DOI：10. 13288/j. 11-2166/r. 2024. 18. 017

标准与规范

肠易激综合征中医诊疗专家共识（2024）

中华中医药学会脾胃病分会

肠易激综合征（irritable bowel syndrome，IBS）是一种常见的功能性肠病，表现为反复发作的腹痛，与排便相关或伴有排便习惯改变。典型的排便习惯异常可表现为便秘、腹泻，或便秘与腹泻交替，同时可有腹胀/腹部膨胀的症状[1]。因研究人群、调查方法和诊断标准不同，我国关于IBS患病率的研究报道差异较大。综合各项流行病学调查结果，我国普通人群IBS总体患病率为1. 4%[2]~11. 5%[3]，以30~59岁人群多发，女性患病率略高于男性[4]。目前认为各种因素引起的“脑-肠轴”失调导致相应病理生理机制的改变可能是产生IBS症状的关键，其他因素包括胃肠道动力改变、肠黏膜通透性增加、免疫激活及肠道微生态改变等[5]。IBS的治疗目标是改善症状、提高患者的生存质量，主要治疗要点和方法包括维持良好的医患关系、调整生活方式和饮食习惯、接受药物及心理行为治疗等[1]。尽管IBS是一种良性疾病，但其症状反复发作，严重影响患者的生活质量。中华中医药学会脾胃病分会于2017年发布了《肠易激综合征中医诊疗专家共识意见（2017）》[6]。近年来，随着中医学对IBS研究的深入，有必要对中医诊疗共识意见进行更新，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2020年11月在北京牵头成立了IBS中医诊疗专家共识起草小组。小组成员依据循证医学理念，广泛搜集证据资料，参考国内外共识制定方法，并先后组织国内脾胃病专家就IBS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。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：国家自然科学基金（82074420，81830118）；国家中医药传承创新团队项目（ZYYCXTD-C-202010）；中国中医科学院眼科医院高水平中医医院课题（GSP5-17）

1 概述

1.1 西医诊断

1.1.1 临床表现 IBS的典型症状根据其分型的不同，主要包括腹痛、腹泻、便秘等。可合并烧心、上腹痛、早饱、恶心、餐后饱胀等上消化道症状[7]，也可伴有疲倦、头痛、胸闷、潮热、心悸、背痛、尿频、尿急、性欲减低等胃肠外症状[8]。部分患者伴有焦虑、抑郁、睡眠障碍等精神心理异常[9]。临床检查多无明显阳性体征。

1.1.2 诊断标准 IBS西医诊断标准（罗马Ⅳ标准）[1]：反复发作的腹痛，近3个月内平均发作至少每周1日，伴有以下至少2项：1）与排便相关；2）伴有排便频率的改变；3）伴有粪便性状（外观）改变。相关症状出现至少6个月，且近3个月符合以上诊断标准。

《2020年中国肠易激综合征专家共识意见》[10]将IBS定义为：以腹痛、腹胀或腹部不适为主要症状，与排便相关或伴随排便习惯如频率和（或）粪便性状改变，通过临床常规检查，尚无法发现能解释这些症状的器质性疾病。其在概念中保留了腹胀、腹部不适症状，可供临床参考。IBS在国际疾病分类第十一次修订本(ICD-11)的编码为DD91. 0[11]。

1.1.3 亚型分类标准 根据患者粪便性状的不同，使用Bristol粪便性状量表[12]将IBS分为四种亚型，分别是IBS腹泻型（IBS with predominant diarrhea，IBS-D）、IBS便秘型（IBS with predominant constipation，IBS-C）、IBS混合型（IBS with mixed bowel habits，IBS-M）、IBS不定型（IBS unclassified，IBS-U）。1）IBS-D：＞1/4（25%）的排便为Bristol粪便性状6型或7型，且＜1/4（25%）的排便为Bristol粪便性

状1型或2型；2）IBS-C：＞1/4（25%）的排便为Bristol粪便性状1型或2型，且＜1/4（25%）的排便为Bristol粪便性状6型或7型；3）IBS-M：＞1/4（25%）的排便为Bristol粪便性状1型或2型，且＞1/4（25%）的排便为Bristol粪便性状6型或7型；4）IBS-U：患者符合IBS的诊断标准，但其排便习惯无法准确归入以上3型中的任何一型，故称为不定型。

IBS亚型应基于患者排便异常期间内的Bristol粪便性状分类，当患者每个月至少有4日排便异常时IBS亚型分类更准确。此外，与异常排便习惯相关的亚型（IBS-C、IBS-D和IBS-M），评定时患者应停用针对排便异常的药物。

1.1.4 报警征象 在IBS的诊断中，对有报警征象的患者要有针对性地选择检查以排除器质性疾病。《2020年中国肠易激综合征专家共识意见》[10]提出IBS的报警征象包括：年龄＞40岁、便血、粪便隐血试验阳性、夜间排便、贫血、腹部包块、腹水、发热、非刻意体重减轻、结直肠癌、IBD家族史。

1.1.5 诊断思路 IBS的诊断应基于以下4个主要方面进行：1）临床病史；2）体格检查；3）最少限度的实验室检查；4）结肠镜检查或其他适当检查（有临床指征时方进行）。

因为多种疾病症状与IBS类似（如炎症性肠病、乳糜泻、乳糖不耐受和显微镜下结肠炎），必要时需要通过适当的实验室检查来准确鉴别这些疾病。

1.2 中医学范畴

IBS中医病名根据当前主要症状的不同，可参考“腹痛”“泄泻”“便秘”等疾病的治疗。其中以腹痛、腹部不适为主症者，属于中医学“腹痛”范畴；以大便粪质清稀为主症者，属于中医学“泄泻”范畴；以排便困难、粪便干结为主症者，属于中医学“便秘”范畴。

