

泄泻中医诊疗专家共识 (2023)

中华中医药学会脾胃病分会

Experts consensus on traditional Chinese medicine diagnosis and treatment of diarrhea (2023)

Spleen and Stomach Disease Branch, China Association of Chinese Medicine

泄泻是指大便次数增多,大便溏薄或完谷不化,甚至泻出如水样为主症的病证,其中大便溏薄而势缓者称为泄,大便清稀如水而势急者称为泻,统称为泄泻^[1-2]。感受外邪、饮食所伤、情志失调、病后体虚、禀赋不足和年迈体虚等是其主要病因。泄泻病位在肠,并与脾肝肾密切相关;湿邪是其主要致病因素;脾虚湿蕴是其基本病机。泄泻病性和病位可发生变化,临床诊治时需详细审察病之轻重、缓急、寒热和虚实等要点,从而进行辨证论治。

泄泻诊疗和临床研究常用标准不断发展完善,先后有以下5种:1988年国家中医药管理局发布的《中医内外科病证诊断疗效标准(试行)》^[3]、1993年中华人民共和国卫生部发布的《中药新药临床研究指导原则(第一辑)》^[4]、1994年国家中医药管理局发布的《中医病证诊断疗效标准》^[5]、2008年中华中医药学会发布的《中医内科常见病诊疗指南·中医病证部分》^[6]以及2017年中华中医药学会脾胃病分会发布的《泄泻中医诊疗专家共识意见(2017)》^[7]。它们包含了泄泻的诊断依据、证候分类、疗效评价标准,为中医药临床及科研提供了理论和实践指导。随着医药科学的不断发展,对泄泻研究和认识的不断深入,在上述标准基础上进行共识更新,对满足临床和科研需要具有重要意义。

中华中医药学会脾胃病分会于2020年11月在北京牵头成立了泄泻中医诊疗专家共识起草小组。小组成员依据循证医学的原理,广泛搜集循证资料,参考国内外共识制定方法,并先后组织国内脾胃病专家就泄泻的证候分类、辨证治疗、诊治流程、古代医家经验、疗效标准、循证研究进展等一系列关键问

题进行总结讨论,形成本共识意见初稿,然后按照德尔菲法分别于2021年4月、2021年8月、2022年10月进行了3轮专家投票,逐次进行修改完善形成送审稿。2023年4月,由中华中医药学会标准化办公室组织专家进行最后审评,通过了本共识意见。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,纳入共识。本共识将中医在泄泻诊断、治疗及预防方面的研究成果与西医相关病种的研究进展相结合,突出临床实用性,体现最新研究进展,以期对泄泻的临床诊疗及科学研究提供参考。

概述

1. 概念 泄泻(中医病名编码A04.03.07)是指以大便次数增多,大便溏薄或完谷不化,甚至泻出如水样为主症的病证,可分为暴泻和久泻。暴泻,指症状急骤猛烈,病程较短者;久泻,指症状反复发作,久泻不愈者^[1]。

2. 中医病名历史沿革 《黄帝内经》以大便性状和(或)大便缓急命名该病,称为“飧泄”“洞泄”“鹜溏”“注下”等。《难经·五十七难》则结合其他症状、病因与病位等命名,提出胃泄、脾泄、大肠泄、小肠泄和大瘕泄等“五泄”之说。汉代张仲景在《伤寒杂病论》将具有泄泻表现的病证称为“利”或“下利”,隋唐时期大多沿袭汉代命名方法,而隋代巢元方《诸病源候论》和唐代孙思邈《备急千金要方》在描述与泄泻类似的病证时,写作“痢”字,如“下痢”“泄痢”等。宋代王怀隐等在《太平圣惠方·治脾劳诸方》始将“泄”与“泻”并提为“泄

基金资助:国家自然科学基金项目(No.82341231, No.82174318, No.81703992),广东省中医药科学院“优秀青年人才青苗计划”(No.SZ2022QN08),广州中医药大学青年拔尖人才(团队)培育“揭榜挂帅”项目,广州市科技计划项目(No.2023A03J0733),省部共建中医湿证国家重点实验室专项(No.SZ2021ZZ25, No.SZ2021ZZ0203, No.SZ2021ZZ44),中医证候全国重点实验室项目(No.QZ2023ZZ18)
通信作者:黄绍刚,广东省广州市市场路16号大院广州中医药大学第一附属医院,邮编:510405,电话:020-36591912

