

腹痛中医诊疗专家共识(2023)*

中华中医药学会脾胃病分会

[摘要] 腹痛是临床比较常见的病症之一,中药、针灸、推拿、保留灌肠等方法治疗腹痛效果良好。本共识阐述了腹痛的病名沿革、病因病机、常见证候、临床治疗、疗效评定、预防调摄和转归与随访等内容,突出了临床实用性,体现了最新研究进展。

[关键词] 腹痛;中医;诊断;治疗;共识

DOI:10.3969/j.issn.1671-038X.2024.09.02

[中图分类号] R256.3 **[文献标志码]** A

Expert consensus on traditional Chinese medicine diagnosis and treatment of abdominal pain(2023)

Branch of Gastrointestinal Diseases, China Association of Chinese Medicine

Abstract Abdominal pain is one of the more common clinical symptoms, traditional Chinese medicine, acupuncture and moxibustion, massage, retention enema and other methods have good effects on abdominal pain. This consensus describes the history of abdominal pain, etiology and pathogenesis, common symptoms, clinical treatment, evaluation of the therapeutic effect, preventive regimen and regression follow-up, highlighting its clinical practicality and reflecting the latest research progress.

Key words abdominal pain; traditional Chinese medicine; diagnosis; treatment; consensus

腹痛是指胃脘以下、耻骨毛际以上部位发生疼痛为主症的病证^[1]。腹痛一证首载于《内经》,历代医书中有“绕脐痛”“少腹急结”“少腹里急”“心腹痛”等称谓。感受外邪、饮食所伤、情志失调、瘀血阻滞、虫体侵袭及素体阳虚等,均可导致气机阻滞、脉络痹阻或经脉失养而发生腹痛,“不通则痛”是最主要的病机特点。腹痛的部位在腹,有脐腹、胁腹、小腹、少腹之分,其病位或在脾胃,或在肠道,或在膜原,病理性质有虚有实,相关病理因素有寒凝、湿热、瘀血、积食、痰浊等,因此腹痛的辨证重点在于分清寒、热、虚、实、气、血、脏、腑。诊治时可围绕腹痛缓急、性质及部位,并结合其他伴随症状等因素综合分析,采用辨证论治、针灸、推拿、保留灌肠等方法治疗。

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《腹痛中医诊疗专家共识》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腹痛的证候分类、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。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。

1 概述

1.1 概念

腹痛是指胃脘以下、耻骨毛际以上部位发生疼痛为主症的病证,也可局限在大腹、胁腹、少腹或小腹。疼痛性质可表现为隐痛、胀痛、冷痛、灼痛、绞痛、刺痛等。腹部外无胀大之形,腹壁按之柔软,可有压痛,但无反跳痛。其痛可呈持续性,亦可时缓时急,时作时止,或反复发作。疼痛的发作和加重常与饮食、情志、受凉、劳累等诱因有关。起病或缓或急,病程有长有短,常伴有腹胀、嗝气、矢气以及

*基金项目:国家自然科学基金面上项目(No:81573892, No:81873253);上海市自然科学基金(No:22ZR1458800);上海市卫生健康委员会面上项目(No:202240385)

通信作者:唐志鹏, E-mail: zhipengtang@sohu.com; 张雅丽, E-mail: zhangyl_2013@sina.com; 唐旭东, E-mail: txdlly@sina.com

引用本文:中华中医药学会脾胃病分会.腹痛中医诊疗专家共识(2023)[J].中国中西医结合消化杂志,2024,32(9):748-755.DOI:10.3969/j.issn.1671-038X.2024.09.02.

饮食、大便异常等症状。腹痛在中医病证分类与代码的编码为 SA58^[2]。

1.2 中医病名历史沿革

《内经》最早提出腹痛的病名,《素问·气交变大论》曰:“岁土太过,雨湿流行,肾水受邪,民病腹痛。”《素问·举痛论》曰:“寒气客于肠胃之间、膜原之下,血不得散,小络急引故痛”;“热气留于小肠,肠中痛,瘕热焦渴,则坚干不得出,故痛而闭不通矣。”提出腹痛由寒热邪气客于胃肠引起。汉·张仲景在《金匮要略·腹满寒疝宿食病脉证治》中对腹痛的病因证候及辨证论治做了较为全面的论述,对“腹中寒气,雷鸣切痛,胸胁逆满、呕吐”的脾胃虚寒证、水湿内停证及寒邪攻冲证分别提出用附子粳米汤及大建中汤治疗等,开创了腹痛辨证施治的先河。隋·巢元方在《诸病源候论·腹痛病诸侯》首次将腹痛作为独立病证,对其病因、证候进行详细表述,“凡腹急痛,此里之有病”。“由腑脏虚,寒冷之气客于肠胃募原之间,结聚不散,正气与邪气交争相击,故痛”。宋·杨士瀛在《仁斋直指方·脾胃》中将腹痛分为寒热、死血、食积、痰饮、虫积等数类,并对不同腹痛提出鉴别。金·李东垣将腹痛按太阴、少阴、厥阴三阴经及杂病进行辨证论治,他在《医学发明·泄可去闭葶苈大黄之属》中强调“痛则不通”的病理学说,并在治疗原则上提出“痛随利减,当通其经络,则疼痛去矣”,对后世产生很大影响。清·王清任提出血瘀病机,指出瘀血在中焦,可用血府逐瘀汤,瘀血在下焦,应以膈下逐瘀汤治疗,对腹痛辨证论治提出新的创见。

