

基于德尔菲法制订《岭南地区慢性萎缩性胃炎中医诊治规范方案》

黄远程¹, 文艺¹, 潘静琳², 高淑靖¹, 庄昆海³, 侯政昆³, 李培武³, 刘凤斌³

(1. 广州中医药大学第一临床医学院, 广东广州 510006; 2. 海南省中医院, 海南海口 570203;

3. 广州中医药大学第一附属医院脾胃病科, 广东广州 510405)

摘要:【目的】运用德尔菲法对慢性萎缩性胃炎中医诊治相关内容进行专家调查, 以期形成具有地域特色、规范实用的《岭南地区慢性萎缩性胃炎中医诊治规范方案》。【方法】在文献研究的基础上编制《岭南地区慢性萎缩性胃炎中医诊治规范方案》专家咨询问卷, 采用德尔菲法对多名专家进行多轮专家咨询, 回收专家意见后, 从专家意见集中程度和协调程度两方面对问卷条目进行统计分析。【结果】共进行2轮德尔菲法专家咨询, 专家积极系数分别为84.6%、100.0%, 权威系数分别为0.95、0.94, 所有条目符合纳入标准, 专家对方案中多数条目评价的集中程度和协调程度均较高。【结论】参与本次德尔菲法调查的专家的学科代表性、地域代表性均较好, 同意性及重要程度均较高, 协调程度较好, 提示应用德尔菲法所制订的《岭南地区慢性萎缩性胃炎中医诊治规范方案》具有一定的实用性与指导性。

关键词: 慢性萎缩性胃炎; 岭南地区; 中医诊治规范; 德尔菲法

中图分类号: R573.3²; R2-03

文献标志码: A

文章编号: 1007-3213(2021)04-0832-07

DOI: 10.13359/j.cnki.gzxbtem.2021.04.033

Establishment of Traditional Chinese Medicine Clinical Standardization of Chronic Atrophic Gastritis in Lingnan Area with Delphi Method

HUANG Yuan-Cheng¹, WEN Yi¹, PAN Jing-Lin², GAO Shu-Jing¹,
ZHUANG Kun-Hai³, HOU Zheng-Kun³, LI Pei-Wu³, LIU Feng-Bin³

(1. The First Clinical Medical School, Guangzhou University of Chinese Medicine, Guangzhou 510006 Guangdong, China;

2. Traditional Chinese Medicine Hospital of Hainan Province, Haikou 570203 Hainan, China; 3. Dept. of Gastrospenic

Diseases, the First Affiliated Hospital of Guangzhou University of Chinese Medicine, Guangzhou 510405 Guangdong, China)

Abstract: Objective To make the expert investigation of the traditional Chinese medicine diagnosis and treatment of chronic atrophic gastritis with Delphi method, so as to establish a region-characterized, standard and practical protocol of Traditional Chinese Medicine Clinical Standardization of Chronic Atrophic Gastritis in Lingnan Area.

Methods Based on the previous literature research, the questionnaire of Traditional Chinese Medicine Clinical Standardization of Chronic Atrophic Gastritis in Lingnan Area was formulated, and then was used by a number of experts for several rounds of investigation with Delphi method. The statistical analysis of the questionnaire item was performed after collecting the questionnaire to evaluate the levels of concentration and coordination of experts suggestion. **Results** Totally 2 rounds of expert investigation were conducted. The expert positive coefficient was 84.6% and 100.0%, and the expert authoritative coefficient was 0.95 and 0.94 for the first-round and second-round expert investigation respectively. All of the items meet the inclusion criteria, and most items were highly evaluated by the experts at the high levels of concentration and coordination.

