

DOI:10.13288/j.11-2166/r.2024.16.019

克罗恩病中医诊疗专家共识意见（2024）



中华中医药学会脾胃病分会

克罗恩病（Crohn's disease）是一种原因不明的慢性非特异性炎症性疾病，全消化道均可受累，尤以末端回肠及邻近结肠多见，呈节段性或跳跃式分布。作为慢性致残性疾病，克罗恩病可导致瘘管、腹腔脓肿、肠腔狭窄、肠梗阻和肛周病变，严重影响患者生活质量。克罗恩病的发病率逐年上升，2023 年研究报道，中国城镇地区克罗恩病发病率约为 0.71/10 万，男性好发于 30~34 岁，女性好发于 25~29 岁^[1]。克罗恩病的病因和发病机制尚不明确，现代研究认为是在遗传易感的基础上，由环境因素参与，黏膜免疫系统对肠腔内抗原物质的异常免疫应答进而引起的肠道损伤^[2-3]。西医治疗克罗恩病主要为药物治疗及手术治疗，但生物制剂及小分子药物的疗效存在“天花板效应”，临床仍存在诸多问题亟需解决^[4]，而中医药治疗在预防机会感染、抗纤维化、减少并发症、改善营养不良等方面能够发挥一定的作用^[5]。

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克罗恩病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理念，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克罗恩病的证候分类、辨证治疗、名医经验、诊治流程、疗效标准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。肛周脓肿和肛周瘘管可为部分克罗恩病患者的首诊表现，应予注意。克罗恩病肛周病变诊疗需肛肠科医

师联合处理，本共识意见不作具体讨论。

1 概述

1.1 西医诊断

参照中华医学会消化病学分会炎症性肠病学组《中国克罗恩病诊治指南（2023 年·广州）》^[5]和欧洲克罗恩病和结肠炎组织（ECCO）《炎症性肠病的预防、诊断和感染管理指南共识》^[6]。克罗恩病《国际疾病分类第十一次修订本》（ICD-11）编码为 DD70^[7]。

1.1.1 疾病诊断 克罗恩病缺乏诊断金标准，需结合临床表现、实验室检查、内镜检查、组织病理学及影像学检查进行综合分析并密切随访。当存在典型的克罗恩病临床表现，如腹痛、腹泻和体重减轻，或伴有肛周病变，在排除其他疾病的基础上，需进一步完善相关检查进行诊断，同时排除其他疾病如肠结核、肠白塞病及淋巴瘤等。

1) 实验室检查：血常规、白蛋白、前白蛋白等常用于评估贫血程度及营养状况；C 反应蛋白（CRP）、红细胞沉降率（ESR）和粪便钙卫蛋白（FC）等用于评估炎症水平。

2) 影像学检查：如小肠 CT 成像（CTE）、小肠 MR 成像（MRE）和肠道超声等。典型的影像学表现包括肠壁增厚、肠黏膜增厚强化伴肠壁分层改变、肠系膜血管增多伴扩张扭曲，呈“梳样征”和肠系膜脂肪爬行等。

3) 内镜检查：包括结肠镜、胃镜、小肠镜及胶囊内镜。镜下表现包括非连续性病变、纵行溃疡、铺路石样改变、狭窄或瘘管和肛周病变等。检查时尽量进入回肠末段，疑似患者应进行多肠段活检。

4) 组织病理学检查：病理特点包括透壁性、节段性分布的慢性炎症，并引起相应肠壁的上皮及间质结构改变、小肉芽肿形成等。常见黏膜结构改变包括小肠绒毛增粗、变短，隐窝结构改变，小肠

幽门腺化生等；常见间质结构改变包括固有肌层增厚，固有肌层与黏膜肌层融合，广泛纤维组织增生，神经组织增生等。

临床实际中诊断可参考世界卫生组织（WHO）克罗恩病诊断标准^[8]（见附表1，请扫描本文二维码获取）。

1.1.2 疾病评估 克罗恩病诊断成立后，应进行全面的病情评估。完整诊断包括疾病分型、疾病活动程度及并发症。疾病分型推荐参照蒙特利尔分型^[9]（见附表2，请扫描本文二维码获取），病情分期和严重程度推荐参照 Best 克罗恩病活动指数（CAI）^[10]（见附表3，请扫描本文二维码获取）或简化 CAI^[11]（见附表4，请扫描本文二维码获取），常用的内镜疾病活动度评价方法参照克罗恩病简化内镜评分（SES-CD）^[12]（见附表5，请扫描本文二维码获取）。