1.3 现代医学相关疾病

腹痛是临床上较为常见的一个症状,内科腹痛常见于西医学的胰腺炎、炎症性肠病、肠易激综合征、功能性腹痛、不完全性肠梗阻、肠粘连、肠系膜和腹膜病变、腹型过敏性紫癜、肠道寄生虫、腹腔内肿瘤性疾病等。至于胃炎、消化性溃疡、胆囊炎、肾绞痛、膀胱炎等疾病引起的腹痛,可参考胃痛、胁痛、淋证等辨证论治。

2 病因病机

2.1 病因与发病

外感时邪、饮食不节(洁)、情志失调、瘀血阻滞、痰浊凝滞、虫体侵袭和素体阳虚等是腹痛的主要病因。腹痛的病位或在脾胃,或在肠道,或在膜原,需视具体病情而定,所在不一。外邪入侵腹中,脾胃运化功能失调,邪滞于中,气机阻滞,血运不畅,不通则痛;饮食不节(洁),邪滞中焦,腑气通降不利;忧思恼怒,肝失条达,气机不畅,气机阻滞;跌扑创伤,或腹部手术以致脏腑经络受损,气血瘀滞

不通;蛔虫内扰肠胃,以致气机逆乱,胃失和降;素体脾阳亏虚,虚寒中生,渐致气血生成不足,脾阳虚衰而不能温养。

2.2 病机要点

2.2.1 腹痛的病理性质为寒、热、虚、实 腹痛发病涉及脏腑与经脉较多,病理因素主要有寒凝、火郁、食积、气滞、血瘀、虫积。病理性质不外寒、热、虚、实四端。实为邪气郁滞,不通则痛;虚为中脏虚寒,气血不能温养而痛。四者往往相互错杂,或寒热交错,或虚实夹杂,或为虚寒,或为实热,亦可互为因果,相互转化。如寒痛缠绵发作,可以寒郁化热;热痛日久,或过用寒凉,成为寒热交错之证;素体脾虚不运,再因饮食不节,食滞中阻,可成虚中夹实之证;气滞影响血脉流通可导致血瘀,血瘀可影响气机通畅导致气滞。

2.2.2 腹痛的基本病机为“不通则痛”和“不荣则痛” 本病的基本病机为脏腑气机阻滞,气血运行不畅,经脉痹阻,“不通则痛”,或脏腑经脉失养,“不荣而痛”。若急性暴痛,治不及时,或治不得当,气血逆乱,可致厥脱之证;若湿热蕴结肠胃,可造成腑气不通,痰浊凝滞,气滞血瘀日久,可变生积聚。

3 常见证候^[1-6]

3.1 寒邪外袭证(中医病证分类与代码未见)

主症:①腹痛拘急;②遇寒痛甚,得温痛减。次症:①口淡不渴;②形寒肢冷;③大便清稀或秘结;④小便清长。舌脉:舌质淡,苔薄白,脉沉紧。

3.2 湿热壅滞证(中医病证分类与代码 B02.05.04.01.03.02^[2])

主症:①腹痛拒按;②胀满不舒。次症:①烦渴引饮;②大便秘结或溏滞不爽;③小便短黄;④心烦易怒;⑤口干口苦。舌脉:舌质红,苔黄燥或黄腻,脉滑数或沉实有力。

3.3 饮食积滞证(中医病证分类与代码 B02.12.01.01^[2])

主症:①脘腹胀满;②疼痛拒按。次症:①嗝腐吞酸;②厌食呕恶;③痛而欲泻,泻后痛减;④大便秘结。舌脉:舌苔厚腻,脉滑实。

3.4 肝郁气滞证(中医病证分类与代码 B04.02.01.04.01.01.02^[2])

主症:①腹痛胀闷;②攻窜不定。次症:①痛引少腹,或兼痛窜两胁;②得暖气或矢气则舒;③遇忧思恼怒则剧。舌脉:舌质淡红,苔薄白,脉弦。

3.5 瘀血内停证(中医病证分类与代码 B02.10.01.02^[2])

主症:①腹痛较剧或隐痛;②痛如针刺。次症:①痛处固定;②拒按。舌脉:舌质紫黯或有瘀斑,脉

细涩。

3.6 中虚脏寒证(中医病证分类与代码 B04.03.01.01.01^[2])

主症:①腹痛绵绵;②时作时止。次症:①喜温喜按;②饥饿劳累后加重;③面色无华;④神疲乏力;⑤气短懒言;⑥形寒肢冷;⑦大便溏薄。舌脉:舌质淡,苔薄白,脉细弱或沉细。

3.7 蛔虫内扰证(中医病证分类与代码未见)

主症:①脐周腹痛;②时作时止。次症:①喜温喜按;②胃脘嘈杂;③心烦喜呕;④甚或吐虫、便虫、腹中虫痕。舌脉:舌淡红,苔薄白,脉紧。

证候诊断:主症必备,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

以缓解症状、防止疾病进展及复发、改善患者生活质量为治疗目标。治疗原则多以“通”字立法,“不通则痛,不荣则痛”,首辨标本缓急,次辨气血阴阳,具体施治时应视其证候的虚实寒热,在气在血,予以不同的治法。