Conclusion The experts participating in the Delphi method are representative, authoritative, active and coordinated. It is indicated that the established Traditional Chinese Medicine Clinical Standardization of Chronic Atrophic Gastritis in Lingnan Area with Delphi

收稿日期: 2020-06-03

作者简介: 黄远程(1994-), 男, 博士研究生; E-mail: 548640105@qq.com

通讯作者: 刘凤斌(1963-), 男, 教授, 博士研究生导师; E-mail: liufb163@163.com

基金项目: 国家中医药管理局区域中医(专科)诊疗中心建设与培育项目(国中医药医政函[2018]205号); 广东省自然科学基金项目(粤科规财字[2017]105号); 刘凤斌广东省名中医传承工作室建设项目(粤中医办函[2020]1号); 广州中医药大学一流学科研究重点项目[广中医规划2018(6)号]; 广东省服务业地方标准项目(2017年第一批64号)

method is practical and instructive.

Keywords: chronic atrophic gastritis; Lingnan area; traditional Chinese medicine clinical standardization; Delphi method

慢性萎缩性胃炎(chronic atrophic gastritis, CAG)系指胃黏膜上皮遭受反复损害导致固有腺体的减少,伴或不伴肠腺化生和(或)假幽门腺化生的一种慢性胃部疾病^[1]。若在胃黏膜萎缩的基础上伴发中、重度肠上皮化生或中、重度上皮内瘤变则视为胃癌前病变,因此,防治CAG是防治早期胃癌的关键环节。目前现代医学以根除幽门螺旋杆菌、胃肠动力药、黏膜保护剂、维生素类药等作为CAG的主要治疗手段^[2],但其对症状的缓解及阻止黏膜病变进展的效果并不理想。多项系统评价表明,中医药对于缓解该病的症状有较好的效果,而且能在一定程度上延缓甚至逆转胃黏膜病变^[3-5]。

辨证论治是中医学的核心内容,因地制宜是辨证论治过程中的重要原则。岭南地区位于中国南部,北靠南岭,南临南海,绝大部分属于亚热带季风气候,气候炎热,雨水充沛^[6]。岭南地区居民常乘凉饮冷,喜食鱼虾、瓜果等膏滋甘甜之物^[7],故岭南地区的地理特征、气候环境、饮食习惯、人文观念等与内陆省份有较大差异,而当地居民所患病之证候、证素分布亦具有其相应的特点。目前,针对岭南地区的CAG中医诊治方案仍未见报道。本研究在文献研究的基础上,基于德尔菲法制订《岭南地区慢性萎缩性胃炎中医诊治规范方案》,以期为岭南地区CAG中医规范性诊疗提供依据与方向,从而提高治疗的有效率。

1 资料与方法

1.1 岭南地区CAG中医诊治信息库和初步诊治方案的构建

1.1.1 构建岭南地区CAG中医诊治信息库 基于文献研究基础,对CAG有关的术语和定义、西医诊断、病因病机、辨证分型、治疗原则、处方用药、针灸治疗、饮食调护、心理治疗、疗效评定、预防调摄与随访等内容进行筛选和整理,构建岭南地区CAG中医诊治信息库。

1.1.2 构建岭南地区CAG中医诊治方案初稿 成

立的访谈工作小组由2~3名岭南地区消化领域中医或中西医结合专家、熟悉定性访谈方法学的专家及若干研究生组成,负责将信息库中条目池进行提炼,并对文献研究中统计结果进行分析,参照有关共识指南的框架结构拟定访谈计划,制定访谈提纲,收集、整理、分析资料。选取2~3名岭南地区较权威、临床经验丰富的中医或中西医结合内科专家进行访谈,访谈内容主要围绕对“岭南地区CAG中医诊治规范方案”的认识和理解进行。访谈结束后,由访谈工作小组人员在24 h内对访谈录音进行有效内容的提取,并将其分类整理。资料分析采用描述性的定性方法和框架分析方法,最终凝练成岭南地区CAG相关诊疗信息,补充、修改条目池及其内容,构建诊治方案初稿。

1.2 德尔菲法专家咨询

1.2.1 专家选择 按照德尔菲法对专家数量、权威性的要求进行专家遴选。从岭南地区选择10~15名^[8]长期从事中医、中西医结合的消化内科临床医师,均应有副高以上职称且临床经验丰富,并征求其同意后纳入专家咨询小组,参与本诊治方案的制定。收集参加本诊治方案专家咨询小组的专家基本信息,包括姓名、性别、年龄、职务、职称、研究方向、专业、学历、工作单位、工作时间等。

