

DOI:10.13288/j.11-2166/r.2024.14.017

标准与规范

久痢中医诊疗专家共识 (2024)

中华中医药学会脾胃病分会



久痢是由多种因素导致的肠腑损伤,以大便次数增多,夹有黏液、血便等为主要表现的疾病,常伴有腹痛、里急后重等症状,甚至出现口腔溃疡、关节疼痛、皮肤黏膜损伤等肠外表现。临床上根据临床表现及肠镜检查结果,结合组织病理学特征,分为活动期和缓解期,以病情活动和缓解交替为特征,病程多在4周以上^[1]。中医药治疗久痢以清热化湿、调气行血、消积导滞或健脾益肾为主^[2],也有医者主张以活动期和缓解期分期论治^[3]。

中华中医药学会脾胃病分会于2020年11月在北京成立了久痢中医诊疗专家共识意见起草小组。小组成员依据循证医学的原则,广泛搜集资料,参考国内外共识制定方法,并先后组织国内脾胃病专家就久痢的病因病机、证候分类、辨证治疗、医家经验、诊治流程、疗效标准等一系列关键问题进行讨论、总结,形成本共识意见初稿。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,并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,通过了本共识意见。

1 概述

1.1 概念

久痢是以大便次数增多,夹有黏液或脓血等为主要临床表现的疾病,常伴有腹痛、里急后重等症状,具有病程较长、反复发作的病情特点。

1.2 中医病名历史沿革

《黄帝内经》中有类似本病临床表现的记载,并命名为“肠澼”“赤沃”等,如《素问·通评虚实论篇》云:“肠澼便血……肠澼下白沫……肠澼下脓血”,《素问·至真要大论篇》云:“少阴之胜……腹满痛,溇泄,传为赤沃”。《难经·五十七难》云:“小肠泄

者,溲而便脓血,少腹痛;大瘕泄者,里急后重,数至圜而不能便,茎中痛。”东汉张仲景《伤寒论·辨厥阴病脉证并治》云乌梅丸“又主久利”,创立了“久利”的治法方药。东晋葛洪提出以“痢”称之为区别泄泻的观点。隋代巢元方《诸病源候论》提出“久痢”的病名并阐述其病机,如《诸病源候论·痢病诸候》云:“夫久水谷痢者,由脾胃大肠虚弱,风邪乘之,则泄痢。虚损不复,遂连滞涉引岁月,则为久痢也”,并根据其症状特点分为“久水谷痢候”“久赤白痢候”“久赤痢候”“久血痢候”“久脓血痢候”“久冷痢候”“久热痢候”“休息痢候”等。宋代《太平惠民和剂局方》中提出了“痢疾”的病名,为后世大部分医家承袭。为与细菌性痢疾等感染性肠道疾病相区分,国家中医药管理局医政司在2010年发布的中医诊疗方案《久痢(溃疡性结肠炎)诊疗方案》中将溃疡性结肠炎的中医病名明确为“久痢”^[4]。

1.3 现代医学相关疾病

久痢多由肠道慢性非特异性炎症引起,主要对应现代医学炎症性肠病(溃疡性结肠炎、克罗恩病)。按照中医异病同治的原则,肠道白塞病、缺血性结肠炎、放射性肠炎以及慢性肠道感染性疾病(如细菌性痢疾、阿米巴肠病、肠道血吸虫病)等可参照本病辨证施治。肠道肿瘤性疾病、肠道结核感染以及肠道急性感染性疾病等不在本病范围。

2 病因病机

2.1 病因与发病

本病的病因与感受外邪、饮食不节、情志失调等有关。先天不足、脾肾两虚是其发病基础,病位在大肠,涉及脾、肝、肾、肺诸脏的功能失调。外感湿浊之邪,内犯脾胃,饮食偏嗜肥甘炙博之品,损伤脾胃,酿生湿热,壅滞肠道,损伤气血,血败肉腐成疡,下为脓血。脾胃虚弱,运化失健,易为饮食所伤,湿邪所犯,情志所扰,导致病情的反复发作,进而出现肝脾不调、脾肾阳虚、阴虚肠燥等脏腑功能失调之候。

基金项目:国家中医药管理局高水平中医药重点学科建设项目(国中医药人教函[2023]85号);江苏省中医药科技发展计划(ZD202212);江苏省中医消化病医学创新中心(苏卫科教[2022]15号)

2.2 病机要点

久痢病理因素主要有湿、热、瘀、毒、虚。活动期多属实证，主要病机为湿热蕴肠、气血不调，病情较重者则多以热毒、瘀热为主，反复难愈者应考虑痰瘀浊毒的因素；缓解期多属虚实夹杂，主要病机为脾虚湿恋，运化失健。临床部分患者可出现肝郁、肾虚、肺虚、血虚、阴虚和阳虚的证候特征。本病病性为本虚标实，在病情演变中可出现寒热虚实的转化和兼夹。