E-mail: huangshaogang@126.com

唐旭东,北京市海淀区西苑操场1号中国中医科学院西苑医院脾胃病研究所,邮编:100091,电话:010-62835101, E-mail: txdl@sina.com

泻”，但至宋代陈言在《三因极一病证方论》才立专篇论治。明清时期，对泄泻的认识有四方面进展：一是对“泄”与“泻”加以鉴别，如明代董宿在《奇效良方·泄泻门》指出：“泄者，泄漏之义，时时溏泄，或作或愈；泻者，一时水去如注泄”。二是强调特殊人群或特定机体状态下的泄泻，如妊娠泄泻、产后泄泻和小儿泄泻。三是将“泄泻”与“痢疾”鉴别，如清代尤在泾在《医学读书记·泻痢不同》指出：“泄泻多起寒湿，寒则宜温，湿则宜燥也。痢病多成湿热，热则宜清，湿则宜利也”。四是重视以脏腑、病因和症状特点命名泄泻，如以脏腑命名提出肝泄、肾泄、脾肾泄、肾虚泄，以病因命名提出风泄、寒泄、热泄、暑泄、酒泄、湿泻、食泻、积泻、饮泻，以症状特点命名提出滑泻、洞肠泄、鹭塘等。

3. 现代医学相关疾病 因消化系统功能性和器质性病变而发生的腹泻，如腹泻型肠易激综合征、功能性腹泻、急性肠炎、慢性肠炎、肠结核、炎症性肠病、吸收不良综合征等；又或因内分泌及代谢障碍疾病等引起的腹泻均可参照本病辨证施治^[8]。

病因病机

1. 病因与发病 感受外邪、饮食所伤、情志失调、病后体虚、禀赋不足和年迈体虚等是泄泻的主要病因。泄泻病位在肠，与脾肝肾心密切相关。肠腑具有泌别清浊、主液主津和主传导的功能，但需以脾主运化和升清的功能为基础发挥作用。脾虚则生湿生滞，无力升清，小肠受盛化物能力下降，清浊混杂，引起大肠传导功能失常，津液合污而下，发为泄泻。肝主疏泄助脾胃运化，若肝气郁滞，肝失疏泄，横逆犯脾可引起泄泻。脾肾共司水液代谢之平衡，若肾气不足，甚则命门火衰，脾失温煦，水湿下注发为泄泻。心藏神与小肠互为表里，而“诸痛痒疮，皆属于心”，心功能失调可引起腹痛腹泻^[9-10]。

2. 病机要点

2.1 脾虚湿盛是泄泻的主要病机 脾为后天之本，喜燥恶湿，主运化水谷精微，又主升清。湿为阴邪，易耗伤阳气，导致脾失健运，水谷精微停聚；并且湿性黏滞重浊，易阻碍气机，可使清阳不升，不能为胃行其津液，引起津液代谢障碍；另外，湿性趋下，常下注肠腑，导致肠道受盛化物、分清泌浊、主液主津和传导的功能失司。无湿不成泻，湿盛困脾，脾虚生湿，脾虚湿盛，二者互为因果，共致泄泻。

2.2 泄泻病性和病位可发生变化 因感受外邪和饮食所伤之暴泄，病性多实；因病后体虚、禀赋不足和年迈体虚之久泻，病性多虚。暴泄失治或迁延不愈可转为久泻，病性由实转虚或虚实夹杂。脾气亏虚日久，可致脾阳虚衰，或累及肾阳致脾肾阳虚，发为五更泻；又或脾虚久泻，引起肝失疏泄，导致肝脾不调，发为痛泻，甚则心神失调，伴见焦虑或抑郁^[9-10]；再或脾虚

久泻，加之情绪忧郁，气血郁滞，可兼见气滞血瘀^[11]。

辨证分型

1. 暴泻

1.1 寒湿困脾证(中医病证分类与代码B02.03.02.02.03) 主症:大便清稀或如水样;腹痛肠鸣。次症:食欲不振;脘腹闷胀;头身困重;泛恶欲呕;口黏腻或口淡;恶寒发热。舌脉:舌苔薄白或白腻;脉濡缓或沉细。

