·基层常见疾病诊疗指南·

慢性腹痛基层诊疗指南（实践版·2019）

中华医学会　中华医学会杂志社　中华医学会消化病学分会　中华医学会全科医学分会
中华医学会《中华全科医师杂志》编辑委员会　消化系统疾病基层诊疗指南编写专家组
通信作者：钱家鸣，中国医学科学院 北京协和医学院 北京协和医院消化科 100730，Email：qianjiaming1957@126.com；李景南，中国医学科学院 北京协和医学院 北京协和医院消化科 100730，Email：lijn2008@126.com

【关键词】 指南；　慢性腹痛；　中枢介导的腹痛综合征
DOI:10.3760/cma.j.issn.1671-7368.2019.07.004

Guideline for primary care of chronic abdominal pain:practice version(2019)

Chinese Medical Association, Chinese Medical Journals Publishing House, Chinese Society of Gastroenterology, Chinese Society of General Practice, Editorial Board of Chinese Journal of General Practitioners of Chinese Medical Association, Expert Group of Guidelines for Primary Care of Gastrointestinal Disease
Corresponding author: Qian Jiaming, Department of Gastroenterology, Peking Union Medical College Hospital, Chinese Academy of Medical Sciences & Peking Union Medical College , Beijing 100730, China, Email: qianjiaming1957@126. com; Li Jingnan, Department of Gastroenterology, Peking Union Medical College Hospital, Chinese Academy of Medical Sciences & Peking Union Medical College, Beijing 100730, China, Email:lijn2008@126.com

慢性腹痛（chronic abdominal pain）是极为常见的症状，代表了一大类病因众多、处理困难的临床症候群。疼痛的病理生理过程可分为感觉传入单元、中枢调节单元和动机单元三个环节，其中后两个环节在慢性腹痛发病机制中发挥重要作用。慢性腹痛的处理要点和难点在于鉴别器质性疾病和功能性疾病，后者占患者多数。应重视“报警征象”（alarm signs）对器质性疾病的初筛意义。详细了解病史、查体以及针对性的辅助检查，有助于鉴别腹痛病因。慢性腹痛患者合并心理疾病的比例较高，必要时应进行心理评估和干预。对于器质性疾病所致慢性腹痛，应根据具体病因给予相应处置。对于功能性疾病所致慢性腹痛，治疗目标不是完全消除腹痛症状，而是帮助患者正确认识病情，教育和引导患者适应疾病。建立良好的医患关系并给予适当的药物治疗，可显著改善功能性腹痛患者的生命质量。

一、定义与分类

国际疼痛研究协会将疼痛定义为“一种不愉快的感觉和情感体验，与实际或潜在的组织损害有关，或被描述为与那类损害相关”。该定义强调了当前或既往组织损伤并非产生疼痛的必要条件[1]。

腹痛是指上起横膈，下至骨盆范围内的疼痛不适感，是极其常见的一种症状。根据发病急缓和病程长短，一般将其分为急性腹痛和慢性腹痛，后者要求腹痛持续时间在6个月以上。慢性腹痛的诊治重点在于区分器质性和功能性疾病，在明确病因的基础上给予相应治疗。

二、病理生理

大脑接受来自外周神经的传入信号，并与认知、情感及其他感觉信息相整合，最终形成患者的疼痛感知。因此，疼痛实际上包含了相互关联的3个单元：感觉传入单元、中枢调节单元（情感和认知）和动机单元（对疼痛的行为反应）[2-5]。感觉传入单元由痛觉受体、疼痛传导神经和腹痛神经通路所组成。同时，人体对上传的疼痛信号可进行负性调控，该系统被称为弥散性损伤抑制控制系统（diffuse noxious inhibitory controls，DNIC）（图1）[6]。部分慢性疼痛患者存在DNIC障碍，对疼痛上行兴奋性传导的抑制作用减弱，导致疼痛感觉被“放大”[5]。

