

doi:10.3969/j.issn.1671-038X.2018.01.02

消化心身疾病中西医结合整体诊治专家指导意见(2017 年)

中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会

关键词:消化心身疾病;中西医结合;指导意见

中图分类号:R57 文献标志码:A 文章编号:1671-038X(2018)01-0009-09

随着科学技术的进步,经济的发展和人们生活方式的改变,人类的疾病谱逐渐发生变化。其原因与人们生活习惯的改变,工作节奏的加快,环境污染的增多,竞争意识的增强和各种社会矛盾冲突的加剧等有关。结果导致人们心理因素变化加剧,乃至发生心身疾病日渐增多。据统计,综合医院各科心身疾病占病人总数的 25%~35%^[1]。在发达国家心身疾病的发病率占疾病谱的 80%,我国大中城市心身疾病的发病率也占 40%^[2]。特别是消化系统心身疾病的病种和发病率居内科心身疾病的首位,占本系统所有疾病的 45%~75%^[3]。

在消化系统疾病诊治中,消化内镜、腹部 CT、腹部超声、磁共振等先进设备日新月异,但仍不能完全解释或解决患者所有的症状和行为异常,而且患者主观不适感受的严重程度与各种客观检测结果不完全一致,即使是同种疾病也症状表现各异。据此,1977 年美国罗彻斯特大学医学院精神病学和内科教授恩格尔(Engel)^[4]提出新的医学模式,即生物-心理-社会医学模式,这种新的医学模式得到医学界的广泛认同。在中国,与祖国医学相结合,中西医相互借鉴,对心身疾病的认识,特别是治疗方面则具有明显优势。但目前尚缺乏统一规范,缺少共识。为此,我们先拟定“消化心身疾病中西医结合诊治专家指导意见”,暂不提“消化心身疾病中西医结合诊治共识意见”。且按照国际通行的德尔斐法进行 3 轮次投票,(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),并于 2017 年 6 月 10 日在江苏泰州专业委员会常务会中进行集中审阅,大家进行了热烈讨论,基本达成了共识。现将全文予以公布,供国内外同道参考,以期指导临床诊疗,并冀在应用中不断完善。

1 概念

1.1 基本概念

“心身疾病”是指心理社会因素在疾病的发生、

发展、防治及预后过程中起重要作用^[5]的躯体器质性病理改变和/或功能性障碍^[6]的一类疾病。

消化心身疾病是指精神心理、社会、环境等因素在消化系统疾病的发生、发展、防治及预后过程中密切相关的器质性病理改变和/或功能障碍。广义的消化心身医学应包括消化系统健康事业相关的精神心理、社会和环境问题。

消化心身医学始于对功能性胃肠病(functional gastrointestinal disorders FGIDs)的临床诊治的反思,从 1989 年就肠易激综合征(irritable bowel syndrome)诊断标准发表首个文件,到 2006 年的罗马 III 标准的制定,近 20 年的时间内,已经明确心理社会因素广泛参与了 FGIDs 的全过程,同时也提出了功能性胃肠病的治疗过程中可根据患者具体情况增加心理干预和三环类抗抑郁药物(tricyclic antidepressants, TCA)或选择性 5-羟色胺再摄取抑制剂(selective serotonin reuptake inhibitors, SSRI)类抗抑郁药或积极向精神心理科转诊^[7-8]的意见。2016 年罗马 IV 的出版更具体讨论对 FGIDs 多维度认识和包括精神类药物使用在内的精神心理干预。

传统的中医学中,虽没有心身疾病这一病名,但中医很早就认识到“情志因素”在疾病的病因病机中起主要作用。《黄帝内经》等有关中医文献关于“形神合一”的学说已涵盖现代心身医学的主要内容,且具有较为完整的心身医学思想。

中医的情志通常是指“七情”,即喜、怒、忧、思、悲、恐、惊。在一般情况下属于正常的精神活动,不会使人致病。只有突然、强烈、反复或持久的情志刺激,超过了人体调节范围,才可能导致疾病的发生。其致病特点是:①直接伤及脏腑;不同的情志刺激可伤及不同的脏腑,即喜伤心,怒伤肝,忧、思伤脾,悲伤肺,惊、恐伤肾。②影响脏腑气机;七情可致气机紊乱,如《素问·举痛论》曰:“怒则气上、喜则气缓、悲则气消、恐则气下、惊则气乱、思则气结”。

1.2 消化心身疾病的主要特点

(1)心理社会因素在疾病的发生与发展过程中起重要作用;

(2)临床表现以消化系统为主的躯体症状,包括

器质性病理改变和/或功能障碍;

(3)因消化系统疾病所引发或加重精神心理反应。

1.3 心理社会因素与消化心身疾病的关系

(1)患者具有一定的遗传素质、性格特点或心理缺陷,容易受到外界刺激的影响,进而发生消化系统的器官组织病理改变和/或功能异常。

(2)心理社会刺激导致情志的异常变化引起消化系统疾病,这一点对诊断尤为重要。在疾病的发生发展过程中,先有心理社会因素的刺激,在时间上比较长久和/或在强度上比较剧烈,或者二者兼备,最终导致消化心身疾病。

(3)心理社会刺激因素与疾病的发生有密切的时序关系。一般来说,先有不良刺激,然后才有相关消化疾病的发生,这种时序关系有时也表现滞后性。同时,须值得注意“因病而郁”的倾向,即患者对目前所患疾病的担忧、恐惧,成为心理刺激因素,使原有的疾病加重或缠绵,或称为身心疾病,但也应属心身疾病范畴。

(4)疾病的演变过程与心理社会刺激因素关系复杂。在通常情况下,呈正相关关系。即刺激因素越强烈,持续的时间越久,疾病的表现就会越重;反之,如果刺激因素变弱了,甚或消失了,相关的消化疾病的表现就会相应减轻或消失。但在有些个体存在较大差异,疾病的演变与心理社会刺激因素互为因果,对于某些长期受不良刺激的病人,会在脑内形成固定的兴奋泛化区,使病情反复,缠绵难愈。