诊疗应注意区分不同临床表现的病机侧重点。脓血便的主要病机是湿热蕴肠，脂膜血络受伤，血败肉腐。血便实证为湿壅热瘀，损伤肠络，络损血溢；虚证为湿热伤阴，虚火内炽，损伤肠络或脾气亏虚，不能统血，血溢脉外。腹痛实证为湿热蕴肠，气血不调，肠络阻滞，不通则痛；虚证为土虚木旺，肝脾失调，虚风内扰，肠络失和。难治性久痢的病机关键为脾肾两虚，湿浊稽留，气血同病，寒热错杂，虚实并见。

3 常见证候

3.1 湿热痢

主症：1) 腹泻，便下脓血；2) 腹痛；3) 里急后重。次症：1) 肛门灼热；2) 腹胀；3) 小便短赤；4) 口干；5) 口苦。舌脉：1) 舌质红，苔黄腻；2) 脉滑或滑数。

3.2 热毒痢

主症：1) 便下脓血或血便，量多次频；2) 腹痛明显；3) 发热。次症：1) 里急后重；2) 腹胀；3) 口渴；4) 烦躁不安。舌脉：1) 舌质红，苔黄燥；2) 脉滑数。

3.3 气虚痢

主症：1) 黏液或脓血便，白多赤少，或为白冻；2) 大便稀溏，夹有不消化食物；3) 脘腹胀满。次症：1) 腹部隐痛；2) 肢体困倦；3) 食少纳差；4) 神疲懒言。舌脉：1) 舌质淡红，边有齿痕，苔白腻；2) 脉细弱或细滑。

3.4 寒热痢

主症：1) 下痢稀薄，夹有黏冻或脓血，反复发作；2) 肛门灼热；3) 腹痛绵绵，喜温喜按。次症：1) 畏寒怕冷；2) 口干口苦；3) 腹部胀满；4) 饥不欲食。舌脉：1) 舌质红，或舌淡红，苔薄黄；2) 脉滑，或细滑。

3.5 情志痢

主症：1) 下痢黏液脓血间歇发作；2) 常因情志失调诱发；3) 腹痛即泻，泻后痛减。次症：1) 排便

不爽；2) 饮食减少；3) 腹胀；4) 肠鸣。舌脉：1) 舌质淡红，苔薄白；2) 脉弦或弦细。

3.6 阳虚痢

主症：1) 久泻不止，大便稀薄；2) 夹有白冻，或伴有完谷不化，甚则滑脱不禁；3) 腹痛喜温喜按。次症：1) 腹胀；2) 食少纳差；3) 形寒肢冷；4) 腰酸膝软。舌脉：1) 舌质淡胖，或有齿痕，苔薄白润；2) 脉沉细。

3.7 阴虚痢

主症：1) 便下脓血，反复发作；2) 大便干结，排便不畅；3) 腹中隐隐灼痛。次症：1) 形体消瘦；2) 口燥咽干；3) 虚烦失眠；4) 五心烦热。舌脉：1) 舌红少津或舌质淡，少苔或无苔；2) 脉细弱。

证候诊断：主症 2 项，加次症 2 项，参考舌脉，即可诊断。

4 临床治疗

4.1 治疗目标与原则

治疗目标：以快速诱导病情缓解，防止复发，提高生存质量为治疗目标。

治疗原则：清肠化湿，调和气血。赤多者偏用血药，白多者侧重气药，把握好寒热错杂、虚实夹杂、脏腑功能失调等复杂证候的处理。同时调整生活方式，避免疾病诱发加重的因素^[5]。

4.2 常规辨证论治

4.2.1 湿热痢

治法：清热化湿，调气和血。

方药：芍药汤加减。黄连 3~5 g，黄芩 6~9 g，木香 3~6 g，炒当归 6~12 g，炒白芍 9~15 g，肉桂 2~3 g (后下)，甘草 3~9 g。

加减：大便赤多白少，加槐花 6~9 g、地榆 9~15 g、白及 6~9 g 以凉血止痢；大便白多赤少，加苍术 6~9 g、薏苡仁 9~30 g、石菖蒲 3~9 g 以化湿祛浊；腹痛较甚，加延胡索 6~9 g、徐长卿 9~12 g (后下) 以行气止痛。

中成药：1) 虎地肠溶胶囊^[4,6-8]，口服。2) 香连丸^{[9]159}，口服。

4.2.2 热毒痢

治法：清热祛湿，凉血解毒。

方药：白头翁汤加减。白头翁 9~15 g，黄连 3~6 g，黄柏 9~12 g，秦皮 9~12 g，马齿苋 9~15 g，苦参 6~9 g，木香 3~6 g。

加减：便下鲜血、舌质红绛者，加紫草 6~9 g、茜草 6~9 g、地榆 9~15 g、槐花 6~9 g、生地黄 9~15 g、牡丹皮 6~12 g 以凉血化瘀；伴发热者，加金银花 9~