1.2 中医疾病范畴

中医病名根据主要症状和并发症表现的不同，参考“腹痛”“休息痢”“久痢”“肠痈”“虚劳”等。其中以腹痛为主症者，属于中医学“腹痛”范畴；以腹泻、便下脓血为主症者，属于中医学“休息痢”“久痢”范畴；以肠痿、腹腔脓肿为主要表现者，属于中医学“肠痈”范畴；以营养不良、发育迟缓为主要表现者，属于中医学“虚劳”范畴^[13]。

2 病因病机

2.1 病因

本病发病与先天禀赋不足、饮食失调、感受外邪和情志失调等因素有关^[14]。

2.2 病位

病位主要在胃肠，与脾、肝、肾、肺等脏腑相关，病位较广，病深入络。

2.3 病机要点

湿毒蕴肠、损伤肠络、血败肉腐成疡是克罗恩病基本病机。病理性质多属本虚标实，本虚脾肾亏虚为发病内因，常伴有气血不足；标实责之湿毒蕴结、气血壅滞。主要病理因素有湿、热、毒、瘀等，常互为因果。脾胃功能受损，运化失健，气机不利，故见腹泻、腹痛；湿热蕴结肠道，损伤肠络，络损血溢，发为便血或下利脓血；湿毒炽盛，血败肉腐，流注成痈，出现肠痿、腹腔脓肿；湿毒稽留，气血瘀滞，出现肠腑不通或腹部积块；湿热下注于大肠，阻于谷道，故见肛痿或脓肿；幼年起病，脾肾亏虚，运化失健，精微生化不足，见发育

不良或发育迟缓。

3 辨证分型

以下证型，具备主症2项，加次症2项，参考舌脉，即可诊断。

3.1 肠道湿热证

中医病证分类与代码 B04.04.02.02.04.03^[7]。

主症：1) 腹痛；2) 腹泻；3) 黏液脓血便，甚则血便。次症：1) 肛门灼热；2) 肛周脓肿，瘻口流脓；3) 身热；4) 小便短赤；5) 口干口苦；6) 口臭。舌脉：舌质红，苔黄腻，脉滑数。

3.2 湿热瘀结证

中医病证分类与代码 B02.05.04.03.06.01^[7]。

主症：1) 腹部胀痛或刺痛；2) 腹部积块。次症：1) 大便不通或腹泻；2) 便脓血；3) 面色晦暗，形体消瘦；4) 发热。舌脉：舌质紫暗或有瘀点，苔腻，脉弦滑。

3.3 脾虚湿蕴证

中医病证分类与代码 B04.03.01.03.04.05.01^[7]。

主症：1) 腹部隐痛；2) 大便溏薄，或有黏液便。次症：1) 肛周瘻口流脓，脓质清稀；2) 肢体困倦；3) 食少纳差；4) 神疲懒言。舌脉：舌质淡红，边有齿痕，苔薄白腻，脉濡或细滑。

3.4 寒热错杂证

中医病证分类与代码 B01.10^[7]。

主症：1) 腹痛绵绵；2) 大便溏薄，便次增多，夹有黏冻。次症：1) 畏寒怕冷；2) 肛门灼热；3) 口渴不欲饮；4) 饥不欲食。舌脉：舌质红或淡红，苔薄黄，脉弦或滑。

3.5 气血两虚证

中医病证分类与代码 B03.01.04^[7]。

主症：1) 大便稀溏；2) 腹痛隐隐。次症：1) 面色苍白或萎黄；2) 形体消瘦；3) 头晕目眩；4) 四肢倦怠；5) 气短懒言；6) 纳差。舌脉：舌质淡，苔薄白，脉细弱或虚大无力。