(5)如果单纯采用消化专科的治疗措施而不从心理方面进行调治,临床疗效较差。

2 范畴

2.1 西医

20世纪30年代,心身医学研究的先驱者之一亚历山大(Alexander)把十二指肠溃疡,溃疡性结肠炎纳入七种经典心身疾病(holyseven)的范畴^[9]。后根据美国心理生理障碍学会,消化系统心身疾病主要包括:消化性溃疡、食管痉挛和神经性呕吐、溃疡性结肠炎、神经性厌食、幽门痉挛、过敏性结肠炎等^[10]。日本全国通用心身疾病分类中,消化心身疾病包括:消化性溃疡、食管痉挛和神经性呕吐、溃疡性结肠炎、神经性厌食、幽门痉挛、过敏性结肠炎、腹部饱胀、空气吞咽(吞气症)等^[11]。我国全国高等学校教材《心身医学》中消化系统心身疾病包括:消化性溃疡、炎症性肠病、胃食管反流病、急性应激性溃疡、肠易激综合征、慢性胰腺炎。^[12]

综上所述,西医消化系统心身疾病的范围较广,既包括功能性胃肠病,也包括器质性胃肠病,在临床

上则更多见于功能性胃肠病。

2.2 中医

中医学中心身疾病属于“郁症”的范畴;与情志因素有关的消化领域中医病证有:梅核气、奔豚气、胃痛、鼓胀、痞满、呕吐、呃逆、嗝气、噎膈、腹痛、泄泻、便秘、胁痛、积聚等^[13]。

3 诊断

3.1 诊断思路

由于心身疾病既不同于单纯的躯体疾病,又不同于单纯的精神疾病和神经症。所以,消化心身疾病的诊断应包括生物学诊断和心理评估两方面的内容。鉴于西医的疾病诊断多以病或综合征为主,对于功能性胃肠病,罗马IV标准也提出基于症状的诊断。中医对疾病的诊断则多以症状命名,同时,特别重视证候的诊断。所以,建立病、症、征(综合征)、证合参的诊断模式,更能汇通中西,贴近临床。

3.2 诊断流程

(1)全面了解病史,尤其是患者起病前的心理状态和情绪变化,如心理应激的来源、性质、程度及时间,患者对应激事件的认知和反应,以及患者的个人成长经历、生活史、家族史、家庭环境、工作环境、交际环境、社会环境等。对部分有抵触心理的患者,了解其睡眠状况,可能是了解患者精神心理情况的切入点。

(2)详细的体格检查和常规的实验室检查,以及消化道的内镜检查、影像学检查和必要的功能检查等,以明确消化道的器质性病变和/或功能异常。

(3)搜集、整理患者的临床症状及相关的体征,特别需要注意具有消化心身特征性的临床表现,如患者的特殊就诊行为等。

(4)心理学评价。要全面了解患者的人格特点,评估心理社会因素及其影响,有必要选择一些标准化的心理测量工具对患者进行评估。常用的有:心身症状自评问卷(SCL-90),生活事件量表(LES),焦虑自评量表(SAS),抑郁自评量表(SDS),汉密尔顿抑郁量表(HAMD),抑郁筛查量表(PHQ9),躯体症状群量表(PHQ15)等,可根据患者的不同情况和医生的工作习惯灵活选择。

(5)心理社会因素调查。为了确定患者在发病前是否存在心理社会因素,以及此类生活事件对患者产生影响的严重程度。通常可采用赫尔姆斯(Holmes)的社会再适应量表以及布朗(Brown)的生活事件和自觉困难调查表(LEPS)等。

对于消化心身疾病的诊断须不断积累临床经验,诸如孙学礼教授和陈胜良教授^[14]提出的消化系统四大类常见临床表现:①情绪相关的临床表现,包

括:抑制性情绪相关的常见胃肠道症状,主要表现为胃肠生理功能下降,常见的症状包括早饱、饱胀、食欲不振、纳差、嗝气、便秘等。激惹性情绪,即所谓的焦虑或惊恐表现,表现为焦虑或坐立不安、难以集中精力、疲乏无力、入睡困难等。与激惹性情绪相关的胃肠道功能紊乱主要有2类,一是胃肠功能亢进但不协调,二是疼痛等腹部不适的体验特别强烈,具体包括反酸、烧灼感、腹痛、腹胀、腹鸣和腹泻等。②认知偏差相关的临床表现,患者对症状和疾病的认知偏差,不合理的联想,往往把当下良性的病变,对以后可能出现的变化过分担忧,不切实际的“对号入座”。③病态想象性的临床表现,实际不存在的特殊异样感觉。④生物指标明显异常的疾病状态。如炎症性肠病,消化性溃疡等。陈玉龙教授^[15-16]总结出快速诊断(线索)法:①自带字条,自我详细介绍病情,列出各种症状,唯恐万一有遗漏(反映记忆力减退)。②出示大量的化验检查单据。这些检查结果可能都没问题,或者虽有一些阳性结果,却不能用以解释现有的各种症状。③过分关注自身,常把生理如体表生理标志,如剑突、腹直肌、波动的腹主动脉等当疾病(如肿瘤),很在意肛门排气的多少及次数,大便的形状,嗝气、呃逆的感觉等。④口苦、口干、舌苔厚、口腔异味等。⑤候诊不耐烦,来回走动,频频地叩门。⑥说话唠叨,很难打断,不厌其烦,但又缺乏逻辑和层次。⑦交流困难,固执己见,多疑善感,很难相互沟通。⑧全身不定时、不定位疼痛或有异常感觉。⑨病史长,症状多,病情复杂,四处求医,经过多种中西药物治疗,时而有效,时而无效。⑩有可能同时挂号多个科室,但又都没取药。⑪常规内镜检查时耐受性很差—内脏高敏感。⑫反复出入于门诊,不停地询问担心的问题。以上这些反映出患者的行为异常和认知障碍。这些方法对识别消化心身疾病很有帮助,值得借鉴。

