

DOI: 10.13288/j.11-2166/r.2017.11.022

标准与规范

脾胃湿热证中医诊疗专家共识意见 (2017)

中华中医药学会脾胃病分会

1 概述

脾胃湿热是中医脾胃理论的重要内容,脾胃湿热证是临床常见的脾胃实证。元代朱丹溪指出“六气之中,湿热为病,十居八九”,流行病学调查发现湿热证在普通人群中患病率为 10.55%^[1]。脾胃湿热证涉及中医学 7 个系统的 43 种内科疾病,以脾胃病占首位;涉及西医学 11 个系统 72 种内科疾病,消化系统疾病占第一位^[2]。脾胃湿热证是指湿热内蕴,中焦气机升降失常,脾湿胃热互相郁蒸所致的一种病证^[3]。因湿热内蕴,脾胃失运,以脘腹痞胀,呕恶纳呆,肢体困重,便溏不爽,或面目发黄,或身热不扬,汗出热不解,渴不多饮,舌红苔黄腻,脉滑数等为常见症的证候。脾胃同居中焦,湿热外侵或湿热内生,首先阻滞中焦脾胃气机,故又称湿热中阻证或中焦湿热证^[4]。

1.1 脾胃湿热证诊断标准的变迁

脾胃湿热证诊断标准基本采用病证结合的诊断模式,不同疾病的脾胃湿热证诊断标准其主要症状、次要症状和诊断判定形式不尽相同。1992 年福建省脾胃病学研究会制订了脾胃湿热证的诊断标准^[5],1993 年原国家卫生部发布湿热蕴脾证的诊断标准^[6],2002 年广州中医药大学脾胃研究所建立了慢性浅表性胃炎脾胃湿热证诊断标准^[7],2002 年出版的《中药新药临床研究指导原则(试行)》中也有湿热蕴脾证诊断标准^[8]。

1.2 脾胃湿热证的研究现状

中医学对脾胃湿热证有丰富的理论及诊疗经验,但仍局限在一法一方的应用及个人的经验,缺

乏大样本、多中心、随机对照的临床研究,故循证医学的证据级别相对较低。病证结合模式的脾胃湿热证现代研究表明,脾胃湿热证与炎症,尤其与活动性炎症关系密切;胃黏膜局部炎症因子增强,保护因子减弱,胃泌素水平可能升高;脾胃湿热证存在组织细胞物质能量代谢的亢进状态及胃肠道、舌苔微生态失衡;脾胃湿热证还存在免疫异常、胃肠动力障碍^[9-17]。近年来,随着脾胃湿热证中医研究的进展,有必要对中医诊疗共识意见进行总结,以满足临床诊治和科研的需要。

中华中医药学会脾胃病分会于 2014 年 8 月在合肥牵头成立了《脾胃湿热证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理,广泛搜集循证资料,并先后组织国内脾胃病专家就脾胃湿热证的证候分类、辨证治疗、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,之后按照国际通行的德尔菲法进行了 3 轮投票。2015 年 8 月,在重庆进行了第一次投票,起草小组根据专家意见对本共识意见进行了修改。2015 年 12 月,在北京进行了第二次投票。2016 年 6 月,中华中医药学会脾胃病分会在厦门召开核心专家审稿会,来自全国各地的 20 余名脾胃病学知名专家对本共识意见(草案)进行了第三次投票,并进行了充分的讨论和修改。2016 年 7 月在哈尔滨第 28 届全国脾胃病学术会议上专家再次进行了讨论、修改和审定,并于 2016 年 9 月在北京召开了专家定稿会议,完成了本共识意见(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)。现将全文公布如下,供国内外同道参考,并冀在应用中不断完善。

基金项目:北京市医院管理局重点医学专业发展计划-重点医学专业(中医脾胃病):ZYLX201411

通讯作者:1)张声生,首都医科大学附属北京中医医院消化中心,邮箱:zhss2000@163.com;2)黄恒青,福建中医药大学附属第二人民医院消化内科,邮箱:hq54cn@163.com

2 病因病机^[18-21]