15 g、葛根 9~15 g、黄芩 6~9 g 以解毒止痢。

中成药：五味苦参肠溶胶囊^[8]，口服。

4.2.3 气虚痢

治法：益气健脾，化湿和中。

方药：参苓白术散加减。党参 9~15 g，麸炒白术 9~12 g，茯苓 9~15 g，甘草 3~9 g，桔梗 6~9 g，莲子肉 9~15 g，白扁豆 9~15 g，砂仁 3~6 g（后下），山药 15~30 g，薏苡仁 9~30 g。

加减：大便白冻黏液较多者，加苍术 6~9 g、白芷 6~9 g 以运脾燥湿；便中夹有脓血者，加黄连 3~5 g、败酱草 9~15 g、地榆 9~15 g 以清热凉血；大便夹有不消化食物者，加神曲 9~12 g、山楂 9~12 g 以消食化滞；久痢肛门下坠属中气下陷者，加黄芪 9~15 g、炙升麻 3~9 g 以益气升清。

中成药：1) 补脾益肠丸^[4,7]，口服。2) 参苓白术丸（颗粒）^[7]，口服。

4.2.4 寒热痢

治法：温中补虚，清热化湿。

方药：乌梅丸加减。乌梅 6~12 g，黄连 3~5 g，黄柏 9~12 g，桂枝 3~9 g，干姜 3~9 g，党参 9~15 g，炒当归 6~9 g，炮附片 6~9 g（先煎），木香 3~6 g。

加减：大便伴脓血者，加秦皮 9~12 g、地榆 9~15 g、仙鹤草 9~12 g 以清肠止血；腹痛甚者，加白芍 9~15 g、徐长卿 9~12 g（后下）、延胡索 6~9 g 以缓急止痛。

中成药：乌梅丸^[7]，口服。

4.2.5 情志痢

治法：疏肝理气，健脾化湿。

方药：痛泻要方合四逆散加减。陈皮 6~9 g，白术 9~12 g，白芍 9~15 g，防风 6~9 g，炒柴胡 6~9 g，炒枳实 6~9 g，炙甘草 3~9 g。

加减：腹痛较甚者，加木瓜 6~9 g、徐长卿 9~12 g（后下）以活络止痛；排便不畅、里急后重者，加木香 3~6 g、槟榔 6~9 g 以行气导滞；大便稀溏者，加党参 9~15 g、茯苓 9~15 g、山药 15~30 g 以健脾止泻。

中成药：固肠止泻丸^{[9]162}，口服。

4.2.6 阳虚痢

治法：健脾补肾，温阳化湿。

方药：附子理中丸合四神丸加减。炮附片 6~9 g（先煎），党参 9~15 g，炮姜 3~9 g，麸炒白术 9~12 g，炙甘草 3~9 g，补骨脂 6~9 g，肉豆蔻 6~9 g，吴茱萸 1~3 g，五味子 3~6 g。

加减：畏寒怕冷者，加益智仁 6~9 g、肉桂 3~5 g（后下）以温肾暖脾；久利不止者，加石榴皮 6~9 g、诃子 6~9 g 以固肠止利。

中成药：1) 固本益肠片^[4,7]，口服。2) 四神丸^[7]，口服。

4.2.7 阴虚痢

治法：滋阴清肠，养血润燥。

方药：驻车丸合四物汤加减。黄连 3~5 g，阿胶 6~9 g（烊化），干姜 2~3 g，当归 9~12 g，熟地黄 9~15 g，白芍 9~15 g。

加减：大便干结者，加玄参 9~15 g、麦冬 9~12 g、火麻仁 12~15 g、瓜蒌仁 9~15 g 以增液润肠；便下脓血者，加白头翁 9~15 g、地锦草 9~15 g 以解毒凉血。

中成药：1) 驻车丸^{[9]163}，口服。2) 增液口服液^[10]，口服。

4.3 古代医家经验

4.3.1 张仲景（汉）

1) 学术观点：《金匮要略·呕吐下利病脉证治》以“下利”命名，从六经辨证，病在三阳多为邪实，常见二阳合病，治用清法、下法；病在三阴多为虚证，治用补法、涩法，厥阴寒热错杂者温清并用。张仲景的学术观点为治痢之准绳，临证之规范。

2) 治法心得：“太阳与阳明合病者，必自下利，葛根汤主之”（《伤寒论》第 32 条），实逆流挽舟法之滥觞；“阳明、少阳合病，必下利……脉滑而数者，有宿食者，当下之，宜大承气汤”（《伤寒论》第 256 条），为通因通用治痢之法。创制的葛根芩连汤、白头翁汤、黄芩汤、理中汤、桃花汤、赤石脂禹余粮丸、诃黎勒散、甘草泻心汤、乌梅丸、温经汤等方剂和所用药物，开治痢之先河。