2 病因病机

2.1 病因与发病

IBS的致病因素有饮食所伤、情志失调、感受外邪以及先天禀赋不足、脏腑虚弱等[13]。饮食不节、饥饱失常，或进食寒凉、炙煿食物，或饮食不洁，可损伤脾胃，导致气机失调；忧思恼怒，肝气失疏或肝火犯胃，使气机升降失司；感受风、寒、湿、热之邪，外邪侵袭或引动内邪，脾胃运化失常；先天禀赋不足，脾胃虚弱，脏腑失养。上述因素均可导致脾胃气机不利，表现为“不通则痛”或“不荣则痛”，或兼腹泻，或兼便秘等IBS症状。

2.2 病位

IBS的病位在肠，其发病主要与肝、脾（胃）、肾等脏腑密切相关，与心、肺亦有一定关系[14]。

2.3 病机要点

肝失疏泄、脾胃失和是IBS基本病机。肝气郁滞不通，疏泄不及，则脾胃升降之气壅阻中焦，阻塞不畅，发为腹痛。肝郁脾虚是IBS-D的主要病机，肝失条达，脾虚失运，水湿并走肠道而发泄泻；或病久及肾，导致脾肾两虚、虚实夹杂，使疾病迁延难愈。IBS-C病机为肝失疏泄，肠道传导失司；肝气失疏，气机郁滞，大肠传导受阻则致大便排出不畅；或肠道实热，热盛阴伤，肠失濡润，通降失司；或年老体弱，久病及肾，或兼肺气不足，推动无力，导致便秘。IBS-M常表现为寒热错杂，寒偏盛时易腹泻，热偏盛时多便秘。

3 辨证分型

3.1 IBS-D

3.1.1 肝郁脾虚证 中医病证分类与代码：B04.06.02.03.01.02[11]。

主症：1）腹痛即泻，泻后痛减；2）发作与情绪变化有关。次症：1）胸胁胀闷；2）嗳气食少；3）身倦乏力。舌脉：舌淡胖或有齿痕，苔薄白；脉弦。

3.1.2 脾虚湿盛证 中医病证分类与代码：B04.03.01.03.04.05.02[11]。

主症：1）餐后大便溏泻；2）腹痛肠鸣。次症：1）劳累或受凉后发作或加重；2）神疲倦怠；3）纳差。舌脉：舌淡边有齿痕，苔白腻；脉虚弱。

3.1.3 脾肾阳虚证 中医病证分类与代码：B04.06.03.05.01.05[11]。

主症：1）黎明前脐腹作痛，肠鸣即泻；2）腹部冷痛，得温痛减。次症：1）腰膝酸软；2）大便或有不消化食物；3）形寒肢冷。舌脉：舌淡胖，苔白滑；脉沉弱。

3.1.4 大肠湿热证 中医病证分类与代码：B04.04.02.02.04.03[11]。

主症：1）腹痛即泻，泻下急迫或泻而不爽；2）大便气味臭秽，肛门灼热。次症：1）脘腹不舒；2）烦热口渴或渴不欲饮；3）口干口黏。舌脉：舌红，苔黄腻；脉濡数或滑数。

3.2 IBS-C

3.2.1 肝郁气滞证 中医病证分类与代码：B04.02.01.04.01.01.02[11]。

主症：1）大便干结，或不甚干结，欲便而不得出；2）胸胁痞满胀痛。次症：1）肠鸣矢气；2）嗳气频作；3）情绪不畅时症状明显。舌脉：舌质淡，苔薄白；脉弦。

3.2.2 大肠燥热证 中医病证分类与代码：暂无。

主症：1）大便干结，数日一行；2）腹胀腹痛，按之明显。次症：1）口干口臭；2）面红心烦；3）小便短赤。舌脉：舌质红，苔黄少津；脉滑数。

3.2.3 阴虚肠燥证 中医病证分类与代码：B03.03.03.02.01[11]。

主症：1）大便硬结难下，如羊屎状；2）少腹疼痛或按之胀痛。次症：1）口干；2）形体消瘦；3）潮热盗汗。舌脉：舌红少苔；脉细数。

3.2.4 脾肾阳虚证 中医病证分类与代码：B04.06.03.05.01.05[11]。

主症：1）大便干或不干，排出困难；2）腹中冷痛，得热则减。次症：1）小便清长或不利；2）四肢不温；3）面色㿠白。舌脉：舌淡苔白；脉沉迟。

3.2.5 肺脾气虚证 中医病证分类与代码：B04.06.04.03.03.01[11]。

主症：1）大便干或不干，虽有便意，但排便困难；2）用力努挣则汗出短气。次症：1）面白神疲；2）肢倦懒言；3）便后乏力。舌脉：舌淡苔白；脉弱。

3.3 IBS-M

寒热错杂证

中医病证分类与代码：B01.10[11]。

主症：1）腹痛伴排便，腹泻便秘交作；2）便前腹痛，便后减轻；3）腹胀或肠鸣。次症：1）口苦或口臭；2）肛门下坠；3）排便不爽。舌脉：舌暗红，苔白腻；脉弦细或弦滑。