3.6 脾肾阳虚证

中医病证分类与代码 B04.06.03.05.01.05^[7]。

主症：1) 反复泄泻，甚则完谷不化；2) 腹痛隐隐。次症：1) 黎明腹痛，肠鸣即泻；2) 形寒肢冷；3) 喜温喜按；4) 腰膝酸软。舌脉：舌质淡胖，或有齿痕，苔薄白润，脉沉细。

3.7 阴精不足证

中医病证分类与代码 B03.03.03.03.01^[7]。

主症：1) 幼年起病；2) 腹痛；3) 腹泻或便下脓血。次症：1) 发育迟缓；2) 食欲不振；3) 形体消瘦；4) 神疲乏力；5) 腰膝酸软。舌脉：舌体偏瘦，或舌红少苔，脉细无力。

4 临床治疗

4.1 治疗目标与原则

克罗恩病的治疗目标包括短期目标、中期目标和长期目标^[5]。短期目标为达到临床应答；中期目标为临床缓解、C-反应蛋白和粪便钙卫蛋白恢复正常；长期目标包括内镜黏膜愈合，无残疾且生活质量恢复正常。中医药治疗通过清热化湿、调气和血，促进溃疡愈合；健脾补肾，恢复脏腑功能；调畅情志，提高生活质量。诊治流程图见附图1（请扫码本文二维码获取）。

4.2 常规辨证论治

4.2.1 肠道湿热证

治法：清热解毒，燥湿止利。

主方：黄芩汤（《伤寒论》）合白头翁汤（《伤寒论》）加减。

药物组成：黄芩 9~12 g、黄连 3~5 g、白头翁 12~15 g、秦皮 12~15 g、苦参 6~9 g、当归 9~12 g、赤芍 12~15 g、甘草 3~6 g 等。

加减：腹痛较甚，加延胡索、五灵脂、徐长卿通络止痛；大便脓血较多，加槐花、侧柏叶、茜草凉血止血；黏液较多，加败酱草、土茯苓清肠化浊；身热甚，加葛根、金银花、青蒿解毒退热。

4.2.2 湿热瘀结证

治法：利湿化瘀，消痈愈疡。

主方：薏苡附子败酱散（《金匮要略》）合仙方活命饮（《校注妇人良方》）加减。

药物组成：薏苡仁 15~30 g、炮附片 3~6 g（先煎）、败酱草 12~15 g、炒当归 6~9 g、白芷 6~9 g、防风 6~9 g、黄芩 9~12 g、黄连 3~6 g、土茯苓 15~30 g、赤芍 12~15 g、红藤 9~12 g、乳香 6~9 g、没药 6~9 g 等。

加减：腹痛较甚、腹部积块明显，加蜂房、僵蚕通络散结；大便不通，加火麻仁、枳壳行气润肠；脓血便较多，加地榆、槐花、茜草凉血止血。

4.2.3 脾虚湿蕴证

治法：益气健脾，化湿止泻。

主方：参苓白术散（《太平惠民和剂局方》）加减。

药物组成：党参 12~15 g、茯苓 12~15 g、麸炒

白术 9~12 g、莲子肉 6~9 g、薏苡仁 15~30 g、砂仁 3~6 g（后下）、桔梗 3~6 g、白扁豆 12~15 g、山药 15~30 g、炙甘草 6~9 g 等。

加减：腹痛肠鸣，加防风、炒白芍、陈皮调肝止痛；兼有脓血，加黄连、木香、地榆凉血止血。

4.2.4 寒热错杂证

治法：清热化湿，温中补虚。

主方：乌梅丸（《伤寒论》）加减。

药物组成：乌梅 6~9 g、黄连 3~6 g、黄柏 6~9 g、肉桂 3~6 g（后下）、干姜 3~6 g、党参 12~15 g、炒当归 6~9 g、炮附片 6~9 g（先煎）等。