4.3.2 孙思邈（唐）

1) 学术观点：分寒热论治，喜温清兼用，以脉定虚实，辨可下之证。孙思邈根据寒热偏盛将“痢病”分为“热痢”“冷痢”，《备急千金要方·热痢》曰：“冷则白，热则赤”。热痢多因肠腑热盛，阻滞气机，迫血妄行，症以便血多见，或见便下臭秽，里急后重，腹中急痛等；冷痢多因饮食生冷，寒气凝滞，脾阳受损或久痢损伤脾阳，症见腹中冷痛、便下清稀、下利滑脱、畏寒肢冷等^[11]。孙思邈善以脉象辨别虚实和可下之证，如《备急千金要方·热痢》曰：“下痢脉滑而数，有宿食，当下之。下痢脉迟而滑者，实也。利为未止，急下之。下痢脉反滑，当有所去，下乃愈”。

2) 治法心得：孙思邈治痢以寒热为纲，针对“热痢”“冷痢”的不同表现，提出“热则多益黄连，去其干姜；冷则加以热药”（《备急千金要方·热痢》）的治疗大法。善用黄连治痢，所立方中，多有一味黄连，灵活配伍。热痢以黄连为主药，组方以陟厘丸、

白头翁汤、黄连汤为代表。冷痢以干姜为主药，组方以温脾汤、大桃花汤、下痢丸为代表。对于寒热错杂者，常以黄连、干姜配伍，以寒热同治，温清并用，代表方为驻车丸，《千金方衍义》谓其“冷痢得干姜可瘳，热痢得黄连可瘳，冷热交错得姜、连可解，阿胶可滋干姜之燥，当归可和黄连之寒”。对于久痢中阳受损，兼有积滞者，常以温下法荡涤肠胃、助阳化气，如温脾汤。

4.3.3 李杲（金）

1) 学术观点：李杲遵《黄帝内经》立言，从肠澼入手，认为本病病位在大肠，因饮食失节、起居不时、情志所伤、形体劳倦等原因致脾胃虚弱，元气不充，水谷之湿下注，郁而生热，损伤肠络而发。下痢白多赤少，多用升阳除湿、健运脾胃；赤多白少，常用清肠化湿、凉血和血。其学术观点可概括为补脾除湿兼升阳，清肠祛热重凉血。

2) 治法心得：《活法机要·泄痢证》中记载李杲提出泻痢的治法宜补、宜泄、宜止、宜和。(1) 喜用甘温以益气固本：李杲治久痢喜用甘温之药，如人参、黄芪、炙甘草之类，中焦健运，则运化有权，气血有源，元气充沛，升降如常，气血调和，大肠传导如常。《兰室秘藏·泻痢门》益智和中汤、黄芪补胃汤、人参益胃汤，《活法机要·泄痢证》白术黄芪汤、白术芍药汤，即多用甘温益气固本，体现了其所述泻痢治法中的“补”与“和”。(2) 配伍风药以升阳胜湿：李杲除运用茯苓、泽泻、猪苓等淡渗利湿药物外，还善用防风、柴胡、羌活、升麻、葛根等风药，取风能胜湿之意，加之可发散阳气，使阳气升腾，清阳得升，湿邪得除，脾胃气机升降枢纽得以恢复。其中柴胡发少阳之火，升麻、葛根发阳明之火，取“火郁发之”之意^[12]。《兰室秘藏·泻痢门》中升麻补胃汤、升阳去热和血汤、升阳除湿汤即体现出“自下而上者，引而去之”的协同作用。(3) 辨治泻痢重视气血：李杲在治疗泻痢时重视气血，重剂用大黄汤，轻剂用黄芩芍药汤。如见烦躁、先便白脓后血，或见发热恶寒，为上部出血，非黄芩不能止；如腰痛，或血痢、脐下痛，为中部出血，非黄连不能止；如见恶寒脉沉、先血后便，为下部出血，非地榆不能止。又治肠澼下血用凉血地黄汤、升阳去热和血汤、槐花散、地榆芍药汤等。(4) 察证入微精准用药：《脾胃论·肠澼下血论》曰：“如小便涩，脐下闷，或大便则后重，调木香、槟榔细末各五分，稍热服，空心或食前……如胃虚不能食，而大渴不止者，不可用淡渗之药止之，乃胃中元气少故也，与七味白术散补之……或里急后重，数至圜而不能便，或少有白脓，或少有

血，慎勿利之，利之则必致病重，反郁结而不通也，以升阳除湿防风汤举其阳，则阴气自降矣。”《活法机要·泄痢证》中记载李杲用药倡导“除湿则白术、茯苓；安脾则芍药、桂枝；破血则黄连、当归；宣通其气则槟榔、木香”。