2.1 病因

脾胃湿热证的病因包括内因和外因两个方面,外因为湿热邪气、气候变化、环境因素,内因为饮食不节、劳倦过度、情志不畅、脾胃虚弱、药物所伤。

2.2 病机

内外合邪、脾失健运、水湿内停、湿聚化热、湿热中阻、运化失常、升降失司是脾胃湿热证的主要病机特点。湿热壅遏,最易滞塞气机,气机一旦受阻,气化失司则停痰留饮;气滞则血行不畅,瘀血内生;湿热困阻脾胃,脾胃功能呆钝,往往容易形成饮食积滞。湿热盘踞中焦脾胃,但可上蒸扰窍、蒙神、熏肺;旁达肝胆、筋节、肌肤;下注膀胱、前后阴、女子胞。脾胃湿热可因人体阳气旺而偏热重、阴气盛而湿偏重,还可热化、寒化,甚至耗气、伤阳、损阴、亏血。

3 诊断标准

3.1 证候诊断标准^[4,22]

3.1.1 湿热并重 主症: 1) 脘腹胀闷; 2) 食少纳呆; 3) 便溏不爽。次症: 1) 肢体困重; 2) 身热不扬; 3) 口渴少饮; 4) 恶心欲呕。舌脉: 舌质红,苔黄腻;脉濡数。

3.1.2 湿重于热 主症: 1) 脘腹胀闷; 2) 头身重痛。次症: 1) 便溏不爽; 2) 恶心欲呕; 3) 身热不扬; 4) 口黏不渴。舌脉: 舌质淡红,苔白腻微黄;脉滑或濡略数。

3.1.3 热重于湿 主症: 1) 脘腹胀满; 2) 口干,口苦; 3) 大便干结或便溏臭秽。次症: 1) 心烦多梦; 2) 恶心欲呕; 3) 小便短赤。舌脉: 舌质红,苔黄腻偏干;脉滑数。

证候诊断: 主症 2 项,次症 2 项,舌象必备,即可诊断。

3.2 主要症状、体征量化分级^[4]

见表 1。

3.3 涉及西医疾病的诊断标准

脾胃湿热证临床多见于消化系统疾病,其西医疾病的诊断需按照该疾病国内外公认的相应西医诊断标准。

3.4 辅助诊断参考指标^[8-17]

1) 与活动性炎症关系密切;胃黏膜局部炎症因子增强,保护因子减弱。2) 存在组织细胞物质能量代谢的亢进状态。3) 胃泌素水平可能升高。4) 胃肠道、舌苔微生态失衡。此外,也有研究提示脾胃湿热证存在免疫异常、胃肠动力障碍,但研究结果不尽相同。

4 临床治疗^[23-25]

脾胃湿热证的治则是清热祛湿、调理脾胃。湿热内蕴,中焦气机升降失常,脾湿胃热互相郁蒸,单纯苦寒清热则湿不化,苦温燥湿则热易炽。因此,清热与祛湿合用,同时调理脾胃,以通达气机。

4.1 辨证论治

4.1.1 湿热并重 治法: 化湿清热。主方: 1) 连朴饮(《霍乱论》)。2) 黄芩滑石汤(《温病条辨》)。药物: 1) 厚朴、黄连、石菖蒲、制半夏、淡豆豉、焦栀子、芦根。2) 黄芩、滑石、茯苓皮、大腹皮、白薏仁、通草、猪苓。

4.1.2 湿重于热 治法: 宣气化湿。主方: 1) 三仁汤(《温病条辨》)。2) 藿朴夏苓汤(《医原》)。药物: 1) 杏仁、滑石、白通草、白薏仁、竹叶、厚朴、薏苡仁、半夏。2) 藿香、半夏、赤