以上各分类证型具备主症 2 项，加次症 2 项，参考舌脉即可诊断证型。

4 临床治疗

4.1 治疗目标与原则

IBS 的治疗应当遵循辨证论治的原则，根据 IBS-D、IBS-C、IBS-M 及 IBS-U 患者的不同临床表现，进行个体化治疗。治疗目标是消除患者的顾虑，缓解症状，减少发作频率，减轻发作程度，提高患者的生存质量。

4.2 辨证论治

4.2.1 IBS-D

4.2.1.1 肝郁脾虚证

治法：抑肝扶脾。主方：痛泻要方加减。药物组成：麸炒白术 9~12 g、白芍 12~15 g、防风 6~9 g、陈皮 6~9 g 等。

加减：若肝郁气滞，胸胁脘腹痛甚者，加北柴胡 6~9 g、延胡索 6~9 g、香附 6~9 g 疏肝理气；脾虚明显，神疲食少者，加黄芪 15~30 g、党参 12~15 g、茯苓 12~15 g 健脾益气；久泻不止者，加乌梅 6~12 g、五倍子 3~6 g、诃子 6~9 g 涩肠止泻。

中成药：痛泻宁颗粒，每次 1 袋（5 g/袋）口服，每日 3 次。气滞胃痛颗粒，每次 1 袋（5 g/袋）口服，每日 3 次；气滞胃痛片，每次 6 片（0.25 g/片）口服，每日 3 次。

4.2.1.2 脾虚湿盛证

治法：健脾化湿。主方：参苓白术散加减。药物组成：党参 12~15 g、麸炒白术 9~12 g、茯苓 12~15 g、莲子肉 6~9 g、薏苡仁 12~15 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：若腹中冷痛，手足不温者，加吴茱萸 3~6 g、肉桂 3~5 g 以温中散寒止泻；若湿邪偏重，肠鸣腹满、小便不利者，加泽泻 3~6 g、猪苓 6~12 g 等淡渗利湿；若脾气虚衰，少气懒言、神疲乏力者，加黄芪 15~30 g 等健脾益气。

中成药：人参健脾片，每次 4 片（0.25 g/片）口服，每日 2 次；人参健脾丸，每次 2 丸（6 g/丸）口服，每日 2 次。参苓白术颗粒，每次 1 袋（6 g/袋）口服，每日 3 次。

4.2.1.3 脾肾阳虚证

治法：温补脾肾。主方：附子理中丸合四神丸加减。药物组成：炮附片 6~9 g（先煎）、党参 12~15 g、麸炒白术 9~12 g、干姜 6~9 g、五味子 3~6 g、补骨脂 6~9 g、肉豆蔻 6~9 g、吴茱萸 3 g、炙甘草 6~9 g 等。

加减：若肾阳虚衰明显者，加淫羊藿 9~15 g、肉桂 3~5 g 温肾助阳；内寒腹痛者，加花椒 3~6 g、小茴香 3~6 g 散寒止痛；若中气下陷，久泻不止、甚至滑脱者，加黄芪 15~30 g 以益气升清或合用补中益气汤。

中成药：四神丸，每次1袋（9 g/袋）口服，每日3次。固本益肠片，每次8片（0. 32 g/片）口服，每日3次。

4. 2. 1. 4 大肠湿热证

治法：清热利湿。主方：葛根芩连汤加减。药物组成：葛根12~15 g、黄芩6~9 g、黄连3 g、炙甘草6~9 g等。

加减：若伴口苦者加龙胆3~6 g、栀子6~9 g以清肝泻火；口干口渴者加用天花粉12~15 g、麦冬9~12 g、乌梅6~12 g养阴生津；若夹食滞，脘腹胀满者，加炒山楂12~15 g、炒神曲12~15 g、炒麦芽12~15 g消食导滞。

中成药：葛根芩连丸，每次1袋（3 g/袋）口服，每日3次。香连片，每次5片（0. 3 g/片）口服，每日3次。枫蓼肠胃康颗粒，每次1袋（8 g/袋）口服，每日3次。

4. 2. 2 IBS-C

4. 2. 2. 1 肝郁气滞证

治法：疏肝理气，行气导滞。主方：六磨汤加减。药物组成：沉香3 g（后下）、木香6 g、槟榔9 g、乌药6~9 g、枳实6~9 g、生大黄6~9 g（后下）等。

加减：若腹痛胀甚者，加北柴胡6~9 g、厚朴6~9 g疏肝理气；气郁化火，舌红苔黄者，加栀子6~9 g、郁金6~9 g、牡丹皮6~12 g清肝泻火；若精神抑郁、情绪不宁者，加合欢皮6~12 g、北柴胡6~9 g、白芍12~15 g疏肝解郁。

中成药：四磨汤口服液，每次2支（10 ml/支）口服，每日3次。

4. 2. 2. 2 大肠燥热证

治法：清肠泄热，润肠通便。主方：麻子仁丸加减。药物组成：火麻仁12~15 g、白芍12~15 g、枳实6~9 g、生大黄6~9 g（后下）、厚朴6~9 g、苦杏仁6~9 g、白蜜适量。

加减：若伴大便干结坚硬者，加芒硝6~10 g软坚通便；津伤明显，口干舌燥者，加北沙参6~9 g、麦冬9~12 g、生地黄12~15 g以滋阴生津；若兼郁怒伤肝，心烦失眠者，加牡丹皮6~12 g、瓜蒌12~15 g、决明子12~15 g以清肝通便。