4.2 辨证论治

4.2.1 寒邪外袭证 治法:散寒温里,理气止痛。主方:良附丸合正气天香散加减。

药物:香附 6~9 g,乌药 6~9 g,陈皮 3~6 g,高良姜 3~6 g,干姜 3~6 g,紫苏叶 6~9 g 等。

加减:如寒重,痛势剧烈,手足逆冷,脉沉细,可加附子^{先煎} 3~6 g、肉桂 3~6 g 以辛热通阳,散寒止痛;若少腹拘急冷痛,属肝经寒凝气滞,可加吴茱萸 3~6 g、小茴香 3~6 g、沉香 3~6 g 以暖肝散寒;腹中冷痛,兼见便秘,加附子^{先煎} 3~6 g、大黄^{后下} 3~6 g 以温通腑气;若夏日感受寒湿,伴见恶心呕吐,胸闷,纳呆,身重,倦怠,舌苔白腻,可酌加藿香 6~9 g、苍术 6~9 g、厚朴 6~9 g、半夏 3~6 g、白豆蔻^{后下} 3~6 g 以温中散寒,化湿运脾。

中成药:良附丸,口服,3~6 g/次,2 次/d。

4.2.2 湿热壅滞证 治法:泻热通腑,行气导滞。主方:大承气汤加减。

药物:大黄^{后下} 6~9 g,芒硝^{冲服} 6~12 g,厚朴 9~12 g,枳实 6~9 g 等。

加减:若燥热不甚,湿热偏重,大便不爽,可去芒硝,加栀子 6~9 g、黄芩 6~9 g 以清热燥湿;若痛引两胁,可加郁金 6~9 g、柴胡 6~9 g 以疏利肝气;如腹痛剧烈,寒热往来,恶心呕吐,大便秘结,改用大柴胡汤(柴胡 9~12 g,黄芩 6~9 g,芍药

6~9 g,半夏 6~9 g,枳实 6~9 g,生姜 6~9 g,大黄^{后下} 3~6 g,大枣 9~12 g)以和解少阳,内泻热结。

中成药:①香连片,口服,5 片/次,3 次/d;②腹可安片,口服,4 片/次,3 次/d;③麻仁丸,口服,大蜜丸 1 丸/次,水蜜丸 9 g/次,1~2 次/d。

4.2.3 饮食积滞证 治法:消食导滞,理气止痛。主方:枳实导滞丸加减。

药物:大黄^{后下} 6~9 g,枳实 9~12 g,神曲 12~15 g,黄芩 6~9 g,黄连 3~6 g,泽泻 6~9 g,白术 9~12 g,茯苓 12~15 g,干姜 3~6 g 等。

加减:若腹痛胀满,加厚朴 6~9 g、木香 3~6 g 以行气消胀;兼大便自利,恶心呕吐,去大黄,加陈皮 3~6 g、半夏 6~9 g、苍术 6~9 g 以理气燥湿,降逆止呕;如食滞不重,腹痛较轻,用保和丸(焦山楂 9~12 g、六神曲 9~12 g、半夏 6~9 g、茯苓 12~15 g、陈皮 6~9 g、连翘 9~12 g 等)以消食化滞。

中成药:①枳实导滞丸,6~9 g/次,2 次/d,口服;②保和丸,8 丸/次,3 次/d,口服。

4.2.4 肝郁气滞证 治法:疏肝解郁,理气止痛。主方:柴胡疏肝散加减。

药物:柴胡 6~9 g,枳壳 6~9 g,香附 6~9 g,陈皮 3~6 g,芍药 6~9 g,川芎 3~6 g,甘草 3~6 g 等。

加减:若气滞较重,胸胁胀痛,加郁金 6~9 g、川楝子 6~9 g 以助疏肝理气止痛之功;若痛引少腹、睾丸,加橘核 3~6 g、荔枝核 3~6 g、川楝子 6~9 g 以理气散结止痛;若腹痛肠鸣,气滞腹泻,可用痛泻要方(陈皮 3~6 g、白术 9~12 g、芍药 6~9 g、防风 6~9 g)以抑肝调脾,理气止痛;若少腹绞痛,阴囊寒疝,可用天台乌药散(乌药 3~6 g、木香 3~6 g、小茴香 3~6 g、高良姜 3~6 g、青皮 6~9 g、槟榔 6~9 g、川楝子 6~9 g)以暖肝温经,理气止痛;若肝郁日久化热,加丹皮 6~9 g、山栀子 3~6 g、川楝子 6~9 g 以清肝泄热。

中成药:①木香顺气丸,6~9 g/次,2~3 次/d,口服;②柴胡疏肝丸,口服,大蜜丸 1 丸/次,2 次/d。

4.2.5 瘀血内停证 治法:活血化瘀,和络止痛。主方:少腹逐瘀汤加减。

药物:桃仁 6~9 g,红花 3~6 g,当归 9~12 g,川芎 3~6 g,赤芍 9~12 g,生蒲黄^{包煎} 6~9 g,五灵脂 3~6 g,牛膝 6~9 g,香附 6~9 g,延胡索 6~9 g,乌药 3~6 g,青皮 6~9 g,甘草 3~6 g 等。