4.3.4 李中梓（明）

1) 学术观点：李中梓不以赤白分寒热，多本脾肾论虚实，其观点和治法集中于《医宗必读·痢疾》中体现，如云：“至以赤为热，白为寒，亦非确论，果尔，则赤白相兼者，岂真寒热同病乎……胀满恶食，急痛拒按者，实也；烦渴引饮，喜冷畏热者，热也；脉强而实者，实也；脉数而滑者，热也。外此则靡非虚寒矣”，又云：“痢之为证，多本脾肾。脾司仓廩，土为万物之母；肾主蛰藏，水为万物之元”。久痢缠绵难愈，病在脾者，病情轻；病在肾者，病情重。关于预后，李中梓《医宗必读·痢疾》指出“先泻而后痢者，脾传肾为贼邪难疗，先痢而后泻者，肾传脾为微邪易医”。

2) 治法心得：《医宗必读·痢疾》对痢疾的治法论述详尽，云：“至治法，须求何邪所伤，何脏受病。如因于湿热者，去其湿热；因于积滞者，去其积滞。因于气者调之；因于血者和之。新感而实者，可以通因通用；久病而虚者，可以塞因塞用”。李中梓认为痢疾主要以虚证为主，对于脉象微弱者，平素瘦弱体虚者，疾病过后而出现痢疾者，用攻逐法而加重病情者，均应用补益脾肾之法，并指出“肾为胃关，开窍于二阴，未有久痢而肾不损者。故治痢不知补肾，非其治也”。对于肾虚虚衰之证，李中梓认为一定要用肉桂、附子大补命门，以复肾阳，这样才可以恢复元气，增加食欲而止痢，“凡四君、归脾、十全、补中皆补脾虚，未尝补肾，若病在火衰，土位无母……若畏热不前，仅以参、术补土，多致不起，大可伤矣”，强调了温补肾阳的重要性。

4.3.5 叶桂（清）

1) 学术观点：叶桂对本病的论述见于《临证指南医案·痢》，如“痢疾古称滞下，惟夏秋暑湿夹积者居多”“痢症湿热，皆是夏令伏邪”。同时强调辨治痢疾当察虚实寒热，如“治腑以三焦见症为凭，治脏以足三阴为要领，辨得虚实之情形，酌以或通或涩之法，则临症权宜，庶乎不错矣”。实证者，辨湿热、气血，重在三焦和胃肠；虚证者，辨阴阳、脏腑，重在肝、脾、肾，而“治痢大法，无过通塞二义”。

2) 治法心得：叶桂认为暑必夹湿，伤在气分，暑湿内侵，腑气不运，阻遏成滞，消导、升举、温补皆使暑邪没有出路^[13]，故治宜分消其湿，常以清利

湿热之法，合淡渗利湿之剂，如五苓散、桂苓甘露饮，借以从三焦分消而解。对湿热内蕴、中焦痞结者，叶桂常用辛开苦降之法，以半夏泻心汤苦辛泄降、达邪下行。久痢必阴损液耗，常予甘酸之品以益气敛津，酸苦之品以泄热生津，常用方有人参乌梅汤、理阴煎、连梅汤。对于久痢阳虚者，分证候不同采用温通法和温补法，如“夫六腑宜通，治痢之法，非通即涩。肛肠结闭，阳虚者以温药通之”（《临床指南医案·痢》）。阳虚气滞者，病在中焦，治以温通脾阳，以温脾汤为主方宣阳祛浊；阳虚失摄者，病在下焦，治以温肾固涩，常用黑地黄丸、三神丸、济生肾气丸、禹余粮赤石脂丸^[14]。

4.4 其他治法

4.4.1 中药灌肠^[4]

1) 常用中药：(1) 清热化湿类：黄柏、黄连、苦参、青黛、白头翁、马齿苋、秦皮等；(2) 收敛护膜类：诃子、赤石脂、石榴皮、五倍子、乌梅、枯矾等；(3) 生肌敛疡类：白及、血竭、儿茶、黄芪、炉甘石等；(4) 宁络止血类：地榆、槐花、紫草、紫珠叶、三七、蒲黄、大黄炭、仙鹤草等；(5) 清热解毒类：野菊花、白花蛇舌草、败酱草等。

临床可根据病情需要选用4~8味中药组成灌肠处方。灌肠液以120~150 ml、温度38℃为宜，睡前排便后灌肠。可取左侧卧位30 min，平卧位30 min，右侧卧位30 min，后取舒适体位，尽量保留药液1 h以上。

2) 中成药：(1) 锡类散^[4,7]，灌肠用。每次1 g，每日1次。(2) 康复新液^[7-8]，灌肠用。每次100 ml，每日1次。(3) 结肠宁^[4,7]，灌肠用。取药膏5 g，溶于50~80 ml温开水中，放至约37℃时保留灌肠，每日大便后1次，4周为1个疗程。