1.2 大肠湿热证(中医病证分类与代码B04.04.02.02.04.03) 主症:腹痛即泻,泻下急迫;粪色黄褐臭秽。次症:肛门灼热;腹痛;烦热口渴;小便短黄。舌脉:舌苔黄腻;脉濡数或滑数。

1.3 食滞胃肠证(中医病证分类与代码B02.12.01.01) 主症:泻下大便臭如败卵,或伴不消化食物;腹胀疼痛,泻后痛减。次症:脘腹痞满;噎腐吞酸;纳呆。舌脉:舌苔厚腻;脉滑。

2. 久泻

2.1 脾胃虚弱证(中医病证分类与代码B04.06.03.01.03) 主症:大便时溏时泻;饮食不慎则便次增多。次症:食少;食后腹胀甚;神疲乏力;少气懒言;甚则便滑失禁;肢体倦怠;面色萎黄。舌脉:舌质淡,苔薄白,或有齿印,或厚腻;脉沉细弱,或缓或濡。

2.2 脾肾阳虚证(中医病证分类与代码B04.06.03.05.01.05) 主症:五更或晨起泄泻;大便清稀,或完谷不化。次症:脐腹冷痛,喜暖喜按;畏寒肢冷;腰膝酸软。舌脉:舌淡胖,苔白或滑;脉沉细或迟缓无力。

2.3 肝脾不调证(中医病证分类与代码B04.06.02.03.01) 主症:泄泻;腹胀腹痛,泻后痛缓。次症:每因情志不畅而发;胸胁胀闷;食欲不振;神疲乏力;肠鸣矢气;善太息。舌脉:苔薄白;脉弦或缓。

证候诊断:主症2项+次症2项,参照舌脉,即可诊断。

临床治疗

1. 治疗目标与原则 暴泄失治或迁延不愈可转为久泻,而久泻亦可因饮食不慎或外感而发为暴泻,当视具体情况辨证论治。但以祛除病因、缓解及消除泄泻症状以及改善生活质量为治疗目标;以祛邪扶正为基本治则;以健脾化湿为基本治法,并根据辨证,结合甘缓、补肾、酸收、疏利、化瘀、升提、固涩、淡渗和清凉等法治疗^[12]。

2. 辨证论治

2.1 暴泻

2.1.1 寒湿困脾证:治法:芳香化湿,解表散寒。主方:藿香正气散加减。药物:藿香6~9g、白术6~15g、茯苓9~15g、半夏6~9g、陈皮3~9g、厚朴3~9g、大腹皮6~9g、紫苏叶3~9g、白芷3~9g、桔梗3~9g、炙甘草3~9g。加减:胃寒明显者,加草豆

薏苡3~6g、吴茱萸3~6g以温中散寒;恶寒较重者,加荆芥3~9g、防风3~9g以解表散寒;湿邪偏重,胸闷腹胀尿少,肢体倦怠,苔白腻者,应着重化湿,用胃苓汤以健脾燥湿。

中成药:藿香正气水,每次5~10mL,一日2次,口服。

2.1.2 大肠湿热证:治法:清热燥湿,分利止泻。主方:葛根芩连汤加减。药物:葛根9~15g、黄芩3~9g、黄连3~6g、炙甘草3~9g。加减:发热、头痛等风热表证者,加金银花9~15g、连翘9~15g以加强疏风清热;肛门灼热者,加地榆9~15g、槐花9~15g以清热凉血;暖腐吞酸、大便酸臭等挟食滞者,加焦神曲6~15g、焦麦芽9~15g、焦山楂9~15g等消食化滞;恶心呕吐者,加姜半夏6~9g、枳壳3~9g、姜竹茹6~9g以和胃降逆;湿邪偏重者,加车前草6~9g、茯苓9~15g、泽泻6~9g以利水止泻。

中成药:①枫蓼肠胃康片:一次4~6片,一日3次,口服;或枫蓼肠胃康颗粒:一次8g,一日3次,温水冲服。②肠舒止泻胶囊:一次2~4粒,一日3次,口服。

2.1.3 食滞肠胃证:治法:消食导滞,和中止泻。主方:保和丸加减。药物:山楂9~15g、神曲6~15g、莱菔子6~9g、陈皮3~9g、半夏6~9g、茯苓9~15g、连翘9~15g。加减:脘腹胀满、泻下不爽等食滞者,加大黄^(后下)3~12g、枳实3~9g、槟榔3~9g以消导积滞,清利湿热;积滞化热者,加黄连3~9g以清热燥湿止泻;呕吐甚者,加砂仁^(后下)3~6g、紫苏叶3~9g以行气止呕;兼脾虚者,加炒白术6~15g、炒白扁豆9~18g以健脾祛湿。