加减:若腹部术后作痛,或跌扑损伤作痛,可加

泽兰 6~9 g、没药 3~6 g、三七 3~6 g 以化瘀止痛;瘀血日久发热,可加丹皮 9~12 g、王不留行^{包煎} 9~12 g、丹参 9~12 g 以清热化瘀;若兼有寒象,腹痛喜温,可加小茴香 3~6 g、干姜 3~6 g、肉桂 3~6 g 以温经止痛;若下焦蓄血,大便色黑,可用桃核承气汤(桃仁 9~12 g、大黄^{后下} 6~9 g、芒硝^{冲服} 3~6 g、桂枝 3~6 g、甘草 9~12 g)以活血化瘀,通腑泄热。

中成药:①少腹逐瘀颗粒,开水冲服,1.6 g/次,2~3次/d;②元胡止痛片,口服,4~6片/次,3次/d。

4.2.6 中虚脏寒证 治法:温中补虚,缓急止痛。主方:小建中汤加减。

药物:桂枝 6~9 g、干姜 6~9 g、大枣 6~9 g、芍药 12~15 g、饴糖 12~15 g、炙甘草 3~6 g 等。

加减:若腹中大寒,呕吐肢冷,可用大建中汤(蜀椒 3~6 g、干姜 6~9 g、人参 3~6 g)以温中散寒;若腹痛下利,脉微肢冷,脾肾阳虚,可用附子理中汤(附子 3~6 g、人参 3~6 g、白术 9~12 g、干姜 6~9 g、炙甘草 6~9 g)以温补脾肾;若大肠虚寒,积冷便秘,可用温脾汤(大黄^{后下} 6~9 g、当归 6~9 g、附子 3~6 g、干姜 6~9 g、人参 3~6 g、芒硝^{冲服} 3~6 g、甘草 3~6 g)以温下寒积;若中气大虚,少气懒言,可用补中益气汤(黄芪 12~15 g、党参 12~15 g、白术 9~12 g、升麻 3~6 g、柴胡 6~9 g、陈皮 3~6 g、当归 6~9 g、炙甘草 3~6 g)以补中益气;若腹中攻痛不止,可加吴茱萸 6~9 g、乌药 3~6 g、川椒 3~6 g 以温里止痛;若胃气虚寒,脐中冷痛,连及少腹,宜加葫芦巴 6~9 g、萆澄茄 6~9 g 以温肾散寒止痛;若血气虚弱,腹中拘急冷痛,困倦,短气,纳少,自汗,当酌加当归 9~12 g、黄芪 9~12 g 以调补气血。

中成药:①理中丸,口服,8丸/次,3次/d;②小建中颗粒(胶囊),口服,颗粒 15 g/次,3次/d;胶囊 2~3粒/次,3次/d。

4.2.7 蛔虫内扰证 治法:驱除蛔虫,调理脾胃。主方:宜先用乌梅丸安蛔定痛,待腹痛缓解后予化虫丸驱除蛔虫。

药物:乌梅 3~6 g、川椒 3~6 g、细辛 3 g、黄连 3~6 g、黄柏 6~9 g、干姜 3~6 g、附子 3~6 g、桂枝 3~6 g、人参 3~6 g、当归 6~9 g 等。

加减:若蛔虫病腹不痛或腹痛不剧烈时,可用化虫丸加减(鹤虱 12~15 g、苦楝根皮 12~15 g、槟榔 9~12 g、茺菘 12~15 g、使君子 6~9 g)以驱除蛔虫;若虫结成团,腑气闭结,症见腹部攻撑作痛,

呕吐,便秘,矢气,并有虫痕,苔薄腻或黄腻,脉弦,用大承气汤加减(大黄^{后下} 6~9 g、芒硝^{冲服} 3~6 g、厚朴 9~12 g、枳实 6~9 g)以通里攻下。

中成药:①乌梅丸,口服,水丸 3 g/次,大蜜丸 2丸/次,2~3次/d;②使君子丸,口服,6~9 g/次,早晨空腹口服。

4.3 古代医家学术经验

4.3.1 张仲景(东汉)^[7] ①学术观点。张仲景对腹痛的病因、部位、性质的描述及辨证论治做了较为全面的论述。张仲景继承了《内经》腹痛理论与治疗原则,依六经辨证综合外邪随经络循行,在传变过程中出现腹痛的各种证候变化,如《伤寒论》阳明经提纲云:“阳明之为病,胃家实也”,太阴经提纲云:“太阴之为病,腹满而吐,食不下,自利益甚,时腹自痛,若下之,必胸下结鞕”,阳明病属实证、热证,而太阴病偏虚证、寒证。《金匮要略》则以专篇方式,以脏腑辨证归纳内伤、食积、痰湿、瘀血等内因造成的腹痛,如寒疝篇的寒性腹痛、痰饮篇留饮结于胸胁的胁下痛、奔豚篇肝气郁结气上冲胸的奔豚腹痛、肠痈篇瘀血凝滞肠道腐化成脓的肠痈腹痛、妇人怀孕冲任两脉虚损的腹痛、妇人产后瘀血内停胞宫化热的腹痛等。

根据病因病机,肾虚寒盛、表里俱寒、寒实结胸等归属为寒证腹痛;阳明热实、热实结胸、热瘀互结等归属为热证腹痛;肝脾不和、脾阳不振、血虚内寒等归属为虚证腹痛;水气内停、水饮壅盛、瘀血内结归属为实证腹痛。张仲景结合自身体会与临床经验,提出腹痛的寒、热、虚、实辨证要点,告诫后人临证必须四诊合参,充分了解病位、病势、病性、病程,避免出现如真寒假热误治或误下。