1.2.2 调查问卷设计 基于前期文献研究、资料分析所构建的诊治方案初稿等,设计专家调查问卷。问卷的主要内容包括:(1)在每一条目下均附有专家意见收集表。填表内容包括:①对条目的意见。共分为5个等级,分别是完全不同意、不同意但有一定保留、同意但有较大保留、同意但有一定保留、完全同意,所对应的赋分值分别为1、2、3、4、5分。②条目的重要性。共分为5个等级,分别是不重要、不太重要、一般、重要、非常重要,所对应的赋分值分别为1、2、3、4、5分。③对所对应的条目提出修改意见。(2)在问卷最后附有专家对条目的熟悉程度、判断依据调查

表。填表内容包括：①对条目的熟悉程度。共分为5个等级，分别是不熟悉、不太熟悉、一般、较熟悉、很熟悉，所对应的赋分值分别为0.2、0.4、0.6、0.8、1.0分。②对条目的判断依据。共分为5个等级，分别是直观感觉、参考文献、国内外进展、理论分析、临床经验，所对应的赋分值分别为0.2、0.4、0.6、0.8、1.0分。

1.3 数据的统计分析 每一轮专家咨询完成后回收调查问卷，双人核对问卷填写内容的完整性、有效性，对缺失或者不合格数据进行回访，剔除无效调查问卷，纳入有效的调查问卷。由两位独立的研究者将有效调查问卷的数据录入至Microsoft Excel 2016，并经第三者进行第二次核对。运用SPSS 22.0软件进行数据统计，分析专家意见的集中程度和协调程度。集中程度相关指标包括均数、等级和、满分率；协调程度相关指标包括变异系数、协调系数、显著性检验值。就专家的积极系数、专家对条目的熟悉程度及判断依据进行统计分析。

2 结果

2.1 专家基本情况 共有11位专家完成第一轮专家咨询，有12位专家完成第二轮专家咨询，均为从事中医脾胃病临床与科研的专家，均来自岭南地区，具有良好的学科代表性和地域代表性。专家基本情况见表1、表2。

2.2 积极系数 第一轮专家咨询共发出调查问卷13份，共回收11份，问卷回收率为84.6%，所回收的11份调查问卷有效率为100.0%，专家积极系数为84.6%，提示本轮咨询专家积极性较高。第二轮专家咨询共发出调查问卷12份，共回收12份，问卷回收率100.0%，所回收的12份调查问卷有效率100.0%，专家积极系数为100.0%，提示本轮咨询专家积极性亦较高。

2.3 权威系数 权威程度系数(Cr)由专家对条目的判断依据(Ca)和熟悉程度(Cs)来决定。计算方法为： $Cr=(Ca+Cs)/2$ 。经统计，第一轮参与问卷调查专家的权威系数为0.95，第二轮参与问卷调查专家的权威系数为0.94。一般来说，专家权威程度系数 ≥ 0.70 表示信度较高^[9]，说明本次德尔菲法研究结果的权威性、可靠性较高。

2.4 专家意见的集中程度与协调程度评价 第一轮专家咨询的调查显示，各条目同意性及重

表1 完成第一轮德尔菲法咨询调查的专家基本情况

Table 1 General information of the experts participating in the first-round investigation by Delphi method

类别	人数分布[例(%)]
性别	
男	7(63.6)
女	4(36.4)
年龄	
30~40岁	3(27.2)
40~50岁	4(36.4)
50~60岁	4(36.4)
职称	
主任医师	7(63.6)
副主任医师	4(36.4)
工作时间	
<10年	2(18.2)
10~20年	3(27.3)
>20年	6(54.5)
地区	
广东省	4(36.4)
广西壮族自治区	5(45.4)
海南省	2(18.2)

