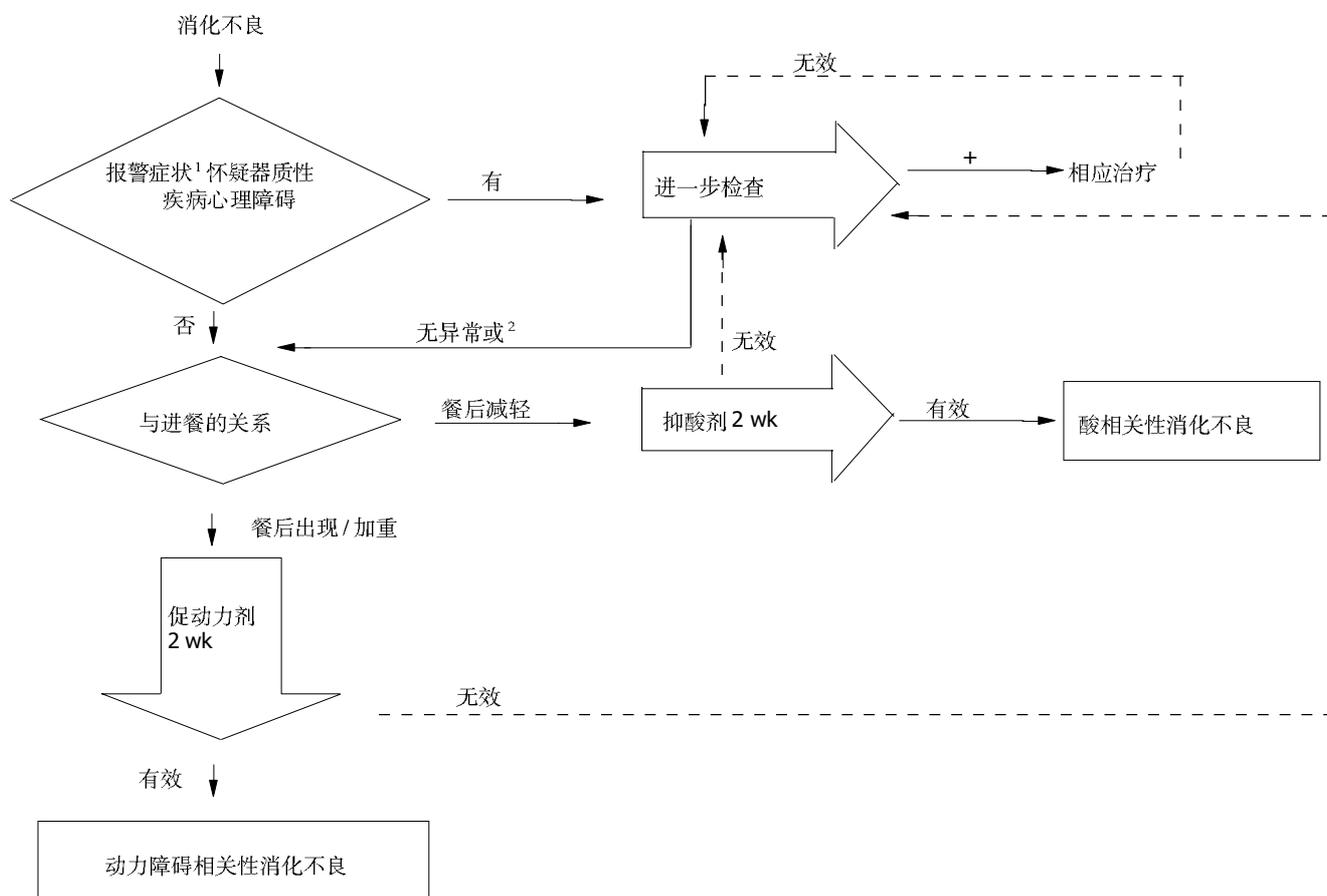


图1 我国消化不良的诊断流程.¹报警症状是指 年龄>45岁、体质量下降(>3 kg)、呕吐、吞咽困难、贫血、黄疸、发热、便血等;²胃镜病理活检为非活动性慢性胃炎.