器质性慢性腹痛可具有外周疼痛激发因素，而功能性腹痛的感觉传入单元无显著异常，在疼痛中起主导作用的是中枢调节单元和动机单元，中枢敏

万方数据
医脉通 指南 guide.medlive.cn

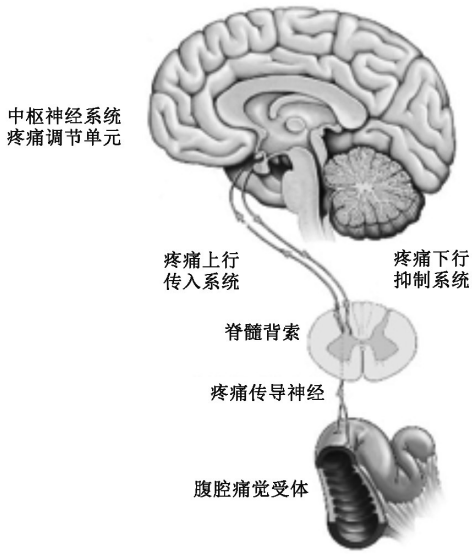


图1　腹痛的神经传导与调节通路

感化是其重要机制[5-7]。慢性腹痛患者大脑疼痛环路的皮层调控发生异常，易引起疼痛失调。中枢调节障碍以及脑-肠异常互动是引起功能性腹痛的主要机制。

三、临床表现、诊断与转诊

（一）临床表现

1. 慢性腹部疼痛，持续时间在6个月以上。

2. 可以合并其他腹部症状，如腹胀、消化不良、腹泻等；也可合并其他部位不适或全身症状，如腰背痛、乏力、头痛、发热、消瘦等。

3. 器质性或功能性慢性腹痛合并焦虑、抑郁、躯体化障碍等心理疾患的比例均较高，临床应加以关注[8]。

（二）诊断方法

慢性腹痛病因复杂多样，临床诊断应基于病史、体格检查和针对性的辅助检查。医患共同决策（shared decision making）适合用于慢性腹痛的诊疗[9]。

1. 病史：病史是诊断及评估慢性腹痛最重要的方法。

（1）通过详细询问病史，了解腹痛的病程、部位、性质、诱发及缓解因素等，对于慢性腹痛的病因判断极有帮助[10]。医生必须主动倾听患者叙述，注意共情，避免不恰当地打断患者。

（2）患者的年龄、性别、既往史和个人史等信息不容忽视。不同人群的腹痛病因有所区别。例如，学龄儿童和青少年的慢性腹痛病因以功能性疾病、肠道感染、炎症性肠病等为主。青壮年则好发消化性溃疡、肠易激综合征、消化不良等。老年人器质性疾病的风险较高，易发生胆石症、消化道肿瘤、缺血性肠病等。女性患者还应注意妇科疾病。糖尿病病程长且控制不佳者出现腹痛，可能是糖尿病自主神经病变所致。长期酗酒易导致慢性胰腺炎，而吸烟是缺血性肠病的危险因素。

（3）应询问腹痛与进食、排便及月经等生理事件的关系。例如，与进食相关的、周期性、节律性上腹痛是消化性溃疡的典型表现。餐后痛可见于胃溃疡、胰腺炎、胆石症、缺血性肠病等，而进食后减轻的疼痛多见于十二指肠球溃疡。排便前下腹痛、便后减轻，常提示为结直肠疾病，如肠易激综合征、结直肠癌、炎症性肠病等。与月经周期相关的腹痛要考虑子宫内膜异位症和急性间歇性卟啉病。性交痛、痛经、不孕等均提示子宫内膜异位症。下腹痛伴有尿频、尿急则提示间质性膀胱炎。

（4）应重点了解有无报警征象，包括：年龄>40岁、便血、粪便隐血阳性、贫血、腹部包块、腹腔积液、发热、体重下降、胃肠道肿瘤家族史等。伴有报警征象的患者应警惕器质性疾病[5-6]。对于年轻、临床表现典型且报警征象阴性的患者，功能性胃肠病（如肠易激综合征）的可能性较高。对于器质性疾病所致慢性腹痛，腹痛部位对病因有一定的提示作用[11]。不同部位慢性腹痛的常见器质性病因见表1。反之，功能性疾病特别是CAPS所致慢性腹痛，疼痛部位常常弥散而不固定。

为避免遗漏重要病史，可按照P（provocation，诱因）、Q（quality，疼痛性质）、R（radiation，疼痛放射）、S（severity、疼痛严重程度）、T（timing/treatment，疼痛时间/治疗情况）的顺序采集关于腹痛的病史。慢性腹痛的病史要点及相关病因见表2。

2. 体格检查：

（1）首先要关注生命体征。例如，体温升高提示腹痛病因可能为感染、自身免疫病或恶性肿瘤；脉搏增快可见于甲状腺功能亢进、脓毒症、贫血等；呼吸频率增快须考虑心肺疾病；血压下降应怀疑休克或肾上腺皮质功能不全。