表2 完成第二轮德尔菲法咨询调查的专家基本情况

Table 2 General information of the experts participating in the second-round investigation by Delphi method

类别	人数分布[例(%)]
性别	
男	8(66.7)
女	4(33.3)
年龄	
30~40岁	4(33.3)
40~50岁	4(33.3)
50~60岁	4(33.3)
职称	
主任医师	7(58.3)
副主任医师	5(41.7)
工作时间	
<10年	2(16.7)
10~20年	4(33.3)
>20年	6(50.0)
地区	
广东省	4(33.3)
广西壮族自治区	6(50.0)
海南省	2(16.7)

要程度得分均值均大于4.00, 等级和均大于44(满分的80%), 条目7.3不重要百分比(同意性)为9.1%, 其余条目不重要百分比均为0%, 变异系数均小于0.25, 说明各位专家对各条目的认可度较高, 意见较统一。针对专家同意性及条目重要程度进行专家意见协调性检验, 协调系数(Kendall's *W*)均为0.184, 卡方 Chi-Square(*Q*)均为60.858, *P*值均为0.001, $P < 0.05$, 故认为协调系数具有显著性。结果见表3、表4。因协调系数值较小, 反映专家一致性欠佳, 故需继续进行下一轮专家咨询。

在第二轮专家咨询的调查结果中, 结果显示各条目同意性及重要程度得分均值均大于4.00, 等级和均大于48(满分的80%), 不重要百分比均为0%, 变异系数均小于0.20, 说明各位专家对各条目的认可度较高, 意见较统一。针对专家同意性及条目重要程度进行专家意见协调性检验, 协调系数(Kendall's *W*)分别为0.139和0.137, 卡方 Chi-Square(*Q*)分别为49.869和49.189, *P*值分别为0.013和0.015, $P < 0.05$, 故认为协调系数具有显著性。协调系数值较小, 考虑与专家对所有条

目的评分意见几乎全部集中于4分或5分, 从而导致统计数据代表性不足有关。条目变异系数较第一轮降低且协调系数显著性检验 $P < 0.05$, 认为专家意见一致性可, 专家意见趋于一致, 可停止专家咨询。结果见表5、表6。

2.5 专家意见汇总 通过第一轮专家咨询, 初步确立《岭南地区慢性萎缩性胃炎中医诊治规范方案》的内容, 共有8个一级条目、22个二级条目、10个三级条目。将得分均值 > 4.00 , 并且等级和 $>$ 满分的80%作为条目纳入标准, 结合专家意见, 全部条目符合纳入标准, 形成方案初步内容。通过第二轮专家咨询, 进一步完善《岭南地区慢性萎缩性胃炎中医诊治规范方案》的内容, 根据专家修订意见, 对方案中病位、病因、辨证分型、辨证论治等内容进行了修改与完善。