表1 症状分级

症状	无(0分)	轻(3分)	中(5分)	重(7)
精神疲乏	无	每天精神不振,不喜多言,但能坚持工作	精神疲惫,困倦少言,工作能力下降	精神极度疲乏,欲倦卧不言,工作能力明显下降,几不能工作
四肢无力	无	偶有四肢倦怠,可坚持一般体力劳动	四肢疲软,不思体力活动,勉强维持一般活动	四肢极无力,不耐日常一般活动
胃纳减少	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 食量	厌恶进食,较以前减少 1/2 以上
腕肋疼痛(或为隐痛、胀痛)	无	每天偶有腕肋疼痛,1 h 内可自行缓解	每天经常腕肋疼痛,程度可忍受持续 1-3 h 才能缓解	每天明显腕肋疼痛,每天持续 >3 h,程度多不能耐受,需服药后才能缓解
餐后腹胀	无	每天餐后腹胀,轻微,1 h 内可缓解,不影响工作生活	经常餐后腹胀,持续 1-3 h,部分影响工作生活	明显餐后腹胀,持续>3 h,不缓解,明显影响工作和生活
嗝气	无	偶有嗝气,每天≤4次	经常嗝气,每天 4-10 次	频繁嗝气,每日>10 次
泛酸	无	偶有泛酸,每天≤4次	经常泛酸,每天 4-10 次	频繁泛酸,每天>10 次
早饱	无	偶有早饱,不影响食欲和食量	经常早饱,稍影响食欲和食量	持续早饱,明显影响食量
恶心呕吐	无	偶有恶心,无物吐出,每天≥2次	经常恶心,每天 3-4 次,时出涎沫或食物残渣	明显恶心,每次多伴有呕吐,吐出食物残渣,每天>4 次
咽部梗阻感	无	偶有咽部梗阻感,不影响进食,症状可自行缓解	经常有咽部梗阻感,轻微影响进食,服药可缓解.	持续咽部梗阻感,明显影响进食,服药难以缓解.
烦躁易急	无	偶有烦躁易急,情绪不宁,可以自控	经常烦躁易急,有时难以自控	持续烦躁易急,难以自控
失眠多梦	无	偶有失眠多梦,有时不易入睡,或易醒,一般睡眠 6-7 h	经常失眠多梦,经常不易入睡,或早醒,或多梦,睡眠 4-6 h	频繁失眠多梦,不易入睡,早醒或多梦,睡眠 4 h 左右

少食多餐.

5.2 药物治疗

5.2.1 促胃肠动力剂 对各型,特别是动力障碍型消化不良疗效显著.可用吗丁啉 10-20 mg, 3-4 次/d; 西沙比利或莫沙比利 5-10 mg, 3 次/d.

5.2.2 胃肠动力调节剂 马来酸曲美布汀(商品名援生力维 100 mg, 3 次/d, 口服), 马来酸三甲氧苯丁氨酯(商品名舒丽启能 20 mg, 3 次/d, 口服)均对胃肠动力有双向调节作用,特别适用于胃肠动力紊乱、肠易激综合征大便秘泻交替出现者.

5.2.3 抑酸剂 适用于溃疡型消化不良患者.可用H₂受体阻断剂,如泰胃美 800 mg, 1 次/d, 睡前服;雷尼替丁 150 mg, 2 次/d;法莫替丁 20 mg, 2 次/d.也可用质子泵抑制剂,如奥美拉唑 20 mg, 1 次/d;兰索拉唑 30 mg, 1 次/d;泮托拉唑 30 mg, 1 次/d;雷贝拉唑 10 mg, 1 次/d;埃索美拉唑 20 mg, 1 次/d.

5.2.4 胃黏膜保护剂 对合并慢性胃炎者尤为适用.如铋剂(德诺、丽珠得乐、果胶铋、迪乐等), 硫糖铝, 麦滋林, 施维舒, 喜克溃等任选一种.

5.2.5 其他药物

5.2.5.1 内脏止痛剂非多托素(Fedotozine, 为 Kappa 激动剂)能降低胃的高敏性, 有止痛作用.