（2）体格检查有助于发现消瘦、贫血、黄疸、腹部包块等异常体征。2%~3%的慢性腹痛系腹壁疾病所致，被称为“慢性腹壁痛”（chronic abdominal wall pain）。Carnett试验是诊断该病的主要依据。具体方法是让患者平卧，嘱其抬头以收缩腹肌，若原来的压痛部位疼痛加重，则为试验阳性[4,6]。直肠指诊有助于发现直肠癌、盆腔脓肿等疾病。疼痛

万方数据　医脉通 指南 guide.medlive.cn

表 1　不同部位慢性腹痛的常见器质性病因

部位	器质性病因
左上腹	脾脏：梗死/肿大
	结肠：梗阻/肿瘤/炎症
	胸腔：胸膜炎/肺炎/肋间神经痛
中上腹	胃肠：溃疡/肿瘤/穿孔/梗阻
	胰腺：炎症/肿瘤/假性囊肿
	血管：动脉瘤、门/肝静脉血栓
	胸腔：心绞痛/心包炎
	食管：裂孔疝/胃食管反流病
右上腹	肝脏：脓肿/肿瘤/炎症/瘀血
	胆道：炎症/结石/肿瘤
	结肠：梗阻/肿瘤/炎症
	胸腔：胸膜炎/肺炎/肋间神经痛
左腰腹	肾脏：结石/梗死/炎症/肿瘤
	输尿管：结石/血块
	脾脏：梗死/肿大
脐周	胰腺：炎症/肿瘤/假性囊肿
	小肠：炎症/梗阻/肿瘤
	肠系膜：血栓/炎症
右腰腹	肾脏：结石/梗死/炎症/肿瘤
	输尿管：结石/血块
左下腹	结肠：炎症/疝气/肿瘤/缺血
	盆腔：卵巢囊肿扭转/异位妊娠/炎症/睾丸扭转
中下腹	盆腔：炎症/异位妊娠/子宫内膜异位
	膀胱：炎症/异物/结石
右下腹	阑尾：炎症/肿瘤
	肠道：炎症/疝气/肿瘤/缺血
	盆腔：卵巢囊肿扭转/异位妊娠/炎症/睾丸扭转
弥漫性或部位不定	腹膜：腹膜炎
	肠道：穿孔/梗阻/缺血
	网膜：大网膜扭转
	代谢：尿毒症/卟啉病
	中毒：重金属/蜘蛛毒/蛇毒
	内分泌：糖尿病/肾上腺皮质功能不全/甲状腺功能亢进
	结缔组织病

主要位于下腹部的女性患者可能需要进行妇科查体。

（3）仔细的体格检查可反映医生对病情的重视，说明医生认可患者腹痛症状的真实性，这对密切医患关系是十分重要的。少数患者可能因各种原因（例如药物成瘾）而伪造腹痛症状，查体有助于检验患者的主诉与客观体征是否一致。例如正被“严重腹痛”折磨的患者，可观察其在诊室内活动和上、下检查床的能力。

（4）对于 CAPS 等难治性腹痛患者，体格检查可能有一些共同特征，可视为诊断线索：

①尽管腹痛剧烈，但大多无自主神经激活（如心率增快、血压升高、出汗等）表现。这些体征大多见于器质性疾病，但也可见于惊恐障碍等心理疾患。

②腹部可能有多处手术瘢痕，提示既往不必要的手术探查或切除史。

③“闭眼征”：即腹部触诊时 CAPS 患者常闭眼躲避，而急腹症患者因惧怕查体加重腹痛而保持睁眼。

④“听诊器征”：即用听诊器代替医生的手进行触诊，可减轻患者对疼痛的行为反应，从而可更准

表 2　慢性腹痛的病史要点及相关病因

病史要点	需要考虑的常见病因
P（诱因）	
• 进食后疼痛加重	胃溃疡、慢性胰腺炎、胆石症、缺血性肠病、功能性消化不良
• 空腹疼痛加重	十二指肠溃疡、胃食管反流病
• 疼痛与月经周期相关	子宫内膜异位症、急性间歇性卟啉病
Q（疼痛性质）	
• 撕裂样疼痛	主动脉夹层、中枢介导的腹痛综合征
• 绞痛	胃肠梗阻、中枢介导的腹痛综合征
• 烧灼样疼痛	胃食管反流病、消化性溃疡、中枢介导的腹痛综合征
• 伴有恶心、呕吐	胃肠梗阻、慢性胰腺炎、胆石症
• 伴有呕血	消化性溃疡、食管胃底静脉曲张、胃癌
• 伴有便血	结直肠癌、炎症性肠病、缺血性肠病
• 呕吐后腹痛减轻	上消化道梗阻
• 排便后腹痛减轻	肠易激综合征、结直肠癌
R（疼痛放射）	
• 疼痛放射至后背	慢性胰腺炎、胰腺癌、十二指肠溃疡、主动脉夹层
• 疼痛放射至右肩	胆石症、胆囊炎
• 疼痛放射至左肩	心绞痛、脾肿大、脾梗死
S（疼痛严重程度）	
• 疼痛一开始就达峰	主动脉夹层、缺血性肠病
• 右下腹痛突然减轻	阑尾炎穿孔
• 疼痛无法忍受	恶性肿瘤、缺血性肠病、中枢介导的腹痛综合征
T（疼痛时间/治疗情况）	
• 疼痛阵发性加重	肠梗阻、胆绞痛、肾绞痛
• 病程漫长但一般状况好	功能性疾病
• 疼痛不发作时一切如常	中枢介导的腹痛综合征
• 近期应用抗菌药物	难辨梭菌肠炎、肠道菌群紊乱
• 长期应用阿片类药物	药物成瘾