3.3 中医证候

在消化心身疾病中常见的中医证候有:

(1)肝胃不和证

主症:①脘胁胀痛;②情绪抑郁。

次症:①嗝气;②呃逆;③反酸、烧心;④不欲饮食。

舌脉:舌苔薄白或黄,脉弦。

(2)肝郁血虚证

主症:①两胁作痛;②心烦急躁。

次症:①头痛目眩;②口燥咽干;③神疲食少;④月经不调;⑤乳房胀痛;⑥面色无华或晦暗。

舌脉:舌苔薄白或薄黄,脉弦而虚。

(3)心脾两虚证

主症:①失眠多梦;②饮食减少。

次症:①心悸胆怯;②眩晕;③健忘;④面色萎黄;⑤腹胀便溏;⑥神倦乏力;⑦妇女月经量少色淡,淋漓不尽。

舌脉:舌质淡嫩,苔薄白或苔滑腻,脉细弱。

(4)肝脾不调证

主症:①腹痛欲泻,泄后痛减;②每因抑郁恼怒或情绪紧张而诱发。

次症:①脘腹窜痛;②便溏不爽;③急躁易怒;④纳呆腹胀。

舌脉:舌苔薄白或薄白腻,脉弦。

(5)脾肾阳虚证

主症:①腹中冷痛;②少言寡语。

次症:①腰膝酸软;②形寒肢冷;③面色㿔白;④神疲懒言;⑤久泻久痢;⑥五更泄泻。

舌脉:舌淡胖或边有齿痕,舌苔白滑,脉沉细无力。

(6)气郁痰凝证

主症:①咽部不适,有异物感;②情志不畅。

次症:①嗝气、呃逆;②咳嗽;③胸闷;④心烦;⑤失眠。

舌脉:舌苔白腻,脉弦滑。

(7)气滞血瘀证

主症:①脘腹胀痛或刺痛;②急躁易怒。

次症:①胸胁胀闷;②周身窜痛;③妇女月经闭止;④痛经;⑤经色紫暗有块。

舌脉:舌质紫暗或见瘀斑,脉涩。

(8)六郁气滞证

主症:①胸脘痞闷;②情志不畅。

次症:①脘腹胀痛;②饮食不消;③吞酸;④呕恶;⑤口苦;⑥心烦。

舌脉:舌淡苔白或黄腻,脉弦。

(9)气逆上冲证

主症:①腹中悸动;②气逆上顶。

次症:①嗝气、呃逆;②心悸易惊;③烦躁不安;④发作性少腹气上冲胸,直达咽喉;⑤胸闷气急;⑥头昏目眩。

舌脉:舌质淡胖嫩苔薄白,脉弦。

鉴于消化心身疾病的兼夹证多,尚可见到的证型还有:

(10)肝郁躁狂证

主症:①胸胁苦满;②烦躁惊狂。

次症:①心悸不眠;②烦闷不安;③时有谵语;④身重难以转侧;⑤焦躁易怒;⑥易动感情,善太息;⑦甚则出现狂乱、痉挛等;⑧小便不利,大便秘结。

舌脉:舌淡红,苔薄白,脉沉弦。

(11)心神不宁证

主症:①焦虑不安;②心烦失眠。

次症:①心慌恐惧;②头身汗出。

舌脉:舌红苔少,脉细数。

(12)胆郁痰扰证

主症:①呕恶呃逆;②胆怯易惊。

次症:①头眩、心悸;②心烦不眠;③夜多异梦;

④眩晕。

舌脉:苔白腻,脉弦滑。

(13)心肾不交证

主症:①心烦失眠;②心悸不安。

次症:①眩晕;②耳鸣;③健忘;④五心烦热;⑤咽干口燥;⑥腰酸膝软;⑦阳痿早泄;⑧月经不调。

舌脉:舌红,脉细数等症。

证型确定:均以具备主症2项和次症2~3项,参考舌脉象和理化检查。

4 鉴别诊断

4.1 精神类疾病

是指在各种生物、心理和社会环境因素影响下,大脑功能失调,导致认知、思维、情感、意志和行为等精神活动出现不同程度障碍为临床表现的一类疾病,是一种严重的心理障碍。患者的认知、情感、意志、动作行为等心理活动均可出现持久的明显异常;不能正常的学习、工作、生活;动作行为难以被一般人理解,显得怪异、与众不同;在病态心理的支配下,可能发生自杀或攻击、伤害他人的动作行为;有程度不等的自知力缺陷,患者往往对自己的精神症状丧失判断力,认为自己的心理与行为是正常的,拒绝治疗。精神类疾病有类似躯体疾病的症状,但以精神症状为主,表现思维逻辑紊乱明显,甚至出现不受患者意识控制的行为等^[17]。

4.2 神经症又称神经官能症

神经症或精神神经症,是一组以恐惧、焦虑、强迫、疑病症状或神经衰弱症状为主要表现的轻度精神障碍。症状没有可证实的器质性病变基础,并与病人的现实处境不相称。但病人对存在的症状感到痛苦和无能为力,自知力完整或基本完整^[18]。

4.3 抑郁症

抑郁症是一种以心境低落为主要特征的情绪障碍综合症。以情感低落、思维迟缓、以及言语、动作减少,迟缓为典型症状。目前尚无特异的抑郁症诊断工具,临床常用的症状评定量表有3种:汉密尔顿抑郁量表(HAMD)、贝克抑郁自评问卷(BDI)和抑郁自评量表(SDS),均能用来可靠地评定抑郁的程度。中国精神疾病诊断标准(CCMD)-3(2001)列出了抑郁症的下列10项症状,包括:①心境低落,与其

处境不相称;②兴趣丧失、无愉快感;③精力减退或疲乏感;④精神运动性迟滞或激越;⑤自我评价过低、自责,或有内疚感;⑥联想困难或自觉思考能力下降;⑦反复出现想死的念头或有自杀、自伤行为;⑧睡眠障碍,如失眠、早醒或睡眠过多;⑨食欲降低或体重明显减轻;⑩性欲减退。如果一个心境低落的患者具有4项以上症状,社会功能受损,持续2周以上,排除器质性精神障碍和物质依赖所致抑郁,即可考虑诊断为抑郁症^[19]。