表 1 脾胃湿热证症状、体征量化分级评分表

症状	轻度(1分)	中度(2分)	重度(3分)
脘腹胀满	>3天发作1次,时作时止;1小时内可缓解,轻微胀满,不影响工作及生活,不需要药物干预可自行缓解	2~3天发作1次,1~4小时内可缓解,胀满较重,有难受感但可忍,影响工作及生活,需要药物干预才能缓解	每天发作,>4小时才能缓解,甚至一整天不能缓解,胀满极重,难以忍受,甚至无法弯腰,严重影响工作及生活,常规用药后部分缓解甚至不能缓解
口渴少饮	偶觉口渴,可不饮水	有时觉口渴,但不思饮水	整日口渴明显,但不思饮水
食少纳呆	食欲欠佳,但基本保持原食量	食欲减退,食量减少1/3	不思饮食,食量减少1/2以上
便溏不爽	大便稀溏,每日1~2次,便下有涩滞感,排出欠爽,排便时间稍有延长	大便稀溏,每日3~4次,便下涩滞,欲排难出,排便时间明显延长	大便溏泄,每日4次以上,便下涩滞,甚难排出,排便时间成倍延长
肢体困重	肢体发重,有困束感,活动乏力	肢体重滞,困束感明显,活动费力	肢体困重,活动极感费力
身热不扬	自觉发热,按之稍热	全身发热,按之较热	全身烘热,按之烫手
恶心欲呕	>3天发作1次,时作时止,1小时内可缓解	2~3天发作1次,发作频繁,1~3小时内可缓解	每天发作,>3小时才缓解甚至一整天不能缓解
黄腻苔	薄黄腻或白腻微黄	全舌黄腻	全舌黄厚腻

茯苓、杏仁、薏苡仁、白蔻仁、猪苓、泽泻、淡豆豉、厚朴。

4.1.3 热重于湿 治法: 清热化湿。主方: 1) 清中汤(《古今医彻》)。2) 甘露消毒丹(《医效秘传》)。药物: 1) 黄连、山栀、陈皮、茯苓、半夏、草豆蔻、甘草。2) 滑石、黄芩、茵陈、石菖蒲、川贝母、木通、藿香、连翘、白豆蔻、薄荷、射干。

4.2 常用中成药

4.2.1 三九胃泰颗粒 清热燥湿, 行气活血, 柔肝止痛。用于湿热内蕴、气滞血瘀所致的胃痛。

4.2.2 枫蓼肠胃康颗粒 清热除湿化滞。用于急性胃肠炎, 属伤食泄泻型及湿热泄泻型者, 亦可用于食滞胃痛。

4.2.3 香连丸 清热燥湿, 行气止痛。用于泄泻腹痛, 便黄而黏。

4.2.4 克痢痧胶囊 具有解毒辟秽, 理气止泻功效。用于泄泻, 痢疾和痧气(中暑)。不宜久服, 中病即止。

5 疗效评定

5.1 脾胃湿热证主要症状疗效评价

对脘腹胀满、口渴少饮、食少纳呆、便溏不爽等主要症状的记录和评价。

5.1.1 主要症状单项记录 分为 0、Ⅰ、Ⅱ、Ⅲ共 4 级。0 级: 没有症状, 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。

5.1.2 主要症状单项评价 单项主要症状的评价分为临床痊愈、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。

5.2 脾胃湿热证证候疗效评价标准^[1]

计算公式(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%。

1) 临床痊愈: 用药前、服药后, 症状和体征明显改善, 疗效指数 ≥ 95%; 2) 显效: 服药后, 症状和体征明显改善, 70% ≤ 疗效指数 < 95%; 3) 有效: 服药后, 症状和体征有改善, 30% ≤ 疗效指数 < 70%; 4) 无效: 服药后, 症状和体征无明显减轻或加重者, 疗效指数 < 30%。

6 预防调摄^[2]

脾胃湿热证者饮食原则为饮食有节, 应选择低

脂清淡饮食。忌油腻、甜黏、冷硬、煎炸、辛辣、温补之食物, 应戒除烟酒, 以防损伤脾胃、助长湿热、加重病情。证情缓解, 食欲渐增, 仍应控制饮食, 防止因为进食不当而导致食复。可辅以清热祛湿食物, 如薏苡仁、黄瓜、冬瓜、丝瓜、苦瓜、西瓜、红豆、绿豆等, 但清热利湿之品性多寒凉, 应视体质食用, 不可过量。

