

· 共识与指南 ·

中国消化不良的诊治指南(2007 大连)*

中华医学会消化病学分会胃肠动力学组

一、定义

消化不良(dyspepsia)是指一组表现为上腹部疼痛或烧灼感、餐后上腹饱胀和早饱感的症候群,可伴食欲不振、嗝气、恶心或呕吐等^[1-3]。消化不良症状的产生与胃肠疾病有关,也可由胰、胆、肝脏疾病等引起。消化不良从病因上可分为器质性消化不良(organic dyspepsia, OD)和功能性消化不良(functional dyspepsia, FD)。其中FD患者的症状源于上腹部,血生化和内镜等检查无异常发现,其临床表现难以用器质性疾病解释^[3]。

二、消化不良的流行病学

我国广东城镇居民的问卷调查显示消化不良的患病率为18.9%^[4],美国社区居民的患病率为25%^[5];女性患病率高于男性,患病率随年龄增长而升高^[4]。流行病学调查的患病率是指未经检查的消化不良症状,经检查后发现OD仅占消化不良患者的少数^[6,7],多数患者为FD^[3]。有关消化不良发病率的流行病学资料相对较少,推测年发病率约为1%^[3]。

虽然人群中消化不良的患病率很高,但总的就诊率不到50%^[8]。研究表明腹部症状明显、胃肠外症状较多者就诊率较高。此外,焦虑和缺乏有效的心理疏导也是导致消化不良患者就诊的重要原因。据统计,在我国以消化不良为主诉的患者占普通内科门诊的11.05%、占消化专科门诊的52.85%^[4]。采用FD罗马诊断标准对消化专科门诊连续就诊的患者进行问卷调查,发现符合诊断标准者占就诊者的28.5%^[9],占接受胃镜检查者的7.2%。

与消化不良发病的相关因素有:脑力劳动、工作紧张、睡眠状况差、服用非甾体抗炎药(NSAID)和饮食不当等^[10]。

三、消化不良的病因和病理生理

(一)、OD

消化系统的良恶性疾病均可引起消化不良,其

中以消化性溃疡和胃食管反流病(GERD)最为多见,消化系统恶性病变引起的消化不良在我国也不少见^[10]。

消化系统以外的疾病也可引起消化不良,如糖尿病、慢性肾功能不全、充血性心力衰竭、甲状腺功能亢进症以及硬皮病等。某些药物如NSAID、选择性环氧合酶(COX)-2抑制剂、茶碱、口服抗生素和补钾剂等均可引起消化不良症状。

(二)、FD

FD的发病机制尚未完全阐明,其病理生理学基础主要包括以下几方面。

1. 运动功能障碍:FD患者近端胃适应性舒张功能受损,顺应性下降,致使餐后胃内食物分布异常,引起餐后饱胀、早饱等^[2,3,11]。FD患者还存在移行性复合运动(MMC)期出现次数减少、期动力减弱以及胃十二指肠反流等^[2,12]。研究表明,运动功能障碍是FD的主要发病基础,约40%的FD患者存在胃排空延缓^[13],可能与胃电节律紊乱有关。

2. 内脏高敏感性:FD患者对胃扩张刺激产生不适感的严重程度明显高于健康对照者,表明FD患者存在内脏高敏感^[14]。内脏高敏感可解释患者餐后出现的上腹饱胀或疼痛、早饱、体质量下降等症状^[3]。

3. 胃酸分泌:虽然FD患者基础胃酸分泌在正常范围,但刺激可引起酸分泌增加,临床上患者的酸相关症状,如空腹时上腹部不适或疼痛、进食后减轻以及抑酸治疗有效均提示其症状与胃酸分泌相关^[3]。

4. 幽门螺杆菌(H. pylori)感染:对H. pylori感染是否是FD的发病因素尚存在争议,国内学者的共识意见为H. pylori感染是慢性活动性胃炎的主要病因,有消化不良症状的H. pylori感染者可归属FD的范畴^[15]。

5. 精神心理因素:约半数以上FD患者存在精神心理障碍,FD症状的严重程度与抑郁、焦虑和恐惧等有关,因此,精神心理因素是FD发病的重要因

* 本文通讯作者:柯美云,中国医学科学院 中国协和医科大学 北京协和医院消化内科(100730) Email: kemypumch2006@yahoo.com.cn
本文首次发表在《中华消化杂志》2007, 27 (12): 832-834.