5.2.5.2 5-HT₁ 激动剂如舒马普坦(Sumatriptan)、丁螺环酮(Buspirone)能改善胃的容受性、改善与进食有关的症状.

5.2.5.3 止呕剂恩丹司琼(Ondansetron)或格拉司琼为 5-HT₄ 受体拮抗剂, 对恶心呕吐症状有效.

5.2.5.4 抗焦虑抑郁药阿普唑仑(佳乐定)2 mg, 1 次/晚或 3 次/d; 帕罗西汀 20 mg, 1 次/d, 对症状顽固及精神症状者有效.

5.3 中医中药治疗

5.3.1 辨证论治

5.3.1.1 肝气郁结证 治则: 疏肝解郁、理气消滞. 方药: 柴胡疏肝散合越鞠丸加减(柴胡、白芍、枳壳、陈皮、川芎、香附、神曲、苍术、栀子、甘草). 加减: 胁痛明显者加延胡索、川楝子; 腹胀明显者加川朴、大腹皮、广木香; 咽部有异物感者加炙半夏、厚朴、桔梗; 烧心泛酸者加乌贼骨, 煅瓦楞子.

5.3.1.2 脾胃气虚证 治则: 健脾益气, 和胃降逆. 方药: 香砂六君子汤加减(木香、砂仁、半夏、陈皮、人参、茯苓、白术、甘草、生姜、大枣). 加减: 纳差食少者加炒三仙; 泛吐清水者加吴茱萸, 高良姜; 腹泻者加炒扁豆、淮山药、炒薏苡仁; 腹胀明显者加大腹皮、沉香.

5.3.1.3 肝气犯胃证 治则: 疏肝解郁, 和胃降逆. 方药: 四逆散合沉香降气散加减(柴胡、白芍、枳实、沉

香、香附、砂仁、延胡索、川楝子、甘草)。加减: 暖气、呃逆者加旋复花、代赭石; 烧心泛酸者加浙贝母、煅乌贼骨; 心烦易怒者加炒山栀、合欢花; 泛吐苦水者加炒吴茱萸、酒炒黄连。

5.3.1.4 湿热滞胃证 治法: 清热化湿, 理气和胃。方药: 三仁汤加减(杏仁、白蔻仁、薏苡仁、半夏、厚朴、通草、滑石、淡竹叶)。加减: 恶心呕吐者加竹茹、橘

皮、生姜汁; 痞满明显者加川黄连、全瓜蒌、生姜; 纳差者加炒谷芽、炒神曲; 大便滞下不爽者加枳实、槟榔片。

5.3.2 中成药治疗 如香砂六君子丸、陈香片、六味能消、六味安消、胃力康、气滞胃痛冲剂等。

5.3.3 针灸治疗 如取穴足三里、风市、风池、曲池、胃俞等。

ISSN 1009-3079 CN 14-1260/R 2004 年版权归世界胃肠病学杂志社

• 消息 •

影响因子记录中国期刊进步足迹

《科学时报》2004-06-24 报道: 美国科学信息研究所的《期刊影响因子-网络版》(The Journal Citation Reports on the Web) 6月18日公布了2003年度5907种来源期刊的影响因子。中国期刊影响因子较2002年再创新高。

2003年SCI网络版收录中国学术期刊76种, 2003年JCR网络版公布的是前两年在收的70种中国期刊(含中国机构主办由外国出版商代为出版的期刊)的影响因子。经统计, 70种期刊的影响因子总值为39.718, 平均值为0.567; 若按收录期刊76种计算平均值为0.523。

中国学术期刊年年都有进步。就整体而言, 中国在1999年以前未曾有过影响因子达到1的期刊, 2000年仅有1种期刊影响因子刚好为1, 2001年有2种期刊影响因子超过1, 2002年则有6种期刊影响因子超过1, 而2003年共有11种期刊影响因子超过1。