4.4 躯体疾病表现精神症状

躯体疾病所致精神症状是由于脑以外的躯体疾病,引起脑功能紊乱而产生的精神障碍。如肝性脑病前期出现的精神错乱状态;肺心病患者出现的偏执、妄想等症状。以及甲亢所引起的焦虑、抑郁、心慌、汗出等。

4.5 精神疾病伴躯体疾病

在同一患者中二种不同性质疾病之间无直接因果关系。如精神分裂症患者有肝炎,两者无直接联系,但精神疾病可能影响对躯体疾病的治疗和康复。

5 治疗

5.1 治疗思路

对于心身疾病的治疗应该把中医的整体观念贯穿始终,实现心身同治。首先,生物学治疗是基础。对于消化系统的心身疾病,抗酸药、粘膜保护药、胃肠功能调节药等对相应胃肠道症状仍然适用。其次,心理疏导必不可少,耐心细致,有的放矢,巧妙舒畅的医患沟通,不仅能增强患者的依从性,也能显著提高临床疗效,在此基础上适当加用抗焦虑,抗抑郁药。越来越多的研究表明,适当的抗焦虑、抗抑郁药用于治疗消化系统心身疾病疗效是肯定的。特别是功能性胃肠病,优势更加显现。故专科治疗,心理疏导和抗焦虑,抗抑郁药的联合应用是治疗消化心身疾病的“基本原则”。

心身疾病的发病原因毕竟和精神心理因素密切相关,根据中医“治病必求于本”思想,应当把治“心”放到首位。同时,还要根据具体情况,具体分析,实行因人、因地、因时制宜。良好的医患沟通是治疗消化心身疾病的必要前提,甚至会起到事半功倍的效果。正如《灵枢·师传》^[20]所言“人之情,莫不恶死而乐生,告之以其败,语之以其善,导之以其所便,开之以其所苦”就是对患者的心理疏导的总体要求。良好的医患沟通,还可以增强患者对医生的信任度,密切医患关系,增加患者对治疗的依从性。陈玉龙教授^[21]提出,要进行心理和躯体两方面的诊治。消除心理社会应激影响,增强应对能力;矫正应激源引起的生理反应,减轻其对脆性器官的冲击;设计个体

化的治疗方案,降低其对器官的心理生理反应。改变环境,针对性地给予心理支持。在脱离应激环境,或给患者适当解释后,即便不用药,有的患者病情也会好转。

5.2 中医治疗

5.2.1 治疗原则

从肝论治:消化心身疾病中医认为与“肝”的关系十分密切,所以,中医治疗首治肝,即从肝论治。疏肝理气之法是治疗消化心身疾病最常用^[22],最主要的治法。

心胃同治:治疗消化心身疾病,在重视肝主疏泄、调畅情志作用的同时,勿忽视中医“心”为五脏之大主,特别是心主神志对脾胃的影响。重视“心胃相关”,实施“心胃同治”,借以拓宽中医治疗消化心身疾病的领域,提高临床疗效。

近年来,有人也发现有些胃肠病人虽有心烦易怒或精神抑郁,失眠多梦等肝气郁结的症状,但经疏肝解郁却疗效不佳,而改从心论治,用调心安神和胃之法而起到了良好的效果^[23]。肠易激综合征(IBS)以肝郁脾虚证多见,常伴有心烦易怒,失眠多梦或精神抑郁等表现,单纯以疏肝健脾之方药往往疗效不理想,周福生教授从“心胃相关”理论出发,通过调心安神,往往疗效显著,并提高生存质量^[24]。据报道,消化性溃疡后期患者多有胃脘隐痛不适,失眠多梦等症,根据“心胃相关”理论,将丹参饮中檀香易为养心安神和胃的百合,并加入三七、夜交藤、合欢皮等治疗,往往疗效甚佳^[25]。有人认为^[26]在萎缩性胃炎的发病原因中,心理因素起着不容忽视的作用,并提出治疗胃脘病时如果能够以调心(神)以治胃,佐以疏肝健脾并配合畅情、释疑等方法综合运用,其效果往往优于单纯运用疏肝理气、和胃降逆。可选用百合地黄汤、天王补心丹、甘麦大枣汤等养心神,临床效果较佳。特别是慢性萎缩性胃炎病程较长,患者又往往对于疾病的发展趋向深为担忧,有“恐癌”心理,长期的紧张、焦虑、抑郁、恼怒等情绪更加重了患者的心理负担,导致患者精神压抑、忧心忡忡。因此在治疗慢性萎缩性胃炎时,“治胃先治心”。李培英等^[27]运用调节心肾法治疗萎缩性胃炎,效果显著。总之,“心胃相关”、“心胃同治”新思维,新思路的引入,对于拓宽中医治疗消化心身疾病的领域,提高疗效,对于完善和发展中医情志相关性胃肠病的研究及其以此指导临床用药有着非常重要意义。