中成药：麻仁润肠丸，每次1丸（6 g/丸）口服，每日2次。六味能消胶囊，每次2粒（0. 45 g/粒）口服，每日3次；六味能消丸，每次3～4丸（0. 3 g/丸）口服，每日2次。清肠通便胶囊，每次2~4粒（0. 3 g/粒）口服，每日2~3次。

4. 2. 2. 3 阴虚肠燥证

治法：滋阴泻热，润肠通便。主方：增液汤加减。药物组成：麦冬9~12 g、生地黄12~15 g、玄参12~15 g等。

加减：若伴口干面红、心烦盗汗者，加知母6~12 g、天冬6~12 g以养阴清热；胃阴不足，口渴纳减者，加石斛6~12 g、玉竹6~12 g滋养胃阴；便秘干结如羊屎状，加火麻仁12~15 g、瓜蒌仁12~15 g增强润肠之力。

中成药：滋阴润肠口服液，每次1~2支（10 ml/支）口服，每日2次。

4. 2. 2. 4 脾肾阳虚证

治法：温肾润肠通便。主方：济川煎加减。药物：当归9~12 g、牛膝6~9 g、肉苁蓉6~9 g、泽泻3~6 g、升麻3~6 g、枳壳6~9 g等。

加减：若伴神疲纳差者，加黄芪15~30 g、党参12~15 g补脾益气；腹中冷痛、排出不畅者，加肉桂3~5 g、白芍9~12 g温中散寒，缓急止痛。

中成药：芪蓉润肠口服液，每次1支（20 ml/支）口服，每日3次。

4. 2. 2. 5 肺脾气虚证

治法：补气润肠通便。主方：黄芪汤加减。药物：黄芪15~30 g、陈皮6~9 g、火麻仁12~15 g、白蜜适量。

加减：若气虚明显者，可加党参12~15 g、麸炒白术9~12 g补中益气；排便困难、腹部坠胀者，加升麻3~6 g、北柴胡6~9 g、党参12~15 g升提阳气；脘闷纳少者，加炒麦芽12~15 g、炒山楂12~15 g、枳壳6~9 g和胃消导。

中成药：补中益气颗粒，每次1袋（3 g/袋）口服，每日2或3次。

4. 2. 3 IBS-M

寒热错杂证

治法：平调寒热，益气温中。主方：乌梅丸加减。药物组成：乌梅6~12 g、细辛3 g、干姜6~9 g、黄连3 g、当归9~12 g、炮附片6~9 g（先煎）、花椒3~6 g、桂枝6~9 g、党参15~18 g、黄柏6~9 g等。

加减：若伴口苦者，加龙胆3~6 g、栀子6~9 g清肝利胆；便溏者，加白扁豆12~15 g、苍术6~9 g健脾燥湿；伴排便困难、腹胀者，加木香3~6 g、枳实6~9 g行气导滞。

中成药：乌梅丸，每次2丸（3 g/丸）口服，每日2或3次。

4.3 当代名家学术经验

4.3.1 周学文[15] 1）学术观点：脾虚湿盛、七情不畅是IBS-D的核心病机，脾虚为发病之本，也是反复发作、缠绵难愈的关键；治疗以健脾益气，理气化湿，涩肠止泻为基本治则。

2）用药心得：复方石榴皮煎剂（自拟方）加减。药物组成：黄芪、黄连、白术、白芍、茯苓、防风、木香、陈皮、石榴皮、甘草。

4.3.2 李佃贵[13] 1）学术观点：肝郁脾虚是IBS的基本病机，与浊毒密切相关。脾胃虚弱是其病理基础，“浊毒蕴结肠间”是致病关键，也是本病反复发作、难以治愈的主要原因；辨治应分清寒热、虚实、气血、急缓，化浊解毒应贯穿治疗始终。

2）用药心得：化浊解毒汤（自拟方）加减。药物组成：黄连、藿香、白花蛇舌草、茵陈、厚朴、全蝎、茯苓、陈皮、薏苡仁、石菖蒲、郁金、佩兰、莪术、三七粉。

4.3.3 单兆伟[16-17] 1）学术观点：IBS常为脾胃气机失调所致，IBS-D的病机多为脾虚肝郁、湿邪困脾，IBS-C的病机为胃失通降，大肠传导失司，燥化太过。

2）用药心得：IBS-D多从健脾渗湿、疏肝缓急进行论治，常选用参苓白术散合痛泻要方加减治疗。IBS-C治疗上以润肠通便、行气降浊为主，选用五仁丸（桃仁、苦杏仁、松子仁、柏子仁、郁李仁、陈皮）佐以降气行气药物治之。

4.4 西医诊疗进展概述

4.4.1 诊断方面 IBS的诊断主要基于患者的症状，症状诊断对IBS的诊断符合率可达86%[18]。一项消化专科门诊的调查显示，我国IBS患者困扰症状前三者依次为腹痛（35.8%）、腹部不适（21.1%）、腹胀（17.9%）[19]。罗马Ⅳ诊断标准更新后，仅将腹痛作为IBS的主要症状，而我国专家考虑到IBS临床诊断实际情况，提出仍应将腹胀、腹部不适均纳入IBS的定义中[10]。有研究[20]表明，在遵循罗马Ⅳ标准并使用有限的检查诊断IBS的实践中，仅有1%的患者漏诊了器质性胃肠道疾病。因此，对于IBS的诊断，并不是一定要进行排除性诊断，但是必须要重视警报征象，有选择地使用合适的检查手段进行器质性疾病的排查。