加减：大便次数多，加山药、炒薏苡仁健脾止泻；畏寒怕冷，加肉豆蔻、吴茱萸温中散寒。

4.2.5 气血两虚证

治法：益气养血，运脾化湿。

主方：八珍汤（《正体类要》）加减。

药物组成：党参 12~15 g、麸炒白术 9~12 g、茯苓 12~15 g、当归 6~9 g、川芎 6~9 g、炒白芍 12~15 g、熟地黄 12~15 g、黄芩 9~12 g、土茯苓 15~30 g、炙甘草 3~6 g 等。

加减：大便不成形，加山药、炒薏苡仁健脾止泻；神疲乏力，加黄芪、炙升麻益气升提；面色少华，加黄芪、阿胶、鸡血藤补气生血。

4.2.6 脾肾阳虚证

治法：健脾补肾，温中止泻。

主方：四神丸（《证治准绳》）或附子理中丸（《太平惠民和剂局方》）加减。

药物组成：炮附片 6~9 g（先煎）、党参 12~15 g、干姜 3~6 g、麸炒白术 9~12 g、益智仁 6~9 g、补骨脂 6~9 g、肉豆蔻 6~9 g、吴茱萸 3~5 g、五味子 3~6 g、大枣 6~9 枚、炙甘草 3~6 g 等。

加减：大便黏液较多，加黄连、木香清热化湿；腰膝酸软，加杜仲、菟丝子补益肝肾。

4.2.7 阴精不足证

治法：滋阴填精，补益脾肾。

主方：六味地黄丸（《小儿药证直诀》）加减。

药物组成：熟地黄 9~15 g、山萸肉 6~12 g、山药 15~30 g、牡丹皮 6~9 g、茯苓 9~15 g、泽泻 6~9 g、女贞子 6~12 g、党参 12~15 g、苦参 6~9 g、地榆 9~15 g 等。

加减：食欲不振，加麸炒白术、砂仁、陈皮、神曲健脾助运；小儿发育不良或发育迟缓，加枸杞子、菟丝子补益肝肾。

4.3 现代名家学术经验

4.3.1 危北海^[15] 学术观点：本病虽在大肠，然根于脾虚，辨证重点在于分清气血、辨别寒热与虚实，重视扶正健脾和胃，培补后天，使气机条达，化源充足，再依据辨证分型，适当予以化湿、清热、活血化瘀、止血等法，从而达扶正祛邪的目的。

用药心得：常选用黄芪、党参、赤石脂、伏龙肝等药。虚时以扶正为主，实时扶正为佐，总为顾护正气，理气活血以化瘀解毒。除健脾外，还重视活血药的应用，如用丹参、红花、制乳香、制没药、三七粉等通行血脉，有祛瘀生新之功。

4.3.2 刘沈林^[16] 学术观点：克罗恩病临床表现多样，病程缠绵，病情变化多端。主要病理机制为脾虚中阳不运，湿热壅结，气血凝滞，总属本虚标实、寒热错杂之证。在疾病的不同发展阶段又各有侧重，发作期以标实为先，缓解期以本虚为主，治疗时当权衡轻重，辨证施治。

用药心得：寒温并用法是克罗恩病的基本治法，乌梅丸是代表方剂。临证用药时，善用黄连配炮姜、制大黄配炮附子，寒温并用，既能清化湿热，又无冰遏脾阳之忧。常加白术、茯苓、薏苡仁、砂仁以增强健脾化湿助运之功；加木香、槟榔行气导滞以治疗腹胀、大便滞而不爽；加白芍、炙甘草以缓急止痛。

4.4 难点问题分析及中医药优势

近年来，生物制剂的应用给克罗恩病带来了新的曙光，但临床仍有诸多问题需要解决，如机会性感染的防治，肠道纤维化的控制，并发症的减少，营养不良的改善以及如何达到透壁愈合等^[17]。

4.4.1 防治感染 机会性感染是克罗恩病常见的一个临床问题，生物制剂和免疫抑制剂的使用也增加了感染的风险。中医药通过益气固表、扶正祛邪，可发挥预防外感或治疗感染的作用。