②治法心得。治则上以通则不痛为原则,总体可将其分为下、和、温、补、消 5 种。对食、痰、血、湿、水、结聚实证以下之,半表半里或肝脾失调以和之,脏腑虚寒以温之,癥瘕痞块以消之,血气虚弱以补之。痰热互结于胸腹,按之硬,疼痛剧,拒按而手不可触者,治之以大陷胸汤;肝脾不和,肝郁克脾土而腹痛者,治之以小柴胡汤、大柴胡汤与四逆散;阳明腑实腹满痛、绕脐痛者,或胞宫恶露坚结而腹痛者,治之以大承气汤;妇人怀孕肝虚血瘀,脾虚湿盛,肝脾失调者,治之以当归芍药散;腹中拘急痛者用桂枝加芍药汤;腑实兼表证之腹痛者用厚朴七物汤、桂枝加大黄汤;腹中寒痛者用乌头桂枝汤;气血郁滞成实、气机痹阻不通所致腹痛者用枳实芍药散;血虚内寒之腹痛用当归生姜羊肉汤;脾阳不足,中焦虚寒见里急腹痛者,用小建中汤;肾阳不足水

湿泛滥而腹痛者,治之以真武汤;脾胃虚寒、水湿内停腹痛者,治之以附子粳米汤。

4.3.2 李东垣(金)^[8] ①学术观点。李东垣认为脾胃为元气之本,是人生生命活动的动力来源,突出强调了脾胃在人体生命活动中的重要作用。提出“内伤脾胃,百病由生”的学术观点,认为脾胃属土居中央,与其他四脏关系密切,饮食劳倦损伤脾胃,脾胃受损,而百病皆起。主张补益元气,调节脾胃升降功能。将腹痛按太阴、少阴、厥阴三阴经及杂病进行辨证论治,在治疗原则上提出“痛随利减,当通其经络,则疼痛去矣”。

②治法心得。李东垣在治疗脘腹痛时多从调补脾胃入手,制定了一系列的方剂如补中益气汤、调中益气汤、黄芪人参汤等,并注意祛除导致脾胃内伤的根本原因。同时在治疗脘腹痛时善用芍药、甘草,在《脾胃论》《内外伤辨惑论》和《兰室秘藏》中多处提到治疗腹痛加芍药、甘草,其目的有二:一是芍药味酸,甘草味甘,二者合用可以化生脾土;二是芍药味酸入肝经,可以疏泄肝木而不致克土。李东垣强调应因时治宜,随时制方、随时选药,即使同样是脾胃虚弱所致脘腹疼痛,因春夏秋冬气候各异,治疗时也不能守住一方不变,“随时之宜,不可不知也”(《内外伤辨惑论·草豆蔻丸》);强调治本之时,非常重视急则治其标,使用一些能够迅速缓解疼痛的办法,减轻患者的痛苦,并制定了很多脘腹痛、心腹卒痛的治疗方剂,如备急丸、神应丸、胃风丸、神保丸、大黄备急丸,一切心腹卒痛,皆可使用。

4.3.3 朱丹溪(元)^[9] ①学术观点。朱丹溪认为导致脘腹痛的主要原因有寒、积热、死血、食积、湿痰,导致气血失调,腹气不通,则发为腹痛。

②治法心得。治疗时当以温通为原则,具体选方用药必须辨清属气属血、属阴属阳、属寒属热,不能不明气血而混用气血之药,如在《丹溪心法·腹痛(七十二)》中讲到:“气用气药,如木香、槟榔、香附、枳壳之类;血用血药,如当归、川芎、桃仁、红花之类。”在治疗脘腹痛时,朱丹溪也结合具体病证,灵活运用针刺和吐法。

4.3.4 张景岳(明)^[10] ①学术观点。张景岳在诊断上以三焦为纲,结合八纲辨证,溯本求源,认为诊断心腹痛时应先明确病变脏腑,在《景岳全书·杂证谟·心腹痛》开篇指出:“凡病心腹痛,有上中下三焦之别。”

②治法心得。张景岳用和法治疗腹痛,针对实证腹痛,通过祛邪以和其不和,虚证则以补为和。在《景岳全书·和略》中说:“凡病兼虚者,补而和之;兼滞者,行而和之;兼寒者,温而和之;兼热者,

凉而和之。”如气逆导致的腹痛,以神香散(丁香、白豆蔻)理其气;寒邪所致腹痛,以不换金正气散(厚朴、藿香、半夏、苍术、陈皮、炙甘草、生姜、大枣)解寒行滞、和中止痛;饮食停滞在上焦者,采用吐法,将莱菔子捣碎,以温汤和搅,取淡汤徐徐饮之,探吐瘀结之邪;食滞之邪祛,升降恢复协调,则腹痛止;痰饮所致腹痛,或用吐法治疗,或用二陈汤之类治疗;跌打损伤瘀血腹痛证,祛除瘀血,气机升降恢复正常,乃和中之法,采用通瘀煎(当归尾、山楂、香附、红花、乌药、青皮、木香、泽泻)治疗;气血虚寒,心脾失于濡养之虚痛多用理阴煎(熟地黄、当归、炙甘草、干姜、肉桂)甘温养血、补胃和中。

4.3.5 叶天士(清)^[11-12] ①学术观点。叶天士认为腹痛病位在脏者,多为肝脾肾所致,在腑者胃为先。叶氏认为诊治腹痛应辨有形之因、无形之因,结合八纲、脏腑辨证,据此分而治之。