亚型的准确诊断可以指导治疗方法的选择。不同IBS亚型需进行鉴别的疾病谱有所差异[10]，IBS-D主要注意与炎症性肠病、肠道感染、肿瘤、乳糜泻、显微镜下结肠炎等疾病进行鉴别，IBS-C应注意与排便障碍性疾病进行鉴别。

国际上有共识提出在诊断IBS的同时应进行精神心理合并症评估以更好地指导下一步治疗[21]。

4.4.2 治疗方面 针对IBS不同的病理生理机制、患者症状表现轻重和是否合并心理负担，临床治疗策略也逐渐向个性化管理转变[22]。现代医学对IBS的治疗强调建立良好的医患关系，注重饮食和生活方式的调整。药物治疗方面主要以对症治疗为主，常用药物有解痉剂、止泻剂、胃肠动力剂、通便剂、不被肠道吸收的抗生素、肠道微生态制剂等[23-24]。对伴有明显焦虑或抑郁状态等合并精神心理症状的患者，可选择心理干预或应用神经递质调节剂如三环类抗抑郁药（TCA）和选择性5羟色胺再摄取抑制剂（SSRI）等[10]。目前治疗药物大多仍为单一靶向药物，无法全面改善IBS患者的临床症状和生活质量，未来仍需要在更多的高质量研究和临床实践经验中继续探索IBS更优的治疗策略。

4.5 难点问题分析及中医药优势

IBS临床分为4个亚型，以IBS-D最为常见，也是目前研究最多的亚型。对于IBS，突出的问题是如何维持症状的长期缓解，以达到治愈疾病的目的。中医药在IBS领域与现代医学基本同步，有着多年的研究积累。从现有证据来看，无论是短期的单一症状改善，如腹痛、腹泻、便秘等，还是维持疾病的缓解，中医药辨证论治或围绕IBS核心病机进行化裁的固定方都表现出了一定的特色和优势。

4.6 其他治法

针灸是中药、中成药之外最常见的IBS治疗方法，在控制和减轻IBS症状方面具有一定的作用。腹泻患者常用穴有足三里、天枢、三阴交等，实证用泻法，虚证用补法。脾胃虚弱者加脾俞、章门；脾肾阳虚者加肾俞、命门、关元，也可用灸法；肝气郁结者加肝俞、行间。便秘患者取穴以背俞穴、腹部募穴及下合穴为主，一般取大肠俞、天枢、支沟、丰隆等，实证用泻法，虚证用补法，寒证加灸。热秘者加合谷、曲池；气滞者加中脘、行间。

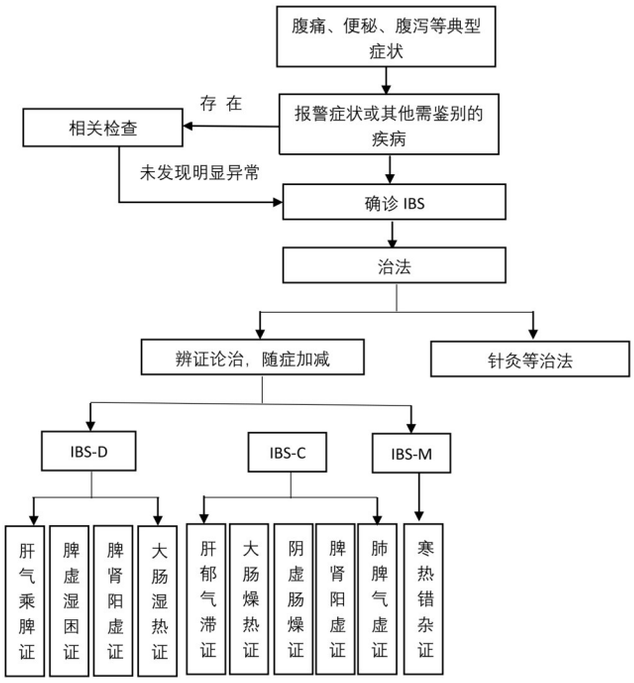
4.7 诊治流程图

IBS诊治流程参考图1。

5 疗效评定

5.1 主要疗效评价指标

参照《中药新药用于肠易激综合征临床研究技术指导原则》[25]的相关内容，现行的评价方式主要考虑两个方面：腹痛、排便异常。对IBS-D，主要



注：IBS，肠易激综合征；IBS-D，腹泻型肠易激综合征；IBS-C，便秘型肠易激综合征；IBS-M，混合型肠易激综合征。

图 1 肠易激综合征中医诊疗流程图

Figure 1 Flowchart of diagnosis and treatment of irritable bowel syndrome with traditional Chinese medicine

考虑腹痛与排便性状的改善（推荐使用Bristol粪便性状量表[12]）；对于IBS-C，主要考虑腹痛与排便频率（每周的完全自主排便次数）的改善。对于腹痛而言，推荐使用11等级（0~10分）的数字等级量表（NRS），由患者对“过去24 h内最为严重的腹痛程度”进行评分。“有效”被定义为至少50%的观察期内满足以下疗效标准的患者。

5.1.1 IBS-D 可采用每周应答或每日应答。每周应答者定义：1）腹痛强度：过去24 h中最严重的腹痛评分，每周平均值比基线下降至少30%；2）粪便性状：每周至少有1次6型或7型粪便性状的天数较基线至少下降50%。每日应答者定义：1）腹痛强度：过去24 h中最严重的腹痛评分比基线至少下降30%；2）粪便性状：患者每次排便的性状型别小于5型或无排便。