中成药:保和丸(小蜜丸):一次9g,一日2次,口服。

2.2 久泻

2.2.1 脾胃虚弱证:治法:健脾益胃,化湿止泻。主方:参苓白术散加减。药物:党参9~12g、茯苓9~15g、炒白术6~15g、炒白扁豆9~12g、陈皮3~9g、莲子6~15g、甘草3~9g、山药9~30g、砂仁^(后下)3~6g、薏苡仁9~30g、桔梗3~6g。加减:脾阳虚者,可合用理中丸;中气下陷伴滑脱不禁者,宜补中益气汤以益气升清、健脾止泻;泻势严重者,加赤石脂9~18g、诃子3~9g以涩肠止泻;食入即泻者,加防风3~9g、羌活3~9g、苍术6~9g以升阳化浊;大便泻下黄褐色,为内夹湿热,加黄连3~9g、厚朴3~9g、地锦草15~30g以清热除湿。

中成药:①参苓白术颗粒:一次6g,一日3次,口服。②补中益气丸(小蜜丸):一次9g,一日2~3次,口服。③补脾益肠丸(水蜜丸):一次6g,一日2~3次,口服。④人参健脾丸(大蜜丸):一次2丸,一日2次,口服。

2.2.2 脾肾阳虚证:治法:温肾健脾,固涩止泻。主方:四神丸加减。药物:补骨脂3~9g、吴茱萸3~6g、五味子3~6g、肉豆蔻3~9g、大枣3~12g、生姜3~9g。加减:中气下陷、久泻不止者,加黄芪9~15g、党参9~15g、诃子3~9g以益气升阳,固涩止泻;内寒腹痛者,加茴香3~9g、乌药3~9g以温中散寒止痛;

面色黧黑、舌质瘀斑者,加蒲黄3~9g、五灵脂3~9g以活血化瘀;虽为五更泻,但脾肾阳虚不显,反见心烦嘈杂,而有寒热错杂之证者,用乌梅丸平调寒热,温脾止泻。

中成药:①参倍固肠胶囊:一次4粒,一日2次,口服。②固本益肠片:一次8片,一日3次,口服。③四神丸(水丸):一次9g,一日1~2次,口服。

2.2.3 肝脾不调证:治法:抑肝扶脾。主方:痛泻要方加减。药物:陈皮3~9g、白术6~15g、白芍6~30g、防风3~9g。加减:脘腹胀满疼痛甚者,加柴胡3~9g、木香3~9g、郁金6~12g、香附6~12g疏肝理气止痛;情志抑郁者,加合欢皮9~15g、郁金9~15g、玫瑰花9~15g以疏肝解郁;性情急躁者,加牡丹皮9~15g、栀子3~9g、黄芩3~9g以清热除烦;伴失眠者,加酸枣仁9~18g、远志3~9g、龙骨15~30g以养血宁心安神;久泻反复发作者,加乌梅3~9g、焦山楂9~15g、甘草3~9g以酸甘敛肝,收涩止泻。

中成药:痛泻宁颗粒,一次1袋,一日3次。

3. 古代医家经验

3.1 张仲景(汉)

3.1.1 学术观点:泄泻可从六经辨证。太阳下利:风寒外束,内迫于里而致下利。阳明下利:太阳表证误下,邪热内传,大肠传导失司而致下利。少阴下利:邪犯少阴,枢机不利,发为下利。太阳与少阴合病:邪热内迫阳明,下趋大肠,故自下利。太阴下利:外邪直中或脾胃素虚,寒湿内阻,升降失常而作下利。少阴下利:火不暖土,阴寒内盛,遂成下利。厥阴下利:邪热内陷,上热下寒,寒热错杂可致下利;若邪从热化,湿热结于厥阴,可致下利;此外,厥阴气郁,乘犯太阴,亦可下利。