5.2.2 分型论治

(1)肝胃不和证

治法:疏肝和胃。

推荐方药:柴胡疏肝散加减《景岳全书》。

常用药:柴胡、陈皮、川芎、白芍、枳壳、香附、炙甘草等。

(2)肝郁血虚证

治法:疏肝解郁,养血健脾。

推荐方药:逍遥散加减《宋·太平惠民和剂局方》。

常用药:柴胡、当归、芍药、白术、茯苓、薄荷、炙甘草等。

(3)心脾两虚证

治法:养血安神,补心益脾。

推荐方药:归脾汤加减《济生方》。

常用药:人参、炒白术、炒黄芪、茯苓、龙眼肉、当归、远志、炒酸枣仁、木香、炙甘草等。

(4)肝脾不调证

治法:补脾柔肝,祛湿止泻。

推荐方药:痛泻要方加减《古今医统》。

常用药:炒白术、炒白芍、炒陈皮、防风等。

(5)脾肾阳虚证

治法:温补脾肾,固肠止泻。

推荐方药:附子理中汤《太平惠民和剂局方》、四神丸加减《内科摘要》。

常用药:人参、制附子、炮姜、白术、肉豆蔻、补骨脂、五味子、吴茱萸、甘草、大枣等。

(6)气滞痰凝证

治法:行气散结、降逆化痰。

推荐方药:半夏厚朴汤加减《金匱要略》。

常用药:半夏、厚朴、紫苏、茯苓、生姜等。

(7)气滞血瘀证

治法:活血行气止痛。

推荐方药:血府逐瘀汤加减《医林改错》。

常用药:当归、生地、桃仁、红花、枳壳、赤芍、柴胡、甘草、桔梗、川芎、牛膝等。

(8)六郁气滞证

治法:行气解郁。

推荐方药:越鞠丸加减《丹溪心法》。

常用药:醋制香附、川芎、炒栀子、炒苍术、炒六神曲等。

(9)气逆上冲证

治法:温阳祛寒,平冲降逆。

推荐方药:桂枝加桂汤加减《伤寒论》。

常用药:桂枝、芍药、生姜、甘草、大枣等。

(10)肝郁躁狂证

治法:疏肝解郁,镇惊安神。

推荐方药:柴胡加龙骨牡蛎汤加减《伤寒论》。

常用药:柴胡、龙骨、黄芩、生姜、人参、桂枝、茯苓、半夏、大黄、牡蛎、琥珀、大枣等。

(11)心神不宁证

治法:养心安神。

推荐方药:天王补心丸加减《世医得效方》。

常用药:丹参、当归、石菖蒲、党参、茯苓、五味子、麦冬、天冬、地黄、玄参、制远志、炒酸枣仁、柏子仁、桔梗、甘草等。

(12)胆郁痰扰证

治法:理气化痰,和胃利胆。

推荐方药:温胆汤《三因极一病证方论》。

常用药:半夏、竹茹、枳实、陈皮、甘草、茯苓等。

(13)心肾不交证

治法:滋阴降火,交通心肾。

推荐方药:交泰丸《韩氏医通》、黄连阿胶汤加减《伤寒论》。

常用药:黄连、肉桂、黄芩、白芍、阿胶、鸡子黄等。

5.2.3 中成药

(1)解郁丸:疏肝解郁,养心安神。用于肝郁气滞,心神不安所致的胸胁胀满,郁闷不舒,心烦心悸,易怒,失眠多梦。口服,60丸/次(4g),3次/d。

(2)越鞠丸:理气解郁,宽中除满。用于胸脘痞闷,腹中胀满,饮食停滞,暖气吞酸。口服,6~9g/次,2次/d。

(3)气滞胃痛颗粒:疏肝理气,和胃止痛。用于肝郁气滞,胸痞胀满,胃脘疼痛。口服,2.5g/次,3次/d。

(4)达立通颗粒:清热解郁,和胃降逆,通利消滞。用于肝胃郁热所致痞满证,症见胃脘胀满,暖气、纳差、胃中灼热、嘈杂泛酸、脘腹疼痛、口干口苦;运动障碍型功能性消化不良见上述症状者。温开水冲服,1袋/次(6g),3次/d。于饭前服用。

(5)枳术宽中胶囊:健脾和胃,理气消痞。用于胃痞(脾虚气滞),症见呕吐、反胃、纳呆、返酸等,以及功能性消化不良见以上症状者。口服,3粒/次(0.43g/粒),3次/d,疗程为2周。

(6)逍遥丸:疏肝健脾,养血调经。用于肝郁脾虚所致的郁闷不舒、胸胁胀痛、头晕目眩、食欲减退、月经不调。口服,1.0~1.5袋/次(6g/袋),1~2次/d。

(7)加味逍遥丸:疏肝清热,健脾养血。用于肝郁化火,肝脾不和所致的两胁胀痛,头晕目眩,倦怠食少,月经不调,脐腹胀痛。口服,1袋/次(6g),2次/d。

(8)舒肝片(丸):舒肝和胃,理气止痛。主治肝郁气滞,胸胁胀满,胃脘疼痛,嘈杂呕吐,暖气泛酸。口服,4片/次(0.6g/片),2次/d。

(9)开胸顺气丸:消积化滞,行气止痛。主治气郁食滞所致的胸胁胀满、胃脘疼痛、暖气呕恶、食少纳呆。口服,0.5~1.5袋/次(6g/袋),1~2次/d。

(10)天王补心丸:滋阴养血,补心安神。主治心阴不足,心悸健忘,失眠多梦,大便干燥。口服,1丸/次(9g),2次/d。

(11)柏子养心丸:补气,养血,安神。主治心气虚寒,心悸易惊,失眠多梦,健忘。口服,1丸/次(9g),2次/d。

(12)礞石滚痰丸:降火逐痰。主治癫狂惊悸,精神分裂症,抑郁症。口服,1~2袋/次(6g/袋),1次/d。

治疗情志病的现代中成药有:

(13)舒肝解郁胶囊:疏肝解郁,健脾安神。适用于轻、中度单相抑郁症属肝郁脾虚证者,症见情绪低落、兴趣迟滞、入睡困难、早醒、多梦、紧张不安、急躁易怒、食少纳呆、胸闷、疲乏无力、多汗、疼痛、舌苔白或腻,脉弦或细。口服,2粒/次(0.36g/粒),2次/d,早晚各1次。疗程为6周。

巴戟天寡糖胶囊:舒郁安神,补肾益智。主要用于抑郁症(肾虚型),症见抑郁情绪、心情低落、提心吊胆、入睡难眠、失眠多梦、焦虑多疑、疲倦乏力、性欲减退、耳鸣健忘等。口服,1粒/次(150mg),2次/d;必要时可加至2粒/次,2次/d。