3 讨论

3.1 制订《岭南地区慢性萎缩性胃炎中医诊治规范方案》的意义 CAG是消化系统的常见病与疑难病, 亦是重要的胃癌前疾病。在临床实践

表3 第一轮专家咨询同意性调查结果

Table 3 Results for the consent of the first-round expert investigation

条目	均数	等级和	满百分比 (%)	不重要百分比 (%)	变异系数	条目	均数	等级和	满百分比 (%)	不重要百分比 (%)	变异系数
1 术语和定义						5.3 辨证论治					
1.1 西医术语	4.91	54	90.1	0.0	0.061	5.3.1 肝胃不和证	4.64	51	72.7	0.0	0.145
1.2 中医病名	4.64	51	63.6	0.0	0.109	5.3.2 脾胃不和证	4.45	49	54.5	0.0	0.154
2 西医诊断						5.3.3 脾虚湿热证	4.73	52	72.7	0.0	0.099
2.1 临床表现	5.00	55	100.0	0.0	0.000	5.3.4 脾虚瘀阻证	4.73	52	72.7	0.0	0.099
2.2 内镜及病理检查	5.00	55	100.0	0.0	0.000	5.4 方药加减					
2.3 实验室检查	4.73	52	72.7	0.0	0.099	5.4.1 兼证加减	4.64	51	63.6	0.0	0.109
3 中医病因病机						5.4.2 辨症加减	4.36	48	36.4	0.0	0.116
3.1 病因	4.73	52	81.8	0.0	0.137	5.4.3 辨病加减	4.64	51	63.6	0.0	0.109
3.2 病位	4.64	51	63.6	0.0	0.109	5.5 其他治疗					
3.3 病机	4.82	53	81.8	0.0	0.084	5.5.1 针灸治疗	4.64	51	72.7	0.0	0.145
3.4 病机转化	4.45	49	72.7	0.0	0.184	5.5.2 饮食治疗	4.91	54	81.8	0.0	0.061
4 中医辨证分型						5.5.3 心理干预	4.82	53	81.8	0.0	0.084
4.1 肝胃不和证	4.45	49	45.5	0.0	0.117	6 诊治流程	4.64	51	72.7	0.0	0.145
4.2 脾胃不和证	4.36	48	54.5	0.0	0.185	7 疗效评定					
4.3 脾虚湿热证	4.73	52	81.8	0.0	0.137	7.1 主要疗效指标	4.91	54	90.1	0.0	0.061
4.4 脾虚瘀阻证	4.73	52	72.7	0.0	0.099	7.2 临床症状疗效	4.64	51	72.7	0.0	0.145
5 中医治疗						7.3 中医证候疗效	4.45	49	72.7	9.1	0.233
5.1 治疗目的	4.73	52	81.8	0.0	0.137	7.4 生存质量评价	4.73	52	81.8	0.0	0.137
5.2 治疗原则	4.45	49	54.5	0.0	0.154	8 预防调摄及随访	4.91	54	90.1	0.0	0.061

表4 第一轮专家咨询重要性调查结果

Table 4 Results for the importance of the first-round expert investigation

条目	均数	等级和	满百分比 (%)	不重要百分比 (%)	变异系数
1 术语和定义					
1.1 西医术语	4.73	52	72.7	0.0	0.099
1.2 中医病名	4.73	52	72.7	0.0	0.099
2 西医诊断					
2.1 临床表现	4.91	54	90.1	0.0	0.061
2.2 内镜及病理检查	5.00	55	100.0	0.0	0.000
2.3 实验室检查	4.27	47	45.5	0.0	0.184
3 中医病因病机					
3.1 病因	4.45	49	45.5	0.0	0.117
3.2 病位	4.64	51	63.6	0.0	0.109
3.3 病机	4.82	53	90.1	0.0	0.125
3.4 病机转化	4.64	51	72.7	0.0	0.145
4 中医辨证分型					
4.1 肝胃不和证	4.64	51	72.7	0.0	0.145
4.2 脾胃不和证	4.27	47	45.5	0.0	0.184
4.3 脾虚湿热证	4.73	52	81.8	0.0	0.137
4.4 脾虚瘀阻证	4.55	50	54.5	0.0	0.115
5 中医治疗					
5.1 治疗目的	4.73	52	81.8	0.0	0.137
5.2 治疗原则	4.64	51	72.7	0.0	0.145
5.3 辨证论治					
5.3.1 肝胃不和证	4.64	51	72.7	0.0	0.145
5.3.2 脾胃不和证	4.36	48	54.5	0.0	0.185
5.3.3 脾虚湿热证	4.82	53	81.8	0.0	0.084
5.3.4 脾虚瘀阻证	4.45	49	54.5	0.0	0.154
5.4 方药加减					
5.4.1 兼证加减	4.73	52	72.70	0.0	0.099
5.4.2 辨症加减	4.64	51	63.60	0.0	0.109
5.4.3 辨病加减	4.55	50	72.70	0.0	0.180
5.5 其他治疗					
5.5.1 针灸治疗	4.27	47	45.5	0.0	0.184
5.5.2 饮食治疗	4.73	52	63.6	0.0	0.099
5.5.3 心理干预	4.55	50	54.5	0.0	0.115
6 诊治流程	4.64	51	72.7	0.0	0.145
7 疗效评定					
7.1 主要疗效指标	5.00	55	100.0	0.0	0.000
7.2 临床症状疗效	4.45	49	54.5	0.0	0.154
7.3 中医证候疗效	4.55	50	72.7	0.0	0.180
7.4 生存质量评价	4.45	49	54.5	0.0	0.154
8 预防调摄及随访	4.91	54	90.1	0.0	0.061