脾胃湿热证者应起居有常、劳逸结合, 避免久居湿地、淋雨、涉水、熬夜及过度劳累。应坚持体育锻炼, 如太极拳、八段锦、慢跑、散步等。

应保持乐观心态, 避免不良情绪。忧思属致病内因之一, 《素问》曰“思伤脾”, “思则气结…思则心有所存, 神有所归, 正气留而不行, 故气结矣”。

项目负责人: 张声生

共识意见执笔人: 黄恒青、方文怡、李世琪

参与共识意见专家(按姓氏笔画排名): 丁霞、马群、王凤云、王邦才、王汝新、王垂杰、王春生、王宪波、王敏、牛兴东、叶松、田旭东、田耀洲、冯培民、朱生樑、朱莹、任顺平、刘力、刘友章、刘凤斌、刘华一、刘启泉、刘建设、刘绍能、刘德喜、齐玉珍、江宇泳、孙玉信、严光俊、苏娟萍、李军祥、李佃贵、李保双、李勇、李振华、李乾构、李培、李慧臻、杨胜兰、杨晋翔、杨翠兰、时昭红、吴耀南、何晓晖、余泽云、汪龙德、汶明琦、沈洪、张小萍、张声生、张磊、陈寿菲、陈苏宁、陈涤平、林寿宁、林瑜、金小晶、周正华、周强、郑昱、单兆伟、赵文霞、赵宇明、赵鲁卿、胡玲、查安生、钦丹萍、姜莉云、袁红霞、党中勤、徐进康、徐健众、唐旭东、唐志鹏、陶琳、黄明河、黄绍刚、黄贵华、黄恒青、黄穗平、梁超、董明国、舒劲、曾斌芳、谢胜、谢晶日、路广晁、蔡敏、潘洋、薛西林、魏玮。

参考文献

- [1] 李连成. 湿阻的流行病学调查 [J]. 中医杂志, 1992, 33(6): 44-45.
- [2] 杨春波, 黄可成, 肖丽春, 等. 脾胃湿热证的临床研究: 附 400 例资料分析 [J]. 中医杂志, 1994, 35(7): 425-427.
- [3] 邹积隆, 丛林, 杨振林. 简明中医病证辞典: 中医辞库 [M]. 上海: 上海科学技术出版社, 2005: 1261.
- [4] 国家技术监督局. GB/T16751.2-1997 中华人民共和国国家标准中医临床诊疗术语: 证候部分 [S]. 北京: 中国标准出版社, 1997.
- [5] 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:

104-105.

- [6] 劳绍贤,周正,林文良,等. 建立慢性浅表性胃炎脾胃湿热证诊断标准的探讨 [J]. 广州中医药大学学报, 2004, 21(5): 365-368.
- [7] 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: 371-372.
- [8] 王长洪,陆宇平,王立新,等. 1052 例胃炎中医证型与胃镜 Hp 感染及舌苔炎细胞关系的对比观察 [J]. 中医药学刊, 2004, 22(8): 1396.
- [9] 冯春霞,劳绍贤,黄志新,等. 慢性浅表性胃炎脾胃湿热证胃黏膜病理、幽门螺杆菌感染及胃黏膜分泌特点 [J]. 广州中医药大学学报, 2003, 20(3): 87.
- [10] 马剑颖,胡玲,劳绍贤. 慢性浅表性胃炎脾胃湿热证与热休克蛋白 70 表达的关系 [J]. 中国中西医结合消化杂志, 2009, 17(4): 239-241.
- [11] 崔娜娟,胡玲,劳绍贤. 慢性胃炎脾胃湿热证与核因子- κ B mRNA、热休克蛋白 70 mRNA 关系的研究 [J]. 中国中西医结合杂志, 2010, 30(1): 18-21.
- [12] 祁建生,杨春波,汪碧萍,等. 慢性胃炎脾胃湿热证红细胞 $\text{Na}^+ \text{K}^+ \text{ATPase}$ 与血清 DBHase 关系探讨 [J]. 新中医, 2001, 33(10): 30-31.
- [13] 陆敏,赵卡冰,沈洪,等. 幽门螺杆菌相关性慢性胃炎中医辨证分型与胃泌素的关系 [J]. 中国中西医结合消化杂志, 2004, 12(1): 21.
- [14] 郭彦清,姚树坤,范海燕,等. 清热化湿方药对以消化不良为主要表现的脾胃湿热证患者血清胃肠激素及细胞因子的影响 [J]. 中国中医基础医学杂志, 2004, 10(1): 63.