素之一。

四、消化不良的诊断

(一)、对消化不良以及相关症状的评估

对消化不良症状的评估可为是否进行相关检查以及选择治疗方案提供重要线索。罗马 诊断标准对消化不良的主要症状给予的定义^[3]如下：餐后饱胀：食物长时间存留于胃内引起的不适感；早饱感：指进食少许食物即感胃部饱满，不能继续进餐；上腹痛：位于胸骨剑突下与脐水平以上、两侧锁骨中线之间区域的疼痛；上腹烧灼感：局部的灼热感，与烧心不同。烧心是指胸骨后烧灼样疼痛或不适^[3]，是 GERD 的特征性症状。

询问病史时需了解：消化不良症状及其程度和频度；症状的发生与进餐的关系，有无夜间出现症状以及症状与体位、排便的关系；进食量有无改变，有无体质量下降以及营养状况；患者的进食行为、心理状态以及是否影响生活质量；有无重叠症状，如烧心、反酸、腹泻或便秘等；引起消化不良的可能病因，注意有无警报征象。

消化不良的警报征象包括：消瘦、贫血、上腹包块、频繁呕吐、呕血或黑便、年龄>40 岁的初发患者、有肿瘤家族史等。对有警报征象者建议及时进行相关检查。对有精神心理障碍者，也建议及时进行检查，明确排除器质性疾病对解释病情更为有利。

(二)、相关检查

对初诊的消化不良患者应在详细采集病史和进行体格检查的基础上有针对性地选择辅助检查。我国胃镜检查已很普及，建议将胃镜检查作为消化不良诊断的主要手段^[2,7,10]。其他辅助检查包括肝、肾功能以及血糖等生化检查、腹部超声检查和消化系统肿瘤标志物检测，必要时行腹部 CT 扫描。对经验性治疗或常规治疗无效的 FD 患者可行 H. pylori 检查^[15]。对怀疑胃肠外疾病引起的消化不良患者，应选择相应的检查以利病因诊断。

(三)、胃功能检查

对症状严重或对常规治疗效果不明显的 FD 患者，可行胃电图、胃排空、胃容纳功能和感知功能检查，对其动力和感知功能进行评估，指导调整治疗方案。上述检查也可用于对其他动力相关疾病所致的消化不良的评估，如糖尿病性消化不良等。

(四)、FD 罗马 标准

FD 患者临床表现个体差异性大，根据 FD 患者的主要症状特点及其与症状相关的病理生理学机

制以及症状的模式将 FD 分为 2 个亚型，即餐后不适综合征(postprandial distress syndrome, PDS)和上腹痛综合征(epigastric pain syndrome, EPS)^[3]。临床上两个亚型常有重叠，有时可能难以区分，但通过分型对不同亚型的病理生理机制的理解，对选择治疗将有一定帮助。在以研究为目的时应进行较严格的亚型分类(见表 1)。在 FD 的诊断中还需注意其与 GERD 和肠易激综合征(IBS)等其他功能性胃肠病的重叠。

表 1 FD 罗马 诊断标准^[3]