4.4.2 中药栓剂 由直肠纳入治疗，能使药物直接作用于病变，迅速发挥作用，并且栓剂给药方便，患者可自行操作^[15]。如清肠栓^[16]（三七、青黛、五倍子、马齿苋等）、芪黄栓^[17]（黄芪、白术、薏苡仁、蒲黄、川芎、五灵脂、白头翁、败酱草、白及、当归、槐花）、自制中药栓剂^[18]（三七、白花丹根、冰片、明矾），均有较好的临床疗效。

4.4.3 针刺 多选用足阳明胃经、足太阳膀胱经、足三阴经、督脉、任脉经穴，常选取足三里、上巨虚、天枢、关元、中脘、脾俞、胃俞、大肠俞、三焦俞、小肠俞、三阴交、阴陵泉、太冲、太溪、公孙等穴位进行针刺。临床多是针刺和灸法并用，亦可针灸、针药结合治疗^[19-24]。

4.4.4 艾灸 多选用中脘、气海、神阙、天枢、关元及涌泉等穴位，亦可与口服药物联合应用^[25]。

4.4.5 穴位贴敷 多选用大肠俞、天枢、上巨虚、神阙、三阴交等穴，药用黄连、黄柏、五味子、乌梅、吴茱萸等，临床上常采用穴位贴敷和美沙拉嗪联合使用^[26-27]。

4.4.6 推拿 临床上推拿多与其他方法联合，可改善局部微循环，减轻肠黏膜的炎症反应，缓解平滑肌痉挛^[28]。推拿穴位多选取中脘、关元、气海、天枢、神阙、脾俞、大肠俞、肝俞、胃俞、三焦俞等^[28-32]。

久痢的诊疗包括检查、诊断、治疗等步骤，具体参考附图1（请扫描本文二维码获取）。

5 疗效评定

5.1 单项症状积分

参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[33]，主症脓血便、腹泻、腹痛分别根据无、轻、中、重计为0、3、6、9分，次症腹胀、身热分别根据无、轻、中、重计为0、2、4、6分，肛门灼热、里急后重、纳呆、乏力根据症状无、有计为0、1分。

5.2 中医证候疗效评定标准^[34]

疗效指数=(治疗前积分-治疗后积分)÷治疗前积分×100%。临床缓解：服药后症状和体征明显改善，疗效指数≥95%。显效：服药后症状和体征改善较明显，70%≤疗效指数<95%。有效：服药后症状和体征有改善，30%≤疗效指数<70%。无效：服药后症状和体征无明显减轻或症状和体征加重，疗效指数<30%。

5.3 疾病疗效

参照溃疡性结肠炎的疗效评价标准^[4]，分为临床疗效（临床有效、临床缓解）和肠镜疗效（内镜应答、黏膜愈合）进行评估。临床有效：总Mayo评分从基线水平降低率≥30%或降低≥3分，同时伴有便血亚评分降低≥1分或便血亚评分的绝对分为0分或1分；临床缓解：总Mayo评分≤2分且无单个分项评分>1分。内镜应答：Mayo评分内镜亚评分相对于基线下降至少1分；黏膜愈合：Mayo评分内镜亚评分的绝对分为0分或1分。

5.4 生存质量分析

参照炎症性肠病生活质量问卷(IBDQ)^[35]进行生存质量分析。从肠道症状、全身状况、社会功能、情感功能四个维度计分，1分表示非常严重，7分表示正常。四个维度得分范围分别为：10~70分、5~35分、5~35分、12~84分，总分32~224分。得分越高，表示生存质量越高。

6 预防调摄

加强健康宣教，帮助患者正确认识久痢及其病

因,告知心理因素、生活习惯、饮食结构等在发病中的作用,以及如何预防疾病的发生;告知治疗方法以及疗程,帮助患者树立战胜疾病的信心。

6.1 起居

注意生活调摄,起居规律,保持环境清洁。适度体育锻炼,可以选择太极拳、太极剑等节奏和缓的非竞技体育项目。

6.2 饮食

注意饮食卫生,避免不洁食物,防止肠道感染。活动期选择低脂流质或低脂少渣半流质饮食,如含优质蛋白的淡水鱼肉、瘦肉、蛋类等,但避免含乳糖蛋白食品,如牛奶;缓解期选择低脂饮食,摄入充足的蛋白质,避免过于辛辣、油炸食物。观察患者对食物的耐受性,选择合适的食物。同时应结合患者的证型与体质选择适宜的食物。饮食日志的记录有助于患者日常的饮食监测,找出不耐受的饮食,避免食用。饮食日志内容包括进食的时间、地点、食物名称和进食量,进食后出现的消化道反应以及出现的时间等。

6.3 心理^[36]