表5 第二轮专家咨询同意性调查结果

Table 5 Results for the consent of the second-round expert investigation

条目	均数	等级和	满百分比 (%)	不重要百分比 (%)	变异系数
1 术语和定义					
1.1 西医术语	4.92	59	91.7	0.0	0.059
1.2 中医病名	4.67	56	66.7	0.0	0.106
2 西医诊断					
2.1 临床表现	4.92	59	91.7	0.0	0.059
2.2 内镜及病理检查	4.92	59	91.7	0.0	0.059
2.3 实验室检查	4.75	57	75.0	0.0	0.095
3 中医病因病机					
3.1 病因	4.83	58	83.3	0.0	0.081
3.2 病位	4.67	56	66.7	0.0	0.106
3.3 病机	4.75	57	75.0	0.0	0.095
3.4 病机转化	4.58	55	58.3	0.0	0.112
4 中医辨证分型					
4.1 肝胃不和证	4.42	53	41.7	0.0	0.117
4.2 脾胃不和证	4.42	53	50.0	0.0	0.151
4.3 脾虚湿热证	4.83	58	83.3	0.0	0.081
4.4 脾虚瘀阻证	4.75	57	75.0	0.0	0.095
5 中医治疗					
5.1 治疗目的	4.92	59	91.7	0.0	0.059
5.2 治疗原则	4.75	57	75.0	0.0	0.095
5.3 辨证论治					
5.3.1 肝胃不和证	4.75	57	75.0	0.0	0.095
5.3.2 脾胃不和证	4.58	55	58.3	0.0	0.112
5.3.3 脾虚湿热证	4.75	57	75.0	0.0	0.095
5.3.4 脾虚瘀阻证	4.75	57	75.0	0.0	0.095
5.4 方药加减					
5.4.1 兼证加减	4.75	57	75.0	0.0	0.095
5.4.2 辨症加减	4.75	57	75.0	0.0	0.095
5.4.3 辨病加减	4.75	57	75.0	0.0	0.095
5.5 其他治疗					
5.5.1 针灸治疗	4.75	57	75.0	0.0	0.095
5.5.2 饮食治疗	4.92	59	91.7	0.0	0.059
5.5.3 心理干预	4.83	58	83.3	0.0	0.081
6 诊治流程	4.67	56	66.7	0.0	0.106
7 疗效评定					
7.1 主要疗效指标	4.92	59	91.7	0.0	0.059
7.2 临床症状疗效	4.75	57	75.0	0.0	0.095
7.3 中医证候疗效	4.67	56	75.0	0.0	0.140
7.4 生存质量评价	4.83	58	83.3	0.0	0.081
8 预防调摄及随访	4.92	59	91.7	0.0	0.059