②治法心得。治疗上总以“通”法为要,《临证指南医案·胃脘痛》:“夫痛则不通,通字须究气血阴阳,便是看诊要旨矣。”叶天士认为,凡痛证,初起在气者,伤经,当以治气、理气为主;久病在血者,伤络,当以治血、活血为先,多采用辛散活血之药,常用桃红四物汤加减,酌加薤白通阳散结,桂枝温经通络。叶天士擅用辛温之药辛散通达,温阳化气,所谓通则不痛,纵是虚痛,亦补中寓通。

4.4 其他治法

4.4.1 针刺^[13] 治法:通调腑气,缓急止痛。选穴以胃之下合穴及大肠、小肠募穴为主。主穴:足三里、天枢、关元。配穴:寒邪内积配神阙、公孙;湿热壅滞配阴陵泉、内庭;气滞血瘀配太冲、血海;脾阳不振配脾俞、神阙。操作:毫针刺,实证用泻法,虚证用补法,寒证可用艾灸。腹痛发作时,足三里持续强刺激 1~3 min,直到痛止或缓解。

4.4.2 灸法^[14] 寒证、虚证腹痛可于神阙、气海、关元、足三里或三阴交等穴位上进行施灸 30 min,以局部温热而无烫感为度,2 次/d。

4.4.3 穴位注射^[15-18] 常用穴位:内关、中脘、足三里。取阿托品注射液 0.5 mg,或维生素 K₃ 注射液 2~4 mL,或山莨菪碱 5 mg(用生理盐水稀释成 2 mL),直刺穴位,当患者有酸、麻、胀、抽等针感时缓慢注药,每个穴位各注射一半药水。药液留在穴位可产生强烈而持久的刺激,从而达到理气降逆、宁心安神、镇痛的目的。

4.4.4 穴位贴敷^[19-20] 将莱菔子、焦山楂、佛手、干姜等药物研磨为粉,调制成药丸,压扁贴于中脘穴,每次贴敷 6 h,隔日 1 次。或将肉桂、薏苡仁、山药等药物研磨成粉,制成药丸置于脾俞、肾俞、神阙

穴之上,1次/d,每次贴敷4~6h。或选用温中健脾膏治疗(白芍12g,党参10g,当归10g,牵牛子10g,白术10g,苍术10g,肉桂6g,陈皮6g,干姜6g,厚朴6g,木香6g,丁香6g,甘草3g),10剂为1料,按传统工艺熬制成硬膏,制成方寸大小的膏药。选取中脘穴、气海穴、天枢穴,如果患者寒重,则同时选用足三里穴,3~5贴/次,每贴连续使用2d,上述穴位交替使用,1次/d。

4.4.5 外敷法^[21-23] 将大黄、芒硝、枳实、赤芍、槟榔、木香、川楝子、姜黄、玄胡、沉香、香附、乌药等药物研磨成粉,用少许白酒或食醋搅拌均匀后装入布袋内微波炉加热至70℃左右,用大毛巾保温,腹痛部位涂抹少量凡士林后将药包放置于疼痛部位,来回推熨或回旋运转,开始时用力轻而速度稍快,随着药袋温度的降低,用力增强,同时速度减慢,每次约20min,1次/d。或选用加味芍甘散,方用芍药、甘草、肉桂、木香、高良姜、小茴香各30g,研磨成粉,加粗盐纳入无纺布袋中,热熨神阙穴。或选用延胡索、路路通、干姜、郁金、吴茱萸、白术、桃仁等药物,封包后蒸热,行腹部烫熨,每天晚上9:00进行,30min/次。

4.4.6 推拿疗法^[24-26] 采用行气止痛治法。用一指禅推、按、揉、摩、拿、搓、擦等法。取穴及部位:足太阳膀胱经相关穴位,如胃俞、脾俞、胆俞等,或华佗夹脊穴,或足三里,或大横穴等。

4.4.7 中药灌肠^[27] 溃疡性结肠炎大肠湿热证患者在基础治疗上,可加用清热除湿中药灌肠方(黄柏30g、石菖蒲20g、苦参10g、地榆20g、白及9g、三七粉3g、诃子10g、青黛3g等),水煎150mL,每晚睡前行中药灌肠治疗1次,药物灌肠后保留1h以上,能够较快诱导病情缓解,改善症状,尤其对腹痛的改善效果显著。

