

DOI:10.13288/j.11-2166/r.2024.12.018

脾虚证中医诊疗专家共识 (2023)

中华中医药学会脾胃病分会

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脾虚证中医诊疗专家共识起草小组。小组成员依据循证医学原理,广泛搜集相关研究资料,参考国内外共识制定方法,先后组织国内脾胃病专家就脾虚证的诊断标准、临床治疗、疗效标准、预防调摄、中医证候现代研究进展等一系列关键问题进行总结讨论,形成《脾虚证中医诊疗专家共识(2023)》初稿。本共识是在《脾虚证中医诊疗专家共识意见(2017)》^[1]基础上,将传统中医“脾虚证”(中医病证分类与代码 B04.03.01.03^[2])的辨证诊断、治疗及预防研究与现代证候学研究相结合,依据中医临床诊疗术语对脾虚证的概念与历史沿革进行细化和规范性表述,并对脾虚证古籍中相关重要理论与方药以及脾虚证相关现代研究成果进行系统挖掘与整理,突出临床的实用性并体现最新的研究进展,以期对脾虚证的临床诊疗及科学研究提供新的临床思维与决策参考。

本共识采用德尔菲法分别于 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评审并通过。

1 概述

1.1 概念与历史沿革

脾虚证是中医脾胃疾病的重要证候,为临床常见虚证。根据《中医临床诊疗术语 第 2 部分:证候》^[3]定义,脾虚证指因外感或内伤等各种原因引起脾气血阴阳失调所引起的一类证候,包括脾气虚证、脾阴虚证、脾阳虚证。1) 脾气虚证:因脾气不足,脾失健运所致;以食少、腹胀食后尤甚,大便溏薄,肢体倦怠,少气懒言,面色萎黄,舌淡、苔白,脉虚弱为特征,可伴浮肿、消瘦等。2) 脾阴虚证:因脾阴不足,失于濡润,运化失司所致;

以不思饮食,食后腹胀,大便干结,唇燥、皲裂,口干少涎、甚则唾沫皆无,舌质嫩偏润、苔少,脉细弱偏数为特征,可伴低热、消瘦、倦怠、乏力。3) 脾阳虚证:因脾阳亏虚,阴寒内生,运化失职所致;以食少,腹胀,脐腹疼痛、喜温喜按,大便稀溏,畏冷肢凉,或肢体困重,或下肢浮肿,小便不利,或白带量多、质稀,舌淡胖、苔白润,脉虚缓或沉迟无力为特征。

脾为后天之本,气血生化之源。中医学对脾胃的认识早在《黄帝内经》中已有记载,如《素问·灵兰秘典论篇》云:“脾胃者,仓廩之官,五味出焉”;《素问·玉机真藏论篇》曰:“脾为孤藏,中央土以灌四傍”。明代万全《养生四要·寡欲第一》曰:“受水谷之入而变化者,脾胃之阳也;散水谷之气以成营卫者,脾胃之阴也”;清代沈明宗《金匱要略编注·下血》载:“五脏六腑之血,全赖脾气统摄”;清代唐宗海《血证论·脏腑病机论》谓:“脾称湿土,土湿则滋生万物,脾润则长养脏腑”。以上论述充分体现了脾主运化、主统血、主升清及主肌肉四肢的特性。

对脾虚症状的论述可追溯至《黄帝内经》,如《素问·太阴阳明论篇》谓:“四肢皆禀气于胃,而不得至经,必因于脾,乃得禀也。今脾病不能为胃行其津液,四肢不得禀水谷气,气日以衰,脉道不利,筋骨肌肉,皆无气以生,故不用焉”;《素问·阴阳应象大论篇》曰:“清气在下,则生飧泄;浊气在上,则生腹胀”。《中藏经·论脾脏虚实寒热生死逆顺脉证之法第二十六》云:“不及,令人中满不食,乏力,手足缓弱不遂,涎引口中,四肢肿胀,溏泄不时”,亦是对脾虚症状的明确记载。《太平圣惠方·治脾虚补脾诸方》云:“若虚……则心腹胀满、水谷不消、喜噫吞酸,食则呕吐,气逆,霍乱,腹痛肠鸣,时自泄利,四肢沉重……诊其脉沉细软弱者,是脾虚之候”,初步提出了脾虚证的脉

症特点。明代缪希雍《神农本草经疏·五脏六腑虚实门》还指出“脾虚腹痛，按之则止”的症状特点。

1.2 中医学认识

1.2.1 病因 多因饮食所伤，饥饱失常或过食肥甘，或恣啖生冷；劳倦伤脾，或禀赋不足、素体脾虚；湿邪侵袭、内困脾土；情志失调，郁怒忧思伤脾；久病年老，调养失慎，阳气不足或他脏病变及脾致脾的气、血、阴、阳虚损。

1.2.2 病位 主要在脾，与肝、心、肺、肾诸脏功能失调有关。

1.2.3 病机 主要表现为脾失运化、脾不升清、脾失统摄、脾阴不足和脾阳虚衰，致水谷精微运化失常，气血生化不足，形体失养；清阳不升，中气下陷，津液输布失常和血不循常道、溢于脉外等。

1.3 诊断标准演变

20 世纪 80 年代初期，广州中医学院脾胃研究组最早提出脾虚证诊断方案^[4]。1983 年全国中西医结合虚证与老年病研究专业委员会制订脾虚证辨证诊断标准^[5]；1986 年该专业委员会修订 1982 年的辨证标准，将“大便溏泄”列为第 1 项，“食后腹胀”增加“喜按”条件，推荐唾液淀粉酶酸负荷试验和尿 D-木糖排泄率作为辅助实验室诊断与疗效判断参考指标^[6]。1987 年中华人民共和国卫生部^[7]、1994 年国家中医药管理局^[8]发布相关标准均包括脾虚证的诊断和疗效判断标准。1993 年中华人民共和国卫生部发布《中药新药临床研究指导原则（第一辑）》^[9]列有脾虚证诊断标准、主症轻重程度分级和疗效判定标准，较为全面且具有代表性，得到广泛运用。2002 年《中药新药临床研究指导原则（试行）》^[10]进一步制订了脾气虚证诊断标准、症状量化分级和相应疗效判定标准。2017 年中华中医药学会组织制订了《脾虚证中医诊疗专家共识意见(2017)》^[11]全国行业脾虚证诊疗标准。