FD 的诊断标准 *
必须包括:
1. 以下 1 项或多项: a. 餐后饱胀; b. 早饱感; c. 上腹痛; d. 上腹烧灼感
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)
PDS 的诊断标准 *
必须包括以下 1 项或 2 项:
1. 发生在进平常餐量后的餐后饱胀, 每周发作数次
2. 早饱感使其不能完成平常餐量的进食, 每周发作数次
支持诊断的条件有:
1. 上腹胀或餐后恶心或过度嗝气
2. 可同时存在 EPS
EPS 的诊断标准 *
必须包括以下所有条件:
1. 至少中等程度的上腹部疼痛或烧灼感, 每周至少 1 次
2. 疼痛为间歇性
3. 不放射或不在腹部其他区域/胸部出现
4. 排便或排气后不缓解
5. 不符合胆囊或 Oddi 括约肌功能障碍的诊断标准
支持诊断的条件有:
1. 疼痛可为烧灼样, 但不向胸骨后传导
2. 疼痛常因进餐诱发或缓解, 但也可发生在空腹状态
3. 可同时存在 PDS

* 诊断前症状出现至少 6 个月, 且近 3 个月符合以上诊断标准

五、消化不良的治疗

消化不良的治疗目的在于迅速缓解症状，提高患者的生活质量，去除诱因，恢复正常生理功能，预防复发。对 OD 的治疗主要是针对原发病。本指南主要对 FD 的治疗提出规范意见，FD 的治疗策略应是依据其可能存在的病理生理学异常进行整体调节，选择个体化的治疗方案。

(一)、一般处理

帮助患者认识、理解病情，指导其改善生活方式、调整饮食结构和习惯、去除可能与症状发生有关的发病因素，提高患者对应症状的能力。

(二)、经验性治疗

适用于年龄<40 岁、无警报征象、无明显精神心理障碍的患者。与进餐相关的消化不良(如 PDS)可首选促动力剂或合用抑酸剂；与进餐非相关的消

化不良/酸相关性消化不良(如EPS)者可选用抑酸剂或合用促动力剂。经验治疗时间一般为2-4周。无效者应行进一步检查,明确诊断后有针对性进行治疗。

1. 抗酸剂: 抗酸剂如氢氧化铝、铝碳酸镁等可减轻症状,但疗效不如抑酸剂^[16]。铝碳酸镁除具有抗酸作用外,还具有吸附胆汁的功能,伴有胆汁反流者可选用。

2. 抑酸剂: 目前广泛应用于FD的治疗,适用于非进餐相关消化不良中以上腹痛、烧灼感为主要症状者。常用抑酸剂包括H₂受体拮抗剂(H₂RA)和质子泵抑制剂(PPI)两大类^[16]。H₂RA可有效治疗FD,常用药物有西米替丁、雷尼替丁和法莫替丁等。小剂量PPI能有效治疗FD,常用PPI制剂有奥美拉唑、兰索拉唑、泮托拉唑、雷贝拉唑和埃索美拉唑等。

3. 促动力剂: 促动力剂可明显改善与进餐相关的上腹部症状,如上腹饱胀、早饱等。常用的促动力剂包括: 多巴胺受体拮抗剂: 甲氧氯普胺具有较强的中枢镇吐作用,能增强胃动力,但因其可导致锥体外系反应而不宜长期、大剂量使用。多潘立酮为选择性外周多巴胺D₂受体拮抗剂,不透过血脑屏障,因此无锥体外系不良反应。该药能增加胃窦和十二指肠动力,促进胃排空,明显改善消化不良患者上腹不适、早饱、腹胀等症状^[17,18]。个别患者长期服用可出现乳房胀痛或溢乳现象。依托必利通过拮抗多巴胺D₂受体和抑制乙酰胆碱酯酶活性起作用,可增强并协调胃肠运动,改善患者的临床症状^[19]。

5-HT₄受体激动剂: 莫沙必利在我国和亚洲的临床资料显示其可显著改善FD患者早饱、腹胀、暖气等症状^[20]。目前未见心脏严重不良反应报道,但对5-HT₄受体激动剂的心血管不良反应仍应引起重视。红霉素: 具有胃动素样作用,静脉给药可促进胃排空,主要用于胃轻瘫的治疗,不推荐作为治疗FD的首选药物。