表6 第二轮专家咨询重要性调查结果

Table 6 Results for the importance of the second-round expert investigation

条目	均数	等级和	满分比 (%)	不重要百分比 (%)	变异系数	条目	均数	等级和	满分比 (%)	不重要百分比 (%)	变异系数
1 术语和定义						5.3 辨证论治					
1.1 西医术语	4.75	57	75.0	0.0	0.095	5.3.1 肝胃不和证	4.75	57	75.0	0.0	0.095
1.2 中医病名	4.75	57	75.0	0.0	0.095	5.3.2 脾胃不和证	4.58	55	66.7	0.0	0.146
2 西医诊断						5.3.3 脾虚湿热证	4.83	58	83.3	0.0	0.081
2.1 临床表现	4.92	59	91.7	0.0	0.059	5.3.4 脾虚瘀阻证	4.67	56	75.0	0.0	0.140
2.2 内镜及病理检查	5.00	60	100.0	0.0	0.000	5.4 方药加减					
2.3 实验室检查	4.42	53	58.3	0.0	0.180	5.4.1 兼证加减	4.83	58	83.3	0.0	0.081
3 中医病因病机						5.4.2 辨症加减	4.75	57	75.0	0.0	0.095
3.1 病因	4.75	57	75.0	0.0	0.095	5.4.3 辨病加减	4.83	58	83.3	0.0	0.081
3.2 病位	4.83	58	83.3	0.0	0.081	5.5 其他治疗					
3.3 病机	4.92	59	91.7	0.0	0.059	5.5.1 针灸治疗	4.42	53	50.0	0.0	0.151
3.4 病机转化	4.75	57	75.0	0.0	0.095	5.5.2 饮食治疗	4.75	57	75.0	0.0	0.095
4 中医辨证分型						5.5.3 心理干预	4.58	55	58.3	0.0	0.112
4.1 肝胃不和证	4.75	57	75.0	0.0	0.095	6 诊治流程	4.75	57	75.0	0.0	0.095
4.2 脾胃不和证	4.58	55	66.7	0.0	0.146	7 疗效评定					
4.3 脾虚湿热证	4.83	58	83.3	0.0	0.081	7.1 主要疗效指标	5.00	60	100.0	0.0	0.000
4.4 脾虚瘀阻证	4.58	55	58.3	0.0	0.112	7.2 临床症状疗效	4.58	55	58.3	0.0	0.112
5 中医治疗						7.3 中医证候疗效	4.67	56	75.0	0.0	0.140
5.1 治疗目的	4.92	59	91.7	0.0	0.059	7.4 生存质量评价	4.58	55	58.3	0.0	0.112
5.2 治疗原则	4.83	58	83.3	0.0	0.081	8 预防调摄及随访	4.92	59	91.7	0.0	0.059

中, 中医药诊治 CAG 遣方用药繁杂, 推荐意见不一, 尚未形成统一标准。为此, 中华中医药学会脾胃病分会于 2009 年颁布《慢性萎缩性胃炎中医诊疗共识意见》^[10], 中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会于 2017 年颁布《慢性萎缩性胃炎中西医结合诊疗共识意见》^[11], 以规范临床诊疗。但因岭南地区地域的差异性和流行病学的独特性, 目前的共识意见在岭南地区的实用性和指导性则显不足, 从而限制了共识意见的推广和使用。基于以上原因, 本课题组拟制订《岭南地区慢性萎缩性胃炎中医诊治规范方案》, 以填补岭南地区 CAG 规范化诊疗方案的空白, 为岭南地区临床医师提供一套简便实用、用之有效的 CAG 中医诊疗规范方案。

3.2 基于德尔菲法制订诊治方案的应用体会 近年来, 德尔菲法已被广泛应用于包括证候诊断标准、临床实践指南、中医疗效评价量表等中医研究领域的多个方面, 促进了中医的现代化、标准化。德尔菲法具有匿名性、反馈性、统计性等优点^[12]。匿名性指该方法采取“背对背”调查形式,

有利于专家充分应用自身的知识、经验进行独立思考, 并且给予专家、代表一定的时间和空间对需解决的问题进行调查、研究。反馈性指通过多轮反复的专家咨询和结果反馈, 可使专家在意见反馈中得到启发, 并根据每轮的反馈结果进一步发表意见。统计性即指对调查结果进行统计分析, 有助于组织人员对专家意见进行量化分析、总结。在本次德尔菲法的咨询调查中, 通过匿名的方式广泛征求岭南地区各位专家的意见, 专家对于调查问卷中的条目内容进行评分和提出修改意见, 阐释自身的学术观点和临床经验; 通过对各位专家的修改意见反馈和评分统计, 为诊治方案的制订提供了宝贵的信息资源和经验依据。