2 诊断标准

2.1 脾虚证亚证诊断标准

凡具备脾气虚证、脾阴虚证、脾阳虚证的主症、次症各 2 项加舌脉象，或主症 1 项、次症 3 项加舌脉象，即可进行相应亚证的诊断；脾气虚证兼证则按照脾气虚+相应的兼证进行诊断。

2.1.1 脾气虚证 中医病证分类与代码 B04.03.01.03.01；ICD-11 编码为 SF70^[2]。

主症：1) 倦怠懒言；2) 大便溏稀；3) 食欲减退。次症：1) 食后腹胀；2) 脘腹隐痛，遇劳而发；3) 口淡无味；4) 面色萎黄；5) 排便无力。

舌脉：舌质淡或伴齿痕、苔薄白；脉弱无力。

脾气虚证兼证：1) 脾虚湿蕴证：兼大便溏滞，食已欲泄，口黏腻不渴，舌苔白厚腻。2) 脾不统血证：兼便血，或呕血，或月经量多，或牙龈出血等慢性出血症状之一。3) 中气下陷证：胃脘坠胀不适，食后、站立或劳累后加重；肛周或下腹或腰部坠胀不适、站立或劳累后加重；久泻或久痢；兼具上述症状中任何 1 组即可进行相应的诊断。

2.1.2 脾阴虚证 中医病证分类与代码 B04.03.01.03.02；ICD-11 编码为 SF76^[2]。

主症：1) 饥不欲食；2) 唇干少饮。次症：1) 肌瘦肤热；2) 脘腹痞胀昼静夜剧；3) 大便偏干、排出无力；4) 手足烦热；5) 嘈杂不适。舌脉：舌质嫩偏润、苔少，脉细弱偏数。

2.1.3 脾阳虚证 中医病证分类与代码 B04.03.01.03.03；ICD-11 编码为 SF77^[2]。

主症：1) 大便清稀甚则完谷不化；2) 脘腹冷痛喜温按，遇寒或饥时痛剧；3) 畏寒肢冷。次症：1) 肠鸣辘辘；2) 口泛清涎；3) 面色㿔白；4) 带下清稀量多。舌脉：舌质淡胖或伴齿痕、苔白滑，脉沉缓无力。

2.2 脾虚证主要症状、体征量化分级标准

根据各主要症状、体征程度不同，赋予不同分值。脾虚证主要症状、次要症状、兼症及体征量化分级评分表参照《脾虚证中医诊疗专家共识意见(2017)》^[11]并结合临床实际制定，详见表 1、表 2。脾虚证舌象量化分级评分见表 3，脾气虚、脾虚湿蕴、脾阴虚、脾阳虚舌象示例图见图 1。

2.3 中西医结合证结合诊断标准

脾虚证涉及西医疾病肠易激综合征、功能性消化不良、功能性便秘的诊断参照罗马 IV 标准^[11]。慢性非萎缩性胃炎^[12]、慢性萎缩性胃炎^[13]、消化性溃疡^[14]、溃疡性结肠炎^[15]参照相应的中西医结合诊疗共识意见。

2.4 辅助诊断参考指标

以唾液淀粉酶活性负荷试验、尿 D-木糖吸收试验作为脾虚证的辅助诊断参考指标^[1,6,9]。

3 临床治疗

3.1 辨证施治

3.1.1 脾气虚证

治法：健脾益气。

方药：四君子汤加减，基础方：党参 3~9 g、白术 6~12 g、茯苓 9~15 g、炙甘草 3~6 g。

兼证：1) 脾虚湿蕴证：治以益气健脾、渗湿

表 1 脾虚证主要症状量化分级评分表

Table 1 Quantitative grading scale of main symptoms of spleen deficiency syndrome

主要症状	I 级 (1分)	II 级 (2分)	III 级 (3分)
食欲不振	食欲稍差, 饭量较病前减少达 1/3 且 < 1/2	食欲差, 饭量较病前减少达 1/2 且 < 2/3	基本无食欲, 饭量较病前减少达 2/3
倦怠懒言	精神不振、不耐劳力, 不喜多言、不问不答, 尚可坚持日常轻体力活动和工作	精神较为疲乏、倦怠思睡, 懒言、多问少答, 能勉强支持日常轻体力活动, 工作能力下降	精神极度疲乏, 身体和四肢均感无力, 倦卧不喜言语, 不能坚持日常轻体力活动, 工作能力明显下降
饥不欲食	偶觉饥饿感但不欲食	时有饥饿感而不欲食	常有饥饿感而不欲食
泄泻	大便稀溏或初硬后溏, 每日 2 或 3 次, 甚者反复 2 个月左右	大便稀溏或轻度完谷不化, 每日 3 或 4 次, 甚者持续 2 个月左右	大便完谷不化, 每日 4 次以上; 甚或飧泄不止, 持续 2 个月以上
腹痛	腹部隐痛 > 3 天发作 1 次, 时作时止; 1h 内可缓解; 不影响工作及生活	腹部隐痛 2 或 3 天发作 1 次, 喜温喜按, 遇寒痛剧; 1~3h 内可缓解; 影响工作及生活。	腹部隐痛或冷痛每天发作, 喜温喜按; > 3h 才缓解或绵绵腹痛不休, 遇劳则发; 严重影响工作及生活
唇干少饮	偶觉唇干少饮	时觉唇干少饮	持续唇干少饮
畏寒肢冷	轻微畏寒, 怕进食生冷, 喜暖; 偶有四肢不温, 无需添加衣被	畏寒, 得温可减; 进食生冷可能患病; 四肢欠温, 较常人稍多加衣被	显著畏寒, 喜温喜按, 进食生冷易患病, 四肢冰冷, 较常人需多加衣被