5.1.2 IBS-C 应答者定义：1）腹痛强度：过去24 h中最严重的腹痛评分，每周平均值比基线下降至少30%；2）排便频率：每周完全自主排便次数比基线增加至少1次。

5.1.3 IBS-M、IBS-U或IBS-D与IBS-C的混合人群 应答者定义：1）如采用7分制量表则疗效整体评估最高有2级的改善，如采用5分制量表则最高有1级的改善；2）腹痛强度评分与基线相比至少改善30%。

大多数评估以每日的情况为依据，但排便频率改善标准则以每周的评估为准。“5.1.2”项的情况下应主要以每周应答率为基础进行评估。“5.1.1”项和“5.1.3”项的情况下也可以每日应答率为基础进行评估。

5.2 次要疗效评价指标

症状指标、二分类结果测量指标[26-27]、IBS症状严重程度量表（IBS symptom severity scale，IBS-SSS）[28]、中医证候评价[29]、生存质量评价[30-31]、心理测评[32-36]等，可结合临床试验药物的特点有针对性地选择使用。

6 中医药循证医学进展

采用规范的随机对照临床试验（RCT）对中医药治疗IBS的临床疗效进行评价是当前工作重点之一，目前在IBS的循证医学研究方面也取得了一定进展，对部分临床治疗方案或处方进行了验证。

6.1 中医辨证治疗

一项研究[37]采用多中心RCT对中医辨证治疗方案干预IBS-D的疗效进行观察，验证中医辨证治疗的有效性。研究共纳入患者360例，随机分为试验组与对照组，试验组采用中药辨证论治治疗，对照组采用匹维溴铵治疗，疗程均为4周。主要疗效评价指标采用IBS-SSS量表，次要疗效评价指标为IBS-D大便性状问卷（DSQ）。结果表明，试验组在IBS-SSS腹痛程度、排便满意度、生活干扰三个维度及IBS-SSS量表总积分方面优于对照组（$P<0.05$）；在DSQ方面，每天排便的最多次数、10天中排便急迫感的天数及大便性状的改善方面均优于对照组（$P<0.05$）。

6.2 专病专方

肠安Ⅰ号方：研究采用多中心、随机、双盲、安慰剂对照临床试验评价中药汤剂肠安Ⅰ号方治疗IBS-D的临床疗效及安全性。共纳入患者216例，试验组予肠安Ⅰ号方，每次1袋，150 ml/袋，每日3次；对照组予安慰剂，每次1袋，150 ml/袋，每日3次，疗程均为8周。主要疗效评价指标为IBS-SSS的积分变化、明显减轻（AR）应答率。结果表明，IBS-SSS积分两组间治疗后2、4、6、8周的积分较治疗前均下降，组间比较差异有统计学意义（$P<0.05$），试验组的疗效优于对照组；试验组AR应答率为59.6%，对照组应答率为35.5%，组间差异

有统计学意义（$P<0.05$）。次要疗效评价指标IBS生存质量量表（IBS-QOL）、医院焦虑与抑郁量表（HAD）在组间差异无统计学意义（$P>0.05$）。研究中未发现明确与临床试验药物相关的、有临床意义的不良事件和实验室检查指标异常[38]。

6.3 中成药

采用多中心、随机、双盲、阳性药物平行对照临床试验对痛泻宁颗粒治疗IBS-D的疗效及安全性开展上市后再评价。共纳入患者342例。试验组予以痛泻宁颗粒，每次1袋（5 g/袋），每日3次；匹维溴铵片模拟剂，每次1片（50 mg/片），每日3次。对照组予以痛泻宁颗粒模拟剂，每次1袋，每日3次；匹维溴铵片，每次1片（50 mg/片），每日3次。疗程均为6周。以IBS-SSS为主要疗效评价指标，结果与治疗前相比，两组治疗后IBS-SSS积分均明显下降（$P<0.05$），但组间比较差异无统计学意义（$P>0.05$）。次要疗效评价指标AR应答、IBS-QOL、汉密尔顿焦虑量表（HAMA）、汉密尔顿抑郁量表（HAMD）及8周的随访疗效在两组间的差异均无统计学意义（$P>0.05$）[39]。

6.4 针灸治疗

针灸治疗IBS的文献较多，但由于对照的施行（如假针灸的操作）及发表的地区不同，结果有较大的差异[40]。

7 预防调摄

7.1 良好的认知有助于IBS的治疗

IBS症状容易反复发作，影响患者的生存质量。通过生活方式调整，以及适当的药物治疗，多数患者的IBS症状是可以比较理想地得到改善。应加强对患者的宣教，使其树立对该病的良好认知，有助于患者症状的缓解。

7.2 IBS患者应当注意生活方式、饮食习惯和心理的调整

生活方式和社会行为的调整能够减轻IBS症状。如减少烟酒摄入、注意休息、保持充足的睡眠等[41]；避免长期过度劳累；在冬春季节尤需注意生活调摄，避免受凉；宜经常锻炼，传统的中医保健功法如太极拳等对调整胃肠功能有一定的作用[42-43]。

限制的食物种类包括：1）富含可发酵的低聚糖、双糖、单糖及多元醇等成分的食物[44]；2）高脂肪、辛辣、麻辣和重香料的食物；3）高膳食纤维素食物可能对便秘有效（但对腹痛和腹泻不利），寒凉食物可能会加重腹泻；4）发现由饮食引起的不良反应（食物过敏、食物不耐受）可采用食物过敏原皮肤试验和食物激发试验发现致敏食物，尽可能避免摄入该类食物。