保持心理健康可以减少复发。注意劳逸结合,情绪稳定,积极向上,学习处理疾病的各种方法和对策,避免不良刺激,避免精神过度紧张。

7 转归与随访

久痢是一种慢性肠道疾病,其转归取决于病情轻重、患者体质、依从性、治疗是否及时得当等因素。若患者病情较轻,体质较好,治疗及时得当,能够按照医嘱规律服药,则大肠湿热渐清,气血调和,肠道黏膜得以修复,疾病趋于康复。若患者病情重,体质弱,基础疾病多,治疗不当,用药不规律,则疾病控制不佳,甚至进展,可出现多种并发症。腑气不通,糟粕互结,可出现中毒性巨结肠;湿壅热瘀,或湿热伤阴,虚火内炽,损伤肠络,则可出现消化道大出血,严重则肠道穿孔;病情迁延不愈,湿热瘀毒互结肠道,则可发生上皮内瘤变或癌变。因此需加强随访,按照总体病情、病变部位、病情轻重定期进行肠镜检查。

肠镜监测根据患者具体病情而定,如果病变只局限于直肠,以往或目前都没有内镜或显微镜下结肠病变的证据,可以不行肠镜监测。除直肠炎外,所有患者都需采取监测策略。高风险人群需每年进行监测,包括在过去5年中发现狭窄和异型增生,原发性硬化性胆管炎,广泛、严重的活动性炎症者。中度风险人群需2~3年进行1次肠镜检查,中度风险包括:广泛的轻、中度炎症,炎症后的息肉,肠癌家族史(其一

级亲属在50岁或以上诊断肠癌)。其余人群每5年检查1次肠镜^[37]。

共识意见执笔人:沈洪[✉](南京中医药大学附属医院)、刘亚军(南京中医药大学附属医院)、储浩然(安徽中医药大学第二附属医院)、唐旭东[✉](中国中医科学院西苑医院脾胃病研究所)

✉ 通讯作者:沈洪, shenhong999@163.com; 唐旭东, txdl@sina.com

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:李军祥(北京中医药大学东方医院)、杨倩(河北省中医院)、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)

组外函审专家:巩阳(北部战区总医院)、苏娟萍(山西省中医院)、李学军(安徽中医药大学第二附属医院)、费保瑾(浙江省立同德医院)、郝微微(上海中医药大学附属曙光医院)

定稿审定专家+审稿会投票专家:王风云(中国中医科学院西苑医院脾胃病研究所)、王垂杰(辽宁中医药大学附属医院)、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)、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)、杨倩(河北省中医院)、杨晋翔(北京中医药大学第三附属医院)、沈洪(南京中医药大学附属医院)、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)、钦丹萍(浙江中医药大学附属第一医院)、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)、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:孙心(南京中医药大学附属医院)、张露(南京中医药大学附属医院)