注: 症状的轻重程度, 除进行症状评分半定量量化分级外, 尚需结合临床相关疾病所伴随的相关症状、体征以及患者个体的体质状态从总体上综合把握。

止泻; 方药: 参苓白术散加减; 处方: 党参 3~9 g、白扁豆 9~15 g、白术 6~12 g、茯苓 9~15 g、甘草 3~6 g、桔梗 3~9 g、莲子 6~15 g、砂仁 3~6 g (后下)、山药 9~15 g、薏苡仁 9~30 g 等。2) 脾不统血证: 治以益气补血、健脾摄血; 方药: 归脾汤加减; 处方: 白术 6~12 g、党参 3~9 g、黄芪 9~30 g、当归 6~12 g、炙甘草 3~6 g、茯神 9~15 g、酸枣仁 9~15 g、木香 3~6 g (后下)、龙眼肉 9~15 g、大枣 6~15 g、仙鹤草 10~15 g、海螵蛸 10~15 g 等。3) 中气下陷证: 治以补中益气、升阳举陷; 方药: 补中益气汤加减; 处方: 黄芪 9~30 g、党参 3~9 g、白术 6~9 g、炙甘草 3~6 g、当归 6~9 g、陈皮 3~5 g、升麻 3~5 g、南柴胡 3~5 g。

加减: 脾气虚兼胸膈痞满者, 加枳壳 3~9 g、陈皮 3~5 g 行气宽胸。脾虚气滞致暖气食少、胀满溏泄者, 加木香 3~6 g (后下)、砂仁 3~6 g (后下) 理气宽中。脾不统血者, 根据出血部位、时间、程度及寒热的差异而加减用药, 若偏寒者加艾叶炭 3~9 g 或炮姜炭 3~9 g 以温经止血, 偏热者加地黄炭 9~15 g 或棕榈炭 3~9 g 以凉血止血。中气下陷兼腹痛者, 加白芍 6~9 g 柔肝止痛; 兼气滞者, 加枳壳 3~6 g 理气消胀。

中成药: 1) 补中益气丸, 补中益气, 适用于中气下陷者; 每次 6 g, 每日 3 次。2) 香砂六君丸, 健脾和胃理气, 适用于脾虚气滞者; 每次 6~9 g, 每日 2 或 3 次。3) 胃复春胶囊, 健脾益气、活血解毒, 适用于脾胃虚弱之胃癌癌前期病变、胃

癌手术后等; 每粒 0.15 g, 每次 4 粒, 每日 3 次。4) 醒脾胶囊, 健脾醒脾、固肠止泻, 适用于脾虚湿蕴者; 每粒 0.3 g, 每次 5 粒, 每日 2 次。5) 益气和胃胶囊, 健脾和胃通络, 适用于脾虚胃不和者; 每粒 0.5 g, 每次 4 粒, 每日 3 次。

3.1.2 脾阴虚证

治法: 甘淡养阴扶脾。

方药: 慎柔养真汤加减, 基础方: 党参 9~15 g、茯苓 9~15 g、白术 6~12 g、黄芪 9~15 g、山药 15~30 g、莲子 6~15 g、白芍 6~15 g、五味子 3~6 g、麦冬 6~12 g、炙甘草 3~6 g 等。

加减: 纳呆明显者, 加炒麦芽 9~15 g 醒脾开胃; 口干少饮明显者, 去黄芪加五指毛桃 9~15 g 健脾益气且不腻不燥; 脘腹痞胀夜剧昼静者, 加素馨花 5 g 解郁安神、滋阴益脾。

中成药: 1) 摩罗丹, 健脾养阴、通络止痛, 适用于脘腹疼痛、烧心者; 每丸 9 g, 每次 1 或 2 丸, 每日 3 次。2) 养胃舒颗粒, 扶脾养胃, 适用于胃脘灼热、隐隐作痛为主者; 每袋 10 g, 每次 1 或 2 袋, 每日 2 次。3) 阴虚胃痛胶囊, 扶脾养阴、缓中止痛, 适用于胃脘隐隐灼痛、纳呆干呕为主者; 每粒 0.38 g, 每次 4 粒, 每日 3 次。

3.1.3 脾阳虚证

治法: 温中散寒, 补气健脾。

方药: 理中汤加减, 基础方: 白术 6~12 g、党参 3~9 g、干姜 3~9 g、炙甘草 3~9 g 等。

加减: 虚寒甚者, 加炮附片 3~9 g (先煎)、肉

表2 脾虚证次要症状、兼症以及体征量化分级评分表

Table 2 Quantitative grading scale of secondary symptoms, concurrent symptoms and physical signs of spleen deficiency syndrome