4.4.2 抗纤维化 肠道纤维化是克罗恩病肠道结构性损伤进而导致肠腔狭窄、梗阻的主要原因。中医病机为湿毒稽留，肠络受损，气血瘀滞，通降失司，治疗应化湿解毒祛其因，活血通络治其标，益气健脾复其本，进而改善肠道纤维化。

4.4.3 减少并发症 肠瘘、腹腔脓肿是克罗恩病临床常见并发症，需要内外科共同处理。从内科角度而言，其主要病机为湿毒炽盛、血败肉腐、流注成痈，治疗宜清热解毒、散瘀消痈，并应遵循外科用药原则，注意消、托、补三法的综合运用。

4.4.4 改善营养不良 营养不良是克罗恩病常见

临床表现，也是影响儿童患者生长发育和疾病预后的重要因素。中医认为主要病机在于脾胃虚弱、运化不健，气血生化乏源，临床可通过健脾和胃、益气助运的方法重建胃肠道的功能，改善胃肠道对营养物质的吸收和利用。

4.4.5 促进透壁愈合 透壁愈合是克罗恩病的治疗目标，鉴于克罗恩病的复杂病机，既有虚实交错、湿瘀胶着，同时也有脾虚运化不健、湿邪难去的特征，治疗可采取具有祛湿运脾、解毒愈疡、化瘀生肌功效的复方。

4.5 其他治法

结肠型克罗恩病可采用中药灌肠治疗，常选用清热解毒、敛疮生肌、活血化瘀类药物配伍灌肠。此外，针灸可用于克罗恩病的治疗，针刺常用穴位：天枢、足三里、上巨虚、气海、关元、中脘、曲池、合谷；灸法常用穴位：天枢、中脘、气海、水分、肾俞、大肠俞。穴位贴敷、耳穴埋籽等对于缓解克罗恩病的临床症状有一定作用。

5 疗效评定

根据临床研究目的不同，确立主要疗效和次要疗效，可参考下列指标进行评价。

5.1 疾病活动性评价^[18]

5.1.1 临床有效 CDAI \geq 150分为疾病活动期。临床有效定义为CDAI较治疗前下降 \geq 100分；临床缓解定义为CDAI $<$ 150分。

5.1.2 复发 经药物治疗进入缓解期后，克罗恩病相关临床症状再次出现，并有实验室炎症指标、内镜检查和影像学检查的疾病活动证据。选择CDAI $>$ 150分且较前升高100分为判断标准。

5.2 内镜下黏膜愈合评价

目前黏膜愈合尚无公认的内镜标准，可使用SES-CD作为内镜下疾病活动程度评价指标，SES-CD \leq 2分为内镜缓解，SES-CD下降率 \geq 50%为内镜应答^[19]。

5.3 中医证候疗效评价

中医证候疗效评价需考虑到不同证型的主症、次症特点及变化情况，制定合理的证候评价标准。症状分为无、轻、中、重4级，主症分别计为0、3、6、9分，次症分别计为0、2、4、6分，采用尼莫地平法进行中医证候疗效评价。

5.4 实验室及影像学检查评价

根据目标定位选择合适的实验室及影像学检查指标，常用的实验室检查如血常规、C反应蛋白、

血沉、血清白蛋白、粪便常规加隐血、粪便钙卫蛋白等。常用的影像学检查如 CTE、MRE 及肠道超声等。

5.5 营养状况评价

参照指导原则、临床指南和共识意见推荐的克罗恩病相关营养筛查和营养评估标准, 评估试验药物对患者营养状况的改善情况。

5.6 生存质量和精神心理疗效评价

克罗恩病常会影响患者的生存质量及精神心理状态, 相关评价应选用公认的评价工具。生存质量评分工具分为普适性量表和疾病专用量表工具。普适性量表常用的有简明健康状况量表 (SF-36)^[20]、欧洲五维健康量表 (EQ-5D)^[21] 等, 疾病专用量表有炎症性肠病量表 (IBDQ)^[22]。常用的精神心理状态评价量表有汉密尔顿焦虑量表 (HAMA)^[23]、汉密尔顿抑郁量表 (HAMD)^[24] 等。临床试验中可请专科医生进行评估。