3.1.2 治法心得:根据泄泻所病六经的不同,遵“知犯何逆,随证治之”要旨施治,具体是:若风寒外束,内迫于里,影响大肠传导功能,致水谷不别而泄时,重在解表,用葛根汤发汗祛邪,使表和里自愈。若邪犯少阴,木气疏泄失常,热邪不解,而作泄时,用黄芩汤苦寒清热。若脾胃素虚,寒湿内阻,运化失司,升降失常而泄时,以理中丸(汤)温中健脾。若寒邪较著,脾损及肾者,可以四逆汤补火生土。若属厥阴之寒热错杂者,用乌梅丸;属邪从热化,厥阴湿热者用白头翁汤;属厥阴气郁,脾失健运,清阳被遏,而下利时,宜用四逆散疏肝理脾、透达郁阳以止泄。

3.2 朱丹溪(元)

3.2.1 学术观点:朱丹溪认为泄泻发病与湿、火、气虚、痰和食积等相关,并首次提出脾虚肝强之“痛泻”及脾肾阳虚之“五更泻”。肺与大肠相表里,痰积于肺,肺失肃降,大肠传化功能失常,亦可致泄。忧思太过,脾气结而不能升举,陷入下焦而泄泻;暴怒无常,肝气乘脾,脉弦而逆,而成气泻。心受惊则气乱,心气不通,水入谷道,而成惊泄。脾虚肝强,肝脾不和,

运化失常,而成痛泻。肾阳不足,下焦不暖则蒸化失司,火不生土则脾阳不运。当黎明阳气未复,阴寒乘隙而动,夹寒水下泛肠间,腹痛随发,始作“五更泻”。

3.2.2 治法心得:主要从“郁”论治泄泻。因于湿,利小便所以实大便,宜燥湿兼渗泄,药用四苓散加苍术、白术。气虚宜升补,用人参、白术、炒芍药、升麻。因于火用四苓散加木通、黄芩,伐火利小水。痰宜豁,海石、青黛、黄芩、神曲、蛤粉,在上者吐之,在下陷者宜升提之,用升麻、防风。食积用二陈汤加泽泻、白术、苍术、山楂、神曲、川芎,或吞保和丸。泻水多者,仍用五苓散等。

3.3 李中梓(明)

3.3.1 学术观点:李中梓将湿邪作为泄泻的主要病因,以“泻皆成于土湿,湿皆本于脾虚”高度概括泻、湿、脾虚三者之间的关系。即湿胜困遏脾阳,脾失健运而致清浊不分,水谷相夹杂并走大肠而泄泻。

3.3.2 治法心得:提出了“淡渗”“升提”“清凉”“疏利”“甘缓”“酸收”“燥脾”“温肾”“固涩”治泄九法。“淡渗”法即以六一散和五苓散等利小便以实大便。“升提”法即升提中气,药用升麻、羌活、葛根之类,若湿邪偏盛者可用升阳除湿汤;中气下陷为主者可用补中益气汤。“清凉”法针对积湿成热,或夏令湿伤脾胃,传化失常而发生的泄泻,暴注下迫,可用葛根芩连汤或薤苳汤。“疏利”法重在祛痰、行气、导滞、逐水,可用二陈汤、枳术丸、香砂枳术丸、保和丸等。“甘缓”法针对泄利急迫不止或反复发作,耗伤正气,可用四君子汤或黄芪补胃汤。“酸收”法应用于久泻不止或反复发作,正气耗伤,药用五味子、乌梅、石榴皮之类。“燥脾”法强调“脾喜燥恶润”,对于脾胃虚弱,运化无权,水谷不化,浊清不分所致泄泻,宜用燥湿健脾之品,如香砂六君丸、参苓白术散等。“温肾”法针对泄泻日久,肾阳虚衰,不能温养脾胃,运化失常而泄,方用四神丸、八味丸等。“固涩”法应用于泄泻日久,肠道滑脱,可用禹余粮丸或大断下丸。

4. 针灸疗法

4.1 针刺 主穴可选天枢、大肠俞、上巨虚、阴陵泉等。寒湿内盛配关元、水分;湿热伤中配内庭、曲池;食滞胃肠配中脘、建里;脾胃虚弱配脾俞、胃俞;肝气乘脾配肝俞、太冲;肾阳虚衰配肾俞、命门、关元。慢性泄泻配脾俞、足三里;久泻虚陷者配百会。有明显精神心理症状配神门、内关;泻下脓血配曲池、合谷、三阴交、内庭^[13-14]。