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] 中华医学会消化病学分会炎症性肠病学组, 中国炎症性肠病诊疗质量控制评估中心. 中国溃疡性结肠炎诊治指南(2023年·西安)[J]. 中华炎症肠病杂志(中英文), 2024, 8(1): 33-58.
- [2] 吴宇杰, 王停, 朱佩轩, 等. 基于数据挖掘的名医名家治疗溃疡性结肠炎辨证治疗规律研究[J]. 中医杂志, 2023, 64(21): 2241-2247.
- [3] 沈洪, 张声生, 王垂杰, 等. 中药分期序贯治疗轻中度溃疡性结肠炎 111 例疗效观察[J]. 中医杂志, 2011, 52(13): 1108-1111.
- [4] 国家中医药管理局医政司. 22 个专业 95 个病种中医诊疗方案[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2011: 431-439.
- [5] 李明松, 石汉平, 杨桦. 中国炎症性肠病饮食管理专家建议[J]. 中华消化病与影像杂志(电子版), 2021, 11(3): 97-105.
- [6] 沈洪, 朱磊, 胡乃中, 等. 虎地肠溶胶囊联合美沙拉秦肠溶片治疗活动期溃疡性结肠炎多中心、随机对照、双盲双模拟的临床研究[J]. 中国中西医结合杂志, 2019, 39(11): 1326-1331.
- [7] 中国中西医结合学会. 溃疡性结肠炎中西医结合诊疗专家共识[J]. 中国中西医结合杂志, 2023, 43(1): 5-11.
- [8] 《中成药治疗优势病种临床应用指南》标准化项目组. 中成药治疗溃疡性结肠炎临床应用指南(精简版, 2022 年)[J]. 中华消化杂志, 2022, 42(12): 793-802.
- [9] 张声生. 中成药临床应用指南: 消化疾病分册[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2016.
- [10] 邓作敏, 陈登丰, 林毅宏. 增液口服液的含量测定与临床研究[J]. 中成药, 2003, 25(7): 604-605.
- [11] 吴茜, 张声生, 王瑞昕, 等. 《备急千金要方》以寒热为纲治痢的方药特点探析[J]. 中华中医药杂志, 2020, 35(11): 5427-5430.
- [12] 李京津, 宋平. 阴火理论与溃疡性结肠炎相关性探讨[J]. 山东中医杂志, 2016, 35(2): 91-93.
- [13] 钱国强, 陈孝银. 浅析《临证指南医案》痢疾论治[J]. 四川中医, 2006, 24(12): 31-32.
- [14] 皇玲玲, 赵晓峰, 郭海, 等. 叶桂治痢五法浅析[J]. 环球中医药, 2017, 10(8): 994-996.
- [15] 冯倩倩, 刘斌. 溃疡性结肠炎中医药外治法研究进展[J]. 亚太传统医药, 2017, 13(23): 81-83.
- [16] 韩柱, 崔波, 陆菁, 等. 清肠栓质量标准研究[J]. 中成药, 2016, 38(8): 1749-1753.
- [17] 吴泉, 李青. 芪黄栓治疗慢性溃疡性结肠炎 55 例疗效观察[J]. 云南中医中药杂志, 2011, 32(3): 40-41.
- [18] 蒋志洪, 罗和生. 自制中药栓剂治疗溃疡性结肠炎[J]. 中华中医药杂志, 2009, 24(1): 109-110.
- [19] 陈凯军, 李彩丽. 针药结合治疗活动期湿热型溃疡性结肠炎疗效观察[J]. 中国针灸, 2015, 35(5): 435-438.
- [20] 顾文. 针药联合治疗活动期溃疡性结肠炎的临床研究[J]. 中医临床研究, 2020, 12(29): 73-75.
- [21] 谢文松, 魏录翠, 王金周, 等. 针刺联合中药治疗溃疡性结肠炎疗效及对相关指标的影响[J]. 上海针灸杂志, 2019, 38(4): 378-383.
- [22] 郭保君, 陆鹏, 张镭潇, 等. 针灸健脾补肾法治疗溃疡性结肠炎疗效观察[J]. 四川中医, 2016, 34(5): 182-185.
- [23] 闻永, 石蕾, 李俊, 等. 针刺联合穴位埋线序贯治疗轻中度溃疡性结肠炎[J]. 中国针灸, 2018, 38(4): 353-357.
- [24] 栾炳玉. 针灸治疗溃疡性结肠炎疗效观察[J]. 亚太传统医药, 2016, 12(20): 90-91.
- [25] 陈晓玲. 温补脾肾汤联合艾灸治疗脾肾阳虚型溃疡性结肠炎疗效分析[J]. 中西医结合研究, 2017, 9(1): 24-25, 28.
- [26] 邱伟, 方晓华, 杨振斌, 等. 中医外治法联合美沙拉嗪治疗溃疡性结肠炎 32 例临床研究[J]. 江苏中医药, 2017, 49(5): 29-31.
- [27] 陈俊余, 王剑, 程丽敏. 穴位贴敷配合药物治疗湿热内蕴型溃疡性结肠炎疗效观察[J]. 上海针灸杂志, 2018, 37(10): 1144-1147.
- [28] 彭强. 推拿治疗溃疡性结肠炎 65 例[J]. 云南中医中药杂志, 2010, 31(6): 48.
- [29] 林永青, 王灿, 张泰昌. 针灸及推拿三步九法辅治慢性溃疡性结肠炎效果观察[J]. 实用中医药杂志, 2023, 39(7): 1328-1330.
- [30] 江煜, 林志刚, 陈乐春, 等. 腹部推拿治疗溃疡性结肠炎的临床疗效观察[J]. 按摩与康复医学, 2019, 10(23): 28-30.
- [31] 刘晓艳, 吕明. 推拿三步九法结合针灸治疗慢性溃疡性结肠炎 91 例[J]. 陕西中医, 2009, 30(11): 1520-1521.
- [32] 马晓薇, 邓丽娟, 曹玉梅, 等. 针灸联合推拿三步九法治疗慢性溃疡性结肠炎随机平行对照研究[J]. 实用中医内科杂志, 2014, 28(4): 151-153.
- [33] 郑筱萸. 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: 132.
- [34] 沈洪, 朱磊, 张露. 溃疡性结肠炎中医药疗效评价策略[J]. 中医杂志, 2016, 57(2): 126-130.
- [35] GUYATT G, MITCHELL A, IRVINE EJ, et al. A new measure of health status for clinical trials in inflammatory bowel disease[J]. Gastroenterology, 1989, 96(3): 804-810.
- [36] 中华中医药学会《溃疡性结肠炎中医诊疗指南》项目组. 溃疡性结肠炎中医诊疗指南(2023)[J]. 中医杂志, 2024, 65(7): 763-768.
- [37] GORDON H, BIANCONE L, FIORINO G, et al. ECCO guidelines on inflammatory bowel disease and malignancies[J]. J Crohns Colitis, 2023, 17(6): 827-854.

(收稿日期: 2023-11-14; 修回日期: 2024-05-01)

[编辑: 焦爽]