万方数据
医脉通 指南 guide.medlive.cn

确地评估内脏敏感性。

⑤CAPS 患者虽然腹痛较重，但变化体位多无困难，而急腹症患者体位改变可加重腹痛[4,6]。

CAPS 的这些特点在其他功能性胃肠病如肠易激综合征也不同程度地存在[12]。

3. 辅助检查：慢性腹痛的病因以功能性疾病最为常见，在诊断功能性疾病之前，应当设法排除器质性疾病。通过何种辅助检查加以排除，取决于患者的具体情况和医生的判断[3-5,12-13]。慢性腹痛患者若符合 CAPS 的诊断标准，报警征象阴性，且没有其他疾病可以解释腹痛症状，临床可选择少数检查作为器质性疾病的初筛，包括血常规、尿常规、粪便常规和隐血、肝肾功、甲状腺功能、ESR 或 CRP、肿瘤标志物（CA19-9、CEA、CA125）以及腹盆腔超声等。必要时，可选择内镜、CT、MRI 等进一步检查。

4. 医患共同决策：医患共同决策逐渐成为当下主流诊疗模式。其内涵是医生运用专业知识，与患者充分讨论诊疗选择、获益、风险等各种可能的情况，并考虑到患者的价值观、倾向性及处境后，由医生与患者共同参与作出的、最适合患者个体的健康决策过程[9]。慢性腹痛的病因评估有一定的复杂性，病程相对漫长，对患者自我管理、自我调适的要求较高，这些特点决定了医患共同决策是慢性腹痛最合理的诊疗模式。

（三）诊断标准与诊断流程

1. 诊断标准：导致慢性腹痛的器质性疾病具有各自的诊断标准。但在临床上，多数慢性腹痛系功能性疾病所致，包括肠易激综合征、功能性消化不良、CAPS 等。其中 CAPS 腹痛症状较为突出，患者常反复就诊，生命质量下降，并且严重消耗医疗资源。