4.2 灸法 多选腹部的任脉俞穴,常用神阙、气海、关元、天枢、足三里。泄泻属寒湿内盛或脾胃虚弱可用隔姜灸、温和灸或温针灸;肾阳虚衰可用隔附子饼灸。急性泄泻每日治疗1~2次,慢性泄泻每日或隔日治疗1次^[15]。

4.3 穴位敷贴法 五倍子适量研末,食醋调成膏状敷脐(神阙),伤湿止痛膏固定。2~3日一换,适用于久泻^[15]。

4.4 穴位注射法 常选取天枢、上巨虚。黄连素注射液,或维生素B₁、B₁₂注射液,每穴每次注射0.5~1 mL,每日或隔日1次^[15]。

4.5 耳针 取大肠、小肠、腹、胃、脾、神门。每次选用3~5穴,毫针刺法,或压丸法^[15]。

诊疗流程

泄泻诊疗流程见图1。

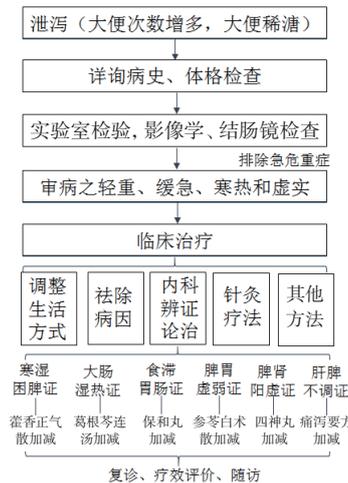


图1 泄泻诊疗流程图

疗效标准

根据中医药病证结合诊治疾病的模式,其疗效评价应包括疾病和证候两方面。参考腹泻相关西医药病的临床研究技术指导原则^[16]以及《证候类中药新药临床研究技术指导原则》^[17],腹泻的临床疗效评价内容大致包括疾病主要症状、次要症状的评价指标及中医药证候疗效的指标。

1. 主要结局指标

1.1 腹泻 腹泻的评价主要围绕两方面:一是粪便性状(粪便性状的评价可参考布里斯托大便分类法^[18],见图2),二是腹泻频率。



图2 布里斯托大便分类法

注:图片出自文献^[18]。

每周应答者定义:每周至少有1次6型或7型粪便性状的天数,或日排便次数>2次的天数较基线至少下降50%。每日应答者定义:患者每次排便的性状分型为1~4型或无排便,日排便次数<3次。

2. 次要结局指标 可考虑的次要疗效评价指标判定方法有:症状分析、二分类结果测量指标、腹泻相关疾病量表、生活质量评价量表、心理测量量表等。

2.1 症状分析 对伴随症状的详细、定量的分析(如程度、频率、消失时间、复发次数、中位复发时间等)可作为重要的次要疗效评价指标。也可参照二分类结果测量指标的方法,对单一症状进行评价。

2.2 二分类结果测量指标 常见有明显减轻(adequate relief, AR)、明显缓解(satisfactory relief, SR)等。

2.3 腹泻相关疾病量表 如肠易激综合征症状严重程度量表(irritable bowel syndrome symptom severity score, IBS-SSS)量表的有效性、可靠性及对治疗的敏感性已得到了验证,其从腹痛的程度、腹痛的频率、腹胀的程度、排便满意度及对生活的影响5个方面计算总分。

2.4 生活质量评价量表 包括疾病专用量表与普适性量表,如疾病专用量表有肠易激综合征生活质量测量量表(irritable bowel syndrome-quality of life measure, IBS-QOL),普适性量表有简明健康状况调查问卷(medical outcomes study short-form 36, SF-36)等。患者报告结局量表(patient reported outcomes, PRO)评价量表能够将临床治疗与患者的自身体验有效结合,在临床疗效评价中发挥重要作用。《基于慢性胃肠疾病患者报告的临床结局评价量表》是按照美国食品药品监督管理局规范的量表指南制作完成的,涵盖了最为常见的几种慢性胃肠疾病,从全身症状、消化不良、反流、心理、排便、社会功能6个维度评价慢性胃肠疾病的干预效果^[19]。

2.5 心理测量量表 临床常用的心理状态测量量表有焦虑自评量表(self-rating anxiety scale, SAS)和抑郁自评量表(self-rating depression scale, SDS);汉密尔顿焦虑量表(Hamilton anxiety scale, HAMA)和汉密尔顿抑郁量表(Hamilton depression scale, HAMD)等;广泛性焦虑障碍量表(generalized anxiety disorder-7, GAD-7)和患者健康问卷抑郁量表(patient health questionnaire-9, PHQ-9)等。