4. 助消化药: 消化酶和微生态制剂可作为治疗消化不良的辅助用药。复方消化酶和益生菌制剂可改善与进餐相关的腹胀、食欲不振等症状。

5. 根除H. pylori治疗: 根除H. pylori可使部分FD患者的症状得到长期改善^[15,21],对合并H. pylori感染的FD患者,如应用抑酸剂、促动力剂治疗无效,建议向患者充分解释根除治疗的利弊,征得患者同意后给予根除H. pylori治疗。

6. 精神心理治疗: 荟萃分析显示,抗焦虑、抑郁药对FD有一定疗效^[22],对抑酸剂和促动力剂治疗无效、且伴有明显精神心理障碍的患者可选择三环类抗抑郁药或5-HT₄再摄取抑制剂(SSRI);除药物治疗外,行为治疗、认知治疗和心理干预等可能对这类患者也有益。精神心理治疗不但可缓解症状,还可提高患者的生活质量。

六、消化不良的诊治流程

参考国际消化不良诊治流程^[3,16,23],结合我国消化不良的特点以及近年的研究进展,在2000年我国消化不良诊治流程^[2]的基础上作适当的修改(见图1)。

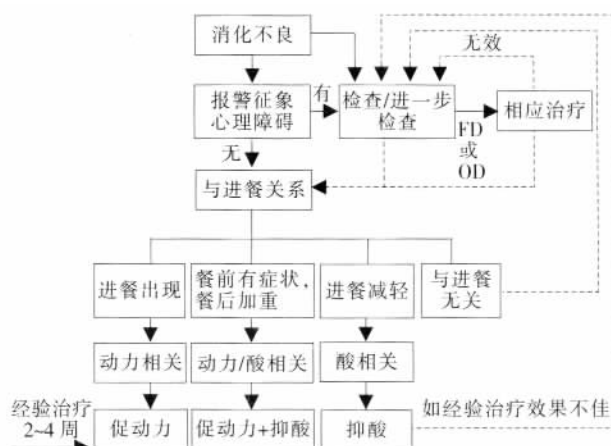


图1 消化不良诊治流程图

在诊治流程中,2次提出问题,选择处理方案,即先进行相关检查,或根据症状与进餐的关系,选择经验性治疗^[2,16,24]。特别是对有报警征象、或伴有心理障碍的患者,应选择相关检查,包括胃镜检查、血生化学检查和超声检查等,根据检查结果(OD或FD)予以相应处理。如对相应处理疗效不佳,或有关检查无阳性发现或不能解释其症状时,应进一步检查,必要时还可行有关胃功能检测,并进行心理评估以了解患者有无精神心理障碍。经验治疗的基础是根据症状与进餐的关系,考虑与动力和(或)酸相关的可能性,选择相应的治疗。对经验治疗无效者,可行进一步的相关检查,根据检查结果调整治疗方案。

参与修订的人员名单: 柯美云 侯晓华 罗金燕 方秀才 邹多武 陈旻湖 袁耀宗 许国铭 周吕 房殿春 王邦茂 夏志伟 刘新光 张军 李延青 刘诗 张振书 段丽萍 白文元 戴宁 范红 姜敏 林志辉 杨丽 彭丽华 王新 谢鹏雁 齐清会 林琳 秦新裕 苏秉忠