CAPS 的诊断标准[3-5]：患者腹痛症状出现至少 6 个月，且近 3 个月符合以下所有标准：

（1）疼痛持续或近乎持续；疼痛与生理行为（进食、排便、月经等）无关，或仅偶尔有关。

（2）疼痛造成日常活动受限（包括工作、社交、娱乐、家庭生活、照顾自己或他人、性生活等）。

（3）疼痛不是伪装的。

（4）疼痛不能用其他疾病来解释。

另外需要注意 CAPS 患者常合并心理疾病，但各类心理疾病缺少一致性表现，无法用于诊断；患者可同时存在一定程度的胃肠功能障碍，例如食欲下降、腹泻等。

2. 诊断流程：慢性腹痛的诊断流程见图 2。

（四）鉴别诊断

区分器质性和功能性疾病是处理慢性腹痛的要点和难点。

1. 对初诊患者，要特别注意有无提示器质性疾病的报警征象。

2. 除了报警征象，以下病史特点提示器质性腹痛可能性大：

（1）病程较短。

（2）腹痛部位明确且局限。

（3）与胃肠生理活动（进食、排便）相关。

（4）疼痛程度变异较大。

（5）感觉描述（钝痛、绞痛）多于情感描述（无法忍受的、折磨人的）。

（6）人际关系方面无困难[5-6]。

3. 以下病史特点提示功能性腹痛可能性大：

（1）病程较长。

（2）腹痛范围弥散，难以准确定位。

（3）腹痛与排便、进食、月经等生理活动无关。

（4）腹痛频繁发作，导致工作生活受限，但发作间期一切如常。

（5）主诉腹痛程度严重，但与客观发现不平行；患者分散注意力时疼痛可减轻，而在讨论病情或检查过程中可加重。

（6）患者用情绪化的语言来形容疼痛症状，如“痛到我都不想活了”。

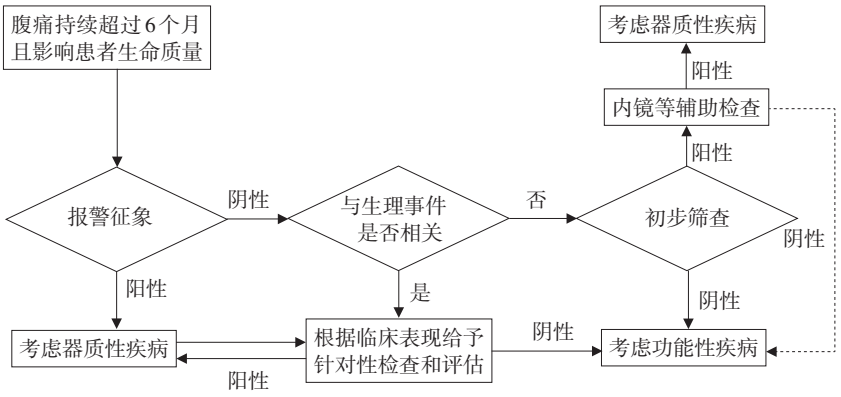
（7）常合并明显的焦虑、抑郁情绪，但患者不认可有心理因素参与腹痛，更愿意强调自己症状的真实性（如“我真的很痛”）。

（8）频繁就诊，主动要求各种检查（甚至剖腹探查）以完全明确腹痛病因（如“都痛到这个程度了，一定是有什么严重问题”）。

（9）期待医生能够完全消除腹痛症状，却疏于自我管理来适应慢性病（如“医生你一定要想办法解决我的腹痛，我不能再这样痛下去了”）[5,10,12-13]。

4. 病程对鉴别诊断有一定的意义：慢性腹痛的病程可分为 3 类：持续性（unrelenting）、间歇性（intermittent）和难治性（intractable）。慢性持续性腹痛的特点是持续存在，但症状可轻可重，可达数月之久。这类腹痛由器质性疾病引起的可能性较高，通过仔细询问病史和临床检查多能找到原因。慢性间歇性腹痛的发作时间可长可短，从数分钟、数小时以至数日不等，但有完全正常而无疼痛的发作间期，病程可长达数年。其病因为功能性疾病的可能性较高，但部分患者仍可找出器质性病因，例

万方数据　医脉通 指南 guide.medlive.cn



注：报警征象包括年龄>40岁、便血、粪便隐血阳性、贫血、腹部包块、腹腔积液、发热、体重下降、胃肠道肿瘤家族史等；生理事件包括进食、排便、月经等；初步筛查包括外周血常规、尿常规、粪便常规和隐血、肝肾功、甲状腺功能、ESR或CRP、肿瘤标志物（CA19-9、CEA、CA 125）以及腹部超声

图2　慢性腹痛的诊断流程图

如胆石症可出现慢性右上腹痛，但在发作间期可无症状。慢性难治性腹痛病程在6个月以上，经全面、多方检查未找到器质性病因，也未发现病理生理异常。这类腹痛以功能性疾病为主，代表性疾病包括CAPS[5,13]。

（五）转诊建议

1. 普通转诊：

（1）怀疑有器质性疾病，且需要较为复杂的诊断评估。

（2）对初步经验性治疗反应不佳。

（3）需要影像、内镜等复杂检查来帮助诊断。

（4）患者需要接受心理评估或干预。

2. 紧急转诊：

（1）有明显的报警征象发生时，如进行性吞咽困难、吞咽疼痛、体重减轻、贫血、呕血或黑便等。

（2）合并严重的心理或精神异常，有自残、自杀风险者。

四、治疗

（一）治疗原则

明确为器质性疾病所致慢性腹痛，应给予相应处置。由功能性疾病所致慢性腹痛，治疗目标不是完全消除腹痛，而是帮助患者正确认识病情，适应慢性疾病，同时尽量减轻症状，提高生命质量[4-6]。

1. 器质性疾病：对于由器质性疾病所致的慢性腹痛，在明确诊断后给予针对性的治疗。器质性腹痛在对因治疗的同时，合理应用镇痛药物有助于更好地控制症状，例如慢性胰腺炎。部分患者通过内镜或手术治疗才能解除疼痛，包括胆石症、肠梗阻、恶性肿瘤等。