3. 证候疗效评定标准 中医证候疗效判定标准为复合性指标,包括主症和次症共同积分的改变,应重视各指标权重值的合理确定,建议引入患者报告结局指标,将患者“自评”与医生“他评”相结合。研究中常采用尼莫地平法进行证候疗效判定。

尼莫地平法:疗效指数(%)=[(治疗前积分-治疗后积分)/治疗前积分]×100%,分为临床痊愈、显效、有效、无效4个等级。

①临床痊愈:主要症状、体征消失或基本消失,疗效指数≥95%;②显效:主要症状、体征明显改善,70%≤疗效指数<95%;③有效:主要症状、体征明显好转,30%≤疗效指数<70%;④无效:主要症状、体征无明显改善,甚或加重,疗效指数<30%。

预防调摄

泄泻发作多由感受外邪、禀赋不足、外邪、饮食所伤、情志失调、病后体虚等所致,故在预防上需要重视寒温、饮食、情志、劳逸等的调摄。避风寒,注意天气变化而增减衣物,注意腹部的保暖,受凉易加重病情。慎起居,则动静有度,勿贪图安逸,或是劳累过度,起居有常可助调养神气,令人体精力充沛。调饮食,注意清淡饮食,不暴饮暴食,忌生冷油腻、肥甘厚味,避免浓茶、咖啡、烟酒和辛辣等易诱发或加重腹泻的食物,可选择低发酵性碳水化合物饮食^[20]。畅情志,调节情志,勿悲恐忧伤,保持舒畅、宁静的心理环境,树立战胜疾病的信心。强体魄,适当加强锻炼身体,增强自身体质,如太极拳、体操、气功等,可预防疾病。

转归与随访

暴泻经过恰当治疗,绝大多数患者能够治愈,极少数患者因暴泻无度,耗气伤津,会造成亡阴亡阳之变。少数暴泻患者失治或误治,导致病程迁延,日久不愈,由实转虚,变为久泻。久泻一般经规范治疗,亦能获愈;部分病例反复发作,或因脾虚引起中气下陷、脾虚引起脾肾两虚所致,病情相对复杂;若久泻患者突见泄下无度,水浆不入,呼吸微弱,形体消瘦,身寒肢冷,脉微细欲绝,是阴阳离绝之危候,预后多不良。

共识意见执笔人:吴皓萌(广州中医药大学第二附属医院/中医证候全国重点实验室/省部共建中医证候国家重点实验室)、黄绍刚(广州中医药大学第一附属医院,中医药广东省实验室)、唐旭东(中国中医科学院西苑医院脾胃病研究所)。

共识意见制定专家名单(按姓氏笔画排序)

组内主审专家+共审专家:王华宁(云南省中医医院)、冷炎(长春中医药大学附属医院)、张北华(中国中医科学院西苑医院脾胃病研究所)、郭绍举(深圳市中医院)、温艳东(中国中医科学院眼科医院)、魏玮(中国中医科学院望京医院)。

组外函审专家:戈焰(广东省第二中医院)、巩阳(北部战区总医院)、何凌(江西中医药大学附属医院)、胡运莲(湖北省中医院)、黄适(广西中医药大学附属瑞康医院)。

定稿审定专家+审稿会投票专家:王垂杰(辽宁中医药大学附属医院)、王风云(中国中医科学院西苑医院脾胃病研究所)、吕林(中国中医科学院西苑医院脾胃病研究所)、任顺平(山西中医药大学附属医院)、刘力(陕西中医药大学)、刘凤斌(广州中医药大学第一附属医院白云医院)、刘震(中国中医科学院广安门医院)、刘礼剑(广西中医药大学第一附属医