次要症状、兼证症状、体征	I级(1分)	II级(2分)	III级(3分)
面色萎黄	面色稍萎黄,唇色偏淡	面色萎黄少泽,唇色较淡	面色萎黄不泽,唇色苍白
胃痛	胃脘隐痛>3天发作1次,时作时止,得食则减;1h内可缓解;不影响工作及生活	胃脘隐痛2或3天发作1次,喜温按,饥时痛剧;1~3h内可缓解;影响工作及生活	胃脘隐痛或冷痛每天发作,喜温喜按,>3h可缓解或绵绵腹痛不休,遇劳则发;严重影响工作及生活
脘腹痞胀	餐后脘腹微胀,0.5~1h内减轻或消失,不影响日常生活,不需对症服药	餐后脘腹痞胀,1~3h内可缓解,部分影响日常生活,或需对症服药	每天发作;餐后明显,>3h才可缓解,甚至整天不能缓解,影响工作及生活,需对症服药
胃中嘈杂	4天及以上发作1次,1h内可缓解,胃中微嘈,生活作息不受影响	2或3天发作1次,1~3h内可缓解,嘈杂明显,生活作息受影响	每天发作,>3h才缓解,甚至终日不缓解,嘈杂甚,生活作息严重受影响
排便无力	排便费力,大便质软而不甚干结	排便较费力,大便质软或溇滞,临厕努挣方出	排便相当费力,大便溇滞,临厕数次努挣皆难出
肠鸣	每日≤3次,肠鸣声响不大	每日4~9次,肠鸣连连,声响颇大	每日≥10次,肠鸣辘辘,声如雷鸣
口淡无味	偶觉口淡无味	时觉口淡无味	持续口淡无味
口黏不渴	偶觉口黏不渴	时觉口黏不渴	持续口黏不渴
口泛清涎	偶见口泛清涎,量不多	时有口泛清涎,量较多	频频口泛清涎,量多
脏器下垂	轻度胃或子宫或肾下垂;进食偏多则脘痞或脐下坠胀;或劳累后下腹坠胀或腰部坠胀感	中度胃或子宫或肾下垂;进食后脘痞或脐下坠胀明显;或活动后下腹坠胀不适或腰部下坠感	重度胃或子宫或肾下垂;稍进食即脘痞或脐下坠胀明显;或稍活动即下腹明显下坠不适或腰部明显下坠感
脱肛	轻度肛门下坠,日常生活中不脱垂,排便或腹胀增高时脱出肛门≤3cm,能自行回纳	肛门下坠,大便时脱出肛门>3cm且<8cm,肛门括约肌较为松弛,须手压复位	肛门明显下坠,大便时脱出肛门≥8cm,肛门括约肌松弛,手压难以复位
便血	大便质软成形,色暗黑;每日1或2次	大便偏烂呈柏油样,肠鸣音亢进;每日2或3次	大便呈柏油样、质稀甚呈暗红色水样,有油光;肠鸣音明显亢进;每日>4次;可伴呕深咖啡色胃内容物
月经量多	月经量偏多,色偏淡	月经量较多,色淡	月经量多,色淡且淋漓不止
呕血	呕吐浅咖啡色胃内容物	呕深咖啡色胃内容物;可同时伴柏油样软黑便,肠鸣音亢进	呕暗红色甚至红色胃内容物,可同时伴黑便,柏油样、质烂,肠鸣音明显亢进
牙龈出血	偶有牙龈出血,色偏淡,牙龈无明显红肿	时有牙龈出血、色淡,局部牙龈稍萎缩	经常牙龈出血、色淡,局部牙龈萎缩

注:症状、体征的轻重程度,除进行症状评分半定量量化分级外,尚需结合临床相关疾病所伴随的相关症状、体征以及患者个体的体质状态从总体上综合把握。

表3 脾虚证亚证舌象的量化分级评分表

Table 3 Quantitative grading scale of tongue manifestation of subsyndromes of spleen deficiency syndrome

亚证	I级(1分)	II级(2分)	III级(3分)
脾气虚证	舌质轻度色淡,苔薄白	舌质淡或伴齿痕,苔薄白	舌质淡稍胖多伴齿痕,苔薄白
脾阴虚证	舌质嫩,苔偏少	舌质嫩偏润,苔较少	舌质嫩而润,明显苔少
脾阳虚证	舌质轻度色淡,苔薄腻或根部白腻	舌质淡,舌苔中、根部白腻	舌质淡胖伴齿痕,舌苔白厚腻

注:需结合临床相关疾病所伴随的症状从总体上把握,对于舌有齿痕者应结合脾虚证相关症状综合判断,避免单凭舌有齿痕即判为脾虚证情况的出现。

桂3~6g助阳祛寒;兼气滞饮停者,加枳壳3~9g、茯苓9~15g理气化饮;兼外感风寒表证者,加桂枝3~9g温阳散寒。

中成药:1)补脾益肠丸,健脾温中、涩肠止泻,适用于脾阳虚之肠鸣、腹痛腹泻者;每次6g,每日3次。2)附子理中丸,温中健脾,适用于脾

胃虚寒之脘腹冷痛、呕吐泄泻、手足不温者;每次6g,每日2或3次。3)参倍固肠胶囊,健脾温中、固肠止泻,适用于因脾阳虚所致之腹痛腹泻、倦怠懒言者;每粒0.45g,每次4粒,每日3次。

3.2 古代医家经验

3.2.1 病机认识 隋代巢元方《诸病源候论·脾



图1 脾虚证亚证和兼证舌象示例图

Figure 1 Tongue manifestation of subsyndromes and concurrent syndrome of spleen deficiency syndrome

胃病诸候》云：“脾者，脏也；胃者，腑也。脾胃二气，相为表里。胃为水谷之海，主受盛饮食者也；脾气磨而消之，则能食。今脾胃二气俱虚弱，故不能饮食也。”金元时期李杲《脾胃论·脾胃胜衰论》曰：“脾胃俱虚，则不能食而瘦”“形体劳役则脾病，病脾则怠惰嗜卧，四肢不收，大便泄泻。”清代吴塘《温病条辨·原病篇》言：“嘔，脾阴病也……泄而腹满甚，脾阴病重也，亦系阴阳皆病。”清代唐宗海《血证论·脏腑病机论》谓：“经云脾统血，血之运行上下，全赖乎脾，脾阳虚则不能统血，脾阴虚又不能滋生血脉。”

3.2.2 治疗原则 明代缪希雍《神农本草经疏·治法提纲》载：“若因脾虚，渐成胀满，夜刷昼静，病属于阴，当补脾阴”，《先醒斋医学广笔记·儿科（附痘疹）》曰：“世人徒知香燥温补为治脾虚之法，而不知甘寒滋润益阴之有益于脾也”。清代唐宗海《血证论·男女异同论》云：“但调治脾胃，须分阴阳；李东垣后，重脾胃者，但知宜补脾阳而不知滋养脾阴；脾阳不足，水谷固不化；脾阴不足，水谷仍不化也；譬如釜中煮饭，釜底无火固不熟，釜中无水亦不熟也。”