- [5] 江月斐,劳绍贤,邝枣园,等. 腹泻型肠易激综合征脾胃湿热证与脾气虚证肠道微生态初步研究 [J]. 福建中医学院学报, 2005, 15(2): 1-3.
- [6] 江月斐,劳绍贤,邝枣园,等. 腹泻型肠易激综合征脾胃湿热证舌苔微生态的初步研究 [J]. 陕西中医学院学报, 2005, 28(2): 5-8.
- [7] 陆宇平,王长洪. 慢性胃病脾胃湿热证研究进展 [J]. 中国中西医结合消化杂志, 2005, 13(3): 207-209.
- [8] 朱文锋. 中医诊断学 [M]. 北京: 中国中医药出版社, 2008: 184.
- [9] 劳绍贤,胡玲. 脾胃湿热证研究概要 [J]. 北京中医药大学学报, 2008, 25(1): 5-8.
- [10] 吕冠华,劳绍贤. 脾胃湿热证病因病机及疾病分布规律浅探 [J]. 国医论坛, 2005, 20(1): 15-16.
- [11] 郭立中,刘琴,皇玲玲,等. 周仲瑛从湿热论治疑难杂病经验 [J]. 中医杂志, 2008, 49(7): 971-973.
- [12] 冯雪梅. 温病湿热证证候规范化研究 [J]. 广州: 广州中医药大学, 2007: 1-3.
- [13] 杨春波. 脾胃湿热理论的形成及临床应用 [J]. 福建中医药大学学报, 2010, 20(5): 1-5.
- [14] 吴娟,田德禄. 慢性胃炎脾胃湿热证证治探讨 [J]. 中医研究, 2007, 20(5): 7-9.
- [15] 周正,黄志新,劳绍贤. 劳绍贤教授治疗脾胃湿热证经验介绍 [J]. 新中医, 2003, 35(6): 12.
- [16] 刘景源. 刘景源温病学讲稿 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2011: 246-247.

(收稿日期: 2017-03-20; 修回日期: 2017-04-10)

编辑: 焦爽

(上接第 983 页)

之症,并解释了半身不遂、周身不利与口眼歪斜的病因病机,同时论述了中风重症多因血瘀滞于上,脑气筋朽坏。治法上提出了“镇肝、熄风、养水”的大法,用药也以生地黄、熟地黄、麦冬、天冬、枸杞子、菊花、胡麻仁、桑叶、何首乌、柏子仁、蒺藜、天花粉、虎骨、竹沥等为主。

6 总结

脑气筋作为一个解剖概念,根源于中医理论,同时借鉴了西医神经解剖学的相关理论。在分布、数量和功能上皆与西医神经解剖学之脑神经十分接近。清代晚期之后的医家融合中西医理论,从脏腑气血角度论证脑气筋的功能,根据中医理论将中风(厥证)的病因与脑气筋受伤相联系,并提出相关的治疗方法和药物使用原则,同时佐以相关医案论证。

自清代后期以来,西学东渐,西方的科学技术理论对中医也产生了巨大的影响。对于诸如脑气

筋之类的借鉴当时的西医学理论,但以中医理论阐释的名词概念的研究,对于今天中医学的发展亦有裨益。

参考文献

- [1] 郭荣丽. “以太”在汉语语境下的双重性悖谬《仁学》中“以太”性质辨析 [J]. 哈尔滨学院学报(社会科学), 2003, 24(1): 21-25.
- [2] 蔡尚思,方行. 谭嗣同全集增订本: 下 [M]. 北京: 中华书局, 1981.
- [3] 裘庆元. 三三医书: 第 3 集 [M]. 北京: 中国中医药出版社, 1998.
- [4] 张锡纯. 医学衷中参西录 [M]. 刘观涛,点校. 北京: 学苑出版社, 2007.
- [5] 唐容川. 中西汇通医经精义 [M]. 太原: 山西科学技术出版社, 2013: 31.
- [6] 张士骧. 三七类中秘旨 [M] // 上海中医学院中医文献研究所. 历代中医珍本集成. 上海: 上海三联书店, 1990.

(收稿日期: 2017-01-13; 修回日期: 2017-02-25)

编辑: 黄健