6 预防调摄

6.1 饮食

养成良好的饮食习惯, 提倡克罗恩病患者饮食多样化, 食用健康的食物, 包括多种水果和蔬菜、谷类、坚果和富含蛋白质的食物等以满足能量和营养需求。日常饮食应尽可能低糖低脂^[25], 研究表明高糖高脂饮食易导致免疫紊乱, 增加克罗恩病的患病风险, 而富含膳食纤维、清淡有益健康的地中海饮食与克罗恩病的低发病风险有关^[26]。

6.2 心理

要注意心情调摄, 保持良好的精神状态和愉快的心情, 避免过度紧张、抑郁焦虑等不良情绪, 以防增加克罗恩病的患病风险^[27]。

6.3 生活起居

起居有常, 按时作息, 避免过度劳累, 切勿熬夜。研究发现, 睡眠与克罗恩病有密切关系, 睡眠质量下降可以导致疲劳和负性情绪的出现, 是造成发病和复发的危险因素, 而且与并发症风险增高明显相关^[28]。吸烟人群应当戒烟, 吸烟是克罗恩病的独立危险因素, 与从不吸烟者相比, 持续吸烟者发病率更高, 病程更长^[29], 增加狭窄、肠瘘的可能, 增加手术率, 使临床复发的风险增加 2 倍, 重复手术的风险增加 2.5 倍^[30]。克罗恩病患者的运动要量力而行, 应避免剧烈的运动, 在缓解期推荐有氧运动+抗阻运动, 如散步、快走、体操、钓鱼、打太极拳等以增强身体素质, 提高免疫力。研究表

明, 运动可以降低克罗恩病患者炎性反应、改善肌肉衰减及乏力状态, 甚至可以提高患者心理健康与生活质量, 对控制疾病、预防复发十分有利^[31]。

7 转归与随访

克罗恩病是一种不可治愈性疾病, 其不可治愈性一方面在于病因不明, 另一方面在于即使手术切除病变肠管, 仍然会出现疾病复发, 部分患者需要多次手术^[32]。部分克罗恩病患者反复发作, 迁延不愈, 出现肠梗阻、腹腔脓肿、肠瘘、肠穿孔、消化道大出血、复杂性肛瘘等并发症, 需要行手术治疗, 但是术后存在复发风险。克罗恩病作为慢性反复发作性终身性疾病, 需要长期维持治疗, 定期随访是克罗恩病疾病管理中重要的一环。通过定期随访, 可以对疾病的发展和变化进行监测, 有利于临床早期识别复发高风险患者, 并及时采取有针对性治疗措施进行干预, 从而阻止病情进一步发展, 降低不良事件的发生率及手术率, 改善患者的预后。

利益冲突声明

所有作者均声明不存在利益冲突。

共识意见执笔人: 沈洪[✉] (南京中医药大学附属医院)、朱磊 (南京中医药大学附属医院)、唐志鹏 (上海中医药大学附属龙华医院)、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:

王华宁 (云南省中医医院)、李军祥 (北京中医药大学东方医院)、张雅丽 (黑龙江省中医科学院)、钦丹萍 (浙江中医药大学附属第一医院)、唐志鹏 (上海中医药大学附属龙华医院)、储浩然 (安徽中医药大学第二附属医院)

组外函审专家:

白光 (辽宁中医药大学附属医院)、张北平 (广东省中医院)、查安生 (安徽中医药大学第一附属医院)、费保瑾 (浙江省立同德医院)、党中勤 (河南省中医院)

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)、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)、张佳琪(中国中医科学院西苑医院脾胃病研究所)、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)、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: 张露(南京中医药大学附属医院)