从收录期刊数和影响因子平均值来看, 1997-2003年收录中国期刊总数分别为36种, 45种, 57种, 63种, 66种, 70种和76种; 有影响因子的期刊分别为21种, 32种, 37种, 48种, 60种, 64种和70种。按收录期刊总数计算影响因子平均值, 7年分别为: 0.125; 0.159; 0.178; 0.240; 0.351; 0.422和0.523, 若仅按有影响因子的期刊数计算平均影响因子, 则这7年分别为: 0.214; 0.224; 0.274; 0.313; 0.386; 0.452和0.567。

从各年度中国期刊影响因子最高值看, 1997-2003年分别是: 0.513(《中国科学: B辑》); 0.818(《高能物理与核物理》); 0.839(《生物医学与环境科学》); 1.000(《地质学报》); 2.102(《细胞研究》); 2.532(《世界胃肠病学杂志》); 3.318(《世界胃肠病学杂志》)。这几串单向变化的数字已清晰记录了中国期刊整体进步的足迹。

近两年连续排在中国期刊影响因子第一位的《世界胃肠病学杂志》(World Journal of Gastroenterology), 自1998年开始被SCI收录。JCR 2000年度报告中, 该刊影响因子为0.993, 2001年为1.445。在这两年也均是中国期刊中影响因子较高者。该刊在SCI中归属“胃肠病学与肝脏病学”(Gastroenterology & Hepatology)类目, 此类目2001年和2003年都是收录47种专业期刊, 该刊影响因子在这两年中分别排在此类目第27位、第11位, 可谓后起之秀。

中国期刊影响因子提高较快有以下原因: 一是国家对科研投入大幅增长, 科研创新条件改善, 使高水平科研成果不断增多, 从而投送到国内期刊上发表的高质量研究成果相应增加, 期刊质量得以提高。二是经过各方面的努力, 我国期刊编辑规范化程度和国际化程度有一定提高。三是SCI近年新增入选中国期刊较多, 中国期刊的增多开始产生了一定的“协同效应”。四是部分期刊实现了印刷版、电子版并存发行的发展态势, 提高了期刊的显示度和可获得性。五是不少期刊出版周期有所缩短, 增强了时效性。六是中国期刊原有指标基数较低, 在低指标基础上提高指标相对容易。

《世界胃肠病学杂志》等刊影响因子快速提升, 除上述原因外, 该刊编辑部的开放意识和网络技术帮了大忙。该刊在中国学术期刊中不仅建设了比较理想的期刊网站, 还率先加入了美国国立医学图书馆(National Library of Medicine, NLM)的PubMed系统, 通过PubMed系统为读者提供1998年以来的全文免费查阅和下载。随后又加入了Free Medical Journals免费查阅网站和Directory of Open Access Journals免费查阅网站, 利用这些重要的期刊免费开放平台, 广泛向全世界开放, 让全世界同行不仅能检索到, 还能免费下载使用其全文。编辑部紧跟时代步伐的开放意识、利用网络技术的能力和服务作者、服务读者的精神, 为作者投稿、读者查阅下载极大地提供了方便, 同时也赢得了期刊声誉、期刊显示度和利用率的明显提高。

中国学术期刊进步很大, 但相比国际名刊还有不小差距。如2003年JCR中影响因子最高值为52.280; 6907种来源期刊的平均影响因子值为1.592。显然中国期刊的发展仍是任重道远。国家科技部、自然科学基金委员会、中国科学院等科技管理部门和学术机构应继续支持中国学术期刊; 各科学院士、学术带头人要积极关心中国学术期刊, 为之献计献策, 将自己高水平科研成果更多地投送到国内期刊上发表, 使中国学术期刊获得进一步发展, 取得更好的成效。

注: 由The Journal Citation Reports on the Web直接从“Peopls R China”检索只有67种期刊。文中70种中国期刊是按我国通常采用的统计方法, 计入了包含了由中国电子学会主办的《电子学报》(Chinese Journal of Electronics)、由中国化学学会主办的《高分子科学》(Chinese Journal of Polymer Science)及《亚洲天然产品研究杂志》(Journal of Asian Natural Products Research)3种在境外或国外出版的期刊。按67种期刊统计, 其影响因子总值为38.022, 平均值也为0.567。(科学时报 2004-06-24 赵基明)