2. 功能性疾病：以CAPS为代表。CAPS的治疗目标不是完全解除腹痛症状，而是教育和引导患者适应慢性疾病，在认知病情的基础上逐渐改善症状。建立相互信任，坦诚交流的医患关系至关重要。应根据腹痛症状的严重性和工作、生活受限程度决定治疗方案，少数病情顽固的功能性腹痛患者可能需要转诊至心理专科、多学科胃肠功能性疾病中心或疼痛治疗中心[4,6]。

（二）治疗方案

无论器质性还是功能性疾病所致慢性腹痛，调整生活方式和饮食，戒除吸烟、饮酒等不良嗜好，以及避免情绪紧张等均属必要。器质性疾病腹痛关键在于治疗原发病。

1. 医患交流：良好的医患交流本身对于慢性腹痛就有治疗作用。建议医生在接诊时尽量做到以下几点：用开放式问题作为问诊的开始，邀请患者讲述病情；主动倾听患者叙述，在认真聆听的基础上，用封闭式问题确认病情；承认患者的症状是真实存在的；共情；注意宣教，用通俗易懂的语言向患者介绍疾病的本质；了解患者对病情的理解和对医生的预期；设定合理的治疗目标；把握接诊时间限制；医患之间保持适当的距离；医患共同决策[4,6,9,12-13]。

2. 对症治疗：疼痛的对症治疗方面，镇痛药物对某些器质性疾病有效，例如慢性胰腺炎等。应用这类药物须遵循WHO的疼痛三阶梯治疗原则。常规镇痛药物对于CAPS往往收效甚微，很可能是因为这些药物的治疗靶点在外周，而CAPS的疼痛主要由中枢神经系统调节异常导致。

3. CAPS的治疗：初治的CAPS患者应在消化或心理专科接受治疗，病情稳定后可转回基层医疗机构。目前对CAPS的首选药物是三环类抗抑郁药（tricyclic antidepressants，TCAs）和5-羟色胺去甲肾上腺素再摄取抑制剂（serotonin-norepinephrine reuptake inhibitors，SNRIs）[14]。

TCAs是最常用的治疗器质性或功能性疼痛综合征的药物，包括阿米替林、丙咪嗪、多虑平和地昔帕明等。TCAs给药应从小剂量开始，主要不良反应包括嗜睡、易激惹、便秘、尿潴留、低血压、口干、失眠等。

SNRIs的镇痛效果弱于TCAs，但改善情绪的作

万方数据　　医脉通 指南 guide.medlive.cn

用强于TCAs。这类药物以度洛西汀、文拉法辛、米纳普伦等为代表。SNRIs的不良反应包括恶心、腹泻、失眠、震颤、性功能障碍等。TCAs和SNRIs可同时发挥止痛和抗抑郁作用，控制腹痛的效果优于选择性5-羟色胺再摄取抑制剂（selective serotonin reuptake inhibitors，SSRIs）。

4. 中医治疗：慢性腹痛患者的常见证候有肝胃不和证（包括肝胃气滞证和肝胃郁热证）、脾胃湿热证、脾胃虚弱证（包括脾胃气虚证和脾胃虚寒证）、胃阴不足证及胃络瘀阻证等。上述证候可单独出现，也可同时出现。慢性腹痛的常用中成药物包括气滞胃痛颗粒、摩罗丹、胃苏颗粒、荜铃胃痛颗粒、胃复春、三九胃泰颗粒等。中医治疗腹痛有一定效果，尚需要高质量的临床研究证据。临床应注意审证求因、辩证施治、合理用药[15]。

五、疾病管理

（一）疾病管理流程

应根据病情严重程度调整慢性腹痛的诊疗方案。慢性腹痛和中枢介导的腹痛综合征管理流程分别见图3和图4。

（二）筛查

慢性腹痛是基于症状的一大类疾病，可通过问卷以家庭为单位进行筛查。

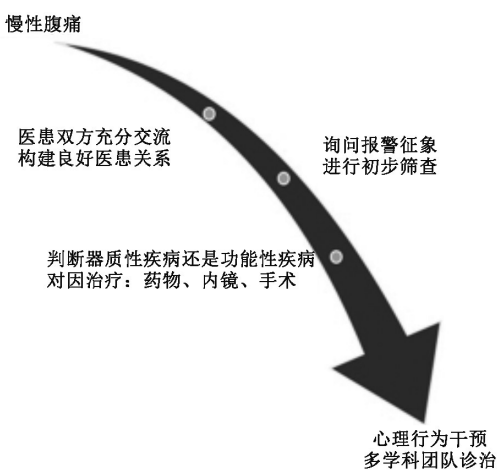


图3　慢性腹痛管理流程图

（三）预防

1. 一级预防：导致慢性腹痛的诸多疾病均与不当的生活方式相关。故针对一般人群，应普及防病知识，避免烟酒，节制饮食。精神心理因素在慢性腹痛的发病中起重要作用，应重视未成年人的心理健康，教育公众合理平衡工作与生活，建立和谐的家庭环境和人际关系[5,8]。