参考文献

- [1] XU L, HE B, SUN Y, et al. Incidence of inflammatory bowel disease in urban China: a nationwide population-based study [J]. *Clin Gastroenterol Hepatol*, 2023, 21(13):3379-3386.
- [2] ABRAHAM C, CHO JH. Inflammatory bowel disease [J]. *N Engl J Med*, 2009, 361(21): 2066-2078.
- [3] SARTOR RB. Mechanisms of disease: pathogenesis of Crohn's disease and ulcerative colitis [J]. *Nat Clin Pract Gastroenterol Hepatol*, 2006, 3(7): 390-407.
- [4] TURNER D, RICCIUTO A, LEWIS A, et al. International Organization for the Study of IBD. STRIDE- II : an update on the selecting therapeutic targets in inflammatory bowel disease (STRIDE) Initiative of the International Organization for the study of IBD (IOIBD): determining therapeutic goals for treat-to-target strategies in IBD [J]. *Gastroenterology*, 2021, 160(5): 1570-1583.
- [5] 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. 中国克罗恩病诊治指南(2023年·广州) [J]. *中华炎症肠病杂志*, 2024, 8(1): 2-32.
- [6] KUCHARZIK T, ELLUL P, GREUTER T, et al. ECCO guidelines on the prevention, diagnosis, and management of infections in inflammatory bowel disease [J]. *J Crohns Colitis*, 2021, 15(6): 879-913.
- [7] 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.
- [8] BERNSTEIN CN, FRIED M, KRABSHUIS JH, et al. World Gastroenterology Organization practice guidelines for the diagnosis and management of IBD in 2010 [J]. *Inflamm Bowel Dis*, 2010, 16(1): 112-124.
- [9] SATSANGI J, SILVERBERG MS, VERMEIRE S, et al. The Montreal classification of inflammatory bowel disease: controversies, consensus, and implications [J]. *Gut*, 2006, 55(6): 749-753.
- [10] BEST WR, BECKTEL JM, SINGLETON JW, et al. Development of a Crohn's disease activity index. National Cooperative Crohn's Disease Study [J]. *Gastroenterology*, 1976, 70(3): 439-444.
- [11] HARVEY RF, BRADSHAW JM. A simple index of Crohn's disease activity [J]. *Lancet*, 1980, 1(8167): 514.
- [12] NARULA N, PRAY C, WONG E, et al. Categorising endoscopic severity of Crohn's disease using the modified multiplier SES-CD [MM-SES-CD] [J]. *J Crohns Colitis*, 2022, 16(7): 1011-1019.
- [13] 张声生, 沈洪, 王垂杰, 等. 中华脾胃病学 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2016: 456-457.
- [14] 栗梦晓, 赵文霞. 克罗恩病病因病机探析 [J]. *山东中医药大学学报*, 2020, 44(4): 396-399.
- [15] 史涛, 危北海. 危北海治疗克罗恩病经验介绍 [J]. *山西中医*, 2014, 30(7): 4-5, 7.
- [16] 张小琴. 刘沈林教授运用寒温并用法治疗克罗恩病的经验 [J]. *云南中医中药杂志*, 2011, 32(7): 3-4.
- [17] 沈洪, 朱磊, 张露. 生物制剂背景下克罗恩病中西医结合治疗策略探讨 [J]. *南京中医药大学学报*, 2022, 38(8): 739-742.
- [18] 中华医学会消化病学分会炎症性肠病学组. 炎症性肠病诊断与治疗的共识意见(2018年·北京) [J]. *中国实用内科杂志*, 2018, 38(9): 796-813.
- [19] DAPERNO M, D'HAENS G, VAN ASSCHE G, et al. Development and validation of a new, simplified endoscopic activity score for Crohn's disease: the SES-CD [J]. *Gastrointest Endosc*, 2004, 60(4): 505-512.
- [20] WARE JE JR, SHERBOURNE CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection [J]. *Med Care*, 1992, 30(6): 473-483.
- [21] DEVLIN NJ, BROOKS R. EQ-5D and the EuroQol group: past, present and future [J]. *Appl Health Econ Health Policy*, 2017, 15(2): 127-137.
- [22] REN WH, LAI M, CHEN Y, et al. Validation of the mainland Chinese version of the inflammatory bowel dis-