参考文献

- 1 Rhind JA, Watson L. Gall stone dyspepsia. *Br Med J*, 1968, 1 (5583): 32.
- 2 中华医学会消化病学分会胃肠动力学组. 我国消化不良的诊治流程和指南. *胃肠病学*, 2000, 5 (3): 141-142.
- 3 Tack J, Talley NJ, Camilleri M, et al. Functional Gastrointestinal Disorders. In: Drossman DA, eds. In Rome: the functional gastrointestinal disorders. 2006. 419-486.
- 4 陈旻湖, 钟碧慧, 李初俊, 等. 广东城镇居民消化不良的流行病学调查. *中华内科杂志*, 1998, 37 (5): 312-314.
- 5 Talley NJ, Zinsmeister AR, Schleck CD, et al. Dyspepsia and dyspepsia subgroups: a population-based study. *Gastroenterology*, 1992, 102 (4 Pt 1): 1259-1268.
- 6 Bolling-Sternevald E, Carlsson R, Aalykke C, et al. Self-administered symptom questionnaires in patients with dyspepsia and their yield in discriminating between endoscopic diagnoses. *Dig Dis*, 2002, 20 (2): 191-198.
- 7 吴改玲, 柯美云. 经内镜证实的 300 例功能性消化不良症状特点剖析. *中华消化杂志*, 2003, 23 (9): 533-535.
- 8 Zuckerman MJ, Guerra LG, Drossman DA, et al. Health-care-seeking behaviors related to bowel complaints. Hispanics versus non-Hispanic whites. *Dig Dis Sci*, 1996, 41 (1): 77-82.
- 9 高晓阳, 邱敏霞, 黄虹, 等. 功能性消化不良罗马与罗马标准在临床应用中的比较. *中华消化杂志*, 2007, 27(12): 809-812.
- 10 柯美云主编. 消化不良诊治手册. 北京: 科学出版社, 2004.
- 11 张晓光, 胡品津, 林金坤, 等. 功能性消化不良患者近端胃容受性的研究. *胃肠病学*, 2003, 8 (3): 151-153.
- 12 柯美云, 谷成明, 姜玉新, 等. 消化不良患者的胃幽门十二指肠运动协调性研究. *中国医学科学院学报*, 2000, 22 (3): 240-244.
- 13 Quartero AO, de Wit NJ, Lodder AC, et al. *Dig Dis Sci*. Disturbed solid-phase gastric emptying in functional dyspepsia: a meta-analysis. 1998, 43 (9): 2028-2033.
- 14 Hou XH, Li Q, Zhu L, et al. Correlation of gastric liquid emptying with various thresholds of sensation in healthy controls and patients with functional dyspepsia. *Dig Dis Sci*, 2004, 49 (2): 188-195.
- 15 中华医学会消化病学分会. 中国慢性胃炎共识意见 全国第二届慢性胃炎共识会议 2006 年 9 月 14-16 日 上海. *胃肠病学*, 2006, 11 (11): 674-684.
- 16 Talley NJ; American Gastroenterological Association. American Gastroenterological Association medical position statement: evaluation of dyspepsia. *Gastroenterology*, 2005, 129 (5): 1753-1755.
- 17 上海多潘立酮多中心临床研究协作组. 多潘立酮片治疗功能性消化不良的临床研究. *中华消化杂志*, 2003, 23 (4): 220-222.
- 18 罗金燕, 王学勤, 朱有玲, 等. 多潘立酮治疗慢性胃炎疗效临床研究. *临床消化病杂志*, 2005, 17 (2): 78-81.
- 19 Holtmann G, Talley NJ, Liebrechts T, et al. A placebo-controlled trial of itopride in functional dyspepsia. *N Engl J Med*, 2006, 354 (8): 832-840.
- 20 陈世耀, 王吉耀, 朱畴文, 等. 莫沙必利治疗功能性消化不良随机双盲对照研究. *中华流行病学杂志*, 2004, 25 (2): 165-168.
- 21 Malfertheiner P, Megraud F, O'Morain C, et al. Current concepts in the management of *Helicobacter pylori* infection: the Maastricht Consensus Report. *Gut*, 2007, 56 (6): 772-781.
- 22 Jackson JL, O'Malley PG, Tomkins G, et al. Treatment of functional gastrointestinal disorders with antidepressant medications: a meta-analysis. *Am J Med*, 2000, 108 (1): 65-72.
- 23 Talley NJ, Vakil N; Practice Parameters Committee of the American College of Gastroenterology. Guidelines for the management of dyspepsia. *Am J Gastroenterol*, 2005, 100 (10): 2324-2337.
- 24 中华医学会消化病学分会胃肠动力学组. 慢性胃炎患者消化不良症状、胃动力功能及有关因素的多中心调研. *中华消化杂志*, 2006, 26 (9): 602-605.

(2008-01-16 收稿)