IBS患者应保持心情舒畅，培养积极的生活心态，避免不良情绪的刺激，必要时可向心理医师咨询[45]；加强对IBS患者的心理疏导对缓解其症状发作、提高生存质量有一定的帮助[46]。

8 转归与随访

IBS呈良性过程，症状可反复发作或间歇发作，影响患者的生存质量，但一般不会严重影响全身情况。通过建立良好的医患关系，经过进一步的咨询、健康教育以及合理用药，可在数周或数年内达到症状缓解。对于重症、顽症的患者，不必追求治愈，应着力改善患者的症状，提高患者的生存质量。

利益冲突声明

所有作者均声明不存在利益冲突。

执笔人：卞立群（中国中医科学院西苑医院脾胃病研究所）、黄绍刚（广东省中医院）、魏玮（中国中医科学院望京医院）、温艳东（中国中医科学院眼科医院）、唐旭东（中国中医科学院西苑医院脾胃病研究所）

✉ 通讯作者：温艳东：wen6120@126.com；唐旭东：txdly@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+组内共审专家：李延萍（重庆市中医院）、钦丹萍（浙江中医药大学附属第一医院）、唐旭东（中国中医科学院西苑医院脾胃病研究所）、黄绍刚（广东省中医院）、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：叶蔚（杭州市中医院）、刘俊宏（甘肃中医药大学附属医院）、杜晓泉（陕西中医药大学附属医院）、徐进康（昆山市中医院）、徐陆周（南京中医药大学附属医院）

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）、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：李中玉（中国中医科学院眼科医院）；徐晴（中国中医科学院西苑医院）

参考文献

[1]MEARIN F，LACY BE，CHANG L，et al. Bowel disorders[J]. Gastroenterology，2016，150(5)：1393-1407.

[2]SPERBER AD，BANGDIWALA SI，DROSSMAN DA，et al. Worldwide prevalence and burden of functional gastrointestinal disorders，results of Rome foundation global study[J]. Gastroenterology，2021，160(1)：99-114.

[3]XIONG LS，CHEN MH，CHEN HX，et al. A population-based epidemiologic study of irritable bowel syndrome in South China：stratified randomized study by cluster sampling[J]. Aliment Pharmacol Ther，2004，19(11)：1217-1224.

[4]张璐，段丽萍，刘懿萱，等. 中国人群肠易激综合征患病率和相关危险因素的Meta分析[J]. 中华内科杂志[J]. 2014，53(12)：969-975.

[5]GWEE KA，GHOSHAL UC，CHEN M. Irritable bowel syndrome in Asia：pathogenesis，natural history，epidemiology，and management[J]. J Gastroenterol Hepatol，2018，33(1)：99-110.

[6]中华中医药学会脾胃病分会. 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.

[7]YAO X，YANG YS，CUI LH，et al. The overlap of upper functional gastrointestinal disorders with irritable bowel syndrome in Chinese outpatients：a multicenter study[J]. J Gastroenterol Hepatol，2016，31(9)：1584-1593.

[8]HÄUSER W，MARSCHALL U，LAYER P，et al. The prevalence，comorbidity，management and costs of irritable bowel syndrome[J]. Dtsch Arztebl Int，2019，116(27/28)：463-470.

[9]VANDVIK PO，WILHELMSEN I，IHLEBAEK C，et al. Comorbidity of irritable bowel syndrome in general practice：a striking feature with clinical implications[J]. Aliment Pharmacol Ther，2004，20(10)：1195-1203.

[10]中华医学会消化病学分会胃肠功能性疾病协作组，中华医学会消化病学分会胃肠动力学组. 2020年中国肠易激综合征专家共识意见[J]. 中华消化杂志，2020，40(12)：803-818.

[11]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.

[12]LEWIS SJ，HEATON KW. Stool form scale as a useful guide to intestinal transit time[J]. Scand J Gastroenterol，1997，32(9)：920-924.

[13]谷诺诺，王凯星，杨倩，等. 李佃贵教授基于浊毒理论治疗肠易激综合征经验[J]. 四川中医，2017，35(6)：3-5.

[14]陈婷，唐旭东，王凤云，等. 腹泻型肠易激综合征中医辨证的源流及发展趋势[J]. 中华中医药杂志，2015，30(8)：2671-2674.

[15]白光. 国医大师周学文应用复方石榴皮煎剂联合七情辨证治疗腹泻型肠易激综合征经验[J]. 中国中西医结合消化杂志，2019，27(12)：883-886.

[16]李登帅，杜斌，单兆伟. 单兆伟教授运用脾胃升降理论治疗肠易激综合征经验[J]. 四川中医，2017，35(5)：22-24.

[17]马青，单兆伟. 单兆伟教授治疗腹泻型肠易激综合征临证经验撷菁[J]. 四川中医，2015，33(12)：8-9.

[18]陈惠新，许岸高，熊理守，等. 肠易激综合征症状学诊断标准的特异性研究[J]. 胃肠病学和肝病学杂志，2004，13(4)：400-402.

[19]熊理守，时权，龚晓蓉，等. 消化专科门诊肠易激综合征患者123例的临床特征与就医情况调查[J]. 中华消化杂志，2015，35(7)：476-477.

[20]KHASAWNEH M，CRAIG OF，GRACIE DJ，et al. A diagnosis of irritable bowel syndrome using Rome Ⅳ criteria and limited investigations is durable in secondary care[J]. Clin Gastroenterol Hepatol，2023，21(13)：3397-3404.