- ease questionnaire (IBDQ) for ulcerative colitis and Crohn's disease[J]. *Inflamm Bowel Dis*, 2007, 13(7): 903-910.
- [23] MAIER W, BULLER R, PHILIPP M, et al. The Hamilton anxiety scale: reliability, validity and sensitivity to change in anxiety and depressive disorders[J]. *J Affect Disord*, 1988, 14(1): 61-68.
- [24] HAMILTON M. Development of a psychiatric rating scale for primary depression[J]. *Brit Soc Clin Psychol*, 1967, 6(4): 278-296.
- [25] LEE J, ALLEN R, ASHLEY S, et al. British dietetic association evidence-based guidelines for the dietary management of Crohn's disease in adults[J]. *J Hum Nutr Diet*, 2014, 27(3): 207-218.
- [26] KHALILI H, HÅKANSSON N, CHAN SS, et al. Adherence to a Mediterranean diet is associated with a lower risk of later-onset Crohn's disease: results from two large prospective cohort studies[J]. *Gut*, 2020, 69(9): 1637-1644.
- [27] NAVABI S, GORREPATI VS, YADAV S, et al. Influences and impact of anxiety and depression in the setting of inflammatory bowel disease[J]. *Inflamm Bowel Dis*, 2018, 24(11): 2303-2308.
- [28] SOFIA MA, LIPOWSKA AM, ZMETER N, et al. Poor sleep quality in Crohn's disease is associated with disease activity and risk for hospitalization or surgery[J]. *Inflamm Bowel Dis*, 2020, 26(8): 1251-1259.
- [29] TO N, GRACIE DJ, FORD AC. Systematic review with meta-analysis: the adverse effects of tobacco smoking on the natural history of Crohn's disease[J]. *Aliment Pharmacol Ther*, 2016, 43(5): 549-561.
- [30] REESE GE, NANIDIS T, BORYSIEWICZ C, et al. The effect of smoking after surgery for Crohn's disease: a meta-analysis of observational studies[J]. *Int J Colorectal Dis*, 2008, 23(12): 1213-1221.
- [31] 曾星, 叶向红, 孙琳, 等. 克罗恩病患者运动干预研究进展[J]. *护理学报*, 2019, 26(16): 38-42.
- [32] VAUGHN BP, MOSS AC. Prevention of post-operative recurrence of Crohn's disease[J]. *World J Gastroenterol*, 2014, 20(5): 1147-1154.
- (收稿日期: 2023-12-08; 修回日期: 2024-05-27)
[编辑: 焦爽]

(上接第 1729 页)

Application of Huangqi (*Radix Astragali*) in the Treatment of Membranous Nephropathy

CAO Boning^{1,2}, WANG Yaoxian³

1. Dongzhimen Hospital, Beijing University of Chinese Medicine, Beijing, 100700; 2. Beijing University of Chinese Medicine; 3. Henan university of Chinese Medicine

ABSTRACT The core pathogenesis of membranous nephropathy is spleen-kidney depletion and dampness-stasis blocking collaterals, in which spleen-kidney depletion runs through the whole process of membranous nephropathy. Spleen and kidney depletion often occurs in the early stage of membranous nephropathy, accompanied by the progression of the disease and the stagnation of deficiency and *qi*, which leads to the obstruction of kidney collaterals by pathological products such as phlegm, blood stasis and water-dampness, and then the formation of stasis obstruction in kidney collaterals over time. Huangqi (*Radix Astragali*) as an important herb for supplementing spleen and boosting kidney can be used to fortify spleen, consolidate kidney and generate essence, and to boost *qi*, expel blood and unblock collaterals when treating membranous nephropathy. With combined medicinals, it can dispel and remove wind, astringe, store and consolidate essence, unblock stagnation and remove excess, strengthen efficiency and supplement deficiency, raise *yang* and lift the sunken. Besides, it is emphasized that caution should be taken against the drawbacks that excessive sweet may constrain the stomach, and the sweet and the warm may assist heat in the treatment of membranous nephropathy. The degree at which the spleen is supplemented and the kidney boosted should be chosen properly, and the medication contraindications should be cautioned.

Keywords membranous nephropathy; Huangqi (*Radix Astragali*); supplement the spleen and boost the kidney; boost *qi* and unblock collaterals

(收稿日期: 2024-03-20; 修回日期: 2024-05-28)

[编辑: 侯建春]