目前针对岭南地区 CAG 的相应研究仍不多。本课题组前期采用文献研究的方法探究岭南地区 CAG 病因病机、辨证论治、针灸治疗、饮食调护等诊疗相关的内容, 所得结果具有一定的借鉴意义, 但也存在一定的局限性。本研究采用德尔菲法专家调查进行指南制订研究, 所得《岭南地区慢性萎缩性胃炎中医诊治规范方案》在推广应用

前仍需进行指南适用性评价, 以对方案进行进一步的完善和修订。

参考文献:

- [1] 王吉耀. 内科学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2013: 128-429.
- [2] 房静远, 杜奔奇, 刘文忠. 中国慢性胃炎共识意见[J]. 胃肠病学, 2017, 22(11): 670-687.
- [3] 郭红梅, 曾韦苹, 伊凡, 等. 中医药治疗慢性萎缩性胃炎随机对照试验的系统评价[J]. 新疆医科大学学报, 2015, 38(2): 143-147.
- [4] 范尧夫, 魏睦新. 中医药治疗慢性萎缩性胃炎的Meta分析[J]. 辽宁中医杂志, 2013, 40(4): 633-637.
- [5] 黄宣, 吕宾. 中医药治疗慢性萎缩性胃炎的系统评价[J]. 世界华人消化杂志, 2010, 18(10): 1056-1062.
- [6] 范家伟. 地理环境与疾病——论古代医学对岭南地区疾病的解释[J]. 中国历史地理论丛, 2000, 16(1): 17-30.
- [7] 朱晓静. 岭南饮食文化现状浅析[J]. 文学教育(上), 2015, 11(7): 135-137.
- [8] 徐国祥. 统计预测和决策[M]. 上海: 上海财经大学出版社, 2005: 11.
- [9] 王春枝, 斯琴. 德尔菲法中的数据统计处理方法及其应用研究[J]. 内蒙古财经学院学报(综合版), 2011, 9(4): 92-96.
- [10] 中华中医药学会脾胃病分会. 慢性萎缩性胃炎中医诊疗共识意见(2009, 深圳)[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2010, 18(5): 345-349.
- [11] 中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会. 慢性萎缩性胃炎中西医结合诊疗共识意见(2017年)[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2018, 26(2): 121-131.
- [12] LINSTONE H A, TUROFF M. Delphi: a brief look backward and forward[J]. Technol Forecast Social Change, 2011, 78(9): 1712-1719.

【责任编辑: 贺小英】

论糖尿病肾病“络脉-玄府”病机及辛味药的应用

杨辰华, 朱翠翠, 张社峰

(河南省中医药研究院, 河南郑州 450004)

摘要: 基于中医络脉与玄府理论, 阐述肾络、肾玄府的结构与功能, 提出糖尿病肾病的中医“络脉-玄府”病机。认为络脉与玄府在功能上相互协调, 病理上相互影响。肾络阻滞、肾玄府开阖失常为糖尿病肾病的病机。糖尿病肾病早期肾络郁滞, 肾玄府郁闭不通, 病性多偏于邪实; 中后期肾络瘀阻, 肾玄府痿闭, 肾功能衰竭, 病性偏于正虚。临床治疗时倡导选用辛味药以开玄通络, 于辨证论治基础上酌加辛味的风药可祛邪增效, 为临床治疗糖尿病肾病提供思路。

关键词: 糖尿病肾病; 络脉; 玄府; 开玄通络; 辛味药

中图分类号: R256.5; R587.2

文献标志码: A

文章编号: 1007-3213(2021)04-0838-04

DOI: 10.13359/j.cnki.gzxbtem.2021.04.034

收稿日期: 2020-07-14

作者简介: 杨辰华(1966-), 男, 医学博士, 教授; E-mail: ych.6669@163.com

通讯作者: 朱翠翠(1993-), 女, 硕士研究生; E-mail: zcc2017009@163.com

基金项目: 河南省科技公关计划项目(编号: 192102310432)