[21]BARBARA G，CREMON C，BELLINI M，et al. Italian guidelines for the management of irritable bowel syndrome：Joint Consensus from the Italian Societies of：Gastroenterology and Endoscopy (SIGE)，Neurogastroenterology and Motility (SINGEM)，Hospital Gastroenterologists and Endoscopists (AIGO)，Digestive Endoscopy (SIED)，General Medicine (SIMG)，Gastroenterology，

Hepatology and Pediatric Nutrition (SIGENP) and Pediatrics (SIP)[J]. Dig Liver Dis, 2023, 55(2): 187-207.

[22]BLACK CJ, FORD AC. Irritable bowel syndrome: a spotlight on future research needs[J]. Lancet Gastroenterol Hepatol, 2021, 6(6): 419-422.

[23]LACY BE, PIMENTEL M, BRENNER DM, et al. ACG clinical guideline: management of irritable bowel syndrome[J]. Am J Gastroenterol, 2021, 116(1): 17-44.

[24]MOAYYEDI P, ANDREWS CN, MACQUEEN G, et al. Canadian Association of Gastroenterology Clinical Practice Guideline for the Management of Irritable Bowel Syndrome (IBS)[J]. J Can Assoc Gastroenterol, 2019, 2(1): 6-29.

[25]国家食品药品监督管理总局. 总局关于发布中药新药用于肠易激综合征临床研究技术指导原则等5个临床研究技术指导原则的通告(2017年第217号)[EB/OL]. (2017-12-27) [2024-02-10]. https://www.nmpa.gov.cn/xxgk/ggtg/qtggtg/20171227183101142.html.

[26]LEMBO A, WEBER HC, FARRAYE FA. Alosetron in irritable bowel syndrome: strategies for its use in a common gastrointestinal disorder[J]. Drugs, 2003, 63(18): 1895-1905.

[27]NYHLIN H, BANG C, ELSBORG L, et al. A double-blind, placebo-controlled, randomized study to evaluate the efficacy, safety and tolerability of tegaserod in patients with irritable bowel syndrome [J]. Scand J Gastroenterol, 2004, 39(2): 119-126.

[28]FRANCIS CY, MORRIS J, WHORWELL PJ. The irritable bowel severity scoring system: a simple method of monitoring irritable bowel syndrome and its progress[J]. Aliment Pharmacol Ther, 1997, 11(2): 395-402.

[29]张声生, 刘凤斌, 侯政昆. 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]PATRICK DL, DROSSMAN DA, FREDERICK IO, et al. Quality of life in persons with irritable bowel syndrome: development and validation of a new measure[J]. Dig Dis Sci, 1998, 43(2): 400-411.

[31]李鲁, 王红妹, 沈毅. SF-36健康调查量表中文版的研制及其性能测试[J]. 中华预防医学杂志, 2002, 36(2): 38-42.

[32]ZUNG WW. A rating instrument for anxiety disorders [J]. Psychosomatics, 1971, 12(6): 371-379.

[33]黄金龙, 张明. 肠易激综合征患者个性结构、焦虑度及抑郁度测评[J]. 广东医学, 2006, 27(11): 1696-1697.

[34]ZUNG WW. A self-rating depression scale[J]. Arch Gen Psychiary, 1965, 12: 63-70. doi: 10.1001/archpsyc.1965.01720310065008.

[35]HAMILTON M. The assessment of anxiety states by rating [J]. Br J Med Psychol, 1959, 32(1): 50-55.

[36]HAMILTON M. A rating scale for depression[J]. J Neurol Neurol Neurosurg Psychiatry, 1960, 23(1): 56-62.

[37]张声生, 汪红兵, 李振华, 等. 中医药辨证治疗腹泻型肠易激综合征多中心随机对照研究[J]. 中国中西医结合杂志, 2010, 30(1): 9-12.

[38]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.

[39]TANG XD, ZHANG SS, HOU XH, et al. Post-marketing re-evaluation of tongxiening granules (痛泻宁颗粒) in treatment of diarrhea-predominant irritable bowel syndrome: a multi-center, randomized, double-blind, double-dummy and positive control trial[J]. Chin J Integr Med, 2019, 25(12): 887-894.

[40]MANHEIMER E, WIELAND LS, CHENG K, et al. Acupuncture for irritable bowel syndrome: systematic review and meta-analysis[J]. Am J Gastroenterol, 2012, 107(6): 835-847.

[41]GUO YB, ZHUANG KM, KUANG L, et al. Association between diet and lifestyle habits and irritable bowel syndrome: a case-control study[J]. Gut Liver, 2015, 9(5): 649-656.

[42]李春联, 冯华扬, 肖生翠, 等. 太极拳运动对肠易激综合征疗效的影响探讨[J]. 实用医技杂志, 2008, 15(11): 1384-1386.

[43]梁谊深, 谢胜, 张越. 太极拳运动治疗肠易激综合征的疗效观察[J]. 现代中西医结合杂志, 2011, 20(4): 417-418.

[44]LACY BE. The science, evidence, and practice of dietary interventions in irritable bowel syndrome[J]. Clin Gastroenterol Hepatol, 2015, 13(11): 1899-1906.

[45]汪红兵, 张声生, 李振华, 等. 360例腹泻型肠易激综合征主要证候分布与不同因素关系的研究[J]. 中国中医药信息杂志, 2010, 17(3): 18-20.

[46]卜景华, 任路. 中医情志与腹泻关系的Meta分析[J]. 中华中医药学刊, 2011, 29(1): 136-140.

(收稿日期: 2023-10-27; 修回日期: 2024-06-20)

[编辑: 焦 爽]