3.2.3 使用方药 唐代孙思邈《备急千金要方·脾虚实第二》提及脾胃俱虚，治用白术散、平胃丸、大曲蘖丸、消食断下丸、干姜散、消食丸、曲蘖散。宋代《太平惠民和剂局方·治一切气（附积聚、脾胃）》载“理中焦不和，脾胃宿冷，心下虚痞，腹中疼痛……”予理中丸治疗。宋代《圣济总录·脾脏门》载“治脾虚不思饮食、气逆渴泄、米谷不消，养脾散方”“治脾虚脐腹疼痛、滑泄下利、不思饮食，浓朴丸方”以及“治脾虚胃乏、不思饮食，草豆蔻散方”。李杲《脾胃论·肺之脾胃虚论》提及脾虚湿热内停致清阳不升予升阳益胃汤，《脾胃论·饮食劳倦所伤始为热中论》载补中益气汤甘温除热治脾胃气虚发热。

3.3 其他治法

以《灵枢·经脉》“虚则补之”“陷下则灸之”为治疗原则。阳气虚者针灸并用，针用补法，重灸，以益气温阳、鼓舞正气；阴虚者多针少灸，平补平泻。脾气虚、脾阳虚者，取穴以足太阴、足阳明经和相应背俞穴如太白、三阴交、足三里、丰隆、脾俞、胃俞为主；气虚下陷者加气海、关元、百会，重用灸法；气不摄血者加隐白、血海、膈俞，重用灸法；阳虚甚者加关元、肾俞，重用灸法。脾阴虚者，以足太阴经、手足阳明经及脾胃募穴为主，如中脘、章门、合谷、梁门、足三里、内关、公孙、廉泉、金津、玉液。推拿可选择补脾土和补大肠、清小肠、运土入水、摩腹、上推七节骨、捏脊等；按摩可选择天枢、气海、足三里、关元、胃俞、中脘、三焦俞等穴位。

4 疗效评价标准

证候为主体的临床疗效评价着重于主要症状和次要症状疗效评价标准以及证候疗效评定标准。

4.1 主要症状和次要症状疗效评定标准^[1]

主要症状包括：1) 脾气虚证：倦怠乏力，大便溏稀，食欲减退；2) 脾阴虚证：饥不欲食，唇干少饮；3) 脾阳虚证：大便清稀甚则完谷不化，脘腹冷痛喜温按，遇寒或饥时痛剧；畏寒肢冷。主要症状详见表1，次要症状详见表2。

4.1.1 主要症状和次要症状单项评分标准 各主要症状和次要症状严重程度分为0、I、II、III共4级。0级：无症状，计0分；I级：症状轻微，不影响日常生活和工作，计1分；II级：症状中等，部分影响日常生活和工作，计2分；III级：症状严重，影响到日常生活，难以坚持工作，计3分。

4.1.2 主要症状和次要症状单项疗效评定标准

各主要症状分为临床痊愈、显效、有效、无效共4级。1) 临床痊愈：原有症状消失；2) 显效：原有症状改善2级；3) 有效：原有症状改善1级；4)

无效：原有症状无改善或原有症状加重。

4.1.3 主要症状和次要症状综合疗效评定标准

包括脾气虚证、脾阴虚证、脾阳虚证的主要症状和次要症状的综合疗效评定，按尼莫地平法计算，症状改善百分率 = $[(\text{治疗前总积分} - \text{治疗后总积分}) / \text{治疗前总积分}] \times 100\%$ ，分为临床痊愈、显效、有效、无效共 4 级，以临床痊愈和显效病例数计算总有效率。1) 临床痊愈：症状消失；2) 显效：症状改善百分率 $\geq 70\%$ ；3) 有效：30% \leq 症状改善百分率 $< 70\%$ ；4) 无效：症状改善百分率 $< 30\%$ 。

4.2 证候疗效评定标准

证候疗效评定包括主要症状、次要症状以及体征、舌象改变在内，采用尼莫地平法计算，疗效指数 = $[(\text{治疗前积分} - \text{治疗后积分}) / \text{治疗前积分}] \times 100\%$ ，分为临床痊愈、显效、有效、无效共 4 级。1) 临床痊愈：主要症状、次要症状、体征消失或基本消失，舌象基本恢复正常，疗效指数 $\geq 95\%$ ；2) 显效：主要症状、次要症状、体征、舌象明显改善，70% \leq 疗效指数 $< 95\%$ ；3) 有效：主要症状、次要症状、体征、舌象好转，30% \leq 疗效指数 $< 70\%$ ；4) 无效：主要症状、次要症状、体征、舌象无明显改善，甚或加重，疗效指数 $< 30\%$ 。

4.3 生存质量评价

鉴于慢性胃肠疾病患者报告结局指标 (PRO) 量表^[16]、脾虚证 PRO 量表^[17]对评价脾虚证候相关症状、体征重叠和临床疗效均具有借鉴意义，临床可参照相应内容进行脾虚证生存质量的评价。

5 预防调摄

顺应自然，起居有常，季节交替注意保暖以防寒湿等外邪侵袭；劳逸结合，注意锻炼身体，增强体质，适当练习太极拳、八段锦、易筋经、五禽戏等养生术，扶助正气以提高机体防御外邪能力。勿暴饮暴食、食无定时，饮食宜清淡、新鲜，适当进食山药、莲子、芡实、薏苡仁等健脾益气；避免不洁、生冷之品损伤脾胃；忌辛辣醇酒、肥甘厚味以防蕴湿生热。注意精神调摄、情绪宁静，应保持乐观态度、豁达胸怀、良好心态，切勿忧思恼怒、移情易性，注重调畅情志，以最大限度减少情志失调对脾胃功能的影响。