4.5 诊疗流程图

腹痛的诊疗流程图见图1。

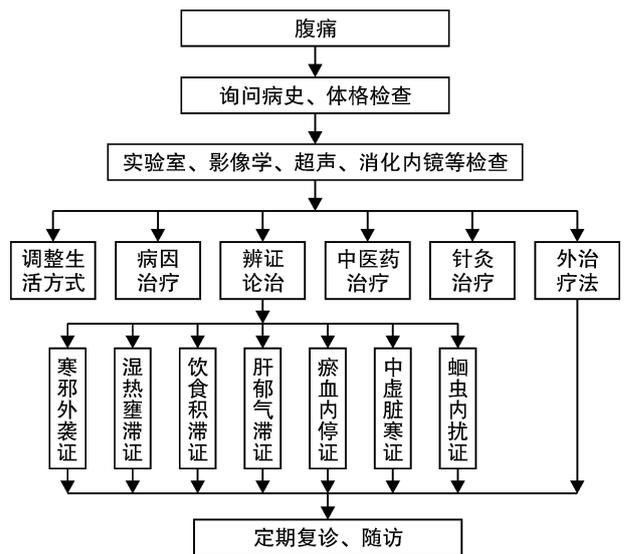


图1 腹痛的诊疗流程图

5 疗效评定

5.1 疼痛评分量表

腹痛可以用疼痛的程度和频率以及对生活的影响进行评估。疼痛程度采用视觉模拟评分法(VAS)^[28],疼痛频率采用脾胃病医生报告结局症状量化标准^[29]。

5.1.1 VAS 此方法用于对疼痛的评估,在我国临床使用较为广泛。基本方法是使用一条长约10cm的游动标尺,一面标有10个刻度,两端分别为“0”分端和“10”分端,0分表示无痛,10分表示难以忍受的最剧烈的疼痛。临床使用时将有刻度的一面背向患者,让患者在直尺上标出能代表自己疼痛程度的相应位置,医师根据患者标出的位置为其评分,以0~2分为优,3~5分为良,6~8分为可,>8分为差。

5.1.2 脾胃病医生报告结局症状量化标准 腹痛评价包括频率、持续时间、程度、工作生活影响、药物干预,总分0~15分。分数越高,表示状态越差;分数越低,表示状态越好。见表1。

表1 脾胃病医生报告结局症状量化标准

评价内容	无(0分)	轻度(1分)	中度(2分)	重度(3分)
频率	>3d发作1次,时作时止	2~3d发作1次,发作频繁	每天发作	
持续时间	1h内可缓解	1~3h内可缓解	>3h缓解,甚至一整天不能缓解	
程度	轻微疼痛	疼痛明显但可忍	疼痛剧烈难忍	
工作生活影响	不影响工作及生活	影响工作及生活	严重影响工作及生活	
药物干预	不需使用药物干预可自行缓解	需要使用药物干预才能缓解	常规用药后部分缓解甚至不能缓解	

5.2 主症与次症疗效

临床痊愈:疗程结束后,症状消失;显效:疗程结束后,症状分级减少 2 级;有效:疗程结束后,症状分级减少 1 级;无效:达不到上述标准者。

5.3 证候疗效

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

采用尼莫地平法计算:疗效指数 = (治疗前积分 - 治疗后积分) / 治疗前积分 $\times 100\%$ 。

5.4 生活质量评价

可选用中文版 SF-36 健康调查量表^[30]或中华生活质量量表(ChQOL)^[31]或中医脾胃系疾病 PRO 量表^[32]进行评价。

5.5 精神心理评价

可选用汉密尔顿焦虑量表(HAMA)及汉密尔顿抑郁量表(HAMD)^[4]或 Zung 焦虑抑郁自评量表^[33]评价患者的精神心理状态。

6 预防调摄

腹痛的发病与感受寒邪、暴食暴饮、肝郁气滞关系最为密切。尤其是阳虚阴盛之体,在寒冷季节更要加强腹部保暖,并避免生冷饮食,养成良好的卫生习惯,不食不洁瓜果蔬菜,以防虫卵入侵。饮食须有节制,切忌暴饮暴食、过食辛辣厚味、酗酒过度。饭后不要剧烈运动。加强精神调摄,平时要保持心情舒畅,避免忧思过度、暴怒惊恐。

急性肠炎出现腹痛剧烈者,应卧床休息,视病情禁食或少量进半流质、流质饮食,一般以少油腻、高能量饮食为主;肠易激综合征和炎症性肠病所致慢性腹痛者,应根据疾病性质限制摄入麦麸、奶制品、海鲜、红肉等食物,适当运动,避免过于劳作。

7 转归与随访

腹痛的转归及预后决定于其所属疾病的性质和患者的体质。若感受时邪、饮食不节(洁)、情志抑郁,正气强盛,邪实不甚,治疗及时,则腹痛迅速缓解,预后较佳。若反复恼怒,肝郁气滞日久,或跌扑损伤、腹部手术后,血络受损,气滞血瘀,则腹痛时作时止,迁延难愈。若虚寒腹痛,日久耗伤气血,脾胃中阳衰微,又可转为虚劳。若腹痛急暴,伴大汗淋漓,四肢厥冷,脉微欲绝者为虚脱之象,尽快开通静脉通道,明确诊断,合理采用中西医结合诊疗手段,积极抢救,如不及时抢救则危殆立至。

共识执笔人:

戴彦成(上海中医药大学附属上海市中西医结合医院)、唐志鹏(上海中医药大学附属龙华医院)、张雅丽(黑龙江省中医药科学院)

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:

冯培民(成都中医药大学附属医院)、凌江红(上海中医药大学附属曙光医院)、黄绍刚(广州中医药大学第一附属医院)、黄穗平(广东省中医院)、温艳东(中国中医科学院眼科医院)、魏玮(中国中医科学院望京医院)

组外函审专家:

王文荣(福建中医药大学附属第二人民医院)、李学军(安徽中医药大学第二附属医院)、何凌(江西中医药大学附属医院)、胡运莲(湖北省中医院)、姜莉云(昆明市中医医院)

定稿审定专家+审稿会投票专家:

王凤云(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)、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:

陈璇(上海中医药大学)、范明明(黑龙江省中医药科学院)