院)、李军祥(北京中医药大学东方医院)、李艳彦(山西中医药大学附属医院)、杨晋翔(北京中医药大学第三附属医院)、杨倩(河北省中医院)、沈洪(江苏省中医院)、张声生(首都医科大学附属北京中医医院)、张雅丽(黑龙江省中医药科学院)、季光(上海中医药大学)、赵文霞(河南中医药大学第一附属医院)、赵迎盼(中国中医科学院西苑医院脾胃病研究所)、袁红霞(天津中医药大学)、唐旭东(中国中医科学院西苑医院脾胃病研究所)、唐志鹏(上海中医药大学附属龙华医院)、黄恒青(福建省中医药科学院)、黄穗平(广东省中医院)、温艳东(中国中医科学院眼科医院)、谢胜(广西中医药大学第一附属医院)、魏玮(中国中医科学院望京医院)。

共识工作秘书: 陈君千(广州中医药大学第一附属医院)、李建华(广东省中医院)。

利益冲突声明: 所有作者均声明不存在利益冲突。

参 考 文 献

- [1] 中医药学名词审定委员会. 中医药学名词: 内科学 妇科学 儿科学(2010). 北京: 科学出版社, 2011: 56
- [2] 张伯礼, 吴勉华. 中医内科学. 新世纪第四版. 北京: 中国中医药出版社, 2017: 194-195
- [3] 国家中医药管理局. 中医内外妇儿科病证诊断疗效标准(试行). 南京: 江苏科学技术出版社, 1998: 27-28
- [4] 中华人民共和国卫生部. 中药新药临床研究指导原则(第一辑). 1993: 126-130
- [5] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准. 南京: 南京大学出版社, 1994: 15
- [6] 中华中医药学会. 中医内科常见病诊疗指南·中医病证部分. 北京: 中国中医药出版社, 2008: 83-85
- [7] 张声生, 王垂杰, 李玉锋, 等. 泄泻中医诊疗专家共识意见(2017). 中医杂志, 2017, 58(14): 1256-1260
- [8] 姜泊. 胃肠病学. 北京: 人民卫生出版社, 2015: 108-110
- [9] 吴皓萌, 秦书敏, 郑欢, 等. 从心肝脾论治腹泻型肠易激综合征伴焦虑或抑郁状态. 中华中医药杂志, 2021, 36(8): 4494-4497
- [10] 吴皓萌, 秦书敏, 郑欢, 等. 从中医心功能失调探讨肠易激综合征病机. 中华中医药杂志, 2021, 36(9): 5162-5164
- [11] 吴皓萌, 徐志伟, 敖海清. 21位国医大师治疗慢性泄泻的经验撷菁. 中华中医药杂志, 2013, 28(10): 2866-2869
- [12] 吴皓萌, 徐志伟, 敖海清. 国医大师治疗慢性泄泻用药规律研究. 中医杂志, 2013, 54(7): 564-566
- [13] 梁繁荣, 王华. 针灸学. 4版. 北京: 中国医药出版社, 2016: 237-238
- [14] 吴皓萌, 徐志伟, 敖海清. 基于数据挖掘的针灸治疗慢性泄泻的选穴规律研究. 中华中医药杂志, 2015, 30(12): 4272-4274
- [15] 高树中, 杨骏. 针灸治疗学. 4版. 北京: 中国中医药出版社, 2016: 75-76
- [16] 国家药品监督管理局. 总局关于发布中药新药用于肠易激综合征临床研究技术指导原则等5个临床研究技术指导原则的通告(2017年第217号). (2017-12-27)[2024-06-24]. <https://www.nmpa.gov.cn/yaopin/ypgggtg/ypqtgg/20171227183101142.html>, 2017-12-27
- [17] 国家药品监督管理局. 国家药监局关于发布证候类中药新药临床研究技术指导原则的通告(2018年第109号). (2018-11-06)[2024-06-24]. <https://www.nmpa.gov.cn/xxgk/ggtg/qtggtg/20181106155701473.html>, 2018-11-01/2018-11-06
- [18] [美] 德罗斯曼. 罗马IV: 功能性胃肠病/肠-脑互动异常. 方秀才, 侯晓华, 译. 北京: 科学出版社, 2016: 1133
- [19] 唐旭东, 王萍, 赵迎盼, 等. 《基于慢性胃肠疾病患者报告的临床结局评价量表》应用于功能性胃肠病疗效评价适用性专家问卷调查. 中国中西医结合杂志, 2018, 38(2): 182-185
- [20] NIMISH V. Dietary fermentable oligosaccharides, disaccharides, monosaccharides, and polyols(FODMAPS) and gastrointestinal disease. Nutr Clin Pract, 2018, 33(4): 468-475

(收稿日期: 2024年6月24日)