2. 二级预防：建议对慢性腹痛高危人群（尤其是功能性疾病者）定期走访、筛查，对危险人群进行监测，积极控制危险因素。

3. 三级预防：针对患者群，积极进行治疗性生活干预，指导合理用药，及时控制原发病及腹痛症状，提高生命质量。

（四）随访和评估

1. 评估内容：全面了解病史，评估疾病诊治和腹痛控制情况。应重视和警惕原发病不能解释的新发症状，以及治疗效果不佳的顽固病例，必要时转诊并做进一步深入检查。

2. 评估频率：

（1）腹痛未缓解：

随访频率：每2~4周1次，直至病情得到控制。

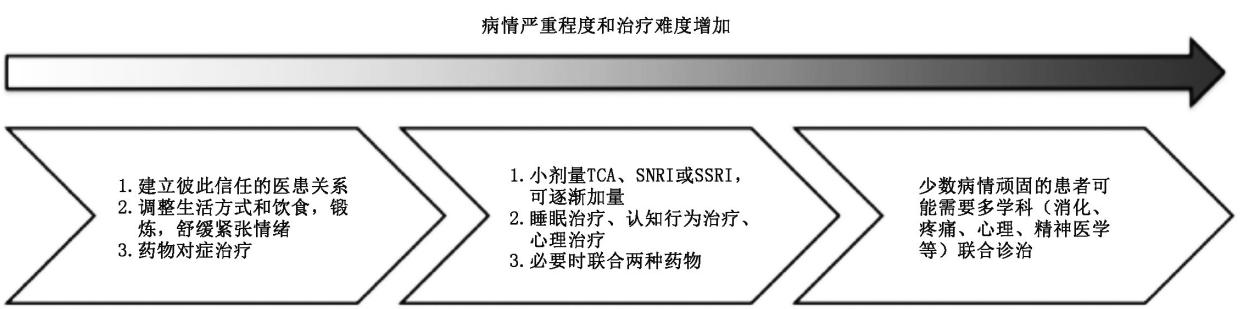
随访内容：腹痛及伴随症状、生命质量、用药情况、生活方式评估及建议。

（2）腹痛缓解：

随访频率：每3个月1次。

随访内容：腹痛及伴随症状、生命质量、用药情况、生活方式评估及建议。

消化系统疾病基层诊疗指南制定学术指导委员会成员（按姓氏拼音排序）：白文元（河北医科大学第二医院）；陈东风（重庆市大坪医院）；陈旻湖（中山大学附属第一医院）；陈其奎（中山大学孙逸仙纪念医院）；陈卫昌（苏州大学附属第一医院）；房静远（上海交通大学医学院附属仁济医院）；郭晓钟（北



注：TCA三环类抗抑郁药；SNRI 5-羟色胺去甲肾上腺素再摄取抑制剂；SSRI选择性5-羟色胺再摄取抑制剂

图4　中枢介导的腹痛综合征的管理流程图

万方数据
医脉通 指南 guide.medlive.cn

部战区总医院）；李景南（北京协和医院）；李鹏（首都医科大学附属北京友谊医院）；李延青（山东大学齐鲁医院）；刘玉兰（北京大学人民医院）；陆伟（天津市第二人民医院）；吕宾（浙江中医药大学附属第一医院）；吕农华（南昌大学第一附属医院）；钱家鸣（北京协和医院）；唐承薇（四川大学华西医院）；田德安（华中科技大学同济医学院附属同济医院）；庹必光（遵义医学院附属医院）；王江滨（吉林大学中日联谊医院）；王兴鹏（上海交通大学附属第一人民医院）；吴开春（空军军医大学西京医院）；谢渭芬（第二军医大学附属长征医院）；杨云生（解放军总医院）；张军（西安交通大学医学院第二附属医院）；周丽雅（北京大学第三医院）；邹多武（上海交通大学医学院附属瑞金医院）