6 脾虚证现代研究进展

6.1 病理生理

涉及消化、免疫、代谢、病理形态及风险评估等。有研究^[18]发现，脾虚证腹泻大鼠血清 D-木糖

水平降低，上皮钠通道- γ (ENAC- γ) 和钠/钾转运 ATP 酶亚单位 α -1 (ATP1 α -1) 表达异常引起水电解质吸收紊乱导致腹泻。另有研究^[19]表明，功能性消化不良脾虚大鼠促肾上腺皮质激素释放因子 (CRF) 信号通路表达异常，使十二指肠黏膜发生微炎症导致屏障受损。研究^[20]显示，葡萄糖激酶调节器 rs1260326、rs780094、rs780093 基因位点突变与脾阳虚型非酒精性脂肪肝及其程度相关，三个基因位点 T 等位基因与单体型 TTT 基因均可能增加脾阳虚证发生的风险。有研究^[21]发现，脾气虚证溃疡性结肠炎存在脂质代谢紊乱，1-油酰基甘油磷酸胆碱可能是溃疡性结肠炎不同证型的关键代谢标志物。幽门螺旋杆菌 (Hp) 相关胃病 (HpGD) 系列研究^[22-26]表明，脾气虚证 Hp 感染者胃黏膜细胞微绒毛稀疏变短，黏液颗粒减少，线粒体脊断裂、空泡样变伴髓样小体形成，隐窝腺细胞黏蛋白 5AC (MUC5AC) 表达明显增强；而脾气虚人群更易受 Hp 感染但程度较脾胃湿热证、瘀血内阻证为轻；肠特异性转录因子 (CDX-2) 基因 rs1805107 位点携带 T 等位基因以及 miR-27a 基因 rs895819 位点携带 C 等位基因及其 mRNA 转录水平高表达且 Hp 感染阳性者更易表现为脾气虚证。上述研究初步揭示了脾虚证的微观表型特征，为 HpGD 发生发展的研究提供了潜在线索。关于证候风险评估，有团队结合木村-竹本分类与可操作的与胃癌风险联系的胃炎评估 (OLGA) /可操作的与胃癌风险联系的肠化生评估 (OLGIM) 分级分期系统，评估慢性萎缩性胃炎不同风险评估方法的一致性，以及脾虚证量化积分与风险分层的相关性；结果提示，慢性萎缩性胃炎患者脾虚证积分 (传统+黏膜辨证) 与萎缩/肠化生范围、程度存在一定的关联^[27]。

6.2 中药作用机制

研究^[18]表明，参苓白术散可提高血清 D-木糖水平，修复肠黏膜超微结构，调节远端结肠 ENAC- γ 和钠/钾转运 ATP1 α -1 异常表达而恢复对水、电解质的正常吸收。另有研究^[21]发现，参苓白术散可缓解溃疡性结肠炎脾气虚证模型小鼠肠道炎症与脂质代谢紊乱，可能与介导沉默信息调节因子-1/过氧化物酶体增殖活化受体 γ 共激活因子-1 α (SIRT1/PGC-1 α) 通路改善线粒体功能，保护黏膜屏障有关。还有研究^[28]提示，党参提取物 D-半乳糖醛酸可下调功能性消化不良大鼠 Toll 样受体 2 (TLR2)、Toll 样受体 4 (TLR4)、核因子- κ B (NF- κ B) 表达，调控 TLR/NF- κ B 信号通路，改善肠黏膜的通透性

和炎症反应。研究表明,四君子汤中的多糖可调节 Ca^{2+} 感受器基质交感分子 1 (STIM1)、基质交感分子 2 (STIM2) 及其基质交感分子 1/瞬时受体电位通道 (STIM1/TRPC1)、STIM1/STIM2 蛋白复合体表达,增加胞外 Ca^{2+} 内流,促进细胞迁移而修复小肠黏膜损伤^[29];而黄芪多糖促进小肠上皮细胞的作用与其影响多胺介导的 Ca^{2+} 调节蛋白及其蛋白复合体表达有关^[30]。有研究^[31]发现,脾阴虚状态下大鼠肝细胞蛋白激酶 C 活性升高,健脾益气和扶脾养阴中药可一定程度调控其异常增高的活性。

6.3 临床疗效

多项多中心、随机、双盲研究表明,健脾益气中药治疗脾虚型消化系统疾病疗效显著。研究显示,采用肠安 I 号方^[32]治疗腹泻型肠易激综合征,可明显缓解临床症状,改善患者生活质量;摩罗丹^[33]在改善萎缩性胃炎腹痛腹胀、嗝气纳差的同时,可一定程度降低其胃黏膜异型增生的评分;采用六君子汤加减^[34]治疗功能性消化不良,可改善患者的消化道总体症状积分和单症状评分。

6.4 证候相关量表

有研究基于 PRO 量表评估,通过分析脾虚证在自然人群的流行规律,探索利用靶向代谢组学建立非酒精性脂肪肝病脾虚证证结合疗效评价的方法,预测概率达 83.3%^[17]。另有研究者遵循国际通用量表流程,研制了脾胃系疾病脾气虚自测辨识量表,为判断脾气虚证提供了可测量的有益工具^[35]。

利益冲突声明

所有作者均声明不存在利益冲突。

执笔人:胡玲(广州中医药大学科技创新中心脾胃研究所)、唐旭东(中国中医科学院西苑医院脾胃病研究所)

通讯作者:胡玲, drhuling@163.com; 唐旭东, txedly@sina.com

共识制定专家名单(按姓氏笔画排序)

组内主审专家+共审专家:任顺平(山西中医药大学附属医院)、刘华一(天津中医药研究院附属医院)、李延萍(重庆市中医院)、林江(上海中医药大学附属龙华医院)、柯晓(福建中医药大学附属第二人民医院)、黄恒青(福建省中医药科学院)

组外函审专家:王新月(北京中医药大学第三附属医院)、许二平(河南中医药大学)、张志华(乐山市中医医院)、郑立升(福州市中医院)、徐春风(北京中西医结合医院)