利益冲突 所有作者均声明不存在利益冲突

参考文献

- [1] 陈湘君. 中医内科学[M]. 上海: 上海科学技术出版社, 2004: 199-205.
- [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_563703.htm.
- [3] 唐旭东,张声生,温艳东.常见脾胃病中医临床实践指南[M].上海:科学技术文献出版社,2019:362-386.
- [4] 张声生,魏玮,杨俭勤.肠易激综合征中医诊疗专家共识意见(2017)[J].中医杂志,2017,58(18):1614-1620.
- [5] 张声生,李慧臻.急性胰腺炎中医诊疗专家共识意见(2017)[J].中华中医药杂志,2017,32(9):4085-4088.
- [6] 张声生,赵文霞.胆囊炎中医诊疗专家共识意见(2017)[J].中国中西医结合消化杂志,2017,25(4):241-246.
- [7] 马继征,白宇宁,刘震,等.张仲景辨治腹痛经验[J].环球中医药,2014,7(5):350-352.
- [8] 王礼凤.李东垣关于脘腹痛诊治思想研究[J].世界中医药,2013,8(4):390-391.
- [9] 王礼凤.朱丹溪脘腹痛文献研究[J].天津中医药,2013,30(2):96-98.
- [10] 王振.张介宾应用和法治疗心腹痛分析[J].山东中医杂志,2016,35(2):96-97.
- [11] 席婷,柴少竹,淡丽娟,等.浅析叶天士《临证指南医案·腹痛》[J].世界最新医学信息文摘,2019,19(26):200-202.
- [12] 崔冰慧,郑旭锐,叶天士“久病入络”学术思想及络治法探析[J].中医学报,2020,35(1):59-62.
- [13] 梁繁荣,王华.针灸学[M].北京:中国中医药出版社,2016:233-234.
- [14] 方臻臻,郑寒丹,黄艳,等.古代文献中胃肠道疾病相关性腹痛的灸法经脉腧穴应用规律[J].世界科学技术-中医药现代化,2018,20(5):762-767.
- [15] 孙泽辉.穴位注射治疗急性腹痛[J].中国民间疗法,2008,16(6):10-10.
- [16] 黄正国.穴位注射维生素 K₃ 治疗急性腹痛 247 例[J].中国针灸,2002,22(6):394-394.
- [17] 张搏,张亚冰.阿托品穴位注射治疗急性阑尾炎腹痛 48 例[J].中国中医急症,2011,20(6):593-593.
- [18] 王秀娟.穴位注射 654-2 治疗急性腹泻腹痛的观察及护理[J].实用中西医结合临床,2007,7(4):78-78.
- [19] 宋年.中药穴位贴敷联合耳穴埋籽缓解克罗恩病人腹痛的效果观察[J].全科护理,2017,15(24):2984-2985.
- [20] 刘亚婷.温中健脾膏穴位敷贴治疗腹痛临床效果观察[J].光明中医,2020,35(4):534-535.
- [21] 赵亮,张尚华.理肠止痛贴脐膏联合中药口服及烫熨治疗功能性腹痛综合征 53 例总结[J].湖南中医杂志,2016,32(4):13-14.
- [22] 涂秋琼,谭利平,吴丽辉.中药烫熨治疗腹痛的护理效果观察[J].四川中医,2016,34(11):202-204.
- [23] 叶秋菊.加味芍甘散热熨治疗急性胃肠炎痉挛性腹痛疗效观察[J].世界最新医学信息文摘,2019,19(34):172-200.
- [24] 陆正华.推拿按摩治疗急性腹痛 35 例[J].河北中医,2003,25(12):929-929.
- [25] 张红宏.推拿背俞穴治疗腹痛 268 例体会[J].光明中医,2007,22(8):40-41.
- [26] 龚小琦.推拿大横穴治疗内科腹痛的临床观察[J].南方护理学报,2003,10(2):53-54.
- [27] 张声生,杨雪,赵鲁卿,等.清热除湿中药灌肠方治疗溃疡性结肠炎近期疗效的观察[J].中国中西医结合消化杂志,2017,25(6):401-405.
- [28] Hjermstad MJ, Fayers PM, Haugen DF, et al. Studies comparing Numerical Rating Scales, Verbal Rating Scales, and Visual Analogue Scales for assessment of pain intensity in adults: a systematic literature review [J]. J Pain Symptom Manage, 2011, 41(6):1073-1093.
- [29] 张声生,刘凤斌.脾胃病症状量化标准专家共识意见(2017)[J].中华中医药杂志,2017,32(8):3590-3596.
- [30] Grol LD, Vanner SJ, Depew WT, et al. The IBS-36: a new quality of life measure for irritable bowel syndrome[J]. Am J Gastroenterol, 2002, 97(4):962-971.
- [31] 潘以丰,蔡海荣,李志雄,等.中华生活质量量表应用于肠易激综合征的信度与效度评价[J].山东中医杂志,2019,38(3):233-236.
- [32] 刘凤斌,李培武.中医脾胃系疾病 PRO 量表在中医药辨证论治功能性胃肠病疗效评价中的应用初探[C]//中华中医药学会脾胃病分会.中华中医药学会第二十二届全国脾胃病学术交流会暨 2010 年脾胃病诊疗新进展学习班论文汇编.广州中医药大学第一附属医院,2010.
- [33] 朱明玲.Zung 焦虑抑郁自评量表对消化内科门诊患者焦虑抑郁的相关分析[J].中西医结合心血管病杂志,2018,6(25):15-16.

(收稿日期:2024-06-26)