消化系统疾病基层诊疗指南编写专家组：

组长：李景南　周亚夫

副组长：方力争　吴东

秘书长：吴东

消化专家组成员（按姓氏拼音排序）：何文华（南昌大学第一附属医院）；季国忠（南京医科大学第二附属医院）；寇毅（北京市房山区良乡医院）；李景南（北京协和医院）；梁晓（上海交通大学仁济医院）；刘岩（北京三〇七医院）；王红（广州市第一医院）；吴东（北京协和医院）；夏璐（上海嘉会国际医院）；于岩波（山东大学齐鲁医院）；祝荫（南昌大学第一附属医院）

全科专家组成员（按姓氏拼音排序）：方力争（浙江大学医学院附属邵逸夫医院）；冯玫（山西大医院）；刘军兴（北京市丰台区方庄社区卫生服务中心）；吴浩（北京市丰台区方庄社区卫生服务中心）；习森（北京市怀柔区怀柔镇社区卫生服务中心）；闫文冰（山东省肥城市边院镇中心卫生院）；周亚夫（南京医科大学）；朱兰（上海市徐汇区斜土街道社区卫生服务中心）

本指南执笔专家：吴东　**审校专家：**钱家鸣　李景南

利益冲突　所有作者均声明不存在利益冲突

参　考　文　献

[1] Besson J. The neurobiology of pain[J]. Lancet, 1999, 353(9164): 1610-1615.

[2] 侯渊涛, 方秀才. 功能性腹痛综合征发病机制研究进展[J/CD]. 中华临床医师杂志:电子版, 2013, 7(3): 1178-1180. DOI:10.3877/cma.j.issn.1674-0785.2013.03.054.

[3] Heidelbaugh J, Hungin P. 罗马Ⅳ：基层医院和非消化科医生功能性胃肠病手册[M]. 李晓青,费贵军, 译. 北京: 科学出版社, 2018: 92-95.

[4] Drossman DA. 罗马Ⅳ：功能性胃肠病[M]. 方秀才, 侯晓华, 译. 北京: 科学出版社, 2016: 695-728.

[5] Keefer L, Drossman DA, Guthrie E, et al. Centrally mediated disorders of gastrointestinal pain[J]. Gastroenterology, 2016. DOI: 10.1053/j.gastro.2016.02.034.

[6] 吴东. 中枢介导的腹痛综合征: 老问题的新视角[J]. 中华全科医师杂志, 2017, 16(9): 657-660. DOI: 10.3760/cma.j.issn.1671-7368.2017.09.001.

[7] Crofford LJ. Chronic pain:Where the body meets the brain[J]. Trans Am Clin Climatol Assoc,2015,126:167-183.

[8] Halder SL, McBeth J, Silman AJ, et al. Psychosocial risk factors for the onset of abdominal pain. Results from a large prospective population-based study[J]. Int J Epidemiol, 2002, 31(6): 1219-1225.

[9] 洪霞. 医患共同决策[J]. 协和医学杂志, 2018, 9(3): 277-280.

[10] Kilgallon E, Vasant DH, Green D, et al. Chronic continuous abdominal pain: evaluation of diagnostic features, iatrogenesis and drug treatments in a cohort of 103 patients[J]. Aliment Pharmacol Ther, 2019, 49(10): 1282-1292. DOI: 10.1111/apt.15241.

[11] Yamamoto W, Kono H, Maekawa M, et al. The relationship between abdominal pain regions and specific diseases: an epidemiologic approach to clinical practice[J]. J Epidemiol, 1997, 7(1): 27-32.

[12] Bharucha AE, Chakraborty S, Sletten CD. Common functional gastroenterologicaldisorders associated with abdominal pain [J]. Mayo Clin Proc, 2016, 91(8): 1118-1132. DOI: 10.1016/j.mayocp.2016.06.003.

[13] Sperber AD, Drossman DA. Functional abdominal pain syndrome: constant or frequently recurring abdominal pain[J]. Am J Gastroenterol, 2010, 105(4): 770-744. DOI: 10.1038/ajg.2010.68.

[14] Ruepert L, Quartero AO, de Wit NJ, et al. Bulking agents, antispasmodics and antidepressants for the treatment of irritable bowel syndrome[J]. Cochrane Database Syst Rev, 2011(8): CD003460. DOI: 10.1002/14651858. CD003460. pub3.

[15] 中华中医药学会脾胃病分会. 慢性胃炎中医诊疗专家共识意见(2017)[J]. 中华中医药杂志, 2017, 32(7): 3060-3064.

（收稿日期：2019-04-22）

（本文编辑：赵静姝　刘岚）

万方数据

医脉通 指南 guide.medlive.cn