定稿审定专家+审稿会投票专家:丁霞(北京中医药大学)、马群(海军青岛特勤疗养中心)、王萍(中国中医科学院西苑医院脾胃病研究所)、王敏(贵州中医药大学第一附属医院)、王凤云(中国中医科学院西苑医院脾胃病研究所)、王文荣(福建中医药大学附属第二人民医院)、王邦才(浙江中医药大学附属宁波市中医院)、王华宁(云南省中医医院)、王秀娟(天津市中医药研究院附属医院)、王垂杰(辽宁中医药大学附属医院)、王彦刚(北京中医药大学第三附属医院)、王宪波(首都医科大学附属北京地坛医院)、王晓素(上海中医药大学附属岳阳中西医结合医院)、王捷虹(陕西中医药大学附属医院)、王新月(北京中医药大学第三附属医院)、戈焰(广东省第二中医院)、孔文霞(绵阳市中医医院)、叶松(湖北省中医院)、叶蔚(杭州市中医院)、田旭东(甘肃省中医院)、田耀洲(南京中医药大学附属江苏省中西医结合医院)、白光(辽宁中医药大学附属医院)、冯培民(成都中医药大学附属医院)、巩阳(北部战区总医院)、吕林(中国中医科学院西苑医院脾胃病研究所)、朱莹(湖南中医药大学第一附属医院)、朱西杰(宁夏医科大学)、任顺平(山西中医药大学附属医院)、刘力(陕西中医药大学)、刘震(中国中医科学院广安门医院)、刘凤斌(广州中医药大学第一附属医院白云医院)、刘礼剑(广西中医药大学第一附属医院)、刘华一(天津中医药研究院附属医院)、刘启泉(河北省中医院)、刘俊宏(甘肃中医药大学附属医院)、刘静生(开封市中医院)、许二平(河南中医药大学)、孙志广(南京中医药大学第一临床医学院)、严光俊(荆州市中医医院)、苏娟萍(山西省中医院)、杜晓泉(陕西中医药大学附属医院)、李勇(上海市中医医院)、李吉彦(大连市中医医院)、李延萍(重庆市中医院)、李合国(河南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)、李学军(安徽中医药大学第二附属医院)、李艳彦(山西中医药大学附属医院)、李振华(中国中医科学院西苑医院脾胃病研究所)、李慧臻(天津中医药大学第二附属医院)、杨倩(河北省中医院)、杨胜兰(华中科技大学同济医学院附属协和医院)、杨晋翔(北京中医药大学第三附属医院)、肖政华(贵州中医药大学第二附属医院)、时昭红(湖北中医药大学武汉中西医结合医院)、何凌(江西中医药大学附属医院)、冷炎(长春中医药大学附属医院)、汪龙德

(甘肃中医药大学附属医院)、汪红兵(首都医科大学附属北京中医医院)、沈洪(江苏省中医院)、迟莉丽(山东中医药大学附属医院)、张烁(浙江省新华医院)、张北平(广东省中医院)、张北华(中国中医科学院西苑医院脾胃病研究所)、张立平(北京中医药大学)、张志华(乐山市中医医院)、张声生(首都医科大学附属北京中医医院)、张佳琪(中国中医科学院西苑医院脾胃病研究所)、张学智(北京大学第一医院)、张雅丽(黑龙江省中医药科学院)、陈苏宁(中国医科大学附属盛京医院)、陈国忠(广西中医药大学第一附属医院)、陈涤平(南京中医药大学)、林江(上海中医药大学附属龙华医院)、季光(上海中医药大学)、周正华(天津中医药大学第一附属医院)、周秉舵(上海中医药大学附属岳阳中西医结合医院)、周晓玲(柳州市中医医院)、鱼涛(陕西省中医医院)、郑立升(福州市中医院)、郑培永(上海中医药大学附属龙华医院)、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)、郝微微(上海中医药大学附属曙光医院)、胡玲(广州中医药大学科技创新中心脾胃研究所)、胡运莲(湖北省中医院)、柯晓(福建中医药大学附属第二人民医院)、查安生(安徽中医药大学第一附属医院)、钦丹萍(浙江中医药大学附属第一医院)、姜莉云(昆明市中医医院)、费保瑾(浙江省立同德医院)、骆云丰(福建中医药大学附属第二人民医院)、袁红霞(天津中医药大学)、党中勤(河南中医药大学第二附属医院)、徐进康(昆山市中医院)、徐陆周(南京中医药大学附属医院)、徐春风(北京中西医结合医院)、徐健众(重庆市中医院)、凌江红(上海中医药大学附属曙光医院)、郭朋(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)、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)、唐艳萍(天津市南开医院)、黄适(广西中医药大学附属瑞康医院)、黄绍刚(广东省中医院)、黄恒青(福建省中医药科学院)、黄穗平(广东省中医院)、曹志群(山东中医药大学附属医院)、梁超(成都中医药大学附属医院)、董明国(广东省东莞市中医院)、程红杰(北京中医药大学房山医院)、储浩然(安徽中医药大学第二附属医院)、舒劲(甘肃省中医院)、曾斌芳(新疆医科大学)、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)、蔡敏

(海南省中医院)、魏玮(中国中医科学院望京医院)

共识工作秘书: 张玲(广州中医药大学科技创新中心脾胃研究所)、吕林(中国中医科学院西苑医院脾胃病研究所)、贾景(广州中医药大学科技创新中心脾胃研究所)

参考文献

- [1] 中华中医药学会脾胃病分会. 脾虚证中医诊疗专家共识意见(2017)[J]. 中医杂志, 2017, 58(17): 1525-1530.
- [2] 国家中医药管理局, 国家卫生健康委员会. 国家中医药管理局、国家卫生健康委员会关于印发《中医病证分类与代码》和《中医临床诊疗术语》的通知[EB/OL]. (2020-11-16)[2023-02-01]. https://www.gov.cn/zhengce/zhengceku/2020-11/24/content_5563703.htm.
- [3] 国家市场监督管理总局, 国家标准化管理委员会. 中医临床诊疗术语 第3部分: 证候[EB/OL]. (2021-11-26)[2023-10-01]. <http://c.gb688.cn/bzgk/gb/showGb?type=online&hcno=C71A9DAD24CB1252F12439D1F045DA6A>.
- [4] 广州中医学院脾胃研究组. 脾虚患者唾液淀粉酶活性初步研究[J]. 中华医学杂志, 1980, 60(5): 290-292.
- [5] 全国中西医结合虚证与老年病研究专业委员会. 中医虚证辨证参考标准[J]. 中西医结合杂志, 1983, 3(2): 117.
- [6] 全国中西医结合虚证与老年病研究专业委员会. 中医虚证辨证参考标准[J]. 中西医结合杂志, 1986, 6(10): 598.
- [7] 中华人民共和国卫生部. 中药治疗脾虚证的临床研究指导原则[J]. 中国医药学报, 1988, 3(5): 71-72.
- [8] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[M]. 南京: 南京大学出版社, 1994: 6.
- [9] 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)[M]. 北京: 中华人民共和国卫生部, 1993: 91-95.
- [10] 国家药品监督管理局. 中药新药临床研究指导原则(试行)[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 361-364.
- [11] DROSSMAN DA, HASLER WL. Rome IV-Functional GI Disorders: disorders of gut-brain interaction [J]. Gastroenterology, 2016, 150(6): 1257-1261.
- [12] 中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会. 慢性非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(1): 1-8.
- [13] 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.
- [14] 中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会. 消化