(14)九味镇心颗粒:养心补脾,益气安神。用于广泛性焦虑症心脾两虚证,症见善思多虑不解、失眠或多梦、心悸、食欲不振、神疲乏力、头晕、易汗出、善太息、面色萎黄、舌淡苔薄白、脉弦细或沉细。温开水冲服。早、中、晚各服1袋(6g)/次,3次/d。

5.3 西医疗法

5.3.1 心理治疗 消化心身疾病心理治疗包括:①消除心理社会刺激因素,改变患者的认知方式,减轻焦虑、抑郁等情绪反应。②消除心理学病因,矫正患者的人格特征、行为类型,以及患者的生活习惯和工作环境等,提高心理防御能力。③帮助患者认识和消除心理致病因素,逆转患者的心理病理过程,对所患疾病和所用药物进行科学、合理、通俗易懂地解释,打消患者的担忧和顾虑。④辅以各种特异心理训练治疗。如精神分析疗法、放松训练、催眠治疗、暗示疗法、系统脱敏疗法、生物反馈疗法、认知疗法、森田疗法、音乐疗法等。

5.3.2 药物治疗 消化心身疾病的药物治疗,应在专科用药的基础上,适当选用抗焦虑、抗抑郁的药物。其用药基本原则是:少药味、小剂量、短疗程。特殊病例,因人而异。首先选择起效快,不良反应少,依赖性低的药物。常用的抗焦虑、抗抑郁药物

有:三、四环类、苯二氮卓类、五羟色胺再摄取抑制剂(SSRI)、选择性5-羟色胺和去甲肾上腺素再摄取抑制剂(SNRI)、多巴胺再摄取抑制剂(NDRI)、去甲肾上腺素能和特异性5-羟色胺能抗抑郁药(NaSSA)等几大类。可供选择的药物有:氟哌噻吨美利曲辛、坦度螺酮、氟西汀、舍曲林和西酞普兰、帕罗西汀、曲唑酮、氟伏沙明、度洛西汀、文拉法辛、米氮平、舒必利等。鉴于抗抑郁、抗焦虑药物种类较多,使用较为复杂,消化科医生如缺乏临床经验,可在精神科医生协助下应用。

西医治疗消化心身疾病近年来取得了长足的进展,将抗焦虑、抗抑郁药引入治疗心身疾病,符合中医“同病异治,异病同治”的理论,不仅提高了临床疗效,也改善了患者的生活质量。首先,专科用药与抗焦虑、抗抑郁药相结合,各地已经积累了大量的临床经验,如郗洪光^[28]用西酞普兰联合H₂受体拮抗剂对确诊为消化性溃疡患者进行治疗,两组比较有显著统计学意义;抗抑郁药物西酞普兰既能提高消化性溃疡的治疗效果,又能促进患者的心理健康,提高患者的生活质量。

陈玉龙教授^[21]指出,药物治疗的目的是中止躯体与精神症状间互为因果的恶性循环,同时也是心理治疗的先导,增加了患者对医师的信任度。陈胜良教授^[14]对使用抗焦虑、抗抑郁药提出了分类指导意见:将抑制性情绪相关的消化心身疾病,治疗除按照消化专科常规和经典药物如助消化、促动力等处置以外,需联合选择对精神具有振奋作用,同时对胃肠道功能具有推动作用的三环类抗抑郁药物(tricyclic antidepressants, TCA)或选择性5-羟色胺再摄取抑制剂(selective serotonin reuptake inhibitors, SSRI)。SSRI中能够发挥此类作用的代表药物有氟西汀、舍曲林和西酞普兰等^[29]。激惹性情绪相关的消化心身疾病,治疗除按照消化专科常规或习惯治疗如抑酸、解痉等药物以外,需联合选择对大脑皮层兴奋性有镇静作用,同时对胃肠道功能有一定抑制和协调作用的药物,如镇静剂,或兼有抗胆碱能作用的TCA和SSRI。SSRI中常用的有帕罗西汀和氟伏沙明等。对认知偏差相关和病态想象性的消化心身疾病,除进行良好的医患沟通和认知宣教治疗外,适当辅以抗焦虑抑郁的中枢神经药物,甚则联系精神专科会诊有助于这类临床症状的改善。常用的药物仍然是TCA和SSRI。也可以尝试SNRI、5-羟色胺类的5-羟色胺1兴奋剂、去甲肾上腺素能和特异性5-羟色胺能抗抑郁药(noradrenergic and specific serotonergic antidepressants, NaSSA)以及非典型抗精神分裂症药物等^[30]。

新近罗马IV标准也指出,FGIDs有严重症状,少部分患者有极重的和难治性症状。他们常常合并心理社会麻烦,包括焦虑、抑郁或躯体化症状,人格障碍和持续的日常功能损害。可选择抗抑郁药物治疗,如果疼痛是一种优势特征,三环类抗抑郁药物(如地昔帕明、阿米替林)或SNRI(如度洛西汀、米那普仑)有助于通过中枢性镇痛来控制疼痛,同时还可以使抑郁症状得到缓解。SSRI(如西酞普兰、氟西汀、帕罗西汀)对于疼痛的效果要差一些,但能减少焦虑和相关的抑郁。对于有慢性疼痛,日常功能受损,有共同存在的抑郁症相关症状,焦虑症相关症状,或惊恐发作的患者均应考虑抗抑郁药物的治疗。此外,对于即使没有抑郁症状,当疼痛是一种优势症状的患者,这些药物也有帮助。