- 性溃疡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): 112-120.
- [15] 中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会. 溃疡性结肠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): 105-111, 120.
- [16] 唐旭东, 王萍, 刘保延, 等. 基于慢性胃肠疾病患者报告临床结局测量量表的编制及信度[J]. 中医杂志, 2009, 50(1): 27-29.
- [17] 戴亮. 脾虚证 PRO 量表的研制及其在病证结合疗效评价方法中的应用[D]. 上海: 上海中医药大学, 2021.
- [18] JI HJ, KANG N, CHEN T, et al. Shen-ling-bai-zhu-san, aspleen-tonifying Chinese herbal formula, alleviates lactose-induced chronic diarrhea in rats [J]. *J Ethnopharmacol*, 2019, 231: 355-362. doi: 10.1016/j.jep. 2018. 07. 031.
- [19] ZHU CY, ZHAO LQ, ZHAO JY, et al. Sini San ameliorates duodenal mucosal barrier injury and low-grade inflammation via the CRF pathway in a rat model of functional dyspepsia [J]. *Int J Mol Med*, 2020, 45(1): 53-60.
- [20] GU Z, WANG Q, HE HY, et al. Genetic variations associated with spleen-yang deficiency pattern of non-alcoholic fatty liver disease: a candidate gene study [J]. *Eur J Integr Med*, 2020, 33: 101044. doi: 10.1016/j.eujim. 2019. 101044.
- [21] 连紫宇. 基于脂质代谢的溃疡性结肠炎脾气虚证生物学基础研究及参苓白术散防治机制初探[D]. 南京: 南京中医药大学, 2021.
- [22] HU L, LI HY, CHEN WQ, et al. Ultrastructure characteristics of different Chinese medicine syndromes of helicobacter pylori-correlated gastric diseases [J]. *Chin J Integr Med*, 2019, 25(12): 917-921.
- [23] HU L, CHEN WJ, CHENG M, et al. MUC1 and MUC5AC acting on helicobacter pylori-related deficiency and solid syndrome of spleen and stomach [J]. *Evid Based Complement Alternat Med*, 2018; 9761919. doi: 10.1155/2018/9761919.
- [24] DAI YK, ZHANG YZ, LI DY, et al. Interaction of cyclooxygenase-2 with helicobacter pylori induces gastric chronic nonresolving inflammation and the formation of syndrome of internal block of static blood in helicobacter pylori-related gastric diseases [J]. *Evid Based Complement Alternat Med*, 2020; 7340814. doi: 10.1155/2020/7340814.
- [25] 代云凯. Hp 相关胃病胃黏膜 CDX-2 基因多态性及其差异表达与不同证候关联的研究[D]. 广州: 广州中医药大学, 2021.
- [26] ZHANG L, HUANG MX, LI DY, et al. The single-nucleotide polymorphism of miR-27a rs895819 and the expression of miR-27a in helicobacter pylori-related diseases and the correlation with the traditional Chinese medicine syndrome [J]. *Evid Based Complement Alternat Med*, 2022; 3086205. doi: 10.1155/2022/3086205.
- [27] 王奕晨, 王萍, 唐旭东. 慢性萎缩性胃炎脾虚证及血瘀证与风险分层的相关性研究[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2023, 31(5): 351-358.
- [28] WU YY, ZHONG ZS, YE ZH, et al. D-galacturonic acid ameliorates the intestinal mucosal permeability and inflammation of functional dyspepsia in rats [J]. *Ann Palliat Med*, 2021, 10(1): 538-548.
- [29] SHI Y, ZHU H, LI RL, et al. Effect of polysaccharides from Sijunzi decoction on Ca²⁺ related regulators during intestinal mucosal restitution [J]. *Phytomedicine*, 2019, 58: 152880. doi: 10.1016/j.phymed. 2019. 152880.
- [30] ZHANG D, ZHU YP, LI ZJ, et al. The role of Astragalus Polysaccharides in promoting IEC-6 cell migration from polyamine-mediated Ca²⁺ regulation [J]. *Inter J Biolog Macromol*, 2022, 207: 179-192. doi: 10.1016/j.ijbiomac. 2022. 02. 109.
- [31] 易杰, 李德新. 脾气虚与脾阴虚大鼠肝、脾组织蛋白激酶 C 活性变化的比较研究[J]. 中医杂志, 2003, 44(11): 851-853.
- [32] TANG XD, LU B, LI ZH, et al. Therapeutic effect of Chang'an I Recipe (I) on irritable bowel syndrome with diarrhea: a multicenter randomized double-blind placebo-controlled clinical trial [J]. *Chin J Integr Med*, 2018, 24(9): 645-652.
- [33] TANG XD, ZHOU LY, ZHANG ST, et al. Randomized double-blind clinical trial of Moluodan for the treatment of chronic atrophic gastritis with dysplasia [J]. *Chin J Integr Med*, 2016, 22(1): 9-18.
- [34] ZHANG SS, ZHAO L, WANG H, et al. Efficacy of modified LiuJunZi decoction on functional dyspepsia of spleen-deficiency and qi-stagnation syndrome: a randomized controlled trial [J]. *BMC Complement Altern Med*, 2013, 13: 54. doi: 10.1186/1472-6882-13-54.
- [35] 朱晓霞. 脾气虚证、脾胃湿热证、脾虚湿热证自测辨识量表的研制与评价[D]. 广州: 广州中医药大学, 2019. (收稿日期: 2023-11-07; 修回日期: 2024-03-06)

[编辑: 焦 爽]