5.4 中西医结合诊治要点

消化心身疾病中西医诊治应体现中医的特色优势,坚持中西医并举,形神共治,药物治疗与心理疏导相结合的指导思想。

5.4.1 “四位一体”消化心身识别法 在胃肠病的生物学诊断背景基础上,如消化性溃疡,肠易激综合征等。

(1)主症:消化道症状,如胃痛、腹痛、泄泻等。

(2)共症:精神症状,如:①心烦意乱;②胡思乱想;③郁郁寡欢;④失眠多梦等。

(3)次症:躯体症状,如:①胸腹胀痛;②嗝气呃逆;③腰背酸困;④形寒肢冷;⑤周身窜痛;⑥恶风汗出;⑦口干口苦;⑧舌苔厚腻;⑨大便不畅;⑩小便频数等。

(4)佐证:如:①有家族类同病史;②有负性生活事件;③有心理刺激因素;④有就诊行为异常;⑤有不良视听影响;⑥对已患疾病过分担忧、恐惧等。

消化心身疾病的诊断:主症1条+共症1条+次症2条+佐证1条。项目中的内容可因人、因地、因时灵活取舍。科研病例可参照设计。

心身胃肠病除了规范性的诊断程序外,鉴于消化科通常门诊量较大、病人较多,医生往往没有足够的时间与患者交流,因此,门诊医生需要掌握诊断技巧,快速识别很有必要。

5.4.2 中西医结合治疗的形式 ①消化专科用西药联合调畅情志中药;②抗焦虑/抗抑郁药联合消化专科用中药;③消化专科用药联合抗焦虑、抗抑郁药和中药;④心理治疗或情志疗法联合西药和/或中药。

消化心身疾病中西医结合治疗比单纯中医或单纯西医治疗更有优势,西医在解决消化道局部问题方面有优势,而中医则在发挥全身调节方面有特色,

两者互为补充,相得益彰。如赵志付教授^[31]基于“肝体阴而用阳,刚柔相济”的功能特点用刚柔辨证法治疗消化系统心身疾病。刘向津^[32]在辨证论治基础上用柴平汤联合舒必利治疗慢性胃炎,聂军^[33]枳术宽中胶囊联合雷贝拉唑钠肠溶片对胃食管反流病脾虚气滞型患者,临床疗效均很显著。提示中西医结合治疗消化心身疾病前景广阔,需要不断探索和总结。

5.5 非药物疗法^[34]

5.5.1 情志相胜法 情志相胜疗法,又称以情胜情法、五志相胜法、以情克情法等。与现代医学中的“行为矫正疗法”相似。

5.5.2 顺志从欲法 顺情从欲法,是指顺从患者的情志和心理需要予以满足,即通过满足患者的意愿、情感和生理需要,来达到祛除心理障碍的一种心理治疗方法。与现代医学的支持疗法相似。

5.5.3 言语开导法 言语开导法,即现代医学的疏导疗法。是针对患者的病情及其心理状态、情感障碍等,采取语言交谈方式进行说理疏导,以消除其致病心因,纠正其不良情绪和情感活动的一种心理治疗方法。

5.5.4 暗示疗法 暗示法是指利用言语、动作或其他方式,也可以结合其他治疗方法,使患者在不知不觉中受到积极暗示的影响,从而不加主观意志地接受医生的某种观点、信念、态度或指令,以解除其心理上的压力和负担,实现消除疾病症状或加强某种治疗方法效果的目的。

5.5.5 音乐疗法 《素问·阴阳应象大论》曰“人有五脏化五气,以生喜怒悲忧恐。”而五音与脏腑的五种情志变化具有“同声相应”的规律,即可以用“五音”谱写的相应乐曲调式来刺激补益相应的脏腑功能,这可以称之为中医的音乐疗法。也是音乐疗法最早的记载。

5.5.6 移精变气法 此法来源于中国古代巫医祝由治病。《素问·移精变气论》曰“古之治病,唯其移精变气,可祝由而已。”医生根据病人的客观表现,分析病情,祝说发病的缘由,转移病人的不良的病理体验、精神因素,改变气机紊乱状态,使“精神内守”,从而达到治病的目的,故称为“移精变气法”。

5.5.7 移情易性法 移情易性法,与现代医学的期望疗法相似。是根据病人的不同病情,不同心理和不同环境、条件,采取不同的治疗措施以分散、转移病人对疾病的注意力。

5.5.8 气功疗法 治疗消化系统心身疾病常用的气功功法如内养功、保健功、松静功等,其中以内养功对消化系统疾病的疗效最为显著。

5.5.9 针灸治疗 针灸治疗消化心身疾病具有独特的手段和优势,对消除症状有较好的疗效,但应按照中医理论和临床经验循证取穴,可配合电刺激等方法以增强效果。

5.5.10 其他疗法 如推拿、拔罐、敷贴、耳穴、理疗、水疗、体疗、太极拳等,对消化心身疾病治疗均有一定帮助。

6 疗效评定标准

6.1 疾病疗效评定

根据消化系统的具体病种,结合相应的内镜、影像、病理、功能检查等,参照相关疾病的疗效标准进行评定。

6.2 中医证候疗效评定

采用尼莫地平法,疗效指数=(疗前积分-疗后积分)/疗前积分 \times 100%。

临床痊愈:治疗后证候积分减少 \geq 95%;显效:治疗后证候积分值较治疗前减少70%~95%;有效:治疗后证候积分值较治疗前减少30%~69%;无效:治疗后证候积分值较治疗前减少 $<$ 30%。

6.3 单项症状疗效评定

所有症状都分为无、轻、中、重四级,主症分别记0、2、4、6分,次症分别记0、1、2、3分。

临床控制:治疗后症状消失;显效:治疗后重度症状分级减少2级;好转:治疗后中、重度症状分级减少1级;无效:治疗后症状无减轻或加重。

6.4 精神心理障碍评定标准

鉴于精神心理因素是消化心身疾病的重要部分,可以采用焦虑自评量表(SAS),抑郁自评量表(SDS),焦虑症筛查量表(GAD 7),汉密尔顿抑郁分级量表(HAMD),汉密尔顿焦虑分级量表(HAMA),抑郁筛查量表(PHQ9),躯体症状群量表(PHQ15)等,对患者的精神心理状态和疗效进行评定。

6.5 生存质量评价标准^[35]

健康调查简表(the MOS item short from health survey, SF-36),患者报告结局量表(patient reported outcomes, PRO)目前国内较普遍认可,可借鉴采用。

项目负责人:李军祥、陈 詒

共识意见执笔人:冯五金、李建生

参与本共识意见专家如下(按姓氏笔画排名):

王东旭、王学红、王素娟、王 敏、白文元、冯五金、冯培民、朱 莹、任顺平、刘凤斌、刘启泉、刘绍能、齐玉珍、苏娟萍、李子俊、李军祥、李 岩、李建生、吴爱勤、杨胜兰、沈 洪、张学智、陈玉龙、陈胜良、

周正华、赵文霞、赵志付、胡玲、柯晓、姚树坤、徐三荣、唐文富、唐旭东、唐志鹏、唐艳萍、曹芝君、曹建新、琚坚、彭丽华、谢胜、甄承恩、魏玮

参考文献

- [1] 侯永梅. 心理社会因素对心身疾病的影响[J]. 中国临床康复, 2004, 8(12):2358-2359.
- [2] 赵荣菜. 心身医学与中医脾胃病[J]. 北京中医药, 2008, 27(10):770-771.
- [3] 姚宏昌. 重视消化系统心身疾病的研究[J]. 中华消化杂志, 2001, 21(3):133-134.
- [4] Engel G L. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine[J]. Science, 1977, 196(4286): 129-165.
- [5] 潘芳, 吉峰. 心身医学[M]. 2版. 北京: 人民卫生出版社, 2014:39-39.
- [6] Kolesnikov D B, Rapoport S I, Voznesenskaia L A. Current views of psychosomatic diseases [J]. Klin Med (Mosk), 2014, 92(7):12-18.
- [7] Drossman D A. The functional gastrointestinal disorders and the Rome III process [J]. Gastroenterology, 2006, 130(5):1377-1390.
- [8] Tanaka Y, Kanazawa M, Fukudo S, et al. Biopsychosocial model of irritable bowel syndrome [J]. J Neurogastroenterol Motil, 2011, 17(2):131-139.
- [9] 刘瑶, 张伯华. 心身医学概论[M]. 北京: 北京科学技术出版社, 2004:17-17.
- [10] 刘铁军. “郁证”与消化系统心身疾病及从肝论治的思考[J]. 世界最新医学信息文摘, 2014, 14(30):277-278.
- [11] 石川中著. 心身医学入门[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1986:18-18.
- [12] 潘芳, 吉峰. 心身医学[M]. 2版. 北京: 人民卫生出版社, 2014:42-42.
- [13] 田德录. 中医内科学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2004:215-307.
- [14] 陈胜良. 消化心身疾病常见临床表现的分类及处置对策[J]. 中华消化杂志, 2015, 35(9):579-582.
- [15] 陈玉龙. 慢性胃肠疾病的心身医学观[J]. 中华诊断学电子杂志, 2016, 4(3):168-172.
- [16] 杨菊贤, 陈玉龙主编. 内科医生眼中的心理障碍[M]. 上海: 上海科学技术出版社, 2007:99-102.
- [17] 张艳琦, 施晓霞, 狄艳萍. 精神科临床治疗与护理[M]. 长春: 吉林科学技术出版社, 2014:5-5.
- [18] 渡边昌佑著, 柳英侠译. 抑郁症和神经症焦虑性障碍[M]. 哈尔滨: 黑龙江科学技术出版社, 2005:26-29.
- [19] 杨钦焱, 周敏, 罗春琼, 等. 抑郁症的诊断研究进展[J]. 2014, 41(2):100-102.
- [20] 李红, 任玉珍. 中医心理疏导四步法的应用[J]. 护理研究杂志, 2008, 22(A2):63-63.
- [21] 陈玉龙. 医学模式的转变与消化心身疾病[J]. 中华消化杂志, 2012, 32(7):494-496.
- [22] 张景洲, 李济同, 刘铁军. 重视疏肝解郁法在治疗消化系统心身疾病中的应用[J]. 中国药物经济学, 2013, 7(1):102-103.
- [23] 纪云西, 周福生. “心胃相关”的理论溯源及其运用价值[J]. 辽宁中医药大学学报, 2009, 11(12):27-28.
- [24] 周福生, 张庆宏, 黄志新. 顺激剂治疗胃肠功能性疾病生存质量评价[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2002, 10(5):96-97.
- [25] 程宏辉, 周福生. 周福生教授治疗消化性溃疡临床经验[J]. 湖南中医药导报, 2003, 9(8):8-15.
- [26] 孟思贤, 陆为民. 从心胃相关论治慢性萎缩性胃炎[J]. 四川中医, 2013, 31(3):37-38.
- [27] 李培英, 孙寒光, 王桂英. 调心肾法治疗萎缩性胃炎 64 例[J]. 河南中医, 1997, 17(3):146-169.
- [28] 郝洪光. 西酞普兰合并西咪替丁治疗消化性溃疡对照分析[J]. 精神医学杂志, 2011, 24(3):209-211.
- [29] Ford AC, Talley NJ, Schoenfeld PS, et al. Efficacy of antidepressants and psychological therapies in irritable bowel syndrome: systematic review and meta-analysis [J]. Gut, 2009, 58(3):367-378.
- [30] Drossman DA. Beyond tricyclics: new ideas for treating patients with painful and refractory functional gastrointestinal symptoms [J]. Am J Gastroenterol, 2009, 104(12):2897-2902.
- [31] 王建东, 赵志付. 刚柔辨证治疗消化系统心身疾病[J]. 中医杂志, 2013, 54(19):1694-1695.
- [32] 张燕霞, 刘向津. 柴平汤联合舒必利治疗慢性胃炎 29 例[J]. 陕西中医杂志, 2007, 28(1):46-47.
- [33] 聂军, 宋斌. 枳术宽中胶囊联合雷贝拉唑钠肠溶片治疗脾虚气滞证胃食管反流病 50 例[J]. 中国实验方剂学杂志, 2015, 21(8):194-197.
- [34] 王芳. 中医治疗消化系统心身疾病的研究[D]. 湖南: 湖南中医药大学, 2007.
- [35] 李乾构, 周学文, 单兆伟. 中医消化病诊疗指南[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2006:21-28.